

Sluttrapport

Kvalitetsforbedringsprosjekt med bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Ikke-medikamentell behandling ved akutt smerte

Prosjektansvarlig: Lars Jørgen Rygh

Prosjektleder: Anne Mari Gunnheim Klausen

Medisinsk kvalitetsregister som datakilde:

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg)

Dato: 31. mai 2023

Innhold

| | | |
|-----|---|----|
| 1 | Sammendrag og konklusjon | 3 |
| 2 | Bakgrunn for prosjektet..... | 4 |
| 3 | Beskrivelse av prosjektet | 5 |
| 3.1 | Prosjektets overordnede mål | 5 |
| 3.2 | Konkrete mål | 5 |
| 3.3 | Tiltak/ intervensjon | 5 |
| 3.4 | Metode og arbeidsform..... | 6 |
| 3.5 | Utvalg | 7 |
| 3.6 | Faglig sammensetning av prosjektteam | 7 |
| 3.7 | Fremdriftsplan/milepælsplan | 8 |
| 3.8 | Oppfølging av deltagende avdelinger | 10 |
| 4 | Kvalitetsregisterdata og resultatmåling | 11 |
| 4.1 | Valgte kvalitetsindikatorer / variabler fra det aktuelle registeret | 11 |
| 4.2 | Metode for resultatmåling..... | 11 |
| 5 | Måloppnåelse/resultater | 12 |
| 6 | Prosjektgruppens evaluering | 20 |
| 7 | Deltagende avdelingers/enheters beskrivelse av gjennomføring | 21 |
| 8 | Vedvarende forbedring..... | 23 |
| 9 | Eventuelle opplysninger som vedrører registeret..... | 23 |
| 10 | Suksessfaktorer og utfordringer..... | 24 |
| 11 | Konklusjon | 24 |
| 12 | Rapportering til oppdragsgiver | 25 |

Vedlegg 1. Økonomi

1 Sammendrag og konklusjon

Resultatene fra SmerteReg har over tid vist en uønsket variasjon for kvalitetsindikatoren «Ikke-medikamentell behandling» som tyder på behov for kvalitetsforbedring. Det overordnede målet i prosjektet var å «forbedre smertebehandling til pasienter med akutt smerte ved å tilby ikke-medikamentell behandling som del av smertebehandlingen i større grad». Prosjektet har også flere konkrete mål:

- Øke andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres eller følges opp av smerteteam til 80 % i siste kvartal 2022.
- Opprettholde andel pasienter som oppgir at de er «i stor grad» eller «i svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet i 2022.
- Redusere bruk av opioider, målt ved perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn, med 10 % i 2022.

De deltakende enhetene har gjennomført ulike tiltak som innføring av sjekklister, oppdaterte rutiner for dokumentasjon og registrering, og kartlegging av ressurser. I tillegg har regelmessige møter for prosjektdeltakerne vært nyttige. Resultatene viser mindre variasjon og økt andel for ikke-medikamentell behandling blant deltakende enheter i 2022, men det ambisiøse målet om 80 % ble ikke nådd. Målet om fornøydhet er nådd, men bruken av opioider har økt fra 2020 til 2022. Prosjektet har vært vellykket, og samlet fagmiljøet rundt gode diskusjoner og erfaringsutveksling i prosjektperioden.

2 Bakgrunn for prosjektet

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg) er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister som samler opplysninger om pasienter som i forbindelse med sykdom, operasjon eller skade har blitt henvist til akuttsmerteteam ved norske sykehus. Ved hjelp av opplysningene i registeret ønsker vi å forbedre kunnskap om og øke kvaliteten på behandling av pasienter med akutte smerter i norske sykehus. SmerteReg har flere kvalitetsindikatorer, og en av disse er «Andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres og/eller følges opp av smerteteam». I SmerteReg har man sett en uønsket variasjon for denne kvalitetsindikatoren blant smerteteam i Norge, noe som tyder på behov for kvalitetsforbedring. Helse Bergen rapporterer stabilt lav andel, og St. Olavs Hospital noe høyere omtrent på gjennomsnittet for alle fire registrerende enheter for 2020 (gjennomsnitt 38 % i 2020). Universitetssykehuset Nord-Norge og Oslo Universitetssykehus har rapportert høy andel i henholdsvis 2018 og 2021, men med svingninger fra år til år. Det er ønske om å redusere den uønskede variasjonen gjennom et kvalitetsforbedringsprosjekt. En stor del av prosjektet vil bestå av erfaringsutveksling for å kartlegge mulige årsaker til den uønskede variasjonen og i samarbeid komme frem til konkrete tiltak.

Tabell 1. Gjennomsnitt for andel pasienter med ikke-medikamentell behandling.

| Sykehus | 2018 | 2019 | 2020 | 2021* |
|--------------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Helse Bergen | 16 % | 14 % | 17 % | 28 % |
| St. Olavs Hospital | 41 % | 40 % | 39 % | 19 % |
| UNN | 80 % | 55 % | 34 % | 56 % |
| OUS | - | 6 % | 61 % | 80 % |

*Data hentet 31. august 2021

3 Beskrivelse av prosjektet

3.1 Prosjektets overordnede mål

Forbedre smertebehandling til pasienter med akutt smerte ved å tilby ikke-medikamentell behandling som del av smertebehandlingen i større grad.

3.2 Konkrete mål

Øke andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres eller følges opp av smerteteam til 80 % i siste kvartal 2022.

Opprettholde andel pasienter som oppgir at de er «i stor grad» eller «i svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet i 2022.

Redusere bruk av opioider, målt ved perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn, med 10 % i 2022.

3.3 Tiltak/ intervensjon

Oslo Universitetssykehus

Hovedtiltaket i prosjektet har vært å lage en mal for journalnotat, hvor ikke-medikamentell behandling er inkludert. Erfaringen er at malen blir brukt i liten grad, men at ikke-medikamentell behandling likevel blir vurdert og dokumentert. Prosjektet har vært styrt av sykepleiergruppen som har hatt prosjektet som tema på regelmessige møter, men prosjektet har også vært tema på tverrfaglige møter på avdelingsnivå.

Universitetssykehuset Nord-Norge

Hovedtiltaket har vært å strukturere arbeid og dokumentasjon av ikke-medikamentell behandling, hvor råd om ikke-medikamentell behandling nå kommer før råd om medikamentell behandling. Det blir også presisert at råd om ikke-medikamentell behandling skal legges ved i epikrisen.

St. Olavs Hospital

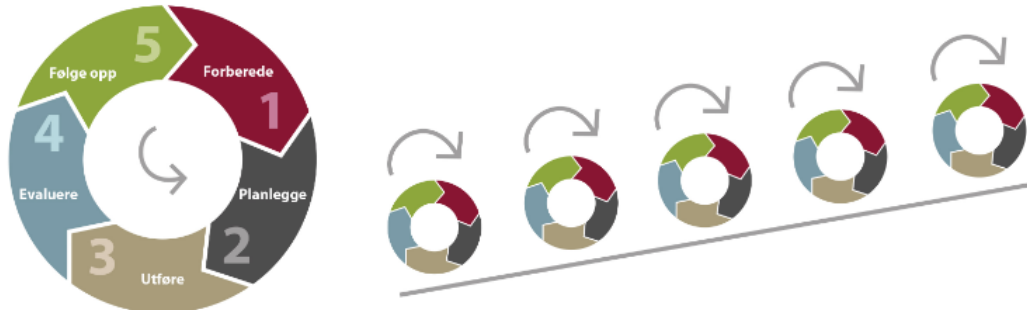
Hovedtiltaket har vært å kartlegge fysioterapitjenesten på de ulike avdelingene på sykehuset, for å undersøke kompetanse og mulighet til å bruke ressurser på tvers av avdelingene. Dette viste seg å være vanskelig, men fysioterapeuter fra smertepoliklinikken blir med på tilsyn til enkelte pasientgrupper eller er med på pasientdiskusjon på felles møte. I tillegg har sjekklister for samtale og journalnotat blitt innført, hvor ikke-medikamentell behandling blir inkludert.

Haukeland Universitetssjukehus

Hovedtiltaket har vært å bruke sjekklister i rapport, kartleggingssamtale og journalnotat. Sjekklisten har blitt revidert underveis i prosjektet, men brukes i varierende grad. Ikke-medikamentell behandling blir likevel ofte vurdert selv om ikke sjekklisten brukes, fordi ikke-medikamentell behandling har fått større fokus i daglig drift. Smerteteamet opplever også en spredningseffekt, hvor avdelingene på sykehuset har større fokus på ikke-medikamentell behandling.

3.4 Metode og arbeidsform

Modell for kvalitetsforbedring har blitt benyttet i kvalitetsforbedringsprosjektet. Metoden består av fasene forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp (Kilde: [Kvalitetsforbedring - Helsebiblioteket](#)).



Figur 1. Modell for kvalitetsforbedring.

1. Forberede

Som en del av forberedelsene ble aktuelle smerteteam invitert til deltakelse. Det ble sikret ledelsesforankring hos alle inviterte smerteteam. Det ble også sendt søknad om midler til gjennomføring av kvalitetsforbedringsprosjektet til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. Det første kartleggingsmøtet med alle deltakende enheter, brukerrepresentanter og referansegruppe ble svært viktig for prosjektet. Her kom det frem åpenbare ulikheter i registreringspraksis og gode forslag til tiltak i prosjektet.

2. Planlegge

Prosjektperioden ble startet med å gjennomføre et digitalt oppstartsmøte med alle deltakende enheter. En stor del av møtet var viet til oppklaring av ulikheter i registreringspraksis og å få en felles enighet for registrering av ikke-medikamentell smertebehandling. Ulike tiltak for å øke andelen ble diskutert. Arbeid med PDSA-sirkel ble påbegynt av hver deltakende enhet. Det ble startet månedlige målinger av nasjonale data. Alle deltakende enheter hadde tilgang til sine egne resultater fortløpende i Rapporteket ([Rapporteket | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)).

3. Utføre

Alle deltakende enheter prøvde ut tiltak lokalt. Det ble gjennomført statusmøter og midtseminarer underveis i prosjektperioden.

4. Evaluere

Det ble gjennomført månedlige rapporteringer av resultater til deltakende enheter. På statusmøter og midtseminar ble det gjennomført felles utveksling av erfaringer underveis i prosjektperioden. Tiltakene ble justert underveis av de deltakende enhetene etter behov og kapasitet.

5. Følge opp

Etter prosjektperioden er fremdeles oppdaterte resultater tilgjengelig for hver deltakende enhet i Rapporteket. Det er startet et arbeid med å utforme en brosjyre om ikke-medikamentell smertebehandling med mål om å gjøre slik behandling lettere tilgjengelig for pasientene. Det vil være en nettside tilknyttet brosjyren med mer informasjon om ikke-medikamentell smertebehandling. Alle deltakende enheter arbeider for å videreføre hensiktsmessige tiltak som har vært prøvd ut i prosjektperioden. Prosjektledelsen ønsker å skrive en vitenskapelig artikkel om prosjektet for å dele erfaringene med fagmiljøet.

I tillegg til denne overordnede oversikten over metoden og fremgangen i prosjektet, har ulike tiltak blitt testet underveis av hver deltakende enhet. De fem punktene over har da vært fulgt i varierende grad for å forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp hvert tiltak for å kunne gjøre de nødvendige justeringene med mål om å oppnå gode resultater.

3.5 Utvalg

Fire smerteteam på ulike sykehus deltok i prosjektet. Smerteteamene har noe ulik organisering og bemanning, men felles for alle er at inneliggende pasienter kan bli henvist til smerteteamet for oppfølging på avdelingen pasienten er innlagt på. Behandlende lege henviser, og smerteteamet kan komme med råd om smertebehandling i journal eller ved tilsyn av pasient på avdeling. Pasientene som blir henvist er plaget av smerter, på grunn av sykdom, operasjon eller skade, som er vanskelig å behandle for avdelingen. Alle henviste pasienter blir registrert i SmerteReg. Frem til 25. november 2022 ble alle pasientene som hadde samtykket til oppføring i nasjonalt SmerteReg inkludert i prosjektet, etter 25. november 2022 ble alle pasientene som ikke hadde reservert seg inkludert. Kun smerteteam som var involvert i SmerteReg i 2020 ble invitert til å delta i prosjektet.

3.6 Faglig sammensetning av prosjektteam

Oslo Universitetssykehus

Forberedelse: Tverrfaglig deltakelse på lokal planlegging av prosjektet innledningsvis, med deltakelse av seksjonsleder og avdelingsleder, anestesilege/smertelege, psykolog, spesialsykepleiere, fagsykepleiere.

Gjennomføring: Spesialsykepleiere har planlagt videre, iverksatt tiltak og fulgt opp disse i klinikken. Prosjektet har sporadisk vært diskutert med leder og smertelege, men sykepleiergruppen har hatt hovedansvaret for gjennomføring.

Unni Halvorsen, sykepleier, har vært lokal prosjektleder.

Universitetssykehuset Nord-Norge

Flere sykepleiere og overleger deltok i hele eller deler av prosjektperioden. I tillegg var psykologspesialist involvert med egne pasienttilsyn og veiledning av personalet. LIS i farmakologi og anestesilogi var involvert i smerteteamet i deler av prosjektperioden. Aslak Johansen, overlege, har vært lokal prosjektleder, mens Susanne Bengtsson, sykepleier, har vært lokal kontaktperson ved fravær.

St. Olavs Hospital

Flere overleger deltok i smerteteamet i reduserte stillinger i hele prosjektperioden, og var involvert i prosjektet som en del av sitt daglige arbeid. Flere sykepleiere deltok i hele eller deler av prosjektperioden. Beathe Knutsen, sykepleier, har vært lokal prosjektleder.

Haukeland Universitetssjukehus

Flere overleger deltok i hele prosjektperioden. Flere sykepleiere deltok i hele eller deler av prosjektperioden. Prosjektleder/sykepleier Anne Mari G. Klausen og medlem i prosjektgruppen/overlege Renathe Nilsen jobbet også i smerteteamet i prosjektperioden. Smerteteamet har en psykolog ansatt i redusert stilling som deltok med egne pasienttilsyn. Prosjektet har sporadisk vært diskutert med leder og øvrig tverrfaglig team som ikke arbeider i smerteteamet.

3.7 Fremdriftsplan/milepælsplan

Prosjektet sine milepæler er summert opp i tabellen under.

Tabell 2. Fremdriftsplan med milepæler og dato for gjennomføring.

| ID | Milepæl | Start dato | Ferdig dato | Kommentar |
|----------|--|-----------------|-----------------|---|
| 1 | Forberedelsesfasen | 01.07.21 | 31.12.21 | Gjennomført |
| 1.1 | Aktuelle smerteteam blir invitert til deltakelse <ul style="list-style-type: none">- Helse Bergen- Oslo Universitetssykehus- St. Olavs Hospital- Universitetssykehuset Nord-Norge | August 2021 | August 2021 | Gjennomført august 2021. I tillegg forankres prosjektet i fagrådet 30.08.21. Fagrådet er representert i referansegruppe og prosjektgruppe. |
| 1.2 | Søknad om prosjektmidler utarbeides og sendes Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre | 01.07.21 | 01.09.21 | Sendt 01.09.21. Revidert prosjektbeskrivelse sendt 04.10.21. Mottatt beskjed om innvilget støtte 17.12.21. |
| 1.3 | Ledelsesforankring for deltakeravdelinger sikres ved samarbeidsavtale | 01.09.21 | 30.09.21 | Samarbeidsavtaler signert 01.11.21 |
| 1.4 | Planlegge kartleggings- og oppstartsmøte | 01.10.21 | 31.10.21 | Gjennomført |
| 1.5 | Kartlegging- og oppstartsmøte for representanter fra deltakeravdelinger | | November 2021 | Gjennomført digitalt 03.11.21. |
| 1.6 | Aktuelle tiltak besluttet | | November 2021 | Gjennomført på oppstartsmøte 05.01.22. |
| 1.7 | Planlegge oppstartsseminar | 01.12.21 | 31.12.21 | Gjennomført |
| 2 | Prosjektfasen | 03.01.22 | 31.12.22 | Gjennomført |
| 2.1 | Månedlig måling og rapportering av resultater | 03.01.22 | 31.12.22 | På grunn av tekniske problemer ble dette gjennomført juni-november. Lokale resultater var tilgjengelig for smerteteamene hele prosjektperioden. |

| | | | | |
|------|--|----------------|----------------|---|
| 2.2 | Oppstartsseminar for deltaker avdelinger (6t) - Informasjon om prosjektet - Undervisning - Erfaringsutveksling | | 15.01.22 | Ble gjennomført digitalt pga covid-19 05.01.22. |
| 2.3 | Oppstart gjennomføring av tiltak | 15.01.22 | | Gjennomført |
| 2.4 | Kontinuerlig arbeid med tiltak i daglig drift | 01.01.22 | 31.12.22 | Gjennomført |
| 2.5 | *Digitalt kvalitetsforbedringsseminar ved SKDE. Presentasjon av prosjektet. | | | 09.02.22 |
| 2.6 | *Statusrapport levert SKDE | | | 01.03.22 |
| 2.7 | *Digitalt statusmøte for deltakende smerteteam | | | 09.03.22 |
| 2.8 | *Halvårssamling for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest. Presentasjon av prosjektet. | | | 22.04.22 |
| 2.9 | *Digitalt statusmøte for deltakende smerteteam | | | 04.05.22 |
| 2.10 | Midtseminar (3 t) - Undervisning - Erfaringsutveksling - Evaluering av gjennomføring | April 2022 | April 2022 | Utsatt og gjennomført i Oslo 15.06.22 |
| 2.11 | *Statusrapport levert SKDE | | | 01.09.22 |
| 2.12 | *Digitalt statusmøte for deltakende smerteteam | | | Ingen fra deltakende smerteteam møtte 21.09.22. Møtet ble avlyst. |
| 2.13 | *Kvalitets- og registerkonferanse i Helse Vest. Presentasjon av prosjektet. | | | 27.09.22 |
| 2.14 | Midtseminar (3 t) - Undervisning - Erfaringsutveksling - Evaluering av gjennomføring | September 2022 | September 2022 | Utsatt og gjennomført digitalt 01.12.22 |
| 2.15 | * Årsmøte i SmerteReg med deltakere fra alle registrerende enheter. Statusoppdatering fra deltakende smerteteam og idemyldring ift spredningsfase. | | | 19.-20.10.22 |
| 2.16 | *Seminar om brukermedvirkning. Presentasjon av prosjektet. | | | 07.11.22 |
| 2.17 | *Overgang til reservasjonsrett | | | 25.11.22 |
| 3 | Spredningsfasen | 01.01.23 | | Startet 01.01.23 |
| 3.1 | *Seminar i Helse Vest: Bruk av registerdata – en ubrukt gullgrube? Presentasjon av prosjektet | | | 26.01.23 |
| 3.2 | Sluttseminar (6 t) - Presentasjon av resultater fra prosjektet - Evaluering av resultater | Januar 2023 | Januar 2023 | Utsatt og gjennomført i Bergen 08.-09.03.23 |

| | | | | |
|-----|---|--------------|--------------|--|
| | - Erfaringsutveksling - Idémyldring rundt plan for spredning og kontinuerlig forbedring | | | |
| 3.3 | *Statusrapport levert SKDE | | | 01.03.23 |
| 3.4 | Laget plan for oppfølging og vedlikehold av resultater | Februar 2023 | Februar 2023 | Gjennomført på sluttseminar 08.-09.03.23 |
| 3.5 | Resultater fra prosjektet er presentert for aktuelle fagmiljø | Våren 2023 | | Påbegynt |
| 3.6 | Sluttrapport er utarbeidet og oversendt Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre | 01.02.23 | 01.06.23 | Sendt 31. mai 2023 |
| 3.7 | *Utkast til artikkel for publisering påbegynt | | | Sommeren 2023 |

*Ikke planlagt på forhånd/beskrevet i prosjektbeskrivelse.

3.8 Oppfølging av deltagende avdelinger

Oslo Universitetssykehus

Det har vært innkalling til jevnlige statusmøter i prosjektet. De konkrete endringene har vært lokalt basert og på lokalt initiativ, men statusmøtene har bidratt til fokus på tiltakene.

Universitetssykehuset Nord-Norge

Vi har ikke noe å utsette på oppfølgingen fra prosjektledelsen. Det var god og systematisk oppfølging, med møter og påminnelser. Digitale statusmøter var nyttige og motiverende, i tillegg til seminarer/samlinger. Vårt utbytte ble redusert p.g.a. egen kapasitetsmangel og prioriteringer, spesielt mangel på tid til evaluering og forberedelse i forkant av møter. Ustabil bemanning i smerteteamet vårt svekket kontinuiteten og fokuset på prosjektet.

St. Olavs Hospital

Vi har opplevd informasjon fra prosjektledelsen som god. Det har vært gode faglige innlegg på møter og gode diskusjoner om hva som kvalifiserer for ikke-medikamentell smertebehandling. Oppfølgingen fra prosjektledelsen har bestått av innkallinger til kartleggingsmøter, statusmøter, oppstartseminar og midtseminar, samt tilsendte dokumenter som prosjektbeskrivelse og referater fra alle møter. Prosjektledelsen har informert om faglige innslag på alle møter og metodikk med PDSA-modellen.

Haukeland Universitetssjukehus

Renathe Nilsen og Anne Mari G. Klausen har både vært en del av prosjektledelsen og smerteteamet ved Haukeland Universitetssjukehus i hele perioden. Dette har gjort samarbeidet tett og kommunikasjonen enkel, men det har vært periodevis vanskelig å skille rollene i prosjektledelsen og i smerteteamet.

4 Kvalitetsregisterdata og resultatmåling

4.1 Valgte kvalitetsindikatorer / variabler fra det aktuelle registeret

Prosessindikatoren «Ikke-medikamentell behandling» er den kvalitetsindikatoren som er utgangspunktet for det konkrete målet i prosjektet om ikke-medikamentell behandling og som har fått størst fokus i prosjektperioden. Indikatoren viser andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres og/eller følges opp av smerteteam. Dette inkluderer alt fra enkle tiltak som for eksempel varme/kuldebehandling og mobilisering til berøringstrening og speilbehandling. Videre også ulike fysioterapeutiske tiltak inkludert TENS og avspenning og ikke minst kognitive tilnærminger som for eksempel avledning, smertemestring og endringsorientert samtale.

Resultatindikatoren «Pasienttilfredshet» måler hvor stor andel av pasientene som var «I stor grad» eller «I svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet. Dette er de to beste av totalt fem på spørsmålet om i hvor stor grad pasienten er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet. Indikatoren er inkludert i prosjektet som et balanserende mål. Det har vært viktig for prosjektledelsen at pasientene ikke skal bli mindre fornøyde underveis i prosjektperioden. Indikatoren er dekkende for det ene konkrete målet som er formulert i prosjektet, men ikke for det overordnede målet om å forbedre smertebehandlingen. Det finnes ikke variabler i SmerteReg som er fullstendig dekkende for det overordnede spørsmålet, men vi legger til grunn at smerteteamene gir en bedre smertebehandling ved å bruke ikke-medikamentelle tiltak i tillegg til medikamentelle tiltak.

Variabelen opioider ved siste tilsyn er ikke en kvalitetsindikator, men brukes for å måle resultater for det konkrete målet om å redusere opioider. I variabelen inngår total mengde perorale morfinekvivalenter (OMEQ) siste døgn før siste tilsyn som beregnes ut ifra registrerte doser av ulike opioider som pasienten har brukt. Variabelen og målet er inkludert i prosjektet for å kunne vurdere om reduksjon av opioider var et heldig utfall av økt bruk av ikke-medikamentell smertebehandling, men det har ikke vært satt inn tiltak for å redusere bruk av opioider spesielt. Resultater for variabelen har kun blitt vurdert når prosjektperioden var over, ikke underveis i prosjektperioden.

4.2 Metode for resultatmåling

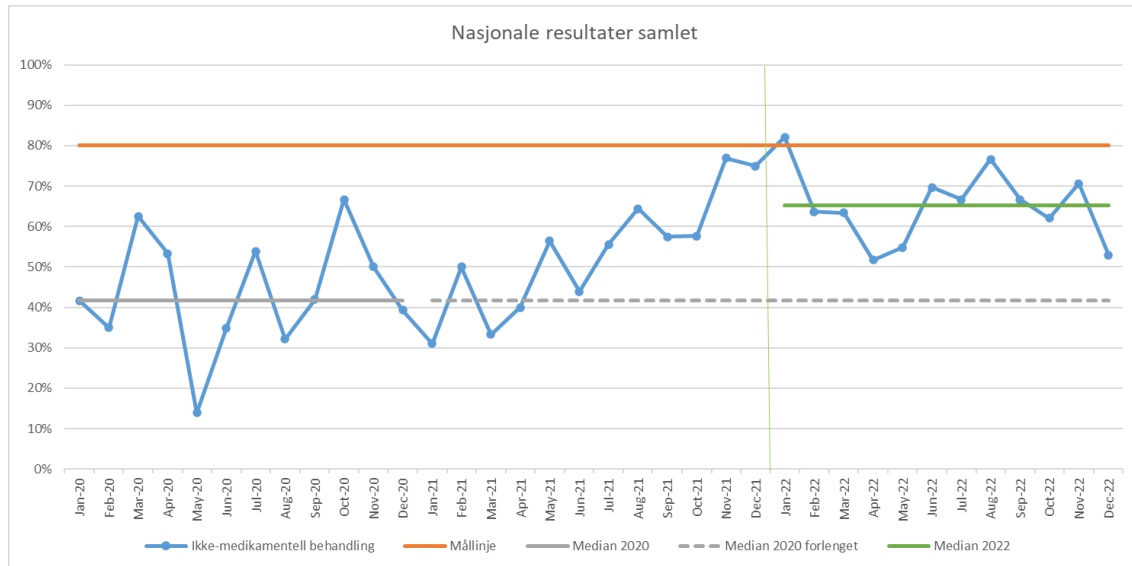
Alle baselinemålinger og resultatmålinger for «Ikke-medikamentell behandling» og «Pasienttilfredshet» er gjort i Rapporteket. Her er det hentet ut resultater for disse kvalitetsindikatorerne månedlig, som er ført inn i et RUN-diagram i Excel manuelt. Statistisk prosesskontroll er brukt. Variabelen «Opioider ved siste tilsyn» har ikke vært tilgjengelig i Rapporteket, men har blitt analysert av statistiker Janne Mannseth som er ansatt i SmerteReg etter at prosjektperioden var over. På grunn av interessante resultater for denne variabelen i prosjektet, vil det bli opprettet en egen rapport for «Opioider ved siste tilsyn» i Rapporteket.

5 Måloppnåelse/resultater

Måloppnåelse/resultater for totalt for alle deltakende enheter:

Øke andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres eller følges opp av smerteteam til 80 % i siste kvartal 2022.

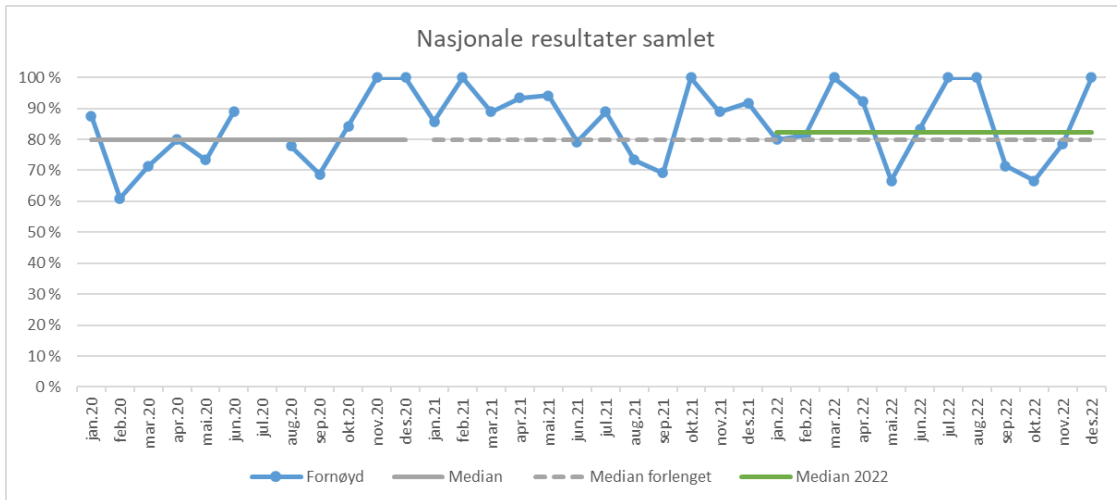
Samlet for alle enhetene har man oppnådd moderat måloppnåelse for dette målet. Medianen har økt fra 42 % i 2020 til 65 % i 2022. Medianen har økt, men man har ikke nådd målet om 80 %. Likevel har det blitt mindre variasjon mellom enhetene, noe som er svært positivt.



Figur 2. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling.

Opprettholde andel pasienter som oppgir at de er «i stor grad» eller «i svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet i 2022.

Samlet for alle enhetene har man oppnådd god måloppnåelse for dette målet. Medianen har økt fra 80 % i 2020 til 82 % i 2022 og målet er dermed nådd. Antall pasienter totalt for alle enhetene som har svart på fornøydhet varierer fra 6 til 16 pasienter per måned, og for flere enheter er det flere måneder hvor ingen har svart. Dette gjør resultatene usikre. I 2020 varierte antall pasienter fra 5 til 23 per måned totalt. Resultatene er derfor ikke beskrevet for hver enkelt enhet.



Figur 3. Måloppnåelse for fornøydhet.

På grunn av lavt antall pasienter som har besvart spørsmål om fornøydhet, er kun samlede resultater og ikke resultater per enhet rapportert for fornøydhet.

Redusere bruk av opioider, målt ved perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn, med 10 % i 2022.

Samlet for alle enhetene har man oppnådd dårlig måloppnåelse for dette målet. Gjennomsnittet har økt med 14 % fra 2020 til 2022. Gjennomsnitt av perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn er beregnet fra månedene juli til desember, ettersom variabelen ble innført juni 2020.

Tabell 3. Gjennomsnittlig perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn.

| År | Antall forløp | Gjennomsnittlig MoEkv | Økning fra 2020 |
|------|---------------|-----------------------|-----------------|
| 2020 | 189 | 198.8 | - |
| 2021 | 217 | 221.0 | 11 % |
| 2022 | 178 | 226.5 | 14 % |

Man ser liknede resultater for perorale morfinekvivalenter ved første tilsyn. Selv om dette i utgangspunktet ikke var tenkt evaluert i prosjektet, vurderes det til å ha en viktig sammenheng med morfinekvivalenter ved siste tilsyn og er av stor interesse. Dette kan tyde på at det er økende bruk av opioider før pasientene blir henvist til smerteteam, og det er lite sannsynlig at økende bruk er en konsekvens av tiltak startet i kvalitetsforbedringsprosjektet. Det kan være mange forklaringer til endringer i opioidbruk, som trender i samfunnet, økt kjennskap til medikamentene på sykehusavdelinger, endret pasientgruppe som henvises til smerteteam (mer komplekse pasienter, flere pasienter i LAR som blir henvist, større og mer komplisert kirurgi som blir utført osv) og andre ukjente faktorer. Disse resultatene har åpnet for mange ubesvarte spørsmål som vil bli undersøkt nærmere i fremtiden, det vil blant annet være interessant å se utviklingen etter overgang til reservasjonsrett hvor datagrunnlaget forventes å være betydelig større.

Tabell 4. Gjennomsnittlig perorale morfinekvivalenter ved første tilsyn.

| År | Antall forløp | Gjennomsnittlig MoEkv | Økning fra 2020 |
|------|---------------|-----------------------|-----------------|
| 2020 | 192 | 232.1 | - |
| 2021 | 237 | 236.0 | 2 % |
| 2022 | 200 | 259.6 | 12 % |

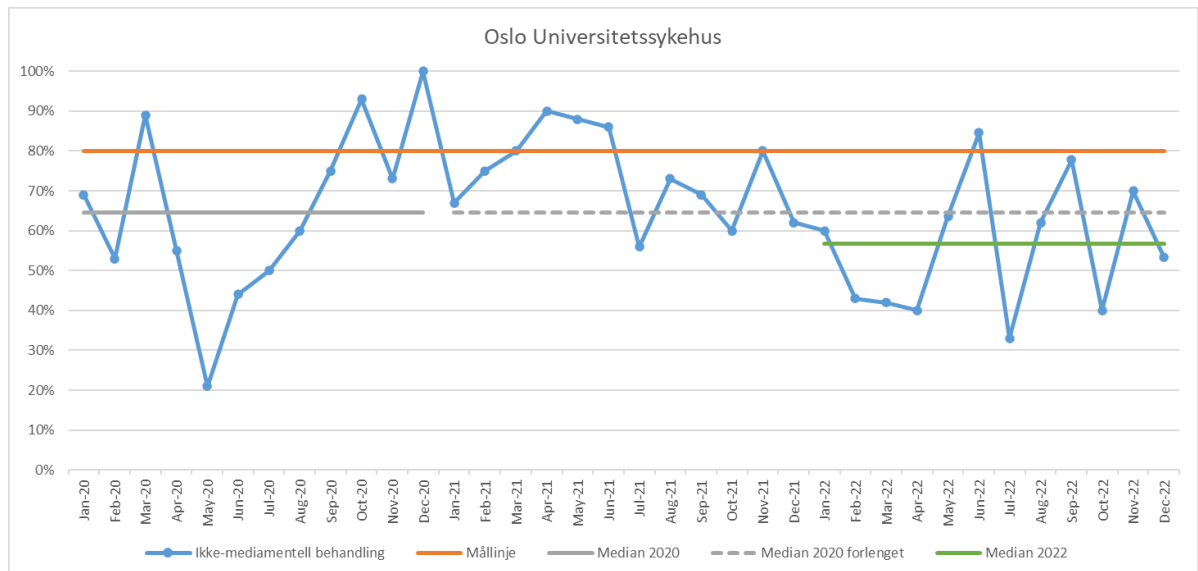
Man ser også en økning i perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn for tre av fire deltakende enheter, hvor St. Olavs Hospital er den eneste enheten med reduksjon fra 2020 til 2022. Endringene varierer fra 11 % økning ved HUS, 11 % økning ved OUS, 30 % reduksjon ved St. Olavs og 84 % økning ved UNN.

Tabell 5. Gjennomsnittlig perorale morfinekvivalenter ved siste tilsyn per deltakende enhet.

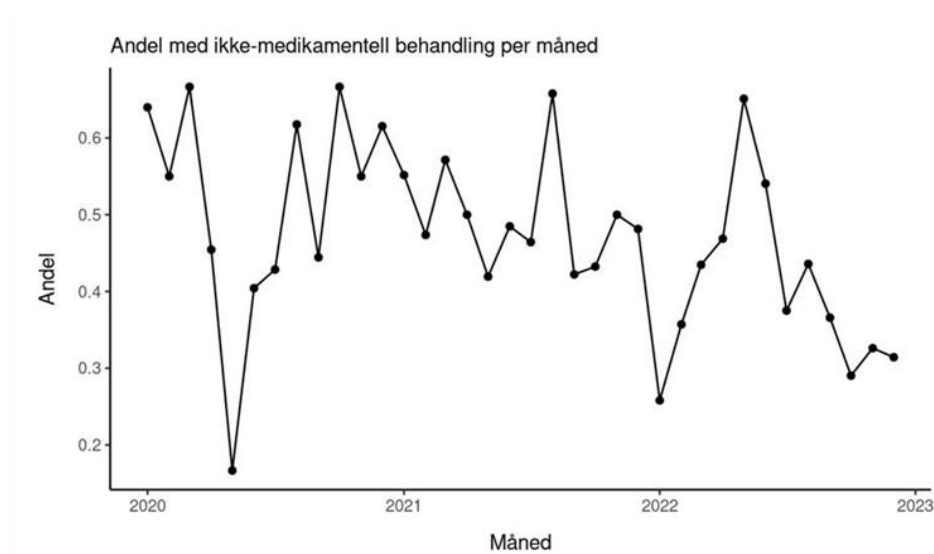
| År | HUS | OUS | St. Olavs | UNN |
|------|-------|-------|-----------|-------|
| 2020 | 263.5 | 139.7 | 190.6 | 112.9 |
| 2021 | 287.9 | 136.5 | 195.0 | 187.0 |
| 2022 | 292.4 | 155.3 | 133.7 | 208.1 |

Oslo Universitetssykehus

OUS lå i utgangspunktet høyt på rapportert bruk av ikke-medikamentell behandling (80%). De lokale tallene har imidlertid falt i prosjektperioden, men det er uklart hva årsaken til dette er (median for 2022 er på 57 % for OUS, mot median på 65 % nasjonalt). Lokal evaluering viser til variasjon i type pasienthenvisninger, og ikke nødvendigvis lite fokus på ikke-medikamentell behandling. Det er med andre ord noen ganger man vurderer at ikke-medikamentelle tiltak ikke er hensiktsmessig. Tallene synliggjør imidlertid ikke denne vurderingen. Måloppnåelse er dermed ikke nådd i prosjektperioden.



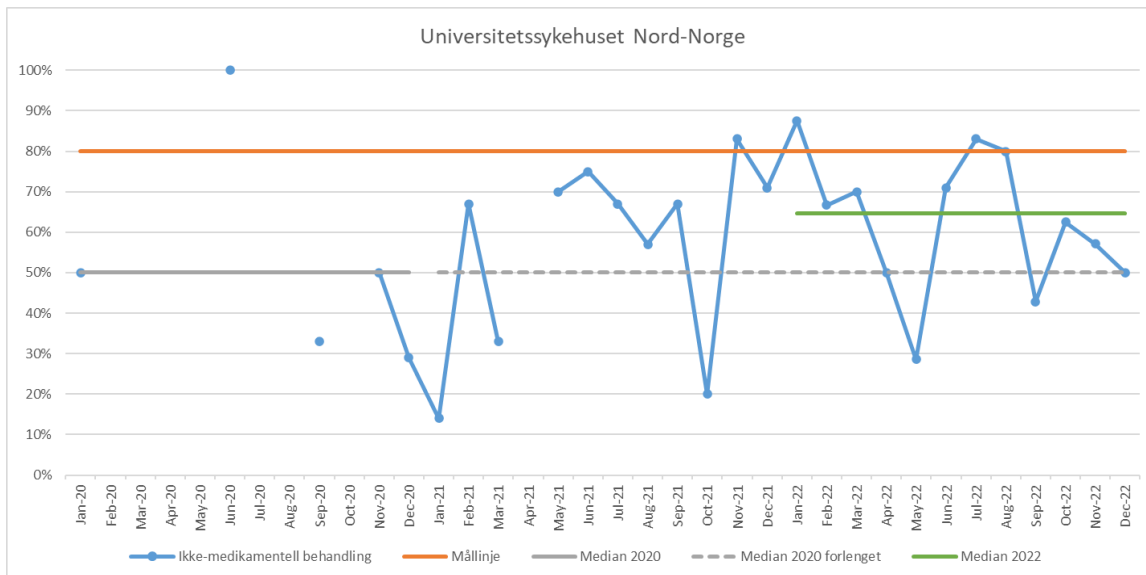
Figur 4. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved OUS (nasjonale resultater).



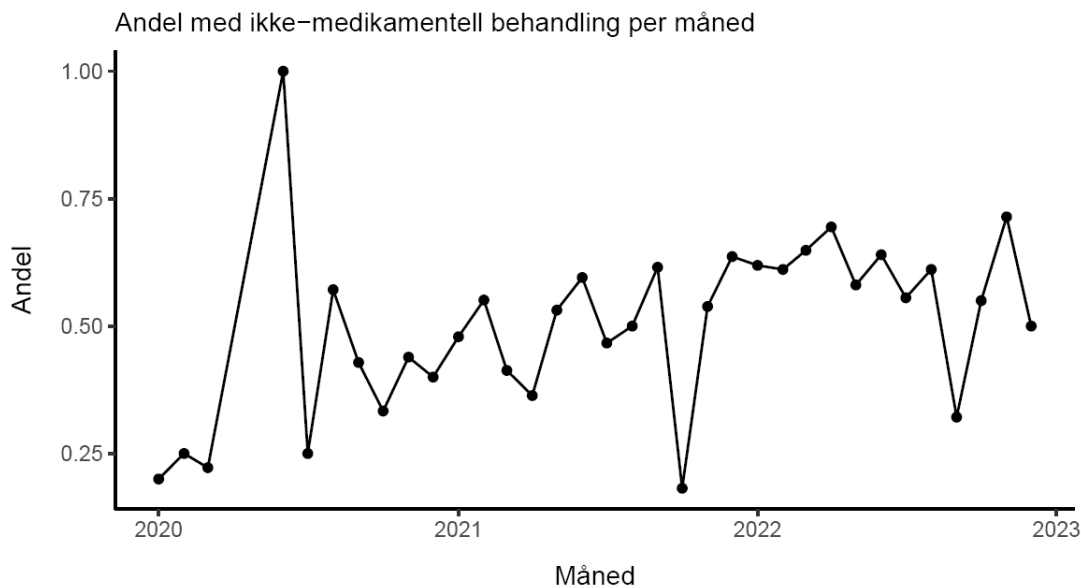
Figur 5. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved OUS (lokale resultater).

Universitetssykehuset Nord-Norge

Svingende måloppnåelse mellom 88 % til minimum 29 % i prosjektperioden. Tre perioder med fall fra verdier over mållinja (80%) sammenfaller i tid med 1) redusert sykepleierkapasitet p.g.a. sykdom, 2) permisjon for fast overlege og 3) bytte av sykepleier i teamet. Vi tror det er sannsynlig at en del av de lave registreringstallene kan skyldes periodevis underregistrering.



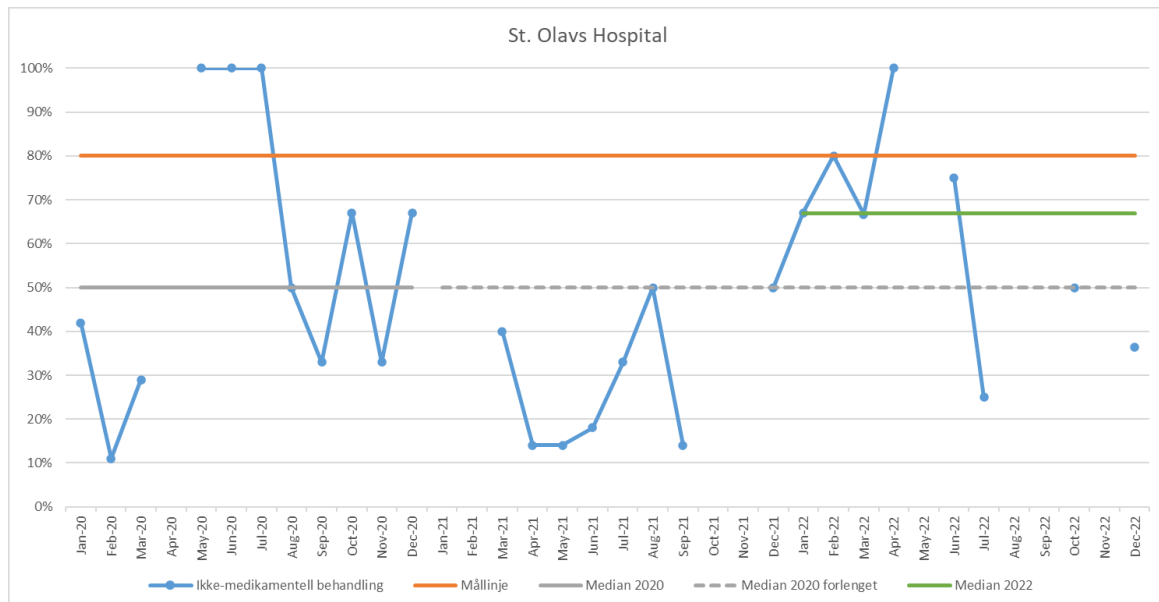
Figur 6. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved UNN (nasjonale resultater).



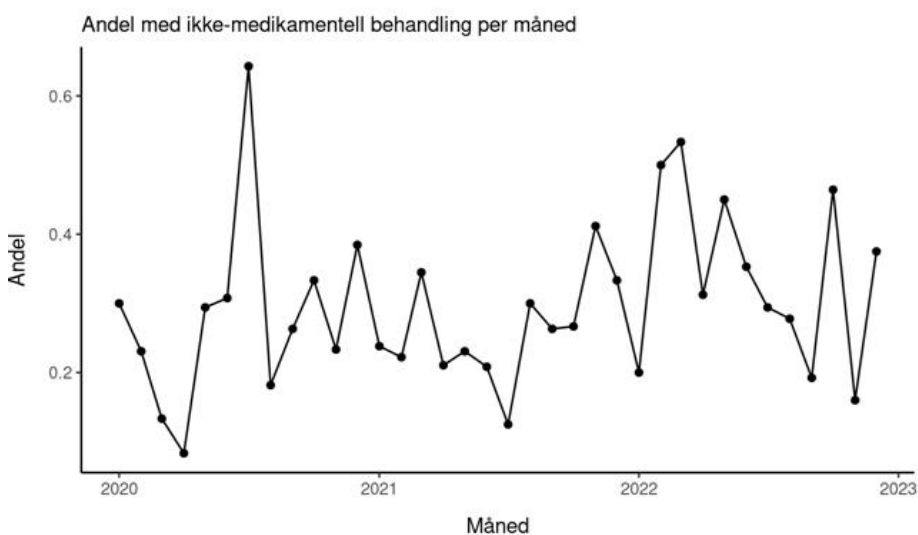
Figur 7. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved UNN (lokale resultater).

St. Olavs Hospital

Svingende måloppnåelse i prosjektperioden, som har variert fra 25 % på det laveste til 100 % på det høyeste. Perioder med lav måloppnåelse kan ha sammenheng med underbemanning på sykepleiersiden, nyansettelser, travle perioder og mye ressurser brukt på helseplattformen. En stor andel av våre pasienter er inneliggende på seksjon for lindrende behandling, hvor det fra avdelingens side god er ivaretagelse av ikke-medikamentelle tiltak uten bistand fra smerteteamet.



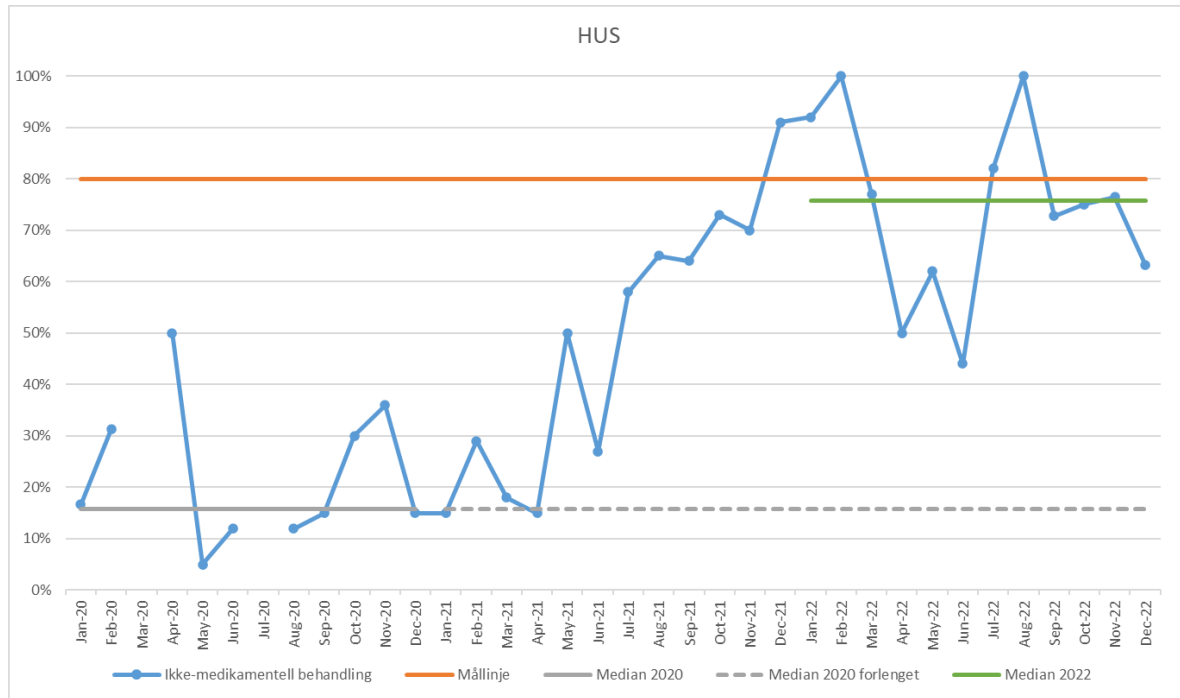
Figur 8. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved St. Olavs Hospital (nasjonale resultater).



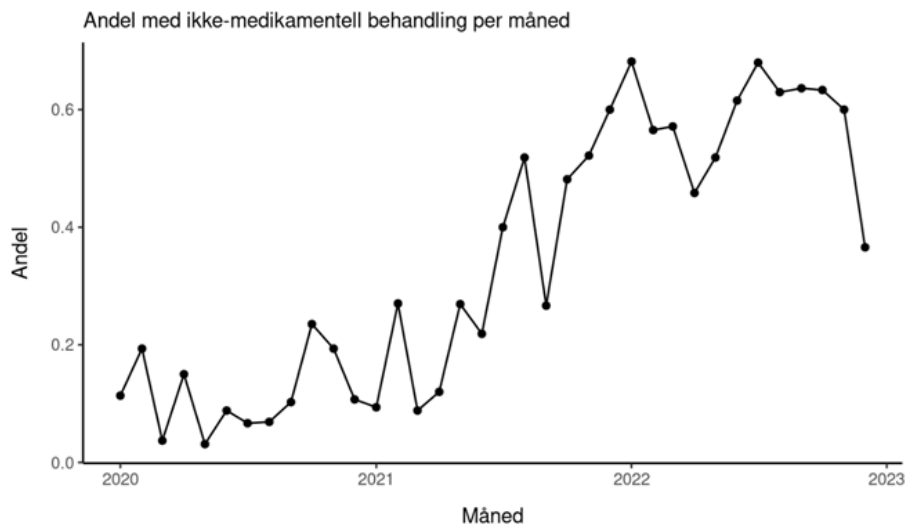
Figur 9. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved St. Olavs Hospital (lokale resultater).

Haukeland Universitetssjukehus

Haukeland Universitetssjukehus har oppnådd god måloppnåelse med økning i median for ikke-medikamentell behandling fra 16 % i 2020 til 76 % i 2022. Målet om 80 % er likevel ikke nådd, men økningen har vært betydelig. Den største økningen skjedde høsten 2021 hvor man fikk økt fokus på ikke-medikamentell behandling og hvordan dette skulle registreres. Resultatene har vært svingende i prosjektperioden fra 39 % til 100 %, men virker å ha stabilisert seg rundt 70 % de siste månedene av prosjektet.



Figur 10. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved HUS (nasjonale resultater).



Figur 11. Måloppnåelse for ikke-medikamentell behandling ved HUS (nasjonale resultater).

Resultater i 2022 for registrerende enheter som ikke har deltatt i kvalitetsforbedringsprosjektet:

Helse Møre og Romsdal (Ålesund sykehus):

Ålesund sykehus har registrert pasienter i SmerteReg i 2021 og 2022. Gjennomsnittet for andel ikke-medikamentell behandling har økt fra 56 % i 2021 til 60 % i 2022. Resultatene fra Ålesund sykehus skiller seg dermed lite fra de deltakende enhetene.

Vestre Viken (Bærum sykehus):

Bærum sykehus har registrert pasienter i SmerteReg fra 2022. Gjennomsnittet for andel ikke-medikamentell behandling var 5 % i 2022, som er betydelig lavere enn de øvrige enhetene.

AHUS (Akershus Universitetssykehus):

Akershus Universitetssykehus har registrert pasienter i SmerteReg fra 2022. Gjennomsnittet for andel ikke-medikamentell behandling var 45 % i 2022. Resultatene fra Akershus Universitetssykehus skiller seg dermed lite fra de deltakende enhetene.

Tabell 6. Gjennomsnitt for andel ikke-medikamentell behandling for alle registrerende enheter i perioden 2018 til 2022.

| Sykehus | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022* |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Helse Bergen | 16 % | 14 % | 17 % | 46 % | 66 % |
| St. Olavs Hospital | 41 % | 40 % | 39 % | 24 % | 39 % |
| UNN | 80 % | 55 % | 34 % | 58 % | 62 % |
| OUS | - | 6 % | 61 % | 73 % | 56 % |
| Helse Møre og Romsdal | - | - | - | 56 % | 60 % |
| AHUS | - | - | - | - | 45 % |
| Vestre Viken | - | - | - | - | 5 % |

*Data hentet 26. april 2023

6 Prosjektgruppens evaluering

Prosjektgruppen er takknemlige for å få den spennende muligheten det har vært å søke og få tildelt midler til å gjennomføre et nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt. Variabelen ikke-medikamentell behandling har hatt uønsket variasjon over lengre tid og det har vært et stort ønske om å gjennomføre et prosjekt for å adressere dette. Prosjektledelsen har fått god støtte av fagsenteret i Helse Vest i hele prosessen, fra planlegging til avslutning. Fagsenteret har også invitert til og gitt muligheter for presentasjoner av prosjektet i ulike forum underveis i perioden. Dette har vært en flott mulighet til å dele erfaringer og resultater fra prosjektet.

I planleggingen av prosjektet var forankring i fagrådet og ledelse ved deltakende enheter vært viktig. Erfaringene etter prosjektperioden er at disse burde vært involvert i større grad underveis for mer aktiv deltakelse. Brukerrepresentantene Rigmor Berge og Reidun Tjønn Rinde som har vært en del av prosjektgruppen, og er med i fagrådet, har gitt verdifulle bidrag og deltatt på alle møter underveis i prosjektperioden. Brukerrepresentantene har også delt sine egne erfaringer med ikke-medikamentell smertebehandling og deres rolle i prosjektet i flere presentasjoner for ulike målgrupper. Prosjektleder har lært mye om forbedringsarbeid i prosjektet, men har følt på for lite trygghet i prosjektmetodikken til å veilede deltakende enheter i for eksempel PDSA-sirkelen til at dette har vært fulgt tett opp. Alle deltakende enheter har blitt oppfordret til å ta kontakt med sine lokale fagsenter, men det har ikke blitt gjort. Ved mer kunnskap i prosjektmetodikk i prosjektledelsen, kunne trolig dette vært utnyttet bedre.

Det har vært en vanskelig balanse i prosjektperioden mellom å kreve innsats og resultater fra de deltakende enhetene mot å gi rom til at hver deltakende kunne gjøre de tiltakene som var mulig med de ressursene og arbeidsmåtene som var tilgjengelige. Prosjektledelsen har hatt stort fokus på at hver deltakende enhet kjenner sin praksis best og vet best hva som er hensiktsmessig å gjøre av tiltak på egen enhet. Prosjektledelsen kunne stilt høyere krav til aktivitet og resultater underveis, og tilbakemeldingene fra deltakende enheter har vært at lokal ledelse burde vært mer involvert for å legge til rette for dette. Det har også vært viktig med fleksibilitet fra prosjektledelsen i forhold til uforutsette utfordringer med tekniske problemer og covid.

Det har vært veldig positivt med statusmøter underveis i prosjektperioden med mulighet for å utveksle erfaringer hyppigere enn på seminarene. Registersekretariatet bør følge opp resultater videre i regelmessige brukermøter, oftere og mer interaktivt enn i årsrapporter. Registersekretariatet vil etter prosjektslutt ha ansvar for brosjyre og nettside som skal lages om ikke-medikamentell behandling. Prosjektledelsen mener det er stort potensiale i dette.

Registrerende enheter som ikke har deltatt i prosjektet har blitt orientert om prosjektet og fremgang på årsmøtene i 2021 og 2022. I tillegg har prosjektledelsen invitert til digitalt møte for å dele erfaringene i prosjektet og bidra til å legge til rette for at smerteteamene som ikke deltok kan dra nytte av dette i sitt videre arbeid med ikke-medikamentell smertebehandling. Registersekretariatet vil følge dette opp.

7 Deltagende avdelingers/enheters beskrivelse av gjennomføring

Oslo Universitetssykehus

Planlegging: Innledningsvis tverrfaglig planleggingsmøte der man ble enige om fokus-områder for tiltak. I OUS har vi hatt fokus på bruk av mal i notater som en metode for å sikre økt fokus på bruk av ikke-medikamentelle tiltak hos den enkelte pasient, og som behandlingsforslag. Vi benyttet oss av PDSA-sirkel innledningsvis i planlegging, men dette ble ikke fulgt opp videre/ med planlegging av neste skritt.

Implementering/oppfølging: En sykepleier hadde ansvar for utarbeidelse av mal for journalnotat som sikret bred vurdering av ikke-medikamentelle tiltak. Malen ble nok noe brukt, men ikke så mye. Vurdering av ikke-medikamentelle tiltak ble likevel en del av journalnotat, selv om malen ikke ble brukt.

Sikring av ledelsesforankring: Prosjektet ble innledningsvis forankret hos seksjons- og avdelingsleder. Underveis er status formidlet på avdelingsnivå, mens daglige vurderinger er hovedsakelig gjort av sykepleiergruppen.

Kommunikasjon av prosjektet internt på avdelingene: Prosjektet og status er tatt opp som sak på fagrådsmøter (tverrfaglig team) i avdelingen og på særfgaglige møter i sykepleiergruppen.

Ivaretagelse av kvalitetsforbedringen etter prosjektslutt: En foreløpig konklusjon er at vurdering av ikke-medikamentelle tiltak og bruk av disse er en implementert del av vurderingen vi til daglig gjør hos den enkelte pasient. Prosjektet har satt fokus på dette, men ikke nødvendigvis bidratt til økt/endret fokus. Vi fortsetter sannsynlig med de samme vurderingene vi har gjort i etterkant av prosjektet.

Universitetssykehuset Nord-Norge

Vi mener vi har hatt et relativt konstant fokus på ikke-medikamentell behandling, men jobbet lite systematisk med prosjektet. Vi avholdt ikke møter for evaluering eller strategi og prosjektet hadde i praksis heller ikke en tilstrekkelig ledelsesforankring, bl.a. p.g.a. fravær med permisjon. Organisering av arbeid generelt, og prosjektet spesielt, led under manglende stabilitet og kontinuitet i teamet og samtidighetskonflikter for ansvarlige overlege/prosjektleder og stedfortreder. Vi avholdt noen undervisningstimer med psykolog om motiverende intervju. Vi ser flere mulige tiltak for å ivareta og styrke arbeidet med ikke-medikamentell behandling:

- Arbeide for å få tilbake to sykepleiere på smerteteam (Budsjettspørsmål)
- Fortsatt fokus på berøringstrening og utlevering av berørings-kit til pasienter ved tilsyn
- Internundervisning og utveksling av erfaringer og råd om ikke-medikamentell behandling mellom ulike faggrupper på avdelingen, helst med tverrfaglig poliklinikk og smerteteam i fellesskap. Ideelt kan kunnskap og ferdigheter i ikke-medikamentell behandling utveksles mer mellom ulike profesjoner og mellom poliklinikk og smerteteam. Kulepunktene under representerer noen tema som kan være aktuelle, alene eller sammen med poliklinikk:
 - Lage mal for journaldokumentasjon av tilsyn (og polikliniske konsultasjoner) der ikke-medikamentelle tiltak løftes frem med høyere prioritet
 - Vurdere å gjenoppta undervisning om motiverende intervju
 - Opplæring av flere faggrupper i bruk av TENS slik at teamet selv kan starte slik behandling på sengepostene
 - Opplæring i pusteteknikk
 - Undervisning på sengepostene. Øke fokus på undervisning til leger. Bruke nytuviklet nettkurs: <https://smerte.helsekompetanse.no/>

St. Olavs Hospital

Begrensninger:

- Underbemanning spesielt på sykepleiersiden (og også sekretær)
 - Helseplattformen har tatt mye ressurser
 - Travelt
 - Var nok lite fokus på å spørre om samtykke når det har vært travelt, som har ført til få inkluderte pasienter før overgang til reservasjonsrett
 - Nyansettelse på sykepleiersiden krever ressurser til opplæring. Sykepleier har mye arbeid med blokadeteam, og sekretærmangel her påvirker sykepleierressurs også på smerteteam
- St. Olavs Hospital har ikke vært med på alle møtene som har vært arrangert i prosjektperioden, men gikk aktivt ut og forsøkte å bruke PDSA-modellen. Den ble brukt til å sette opp mål og arbeidsmåter i begynnelsen av prosjektet, men det var en ressurskrevende og ukjent måte å jobbe på. Den ble derfor ikke brukt i det daglige. Det var lite skriftlig dokumentasjon på hva vi gjorde og hvordan vi jobbet. Det var lite fokus på å formidle til resten av klinikken eller avdelingen pasienten er innlagt i hva prosjekter er, og hvordan vi har jobbet med det. Vi mener det er bedre å dokumentere viktigheten av ikke-medikamentelle tiltak i journal.

Ivaretagelse av kvalitetsforbedringen etter prosjektslutt:

- Bevisstheten rundt dette er tilstede, og den har blitt bedre i prosjektperioden.
- De laminerte sjekklister i lommeformat er «brukt opp» og det skal lages flere. Viktig å ha de som en påminnelse.
- Lage sjekklister som en «plakat» som henges opp på kontoret til Smerteteam – påminnelseplakat.
- Brosjyre om ikke-medikamentell smertebehandling, vil være nyttig både for pasient, oss i Smerteteam og helsepersonell på avdelingene

Haukeland Universitetssjukehus

Ettersom deler av prosjektledelsen også arbeider i smerteteamet, har samarbeidet mellom prosjektledelsen og smerteteamet ved Haukeland Universitetssjukehus vært tett. I planleggingen av prosjektet har prosjektledelsen i stor grad tatt utgangspunkt i praksis ved Haukeland, ettersom det er dette smerteteamet prosjektledelsen kjenner best. Tiltakene som har vært prøvd ut har vært sjekklister som lommekort og en forenklet sjekklister til rapport. Begge deler har vært revidert underveis i perioden. Sjekklister brukes i varierende grad, men har hjulpet til med å strukturere rapport og samtale med pasient. I tillegg har man hatt økt fokus på å registrere ikke-medikamentell behandling underveis i oppfølgingen av pasient og sjekket registrering som en del av daglig rapport. Dette har vært nyttig, men brukes i varierende grad. Det har også hengt oppdaterte resultater på kontoret, men dette ble fort en del av interiøret som man ikke legger merke til i hverdagen. Kvalitetsforbedringsprosjektet har sporadisk vært et tema på interne møter med ledelse og øvrig tverrfaglig team. Kontinuitet har vært en stor utfordring i prosjektperioden, med stort fravær og nyansettelser. Alt i alt opplever smerteteamet at det som har hatt størst effekt har vært økt fokus og kunnskap om ikke-medikamentell behandling, samt større fokus på dokumentasjon og registrering av praksis man allerede hadde. Smerteteamet opplever et større fokus på ikke-medikamentell smertebehandling generelt på sykehuset, og man håper dette er et heldig utfall av økt fokus på temaet også fra smerteteamet. Videre ønsker smerteteamet å opprettholde fokus på dokumentasjon og registrering av ikke-medikamentell behandling. Sjekklister for rapport og samtale med pasient vil bli beholdt, men brukes i praksis i varierende grad. Vi tror brosjyren om ikke-medikamentell behandling vil være et nyttig verktøy for å introdusere ikke-medikamentell behandling til pasientene.

8 Vedvarende forbedring

Som en del av spredningsfasen utarbeides det en brosjyre med tilhørende nettressurser om ikke-medikamentell smertebehandling. SmerteReg vil være ansvarlig for brosjyren og innholdet på nettsiden. Det er ønske om at avdelinger på de tilknyttede sykehusene kan ta brosjyren i bruk, mens nettressursene vil være tilgjengelig for alle.

Prosjektledelsen jobber med å skrive en artikkel som kan publiseres i et vitenskapelig tidsskrift for å dele resultater og kunnskap om prosjektet. I tillegg vil resultatene bli delt med fagmiljø og deltakende enheter i årsrapport for 2022 og på fremtidige brukermøter.

Alle registrerende enheter har tilgang til Rapporteket og bør kontinuerlig følge med på egne resultater etter prosjektperiodens slutt. SmerteReg vil også følge med på resultatene for kvalitetsindikatoren «Ikke-medikamentell behandling» spesielt og vil vurdere om det må gjøres nye tiltak for å opprettholde gode resultater fra kvalitetsforbedringsprosjektet. Resultatene vil også være tilgjengelige i årsrapporter og på sykehusviseren.

9 Eventuelle opplysninger som vedrører registeret

Som tidligere nevnt ble SmerteReg 25. november 2022 et register basert på reservasjonsrett i stedet for samtykke. Dette har hatt stor innvirkning på antall registrerte. Nytt etter dette er at pasienter som fikk skriftlig råd uten tilsyn blir inkludert i nasjonalt register. Ettersom smerteteamet ikke har mulighet til å forsikre seg om at ikke-medikamentell behandling faktisk er utprøvd av pasienten, besvares dette automatisk med «Vet ikke». Det har ført til at andelen pasienter som er registrert med ikke-medikamentell behandling er redusert, ettersom enkelte smerteteam har en stor andel pasienter som får råd. I resultatene som presenteres i sluttrapporten er pasientene som får råd ekskludert, men det er fremdeles ikke rettet i indikatorrapporten i Rapporteket. Oppdaterte resultater er dermed ikke tilgjengelig for innregistrerende enheter enda.

Da resultatene for opioider ved siste tilsyn var klare, var det åpenbart at dette var interessante data å se nærmere på. Resultatene viste en trend med gradvis økende doser av opioider ved siste tilsyn og forskjeller i gjennomsnittlig OMEQ mellom sykehusene. Det ble derfor sett på opioider ved første tilsyn også, som registreres på samme måte. Disse resultatene viste lignende resultater med en økende trend og forskjeller i gjennomsnittlig OMEQ mellom sykehusene. Dette skal nå bli en egen rapport i Rapporteket, slik at deltakende enheter og SmerteReg lettere kan følge opp dette. Resultatene vil bli fulgt videre og det vil bli interessant å se om de endrer seg etter overgang til reservasjonsrett hvor flere registrerte blir inkludert.

Prosjektledelsen ønsker å skrive en artikkel for publisering i et vitenskapelig tidsskrift med resultater fra kvalitetsforbedringsprosjektet, og ber om at sluttrapporten ikke blir offentliggjort før dette eventuelt er i mål.

10 Suksessfaktorer og utfordringer

Utfordringer:

- Manglende involvering av lokal ledelse.
- Lav bemanning som gir lite tid til å prioritere prosjektarbeid i en travel arbeidshverdag.
- Å følge og følge opp prosjektmetodikk lokalt uten nok tid eller kunnskap til å kunne gjøre dette.
- Tekniske problemer med Rapporteket gjorde det vanskelig å følge med på resultatene.
- Oppfølging av deltakende enheter med ulike arbeidsmetoder, kapasitet og valgte tiltak i prosjektet. Det var en utfordring å finne balanse mellom å sette krav til resultater og innsats i prosjektet, mot å gi frihet til å la smerteteamene gjøre det som var mulig med sine ressurser.

Suksessfaktorer:

- Å velge et tema som engasjerer prosjektdeltakerne.
- Tverrfaglig team involvert i prosjektet, både i prosjektledelsen (med brukerrepresentanter) og lokalt i smerteteamene.
- Prosjektledelse som holder fokus på prosjektet med regelmessige påminnelser til prosjektdeltakerne.
- Møter mellom alle deltakende enhetene for faglige diskusjoner og å utveksle erfaringer.
- Fleksibilitet i forhold til fremdriftsplan, kapasitet hos de deltakende enhetene og tekniske problemer.

11 Konklusjon

Alt i alt har prosjektet vært vellykket som har samlet fagmiljøet om et tema som har engasjert og åpnet for gode diskusjoner om bruk av ikke-medikamentell smertebehandling og registrering i SmerteReg. Det er svært positivt at den uønskede variasjonen mellom registrerende enheter har blitt mindre for ikke-medikamentell behandling og at pasienttilfredsheten er opprettholdt i prosjektperioden. I tillegg har det blitt oppdaget utfordringer i forhold til økende bruk av opioider ved siste tilsyn som vil bli undersøkt nærmere i fremtiden.

Vedlegg 1. Økonomi

12 Rapportering til oppdragsgiver

Oppdragsgiver er Interregional styringsgruppe på vegne av administrerende direktører i de fire regionale helseforetakene. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE handler på vegne av oppdragsgiver.

Oppdragsgiver har oppnevnt følgende kontaktperson som sluttrapporten sendes til per e-post:

Marianne Nicolaisen

Rådgiver, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

SKDE - senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Helse Nord RHF

Mob. +47 913 65 951

E-post; Marianne.Nicolaisen@helse-nord.no

Rapporten skal være oppdragsgiver i hende senest **3 mnd** etter prosjektslutt.
Samlet prosjektrengskap skal inkluderes som **vedlegg**.