

KvaRus

Nasjonalt kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler

Årsrapport for 2020 med plan for forbedringstiltak

Sverre Nesvåg¹

¹KORFOR, Stavanger Universitetssjukehus

15. juni 2021

Innhold

I Årsrapport

1 Sammendrag/Summary

2 Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

2.1.2 Registerets formål

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

2.3 Faglig ledelse og dataansvar

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

3 Resultater

3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

3.2 Andre analyser

4 Metoder for fangst av data

5 Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

5.3 Tilslutning

5.4 Dekningsgrad

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

5.7 Vurdering av datakvalitet

6 Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

- 6.1 [Pasientgruppe som omfattes av registeret](#)
- 6.2 [Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer](#)
- 6.3 [Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål \(PROM og PREM\)](#)
- 6.4 [Sosiale og demografiske ulikheter i helse](#)
- 6.5 [Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.](#)
- 6.6 [Etterlevelse av faglige retningslinjer](#)
- 6.7 [Identifisering av pasientrettede forbedringsområder](#)
- 6.8 [Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring](#)
- 6.9 [Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring \(endret praksis\)](#)
- 6.10 [Pasientsikkerhet](#)

7 [Formidling av resultater](#)

- 7.1 [Resultater tilbake til deltakende fagmiljø](#)
- 7.2 [Resultater til administrasjon og ledelse](#)
- 7.3 [Resultater til pasienter](#)
- 7.4 [Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no](#)

8 [Samarbeid og forskning](#)

- 8.1 [Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre](#)
- 8.2 [Vitenskapelige arbeider](#)

II [Plan for forbedringstiltak](#)

9 [Videre utvikling av registeret](#)

III [Stadievurdering](#)

10 [Referanser til vurdering av stadium](#)

- 10.1 [Vurderingspunkter](#)
- 10.2 [Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen](#)

Del I

Årsrapport

Kapittel 1

Sammendrag

KvaRus fikk nasjonal status i desember 2018. 2019 ble brukt til å utvikle teknisk løsning, prosedyrer, informasjonstiltak og kontakter ved de innregistrerende enhetene i de 56 juridiske enhetene som er pliktige til å registrere i KvaRus (19 helseforetak, 31 private tjenesteleverandører med avtale med et eller flere regionale helseforetak og 6 tjenesteleverandører innen Fritt Behandlingsvalg-ordningen).

Registreringen av de første pasientene startet 1. januar 2020 og denne årsrapporten inneholder altså informasjon fra det første driftsåret for registeret og om hva som er gjort for øke dekningsgraden i registeret. I resultatdelen presenteres de første enkle analysene av hva som kjennetegner den pasientgruppen som er registrert i KvaRus så langt. Videre presenterer elementene i en enda mer offensiv implementeringsstrategi for 2021 og 2022.

Kapittel 2

Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Det har lenge vært et ønske fra offentlige myndigheter om å etablere et kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler i Norge, for å heve kvaliteten på de tjenester som tilbys. Dette kommer klart til uttrykk både i Regjeringens forslag til Opptrappingsplan for rusfeltet og i ny Nasjonal helse- og sykehusplan.

Kvalitetsregisteret tar utgangspunkt i en populasjon hvor variasjonen i problembelastning kan variere fra begrenset skadelig bruk og mild avhengighet av rusmidler uten omfattende tilleggsproblemer til alvorlig avhengighet med omfattende komorbiditet og stort skadepotensiale. Pasienter som henvises TSB for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler har ofte vansker knyttet til selve bruken av rusmiddelet, relasjonelle og sosiale problemer som følge av bruken, og komorbiditet for psykisk eller somatisk lidelse. Komorbiditeten kan framstå som en følge av avhengigheten, eller som en medvirkende årsak til lidelsen. Sammenlignet med alle som antas å ha problemer knyttet til bruk av rusmidler, vil registerpopulasjonen derfor være ressurskrevende både med hensyn til utredning, diagnostikk og behandling.

Innenfor TSB-populasjonen er angst, depresjon, PTSD, ADHD og personlighetsforstyrrelse de mest vanlige komorbide tilstander. De fleste undersøkelser av rusmiddelbelastede grupper viser i tillegg stor somatisk sykелighet (Mørland og Waal 2016).

Ut fra det som er beskrevet over, er pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler en lite homogen gruppe. Registeret vil etter hvert kunne tydeliggjøre ulike undergrupper innenfor registerpopulasjonen, blant annet basert på omfanget og alvorligheten av ruslidelsen, grad av komorbiditet, debutalder, kjønn og andre justeringsvariabler.

I forbindelse med forarbeidet til Meld.st. 30, *En helhetlig rusmiddelpolitikk* (2011-12) utarbeidet KORFOR et grunnlagsdokument hvor en, basert på case, identifiserte 15 ulike og typiske behandlingsforløp innenfor TSB. Kvalitetsregisteret vil kunne gi empiri til, og grunnlag for et videre arbeid med å identifisere ulike undergrupper av pasienter med ruslidelse og ulike behandlingsforløp.

Behandling av avhengighet av rusmidler har fram til nå stort sett vært evaluert etter en akutt-format tekning, dvs «outcome»-mål etter et bestemt antall måneder etter en avsluttet behandling (McLelland et al. 2005). Imidlertid er behandling av avhengighet og skadelig bruk av rusmidler preget av innsatser fra flere behandlingstiltak og ofte mange og ulike behandlingforsøk.

På mange måter kan avhengighet av rusmidler sammenlignes med kroniske lidelser hvor

sårbarhet for tilbakefall er et sentralt element i lidelsen. Selv om analogien har noen svakheter vil kronisiteten komme til uttrykk gjennom sårbarhet for tilbakefall etter perioder med rusfrihet. Ut fra en slik tenkning må registeret se på behandling av ruslidelser som et forløp med forskjellige intervensjoner på ulike tjenestenivå.

Ubehandlet ruslidelse kan for den enkelte medføre vedvarende helseskader og en lidelse med kronisk preg. Tilleggsbelastninger kan handle om psykisk lidelse, somatiske helseproblemer og et vidt spekter av sosial belastning. Omkostningene for nærstående andre og samfunnet er vesentlige.

Behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler vil således omfatte alt fra relativt korte forløp knyttet til et begrenset antall behandlere eller tjenesteytere, til omfattende forløp med avbrutte, gjentatte og mange behandlingssekvenser som involverer mange behandlere og tjenesteytere. Avgjørende for god behandling handler om at pasientens vansker i tillegg til ruslidelsen, eller vansker som en følge av denne, blir adressert i behandlingen.

Kvalitetsutfordringene på rusfeltet dreier seg derfor om å få mer kunnskap om hva slags behandling som er mest virkningsfull overfor ulike grupper av pasienter og hvordan behandlere bør adressere og behandle både avhengighet av rusmidler og ulike følgeproblemer. Innen behandling av ruslidelse er kunnskapsgrunnlaget for helt spesifikke behandlingsmetoder relativt svakt. Unntaket er substitusjonsbehandling for opioidavhengighet. Ofte vil en kombinasjon av ulike psykososiale metoder og behandlingsmetoder med grunnlag i læringspsykologi ha effekt, forutsatt en rusfri stabiliseringsperiode i forkant (Kelly m.fl. 2012).

Helsedirektoratet har viet avbrudd i TSB- behandling stor oppmerksomhet og har avbrudd som en viktig kvalitetsindikator innenfor TSB. Det er godt dokumentert at ikke planlagt avslutning av behandling reduserer mulighetene for et godt behandlingsresultat. En kvalitetsutfordring er derfor å kunne ha mulighet for både å registrere omfanget av nåværende og tidligere behandlingsavbrudd og å analysere ulike forhold og mønster knyttet til avbrutt behandling. Forskning har i hovedsak forklart avbrudd ut fra egenskaper ved bruker, og i mindre grad sett på ulike sider ved behandlingen som er gitt (Brorson et al. 2013).

Et kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler vil kunne gi et verdifullt bidrag i arbeidet med å analysere og å motvirke utilsiktet avbrudd fra behandling. I en artikkel av Nesvåg m.fl. (2017) pekes det på at forskjeller i avbrudd fra behandling kan forklares både ved alder, kjønn, utdanningsnivå, boligforhold, anti-sosiale personlighetstrekk og kognitive vansker ved inntak i behandlingen. Artikkelen antyder at behandlings-forberedende tiltak og tidligere døgntilbud kan forebygge tidlige avbrudd i behandlingen. For å forebygge dette har mange enheter utvidet det polikliniske tilbudet med ulike former for oppsøkende behandlingsteam, såkalte drop-out team og kontordager i lavterskeltiltak eller i legesentre. Beskyttelse og skjerming i forkant av behandling kan for mange være et viktig innledende tiltak.

Registeret vil fange opp hvor intensiv oppfølgingen har vært fra andre tjenesteytere i forkant av behandling og i hvilken grad tidligere behandlinger har vært preget av uteblivelse og ikke planlagte avslutninger. Denne informasjonen vil komme både gjennom henvisning, data fra

NPR, tiltaksplaner som eventuelt foreligger ved henvisning og fra pasienten selv. I registeret er avslutninger som ikke er basert på gjensidig avtale eller som handler om overføring til annet tiltak, definert som avbrudd. Tidlige brudd i behandlingen kan handle om behandling som ikke treffer, brudd sent i prosessen kan handle om behandling som har gått inn i et feil spor.

I registeret ønsker en å dokumentere samspillet mellom ulike behandlingssinnsatser og pasientens egne anstrengelser i et forløpsperspektiv, og se hvordan dette kan bidra til bedre mestring av avhengighet hos pasienten. Derfor er det viktig å monitorere hele behandlingsforløpet.

2.1.2 Registerets formål

Kvalitetsregister for behandling av skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler skal bidra til en mer spesifikk, systematisk, likeverdig og geografisk lik behandling av ruslidelse i Norge. Videre skal registeret bidra med kunnskap om hvilke resultater som oppnås i behandling av pasienter med ulike typer ruslidelse og med varierende grad av komorbiditet for andre lidelser. Ved å koble dette registeret mot andre medisinske kvalitetsregistre kan en få et bilde av i hvilken grad pasienter med ruslidelse får et likeverdig tilbud innen andre deler av helsetjenesten.

I informasjonen til pasienter, behandler og andre interessenter er det formulert fire spørsmål som KvaRus skal bidra til å gi svar på:

- Hva kjennetegner pasientene i rusbehandling i Norge?
- Hvilken behandling får de?
- Hva synes pasientene om den behandlingen de får?
- Hvilke resultater oppnås?

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

I denne fasen av arbeidet har en prioritert oppgaver relatert til aktiviteter som skal sikre den nasjonale implementeringen av registeret. Avklaring av hvilke analyser som skal gjennomføres for å oppfylle registerets formål vil bli prioritert i neste fase.

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

Forskriften for nasjonale medisinske kvalitetsregistre utgjør registerets juridiske hjemmelsgrunnlag. Registeret er samtykkebasert. Overgang til et reservasjonsbasert register vil bli vurdert i løpet av 2021.

2.3 Faglig ledelse og dataansvar

Sverre Nesvåg har vært faglig leder av registeret i 2020. Ole Bergesen er nå ansatt som ny registerleder. Han begynner i stillingen 2. august 2021. Helse Stavanger HF er dataansvarlig for registeret og Norsk Helsenett er databehandler.

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Det er etablert et fagråd for registeret med Guri Spilhaug fra Nasjonal Kompetansetjeneste – TSB, som leder. Fagrådet består av 3 representanter for ulike bruker- og pårørendeorganisasjoner. Videre er alle regionale helseforetak representert gjennom sentrale fagmiljø i disse. I fagrådet sitter også representanter for Fagrådet – Rusfeltets Hovedorganisasjon, fra private ideelle behandlingstiltak, Folkehelseinstituttet, Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (N-ROP) og Nasjonal kompetansetjeneste TSB. Fagrådet har hatt to møter i 2020. Dette er de viktigste sakene som ble behandlet på de to møtene:

- Endelig godkjenning av Fagrådets vedtekter
- DPIA og vilkårene for PVOs anbefaling til AD, Helse Stavanger HF
- Status og erfaringer fra implementeringsarbeidet
- Grunnlag for beregning av problematikk-alvorlighets-skåre
- Resultater fra erfaringsinnhenting blant pasienter og behandlere (som del av grunnlaget for revisjon 2021)
- Planer for resultatpresentasjon til ulike brukergrupper (inkl. bruk av Rapporteket)
- Etablering av nettverk for forskning på KvaRus-data

Kapittel 3

Resultater

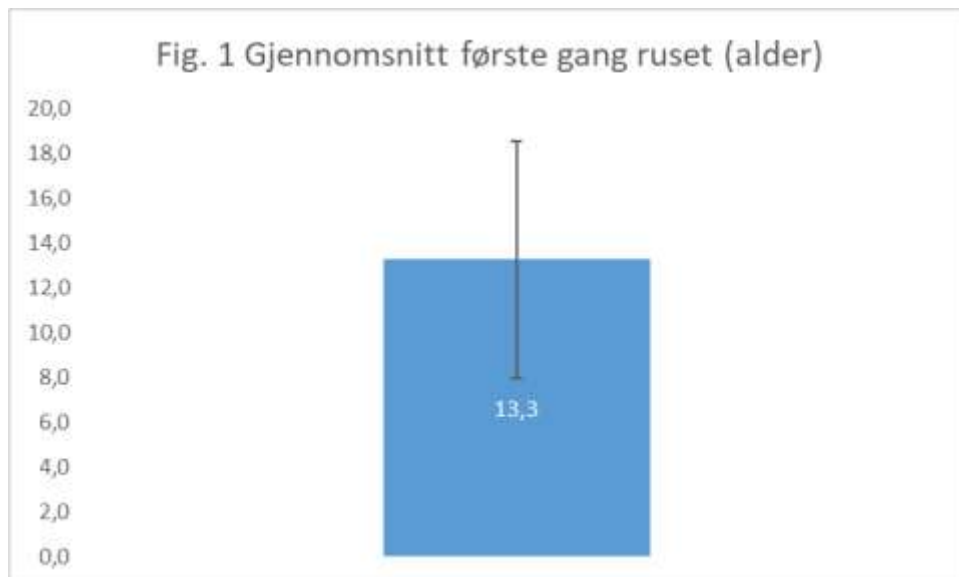
Siden dette er første registreringsår i KvaRus er det ikke grunnlag for å gjøre noen omfattende analyser av datamaterialet så langt. For eksempel innhentes PROM og PREM-data først i målepunktene underveis i behandlingsforløpet, og her er det foreløpig et for tynt datagrunnlag for å presentere resultater.

Det som imidlertid lar seg presentere er informasjon om hva som karakteriserer det pasientutvalget som faktisk er tatt inn med en basisregistrering alt nå i første registreringsår. Også dette materialet er lite i forhold til antallet pasienter i rusbehandling i Norge totalt. Men pasientene er allikevel så pass godt fordelt på både offentlige og private behandlingenheter og spredt på alle helseregioner, at materialet har en viss representativitet.

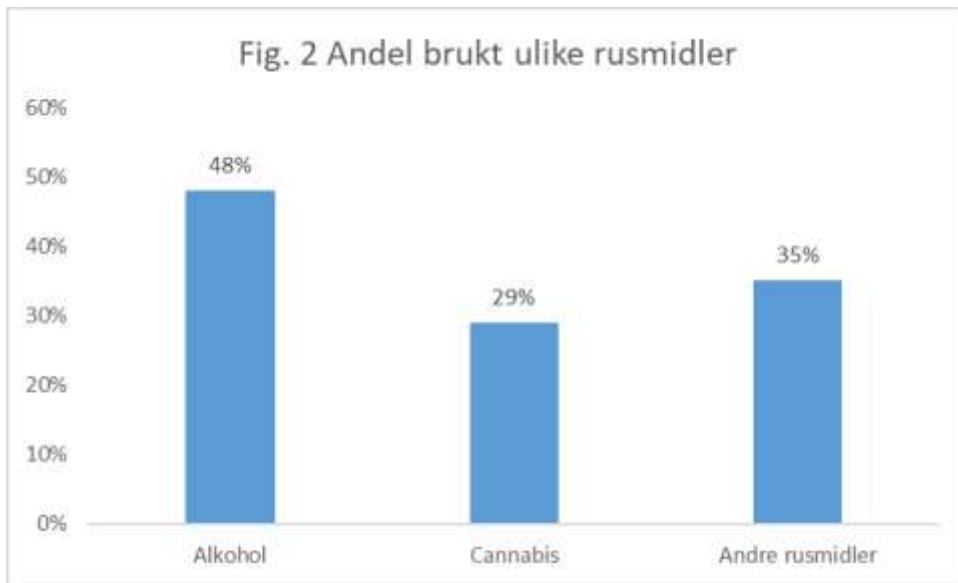
Totalt i 2020 ble det gjennomført basisregistrering av 892 unike pasienter. Av disse var 29% kvinner, noe som er ganske likt den kjønnsfordelingen vi finner i annen statistikk om pasienter i rusbehandling.

13% av pasientene var bostedsløse. 28% bodde sammen med barn. 22% hadde ikke utdanning ut over grunnskole. 27% var i hel- eller deltids lønnet arbeid.

Figur 1 viser at gjennomsnittsalder for første gang vært beruset (debutalder) var 13,3 år med et standardavvik på 8-18 år. Gjennomsnittsalderen er ikke markert høyere enn i befolkningen ellers men figuren viser at mange debuterer med bruk av rusmidler svært tidlig i livet.

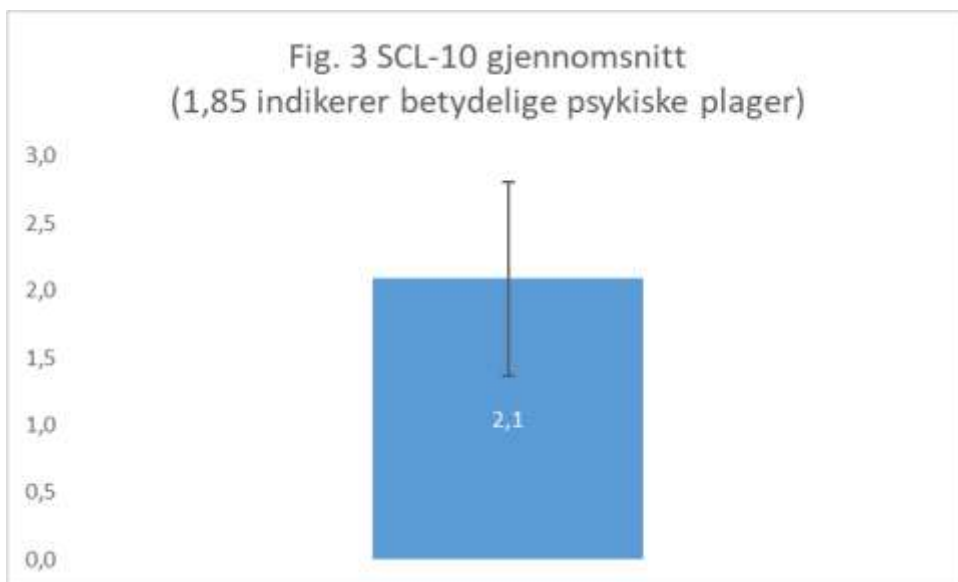


Figur 2 viser andelene som har brukt ulike typer rusmidler. Figuren viser at utvalget favner personer der rusproblematikken er relatert til både alkohol og illegale rusmidler.



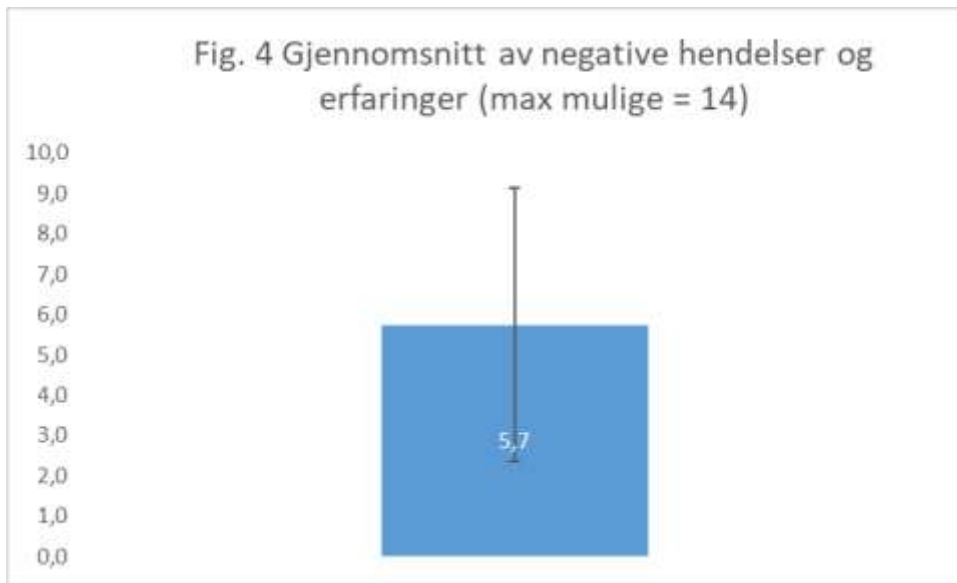
23% av pasientene oppgir å ha injisert rusmidler siste 12 måneder. Dette samsvarer også ganske bra med resultater fra annen statistikk om pasientepopulasjonen.

Mange pasienter sliter med betydelige psykiske plager. I det validerte spørrebatteriet SCL-10 spørres det om grad av plage på en skal fra 1 til 4, siste sju dager, for 10 typer psykiske plager. Svarene i figur 3 viser en gjennomsnittskåre for alle 10 plagene på 2,1, noe som er over cut off for betydelige psykiske plager.



Mange opplever at de har mye å slite med av negative hendelser og erfaringer i barndom og oppvekst. I basisregisteringen er det mulig å oppgi 14 ulike typer negative hendelser og erfaringer. Figur 4 viser gjennomsitt antall og ett standardavvik for hvor mange hendelser og erfaringer pasientene har oppgitt allerede i oppstarten av behandlingen. Mange vil ikke

komme fram med slike erfaringer før lenger ute i behandlingsforløpet, så tallet må se på som en minimums belastning blant pasientene i dette utvalget.



51% hadde vært i rusbehandling i spesialisthelsetjenesten tidligere. På en skala fra 1 til 10 som måler pasientenes motivasjon for å endre sin rusmiddelbruk, skåret pasientene i gjennomsnitt 8,2. Og på spørsmål om hvor mange typer ressurser de mente de hadde med seg inn i behandling (7 ulike positive erfaringer og egenskaper), oppga pasientene at de i gjennomsnitt hadde 5,6 ulike typer ressurser. Så selv om halvparten av pasientene har behov for ny behandling selv etter en eller flere tidligere behandlingsforsøk, så gikk de inn i behandling med en rimelig høy grad av motivasjon og med en opplevelse av å ha mange positive erfaringer og egenskaper å bygge på.

Oppsummert viser dette første bildet av hva som karakteriserer pasientene i spesialisert rusbehandling i Norge, stor variasjon i livssituasjon og karakteren av rusmiddelproblematikken. Samtidig viser resultatene at mange sliter med negative hendelser og erfaringer i barndom og oppvekst og med betydelige psykiske plager. Halvparten av pasientene har vært i spesialisert rusbehandling tidligere og dette understreker at for mange er dette en langvarig problematikk med behov for flere behandlingsperioder. Men resultatene viser også at de aller fleste pasientene opplever stor grad av motivasjon og mange ressurser å spille på ved oppstarten av et nytt behandlingsforløp.

Kapittel 4

Metoder for fangst av data

Den elektronisk løsningen for datafangst til KvaRus er basert på MRS-plattformen. Registeringen i registeret skal foretas av behandlere og pasienter hver for seg og i dialog med hverandre. Registreringsinnhold og tidspunkt er koordinert med kravene til informasjonsinnhenting i de ulike fasene i pakkeforløp for TSB: basisregistrering, måle/evalueringspunkt i forløpet (som kan inkludere flere behandlingstiltak), ved avslutning av behandlingen og en planlagt oppfølging ett år etter avsluttet behandling.

Kapittel 5

Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

I det første registreringsåret for KvaRus ble det registrert 915 unike pasienter (inkluderer 23 pasienter der en gikk direkte til en målepunkt-registrering uten basisregistrering). Siden implementeringen av KvaRus startet nesten samtidig med utbruddet av covid-19 pandemien og parallelt med innføringen av pakkeforløp for TSB, var det først mot slutten av året registreringsaktiviteten begynte å ta seg opp. Ved utgangen av mai 2021 var vi kommet opp i 1550 registrerte pasienter i KvaRus.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Det arbeides med å skaffe til veie statistikk fra NPR som kan danne grunnlag for å beregne dekningsgrad. Vårt forslag til definisjon av dekningsgrad vil være a) antall pasienter som er registrert i KvaRus med minimum en basisregistrering eller et målepunkt (der basisregistrering ikke foreligger), holdt opp mot b) hvor mange pasienter i pakkeforløp for TSB som er kodet med første samtale, minus de som ble avsluttet før klinisk beslutning. Videre er vårt forslag å bruke aktivitetsstatistikk fra NPR for å beregne hvor komplette registreringene er, definert ut fra våre anbefalinger for hyppighet av målepunkt i ulike typer behandlingssenheter.

5.3 Tilslutning

For å kunne registrere pasienter i KvaRus må Registerkontakten i den aktuelle enheten melde inn lister med navn på de behandlerne som skal registrere i KvaRus. Videre må den som skal registrere ha søkt og fått tilgang til registeret. Ved utgangen av 2020 var det 45 juridiske enheter som har registrert minst en pasient i KvaRus. Ved utgangen av mai 2021 hadde det kommet til en juridisk enhet til. Totalt er det 56 enheter som er pliktige til å registrere i KvaRus ut fra Forskriftens § 2-3 (19 helseforetak, 31 private med avtale og 6 Fritt Behandlingsvalg-tiltak). Det betyr at «tilslutningsgraden» ved slutten av 2020 var 80 prosent, selv om de fleste av enhetene til nå bare har registrert noen få pasienter hver.

5.4 Dekningsgrad

Det vil våren 2022 bli gjennomført en første dekningsgradanalyse på 2021 tallene, basert på forslaget til beregningsmåte presentert under 5.2.

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er gjennomført omfattende opplæringstiltak både fra registerledelsen sin side og fra registerkontakter i mange behandlingssenheter. På www.kvarus.no er det tilgjengelig mye opplæringsmateriell og et eget e-læringskurs som tar deltakerne gjennom hele registreringsprosedyrene og skjemaene. I innregistreringsløsningen er det lagt inn en rekke logiske kontroller og hjelpetekster for å sikre god datakvalitet. Det er så langt ikke gjort egne analyser av datakvaliteten men dette vil bli prioritert når vi også har registreringsdata for hele 2021.

5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

Ikke aktuelt så langt.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Ikke aktuelt så langt.

Kapittel 6

Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Registeret skal omfatte alle pasienter med skadelig bruk eller avhengighet av rusmidler, som tilbys behandling innen TSB og som samtykker til å inngå i registeret

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

Registeret inneholder følgende variabler, nærmere beskrevet i kodeboken som er tilgjengelig i MRS-løsningen for registeret:

- **Pasientregister**
- Fødselsnummer
- Kjønn
- Fødselsår
- **Behandlingsforløp-register**
- Oppstartdato
- Navn på den som registrerer
- Samtykkeskjema underskrevet

- **Basisopplysninger - spørsmål**
- Henvissningsdiagnose(r)
- Planer ved inntak
- Oppfølging siste tre måneder før inntak (fra hvem)
- Tidligere behandling/tiltak i TSB, Psykisk helsevern, Barnevern
- Hendelser og erfaringer som kan ha betydning for behandlingen (14 items)
- Bosituasjon ved inntak (bolig, sammen med)
- Barn (bor sammen med), graviditet
- Utdanning, arbeid og inntekt
- Fysisk helse (diagnoser, behandlingsbehov)
- Psykisk helse: diagnoser, selvrapportert 14 items, SCL10)
- Medikamentell behandling ved inntak (inkl ATC-koder)
- Bruk av rusmidler (hvilke, historikk, omfang/hyppighet)
- Injisering og overdose (historikk, aktuell)
- Egenaktivitet (rusfrie perioder, egne endringsforsøk)
- Motivasjon (4 items)
- Livssituasjon (13 items)
- Ressurser (7 items)

- **Målepunktregister**
- Dato
- Behandlingsenhet
- Navn på den som registrerer
- Lovgrunnlag for behandling
- Behandlingstilbud

- **Målepunkt – spørsmål (endring siden forrige målepunkt / aktuell situasjon)**
- Planer
- Kartlegging/utredning (inkl. NCMP-koder, utført i egen enhet / av andre)
- Behandling (format, intensitet, tema, NCMP-koder, utført i egen enhet / av andre)
- Medikamentell behandling (inkl. ATC-koder)
- Behandlingsmodell
- Samarbeid med andre (hvem)
- Hendelser og erfaringer (10 items)
- Bosituasjon (bolig, sammen med)
- Barn (sammen med), graviditet
- Utdanning arbeid og inntekt
- Fysisk helse (diagnoser)
- Psykisk helse (diagnoser, selvrapportert 14 items, SCL10)
- Bruk av rusmidler (hvilke, omfang, hyppighet)
- Overdose og injisering
- Egenaktivitet (for endring i rusmiddelbruk)
- Motivasjon (4 items)
- Livssituasjon (13 items)
- Pasientens evaluering av behandlingen (15 items)
- Ved avbrutt behandling: Avbrutt/overført, begrunnelse
- Ved avsluttet behandling med gjensidig avtale (outcome-mål):
- Antall dager brukt rusmidler siste 30 dager
- Antall dager i arbeid/skole siste 30 dager
- Antall dager med regelmessige aktiviteter (ikke arbeid/skole) siste 30 dager
- Har du egen bolig (eid/leid)
- I hvor stor grad opplever du din bruk av rusmidler som et problem
- Hvordan synes du selv at din fysiske helse er for tiden
- Hvordan synes du selv at din psykiske helse er for tiden
- Hvordan er ditt forhold til deg selv for tiden
- Hvordan er ditt forhold til dine venner for tiden
- Hvordan er ditt forhold til din partner for tiden
- Hvordan er din totale livssituasjonen er for tiden
- Avtalt oppfølging (fra hvem)

- **Fulgt opp etter 1 år - spørsmål**
- Antall dager brukt rusmidler siste 30 dager
- Antall dager i arbeid/skole siste 30 dager
- Antall dager med regelmessige aktiviteter (ikke arbeid/skole) siste 30 dager
- Har du egen bolig (eid/leid)
- I hvor stor grad opplever du din bruk av rusmidler som et problem
- Hvordan synes du selv at din fysiske helse er for tiden
- Hvordan synes du selv at din psykiske helse er for tiden
- Hvordan er ditt forhold til deg selv for tiden
- Hvordan er ditt forhold til dine venner for tiden
- Hvordan er ditt forhold til din partner for tiden
- Hvordan er din totale livssituasjonen er for tiden
- Mottatt oppfølging (fra hvem)

I løpet av 2021 vil det bli lagt fram en sak for Fagrådet om hvilke variabler som egner seg som grunnlag for å definere kvalitetsindikatorer, særlig prosess- og resultatindikatorer. Denne vurderingen vil bygge på faglige retningslinjer og tidligere diskusjoner om nasjonale kvalitetsindikatorer i regi av Helsedirektoratet.

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

KvaRus inneholder disse PREMS/PROMS:

PREMS: 15 spørsmål om pasientens opplevelse av behandlingen på hvert målepunkt (bygger på de såkalte PasOpp-undersøkelsene.

PROMS: 5 spesifikke spørsmål (EQ5) og ett overordnet spørsmål om livskvalitet på hvert målepunkt, og spørsmål om antall dager med rusmiddelbruk, i arbeid/utdanning/aktivitet og bosituasjon, ved avsluttet behandling og ved ett års oppfølging.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

De første enkle analysene av hva som kjennetegner de registrerte pasientene basert på basisregistrerings-data fra første registreringsår, er tatt inn i kap 3.

6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

Registeret har så langt ikke bidratt i slikt arbeid, men etterhvert som pasientgrunnlaget blir bedre vil dette absolutt bli aktuelt. Særlig vil dette gjelde utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer som det så langt ikke finnes noe gode av på dette feltet.

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

Utformingen av variablene som skal beskrive innholdet i behandlingen bygger i stor grad på nasjonale faglige retningslinjer. Analyser av resultater opp mot innholdet i behandlingen, for spesifikke pasient-undergrupper, vil derfor kunne vise om disse etterleves.

6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder

Foreløpig ikke aktuelt

6.8 Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring

Foreløpig ikke aktuelt.

6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)

Foreløpig ikke aktuelt

6.10 Pasientsikkerhet

Det er definert spesifikke tiltak for å styrke pasientsikkerheten i TSB. Det er spørsmål i KvaRus om disse tiltakene er gjennomført. Analyser av dette vil bli gjennomført når pasientgrunnlaget er tilstrekkelig til det.

Kapittel 7

Formidling av resultater

Dette har ikke vært aktuelt i 2020, men vil bli prioritert i 2021 (til enkeltmiljø) og i 2022, etter at det er etablert en automatisk resultatformidlingstjeneste til alle enheter, via Rapporteket.

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Ikke aktuelt i 2020

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Ikke aktuelt i 2020

7.3 Resultater til pasienter

Ikke aktuelt i 2020

7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

Ikke aktuelt i 2020, men se ellers kap. 3.

Kapittel 8

Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

I utvikling av registeret har vi hatt dialog med og hentet erfaringer fra andre relevante registre i Norge, og i Danmark og Sverige. I 2020 har vi hatt hentet inn og formidlet erfaringer fra/til flere andre kvalitetsregistre, blant andre Diabetesregisteret, MS-registeret og Frakturregisteret.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Ikke aktuelt i 2020

Del II

Plan for forbedringstiltak

Kapittel 9

Videre utvikling av registeret

I 2020 har arbeidet vært konsentrert om den nasjonale implementeringen av registeret. I 2021 er det hentet inn en stor mengde erfaringer fra det første driftsåret. Det har skjedd gjennom en egen survey til behandlere, gjennom kvalitative intervju med 15 behandlere og 12 pasienter og en stor mengde direkte innspill fra behandlingseenhetene. Dette har dannet grunnlag for en gjennomgripende revisjon av registeret som planlegges gjennomført høsten 2021. Revisjonen vil omfatte:

1. Overgang fra samtykke-basert til reservasjonsbasert register (under forutsetning av PVOs anbefaling og ADs godkjenning, basert på revidert DPIA)
2. Endring i formuleringer- og spesifisering av spørsmål, svaralternativer og overskrifter
3. Endring i tilnærmingen til spørsmål om negative hendelser/erfaringer i barndom og oppvekst
4. Re-strukturering av spørsmålene: del 1 svar fra behandler, del 2 svar fra pasient, med mulighet for selvutfylling av del 2 (via lenke bestilt som et såkalt ePROM-skjema). Opprettholde anbefalingen om at svarene fra både behandler og pasient går gjennom i fellesskap
5. Fjerne prosedyre- og medisin koder (hentes inn i egne prosjekt basert på registerkobling til NPR)
6. Forbedring av visningsfunksjon av gjennomførte registreringer.

I 2021 har vi startet arbeidet med å utvikle kvalitetsindikatorer for registeret og etablering av en automatisert resultatformidling via Rapporteket.

Vi har hatt møter med NPR og Helse Vest om bruk av pakkeforløps- og aktivitetsdata-statistikk for å kunne gjennomføre dekningsgrad-analyser. Slike analyser planlegges gjennomført basert på registreringene i 2021.

Vi har allerede mottatt de første forespørslene om bruk av registerdata i forskning, og vi regner med at dette vil kunne la seg realisere fra 2022.

Sammen med Helse Vest og Helse Vest IKT vil vi også starte arbeidet med å vurdere en alternativ innregistreringsløsning for KvaRus basert på automatisk datafangst fra strukturert journal.

Del III

Stadievurdering

Kapittel 10

Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

[Veiledning – SLETTES VED UTFYLLING: Oversikt over vurderingspunkter som legges til grunn for [stadieinndeling av registre1](#) med referanser til relevant informasjon gitt i årsrapporten. Denne delen fylles ut og er ment som en hjelp til registeret og ekspertgruppen i vurdering av registeret. Stadium 1 er oppfylt når registeret har status som nasjonalt.]

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Navn på register* og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [årstall]	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3 , 5.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	7.1 , 7.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del II , 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2 , 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|----|---|--|-------------------------------------|--------------------------|
| 9 | Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater | 7.1 , 7.2 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10 | Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer | 3 , 6.6 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret | Del II , 9 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Stadium 4

- | | | | | |
|----|--|---|--------------------------|--------------------------|
| 12 | Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable | 5.6 , 5.7 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år | 5.2 , 5.4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Registrerende enheter har tilgang til oppdaterte egne personentydige resultater og aggregerte nasjonale resultater | 7.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Registerets data anvendes vitenskapelig | 8.2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16 | Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig) | 3.1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Nivå A

- | | | | | |
|----|--|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17 | Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret | 6.9 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|---------------------|--------------------------|--------------------------|

Nivå B

- | | | | | |
|----|--|---|--------------------------|--------------------------|
| 18 | Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid | 6.7 , 6.8 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--|---|--------------------------|--------------------------|

Nivå C

- | | | | | |
|----|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 19 | Oppfyller ikke krav til nivå B | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----|--------------------------------|--|--------------------------|--------------------------|

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Ekspertgruppen ber om at arbeidet konsentreres om å oppnå høy tilslutningsgrad og dekningsgrad for registeret. Arbeidet i 2020 har vært konsentrert om akkurat dette. Vår vurdering er at når vi har fått etablert kvalitetsindikatorer (planlagt etablert i løpet av 2021), vil registeret være på nivå 2.