

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg)

1. juli 2022

Årsrapport for 2021
med plan for
forbedringstiltak

Innhold

I	Årsrapport	3
1	Sammendrag	4
2	Registerbeskrivelse	5
2.1	Bakgrunn og formål	5
2.1.1	Bakgrunn for registeret	5
2.1.2	Registerets formål	5
2.1.3	Analysér som belyser registerets formål	6
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag	6
2.3	Faglig ledelse og databehandlingsansvar	7
2.3.1	Aktivitet i fagråd/referansegruppe	7
3	Resultater	8
3.1	Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM	8
3.1.1	Prosessindikator: Behandlertilsyn	8
3.1.2	Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn	8
3.1.3	Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling	10
3.1.4	Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider	12
3.1.5	Resultatindikator: Smerteintensitet	13
3.1.6	Resultatindikator: Pasienttilfredshet	13
3.2	Andre analyser	16
3.2.1	Demografi	16
3.2.2	LAR og rus	16
3.2.3	Smertekategori	16
3.2.4	Besvarelse av PROMS/PREM-skjema	19
4	Metoder for fangst av data	21
5	Datakvalitet	22
5.1	Antall registreringer	22
5.2	Metode for beregning av dekningsgrad	22
5.3	Tilslutning	22
5.4	Dekningsgrad	22
5.5	Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet	23
5.6	Metode for vurdering av datakvalitet	24
5.7	Vurdering av datakvalitet	25
6	Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring	27
6.1	Pasientgruppe som omfattes av registeret	27
6.2	Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer	27
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	27
6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse	28
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.	28

6.6	Etterlevelse av faglige retningslinjer	28
6.7	Identifisering av pasientrettede forbedringsområder	29
6.8	Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring	29
6.9	Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)	30
6.10	Pasientsikkerhet	30
7	Formidling av resultater	31
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø	31
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse	31
7.3	Resultater til pasienter	31
7.4	Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no . . .	31
8	Samarbeid og forskning	32
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre . . .	32
8.2	Vitenskapelige arbeider	32
II	Plan for forbedringstiltak	33
9	Videre utvikling av registeret	34
9.1	Nye enheter og dekningsgrad	35
9.2	Fagutvikling og kvalitetsforbedrings av tjenesten . . .	35
9.3	Nye kvalitetsindikatorer	36
9.4	Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret	36
9.5	Økt bruk av resultater til klinisk kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon	37
9.6	Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet	37
III	Stadievurdering	39
10	Referanser til vurdering av stadium	40
10.1	Vurderingspunkter	40
10.2	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	42

Forord

Norsk akutt smertemedisin er sammensatt, men vi har gradvis samlet oss og funnet en felles plattform å registrere aktiviteten på og vurdere resultatene ut fra. Registeret har nå oversikt over alle akutt smerteteam på norske sykehus og 7/8 sykehus registrerer allerede og det jobbes for å øke tilslutningen og øke antall sykehus med smerteteam. SmerteReg retter en stor takk til alle medarbeiderer rundt omkring på medlemsenhetene våre. De gjør daglig en stor innsats for at vi sammen skal bygge og opprettholde et godt register. SmerteReg har også et godt og nyttig samarbeid med Helse Vest IKT, Helse Nord IKT, Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest, Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE), Forsknings- og utviklingsavdelingen i Helse Bergen HF og Kirurgisk Serviceklinikk i Helse Bergen HF. Uten et løpende og godt samarbeid med alle disse ville det ikke vært mulig å drive SmerteReg på samme nivå med de ressursene registeret rår over. Årsrapporten er omfattende, og det ville være rart om ingen feil har sneket seg inn. Om du som leser finner feil, mangler eller noe som er tvetydig, send gjerne en melding til Smertereg@helse-bergen.no.

Del I

Årsrapport

1 Sammendrag

Årsrapporten for 2021 omfatter 437 forløp fordelt på 374 unike pasienter. Dette betyr at på tross av to år med pandemi fortsetter vi å øke antall registreringer fra 378 forløp hos 319 pasienter i 2020. Av de 374 pasientene er 50% menn. Gjennomsnittsalderen er 49 år, med yngste pasient på 19 år og eldste på 89 år.

I 2020 så man at det var stor variasjon i kvalitetsindikatoren som måler andel pasienter som får ikke-medikamentelle tiltak. Det ble derfor bevilget midler fra SKDE etter søknad til å gjennomføre en kvalitetsforbedringsstudie med innføring av bla sjekklister for å øke andelen og minske uønsket variasjon. Selv om prosjektet formelt ikke starter før 2022 ser vi allerede en gledelig oppgang siste halvår av 2021.

Det ble gjennomført en korrekthetsstudie på helse-bergen data som viste over 90% samsvar mellom registerdata og EPJ. Tilsvarende studier for resten av landet planlegges. Videre planlegges også en reliabilitetsstudie i forbindelse med årsmøtet 2022.

Resultatindikatoren andel med nedgang i smerteintensitet har over år vist dårlig kompletthet og så lav som 11% (42/378) i 2020. Gjennom økt fokus har vi klart å øke denne til 21% (94/437) i 2021. Svarprosenten på andre PROM/PREM data ligger også under 50%. SmerteReg vil jobbe mer systematisk med å øke disse fremover.

Grunnlaget for overgang til reservasjonsrett har vært tilstede i lang tid, men forutsetning fra PVO var at reservasjonsløsning via helsenorge.no ble integrert med innrapporteringsløsningen. Denne integreringen var vi blitt lovet av HN IKT i løpet av 2021, men pga sykdom har dette dessverre blitt utsatt. Imidlertid er arbeid i skrivende stund i gang og vi velger å se positivt fremover.

*Lars Jørgen Rygh
Stefanie Erhard-Midttun
Janne Mannseth
Anne Mari Gunnheim Klausen*

2 Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

Smertemiljøene i Bergen og Tromsø søkte i 2012/2013 Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) om oppstartmidler til lokale smerteregistre. Imidlertid ble vi oppfordret av SKDE til å starte prosessen med å danne et nasjonalt kvalitetsregister for akutt smertebehandling. Dette blant annet siden organisering og utførelse av slik behandling fremstod svært varierende rundt omkring på norske sykehus. I 2014 fikk Nasjonalt Kvalitetsregister for Smertebehandling (SmerteReg) godkjenning fra Helse og Omsorgsdepartementet som nasjonalt kvalitetsregister og videre også konsesjon fra Datatilsynet. Smerterege målgruppe er alle inneliggende pasienter som formelt henvises fra sykehusenes ulike poster for tilsyn fra akuttsmerte team ved norske sykehus. Dette gjelder pasienter med vanskelige smertetilstander som de respektive postene selv føler de ikke klarer å håndtere adekvat med standard smertelindring. Disse pasientene inkluderer blant annet kreftpasienter (kurative og palliative), rusmiddelmissbrukere (nåværende og tidligere), kroniske smertepasienter (som har en forverring av sin kjente smerte og/eller har fått en ny smerte i tillegg) og pasienter med psykiske plager inklusive somatiseringstilstander. Dette er ressurskrevende pasienter som ofte blir liggende på sykehus mye lenger enn gjennomsnittspasienten ofte ene og alene på grunn av utilfredsstillende smertelindring. Det er varierende praksis både med tanke på hvordan akuttsmerte team organiseres og involveres i disse pasientene på norske sykehus. Det brukes betydelige ressurser på drift av akutt-smerte team ved norske sykehus, men det er ingen nasjonale føringer/retningslinjer for hvordan slike team skal organiseres (hvilke faggrupper de skal inneholde), hvilke pasienter de skal prioritere og hvordan de skal behandle og/eller følge opp pasienter. SmerteReg gjør det mulig å kartlegge hvordan teamene er organisert og drevet og legge til rette for at alle pasientene som tilses av akuttsmerte team på norske sykehus får likeverdig og best mulig behandling. Fagmiljøet innen akuttsmerte er lite og SmerteReg har samlet dette miljøet og det virker svært motiverende for behandlerne i teamene.

2.1.2 Registerets formål

SmerteRegs overordnede formål er å øke kvaliteten på behandlingen smerteteamene utøver. Herunder bla å redusere variasjon mellom helseregionene med tanke på hvordan pasienter henvises, hvilke pasienter som tilses og hvilken type behandling de får. Registeret vil være et verktøy for det enkelte sykehus til å drive kvalitetssikring av egen kliniske virksomhet. Det er lagt vekt på at brukerne skal ha et eierforhold til egne data og skal kunne presentere og bearbeide disse selvstendig.

Registeret har videre som mer konkrete mål å øke kvaliteten på behandlingen smertepasienter blant annet gjennom å minske uønsket variasjon i behandling smertepasienter mottar mellom enhetene. Dette gjennom følgende underpunkter:

- i) Kartlegge disse smertepasientene bedre
- ii) Sammenligne hvilken behandling som blir iverksatt og/eller fulgt opp av smerteteam
- iii) Å gi den enkelte behandlende enhet mulighet til å evaluere sin virksomhet
- iv) Å bidra til økt forskningsbasert kunnskap om smertepasienter og behandlingen av disse
- v) Å spre kunnskap i både fagmiljø og befolkningen om tilstanden og behandlingsmulighetene
- vi) Å danne grunnlag for forskning og nasjonale retningslinjer og utvikle kvalitetsindikatorer for god smertebehandling.

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

Formålet er å bla minske uønsket variasjon i tjenesten smerteteamene yter. Derfor er det viktig først å bli klar over hvor stor variasjonen faktisk er mellom de ulike helseregionene mtp hvordan smerteteamene jobber. Sammenligning av bl.a. kvalitetsindikatorene (spesielt prosessindikator 1 og 2, se 3.1.1 og 3.1.2) har bevisstgjort oss dette og variasjonen er gradvis blitt mindre de siste årene. Årsrapporten utgjør en viktig del av å belyse registerets formål. Den har en grundig resultatdel med analyser som beskriver virksomheten i norsk akutt smertemedisin, ved medlemsenhetene hver for seg, og sammenlignet med hverandre. I tillegg til dette har registeret ein resultatportal (Rapporteket) som er tilgjengelig for medlemsenhetene. Rapporteket blir oppdatert fra databasen en gang per døgn. SmerteReg inneholder en oversikt over struktur- og prosessvariabler ved norske akutt smerteteam. En del av disse er definerte som kvalitetsindikatorer. Registeret oppgir hvilke enheter som fyller hvilken parameter i årsrapporten sammen med total andel. Dette gjelder også de to resultatindikatorene som er pasientrapporterte. Detaljert beskrivelse av hver indikator finnes i [avsnitt 3.1.1](#) på side 8-[avsnitt 3.1.6](#) på side 13 og i kapittel 6.2. På bakgrunn av årsrapporten blir det gitt generell tilbakemelding til enhetene på årsmøtet hvert år. Årsrapporten danner også grunnlag for tilbakemelding fra SmerteReg til utvalgte enheter om evt forslag til kvalitetsforbedrende tiltak. Analyse av kvalitetsindikatorene er tilgjengelig for hver enhet i Rapporteket, og blir nå sendt til lokal koordinator og leder ved hver enkelt enhet månedlig. Kvalitetsindikatorene og dekningsgrad er også offentlig tilgjengelig på sykehusviseren, men ikke på enhetsnivå pga for lav dekningsgrad.

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

SmerteReg har opprinnelig konsesjon fra Datatilsynet, men etter at GDPR og forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft

er den juridiske hjemmelen for registeret personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 1-4. Registeret vil i løpet av 2022 bli basert på reservasjonsrett, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-2. SmerteReg startet i 2020 arbeidet med en personvernkonsekvensutredning (DPIA) for registeret som blir ferdigstilt i 2022.

2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Helse Bergen HF har databehandlingsansvar for SmerteReg. Daglig/faglig leder er Lars Jørgen Rygh.

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Fagrådet har i 2021 avholdt 2 digitale møter via join.nhn plattformen 07.04.21 og 18.11.21. I tillegg har brukergruppen/referansegruppen hatt flere korte (1 time) skype-møter i 2021 (28.01, 11.02, 11.03 og 24.03, 22.04, 20.05, 17.06) med fokus på kvalitetsforbedring og økt komplettethet av variable inkludert kvalitetsindikatorerne.

Fagrådet består av følgende:

Psykologspesialist og nestleder ved seksjons smertebehandling og Palliasjon, HUS Borrik Schjødt, HUS (leder av fagrådet og representant for Helse Vest.

Avdelingsleder Smerteavdeling OUS professor Audun Stubhaug (representant for Helse Sør-Øst).

Spesialsykepleier ved smertesenteret St Olav aVegard Strøm (representant for Helse Midt-Norge).

Avdelingsoverlege ved smerteavdelingen UNN Dr Med Aslak Johansen (representant for Helse Nord).

Avdelingsleder ved Smertesenteret St Olav professor Petter Borchgrevink (representant for Norsk Smerteforening).

Brukerrepresentant Rigmor Berge.

Høsten 2021 ble Reidun Tjønn Rinde (fra brukertutvalget) også brukerrepresentant i tillegg til Rigmor Berge.

3 Resultater

3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

3.1.1 Prosessindikator: Behandlertilsyn

En pasient kan få smertetilsyn fra flere ulike behandlere, og antall tilsyn fra lege, sykepleier, sosionom, psykolog og fysioterapeut registreres. Den første kvalitetsindikatoren til SmerteReg er *andel pasienter som får smertetilsyn fra minst to ulike behandlergrupper*. Pasienter som henvises til smerteteam er ofte kompliserte og tilsyn fra flere behandlergrupper er ofte ansett nødvendig.

Andelen som får tilsyn fra to eller flere behandlere per sykehus er vist i [tabell 3.1](#). [Figur 3.1](#) på neste side viser hvordan andelen forløp med to eller flere behandlere til smertetilsyn har endret seg over tid i løpet av 2021. Det kan være noe sesongvariasjon i andel pasienter, og noe av endringene kan være tilfeldigheter. Punkter som faller utenfor nedre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå skulle oppstå (nedre linje indikerer laveste verdi vi kan *forvente* å få dersom det ikke er noen reell forskjell i hvordan tilsynene er utført (Shewharts 3 sigma-grenser). Ingen måned skilte seg ut i år 2021. Her er alle punktene over nedre grense.

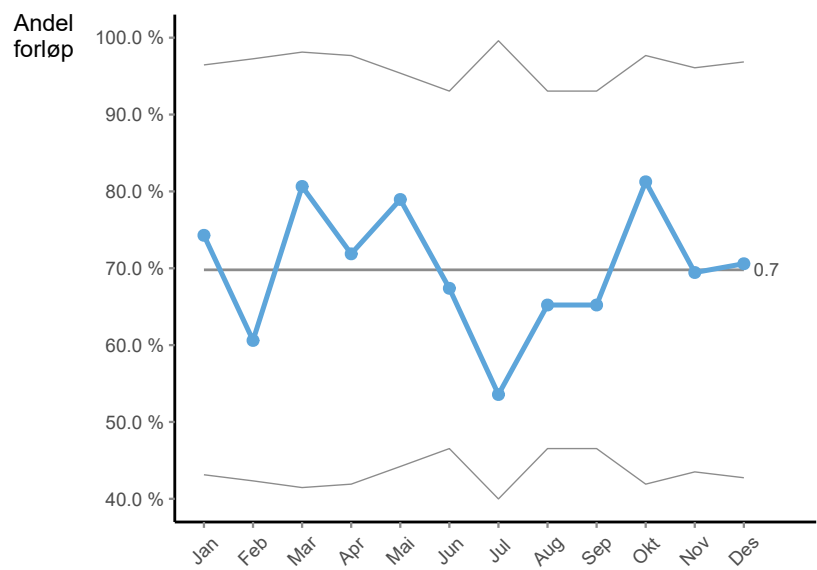
Det er ønskelig å se hvor mange ulike behandlergrupper som er vanlig per forløp. I [figur 3.2](#) på neste side kan vi se gjennomsnittlig antall ulike behandlere per forløp over tid i 2021. Punkter som faller utenfor nedre/øvre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå/høyt skulle oppstå. Her er alle punktene innenfor linjene.

TABELL 3.1: Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst 2 ulike behandlere, totalt i registeret.

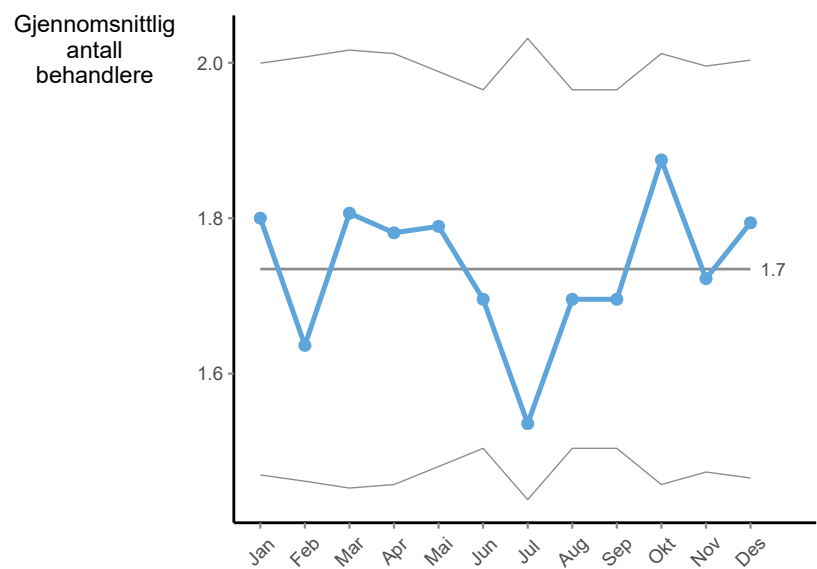
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	305	437	70 %
Ahus	2	4	50 %
Helse Bergen	140	164	85 %
Møre og Romsdal	24	25	96 %
OUS	47	116	41 %
St. Olavs	44	54	81 %
UNN	44	66	67 %
Vestre Viken	4	8	50 %

3.1.2 Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn

Den andre kvalitetsindikatoren i SmerteReg er andelen pasienter som tilses samme dag (dato) som de henvises. Andel forløp som fikk tilsyn samme dag som henvisning er vist i [figur 3.3](#) på side 10. Ingen av månedene har resultater under nedre grense. [Tabell 3.2](#) viser



FIGUR 3.1: Andel forløp med smertetilsyn fra to eller flere ulike behandlere per måned. Tallene er basert på 437 forløp.

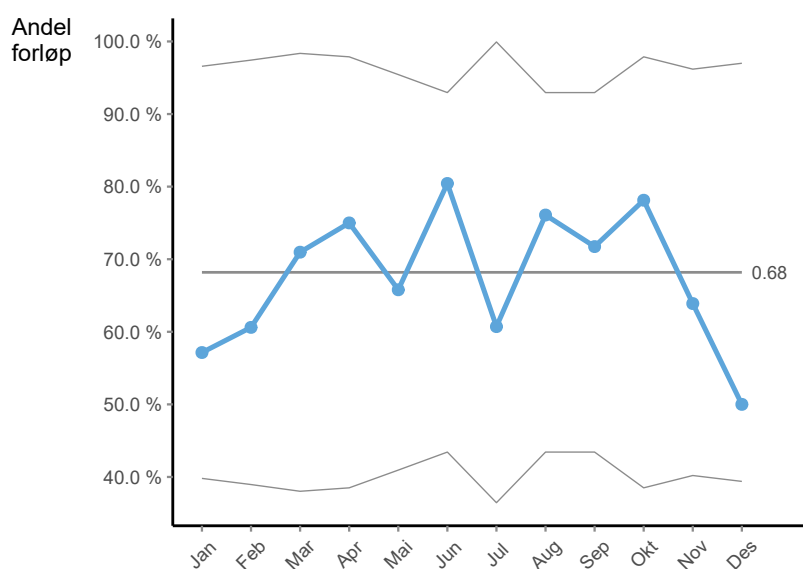


FIGUR 3.2: Gjennomsnittlig antall ulike behandlere på smertetilsyn per forløp over tid. Tallene er basert på 437 forløp.

andel og antall på sykehusnivå. I figur 3.4 på neste side ser vi den nasjonale fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn.

TABELL 3.2: Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist.

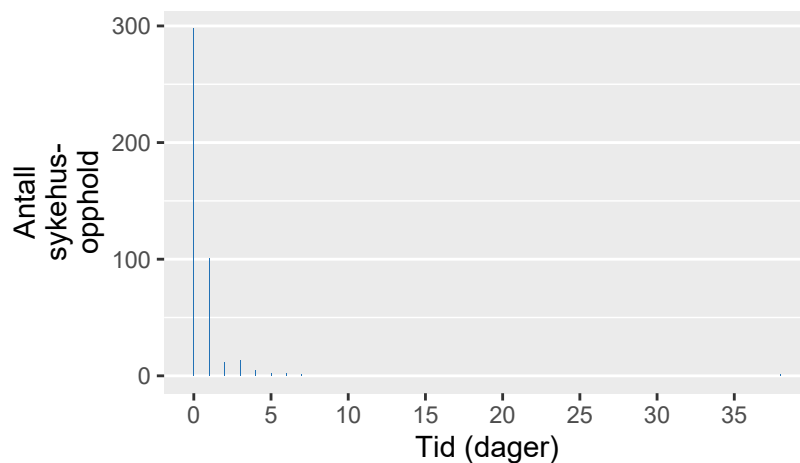
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	298	437	68 %
Ahus	2	4	50 %
Helse Bergen	102	164	62 %
Møre og Romsdal	19	25	76 %
OUS	87	116	75 %
St. Olavs	42	54	78 %
UNN	38	66	58 %
Vestre Viken	8	8	100 %



FIGUR 3.3: Andel forløp med tilsyn samme dag som de ble henvist. Basert på 437 forløp

3.1.3 Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling

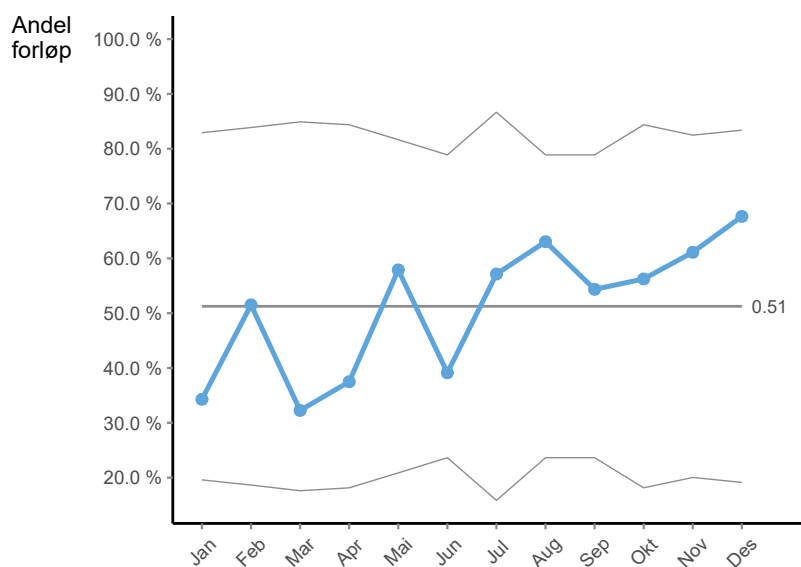
Denne indikatoren viser andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres og/eller følges opp av Smerteteam. Det er ønskelig å utnytte også ikke-medikamentell behandling ved akutt smertebehandling. Dette inkluderer alt fra enkle tiltak som for eksempel varme/kuldebehandling og mobilisering 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. Tabell tabell 3.3 på neste side viser andel og antall på sykehusnivå. I figur 3.5 på neste side ser vi den nasjonale andelen per måned, der det ser ut til å ha vært en gjennomsnittlig økning i løpet av året.



FIGUR 3.4: Fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn. Basert på 437 sykehusopphold for 374 pasienter.

TABELL 3.3: Antall og andel forløp som har mottatt ikke-medikamentell behandling.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	224	437	51 %
Ahus	0	4	0 %
Helse Bergen	75	164	46 %
Møre og Romsdal	14	25	56 %
OUS	85	116	73 %
St. Olavs	12	54	22 %
UNN	38	66	58 %
Vestre Viken	0	8	0 %



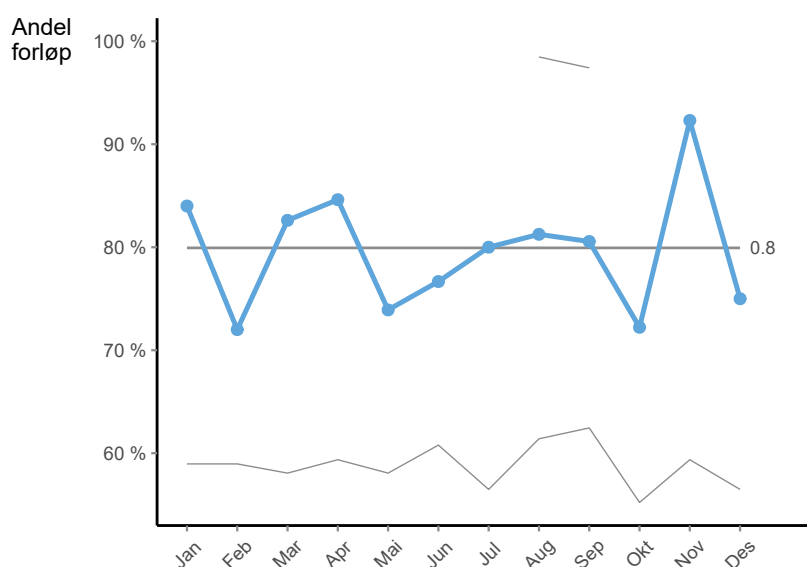
FIGUR 3.5: Andel forløp med ikke-medikamentell behandling per måned. Tallene er basert på 437 forløp.

3.1.4 Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider

Denne indikatoren viser andel pasienter som har fått laget nedtrappingsplan (for opioider) hvor det er vurdert behov for dette. Sterke smertestillende er effektive og potente medikamenter som brukes i utstrakt grad i akutt smertebehandling på sykehus. Langvarig bruk er derimot sjelden indisert og det er derfor viktig at pasienter som behandles med slike medikamenter også får en nedtrappingsplan for å hjelpe med optimal bruk. Tabell tabell 3.4 viser andel og antall på sykehusnivå. I figur 3.6 ser vi den nasjonale andelen per måned. Den har holdt seg ganske stabil gjennom året.

TABELL 3.4: Antall og andel forløp som har fått nedtrappingsplan av de som ble vurdert å skulle følges opp.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	243	304	80 %
Ahus	2	3	67 %
Helse Bergen	105	137	77 %
Møre og Romsdal	11	11	100 %
OUS	72	87	83 %
St. Olavs	20	26	77 %
UNN	28	35	80 %
Vestre Viken	5	5	100 %



FIGUR 3.6: Månedlig andel forløp som har mottatt en nedtrappingsplan. Tallene er basert på 304 forløp.

3.1.5 Resultatindikator: Smerteintensitet

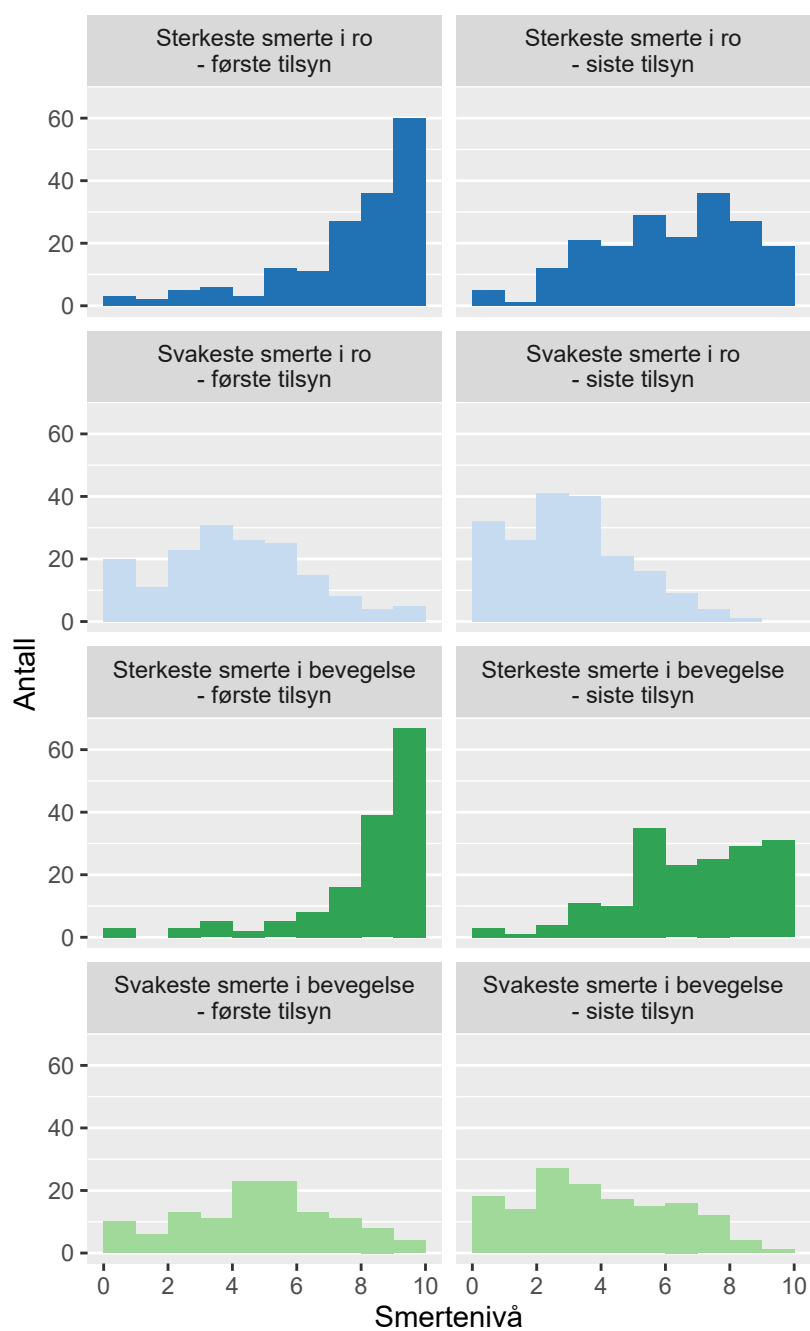
Den første resultatindikatoren til SmerteReg går på pasientenes opplevelse av smerter i ro og i bevegelse, som måles med en NRS-skala fra 0 til 10 hvor 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienter i SmerteReg fyller ut en slik skala ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Resultatindikatoren er *andel pasienter med nedgang på fire NRS-mål, sterkeste og svakeste smerte i ro og i bevegelse*. Fordelingen av pasientens endring mellom første og siste score ses i [figur 3.7](#) på neste side. Spesielt for sterkeste smerte-målingene oppgir flere lavere smertescore. Vi ser at som tidligere år har ca 2/3 av pasientene en nedgang i smerteintensitet fra første til siste tilsyn. Årsakene til at ikke alle pasientene har nedgang er forklart i tidligere årsrapporter og inkl bla økt bevegelighet ved siste tilsyn samt at smerteteam ofte kommer inn i bildet når smertene (og sykdom) øker på. I [figur 3.8](#) på side 15 vises en oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn per forløp.

3.1.6 Resultatindikator: Pasienttilfredshet

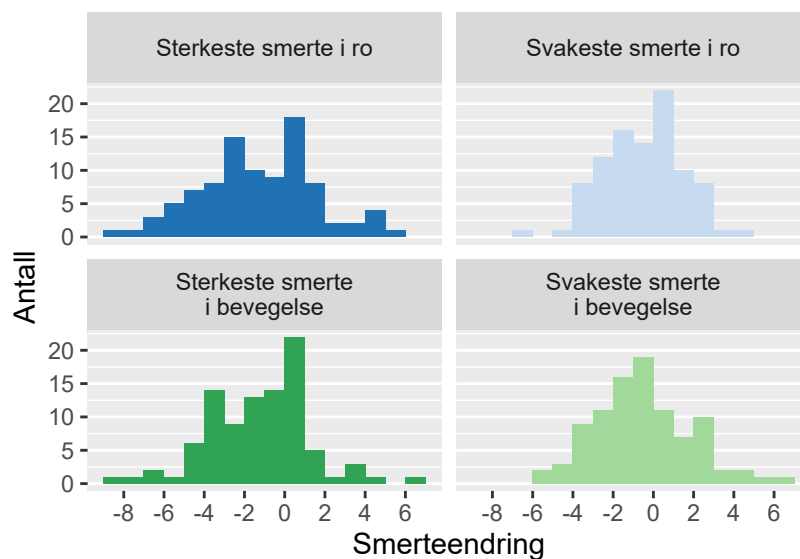
Den andre resultatindikatoren til SmerteReg er *hvor stor andel av pasientene som var «I stor grad» eller «I svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet*. Dette er de to beste scorene av totalt fem på spørsmålet om i hvor stor grad pasienten er fornøyd med behandlingen de fikk av smerteteamet. Dette vises fordelt per sykehus i [tabell 3.5](#). I 2021 var pasienttilfredsheten ganske stabil over tid, som vist i [figur 3.9](#) på side 15. I november var resultatet spesielt høyt, men ikke utenfor det som var forventet basert på resten av månedene.

TABELL 3.5: Forløp med beste eller nest beste score på spørsmålet «Hvor fornøyd er du med ivaretagelsen fra Smerteteamet?»

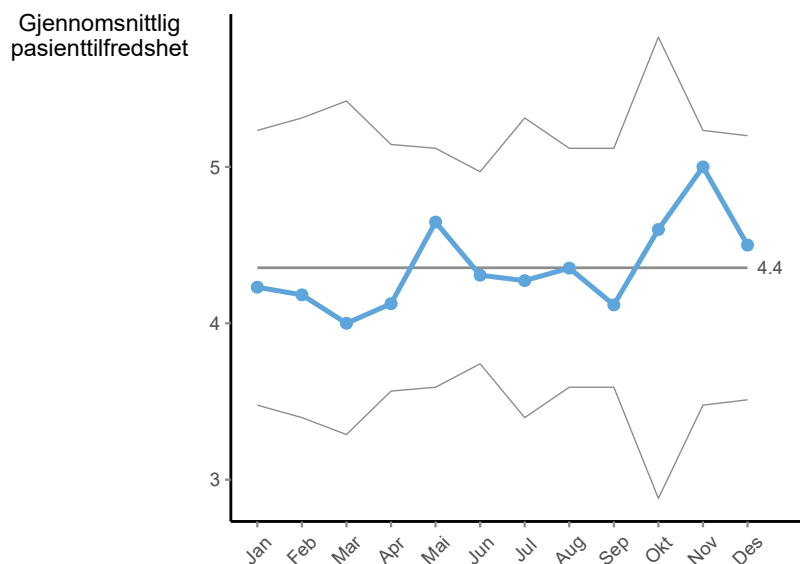
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	140	169	83 %
Ahus	2	2	100 %
Helse Bergen	44	53	83 %
Møre og Romsdal	5	8	62 %
OUS	52	58	90 %
St. Olavs	9	17	53 %
UNN	24	27	89 %
Vestre Viken	4	4	100 %



FIGUR 3.7: Fordeling av pasientenes opplevelse av smerte ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Pasientene målte smerten sin på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig smerte, og figuren viser pasientenes respons på smertenivå på det sterkeste og på det svakeste, i ro og i bevegelse. Færre pasienter har veldig sterk smerte ved siste tilsyn i forhold til ved første tilsyn. Tallene er basert på 207 forløp.



FIGUR 3.8: Oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn fordelt over antall forløp. Tallene er basert på 94 forløp der spørsmålet har blitt besvart både ved første og siste tilsyn.

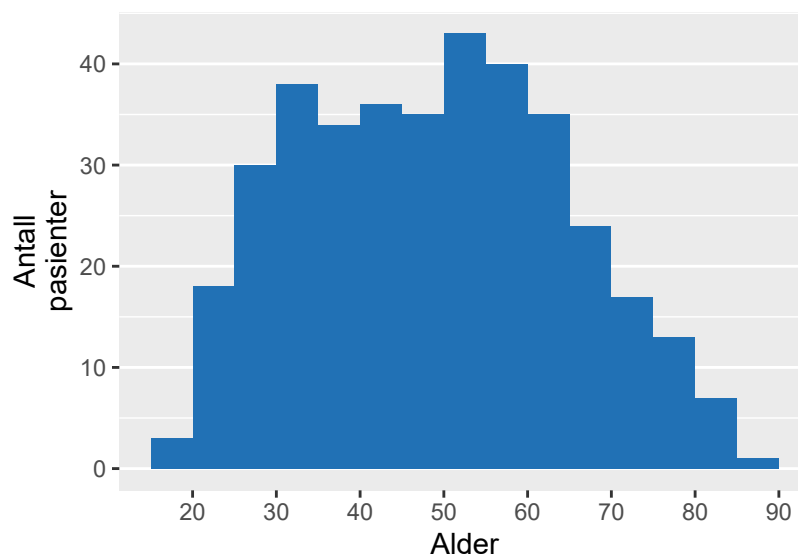


FIGUR 3.9: Gjennomsnittlig pasienttilfredshet per måned i 2021. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 1 er ikke fornøyd med iveratekelsen fra Smerteteam i det hele tatt, mens 5 er i svært stor grad fornøyd. Det er ønskelig med et høyt gjennomsnitt. Tallene er basert på 169 forløp som har svart på skjema om tilfredshet.

3.2 Andre analyser

3.2.1 Demografi

Det er til sammen 374 unike pasienter i registeret for 2021. Av disse er 186 (50 %) menn. Gjennomsnittsalderen er 49 år, med yngste pasient på 19 år og eldste på 89 år. Aldersfordelingen i registeret for 2021 vises i figur 3.10.



FIGUR 3.10: Aldersfordelingen hos 374 pasienter i SmerteReg.

3.2.2 LAR og rus

Av de 437 forløpene i registeret i 2021 er 64 forløp registrert med rus, tidligere rus og/eller LAR (det er mulig for samme pasient å være representert i flere av gruppene). Fordelingen per sykehus for de ulike gruppene er vist i tabell 3.6, tabell 3.7 på neste side og tabell 3.8 på neste side.

TABELL 3.6: Antall og andel forløp med pågående rus totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	20	437	5 %
Ahus	0	4	0 %
Helse Bergen	12	164	7 %
Møre og Romsdal	1	25	4 %
OUS	3	116	3 %
St. Olavs	1	54	2 %
UNN	3	66	5 %
Vestre Viken	0	8	0 %

3.2.3 Smertekategori

I figur 3.11 på neste side følger oversikt over hvordan forløpene fordeles per de ulike smertekategoriene, der en klar størstepart har

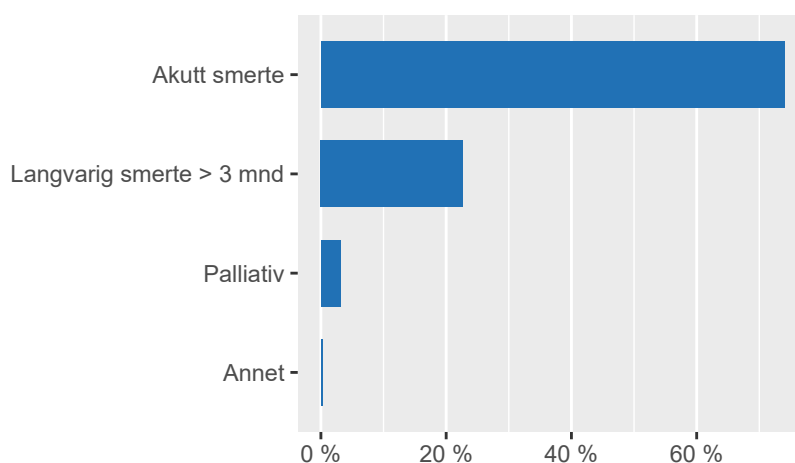
TABELL 3.7: Antall og andel forløp i LAR totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	24	437	5 %
Ahus	0	4	0 %
Helse Bergen	14	164	9 %
Møre og Romsdal	1	25	4 %
OUS	1	116	1 %
St. Olavs	2	54	4 %
UNN	6	66	9 %
Vestre Viken	0	8	0 %

TABELL 3.8: Antall og andel forløp med tidligere rus totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	62	437	14 %
Ahus	1	4	25 %
Helse Bergen	30	164	18 %
Møre og Romsdal	5	25	20 %
OUS	12	116	10 %
St. Olavs	4	54	7 %
UNN	10	66	15 %
Vestre Viken	0	8	0 %

akutt smerte, etterfulgt av langvarig (> 3 måneder) smerte. I tabell 3.9 på neste side ser vi at det samme også gjelder lokalt for de ulike sykehusene. Det bemerkes at en pasient kan ha flere ulike smertediagnoser som for eksempel 2 typer akutt smerte og en type langvarig smerte.

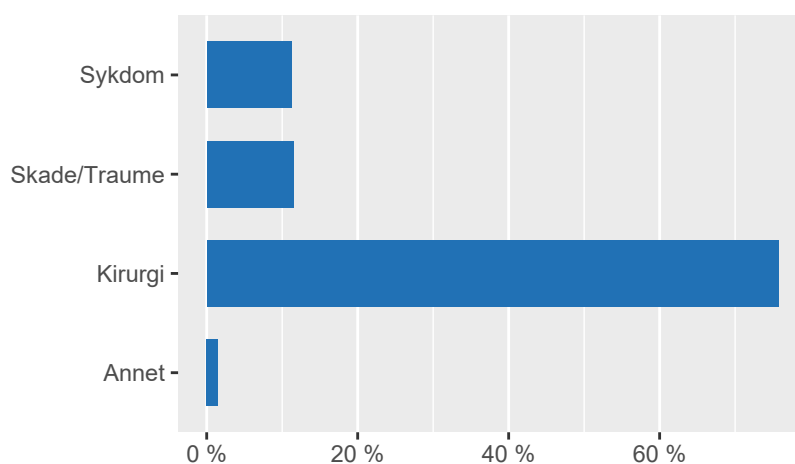


FIGUR 3.11: Andel tilfeller av hver smertekategori. En pasient kan ha endret smertekategori i løpet av behandling, og kan inngå i flere søyler. Basert på 1010 smertemålinger hos 437 pasienter.

TABELL 3.9: Antall forløp av ulike smertekategorier. En pasient kan ha opplevd flere ulike typer smerter på étt opphold og inngå i flere av beregningene.

Smertekategori	Akutt smerte	Langvarig smerte over 3 mnd	Palliativ	Annet
Ahus	5	2	0	0
Helse Bergen	281	73	0	1
Møre og Romsdal	29	9	1	1
OUS	287	86	0	0
St. Olavs	63	21	22	0
UNN	67	36	8	1
Vestre Viken	15	2	0	0

I figur 3.12 ser vi fordeling av forløp på de ulike hovedkategoriene innenfor akutt smerte. Det er tydelig at smerte etter kirurgi er mest vanlig med ca. 75 %, mens smerte ved sykdom og smerte etter skade/traume begge ligger på rundt 16 %.



FIGUR 3.12: Andel forløp i hver diagnose for tilfeller av akutt smerte. Basert på 747 smertemålinger for forløp med akutt smerte minst én gang i løpet av sykehusoppholdet.

I tabell 3.10 på neste side finnes en oversikt over andelen forløp som er registrert med både akutt og langvarig smerte og den viser at dette i gjennomsnitt gjaldt i 34 % av alle forløp i 2021.

TABELL 3.10: Oversikt over forløp med både akutt og langvarig smerte.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	149	437	34 %
Ahus	2	4	50 %
Helse Bergen	51	164	31 %
Møre og Romsdal	5	25	20 %
OUS	16	40	40 %
OUS	50	76	66 %
St. Olavs	6	54	11 %
UNN	17	66	26 %
Vestre Viken	2	8	25 %

3.2.4 Besvarelse av PROMS/PREM-skjema

I denne seksjonen finner vi andelen forløp med besvarelse på de ulike pasientdelene, og eventuelt årsaker til hvorfor besvarelse mangler.

I tabell 3.11 ser vi oversikten over hvor mange som har forløp med besvart pasientdel i Eval-skjema, mens tabell 3.12 viser oversikt over forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

TABELL 3.11: Forløp med besvarelse på pasientdelen i evalueringsskjema.

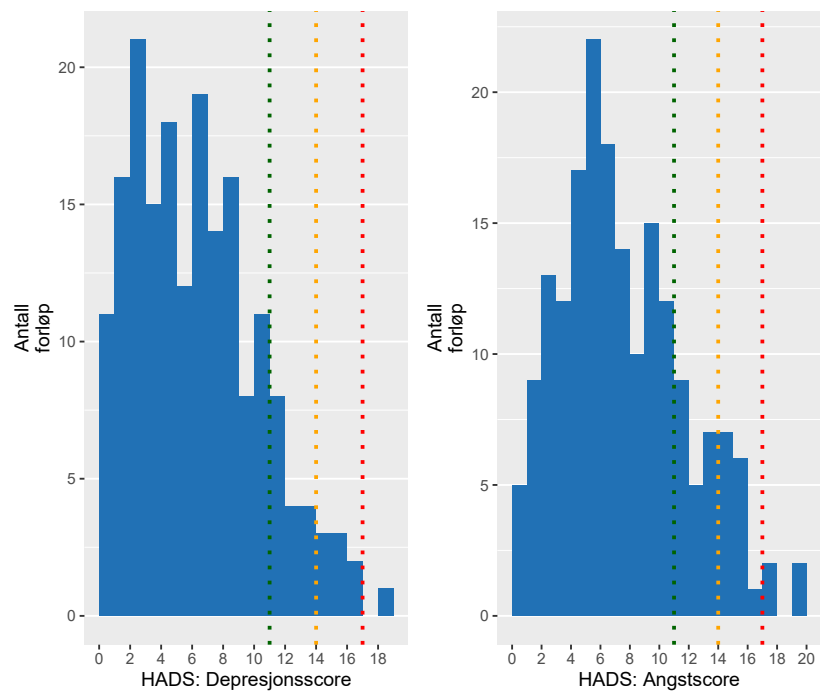
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	167	437	38 %
Ahus	2	4	50 %
Helse Bergen	51	164	31 %
Møre og Romsdal	8	25	32 %
OUS	58	116	50 %
St. Olavs	17	54	31 %
UNN	27	66	41 %
Vestre Viken	4	8	50 %

TABELL 3.12: Forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	186	437	43 %
Ahus	2	4	50 %
Helse Bergen	63	164	38 %
Møre og Romsdal	11	25	44 %
OUS	60	116	52 %
St. Olavs	24	54	44 %
UNN	22	66	33 %
Vestre Viken	4	8	50 %

Fra figur 3.13 på neste side ser vi hvordan depresjons- og angstscoren fordeler seg for de pasientene som har svart på HADS-spørreskjema. Poengscorene vurderes som følger: lavere enn den grønne linjen viser ingen tegn til symptomer, mellom den grønne

og den gule linjen viser milde symptomer, mellom den gule og den røde linjen er moderate symptomer, mens over den røde er alvorlig symptomer.



FIGUR 3.13: Fordeling av score på HADS-spørreskjema for depresjon og angst. Grønn linje viser grensen for ingen symptomer, gul linje for milde symptomer, rød linje for alvorlige symptomer.

4 Metoder for fangst av data

SmerteReg bruker den offentlig godkjente plattformen Open Q Reg levert av HN IKT for høsting av data. Tilgangsstyrt pålogging delt inn i LU (Local User - kun tilgang for registrering i lokalt smertereg), LC (Local Coordinator - kan i tillegg endre og slette evt feilregistreringer og bla mulighet til laste ned datadump av lokale data) og SC (System Coordinator-datatilgang nasjonalt register). Det er laget en rutine for tildeling av rett tilgang og sletting av brukere som ikke lenger er jobber med smertereg. Behandlerne (LU og/eller LC) logger seg på via helseregister.no og registrerer noe basisinformasjon om alle henviste pasienter på PC inn i det respektive lokale SmerteReg. Dette foregår ved at lege og/eller sykepleier fyller ut behandlerdel 1.1 og 1.2 i starten av behandlingen, og behandlerdel 2.1 og 2.2 mot slutten av behandlingen. Data angående de pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og samtykker kopieres en gang per døgn til det nasjonale registeret. Disse nasjonale pasientene får også tilsendt tre eprom-skjema under oppholdet på sykehuset (pasreg, HADS,eval) og videre et oppfølgingsskjema (Opioid) fire uker etter avsluttet tilsyn. Pasienter som ikke er på helsenorge eller digipost, eller ikke har mulighet/kapasitet til å fylle ut skjema elektronisk, får tilbud om utfylling av de første tre skjema på papir. ePROM-løsningen er utviklet av HEMIT og integrert inn i OQreg-løsningen.

5 Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

Det ble registrert 437 forløp hos 374 pasienter totalt for de 7 registrerende institusjonene f.o.m. 01/01 - 2021 t.o.m. 31/12 - 2021. Forløpene var fordelt som følger: 164 ved HUS, 54 ved St. Olavs, 66 ved UNN, 116 ved OUS, 4 ved Ahus, 8 ved vv og 25 ved Møre og Romsdal.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

SmerteReg er hverken et diagnose- eller et prosedyre-spesifikt register og kobling opp mot NPR for å regne ut dekningsgrad vil derfor ikke være egnet. SmerteReg baserer seg på henviste pasienter og er blant annet derfor lagt opp slik at hver institusjon registrerer alle henviste pasienter inn i et lokalt SmerteReg (via samme elektronisk løsning som det nasjonale dvs OQR). Det er laget strikte interne rutiner (med blant annet dobbelkontroll opp mot EPJ, som er en ekstern kilde) for å sikre at alle henviste pasienter faktisk blir registrert i det lokale SmerteReg ved hvert sykehus. De pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og samtykker blir en gang per døgn kopiert over i en nasjonal database som danner nasjonalt SmerteReg.

Siden alle henviste pasienter registreres i alle lokale smertereg kan hver institusjon regne ut hvor mange pasienter som potensielt kunne blitt med i det nasjonale registeret dvs. antall som oppfyller inklusjonskriteriene. Forholdet mellom dette tallet og de som også samtykker til deltagelse i nasjonalt register vil angi den lokale dekningsgraden ved hver institusjon.

5.3 Tilslutning

SmerteReg har medlemsenheter fra alle helseregioner i Norge. Ved bruk av kontakter i smerte og anestesimiljøet i Norge har faglig leder LJ Rygh de siste årene undersøkt hvilke sykehus som har fungerende akutt smerteteam og således er aktuelle som medlemmer i SmerteReg. Denne kartlegging har stort sett vært gjort telefonisk og elektronisk dvs ikke fysiske besøk pga pandemi. Resultatet av undersøkelsene viser at det er pt 8 sykehus som har fungerende akutt smerteteam. Disse er HUS, OUS, UNN, StOlav, Ahus, Vestre Viken Bærum, Møre og Romsdal Ålesund og SUS. I skrivende stund registrerer alle unntatt Stavanger som ikke får sitt lokale SmerteReg godkjent av personvernombudet i helse-Stavanger. Tilslutningen er derfor $pt\ 7/8 = 87.5\%$

5.4 Dekningsgrad

For 2021 var dekningsgraden ved de 7 sykehusene som leverte data som følger:

- Haukeland US: $164/297 = 55\%$
- St Olav: $54/187 = 29\%$
- UNN: $66/275 = 24\%$
- OUS: $116/325 = 36\%$
- Ahus: $4/66 = 8\%$
- VV Bærum: $8/90 = 9\%$
- MR Ålesund: $25/47 = 53\%$
- Nasjonal dekningsgrad: $437/1287 = 34\%$

Dataene er hentet ut via Rapporteket for hver av institusjonene. Lars Jørgen Rygh har hentet tallene ut fra SmerteReg HUS, Aslak Johansen har rapportert tallene fra UNN, Vegard Strøm har rapportert fra St Olav, Unni Halvorsen fra OUS, Bjørg Farup fra Bærum, Mona Breid fra Ahus og Liv Bakke fra Ålesund. Dataene er satt sammen av Lars J Rygh.

Den relativt lave dekningsgraden på institusjonsnivå forklares delvis av at klinikerne opplever at det ikke passer seg å spørre om samtykke til en god del av pasientene som for eksempel de alvorligst syke inkl terminale kreftpasienter (i Trondheim har de en del av disse). Videre er det vanskelig å få samtykke fra rusmisbrukere i Bergen bla. Dette er bla grunnlaget for at vi holder på med overgang til reservasjonsrett.

Det er en ytterligere nedgang i dekningsgrad fra 48% 2020 til 34% i 2021. Dette skyldes at de nye sykehusene spesielt Ahus og Bærum har hatt innkjøringsproblemer, i hovedsak at pandemien har ført til færre fysiske tilsyn og dermed mindre mulighet til å inndrive samtykker og dermed drar de snittet ned. I tillegg er det generelt lavere også hos de sykehusene som har registrert noen år sannsynligvis pga lovet IKT -løsning som ivaretok reservasjonsretten har latt vente på seg og ikke kom på plass i 2021.

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er utarbeidet interne rutiner for datasikring. En sykepleier ved hver institusjon har daglig ansvar for å påse at alle henvisninger i) registreres i OQR og deretter ii) vurderes mtp inklusjon i nasjonalt register og at det er oppdatert status mtp forløp i registeret. Alle nye leger opplæres i hvilke parametere registret etterspør. Det er utarbeidet en egen rutine med sertifisering for dette. Det er daglige pasientgjennomganger hvor registeransvarlig sykepleier ved hver enkelt institusjon er med og passer på at hver enkelt pasients status mtp register blir gjennomgått og fulgt opp. Det er utarbeidet en egen arbeidsliste i OQR-løsningen med oversikt over alle pasientene inklusive at deres status mtp utfylling i registeret er tydelig merket. Dette med tanke på at registreringen i registeret skal bli oversiktlig og integrert i den kliniske hverdagen.

Videre er det pt logiske kontroller i den elektroniske innrapporteringsløsningen hvor det er relevant. Dette er det brukt mye tid på i utviklingen av løsningen og det jobbes kontinuerlig på årsmøte og referansegruppemøter etc med å forbedre. Eksempler er max og

min verdier for doser av opoider. Videre er de fleste spørsmål for behandler gjort obligatoriske dvs man må svare noe evt vet ikke for å få fylt ut skjema.

5.6 Metode for vurdering av datakvalitet

Ad Kompletthet:

For å vurdere grad av kompletthet har man gått gjennom resultatene for de 6 ulike kvalitetsindikatorerne og regnet ut i hvor mange forløp indikatoren har blitt registrert i forhold til det totale antall forløp i 2021 (437). For de tre første indikatorerne ([avsnitt 3.1.1](#) på side 8 - [avsnitt 3.1.3](#) på side 10) er graden av kompletthet 437/437 dvs 100 %. For variabel 4 (se [avsnitt 3.1.4](#) på side 12 - andel laget nedtrappingsplan av forløp hvor det er vurdert indisert) er den også 305/305=100 %. Dvs det var vurdert indisert i 305 forløp og det er registrert 305 forløp. Ved gjennomgang av tallene for 2021 er altså komplettheten 100% for de 4 kvalitetsindikatorerne som omhandler prosess ([avsnitt 3.1.1](#) på side 8 - [avsnitt 3.1.4](#) på side 12). Dette begrunnes ut fra aktuelle tall og det faktum at data som trengs for å regne de ut registreres automatisk når pasienten legges inn i registeret og/eller er obligatorisk å svare på for behandler. Derimot er komplettheten dårlig for de to resultatindikatorerne ([avsnitt 3.1.5](#) på side 13 og [avsnitt 3.1.6](#) på side 13). Dette er pasientrapporterte data (for NRS og fornøydhets). For nedgang i smerteintensitet er det i kun 94 av 437 forløp (21%) registrert to verdier (for alle fire NRS-målene) slik at indikatoren kan regnes ut. Ad fornøydhets (se [avsnitt 3.1.6](#) på side 13 og [tabell 3.5](#) på side 13)) er det kun i 169 av 437 forløp (38%) rapportert grad av fornøydhets.

Ad Korrekthet:

Høsten 2021 gjorde nyansatt registermedarbeider Anne Mari Gunnheim Klausen korrekthetsanalyse for tilfeldig utvalgte pasienter fra Helse-Bergen fra jan-mars i 2019 (21 pasienter), 2020 (22 stk) og 2021 (22 stykk) til sammen 65 pasienter. Klausen gikk gjennom EPJ til disse pasientene og sjekket om utvalgte parametre fra registeret (analgetika ved innkomst, henvist dato og startdato (som brukes til å regne ut kvalitetsindikatoren *andel tilsett samme dag som henvist*), om flere enn én faggrupper var involvert (kvalitetsindikator *andel tilsett av 2 eller flere faggrupper*), om ikke-medikamentelle tiltak var brukt, om nedtrappingsplan for opioider var laget. Til sammen 8 parametre. Det var mismatch i 2-6 av parametrene (dvs skrevet i EPJ) på de 65 pasientene. Dvs korrektheten var på mellom 90% og 96% for de parametrene som var sett på hos de 65 tilfeldig utvalgte pasientene fra Helse-Bergen. Dette mener SmerteReg er akseptabelt. Over 50% av pasientene i perioden kom fra Helse-Bergen, men det gjenstår å også gjøre korrekthetsanalyser for de andre sykehusene som vi vil gjennomføre nå når pandemien er over.

Resultatene av studien fordelte seg som følger:

- Prosentandelen verdier i registeret som var lik verdiene i pasientjournalen: mellom 91% og 96%.

- Prosentandelen manglende verdier i registeret som var utfylt i pasientjournalen: mindre enn 10%.
- De to ovennevnte analysene per variabel, for å identifisere om noen variabler var typisk ikke-besvarte eller feil-utfylte: mindre enn 5%.
- Prosentandelen manglende verdier i pasientjournalen som var utfylt i registeret: mindre enn 10%.

Videre har forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik i sitt forskningsprosjekt (se avsnitt 8) gått gjennom alle nasjonale pasienter som ikke reserverte seg fra 2016 tom 2020 (rundt 1100 pasienter) med tanke på variabelen opioider eller ikke ved innleggelse. Han finner over 95% samsvar mellom registeret og EPJ for disse to variablene ved de 4 sykehusene som registrerte pasienter i denne perioden (HUS, OUS, UNN og St. Olavs).

Ad Reliabilitet:

Det er satt av en halv dag på smerteregs årsmøte onsdag 19.10.22 til dette. Vi har satt obligatorisk oppmøte for minimum 2 og max 5 registratorer fra hvert av de 7 sykehusene. Alle disse vil få hver sin pc og egen innlogging til en testversjon av innrapporteringsløsningen. Videre vil de presenteres for 5 ulike pasientforløp som de hver for seg vil registrere inn. En vil så fortløpende analysere disse data for alle variablene i smertereg og regne ut prosentvis samsvar mellom de alle som registrerer for hver enkelt variabel.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Selv om registreringen av de to kvalitetsindikatorene som omhandler pasientrapporterte data har økt for NRS (til 21% mot 11% i 2020) og uendret for fornøydhet er komplettheten fortsatt for dårlig. Dette gjør at en at en ikke vet hva majoriteten av pasientene ville scoret på disse parameterne og data blir derfor ikke representative for hele registerpopulasjonen. Vi har brukt flere brukermøter/referansegruppemøter og fagrådsmøte til å diskutere hva som kan gjøres for å få flere pasienter til å svare på disse spørsmålene. Bla vil en gi oftere og tydeligere info til pasientene om viktigheten av at de svarer. Personalet i teamene vil minne pasientene regelmessig på å svare ePROM og å angi NRS.

Videre har fagråd bestemt å forenkle angivelsen av NRS fra 4 verdier til kun 2; Man vil spørre pasientene om høyeste og laveste NRS siste døgn i håp om å få flere til å svare. Videre spørre om hva gjorde du da du hadde høyeste og laveste NRS hhv. Og utfra hva de svarer definere det som i ro eller i bevegelse. Det kan legges til at en liten andel av pasientene (mellom 10 og 20 %, varierer fra sykehus til sykehus) får kun 1 tilsyn og dermed vil det ikke være mulig å regne ut endring i NRS. Dette gjør at komplettheten for denne variabelen reelt sett er noe høyere enn 21 %, men fortsatt for lav. Uansett tiltak vil nok aldri kunne komme opp i 100 % på pasientrapporterte data.

SmerteReg har innsett at man må prøve å gjøre ytterligere tiltak for å opp svarprosenten hos pasientene. Når pågående kvalitetsforbedringsprosjekt om ikke-medikamentelle tiltak og overgang

til reservasjonsrett er unnagjort vil vi gi høy prioritet til å finne ut i mer detalj hvorfor så få pasienter svarer. Vi tenker oss i første omgang en slags pilotstudie hvor vi spør pasienter som har svart og ikke svart hvorfor de har gjort som de har gjort. Når vi vet mer, kan vi prøve mer konkrete tiltak.

6 Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

SmerteReg baserer seg på pasienter som henvises fra andre avdelinger inklusive kirurgiske avdelinger (ortopedisk og gastrokirurgisk hyppigst) og medisinske avdelinger (infeksjonsmedisinsk hyppigst) for tilsyn av sykehusets smerteteam. Dette er pasienter med smerter som ikke lar seg håndtere med standard smerteregime på post. Disse pasientene har ikke spesifikke diagnoser eller prosedyrer som beskriver de eksakt. Alle pasienter som henvises registreres i et lokalt SmerteReg. De pasientene som oppfyller et sett med inklusjonskriterier (er over 18 år, ikke kognitivt svekket, forstår norsk og får minst ett tilsyn) og skriftlig samtykker til deltagelse vil overføres til det nasjonale SmerteReg.

Det bemerkes at ved overgang til reservasjonsrett (q3 2022) vil alle inklusjonskriterier unntatt alder (over 18 år) fjernes og dermed vil pasientgruppen som inkluderes i det nasjonale registeret bli betydelig større enn i dag.

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

SmerteRegs fagråd har valgt ut følgende kvalitetsindikatorer: Fire som går på prosess:

- Hvor stor andel av pasientene tilses samme dag de henvises (se [avsnitt 3.1.2](#) på side 8).
- Hvor stor andel av pasientene får tilsyn av 2 eller flere ulike faggupper (se [avsnitt 3.1.1](#) på side 8).
- Andel forløp hvor ikke-medikamentelle tiltak er initiert og/eller fulgt opp av smerteteamet (ny jan 2020) (se [avsnitt 3.1.3](#) på side 10).
- Andel forløp hvor nedtrappingsplan er utdelt (ny fra jan 20) (se [avsnitt 3.1.4](#) på side 12).

To som går på resultat:

- Hvor stor andel av pasientene har nedgang i smerteskår (NRS) fra første til siste måling (se [avsnitt 3.1.5](#) på side 13)
- Hvor stor andel av pasientene er i stor grad eller i meget stor grad fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam (se [avsnitt 3.1.6](#) på side 13).

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

SmerteReg har siden starten i 2014 benyttet PROM (Smertescore: Numeric rating score (NRS), HADS, Sullivans Catastrophizing scale modified bla) og PREMS (hvor fornøyd er du med i varetagelse av

smerteteam). Frem til januar 2020 har vi brukt papirskjema som pasientene svarer på og data har blitt manuelt plottet inn i elektronisk løsning, men nå er fullverdig ePROM i bruk i SmerteReg siden januar 2020.

Pasientene får tilsendt tre eprom-skjema under oppholdet på sykehuset (pasreg, HADS,eval) og videre et oppfølgingsskjema (Opioid) fire uker etter avsluttet tilsyn. Pasienter som ikke er på helsenorge eller digipost, eller ikke har mulighet/kapasitet til å fylle ut skjema elektronisk, får tilbud om utfylling av de første tre skjema på papir.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det er ingen åpenbare sosiale eller demografiske forskjeller mellom pasientene i SmerteReg, men nasjonal dekningsgrad er for lav (34%) til å si noe sikkert om dette.

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

Smertereg har etter tilbakemelding fra ekspertgruppen startet arbeidet med å lage «best practice» retningslinjer for akutt smertebehandling i Norge. Dette har vært tema på flere brukermøter og var en viktig del av den faglige delen av årsmøtet 2021 samt på fagrådsmøtene. Det er tatt utgangspunkt i internasjonale retningslinjer fra Australia og NZ (<https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf>) og USA (https://www.facs.org/media/exob3dwk/acute_pain_guidelines.pdf). Arbeidet er pågående og ikke ferdigstilt, men en har blitt enig om de følgende punktene som de viktigste best practice guidelines for akutt smerteteam i Norge:

- 1 Ha en henvisningsbasert praksis.
- 2 Bestå av minimum 2 yrkesgrupper, hvorav en er lege, i til sammen minimum 100% stiling.
- 3 Være tilgjengelig minimum 5 dager i uken hele året.
- 4 Tilby både multimodal farmakologisk behandling inklusive sentrale og perifere blokader og ikke-medikamentell behandling.
- 5 Ha rutiner for planmessig nedtrapping av opioider.
- 6 Tilby smerteklassifikasjon og systematisk evaluering av behandlingseffekt.

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

Det er pt ingen offisielle generelle nasjonale retningslinjer for behandling av akutt smerte i Norge utarbeidet. Som nevnt over i 6.5 er fagrådet kommet frem til de 6 viktigste best practice retningslinjene for akutt smerteteam i Norge. Etterlevelsen av disse kan vi i all hovedsak finne via kvalitetsindikatorene i SmerteReg. Vedrørende punkt

1 (henvisningsbasert praksis) så har alle sykehusene dette siden det er obligatorisk for å være med i SmerteReg.

Punkt 2 (Bestå av minimum 2 yrkesgrupper, hvorav en er lege, i til sammen minimum 100% stiling): Dette gjelder også alle sykehusene siden kvalitetsindikatoren "andel tilsett av 2 eller flere yrkesgrupper" er 70% på nasjonalt nivå (se [avsnitt 3.1.1](#) på side 8), men alle sykehusene har tverrfaglighet og det er lege og sykepleier som er involvert. Vi har videre sjekket hvert enkelt sykehus at de har over 100% stilling tilsammen.

Videre for punkt 3 (tilgjengelighet) måles via kvalitetsindikatoren "andel forløp tilsett samme dag som henvist som ligger på 70% på nasjonalt nivå (se [avsnitt 3.1.2](#) på side 8) hvilket indikerer tilgjengelighet 5 dager per uke på dagtid.

For punkt 4 (ikke-medikamentell behandling): Måles via Kvalitetsindikator "andel forløp hvor ikke-med beh er i verksatt (se [avsnitt 3.1.3](#) på side 10).

For punkt 5: Nedtrappingsplan for opioider måles via kvalitetsindikatoren "andel forløp hvor nedtrappingsplan er laget av hvor det er vurdert indisert (se [3.1.4](#)).

Pkt 6: Smertediagnoser er obligatorisk å registrere i smertereg, men ikke del av kvalitetsindikator. Resultat av behandling måles via NRS og fornøydhet som er kvalitetsindikatorer (se [3.1.5](#) og [3.1.6](#)).

6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder

Innføring av ny kvalitetsindikator; Ikke-medikamentell behandling viste at dette benyttes i varierende grad. Det er søkt og innvilget støtte fra SKDE til det nasjonale kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling av akutt smerte" som vil gå fra 01.01.22 – 30.06.23. Kort oppsummert vil man bruke gjennombruddsmetoden til å finne tiltak som kan øke andelen forløp hvor ikke-medikamentelle tiltak blir benyttet. Det har vært oppstartsseminar i januar 2022 og nylig et midtveisseminar i juni 22. Videre er det planlagt møter og seminar også høsten 2022. Prosjektet ble startet 01.01.22 og skal gå til 30.06.23.

6.8 Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring

Det nasjonale kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling ved akutt smerte" går fra 01.01.22 – 30.06.23. Innføring av sjekklister samt fokus på temaet har allerede økt andelen.

Datakvaliteten for resultatindikatorerne (NRS og fornøydhet) og de andre PREM/PROM data er lav. Vil kontinuerlig jobbe med å øke denne, men planlegger et mer grundig prosjekt hvor vi vil spørre pasienten og behandlerne for å finne ut hvorfor svarprosetne er så lav.

6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)

Evaluering er en del av det SKDE støttede kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling av akutt smerte" som er nevnt over. Innføring av sjekklister samt fokus på temaet har allerede økt andelen (se avsnitt [avsnitt 3.1.3](#) på side 10 og [figur 3.5](#) på side 11).

6.10 Pasientsikkerhet

SmerteReg registrerer komplikasjoner til opioidbruk (respirasjonshemming) iverksatt og/eller endret av smerteteamet og regional/perifer blokade (hematom/infeksjon/nevrologisk utfall) initiert/endret av smerteteam i behandlerdel 2.2. Det var kun 4 pasienter hvor det ble registrert en alvorlig respirasjonsdepresjon som følge av opioidbehandling. Disse ble raskt behandlet med motgift (naloxone) og pasientene fikk ingen varige skader.

7 Formidling av resultater

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Hver enhet/sykehus har tilgang til sine egne lokale data via rapporteket og kan når som helst hente ut lokale data der. I tillegg rapporteres kvalitetsindikatorerne (på nasjonalt nivå) minimum 2 ganger per år tilbake til hver institusjon ifb referansegruppemøter og fagrådsmøter. Resultatene inkludert kvalitetsindikatorerne finnes også på sykehusviseren og oppdateres kvartalsmessig.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Nasjonale data for kvalitetsindikatorerne sendes ut til lokale koordinatorer og lokal leder på alle registrerende enheter månedlig. Disse distribueres lokalt til flere.

7.3 Resultater til pasienter

Det rapporteres ikke pt. direkte tilbake til pasientene, men registeret har en pågående prosess med pasientrepresentant Rigmor Berge angående hvor og hvordan dette skal gjøres. Og ikke minst var opprinnelig SmerteReg pilot-register for pasienters innsyn i registerdata. Opprinnelig plan var at dette skulle ferdigstilles i løpet av 2018, men pga ulike IKT-utfordringer har dette vært utsatt flere ganger. Imidlertid er planen at det utarbeides en kortversjon med registrerte data som hver enkelt pasient kan finne om seg selv via helsenorge.no. Tanken er også at pasienten skal få tilgang på hele datadump med registrerte opplysninger om seg selv via denne tjenesten etter hvert. Siste status her er at SmerteReg den 15/8-20 leverte inn deltajlene omkring hvilke data som skal være tilgjengelig i kortversjon til HN IKT. De vil i samarbeid med helsenorge.no lage en løsning der hvor pasientene skal logge seg inn og se (såkalt innsynsløsning). Det er pt usikkert når dette arbeidet er klart for SmerteRegs del. Videre har SmerteReg i 2020 gjort en betydelig oppgradering av nettsider slik at disse er mer brukervennlig både for pasienter og helsepersonell. Se <https://helsebergen.no/nasjonalt-kvalitetsregister-for-smertebehandling>.

7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

SmerteReg har vært på resultatportalen siden 2018, men kom i 2021 over på sykehusviseren: <https://verify.skde.no/kvalitetsregistre/smerte/sykehus>. Pga lav dekningsgrad (under 60 %) presenteres data kun på nasjonalt nivå.

8 Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

SmerteReg har også i 2021 hatt et godt samarbeid med Norsk Intensiv og PandemiRegister (NiPar) som vi var med og hjalp til med oppstarten av i 2020. Vi har ved ulike anledninger hatt registerfaglig diskusjoner med sekretariatet i NiPar. Videre samarbeider SmerteReg med NOKSmerte som omhandler polikliniske smertepasienter. Opptil 1/3 av SmerteRegs pasienter vil kunne være aktuelle for NOKSmerte og SmerteReg og det er planlagt at NOKSmerte søker om nasjonal status som del av klynge med SmerteReg.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Planen er at analysene til forskerlinjestudent Nordrik skal resultere i en vitenskapelig artikkel i løpet av 2022. Han er ferdig med datainnsamling og så og si ferdig med analysene. Artikkelen er påbegynt og de viktigste data skal presenteres på verdenskonferanse i smerte i Toronto i 20.9.22 (IASP2022). Det har i 2021 og 2022 vært økende forespørsler fra ulike forskningsmiljøer både ved OUS og HUS om bruk av data fra SmerteReg. Men pga lav dekningsgrad ønsket disse å avvente med bruk av data til forskning.

Del II

Plan for forbedringstiltak

9 Videre utvikling av registeret

Konkret plan for å nå stadium 3 (og 4)

Kan dokumentere dekningsgrad over 60% siste 2 år: Overgang reservasjonsrett som beskrevet i [kapittel 5](#) på side 22 og [avsnitt 9.1](#) på neste side vil løse dette. IKT-arbeid som er nødvendig for at reservasjonsretten blir reell (integrasjon avPVK-løsning på helse-norge.no) skulle vært ferdigstilt i 2021, men er dessverre forsinket og akkurat påbegynt i skrivende stund. Forventet ferdigstilling Q3 2022. Vi regner da med at dekningsgraden vil øke betraktelig anslagvis over 90%. Dette basert på at det er svært få pasienter som sier aktivt nei til deltagelse. Videre også erfaring fra smertestudier hvor det er svært få som reserverer seg blant pasienter som har smerter. Det vil si at vi fra slutten av 2022 vil kunne oppnå en stabilt høyere dekningsgrad. For å oppfylle kravet om 2 år med dekningsgrad over 60 % (og 80 %) vil vi ved utgangen av 2024 tidligst kunne oppnå dette.

Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer: Se [avsnitt 5.6](#) på side 24. For de 4 prosessindikatorer er komplettheten 100 % pga automatiserte verdier og obligatoriske spørsmål. For de to resultatindikatorer som er pasientrapporterte er den derimot lav, ned mot 11% og 39% i 2020 og økt noe til 21% (NRS) og uendret 38% (fornøydhet) i 2021. Vi har innsett at vi må gjøre et grundigere prosjekt hvor vi intervjuer pasientene og behandlere mer i detalj om hvorfor svarprosenten er så lav og gjøre tiltak utfra dette. Det vil deretter også søkes midler fra SKDE for å øke datakvaliteten. Referansegruppen og fagrådet har jobbet og jobber fortsatt med hvordan øke denne. Videre er det vedtatt innføring av ny resultatindikator: andel som har økning i funksjonsnivå fra første til siste tilsyn. Økt funksjon vil indikere mindre smerte. Utfylling av denne vil gjøres obligatorisk for behandlerne og dermed kunne oppnå 100 % kompletthet. Denne kom dessverre ikke med i innrapporteringsløsningen før Q2 2022 og rapporteres derfor ikke for 2021.

Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer: Vi har startet arbeidet med å lage nasjonale retningslinjer jfr [avsnitt 6.6](#) på side 28 og [avsnitt 6.7](#) på side 29. De 6 viktigste "best practice" retningslinjene er presentert i [avsnitt 6.6](#) på side 28 og etterlevelsen i [avsnitt 6.7](#) på side 29.

Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no: Gjøres per dags dato på sykehusviseren/resultatportalen og data oppdateres kvartalvis. Når de over 60% kan det presenteres på institusjonsnivå. Nytt i 2021 er grenser for lav, moderat og god måloppnåelse.

Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater: Gjøres pr dags dato. Alle enheter har online tilgang til lokale data via innrapporteringsløsningen

og i tillegg lokale rapporter via Rapporteket. Videre sendes kvalitetsindikatorene mfl på institusjonsnivå ut månedlig til medlemsenhetene.

9.1 Nye enheter og dekningsgrad

Faglig leder Rygh har i 2020 og første halvdel av 2021 arbeidet med å kartlegge hvilke norske sykehus som har fungerende akutt smerteteam. Det viser seg at det er færre sykehus enn tidlegere antatt og at kun 4 er aktuelle i tillegg til de 4 som allerede registrerer. De 4 nye er Ahus, Ålesund, Bærum og Stavanger. De 3 første er begynt å registrere og Stavanger forventes å starte når reservasjonsløsningen er på plass i Q3 2022. Pr nå ser det ikke ut som flere sykehus har fungerende akutt smerteteam utfra fagrådets definisjon. Fagrådet har definert at det skal være et henvisningsbasert system hvor avdelinger henviser vanskelige smertepasienter til tilsyn fra teamet. Definisjon av team; to eller flere faggrupper som til sammen fortrinnsvis har en stillingsprosent minimum 100 %. Imidlertid kan lavere stillingsprosent aksepteres ved mindre sykehus så fremt virksomheten klarer å tilse og i vareta de henvisninger som kommer inn på en tilfredsstillende måte. Tilbakemeldingene fra de sykehusene som ikke har slike team er at de ikke klarer å behandle de vanskelige akutte smertepasientene på en tilfredsstillende måte. SmerteReg vil fortsette å jobbe for at flest mulig sykehus oppretter akutt smerteteam. Vi vil i første omgang invitere med de kollegene som driver akutt smertebehandling på faglige møter i regi av SmerteReg. Videre støtte disse kollegene i argumentasjonen mot sin ledelse for opprettelse av akutt smerteteam.

9.2 Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten

Ad Forbedring av dekningsgrad i registeret: Det viktigste bidraget her vil være overgang til reservasjonsrett som er redegjort for i denne og fjorårets årsrapport. Vi har ventet tålmodig på at HN IKT skulle begynne å integrere personvernkomponenten på Helsenorge.no i OpenQreg-løsningen. Dette var vi forepeilet skulle skje i Q3 2021, men har altså blitt utsatt flere ganger. Imidlertid er arbeidet i gang i skrivende stund og en regner med at det ferdigstilles i Q3 2022. Vi velger å riste av oss frustrasjonen over den lange ventetiden og heller glede oss over at det som vil bli en "game changer" for SmerteReg er snart en realitet. Vi regner med at ved overgang til reservasjonsrett vil dekningsgraden bli betydelig høyere dvs over 90 %. Dette begrunner vi utfra erfaringer fra SmerteReg hvor svært få pasienten aktivt sier nei til deltagelse. Videre også erfaringer fra smertestudier hvor svært få pasienter med smerter ikke ønsker å delta.

Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer: Smertereg har etter tilbakemelding fra ekspertgruppen startet arbeidet med å lage en «best practice» retningslinje for akutt smertebehandling i Norge. Dette har vært tema på

flere brukermøter/referansegruppemøter og vil bli en del av den faglige delen av årsmøtet 2021. Det er ingen slike nasjonale retningslinjer i Norge pt, men det er laget slike i USA og i Australia og NZ. Disse vil brukes som utgangspunkt, men de er sterkt preget av opioidkrisen man ser spesielt i USA. I Norge har vi ikke økt antall overdoser av opioider som man ser i USA, slik at norske retningslinjer vil måtte tilpasses norske forhold. Det er nylig vedtatt de 6 viktigste best practice retningslinjene som beskrevet i [avsnitt 6.5](#) på side 28.

Registrerende enheters etterlevelse av faglige retningslinjer: Se [avsnitt 6.6](#) på side 28.

Identifiserte kliniske forbedringsområder:

Innføring av ny kvalitetsindikator; Ikke-medikamentell behandling viser at dette benyttes i varierende og i liten grad. Brukermøter har diskutert og er enig om ønske om å øke andelen. Et konkret forslag er at en lager sjekkliste ved gjennomgang av pasienter på morgenen og i løpet av dagen. Prosjektet er innvilget støtte fra SKDE se [avsnitt 6.7](#) på side 29 og [avsnitt 6.8](#) på side 29.

9.3 Nye kvalitetsindikatorer

Det er vedtatt av fagrådet å innføre en ny måling av funksjonsnivå som skal scores samtidig som NRS-verdier innhentes. Denne ble lagt inn i innrapporteringsløsningen i Q2 2022 og er derfor ikke rapportert i denne årsrapporten. Økning av funksjonsnivå fra 1. til siste tilsyn vil reflektere mindre smerter og vil bli innført som ny kvalitetsindikator. Utfylling av denne vil gjøres obligatorisk for behandlerne for å sikre høyest mulig komplettethet. Foreslått gradering av funksjonsnivå:

- 1 Sengeliggende
- 2 Sittende (sengekant eller stol)
- 3 Står med hjelpemidler
- 4 Går med hjelpemidler
- 5 Går uten hjelpemidler

9.4 Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret

Som tidligere nevnt har elektronisk versjon av pasientrapporterte data (ePROM) i SmerteReg tatt lenger tid enn forventet, men ble tatt i bruk primo 2020. Det er i den forbindelse laget utvidelse av PROM slik at man også spør pasientene oppfølgingsspørsmål 4 uker etter utskrivelse fra sykehus. Disse spørsmålene går bla på erfaring med å trappe ned opioidene. Dette for å identifisere de pasientene som får problemer relatert til smertebehandlingen (for eksempel ikke klarer å trappe ned opioider) etter utskrivelse slik at man kan gi disse optimalt oppfølging og redusere uønsket bruk.

Videre har vi jobbet sammen med PROM-senteret i Bergen med å utvikle et mer differensiert spørreskjema for pasientevaluering.

Dette siden så høy andel (over 90%) av våre pasienter svarer at de er i stor grad eller i meget stor grad fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam.

9.5 Økt bruk av resultater til klinisk kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon

Lokale enheter har kontinuerlig online tilgang til egne data i rapporteket og om det oppdages lokale forbedringsområder vil registeret sentralt bidra med å produsere relevante rapporter. I tillegg vil det nasjonale registeret sende ut nasjonal oversikt over kvalitetsindikatorene månedlig til de lokale enheter slik at det raskt vil være mulig oppdage uønsket variasjon som evt krever innsetting av kvalitetsforbedrende tiltak.

9.6 Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet

Forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik hadde i 2021 sitt «forskningsår» og jobber med data fra smertereg og ser på opioid-tolerante pasienter vs opioid-naive pasienter. Nordrik skriver nå på artikkel og skal presentere data på verdenskongressen i Smerte i Toronto uke 38 2022. Videre er det opprettet samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for Nevropatiske smerter (NaKoNev) (Stubhaug og Per Hansson) om studie av akutt Nevropatisk smerte. Hvor pasientene skal identifiseres via smertereg. Denne studien ble etter en lang søknadsprosess hos godkjent av SLV (og REK) i Q1 2022 og er pågående.

Del III

Stadievurdering

10 Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

TABELL 10.1: Vurderingspunkter for stadium Smerteregisteret og registerets egen evaluering.

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2021	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3, 5.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorne på nasjonalt nivå	3	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 10.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
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 checked="" type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Registrerende enheter har on-line tilgang til oppdaterte data for pasienter de selv har registrert inn samt nasjonale aggregerte data	7.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	8.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	3.1	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå C			
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Ekspertgruppens vurdering av SmerteReg 2020:

Vurdering 2020: Registeret er fortsatt i en fase der som må regnes som en oppbyggingsfase. For mange registre har pandemiåret 2020 vært en utfordring. Det er da gledelig at SmerteReg har bidratt med kompetanse i utvidelsen av NiPaR. Ekspertgruppen mener at registeret fortsatt må prioritere å øke tilslutning og arbeide med høyere dekningsgrad og ser fram til resultatet av arbeidet som beskrives. Ekspertgruppen mener at kravet til pkt 5 er oppfylt for 2020. Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 2B.

Oppfølging:

Ad økt tilslutning:

Vi vil gjøre alt som står i vår makt for å hjelpe kollegene ved SUS til å bli med i SmerteReg og regner med at innvendingene som lokalt PVO har er borte når reservasjonsretten kan tas i bruk i q3 2022. Vi jobber også kontinuerlig med å overvåke norske sykehus og hjelpe kolleger med å starte nye akutt smerteteam og deretter innlemme de i SmerteReg.

Ad økning av dekningsgrad:

vi tenker at overgang til reservasjonsrett i Q3 2022 vil bli en "game changer" og vi gleder oss til å rapportere effekten av dette i årsrapport for 2022. .

Kontakt og informasjon

Postadresse

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling
v/Lars Jørgen Rygh
smertereg@helse-bergen.no
Haukeland universitetssjukehus
Postboks 1400
5021 Bergen

E-post lars.jorgen.rygh@helse-bergen.no

stefanie.erhard@helse-bergen.no

Kontakttelefon 55 97 55 60

Hjemmeside <https://helse-bergen.no/smertereg>



Offentliggjøring <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/nasjonalt-kvalitetsregister-smertebehandling>