

# Årsrapport 2022

## RESULTATER OG FORBEDRINGSTILTAK

### Norsk nakke- og ryggregister

#### Faglig ledelse for registeret

Maja Wilhelmsen <sup>1)</sup>

#### Daglig ledelse for registeret

Kjetil M. Samuelsen <sup>1)</sup>

#### Fagrådet for registeret

Christoph Schäfer, leder <sup>1)</sup>

Kjetil M. Samuelsen <sup>1)</sup>

Gunn Hege Marchand <sup>2)</sup>

Tonja Pantelatos <sup>3)</sup>

Kristina Milosevic <sup>3)</sup>

My Dung Nguyen Torkildsen <sup>4)</sup>

Tonje Wåle Flørenes <sup>5)</sup>

Kjersti Myhre <sup>6)</sup>

John Bjørneboe <sup>6)</sup>

Thor Einar Holmgard <sup>7)</sup>

Jens Ivar Brox <sup>8)</sup>

Tom Nerli <sup>9)</sup>

1) Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Tromsø (UNN)

2) St. Olavs Hospital HF

3) Møre og Romsdal HF

4) Helse Stavanger HF

5) Helse Bergen HF

6) Oslo Universitetssykehus HF

7) Brukerrepresentant, Ryggforeningen i Norge

8) Forskningsansvarlig OUS

9) Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering

Juni 2023

## **Kontaktinformasjon**

### **Faglig leder**

Maja Wilhelmsen, [maja.wilhelmsen@unn.no](mailto:maja.wilhelmsen@unn.no)

### **Daglig leder**

Kjetil Magne Samuelsen, [kjetil.magne.samuelsen@unn.no](mailto:kjetil.magne.samuelsen@unn.no)

### **Statistiker**

Kevin Thon, [Kevin.Otto.Thon@helse-nord.no](mailto:Kevin.Otto.Thon@helse-nord.no)

### **Registersekretær**

Elin Golde, [elin.golde@unn.no](mailto:elin.golde@unn.no)

[nakkerygg@unn.no](mailto:nakkerygg@unn.no)

### **Besøksadresse**

Universitetssykehuset Nord-Norge

Sykehusveien 38

Tromsø

### **Postadresse**

Norsk Nakke- og Ryggregister

Postboks 20

9038 Tromsø

[www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett-rehabilitering/norsk-nakke-og-ryggregister](http://www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett-rehabilitering/norsk-nakke-og-ryggregister)

[www.nakkerygg.no](http://www.nakkerygg.no)

# Innhold

<b>DEL I ÅRSRAPPORT 2022</b> .....	<b>5</b>
Oversikt over figurer .....	6
Oversikt over tabeller.....	7
<b>Kapittel 1 Sammendrag</b> .....	<b>9</b>
<b>Kapittel 2 Registerbeskrivelse</b> .....	<b>12</b>
2.1 Bakgrunn og formål.....	12
2.1.1 Bakgrunn for registeret .....	12
2.1.2 Registerets formål .....	13
2.1.3 Analyser som belyser registerets formål.....	13
2.2 Juridisk hjemmels-grunnlag .....	13
2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar .....	13
2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe.....	14
<b>Kapittel 3 Resultater</b> .....	<b>15</b>
3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM .....	15
3.1.1 Andre relevante PROMs/PREMs .....	26
3.2 Andre analyser .....	39
<b>Kapittel 4 Metoder for fangst av data</b> .....	<b>67</b>
<b>Kapittel 5 Datakvalitet</b> .....	<b>69</b>
5.1 Antall registreringer .....	69
5.2 Metode for beregning av dekningsgrad .....	69
5.3 Tilslutning .....	70
5.4 Dekningsgrad.....	71
5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet.....	71
5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet.....	72
5.7 Vurdering av datakvalitet .....	73

<b>Kapittel 6 Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring .....</b>	<b>77</b>
6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret .....	77
6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer .....	78
6.2.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer (KI) 1-8.....	78
6.2.2 Andre variabler .....	78
6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM).....	79
6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse .....	81
6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. ....	81
6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer .....	81
6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder.....	83
6.8 Pasientsikkerhet .....	88
<b>Kapittel 7 Formidling av resultater.....</b>	<b>89</b>
7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø .....	89
7.2 Resultater til administrasjon og ledelse .....	89
7.3 Resultater til pasienter .....	89
7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no.....	90
<b>Kapittel 8 Samarbeid og forskning .....</b>	<b>91</b>
8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre.....	91
8.2 Vitenskapelige arbeider .....	91
<b>D E L II PLAN FOR FORBEDRINGSTILTAK.....</b>	<b>93</b>
<b>Kapittel 9 Videre utvikling av registeret .....</b>	<b>94</b>
<b>D E L III STADIEVURDERING .....</b>	<b>100</b>
<b>Kapittel 10 Referanser til vurdering av stadium.....</b>	<b>101</b>
10.1 Vurderingspunkter .....	101
10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen.....	102
<b>Referanser .....</b>	<b>105</b>

DEL I

# Årsrapport 2022

## Oversikt over figurer

<i>Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år. ....</i>	16
<i>Figur 2: Andel med klinisk viktig bedring av funksjon ved oppfølging pr enhet siste tre år.....</i>	17
<i>Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	18
<i>Figur 4: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i hvile ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	19
<i>Figur 5: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i aktivitet ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	20
<i>Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	21
<i>Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	22
<i>Figur 8: Andel pasienter som angir å være fornøyd eller nøytral i møte med personalet ved sykehuset når spurt ved oppfølging pr enhet siste tre år. ....</i>	24
<i>Figur 9: Varighet av smerter.....</i>	26
<i>Figur 10: Andel med smertevarighet &gt;2 år pr enhet. Ekskluderer de som har krysset for «ikke svart» samt de med ingen registrerte svar på spørsmålet. ....</i>	27
<i>Figur 11: Smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging.....</i>	28
<i>Figur 12: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging. ....</i>	29
<i>Figur 13: Smerteintensitet i hvile ved første konsultasjon, etter 6 måneder og etter 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.....</i>	30
<i>Figur 14: Smerteintensitet i aktivitet ved første konsultasjon, etter 6 måneder og 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.....</i>	31
<i>Figur 15: Pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig. ....</i>	32
<i>Figur 16: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren. ....</i>	33
<i>Figur 17: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder. ....</i>	34
<i>Figur 18: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder og 12 måneder (kun pasienter som har svart på alle tre skjema er inkludert).....</i>	35
<i>Figur 19: ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling. ....</i>	36
<i>Figur 20: Andel pasienter med 3 eller flere helseplager (utover smerter fra nakke og/eller rygg) besvart som «En del plaget» eller «Alvorlig plaget». I nevneren inngår kun pasienter som har besvart minst 3 av 33 spørsmål. ....</i>	38
<i>Figur 21: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn. ....</i>	40
<i>Figur 22: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet. ..</i>	41
<i>Figur 23: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt. ....</i>	42
<i>Figur 24 - Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning.....</i>	43
<i>Figur 25: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling. ....</i>	46

<i>Figur 26: Andel tilbake i arbeid eller med lavere grad av sykemelding etter 6mnd. Gul og grønn farge er lik med måltall for kvalitetsindikator 6 «Andel tilbake i jobb».</i>	51
<i>Figur 27: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter</i>	54
<i>Figur 28: Andel som mottar mestringsorientert samtale - fordelt på enheter</i>	55
<i>Figur 29: Andel som utredes ved et HelseArbeid-tilbud - fordelt på enheter</i>	56
<i>Figur 30: Andel der funksjonsevne relatert til arbeid og/eller utdanning er kartlagt - fordelt på enheter</i>	57
<i>Figur 31: Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasienten - fordelt på enheter</i>	58
<i>Figur 32: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter</i>	59
<i>Figur 33: Andel der man vurderer at pasientens forløp er komplisert av gule flagg - fordelt på enheter</i>	60
<i>Figur 34: Andelen pasienter som mottar de ulike behandlingalternativene i spesialisthelsetjenesten</i>	61
<i>Figur 35: Andelen pasienter henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten -fordelt på enheter</i>	62
<i>Figur 36: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus. Flere kryss er mulig.</i>	65
<i>Figur 37: Flytskjema for skjemaer som benyttes av NNRR</i>	67
<i>Figur 38: Resultatportalen</i>	90

## Oversikt over tabeller

<i>Tabell 1: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon.</i>	37
<i>Tabell 2: Antall pasienter per institusjon i 2018, 2019, 2020, 2021 og 2022 fordelt på ferdigstilte skjema.</i>	39
<i>Tabell 3: Utdanningsnivå</i>	44
<i>Tabell 4: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes.</i>	44
<i>Tabell 5: Antall pasienter som tidligere er operert i nakke pr enhet. Prosent i parentes.</i>	45
<i>Tabell 6: Pasientrapportert behandling i sykehus pr enhet i antall og prosent i parentes.</i>	47
<i>Tabell 7: Antall pasientrapportert oppfølging utenfor sykehus ved 6 mnd. oppfølging.</i>	48
<i>Tabell 8: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig.</i>	49
<i>Tabell 9: Arbeidsstatus ved første konsultasjon blant de med 6-mnd oppfølging. Flere kryss er mulig.</i>	50
<i>Tabell 10: Arbeidsstatus ved 6-mnd oppfølging. Flere kryss er mulig.</i>	50

<i>Tabell 11: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser. ....</i>	52
<i>Tabell 12: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet .....</i>	53
<i>Tabell 13: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene .....</i>	53
<i>Tabell 14: Antall anbefalt forskjellige behandlinger i spesialisthelsetjenestens ulike tilbud pr enhet. Flere kryss er mulig. ....</i>	63
<i>Tabell 15: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig. ....</i>	64
<i>Tabell 16: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig. ....</i>	66
<i>Tabell 17: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2022. Skjemadato fra og med 01.01.202 frem til 31.12.2022. ....</i>	71
<i>Tabell 18: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgings skjema etter 6 måneder. ....</i>	74
<i>Tabell 19: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgings skjema etter 12 måneder. ....</i>	75



# Kapittel 1

## Sammendrag

### Hovedfunn 2022

- Norsk Nakke og Ryggregister har oppnådd stadium 3A
- Fortsatt økning i antall registreringer – både på grunn av økt dekningsgrad, samt ytterligere tilslutning av ny enhet.
- Liten økning i dekningsgrad fra foregående år (fra 70,9 til 71,7 %), men man ser også en uønsket variasjon mellom enhetene som må følges opp.
- Opprettholdelse av oppfølgingsrate ved 6 måneder (fra 63 til 65 %) og ved 12 måneder (fra 61 til 60,4 %)
- Kvalitetsindikatorer (resultatindikatorer) viser i stor grad samme resultater som tidligere år.
- Det er fortsatt stor geografisk variasjon i prosessindikator – noe som indikerer at det er forskjeller i tilbud mellom enhetene.
- Det er en høy andel av pasienter med gule flagg. Nye variabler i registeret viser at enhetene i stor grad adressere gule flagg.
- Andelen pasienter som deltar i registeret med utenlandsk opprinnelse har økt.
- Økning i utleveringer av data til forskning og kvalitetsforbedring.

### Bakgrunn

Muskel- og skjelettlidelser er den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge og nest hyppigst årsaken til uførhet. Korsrygg- og nakkesmerter er den største enkeltstående årsaken til ikke-dødelig helsetap. Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et tjenesteregister. Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som utredes og behandles ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene ved sykehusene i Norge.

Formålet med registeret er å bedre kvaliteten på pasienttilbudet ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene, samt kartlegge regionale forskjeller i behandlingstilbud.

Årsrapporten for Norsk nakke og ryggregister inneholder en redegjørelse for registerets datakvalitet, pasientgrunnlag og beskriver sykehusenes etterlevelse av nasjonale retningslinjer for utredning og tiltak anbefalt ved nakke- og ryggsmertor. NNRR rapporterer også pasientenes fornøydhet i møte med helsepersonell på nakke- og ryggpoliklinikker og subjektiv opplevelse av blant annet funksjon, smerte og arbeidsstatus seks og tolv måneder etter utredning. Årsrapporten inneholder også en redegjørelse for hvordan registeret brukes i diskusjon og tiltak for å oppnå best mulig kvalitet på tilbudet til pasientgruppen. De enkelte sykehus har løpende (online) tilgang til egne oppdaterte og nasjonale resultater.

Data fra NNRR brukes i dag i flere forskningsprosjekter og kvalitetsforbedringsprosjekt. NNRR ble i 2022 vurdert å tilfredsstille krav for stadium 3A.

### Tilknytning, dekningsgrad og oppfølgingsrate

I fjorårets rapport var hovedfunn for registeret en formidabel vekst i antall registreringer og dekningsgrad, både på grunn av etablering av en helelektronisk løsning for innlevering av skjema

i november 2020 og sterk vekst i antall tilsluttede enheter. I det foregående året har ytterligere en enhet knyttet seg til registeret – og ved utgangen av 2022 leverte 12 av potensielle 16 enheter data til registeret. I starten av 2023 knyttet ytterligere en enhet seg til registeret, og per dags dato er 13 av 16 potensielle enheter tilknyttet registeret. Antall pasientregistreringer med tilhørende behandlerskjema (denne kombinasjonen av begge skjema er forutsetning for å telle i forhånd til dekningsgrad) økte fra 4947 til 5122 unike pasienter. Antall aktuelle pasienter økte fra 6976 til 7148 unike pasienter.

Dekningsgraden økte fortsatt noe i 2022 fra 70,9 % i 2021 til 71,7 %. Ved å se på dekningsgraden ved de respektive enhetene ser man en uønsket variasjon. En enhet har en betydelig tilbakegang i dekningsgrad fra foregående år, og en ny-tilknyttet enhet hadde spesielt lav dekningsgrad. To andre enheter har også dekningsgrad under 70 % (som er måltall for stadium 3). Dette viser at registeret fortsatt må jobbe for å bedre dekningsgrad lokalt, samt at registeret fortsatt har gode forutsetninger for å fortsatt øke antall registreringer og øke dekningsgraden i kommende år.

Det er gledelig å se at oppfølgingsratene for 6 (65 %) og 12 måneders (60,4 %) pasientskjema er opprettholdt fra foregående år. Man har dessverre ikke gjennomført analyser med tanke på validitet og reliabilitet av oppfølgingsdata.

### **Pasientpopulasjon**

I hovedsak skal nakke- og ryggplager ifølge faglige retningslinjer ivaretas av primærhelsetjenesten, men ved langvarige plager anbefales det å vurdere utredning i spesialisthelsetjenesten. 94,5 % av inkluderte pasienter i NNRR har hatt smerter i over tre måneder og 46,7 % har hatt smerter over to år.

I retningslinjene trekkes det videre frem at gule flagg er faktorer som innebærer økt risiko for at smertetilstanden blir langvarig eller med hyppig tilbakefall. Disse faktorene er blant annet pessimistiske overbevisninger knyttet til smertetilstanden, arbeidsrelaterte problemer, tilleggssymptomer og emosjonelle problemer.

56 % av pasientene scorer over grenseverdi som indikerer høyt psykisk symptomtrykk (HSCL-10 PROMs). En høy andel av pasientene rapporterer at de tror skade i skjelett (36 %), skade i muskulatur (32,5%), skade i nerve (34,2 %) eller arbeidsbelastning (39,4 %) er årsak til smerter i ryggen. Til sammenligning tror kun 10,8 % at følelsesmessig belastning er årsak til smertene. 52 % har tre eller flere tilleggssymptomer ved utredning. Hovedandelen av pasienter i NNRR er mellom 31-60 år, altså i arbeidsfør alder. Kun 47,3 % er i inntektsgivende arbeid, mens en stor andel av resterende pasienter er sykemeldte eller mottar annen form for trygdeytelse ved utredning. Disse resultatene viser at det er en pasientpopulasjon hvor en stor andel har et eller flere gule flagg. Helsepersonell rapporterer også at 68 % av pasientene har et forløp som er komplisert av gule flagg.

Faglige retningslinjer anbefaler ved gule flagg å benytte biopsykososial utredning der man bør vurdere kognitive tiltak, arbeidsrettede tiltak og eventuelt tverrfaglig behandling individuelt eller i gruppe. Slik utredning, behandling og kompetanse tilbys ved enhetene tilknyttet NNRR. Helsepersonell angir at 82 % av pasientene mottar en mestringsorientert samtale, 92 % får gjennomgått sine billedfunn og 83 % får individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter.

Totalt viser dette at det er i hovedsak de rette pasientene som henvises til nakke- og ryggpoliklinikker, og at gule flagg i stor grad adresseres i henhold til gjeldende retningslinjer.

Man ser at andelen pasienter med utenlandsk opprinnelse som deltar i registeret har økt nasjonalt de siste to årene. Kvalitetsforbedringstiltak som digitalisering av pasientskjema og engelsk oversettelse har trolig bidratt vesentlig til dette. Polsk oversettelse er igangsatt i 2022.

### **Kvalitetsindikatorer**

NNRR rapporterer på åtte kvalitetsindikatorer med måltall – der syv er resultatindikatorer og en er prosessindikator. Registeret avdekker på noen områder tydelig regional variasjon i tilbud og variasjon i resultat av behandling, noe som gir grunnlag for å se på tiltak for forbedring.

Faglig retningslinjer anbefaler tverrfaglig behandling til et utvalg av pasientene. Det var for 2022 en noe lavere andel som får tilbud om tverrfaglig behandling nasjonalt (28 %) enn det satte måltallet (30 %) på denne prosessindikatoren. Andelen varierer svært mye mellom poliklinikkene fra 4 til 64 %, noe som nok skyldes sammensatte årsaker inkludert ressursbegrensninger og lokale tradisjoner, samt trolig flere ukjente faktorer.

Antall pasientregistreringer og oppfølgingsrate øker noe eller opprettholdes fra 2021 til 2022, noe som betyr at datakvalitet opprettholdes i 2022. Det er dog ikke gjort noen justerte analyser av pasientgruppen som svarer på oppfølgings skjema, og det er derfor fortsatt en del usikkerhet knyttet til tolkning av resultater.

Nasjonalt viser 29 % klinisk viktig bedring i funksjon (med en nasjonal variasjon fra 20 til 35 %). Andelen som rapporterer minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging var 41 % (27-48 %). Andel som rapporterer klinisk viktig bedring av smerte i hvile var 34 % (20-37 %), og i aktivitet 37 % (22-40 %). 42 % rapporterer at de er kommet tilbake til full jobb etter 6 måneder. Andelen som rapporterer bedring av vurderingen/behandlingen ved sykehuset var 42 % (28-52 %). Andelen som er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset var 89 % (78-93 %).

### **Konklusjon og videre plan**

NNRR har i 2022 i stor grad opprettholdt den gode framgangen registeret opplevde fra 2020 til 2021. Man ser også i stor grad likhet i svar på PROMs/PREMs som ved foregående år, samt stor grad av likhet i andre resultater. Som ved tidligere år vil man fortsatt jobbe videre med å knytte til seg de (tre) resterende enhetene som fortsatt ikke rapporterer til NNRR for å få et komplett register. Man må også jobbe videre med å øke dekningsgrad hos flere enheter, samt iverksette valideringsundersøkelser for å kunne oppnå stadium 4.

## Kapittel 2

# Registerbeskrivelse

### 2.1 Bakgrunn og formål

<b>2.1.1 Bakgrunn for registeret</b>	Muskel- og skjelettlidelser er svært vanlige i befolkningen i verden og den hyppigste årsaken til sykefravær i Norge. Nest etter psykiske lidelser er muskel- og skjelettplager den vanligste årsaken til uførhet. Sykdomsbyrdestudier i Norge har vist at korsrygg- og nakkesmerter er den største enkeltstående årsaken til ikke-dødelig helsetap (Folkehelse rapporten «Muskel og skjelett» oppdatert 14.05.18). De fleste pasienter skal behandles i primærhelsetjenesten. I nasjonale kliniske retningslinjer (2007) anbefales henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning dersom pasienten ikke har gjenopptatt vanlige aktiviteter eller kommet tilbake i arbeid etter ca. 4-6 uker. Her skal videre tverrfaglig behandling vurderes, særlig ved dårlig prognose (gule flagg). Norsk nakke og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt register for pasienter med nakke- og/eller ryggplager som utredes ved de tverrfaglige fysikalskmedisinske poliklinikkene ved norske sykehus. Utvidet bakgrunn og faglig grunnlag for registeret finner man via NNRRs nettside: <a href="http://www.nakkeryggereg.no">www.nakkeryggereg.no</a>
Type register	Samtykkebasert nasjonalt medisinsk kvalitetsregister
Årstall etablert	2011. Pilot for registrering i 2014. Første registreringsår er 2015.
Årstall godkjent HOD	2011
IKT-løsning	Medisinsk registersystem (MRS) på Norsk helsenett: <a href="https://mrs.nhn.no/">https://mrs.nhn.no/</a>

<p><b>2.1.2 Registerets formål</b></p>	<p>Formålet med registeret er å bedre kvaliteten på pasienttilbudet ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene. Kunnskap hentet fra registeret brukes til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gi innsikt i pasientgruppen som helhet og innblikk i tilbudet ved de enkelte enheter samt på nasjonalt nivå.</li> <li>- Framskaffe kunnskap om hva som påvirker forløpet, og bidra til at pasienter kanaliseres til de rette behandlingstilbudene.</li> <li>- Bidra til en evaluering av strukturen i tjenestetilbudet, karakteristika ved behandlingsprosessene og resultatene etter behandling.</li> <li>- Gi beslutningsgrunnlag for offentlige myndigheter på nasjonalt og lokalt nivå.</li> <li>- Registeret vil etter analyse av data og definere kvalitetsindikatorer bidra til iverksetting av forbedringsprosjekter.</li> </ul>
<p><b>2.1.3 Analyser som belyser registerets formål</b></p>	<p>Kartlegging av pasientkarakteristika indikerer om de rette pasientene henvises til spesialisthelsetjenesten for vurdering. For 2022 foreligger det data for 8 kvalitetsindikatorer med spesifiserte måltall. Det er en prosessindikator og syv resultatindikatorer. NNRR innhenter pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål.</p>

## 2.2 Juridisk hjemmels-grunnlag

	<p>Behandlingsgrunnlag for registeret er i personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e (allmenn interesse) og forskrift om medisinske kvalitetsregistre.</p> <p>Opplysninger i registeret skal være tilgjengelig for alle som ønsker å bruke opplysninger innenfor registerets formål så lenge nødvendige tillatelser og kriterier er oppfylt. Dataansvarlig har også plikt til å utarbeide og offentliggjøre statistikk, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 4-3.</p> <p>DPIA er utarbeidet av dataansvarlig for det nasjonale registeret. Registeret er tildelt nasjonal status av Helsedirektoratet, noe som medfører plikt for aktuelle virksomheter og helsepersonell til å melde inn relevante og nødvendige opplysninger til registeret, jf. forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 2-3 andre ledd. Innmeldingen er basert på den registrertes samtykke, jf. § 2-3 tredje ledd.</p>
--	---

## 2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

<p>Faglig ledelse / registersekretariat</p>	<p>Universitetssykehuset Nord-Norge HF har det administrative ansvaret for registeret, mens fagrådet har det faglige ansvaret.</p>
---	--

	Daglig ledelse lokaliseres til Rehabiliteringsklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge HF og består av: Maja Wilhelmsen, faglig leder Kjetil M. Samuelsen, daglig leder Elin Golde, registersekretær
Databehandler	Norsk Helsenett og Helse Nord IKT
Databehandlingsansvarlig	Administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord RHF
Databehandleravtale	
<b>2.3.1 Aktivitet i fagråd/referanse gruppe</b>	Fagrådet hadde i 2022 7 nettbaserte møter, samt løpende kontakt via epost. Prioriterte oppgaver 2022: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revidering av behandlerkjema og gjennomgang av ny kravspesifikasjon</li> <li>• Gjennomgang og revidering av DPIA</li> <li>• Gjennomgang av søknader om utlevering av data</li> <li>• Utarbeiding av årsrapport</li> </ul>
Fagrådsmedlemmer i 2022	Christoph Schäfer, Overlege, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Helse Nord, fagrådsleder Gunn Hege Marchand, Overlege, Ph.D, St.Olavs Hospital HF, Helse Midt Kristina Milosevic, Konstituert overlege, Møre og Romsdal HF, Helse Midt Ståle Mathiassen, Overlege, Helse Stavanger HF, Helse Vest Tonje Wåle Flørenes, Overlege, Ph.D, Helse Bergen HF, Helse Vest Kjersti Myhre, Overlege, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst John Bjørneboe, Lege i spesialisering, Ph.D, Oslo Universitetssykehus HF, Helse Sør-Øst Jens Ivar Brox, Seksjonsoverlege, Professor, Oslo Universitetssykehus HF, forskningsansvarlig Tom Nerli, Overlege, Sykehuset i Vestfold HF, representant for Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering Thor Einar Holmgard, Ryggforeningen i Norge, brukerrepresentant
Nettportal for presentasjon av resultater	Tatt i bruk i 2018: <a href="https://www.skde.no/kvalitetsregistre/nrrr/sykehus">https://www.skde.no/kvalitetsregistre/nrrr/sykehus</a>
Oppstart PROM	2014
Oppstart PREM	2014
Registreringer 2022	5296
Totalt innregistrerte 2014-2022	23571
Stadium 2022	Stadium 3A

## Kapittel 3

# Resultater

### 3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

NNRR har åtte kvalitetsindikatorer (KI); en prosessindikator (KI 1), og syv resultatindikatorer (KI 2-8). Disse kvalitetsindikatorerne er spesifiserte med måltall. For prosessindikatoren er data hentet fra behandlerskjema. Alle resultatindikatorerne tar utgangspunkt i oppfølgingsskjema som sendes ut seks måneder etter utredende konsultasjon og samles inn i løpet av rapporteringsåret. Det vil si at resultatindikatorerne inkluderer pasienter som ble utredet fra 01.07.21 til 30.06.22, og som responderte på seks måneders oppfølgingsskjema i løpet av 2022.

Fra årsrapporten for 2020 så man både tilbakegang i resultater og dekningsgrad, som man forklarte med tiltak på grunn av pandemien. Det må også bemerkes at en del enheters drift fortsatt var noe påvirket av Covid-19 pandemien i 2021; men her har man ikke kartlagt omfanget av dette. I 2022 har NNRR ikke fått tilbakemelding på at det er restriksjoner i drift grunnet Covid-19.

#### 1. Andel pasienter med tverrfaglig behandling

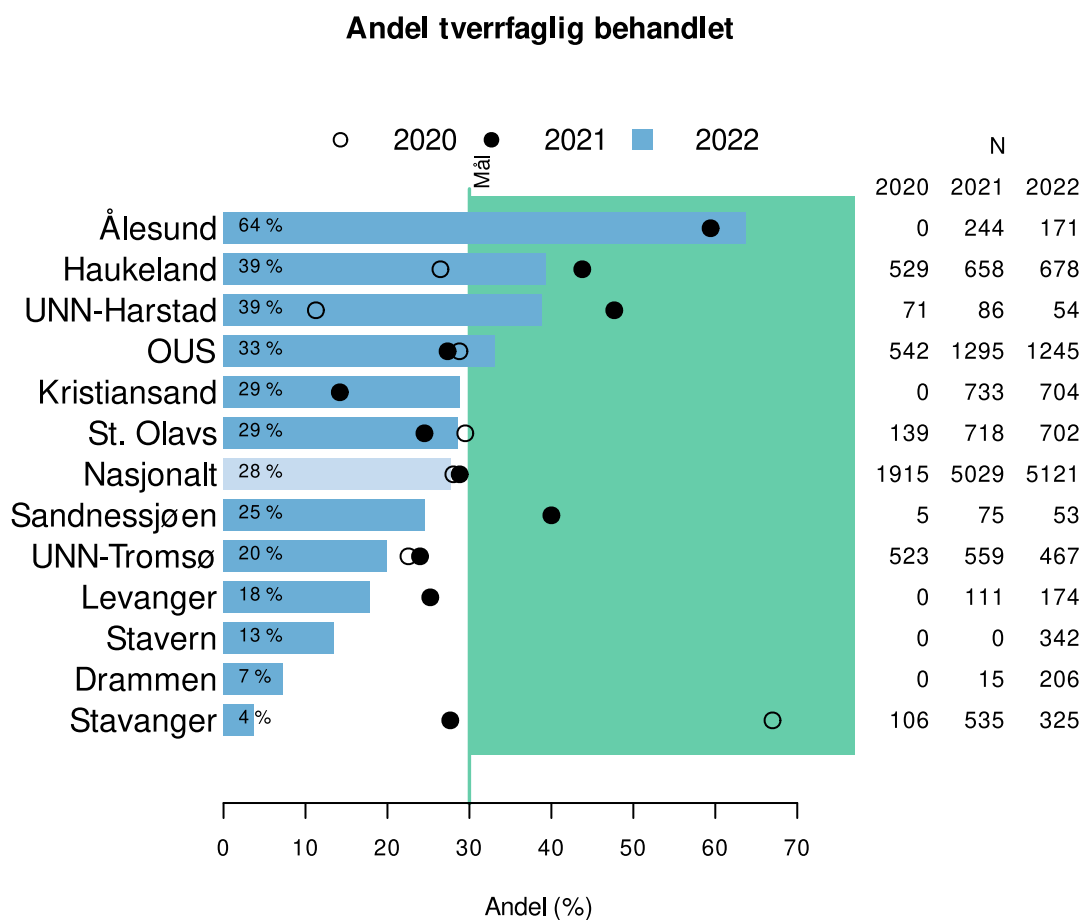
Andel pasienter som i 2022 får tilbud om tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet.

Måltall:

Høy måloppnåelse: **=/> 30 %**

Lav måloppnåelse: <30 %

Poliklinikkene som inngår i Norsk nakke- og ryggregister er organisert med flere ulike faggrupper (fysioterapeut, psykolog, sykepleier, ergoterapeuter og leger) og kan tilby tverrfaglig behandling basert på en biopsykososial modell. Det skilles mellom tverrfaglig vurdering ved utredningskonsultasjon og et tilbud om videre tverrfaglig behandling. Denne kvalitetsindikatoren måler videre tverrfaglig behandling. Tverrfaglig behandling kan gis til enkeltpasienter eller som gruppetilbud. «Tverrfaglig» er i denne sammenhengen forstått som behandling som involverer to eller flere faggrupper ihht definisjon gitt i nasjonale retningslinjer [1].



Figur 1: Andel tverrfaglig behandlet pr enhet siste tre år.

For 2022 er andelen som får tilbud om tverrfaglig behandling nasjonalt noe lavere enn måltall, men andelen er relativt stabil ift tidligere år, og som tidligere ser man en stor geografisk variasjon. Ålesund tilbyr i 2022 en markant større andel tverrfaglig behandling enn alle andre enheter, noe som er likt med i 2021. Haukeland, UNN Harstad og OUS er de eneste andre enhetene som også oppnår måltall på 30 %. UNN Harstad hadde en betydelig økning i andel som tilbys tverrfaglig behandling fra 2020 til 2021; og opprettholder måloppnåelse i 2022 tross en liten tilbakegang. Kristiansand og St.Olavs er svært nært måltall, og har begge hatt framgang i 2022. Kristiansand tilbydde kun 14 % av sine pasienter tverrfaglig behandling i 2021, noe som var betydelig mindre enn alle andre enheter, men har i 2022 kommet nesten opp til måltallet med 29 % tverrfaglig behandlet. UNN Tromsø tilbyr som tidligere år tverrfaglig behandling til færre pasienter enn anbefalt, og hadde i 2022 en ytterligere tilbakegang. Sandnessjøen har også hatt betydelig tilbakegang i forhold til måltall. Stavanger skilte seg i betydelig grad ut i 2020 med at over 70 % ble tilbudt videre tverrfaglig behandling, noe som var langt over det nasjonale gjennomsnittet og måltallet, men antall pasienter var da svært få. I 2021 har Stavanger hatt en tilbakegang til kun 26 %, som er mindre enn måltallet. Tilbakegangen har fortsatt i 2022, og i Stavanger mottar kun 4 % videre tverrfaglig behandling. Det ser også ut som det i mindre grad tilbys tverrfaglig behandling ved Levanger, Stavern og Drammen.



## 2. Bedret funksjon

Andel pasienter med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder.

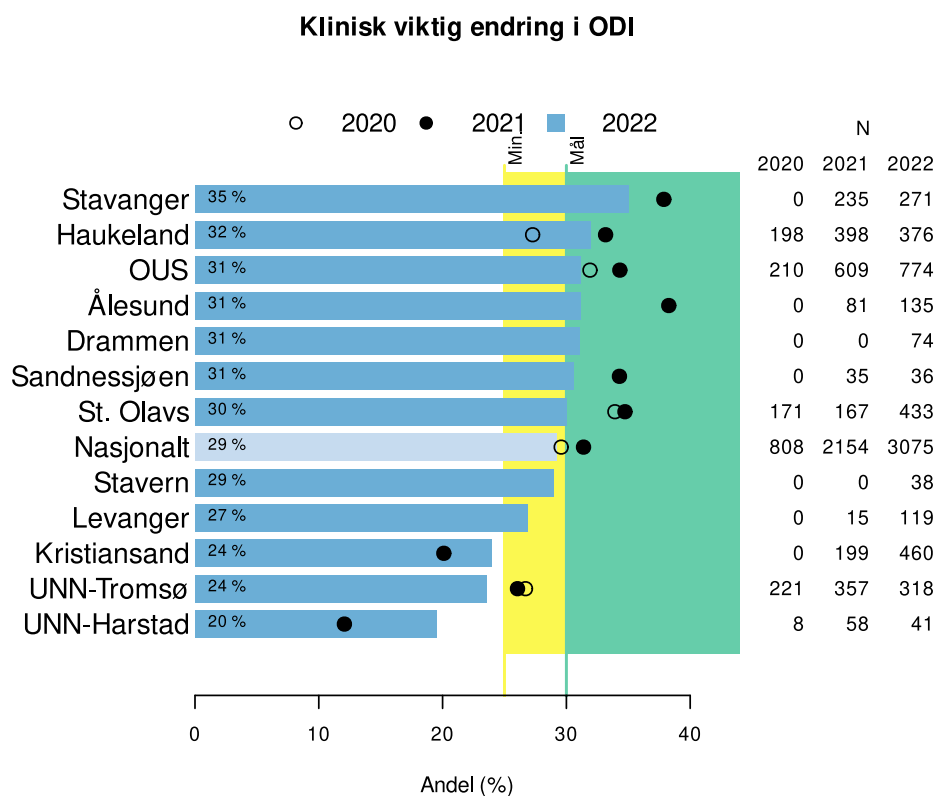
Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 30\%$

Moderat måloppnåelse: 25-29%

Lav måloppnåelse:  $< 25\%$

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til ryggsmarter. Oswestry-Disability-Index (ODI), er et spørreskjema som registrerer hvordan smerter påvirker funksjonen i dagligdagse aktiviteter; personlig stell, løfte, gå, sitte, stå, sove, seksuell, sosialt liv, reising. Samlet gir dette en score mellom 0 og 100 prosentpoeng, hvor 0 er beste funksjon. Basert på forskning vurderes en klinisk viktig endring i funksjon (ODI) å være 30 % reduksjon fra utgangsscore eller mer.



Figur 2: Andel med klinisk viktig bedring av funksjon ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Andel med klinisk viktig bedret funksjon var i 2022 innenfor moderat måloppnåelse nasjonalt med 29 %. Dette er en noe negativ utvikling fra 2020 og 2021 der man hadde respektive 30 % og 31 % med klinisk viktig bedring av funksjon. Alle enheter som i 2021 oppnådd høy måloppnåelse hadde også høy måloppnåelse i 2022, men alle opplevde noe tilbakegang også. Stavern og Levanger oppnådde moderat måloppnåelse. Kristiansand, UNN Tromsø og UNN Harstad oppnådde ikke moderat måloppnåelse. Kristiansand og UNN Harstad hadde dog framgang fra tidligere år. UNN Tromsø oppnådde derimot tilbakegang ifra 2020 og 2021.

### 3. Andel med minimal funksjonsnedsettelse

Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon:

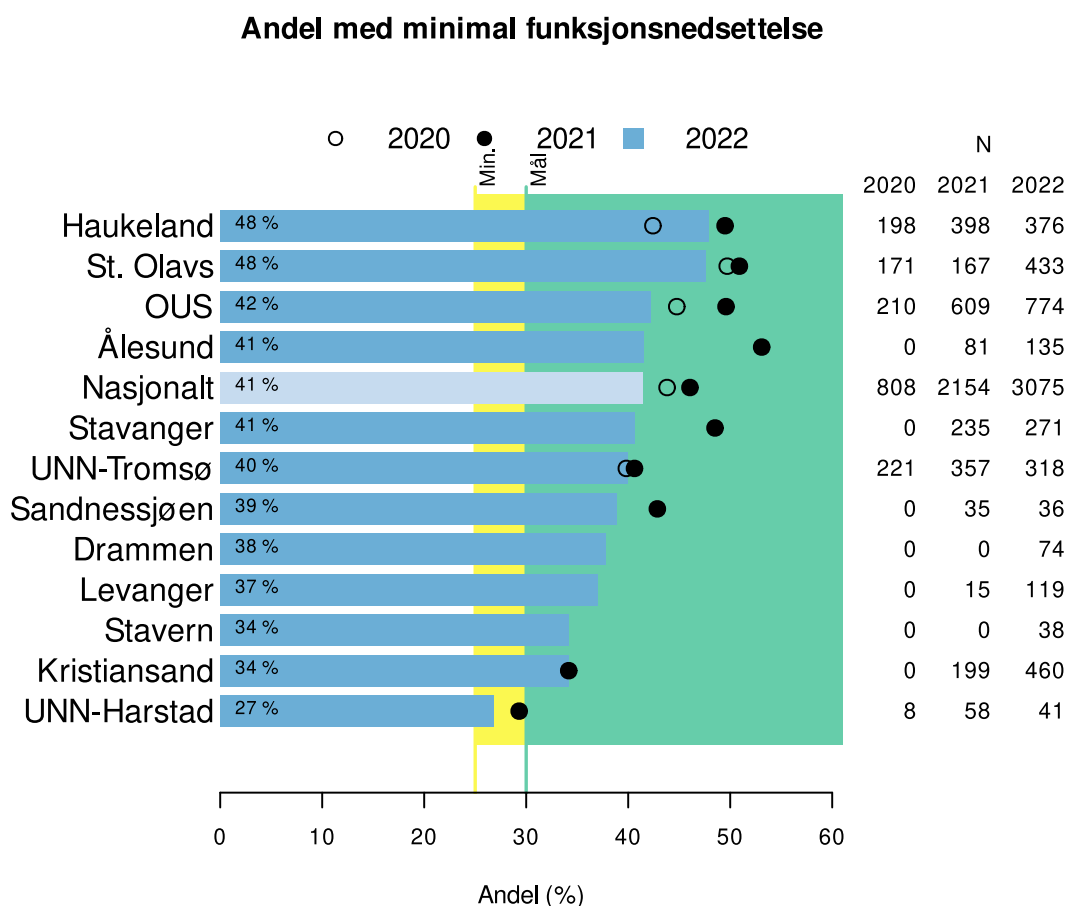
Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 30\%$

Moderat måloppnåelse: 25-29%

Lav måloppnåelse:  $< 25\%$

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter, målt ved ODI (0 og 100 prosentpoeng, hvor 0 er beste funksjon). En skår på 23 eller lavere vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon. Her er det målt andelen som har dette ved 6 mnd oppfølging.



Figur 3: Andel med minimal funksjonsnedsettelse ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Alle enheter har høy måloppnåelse, foruten UNN Harstad som har moderat måloppnåelse. Dette er i all hovedsak likt med foregående år. Det er til dels stor variasjon nasjonalt fra 27 til 48 %. OUS, Ålesund og Stavanger hadde størst tilbakegang i 2022, men har likevel fortsatt høy måloppnåelse. Alle enheter opplevde i noen grad tilbakegang i 2022 og følgende er nasjonal andel også gått noe ned.

#### 4 og 5. Bedring smerte i hvile og aktivitet (to kvalitetsindikatorer)

Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter seks måneder:

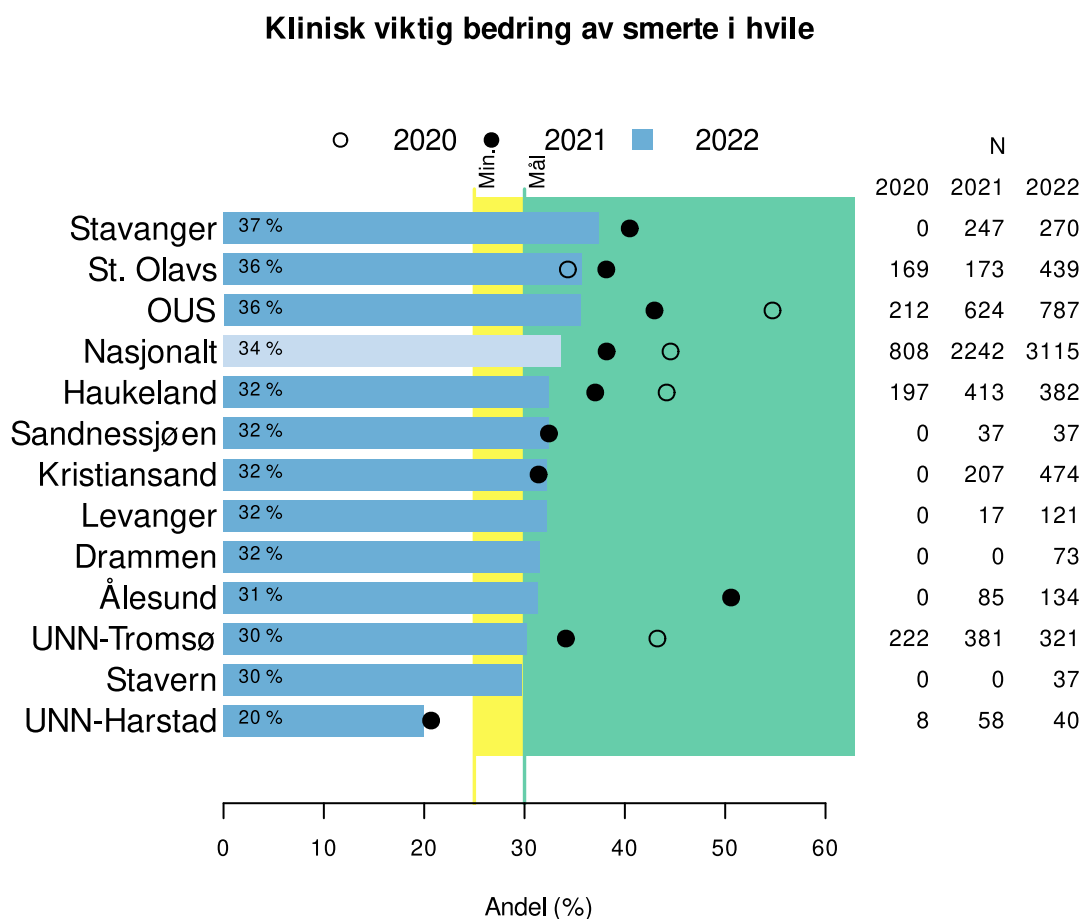
Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 30\%$

Moderat måloppnåelse: 25-29%

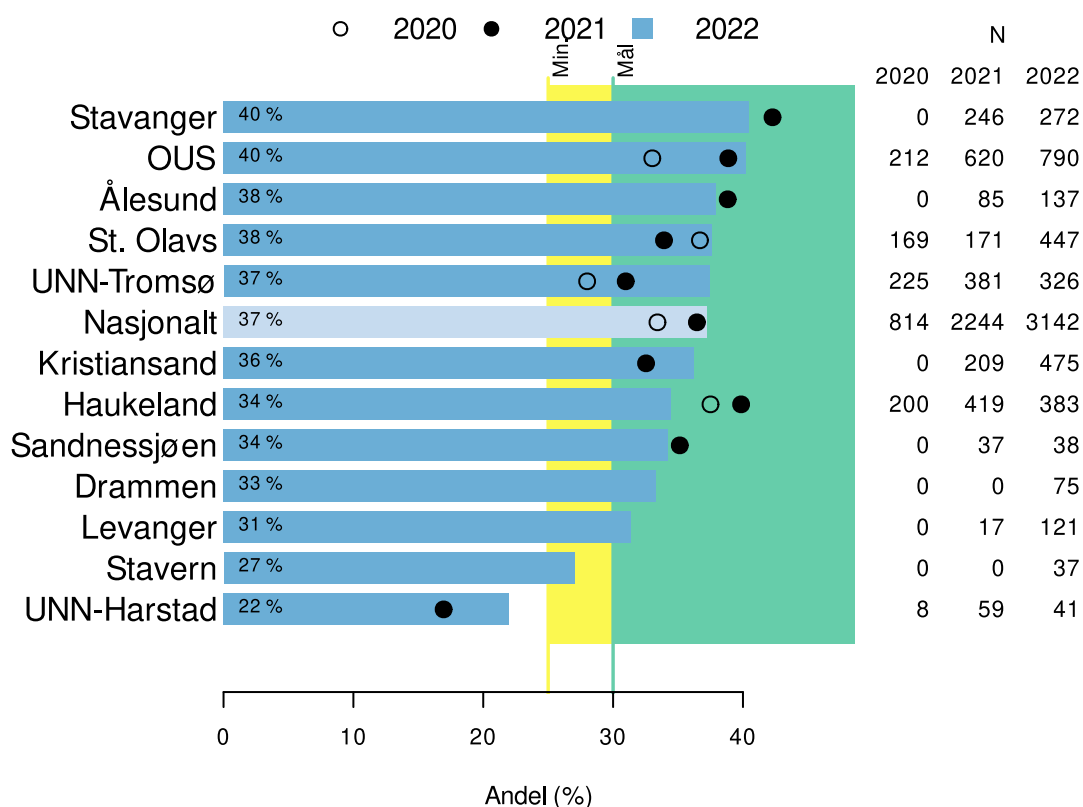
Lav måloppnåelse:  $< 25\%$

Grad av smerte vurderes ved at pasientene selv vurderer smerteintensitet ved å skåre smertegrad på skala fra 0 til 10, hvor 0 er «ingen smerte» og 10 er «verst tenkelige smerter». 30 % eller mer reduksjon i smerte-skåren hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk viktig endring av smerteintensitet.



Figur 4: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i hvile ved oppfølging pr enhet siste tre år.

### Klinisk viktig bedring av smerte i aktivitet



Figur 5: Andel med klinisk viktig bedring av smerter i aktivitet ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Figurene ovenfor viser at ved alle enheter foruten UNN Harstad og Stavern oppnår høy måloppnåelse med at over 30 % av pasientene opplever klinisk viktig bedring av smerte i både hvile og aktivitet. Stavern har dog høy måloppnåelse ved smerter i hvile. Av nevneverdige endringer fra tidligere år kan man se stor tilbakegang i smerter i hvile ved Ålesund, og noe tilbakegang ved flere av de andre enhetene på denne indikatoren. Man ser dog ikke disse endringene ved smerter i aktivitet – hverken ved Ålesund eller som trend på de andre enhetene. Haukeland har opplevd noe tilbakegang fra året før, mens UNN Tromsø har noe framgang fra året før på andel med klinisk viktig bedring av smerte i aktivitet.

## 6. Tilbake i jobb

Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb grunnet sykemelding ved utredningskonsultasjon og som er tilbake for fullt etter seks måneder. Etter revisjon av pasient- og behandlerkjema i slutten av 2020 svarer pasienten nå selv på arbeidsstatus ved både første konsultasjon og ved oppfølging. Før dette svarte behandler på arbeidsstatus ved første konsultasjon og pasienten selv kun ved oppfølging. Man kan derfor ikke sammenligne resultater innhentet i 2021 direkte med tidligere år.

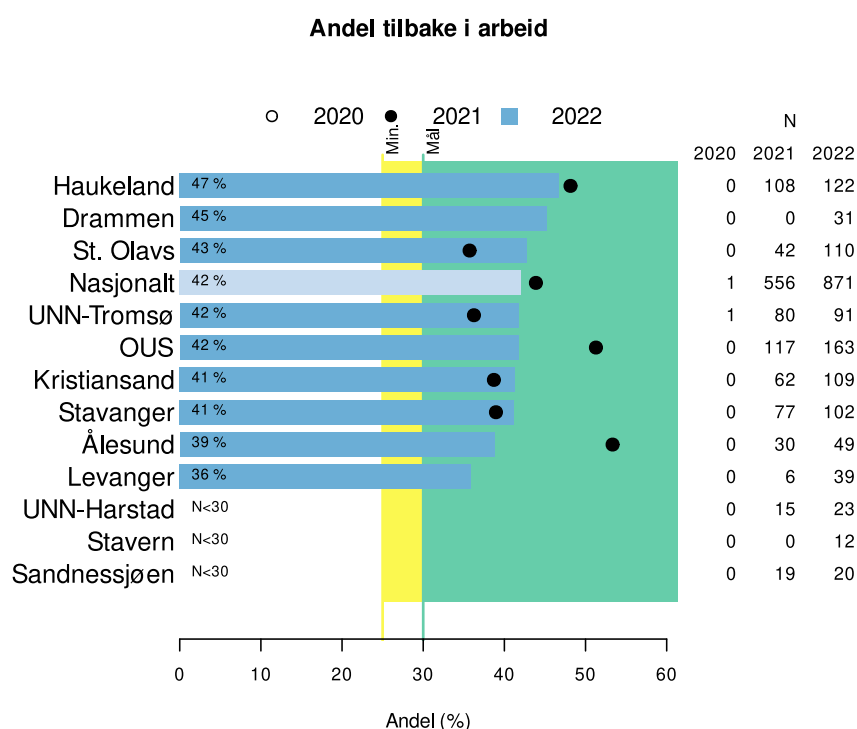
Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 30\%$

Moderat måloppnåelse: 25-29 %

Lav måloppnåelse:  $< 25\%$

Å falle ut av yrkeslivet kan medføre en reduksjon i livskvalitet. Samfunnsøkonomisk er det ønskelig med høy jobb-deltakelse. Å komme tilbake til fullt arbeid i den stillingsprosenten en hadde opprinnelig, er et viktig utfallsmål for Registerets intervensjoner. Andel tilbake i fullt arbeid er derfor definert som en kvalitetsindikator.



Figur 6: Andel fullt tilbake i jobb ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Tall fra 2022 viser høy måloppnåelse ved alle enheter med nok registreringer og totalt nasjonalt. Det er for små tall ved flere enheter, og funnene må derfor tolkes med forsiktighet. De inkluderte må både ha registrering på arbeidsstatus via pasientskjema ved først konsultasjon og oppfølging i den aktuelle perioden for å inngå i beregningen. Det anmerkes at de som har økt arbeidsdeltakelse, men ikke er fullt tilbake ikke inkluderes (se resultatkapittel for figur på andel med økt arbeidsdeltakelse).

## 7. Opplevd bedring etter vurdering/behandling

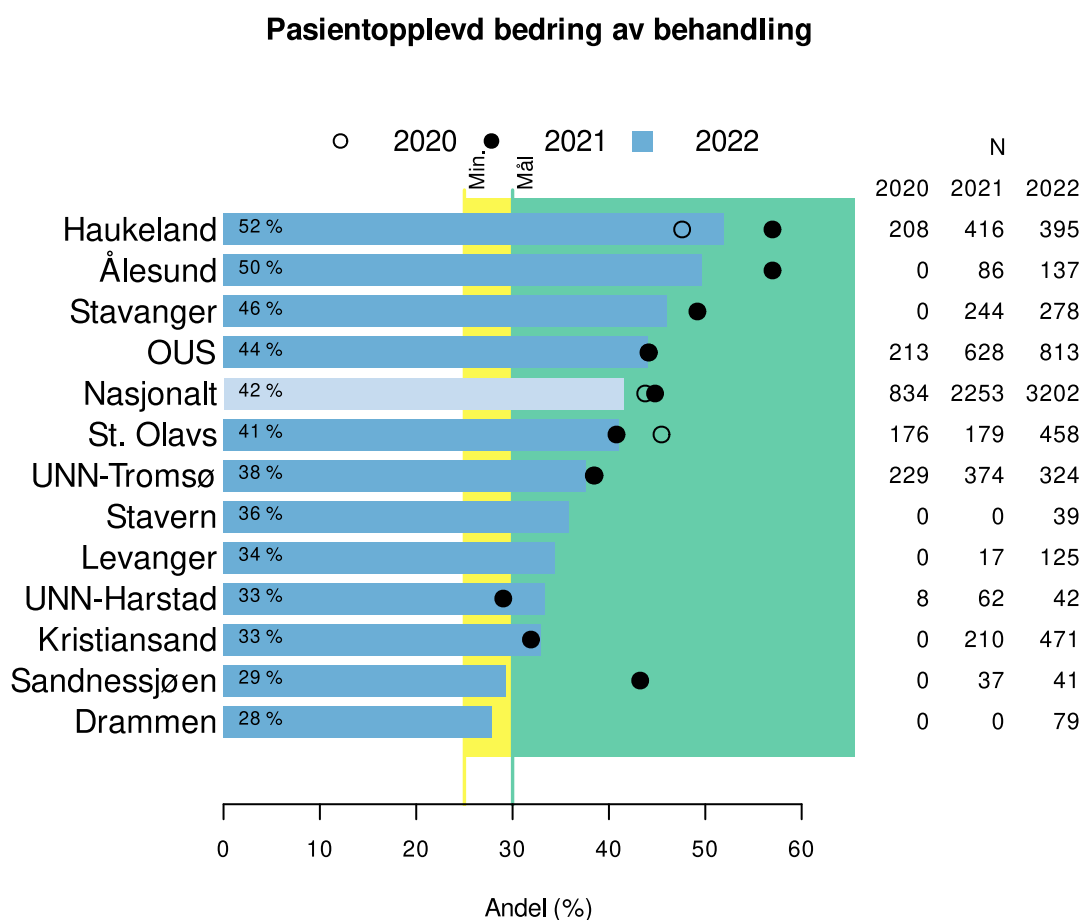
Andel pasienter som rapporterer at de opplever at de er blitt bedre av behandlingen/vurderingen seks måneder etter konsultasjonen.

Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 30\%$

Moderat måloppnåelse: 25-29%

Lav måloppnåelse:  $< 25\%$



Figur 7: Andel med pasientopplevd bedring av behandling ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Man ser høy nasjonal måloppnåelse på opplevd bedring av behandling, men man ser til dels stort geografisk sprik; fra 52 % måloppnåelse ved Haukeland til 28 % ved Drammen. Alle enheter foruten Sandnessjøen og Drammen oppnår høy måloppnåelse, men de oppnår dog moderat måloppnåelse. Det har vært en betydelig nedgang ved Sandnessjøen.

En utfordring med fysikalskmedisinske intervensjoner er at de ofte er endringer som pasienten må gjøre selv i sitt eget liv. For noen pasienter oppfattes ikke tiltak som krever en aktiv tilnærming hos pasienten selv som en behandling. Mestringsrettede tiltak som å komme i gang

med fysisk aktivitet, bruke kroppen mer hensiktsmessig i hverdagslivet, tiltak for å gjenoppta arbeid og lignende er det i hovedsak pasienten selv som må iverksette. En operasjon eller en injeksjon er trolig lettere for pasienten å oppfatte som behandling og dermed sette i sammenheng med bedring av smerte og funksjon. Det vil derfor alltid være en risiko at pasientene ikke opplever at de mestringsrettede tiltak de har fått ved en fysikalskmedisinsk poliklinikk er årsak til bedring. Dette er noe som igjen kan bidra til lavere måloppnåelse ved alle enheter ved denne kartleggingen.

## 8. Andel fornøyde pasienter

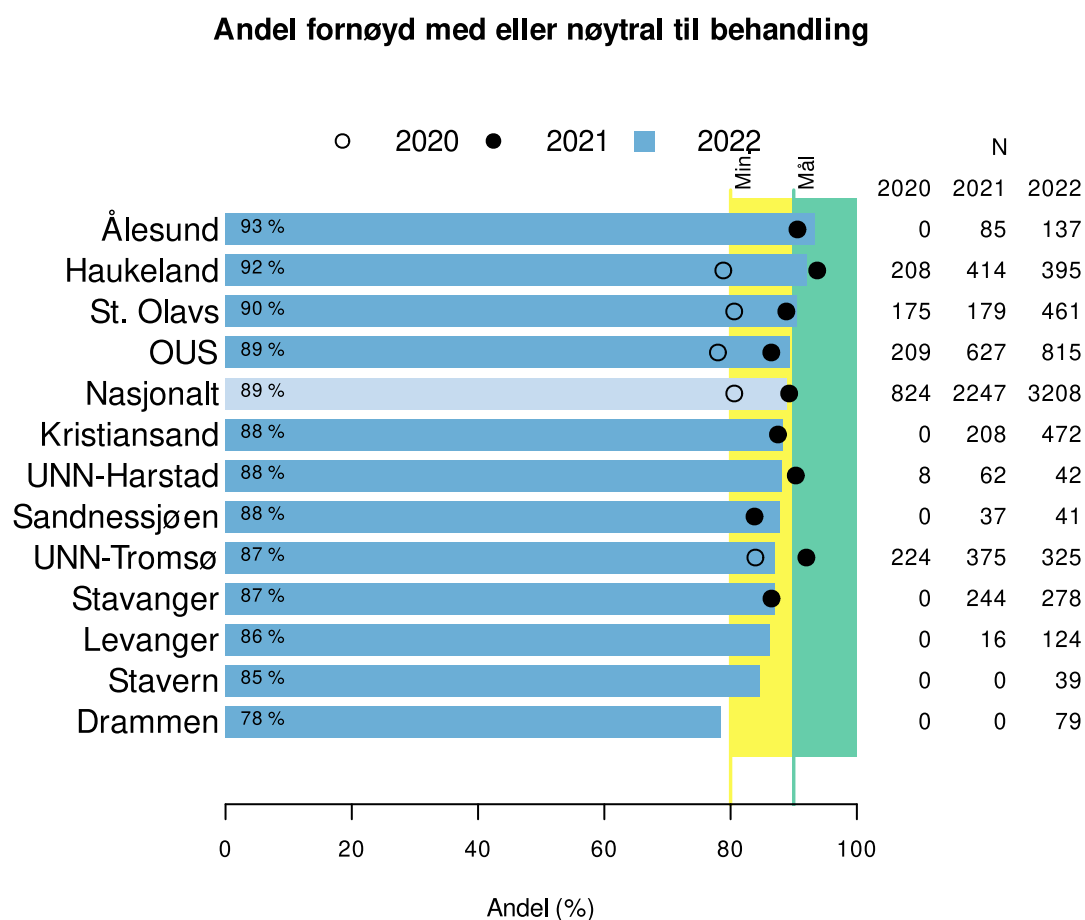
Andel pasienter som angir ved oppfølging at de er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset.

Måloppnåelse:

Høy måloppnåelse:  $\geq 90\%$

Moderat måloppnåelse: 80-89%

Lav måloppnåelse:  $< 80\%$



Figur 8: Andel pasienter som angir å være fornøyd eller nøytral i møte med personalet ved sykehuset når spurt ved oppfølging pr enhet siste tre år.

Spørsmålsstillingen til pasientene ble revidert i november 2020 fra «Hvor fornøyd er du med behandlingen du har fått?» til «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?».

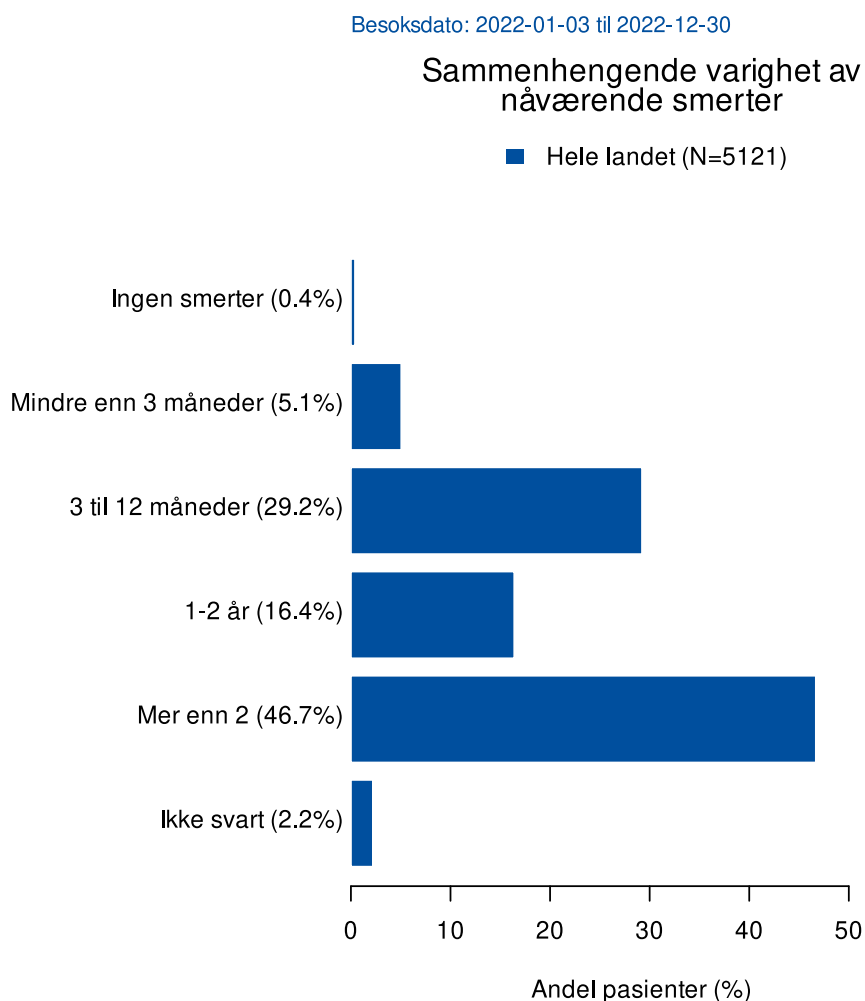
Det er ønskelig at færrest mulig pasienter er misfornøyd med måten de blir møtt. Målet er at en høy andel av pasientene rapporterer at de er nøytral eller fornøyd med kontakten de opplevde med personalet ved poliklinikken. I 2020 oppnådde ingen av enhetene høy måloppnåelse for denne kvalitetsindikatoren. I 2021 var det fire enheter som oppnådd høy



måloppnåelse, mens alle de resterende enhetene oppnådde moderat måloppnåelse. I 2022 oppnådde tre enheter høy måloppnåelse, mens resterende enheter foruten Drammen oppnådde moderat måloppnåelse. Den nasjonale måloppnåelsen i 2021 var stabil i forhold til 2021. Det nasjonale måltallet har hatt en betydelig oppgang i 2021 og 2022 fra 80 i 2020 til 89 % de siste par årene. Dette kan skyldes at det er mer klarhet i hva man utforsker fornøydhet med. I tidligere spørsmålsstilling var det rom for pasienten å tolke at de ikke hadde mottatt noen form behandling – ettersom man tror en del pasienter ikke vurderer at selve konsultasjonen, samt råd og veiledning gitt under konsultasjonen er former for behandling. I nåværende spørsmålsstilling ønsker man ikke å begrense seg til kun fornøydhet med evt. behandlingstiltak.

### 3.1.1 Andre relevante PROMs/PREMs

#### Smerter

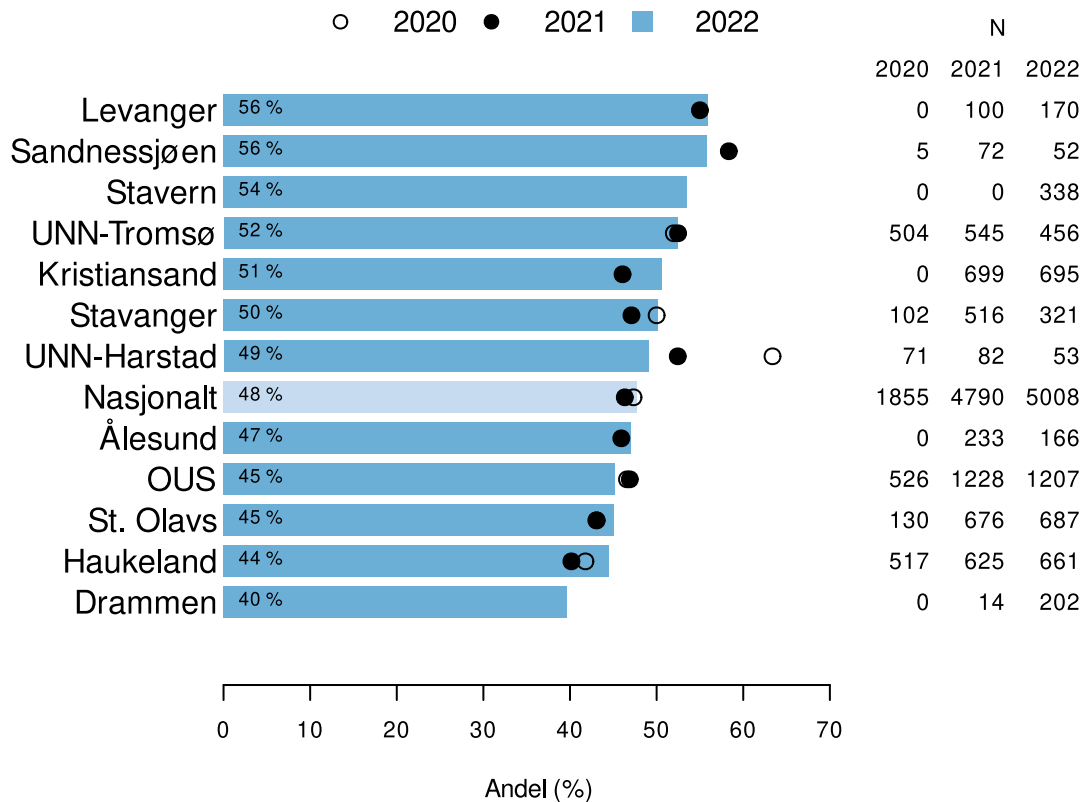


Figur 9: Varighet av smerter

Det er kun 0,4 % av pasienter som henvises som ikke har smerter. Det er kun 5,1 % som kommer til konsultasjon ved enhetene med akutte eller subakutte smerter. Hele 94,5 % av pasientene i 2022 svarte at de hadde hatt smerter i mer enn tre måneder, og er likt som tidligere år med 92 % i 2020 og 94,6 % i 2021. Dette viser at de med akutte smerter i liten grad blir henvist til spesialisthelsetjenesten, noe som er korrekt i henhold til nasjonale og internasjonale retningslinjer. De fleste med akutte smerter vil oppleve spontan bedring eller håndteres i primærhelsetjenesten. Det er likevel ønskelig at det ikke går for lang tid før pasientene henvises til N/R-poliklinikker ved vedvarende smerter. Den største gruppen av pasienter har hatt smerter i over 2 år på hele 46,7 %, hvilket er likt med foregående år.

Man kan også bemerke at de to største gruppene er de med smertevarighet mellom 3-12 mnd. og over 2 år. Det kan se ut som pasienter ofte enten blir henvist i sitt første år med plager eller har slitt med ryggplager over flere år før henvisning. Denne observasjonen er i tråd med hva man har sett tidligere år. Man ser denne trenden ved alle enheter.

### Andel med varighet av plager >2 år



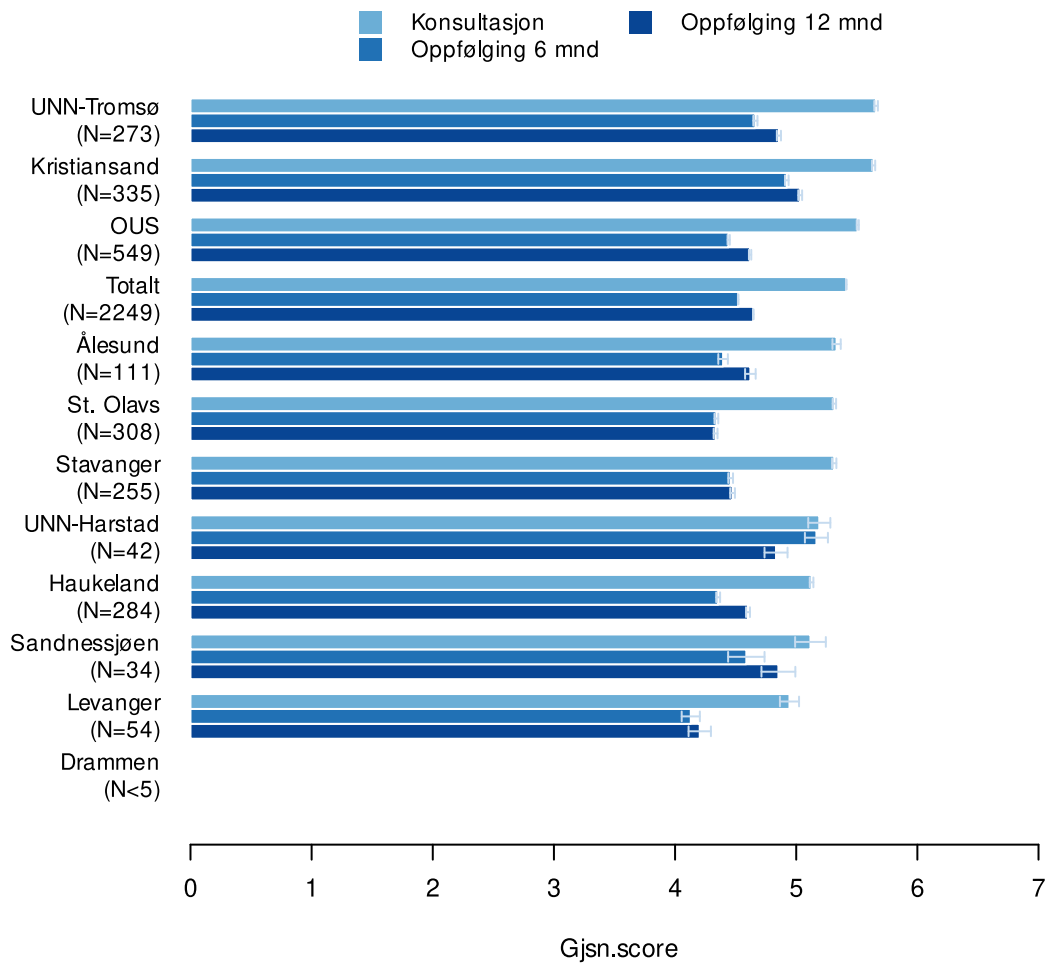
Figur 10: Andel med smertevarighet >2 år pr enhet. Ekskluderer de som har krysset for «ikke svart» samt de med ingen registrerte svar på spørsmålet.

Intervensjoner for å bedre smerter har trolig best resultat dersom smertene har vart under to år. Nasjonalt er det 48 % av de som har svart på spørsmålet om varighet som har hatt rygg smerter i mer enn to år, noe som er likt med tidligere år (47 % i 2020 og 46 % i 2021). Levanger, Sandnessjøen, Stavern, UNN Tromsø, Kristiansand og Stavanger har en pasientandel på over 50 % med smerter over to år. Til sammenligning har Drammen kun 39 % med smertevarighet over to år. NNRR og enhetene bør vurdere om det er hensiktsmessig å gjøre flere tiltak for å få pasientene henvist på et tidligere tidspunkt. Man kan også gjøre ytterligere undersøkelser for å se i hvilken grad pasienter med smertevarighet over 2 år er henvist flere ganger til enhetene.

Oppfølgingsdata ved både 6 og 12 måneder i forhold til smerter i hvile og aktivitet er nå tilgjengelig for pasienter som har fylt ut begge oppfølgingskjema. Man ser at det ved de fleste enhetene er bedring i smerter i hvile og aktivitet ved 6 måneder sammenlignet med første konsultasjon, samt at denne bedringen ser ut til å opprettholdes ved 12 måneder (dette gjelder i større grad ved smerter i aktivitet enn i hvile).

Besoksdato: 2021-01-04 til 2021-12-30

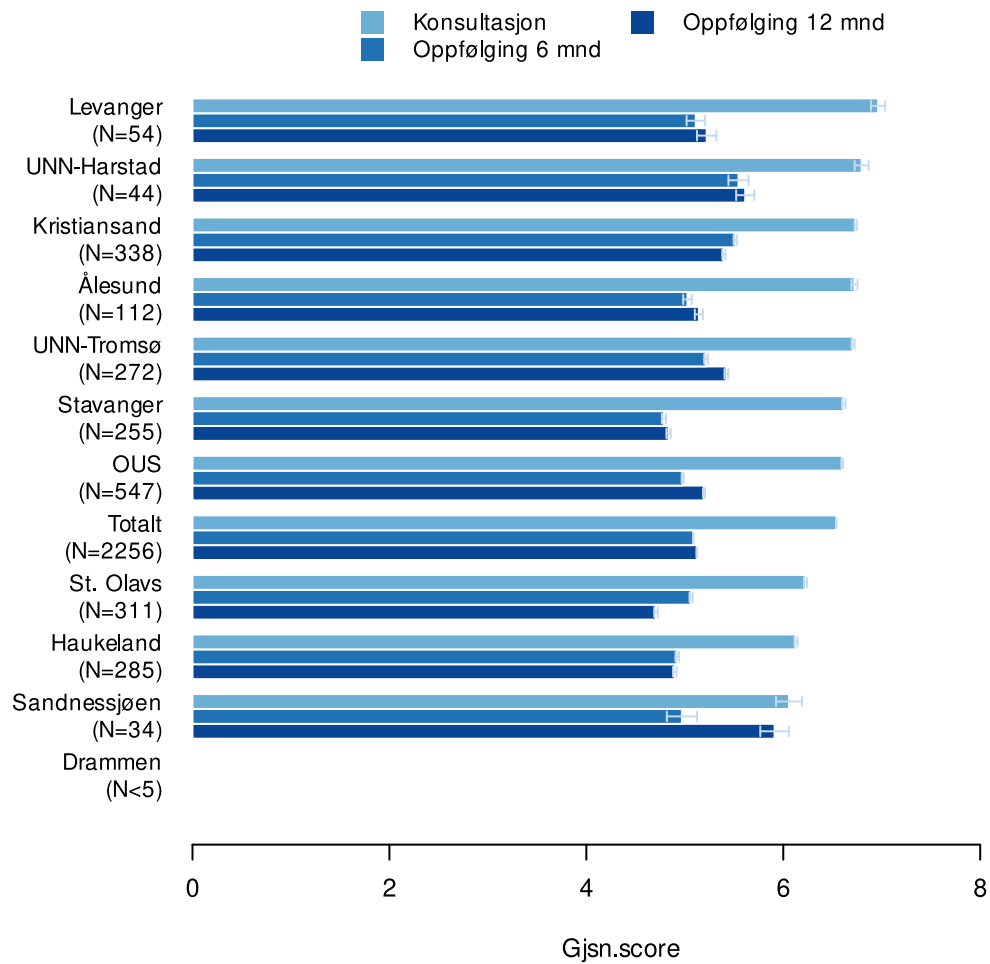
### Smerte i hvile med 95% konfidensintervall



Figur 11: Smerter i hvile ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging.

Besoksdato: 2021-01-04 til 2021-12-30

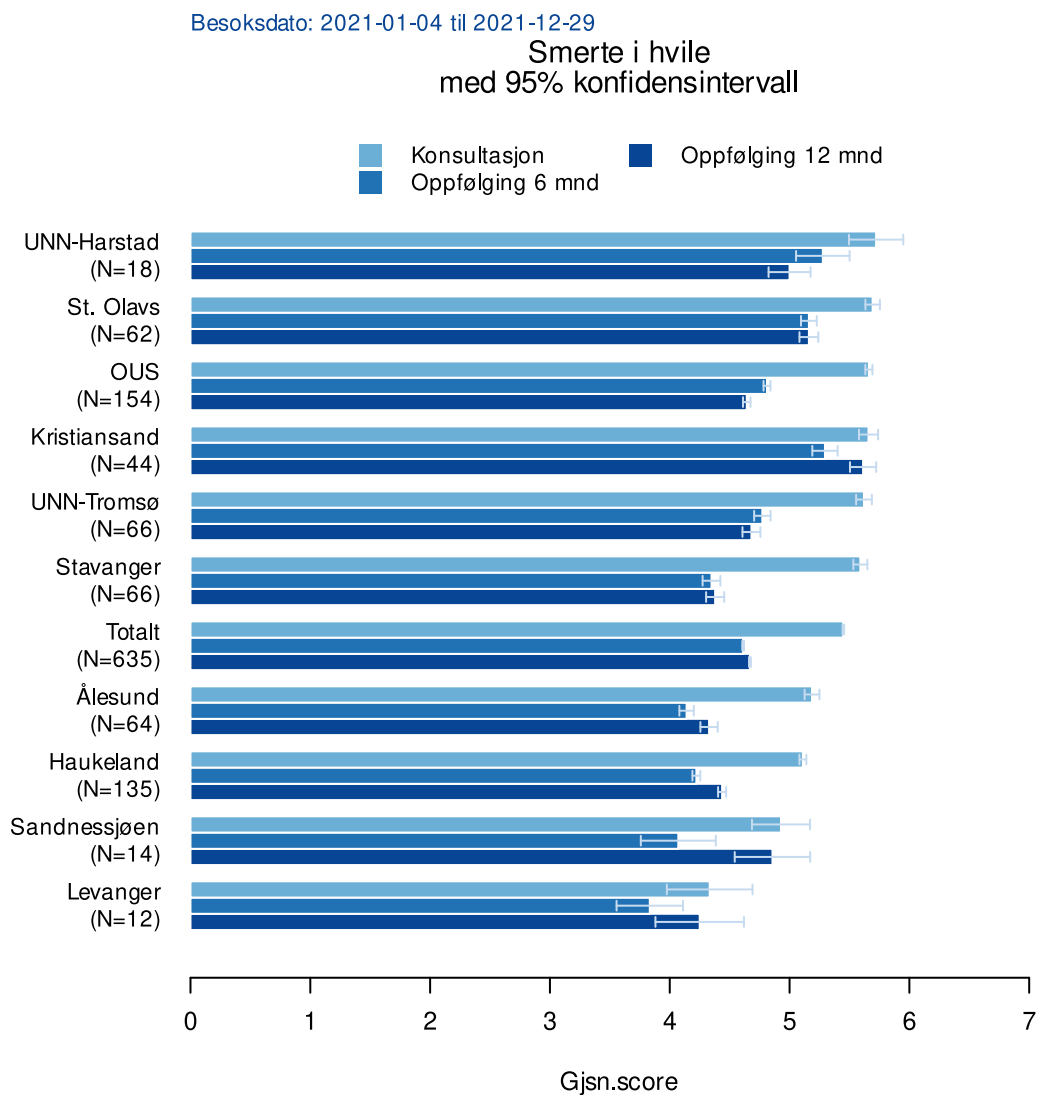
### Smerte i aktivitet med 95% konfidensintervall



Figur 12: Smerter i aktivitet ved første konsultasjon, 6 og 12 mnd oppfølging.

### Smerter blant pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling:

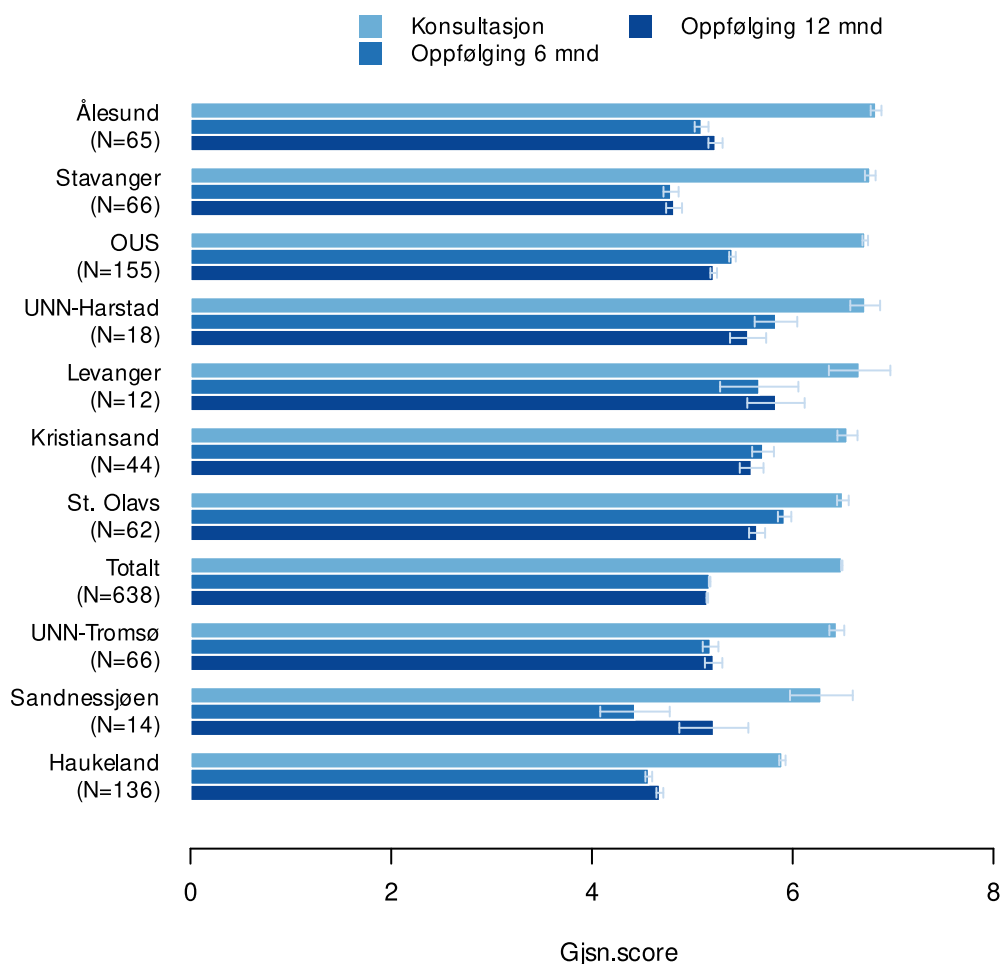
Pasienter som har fått **tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten** og som har fylt ut oppfølgingsskjema er evaluert med tanke på flere resultatmål, blant annet smerte. Alle henvist til individuell eller gruppebasert tverrfaglig behandling er inkludert i påfølgende to figurer. Her finnes det også tall for oppfølging 12 mnd.



Figur 13: Smerteintensitet i hvile ved første konsultasjon, etter 6 måneder og etter 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Besoksdato: 2021-01-04 til 2021-12-29

### Smerte i aktivitet med 95% konfidensintervall



Figur 14: Smerteintensitet i aktivitet ved første konsultasjon, etter 6 måneder og 12 måneder hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Det er noen geografiske forskjeller i endring i både smerte i hvile og aktivitet etter tverrfaglig behandling. Det er likevel vanskelig å se forskjeller som kan peke i retning av at det er vesentlig forskjell i kvalitet på behandlingstilbudet ved de ulike enhetene. Ved vurdering av disse behandlingsforløpene må en huske at alle typer tverrfaglig behandling er inkludert, også individuell tverrfaglig behandling med kun en oppfølgingskonsultasjon. I framtidige analyser - i forskningsprosjekter og lokale kvalitetsprosjekt - kan forskjeller mellom mer spesifikke behandlingstyper utforskes, og hvis ønskelig kan man sub-gruppere innen disse. Når man sammenligner endring i gruppen som mottar tverrfaglig behandling med pasientgruppen som helhet må man ta i betraktning at det er en selektert gruppe til tverrfaglig behandling som sannsynligvis hadde dårligere funksjon eller flere tilleggsplager i utgangspunktet.

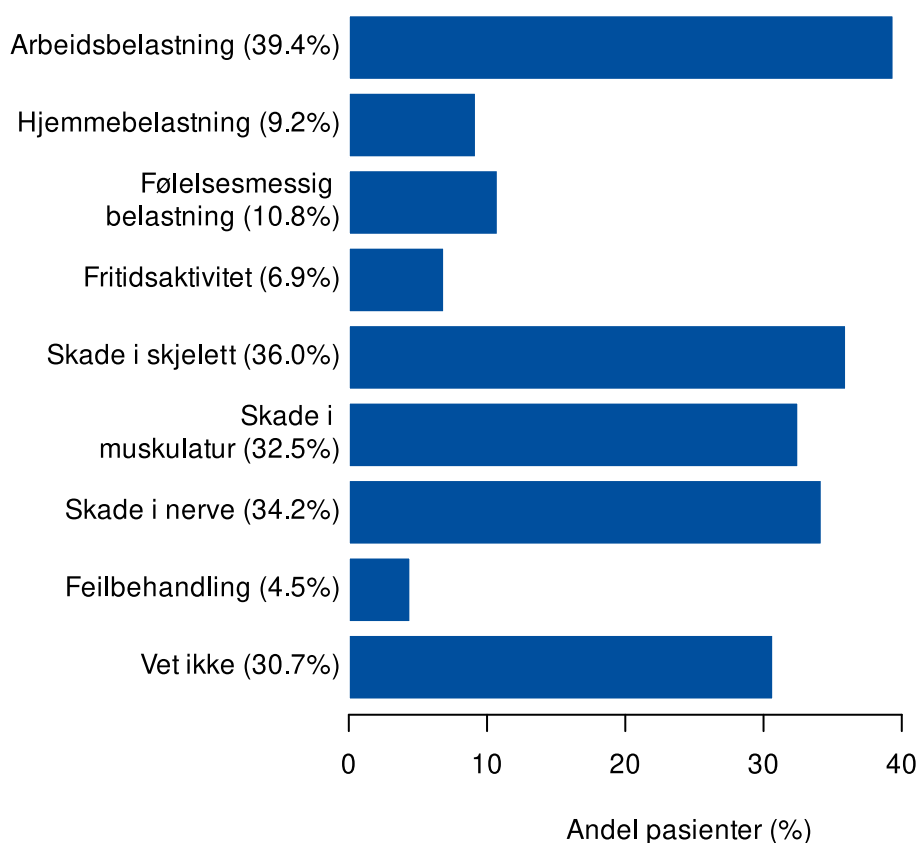
## Pasientopplevd årsak til smerter

Hva pasienten angir er årsak til smerter er ofte viktig å ta tak i møte med den enkelte pasient.

Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

Hva tror du selv er årsak til smertene dine?  
(flere kryss er mulig)

■ Hele landet (N=5121)



Figur 15: Pasientrapporterte årsaker til smerte. Flere kryss er mulig.

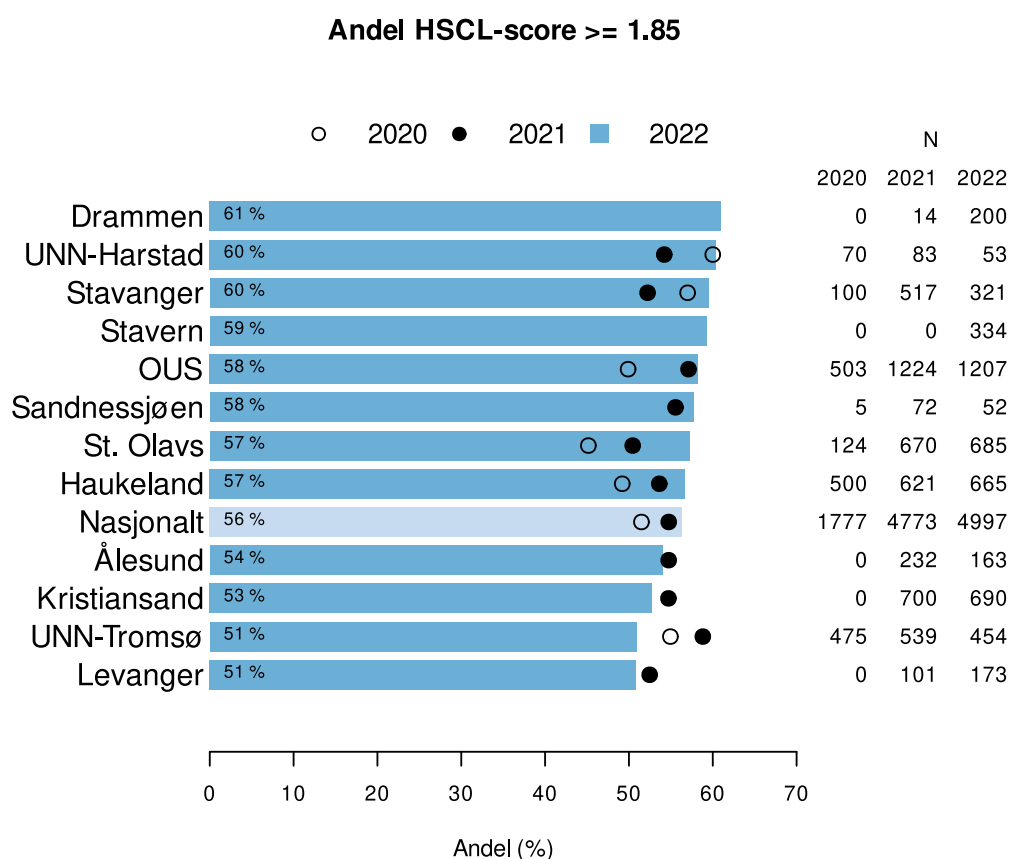
Det er svært mange pasienter (39,4 %) som tror arbeidsbelastningen er årsak til smerter, hvilket er likt med 2020 og 2021 (39,2 % og 37,6). Negative tanker omkring arbeid kan være en sentral hindring for tilbakeføring til jobb. Slike pessimistiske tanker kan bidra til mer langvarig forløp (ref. gule flagg i kap.6.2.2). Å ta tak i slike forestillinger om skade og unngåelsesadferd kan derfor være et viktig tiltak ved utredning og behandling. Prosentandelene i tabellen for 2022 er ellers relativt like som i 2019, 2020 og 2021. Andelen som tenker årsaken til smertene er skader i skjelettet økte fra 31,7 % til 37,1 % fra 2020 til 2021, og holdte seg stabilt med 36,0 % i 2022. 34,2 % (33,9 % i 2021) tenker også at skade i nerver er årsak til smertene sammenlignet. I 2020 tenkte kun 26,9 % at skade i nerver var årsak. Dette viser også at en betydelig, og noe økende andel, av pasientene tenker at det er strukturelle årsaker til smertene. Dette indikerer at



pasientedukasjon og trygghetsskapende informasjon angående dette er viktig i møtet med pasienten. Til sammenligning er det kun 10,8 % som tenker at den følelsesmessige belastningen er årsak til smertene (en liten økning fra 9,4 % i 2021), selv om det er påvist høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg i kap.6.2.2).

### Psykisk symptomtrykk

Man vet at det er høy komorbiditet av psykiske plager ved nakke- og ryggplager (ref. gule flagg kap.6.2.2). Å kartlegge dette og ta tak i temaet i møte med den enkelte pasient kan være viktig for å bedre prognosen. HSCL 10 er et skjema som kartlegger psykisk symptomtrykk. Psykisk symptomtrykk er ikke nødvendigvis det samme som psykisk lidelse, men ved verdi over 1,85 bør behandling for psykiske plager vurderes.

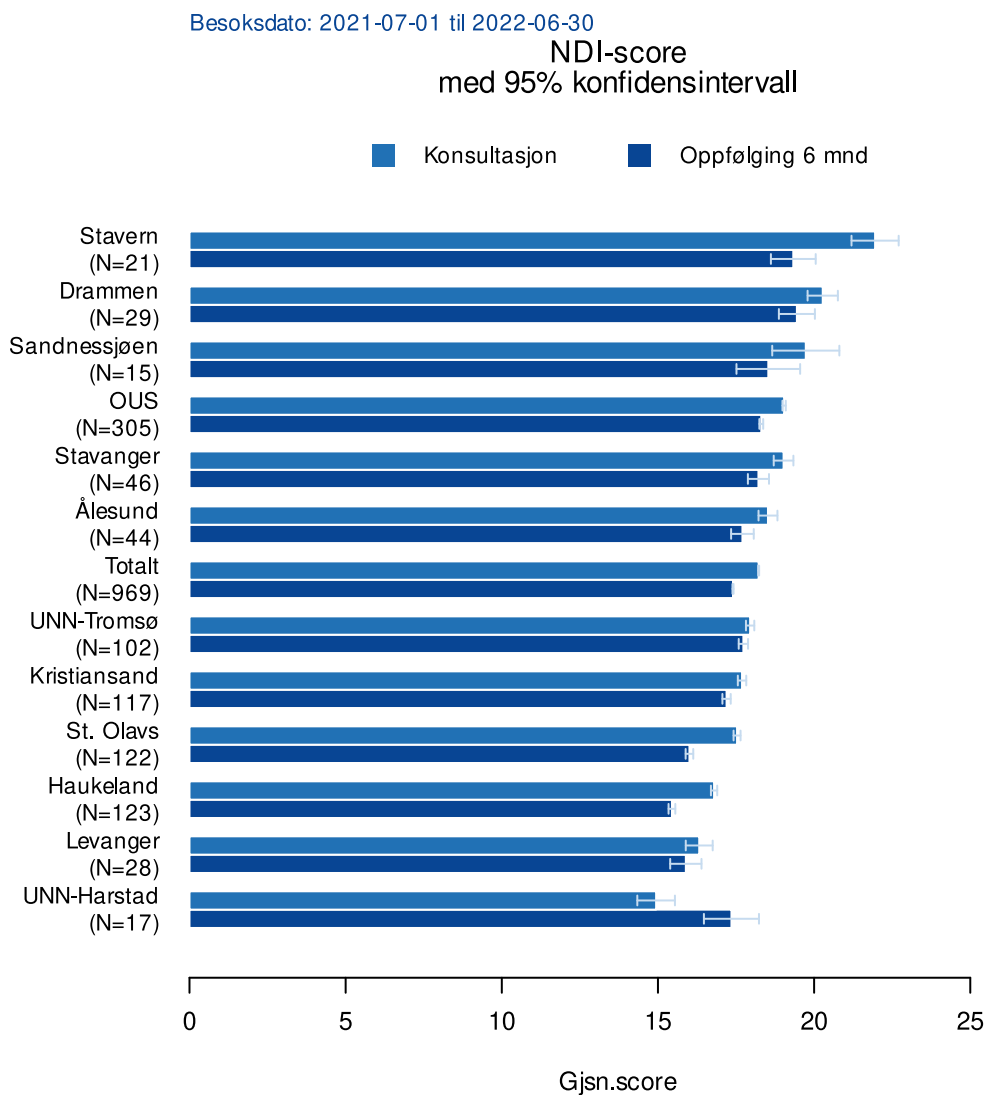


Figur 16: Andel pasienter med HSCL-score over 1,85 ved ulike enheter de siste tre år. Ikke-besvarte inngår ikke i nevneren.

Alle enheter har over 50 % av pasienter med høyt psykisk symptomtrykk. Andelen nasjonalt og ved de fleste enhetene er økende. I følge nasjonal retningslinje for behandling av rygg smerter kan gule flagg, som psykiske symptomer, øke risikoen for å utvikle langvarige smerter. Den høye andelen pasienter med høyt psykisk symptomtrykk viser viktigheten av å knytte enhetene opp mot psykologressurser. Flere av enhetene har også allerede tilknyttet psykolog. Den høye andelen med høyt psykisk symptomtrykk kan også være et argument for at alle som utreder pasienter med ryggplager i spesialisthelsetjenesten bør kunne prinsipper for kognitive teknikker (sammenheng mellom tanker, følelse, adferd og kropp).

## Funksjonskartlegging

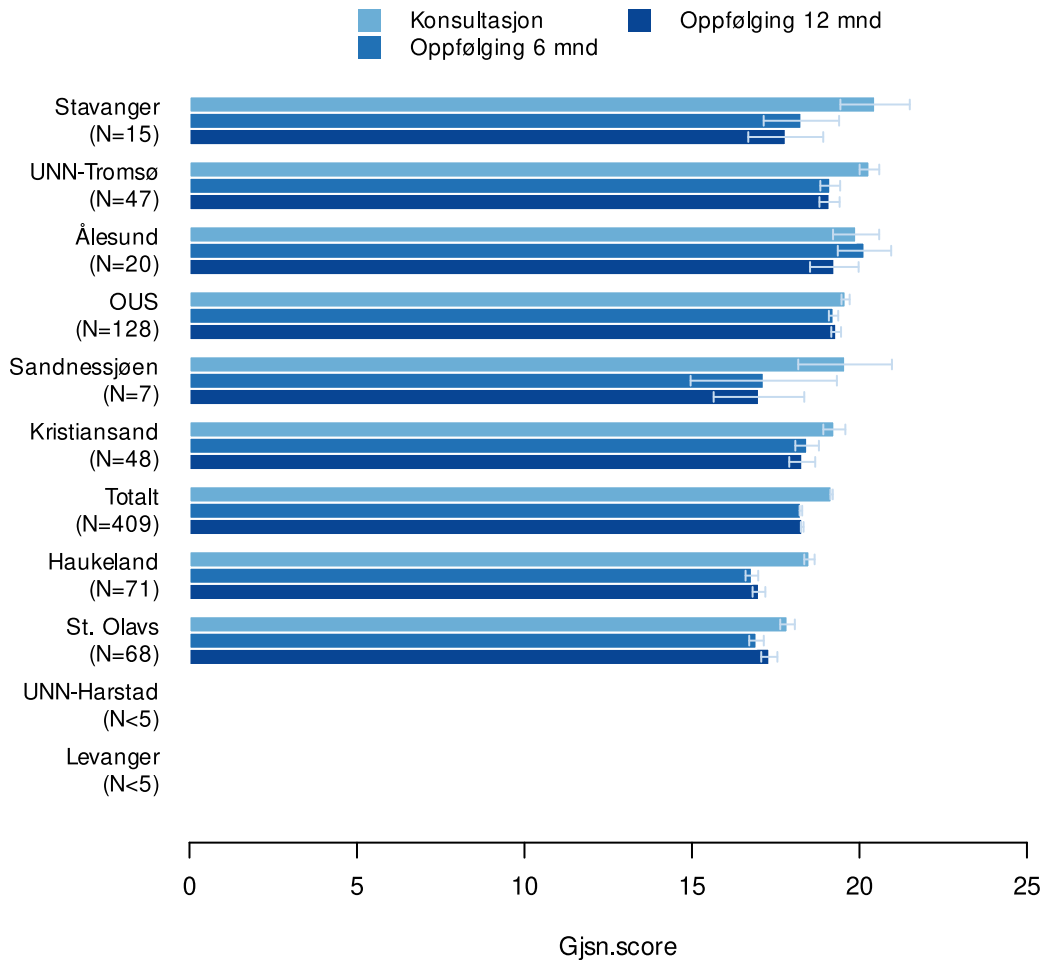
Langvarig smerter påvirker ofte funksjon. Et mål med intervensjoner ved N/R-poliklinikker er ikke nødvendigvis å gjøre pasienten smertefri, men å bedre funksjon og dermed bidra til både økt deltakelse sosialt og i arbeid. Alle pasienter fyller ut Oswestry Disability Index (ODI) som kartlegger ryggrelatert funksjonsscore. Pasientene som har nakkesmerter fyller i tillegg ut Neck Disability Index (NDI) som kartlegger nakkerelatert funksjon.



Figur 17: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder.

Besoksdato: 2021-01-04 til 2021-12-27

### NDI-score med 95% konfidensintervall



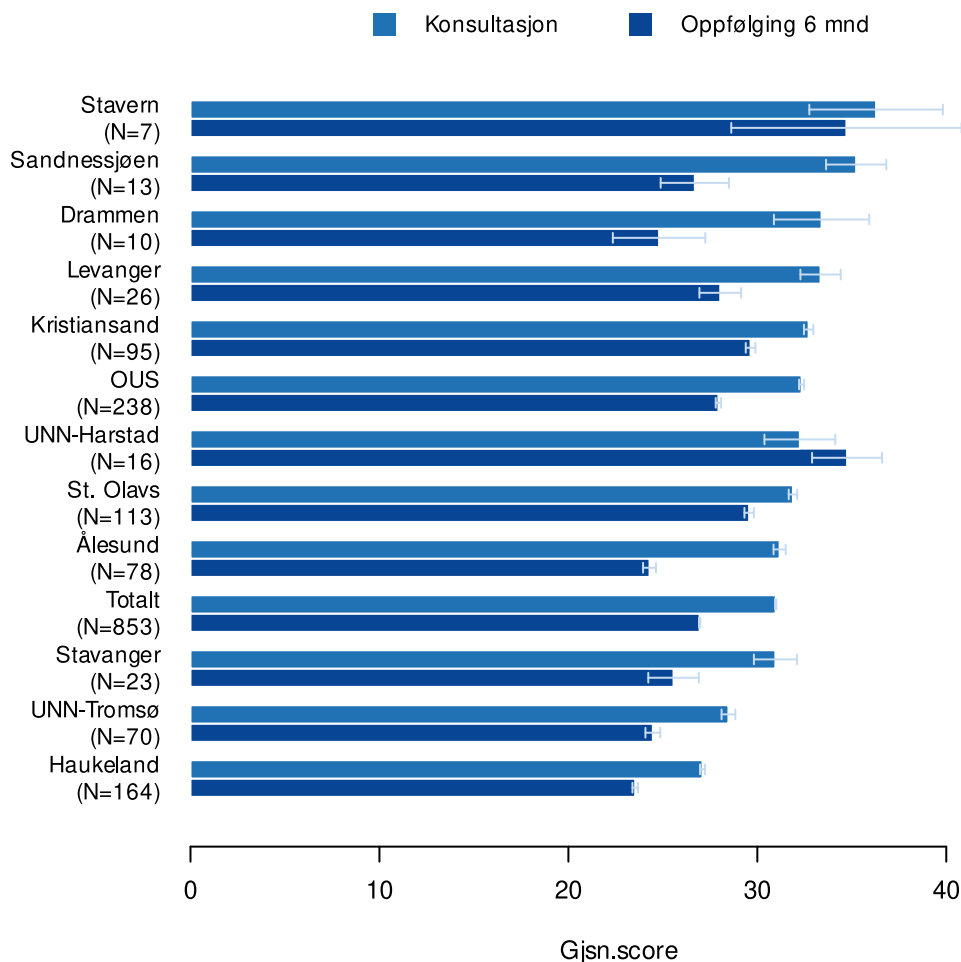
Figur 18: Gjennomsnitt NDI-score (nakkesmerte-relatert funksjon) ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 måneder og 12 måneder (kun pasienter som har svart på alle tre skjema er inkludert).

Det er liten endring i NDI-score i gruppen totalt fra første konsultasjon til 6 måneders oppfølging. Man ser også liten endring ved 12 mnd ift 6 mnd. Dette kan også være en indikasjon for å forbedre anbefalte tiltak til pasienter med nakkeplager. Det eksisterer ikke egne nasjonale retningslinjer for behandling av nakkesmerter i Norge. Det bemerkes at det er særlig små tall og må tolkes med forsiktighet.

Det er også kartlagt utviklingen av ryggsmerte-relatert funksjon (ODI) hos pasienter som har blitt selektert til tverrfaglig behandling.

Besoksdato: 2021-07-01 til 2022-06-29

### ODI-score med 95% konfidensintervall



Figur 19: ODI-score ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd hos pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling.

Tallene er relativt like mellom enhetene som igjen kan peke i retning av at det ikke er en behandling som gis ved en av enhetene som er betydelig bedre enn ved andre enheter. Det er ikke sammenlignet i hvilken grad de som er tverrfaglig behandlet har større eller mindre grad av bedring sammenlignet med dem som ikke mottar tverrfaglig behandling. Dog skiller UNN Harstad seg ut ved at pasientene rapporterer en forverring av ryggrelatert funksjon ved 6 måneders oppfølging. Man kan også se at pasientene ved Ålesund og Sandnessjøen rapporterer noe mindre ryggrelatert funksjonssvikt med første konsultasjonen enn pasientene ved de andre enhetene.

Ved vurdering av disse forløpene må en huske at alle typer tverrfaglig behandling var inkludert, også individuell tverrfaglig behandling 1 gang og at antallet pasienter er små. Funnene er ikke justert for andre variabler. I framtidige analyser - i forskningsprosjekter og lokale kvalitetsprosjekter - kan man analysere for mer spesifikke behandlingsløyper og hvis ønskelig for subgrupper innen disse.

### Frykt (fear-avoidance) og helserelatert livskvalitet

Frykt og unngåelsesadferd for fysisk aktivitet eller arbeidsrettet aktivitet samt svekket generell helse kan påvirke forløpet. Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ) måler unngåelsesadferd for fysisk aktivitet og arbeid. Skjemaet har to subskalaer: FABQ- Fysisk aktivitet (<14 ubetydelig, 14 -16 moderat, 17 høy). FABQ- Arbeid (<20 ubetydelig, 20-24 moderat, 25 høy). Helsereelatert livskvalitetsmål (EQ-5D-5L) har 5 spørsmål som utregnes til en index >0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt.

**EQ-VAS** har en visuell skala hvor pasienten angir fra 0-100 hvor 100 er best tenkelige helsetilstand (100-90 % god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse).

SykehusNavn	Gj.snitt.fabq. fysisk	Gj.snitt.fabq. arbeid	Gj.snitt. eq5d-5l	Gj.snitt. eq5d.vas
Drammen	14.6 (202)	21.5 (199)	0.64 (141)	50.8 (145)
Haukeland	13.4 (666)	22.9 (663)	0.67 (550)	52.3 (556)
Kristiansand	14.1 (695)	21.9 (685)	0.65 (532)	50.1 (538)
Levanger	13.2 (172)	21.9 (170)	0.66 (130)	52.4 (131)
OUS	14.7 (1214)	21.8 (1194)	0.63 (934)	51.2 (948)
Sandnessjøen	14.2 (52)	24.8 (52)	0.66 (45)	46.6 (45)
St. Olavs	13 (686)	20.1 (677)	0.65 (524)	52.2 (533)
Stavanger	14.8 (322)	24.2 (317)	0.62 (267)	47.1 (269)
Stavern	14.2 (338)	22.6 (330)	0.62 (275)	48.1 (284)
UNN-Harstad	13.9 (53)	23.9 (53)	0.69 (44)	48.2 (45)
UNN-Tromsø	12.9 (457)	22.2 (455)	0.67 (359)	52 (370)
Ålesund	13.2 (164)	21.9 (164)	0.68 (140)	55 (140)
Totalt	13.9 (5021)	22 (4959)	0.65 (3941)	51 (4004)

Tabell 1: FABQ, EQ5D-5L og EQVAS: Pasientrapportert score pr enhet ved konsultasjon.

Ved alle enhetene indikerer gjennomsnittsscore at det er liten grad av unngåelsesadferd for fysisk aktivitet, mens ved de fleste enhetene er gjennomsnittsscore ift. arbeid forenlig med moderat grad av unngåelsesadferd.

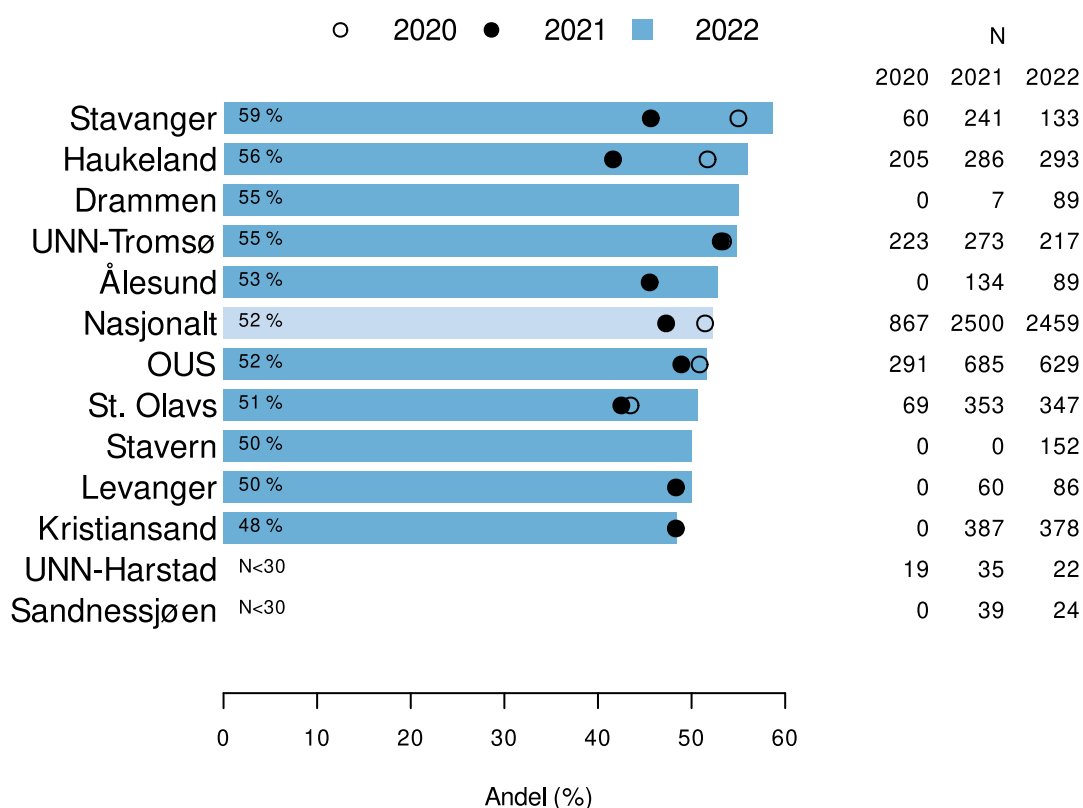
Man ser også at pasientene ved 12 av 12 enheter rapporterer moderat nedsatt helserelatert livskvalitet (EQ-5D-5L). Notis ved denne PROM er at man oppdaget i databasen at de som ikke hadde svart på denne ble satt til «-1» i datauttrekk, hvilket er en verdi som finnes i scoringsskalaen. Man har derfor filtrert bort alle som har scoret -1, og man mister potensielt noen få svar i gjeldende datauttak. Man har utbedret dette i databasen slik at dette ikke blir et framtidig problem.

Pasientene ved alle enhetene rapporterer at de i betydelig grad har nedsatt helse (EQ-VAS). Grad av nedsatt helse er relativt likt mellom alle enhetene.

### Subjektive helseplager

Pasientene svarer på spørreskjemaet «Subjective Health Complaints» (tidligere kjent som «Ursin Health Inventory») som kartlegger opptil 29 (33 for kvinner) subjektive helseplager ved første konsultasjon. I denne tabellen viser man hvor stor andel av pasientene som rapporterer 3 eller flere subjektive helseplager *i tillegg til eventuelle plager fra rygg eller nakke*, og man må ha besvart med enten «en del» eller «alvorlig» plaget. I spørreskjemaet kan man rapportere rygg- og/eller nakkeplager, men siden man forventer at de aller fleste vil rapportere dette, så ekskluderes disse fra analysen.

#### Andel pasienter med 3 eller flere helseplager



Figur 20: Andel pasienter med 3 eller flere helseplager (utover smerter fra nakke og/eller rygg) besvart som «En del plaget» eller «Alvorlig plaget». I nevneren inngår kun pasienter som har besvart minst 3 av 33 spørsmål.

Man ser at det er en stor andel på 52 % nasjonalt som rapporterer 3 eller flere subjektive helseplager utover rygg- og/eller nakkeplager. Dette indikerer at pasientgruppen som helhet preges av betydelig grad av tilleggssymptomer; noe som man vet øker sannsynligheten for langvarige forløp med nakke- og/eller ryggsmertor (ref. gule flagg i kap.6.2.2). Det er en del geografisk variasjon i andelen pasienter med 3 eller flere helseplager. Man har ikke gjort noen ytterligere analyser for å fastslå i hvilken grad dette påvirker pasientrapportert bedring i forhold til funksjon eller smerter, samt om det påvirker behandlingsløyper.

## 3.2 Andre analyser

### Antall skjema og deltakere

I 2022 er det totalt registrert 5296 pasientskjema. Dette er en liten oppgang sammenlignet med alle foregående år. Årsak til oppgang er at det ble tilknyttet en ny enhet, samt at Drammen hadde et fullt år med registreringer. Dog hadde både Drammen og Stavanger særlig lav dekningsgrad, hvilket betyr at det i 2022 burde vært noe høyere antall registreringer. Totalt sett er det 5106 pasientskjemaer som har et tilhørende behandler-skjema. Årsak til diskrepans mellom pasientskjemaer og behandler-skjema skyldes enten manglende utfylt behandler-skjema eller at man ikke har slettet behandler-skjema på pasient som ikke har møtt til utredning. Man jobber kontinuerlig med å bedre rutine for sletting av skjemaer og redusere andelen ikke utfylte behandler-skjemaer.

	Beh.- Skjema	Pasient- skjema	Beh.- skjema	Pasient- skjema	Pasient- skjema	Beh.- skjema	Pasient- skjema	Beh.- skjema	Pasient- skjema	Beh.- skjema
	2018	2018	2019	2019	2020	2020	2021	2021	2022	2022
Haukeland	736	733	818	807	552	526	676	669	701	690
OUS	376	190	312	312	542	542	1304	1452	1265	1313
St.Olavs	557	549	627	619	126	125	747	793	711	721
UNN Tromsø	667	665	687	684	518	513	564	567	470	470
Stavanger					109	98	580	524	334	334
UNN Harstad					72	70	87	89	54	56
Sandnessjøen					5	5	76	75	53	53
Levanger							111	114	182	184
Kristiansand							758	734	793	706
Ålesund							247	260	182	180
Drammen							19	16	206	206
Stavern									358	366
<b>Totalt</b>	<b>2336</b>	<b>2137</b>	<b>2444</b>	<b>2422</b>	<b>1924</b>	<b>1879</b>	<b>5166</b>	<b>5302</b>	<b>5296</b>	<b>5275</b>

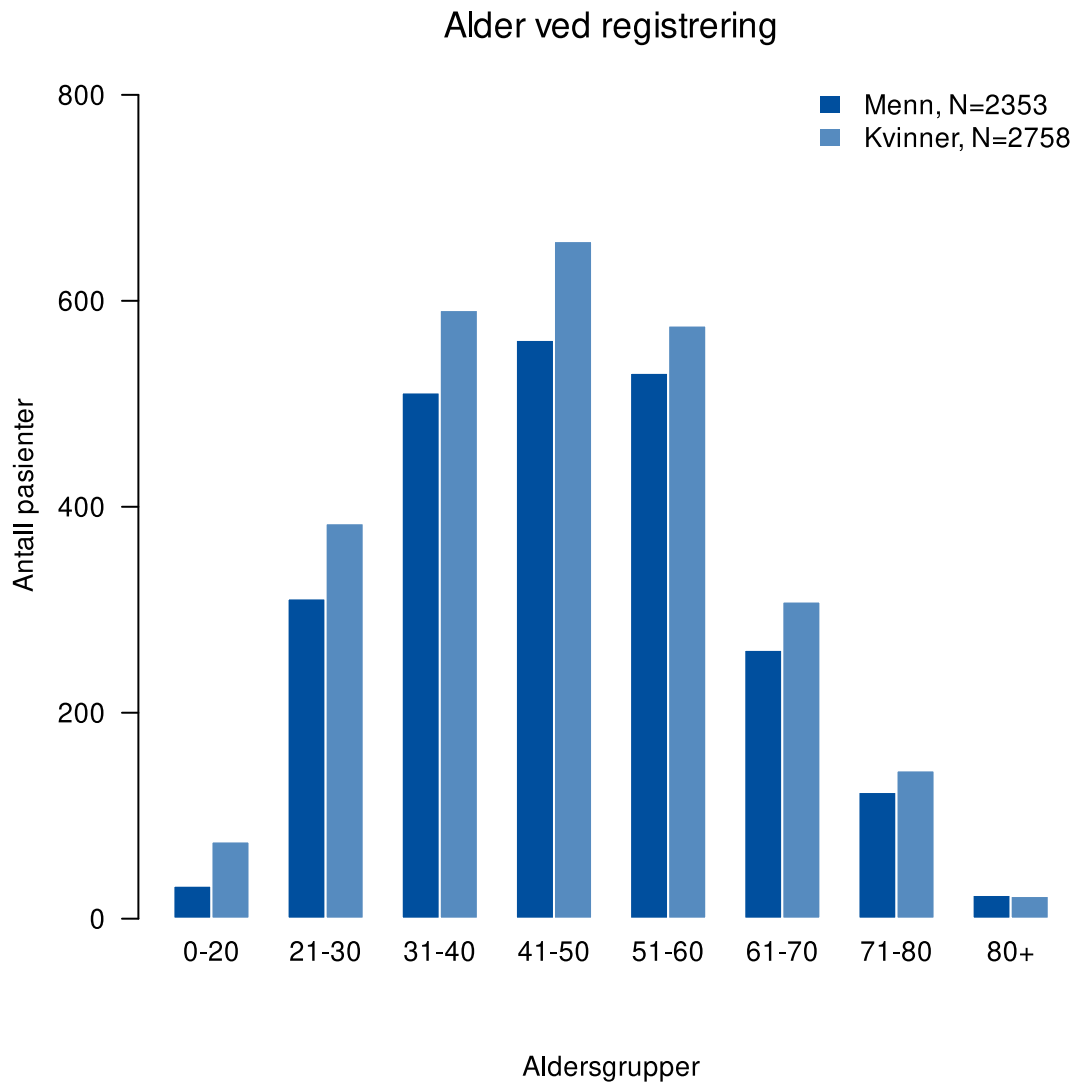
Tabell 2: Antall pasienter per institusjon i 2018, 2019, 2020, 2021 og 2022 fordelt på ferdigstilte skjema.

### Bakgrunnsdata registrert av pasientene

Bakgrunnsdata for pasienter er demografiske data som alder, kjønn og utdanning. Pasientene har mange likhetstrekk når man sammenligner de ulike enhetene.

Det er spredning i alder på pasienter som utredes ved N/R-poliklinikkene, mens hovedandelen er som forventet mellom 31-60 år. Dette er likt med tidligere år.

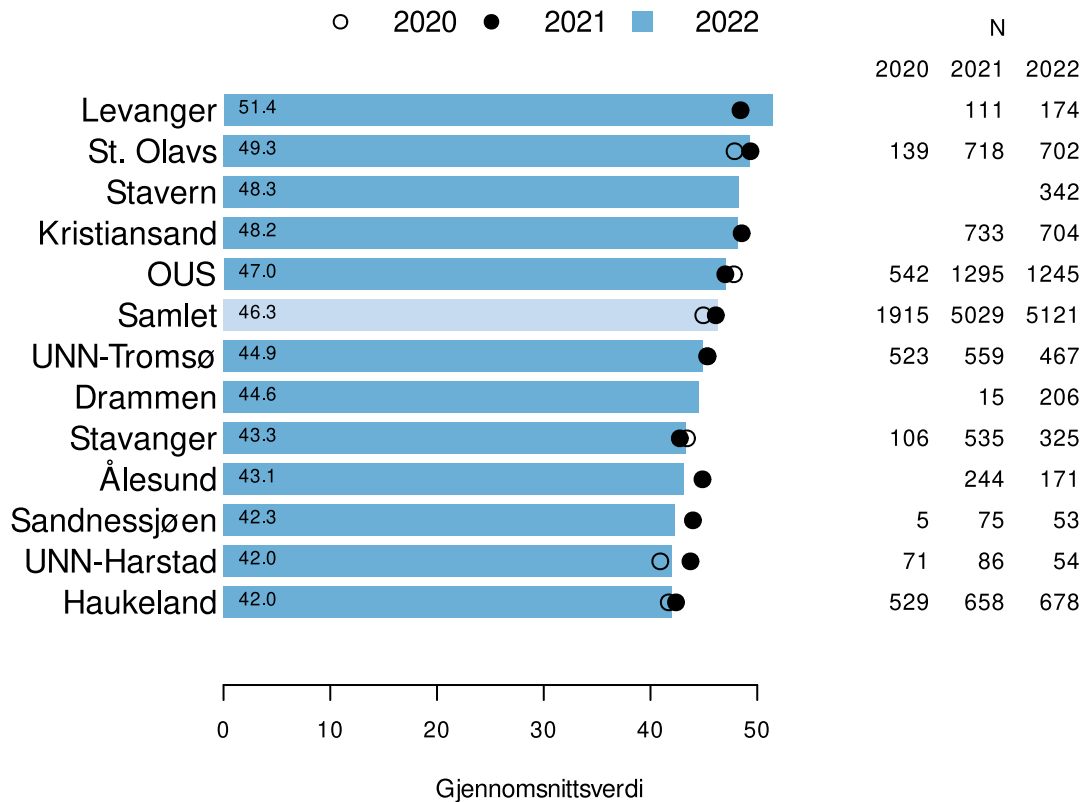
Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30



Figur 21: Aldersfordeling nasjonalt- antall pasienter fordelt etter aldersgrupper og fordelt etter kjønn.



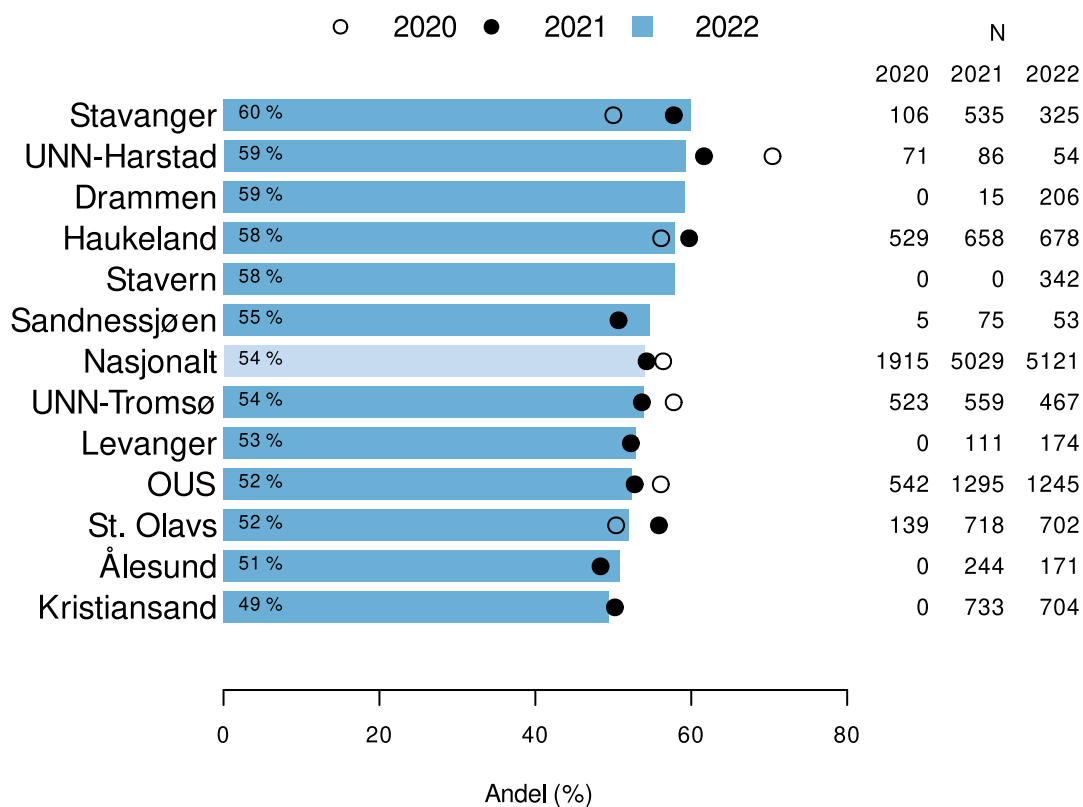
## Gjennomsnittsalder



Figur 22: Gjennomsnittsalder pr enhet siste 3 år, samt absolutte tall pr år pr enhet.

Den nasjonale gjennomsnittsalderen er 46,3 år, og man ser nesten 10 års variasjon i gjennomsnittsalderen ved de rapporterende enheter. Som ved tidligere år har Haukeland noe yngre pasienter enn de andre enhetene. St.Olavs har som tidligere år de eldste pasientene. Nasjonal gjennomsnittlig alder har vært relativt stabil siste årene.

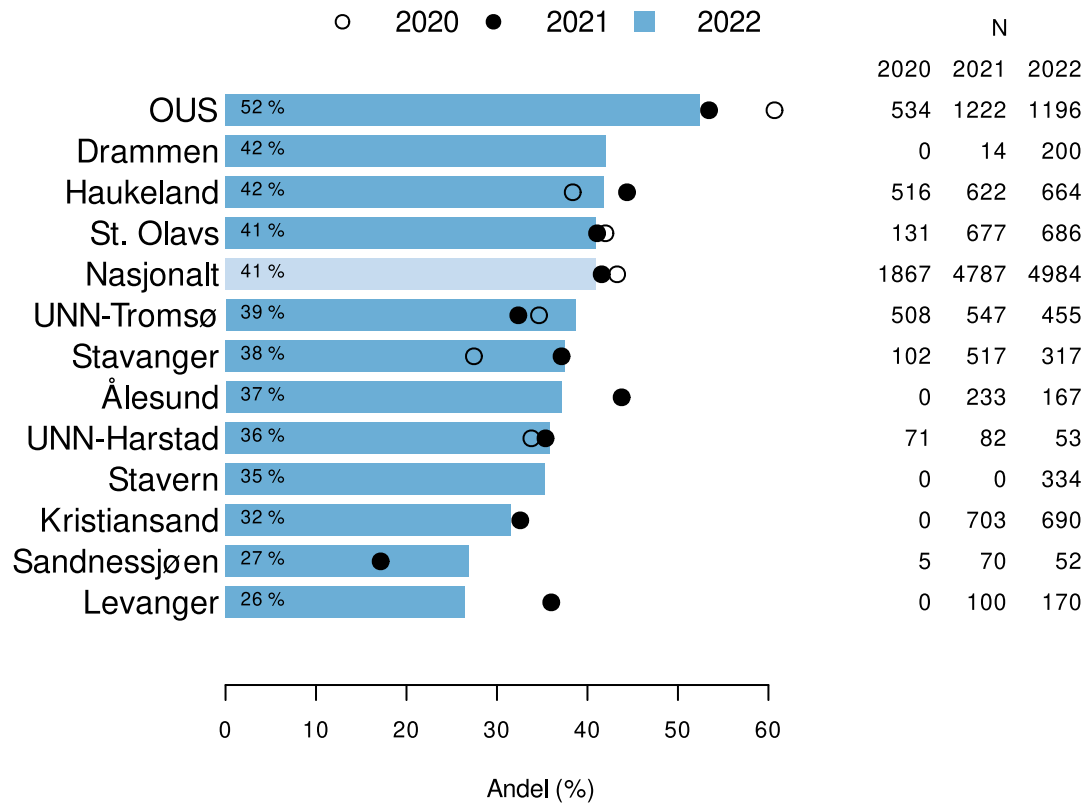
### Andel kvinner



Figur 23: Andel kvinner ved hver enhet og nasjonalt.

Det er som forventet flere kvinner enn menn ved nesten alle enheter. Det er dog over 10 % variasjon i andel kvinner mellom enhetene. Stavanger har betydelig høyere andel kvinner enn menn, med ca 60 % kvinner – mens Kristiansand er eneste enhet med overvekt menn med 49 % kvinner.

### Andel pasienter med høyere utdanning



Figur 24 - Andel pasienter med høyskole- eller universitetsutdanning

	Grunnskole (7-10 år)	Vgs. yrkesfaglig	Vgs. allmennfaglig	Høgskole/univ < 4år	Høgskole/univ >= 4 år	Ikke svart	N
Drammen	13.6%	35.4%	7.3%	27.2%	13.6%	2.9%	206
Haukeland	10.3%	35 %	11.7%	21.7%	19.3%	2.1%	678
Kristiansand	11.9%	42.5%	12.6%	16.5%	14.5%	2 %	704
Levanger	14.9%	41.4%	15.5%	11.5%	14.4%	2.3%	174
OUS	13.4%	19.4%	12.9%	22.4%	28 %	3.9%	124
Sandnessjøen	9.4%	52.8%	9.4%	11.3%	15.1%	1.9%	5
St. Olavs	8.5%	37.5%	11.7%	18.7%	21.4%	2.3%	53
Stavanger	18.5%	33.2%	9.2%	21.5%	15.1%	2.5%	702
Stavern	11.7%	39.5%	12 %	20.2%	14.3%	2.3%	325
UNN-Harstad	7.4%	42.6%	13 %	24.1%	11.1%	1.9%	342
UNN-Tromsø	15 %	34 %	10.7%	19.1%	18.6%	2.6%	54
Ålesund	9.4%	38 %	14 %	22.8%	13.5%	2.3%	467
							171

Tabell 3: Utdanningsnivå

Det er til dels store forskjeller i utdanningsnivå ved de forskjellige enhetene. Kun en liten andel (7,4-18,5 % på landsbasis) har kun grunnskole, noe som er som forventet ut fra befolkningen generelt. Ved OUS har en betydelig større grad høyere utdanning (totalt 52 %) enn landsgjennomsnittet. Enhetene ved de større byene har generelt høyere utdanningsnivå enn enhetene nærmere distriktene. Man vet at sosioøkonomisk status og utdanningsnivå påvirker prognoser ved smerteplager, og kanskje kan variasjon i utdanningsnivå forklare noe av forskjellene man ellers ser i de pasientrapporterte dataene fra de forskjellige enhetene.

### Tidligere gjennomgått kirurgi

	Ja	Nei	Ukjent	N
Drammen	6.8%	92.7%	0.5%	206
Haukeland	9.1%	90.7%	0.1%	678
Kristiansand	9.1%	90.9%	0 %	704
Levanger	20.7%	79.3%	0 %	174
OUS	7.1%	92.7%	0.2%	1245
Sandnessjøen	15.1%	84.9%	0 %	53
St. Olavs	11.4%	87.5%	1.1%	702
Stavanger	11.7%	88.3%	0 %	325
Stavern	11.4%	87.1%	1.5%	342
UNN-Harstad	7.4%	92.6%	0 %	54
UNN-Tromsø	13.1%	86.3%	0.6%	467
Ålesund	7.6%	92.4%	0 %	171

Tabell 4: Antall pasienter som tidligere er operert i rygg pr enhet. Prosent i parentes.

	Ja	Nei	Ukjent	N
Drammen	1.5%	98.1%	0.5%	206
Haukeland	1.8%	98.1%	0.1%	678
Kristiansand	2.8%	97.2%	0 %	704
Levanger	2.3%	97.7%	0 %	174
OUS	2.2%	97.8%	0 %	1245
Sandnessjøen	0 %	100 %	0 %	53
St. Olavs	2.6%	96.7%	0.7%	702
Stavanger	3.7%	96.3%	0 %	325
Stavern	2.6%	95.9%	1.5%	342
UNN-Harstad	0 %	100 %	0 %	54
UNN-Tromsø	2.8%	96.8%	0.4%	467
Ålesund	1.8%	98.2%	0 %	171

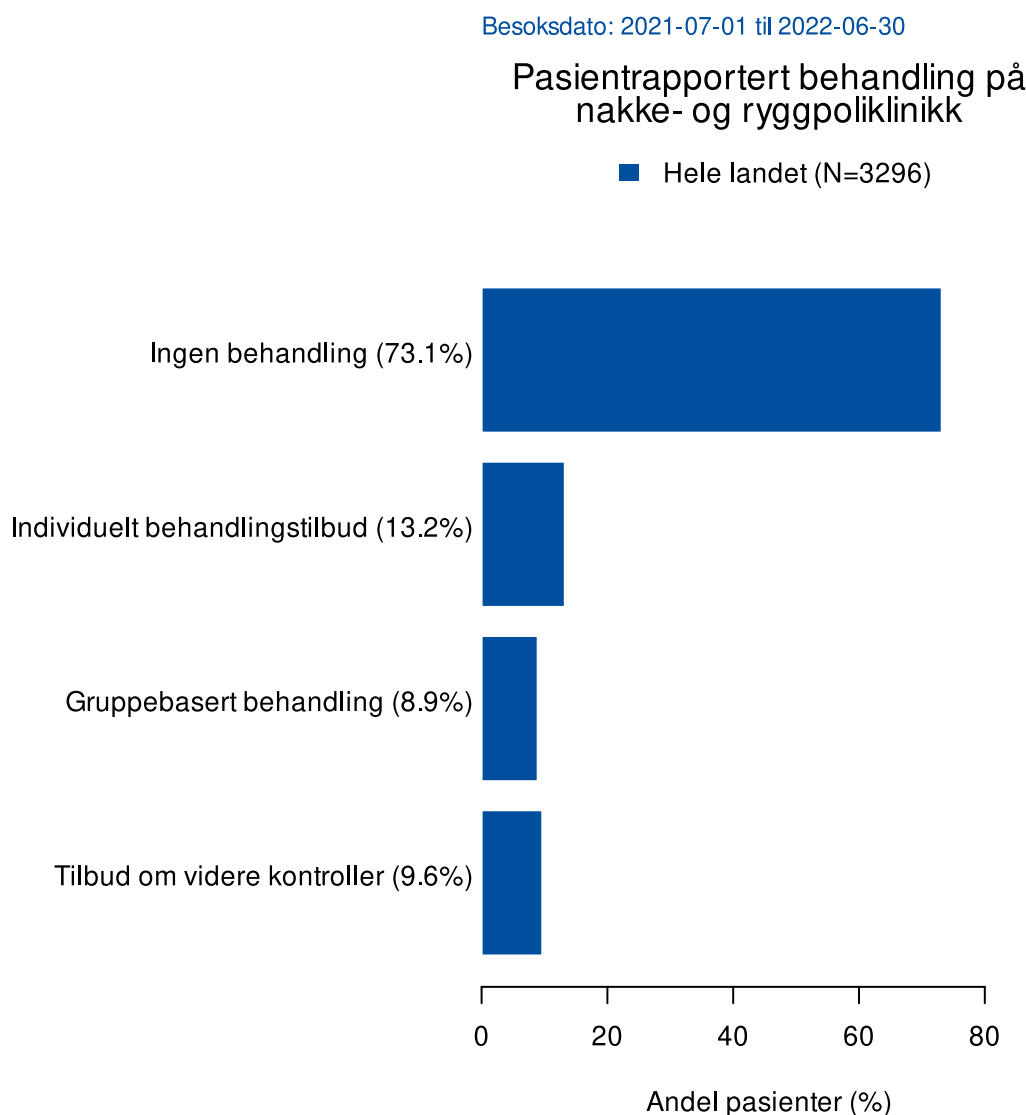
Tabell 5: Antall pasienter som tidligere er operert i nakke pr enhet. Prosent i parentes.

Som ved tidligere år er hovedandelen av alle pasienter ikke tidligere operert for sine nakke- og/eller ryggplager. Likevel ser man at omlag 10 % har tidligere gjennomgått ryggkirurgi. Det er også en stor variasjon i andel ryggopererte mellom enhetene med så lavt som 6,9 % i Drammen til 20,7 % i Levanger.

### Pasientrapportert behandling

Det var 869 pasienter som fikk tilbud om tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten og fylte ut oppfølgingsskjema. Alle som ble tilbudt individuell eller gruppebasert tverrfaglig behandling er inkludert. Det betyr at 27 % av de som svarte på oppfølgingsskjemaet fikk tilbud om tverrfaglig behandling. Til sammenligning rapporteres det via behandlerskjemaet at totalt 28 % av pasientene har fått tilbud om tverrfaglig behandling. Oppfølgingsraten blant pasientene med tverrfaglig behandling estimeres til 60,5 %, hvilket er noe lavere enn den totale oppfølgingsraten på 65 %.

Alle pasientene blir bedt om å rapportere i oppfølgingsskjemaet etter 6 måneder hvilken behandling de har fått. De kan krysse av på flere alternativer.



Figur 25: Nasjonal fordeling på pasientrapportert behandling.

I 2022 er det ca samme andel (73,1 %) sammenlignet med 2021 (74,4 %) pasienter som rapporterer at de har mottatt ingen behandling ved poliklinikkene. Dette gikk betydelig opp fra 2020 (52,5 %) til 2021.

Til sammenligning oppgis det via behandlerskjema at ca 55 % ble anbefalt behandling i spesialisthelsetjenesten ved første konsultasjon. Årsaken til denne diskrepansen kan være at kontroller med råd, veiledning og egentrening ikke blir sett på som behandling, men heller sett på som egentiltak. En liten andel kan også skyldes at pasienten har valgt å ikke delta på behandlingen de er henvist til. Det er også diskrepans mellom andel som man via behandlerskjemaet ser har blitt henvist til vurdering av operasjon (5,0 %) og pasientrapportert andel som har sier at operasjon har vært en del av behandlingen (17,2 %). Årsak til denne diskrepansen er ikke kartlagt ytterligere. Det kan være mulig at en del pasienter som er operert tidligere (altså i sin tidligere sykehistorie) tenker at dette skal rapporteres, og dermed gir et kunstig høyt tall her.

Når man ser på fordelingen av videre pasientrapportert behandling pr enhet fordeler det seg i 2022 som følgende tabell viser.

	Ingen behandling	Operasjon	Individuell behandling	Gruppebehandling	Videre kontroller	N
Drammen	60 (75.9%)	19 (24.1%)	15 (19%)	4 (5.1%)	7 (8.9%)	79
Haukeland	278 (69.5%)	122 (30.5%)	54 (13.5%)	57 (14.2%)	69 (17.2%)	400
Kristiansand	384 (78.4%)	106 (21.6%)	29 (5.9%)	47 (9.6%)	24 (4.9%)	490
Levanger	91 (70%)	39 (30%)	8 (6.2%)	22 (16.9%)	6 (4.6%)	130
OUS	612 (72.3%)	234 (27.7%)	146 (17.3%)	38 (4.5%)	81 (9.6%)	846
Sandnessjøen	28 (66.7%)	14 (33.3%)	6 (14.3%)	7 (16.7%)	4 (9.5%)	42
St. Olavs	377 (79.7%)	96 (20.3%)	32 (6.8%)	36 (7.6%)	22 (4.7%)	473
Stavanger	175 (62.5%)	105 (37.5%)	57 (20.4%)	32 (11.4%)	48 (17.1%)	280
Stavern	32 (82.1%)	7 (17.9%)	4 (10.3%)	0 (0%)	3 (7.7%)	39
UNN-Harstad	36 (85.7%)	6 (14.3%)	3 (7.1%)	3 (7.1%)	1 (2.4%)	42
UNN-Tromsø	274 (81.8%)	61 (18.2%)	21 (6.3%)	26 (7.8%)	18 (5.4%)	335
Ålesund	64 (45.7%)	76 (54.3%)	61 (43.6%)	22 (15.7%)	35 (25%)	140

Tabell 6: Pasientrapportert behandling i sykehus pr enhet i antall og prosent i parentes.

Her sees noe geografisk sprik i hva pasientene har deltatt på. Foruten om ved Ålesund rapporterer mellom 62,5 og 85,7 % av pasientene at de ikke har deltatt på noen behandling. Ålesund skiller seg betydelig ut med at kun 45,7 % rapporterer ingen behandling. Man ser også en varians fra 0-17,2 % i andel som mottar gruppebehandling, hvilket betyr at det er til dels stor variasjon i hvilken grad enhetene tilbyr gruppebehandling. Tre enheter – Haukeland, Stavanger og Ålesund – skiller seg også i betydelig grad fra de andre enhetene ved at de i større grad tilbyr videre kontroller.

Pasientene oppgir også om de har fått oppfølging utenfor sykehus.

SykehusNavn	Trening hos fysioterapeut	Annen behandling hos fysioterapeut	Manuell terapi	Psykomotorisk fysioterapi	Kiropraktor	Annen behandling	N
Drammen	23 (29.1%)	12 (15.2%)	9 (11.4%)	2 (2.5%)	14 (17.7%)	9 (11.4%)	79
Haukeland	98 (24.5%)	46 (11.5%)	30 (7.5%)	20 (5%)	45 (11.2%)	70 (17.5%)	400
Kristiansand	100 (20.4%)	50 (10.2%)	15 (3.1%)	8 (1.6%)	48 (9.8%)	68 (13.9%)	490
Levanger	38 (29.2%)	16 (12.3%)	6 (4.6%)	4 (3.1%)	18 (13.8%)	14 (10.8%)	130
OUS	266 (31.4%)	129 (15.2%)	63 (7.4%)	20 (2.4%)	66 (7.8%)	125 (14.8%)	846
Sandnessjøen	16 (38.1%)	8 (19%)	4 (9.5%)	2 (4.8%)	6 (14.3%)	3 (7.1%)	42
St. Olavs	121 (25.6%)	45 (9.5%)	21 (4.4%)	7 (1.5%)	46 (9.7%)	69 (14.6%)	473
Stavanger	104 (37.1%)	35 (12.5%)	15 (5.4%)	9 (3.2%)	43 (15.4%)	45 (16.1%)	280
Stavern	5 (12.8%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	2 (5.1%)	7 (17.9%)	12 (30.8%)	39
UNN-Harstad	5 (11.9%)	8 (19%)	5 (11.9%)	0 (0%)	3 (7.1%)	5 (11.9%)	42
UNN-Tromsø	66 (19.7%)	39 (11.6%)	35 (10.4%)	16 (4.8%)	42 (12.5%)	37 (11%)	335
Ålesund	39 (27.9%)	17 (12.1%)	2 (1.4%)	4 (2.9%)	13 (9.3%)	19 (13.6%)	140

Tabell 7: Antall pasientrapportert oppfølging utenfor sykehus ved 6 mnd. oppfølging.

Tabellen ovenfor viser at det er et relativt høyt forbruk av helsetjenester utenfor sykehus. Dette ser ut til å være ca på nivå med tall fra 2021. 2022 og 2021 viser dog nedgang sammenlignet med tidligere år. Formuleringen på spørsmål om behandling utenfor sykehus var i tidligere versjoner av pasientskjema ikke begrenset i tid. Dette betydde at pasienten kunne oppgi behandling den har mottatt i all tid, og ikke bare etter konsultasjon ved N/R-poliklinikk. Denne formuleringen er endret i helelektronisk versjon som brukes i dag, og dermed kan dette forklare nedgangen i forbruket av helsetjenester utenfor sykehuset i 2021.



## Arbeidsstatus

Etter revisjon av pasient- og behandlerskjema i slutten av 2020 svarer pasienten nå selv på arbeidsstatus ved både første konsultasjon og ved oppfølging. Før dette svarte behandler på arbeidsstatus ved første konsultasjon og pasienten selv kun ved oppfølging. Man kan derfor ikke sammenligne resultater innhentet i 2021 og 2022 direkte med tidligere år.

I 2022 var den nasjonale andelen i inntektsgivende arbeid ved første konsultasjon 47,3 %. Andel i 2021 var 42,5 %. Det er større sannsynlighet for å opprettholde arbeid dersom man ikke allerede har falt ut av arbeid, og det er derfor positivt at en stor andel opprettholder jobb tross plager. Når man ser på pasientgruppen som helhet så ser man at en stor del av pasientene ved alle enheter enten er sykemeldte, er på arbeidsavklaringspenger, er uførepensjonister eller er alderspensjonister. Altså mottar en stor del av pasientene en eller annen form for trygdeytelse utover vanlig arbeidsinntekt. Dette er som forventet. Man kan se til dels stor variasjon mellom de forskjellige enhetene i andel pasienter på de forskjellige ytelsene. F eks er det variasjon i andel alderspensjonister fra 0,6 % til 18,4 %, samt variasjon i andel med uførepensjon fra 1,2 % til 10,9 %.

SykehusNavn	I arbeid	Syke- meldt	Hjemme- værende (ulønnet)	Student	Arbeids- ledig	Arbeids- avklarings- penger	Perma- nent uføre- pensjon	Alders- pensjonist	Ikke besvart	N
Drammen	51.5%	36.4%	0.5%	5.8%	3.4%	4.4%	6.3%	6.3%	2.4%	206
Haukeland	54.7%	41.2%	1.0%	6.9%	1.8%	6.6%	1.9%	2.4%	1.8%	678
Kristiansand	43.5%	23.2%	2.1%	4.7%	3.4%	11.6%	9.7%	13.8%	1.7%	704
Levanger	36.2%	25.3%	4.6%	1.7%	2.3%	11.5%	10.9%	18.4%	2.3%	174
OUS	46.1%	26.1%	1.8%	6.3%	4.4%	9.4%	6.5%	10.5%	3.1%	1245
Sandnessjøen	35.8%	43.4%	5.7%	3.8%	5.7%	20.8%	3.8%	0.0%	1.9%	53
St. Olavs	47.4%	27.1%	0.7%	5.0%	2.1%	7.4%	7.7%	14.2%	2.3%	702
Stavanger	48.6%	32.0%	1.5%	5.2%	2.5%	10.8%	6.5%	2.5%	0.6%	325
Stavern	41.8%	27.2%	2.9%	4.4%	7.0%	12.9%	7.3%	13.5%	1.5%	342
UNN-Harstad	46.3%	57.4%	0.0%	1.9%	1.9%	11.1%	3.7%	1.9%	1.9%	54
UNN-Tromsø	48.8%	30.2%	0.9%	5.1%	1.7%	12.6%	7.3%	6.0%	1.9%	467
Ålesund	57.3%	42.1%	0.6%	3.5%	0.6%	8.8%	1.2%	2.3%	2.9%	171

Tabell 8: Arbeidsstatus ved første konsultasjon. Alle pasienter er inkludert. Flere kryss er mulig.

Det er i tillegg kartlagt arbeidsstatus blant de som fyller ut oppfølgingskjema både ved første konsultasjon og ved oppfølging 6 mnd. Det vil være positivt for den enkelte pasient og gunstig for samfunnet dersom pasientene klarer å gjenoppta arbeid, helt eller delvis.

SykehusNavn	I arbeid	Syke- meldt	Hjemme- værende (ulønnet)	Student	Arbeids- ledig	Arbeids- avklarings- penger	Perma- nent uføre- pensjon	Alders- pensjonist	Ikke besvart	N
Drammen	45.9%	39.8%	0.8%	4.5%	3.8%	5.3%	6.0%	8.3%	3.0%	133
Haukeland	54.0%	43.3%	0.6%	5.5%	0.8%	6.6%	1.7%	3.0%	1.7%	363
Kristiansand	41.7%	23.1%	1.4%	4.5%	2.7%	10.9%	8.6%	16.1%	1.8%	441
Levanger	31.9%	29.2%	3.5%	1.8%	2.7%	11.5%	15.0%	18.6%	0.9%	113

OUS	46.3%	25.9%	1.3%	5.2%	3.7%	8.4%	6.3%	12.7%	3.6%	694
Sandnessjøen	37.1%	45.7%	5.7%	5.7%	0.0%	20.0%	2.9%	0.0%	2.9%	35
St. Olavs	47.5%	25.4%	0.7%	4.8%	2.4%	7.0%	7.0%	16.7%	1.9%	413
Stavanger	45.3%	34.4%	1.6%	5.7%	2.6%	10.4%	5.7%	3.1%	0.5%	192
Stavern	39.1%	29.3%	3.3%	3.3%	8.2%	13.0%	6.0%	14.1%	1.1%	184
UNN-Harstad	53.3%	56.7%	0.0%	0.0%	0.0%	6.7%	3.3%	3.3%	3.3%	30
UNN-Tromsø	48.1%	28.7%	1.0%	6.5%	1.7%	13.3%	8.2%	7.5%	1.4%	293
Ålesund	56.2%	45.5%	0.0%	2.7%	0.9%	9.8%	1.8%	2.7%	2.7%	112

Tabell 9: Arbeidsstatus ved første konsultasjon blant de med 6-mnd oppfølging. Flere kryss er mulig.

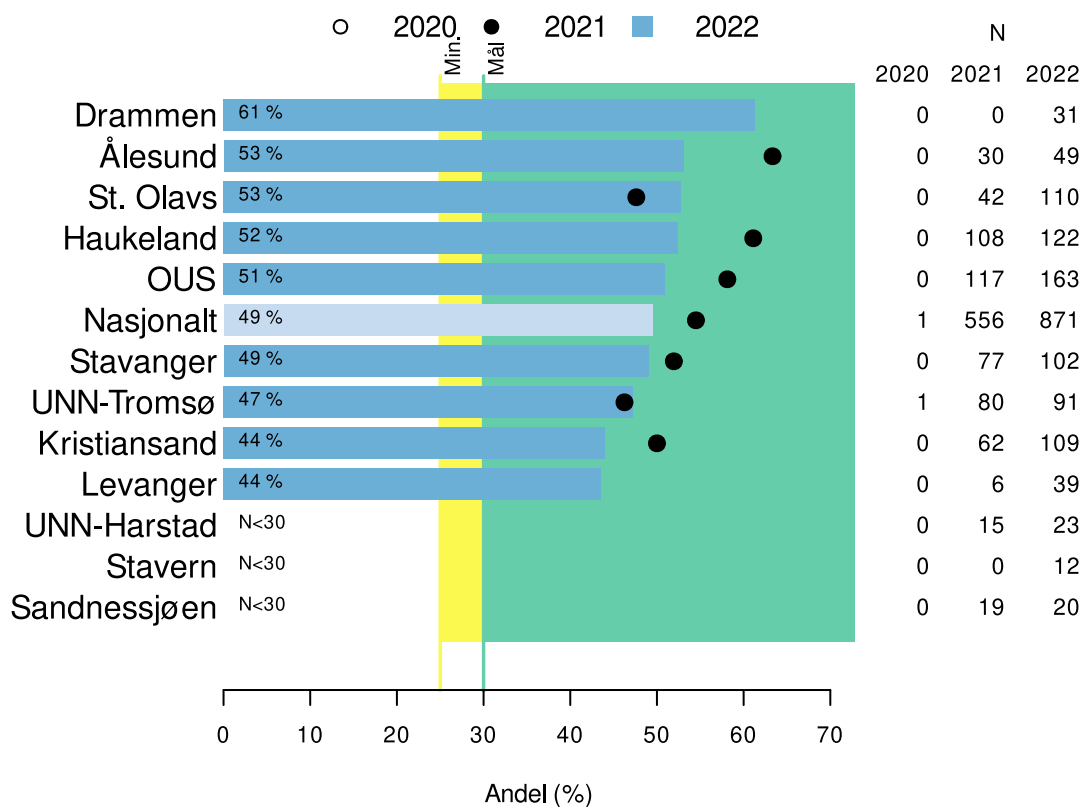
SykehusNavn	I arbeid	Sykemeldt	Hjemmeværende (ulønnet)	Student	Arbeidsledig	Arbeidsavklaringspenger	Permanently uførepensjon	Alderspensjonist	Ikke besvart	N
Drammen	60.9%	16.5%	0.8%	2.3%	5.3%	10.5%	6.0%	9.0%	0.8%	133
Haukeland	63.1%	22.9%	1.1%	4.4%	2.5%	14.9%	1.9%	3.9%	2.5%	363
Kristiansand	46.3%	11.6%	0.9%	4.3%	2.5%	15.9%	8.8%	15.6%	3.9%	441
Levanger	35.4%	11.5%	3.5%	1.8%	4.4%	19.5%	13.3%	15.0%	3.5%	113
OUS	51.3%	13.1%	1.7%	4.5%	3.2%	11.5%	6.1%	14.0%	3.3%	694
Sandnessjøen	57.1%	14.3%	0.0%	5.7%	2.9%	34.3%	0.0%	2.9%	2.9%	35
St. Olavs	51.3%	12.1%	0.7%	3.9%	2.2%	12.1%	6.5%	18.2%	1.9%	413
Stavanger	60.9%	16.7%	2.1%	5.2%	2.1%	17.7%	5.7%	3.1%	0.5%	192
Stavern	45.7%	12.5%	4.3%	2.7%	7.6%	14.7%	8.7%	13.0%	4.3%	184
UNN-Harstad	50.0%	30.0%	3.3%	0.0%	0.0%	26.7%	10.0%	3.3%	3.3%	30
UNN-Tromsø	54.6%	13.0%	1.4%	6.5%	1.4%	15.7%	7.8%	7.8%	1.4%	293
Ålesund	62.5%	27.7%	0.9%	2.7%	2.7%	17.9%	0.9%	5.4%	0.9%	112

Tabell 10: Arbeidsstatus ved 6-mnd oppfølging. Flere kryss er mulig.

Av de som fyller ut 6 måneders oppfølgingsskjema er det 23,6-63,0 % som er sykemeldt ved første konsultasjon, mens 9,2-31,8 % er fortsatt sykemeldt ved 6 måneders oppfølging. Det er nedgang i andelen som er sykemeldt ved 6 måneder oppfølging ved alle enheter. Andelen som står på arbeidsavklaringspenger er økt fra første konsultasjon på 5,6-20,0 % til 10,4-33,3 % ved oppfølging. Det er en økning i andelen på arbeidsavklaringspenger ved alle enheter. Dette kan indikere at de som allerede ved første konsultasjon er på arbeidsavklaringspenger i liten grad kommer tilbake til jobb, samt at en del av de som er langtidssykemeldte i tillegg går over på arbeidsavklaringspenger. Dette er likt med foregående år.

Man understreker at det ikke er gjort noen grundigere analyser i forhold til arbeidsstatus og man må tolke med forsiktighet. Etersom flere kryss er mulig kan man gjennom en grundigere analyse finne ut om andelen som er delvis i arbeid - i kombinasjon med sykemelding, arbeidsavklaringspenger eller uførepensjon – også øker. Kvalitetsindikator 6 ser på andel som kommer tilbake i full jobb, men man har også gjort en lik analyse der man ser på andel som er tilbake i full jobb eller med lavere grad av sykemelding ved 6mnd.

### Andel tilbake i arbeid eller med lavere andel sykemelding



Figur 26: Andel tilbake i arbeid eller med lavere grad av sykemelding etter 6mnd. Gul og grønn farge er lik med måltall for kvalitetsindikator 6 «Andel tilbake i jobb».

Jevnt over er det 10 % høyere andel som kommer i noen grad av jobb sammenlignet med bare de som kommer tilbake til full jobb. Delvis arbeidsrettet aktivitet vil alltid være bedre enn ingen arbeidsrettet aktivitet. Retningslinjene anbefaler å vurdere gradert sykemelding for pasientgruppen.

## Diagnosefordeling

Når utredning er avsluttet konkluderer behandler med en diagnose. Ved uspesifikke rygg- og nakke diagnoser, samt der hvor man konkluderer med at degenerative forandringer har betydning, er stort sett alltid anbefalinger for videre tiltak konservative.

Diagnose	Antall
M545: Lumbago	2857
M542: Smerte i nakke	1131
M511: Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*)	421
M480: Spinal stenose	157
M546: Ryggsmerte i torakaldelene	136
M501: Lidelse i cervikalskive, med radikulopati	90
M472: Annen spondylose med radikulopati	57
M431: Spondylolistese	51
M419: Uspesifisert skoliose	29
M418: Andre spesifiserte former for skoliose	21
M544: Lumbago med isjialgi	19
M510: Lid. i lumbalskive og andre mellomvirvelskiver, m. myelopati	11
M791: Myalgi	10
M549: Uspesifisert ryggsmerte	9
M500: Lidelse i cervikalskive, med myelopati	6
M513: Annen spesifisert degenerativ lidelse i mellomvirvelskive	6
S320: Brudd i lumbalvirvel	6
M503: Annen degenerativ lidelse i cervikalskive	5
M7915: Myalgi;bekken/lår	5
M796: Smerte i ekstremitet	5

Tabell 11: De vanligste diagnosene i registeret (diagnose 1). Pasient kan ha flere diagnoser.

Det framkommer fra tall fra 2022 at hovedandelen av pasientene har uspesifikke nakke og ryggdiagnoser som første innlagte diagnose. Man kan ikke med sikkerhet si om dette er pasientens hoveddiagnose, men man vet at det er den første diagnosen helsepersonellet har lagt inn i behandlerskjemaet.

De vanligste diagnosene er M54.5 *Lumbago* som utgjør 55,7 % (mot 44 % i 2018, 56 % i 2019, 57 % i 2020 og 57,7 % i 2021) og M54.2 *Smerte i nakke* som utgjør 22,1 % (mot 24 % i 2018, 29 % i 2019, 26 % i 2020 og 23,4 % i 2021). Tilsammen utgjør disse to diagnosene hele 77,8 % (mot 83 % i 2020 og 81 % i 2021). En del av pasientene har diagnoser knyttet til degenerative forandringer. Svært få pasienter har spesifikke diagnoser som krever oppfølging av andre spesialister, noe som har vært stabilt sammenlignet med tidligere år. Likevel ser man at den tredje vanligste diagnosen er M51.1 *Lidelse i lumbalskive/mellomvirvelskive med radikulopati*. Disse utgjør 8,2 % av pasientene. Det er ikke gjort noen analyser om i hvilken grad disse er henvist direkte fra fastlege er henvist fra annen sykehusavdeling (eksempelvis fra nevrokirurg med anbefaling om konservative oppfølging).

## Behandlingstiltak - en prosess

I 2022 var forskjellige faggrupper involvert i første konsultasjon på poliklinikken. Ved første konsultasjon var lege involvert 3432 ganger, fysioterapeut 1706 ganger, sykepleier 204 ganger, psykolog 32 ganger, sosionom 18 ganger og andre faggrupper 54 ganger. Pasientene ved N/R-poliklinikkene har sammensatte problemstillinger og det kan derfor være nødvendig med tverrfaglig tilnærming. Som nevnt tidligere kan utredende konsultasjon være en intervensjon i seg selv, og for noen er denne konsultasjonen vurdert til å være tilstrekkelig. Det kartlegges også andel som allerede ved første konsultasjon er utredet av to eller flere faggrupper.

År	Avdeling	Antall	N	Andel (%)
2022	Drammen	1	206	0,5
	Haukeland	49	678	7,2
	Kristiansand	0	704	0,0
	Levanger	8	174	4,6
	OUS	0	1245	0,0
	Sandnessjøen	3	53	5,7
	St. Olavs	0	702	0,0
	Stavanger	0	325	0,0
	Stavern	0	342	0,0
	UNN-Harstad	0	54	0,0
	UNN-Tromsø	6	467	1,3
	Ålesund	11	171	6,4
	<b>Totalt</b>	<b>78</b>	<b>5121</b>	<b>1,5</b>

Tabell 12: Andel som er vurdert av to eller flere yrkesgrupper ved første konsultasjon pr enhet

SykehusNavn	Lege	Fysioterapeut	Sykepleier	Psykolog	Sosionom	Andre	N
Drammen	88	126	0	0	0	0	206
Haukeland	530	443	194	13	0	0	678
Kristiansand	433	157	0	0	0	0	704
Levanger	155	27	0	4	10	2	174
OUS	1023	4	0	0	0	0	1245
Sandnessjøen	49	47	10	1	4	28	53
St. Olavs	408	235	0	0	4	0	702
Stavanger	312	3	0	0	0	0	325
Stavern	160	192	0	1	0	0	342
UNN-Harstad	14	44	0	3	0	9	54
UNN-Tromsø	121	331	0	10	0	13	467
Ålesund	139	96	0	0	0	2	171

Tabell 13: Antall utredet av forskjellige faggrupper ved de forskjellige enhetene

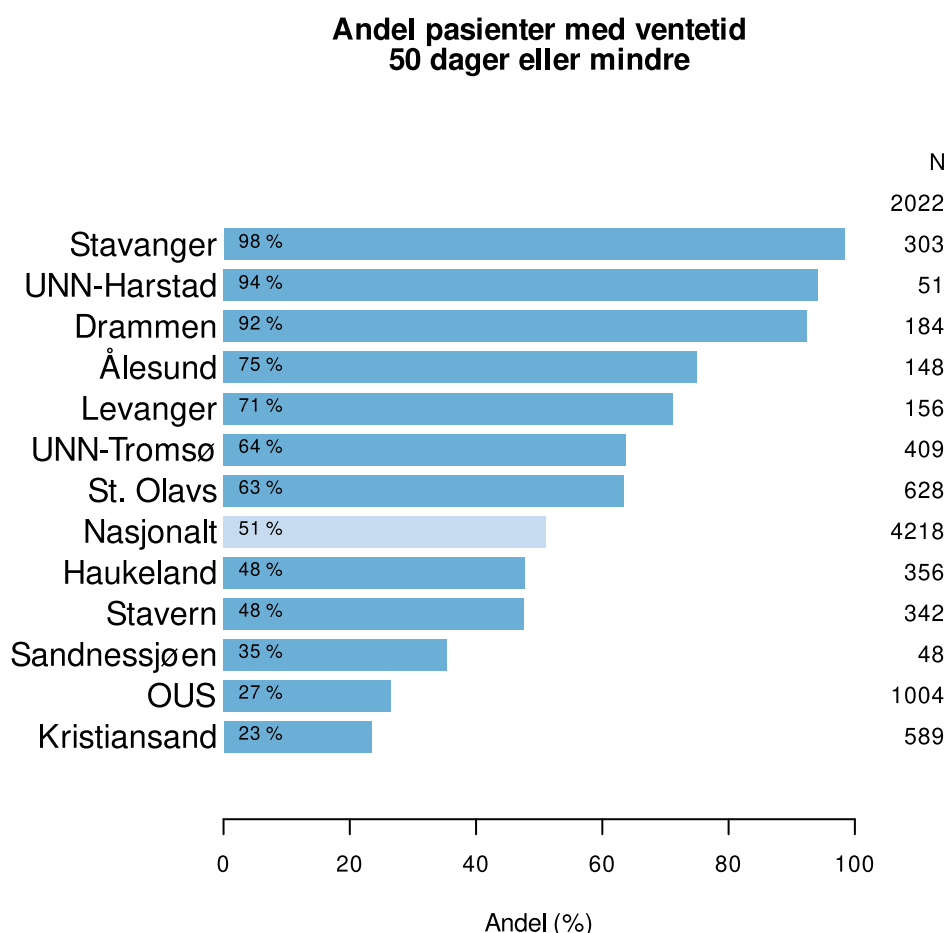
Andelen utredet av to eller flere faggrupper har gått ned ved St.Olavs fra 2021 (4,4 %) til 2022 (0 %), ved UNN Tromsø fra 8,7 % til 1,3 %, ved Haukeland fra 34,9 % til 7,2 %, ved Levanger fra 24,6 % til 4,6 %, ved Ålesund fra 60,6 % til 6,4 % og ved Sandnessjøen fra 61,3 % til 5,7 %. Andelen er

altså nå lav ved stort sett alle enheter, men dette betyr ikke at pasientene ikke møter andre faggrupper senere i forløpet. Det betyr kun at de ikke møter dem ved første konsultasjon.

Ved å se på tallene kan man også spore en forskjell i hvilket helsepersonell møter pasienten første gang ved en enhet. For eksempel ser man at tilnærmet 100 % av pasientene ved OUS møter kun en lege ved første konsultasjon, mens ved for eksempel Haukeland møter ca 40 % kun en fysioterapeut, og ved UNN Tromsø møter ca 70 % kun en fysioterapeut ved første konsultasjon. Det er med andre ord til dels stor geografisk variasjon i hvordan man organiserer det første møtet med pasienten.

### Ventetid

Fra januar 2022 ble behandlerskjemaet oppdatert med blant annet dato for ventetid. Ventetid er under vurdering av fagrådet som en mulig ny kvalitetsindikator. Det som da er interessant å se er hvor stor andel pasienter får et tilbud innen 50 dager.



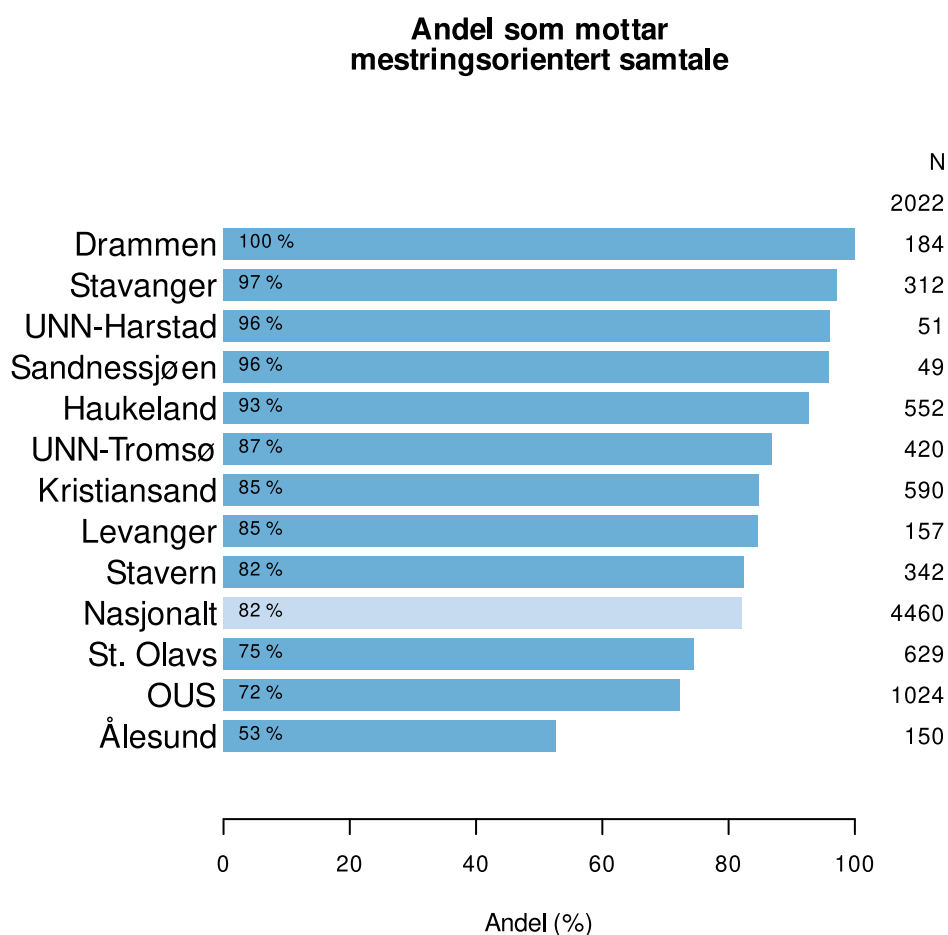
Figur 27: Andel pasienter som mottar et tilbud innen fristen på 50 dager - fordelt på enheter

Man ser her at nasjonalt mottar 51 % et tilbud innen fristen på 50 dager. Det er stor geografisk variasjon mellom enhetene her.

### Innhold i første konsultasjon

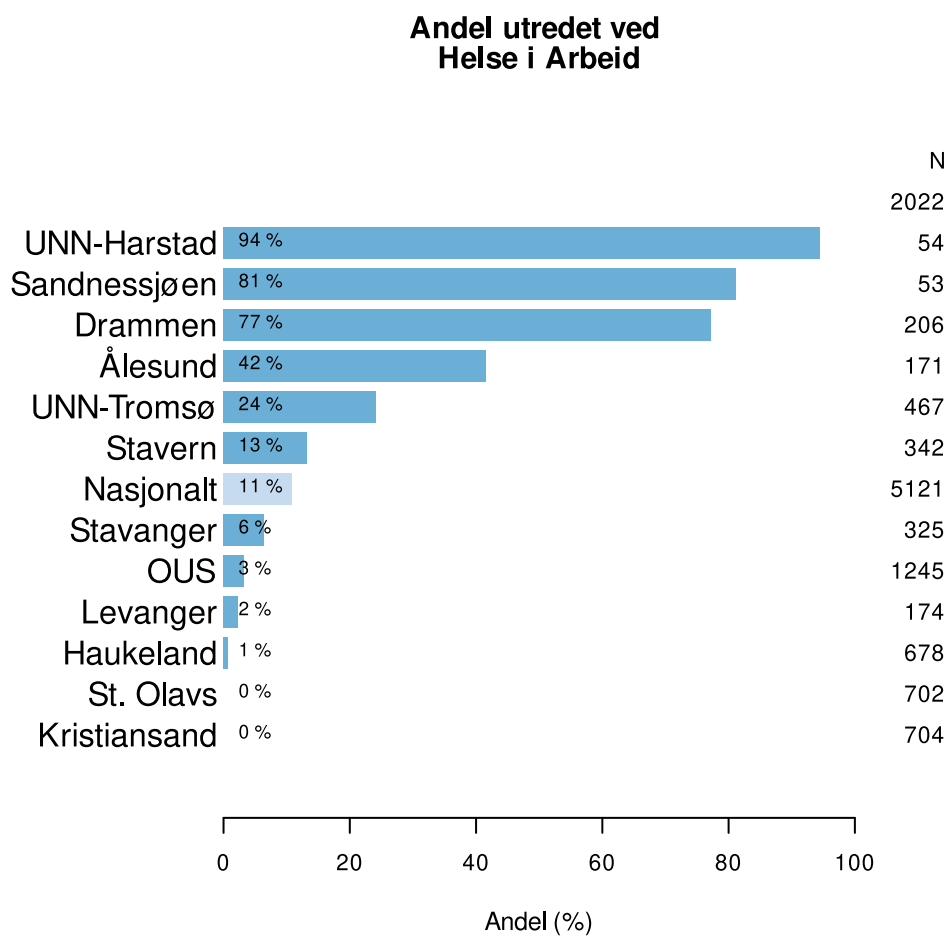
Ved revisjonen av behandlerskjemaet ble det også lagt til flere nye variabler for å kartlegge innhold i første konsultasjon med pasienten. Enkelte av disse nye variablene er under vurdering for å bli nye kvalitetsindikatorer (prosessindikatorer).

Man har sett på andel pasienter som mottar en mestringsorientert samtale:



Figur 28: Andel som mottar mestringsorientert samtale - fordelt på enheter

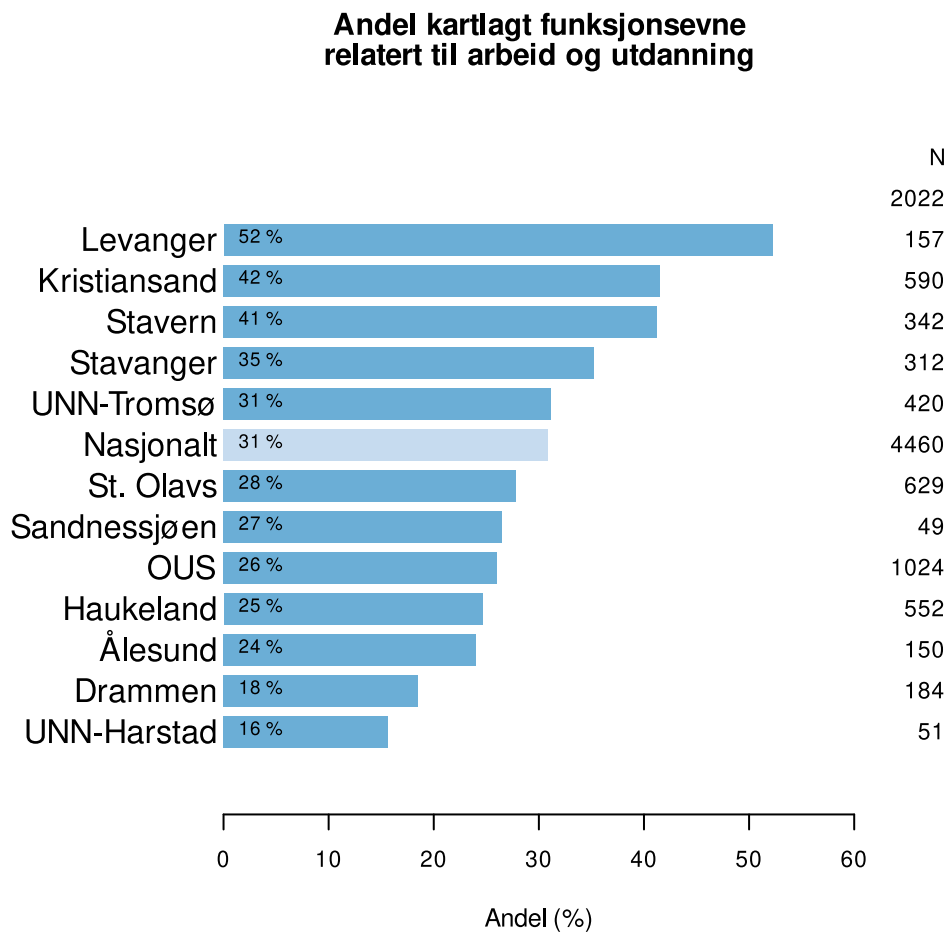
Andel utredet ved et HelseArbeid-tilbud:



Figur 29: Andel som utredes ved et HelseArbeid-tilbud - fordelt på enheter

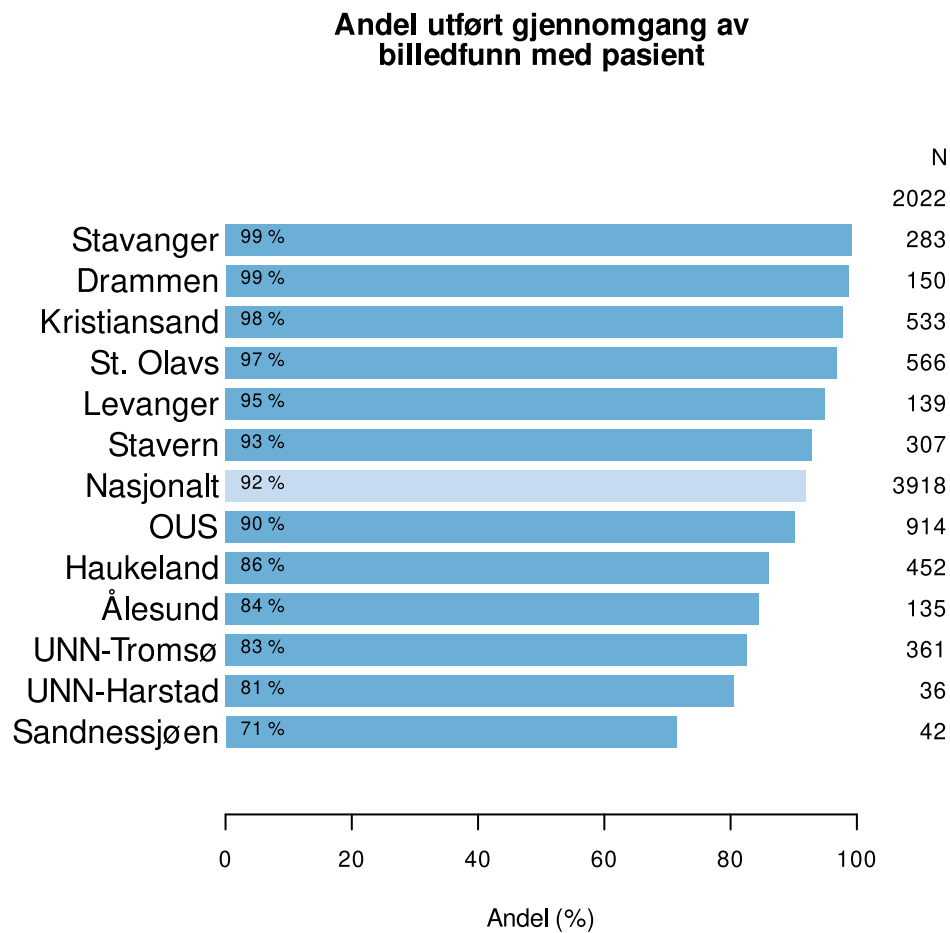


Andel der man har kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning:



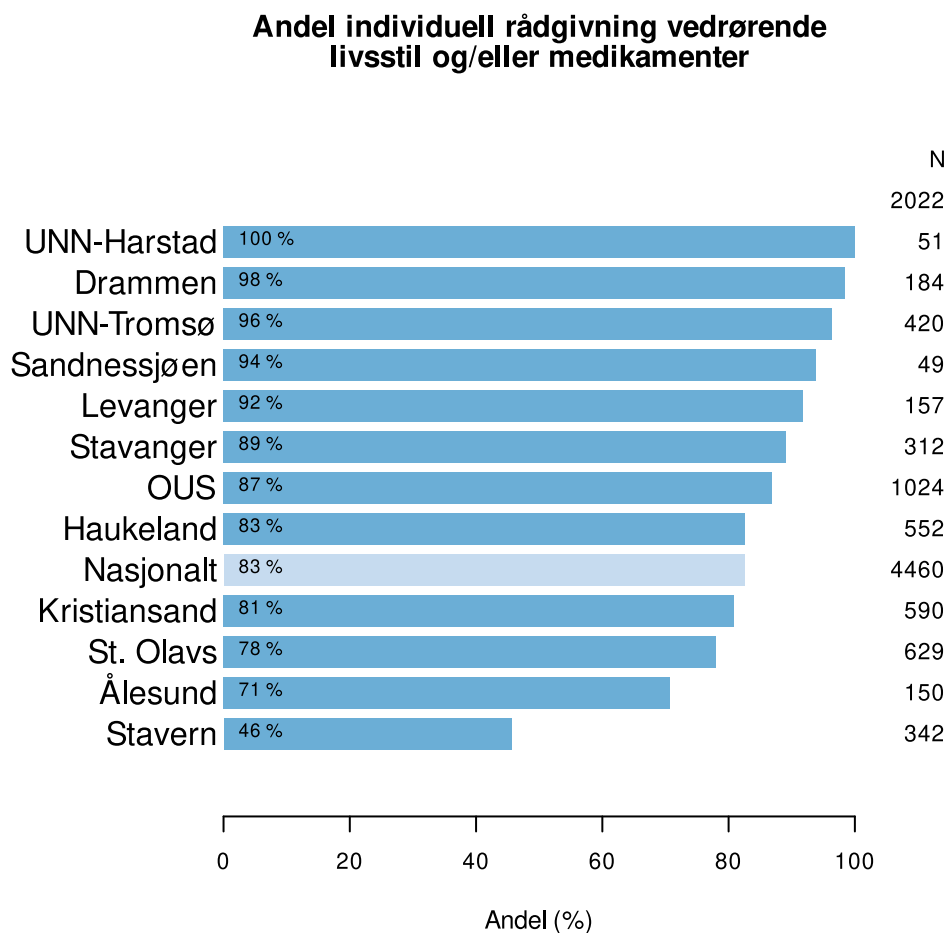
Figur 30: Andel der funksjonsevne relatert til arbeid og/eller utdanning er kartlagt - fordelt på enheter

Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasientene:



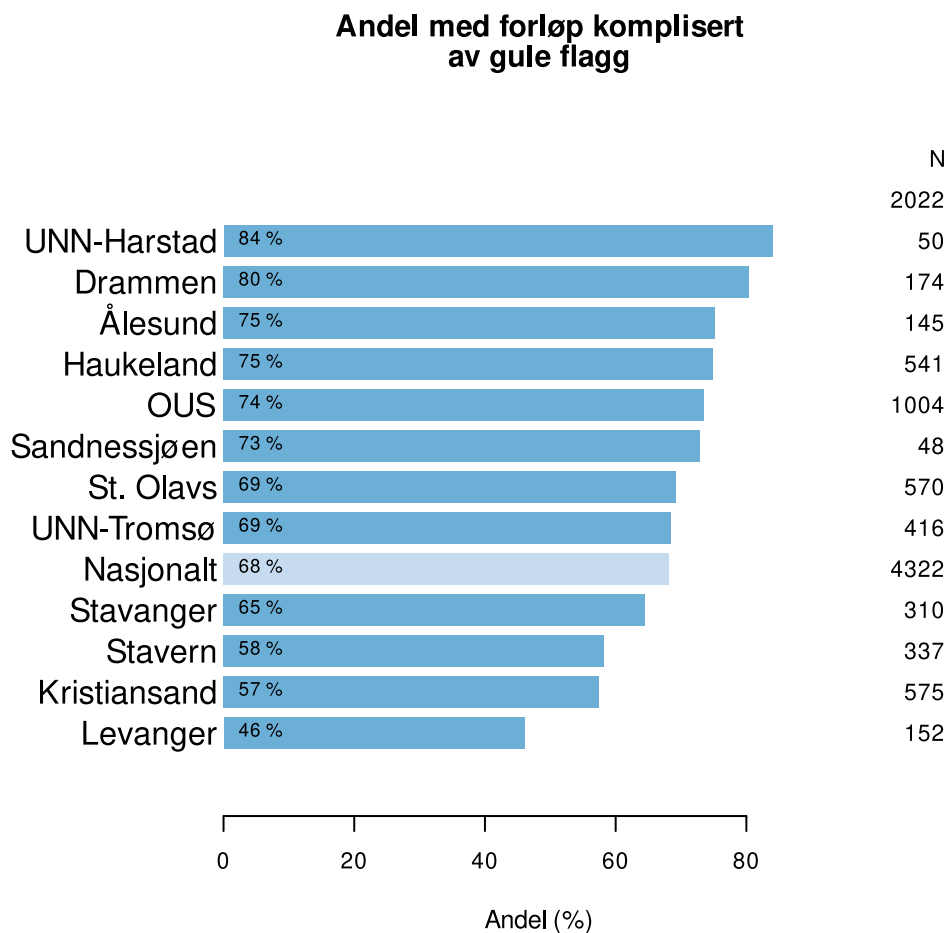
Figur 31: Andel der man har utført gjennomgang av billedfunn med pasienten - fordelt på enheter

Andel der man gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter:



Figur 32: Andel der man har gitt individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter – fordelt på enheter

Andel der helsepersonell vurderer at gule flagg kompliserer pasientens forløp:



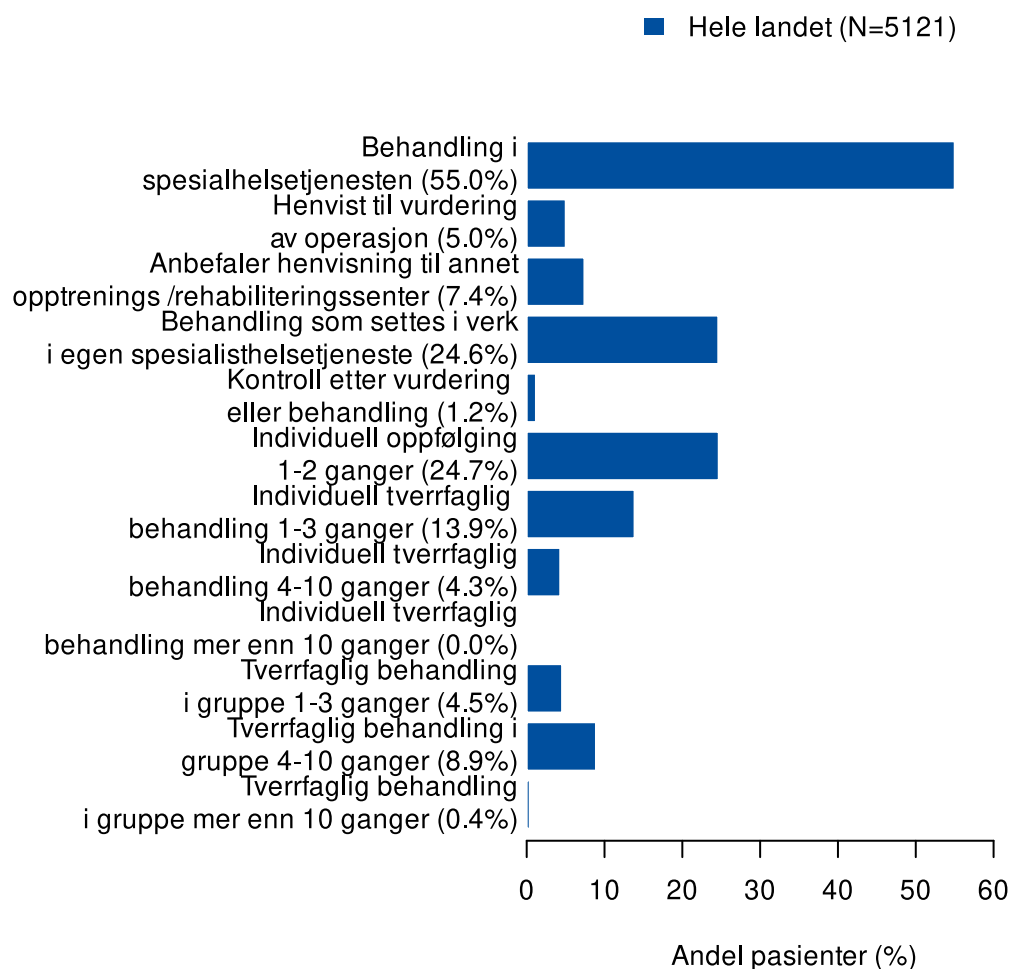
Figur 33: Andel der man vurderer at pasientens forløp er komplisert av gule flagg - fordelt på enheter

### Behandlingsløype anbefalt etter første konsultasjon – behandlerrapportert

55 % av pasientene anbefales oppfølging i spesialisthelsetjenesten (sammenlignet med 58 % i 2020 og 59 % i 2021). Hver pasient kan få flere behandlingstiltak.

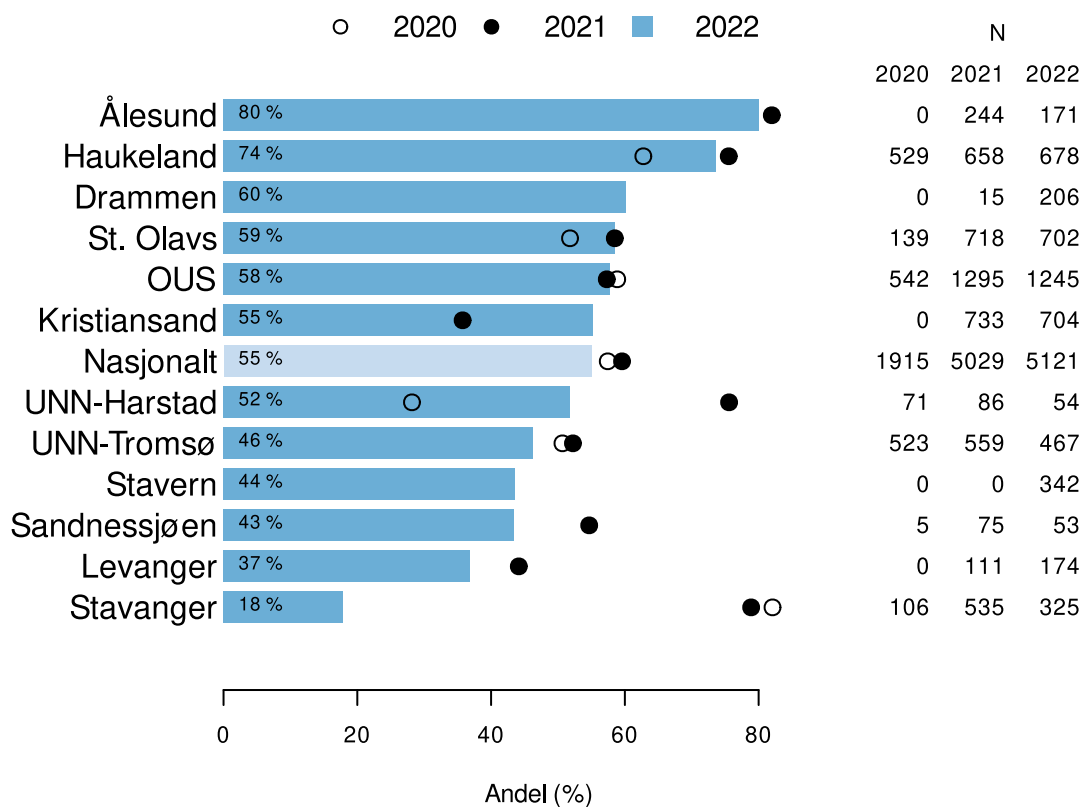
Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

### Behandling i spesialisthelsetjenesten



Figur 34: Andelen pasienter som mottar de ulike behandlingstilvalgene i spesialisthelsetjenesten

### Andel behandlet i spesialisthelsetjenesten



Figur 35: Andelen pasienter henvist til oppfølging i spesialisthelsetjenesten -fordelt på enheter

SykehusNavn	Behandling i spesialisthelsetjenesten	Henvist til vurdering av operasjon	Anbefaler henvisning til annet opp- /rehab. senter	Beh. som settes i verk i egen spes. helse- tjeneste	Kont. etter vurd. el. Beh.	Ind. oppf. 1-2 ganger	Ind. tverrf. beh. 1-3 ganger	Ind. tverrf. beh. 4-10 ganger	Ind. tverrf. beh. >10 ganger	Tverrf. beh. i gruppe 1-3 ganger	Tverrf. beh. i gruppe 4-10 ganger	Tverrf. beh. i gruppe >10 ganger	N
Drammen	60.2%	0.5%	0.5%	40.8%	0.5%	34.5%	4.9%	0.5%	0.0%	1.9%	0.0%	0.0%	206
Haukeland	73.6%	3.7%	14.9%	35.3%	1.3%	39.1%	32.7%	0.3%	0.0%	0.4%	20.9%	0.0%	678
Kristiansand	55.3%	12.4%	3.1%	23.9%	1.7%	23.2%	14.1%	0.6%	0.0%	23.3%	1.6%	0.0%	704
Levanger	36.8%	7.5%	4.0%	19.5%	1.1%	6.9%	0.0%	2.3%	0.0%	0.6%	14.9%	0.0%	174
OUS	57.8%	5.1%	5.1%	24.7%	1.6%	25.1%	16.8%	8.2%	0.0%	0.7%	6.7%	1.0%	1245
Sandnessjøen	43.4%	0.0%	0.0%	30.2%	0.0%	20.8%	3.8%	1.9%	0.0%	0.0%	22.6%	0.0%	53
St. Olavs	58.5%	6.1%	16.5%	16.7%	1.0%	25.9%	12.3%	3.3%	0.0%	0.3%	15.1%	0.1%	702
Stavanger	17.8%	0.0%	0.6%	15.1%	0.3%	2.8%	1.8%	1.5%	0.0%	0.0%	0.6%	0.0%	325
Stavern	43.6%	2.6%	0.0%	9.4%	0.0%	34.5%	6.1%	0.3%	0.3%	8.8%	0.0%	0.0%	342
UNN-Harstad	51.9%	1.9%	0.0%	24.1%	3.7%	38.9%	25.9%	0.0%	0.0%	9.3%	9.3%	0.0%	54
UNN-Tromsø	46.3%	2.8%	11.8%	19.1%	1.1%	17.8%	2.6%	0.0%	0.0%	3.0%	14.1%	1.3%	467
Ålesund	80.1%	1.2%	7.6%	65.5%	1.2%	9.9%	17.0%	45.6%	0.6%	0.6%	1.2%	0.0%	171

Tabell 14: Antall anbefalt forskjellige behandlinger i spesialisthelsetjenestens ulike tilbud pr enhet. Flere kryss er mulig.

Ut fra tabellen sees det til dels stort geografisk sprik i anbefalte behandlingsløyper. Stavanger tilbyr kun 17,8 % behandling i spesialisthelsetjenesten, mens Ålesund (80,1 %) og Haukeland (75 %) anbefaler i langt større grad behandling i spesialisthelsetjenesten. Resterende enheter varierer fra 36,8-59,9 %. Stavanger har i 2022 hatt en enorm tilbakegang i andel som tilbys behandling i spesialisthelsetjenesten.

Stavern (9,4 %) og St.Olavs (16,7 %) tilbyr også i liten grad behandling som settes i gang egen spesialisthelsetjeneste sammenlignet eksempelvis med Haukeland (35,5 %), Sandnessjøen (30,2 %) og spesielt Ålesund (65,5 %).

Ålesund (62,6 %) og Haukeland (33,0 %) tilbyr flere individuell tverrfaglig behandling enn alle de andre enhetene, mens Stavanger (3,3 %) og UNN Tromsø (2,6 %) tilbyr nesten ingen individuell tverrfaglig behandling.

Det er også variasjon i andel anbefalt tverrfaglig behandling i gruppe; eksempelvis gir Kristiansand (24,9 %), Haukeland (21,3 %) og Sandnessjøen (22,6 %) i større grad tverrfaglige gruppetilbud enn Ålesund (1,8 %), Stavanger (0,6 %) og Drammen (2,0 %). Ved UNN Harstad (9,3 %), Stavern (8,8 %) og spesielt Kristiansand (23,3 %) benyttes tverrfaglig behandling i kortere grupper (1-3 ganger) i langt større grad enn i øvrige enheter.

Det er ellers også en del andre variasjoner i anbefalte behandlingsløyper i spesialisthelsetjenestene mellom enhetene, og man vet ikke årsak til disse geografiske forskjellene; men årsaker kan være relatert til forskjellige ressurser, forskjellig pasientmasse, etc. Man har sett like store geografiske variasjoner i tidligere år også. Nærmere analyser vedrørende de geografiske forskjellene bør undersøkes nærmere ettersom man tilstreber et likt tilbud til alle pasienter på landsbasis.

SykehusNavn	Trening / aktivisering	Arbeidsmessig oppfølging	Kognitiv tilnærming	Undervisning	Psykomotorisk behandling	N
Drammen	17.5%	20.4%	19.9%	50.0%	0.0%	206
Haukeland	46.2%	26.4%	29.5%	22.7%	1.3%	678
Kristiansand	26.4%	5.5%	27.3%	26.6%	0.3%	704
Levanger	21.3%	0.6%	12.1%	12.1%	4.0%	174
OUS	40.6%	7.7%	24.3%	14.8%	3.8%	1245
Sandnessjøen	37.7%	26.4%	37.7%	28.3%	7.5%	53
St. Olavs	37.5%	14.7%	35.6%	22.6%	0.6%	702
Stavanger	36.9%	13.5%	13.8%	5.8%	0.3%	325
Stavern	7.3%	2.0%	23.1%	28.1%	0.0%	342
UNN-Harstad	74.1%	35.2%	61.1%	44.4%	5.6%	54
UNN-Tromsø	45.0%	22.3%	25.1%	27.6%	2.4%	467
Ålesund	69.6%	42.1%	55.0%	7.6%	1.2%	171

Tabell 15: Innhold oppgitt i individuell eller tverrfaglig oppfølging i spesialisthelsetjenesten pr enhet. Flere kryss er mulig.

Tilbudene som anbefales i spesialisthelsetjenesten kan inneholde både trening/aktivisering, kognitiv tilnærming, undervisning, psykomotorisk behandling og arbeidsmessig oppfølging.

OUS (7,6 %), Kristiansand (5,6 %), Stavern (2,1 %) og Levanger (0,6 %) skiller seg ut med at de i liten grad har arbeidsmessig oppfølging, mens Haukeland (26,4 %), Sandnessjøen (26,4 %), Drammen (20,8 %), UNN Harstad (35,2 %) og Ålesund (42,1 %) skiller seg ut ved å anbefale arbeidsmessig oppfølging i stor grad. Grad av arbeidsmessig oppfølging vil være interessant å analysere videre i framtiden ettersom flere enheter anbefaler eksempelvis HelselArbeid-tilbud.

Det er også stor variasjon fra 7,4 % til 69,6 % i anbefalinger om trening/aktivisering, samt i anbefaling om kognitiv tilnærming fra 12,1 % til 61,1 %. Man ser også at det er variasjon fra 0 til 7,5 % i tilbud om psykomotorisk behandling; noe man tilskriver lokale variasjoner i tilgjengelig personalressurser med psykomotorisk videreutdanning.

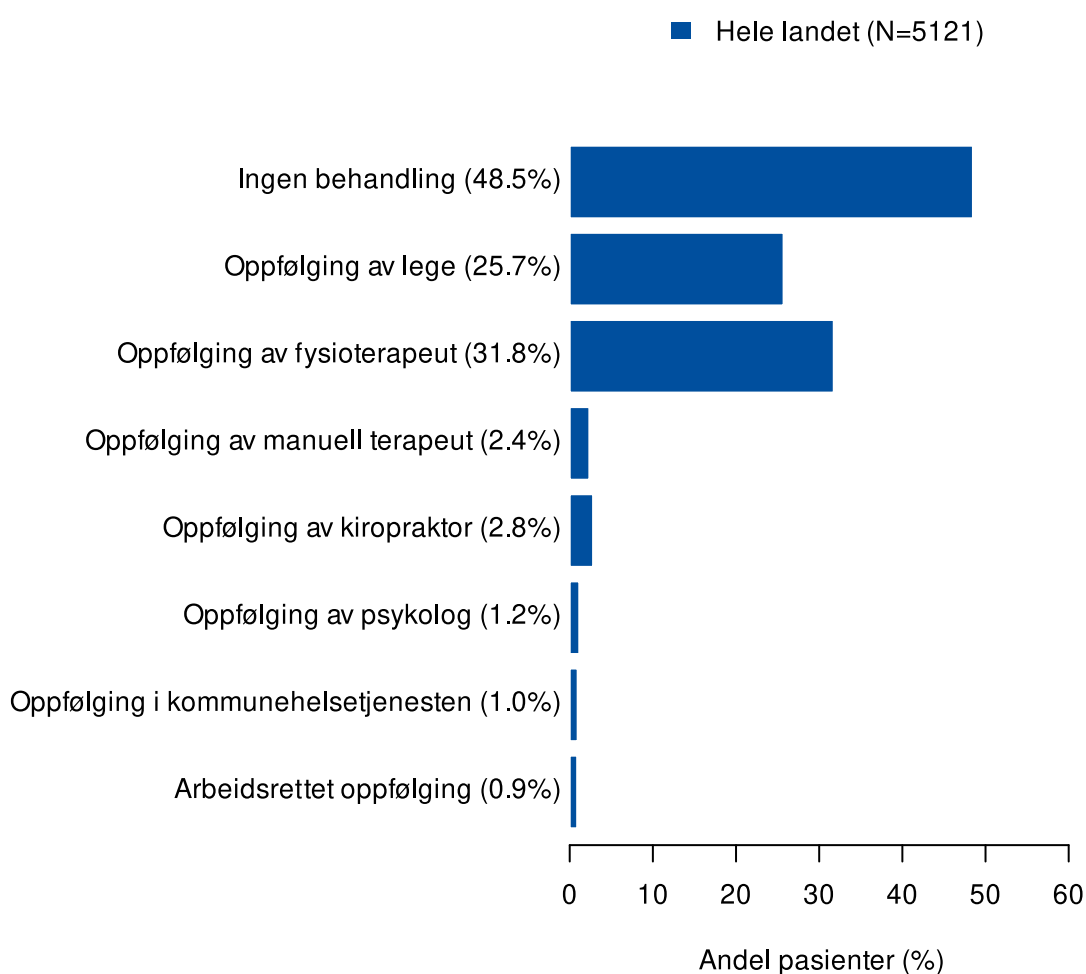
Variasjon i anbefaling om trening/aktivisering og kognitiv tilnærming er interessant ettersom nasjonale retningslinjer anbefaler dette som innhold i behandling. Her er det mulig at det ikke rapporteres likt mellom enhetene, og at de reelle forskjellene er mindre. En nærmere kartlegging av innholdet i de respektive enhetenes behandlingstilbud vil kunne gi mer svar på dette.



Noen pasienter blir anbefalt oppfølging utenfor sykehus. Dette kan komme i tillegg til tiltak i spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter følges i noen grad videre av egen fastlege, men det krysses bare av for oppfølging av lege dersom konkrete tiltak som f.eks. medikamentell smertelindring eller administrasjon av sykemelding anbefales. Man kan ikke via dagens spørreskjema kartlegge innholdet i eksempelvis anbefalingen om oppfølging av lege eller oppfølging av fysioterapeut. Innholdet i slike oppfølginger av lege eller annet helsepersonell dokumenteres enten i pasientjournal eller kommuniseres muntlig til pasient direkte.

Besoksdato: 2022-01-03 til 2022-12-30

## Behandling i kommunalhelsetjenesten



Figur 36: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus. Flere kryss er mulig.

SykehusNavn	Ingen beh.	Lege	Fysio- terapeut	Manuell terapeut	Kiro- praktor	Psykolog	Arbeids- rettet oppfølging	N
Drammen	62.6%	0.5%	28.6%	2.9%	4.9%	1.0%	2.4%	206
Haukeland	59.6%	13.1%	28.3%	1.3%	0.7%	2.5%	0.4%	678
Kristiansand	37.2%	51.0%	22.3%	0.3%	2.6%	0.1%	0.0%	704
Levanger	43.1%	14.9%	52.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	174
OUS	27.4%	37.9%	48.0%	4.3%	3.7%	1.9%	0.8%	124
Sandnessjøen	13.2%	66.0%	56.6%	13.2%	24.5%	3.8%	3.8%	5
St. Olavs	64.8%	7.8%	28.2%	1.0%	1.7%	0.0%	0.0%	702
Stavanger	85.8%	7.4%	5.5%	0.0%	2.5%	0.3%	0.3%	325
Stavern	83.9%	6.4%	7.3%	0.9%	1.5%	0.3%	0.6%	342
UNN-Harstad	3.7%	88.9%	55.6%	7.4%	13.0%	1.9%	29.6%	54
UNN-Tromsø	39.4%	20.6%	39.8%	6.2%	2.4%	1.9%	0.9%	467
Ålesund	33.9%	52.6%	24.6%	0.0%	5.3%	0.6%	1.8%	171

Tabell 16: Andel pasienter anbefalt oppfølgende tiltak utenfor sykehus – pr enhet. Flere kryss er mulig.

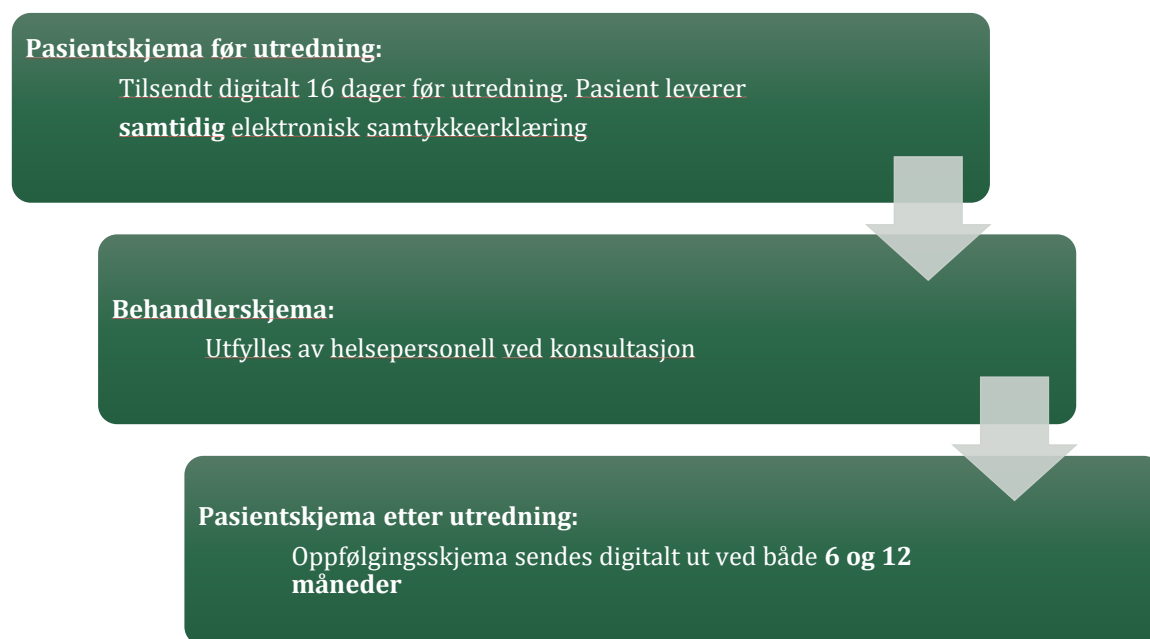
Nesten halvparten av pasientene anbefales ikke videre oppfølging utenfor sykehus, men her er det til dels store geografiske forskjeller. Ved Stavern (84,1 %), Stavanger (85,8 %), Drammen (61,9 %), Haukeland (59,6 %) og St Olavs (64,8 %) anbefales en lavere andel pasienter behandling eller oppfølging i primærhelsetjenesten. Dette samsvarer i tidligere år med at flere pasienter ved disse enhetene blir tilbudt behandling i egen spesialisthelsetjeneste, men dette mønsteret er ikke like tydelig i 2022.

At nesten halvparten ikke anbefales videre oppfølging utenfor sykehus kan forklares med at det noen ganger kan være hensiktsmessig å redusere/stoppe overforbruk av helsetjenester. Dette gjelder særlig pasienter med langvarig forløp som har forsøkt mye behandling uten at de opplever effekt.

Det er påfallende at svært få pasienter anbefales psykolog (1,2 %), spesielt når man vet fra datagrunnlaget at pasientene ofte har psykiske symptomer. Liten grad av videre anbefalinger om oppfølging av psykolog samsvarer med tall fra 2020 (1,1 %) og 2021 (1,4 %). Flere enheter har dog tilgjengelig psykologressurser i egen enhet. Her er bør man gjennomgå enhetenes behandlingstilbud for å kartlegge bruken av psykolog bedre.

## Kapittel 4

# Metoder for fangst av data



Figur 37: Flytskjema for skjemaer som benyttes av NNRR

### Elektronisk data-fangst i forkant konsultasjon registret av pasienten

Hel-elektronisk ePROM-løsningen ble implementert i november 2020. Når pasienten settes opp til time på poliklinikken, registreres dette også i MRS. Pasienten får tilsendt spørreskjema til digital postkasse (fortrinnsvis Helse Norge, alternativt for eksempel Digipost) automatisk 16 dager før planlagt konsultasjon. Dersom det er mindre enn 16 dager til konsultasjon vil skjema sendes ut påfølgende formiddag. ePROM kan fylles ut hjemme - på telefon, PC eller nettbrett. Dersom pasienten ikke fyller ut skjema vil det sendes ut en purring etter 14 dager, altså to dager før konsultasjonen.

For pasienten benyttes innloggingsløsning på sikkerhetsnivå 4 ved hjemme-utfylling, hvilket betyr at kun pasienten har mulighet til å fylle ut og samtykke til innsending/lagring av opplysninger i registret. Det er ikke mulig å sende inn skjema uten å åpne samtykkeskjema og aktivt krysse av for at man samtykker til å delta. Pasienten får dermed skriftlig informasjon om behandling av personopplysninger, og har tatt aktivt stilling til den ved å avkrysse for å bekrefte samtykke eller ikke. Det elektroniske skjema vil lagres på linje med annet innsamlet data og vil kunne dokumentere samtykke.

Fram til november 2020 var innsamling av data delvis elektronisk, og det var kun mulig å fylle ut elektronisk pasientdata på dataenheter inne på sykehuset. Pasientene fikk med innkallingsbrev til poliklinikken informasjon om registret med et vedlagt samtykkeskjema. Pasienten henvendte seg 30 min før konsultasjon i loka til sekretær, som tok imot samtykkeskjema. Sekretær registrerte pasienten i registret og tok ut en individuell kode som ble brukt til den elektroniske

påloggingen. Pasienten logget seg på en pc/nettbrett på poliklinikkens venterom beregnet til dette. På denne måten fylte pasientene ut spørreskjemaet elektronisk på poliklinikken forut for konsultasjonen. På noen enheter er en slik løsning fortsatt et alternativ for pasienter som ikke ønsker å fylle ut skjema på digital enhet hjemme.

### **Elektronisk data-fangst under konsultasjon av behandler**

Det ble ikke gjort noen revisjon av innsamling av behandlerskjema i forbindelse med implementering av ePROM. Behandlende helsepersonell (lege eller annen faggruppe) vil på egen pc ved konsultasjonen få tilgang til en oppsummering av de viktigste resultater fra pasienten samt pasientskjemaet i sin helhet.

Helsepersonell fyller elektronisk inn behandlerskjema.

### **Datafangst ved 6 og 12 måneder oppfølging**

Fram til revisjon av registeret ble oppfølgingsskjema sendt pr post til pasientene 6 måneder etter utredning, og de måtte sende skjemaet tilbake for scanning. Det eksisterte da ikke noe 12 måneders oppfølgingsskjema. Etter revisjon og implementering av helelektronisk løsning sendes oppfølgingsskjema elektronisk til digital postkasse, slik som pasientskjema før første konsultasjon. Oppfølgingsskjema sendes nå ut automatisk 6 og 12 måneder etter registrert besøksdato for første konsultasjon. For at oppfølgingsskjema skal sendes ut må det være registrert og ferdigstilt både pasientskjema før første konsultasjon og behandlerskjema; dette for å sikre at det er innhentet samtykke fra pasient og at forløp i MRS er komplett.

### **Papirskjema og skanning for datafangst ved konsultasjon**

Logistikk er bedret betydelig fra november 2020 da den hel-elektroniske PROMS-løsningen ble implementert, og dermed at pasientene fyller ut elektronisk skjema hjemme. Det finnes i midlertidig fortsatt en løsning å for pasienter ved alle enheter å fylle ut pasientskjema på papir – i de få tilfellene der pasient ikke ønsker å delta i registeret, men ønsker å gi behandler relevant kartleggingsinformasjon. I få tilfeller ønsker pasienten å delta, men ønsker ikke å fylle ut digitalt. I slike tilfeller vil noen enheter tilby papirutfylling etterfulgt av at merkantilt personell punsjer inn skjemaet lokalt.

## Kapittel 5

# Datakvalitet

### 5.1 Antall registreringer

Totalt ble **5426** pasienter (mot 2422 i 2019, 1924 i 2020 og 5199 i 2021) registret i MRS-systemet i 2022. Totalt sett er det pr. april 2023 registrert **25823** pasienter og **68226 skjemaer** i Norsk Nakke og Ryggregister (enkelte pasienter har flere forløp i registeret).

2021 var det første året der utfyllingen av pasientskjemaer i all hovedsak skjedde hjemme hos pasienten via egen datamaskin, telefon eller nettbrett. Dette antar man er hovedgrunnen til den store veksten i antall registreringer de siste to årene. I tillegg har flere nye enheter som har blitt tilknyttet i løpet av 2021 og 2022 bidratt til en sterk vekst i det totale antall registreringer.

Noe økning i antall registreringer i 2021 og 2022 kan være på grunn av at registeret åpnet for mulighet i oktober 2021 å fylle ut pasientskjema på engelsk via ePROMs-løsningen. Man har dessverre ikke noen mulighet til å sjekke hvor mange pasientskjema som fylles ut på engelsk i dagens ePROMs-løsning. Ved gjennomgang av antall registreringer ser man dog en økning i andel av pasienter med utenlandsk opprinnelse etter implementering av engelsk oversettelse.

### 5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Dette er et tjenesteregister som i 2022 inkluderer spesifikke poliklinikker ved 12 sykehus. Beregning av dekningsgrad på individnivå basert på Norsk Pasientregister-data (NPR) er drøftet ved SKDE. Man kan dessverre ikke validere mot NPR. Ettersom NPR ikke har valide opplysninger om hvilken avdeling/poliklinikk tjenestene er utført ved, er det ikke mulig å få ekstern beregning basert på NPR-data av antall pasienter med de aktuelle diagnoser på poliklinikk-nivå.

Beste metode for å definere dekningsgrad er vedtatt av Fagrådet og godkjent av Ekspertgruppen i juni 2019. NNRRs utgangspunkt er alle pasienter som henvises med nakke- og/eller ryggproblemer som hovedproblemstilling og som får et tilbud ved den definerte N/R-poliklinikken eller N/R-enheten innen poliklinikken. Pasienter er aktuelle for inklusjon i 2022 når de har vært fysisk til behandling/vurdering. Pasienter som ikke møter opp til time skal ekskluderes og skjemaer tilknyttet pasienten skal slettes. Ekstern validitet vil være basert på sykehusenes respektive journalsystem, hvor man henter ut informasjon om totalt antall pasienter som har vært til behandling/vurdering. Nevneren i beregning av dekningsgrad vil være de pasienter som får vurdering/behandling ved denne definerte N/R- poliklinikken grunnet nakke- og/eller ryggplager. Også de pasientene som ikke kan fylle ut skjema grunnet språkproblemer, inkluderes som i antall mulige pasienter. Telleren er de pasienter som registreres i NNRR og som har utfyllt pasientskjema ved første konsultasjon, samt har fått ferdigstilt behandlerskjema. Ved 100 % dekningsgrad på individnivå er alle pasientene som har møtt til konsultasjon ved den definerte NR-poliklinikken/enheten registrert i NNRR.

Etter revisjon og implementering av ePROMs-løsning kan alle som utredes bli inkludert, også de som utredes via videokonsultasjon og telefonkonsultasjon, som er viktig utfra nasjonale føringer om økt bruk av polikliniske konsultasjoner over telefon eller video.

N/R-poliklinikker som ikke er tilknyttet NNRR er pr i dag ikke inkludert i dekningsgradsberegning. Det er vanskelig å få et estimat over potensielle pasienter fra disse enhetene pga. man må ha et system lokalt for å skille ut aktuelle pasienter fra annen muskel- og skjelettutredning.

## 5.3 Tilslutning

Registeret hentet i 2022 data fra tolv tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker hvor hver av de fire helseregioner var representert. Det er derfor god geografisk spredning og de store poliklinikker i disse regionene er inkludert.

Poliklinikker ved sykehusene Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø har levert data siden 2016. Helgelandssykehuset i Sandnessjøen, UNN Harstad og Stavanger Universitetssjukehus knyttet seg til NNRR i løpet av 2020 og leverte data til NNRR i deler av 2020. I tillegg begynte poliklinikkene ved Sørlandsykehuset og Ålesund å legge inn pasienter i registeret i desember 2020, mens utredningene var først i gang fra januar 2021. I løpet av 2021 knyttet Levanger sykehus og Drammen sykehus seg til registeret. I januar 2022 begynte også Kysthospitalet i Stavern å registrere pasienter i registeret, hvilket betyr at ved utgangen av 2022 var 12 av 15 potensielle enheter tilknyttet NNRR. I starten av 2023 knyttet også Nordlandssykehuset i Bodø seg til NNRR, og per mai 2023 er 13 av 16 enheter tilknyttet.

Det er fortsatt flere spesialiserte tverrfaglige nakke-ryggpoliklinikker som planlegger å knytte seg til registeret, og man har hatt løpende kontakt med dem gjennom 2022 for å bistå. Tilslutningsprosess krever flere steg før man kan gå i gang med registrering. I utgangspunktet må man ønske tilslutning, søke lokal PVO, skaffe sekretærressurser og eventuelt datautstyr samt det må organiseres opplæring. Totalt er det 16 potensielle poliklinikker i 2022. Når alle disse er tilknyttet vil registeret ha en komplett oversikt over utredning og behandling av nakke- og rygglidelser ved tverrfaglige poliklinikker i spesialisthelsetjenesten i Norge.

De som gjenstår er:

- Porsgrunn, Sykehuset i Telemark
- Ottestad, Sykehuset Innlandet
- Kirkenes

## 5.4 Dekningsgrad

Enhet	Aktuelle	Pasient- skjema	Behandler- skjema	Pasientskjema m/ behandlerskjema	Dekningsgrad
Sandnessjøen	58	53	53	53	91,4
St Olavs	980	711	721	702	71,6
Harstad	76	54	56	54	71,1
Tromsø	531	470	470	467	87,9
Stavanger	658	334	334	325	49,4
Oslo	1585	1266	1311	1245	78,5
Møre og Romsdal	203	173	180	171	84,2
Kristiansand	1111	797	702	704	63,4
Haukeland	756	701	690	678	89,7
Drammen	479	206	206	206	43,0
Stavern	450	358	366	343	76,2
Levanger	261	182	184	174	66,7
<b>Totalt:</b>	<b>7148</b>	5301	5269	<b>5122</b>	<b>71,7</b>

Tabell 17: Dekningsgrad ved respektive enheter og nasjonalt i 2022. Skjemadato fra og med 01.01.2022 frem til 31.12.2022.

Dekningsgrad nasjonalt for 2022 er beregnet til 71,7 % når man inkluderer de tolv poliklinikkene tilsluttet NNRR som hadde registreringer i dette året. Dersom alle 15 potensielle enheter hadde vært inkludert i analysen ville dekningsgraden vært lavere. Det har vært en formidabel vekst i dekningsgrad fra foregående år, noe som med all sannsynlighet skyldes implementeringen av ePROMs-løsningen i november 2020. Teller i dekningsgrad er antall pasientskjemaer med tilhørende beholderskjema, hvilket utgjør 5122 unike pasienter. Nevner er samlet antall pasienter som hver enhet har rapportert som aktuelle for utfylling av skjema **og** som har møtt opp til konsultasjon, hvilket utgjør 7148 unike pasienter.

I 2019 regnet man ut den nasjonale dekningsgraden som et gjennomsnitt av poliklinikkens respektive dekningsgrader. Man valgte i 2020 å regne den nasjonale dekningsgraden basert på det totale antall registreringer på landsbasis delt på det totale antall aktuelle pasienter på landsbasis. Den nasjonale dekningsgraden var oppgitt til 56 % i 2019, men var ikke sammenlignbar med 2020 pga. endringen i utregningsmetode. Dekningsgraden på 42 % for 2020 og 70,9 % i 2021 er likt utregnet som dekningsgraden for 2022.

## 5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er gjort grundig gjennomgang med tilsluttede enheter slik at alle pasienter som henvises med nakke/rygg-problematikk skal tas med som potensielle pasienter til registeret, både de som utredes monofaglig og de som utredes tverrfaglig. Denne gjennomgangen har både vært nedfelt i vår oppdaterte brukermanual og formidlet gjennom sju webinarer i 2022, tre webinarer ment

for behandlere og fire for merkantilt personale. Dette har også vært gjennomgått muntlig i opplæring av nye enheter. Det er bedt om at antall potensielle pasienter (nevner til dekningsgrad) skal rapporteres underveis i året, og dermed bevisstgjøre involvert personal om at man må ha prosedyrer for å ivareta registeret lokalt. Via de nasjonale webinarne bedres opplæring av nytt personell, og man samkjører erfarent personell. Man har da gjennomgang av prosedyrer for utfylling av behandlerskjema, prosedyrer for beregning av dekningsgrad og gjennomgang av merkantile prosedyrer for inkludering av pasienter, bestilling av skjemaer og oppfølging av utfylling. Dette bidrar også til å skape engasjement rundt registeret.

På webinarne for behandlere blir det også som nevnt gjennomgått hvordan behandlerskjema skal utfylles. I NNRRs oppdaterte brukermanual er dette grundig redegjort. Brukermanualen ble oppdatert etter det ble innført helelektronisk løsning og ligger tilgjengelig på registerets nettsted – link: [brukermanual](#). På denne måten sikrer man at skjemaer fylles ut likt. Det er i tillegg utarbeidet en kortversjon av brukermanualen til registeret som kan distribueres til alle nye ansatte – link: [kortversjon](#). Denne kortversjonen inneholder link til vår komplette brukermanual, samt link til demo-plattform hvor man kan øve seg i forhold til utfylling og link til resultatportal. Registerets sekretær har i tillegg spesialkunnskap om registeret og er tilgjengelige på telefon og mail, både til behandlere og sekretærer. Dette gjelder også for konstituert fagrådsleder og daglige leder. Fagrådets medlemmer representerer alle helseregioner og innehar inngående kunnskap om registeret og er tilgjengelig for støtte til enhetene i egen region. Den enkelte institusjon er ansvarlig for å ivareta intern opplæring, men registeret har som nevnt ovenfor bidratt med både webinarer og skriftlig informasjon samt møter for å støtte denne opplæringen.

Det er også laget en standardisert tekstfrase som kan klippes inn i journalnotat for å informere pasient om oppfølging fra registeret, og dermed bedre oppfølgingsraten. Denne frasen presenteres i kortversjonen av brukermanualen slik at alle enheter kan implementere frasen eller lignende frase. Det er også oppfordret til å informere om oppfølgingskjema muntlig ved utredningskonsultasjonen.

Administrativt kan man se hvor mange behandlerskjema som står i kladd (*ikke utfylte skjema*), og dermed iverksette ferdigstilling av disse. Det sendes rutinemessig og jevnlig ut administrative oversikter over antall registreringer og om skjema er ferdigstilte. De fleste felt på registreringsskjemaet for helsepersonell er gjort obligatoriske for å bedre variabelkompletthet.

Språklige forhold er viktige ved innsamling av pasientrapporterte data for å få innsikt i funksjon og erfaringer med behandlingstilbud. Ved alle poliklinikker, særlig ved OUS, er en andel av pasientene av minoritetsbakgrunn. Tidligere kvalitetsforbedringsprosjekt ved OUS avdekket at en stor andel av de ikke-norske pasientene angir at de behersker engelsk. Den engelske oversettelsen av NNRRs pasientskjemaer ble ferdigstilt i oktober 2021, og ble da implementert. Når pasientene åpner pasientskjema får de nå et valg om å fylle ut på norsk eller engelsk. Man er i gang med oversettelse av skjemaene til polsk, og man håper på implementering av dette i 2023.

## 5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

Datadump for resultatdel av årsrapport er hentet ut ved hjelp av Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Statistiker ved SKDE har bistått i arbeidet med å gjøre beregninger, og ut fra dette laget tabeller. Det er ikke brukt eksterne kilder for å vurdere



korrekthet og reliabilitet på data i registeret. Resultatmål i registeret er i hovedsak kvalitetsindikatorer basert på godt kjente og validerte måleinstrumenter. Resultatmål ved oppfølging er i sin helhet pasientrapporterte data (PROM/ PREM). I 2023 planlegger NNRR å gjennomføre en kartlegging om pasientene som deltar i oppfølging er representative for pasientgruppen som helhet. Dette skal være en frafallsanalyse som er etterspurt av ekspertgruppa.

NNRR har tidligere samarbeidet med nasjonalt fagsenter for pasientrapporterte data for gjennomgang og vurdering av om NNRR anvender de mest hensiktsmessige måleinstrumenter, samt om man har nødvendige lisenser for bruk av måleinstrumentene. Det ble i 2021 innhentet lisens for bruk av måleinstrumentene «Oswestry Disability Index» og «Neck Disability Index». Lisenser ble kjøpt i samarbeid med Norsk Register for Ryggkirurgi. I tillegg har nasjonalt fagsenter bistått med kvalitetssikring av oversettingsarbeid til engelske versjoner av pasientskjemaer.

## 5.7 Vurdering av datakvalitet

### **Kompletthet - dekningsgrad**

NNRR er geografisk representert i alle regioner, hvilket er en fordel med tanke på kompletthet. NNRR må øke andelen enheter fra 12 til alle 16; en prosess som er godt i gang. En trettende enhet er allerede i gang med innrapportering av pasienter fra starten av 2023 (Nordlandssykehuset i Bodø).

Dekningsgraden hadde en formidabel bedring i 2021 sammenlignet med tidligere år, og dette har vært opprettholdt gjennom 2022. Den generelle oppgangen tilskrives at all data ble innsamlet elektronisk i 2021, og utfylling av pasientskjema ved oppmøte til konsultasjon i svært stor grad opphørte. Det er fortsatt mulig for pasienter å fylle ut skjema ved oppmøte, men dette ser ut til å skje i liten grad. Dekningsgraden er svært høy ved UNN Tromsø, Sandnessjøen, Møre og Romsdal og Bergen. Ved alle disse enhetene er det over 80 % dekningsgrad. I tillegg ligger St Olavs, UNN Harstad, OUS og Stavanger over 70 %. Ved enhetene i Sørlandet og Levanger er dekningsgraden noe dårligere mellom 63-67 %. Enhetene Stavanger og Drammen skiller seg betydelig ut med lav dekningsgrad under 50 %. Ved de to sistnevnte enhetene er det oppgitt at det foreligger sannsynligvis intern svikt i rutiner for oppretting og utsendelse av skjemaer – delvis tilknyttet nyansettelser. Dette understreker behovet for gode interne rutiner for opplæring og oppretting av NNRR-forløp i MRS. Alle enheter med dekningsgrad under 70 % har fått tilbud om oppfølging i forhold til rutiner.

Den nasjonale dekningsgraden påvirkes i størst grad av dekningsgrad ved de største enhetene, ettersom de utreder majoriteten av pasientene på landsbasis. Haukeland og St Olavs løftet sin dekningsgrad i 2022 fra 2021, hvilket var viktig for å opprettholde nasjonal dekningsgrad over 70 % i 2022. Å løfte dekningsgraden ved spesielt de tre store enhetene ved Sørlandet, Stavanger og Drammen vil i stor grad bidra til kompletthet av registeret; og løfte dekningsgraden nærmere 80 %.

Stort sett har nye enheter hatt høy dekningsgrad, men man ser at det likevel er enkelte utfordringer både i forhold til å innhente reliable tall for dekningsgradsanalyse fra flere av enhetene, samt etablere gode rutiner for utsendelse av pasientskjemaer og utfylling av

behandlerskjema. Dette ser man tydelig gjennom diskrepans i tallene på pasientskjema, behandlerskjema og pasientskjema med tilhørende behandlerskjema. Registeret må fortsatt jobbe videre med oppfølging av lokale prosedyrer for å registrere antall aktuelle pasienter; både gjennom opplæring av nye enheter og oppfølging av de som har levert data over mange år. Dette viser tydelig at den framtidige dekningsgraden kan løftes ytterligere. Man bør på sikt vurdere å gjennomføre et nasjonalt datakvalitetsprosjekt for å løfte dekningsgrad over 80 % nasjonalt.

### Kompletthet - utfylte oppfølgingskjema etter 6 mnd og 12 mnd

Oppfølgingskjema etter 6 måneder som benyttes til resultater i denne årsrapporten er innhentet fra pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.juli 2021-30.juni 2022; noe som gjør at pasientantall for oppfølgingskjema er forskjellig fra pasientantall for dekningsgrad. Det er ønskelig at registeret har data fra oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder for flest mulig av pasientene. Uten slike opplysninger vet man ikke hvordan det har gått med pasientene over tid. Det ble i 2022 ble det også samlet inn oppfølgingsinformasjon etter 12 måneder – oppfølgingsrate for utregnet for pasienter som hadde sin første konsultasjon i perioden 1.januar 2021-31.desember 2021. Dette var første gang man hadde et helt år med data med 12 mnd oppfølging.

**Måltall:** 60 % av alle oppfølgingskjema fra registreringsperioden.

Sykehus	Antall aktuelle	Rate (%) i 2022	Rate (%) i 2021	Rate (%) i 2020	Rate (%) i 2019
Haukeland	689	58,1	62	36	32
OUS	1340	63,1	63	44	
St. Olavs	754	62,7	58	47	42
UNN-Harstad	79	53,2	75	24	
UNN-Tromsø	477	70,2	64	41	44
Kristiansand	688	71,2	55		
Levanger	173	75,1	64		
Sandnessjøen	54	77,8	64		
Stavanger	418	67,0	70		
Ålesund	205	68,3	64		
Stavern	69	56,5			
<b>Nasjonalt</b>	<b>4946</b>	<b>65,0</b>	<b>63</b>	<b>41</b>	<b>38</b>

Tabell 18: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingskjema etter 6 måneder.

Sykehus	Antall aktuelle	Rate (%) i 2022	Rate (%) i 2021
Stavanger	535	59,4	70
OUS	1295	56,8	59
Haukeland	658	60,2	68
UNN-Harstad	86	62,8	55
UNN-Tromsø	559	62,6	55
Sandnessjøen	75	58,7	20
St.Olavs	718	62,0	56
Drammen	15	33,3	
Levanger	111	64,0	
Stavern	0	0	

Ålesund	244	59,8	
Kristiansand	733	64,8	
<b>Nasjonalt</b>	<b>5029</b>	<b>60,4</b>	<b>61</b>

Tabell 19: Totalt antall aktuelle og andel utfylte oppfølgingskjema etter 12 måneder.

Oppfølgingsraten ved 6 måneder har utviklet seg svært positivt i 2021 sammenlignet med tidligere år, og dette opprettholdt seg i 2022. Den nasjonale oppfølgingsraten er på 65 % og er dermed over satt måltall. Alle pasienter som har svart på oppfølgingskjema mottok elektronisk oppfølgingskjema. Det er fortsatt ønskelig med en høyere oppfølgingsrate enn 65 %, ettersom dette i stor grad innvirker på validiteten av datamaterialet. Man har også ytterligere behov for analyser av gruppen som svarer på oppfølgingskjema for å avklare om de er representative for pasientgruppen som helhet, og dette har man iverksatt et prosjekt på i 2023.

Oppfølgingsraten ved 12 måneder på 60,4 %, og det er 46,7 % av aktuelle pasienter som har fylt ut begge oppfølgingskjemaer. Dette viser at det er en andel som har kun 6 måneder oppfølgingskjema, og en andel som kun har 12 måneder oppfølgingskjema. Det er som forventet at en noe mindre andel fyller ut oppfølgingskjema ved 12 måneder enn 6 måneder. Det er ikke gjort noen valideringsundersøkelser i forhold til om 6 måneder- og 12 måneder-gruppene er like.

Det er flere elementer som kan påvirke motivasjon til å fylle ut oppfølgingskjema. Til sammenligning har Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi en høyere oppfølgingsrate. Noe som kan forklare at fysikalskmedisinske intervensjoner ofte krever aktive endringer som pasienten må gjøre selv. En operasjon, en injeksjon eller andre passive tiltak hvor helsepersonell som behandler er tilstede, er trolig lettere for pasienten å oppfatte som behandling enn aktive tiltak som pasienten selv må initiere. For noen oppfattes ikke tiltak, som krever en aktiv tilnærming hos pasienten selv, som en behandling. Denne opplevelsen av å ha mottatt en behandling eller ei kan potensielt være med å påvirke pasientens motivasjon for å fylle ut oppfølgingskjema. I tillegg har pasientgruppen høy komorbiditet av psykisk symptomtrykk som i seg selv svekker initiativ, og dermed kan påvirke oppfølgingsrate negativt. Disse to utfordringer med pasientgruppen kan dessverre ikke elimineres i framtiden. Derimot kan god informasjon, påminning, ordlyd i spørsmål og brukervennlighet øke oppfølgingsgrad; elementer som det stadig jobbes med å forbedre.

### Variabelkomplethet

De aller fleste variabler i behandlerskjema er obligatoriske. I brukermanual framkommer veiledning for utfylling av behandlerskjemaet, samt NNRR har i 2022 avholdt tre webinarer hvor det er gjennomgått utfylling av dette skjema for å sikre likere praksis over hele landet. Behandlerskjemaet er i 2022 100 % utfylt. En ny versjon med noen nye variabler som ikke er obligatoriske ble implementert i januar 2022. Missing på disse ikke obligatoriske variablene ligger på ca 13 %.

Pasienter kan velge å ikke fylle ut enkelte spørsmål. Det er innført et alternativ for «ikke svart» på de fleste variabler, slik at en har kontroll på andel ubesvarte spørsmål. Noen variabler skal ikke alle pasienter svare på, for eksempel NDI skal kun fylles ut av pasienter som har nakkeproblematikk. Dette kan sees ved at variabler tilknyttet NDI har ca 50 % missing, men man kan dessverre ut fra rapport hentet ut april 2023 framkommer det at jevnt over er variablene fra skjema registrert i 2022 godt utfylt. Sentrale PROMs før utredning som for eksempel beregning av score for ODI har 2,6 % missing, HSCL10 score har 2,6 % missing, FABQ score for fysisk

aktivitet har 2,1 % missing og FABq score for jobb har 3,3 % missing, samt UHI har også 1,2-2,6 % missing. På EQ-5D er det høyere missing med 19,4-22,1 % på delspørsmålene og 21,7 % missing på EQ VAS. Man har ingen god forklaring på hvorfor det er høyere missing på EQ-5D enn andre PROMs, og dette er noe som man bør se nærmere på.

Det er også sammenlignbart lav andel missing på oppfølgingskjema ved 6 og 12 mnd som tyder på at de pasientene som tar seg tid til å fylle ut skjema gjør det grundig.

### **Korrekthet**

Ettersom de fleste kvalitetsindikatorer er basert på PROM/ PREM, som igjen er godt validerte måleinstrumenter, vurderes skårene i seg selv som valide.

Det er fortsatt utfordringer ift. både dekningsgrad og oppfølgingsrate, som igjen negativt påvirker den eksterne validiteten til datamaterialet som helhet – og dermed må man utvise forsiktighet ved generalisering. Ved flere enheter er derimot dekningsgraden god, og dermed styrker det de respektive enhetenes interne validitet.

### **Reliabilitet**

Det er ikke utført egne tester av reliabilitet i registeret, men alle utfallsmål som benyttes er validerte måleinstrumenter opp imot pasientgruppen.

### **Overordnet vurdering**

Styrken til datamaterialet er at resultatmål er fra måleinstrumenter som i utstrakt grad benyttes i forskning, og som er ansett som valide og reliable for pasientgruppen. Det er også en styrke at komplettheten med tanke på variabelkompletthet vurderes å være god – både utfyllt av pasient og helsepersonell.

Ved tidligere år var svakheten til datamaterialet ift kompletthet i stor grad knyttet til lav dekningsgrad og oppfølgingsrate. Siste to år med dekningsgrad over 70 % styrker ift validitet/generaliserbarheten av data. Det er også fortsatt en svakhet at man ikke har alle enheter tilknyttet registeret. Registeret må opprettholde oppfølging av lokal dekningsgrad for å ytterligere forbedre nasjonal dekningsgrad, samt jobbe videre med å tilknytte seg alle potensielle enheter.

Ved flere enheter er det svært høy dekningsgrad, og man kan derfor benytte lokale data i eksempelvis internt kvalitetsarbeid uten bekymring for validitet.

Det er også fortsatt et forbedringspotensial på oppfølgingsrate både nasjonalt og ved alle enheter – og dermed må man utvise en grad av forsiktighet ved tolkning av oppfølgingsdata. Det er likevel gledelig å se at det har vært en økning til 65 % i oppfølgingsraten ved 6mnd, samt at oppfølgingsraten ved 12 mnd er nesten like høy på 60,4 %. En svakhet ift oppfølgingsdata er at det ikke er gjort gode valideringsstudier for å bekrefte at de som svarer på oppfølgingskjema er representative for gruppen som helhet.

## Kapittel 6

# Fagutvikling og pasientrettet

## kvalitetsforbedring

Daglig leder, faglig leder og sekretær jobber kontinuerlig med gjennomgang av registrerings skjema, brukermanual, hjelpetekster, valideringsregler og rapportfunksjon for å sikre at registeret benytter standardiserte begrepsdefinisjoner, klassifikasjoner og kodeverk. Dette gjøres i tett samarbeid med fagråd, Hemit og SKDE.

NNRR har revidert vedtekter som ble endelig godkjent av ledelsen ved UNN ved Klinikksjef for NOR-klinikken Bjørn-Yngvar Nordvåg den 21.02.21.

### 6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Målgruppen er alle voksne pasienter som henvises til de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene (enhetene) ved fysikalskmedisinske miljø i sykehus hvor hovedproblemstillingen er nakke- og ryggproblemer. Diagnosekoder eller prosedyrekoder avgjør ikke inkludering. Pasientene inkluderes dersom de vurderes til å ha spinal lidelse som gir rett til vurdering/behandling. Dette er pasienter hvor det i utgangpunktet ikke er mistanke om revmatisk lidelse eller akutt indikasjon for kirurgi. Pasientene er vurdert av henviser til å ha behov for bistand til diagnostisk avklaring og kartlegging av behov for konservative tiltak. Inkluderingsprosedyre og metode for dekningsgradsanalyse er vurdert tilfredsstillende av ekspertgruppen for medisinske kvalitetsregistre i juni 2019. Prosedyre for inkludering står nøye forklart i oppdatert brukermanual samt gjennomgås på jevnlige webinarer.

## 6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

Registerets variabler er spesifisert i en kodebok, og kodebok er tilgjengelig i innregistreringsløsningen (Medisinsk Registersystem - MRS). Kodebok inneholder visningsnavn, variabelnavn og svaralternativer samt i hvilken oppdateringsversjon variabel er inkludert. Det er i 2021 påbegynt et større arbeid som omhandler oppdatering av metadata og dataprodukt for alle variabler i kodeboken. Arbeidet med metadataprojektet er kontinuert i 2022 og forventes ferdigstilt i 2023. NNRR har fått eksterne midler fra SKDE som bidrag til å gjennomføre prosjektet.

### 6.2.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer (KI) 1-8

#### Prosessindikatorer

##### 1) *Andel pasienter med tverrfaglig behandling*

Måltallet for andelen for denne indikatoren er etablert i konsensus i fagrådet ut fra klinisk erfaring fra vår pasientpopulasjon. I nasjonal og internasjonale faglige retningslinjer anbefales tverrfaglig behandling av langvarige nakke- og ryggplager, særlig ved gule flagg [1-3]. Tverrfaglig er definert som to eller flere faggrupper [1]. Den utredende konsultasjonen kan være tverrfaglig og er i de aller fleste tilfeller ledd i starten på en intervensjon/behandling av pasienten. Denne indikatoren gjelder tverrfaglig behandling igangsatt etter første utredende konsultasjon.

#### Resultatindikatorer

Måltallene for andelen for de ulike resultatindikatorerne er etablert i konsensus i fagrådet ut fra klinisk erfaring fra pasientpopulasjon. For detaljer vises det til resultatkapitlet (kapittel 3).

##### 2) *Bedret funksjon*

##### 3) *Andel med minimal funksjonsnedsettelse*

##### 4) *Bedring smerte i hvile*

##### 5) *Bedring smerte i aktivitet.*

##### 6) *Tilbake i jobb*

##### 7) *Opplevd bedring av behandling*

##### 8) *Andel fornøyde pasienter*

Relevant forskning har bidratt til hva som er klinisk viktig bedring. Cut-off for funksjon ved ODI (KI 2) er satt til 30 % reduksjon fra utgangsscore [4], mens ODI-score er satt til 23 poeng eller lavere for at pasienten vurderes til å ha minimal funksjonsnedsettelse (KI 3) [4]. Cut-off på hva som regnes som klinisk viktig bedring i smerte er også satt til 30 % reduksjon fra utgangsscore (KI 4-5) [5].

Måloppnåelse for kvalitetsindikatorerne framstilles både på nasjonalt nivå og på enhetsnivå. For oversikt over resultater for registerets kvalitetsindikatorer, se kapittel 3.

### 6.2.2 Andre variabler

Et viktig mål på graden av kvalitet er dekningsgrad og kompletthet av utfylte oppfølgingskjema. Dette bidrar til informasjon om både datakvalitet og struktur i registeret.

Pasienten registrerer i forkant av utredning sosiale og demografiske bakgrunnsvariabler (se punkt 6.4) samt validerte PROMS (punkt 6.3)

I behandler skjema registreres diagnoser, radiologiske data og behandlingstiltak. Det registreres henvisningsdato og konsultasjonsdato slik at ventetid kan estimeres. Det registreres også hvilke helsepersonell som er med i utredningen. Behandler utfyller i hvilken grad de vurderer at gule flagg kompliserer forløpet, om det gis mestringsorientert samtale, individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter samt om funksjonsevne vedrørende livsstil og/eller medikamenter kartlegges. Det registreres avslutningsvis om videre behandling anbefales, og hvilken type, for eksempel trening, kognitiv tilnærming eller undervisning. Dersom tverrfaglig behandling anbefales framkommer dette i prosess-kvalitetsindikator.

Flere av bakgrunnsvariablene og PROM/PREM kan sammen avdekke «gule flagg». Gule flagg indikerer dårligere prognose jfr. retningslinjer for nakke og rygg [1, 3, 6, 7]. Slike data kan brukes til å avgjøre om den riktige pasientgruppen henvises til de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene og gi en pekepinn på om pasienter med flere gule flagg blir anbefalt videre tiltak i henhold til nasjonal retningslinje. Det var diskutert på fagdag februar 2023 mulighet for å samle funn av gule flagg og videre behandlingstiltak i en kvalitetsindikator, men man har ikke klart å finne en løsning som er hensiktsmessig.

Gule flagg jf nasjonale klinisk retningslinje[1]

- *Pessimistiske/negative holdninger/overbevisninger i forhold til smertene, for eksempel uttalt engstelse for visse bevegelser og at mye kan gjøre vondt (frykt-unngåelsesatferd), for å være i arbeid, samt liten grad av forventning om å bli bra/komme i arbeid.*
- *Arbeidsrelaterte problemer/sykemelding (bør tidsbegrenses)*
- *Emosjonelle problemer (for eksempel depresjon, angst og bekymringer)*
- *Tilleggssymptomer i form av generaliserte smerter, hodepine, tretthet, svimmelhet og plager fra magen*
- *Tiltro til passive behandlingsopplegg, og liten tro på egen mestringsmulighet*
- *Pasienter med omfattende tidligere ryggplager og nerverotaffeksjon*

## 6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Metode for datafangst fra PROM og PREM er nøye beskrevet i kapittel 4. Andelen i befolkningen som er elektronisk aktivt har økt betydelig etter koronapandemien. Helsenorge.no er den digitale helseplattformen som flest pasienter bruker. Etter at registeret ble helelektronisk har andelen pasienter som leverer skjema økt betydelig, noe som gjenspeiles i økt dekningsgrad og oppfølgingsandel. En andel av pasienter velger aktivt ikke å samtykke og fyller derfor ikke ut skjema. Siden andelen som leverer elektronisk skjema er så høy vurderer man at en papirløsning i liten grad vil øke datakvalitet, og det prioriteres derfor ikke. Kostnadene ved dette ville vært større enn nytten. Ved enkelte avdelinger har man papirskjema, som pasienten fyller ut, leverer inn, så plottes data inn i registeret av støttepersonell.

Instrumenter/ skjema som brukes rutinemessig for innsamling av PROM/PREM er grunnlag for kvalitetsindikatorer for resultat nevnt ovenfor (KI 2-8). De fleste er anerkjente skjema med tilfredsstillende validitet og reliabilitet og evne til å fange opp endring («responsiveness»). Alle nødvendige lisenser er på plass.

Effekt mål som måles forut for konsultasjon er pasient-registrerte data listet nedenfor. De som også registreres ved seks og 12 måneders oppfølging er markert med (\*):

- *Arbeidsstatus*. Pasienten selvrappporterer arbeidsrettet aktivitet, sykemelding og lignende. Spørsmålene er likt formulert både før utredning og ved oppfølging, noe som dermed bedrer nøyaktighet av kartleggingen. Mål på et gult flagg (\*)
- *Smerteintensitet*. Måles fra 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelig smerter). Rapporteres i hvile og i aktivitet. Slike smertere registreringer med bruk av en numerisk skårings-skala fra 0-10 (NRS) er velkjent i klinisk bruk og forskning [8]. Mål på et gult flagg (\*)
- *Oswestry funksjonsskår (Oswestry Disability Index, ODI)* [9, 10]. Beskriver hvordan rygg smerter påvirker funksjoner i ulike daglige aktiviteter. 10 spørsmål med 6 alternativer. Skåres fra 0 % (ingen funksjonssvikt) til 100 % (maksimal funksjonssvikt). Skjemaet Oswestry Disability Index er laget til bruk for pasienter med rygg smerter. Fylles ut av alle pasienter. (\*)
- *Nakke funksjonsskår (Neck Disability Index, NDI)* [11, 12]. Beskriver hvordan nakkesmerter påvirker funksjon i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0 poeng (ingen funksjonssvikt) til 100 poeng (maksimal funksjonssvikt). Skår blir oppdatert til nyeste versjon i neste års rapport (fram til i 2022 har 0-50 blitt benyttet). Korrigeres med mean substitution for inntil 2 missing. Skjemaet er laget til bruk for pasienter med nakkesmerter. Fylles kun ut av pasienter med nakkesmerter. (\*)
- *EQ-5D-5L* [13, 14] Fem spørsmål som samlet skårer funksjon/ helse relatert livskvalitet (mobilitet, selv-ivaretagelse, hverdagsaktiviteter, smerte og angst/depresjon). Hver dimensjon angis enten som ingen, mild, moderat eller alvorlig. Utrekning er i henhold til EQ5D-5L sin brukerguide *scoretabeller*. >0.75 vurderes som normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt helse/helse relatert livskvalitet (best funksjon/helse relatert livskvalitet)(\*) Dersom det er en eller flere missing beregnes ikke score.  
  
*EQ-VAS* [14, 15]. En visuell analog skala. Pasienten markerer opplevd helse på en søyle fra 0 (verst tenkelig helse) til 100 (best tenkelig helse). EQ-5D-5L og EQ-VAS er generisk og mye brukt til å beskrive helse relatert livskvalitet inkludert ved spinale lidelser. Skjemaene kan også brukes til kost-nytte-analyser. (\*)
- *Subjective health complaints* [16, 17]. Kartlegger grad og antall alminnelige helseplager. Mål på gult flagg og komorbiditet.
- *HSCL-10* [18, 19] kartlegger psykisk symptomtrykk. Korrigeres med mean substitution for inntil 2 missing. Verdi over 1,85 indikerer at videre utredning/behandling bør vurderes. Mål på gult flagg.
- Smertetegning. Grunnet digital løsning kan ikke pasienten skravere smertefulle områder på tegning, men krysser av kroppsavsnitt i tekstformat. Mål på gult flagg.
- The Fear-avoidance beliefs questionnaire (FABQ) [20, 21]. 11 av 16 spørsmål er tatt med. Disse utforsker tanker om hvordan fysisk og arbeidsrelatert aktivitet er årsak til eller bidrar/forverrer/skader rygg eller nakke. Pasientens forventning om å være tilbake til jobb innen tre måneder kartlegges også, noe som er vurdert til å være en god prediktor for om pasienten gjenopptar arbeidsrettet aktivitet [22]. Mål på gult flagg.

Følgende (PREM) kartlegges kun ved oppfølging:



- «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?» (\*).
- «Hvilken nytte mener du at du har hatt av vurderingen/behandlingen?» (\*)

For resultater se kapittel 3.

## 6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det registreres bosted, alder, kjønn, nasjonalitet, behov for tolk ved konsultasjon, utdanningsgrad og sosial status (gift/samboer eller enslig). Videre registreres antall barn, lese- og skrivevaner og røykevaner. Pasienten angir om han/hun har et arbeidsforhold og nåværende yrkesstatus/sykemelding/ uførhet. Det angis også grad av subjektiv opplevelse av arbeidsevne for øyeblikket (totalt, ut fra fysiske krav og psykiske krav) samt grad av fornøydhet med jobben. Varighet av plager kartlegges, hva pasienten selv tror er årsak til smerter samt tidligere behandling for aktuelle plager. Pasienten graderer egen fysisk aktivitet ut fra fire nivå. Data gir grunnlag for å beskrive pasientpopulasjonen med tanke på sosiale faktorer og demografi. Dette er framstilt deskriptivt og sammenlignet på enhetsnivå i kapittel 3.2.

Det er gjort analyser i et påbegynt kvalitetsforbedringsprosjekt på pasienter med fremmedkulturell bakgrunn. Prosjektet er presentert nærmere i kapittel 9.

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

Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer er ikke planlagt pr i dag, men det er naturlig at NNRR blir involvert den dagen nye nasjonale retningslinjer for behandling av rygg- og nakke skal etableres. I henhold til debattinnlegg fra fagmiljøet i Tidsskriftet for Den norske legeforening i 2020 [23] er det på høy tid med en oppdatering. Vanligvis er det helsedirektoratet som initierer slik revidering. Mai 2022 har overlege Røe fra enheten i Oslo hatt møte med Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet hvor resultat fra NNRR Oslo ble presentert, men revidering av retningslinjer var ikke et spesielt tema. NNRRs pågående kvalitetsforbedringsprosjekt for personer med fremmedkulturell bakgrunn og tolkebehov vil også kunne danne grunnlag for anbefalinger om likeverdige tjenester.

I fagråd og fagdager for alle enheter organisert av registeret ble utfordringer ved nakke- og ryggpoliklinikker diskutert. En slik faglig diskusjon er et viktig bidrag til å oppnå likeverdig helsetjenester. Nye nasjonale kvalitetsindikatorer ble også diskutert, som er presentert nærmere i avsnitt 6.7.

## 6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

NNRR og norske sykehus benytter nasjonal klinisk retningslinje fra 2007 for behandling av korsryggsmerter [1], men ser også til internasjonale retningslinjer som er nyere for både rygg og

nakke [3, 6, 7]. Jens Ivar Brox - som er medlem av fagrådet i registeret - er medredaktør på de norske retningslinjene.

Kvalitetsindikatorene i NNRR gjenspeiler anbefalinger i de faglige retningslinjene. Resultatene som presenteres i kapittel 3 gir derfor indikasjon på i hvor stor grad deltakende sykehus følger hovedanbefalingene i retningslinjene.

Følgende kvalitetsindikatorer måler etterlevelse av de faglige retningslinjene:

Kvalitetsindikator	Etterlevelse av faglige retningslinjer
1. Andel pasienter med tverrfaglig behandling	<p>I følge norske retningslinjer for behandling av korsryggsmerter [1] skal det i intervensjon legges vekt på en kognitiv tilnærming i kommunikasjon med pasienten, strukturert opptrening, utredning i forhold til kirurgisk behandling og tilrettelegging i arbeidslivet.</p> <p>Registeret støtter en diagnostisk og behandlingsmessig tilnærming med «triage», som er i tråd med den som brukes i nasjonale retningslinjer og internasjonale anbefalinger for rygg- og nakkesmerter [1, 3]. Ut fra dette skal pasienter med kortvarige plager, liten funksjonssvikt og fravær av gule flagg ikke ha videre behandling i sykehus, men anbefales å opprettholde aktivitet i hverdag og arbeid, samt trygges med informasjon om vanlige forløp for ryggplager. For utvalgte pasienter vil utredning med trygging vurderes å ikke være tilstrekkelig, og da skal videre oppfølging med trening eller kognitive teknikker vurderes.</p> <p>Det er videre sterk anbefaling i nasjonal retningslinje for behandling av ryggsmerter at pasienter med langvarige smerter og tydelig funksjonsnedsettelse skal tilbys tverrfaglig behandling. KI 1 kartlegger etterlevelse av denne anbefalingen. Den tverrfaglige behandlingen bør fokusere på bedring i funksjon, og ha elementer av trening og kognitiv adferdsterapi [2].</p>
2. Bedret funksjon 3. Andel minimal funksjonsnedsettelse 4. Bedring av smerte i hvile 5. Bedring av smerte i aktivitet 6. Tilbake til jobb 7. Opplevd bedring av behandling	<p>Overordnet mål for behandling av nakke- og ryggglidelser er ifølge norske og internasjonale retningslinjer [1, 3] å redusere smerter, bedre funksjon og tilbakeføring til arbeid. KI 2-7 viser at NNRR måler slik effekt på pasienter som utredes og behandles ved tilknyttede enheter.</p>
8. Andel fornøyde pasienter	<p>Denne indikatoren måler andel pasienter som angir ved oppfølging at de er fornøyd eller nøytral med kontakten med personalet på sykehuset.</p>

	Trygging er i retningslinjer hovedanbefaling ved nakke og ryggproblematikk [1, 3, 6]. For å trygge pasienten er kommunikasjon og god kontakt med helsepersonell vesentlig. Høy måloppnåelse på KI 8 må ligge til grunn for å kunne etterleve denne anbefalingen.
--	--

I norske retningslinjer [1] og internasjonale retningslinjer [3] anbefales det at uspesifikke nakke- og ryggplager i første omgang skal utredes og behandles i primærhelsetjenesten, men ved vedvarende plager over 4-6 uker bør pasienten henvises til spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig nakke- og ryggpoliklinikk er i norske retningslinjer presisert som et godt alternativ. Pasienter med gule flagg (se avsnitt 6.2.2) har dårligere prognose og bør særlig vurderes for videre tiltak. Kartlegging av registerets pasienter viser at over 90 % har plager over tre måneder og mange pasienter har flere gule flagg, noe som viser at det som helhet er de rette pasientene som henvises til nakke- og ryggpoliklinikkene. Gule flagg er vanskelig å samle i en kvalitetsindikator, men framkommer av en sammenstilling av flere variabler presentert i avsnitt 3.2.

## 6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder

**Tabell 1. Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret**

<p><b>Identifiserte pasientrettede forbedringsområder</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjøre spørreskjema tilgjengelig på flere språk for å bedre møtet med den enkelte pasient, og bedre for å bedre dekningsgrad.</li> <li>• Fortsatt stort sprik i andelen som får tilbud om tverrfaglig behandling mellom enheter (KI1). Tiltak kontinueres.</li> <li>• Det er vist variasjon i klinisk viktig bedring i funksjon (KI 2) med en nasjonal variasjon fra 20 til 25 % (se Figur 2). Andel som rapporterer bedring i smerte varierer også en del; klinisk viktig bedring av smerte i hvile varierer fra 20 til 37 % (se Figur 4), og i aktivitet er variasjon fra 22 til 40 % (se Figur 5). En mer justert analyse av data bør gjøres i første omgang. Om det fortsatt er stor variasjon bør man se nærmere på hva som kan være årsak og se på tiltak som kan minske variasjon.</li> <li>• Pasientrapporterte data viser at i 2022 hadde 46,7 % av pasientene som ble henvist til poliklinikkene hatt smerter over 2 år, som er stabilt med foregående år. Svært langvarig smerter forringer prognosen. Ved flere enheter er det de siste årene igangsatt prosesser for å opprette HelseArbeid-enheter, hvor et av fokusområdene er tidligere henvisning av pasientene. NNRR ønsker å lage en publisering på sikt hvor blant annet henvisning sent i forløpet problematiseres, for eksempel i Tidsskriftet DNLf. En slik publisering vil kunne bidra til at fastleger henviser tidligere.</li> </ul>
---	--

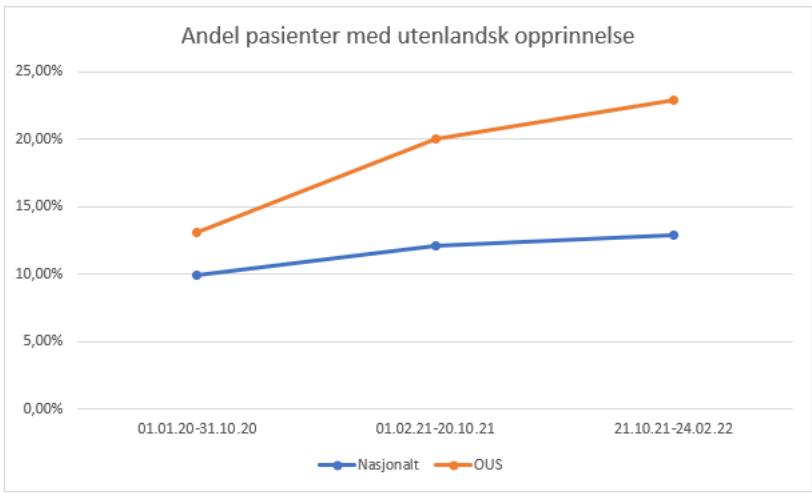
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutteringsvansker som gir utfordringer i å kunne tilby tverrfaglighet</li> <li>• Usikkerhet om billedfunn, som kan oppleves dramatisk av pasienten, blir forklart på en trygg og opplysende måte.</li> <li>• En stor del av behandlingen i de tverrfaglige poliklinikkene går på å trygge pasienten på bevegelse og få personene trygge på sine utfordringer, og dermed påvirke FABQ og HSCL10, men dette er ikke en del av oppfølgingsdata. Et forslag er å legge dette til.</li> <li>• Kartlegge subgrupper for eksempel var det diskutert på fagdag februar 2023 mulighet for å samle funn av gule flagg og videre behandlingstiltak i en kvalitetsindikator.</li> <li>• Kartlegge innhold i behandlingsopplegg og tiltak for å gjøre disse mer likeverdige.</li> </ul>
--	--

**Tabell 2. Tiltak og resultat**

<b>Aktuelt forbedringsområde</b>	KI 1 Andel pasienter med tverrfaglig behandling -andelen har vært sprikende og lav ved flere enheter
<b>Hva ble gjort av hvem/hvor og når?</b>	<p>1. I 2020 var det et prøveprosjekt med forkortet gruppelengde i Tromsø, slik at flere pasienter fikk tilbud om gruppebehandling med grunnlag i å bedre måltall for kvalitetsindikator for andel med tverrfaglig behandling. Våren 2021 ble det bestemt at dette ble en permanent løsning.</p> <p>2. I Bergen har man med grunnlag i registerdata besluttet å videreføre gruppebehandlingstilbud som var truet med nedleggelse i 2020/21, og dermed unngått endring som ville forringet kvalitet.</p> <p>3. Lokale register-data fra St. Olavs er brukt i et mastergradsprosjekt publisert 2019. Man fant her at pasienter henvist til ulike behandlingsløp var forskjellig med tanke på prognostiske faktorer. Funnt fra studien har støttet opp under endringen i 2019 om å slå sammen kort og lang gruppebehandling til en gruppe med middels lengde, noe som nå er videreført. Registerdata er derfor brukt til å evaluere og videreføre anbefalt behandling.</p>

	<p>4. Registerledelsen har rapportert spriket i tilbudet mellom enheter til foretaks-, sykehus- og klinikkledelse for å synliggjøre behovet for å styrke, og opprettholde, tverrfaglige behandlingstilbud. Dette er tatt inn som variabel i kvartalsrapport som sendes til hver enhet x3 pr år. Denne variabel var også diskusjonstema på fagdag som skulle avholdes høst 2022, men som ble utsatt til vår 2023. Her ble definisjon av tverrfaglig behandling presisert og dette skal implementeres i forklaringstekst i behandlerkjema samt på webinarer. Resultater foreligger ikke enda.</p> <p>5. Analyser har avdekket signifikant mindre bruk av tverrfaglig behandling hos pasienter med tolkebehov ved gjennomgang av nasjonale data- initiert av Oslo i 2022. Vår 2022 er de fire enheter med flere enn 10 pasienter med behov for tolk invitert til et kvalitetsforbedringsprosjekt; OUS, Sørlandet, St.Olavs og Stavern. Det ble søkt om midler høst 2022, som ble innvilget i desember. Første informasjonsmøte om prosjektet ble avholdt feb 2023. Målet er å finne tiltak som kan bidra til å oppnå at 30 % av pasienter med utenlandsk opprinnelse og tolkebehov får tilbud om tverrfaglig behandling. Prosjektet varer fram til sommer 2024. Resultater foreligger ikke enda.</p>
<p><b>Hvilke resultater ble oppnådd?</b></p>	<p>Gjennom registerdata framkommer det at pasientpopulasjonen ofte har langvarige og sammensatte problemstillinger (gule flagg se 6.2.2). Etter utredning identifiseres de pasientene med kompleksitet som har behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten. Anbefalt målnivå er at minst 30 % av pasientene får tilbud om tverrfaglig behandling (KI 1). Det anmerkes likevel at å gi en høy andel av pasientene mye behandling kan være med å sykeliggjøre pasientene. Ut fra NNRR kan man se at det fortsatt er geografisk variasjon i andelen pasienter som får et tverrfaglig behandlingstilbud med et sprik mellom enheter fra 4 % til 64 %. Nasjonale andelen er stabil under måltall siste to år på 28 %.</p> <p>1. I Tromsø har andelen vært rimelig stabil over de siste to år, men vi ser dessverre ingen økning (24 og 20 %). Rekruttering og stabilisering av helsepersonell vært vanskelig, noe som igjen har gitt utfordringer med å gi ønskelig tverrfaglig tilbud til pasientene.</p> <p>2. Haukeland hadde kun 26 % i 2020 og fare for nedleggelse av tilbud, men har igjen høy måloppnåelse og omtrent på nivå med 2019, med 42 % i 2021 og 39 % i 2022.</p> <p>3. St.Olavs har økt fra 21 % i 2021 til 29 % i 2022.</p> <p>Flere nye enheter er kommet til siste to år og har dermed ikke tatt del i prosess med denne kvalitetsindikator og heller ikke gjort tiltak som kan bidra til endring. NNRR vil kontinuere å synliggjøre sprik innenfor KI1 mellom enheter.</p>

<b>Aktuelt forbedringsområde</b>	Andel tilbake i arbeid KI 6- redusere sprik mellom enheter og øke andelen hos enheter med lav andel.
<b>Hva ble gjort av hvem/hvor og når?</b>	<p>Ved UNN har det i flere år vært tilbud om spesialiserte arbeidsrettede tilbud til selekterte pasienter i utredningen. Tilbudet inkluderer et systematisk samarbeid med NAV og pasientens arbeidsplass. Tilbudet er en del av tiltaket «HelseArbeid (HIA)». Lav andel pasienter som returnerer til arbeid (KI 6) i årene 2019-2020 har vært en av flere faktorer som har motivert til opprettelse av flere HIA-tilbud. Ved Haukeland, Drammen, Oslo, St.Olavs, Ålesund, Sørlandet og i Stavanger er det i perioden 2020-2022 etablert et lignende HIA-tilbud. Målet er å gi et godt muskel-og skjelettilbud og samtidig formidle at arbeid er helsefremmende. Et endepunkt er derfor at en økt andel pasienter vender tilbake til arbeid, enten med mindre plager eller til tross for plager. En svakhet med kvalitetsindikator er at den kun måler pasienter som er fullt tilbake i arbeid. Mange vil argumentere for at også en økning i grad av arbeid er gunstig for den enkelte og en fordel for samfunnet. For å kunne skille ut pasienter som utredes med HIA-tilbud er dette blitt oppdatert som variabel i behandlerskjema i november 2021.</p> <p>Langvarig fravær fra arbeid tyder på dårlig prognose og nasjonal retningslinje anbefaler arbeidsmedisinske tiltak [1]. Ved alle poliklinikker bør det derfor kartlegges arbeidsfunksjon og skoledeltakelse. Det har blitt utarbeidet en ny variabel i behandlerskjema for å kartlegge om dette gjøres i møte med den enkelte pasient. Dette kan bidra til å øke fokus hos behandler. Denne ble implementert januar 2022.</p>
<b>Hvilke resultater ble oppnådd?</b>	Det er fortsatt sprikende resultater i andelen som vender tilbake til arbeid, både over år og mellom enheter (36-47 %). Haukeland har stabil andel; 48 % og 47 % siste to år. Stavanger har samme tendens; 39 og 41 %. OUS derimot har falt i andel fra 51 % til 42 %. For å vurdere om HIA-tilbudet likevel har hatt effekt på tilbakeføring til arbeid må det gjøres en mer grundig og nyansert gjennomgang av pasientgrunnet hvor pasienter inkludert i HIA sees på særskilt.
<b>Aktuelt forbedringsområde</b>	Økt dekningsgrad og dermed bedre møte med den enkelte ved å oversette skjema til flere språk
<b>Hva ble gjort av hvem/hvor og når?</b>	NNRR er et tjenesteregister, men bidrar også til en systematisk kartlegging av plager og funksjon i forkant av utredning. Heldigital innsamling av pasientskjema ble implementert ved alle enheter feb 2021. Pasientrapporterte svar som gir innblikk i gule flagg blir på en oversiktlig måte ved hjelp av fargekoder formidlet til helsepersonell ved utredning, noe som bidrar til å møte den enkelte pasient på en

	<p>bedre og mer helhetlig måte.</p> <p>Vanlig anamnese vil selvsagt alltid ivaretas i møte med pasienter med fremmedspråk og det journalføres ved bruk av tolk. Tolken har ikke mulighet til å bistå forut for konsultasjon for utfylling av NNRR. Det var derfor ønskelig med språklig tilpassede kartlegginger med PROM og PREM som pasienten kunne fylle ut i forkant av konsultasjon. OUS kartla sitt pasientgrunnlag i 2020 og oppdaget at fremmedspråk var en utfordring, både for deltakelse i registeret, men også hvordan den enkelte ble møtt. Dette var relevant for alle enheter nasjonalt. Gjennomgangen avklarte at oversettelse til engelsk burde prioriteres i første omgang. På sikt planlegges oversettelse til flere språk. Engelsk pasientskjema ble av registerledelsen implementert nov 2021- både digitalt og papirformat. 2022 ble polsk oversettelse påbegynt.</p>												
<p><b>Hvilke resultater ble oppnådd?</b></p>	<p>Andelen pasienter med utenlandsk opprinnelse har økt nasjonalt, og særlig ved OUS. Først et løft da skjema ble digitalisert og deretter et ytterlig løft når engelsk skjema ble implementert.</p>  <table border="1"> <caption>Andel pasienter med utenlandsk opprinnelse</caption> <thead> <tr> <th>Tidspunkt</th> <th>Nasjonalt (%)</th> <th>OUS (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01.01.20-31.10.20</td> <td>10,00</td> <td>13,00</td> </tr> <tr> <td>01.02.21-20.10.21</td> <td>12,00</td> <td>20,00</td> </tr> <tr> <td>21.10.21-24.02.22</td> <td>13,00</td> <td>23,00</td> </tr> </tbody> </table>	Tidspunkt	Nasjonalt (%)	OUS (%)	01.01.20-31.10.20	10,00	13,00	01.02.21-20.10.21	12,00	20,00	21.10.21-24.02.22	13,00	23,00
Tidspunkt	Nasjonalt (%)	OUS (%)											
01.01.20-31.10.20	10,00	13,00											
01.02.21-20.10.21	12,00	20,00											
21.10.21-24.02.22	13,00	23,00											
<p><b>Aktuelt forbedringsområde</b></p>	<p><i>Andel fornøyde pasienter KI 8; øke andelen nasjonalt og ved ulike enheter for å oppnå høy måloppnåelse</i></p>												
<p><b>Hva ble gjort av hvem/hvor og når?</b></p>	<p>Over flere år har fornøydhets vært et kvalitetsforbedringsområde. I 2020 var det ingen enheter med høy måloppnåelse for fornøydhets, og kun to enheter hadde middels måloppnåelse. Tiltak for å bedre fornøydhets blant pasientene ble derfor satt fokus på. Fornøydhets ble rapportert i alle skreddersyde rapporter til alle enhetene og diskutert på vår nasjonale fagdag. Det ble informert om tiltak gjort i Tromsø 2019 hvor det ble avholdt fagdag for å gjennomgå forbedringstiltak i hele forløpet; fra pasienten møttes i luka med</p>												

	vennlighet, menneskelig kontakt i konsultasjon og bedring av informasjon om registeret.
<b>Hvilke resultater ble oppnådd?</b>	Iverksatte tiltak medførte en tydelig bedring i Tromsø fra 2019 (73 %) til 2020 (84 %). Det var gledelig å se at fire enheter (Tromsø, Haukeland, Harstad og Ålesund) i 2021 hadde høy måloppnåelse (over 90 %) og alle resterende enheter har middels måloppnåelse (over 80 %). Tendensen har holdt seg rimelig stabil i 2022 hvor den nasjonale oppnåelsen er 89 % og kun en av 13 enheter har lav måloppnåelse. Trolig har disse kvalitetsforbedringstiltak bidratt positivt på alle enheter. Fokus på gode pasientforløp vil kontinueres for alle enheter i framtiden. Målet er over 90 % og høy måloppnåelse nasjonalt. For detaljer se kapittel 3.

Flere enheter angir både på fagdager og i skriftlig tilbakemeldinger at de stadig benytter registerdata i små og store beslutninger i 2022. Registerdata har ført til diskusjon og faglige avgjørelser som påvirker den kliniske driften ved poliklinikkene. Ved OUS er data fra NNRR benyttet i intern årsrapport som bla danner grunnlag for ressursfordeling til avdelingen og har vært viktig for å beholde tverrfaglig bemanning.

## 6.8 Pasientsikkerhet

Trygge og sikre tjenester er bærebjelker ved god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. I følge pasientsikkerhetsprogrammet [24] er tjenester av god kvalitet vurdert ut fra flere aspekter. Et aspekt er om tjenester er tilgjengelige og rettferdig fordelt. På overordnet nivå kan registeret gi innblikk i ujevnheter i tilgjengelighet og ulikhet i fordeling. Et annet aspekt er om tjenester er virkningsfulle. NNRR gir god innsikt i variabler som indikerer om tjenesten er virkningsfulle ved hjelp av PROMS som ved oppfølging utforsker blant annet smerter og funksjon, og det registreres misnøye med behandlingen. Resultater presenteres i kapittel 3.



## Kapittel 7

# Formidling av resultater

### 7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

- Årsrapporter 2013-2021.
- Nyhetsmail er flere ganger årlig.
- Kvartalsrapporter som fra 2021 lages slik at den er skreddersydd til hver enhet.
- Sykehus får tilsendt egne datadumper/rapporter etter forespørsel.
- Sykehusene kan ta ut egne rapporter fra eget sykehus i innregistreringsløsningen (MRS) for NNRR til enhver tid.
- Resultater som viser kvalitetsindikatorer og deskriptiv statistikk på sykehusnivå på kvalitetsregistre.no som oppdateres to ganger årlig.
- Det er ønskelig at resultatene formidles tilbake til deltakende fagmiljø med Rapporteket. NNRR er på venteliste hos HN-IKT/SKDE for denne løsningen.

### 7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

- Årsrapporter 2013-2021
- Sykehus får tilsendt egne datadumper/rapporter etter forespørsel.
- Ved mangelfull registrering informeres sykehusets ledelse.
- Sykehusene kan ta ut egne rapporter fra eget sykehus i innregistreringsløsningen (MRS) for NNRR til enhver tid.
- Resultater som viser kvalitetsindikatorer og deskriptiv statistikk på sykehusnivå på kvalitetsregistre.no
- Årlig møte med ledelse i UNN som eier av NNRR, hvor status for registeret og hovedresultater presenteres.
- Mai 2022 har Røe fra enheten i Oslo møte med Helsedirektoratet og Arbeids og velferdsdirektoratet hvor resultat fra NNRR Oslo presenteres.
- Liv Schrøder ved Ålesund har presentert tall til styringsgruppe med tanke på Helse i arbeid.




































### 7.3 Resultater til pasienter

- Årsrapporter 2013-2021 er tilgjengelig på vår hjemmeside [her](#)
- Nøkkelinformasjon om nakke-rygglidelser og informasjon om registeret kan leses på vår hjemmeside [her](#)
- Resultater som viser kvalitetsindikatorer og deskriptiv statistikk på sykehusnivå på kvalitetsregistre.no
- Framlegg NNRR på fagdag for Ryggforeningen 5.november ved Christoph Schäfer.
- Brukerrepresentant i fagråd viderefremmer relevant informasjon til pasientorganisasjoner.

- NNRR fikk i 2022 etablert innsyn av hovedfunn fra pasient- og behandlerkjema via Helsenorge.no

## 7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

NNRRs resultater oppdateres to ganger årlig i nettportalen [kvalitetsregistre.no](https://kvalitetsregistre.no) - i medio juni og medio desember. Nedenfor vises hvordan kvalitetsindikatorene med måltall presenteres:

	 Høy måloppnåelse	 Moderat måloppnåelse	 Lav måloppnåelse	
Kvalitetsindikator	Haukeland	Tromsø	Ullevål	Nasjonalt
<b>Andel pasienter med tverrfaglig behandling</b> Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet i spesialisthelsetjenesten. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	43%  287 av 675	24%  135 av 568	27%  395 av 1472	28%  1494 av 5354
<b>Bedret funksjon</b> Andel med klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	33%  132 av 399	26%  93 av 357	34%  209 av 609	31%  676 av 2155
<b>Andel med minimal funksjonsnedsettelse</b> Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	50%  198 av 399	41%  145 av 357	50%  302 av 609	46%  993 av 2155
<b>Bedring smerte i aktivitet</b> Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	40%  167 av 420	31%  118 av 381	39%  241 av 620	36%  818 av 2245
<b>Bedring smerte i hvile</b> Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	37%  153 av 414	34%  130 av 381	43%  268 av 624	38%  856 av 2243
<b>Tilbake i jobb</b> Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	48%  52 av 108	36%  29 av 80	51%  60 av 117	44%  244 av 556
<b>Opplevd bedring av behandling</b> Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 30 %	56%  240 av 426	39%  146 av 377	44%  285 av 653	44%  1031 av 2322
<b>Andel fornøyde pasienter</b> Andel pasienter som er fornøyd eller nøytral til kontakten de har fått på sykehuset. ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 90 %	94%  397 av 424	92%  348 av 378	86%  563 av 652	89%  2065 av 2316

## Kapittel 8

# Samarbeid og forskning

### 8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

NNRR henter inspirasjon fra blant annet Danmark og registermiljøet i Odense. Registeret deltar regelmessig på samarbeidsmøter og fagdager via SKDE med alle registrene i nord for å utveksle erfaringer. NNRR har tett samarbeid med Norsk kvalitetsregister for ryggkirurgi (NKR), både om praktisk drift og diskusjon rundt analyse av resultater. Registersekretariatet er samlokalisert med sekretariatet for Ryggkirurgisteret (NKR) og flere andre registre i Helse Nord. Samlokaliseringen bidrar til nært samarbeid mellom registrene når det gjelder administrative oppgaver og registerfaglige vurderinger.

Det er aktuelt å samarbeide med registre i den kommunale helsetjenesten, men ingen aktive samarbeid pr 2022.

Fagrådsleder Christoph Schäfer hadde innlegg og deltok på fagdagen til Ryggforeningen 5. november 2022. Ryggforeningen er fast representert i NNRRs fagråd ved brukerrepresentant Thor Einar Holmgard.

### 8.2 Vitenskapelige arbeider

NNRR har i dag, og ønsker videre, et tett samarbeid med forskningsmiljøene i Norge. Man etterstreber rask utlevering av data. På NNRRs nettside er det lagt ut grundig informasjon om datautlevering. Informasjonen er oppdatert 2021: Lenke til [datautlevering](#)

Det har i 2022 vært flere større utleveringer fra NNRR, samt søknader om datautlevering:

1. HIANor: Har fått utlevert data tidligere (2020), og ønsket utvidelse av kohorten. Data utlevert i desember 2022. Data fra NNRR skal kobles sammen med data fra registre i NAV. I tillegg startet man et artikkelsamarbeid om en kohort-beskrivelse med samme forskningsgruppe.
2. OUS: Innvilget søknad om utlevering av data til kvalitetsforbedringsprosjektet «Immigrant challenges». Data først utlevert i april 2022, og utvides i starten av 2023. Prosjektet fikk tildelt midler fra SKDE i september 2022.
3. OsloMet: Har fått utlevert data til prosjektet «AID-SPINE project» i mai 2022. Kohort oppdatert i desember 2022 og kobles til data fra Statistisk Sentralbyrå.
4. Høyskolen Vestlandet: Flere samarbeidsmøter der forskningsgruppen ønsket å se på psykomotorikk som intervensjon og benytte seg av NNRR-data. Prosjektet fikk ikke tildelt finansiering og er satt på hold inntil videre.

## Publikasjoner

1. Samuelsen KM «Do patients assigned to multidisciplinary examination differ from patients assigned to monodisciplinary examination at the University Hospital of Northern Norway? - The Norwegian neck and back registry 2018» Master thesis in public health, Tromsø oktober 2020. Link [her](#)
2. Haugland JH «Behandling og retur til arbeid for sykemeldte pasienter med langvarige nakke- og ryggplager. - En studie av data fra Norsk nakke- og ryggregister» Master thesis, Bergen september 2020. Link [her](#)
3. Tyrdal, Mari Kristine, et al. "NECK AND BACK PAIN: DIFFERENCES BETWEEN PATIENTS TREATED IN PRIMARY AND SPECIALIST HEALTHCARE." *Journal of Rehabilitation Medicine* 54 (2022).

## Poster

1. Samuelsen KM «Do patients assigned to multidisciplinary examination differ from patients assigned to monodisciplinary examination at the University Hospital of Northern Norway? - The Norwegian neck and back registry 2018» Helse og kvalitetsregisterkonferansen, Oslo 15-16.nov 2021
2. Haugland JH «Tverrfaglig gruppebehandling kan gi økt retur til arbeid for sykmeldte med langvarige nakke-og ryggplager» Fysioterapikongressen 2022, Oslo 17-19.mars 2022

## Presentasjoner

1. Tyrdal M «Pasientforløp i helsetjenesten- Sammenlikning av pasienter med nakke- og ryggplager i primær- og spesialisthelsetjenesten»- MUSS-konferansen, Oslo 19. november 2020
2. Tyrdal M «Neck and back pain patients treated in primary and specialist health care are they different?»-Back and Neck Pain Forum 2021, Global Virtual Conference 11.november 2021.
3. Mykletun A «Return to work hos nakke- og ryggpasienter» Høstmøtet for Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Tromsø 18.november 2021
4. Wilhelmsen M «Norsk nakke- og ryggregister status» Høstmøtet for Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Tromsø 18.november 2021

## DEL II

# Plan for forbedringstiltak

## Kapittel 9

# Videre utvikling av registeret

I ekspertgruppens vurdering av NNRR i 2021 rykket NNRR opp fra 2B til stadium 3A. Viktigst for registeret er å beholde status A, altså legge til rette for at registeret kan brukes i små og store kvalitetsforbedringsprosjekter. Dette har vært et hovedfokus i rapporteringsåret og dette kalenderår. For å rykke opp til stadium 4 må dekningsgrad øke til 80 % og det må dokumenteres at data er korrekte og reliable.

### Datafangst

I oppdatering august 2022 ble det endret fra at ferdigstilt behandlerskjema aktiverte automatisk utsending av oppfølgingsskjema, til at automatisk utsending av oppfølgingsskjema skjer kun hvis det er ferdigstilt både behandlerskjema og pasientskjema før behandling. Det er ikke avdekket at oppfølgingsskjema er sendt uten samtykke, men i teorien har dette vært mulig. Etter oppdatering er man sikret at pasienten har samtykket (ferdigstilt pasientskjema) og møtt til time (behandlerskjema) før automatisk utsending av oppfølgingsskjema iverksettes.

Mars 2022 gjøres det mulig å sortere pasienter etter «dato for planlagt konsultasjon». Dette gjør det lettere å slette behandlerskjema som er opprettet, men pasienten ikke har møtt/ikke har samtykket. Ved samme oppdatering implementeres Falk som påloggingssystem for datafangst av behandlere.

### Tilknytning

Totalt er det 16 potensielle poliklinikker i 2022. Flere nye registrerende enheter/avdelinger er eller skal knyttes til registeret. Det har vært i prosess med å etablere HelseiArbeid-poliklinikk ved Finnmarksykehuset, Kirkenes som er den siste potensielle enheten som er tilkommet i 2022. I løpet av 2022 har Nordlandssykehuset Bodø tilknyttet seg formelt og januar 2023 kommet i gang med registrering. Før utgangen av 2023 er planen at alle skal være med. Når alle 16 er tilknyttet vil registeret ha en komplett oversikt over utredning og behandling av nakke- og rygglidelser ved tverrfaglige poliklinikker tilknyttet fysikalskmedisinske miljø i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Totalt gjenstår tre enheter; to har startet tilslutningsprosess, men grunnet personalutfordringer har det vært utfordrende gå i gang. Den siste er helt nyoppstartet som poliklinikk i sykehus og inntrykket er at de er positive til registeret, men har ikke startet prosess med å tilknytte seg grunnet mange andre utfordringer med oppstart. Registerledelsen har flere ganger vært i kontakt med aktuelle enheter og vil selvsagt følge opp videre. Enheter som gjenstår:

- Sykehuset Telemark, Skien (startet tilslutningsprosess)
- Sykehuset Innlandet, Ottestad (startet tilslutningsprosess)
- Kirkenes (fra 2022)

Det eksisterer i tillegg flere fagmiljøer i spesialisthelsetjenesten som møter pasienter med ryggplager, for eksempel ortopedi, nevrokirurgi, nevrologi, smerteavdelinger og rehabiliteringsinstitusjoner. Pasientgrunnlaget og tilnærmingen mellom disse miljøene er noe

ulik. Etter diskusjon i fagrådet mai 2023 har man kommet fram til at man opprettholder at NNRR skal være tverrfaglige poliklinikker tilknyttet det fysikalskmedisinske miljøet.

### **Dekningsgrad og kompletthet**

Dekningsgrad har steget fra 42 % i 2020 til 71,7 % i 2022. Målet er 80 % innen tre år. Det er flere registre som har dekningsgrad og oppfølgingsrate som en kvalitetsindikator, spesielt dersom registeret er inne i en fase hvor det jobbes for å øke dekningsgrad. NNRR har i diskusjon med SKDE bestemt at disse ikke vil være kvalitetsindikatorer, men et viktig fokusområde. Årets rapport viser at det er høy kompletthet på oppfølgingskjema. 12 måneders oppfølgingskjema ble innført i ultimo 2020 og har i 2022 oppnådd svarprosent på hele 60,4 %. NNRR har derfor i årets rapport både resultater fra 6 måneders oppfølging og 12 måneders data. Flere tiltak som er gjennomført skal også videreføres for å skape økt fokus på registeret og motivere til at registeret prioriteres slik at dekningsgrad stiger:

- Webinar og fagdager
  - 25.01.22 Webinar for Merkantilt personale ved Stavern
  - 10.02.22 2 nasjonale webinar- et for merkantilt og et for klinikere.
  - 16.05.22 Webinar merkantilt Stavern
  - 01.06.22 Webinar helsepersonell Stavern
  - 13.oktober planlagt fagdag. Dessverre måtte fagdag utsettes til 17.feb 2023 grunnet reiseforbud i Helse Nord.
  - 28.09.22 Webinar helsepersonell
  - 16.11.22 Webinar for merkantilt Bodø
  - 22.03.23 Webinar merkantilt
  - 23.03.23 Webinar helsepersonell
  - Planlegges webinar for helsepersonell høst 2023 samt ett webinar om hvordan uthente egne data fra egen enhet via MRS høst 2023.
- Kvartalsrapporter som er skreddersydd hver enhet ble sendt ut 3 ganger i 2022. Er utsendt for første kvartal i 2023 og vil utsendes kvartalsvis videre.
- Daglig leder har tilbydd, og skal videre tilby, enhetene tett oppfølging. Enheter med dekningsgrad under 70 % i 2022 er kontaktet direkte for å bistå tiltak for å øke grad.
- Igangsatt oversettelse til polsk. På sikt skal oversettelse til andre språk vurderes.

### **Forbedring av intern kvalitetssikring og dokumentasjon av reliabilitet**

Forbedring av rutiner for innregistrering og opplæring av personell er i 2022 videreført med nasjonale webinar og fagdager. Dette vil også videreføres i 2023. På denne måten bedres samkjøring av utfylling av behandlerskjema slik at innsamlet data blir korrekte. På fagdag i februar 2023 ble behandlerskjema gjennomgått grundig. Det ble en god diskusjon og det ble avdekt variasjon i utfylling til tross for gjentatte webinar og oppdatering av brukermanual. Det ble bestemt at det skal lages en forklarende informasjonstekst til alle spørsmål. Registerledelsen formulerte disse tekstene i mars 2023 og sendte de på høring til alle enheter. Tekstene ble så endelig justert. Ved oppdatering av behandlerskjema, planlagt i 2023, vil disse forklarende tekstene bli synlig dersom man fører mus over spørsmåltegnene i behandlerskjema. Fagdag planlegges i 2024 å avholdes i februar. Fagdag bidrar også til å skape tilhørighet og engasjement.

Korrekthet og reliabilitet i utfylling av behandlerskjema er viktig. I 2023 eller 2024 ønsker vi å gjennomføre et prosjekt som utforsker interater-reliabilitet. Dette skal gjøres ved at 2-4

behandlere på hver enhet skal utfylle behandlerskjema ut fra en case-beskrivelse. Data fra utfylling skal analyseres for å utforske grad av samsvar i utfylling.

### **Oppfølging av resultater fra validering mot eksterne kilder**

NNRR registerledelsen begynte desember 2022 å ringe pasienter som ikke deltar i oppfølgingen. Ved å invitere disse til likevel å fylle ut oppfølgingskjema kan man analysere om de skiller seg vesentlig fra de som i ordinært forløp deltar i oppfølging. Dette har vist seg å være en tidkrevende jobb da det er vanskelig å få tak i pasientene samt at mange ønsker ikke eller prioriterer fortsatt ikke å fylle ut oppfølgingskjema. Prosjektet vil kontinueres utover i 2023. Data innsamlet i prosjektet vil slettes innen 6 måneder og tas ikke med i ordinær rapportering.

### **Etterlevelse av faglige retningslinjer og kvalitetsforbedring**

NNRR har siste to årene hatt økende fokus på hvordan registeret kan synliggjøre at faglige retningslinjer etterlevs. Dette var også ett tema på fagdag i form av gruppeoppgaver. Nye kvalitetsindikatorer som kan synliggjøre dette var diskutert.

I norske retningslinjer er klinisk kommunikasjon anbefalt i sterk grad ved langvarige plager. Det er blant annet anbefalt å gi trygghetsskapende informasjon og gjøre en klinisk undersøkelse. Retningslinjer vektlegger videre at tanker om frykt og unngåelsesadferd (gule flagg) kan påvirke kroppslige smerter. Altså at tanker og adferd påvirker kropp. Det er også presisert at aktivitet er viktig, inkludert å opprettholde arbeidsrettet aktivitet [1]. I internasjonale oppdaterte retningslinjer angis det at det er god evidens for at kartlegging av psykososiale faktorer og arbeidsrelaterte faktorer fordi det er viktig prediktor for langvarig forløp [7]. Flere nye variabler er implementert januar 2022 som utforsker prosess ved utredning og tydeliggjør at denne utredningskonsultasjonen ofte er en intervensjon i seg selv, i tråd med retningslinjer. Man kartlegger nå om det gis mestringsorientert samtale (prinsipper for hvordan tanker og adferd påvirker kropp), om det gis individuell rådgivning vedrørende livsstil og/eller medikamenter (oppfordring om å opprettholde aktivitet) og om det gjøres en kartlegging av funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning.

Etter gjennomgang på fagdag og diskusjon i fagråd har man bestemt at følgende struktur-data skal inkluderes i årets årsrapport:

- 1) *Ventetid: Ventetid fra henvisning (dato på søknad) til første konsultasjon/ behandling.*
- 2) *Andel pasienter som mottar mestringsorientert samtale.*

På sikt kan man vurdere å gjøre disse om til nasjonale kvalitetsindikatorer med måltall.

Det er på fagdag februar 2022 gjennomgått den store geografiske spriket man finner for andelen pasienter som mottar tverrfaglig behandling. En slik gjennomgang er en viktig bevisstgjøring for alle enheter. Etter diskusjon i lys av faglige retningslinjer kom man fram til en presisering hva tverrfaglig behandling innebærer, noe som vil bli tatt inn i støttetekst i oppdatert behandlerskjema sommer 2023 samt vil tas inn i webinarer høst 2023. For å kunne gi et godt tverrfaglig tilbud i henhold til faglige retningslinjer krever det at poliklinikkene rekrutterer medarbeidere med rett faglig kompetanse. Rekruttering til rehabiliteringsfaget har vært vanskelig for noen enheter i året som har gått. Man skal se på om NNRR kan bidra på noen måter. Muligens kan nasjonale fagmøte i 2024 benyttes til å utveksle erfaringer omkring positive rekrutteringstiltak.



Det blir i høy grad brukt mye billeddiagnostikk ved utredning av nakke- og rygglidelser. Mange billeddiagnostiske beskrivelser kan oppfattes som dramatiske av pasientene med mange funn som dog nødvendigvis ikke har klinisk betydning. Det er derfor lagt til to nye variabler i ny versjon implementert i 2022. Som nevnt ovenfor er det presisert i retningslinjer at man skal gi pasienten trygghetsskapende informasjon. En ny variabel utforsker om det er utført gjennomgang av billedfunn med pasient eller ikke. En slik gjennomgang mener man kan bidra til anbefalt trygghetsskapende informasjon. Videre må helsepersonell ta stilling til i hvilken grad de mener radiologifunn har betydning for pasientens smerter/plager.

Januar 2022 er det gjort små endringer i formuleringer i noen variabler i behandlerkjema for å tydeliggjøre hva man spør etter, men innhold er ikke vesentlig endret. Det er lagt til psykolog og sosionom som faggrupper som kan delta i utredning. Det vil derfor være lettere å hente ut informasjon om utredningen har bestått av flere faggrupper.

Det er gjort et forbedringsarbeid i beregning og presentasjon av score fra pasientskjema før utredning, som ble implementert i siste versjon jan 22. Brukervennlig oversiktsbilde som oppsummerer pasientens utfylling med korrekt score er til god hjelp for behandlere i møte med den enkelte pasient, noe som motiverer til å prioritere registerarbeid. Et eksempel på oversiktsbildet:

Hva som er scoret	Score	Grenseverdier
Varighet av plager	Mer enn 2 år	
Smertene i aktivitet	5	<3 minimal, 3-4 lett, 5-6 moderat, 7-10 sterk
Smertene i hvile	7	<3 minimal, 3-4 lett, 5-6 moderat, 7-10 sterk
Oswestry funksjonsskår	42 %	<22% normal/minimal, 22-40% moderat, 41-60% betydelig, >61% særlig uttalt
Neck Disability Index	23	0-4 normal, 5-14 mild, 15-24 moderat, 25-34 uttalt, >34 særlig uttalt
FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) Fysisk aktivitet	9	<14 ubetydelig, 14 -16 moderat, ≥17 høy
FABQ (Fear Avoidance Belief Questionnaire) Arbeid	15	<20 ubetydelig, 20-24 moderat, ≥25 høy
HSCL 10	3,5	<1.84 ubetydelige plager, ≥1.85 betydelige plager
Helseproblem siste 30 døgn	45	
EQ5D-L VAS	45	100-90% god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse
EQ5D-L	0,268	>0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt helse/helserelatert livskvalitet

Målet med et kvalitetsregister er at data blir brukt i kvalitetsarbeid, enten lokalt eller nasjonalt. I 2023 skal NNRR arrangere et webinar for alle enheter hvor man gjennomgår hvordan man enkelt kan hente ut egne data fra MRS-databasen. Enhetene kan dermed enkelt få innsikt i hvilke pasienter man har lokalt, hvordan tiltak som gjøres i utredning og hva som er anbefalt videre behandling samt informasjon om hvordan det går med disse pasientene. Målet er at man kan bruke denne innsikten som beslutningsstøtte og andre små eller store kvalitetsprosjekter.

Formell tilbakemelding av DPIA ble tilsendt mars 2022. Her framkom noen anbefalte små justeringer i samtykkeskriv, som i samråd med jurist ved SKDE, ble implementert i oppdatert desember 2022.

NNRR er i dialog med Hemit angående oppgraderinger planlagt i 2023 som blant annet inkluderer:

- Reetablere smertetegning som figur, ikke som tekst (viste seg dessverre ikke mulig, avklart mai 2023).
- Infotekst som forklarer utfylling av alle spørsmål i behandlerkjema samt finjustering av formulering i opprinnelige spørsmål.
- Utfyllingsspråk blir en egen variabel.

- Rekkefølge i diagnoseutfylling slik at nakke- og ryggdiagnose oppgis først, da disse er grunnlag for inkludering i registeret.
- Noen få fargekoder i oppsummeringsbilde mangler og skal oppdateres.

### **Formidling av resultater**

Det er ønskelig at gode kvalitetsprosjekter blir presentert til hele fagmiljøet. Et alternativ er webinar slik man allerede har gjennomført i 2021. Pågående immigrantprosjekt ble presentert på fagdag i februar 2023. Slik nasjonal presentasjon vil kontinueres enten på fagdag eller webinar.

NNRR har hatt møter med SKDE i 2023 purret på prosess med å få NNRR presentert på Rapporteket.

Som nevnt i punkt 6.2 er det påbegynt arbeid med oppdatering av metadata og dataprodukt for alle variabler i kodeboken. Registeret har fått midler i 2022 for framgang i denne omfattende jobben. Trolig vil dette ferdigstilles i 2023, men det er ukjent når NNRR vil prioriteres til nasjonal portal.

NNRR har utlevert data til flere forskningsprosjekter og forventer publisering av disse i 2023-2025.

### **Samarbeid og forskning**

Det er tydelig at registeret er mer kjent og mer attraktivt for forskningsprosjekter siste to år. NNRR er kontaktet av flere forskningsmiljøer som er interessert i muligens benytter data fra oss i sine prosjekter og flere har etterspurt vår årsrapport.

Det er etablert et samarbeid med forskningsgruppen HiA NOR hvor de skal se på retur til arbeid. Data ble utlevert april 22 og des 22.

Et annet forskningsprosjekt med hovedforankring ved OUS har også fått innvilget søknad om utlevering av data ved fagrådsmøte mars 22 og utlevert datadump i april 22. Tema er likeverdig behandlingstilbud, særlig med fokus på fremmedkulturelle.

Oslo Met får datadump fra NNRR mai 2022 og desember 2022. De vil med dette sammenstille data fra NNRR og flere andre register. Registerets data skal bidra til å belyse hvilke pasienter som er i fare for dårlig utkomme etter ulike typer konservativ behandling og dermed kunne bidra til beslutningsstøtte.

NNRR samarbeider med pasientorganisasjonen Ryggforeningen i Norge. På sikt kan det være aktuelt å skrive et sammendrag av NNRRs resultater som kan presenteres i Ryggforeningens eget tidsskrift - «Tidsskrift – Ryggstøtten» - om de ønsker dette. Ryggforeningen har også ønsket deltakelse fra registeret ved enkelte av deres arrangement noe NNRR er positiv til. Som nevnt ovenfor holdt NNRR framlegg på deres fagdag november 2022.

### **Ressursbehov**

Økt tilknytning og økt pasientmasse har ført til økt arbeidsmengde for daglig leder som i dag jobber i 50 % stilling. Faglig leder jobber i 20 %, men grunnet legemangel på klinisk avdeling har det vært vanskelig å frigjøre tid til registerarbeid. Fokus har derfor vært drift og sikring av datakvalitet. Man har i liten grad klart å løfte blikket og dra i gang kvalitetsforbedringsprosjekter lokalt og nasjonalt. Flere andre register med lignende størrelse har større og flere

stillingsandeler, for eksempel Ryggkirurgiregisteret. Om man skal satse på NNRR ved å løfte kvalitet og tilrettelegge for bruk i forsinking må registeret ha mere ressurser i tiden framover.

**DEL III**

## Stadievurdering

## Kapittel 10

# Referanser til vurdering av stadium

## 10.1 Vurderingspunkter

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium Norsk nakke- og ryggregister og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2022	
			Ja	Nei
<b>Stadium 2</b>				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	<u>3</u> , <u>5.3</u>	✓	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	<u>3</u>	✓	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	<u>5.2</u>	✓	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	<u>7.1</u> , <u>7.2</u>	✓	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del <u>II</u> , <u>9</u>	✓	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 3</b>				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	<u>5.7</u>	✓	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	<u>5.2</u> , <u>5.4</u>	✓	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	<u>7.4</u>	✓	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	<u>7.1</u> , <u>7.2</u>	✓	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	<u>3</u> , <u>6.6</u>	✓	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del <u>II</u> , <u>9</u>	✓	<input type="checkbox"/>

#### Stadium 4

12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	<u>5.6, 5.7</u>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år	<u>5.2, 5.4</u>	<input type="checkbox"/>	<b>X</b>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	<u>7.1</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	<u>8.2</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	<u>3.1</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Nivå A, B eller C

##### Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller

Ja

##### 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	6.7	<input checked="" 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	<u>6.7</u>	<input type="checkbox"/>	
----	--	------------	--------------------------	--

##### Nivå C

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

---

## 10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Registeret oppfyller kriterier for stadium 3A. Det er gledelig å få anerkjennelse fra ekspertgruppen for både økt tilslutning, økt dekningsgrad og økt bruk av registerdata til kvalitetsprosjekter. De støtter videre tiltak for å bedre dette ytterligere. Tiltak for å øke tilslutning er fulgt opp og presenteres i årets rapport. En ny enhet er tilknyttet i 2022 og ytterlig en enhet i 2023, slik at det per mai 2023 er 13 av totalt 16 enheter som er tilsluttet registeret - se punkt 5.3 og kapittel 9. Det jobbes for at de tre siste vil tilknytte seg i løpet av høsten 2023. Et viktig fokusområde for registerledelsen i 2023 er følge opp alle enheter for å holde dem motiverte og dermed opprettholde dekningsgrad som i 2022 er lett økt til 71,7 %, og på sikt øke dekningsgrad til over 80 %- Se avsnitt 5.4 og kapittel 9.

NNRR har kommet i gang med frafallsanalyser i 2023 og har begynt å kartlegge andre potensielle valideringsprosjekter som kan utforske korrekthet og reliabilitet, se kapittel 9.

NNRR har våren 2023 kommet i gang med et større nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt på initiativ fra OUS som gjennomføres med støtte fra registerledelsen. Flere andre kvalitetsprosjekter lokalt er pågående.

I årsrapport for 2022 forsøkes det videre å utdype på hvilken måte registeret viser at enhetene følger faglige retningslinjer. Dette framkommer gjennom hele årsrapporten, samt særlig under punkt 6.6. Faglige retningslinjer anbefaler blant annet tverrfaglig behandling, hvor det er stor geografisk variasjon. Tiltak er iverksatt for å bedre dette, se blant annet avsnitt 6.2 og kapittel 9.





# Referanser

1. Lærum E, B.J., Storheim K et al. *Nasjonale kliniske retningslinjer. Korsryggsmerter – med og uten nerverotaffeksjon. Formidlingsenheten for muskel- og skjelettlidelse.* 2007.
2. Foster, N.E., et al., *Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions.* Lancet, 2018. **391**(10137): p. 2368-2383.
3. Nygaard, O.P., et al., *[Neck pain with and without affection of nerve roots].* Tidsskr Nor Laegeforen, 2010. **130**(22): p. 2252-5.
4. Austevoll, I.M., et al., *Follow-up score, change score or percentage change score for determining clinical important outcome following surgery? An observational study from the Norwegian registry for Spine surgery evaluating patient reported outcome measures in lumbar spinal stenosis and lumbar degenerative spondylolisthesis.* BMC Musculoskelet Disord, 2019. **20**(1): p. 31.
5. Farrar, J.T., et al., *Clinical importance of changes in chronic pain intensity measured on an 11-point numerical pain rating scale.* Pain, 2001. **94**(2): p. 149-158.
6. Corp, N., et al., *Evidence-based treatment recommendations for neck and low back pain across Europe: A systematic review of guidelines.* Eur J Pain, 2021. **25**(2): p. 275-295.
7. Kreiner, D.S., et al., *Guideline summary review: an evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of low back pain.* Spine J, 2020. **20**(7): p. 998-1024.
8. Seymour, R.A., *The Use of Pain Scales in Assessing the Efficacy of Analgesics in Postoperative Dental Pain.* European Journal of Clinical Pharmacology, 1982. **23**(5): p. 441-444.
9. Grotle, M., J.I. Brox, and N.K. Vollestad, *Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index.* J Rehabil Med, 2003. **35**(5): p. 241-7.
10. Fairbank, J.C., et al., *The Oswestry low back pain disability questionnaire.* Physiotherapy, 1980. **66**(8): p. 271-3.
11. Vernon, H. and S. Mior, *The Neck Disability Index: a study of reliability and validity.* J Manipulative Physiol Ther, 1991. **14**(7): p. 409-15.
12. Johansen, J.B., et al., *Reliability and responsiveness of the Norwegian version of the Neck Disability Index.* Scand J Pain, 2014. **5**(1): p. 28-33.
13. Garratt, A.M., et al., *Evaluation of the EQ-5D-3L and 5L versions in low back pain patients.* Health and Quality of Life Outcomes, 2021. **19**(1).
14. Mandy van Reenen, B.J., Elly Stolk, Kristina Secnik Boye, Mike Herdman, and T.K.-M. Matthew Kennedy-Martin, Bernhard Slaap. *EuroQol Research Foundation. EQ-5D-5L User Guide.* 2019 [cited 2022 13.12.22].
15. Brooks, R., *EuroQol: the current state of play.* Health Policy, 1996. **37**(1): p. 53-72.
16. Eriksen, H.R., et al., *Prevalence or subjective health complaints in the Nordic European countries in 1993.* European Journal of Public Health, 1998. **8**(4): p. 294-298.
17. Ursin, H., I.M. Endresen, and G. Ursin, *Psychological factors and self-reports of muscle pain.* Eur J Appl Physiol Occup Physiol, 1988. **57**(3): p. 282-90.
18. Derogatis, L.R., et al., *The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory.* Behav Sci, 1974. **19**(1): p. 1-15.
19. Strand, B.H., et al., *Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36).* Nord J Psychiatry, 2003. **57**(2): p. 113-8.

20. Waddell, G., et al., *A Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) and the role of fear-avoidance beliefs in chronic low back pain and disability*. *Pain*, 1993. **52**(2): p. 157-168.
21. Grotle, M., J.I. Brox, and N.K. Vollestad, *Reliability, validity and responsiveness of the fear-avoidance beliefs questionnaire: methodological aspects of the Norwegian version*. *J Rehabil Med*, 2006. **38**(6): p. 346-53.
22. Aasdahl, L., et al., *The Fear Avoidance Beliefs Questionnaire (FABQ) Does it Really Measure Fear Beliefs?* *Spine*, 2020. **45**(2): p. 134-140.
23. Munk, R., et al., *Mens vi venter på nye retningslinjer for behandling av korsryggsmerter*. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 2020.
24. Helsedirektoratet. *I Trygge hender 24/7*. 2023 04.06.23 [cited 2023; Available from: <https://www.itryggehender24-7.no/>].