

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg)

29. juni 2023

Årsrapport for 2022
med plan for
forbedringstiltak

Innhold

I	Årsrapport	3
1	Sammendrag	4
2	Registerbeskrivelse	5
2.1	Bakgrunn og formål	5
2.1.1	Bakgrunn for registeret	5
2.1.2	Registerets formål	5
2.1.3	Analysér som belyser registerets formål	6
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag	6
2.3	Faglig ledelse og databehandlingsansvar	7
2.3.1	Aktivitet i fagråd/referansegruppe	7
3	Resultater	8
3.1	Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM	8
3.1.1	Prosessindikator: Behandlertilsyn	8
3.1.2	Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn	8
3.1.3	Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling	10
3.1.4	Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider	12
3.1.5	Resultatindikator: Smerteintensitet	13
3.1.6	Resultatindikator: Pasienttilfredshet	13
3.1.7	Resultatindikator: Akseptabel smerte	13
3.1.8	Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå	16
3.2	Andre analyser	17
3.2.1	Demografi	17
3.2.2	LAR og rus	17
3.2.3	Smertekategori	17
3.2.4	Besvarelse av PROMS/PREM-skjema	21
4	Metoder for fangst av data	23
5	Datakvalitet	24
5.1	Antall registreringer	24
5.2	Metode for beregning av dekningsgrad	24
5.3	Tilslutning	24
5.4	Dekningsgrad	25
5.5	Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet	25
5.6	Metode for vurdering av datakvalitet	26
5.7	Vurdering av datakvalitet	28
6	Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring	29
6.1	Pasientgruppe som omfattes av registeret	29
6.2	Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer	29
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	30

6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse	30
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.	30
6.6	Etterlevelse av faglige retningslinjer	31
6.7	Pasientrettet kvalitetsforbedring	31
6.8	Pasientsikkerhet	32
7	Formidling av resultater	33
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø	33
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse	33
7.3	Resultater til pasienter	33
7.4	Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no . . .	33
8	Samarbeid og forskning	35
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre . . .	35
8.2	Vitenskapelige arbeider	35
II	Plan for forbedringstiltak	37
9	Videre utvikling av registeret	38
9.1	Nye enheter og dekningsgrad	38
9.2	Fagutvikling og kvalitetsforbedrings av tjenesten . . .	39
9.3	Nye kvalitetsindikatorer	39
9.4	Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret	40
9.5	Økt bruk av resultater til klinisk kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon	40
9.6	Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet	41
III	Stadievurdering	43
10	Referanser til vurdering av stadium	44
10.1	Vurderingspunkter	44
10.2	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	46

Forord

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

Del I

Årsrapport

1 Sammendrag

Det er en stor glede å rapportere at SmerteReg endelig gikk over til reservarsjonsrett 25.11.22. Dekningsgraden var 34% for perioden 01.01.22 til og med 24.11.22 og steg til hele 96% i perioden 25.11.22-31.12.22. Videre har den holdt seg like høy så langt i de første månedene av 2023 hvor vi har oppdaterte tall (tom april). Det ser altså ut til å være svært få som reserverer seg. Det ble i rapporteringsåret registrert 568 forløp fordelt på 453 unike pasienter. I de fire første månedene av 2023 var det registrert 517 forløp noe som indikerer at vi vil ende opp på rundt 1500 registrerte forløp for 2023 hvilket er 3 ganger så mange som i 2022.

I 2022 har SmerteReg gjennom et nasjonalt SKDE-finansiert kvalitetsforbedringsprosjekt klart å øke andelen forløp hvor ikke-medikamentelle smertelindrende tiltak er benyttet fra 42% i 2020 til 57% i 2022. Det jobbes med å få publisert detaljer fra dette prosjektet i et internasjonalt tidsskrift. Det er videre søkt om og bevilget midler fra SKDE og Helse-Vest til metadatatprosjekt og datakvalitetsprosjekt hhv med oppstart i 2023.

Det ble på SmerteRegs årsmøte i Bergen 19.10.22 gjennomført en inter-rater reliabilitetsstudie hvor registratorer fra alle sykehus deltok. Denne viste generelt god reliabilitet og mer detaljerte resultat og metode vil bli forsøkt publisert i et internasjonalt tidsskrift. Den første studien med data fra SmerteReg ble presentert på verdenskongress i smerte i Toronto i september 2022 og manuskript sendes i disse dager inn til tidsskriftet PAIN. Vi vil fremover jobbe mer aktivt for å gjøre SmerteReg kjent slik at mer data blir brukt til forskning og kvalitetsforbedring.

Registeret har nå stabilt god dekningsgrad på over 95%, har i rapporteringsåret gjennomført en nasjonal inter-rater reliabilitetsundersøkelse og et nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt. Det er videre planlagt nye prosjekter i 2023 for å bedre datakvalitet. Vi ser derfor fremover med optimisme og gleder oss til at data blir brukt til mer forskning og kvalitetsforbedring i tiden som kommer.

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

2 Registerbeskrivelse

2.1 Bakgrunn og formål

2.1.1 Bakgrunn for registeret

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

2.1.2 Registerets formål

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

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

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

2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

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

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

SmerteReg hadde opprinnelig konsesjon fra Datatilsynet, men etter at GDPR og forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft er den juridiske hjemmelen for registeret personvernforordningen

artikkel 6 nr. 1 bokstav e og Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 1-4. Registeret ble på slutten av 2022 (25.11.22) basert på reservasjonsrett, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 3-2. SmerteReg startet i 2020 arbeidet med en personvernkonsekvensutredning (DPIA) for registeret som ble ferdigstilt våren 2023.

2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

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

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Fagrådet har i 2022 avholdt 2 digitale møter via Teams: 07.04.22 og 30.11.22. I tillegg har brukergruppen/referansegruppen hatt noen kortere (1 time) Teams-møter i 2022 med fokus på kvalitetsforbedring og økt kompletthet av variable inkludert kvalitetsindikatorerne.

Fagrådet består av følgende:

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

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

Anestesilege ved smertesenteret St Olav Augstein Svedahl (representant for Helse Midt-Norge).

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

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

Brukerrepresentant Rigmor Berge.

Brukerrepresentant Reidun Tjønn Rinde (fra brukerutvalget).

3 Resultater

3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

3.1.1 Prosessindikator: Behandlertilsyn

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

Andelen som får tilsyn fra to eller flere behandlere per sykehus er vist i [tabell 3.1](#). [Figur 3.1](#) på neste side viser hvordan andelen forløp med to eller flere behandlere til smertetilsyn har endret seg over tid i løpet av 2022. Det kan være noe sesongvariasjon i andel pasienter, og noe av endringene kan være tilfeldigheter. Punkter som faller utenfor nedre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå skulle oppstå (nedre linje indikerer laveste verdi vi kan *forvente* å få dersom det ikke er noen reell forskjell i hvordan tilsynene er utført (Shewharts 3 sigma-grenser). Ingen måned skilte seg ut i år 2022. Her er alle punktene over nedre grense.

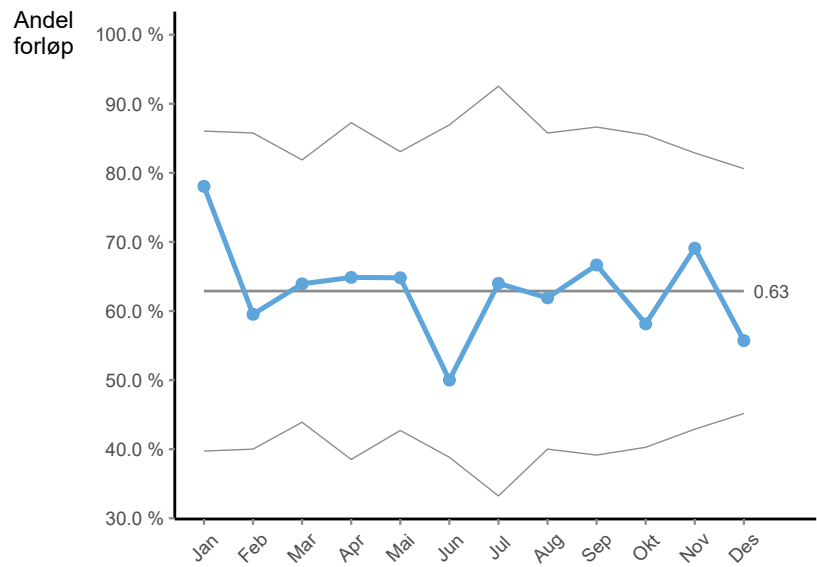
Det er ønskelig å se hvor mange ulike behandlergrupper som er vanlig per forløp. I [figur 3.2](#) på neste side kan vi se gjennomsnittlig antall ulike behandlere per forløp over tid i 2022. Punkter som faller utenfor nedre/øvre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå/høyt skulle oppstå. Her er alle punktene innenfor linjene.

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

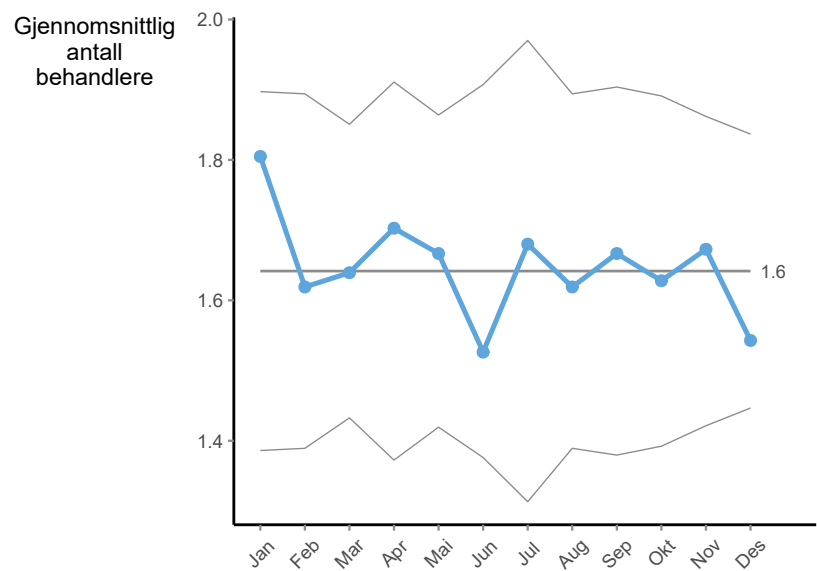
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	344	547	63 %
Ahus	30	56	54 %
Helse Bergen	104	146	71 %
Møre og Romsdal	45	62	73 %
OUS	34	118	29 %
St. Olavs	48	57	84 %
UNN	71	86	83 %
Vestre Viken	12	22	55 %

3.1.2 Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn

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



FIGUR 3.1: Andel forløp med smertetilsyn fra to eller flere ulike behandlere per måned. Tallene er basert på 547 forløp.

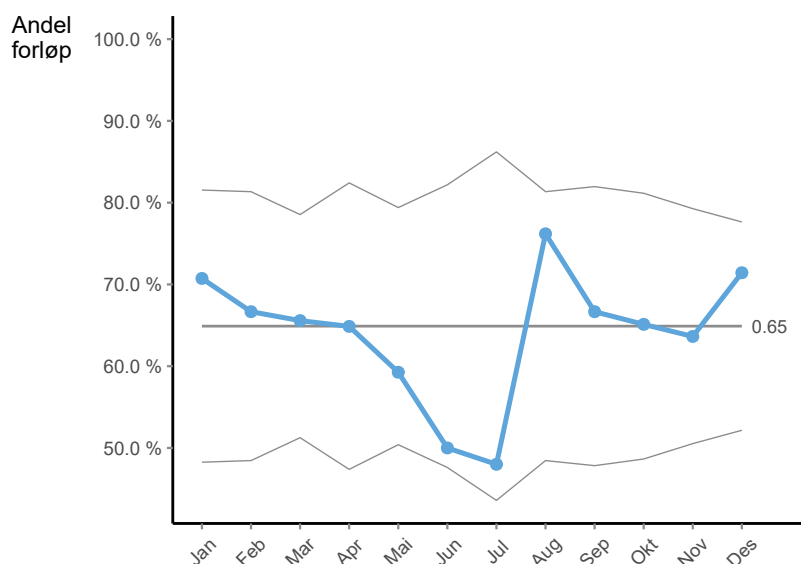


FIGUR 3.2: Gjennomsnittlig antall ulike behandlere på smertetilsyn per forløp over tid. Tallene er basert på 547 forløp.

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

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

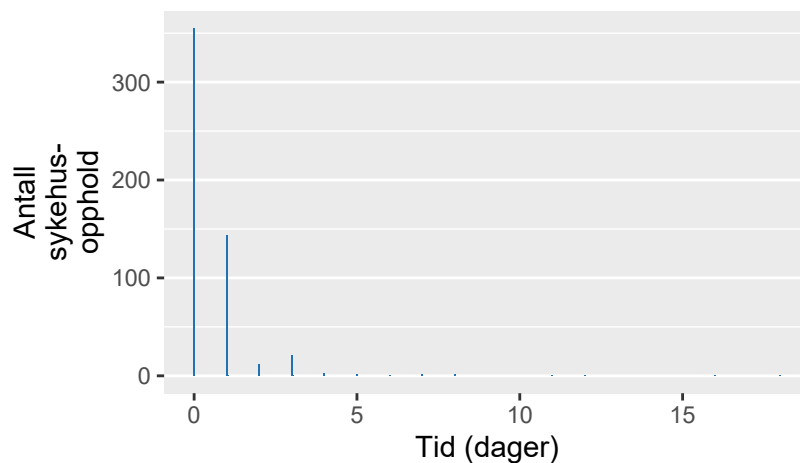
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	355	547	65 %
Ahus	36	56	64 %
Helse Bergen	90	146	62 %
Møre og Romsdal	36	62	58 %
OUS	103	118	87 %
St. Olavs	38	57	67 %
UNN	34	86	40 %
Vestre Viken	18	22	82 %



FIGUR 3.3: Andel forløp med tilsyn samme dag som de ble henvist. Basert på 547 forløp

3.1.3 Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling

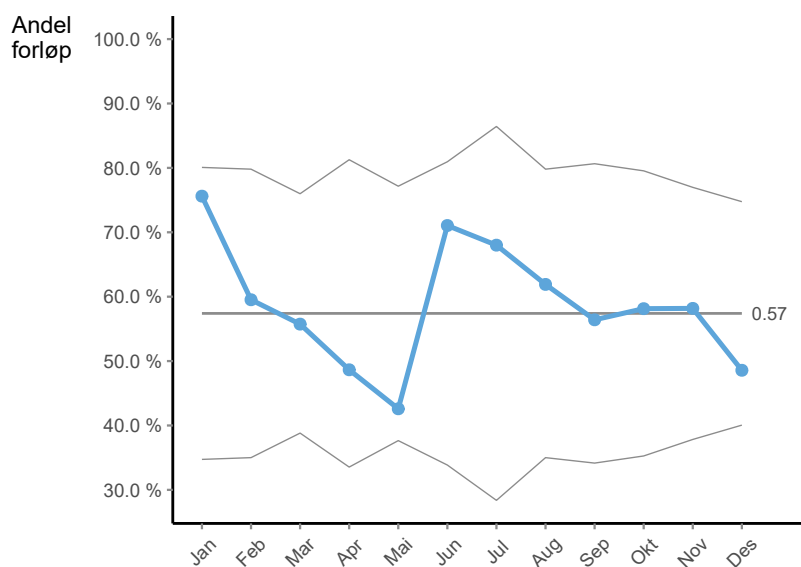
Denne indikatoren viser andel pasienter hvor ikke-medikamentell behandling startes, endres og/eller følges opp av Smerteteam. Det er ønskelig å utnytte også ikke-medikamentell behandling ved akutt smertebehandling. Dette inkluderer alt fra enkle tiltak som for eksempel varme/kuldebehandling og mobilisering til berøringstrening og speilbehandling. Videre også ulike fysioterapeutiske tiltak inkludert TENS og avspenning og ikke minst kognitive tilnærminger som for eksempel avledning, smertemestring og endringsorientert samtale. Tabell [tabell 3.3](#) på neste side viser andel og antall på sykehusnivå. I [figur 3.5](#) på neste side ser vi den nasjonale andelen per måned.



FIGUR 3.4: Fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn. Basert på 547 sykehusopphold for 453 pasienter.

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

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	314	547	57 %
Ahus	25	56	45 %
Helse Bergen	106	146	73 %
Møre og Romsdal	37	62	60 %
OUS	68	118	58 %
St. Olavs	23	57	40 %
UNN	54	86	63 %
Vestre Viken	1	22	5 %



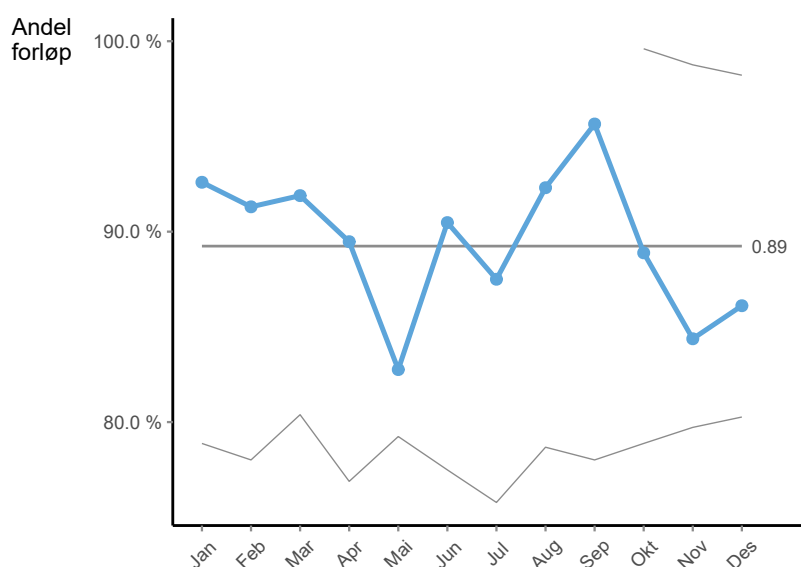
FIGUR 3.5: Andel forløp med ikke-medikamentell behandling per måned. Tallene er basert på 547 forløp.

3.1.4 Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider

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

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

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	282	316	89 %
Ahus	25	27	93 %
Helse Bergen	99	111	89 %
Møre og Romsdal	17	18	94 %
OUS	72	79	91 %
St. Olavs	17	25	68 %
UNN	41	44	93 %
Vestre Viken	11	12	92 %



FIGUR 3.6: Månedlig andel forløp som har mottatt en nedtrappingsplan. Tallene er basert på 316 forløp.

3.1.5 Resultatindikator: Smerteintensitet

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

3.1.6 Resultatindikator: Pasienttilfredshet

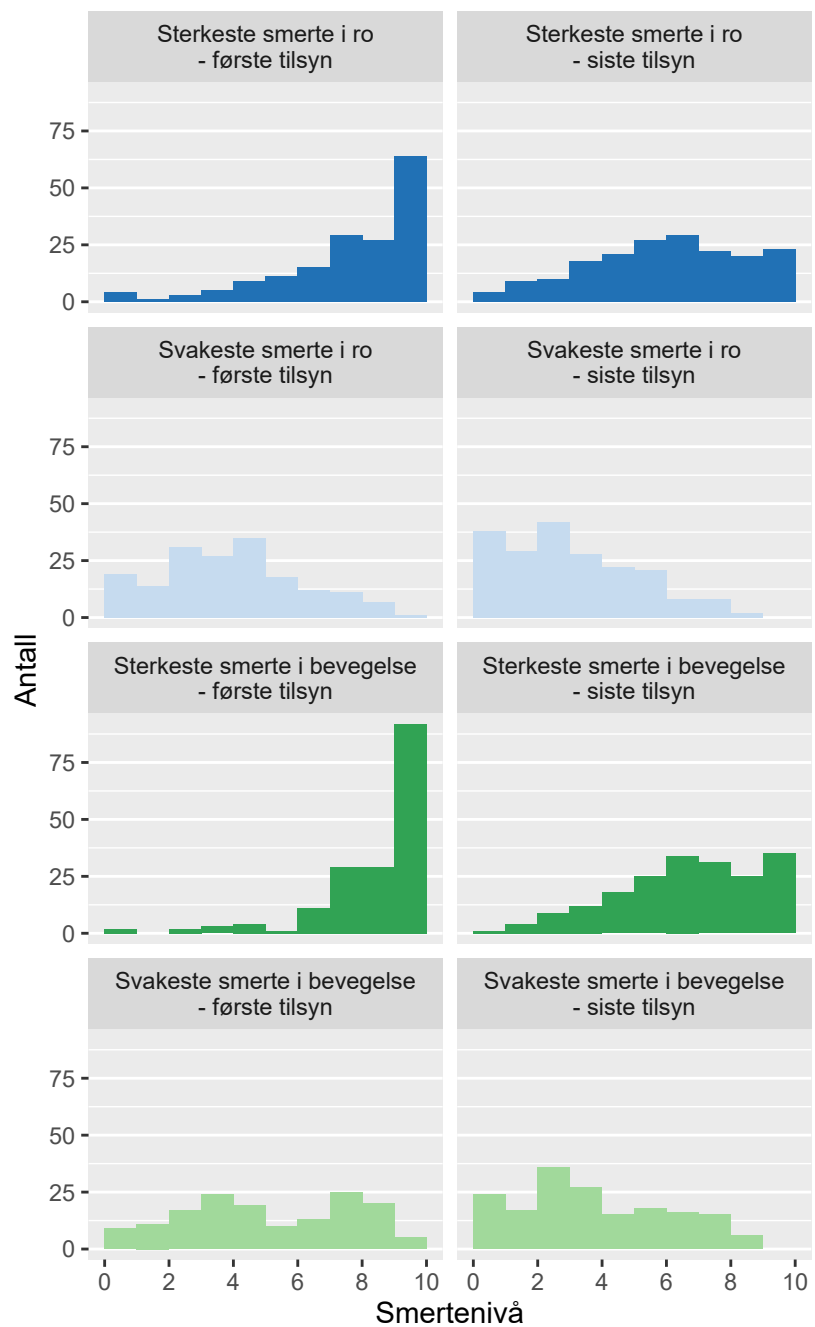
Den andre resultatindikatoren til SmerteReg er *hvor stor andel av pasientene som var «I stor grad» eller «I svært stor grad» fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteamet*. Dette er de to beste scorene av totalt fem på spørsmålet om i hvor stor grad pasienten er fornøyd med behandlingen de fikk av smerteteamet. Dette vises fordelt per sykehus i [tabell 3.5](#). I 2022 var pasienttilfredsheten ganske stabil over tid, som vist i [figur 3.9](#) på side 15. I november var resultatet spesielt høyt, men ikke utenfor det som var forventet basert på resten av månedene.

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

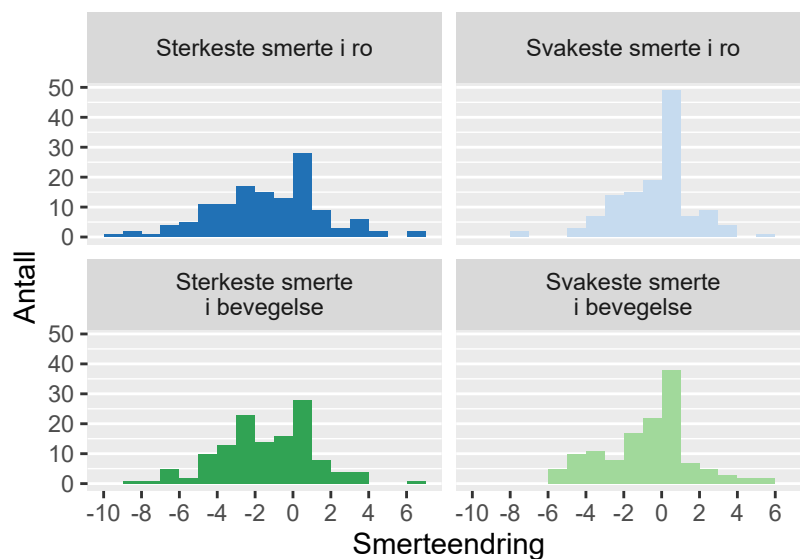
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	158	194	81 %
Ahus	17	20	85 %
Helse Bergen	45	49	92 %
Møre og Romsdal	16	24	67 %
OUS	42	49	86 %
St. Olavs	12	16	75 %
UNN	16	24	67 %
Vestre Viken	10	12	83 %

3.1.7 Resultatindikator: Akseptabel smerte

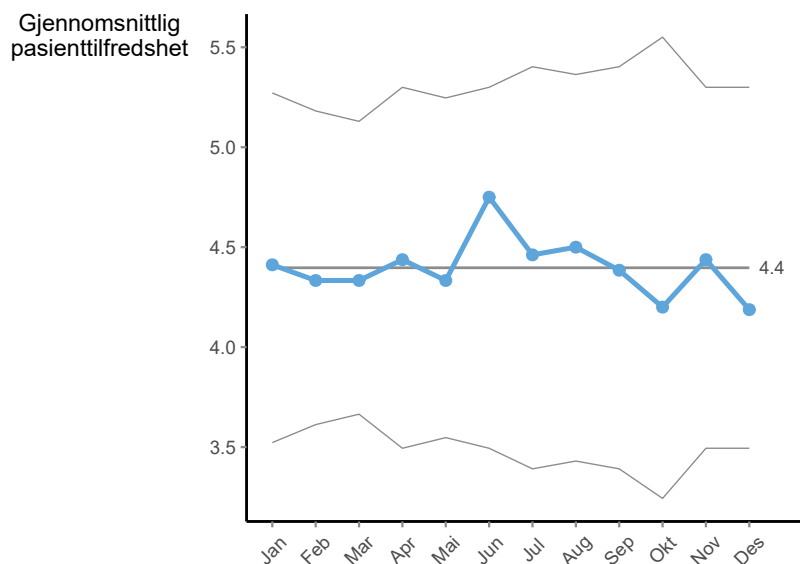
Den neste resultatindikatoren til SmerteReg er *hvor stor andel av pasientene som hadde 'akseptabel smerte' ved siste tilsyn*. Dette vises fordelt per sykehus i [tabell 3.6](#) på side 16 nasjonalt per måned i [figur 3.10](#) på side 16.



FIGUR 3.7: Fordeling av pasientenes opplevelse av smerte ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Pasientene målte smerten sin på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig smerte, og figuren viser pasientenes respons på smertenivå på det sterkeste og på det svakeste, i ro og i bevegelse. Færre pasienter har veldig sterk smerte ved siste tilsyn i forhold til ved første tilsyn. Tallene er basert på 210 forløp.



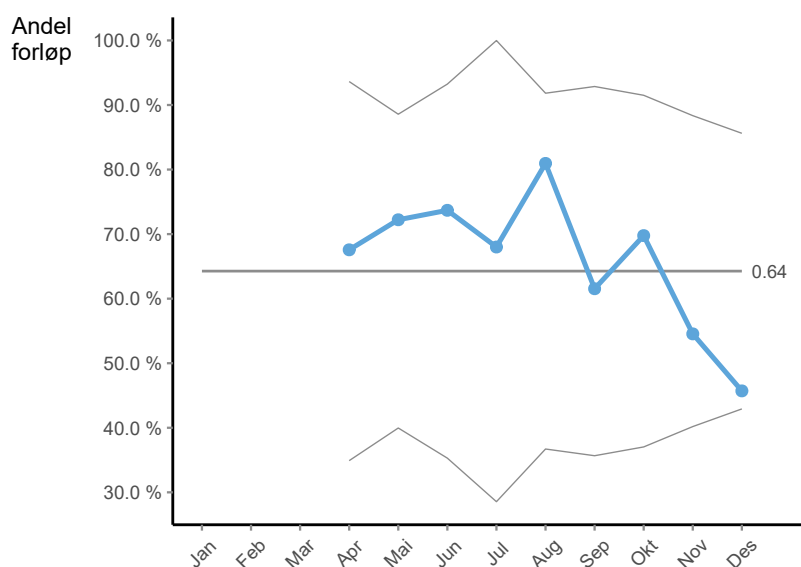
FIGUR 3.8: Oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn fordelt over antall forløp. Tallene er basert på 130 forløp der spørsmålet har blitt besvart både ved første og siste tilsyn.



FIGUR 3.9: Gjennomsnittlig pasienttilfredshet per måned i 2022. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 1 er ikke fornøyd med iveratekelsen fra Smerteteam i det hele tatt, mens 5 er i svært stor grad fornøyd. Det er ønskelig med et høyt gjennomsnitt. Tallene er basert på 194 forløp som har svart på skjema om tilfredshet.

TABELL 3.6: Antall og andel forløp som hadde akseptabel smerte ved siste tilsyn

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	260	406	64 %
Ahus	32	48	67 %
Helse Bergen	70	116	60 %
Møre og Romsdal	20	41	49 %
OUS	64	88	73 %
St. Olavs	25	43	58 %
UNN	40	59	68 %
Vestre Viken	9	11	82 %



FIGUR 3.10: Andel forløp med akseptabel smerte ved siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 547 forløp.

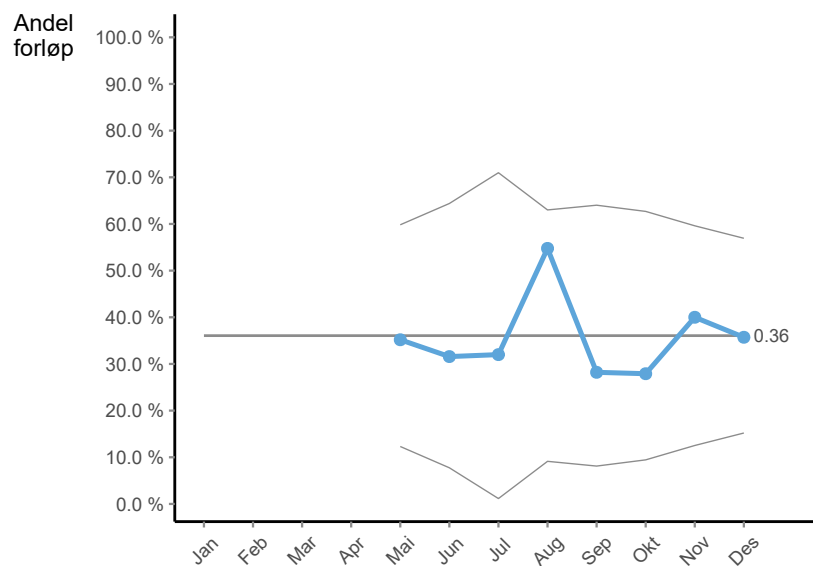
3.1.8 Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå

Den neste resultatindikatoren til SmerteReg er *hvor stor andel av pasientene som hadde forbedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn*. Dette vises fordelt per sykehus i [tabell 3.7](#) på neste side og månedlig for nasjonale tall i [figur 3.11](#) på neste side.

En stor andel (57 %) hadde ingen endring fra første til siste tilsyn.

TABELL 3.7: Antall og andel forløp som hadde funksjonsforbedring fra første til siste tilsyn.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	132	385	34 %
Ahus	16	47	34 %
Helse Bergen	37	108	34 %
Møre og Romsdal	15	40	38 %
OUS	40	84	48 %
St. Olavs	7	39	18 %
UNN	12	57	21 %
Vestre Viken	5	10	50 %



FIGUR 3.11: Andel forløp med funksjonsforbedring fra første til siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 547 forløp.

3.2 Andre analyser

3.2.1 Demografi

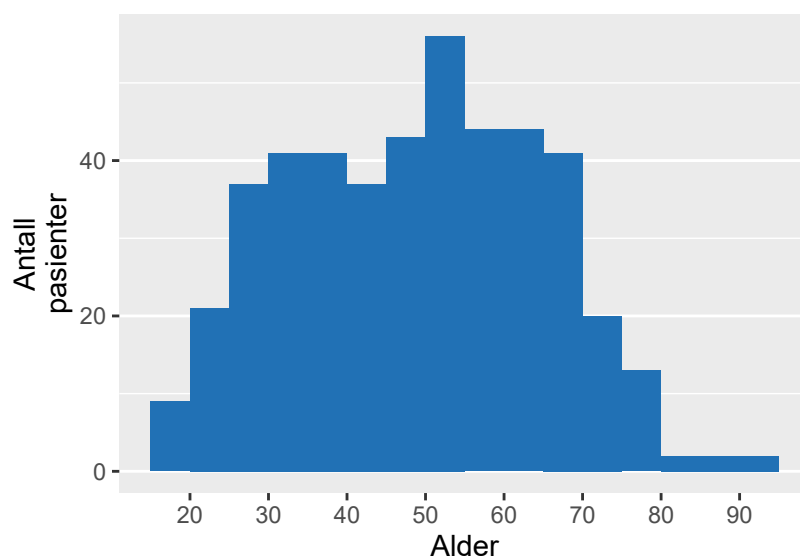
Det er til sammen 453 unike pasienter i registeret for 2022. Av disse er 193 (43 %) menn. Gjennomsnittsalderen er 49 år, med yngste pasient på 18 år og eldste på 93 år. Aldersfordelingen i registeret for 2022 vises i figur 3.12 på neste side.

3.2.2 LAR og rus

Av de 568 forløpene i registeret i 2022 er 63 forløp registrert med rus, tidligere rus og/eller LAR (det er mulig for samme pasient å være representert i flere av gruppene). Fordelingen per sykehus for de ulike gruppene er vist i tabell 3.8 på neste side, tabell 3.9 på neste side og tabell 3.10 på side 19.

3.2.3 Smertekategori

I figur 3.13 på side 19 følger oversikt over hvordan forløpene fordeles per de ulike smertekategoriene, der en klar størstepart har akutt



FIGUR 3.12: Aldersfordelingen hos 453 pasienter i SmerteReg.

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

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	23	568	4 %
Ahus	2	56	4 %
Helse Bergen	9	160	6 %
Møre og Romsdal	2	62	3 %
OUS	5	123	4 %
St. Olavs	3	58	5 %
UNN	2	87	2 %
Vestre Viken	0	22	0 %

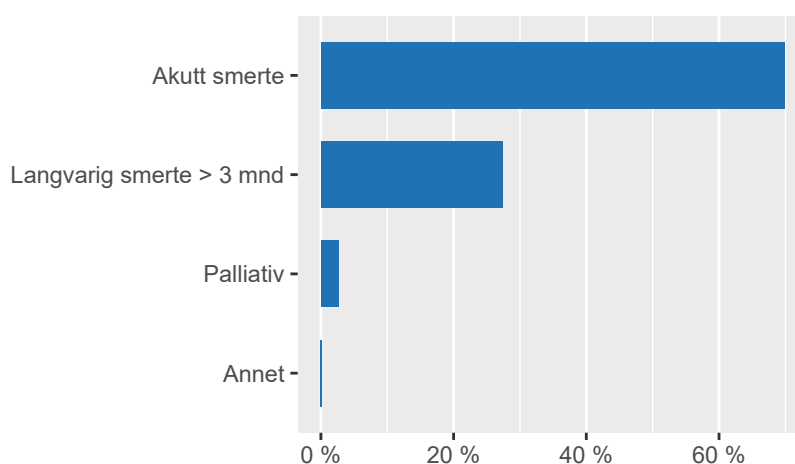
TABELL 3.9: Antall og andel forløp i LAR totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	28	568	5 %
Ahus	0	56	0 %
Helse Bergen	19	160	12 %
Møre og Romsdal	1	62	2 %
OUS	5	123	4 %
St. Olavs	0	58	0 %
UNN	3	87	3 %
Vestre Viken	0	22	0 %

TABELL 3.10: Antall og andel forløp med tidligere rus totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	63	568	11 %
Ahus	8	56	14 %
Helse Bergen	30	160	19 %
Møre og Romsdal	3	62	5 %
OUS	12	123	10 %
St. Olavs	5	58	9 %
UNN	5	87	6 %
Vestre Viken	0	22	0 %

smerte, etterfulgt av langvarig (> 3 måneder) smerte. I tabell 3.11 ser vi at det samme også gjelder lokalt for de ulike sykehusene. Det bemerkes at en pasient kan ha flere ulike smertediagnoser som for eksempel 2 typer akutt smerte og en type langvarig smerte.



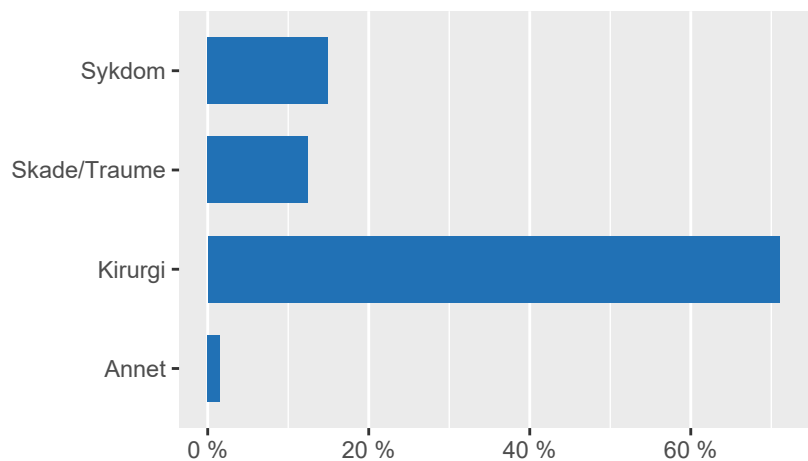
FIGUR 3.13: Andel tilfeller av hver smertekategori. En pasient kan ha endret smertekategori i løpet av behandling, og kan inngå i flere søyler. Basert på 1113 smertemålinger hos 568 pasienter.

TABELL 3.11: Antall forløp av ulike smertekategorier. En pasient kan ha opplevd flere ulike typer smerter på étt opphold og inngå i flere av beregningene.

Smertekategori	Akutt smerte	Langvarig smerte over 3 mnd	Palliativ	Annet
Ahus	50	51	0	1
Helse Bergen	238	51	0	0
Møre og Romsdal	83	39	0	0
OUS	248	65	0	0
St. Olavs	40	46	17	0
UNN	89	48	13	1
Vestre Viken	29	4	0	0

I figur 3.14 på neste side ser vi fordeling av forløp på de ulike hovedkategoriene innenfor akutt smerte. Det er tydelig at smerte

etter kirurgi er mest vanlig med ca. 70 %, mens smerte ved sykdom og smerte etter skade/traume begge ligger på rundt 16 %.



FIGUR 3.14: Andel forløp i hver diagnose for tilfeller av akutt smerte. Basert på 777 smertemålinger for forløp med akutt smerte minst én gang i løpet av sykehusoppholdet.

I tabell 3.12 finnes en oversikt over andelen forløp som er registrert med både akutt og langvarig smerte og den viser at dette i gjennomsnitt gjaldt i 26 % av alle forløp i 2022.

TABELL 3.12: Oversikt over forløp med både akutt og langvarig smerte.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	147	568	26 %
Ahus	20	56	36 %
Helse Bergen	30	160	19 %
Møre og Romsdal	13	62	21 %
OUS	54	123	44 %
St. Olavs	7	58	12 %
UNN	21	87	24 %
Vestre Viken	2	22	9 %

3.2.4 Besvarelse av PROMS/PREM-skjema

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

I [tabell 3.13](#) ser vi oversikten over hvor mange som har forløp med besvart pasientdel i Eval-skjema, mens [tabell 3.14](#) viser oversikt over forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

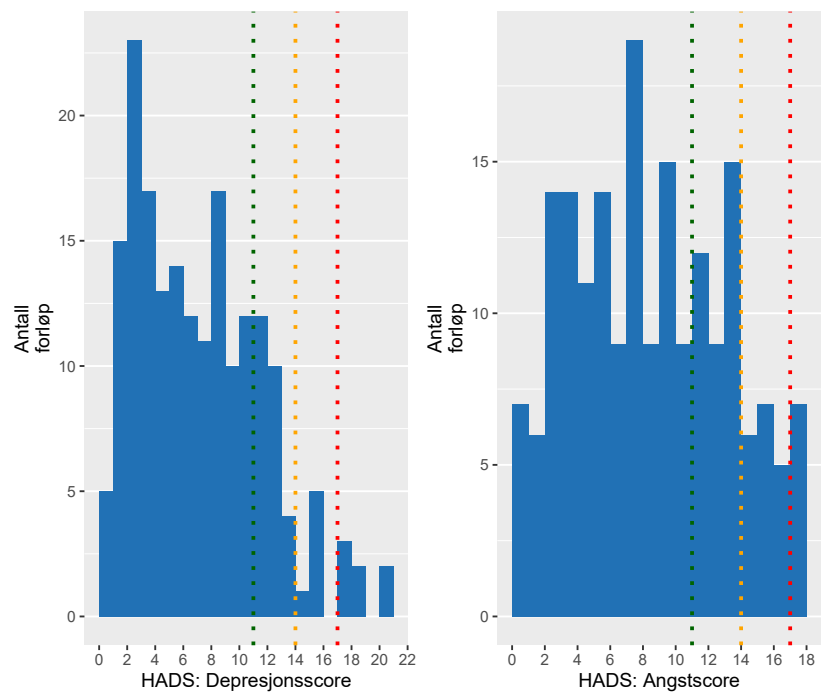
TABELL 3.13: Forløp med besvarelse på pasientdelen i evalueringsskjema.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	207	568	36 %
Ahus	23	56	41 %
Helse Bergen	50	160	31 %
Møre og Romsdal	27	62	44 %
OUS	51	123	41 %
St. Olavs	18	58	31 %
UNN	25	87	29 %
Vestre Viken	13	22	59 %

TABELL 3.14: Forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	188	568	33 %
Ahus	20	56	36 %
Helse Bergen	48	160	30 %
Møre og Romsdal	25	62	40 %
OUS	49	123	40 %
St. Olavs	14	58	24 %
UNN	25	87	29 %
Vestre Viken	7	22	32 %

Fra [figur 3.15](#) på neste side ser vi hvordan depresjons- og angstscoren fordeler seg for de pasientene som har svart på HADS-spørreskjema. Poengscorene vurderes som følger: lavere enn den grønne linjen viser ingen tegn til symptomer, mellom den grønne og den gule linjen viser milde symptomer, mellom den gule og den røde linjen er moderate symptomer, mens over den røde er alvorlig symptomer.



FIGUR 3.15: Fordeling av score på HADS-spørreskjema for depresjon og angst. Grønn linje viser grensen for ingen symptomer, gul linje for milde symptomer, rød linje for alvorlige symptomer.

4 Metoder for fangst av data

SmerteReg bruker den offentlig godkjente plattformen Open Q Reg levert av HN IKT for høsting av data. Tilgangsstyrt pålogging delt inn i LU (Local User - kun tilgang for registrering i lokalt smertereg), LC (Local Coordinator - kan i tillegg endre og slette evt feilregistreringer og bla mulighet til laste ned datadump av lokale data) og SC (System Coordinator-datatilgang nasjonalt register). Det er laget en rutine for tildeling av rett tilgang og sletting av brukere som ikke lenger er jobber med smertereg. Behandlerne (LU og/eller LC) logger seg på via helseregister.no og registrerer noe basisinformasjon om alle henviste pasienter på PC inn i det respektive lokale SmerteReg. Dette foregår ved at lege og/eller sykepleier fyller ut behandlerdel 1.1 og 1.2 i starten av behandlingen, og behandlerdel 2.1 og 2.2 mot slutten av behandlingen. Data angående de pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og samtykker kopieres en gang per døgn til det nasjonale registeret. Etter 25.11.22 vil data angående de pasientene som oppfyller inklusjonskriteriene og ikke har reservert seg etter en måneds karenstid, kopieres over til det nasjonale SmerteReg. Disse nasjonale pasientene får også tilsendt tre eprom-skjema under oppholdet på sykehuset (pasreg, HADS,eval) og videre et oppfølgings-skjema (Opioid) fire uker etter avsluttet tilsyn. Pasienter som ikke er på helsenorge eller digipost, eller ikke har mulighet/kapasitet til å fylle ut skjema elektronisk, får tilbud om utfylling av de første tre skjema på papir. ePROM-løsningen er utviklet av HEMIT og integrert inn i OQreg-løsningen.

5 Datakvalitet

5.1 Antall registreringer

Det ble registrert 568 forløp hos 453 pasienter totalt for de 7 registrerende institusjonene f.o.m. 01/01 - 2022 t.o.m. 31/12 - 2022. Forløpene var fordelt som følger: 160 ved HUS, 58 ved St. Olavs, 87 ved UNN, 123 ved OUS, 56 ved Ahus, 22 ved VV og 62 ved Møre og Romsdal.

Tilsvarende tall for de fire første månedene av 2023 er 517 forløp fordelt på 430 unike pasienter. Dette indikerer at 3 ganger så mange forløp, dvs ca 1500, vil inkluderes i 2023.

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

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

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

På samme måte vil man etter 25.11.22 følge de samme strikte interne rutinene, men utregningen av dekningsgrad blir litt annerledes ved at telleren i brøken blir antall forløp hvor pasienter har oppfylt inklusjonskriteriene (dvs er over 18 år og har enten fått tilsyn eller henvisende behandler har fått råd) og ikke har reservert seg. Nevneren i brøken blir alle som oppfylte inklusjonskriteriene (både de som ikke har reservert seg og de som har reservert seg). Vår statistiker Janne Mannseth har laget ny dekningsgradsrapport tilgjengelig i Rapporteket som alle lokalkoordinatorer ved hvert sykehus kan bruke for å hente ut lokal dekningsgrad for en valgt periode ved sitt sykehus.

5.3 Tilslutning

SmerteReg har medlemsenheter fra alle helseregioner i Norge. Ved bruk av kontakter i smerte og anestesimiljøet i Norge har faglig leder

LJ Rygh de siste årene inklusive inneværende år undersøkt hvilke sykehus som har fungerende akutt smerteteam og således er aktuelle som medlemmer i SmerteReg. Denne kartlegging har stort sett vært gjort telefonisk og elektronisk dvs ikke fysiske besøk pga pandemi. Resultatet av undersøkelsene viser at det i 2022 var 7 sykehus som har fungerende akutt smerteteam. Disse er HUS, OUS, UNN, St Olav, Ahus, Vestre Viken Bærum, Møre og Romsdal Ålesund. Stavanger (SUS) har ikke lenger et slikt team (avviklet i 2022). Det vil si at for rapporteringsåret 2022 så leverte 7 av 7 sykehus til SmerteReg og tilslutningen var derfor 100%. Videre vil Levanger starte opp akutt smerteteam i skrivende stund og vil tilslutte seg SmerteReg i løpet av høsten 2023.

5.4 Dekningsgrad

Siden SmerteReg gikk fra samtykkebasert til reservasjonsrett 25.11.22 velger vi å rapportere dekningsgraden før og etter denne dato. For perioden 01.01.22-24.11.22 var dekningsgraden ved de 7 sykehusene som leverte data som følger:

- Haukeland US: $123/232 = 53\%$
- St Olav: $48/162 = 30\%$
- UNN: $83/246 = 34\%$
- OUS: $102/288 = 35\%$
- Ahus: $46/102 = 45\%$
- VV Bærum: $19/164 = 9\%$
- MR Ålesund: $66/141 = 53\%$

Nasjonal dekningsgrad før og like etter reservasjonsrett:

- Nasjonal dekningsgrad før reservasjonsrett: $487/1335 = 36\%$
- Nasjonal dekningsgrad 25.11.22-31.12.22: $123/128 = 96\%$

Så langt i 2023:

- Nasjonal dekningsgrad 01.01.23-31.01.23: $151/155 = 97\%$
- Nasjonal dekningsgrad 01.02.23-28.02.23: $120/125 = 96\%$
- Nasjonal dekningsgrad 01.03.23-31.03.23: $136/140 = 97\%$
- Nasjonal dekningsgrad 01.04.23-30.03.23: $101/113 = 97\%$

Vi tar også med at for de 4 første månedene av 2023 (jan tom april) er nasjonal dekningsgrad på 97% og det er ingen grunn til å forvente store endringer fremover.

Dataene er hentet ut via Rapporteket for hver av institusjonene. Lars Jørgen Rygh har hentet tallene ut fra SmerteReg HUS, Aslak Johansen har rapportert tallene fra UNN, Beate Knutsen har rapportert fra St Olavs, Jan-Erik Kleiv fra OUS, Bjørg Farup fra Bærum, Mona Brelid fra Ahus og Liv Bakke fra Ålesund. Dataene er satt sammen til nasjonal dekningsgrad av Lars J Rygh. Det er altså en formidabel økning i dekningsgrad etter innføring av reservasjonsrett.

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er utarbeidet interne rutiner for datasikring. En sykepleier ved hver institusjon har daglig ansvar for å påse at alle henvisninger i)

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

Videre er det pt logiske kontroller i den elektroniske innrapporteringsløsningen hvor det er relevant. Dette er det brukt mye tid på i utviklingen av løsningen og det jobbes kontinuerlig på årsmøte og referansegruppemøter etc med å forbedre. Eksempler er max og min verdier for doser av opoider. Videre er de fleste spørsmål for behandler gjort obligatoriske dvs man må svare noe evt vet ikke for å få fylt ut skjema.

5.6 Metode for vurdering av datakvalitet

Ad Kompletthet:

For å vurdere grad av kompletthet har Lars Jørgen Rygh gått gjennom resultatene for de 8 ulike kvalitetsindikatorerne og regnet ut i hvor mange forløp indikatoren har blitt registrert i forhold til det totale antall forløp i 2022 (567). For de tre første indikatorene ([avsnitt 3.1.1](#) på side 8 - [avsnitt 3.1.3](#) på side 10) er graden av kompletthet 567/567 dvs 100 %. For variabel 4 (se [avsnitt 3.1.4](#) på side 12 - andel laget nedtrappingsplan av forløp hvor det er vurdert indisert) er den også 315/315=100 %. Dvs det var vurdert indisert i 315 forløp og det er registrert 315 forløp. Ved gjennomgang av tallene for 2022 (som i 2021) er altså komplettheten 100% for de 4 kvalitetsindikatorerne som omhandler prosess ([avsnitt 3.1.1](#) på side 8 - [avsnitt 3.1.4](#) på side 12). Dette begrunnes ut fra aktuelle tall og det faktum at data som trengs for å regne de ut registreres automatisk når pasienten legges inn i registeret og/eller er obligatorisk å svare på for behandler. Det samme gjelder de to nye indikatorene akseptabel smerte ved siste tilsyn og endring i funksjonsnivå som ble innført i q2 2022. Disse variablene er obligatorisk for behandler å svare på og komplettheten er 406/406 og 383/383 hhv for disse.

Derimot er komplettheten i 2022 (som i 2021) dårlig for de to resultatindikatorerne som omhandler smerteintensitet og fornøydhet ([avsnitt 3.1.5](#) på side 13 og [avsnitt 3.1.6](#) på side 13). Dette er pasientrapporterte data (NRS og fornøydhet). For nedgang i smerteintensitet er det i kun 130 av 567 forløp (23%) registrert to verdier (for alle fire NRS-målene) slik at indikatoren kan regnes ut. Ad fornøydhet (se [avsnitt 3.1.6](#) på side 13 og [tabell 3.5](#) på side 13)) er det kun i 207 av 567 forløp (36%) rapportert grad av fornøydhet.

Ad Korrekthet:

Høsten 2021 gjorde nyansatt registermedarbeider Anne Mari Gunnheim Klausen (med hjelp fra vår statistiker Janne Mannseth og statistikere fra fagsenteret for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest) en korrekthetsanalyse for tilfeldig utvalgte pasienter fra janmars i 2019 (21 pasienter), 2020 (22 stk) og 2021 (22 stykk) til sammen 65 pasienter. Klausen gikk gjennom EPJ til disse pasientene og sjekket de samme utvalgte parametre fra registeret (analgetika ved innkomst, henvist dato og startdato (som brukes til å regne ut kvalitetsindikatoren *andel tilsett samme dag som henvist*), om flere enn én faggrupper var involvert (kvalitetsindikator *andel tilsett av 2 eller flere faggrupper*), om ikke-medikamentelle tiltak var brukt, om nedtrappingsplan for opioider var laget. Til sammen 8 parametre. Korrektheten var på mellom 90% og 96% for de parametrene som var sett på hos de 65 tilfeldig utvalgte pasientene fra Helse-Bergen. Dette mener SmerteReg er akseptabelt. Over 50% av pasientene i perioden kom fra Helse-Bergen.

Resultatene av studien fordelte seg som følger:

- Prosentandelen verdier i registeret som var lik verdiene i pasientjournalen: mellom 91% og 96%.
- Prosentandelen manglende verdier i registeret som var utfylt i pasientjournalen: mindre enn 10%.
- De to ovennevnte analysene per variabel, for å identifisere om noen variabler var typisk ikke-besvarte eller feil-utfylte: mindre enn 5%.
- Prosentandelen manglende verdier i pasientjournalen som var utfylt i registeret: mindre enn 10%.

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

Ad Inter-rater reliabilitet:

Det ble satt av en halv dag på smerteregs årsmøte onsdag 19.10.22 til en inter-rater reliabilitetsundersøkelse. Det var til sammen 16 registratorer fordelt på de 7 sykehusene som registrerte simultant 4 pasientkasus fra virkeligheten. Vi hadde satt obligatorisk oppmøte for minimum 2 og max 5 registratorer fra hvert av de 7 sykehusene. Alle disse vil fikk hver sin pc og egen innlogging til en spesial-versjon av innrapporteringsløsningen. Videre fikk de presentert 4 ulike pasientforløp som de hver for seg registrerte inn i løsningen. Vår statistiker Janne Mannseth gjorde da fortløpende analyser på disse data for alle variablene i smertereg og regnet ut prosentvis samsvar mellom alle som registrerte for hver enkelt variabel.

Generelt var det god inter-rater reliabilitet og erfaringene med denne metoden og mer detaljerte data vil bli forsøkt publisert i det internasjonale tidsskriftet BMC Medical Research Methodology. Vi ber derfor om forståelse for at mer detaljer ikke presenteres her i årsrapporten.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Selv om registreringen av de to kvalitetsindikatorne som omhandler pasientrapporterte data har økt for NRS (til 23% mot 11% i 2020) og uendret for fornøydhets er komplettheten fortsatt for dårlig. Dette gjør at en ikke vet hva majoriteten av pasientene ville scoret på disse parameterne og data blir derfor ikke representative for hele registerpopulasjonen. Vi har brukt flere brukermøter/referansegruppemøter og fagrådsmøte til å diskutere hva som kan gjøres for å få flere pasienter til å svare på disse spørsmålene. Blir det en gi oftere og tydeligere info til pasientene om viktigheten av at de svarer. Personalet i teamene vil minne pasientene regelmessig på å svare ePROM og å angi NRS.

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

SmerteReg har søkt og fått innvilget midler til å undersøke årsaker til dette gjennom et dataforbedringsprosjekt (250 000 kr). Sykepleier Christoph Begall er ansatt i 30% stilling og det har i mai 2023 vært oppstartsmøte. I samme periode skal gjennomføres en kartlegging av pasienter som svarer/ikke svarer på ePROM med mål om å øke variabelkomplettheten på fornøydhets. Begall skal også jobbe med dette.

6 Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

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

Det bemerkes at ved overgang til reservasjonsrett 25.11.22 er alle inklusjonskriterier unntatt alder (over 18 år) fjernet og dermed vil pasientgruppen som inkluderes i det nasjonale registeret bli betydelig større enn i dag.

6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

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

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

Fire som går på resultat:

- Hvor stor andel av pasientene har nedgang i smerteskår (NRS) fra første til siste måling (se [avsnitt 3.1.5](#) på side 13).
- Hvor stor andel av pasientene er i stor grad eller i meget stor grad fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam (se [avsnitt 3.1.6](#) på side 13).
- Hvor stor andel av pasientene svarer at de har akseptabel smerte ved siste tilsyn (ny fra april 2023) (se [avsnitt 3.1.7](#) på side 13).
- Hvor stor andel av forløpene er det en økning i funksjonsnivå fra første til siste tilsyn (ny fra april 2023) (se [avsnitt 3.1.8](#) på side 16).

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

SmerteReg har siden starten i 2014 benyttet PROM (Smertescore: Numeric rating score (NRS), HADS, Sullivans Catastrophizing scale modified bla) og PREMS (hvor fornøyd er du med i varetagelse av smerteteam). Frem til januar 2020 har vi brukt papirskjema som pasientene svarer på og data har blitt manuelt plottet inn i elektronisk løsning, men nå er fullverdig ePROM i bruk i SmerteReg siden januar 2020.

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

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det er ingen åpenbare sosiale eller demografiske forskjeller mellom pasientene i SmerteReg, men nasjonal dekningsgrad har vært for lav til å si noe sikkert om dette. Dette vil endre seg og beskrives i mer detalj neste årsrapport.

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

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

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

6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

Det er pt ingen offisielle generelle nasjonale retningslinjer for behandling av akutt smerte i Norge utarbeidet. Som nevnt over i 6.5 er fagrådet kommet frem til de 6 viktigste best practice retningslinjene for akutt smerteteam i Norge. Etterlevelsen av disse kan vi i all hovedsak finne via kvalitetsindikatorene i SmerteReg. Vedrørende punkt 1 (henvisningsbasert praksis) så har alle sykehusene dette siden det er obligatorisk for å være med i SmerteReg.

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

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

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

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

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

6.7 Pasientrettet kvalitetsforbedring

TABELL 6.1: Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret

Identifiserte pasientrettede forbedringsområder	Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst 2 ulike behandlere, totalt i registeret: 1 sykehus hadde lav måloppnåelse, 2 hadde moderat og 4 høy måloppnåelse i 2022. Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist: 2 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 2 høy måloppnåelse i 2022.
---	--

Innføring av ny kvalitetsindikator; Ikke-medikamentell behandling viste at dette benyttes i varierende grad. Det er søkt og innvilget støtte fra SKDE til det nasjonale kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling av akutt smerte" som som har gått fra 01.01.22 – 30.06.23. Anne Mari Gunnheim Klaussen har vært ansatt

TABELL 6.2: Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Kvalitetsindikatoren omhandlende ikke-medikamentell behandling viste stor variasjon (18-80 %) og kun et av fire sykehus som registrerte i 2020 oppnådde god måloppnåelse.
Hva ble gjort av hvem/hvor og når?	Det SKDE-støttede nasjonale kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling av akutt smerte" har gått ved HUS, OUS, UNN og StOlav fra 31.01.01.22 – 30.06.23. Anne Mari Gunnheim Klausen har vært ansatt som prosjektleder i 20 % gjennom hele perioden. Kort oppsummert har man brukt gjennombruddsmetoden for å finne tiltak (bruk av sjekklister og undervisning, begrepsavklaring etc) for å øke andelen forløp (og minske variasjonen) hvor ikke-medikamentelle tiltak blir benyttet. Alle 4 sykehus som registrerte i 2020 (OUS, UNN, HUS og StOlav) var med i prosjektet.
Hvilke resultater ble oppnådd?	Andelen forløp hvor ikke-medikamentell behandling er blitt benyttet har økt fra 40 til 58 % fra 2020 til 2022 for de 4 sykehus som var med. Og ikke minst ble variasjonen redusert fra 18-80 % i 2020 til 44-74 % i 2022.

på prosjektet i 20% som prosjektleder gjennom hele perioden. Kort oppsummert har man brukt gjennombruddsmetoden for å finne tiltak som kan øke andelen forløp hvor ikke-medikamentelle tiltak blir benyttet.

Det har vært oppstartsseminar i januar 2022 og to midtseminarer i juni og desember. Avslutningseminar ble holdt mars 23 og rapport er sendt SKDE. Her har vi tenkt å skrive om prosjektet i et internasjonalt tidsskrift og derfor bedt om at rapporten ikke offentliggjøres inntil videre. Prosjektet ble startet 01.01.22 og avsluttes 30.06.23.

Datakvaliteten for resultatindikatorerne (NRS og fornøydhet) og de andre PREM/PROM data er lav. Vi vil kontinuerlig jobbe med å øke denne, men ønsket et mer grundig prosjekt hvor vi vil spørre pasienten og behandlerne for å finne ut hvorfor svarprosenten er så lav. Det ble derfor høsten 2022 søkt om og innvilget støtte (kr 250 000) fra Helse-vest til å se på dette hos pasienter ved HUS. Erfaringene herfra vil deles med det nasjonale registeret. Sykepleier Christoph Begall er ansatt på prosjektet i 9 måneder i 2023.

6.8 Pasientsikkerhet

SmerteReg registrerer komplikasjoner til opioidbruk (respirasjonshemming) iverksatt og/eller endret av smerteteamet og regional/perifer blokade (hematom/infeksjon/nevrologisk utfall) initiert/endret av smerteteam i behandlerdel 2.2. Det var kun 5 pasienter i 2022 hvor det ble registrert en alvorlig respirasjonsdepresjon som følge av opioidbehandling. Disse ble raskt behandlet med motgift (naloxone) og pasientene fikk ingen varige skader.

7 Formidling av resultater

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Hver enhet/sykehus har tilgang til sine egne lokale data via rapporteket og kan når som helst hente ut lokale data der. I tillegg rapporteres kvalitetsindikatorerne (på nasjonalt nivå) minimum 2 ganger per år tilbake til hver institusjon ifb referansegruppemøter og fagrådsmøter og ikke minst på årsmøtet hvor en hel sesjon (60 min) er satt av til dette. Resultatene inkludert kvalitetsindikatorerne finnes også på sykehusviseren og oppdateres kvartalsmessig.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

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

7.3 Resultater til pasienter

Det rapporteres ikke pt. direkte tilbake til pasientene, men registeret har en pågående prosess med pasientrepresentant Rigmor Berge angående hvor og hvordan dette skal gjøres. Og ikke minst var opprinnelig SmerteReg pilot-register for pasienters innsyn i registerdata. Opprinnelig plan var at dette skulle ferdigstilles i løpet av 2018, men pga ulike IKT-utfordringer har dette vært utsatt flere ganger. Imidlertid er planen at det utarbeides en kortversjon med registrerte data som hver enkelt pasient kan finne om seg selv via helsenorge.no. Tanken er også at pasienten skal få tilgang på hele datadump med registrerte opplysninger om seg selv via denne tjenesten etter hvert. Siste status her er at SmerteReg den 15/8-20 leverte inn detaljene omkring hvilke data som skal være tilgjengelig i kortversjon til HN IKT. De vil i samarbeid med helsenorge.no lage en løsning der hvor pasientene skal logge seg inn og se (såkalt innsynsløsning). Det er pt usikkert når dette arbeidet er klart for SmerteRegs del. Videre har SmerteReg i 2020-2022 gjort en betydelig oppgradering av nettsider slik at disse er mer brukervennlig både for pasienter og helsepersonell. Se <https://helse-bergen.no/nasjonalt-kvalitetsregister-for-smertebehandling>.

7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

SmerteReg har vært på resultatportalen siden 2018, men kom i 2021 over på sykehusviseren: <https://verify.skde.no/kvalitetsregistre/smerte/sykehus>. Pga lav dekningsgrad (under 60 %) presenteres data kun på nasjonalt nivå. Dette endres i 2023. Vil vil snarlig over sommeren forsøke å få publisert oppdaterte tall for første halvår

2023 hvor dekningsgraden er 96-97 prosent og da presentere data på enhetsnivå.

8 Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

SmerteReg har også i 2022 hatt et godt samarbeid med Norsk Intensiv og PandemiRegister (NiPar) som vi var med og hjalp til med oppstarten av i 2020. Vi har ved ulike anledninger hatt registerfaglig diskusjoner med sekretariatet i NiPar. Videre samarbeider SmerteReg med NOKSmerte som omhandler polikliniske smertepasienter. Opptil 1/3 av SmerteRegs pasienter vil kunne være aktuelle for både NOKSmerte og SmerteReg. Faglig leder Rygh er nylig valgt som leder av Norsk Smerteforening (The Norwegian Pain Society) og dermed norsk styremedlem i den europeiske smerteforeningen. Dette vil sannsynligvis åpne dører for potensielt mer nasjonalt og ikke minst europeisk samarbeid med kolleger som jobber med akutt smerte og register.

8.2 Vitenskapelige arbeider

Forskerlinjestudent Nordrik har nettopp sendt inn vitenskapelig artikkel til vurdering i tidsskriftet PAIN. Data ble også presentert på verdenskongress i smerte i Toronto i 20.9.22 (IASP2022). Det har i 2021 og 2022 vært økende forespørsler fra ulike forskningsmiljø både ved OUS og HUS om bruk av data fra SmerteReg. Men pga lav dekningsgrad ønsket disse å avvente med bruk av data til forskning. Dette har nå endret seg og vil vil kunne levere gode data til de som ønsker.

Del II

Plan for forbedringstiltak

9 Videre utvikling av registeret

Konkret plan for å nå stadium 3 (og 4)

Vi mener at vi nå tilfredstiller krav til stadium 4.

Kan dokumentere dekningsgrad over 80% siste 2 år: Dekningsgraden etter innføring av reservasjonsretten er 97% for de 7 sykehusene som kunne registrere i 2022 og så langt i 2023 og det er ingen grunn til at denne skal endre seg vesentlig fremover. Vi gjennomførte i 2022 en inter-rater reliabilitetstudie. Korrekthetstudie ble gjennomført i 2020/2021. Vi kan redegjøre for komplettheten av kvalitetsindikatorerne (avsnitt 5.2 på side 24).

Vi kan redgjøre for deltakende enheters etterlevelse av de viktigste best practice retningslinjer: De 6 viktigste "best practice" retningslinjene er presentert i avsnitt 6.6 på side 31 og etterlevelsen i avsnitt 6.7 på side 31.

Registeret skal minimum 2 ganger årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no: Dette gjøres per dags dato på sykehusviseren/resultatportalen og data oppdateres kvartalvis. Nå som dekningsgraden er over 60% vil det presenteres også på institusjonsnivå. I skrivende stund (juni 2023) er ikke tallene presentert på institusjonsnivå pga lav dekningsgrad for 2022 sett under et. Vi vil derimot så snart som mulig over sommeren få lagt inn oppdaterte tall inkl på institusjonsnivå for første halvår av 2023

Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater: Gjøres pr dags dato; rapport med kvalitetsindikatorerne mfl fordelt på institusjonsnivå sendes ut månedlig til medlemsenhetene. Videre har alle enheter online tilgang til lokale data via innrapporteringsløsningen og i tillegg lokale rapporter via Rapportket.

9.1 Nye enheter og dekningsgrad

Faglig leder Rygh har de siste årene gjort en kontinuerlig kartlegging av hvilke norske sykehus som har velfungerende akutt smerteteam. arbeidet med å kartlegge hvilke norske sykehus som har fungerende akutt smerteteam. Det viste seg at det er færre sykehus enn tidligere antatt og at kun 4 var aktuelle i tillegg til de 4 som allerede registrerer. De 4 nye var Ahus, Ålesund, Bærum og Stavanger. De 3 første begynte å registrere i 2022, mens Stavanger nå rapporterer at de ikke lenger har fungerende akutt smerteteam hovedsaklig pga økonomiske forhold. Imidlertid vil Levanger sykehus starte akutt smerteteam sommeren 2023 og det skrives i disse dager databehandleravtaler for å tilrettelegge for dette. Fagrådet har definert at det skal være et henvisningsbasert system hvor avdelinger henviser vanskelige smertepasienter til tilsyn fra teamet. Definisjon av team; to eller flere faggrupper som til sammen fortrinnsvis har en stillingsprosent

minimum 100%. Imidlertid kan lavere stillingsprosent aksepteres ved mindre sykehus såfremt virksomheten klarer å tilse og ivareta de henvisninger som kommer inn på en tilfredsstillende måte. Tilbakemeldingene fra de sykehusene som ikke har slike team er at de ikke klarer å behandle de vanskelige akutte smertepasientene på en tilfredsstillende måte. SmerteReg vil fortsette å jobbe for at flest mulig sykehus oppretter akutt smerteteam. Vi vil i første omgang invitere med de kollegene som driver akutt smertebehandling på faglige møter i regi av SmerteReg. Videre støtte disse kollegene i argumentasjonen mot sin ledelse for opprettelse av akutt smerteteam.

9.2 Fagutvikling og kvalitetsforbedrings av tjenesten

Bidrag til etablering av nasjonale retningslinjer eller nasjonale kvalitetsindikatorer: Smertereg har etter tilbakemelding fra ekspertgruppen startet arbeidet med å lage en «best practice» retningslinje for akutt smertebehandling i Norge. Dette har vært tema på flere brukermøter/referansegruppemøter og vil bli fulgt opp på den faglige delen av årsmøtet 2023. Det er ingen slike nasjonale retningslinjer i Norge pt, men det er laget slike i USA og i Australia og NZ. Disse er brukt som utgangspunkt, men de er sterkt preget av opioidkrisen man ser spesielt i USA. I Norge har vi ikke økt antall overdoser av opioider som man ser i USA, slik at norske retningslinjer er tilpasset norske forhold. Det ble i april 2022 vedtatt de 6 viktigste best practice retningslinjene som beskrevet i [avsnitt 6.5](#) på side 30.

Registrerende enheters etterlevelse av faglige retningslinjer: Se [avsnitt 6.6](#) på side 31.

Identifiserte kliniske forbedringsområder: SmerteReg har i perioden 01.01.22-30.06.23 gjennomført det SKDE-finansierte kvalitetsforbedringsprosjektet ikke-medikamentell behandling ved akutt smerte (se [avsnitt 6.7](#) på side 31).

Datakvaliteten for resultatindikatorerne (NRS og fornøydhet) og de andre PREM/PROM data er lav. Vi vil kontinuerlig jobbe med å øke denne, men ønsket et mer grundig prosjekt hvor vi vil spørre pasienten og behandlerne for å finne ut hvorfor svarprosenten er så lav. Det ble derfor høsten 2022 søkt om og innvilget støtte (kr 250 000) fra Helse-vest til å se på dette hos pasienter ved HUS. Erfaringene herfra vil deles med det nasjonale registeret. Sykepleier Christoph Begall er ansatt på prosjektet i 9 måneder i 2023.

9.3 Nye kvalitetsindikatorer

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

obligatorisk for behandlerne for å sikre høyest mulig kompletthet.

Foreslått gradering av funksjonsnivå:

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

9.4 Nye pasientrapporterte resultater som skal inn i registeret

Elektronisk versjon av pasientrapporterte data (ePROM) i SmerteReg ble tatt i bruk primo 2020. Det ble i den forbindelse laget utvidelse av PROM slik at man også spør pasientene oppfølgingsspørsmål 4 uker etter utskrivelse fra sykehus. Disse spørsmålene omhandler erfaring med å trappe ned opioidene. Dette for å forsøke å identifisere de pasientene som får problemer relatert til smertebehandlingen (for eksempel ikke klarer å trappe ned opioider) etter utskrivelse slik at man kan gi disse optimalt oppfølging og redusere uønsket bruk.

Videre har vi jobbet sammen med PROM-senteret i Bergen med å utvikle et mer differensiert spørreskjema for pasientevaluering. Dette siden så høy andel (over 90%) av våre pasienter svarer at de er i stor grad eller i meget stor grad fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam.

Det er veldig lav svarprosent på ePROM og det tidligere omtalte helse vest støttede kvalitetsforbedringsprosjekt har til hensikt å undersøke hva som gjør dette. Pasienter vil bli intervjuet bla. Christop Begall er ansatt på dette prosjektet. Begall vil også undersøke hvordan man kan øke komplettheten av kvalitetsindikatoren "andel forløp hvor NRS reduseres fra første til siste tilsyn". Siden svarprosenten er så lav på ePROM vil vi heller prioritere å bedre denne enn å innføre nye pasientrapporterte data.

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

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

Nå som dekningsgraden er så høy etter innføring av reservasjonsrett vil det være enklere å argumentere for at registeret beskriver den aktuelle populasjonen. Dette vil sannsynligvis øke motivasjonen blant kolleger til å bruke data til kvalitetsforbedring og forskning i tiden fremover.

9.6 Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet

Forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik hadde i 2021 sitt «forskningsår» og jobber med data fra smertereg og ser på opioid-tolerante pasienter vs opioid-naive pasienter. Nordrik vil sende inn manuskript for vurdering med tanke på publisering i det høyest rangerte internasjonale tidsskriftet innen smerteforskning: PAIN. Nordrik presenterte endel av disse data på verdenskongressen i Smerte i Toronto uke 19.09.22. Videre er det opprettet samarbeid med Nasjonal kompetansetjeneste for Nevropatiske smerter (NaKoNev) (professorene Stubhaug og Per Hansson) om studie av akutt Nevropatisk smerte og hvor pasientene skal identifiseres via smertereg. Denne studien ble etter en lang søknadsprosess godkjent av SLV (og REK) i Q1 2022 og starter i 2023.

Faglig leder Rygh er nylig valgt som leder av Norsk Smerteforening (The Norwegian Pain Society) og dermed norsk styremedlem i den europeiske smerteforeningen. Dette vil sannsynligvis åpne dører for potensielt mer nasjonalt og ikke minst europeisk samarbeid med kolleger som jobber med akutt smerte og register. SmerteReg vil jobbe mer aktivt bla gjennom disse organisasjonene for å gjøre Smertereg mer kjent slik at data vil bli brukt mer til forskning og kvalitetsforbedring.

Del III

Stadievurdering

10 Referanser til vurdering av stadium

10.1 Vurderingspunkter

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

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

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 10.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II, 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stadium 4			
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	5.6, 5.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	8.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	3.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå A			
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.	6.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nivå B			
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	6.7	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Nivå C			
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

10.2 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Ekspertgruppens vurdering av SmerteReg 2021:

Vurdering 2021: Overordnet vurdering av registeret: Registeret registrer akutt smertebehandling ved sykehus. SmerteReg jobber bra på flere områder av registeret, men oppfyller ikke alle kravene i stadielinndelingen.

Registerets utvikling siste år: Utfordringene i forbindelse med drift av registeret virker å være normalisert etter pandemien. Dekningsgraden for 2021 er rapportert å være noe lavere enn i 2020. Dette forklares ved at nye institusjoner nå rapporterer til SmerteReg. I beregningene for dekningsgrad er ikke SUS (som ikke deltar) tatt med. Den beregnede nasjonale dekningsgraden kan være høyere enn det faktiske dekningsgraden, men så lenge dekningsgraden er under 60% har ikke dette noe praktisk betydning i vurdering av registerets stadium.

Registerets planlagte tiltak for videre forbedringer: Ved overgang til reservasjonsrett vil beregningen av dekningsgrad endres, da inklusjonskriteriene endres.

Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 2B.

Oppfølging:

Ad økning av dekningsgrad: Vi har nå gått over til reservasjonsrett og endret inklusjonskriteriene (kun alder under 18 år er eksklusjonskriterium nå) fra 25.11.22. Det er av vår statistiker Janne Mannseth laget ny rapport i rapporteket som regner ut dekningsgrad etter innføringen. Denne viser at vi har nasjonal dekningsgrad på over 90% (97% for de 7 sykehusene som registrerer) fra denne dato og også så langt i 2023 hvor vi har oppdaterte tall (dvs de fire første månedene av 2023)(se eget avsnitt om dekningsgrad i [avsnitt 5.3](#) på side 24).

Ad andre krav i stadielinndelingen: Vi har gjennomført reliabilitetsstudie i 2022 og korrekthetsanalyser i 2020 og 2021 og kan redegjøre for kompletthet. Vi mener derfor at vi oppfyller kravene til nivå 4. Videre har vi i 2022 gjennomført et SKDE-finansiert kvalitetsforbedringsprosjekt og klart målsettingen om å øke andel forløp hvor ikke-medikamentell smertebehandling benyttes sammenlignet med 2020. Vi mener derfor at vi tilfredstiller nivå A i stadielinndeling ang kvalitetsforbedring.

Kontakt og informasjon

Postadresse

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

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

Kontakttelefon 55 97 55 60

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


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