

# Norsk nakke- og ryggregister (NNRR)

## Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak

---

AUDNY ANKE<sup>1</sup> OG LARS PETTER GRANAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Universitetssykehuset Nord Norge HF, Tromsø

<sup>2</sup>Oslo Universitetssykehus, Ullevål

På vegne av styringsgruppen for registeret

Lars Petter Granan, NFFR, OUS, HSØ (fagrådsleder)

Cecilie Røe, OUS, HSØ

Jens Ivar Brox, OUS, HSØ

Gunn Hege Marchand, St.Olavs, HM

Jan Sture Skouen, Haukeland, HV

Christoph Schäfer, HN

Guro Kjos, HN

Thor Einar Holmgard (Ryggforeningen)

Audny Anke/ Maja Wilhelmsen, UNN, HN (registerleder)

30. september 2019

# Innhold

|   |   |           |
|---|---|-----------|
| Del I   | Årsrapport .....  | 3         |
| <b>1. Sammendrag .....</b>  |   | <b>3</b>  |
| <b>2. Registerbeskrivelse .....</b>                               |   | <b>4</b>  |
| 2.1   | Bakgrunn og formål .....  | 4         |
| 2.2   | Juridisk hjemmelsgrunnlag .....   | 5         |
| 2.3   | Faglig ledelse og databehandlingsansvar .....   | 6         |
| <b>3. Resultater .....</b>  |   | <b>8</b>  |
| 3.1   | Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM .....   | 8         |
| 3.2   | Andre analyser .....  | 13        |
| <b>4. Metoder for fangst av data .....</b>                        |   | <b>27</b> |
| <b>5. Datakvalitet .....</b>                                      |   | <b>28</b> |
| 5.1   | Antall registreringer .....   | 28        |
| 5.2   | Metode for beregning av dekningsgrad .....  | 28        |
| 5.3   | Tilslutning .....   | 28        |
| 5.4   | Dekningsgrad .....  | 29        |
| 5.5   | Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet .....   | 29        |
| 5.6   | Metode for validering av data i registeret .....  | 30        |
| 5.7   | Vurdering av datakvalitet .....   | 30        |
| <b>6. Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring .....</b> |   | <b>31</b> |
| 6.1   | Pasientgruppe som omfattes av registeret .....  | 31        |
| 6.2   | Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer .....                                | 31        |
| <b>Bakgrunnsdata .....</b>  |   | <b>31</b> |
| 6.3   | Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM) .....                             | 35        |
| 6.4   | Sosiale og demografiske ulikheter i helse .....   | 36        |
| 6.5   | Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer<br>o.l. .... | 36        |
| 6.6   | Etterlevelse av nasjonale retningslinjer .....  | 36        |
| 6.7   | Identifisering av pasientrettede forbedringsområder .....                                     | 36        |
| 6.8   | Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring .....  | 36        |
| 6.9   | Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis) .....             | 37        |
| 6.10  | Pasientsikkerhet .....  | 37        |
| <b>7. Formidling av resultater .....</b>                          |   | <b>38</b> |
| 7.1   | Resultater tilbake til deltakende fagmiljø .....  | 38        |
| 7.2   | Resultater til administrasjon og ledelse .....  | 38        |
| 7.3   | Resultater til pasienter .....  | 38        |
| 7.4   | Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no .....                                       | 38        |
| <b>8. Samarbeid og forskning .....</b>                            |   | <b>39</b> |
| 8.1   | Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre .....   | 39        |
| 8.2   | Vitenskapelige arbeider .....   | 39        |
| Del II  | Plan for forbedringstiltak .....  | 40        |
| <b>9. Videre utvikling av registeret .....</b>                    |   | <b>40</b> |
| Del III   | Stadievurdering .....   | 42        |
| <b>10. Referanser til vurdering av stadium .....</b>              |   | <b>42</b> |

## 1. Sammendrag

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt kvalitetsregister som har som mål å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene i spesialisthelsetjenesten. Registeret er et ikke-kirurgisk tjenesteregister. Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som behandles ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene ved sykehusene. Pasientene henvises fordi allmennleger og fysioterapeuter og pasientene trenger bistand i vurderingen på spesialistnivå. Foreløpig er poliklinikkene ved universitetssykehusene OUS Ullevål, Haukeland universitetssykehus, St.Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge tilknyttet NNRR.

År 2016 var første år da alle fire sykehus registrerte data hele året. I 2018 ble det registrert vel 2000 pasienter i registeret. Dekningsgrad ved de fire tilknyttede universitetssykehus varierte fra UNN 87 %, St.Olavs 75 %, Haukeland 51 % og OUS Ullevål 50 % hvis en bruker skyggedata før problemer med å laste ned skjema til sentralt MRS-register. OUS har 70 % dekningsgrad om en tar utgangspunkt i kompetent norskspråklig populasjon. Samlet nasjonal dekningsgrad er 63 %. Det er ønskelig å legge språkvalg inn i ny elektronisk løsning ePROM, og det skal igangsettes et kvalitetsforbedringsprosjekt for å forberede dette.

NNRR er ett av få registre med oppfølging, noe som kunnskapsmessig gjør registeret verdifullt. Oppfølgingsrespons er rundt 45 %. Raten forventes å øke ved innføring av ePROM, hvor det gis mulighet til å svare elektronisk, og ikke bare via papir/brev.

Det er beskrevet totalt 10 kvalitetsindikatorer, og spesifisert måltall for disse. For 2018 rapporteres det på 8 kvalitetsindikatorer, og NNRR er på plass i Resultatportalen. Kvalitetsindikatorerne viser at 46 %-57 % av pasienter rapporterer smertereduksjon fra konsultasjon til 6 måneders oppfølging, og 25-30 % av pasientene oppnår klinisk viktig bedring av funksjon. Flere pasienter får arbeidsrettet rehabilitering ved poliklinikkene. Det er markert geografiske ulikhet i forhold til hvilken behandling som anbefales etter konsultasjon

Fagrådet har regionsvis vært i kontakt med tverrfaglige poliklinikker som er aktuelle ved utvidelse av registeret, og registerets sekretariat har mottatt skriftlig bekreftelse på at 7 av disse vil knytte seg til NNRR. Det er startet arbeid med å inkludere flere nye enheter. Ved innføring av ePROM vil Haukeland kunne øke sin deltakelse og derved dekningsgrad, og OUS Ullevål vil få et velfungerende elektronisk registreringssystem, det vil bli enkelt å inkludere flere enheter.

## 2. Registerbeskrivelse

### 2.1 Bakgrunn og formål

#### 2.1.1 Bakgrunn for registeret

Muskel-skjelettlidelser utgjør en stigende andel av sykdomsbildet for befolkningen over 16 år og er årsak til 50 % av alle sykemeldinger. I globale studier over helsetap i befolkningen ligger korsrygg- og nakkesmerter på topp med andel av totalt helsetap i befolkningen på 20 %, foran angstlidelser med 6 % (Rapport 2016:1, Folkehelseinstituttet). Ca. 80 % av befolkningen oppgir å ha hatt ryggplager i løpet av livet, og ryggplager er den vanligst årsaken til uførepensjon for personer under 40 år. De menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser er betydelige.

Hoveddelen av de med langvarig forløp blir vurdert eller behandlet i spesialisthelsetjenesten. Gruppen med langvarige forløp representerer en særlig utfordring, og står for ca. 90 % av totalkostnadene for muskel-skjelettlidelser i samfunnet. Pasienter henvises til de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene fordi allmennleger og fysioterapeuter og pasientene selv har behov for bistand i vurderingen. Eksakte faktorer som medfører at lidelsene får et selvbegrensende forløp hos de fleste, mens en del utvikler kroniske smerter og betydelige funksjonstap, er delvis ukjent. Det finnes mange forskjellige ikke operative behandlinger. Både internasjonale og nasjonale retningslinjer anbefaler bruk av en biopsykososial modell for behandling av uspesifikke ryggsmarter. Behandling bør fokusere på bedring i funksjon og ha elementer av trening og kognitiv adferdsterapi (Foster et al., Lancet 2018). Tverrfaglig rygg/nakke rehabilitering som adresserer biopsykososiale faktorer bør derfor være tilgjengelig for pasienter som ikke klarer seg med trygging og råd om egenmestring og utvikler langvarige forløp (>12 uker). Det er vist at slik behandling reduserer smerte og funksjonstap sammenliknet med vanlig oppfølging (Kamper et al., 2014). Dog er kunnskapsgrunnlaget med hensyn til effektive behandlingsstrategier fortsatt svakt.

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt kvalitetsregister som defineres som et tjenesteregister. Pasientene inkluderes foreløpig fra fire tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker ved fire universitetssykehus. Andre tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten vil bli inkludert når det er en enhetlig elektronisk løsning. Etableringen av registeret har støtte i fagmiljøet fysisk medisin og rehabilitering. NNRR fikk konsesjon fra Datatilsynet i 2010 og ble godkjent som nasjonalt kvalitetsregister i desember 2011. Registerets IT-løsning er MRS, og fra årsskiftet 2013/14 ble ansvaret for registrerings-løsningen flyttet fra Helse Nord IKT til Hemit. År 2016 var første år da alle fire sykehus registrerte data hele året. I samarbeid med Hemit og SKDE arbeides det for å få på plass en enhetlig elektronisk løsning (ePROM) for hele registeret. At pasienter rapporterer data hjemmefra forventes å øke responsraten på oppfølging etter 6 måneder. I 2017 ble det utarbeidet kvalitetsindikatorer, og i 2018 ble det spesifisert måltall for disse. Resultater fra NNRR er i 2019 offentliggjort i den elektroniske Resultatportalen.

### **2.1.2 Registerets formål**

- Formålet er å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen ved hvert sykehus, sikre likeverdig tilbud og gi handlingsgrunnlag for offentlige myndigheter.
- Registeret vil framskaffe kunnskap om pasienter med nakke- og ryggproblemer og hva som påvirker forløpet, og bidra til at pasienter kanaliseres til de rette behandlingstilbudene.
- Registeret vil bidra til en evaluering av strukturen i tjenestetilbudet, karakteristika ved behandlingsprosessene og resultatene etter behandling.
- Registeret vil definere kvalitetsindikatorer og anbefale forbedringsprosjekter.

### **2.1.3 Analyser som belyser registerets formål**

Kunnskap om pasienter med nakke- og ryggproblemer som henvises til poliklinikkene og geografiske forskjeller får en fram ved deskriptive analyser av demografiske data, medisinske data og funksjon målt med PROM/PREM. Kunnskap om behandlingsforløpet får en dels ved registrering av prosess-indikatorer og igangsatt behandling ved poliklinikkene, som kan sees i relasjon til pasientenes funksjon ved konsultasjon og eventuelle endring etter 6 måneder. Ved neste revisjon vil det i tillegg bli et oppfølgingstidspunkt etter 12 måneder. Resultatene bidrar til refleksjon over praksis og kost-nytte aspekter ved behandlingstilbud. Kvalitetsindikatorerne vil bidra til å evaluere praksis og gi grunnlag for å foreslå forbedringstiltak.

## **2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag**

NNRR er et nasjonalt kvalitetsregister med konsesjon fra Datatilsynet i 2009, godkjent av Personvernombudet ved UNN og drives i henhold til bestemmelsene i helseregisterloven. Databehandlingsansvarlig er administrerende direktør ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Registeret er samtykkebasert. Konsesjonen er tidsbegrenset, jfr. brev datert 10.mai 2011. Det skal hvert tredje år sendes Personvernombudet ved UNN en bekreftelse på at behandlingen er i overensstemmelse med søknaden og helseregisterlovens regler. Det har vært revidert en databehandleravtale med Norsk Helsenett i 2016. Det ble i 10.8.17 søkt Datatilsynet om konsesjonsendring i forbindelse med bruk av den elektroniske PROMs-løsningen etter godkjenning av Personvernombudet. Ved iverksettelse av ny personopplysningslov og EU's personvernforordning f.o.m. 20.07.18 opphørte konsesjonsordningen. Forordningen krever at all behandling av personopplysninger har rettslig grunnlag i forordningen og eventuelt i norsk lov. Registeret er samtykkebasert og har dermed behandlingsgrunnlag direkte i forordningen artikkel 6 nr.1 bokstav a og artikkel 9 nr. 2 bokstav a.

## 2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Registeret er forankret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), og databehandlingsansvarlig er administrerende direktør ved UNN.

Daglig leder/registerleder er Audny Anke/Maja Wilhelmsen (fra 01.10.19), Rehabiliteringsavdelingen, NOR-klinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Registerenheten ved UNN er sekretariat og har konsulentfunksjon.

### 2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Fagrådsmøter 22.2.18, 26.4.18, 23.5.18, 13.6.18, 24.10.18, 23.11.18. Dagsmøte Gardermoen 24. oktober 2018.

Fagrådet består av:

- Fagrådsleder Lars Petter Granan, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, OUS Ullevål
- Jan Sture Skouen. Seksjonsoverlege/ professor. Haukeland Universitetssykehus.
- Jens Ivar Brox. Seksjonsoverlege/ professor. OUS Ullevål.
- Cecilie Røe. Avdelingsleder/ professor. OUS Ullevål (vara for Jens Ivar Brox)
- Magne Rø, Overlege St.Olavs Hospital
- Gunn Hege Marchand. Overlege, førsteamanuensis. St. Olavs Hospital
- Christoph Schäfer. Avdelingsoverlege. Universitetssykehuset Nord-Norge.
- Guro Kjos. Fysioterapeut. Universitetssykehuset Nord-Norge (vara for Christoph Schäfer).
- Thor Einar Holmgard, brukerrepresentant (Ryggforeningen)
- Registerleder Audny Anke/Maja Wilhelmsen (01.10.19) Rehabiliteringsavdelinga, NOR-klinikken, UNN

Mye aktivitet i 2018 har dreid seg om forberedelse av skjema, prosedyrer og systemer for å innføre ePROM-løsning fra begynnelsen av 2019, samt å vurdere tiltak i forhold til problemer med overføring av data til sentralt register fra skannerløsningen ved OUS. Forberedelse for innføring av ePROM-løsning har skjedd i samarbeid med Hemit og SKDE. Ved årsskiftet 2018/2019 ble det klart at videre arbeid med ePROM ble lagt på is i forbindelse med varsel fra Ekspertgruppen.

Dessuten har en arbeidet videre med definisjon av kvalitetsindikatorer og måltall for disse. Og spesifisert metode for beregning dekningsgrad.

Program fagdag NNRR Gardermoen 24.10.2018:

|               |  |
|---------------|--|
| 09:25-09:30   | Velkommen og introduksjon v/ Audny Anke  |
| 09:30 – 10:00 | Siste nytt av interesse for NNRR v/ Lars Petter Granan                           |
| 10:00 – 10:30 | Prosjektpresentasjon hovedoppgave NTNU (ca. 15 min + drøfting) v/Kjersti Dalheim |
| 10:30 – 10:45 | Pause  |
| 10:45 – 11:30 | Helse og Arbeid registeret (ca. 30 min + drøfting)                               |

|               |  |
|---------------|--|
|               | v/ Chris Jensen  |
| 11:30 – 12:15 | Lunsj  |
| 12:15 – 12:45 | Forbedringer av registrering helsepersonell/ leger<br>v/ Jens Ivar Brox  |
| 12:45 – 13:20 | Drøfting av forbedret registrering av helsepersonell-variabler og muligheter framover  |
| 13:20 – 13:30 | Pause  |
| 13.30 – 14.00 | Muligheter i registerbasert RCT (eller annen forskning)<br>v/ Cecilie Røe  |
| 14:00 – 14:45 | Implementering av ePROM løsning<br>Informasjon om prosess. Gjennomgang Arbeidsprosess. Alle ser i forkant på flytskjema for PROM-løsning, side 3 (vedlagt).<br>Eventuelt eSmertetegning: Spesifikasjon av hva vi ønsker.<br>v/ Tonje Bårdli, Hemit |
| 14:45 – 15:00 | Avslutning   |

## 3. Resultater

### 3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

NNRR har 10 kvalitetsindikatorer i tillegg til dekningsgrad. For 2018 kan det rapporteres for 8 kvalitetsindikatorer relatert til spesifiserte måltall.

En usikkerhet er knyttet til at alle resultatindikatorer tar utgangspunkt i oppfølgingstidspunktet 6 måneder etter konsultasjon. Erfaringsmessig er først alle oppfølgingsdata for 2018 tilgjengelige oktober/november året etter. Resultatindikatorene vil derved baseres de oppfølgings skjema som var registrert per 10. juni, som vil være ca. 60-75 % av mulige data.

#### *Strukturindikatorer*

##### *Andel pasienter med tverrfaglig behandling*

Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet. Strukturindikator.

Måltall: 30 %

Datakilde: NNRR

Poliklinikkene som inngår i Norsk nakke- og ryggregister er organisert med flere ulike faggrupper som kan gi tverrfaglig behandling. Det skilles mellom vurdering ved konsultasjon og et tilbud om videre tverrfaglig behandling, og denne kvalitetsindikatoren måler videre tverrfaglig behandling. Tverrfaglig behandling kan gis til enkeltpasienter eller som gruppetilbud. Fysioterapeuter er sentrale, men også andre faggrupper inngår i varierende grad, som leger, ergoterapeuter, sykepleiere og psykologer. En spesialisert nakke- og ryggpoliklinikk bør kunne tilby tverrfaglig behandling til pasienter hvor dette er indisert, og andelen som får et slikt tilbud bør være minst 30 % av pasientene. Prosessindikator.

For 2018 er andel som får tverrfaglig behandling, enten individuelt eller i gruppe, 32 % ved Haukeland, 20 % ved OUS Ullevål, 33 % ved St.Olavs og 23 % ved UNN. OUS-tall er usikre grunnet tekniske registreringsproblemer. UNN tilbyr tverrfaglig behandling til færre pasienter enn anbefalt.

#### *Prosessindikatorer*

*Det er to kvalitetsindikatorer som ikke enda er tilgjengelige, men hvor en avventer revisjon av registeret for å få disse registrert:*

*Ventetid:* Ventetid fra henvisning (dato på søknad) til første konsultasjon/ behandling. Prosessindikator.

*Vurdering funksjonsevne arbeid:* Andel pasienter som har fått kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning. Vurderes ut fra prosedyrekode.

#### *Resultatindikatorer*

##### *Bedret funksjon*



Klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder.

Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 30 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 25-30 %

Lav måloppnåelse: 24 % og lavere

Datakilde: NNRR

Måltallet er basert på erfaring og er ikke satt høyere da pasientene ved poliklinikkene har langvarige plager hvor samlet smerterelatert funksjon oftest er stabil.

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til rygg smerter. Oswestry-Disability-Index, forkortet ODI, er et spørreskjema som registrerer hvordan smerter påvirker dagliglivet. Det spørres om grad av smerte, og om det er problemer med funksjon på grunn av smerter i forhold til personlig stell, å løfte, å gå, å sitte, å stå, å sove, seksuell liv, sosialt liv, å reise. Samlet gir dette en skår mellom 0 og 100 prosent-poeng, hvor 100 er beste funksjon. Basert på forskning vurderes en klinisk viktig endring i funksjon å være 10 prosent-poeng reduksjon eller høyere. En alternativ metode er å vurdere en reduksjon på 30 % av skåren ved konsultasjon som klinisk viktig. Måltallet for kvalitetsindikatorerne er at minimum 25 % av pasientene får bedret sin funksjon fra konsultasjon til oppfølging etter 6 måneder. Resultatet må tolkes med forsiktighet da oppfølgingsdata kun er tilgjengelig for 626 pasienter for 2018, dels grunnet tidspunkt for rapportskrivning i forhold til innhenting av data, dels på grunn av lav respons. Det er 29% av pasientene som ble vurdert i 2018.

Basert på tilgjengelige 2018-tall var andel med bedret funksjon (ODI reduksjon 10 eller mer): Haukeland 29 %, OUS 26 %, St.Olavs 33 % og UNN 24 %.

#### *Andel med minimal funksjonsnedsettelse*

Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.

Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

Ca. halvparten av pasientene ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene har hatt smerter i mer enn 2 år. Målsetting om at så mange som 50 % har minimalt redusert funksjon etter 6 måneder er basert på erfaring.

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til rygg smerter. Oswestry-Disability-Index, forkortet ODI, er et spørreskjema som registrer hvordan smerter påvirker dagliglivet. Det spørres om grad av smerte, og om det er problemer med funksjon på grunn av smerter i forhold til personlig stell, å løfte, å gå, å sitte, å stå, å sove, seksuell liv, sosialt liv, å reise. Samlet gir dette en skår mellom 0 og 100 prosent-poeng, hvor 100 er beste funksjon. En skår på 20 eller lavere vurderes som

at pasienten har minimalt redusert funksjon, med liten kliniske betydning. Måltallet for kvalitetsindikatoren er at 50 % av pasientene har minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.

På registreringstidspunkt (11.6.19) er det tilgjengelig oppfølgingsdata for 626 pasienter, som er 29 % av pasientene som ble vurdert i 2018. Andel med lav skår etter 6 måneder vil også være avhengig av hvor mange som hadde lav skår på tidspunkt for konsultasjon. Resultater med sammenligning av sykehus skal derfor tolkes med forsiktighet.

Basert på tilgjengelige 2018-tall var andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon (ODI-skår 20 eller lavere): Haukeland 49 %, OUS 41 %, St.Olavs 47 % og UNN 30 %.  
Måloppnåelse er moderat ved Haukeland, OUS og St.Olavs, og lav ved UNN.

#### *Bedring smerte i hvile og aktivitet (to kvalitetsindikatorer)*

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

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

Det er 95 % av pasientene som har hatt smerter lenger enn 3 måneder, og 45 % som har hatt smerter i mer enn 2 år. Dessverre er det vanskelig å påvirke langvarige smerter med behandling. 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». 20 % eller mer reduksjon i smertescoren hos den enkelte pasient fra konsultasjon til oppfølging vurderes som klinisk viktig endring av smerteintensitet.

Basert på tilgjengelige 2018-tall var andel med klinisk viktig bedring fra konsultasjon til etter 6 måneder av smerter i hvile 57 % ved St. Olavs, 50 % ved OUS, 47 % ved Haukeland og 47 % ved UNN. For smerter i aktivitet er andel med 20 % eller mer reduksjon i smerte ved OUS 47 %, St.Olavs 46 %, Haukeland 45 % og UNN 41 %. Individuer med smertescore 0 ved konsultasjon er fjernet fra utvalgene. Det er små tall, særlig ved OUS, og forskjeller mellom sykehus må tolkes med forsiktighet. For bedring av smerte i hvile er måloppnåelse høy ved St.Olavs og OUS, moderat ved Haukeland og UNN.

#### *Tilbake i jobb*

Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder. Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

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 derfor definert som en kvalitetsindikator. Måltallet er at dette oppnås av 50% av pasientene.

Det er tilgjengelig 2018-data (11.6.19) for 228 pasienter som var helt eller delvis ute av sitt arbeidsforhold ved konsultasjon med sykemelding eller arbeidsavklaringspenger, og som har data for jobbstatus ved oppfølging etter 6 måneder. For å regnes som tilbake i fullt arbeid skal de ha registrert arbeidsstatus «Inntektsgivende arbeid», samt ha en prosentvis stilling ved oppfølging som er større eller lik den ved inklusjon. Det er små tall og resultatene må tolkes med stor forsiktighet.

Av tilgjengelige 2018-tall var andel tilbake i tidligere stillingsandel ved Haukeland 31 %, UNN 25 % og St.Olavs 24 %. Dette er lavere enn måltallet ved alle enhetene. Måloppnåelse er lav ved alle enheter. Tolkes med stor forsiktighet.

#### *Opplevd bedring av behandling*

Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen. Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

Pasientrapportert bedring av behandlingen vurderes som en relevant kvalitetsindikator. Pasientene fyller ut dette på et spørreskjema de får tilsendt 6 måneder etter konsultasjonen. Måltallet er at 50% av pasientene rapporterer at de er blitt litt bedre/ mye bedre eller helt bra av behandlingen.

Registreringen er usikker da vi ser at mange pasienter ikke vurderer at den konsultasjonen/ vurderingen de har vært til ved poliklinikken er «behandling». Vi har tilgjengelige 2018-tall for 637 pasienter 6 måneder etter konsultasjon, 30 % av behandlede pasienter. Tallene fra Ullevål tas ikke med grunnet tekniske problemer ved registrering.

Basert på tilgjengelige 2018-tall var andel som opplever at de er blitt bedre av behandlingen ved poliklinikken ved Haukeland 61 %, St. Olavs 42 % og UNN 31 %. Det sees en betydelig variasjon mellom sykehusene.

Måloppnåelse ved høy ved Haukeland, moderat ved St.Olavs, og lav ved UNN.

#### *Andel misfornøyde pasienter*

Andel pasienter som er misfornøyd med behandlingen de har fått på sykehuset. Resultatindikator.

Måltall: <10 %  
Datakilde: NNRR

Det er ønskelig at færrest mulig pasienter er misfornøyde med behandlingen de får. Måltallet er at mindre enn 10 % av pasientene rapporterer at de er litt, noe eller meget misfornøyde med behandlingen de har fått. Ved neste revisjon vil formuleringen endres til «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?».

Basert på tilgjengelige 2018-tall var andel pasienter som er misfornøyde med behandlingen ved Haukeland 12.5 %, OUS 19 %, St. Olavs 21 % og UNN 26 %. Ingen av sykehusene oppnår måltallet for kvalitetsindikatoren og det sees en betydelig variasjon mellom sykehusene.

### **Datakvalitet**

#### *Utfylte oppfølgingsskjema*

Andel pasienter hvor registeret mottar oppfølgingsskjema 6 måneder etter konsultasjon.

Måltall: 60 %, når en får inn alle oppfølgingsskjema fra registreringsperioden.

Datakilde: NNRR

Det er ønskelig at registeret har data fra oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder for flest mulig av pasientene. Uten slike opplysninger vet en ikke hvordan det har gått med pasientene over tid. Måltallet er satt til 60 % av de pasientene som har skjema fra konsultasjon.

I 2017 var andel utfylte oppfølgingsskjema ca. 45 % totalt. For 2019 har Ullevål grunnet tekniske problemer med innlasting til registeret ikke gyldige tall. Per juni 2019 er andel utfylte oppfølgingsskjema for 2018 ved Haukeland 24 %, St. Olavs 33 % og UNN 35 %. Tilgjengelige 2018-tall er ikke komplette for oppfølgingsskjema da en først i oktober/november året etter får registrert alle papirskjema fra 6 måneders oppfølging. Per 25.09.19 er utfylte oppfølgingsskjema for 2018 ved Haukeland 32 %, St. Olavs 42 % og UNN 44 %.

### **Dekningsgrad**

Måltallet for dekningsgrad totalt og for hver av poliklinikkene er 80 %.

Dekningsgrad ved de fire tilknyttede universitetssykehus varierte fra UNN 87 %, St. Olavs 75 %, Haukeland 51 % og OUS Ullevål 50 % hvis en bruker skyggedata før problemer med å laste ned skjema til sentralt MRS-register. OUS har 70 % dekningsgrad om en tar utgangspunkt i kompetent norskspråklig populasjon.

### **Kvalitetsindikatorer som ikke enda er tilgjengelige, men hvor en avventer revisjon.** *Ventetid.*

Ventetid fra henvisning (dato på søknad) til første konsultasjon/ behandling.  
Prosessindikator.

### Vurdering funksjonsevne arbeid

Andel pasienter som har fått kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning. Vurderes ut fra prosedyrekode. Prosessindikator.

## 3.2 Andre analyser

Resultater for 2018 er hovedsakelig basert på data og figurer fra datadump på nasjonalt nivå laget av SKDE v/ Kevin Thon.

### ANTALL SKJEMA OG DELTAKERE

I 2018 er det samlet registrert 2137 pasientskjema som har et tilhørende behandler-skjema. Det er 2336 behandler-skjema. Dette er stabilt totalt sett. Diskrepansen skyldes problemer med overføring av data fra OUS Ullevål. Tallene innebærer en nedgang for OUS Ullevål grunnet tekniske problemer med å laste inn data til MRS-løsningen, og en fortsatt betydelig økning ved UNN som har inkludert HelseArbeid-enheten. UNN HF økte antall pasientskjema fra 373 i 2017 til 665 i 2018.

Oppfølgingskjema vil først være komplette for 2018 i oktober/november og er per 11.06.19 ca. 630 (29 %). Alle resultater i denne rapporten er basert på disse tallene. Pr 24.09.19 var prosentandel på oppfølgingskjema økt til 32% i Bergen, 42% på St.Olavs og 44% på UNN.

Tabell 1. Antall pasienter per institusjon i 2017 og 2018 fordelt på ferdigstilte skjema ved konsultasjon og oppfølging.

|           | Beh. Skjema (1b) | Pasientskjema Konsultasjon (1a) | Behandler-skjema (1b) | Pasient-skjema (1a) | Oppfølging 6 mnd |
|-----------|------------------|---------------------------------|-----------------------|---------------------|------------------|
|           | 2017             | 2017                            | 2018                  | 2018                | 2018 per 24.5.   |
| Haukeland | 780              | 780                             | 736                   | 733                 | 155              |
| OUS       | 514              | 383                             | 376                   | 190                 | 57               |
| St.Olavs  | 659              | 651                             | 557                   | 549                 | 146              |
| UNN       | 380              | 376                             | 667                   | 665                 | 195              |
| Totalt    | 2333             | 2190                            | 2336                  | 2137                | 553              |

### BAKGRUNNSDATA

Bakgrunnsdata for pasienter er demografiske data som alder, kjønn, utdanning, type jobb, yrkesaktivitet (er også et resultatmål). I tillegg er det kjente risikofaktorer som er assosiert med lavere funksjon, som grad av fysisk aktivitet, psykologiske faktorer, unngåelsesadferd for bevegelse.

Tabell 2 viser en oversikt over demografiske data og smertevarighet ved konsultasjon fordelt på sykehusene.

Tabell 2. Demografiske data og smertevarighet fordelt på sykehusene (2018).

|                                | Haukeland   | OUS       | St. Olavs   | UNN       | Totalt      |
|--------------------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| <b>Kjønn</b>                   |             |           |             |           |             |
| Kvinner                        | 454         | 169       | 301         | 362       | 1286        |
| Menn                           | 282         | 207       | 256         | 305       | 1050        |
| <b>Alder, gj.snitt (SD)</b>    | 39.4 (11.9) | 45.7 (14) | 48.1 (13.8) | 44.4 (14) | 43.9 (13.7) |
| <b>Sivilstatus</b>             |             |           |             |           |             |
| Gift/Reg. partner              | 268         | 95        | 240         | 283       | 886         |
| Samboende                      | 204         | 29        | 156         | 178       | 567         |
| Enslig                         | 210         | 63        | 138         | 197       | 608         |
| Ikke svart                     | 51          | 3         | 15          | 7         | 76          |
| <b>Utdanning</b>               |             |           |             |           |             |
| Grunnskole (7-10 år)           | 75          | 29        | 72          | 102       | 278         |
| Vgs. yrkesfaglig               | 259         | 43        | 188         | 244       | 734         |
| Vgs. allmennfaglig             | 109         | 30        | 66          | 81        | 286         |
| Høyskole/univ<4år              | 137         | 45        | 115         | 132       | 429         |
| Høyskole/univ>4 år             | 107         | 36        | 94          | 99        | 336         |
| Ikke svart                     | 46          | 7         | 14          | 7         | 74          |
| <b>Varighet av smerter</b>     |             |           |             |           |             |
| Ingen smerter                  | 7           | 2         | 5           | 3         | 17          |
| Mindre enn 3 måneder           | 26          | 7         | 22          | 37        | 92          |
| 3 til 12 måneder               | 254         | 55        | 169         | 171       | 649         |
| 1-2 år                         | 117         | 34        | 85          | 99        | 335         |
| Mer enn 2                      | 283         | 84        | 253         | 348       | 968         |
| Ikke svart                     | 46          | 8         | 15          | 7         | 76          |
| <b>Tidligere operert rygg</b>  |             |           |             |           |             |
| Ja                             | 51          | 31        | 70          | 76        | 228         |
| Nei                            | 683         | 324       | 475         | 576       | 2058        |
| Ukjent                         | 2           | 0         | 7           | 4         | 13          |
| Ikke utfylt                    | 0           | 21        | 5           | 11        | 37          |
| <b>Tidligere operert nakke</b> |             |           |             |           |             |
| Ja                             | 12          | 13        | 18          | 19        | 62          |
| Nei                            | 723         | 341       | 532         | 635       | 2231        |
| Ukjent                         | 1           | 0         | 1           | 0         | 2           |
| Ikke utfylt                    | 0           | 22        | 6           | 13        | 41          |

### Alders- og kjønnsfordeling

Det er totalt 2336 pasienter registrert, 1050 menn (45 %) og 1286 kvinner (55 %).

Det er for begge kjønn en topp mellom 41-50 år. Jevnt over er det noen flere kvinner enn menn.

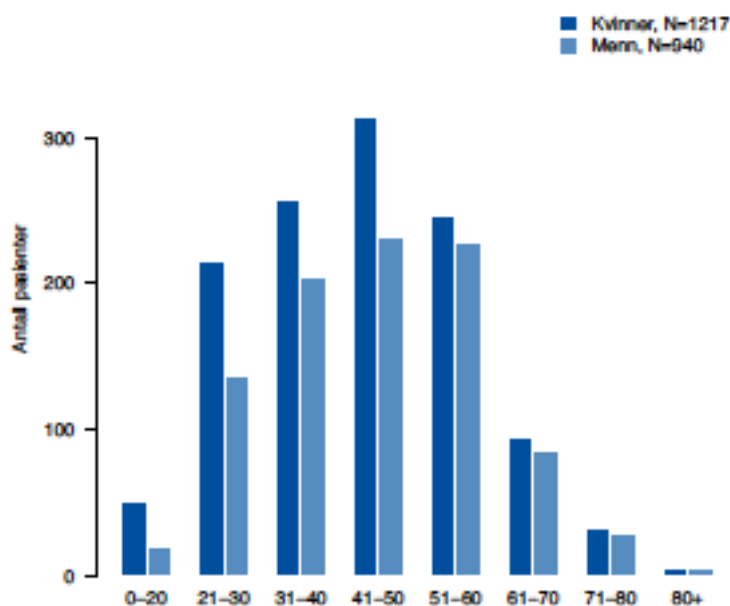
Alder er en viktig prediktor for yrkesaktivitet. Gjennomsnittsalder er i 2018 høyest ved St.Olavs (48 år) og lavest ved Haukeland (39 år).

Aldersfordeling for alle pasienter går fram av Figur 1

Figur 1. Alders- og kjønnsfordeling alle pasienter i 2018

Besøksdato: 2018-01-02 til 2018-12-20

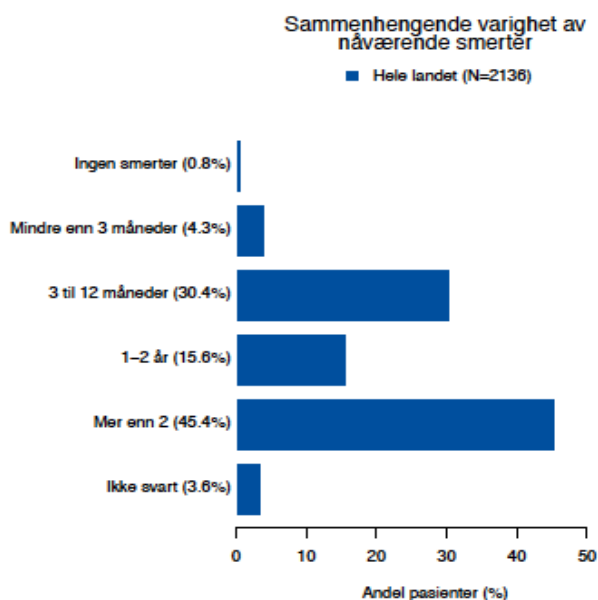
### Alder ved registrering



### Smertevarighet

Dette er pasienter med betydelige smerter og funksjonstap. Det er 95% som har hatt smerter lenger enn 3 måneder, og 45% som har hatt smerter i mer enn 2 år (Figur 2). Varighet av smerter i mer enn 2 år varierer fra 52% ved UNN til 39% ved Haukeland.

Figur 2. Sammenhengende varighet av smerter (2018).



### Tidligere operasjoner

Tidligere operasjoner i rygg varierer fra 7 % Haukeland til 13 % ved St.Olavs.

### Pasientrapporterte skåringer for smerteintensitet og funksjon

Tabell 3 gir oversikt over pasientenes rapporterte smerteintensitet, funksjon og skår for psykisk stress. Resultatene gis for de enkelte sykehus for sammenligning av pasient-populasjoner.

Tabell 3. Pasientrapporterte skår for smerteintensitet, funksjon, "frykt for bevegelse" og psykisk stress ved konsultasjon (2018). Resultater gis for sykehusene som gjennomsnitt eller antall (%).

|  | <b>OUS<br/>Ullevål</b> | <b>Haukeland</b> | <b>St.Olavs</b> | <b>UNN</b> | <b>Totalt</b> |
|--|------------------------|------------------|-----------------|------------|---------------|
| <b>Smerteintensitet i hvile (gjennomsnitt)</b>                 | 5.8                    | 4.9              | 5.1             | 5.3        | 5.2           |
| <b>Smerteintensitet aktivitet (gjennomsnitt)</b>               | 7.0                    | 6.0              | 6.3             | 6.6        | 6.3           |
| <b>ODI (rygg-relatert funksjon)</b>                            | 33.1                   | 27.7             | 29.1            | 30.7       | 29.5          |
| <b>NDI (nakke-relatert funksjon)</b>                           | 24.1                   | 16.4             | 18.2            | 17.6       | 17.9          |
| <b>HSCL-10 (psykisk stress).</b>                               | 1.8                    | 1.7              | 1.8             | 1.9        | 1.8           |
| <b>Andel høy (<math>\geq 1.85</math>) (%)</b>                  | 49,5%                  | 40,3%            | 45,9%           | 51,4%      |               |
| <b>FABQ - Fysisk aktivitet "frykt for bevegelse" (n= 1765)</b> | 13.7                   | 9.6              | 11.1            | 11.9       | 11.1          |
| <b>FABQ - Arbeid "frykt for bevegelse" (n= 1649)</b>           | 17.9                   | 18.5             | 17.8            | 20.4       | 18.9          |
| <b>EQ-5D Index (gj.snitt) (n= 1817)</b>                        | 0.4                    | 0.5              | 0.5             | 0.5        | 0.5           |
| <b>EQ-5D VAS (gj.snitt) (n= 1406)</b>                          | 50.7                   | 55.2             | 55.3            | 53.1       | 54.1          |

Smerteintensitet skåres fra 0-10, med 10 som verst tenkelige smerte.

ODI: Oswestry Disability Index, skåres i prosent opp til 100%, med 100% som dårligste funksjon.

NDI: Neck Disability Index, skåres fra 0-50 poeng med 50 som dårligste funksjon.

FABQ: Fear Avoidance Belief Questinnaire. FABQ måler unngåelsesadferd for henholdsvis fysisk aktivitet og arbeid, eller sagt på annet vis "frykt for bevegelse". Skjemaet har to subskalaer: FABQ- Fysisk aktivitet og FABQ- Arbeid.

HSCL-10: Hopkins Symptom Checklist 10-spørsmål-versjonen. Psykisk stress eller ubalanse (psychological distress) med spørsmål relatert til angst og depresjon. Grenseverdien på 1.85. Dette tyder på betydelige plager med økning av angst og depressive tanker.

EQ-5D: Helse relatert livskvalitetsmål med 5 spørsmål som utregnes til en index.

EQ-VAS: VAS-skala fra 0-100 hvor 100 er best tenkelige helsetilstand.

Ved første konsultasjon tendens til at Haukeland har pasienter med lavere smerteintensitet og bedre funksjon og helse, mens pasienter OUS og til dels UNN oftere har dårlige skår. Det tas forbehold i forhold til små tall. Ulikheter i



populasjonene mellom sykehusene kan påvirke resultat-mål.

### Arbeidsstatus ved konsultasjon i 2018

Tabell 4 viser arbeidsstatus ved første konsultasjon i 2018.

Tabell 4. Arbeidsstatus ved første konsultasjon (2018). Flere kryss er mulige.

|                         | Haukeland   | OUS        | St. Olavs   | UNN         | Totalt       |
|-------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|--------------|
| I arbeid                | 464 (63%)   | 143 (38%)  | 275 (49.4%) | 346 (51.9%) | 1228 (52.6%) |
| Sykemeldt               | 360 (48.9%) | 81 (21.5%) | 181 (32.5%) | 242 (36.3%) | 864 (37%)    |
| Hjemmeværende (ulønnet) | 7 (1%)      | 5 (1.3%)   | 0 (0%)      | 7 (1%)      | 19 (0.8%)    |
| Student                 | 58 (7.9%)   | 9 (2.4%)   | 23 (4.1%)   | 22 (3.3%)   | 112 (4.8%)   |
| Arbeidsledig            | 33 (4.5%)   | 16 (4.3%)  | 13 (2.3%)   | 20 (3%)     | 82 (3.5%)    |
| Arbeidsavklaringspenger | 21 (2.9%)   | 34 (9%)    | 40 (7.2%)   | 87 (13%)    | 182 (7.8%)   |
| Permanent uførepensjon  | 17 (2.3%)   | 26 (6.9%)  | 77 (13.8%)  | 54 (8.1%)   | 174 (7.4%)   |
| Alderspensjonist        | 0 (0%)      | 50 (13.3%) | 57 (10.2%)  | 38 (5.7%)   | 145 (6.2%)   |
| Ikke besvart            | 3 (0.4%)    | 12 (3.2%)  | 0 (0%)      | 1 (0.1%)    | 16 (0.7%)    |
| N                       | 736 (100%)  | 376 (100%) | 557 (100%)  | 667 (100%)  | 2336 (100%)  |

Andel i inntektsgivende arbeid ved konsultasjon var totalt 53 % både i 2017 og 2018, så andelen er stabil. Andel i arbeid ved konsultasjon er høyest ved Haukeland, 63 %.

### Diagnosefordeling – 2018

Skanner-løsningen på Ullevål medførte dessverre store problemer med å overføre diagnoser til registeret. Det er første hoved-diagnose som gis. Antall uten registrert diagnose er 411. I Tabell 5 vises de vanligste hoved-diagnoser, og M54.5. Lumbago er hyppigste diagnose (44 %), fulgt av M54.2 Smerte i nakke (24 %).

Tabell 5. De hyppigst brukte hoved-diagnoser i 2018.

| Diagnose   | Antall |
|--|--------|
| M545: Lumbago  | 1036   |
| M542: Smerte i nakke   | 553    |
| :  | 411    |
| M511: Lidelse i lumbalsk./mellomvirvelsk., m/radikulop. (G55.1*) | 99     |
| M501: Lidelse i cervikalskive, med radikulopati                  | 31     |
| M791: Myalgi   | 29     |
| M480: Spinal stenose   | 28     |
| M472: Annen spondylose med radikulopati                          | 24     |
| M546: Ryggsmerte i torakaldelene                                 | 20     |
| M549: Uspesifisert ryggsmerte                                    | 10     |
| M419: Uspesifisert skoliose                                      | 9      |
| M431: Spondylolistese  | 8      |
| M544: Lumbago med isjialgi                                       | 8      |
| M7910: Myalgi; flere lokalis                                     | 6      |
| M45: Ankyloserende spondylitt                                    | 4      |
| M759: Uspesifisert skulderlidelse                                | 4      |
| M7915: Myalgi; bekken/lår  | 4      |
| Nakkesmerter:  | 4      |
| Uspesifikke nakkesmerter:  | 4      |
| M255: Leddsmerter  | 2      |

### Radiologisk vurdering

Det er registrert 1594 radiologiske funn og 717 radiologiske vurderinger som beskrives som normale. Det kan for en pasient registreres flere radiologiske funn.

Registreringen baseres på radiologiske beskrivelser av bilder

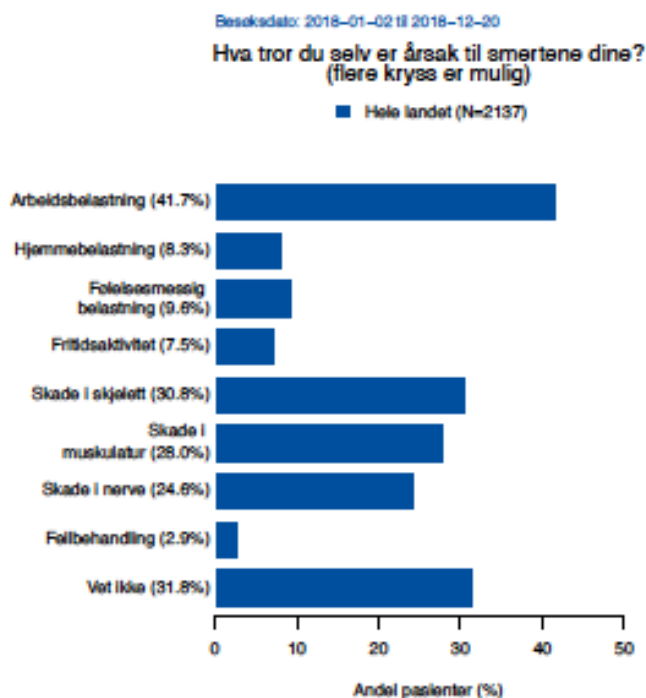
Tabell 6. Oversikt over resultater av radiologisk vurdering i 2018.

|                               | 2018 |
|-------------------------------|------|
| Normal                        | 717  |
| Skiveprolaps                  | 737  |
| Sentral spinalstenose         | 131  |
| Recesstenose/ rotkanalstenose | 353  |
| Skoliose                      | 47   |
| barn-ungdom                   | 13   |
| degenerativ                   | 11   |
| Spondylolistese - istmisk     | 10   |
| Spondylolistese - degenerativ | 55   |
| Modicforandring 1             | 131  |
| Modicforandring 2             | 99   |
| Modicforandring 3             | 1    |
| Modicforandring uspesifisert  | 30   |

### Hva tror du selv er årsak til smertene dine?

Arbeidsbelastning er fortsatt den hyppigst oppgitte pasientrapporterte årsak til smertene (Fig.3).

Figur 3. Pasientrapporterte årsaker til smerter (2018).



### Fysisk aktivitet.

Grad av fysisk aktivitet synes ikke å avvike betydelig fra funn i generell befolkning (Tabell 7).

Tabell 7. Pasientrapportert grad av fysisk aktivitet.

|   | 2017       | 2018       |
|---|------------|------------|
| Min fritid består hovedsakelig av å lese, se TV eller annen stillesittende beskjeftigelse | 250 (11%)  | 285 (13%)  |
| Jeg spaserer, sykler, eller annet minst 4 timer per uke.                                  | 1351 (62%) | 1286 (60%) |
| Jeg driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende (minst 4 t per uke)            | 343 (16%)  | 349 (16%)  |
| Jeg trener hardt eller driver konkurranseidrett, flere ganger per uke                     | 94 (4%)    | 110 (5%)   |
| Ikke svart  | 151 (7%)   | 107 (5%)   |
| Alle  | 2189       | 2137       |

## BEHANDLINGSTILTAK – PROSESS

Konsultasjonen ved poliklinikken kan være hos en yrkesgruppe eller tverrfaglig hos flere.

2018: Første konsultasjon på poliklinikken var hos lege for 1885 pasienter, fysioterapeut 1234 pasienter, sykepleier 684 pasienter, annen 34. Dette var ikke fylt ut for 50 pasienter (betydelig bedring fra over 132 ikke svar i 2017). Vi arbeider med å få ut data på hvor mange som har vært hos flere fagpersoner.

Det er videre registrert behandlingstiltak: 1) Behandlingstiltak som helsepersonell registrerer blir satt i verk etter konsultasjonen, og 2) Pasient-rapporterte behandlingstiltak ved oppfølgingen 6 måneder etter konsultasjon.

### Behandlingsløype etter første konsultasjon (fra Behandlerskjema 1b)

Første tabell viser behandlingsløype i kommunehelsetjenesten slik det er angitt av behandler etter konsultasjonen. De fleste følges opp av lege og/eller fysioterapeut, men alle nevnte faggrupper kan være aktuelle.

Tabell 8. Behandlingsløype i kommunehelsetjenesten (2018)

|  | 2018 |
|--|------|
| Ingen behandling                                       | 765  |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av lege             | 632  |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av fysioterapeut    | 661  |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av manuell terapeut | 79   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av kiropraktor      | 35   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av psykolog         | 36   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten                     | 28   |
| Arbeidsrettet oppfølging                               | 24   |

Ved sammenligning med 2017-tall ser en at flere i 2018 har registrert «Ingen behandling» (765 versus 282), mens resterende behandlingstiltak synes å ha en lik fordeling.

Tabell 9. Behandlingsløype i kommunehelsetjenesten fordelt på sykehus.

|  | Haukeland   | OUS         | St. Olavs   | UNN         |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ingen behandling                                       | 324 (44%)   | 31 (8.2%)   | 166 (29.8%) | 244 (36.6%) |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av lege             | 123 (16.7%) | 100 (26.6%) | 272 (48.8%) | 137 (20.5%) |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av fysioterapeut    | 242 (32.9%) | 0 (0%)      | 128 (23%)   | 291 (43.6%) |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av manuell terapeut | 37 (5%)     | 0 (0%)      | 13 (2.3%)   | 29 (4.3%)   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av kiropraktor      | 4 (0.5%)    | 0 (0%)      | 21 (3.8%)   | 10 (1.5%)   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten av psykolog         | 22 (3%)     | 0 (0%)      | 2 (0.4%)    | 12 (1.8%)   |
| Oppfølging i kommunehelsetjenesten                     | 14 (1.9%)   | 0 (0%)      | 1 (0.2%)    | 13 (1.9%)   |
| Arbeidsrettet oppfølging                               | 6 (0.8%)    | 0 (0%)      | 0 (0%)      | 18 (2.7%)   |
| N  | 736 (100%)  | 376 (100%)  | 557 (100%)  | 667 (100%)  |

«Ingen behandling» i kommunehelsetjenesten angis for 44 % av pasientene ved Haukeland og 37 % av pasientene ved UNN. Anbefalt oppfølging av lege varierer betydelig fra 17 % Haukeland til 49 % St.Olavs. Anbefalt oppfølging av fysioterapeut varierer fra 23 % St.Olavs til 44 % UNN. Her synes det å være regionsvis ulikhet i behandlings-strategier.

Neste tabell viser behandlingsløype i spesialisthelsetjenesten. Vel 50 % av pasientene får videre behandling i spesialisthelsetjenesten etter konsultasjonen. Hver pasient kan få flere behandlingstiltak.

Tabell 10. Behandlingsløype i spesialisthelsetjenesten.

|   | 2018 |
|---|------|
| Behandling i spesialhelsetjenesten                                | 1167 |
| Henvist til vurdering av operasjon                                | 76   |
| Anbefaler henvisning til annet opptrenings /rehabiliteringssenter | 184  |
| Behandling som settes i verk i egen spesialisthelsetjeneste       | 441  |
| Kontroll etter vurdering eller behandling                         | 165  |
| Individuell oppfølging 1-2 ganger                                 | 315  |
| Individuell tverrfaglig behandling 1-3 ganger                     | 258  |
| Individuell tverrfaglig behandling 4-10 ganger                    | 74   |
| Individuell tverrfaglig behandling mer enn 10 ganger              | 4    |
| Tverrfaglig behandling i gruppe 1-3 ganger                        | 68   |
| Tverrfaglig behandling i gruppe 4-10 ganger                       | 409  |
| Tverrfaglig behandling i gruppe mer enn 10 ganger                 | 17   |

Tabell 11. Behandlingsløype i spesialisthelsetjenesten fordelt på sykehusene (2018).

|   | Haukeland | OUS | St. Olavs | UNN |
|---|-----------|-----|-----------|-----|
| Behandling i spesialisthelsetjenesten                             | 475       | 0   | 330       | 362 |
| Henvist til vurdering av operasjon                                | 8         | 0   | 39        | 29  |
| Anbefaler henvisning til annet opptrenings /rehabiliteringssenter | 90        | 0   | 10        | 84  |
| Behandling som settes i verk i egen spesialisthelsetjeneste       | 140       | 0   | 141       | 160 |
| Kontroll etter vurdering eller behandling                         | 45        | 0   | 31        | 89  |
| Individuell oppfølging 1-2 ganger                                 | 182       | 0   | 96        | 37  |
| Individuell tverrfaglig behandling 1-3 ganger                     | 182       | 33  | 32        | 11  |
| Individuell tverrfaglig behandling 4-10 ganger                    | 9         | 19  | 42        | 4   |
| Individuell tverrfaglig behandling mer enn 10 ganger              | 3         | 0   | 1         | 0   |
| Tverrfaglig behandling i gruppe 1-3 ganger                        | 1         | 1   | 6         | 60  |
| Tverrfaglig behandling i gruppe 4-10 ganger                       | 191       | 16  | 130       | 72  |
| Tverrfaglig behandling i gruppe mer enn 10 ganger                 | 1         | 7   | 2         | 7   |
| N   | 736       | 376 | 557       | 667 |

Andel pasienter som får videre behandling i spesialisthelsetjenesten varierer fra Haukeland 65 %, St.Olavs 59 %, og UNN 54%. Andel pasienter som får individuell tverrfaglig behandling er markert høyest ved Haukeland, mens tverrfaglig behandling i gruppe gis 26 % av registrerte ved Haukeland, 25 % St.Olavs og 21 % av pasientene ved UNN. Ved UNN benyttes tverrfaglig behandling i en kort-gruppe 1-3 ganger, mens dette er lite benyttet ved øvrige enheter.

Tabell 12 viser fordeling av hvilken type individuell eller tverrfaglig behandling pasientene mottok. Det rapporteres at Haukeland og St.Olavs oftere gir arbeidsmessig oppfølging.

Tabell 12. Type individuell eller tverrfaglig behandling fordelt på sykehusene (2018).

|                          | Haukeland | OUS | St. Olavs | UNN |
|--------------------------|-----------|-----|-----------|-----|
| Trening / aktivisering   | 356       | 79  | 212       | 267 |
| Arbeidsmessig oppfølging | 229       | 7   | 152       | 83  |
| Kognitiv tilnærming      | 248       | 23  | 189       | 162 |
| Undervisning             | 207       | 19  | 175       | 153 |
| Psykomotorisk behandling | 103       | 0   | 18        | 26  |

### Pasientene rapporterer i Oppfølgingskjemaet etter 6 måneder hvilken behandling de har fått. Svarene vises i Tabell 13.

2018: Tabell 13. Pasientrapport behandling etter konsultasjon ved poliklinikken (Oppfølgingskjema pasient 6 mnd). N (%) som svarer ja på aktuelle behandlingstiltak.

|                                 | 2017     | 2018     |
|---------------------------------|----------|----------|
| Ingen behandling                | 430 (54) | 486 (59) |
| Operasjon                       | 39 (5)   | 54 (7)   |
| Individuelt behandlingstilbud   | 269 (34) | 238 (29) |
| Gruppebasert behandling         | 219 (28) | 226 (27) |
| Tilbud om videre kontroller     | 153 (19) | 130 (16) |
| <i>Behandling kommunalt</i>     |          |          |
| Trening hos fysioterapeut x1-3  | 97 (12)  | 97 (12)  |
| Trening hos fysioterapeut x4-10 | 95 (12)  | 94 (11)  |

|                              |          |          |
|------------------------------|----------|----------|
| Trening hos fysioterapeut>10 | 157 (20) | 144 (17) |
| Annen beh.fysioterapeut      | 162 (20) | 187 (23) |
| Manuell terapi 1-3           | 12 (2)   | 37 (4)   |
| Manuell terapi 4-10          | 28 (4)   | 28 (3)   |
| Manuell terapi>10            | 49 (6)   | 48 (6)   |
| Psykomotorisk fysiot 1-3     | 6 (1)    | 12 (1)   |
| Psykomotorisk fysiot 4-10    | 10 (1)   | 17 (2)   |
| Psykomotorisk fysiot>10      | 21 (3)   | 21 (3)   |
| Kiropraktor 1-3              | 23 (3)   | 30 (4)   |
| Kiropraktor 4-10             | 30 (4)   | 41 (5)   |
| Kiropraktor >10              | 30 (4)   | 36 (4)   |
| Annen behandling 1->10       | 75 (9)   | 76 (9)   |

Det er mulig for pasientene å krysse av for flere behandlings-alternativer. Det er en betydelig høyere andel av pasientene som opplyser at de ikke har fått noen behandling (59 %), enn det som rapporteres av behandlere (30 %) (spredning 8,4 %-44 %). En forklaring er at oppfølging kommunalt, av lege eller andre, er behandlingsalternativer for helsepersonell, mens det oftest ikke vil oppfattes som behandling av pasientene. Rundt 30 % har fått individuell eller gruppebasert tverrfaglig behandling. Ca. 7 % av pasientene er operert.

Av de som rapporterer at de har fått behandling kommunalt oppgis trening hos fysioterapeut 40 %, annen behandling hos fysioterapeut 23 %, manuell terapi 13 %, psykomotorisk fysioterapi 6 %, og kiropraktor 13 %.

## RESULTATMÅL

Alle resultatmål er PROMS fra spørreskjema til pasient da det kun er pasient som rapporterer resultat ved oppfølging etter 6 måneder. Data er tatt ut 24.5.19 som er noe tidligere enn ved beregning av kvalitetsindikatorene (11.6.19), så tallene avviker noe. Mange resultatmål benyttes som kvalitetsindikatorer.

## Opplevd bedring av behandling 6 måneder etter konsultasjon

Tabell 14 viser opplevd nytte av behandlingen i 2018 fordelt på sykehus i 2018 per 11.6.19

Tabell 14. Hvilken nytte/bedring mener du at du har hatt av behandlingen? (2018)

|                                | Haukeland | St.Olavs | UNN      | OUS     |
|--------------------------------|-----------|----------|----------|---------|
| Jeg er helt bra                | 1 (1)     | 6 (2)    | 2 (1)    | 3 (5)   |
| Jeg er mye bedre               | 44 (25)   | 29 (16)  | 33 (14)  | 9 (16)  |
| Jeg er litt bedre              | 61 (35)   | 39 (22)  | 36 (16)  | 6 (11)  |
| Ingen forandring               | 47 (27)   | 78 (44)  | 106 (46) | 23 (40) |
| Jeg er litt verre              | 11 (6)    | 18 (10)  | 37 (16)  | 10 (18) |
| Jeg er mye verre               | 9 (5)     | 3 (2)    | 12 (5)   | 4 (7)   |
| Jeg er verre enn noen gang før | 2 (1)     | 4 (2)    | 2 (1)    | 2 (4)   |
| Ikke utfylt                    | 5 (2)     | 4 (2%)   | 5 (2)    | 0       |
| Totalt                         | 180       | 181      | 195      | 57      |

Oppfølgingsdata bør framover beregnes fra halvår til halvår for å få med flere responser.

Opplevd bedring etter 6 måneder (helt bra/mye bedre/litt bedre) er kvalitetsindikator og varierer mellom 31 % (UNN), 40 % (St.Olav) og 61 % (Haukeland). Ved tolkning må en ta hensyn bakgrunnsvariabler og funksjon. Populasjonen fra Haukeland inkluderer kun de som tilbys tverrfaglig vurdering, og synes å ha lavere alder, kortere smertevarighet og bedre funksjon ved tidspunkt for konsultasjon. En høyere andel får et tverrfaglig behandlingstilbud.

### Pasientrapportert fornøydhet med behandling (6 måneders oppfølging)

Andel litt misfornøyd/misfornøyd er lavest ved OUS (10 %) (Tabell 15).

Tabell 15. Hvor fornøyd er du med behandlingen du har fått? Fordelt på sykehus (2018).

|                                  | Haukeland | OUS | St. Olavs | UNN |
|----------------------------------|-----------|-----|-----------|-----|
| Ikke svart                       | 4         | 0   | 6         | 7   |
| Fornøyd                          | 80        | 16  | 57        | 60  |
| Litt fornøyd                     | 34        | 11  | 36        | 36  |
| Hverken fornøyd eller misfornøyd | 40        | 19  | 45        | 72  |
| Litt misfornøyd                  | 17        | 9   | 16        | 27  |
| Misfornøyd                       | 5         | 2   | 21        | 31  |

Tabell 20: Hvor fornøyd er du med behandlingen du har fått på sykehuset?

Ved beregning av andel misfornøyd med behandling er det ved Haukeland 12 %, OUS 19 %, St.Olavs 20 % og UNN 25 %. Tolkes med forsiktig da dette kan være uttrykk for andre variasjoner enn kvalitet på behandlingen. Andel «misfornøyd med behandlingen» <10 % er en kvalitetsindikator.

### Smertesår i Hvile: Skår ved konsultasjon og 6 måneder etter konsultasjon

Tabell 16 gir en oversikt over gjennomsnittlig smerteintensitet i hvile ved konsultasjon og etter 6 måneder. Skår gis fra 0-10 med 10 som verst tenkelig smerte. Smerteintensitet i hvile reduseres ved alle sykehus. Individuell reduksjon av smerter med 20 % er en kvalitetsindikator.

Tabell 16. Smerteintensitet i hvile ved konsultasjon og etter 6 måneder. Gj.snitt (SD). 2018. Data-uttrekk per 11.6.19

|           | N   | Smerte i hvile konsultasjon | Smerte i hvile Oppfølging 6 mnd |
|-----------|-----|-----------------------------|---------------------------------|
| Haukeland | 173 | 5.0 (2.2)                   | 4.1 (2.3)                       |
| OUS       | 49  | 5.4 (2.2)                   | 4.4 (2.3)                       |
| St. Olavs | 174 | 5.4 (2.4)                   | 3.9 (2.5)                       |
| UNN       | 226 | 5.7 (2.3)                   | 4.6 (2.2)                       |

Smertesår NRS: <2-3 ingen/minimal/lett, 4-5 moderat, 6-7 betydelig, 8-10 alvorlig

### Smertesår i Aktivitet: Smerter ved konsultasjon og 6 måneder etter konsultasjon

Tabell 17 gir en oversikt over gjennomsnittlig smerteintensitet i aktivitet ved konsultasjon og etter 6 måneder. Skår gis fra 0-10 med 10 som verst tenkelig smerte. Individuell reduksjon av smerter med min. 20 % er en kvalitetsindikator.



Tabell 17. Smerteintensitet i aktivitet ved konsultasjon og etter 6 måneder (2018).  
Data-uttrekk per 11.6.19

|           | N   | Smerte i aktivitet konsultasjon | Smerte i aktivitet 6 måneder |
|-----------|-----|---------------------------------|------------------------------|
| Haukeland | 172 | 6 (2.3)                         | 5.0 (2.4)                    |
| OUS       | 49  | 6.9 (2.1)                       | 5.4 (2.8)                    |
| St. Olavs | 171 | 6.4 (2.2)                       | 4.8 (2.7)                    |
| UNN       | 226 | 6.5 (2.3)                       | 5.6 (2.5)                    |

Smerteskår NRS: <2-3 ingen/minimal/lett, 4-5 moderat, 6-7 betydelig, 8-10 alvorlig

### Ryggsmerterelatert funksjon (Oswestry Disability Index) (ODI)

Av tabell 18 går det fram noe bedring i ODI (ryggsmerterelatert funksjon) fra konsultasjon til 6 måneder etter konsultasjon ved de fleste enhetene.

Tabell 18. Skår på ODI (ryggsmerterelatert funksjon) ved konsultasjon og etter 6 måneder. Gjennomsnitt (SD) (2018). Datauttrekk per 11.6.19.

|           | N   | ODI konsultasjon | ODI 6 måneder |
|-----------|-----|------------------|---------------|
| Haukeland | 173 | 27.1 (12.7)      | 23 (13.7)     |
| OUS       | 51  | 32.8 (16.5)      | 30.9 (19.2)   |
| St. Olavs | 175 | 29.4 (13.1)      | 24.6 (14.8)   |
| UNN       | 227 | 32.1 (14.2)      | 30 (14.9)     |

Funksjonssvikt ved ODI <20 % normal/minimal, 21-40 % moderat, 41-60 % betydelig, 61-80 % alvorlig > 61 % særlig uttalt funksjonssvikt.

### Nakkesmerterelatert funksjon (Neck Disability Index) (NDI)

Som det går fram av tabell 19 er det liten endring i skår på NDI 6 måneder etter konsultasjon sammenlignet med konsultasjons-dato.

Tabell 19. Skår på NDI (nakke-relatert funksjon) ved konsultasjon og etter 6 måneder. Gjennomsnitt (SD). (2018) Datauttrekk per 11.6.19.

|           | N   | NDI konsultasjon | NDI 6 måneder |
|-----------|-----|------------------|---------------|
| Haukeland | 103 | 17 (7.7)         | 16.7 (8.8)    |
| OUS       | 25  | 26.5 (8.9)       | 19.8 (10.3)   |
| St. Olavs | 87  | 19.3 (6.8)       | 17.8 (8.4)    |
| UNN       | 123 | 18.6 (8.1)       | 18.9 (8.8)    |

NDI skåres fra 0-50 poeng der høyere skår betyr dårligere funksjon.

### Arbeidsstatus før og 6 måneder etter konsultasjon

Fordeling av arbeidsstatus ved første konsultasjon for de 553 pasienter med 6-måneders oppfølgingsdata per 24.5.19 vises i Tabell 20. Summen av alternative arbeidsstatuser er høyere grunnet kombinasjoner (flere valg). Dette registreres av helsepersonell.

I Tabell 21 vises arbeidsstatus ved 6 måneders oppfølging rapportert av pasienter. Ved 6 måneder er det bare mulig å krysse av et alternativ.

Andel pasienter som var ute av jobb helt eller delvis ved konsultasjon og som er



tilbake for fullt i tidligere stillingsprosent etter 6 måneder, er en kvalitetsindikator.

Tabell 20. Arbeidsstatus ved første konsultasjon blant de med 6-måneders oppfølging (2018). Data-uttrekk 11.6.19.

|                         | Haukeland   | OUS        | St. Olavs  | UNN         | Totalt      |
|-------------------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| I arbeid                | 120 (66.7%) | 22 (38.6%) | 84 (46.4%) | 122 (52.4%) | 348 (53.5%) |
| Sykemeldt               | 88 (48.9%)  | 11 (19.3%) | 63 (34.8%) | 90 (38.6%)  | 252 (38.7%) |
| Hjemmeværende (ulønnet) | 2 (1.1%)    | 1 (1.8%)   | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 3 (0.5%)    |
| Student                 | 13 (7.2%)   | 0 (0%)     | 3 (1.7%)   | 7 (3%)      | 23 (3.5%)   |
| Arbeidsledig            | 8 (4.4%)    | 1 (1.8%)   | 4 (2.2%)   | 8 (3.4%)    | 21 (3.2%)   |
| Arbeidsavklaringspenger | 5 (2.8%)    | 5 (8.8%)   | 13 (7.2%)  | 26 (11.2%)  | 49 (7.5%)   |
| Permanent uførepensjon  | 6 (3.3%)    | 5 (8.8%)   | 23 (12.7%) | 18 (7.7%)   | 52 (8%)     |
| Alderspensjonist        | 0 (0%)      | 11 (19.3%) | 23 (12.7%) | 24 (10.3%)  | 58 (8.9%)   |
| Ikke besvart            | 0 (0%)      | 1 (1.8%)   | 0 (0%)     | 0 (0%)      | 1 (0.2%)    |
| N                       | 180 (100%)  | 57 (100%)  | 181 (100%) | 233 (100%)  | 651 (100%)  |

Tabell 21. Arbeidsstatus ved 6 måneders oppfølging rapportert av pasient (2018).

| WorkingStatus_label     | Haukeland   | OUS        | St. Olavs  | UNN         | Sum         |
|-------------------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Inntektsgivende arbeid  | 111 (61.7%) | 23 (40.4%) | 86 (47.5%) | 113 (48.5%) | 333 (51.2%) |
| Sykemeldt               | 31 (17.2%)  | 6 (10.5%)  | 15 (8.3%)  | 21 (9%)     | 73 (11.2%)  |
| Hjemmeværende           | 3 (1.7%)    | 2 (3.5%)   | 0 (0%)     | 4 (1.7%)    | 9 (1.4%)    |
| Student/skoleelev       | 7 (3.9%)    | 1 (1.8%)   | 5 (2.8%)   | 3 (1.3%)    | 16 (2.5%)   |
| Arbeidsledig            | 8 (4.4%)    | 2 (3.5%)   | 3 (1.7%)   | 4 (1.7%)    | 17 (2.6%)   |
| Arbeidsavklaringspenger | 16 (8.9%)   | 9 (15.8%)  | 17 (9.4%)  | 42 (18%)    | 84 (12.9%)  |
| Permanent uførepensjon  | 2 (1.1%)    | 3 (5.3%)   | 28 (15.5%) | 16 (6.9%)   | 49 (7.5%)   |
| Alderspensjonist        | 1 (0.6%)    | 9 (15.8%)  | 24 (13.3%) | 24 (10.3%)  | 58 (8.9%)   |
| Ikke utfylt             | 1 (0.6%)    | 2 (3.5%)   | 3 (1.7%)   | 6 (2.6%)    | 12 (1.8%)   |
| Sum                     | 180 (100%)  | 57 (100%)  | 181 (100%) | 233 (100%)  | 651 (100%)  |

Siden pasientene kun kan velge ett alternativ, kan det være at pasienter som er delvis i jobb og delvis sykemeldt, bare krysser av for sykemeldt.

Fagrådet har drøftet at en ønsker et spørsmål til pasient med ja/nei: Er du tilbake i jobb med samme omfang som du hadde før du ble sykemeldt?

### Resultater for gruppen som får tverrfaglig behandling

Pasienter som har fått tverrfaglig behandling i spesialisthelsetjenesten er evaluert separat. Alle med individuell eller gruppebasert tverrfaglig behandling er inkludert (ved avkrysning av de 6 nederste rader i Tabell 10 og 11).

Dette gjaldt (2018) 646 pasienter, 56 % kvinner med gjennomsnittsalder 40.9 år. Til sammenligning hadde totalpopulasjonen 55 % kvinner og gjennomsnittsalder 43.9 år. Andel med smerter lenger enn 2 år var 40 %, sammenlignbart med totalpopulasjon. Andel i arbeid ved første konsultasjon var samlet 57 %, sammenlignbart med totalpopulasjon (53 %).

Tabell 22 viser smerteintensitet i hvile ved konsultasjon og ved oppfølging. Tilsynelatende er smerteskår ved konsultasjon tilnærmet lik totalpopulasjon, med noe større reduksjon til 6 måneder. Det blir veldig små n for flere enheter.

Tabell 22. Smerteintensitet i hvile ved konsultasjon og etter 6 måneder for pasienter som har fått tverrfaglige behandlingstilbud. Gjennomsnitt (SD) (2018).

|           | N  | Smerte i hvile<br>- konsultasjon | Smerte i hvile<br>- oppfølging |
|-----------|----|----------------------------------|--------------------------------|
| Haukeland | 54 | 5.3 (2.2)                        | 3.7 (2.3)                      |
| OUS       | 10 | 5.2 (2.4)                        | 4.8 (2.4)                      |
| St. Olavs | 63 | 5.5 (2.2)                        | 4 (2.5)                        |
| UNN       | 52 | 5.4 (2.3)                        | 4.4 (2.2)                      |

Tabell 23. Ryggsmerte-relatert funksjon ved konsultasjon og etter 6 måneder for pasienter som har fått tverrfaglig behandling (2018).

|           | N  | ODI konsultasjon | ODI 6 måneder |
|-----------|----|------------------|---------------|
| Haukeland | 54 | 26.1 (12.2)      | 20.7 (12.7)   |
| OUS       | 10 | 34.7 (15.9)      | 32.2 (18.5)   |
| St. Olavs | 63 | 29.5 (11.3)      | 24.9 (13.2)   |
| UNN       | 52 | 33.6 (11.9)      | 30.7 (13.3)   |

Ved vurdering av disse forløpene må en huske at alle typer tverrfaglig behandling var inkludert, også individuell tverrfaglig behandling 1 gang. Ved analyser framover, og i forskningsprosjekter, kan en analysere for mer spesifikke behandlingsløyper og hvis ønskelig for subgrupper innen disse.

## 4. Metoder for fangst av data

### *Elektronisk data-fangst ved konsultasjon*

Pasientene får med innkallingsbrev til poliklinikken informasjon om registeret med et vedlagt samtykkeskjema. Pasienten henvender seg på vanlig vis i luka til sekretær, som tar imot samtykkeskjema. Sekretær registrerer pasienten i registeret og tar ut en individuell kode som brukes til den elektroniske påloggingen. Pasienten logger seg på en pc beregnet til dette, og fyller ut spørreskjemaet elektronisk på poliklinikken forut for konsultasjonen.

Behandlerne helsepersonell (lege eller annen faggruppe) vil på egen pc umiddelbart få tilgang til en oppsummering av de viktigste resultater og hele spørreskjemaet.

Helsepersonell fyller elektronisk inn registreringsskjema med medisinsk informasjon.

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

Den elektroniske metoden for datafangst for pasienter ble i 2014 ikke godkjent ved personvernombudet ved OUS Ullevål. Ved poliklinikken OUS Ullevål er det et alternativ med papir-registrering og skanning. Papirskjema og skanning er innarbeidet metode, men det har vært utfordrende å få skannede data i et format som lar seg laste inn i registeret. Logistikk og lokaler ved poliklinikken gjør at en nå avventer den nye hel-elektroniske PROMS-løsningen før systemet legges om.

Poliklinikkene er fra tidligere vant med å bruke PROMs i utredning og behandling, og til å bruke disse opplysningene aktivt i dialog med og som tilbakemelding til pasientene. Skjemaene fungerer bra til denne kliniske bruken.

### *Papirskjema for datafangst ved oppfølging*

Etter 6 måneder sender sentral registerenhet (UNN register) ut et oppfølgende spørreskjema på papir til alle pasienter.

## 5. Datakvalitet

### 5.1 Antall registreringer

Det er i 2018 registrert 2336 pasienter (behandlerskjema) (mot 2333 i 2017). OUS Ullevål 381 (mot 514), Haukeland 736 (mot 780), St.Olavs 557 (mot 655) og UNN 667 (mot 379.)

### 5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

Dette er et tjenesteregister som inkluderer spesifikke poliklinikker ved 4 sykehus. Beregning av dekningsgrad på individnivå basert på NPR-data er drøftet ved SKDE. Det viser seg at en ikke kan 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. NNRRs utgangspunkt er de pasienter som får et tilbud ved den definerte N/R-poliklinikken eller N/R-enheten innen poliklinikken. Pasienter er inkluder-bare når de har vært til behandling/vurdering. Ekstern validitet vil være basert på DIPS, hvor en kan få ut totalt antall behandlede pasienter. Nevneren i beregning av dekningsgrad vil være de pasienter som får behandling ved denne definerte N/R- poliklinikken. Telleren er de pasienter som registreres i registeret. Ved 100% dekningsgrad på individnivå er alle pasientene som har blitt vurdert/behandlet ved den definerte NR-poliklinikken/enheten registrert i registeret.

I antall mulig inkluderte pasienter skal alle med nakke-ryggproblemer som behandles ved poliklinikkene inkluderes, også de som får en monofaglig tilnærming, og de som ikke kan fylle ut skjema grunnet språkproblemer. Nakke-ryggproblemer vil ikke si bare rene nakke-rygg lokaliserte diagnoser, men også myalgi, eller om en ender opp med en ikke-nakke-ryggrelatert hoveddiagnose. I så tilfelle skal en registreres ved første konsultasjon men ikke få tilsendt Oppfølgingskjema.

### 5.3 Tilslutning

Registeret samler data fra tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker ved fire HF som er universitetsklinikker i hver av de fire helseregioner.

Det er flere spesialiserte tverrfaglige nakke-ryggpoliklinikker som ønsker å knytte seg til registeret.

Det er kommet 6 bekreftelser fra poliklinikker som vil koble seg på NNRR.

- Helgelandssykehuset Sandnessjøen
- Møre og Romsdal Ålesund
- Nordlandssykehuset
- Stavanger Universitetssjukehus

- Sykehuset i Vestfold
- Sørlandet sykehus.
- Harstad sykehus (skal vurderes)

Det er utenom disse 7 ytterligere 3 poliklinikker i Norge som fyller kriteriene for å inngå i NNRR. Det er laget planer for opplæring og inkludering av flere poliklinikker. Registeret utvides med eksisterende enheter når enhetlige velfungerende tekniske løsninger er på plass (ePROM).

I hele 2018 har det ikke vært mulig å overføre data fra OUS Ullevål til sentralt MRS-register, grunnet et velkjent problem med skannerløsningen. Da det har vært uavklart når en skulle i gang med arbeid med ePROM har ikke feilen blitt utbedret.

## 5.4 Dekningsgrad

Dekningsgrad for 2018 ved de fire tilknyttede universitetssykehus er ved UNN 87 %, St.Olavs 75 %, Haukeland 51 % og OUS Ullevål 50 % hvis en bruker skyggedata før problemer med å laste ned skjema til sentralt MRS-register. OUS har 70 % dekningsgrad om en tar utgangspunkt i kompetent norskspråklig populasjon. Det betyr at samlet dekningsgrad er 63 %. Dekningsgradsanalyse ble utført i mars 2019.

På sykehus-nivå registreres det ved alle de fire tilknyttede sykehus. I påvente av ekspertgruppens vurdering har det ikke vært prioritert å korrigere en feil ved innlastning av data fra OUS til registeret, slik at OUS har mangelfulle data i registeret. Skyggedata kan lastes inn når situasjonen er avklart og dette prioriteres utført, slik at en får mest mulig komplette data over tid. Som nødløsning en periode ser det ut til at det må brukes ressurser på å punse data i stedet for skanning.

## 5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er utarbeidet brukermanual som ligger tilgjengelig på registerets nettsted. Det er i 2016 lagt ut retningslinjer for utfylling av Registreringsskjema helsepersonell (1b). UNN ved registerenheten har sekretærer med spesialkunnskap om registeret som er tilgjengelige på telefon og mail. Fagrådets medlemmer representerer alle deltakende institusjoner. Den enkelte institusjon er ansvarlig for å ivareta intern opplæring.

Det er mulig å ta ut enkelt-vise standardrapporter og datadump fra egne data lokalt. Administrativt kan en se hvor mange skjema som står i kladd, og ferdigstille disse. Det sendes rutinemessig jevnlig ut administrative oversikter over antall registreringer og om skjema er ferdigstilte. De fleste felt på registreringsskjemaet for helsepersonell er gjort obligatoriske. Datakvalitet er i 2018 vurdert med bistand av SKDE også for pasient-registreringer, og vurderes å være tilfredsstillende.

Som kjent arbeides det med elektroniske rapporteringsløsninger.

## 5.6 Metode for validering av data i registeret

Det er ikke brukt eksterne kilder for å validere data i registeret. Utkomme (resultat) mål i registeret er kvalitetsindikatorer basert på godt kjente og validerte instrumenter. Resultatmål ved oppfølging er i all hovedsak pasientrapporterte data (PROM/ PREM). I forhold til yrkesaktivitet er dette en kompleks registrering med flere valgmuligheter, og Fagrådet vurderer at validiteten til tilbakeføring- til -jobb-variabelen vil øke ved å innføre et ja/nei spørsmål til pasient ved oppfølging om dette.

Språklige forhold er viktige ved bruk av pasientrapporterte data for funksjon og erfaringer med behandlingstilbud. Ved enkelte poliklinikker, særlig ved OUS, vil en stor andel av pasientene ha en minoritetsbakgrunn. Det planlegges et kvalitetsforbedringsprosjekt for å kartlegge dette, og for å få språklige og kulturelt tilpassede registreringer i NNRR.

## 5.7 Vurdering av datakvalitet

Kompletthet: Andel svar som ikke er utfylt er relativt lavt. Registeret er samtykkebasert og pasienter kan velge å ikke fylle ut enkelte spørsmål. I seneste revisjon av registeret ble felt i Registreringsskjema helsepersonell (1b) gjort obligatoriske og en del valideringsregler ble implementert i 1b skjemaet.

Det er innført et alternativ for «ikke svart» på de fleste variabler, slik at en har kontroll på andel ubesvarte spørsmål. Jevnt over er variablene godt utfylt med missing 2-7 %. Inntrykket er stor grad av kompletthet der pasienter selv registrerer inn data elektronisk i registeret ved konsultasjon. En høy dekningsgrad bidrar til høy datakvalitet. Dekningsgraden må fortsatt bli bedre ved Haukeland og OUS.

Kompletthet av data forringes av de tekniske problemer med innlasting av registerdata fra OUS (skannerløsning). En hadde også ønsket en høyere oppfølgingsrate enn ca. 45 %. Det arbeides med implementering av ePROM som vil bidra til å øke responsraten for oppfølging. Det er også mulig å legge inn en påminning i registeret til helsepersonell om å informere pasientene om oppfølgingsskjemaet.

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

Reliabilitet: Det er ikke utført spesiell test av reliabilitet, men resultatmål er måleinstrumenter som benyttes i forskning og regnes som valide og reliable.

Overordnet vurdering: Alt i alt vurderes de data som registreres å ha tilfredsstillende validitet og reliabilitet. Kompletthet er en utfordring med hensyn til dekningsgrad ved OUS og Haukeland, og det vil styrke datakvaliteten å få tilslutning fra flere poliklinikker.

Det kunne vært ønskelig med høyere oppfølgingsrate etter 6 måneder.

## 6. Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

### 6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som behandles ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene (enhetene) ved OUS Ullevål, Haukeland universitetssykehus, St.Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge. Flere tverrfaglige poliklinikker ønsker å knytte seg til registeret, det er startet opplæring av flere enheter, og flere vil knytte seg til når ePROM er på plass.

### 6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

Registerets variabler er spesifisert i en kodebok.

#### Bakgrunnsdata

Det er ønskelig å vurdere om det er sammenlignbare grupper som får behandling ved nakke- og ryggpoliklinikkene. Det registreres demografiske opplysninger som alder, kjønn, utdanningslengde, nasjonalitet, arbeidsforhold, diagnoser, radiologiske data og behandlingstiltak. Pasient-rapporterte opplysninger om arbeidet er tungt eller ensformig, tilfredshet med jobbsituasjonen, varighet av smerte, smerteintensitet, og pasientrapporterte skjema (PROMS) som beskriver adferd i forhold til fysisk aktivitet og jobb (Fear Avoidance Belief Questionnaire), psykisk stress (Hopkins Symptoms Checklist-10) og somatiske plager benyttes. Mange PROMS er både bakgrunnsinformasjon og effektmål. Det registreres hva pasientene tror er årsak til smertene, og fornøydhet med behandling før konsultasjon på poliklinikken.

#### Forløpsdata/prosess

Det registreres hvilken type konsultasjon og/ eller behandling pasienten har fått. Det skilles mellom konsultasjon hos lege og konsultasjon hos andre faggrupper. Behandlingsløyper registreres, dvs. om pasientene skal følges opp videre kommunalt eller i spesialisthelsetjenesten, og hvilke individuelle eller gruppebaserte tverrfaglige tilbud som planlegges. Pasientene rapporterer etter 6 måneder hvilken behandling de har fått etter konsultasjonene på poliklinikken.

#### Resultatmål

Effektmål som måles ved konsultasjon og oppfølging etter 6 måneder er følgende PROMs:

- Arbeidsstatus
- Smerteintensitet. Måles fra 0 (ingen smerter) til 10 (verst tenkelig smerter). Rapporteres i hvile og i aktivitet.

- Oswestry funksjonsskår (Oswestry Disability Index). Beskriver hvordan smerter påvirker funksjoner i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0% (ingen funksjonssvikt) til 100 % (maksimal funksjonssvikt)
- Nakke funksjonsskår (Neck Disability Index). Beskriver hvordan nakkesmerter påvirker funksjon i ulike daglige aktiviteter. Skåres fra 0 poeng (ingen funksjonssvikt) til 50 poeng (maksimal funksjonssvikt)
- EQ-5D. Fem spørsmål som samlet skårer funksjon/ helserelatert livskvalitet. Summeres til en index som går fra -0.594 til 1.0 (best funksjon/helserelatert livskvalitet)
- EQ-VAS. En visuell analog skala. Pasienten markerer opplevd helse på en søyle fra 0 (verst tenkelig helse) til 100 (best tenkelig helse)
- Fornøydhet med behandlingen (etter 6 måneder)
- Opplevd nytte av behandlingen (etter 6 måneder)
- Forbruk av smertestillende medikamenter

## Kvalitetsindikatorer 1-10

### Strukturindikatorer

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

Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet. Strukturindikator.

Måltall: 30 %

Datakilde: NNRR

Poliklinikkene som inngår i Norsk nakke- og ryggregister er organisert med flere ulike faggrupper som kan gi tverrfaglig behandling. Det skilles mellom vurdering ved konsultasjon og et tilbud om videre tverrfaglig behandling, og denne kvalitetsindikatoren måler videre tverrfaglig behandling. Tverrfaglig behandling kan gis til enkeltpasienter eller som gruppetilbud. Fysioterapeuter er sentrale, men også andre faggrupper inngår i varierende grad, som leger, ergoterapeuter, sykepleiere og psykologer. En spesialisert nakke- og ryggpoliklinikk bør kunne tilby tverrfaglig behandling til pasienter hvor dette er indisert, og andelen som får et slikt tilbud bør være minst 30% av pasientene. Prosessindikator.

### Prosessindikatorer

*Det er to kvalitetsindikatorer som ikke enda er tilgjengelige, men hvor en avventer revisjon av registeret for å få disse registrert:*

- 2) *Ventetid:* Ventetid fra henvisning (dato på søknad) til første konsultasjon/ behandling. Prosessindikator.
- 3) *Vurdering funksjonsevne arbeid:* Andel pasienter som har fått kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning. Vurderes ut fra prosedyrekode.

### Resultatindikatorer



#### 4) *Bedret funksjon*

Klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder.

Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 30 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 25-30 %

Lav måloppnåelse: 24 % og lavere

Datakilde: NNRR

Måltallet er basert på erfaring og er ikke satt høyere da pasientene ved poliklinikkene har langvarige plager hvor samlet smerterelatert funksjon oftest er stabil.

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til rygg smerter. Oswestry-Disability-Index, forkortet ODI, er et spørreskjema som registrerer hvordan smerter påvirker dagliglivet. Det spørres om grad av smerte, og om det er problemer med funksjon på grunne av smerter i forhold til personlig stell, å løfte, å gå, å sitte, å stå, å sove, seksuelliv, sosialt liv, å reise. Samlet gir dette en skår mellom 0 og 100 prosent-poeng, hvor 100 er beste funksjon. Basert på forskning vurderes en klinisk viktig endring i funksjon å være 10 prosent-poeng reduksjon eller høyere. En alternativ metode er å vurdere en reduksjon på 30 % av skåren ved konsultasjon som klinisk viktig. Måltallet for kvalitetsindikatorerne er at minimum 25 % av pasientene får bedret sin funksjon fra konsultasjon til oppfølging etter 6 måneder.

#### 5) *Andel med minimal funksjonsnedsettelse*

Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.

Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

Ca. halvparten av pasientene ved de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene har hatt smerter i mer enn 2 år. Målsetting om at så mange som 50 % har minimalt redusert funksjon etter 6 måneder er basert på erfaring.

Pasienter som vurderes ved poliklinikkene har ofte redusert funksjon i ulike aktiviteter. Denne reduserte funksjonen er oftest knyttet til rygg smerter. Oswestry-Disability-Index, forkortet ODI, er et spørreskjema som registrerer hvordan smerter påvirker dagliglivet. Det spørres om grad av smerte, og om det er problemer med funksjon på grunne av smerter i forhold til personlig stell, å løfte, å gå, å sitte, å stå, å sove, seksuelliv, sosialt liv, å reise. Samlet gir dette en skår mellom 0 og 100 prosent-poeng, hvor 100 er beste funksjon. En skår på 20 eller lavere vurderes som at pasienten har minimalt redusert funksjon, med liten kliniske betydning. Måltallet for kvalitetsindikatoren er at 50 % av pasientene har minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.

6) *Bedring smerte i hvile og*

7) *Bedring smerte i aktivitet.*

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

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

8) *Tilbake i jobb*

Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder. Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

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 derfor definert som en kvalitetsindikator. Måltallet er at dette oppnås av 50% av pasientene.

9) *Opplevd bedring av behandling*

Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen. Resultatindikator.

Høy måloppnåelse: 50 % og høyere

Moderat måloppnåelse: 40-50 %

Lav måloppnåelse: 39 % og lavere

Datakilde: NNRR

Pasientrapportert bedring av behandlingen vurderes som en relevant kvalitetsindikator. Pasientene fyller ut dette på et spørreskjema de får tilsendt 6 måneder etter konsultasjonen. Måltallet er at 50 % av pasientene rapporterer at de er blitt litt bedre/ mye bedre eller helt bra av behandlingen.

10) *Andel misfornøyde pasienter*

Andel pasienter som er misfornøyd med behandlingen de har fått på sykehuset. Resultatindikator.

Måltall: <10 %

Datakilde: NNRR

Det er ønskelig at færrest mulig pasienter er misfornøyd med behandlingen de får. Måltallet er at mindre enn 10 % av pasientene rapporterer at de er litt, noe eller meget misfornøyd med behandlingen de har fått. Ved neste revisjon vil formuleringen endres til «Hvor fornøyd er du med kontakten med personalet på sykehuset?».

## **Datakvalitet**

### *Utfylte oppfølgingsskjema*

Andel pasienter hvor registeret mottar oppfølgingsskjema 6 måneder etter konsultasjon.

Måltall: 60 %, når en får inn alle oppfølgingsskjema fra registreringsperioden.

Datakilde: NNRR

Det er ønskelig at registeret har data fra oppfølgingstidspunktet etter 6 måneder for flest mulig av pasientene. Uten slike opplysninger vet en ikke hvordan det har gått med pasientene over tid. Måltallet er satt til 60% av de pasientene som har skjema fra konsultasjon.

### **Dekningsgrad**

Måltallet for dekningsgrad totalt og for hver av poliklinikkene er 80 %.

### **Kvalitetsindikatorer som ikke enda er tilgjengelige, men hvor en avventer revisjon.**

#### *Ventetid.*

Ventetid fra henvisning (dato på søknad) til første konsultasjon/ behandling.

Prosessindikator.

#### *Vurdering funksjonsevne arbeid*

Andel pasienter som har fått kartlagt funksjonsevne relatert til arbeid og utdanning.

Vurderes ut fra prosedyrekode. Prosessindikator.

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

Instrumenter/ skjema som brukes rutinemessig for innsamling av PROM/PREM er kliniske kvalitetsindikatorer. De fleste er anerkjente skjema med tilfredsstillende validitet og reliabilitet og evne til å fange opp endring («responsiveness»). Skjemaet Oswestry Disability Index er laget til bruk for pasienter med ryggsmarter, og skjemaet Neck Disability Index er laget til bruk for pasienter med nakkesmarter. Smerteregistreringer med bruk av en numerisk skårings-skala fra 0-10 (NRS) er også velkjent i klinisk bruk og forskning. EQ-5D og EQ-VAS er et generisk og mye brukt helserelatert livskvalitets-skjema, som også kan brukes til kost-nytte-analyser. Samme skjema benyttes i Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. Skjemaet kan ikke benyttes fritt men det gjøres avtaler på overordnet nivå for registrene.

Etter 6 måneder sender den sentrale registerenheten ved UNN ut et spørreskjema per post til pasienten. Her registreres: Selvrapportert funksjon (Oswestry funksjonsskår, Neck Disability Index), helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D og EQ-VAS, opplevd nytte av behandling, fornøydhet med behandling, behandlingstiltak siden konsultasjonen, og forbruk av smertestillende

medikamenter.

## **6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse**

Det registreres alder, kjønn, nasjonalitet, utdannings-grad, yrkesstatus/sykemelding/ uførhet, diagnoser, behandlingstiltak og forløp. Data gir grunnlag for å beskrive pasientpopulasjonen med tanke på sosiale faktorer og demografi. Dette er framstilt deskriptivt og sammenlignet på sykehusnivå.

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

Det er forventet at funn og resultater fra registeret vil kunne være til nytte ved revidering av nasjonale retningslinjer.

## **6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer**

Registeret støtter en diagnostisk tilnærming med "triage" som er i tråd med den som brukes i nasjonale retningslinjer for ryggsmertor. For øvrig er behandlingstilbud ved de spesialiserte tverrfaglige poliklinikkene i tråd med anbefalte nasjonale og internasjonale retningslinjer og førende forskning. Se for eksempel omtalen av «Kognitiv rehabilitering» og «Arbeidsrettet rehabilitering». Registeret vil ved analyser og refleksjon over praksis kunne bidra til at pasientene kanaliseres til de rette behandlingstilbudene. Som det går fram av resultat-kapittelet er det kun 5% av denne pasient-gruppen med langvarig problematikk som henvises videre med tanke på operativ behandling.

## **6.7 Identifisering av pasientrettede forbedringsområder**

Registermiljøet har standardisert bruk av kliniske diagnoser, da det har vært brukt veldig mange ulike diagnoser på sammenlignbare tilstander. Dette vil kunne lette kommunikasjonen omkring pasientgrupper og evalueringer av behandlingstiltak, som igjen vil komme pasienter til gode.

Ved noen sykehus er språklige utfordringer betydelige i kartlegging og behandlingsprosess. Det er ønskelig med språklig tilpassede kartlegginger med PROM og PREM, som grunnlag for mer målrettede behandlingstiltak.

## **6.8 Tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring**

Registermiljøet har standardisert bruk av kliniske diagnoser, da det har vært brukt veldig mange ulike diagnoser på sammenlignbare tilstander. Dette letter kommunikasjonen omkring pasientgrupper og evalueringer av behandlingstiltak.

Med tanke på evaluering av behandlingsforløp har det også vært gjort en jobb med å identifisere tilgjengelige behandlingstilbud i de ulike regioner.

Et kvalitetsforbedrende tiltak som følges opp ved hjelp av NNRR-data og

kvalitetsindikatorer, er økning av tilbud om arbeidsrettet rehabilitering. En viktig kvalitetsindikator er at pasienter får tilbud om arbeidsrettet rehabilitering og optimal tilbakeføring til jobb. Ved UNN er det spesialiserte arbeidsrettede tilbud med systematisk samarbeid med NAV og pasientens arbeidsplass HelseArbeid en del av poliklinikken. Ved Haukeland arbeides det med etablering av et lignende tilbud, og St. Olavs har mange aktuelle prosjekter for å bedre tilbakeføring til jobb.

Videre er det startet en prosess i forhold til et kvalitetsforbedringsprosjekt for bedring av tilbud til pasienter med språklig og eller kulturell minoritetsbakgrunn. Ved nakke- og ryggproblematikk vil språklige og kulturelle forhold virke inn ved kartlegging og behandling. Det er planlagt et kvalitetsforbedringsprosjekt med bruk av data fra NNRR og tilleggs-registeringer for å kartlegge omfanget av denne problematikken ved de enkelte enhetene i registeret, og forventninger til utredning og behandling hos pasienter inkludert immigranter. Deretter vil en ved å tilpasse de skjema som brukes, bidra til inklusjon av immigranter i det nasjonale kvalitetsregisteret. Forskningsprosjektet utgår fra OUS Ullevål, som har en høy andel immigranter ved poliklinikken. For å få oversikt over omfang og behov nasjonalt er det planlagt en kartlegging av alle poliklinikker tilknyttet NNRR.

Det jobbes også på UNN med å se på sine rutiner og vurdere om de bør øke andelen som får tilbud om tverrfaglig behandling.

## **6.9 Evaluering av tiltak for pasientrettet kvalitetsforbedring (endret praksis)**

Det evalueres om enhetene har tilbud om arbeidsrettet rehabilitering, og i hvilket omfang dette tilbys pasientene. Videre vil de definerte kvalitetsindikatorer for øvrig sammenlignes mellom enheter og evalueres jevnlig.

## **6.10 Pasientsikkerhet**

Det er innebygget pasientsikkerhetskriterier i registeret, med sikkerhet for identifisering og sikkerhet for personvern med hensyn til data.

Av uønskede hendelser ved behandling registreres det om pasienter ikke får bedring av smerter og funksjon, og det registreres misnøye med behandlingen.

## 7. Formidling av resultater

### 7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

Det finnes standard-rapporter med enkelt-analyser som hver enhet selv kan ta ut og få en oversikt over egne data. Data kan også tas ut som datadump. Det er ønskelig med formidling av resultater tilbake til deltakende fagmiljø med Rapporteket eller annen interaktiv løsning. NNRR er på venteliste hos HN-IKT/SKDE for Rapporteket. Foreløpig bidrar SKDE i arbeid med en midlertidig kvartalsvis rapporteringsløsning. I 2019 er NNRR på plass i Resultatportalen, og her vil det framover bli arbeidet med pen og oppdatert resultat-rapportering.

### 7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Årsrapport sendes til ledere ved registrerende enheter og til ledelsen ved alle sykehusene som registrerer i registeret.

### 7.3 Resultater til pasienter

De viktigste resultatene legges ut for publikum på [www.kvalitetsregistre.no](http://www.kvalitetsregistre.no). På individnivå benyttes registerdata aktivt under konsultasjonen i drøfting med pasienten. Fra 2019 presenterer NNRR hovedresultater på Resultatportalen.

### 7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

Registerets kvalitetsindikatorer er beskrevet i kapittel 3.1 og 6. 2. og oversikt er publisert på nettsiden til kvalitetsregisteret.

Tabell 24 oversikt over kvalitetsindikatorer på nett

| Kvalitetsindikator  |
|---|
| <b>Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.</b><br><small>Andel med minimal funksjonsnedsettelse 6 måneder etter konsultasjon.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT       |
| <b>Andel misfornøyde pasienter</b><br><small>Andel pasienter som er misfornøyd med behandlingen de har fått på sykehuset.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: LAVT  |
| <b>Andel pasienter med tverrfaglig behandling</b><br><small>Andel pasienter som har mottatt tverrfaglig behandling som del av behandlingstilbudet.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT               |
| <b>Bedret funksjon</b><br><small>Klinisk viktig bedring av funksjon fra konsultasjon til etter 6 måneder.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT  |
| <b>Bedring smerte i aktivitet</b><br><small>Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT                           |
| <b>Bedring smerte ved hvile</b><br><small>Andel pasienter med klinisk viktig bedring av smerte fra konsultasjon til etter 6 måneder.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT                             |
| <b>Opplevd bedring av behandling</b><br><small>Andel pasienter som rapporterer 6 måneder etter konsultasjonen at de er blitt bedre av behandlingen/ vurderingen.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT |
| <b>Tilbake for fullt i jobb</b><br><small>Andel pasienter som var helt eller delvis ute av jobb ved konsultasjon og som er tilbake for fullt etter 6 måneder.</small><br>ØNSKET MÅLENIVÅ: HØYT    |

## 8. Samarbeid og forskning

### 8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

Samlet har nakke- og ryggpoliklinikkene ved universitetssykehusene et utstrakt internasjonalt samarbeid.

Fagrådsleder er involvert i utviklingen av et register for smerteklinikkene. Dette registeret er en aktuell samarbeidspartner framover. Samarbeid med registre med basis i den kommunale helsetjenesten er aktuelt, og i 2014 ble det initiert et samarbeid med Fysioprim. Videre er innholdet i spørre- og registreringsskjema egnet for eventuelle samarbeidsprosjekter med Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. Det er i utviklingen hentet inspirasjon fra Danmark og registermiljøet i Odense.

Forskning krever representative data og god respons på oppfølging. Det kan være store muligheter for registeret så snart det kommer på plass en enhetlig velfungerende løsning for datafangst. Denne bør inkludere en direkte elektronisk løsning hjemmefra for pasienter (Hemits ePROM-løsning).

### 8.2 Vitenskapelige arbeider

Lokale NNRR-data fra St.Olavs er brukt i mastergradsprosjektet:

«Nakke- og ryggpasienter henvist til spesialisthelsetjenesten – beskrivelse av forløp og behandling. Et studie basert på Norsk nakke- og ryggregister.» Levert NTNU 15.01.2019.

Det er ved årsskiftet 2018/2019 startet prosess med utlevering data fra NNRR til et mastergradsprosjekt utgående fra Institutt for Global helse og Samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen, prosjektleder Inger Haukenes. Tittel: Kronisk muskel- og skjelett smerte: Tilbakeføring til jobb etter behandling.

Det vil i 2019 blir en større utlevering til et forskningsprosjekt som utgår fra forskningsmiljøet knyttet til registeret FYSIOPRIM, prosjektleder Hilde Stendal Robinson.

Det er foreløpig ingen internasjonale publikasjoner direkte basert på data fra registeret. Registermiljøet har utarbeidet prosjekter for evaluering av behandlingstyper og søkt om midler fra NFR i 2014, Helse Sør-Øst i 2015, NFR i 2016, og NFR sist i april 2017, men nådde ikke opp.

### 9. Videre utvikling av registeret

Av planlagte tiltak for 2018, er følgende utført:

- Kvalitetsindikatorer som en startet å arbeide med i 2017 er nå spesifisert.
- I samarbeid med Hemit og Fagrådet er prosessen med å få på plass ePROM for en enhetlig elektronisk løsning for NNRR forberedt: gått gjennom registreringer, laget flytskjema for arbeidsprosess for papir og elektronisk.
- Øket dekningsgrad ved UNN og St.Olavs.
- Identifisert nye registrerende enheter/ poliklinikker.
- Gjennomført kontroll av datakvalitet.
- Støttet og utlevert data til flere master/ forskningsprosjekter.
- Spesifisert metode for dekningsgradsanalyse.

Planlagte tiltak for 2019

- Evaluere kvalitetsindikatorer og arbeide for økt kvalitet i behandlingstilbudet.
- Øke dekningsgrad ved Haukeland.
- Finne en midlertidig løsning for OUS Ullevål i påvente av ePROM.
- Få skriftlig bekreftelse fra tverrfaglige poliklinikker som vil knytte seg til registeret.
- Starte opplæring av og registrering ved flere enheter.
- Ved klarsignal fra Ekspertgruppe og data-ansvarlig UNN gjenoppta prosessen med å få på plass ePROM-løsningen, det vil si en enhetlig elektronisk løsning ved alle registrerende enheter.
- Få NNRR på det interaktive rapporteringsstedet Resultatportalen.



- Sammen med SKDE/ Resultatportalen definere grenser for måloppnåelse for kvalitetsindikatorer som Høy, Moderat og Lav.
- Jobbe videre med siktemål rapportering fra Rapporteket.
- Spesifisere et kvalitetsforbedringsprosjekt og kliniske forbedringsområder.
- Arbeide for registerbaserte forskningsprosjekter.

## Del III Stadievurdering

# 10. Referanser til vurdering av stadium

Tabell 25 Vurderingspunkter for stadium *Norsk nakke- og ryggregister*

| Nr               | Beskrivelse   | Kapittel   | Ja                       | Nei                      | Ikke aktuell             |
|------------------|---|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>Stadium 2</b> |   |  |                          |                          |                          |
| 1                | Er i drift og samler data fra HF i alle helseregioner   | <a href="#">3</a> , <a href="#">5.3</a>                            | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2                | Presenterer resultater på nasjonalt nivå  | <a href="#">3</a>  | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3                | Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser  | <a href="#">5.2</a>  | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4                | Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og løpende rapportering av resultater på sykehusnivå tilbake til deltakende enheter | <a href="#">7.1</a> , <a href="#">7.2</a>                          | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5                | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret  | Del II   | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Stadium 3</b> |   |  |                          |                          |                          |
| 6                | Kan redegjøre for registerets datakvalitet  | <a href="#">5.5</a>  | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7                | Har beregnet dekningsgrad mot uavhengig datakilde   | <a href="#">5.2</a> , <a href="#">5.3</a> ,<br><a href="#">5.4</a> | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8                | Har dekningsgrad over 60 %  | <a href="#">5.4</a>  | <input type="checkbox"/> | x                        | <input type="checkbox"/> |
| 9                | Registrerende enheter kan få utlevert egne aggregerte og  | <a href="#">7.1</a> , <a href="#">7.2</a>                          | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## nasjonale resultater

|    |  |                          |   |                          |                          |
|----|--|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 10 | Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste nasjonale retningslinjer der disse finnes | <a href="#">6.6</a>      | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11 | Har identifisert pasientrettede forbedringsområder basert på analyser fra registeret                   | <a href="#">6.7</a>      | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12 | Brukes til pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid  | <a href="#">6.8, 6.9</a> | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13 | Resultater anvendes vitenskapelig  | <a href="#">8.2</a>      | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14 | Presenterer resultater for PROM/PREM   | <a href="#">6.3</a>      | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15 | Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret   | Del <a href="#">II</a>   | x | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Stadium 4

|    |   |                               |                          |                          |                          |
|----|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16 | Kan dokumentere registerets datakvalitet gjennom valideringsanalyser                            | <a href="#">5.6, 5.7</a>      | <input type="checkbox"/> | x                        | <input type="checkbox"/> |
| 17 | Presenterer oppdatert dekningsgradsanalyse hvert 2. år  | <a href="#">5.2, 5.3, 5.4</a> | <input type="checkbox"/> | x                        | <input type="checkbox"/> |
| 18 | Har dekningsgrad over 80%   | <a href="#">5.4</a>           | <input type="checkbox"/> | x                        | <input type="checkbox"/> |
| 19 | Registrerende enheter har løpende (on-line) tilgang til oppdaterte egne og nasjonale resultater | <a href="#">7.1</a>           | x                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20 | Kan dokumentere at registeret har ført til kvalitetsforbedring/endret klinisk praksis           | <a href="#">6.9</a>           | <input type="checkbox"/> | x                        | <input type="checkbox"/> |

---