

Nasjonalt kvalitetsregister for smertebehandling (SmerteReg)

15. august 2025

Årsrapport for 2024
med plan for forbedringstiltak

Innhold

I	Årsrapport	3
1	Sammendrag	4
1.1	Summary in English	4
2	Resultater	5
2.1	Kvalitetsindikatorer	5
2.1.1	Prosessindikator: Behandlertilsyn	9
2.1.2	Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn	9
2.1.3	Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling	11
2.1.4	Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider	12
2.1.5	Resultatindikator: Smerteintensitet	13
2.1.6	Resultatindikator: Pasienttilfredshet	14
2.1.7	Resultatindikator: Akseptabel smerte ved siste tilsyn	14
2.1.8	Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå	14
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	18
2.3	Andre analyser	21
2.3.1	Demografi	21
2.3.2	LAR og rus	21
2.3.3	Smertekategori	21
II	Administrative opplysninger	25
3	Registerbeskrivelse	26
4	Datakvalitet	30
4.1	Tilslutning og antall registreringer	30
4.2	Dekningsgrad og responsrate	30
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	30
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	30
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	31
4.3	Vurdering av datakvalitet	31
4.3.1	Generell vurdering av datakvalitet	33
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	34
5.1	Identifiserte forbedringsområder	34
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	34
6	Formidling av resultater	36
7	Samarbeid og forskning	37
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	37
7.2	Datautleveringer fra registeret	37

7.3 Vitenskapelige artikler	37
III Plan for forbedringstiltak	39
8 Referanser til vurdering av stadium	40
8.1 Vurderingspunkter	40
9 Utvikling av registeret	42
9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen	42
9.2 Planer og behov	43
9.3 Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet	43
10 Litteratur	44

Forord

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

Del I

Årsrapport

1 Sammendrag

De viktigste hendelsene for SmerteReg i 2024 var publisering av metadata på helsedata.no og at innnsynsløsningen kom på plass via helsenorge.no samt gjennomføring av et Helse Vest finansiert kvalitetsforbedringsprosjekt. Dette prosjektet studerte effekten av implementering av brosjyre og nettside om ikke-medikamentell smertebehandling på opplevd nytte blant pasienter og personell.

Det er videre i 2024 stabilt god dekningsgrad på 98 prosent, vi har fått 1684 nye forløp inkludert og det totale antall forløp i registeret ved utgangen av 2024 er 6115.

Registeret fikk på slutten av 2024 midler fra SKDE for å utføre en nasjonal korrekthetsstudie som er påbegynt i 2025

Den første vitenskapelige artikkelen med data fra SmerteReg jobbet vi med i hele 2024 og den ble endelig godkjent for publikasjon i scandinavian journal of pain i mai-2025. Dette håper vi blir en katalysator for mer forskning med data fra SmerteReg. Økt bruk av data til forskning og kvalitetsforbedring er vårt hovedmål fremover.

Lars Jørgen Rygh

Stefanie Erhard-Midttun

Janne Mannseth

Anne Mari Gunnheim Klausen

1.1 Summary in English

The main events for SmerteReg in 2024 were the publication of metadata on helsedata.no and the establishment of the access solution via helsenorge.no, as well as the implementation of a quality improvement project funded by Helse Vest. This project studied the effect of implementing a brochure and website on non-pharmacological pain treatment on perceived benefit among patients and staff.

Furthermore, in 2024, there was a stable coverage rate of 98 percent, we have included 1684 new patient tracks, and the total number of patient tracks in the registry by the end of 2024 is 6115.

At the end of 2024, the registry received funding from SKDE to carry out a national correctness study that began in 2025.

The first scientific article with data from SmerteReg was worked on throughout 2024, and it was finally approved for publication in the Scandinavian Journal of Pain in May 2025. We hope this will be a catalyst for more research using data from SmerteReg. Increased use of data for research and quality improvement is our main goal moving forward.

2 Resultater

2.1 Kvalitetsindikatorer

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Antall forløp hvor pasienten er tilsett av to eller flere behandlere
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 40-79 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Best practice
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten ble tilsett av to eller flere behandlere Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden hvor pasienten fikk fysisk tilsyn. I 2024 var det 1286. Det vil si at av de 1684 forløpene inkludert i 2024 var det 398 forløp hvor pasienten ikke ble fysisk tilsett, men behandler fikk råd
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Antall forløp hvor pasienten er tilsett samme dag som henvist
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Den australske og new zelandske anestesiforeningenes guidelines for akutt smertebehandling (kort: Guidelines) (kpt 2 og 3): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten ble tilsett samme dag som henvist Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden hvor det ble utført fysisk tilsyn. I 2024 var det 1286
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor ikke-medikamentell behandling startes av smerteteamet
<i>Type indikator</i>	Prosess
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 7): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten fikk ikke-medikamentell behandling Nevner: Totalt antall forløp i registeret hvor det ble utført fysisk tilsyn som i 2024 var 1286

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter har fått laget nedtrappingsplan for opioider
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor det har blitt laget nedtrappingsplan for opioider Nevner: Totalt antall forløp i registeret hvor det ble ansett som nødvendig å lage slik nedtrappingsplan. I 2024 var det i 571 forløp
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i smerteintensitet fra første til siste måling (høyeste og laveste smerte i ro og bevegelse, til sammen 8 undergrupper
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Antall forløp hvor pasienten rapporterte nedgang i smerteintensitet fra første til siste tilsyn Nevner: Totalt antall forløp i registeret hvor pasientene har besvart dette spørsmålet både ved første og siste tilsyn. For 2024 var dette tallet lavt og varierte fra 214 som hadde angitt de to verdiene i minst en av de 4 gruppene til kun 109 som hadde angitt to verdier i alle de 4 gruppene.
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 80 %, moderat: mellom 50-79 %, dårlig: < 50 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Best practice
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam Nevner: Totalt antall forløp i registeret hvor pasienter har besvart dette eprom skjema. I 2024 var i 241 forløp

<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor pasientene rapporterer Akseptabel smerte ved siste tilsyn
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor det rapporteres akseptabel smerte ved siste tilsyn Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden hvor man har fått svar ja eller nei på dette spørsmålet. For 2024 utgjør dette 621 forløp. Det vil si at i de 1063 resterende forløpene er det svart vet ikke
<i>Definisjon/beskrivelse</i>	Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert
<i>Type indikator</i>	Resultat
<i>Måloppnåelse</i>	God: > 70 %, moderat: mellom 40-69 %, dårlig: < 40 %
<i>Kunnskapsgrunnlag</i>	Guidelines (kpt 2): https://www.anzca.edu.au/resources/college-publications/acute-pain-management/apmse5.pdf
<i>Beregning</i>	Teller: Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert (5) Nevner: Totalt antall forløp i registeret i perioden hvor det er registrert funksjonsnivå 1-5 som for 2024 er 738 forløp. I de resterende 947 forløpene er det svart vet ikke

2.1.1 Prosessindikator: Behandlertilsyn

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

Andelen som får tilsyn fra to eller flere behandlere per sykehus er vist i [tabell 2.1](#) og vi ser at det er relativt stor variasjon mellom sykehusene. [Figur 2.1](#) på neste side viser hvordan andelen forløp med to eller flere behandlere til smertetilsyn nasjonalt har endret seg over tid i løpet av 2024. Det kan være noe sesongvariasjon i andel pasienter, og noe av endringene kan være tilfeldigheter. Punkter som faller utenfor nedre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå skulle oppstå (nedre linje indikerer laveste verdi vi kan *forvente* å få dersom det ikke er noen reell forskjell i hvordan tilsynene er utført (Shewharts 3 sigma-grenser). Ingen måned skilte seg ut i år 2024. Her er alle punktene over nedre grense, selv om det er noe mer sprikende punkter mot slutten av året.

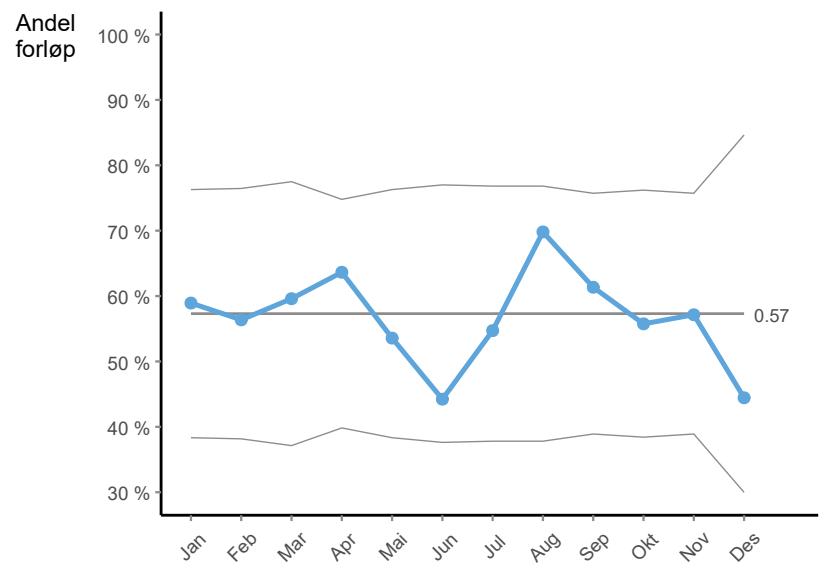
Det er ønskelig å se hvor mange ulike behandlergrupper som er vanlig per forløp. I [figur 2.2](#) på neste side kan vi se gjennomsnittlig antall ulike behandlere per forløp over tid i 2024. Punkter som faller utenfor nedre/øvre linje tyder på at det skjedde noe spesielt den måneden for at et såpass lavt nivå/høyt skulle oppstå. Her er alle punktene innenfor linjene, men vi ser også her at det varierer mer mot slutten av året.

TABELL 2.1: Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst 2 ulike behandlere, totalt i registeret.

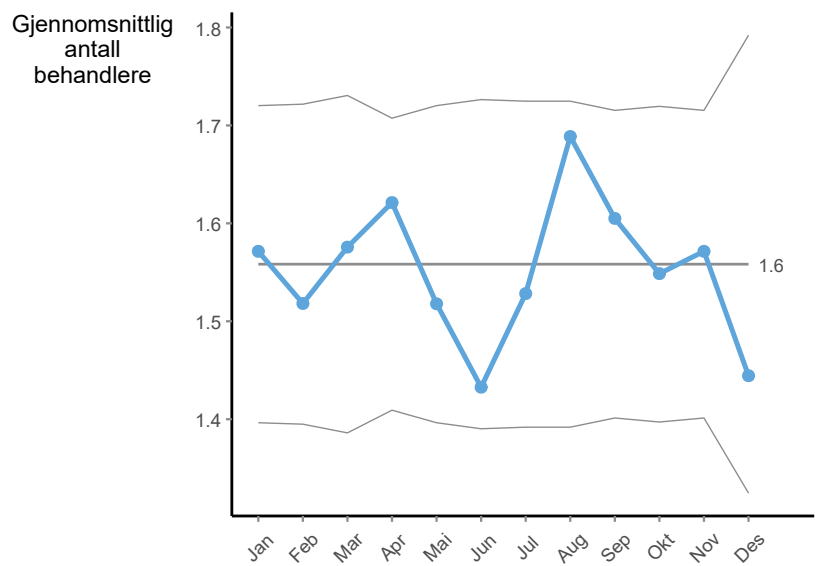
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	737	1286	57 %
Ahus	38	91	42 %
Helse Bergen	178	263	68 %
Levanger	11	27	41 %
Møre og Romsdal	20	23	87 %
OUS, RAD	101	113	89 %
OUS, RH	32	122	26 %
OUS, UL	74	226	33 %
St. Olavs	199	238	84 %
UNN	72	104	69 %
Vestre Viken	12	79	15 %

2.1.2 Prosessindikator: Tid fra henvisning til tilsyn

Den andre kvalitetsindikatoren i SmerteReg er *Andel forløp hvor pasienter ble tilsett samme dato som de ble henvist*. Andel forløp som fikk tilsyn samme dag som henvisning er vist i [figur 2.3](#) på side 11. Ingen av månedene har resultater under nedre grense, og nasjonalt har resultatene vært relativt jevne i løpet av året. [Tabell 2.2](#) på



FIGUR 2.1: Andel forløp med smertetilsyn fra to eller flere ulike behandlere per måned. Tallene er basert på 1286 forløp.

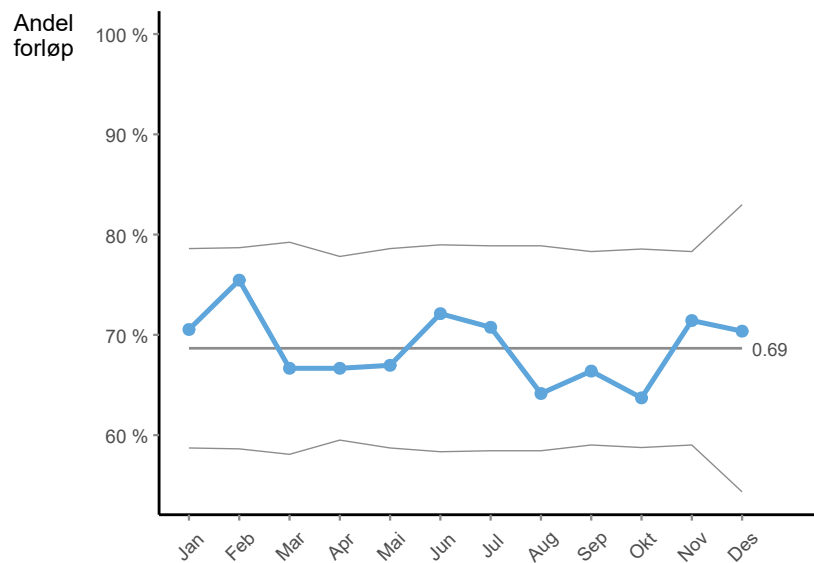


FIGUR 2.2: Gjennomsnittlig antall ulike behandlere på smertetilsyn per forløp over tid. Tallene er basert på 1286 forløp.

side 11 viser andel og antall på sykehusnivå. Mange sykehus har høy andel, men noen ligger også rundt 50%. I figur 2.4 på neste side ser vi den nasjonale fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn.

TABELL 2.2: Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist.

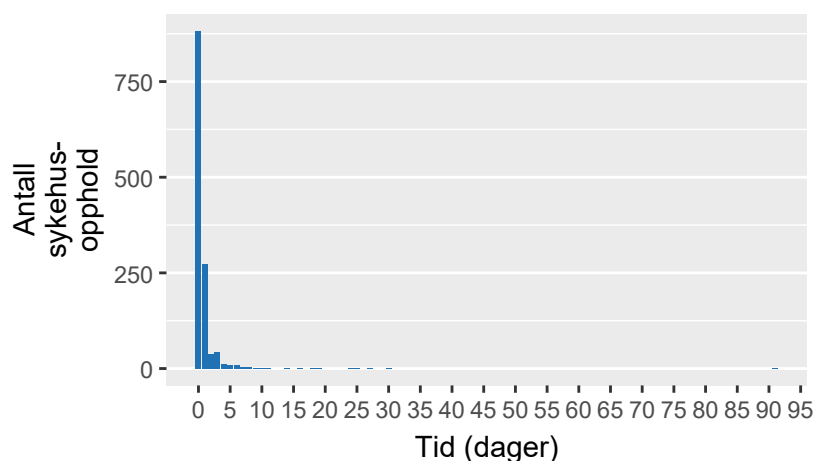
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	883	1286	69 %
Ahus	44	91	48 %
Helse Bergen	169	263	64 %
Levanger	24	27	89 %
Møre og Romsdal	10	23	43 %
OUS, RAD	96	113	85 %
OUS, RH	89	122	73 %
OUS, UL	165	226	73 %
St. Olavs	176	238	74 %
UNN	44	104	42 %
Vestre Viken	66	79	84 %



FIGUR 2.3: Andel forløp med tilsyn samme dag som de ble henvist. Basert på 1286 forløp

2.1.3 Prosessindikator: Ikke-medikamentell behandling

I denne indikatoren måles *Andel forløp hvor ikke-medikamentell behandling startes av smerteteamet*. Det er ønskelig å utnytte også ikke-medikamentell behandling ved akutt smertebehandling. Dette inkluderer alt fra enkle tiltak som for eksempel varme/kuldebehandling og mobilisering til berøringstrening og speilbehandling. Videre også ulike fysioterapeutiske tiltak inkludert TENS og avspenning og ikke minst kognitive tilnærminger som for eksempel avledning,



FIGUR 2.4: Fordelingen av antall dager mellom henvisning og første tilsyn. Basert på 1286 sykehusopphold for 1096 pasienter.

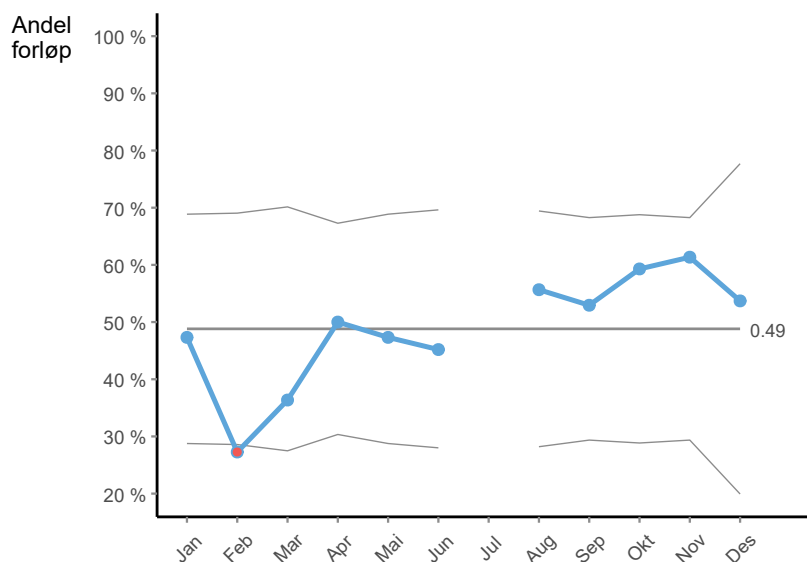
smertemestring og endringsorientert samtale. Tabell [tabell 2.3](#) viser andel og antall på sykehusnivå, der det går fra 15 prosent og opp mot 70%. I [figur 2.5](#) på neste side ser vi den nasjonale andelen per måned. Den har holdt seg veldig jevn året gjennom.

TABELL 2.3: Antall og andel forløp som har mottatt ikke-medikamentell behandling.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	627	1286	49 %
Ahus	47	91	52 %
Helse Bergen	161	263	61 %
Levanger	19	27	70 %
Møre og Romsdal	5	23	22 %
OUS, RAD	72	113	64 %
OUS, RH	59	122	48 %
OUS, UL	122	226	54 %
St. Olavs	92	238	39 %
UNN	38	104	37 %
Vestre Viken	12	79	15 %

2.1.4 Prosessindikator: Nedtrappingsplan for opioider

Denne indikatoren ser på *Andel forløp hvor pasienter har fått laget nedtrappingsplan for opioider*. Sterke smertestillende er effektive og potente medikamenter som brukes i utstrakt grad i akutt smertebehandling på sykehus. Langvarig bruk er derimot sjelden indisert og det er derfor viktig at pasienter som behandles med slike medikamenter også får en nedtrappingsplan for å hjelpe med optimal bruk. Tabell [tabell 2.4](#) på neste side viser andel og antall på sykehusnivå, og veldig mange av sykehusene har veldig høy andel. I [figur 2.6](#) på side [14](#) ser vi den nasjonale andelen per måned, og at den har variert i løpet av året, med en tilsynelatende nedadgående kurve siste kvartal.



FIGUR 2.5: Andel forløp med ikke-medikamentell behandling per måned. Tallene er basert på 1286 forløp.

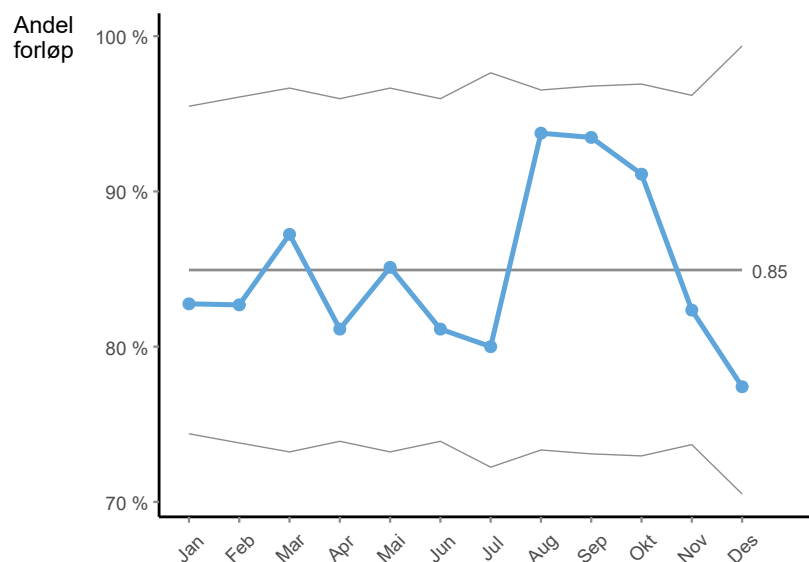
TABELL 2.4: Antall og andel forløp som har fått nedtrappingsplan av de som ble vurdert å skulle følges opp.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	485	571	85 %
Ahus	32	34	94 %
Helse Bergen	158	183	86 %
Levanger	8	9	89 %
Møre og Romsdal	2	2	100 %
OUS, RAD	18	22	82 %
OUS, RH	40	56	71 %
OUS, UL	103	125	82 %
St. Olavs	61	66	92 %
UNN	38	42	90 %
Vestre Viken	25	32	78 %

2.1.5 Resultatindikator: Smerteintensitet

Den første resultatindikatoren til SmerteReg går på pasientenes opplevelse av smerter i ro og i bevegelse, som måles med en NRS-skala fra 0 til 10 hvor 0 er ingen smerter og 10 er verst tenkelig smerte. Pasienter i SmerteReg fyller ut en slik skala ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Resultatindikatoren er: *Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i sterkeste smerte i bevegelse fra første til siste måling, Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i svakeste smerte i bevegelse fra første til siste måling, Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i sterkeste smerte i ro fra første til siste måling og Andel forløp hvor pasienter rapporterer nedgang i svakeste smerte i ro fra første til siste måling.*

Fordelingen av pasientens endring mellom første og siste score ses i [figur 2.7](#) på side 15. Spesielt for sterkeste smerte-målingene



FIGUR 2.6: Månedlig andel forløp som har mottatt en nedtrappingsplan. Tallene er basert på 571 forløp.

oppgir flere lavere smertescore. Vi ser at som tidligere år har ca 2/3 av pasientene en nedgang i smerteintensitet fra første til siste tilsyn. Årsakene til at ikke alle pasientene har nedgang er forklart i tidligere årsrapporter og inkl bla økt bevegelighet ved siste tilsyn samt at smerteteam ofte kommer inn i bildet når smertene (og sykdom) øker på. I figur 2.8 på side 16 vises en oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn per forløp.

2.1.6 Resultatindikator: Pasienttilfredshet

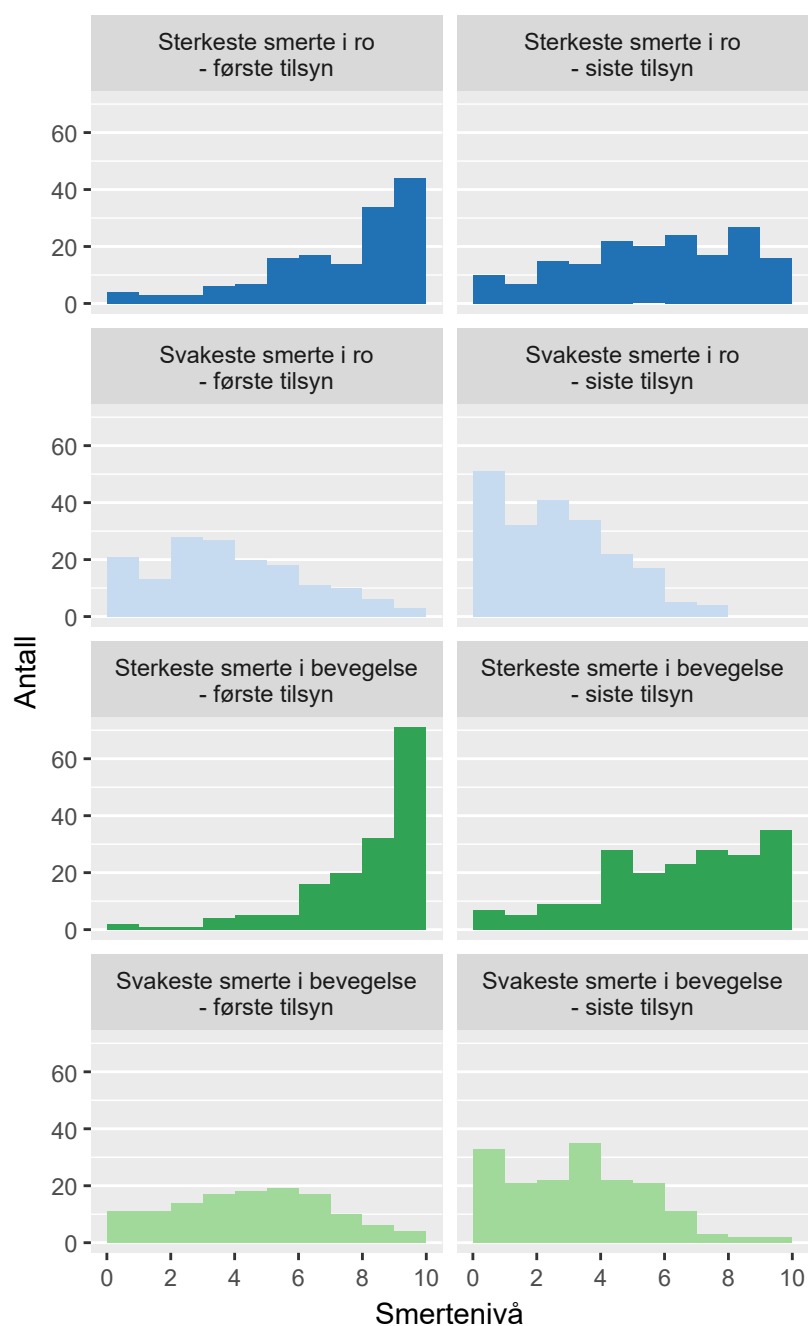
Den andre resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor pasienter rapporterer at de i stor grad og i meget stor grad er fornøyd med ivaretagelsen fra smerteteam*. Dette er de to beste scorene av totalt fem på spørsmålet om i hvor stor grad pasienten er fornøyd med behandlingen de fikk av smerteteamet. Dette vises fordelt per sykehus i tabell 2.5 på side 16, hvor andelenes relativt høye. I 2024 var pasienttilfredsheten ganske stabil over tid, som vist i figur 2.9 på side 17.

2.1.7 Resultatindikator: Akseptabel smerte ved siste tilsyn

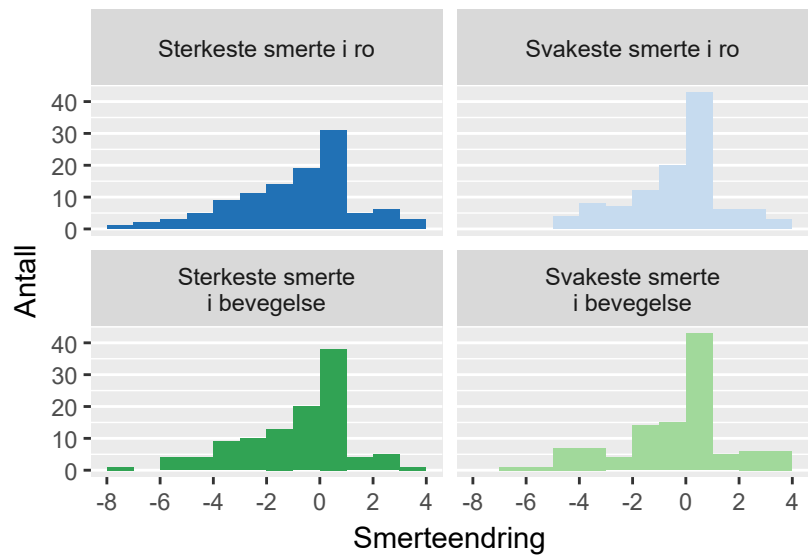
Den neste resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor pasienter rapporterte akseptabel smerte ved siste tilsyn*. Dette vises fordelt per sykehus i tabell 2.6 på side 17 der det er litt variasjon i resultatene. Nasjonale resulater per måned vises i figur 2.10 på side 18, og de er veldig jevne bortsett fra et dropp i desember.

2.1.8 Resultatindikator: Forbedring i funksjonsnivå

Den neste resultatindikatoren måler *Andel forløp hvor det rapporteres bedret funksjonsnivå fra første til siste tilsyn, eller uendret funksjonsnivå dersom høyeste nivå er rapportert (5)*. Dette vises fordelt per



FIGUR 2.7: Fordeling av pasientenes opplevelse av smerte ved første og siste smertetilsyn i løpet av behandling. Pasientene målte smerten sin på en skala fra 0 til 10, hvor 10 er verst tenkelig smerte, og figuren viser pasientenes respons på smertenivå på det sterkeste og på det svakeste, i ro og i bevegelse. Færre pasienter har veldig sterk smerte ved siste tilsyn i forhold til ved første tilsyn. Tallene er basert på 214 forløp.



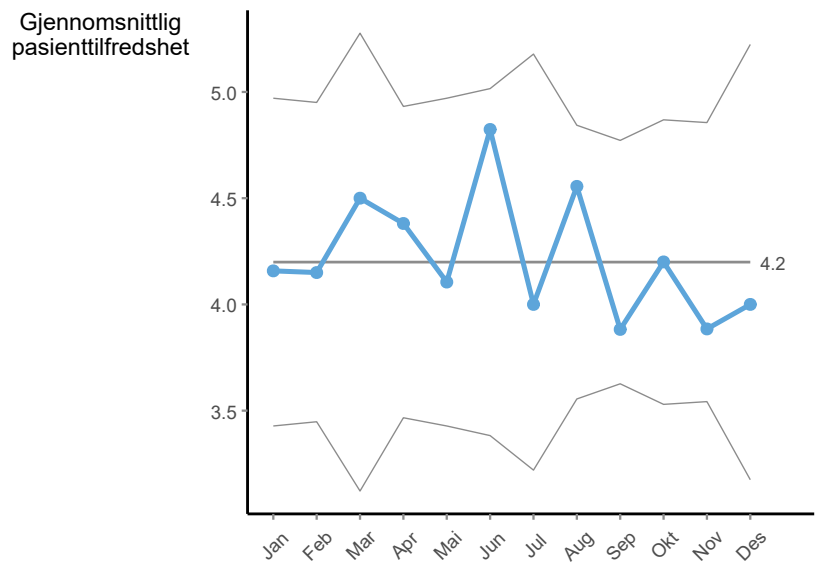
FIGUR 2.8: Oversikt over endring i smertenivå fra første til siste tilsyn fordelt over antall forløp. Tallene er basert på 109 forløp der spørsmålet har blitt besvart både ved første og siste tilsyn.

TABELL 2.5: Forløp med beste eller nest beste score på spørsmålet «Hvor fornøyd er du med ivaretagelsen fra Smerteteamet?»

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	189	241	78 %
Ahus	16	21	76 %
Helse Bergen	42	50	84 %
Levanger	5	6	83 %
Møre og Romsdal	4	6	67 %
OUS, RAD	26	29	90 %
OUS, RH	21	26	81 %
OUS, UL	35	46	76 %
St. Olavs	18	26	69 %
UNN	17	20	85 %
Vestre Viken	5	11	45 %

sykehus i tabell 2.7 på side 18 og månedlig for nasjonale tall i figur 2.11 på side 19. Andelen er relativt lav, men jevn i løpet av året.

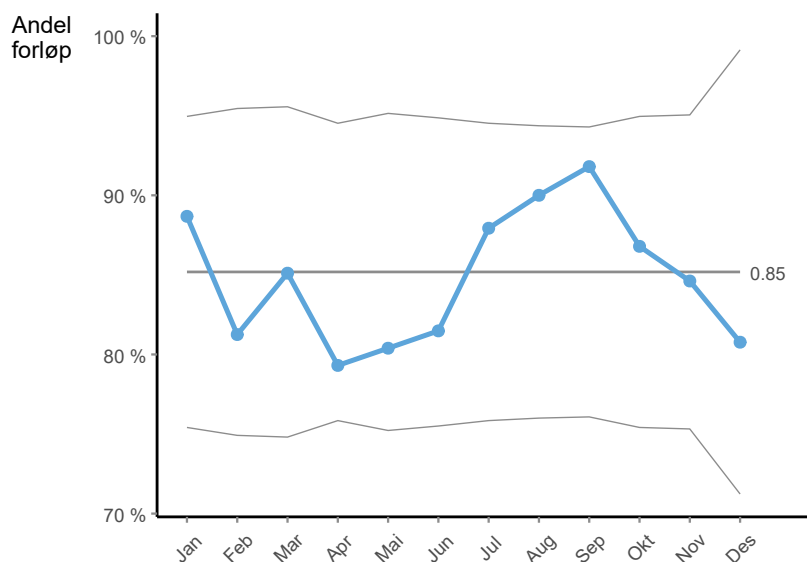
En andel på (50 %) hadde ingen endring fra første til siste tilsyn (ekskludert de som scoret høyeste mulig verdi begge gangene).



FIGUR 2.9: Gjennomsnittlig pasienttilfredshet per måned i 2024. Skalaen går fra 1 til 5, hvor 1 er ikke fornøyd med ivertatekelsen fra Smerteteam i det hele tatt, mens 5 er i svært stor grad fornøyd. Det er ønskelig med et høyt gjennomsnitt. Tallene er basert på 241 forløp som har svart på skjema om tilfredshet.

TABELL 2.6: Antall og andel forløp som hadde akseptabel smerte ved siste tilsyn av de som var aktuelle.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	529	621	85 %
Ahus	31	45	69 %
Helse Bergen	90	110	82 %
Levanger	15	21	71 %
Møre og Romsdal	12	16	75 %
OUS, RAD	73	82	89 %
OUS, RH	50	53	94 %
OUS, UL	91	105	87 %
St. Olavs	106	114	93 %
UNN	30	41	73 %
Vestre Viken	31	34	91 %



FIGUR 2.10: Andel forløp med akseptabel smerte ved siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 621 forløp.

TABELL 2.7: Antall og andel forløp som hadde funksjonsforbedring, eller som beholdt maks funksjon, fra første til siste tilsyn.

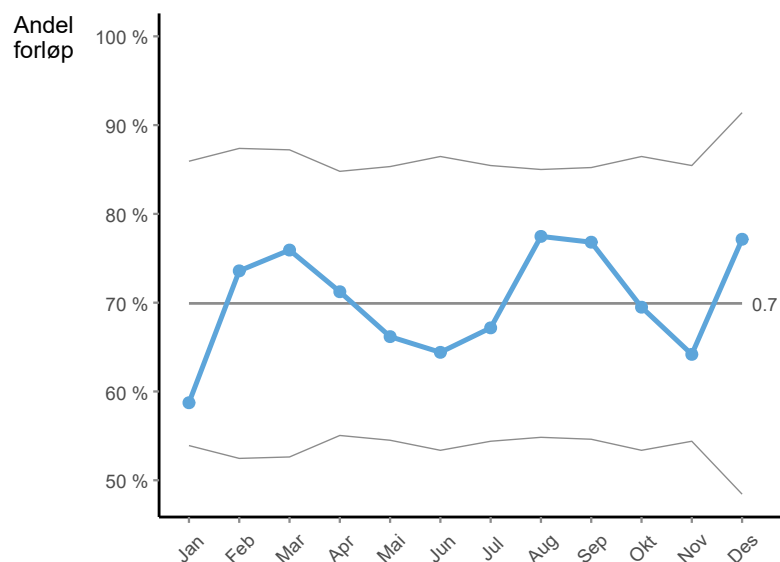
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	516	738	70 %
Ahus	51	64	80 %
Helse Bergen	113	154	73 %
Levanger	12	22	55 %
Møre og Romsdal	16	22	73 %
OUS, RAD	53	83	64 %
OUS, RH	58	70	83 %
OUS, UL	86	122	70 %
St. Olavs	66	113	58 %
UNN	39	55	71 %
Vestre Viken	22	33	67 %

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

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

I [tabell 2.8](#) på neste side ser vi oversikten over hvor mange som har forløp med besvart pasientdel i Eval-skjema. Den er lav, med høyeste verdi på 27%. [tabell 2.9](#) på neste side viser oversikt over forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS, som gir ganske tilsvarende tall. Årsakene til lav svarprosent er mange og sammensatt inklusive at pasientene er syke og har smerter og/eller er kvalme når de spørres og derfor unnlater å svare. Vi jobber med hvordan bedre gjennom bedret teknisk utseende på svarskjema og forlenget svartid.

Fra [figur 2.12](#) på side 20 ser vi hvordan depresjons- og angstscoren fordeler seg for de pasientene som har svart på HADS-spørreskjema.



FIGUR 2.11: Andel forløp med funksjonsforbedring fra første til siste tilsyn per måned. Tallene er basert på 738 forløp.

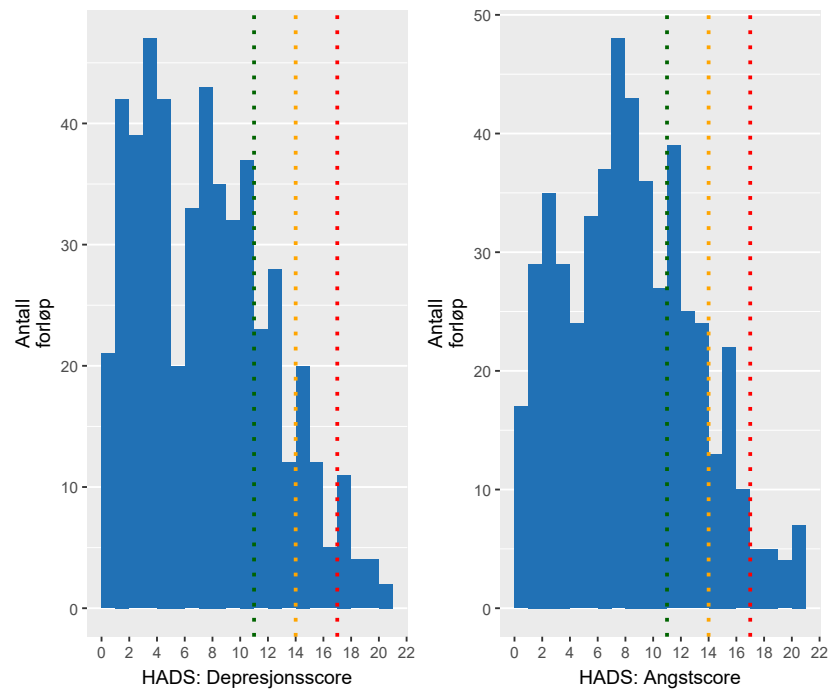
TABELL 2.8: Forløp med besvarelse på pasientdelen i evalueringsskjema.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	248	1684	15 %
Ahus	22	110	20 %
Helse Bergen	50	376	13 %
Levanger	6	27	22 %
Møre og Romsdal	6	23	26 %
OUS, RAD	30	113	27 %
OUS, RH	26	143	18 %
OUS, UL	50	263	19 %
St. Olavs	26	398	7 %
UNN	20	127	16 %
Vestre Viken	12	104	12 %

TABELL 2.9: Forløp med besvarelse på pasientdelen i HADS.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	512	1684	30 %
Ahus	42	110	38 %
Helse Bergen	118	376	31 %
Levanger	7	27	26 %
Møre og Romsdal	7	23	30 %
OUS, RAD	29	113	26 %
OUS, RH	46	143	32 %
OUS, UL	87	263	33 %
St. Olavs	103	398	26 %
UNN	37	127	29 %
Vestre Viken	36	104	35 %

Poengscorene vurderes som følger: lavere enn den grønne linjen viser ingen tegn til symptomer, mellom den grønne og den gule linjen viser milde symptomer, mellom den gule og den røde linjen er moderate symptomer, mens over den røde er alvorlig symptomer.

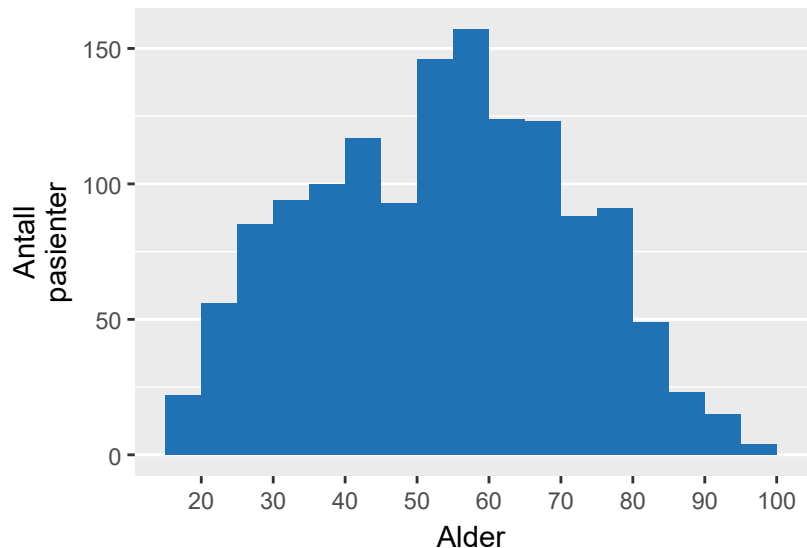


FIGUR 2.12: Fordeling av score på HADS-spørreskjema for depresjon og angst. Grønn linje viser grensen for ingen symptomer, gul linje for milde symptomer, rød linje for alvorlige symptomer.

2.3 Andre analyser

2.3.1 Demografi

Det er til sammen 1387 unike pasienter i registeret for 2024. Av disse er 695 (50 %) menn. Gjennomsnittsalderen er 54 år, med yngste pasient på 18 år og eldste på 100 år. Aldersfordelingen i registeret for 2024 vises i [figur 2.13](#).



FIGUR 2.13: Aldersfordelingen hos 1387 pasienter i SmerteReg.

2.3.2 LAR og rus

Av de 1684 forløpene i registeret i 2024 er 274 forløp registrert med rusmiddelavhengighet, tidligere rusmiddelavhengighet og/eller LAR (det er mulig for samme pasient å være representert i flere av gruppene). Fordelingen per sykehus for de ulike gruppene er vist i [tabell 2.10](#) på neste side, [tabell 2.11](#) på neste side og [tabell 2.12](#) på neste side. Snittet for rusmiddelavhengighet og LAR ligger på rundt 5%, mens det for tidligere rusmiddelavhengighet ligger på 13%.

2.3.3 Smertekategori

I [figur 2.14](#) på side 23 følger oversikt over hvordan forløpene fordeles per de ulike smertekategoriene, der en klar størstepart har akutt smerte, etterfulgt av langvarig (> 3 måneder) smerte. I [tabell 2.13](#) på side 23 ser vi at det samme også gjelder lokalt for de ulike sykehusene. Det bemerkes at en pasient kan ha flere ulike smertediagnoser som for eksempel to typer akutt smerte og en type langvarig smerte.

I [figur 2.15](#) på side 23 ser vi fordeling av forløp på de ulike hovedkategoriene innenfor akutt smerte. Det er tydelig at smerte etter kirurgi er mest vanlig med ca. 65 %, mens smerte ved sykdom og smerte etter skade/traume begge ligger på rundt 15 %.

I [tabell 2.14](#) på side 24 finnes en oversikt over andelen forløp som er registrert med både akutt og langvarig smerte og den viser at dette i gjennomsnitt gjaldt i 23 % av alle forløp i 2024.

TABELL 2.10: Antall og andel forløp med pågående rus totalt i registeret.

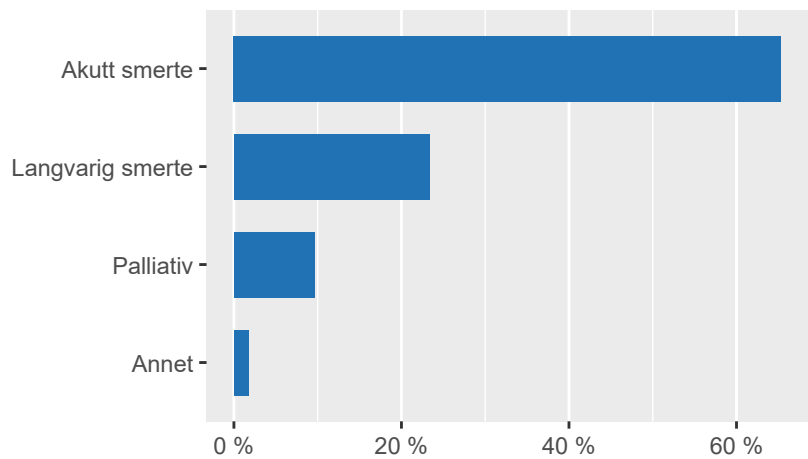
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	87	1684	5 %
Ahus	2	110	2 %
Helse Bergen	32	376	9 %
Levanger	0	27	0 %
Møre og Romsdal	1	23	4 %
OUS, RAD	0	113	0 %
OUS, RH	4	143	3 %
OUS, UL	26	263	10 %
St. Olavs	14	398	4 %
UNN	5	127	4 %
Vestre Viken	3	104	3 %

TABELL 2.11: Antall og andel forløp i LAR totalt i registeret.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	103	1684	6 %
Ahus	2	110	2 %
Helse Bergen	44	376	12 %
Levanger	0	27	0 %
Møre og Romsdal	0	23	0 %
OUS, RAD	3	113	3 %
OUS, RH	6	143	4 %
OUS, UL	24	263	9 %
St. Olavs	14	398	4 %
UNN	7	127	6 %
Vestre Viken	3	104	3 %

TABELL 2.12: Antall og andel forløp med tidligere rus totalt i registeret.

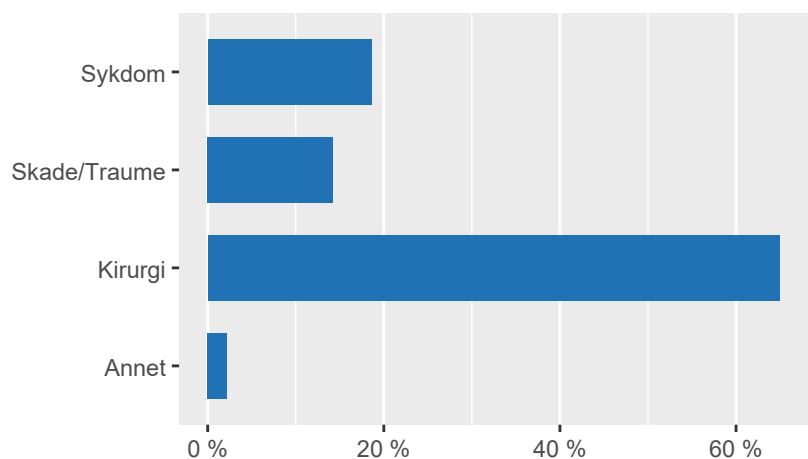
Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	272	1684	16 %
Ahus	17	110	15 %
Helse Bergen	72	376	19 %
Levanger	1	27	4 %
Møre og Romsdal	3	23	13 %
OUS, RAD	11	113	10 %
OUS, RH	20	143	14 %
OUS, UL	65	263	25 %
St. Olavs	55	398	14 %
UNN	21	127	17 %
Vestre Viken	7	104	7 %



FIGUR 2.14: Andel tilfeller av hver smertekategori. En pasient kan ha endret smertekategori i løpet av behandling, og kan inngå i flere søyler. Basert på 2954 smertemålinger hos 1684 pasienter.

TABELL 2.13: Antall forløp av ulike smertekategorier. En pasient kan ha opplevd flere ulike typer smerter på étt opphold og inngå i flere av beregningene.

Smertekategori	Akutt smerte	Langvarig smerte	Palliativ	Annet
Ahus	71	91	3	4
Helse Bergen	496	170	0	23
Levanger	28	16	10	0
Møre og Romsdal	28	3	1	0
OUS, RAD	112	48	30	2
OUS, RH	245	40	0	1
OUS, UL	457	122	1	3
St. Olavs	289	100	201	14
UNN	87	84	22	1
Vestre Viken	116	16	15	4



FIGUR 2.15: Andel forløp i hver diagnose for tilfeller av akutt smerte. Basert på 1929 smertemålinger for forløp med akutt smerte minst én gang i løpet av sykehusoppholdet.

TABELL 2.14: Oversikt over forløp med både akutt og langvarig smerte.

Sykehus	Antall	Totalt antall	Andel
Nasjonalt	332	1684	20 %
Ahus	45	110	41 %
Helse Bergen	76	376	20 %
Levanger	8	27	30 %
Møre og Romsdal	1	23	4 %
OUS, RAD	13	113	12 %
OUS, RH	27	143	19 %
OUS, UL	92	263	35 %
St. Olavs	33	398	8 %
UNN	33	127	26 %
Vestre Viken	4	104	4 %

Del II

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Det var stor og uønsket variasjon i Norge med tanke på hvordan akutt smerteteam ble drevet og organisert og hvilke pasienter de behandlet.
Type register	Tjenesteregister
Årstall etablert	2014
Årstall nasjonal godkjenning	2014
Årstall for start av datainnsamling	2014-2016: kun data fra HB 2016: data fra HB, UNN og St. Olavs 2019: OUS 2021: Ålesund, Bærum og Ahus 2023: Levanger
Registerets formål	SmerteRegs overordnede formål er å øke kvaliteten på behandlingen smerteteamene utøver. Videre å redusere uønsket variasjon mellom helseregionene med tanke på hvilke pasienter henvises, hvilke pasienter som tilses og hvilken type behandling de får. Registeret vil være et verktøy for det enkelte sykehus til å drive kvalitetssikring av egen kliniske virksomhet. Det er lagt vekt på at brukerne skal ha et eierforhold til egne data og skal kunne presentere og bearbeide disse selvstendig.
Analyser som belyser registerets formål	Registeret har 8 kvalitetsindikatorer (4 prosess og 4 resultatindikatorer) som publiseres på enhetsnivå og oppdateres minst to ganger i året på sykehusviseren. Videre sendes det nasjonale rapporter tilbake til de registrende enhetene.

Juridisk hjemmelsgrunnlag	Samtykkebasert før 25.11.22 og reservasjon fra 25.11.22. SmerteReg hadde opprinnelig konsesjon fra Datatilsynet, men etter at GDPR og forskrift om medisinske kvalitetsregistre trådte i kraft er den juridiske hjemmelen for registeret personvernforordningen artikkel 6 nr. 1 bokstav e og Forskrift om medisinske kvalitetsregistre, jamfør Forskrift om medisinske kvalitetsregistre § 14.
Databehandler	Norsk Helsenett HF
Databehandlingsansvarlig	Helse-Bergen HF
Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	Faglig Leder Overlege Lars Jørgen Rygh (epost: lars.jorgen.rygh@helse-bergen.no, mobil:90770624) Sekretariat: Stefanie Erhard-Midttun Anne Mari Gunnheim Klausen (i permisjon i 2024) Monica Strøm (vikar for Klausen) Epost: smertereg@helse-bergen.no Telefon: 55975560

Fagrådets medlemmer	Fagrådet har i 2024 bestått av følgende: Avdelingsoverlege ved smerteavdelingen UNN Dr Med Aslak Johansen (representant for Helse Nord). Ny leder av fagrådet fra 01.01.2024. Epost: aslak.johansen@unn.no Psykolog Monica Strøm fra HUS er fra 1.1.24 representant for Helse Vest. Epost: monica.strom@helse-bergen.no Avdelingsleder Smerteavdeling OUS professor Audun Stubhaug (representant for Helse SørØst). Epost: Audun.stubhaug@ous-hf.no Anestesilege ved smertesenteret St Olav Augstein Svedahl (representant for Helse MidtNorge). Epost: augstein.svedahl@stolav.no Sykepleier og førsteamanuensis Tone Marte Ljoså ved OUS har fra 1.1.2024 representert Norsk Smerteforening. Epost: tone.marte.ljosa@ous-hf.no Brukerrepresentant Rigmor Berge. Epost: bergerigmor@gmail.com Brukerrepresentant Reidun Tjønn Rinde (fra brukerutvalget). Epost: reidun.tjonn.rinde@helse-bergen.no
Aktivitet i fagrådet	To fysiske heldagsmøter på Gardermoen (4.4.24 og 28.11.24). Diskusjoner på epost i tillegg.
Inklusjonskriterier	Alder 18 år og oppover. Har fått tilsyn fra smerteteam eller smerteteam har gitt råd til henvisende behandler.

Metode for datafangst	Fire behandlerskjema (B1.1, B1.2, B2.1 og B2.2) og to administrasjonsskjema (TO og Pasient) (fra 2016): fylles ut av behandler (lege og/eller sykepleier) Registreres av alle sykehus som har akutt Smerteam. Diagnoser, medikamentbruk før og under tilsyn, smerteintensitet og funksjonsnivå mm. PasReg (fra 2016): Pasientrapporterte data innhentes (via ePROM) i starten av tilsynsrekken. Søvn, angst/depresjon, katastrofetanker mm. Evalueringskjema (fra 2016): Pasientrapporterte data innhentes (via ePROM) på slutten av oppholdet rett etter avsluttende tilsyn. Oppfølgings-modul for bruk av opioider (fra 2020): Pasientrapporterte data som innhentes via ePROM 4 uker etter at smerteam har avsluttet tilsyn.
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	SmerteReg har siden 2016 brukt openQReg-løsningen levert av HN IKT for datafangst.
Metadata	Publiserer data på helsedata.no fra 15.12.2024
Innsynsløsning	SmerteReg fikk innsynsløsning i desember 2024
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	I 2024 var det 1684 forløp fordelt på 1387 unike pasienter.
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Det er siden oppstart registrering i OQR-løsningen (levert av HN IKT) registrert 6115 forløp.
Stadium og nivå	3A

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Det ble registrert 1684 forløp hos 1387 pasienter totalt for de 8 registrerende institusjonene f.o.m. 01/01 - 2024 t.o.m. 31/12 - 2024. Det vil si at alle sykehus som har fungerende akuttsmerteteam i 2024 leverte data til SmerteReg.

4.2 Dekningsgrad og responsrate

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

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

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

Sagt på en annen måte: telleren i brøken blir antall forløp hvor pasienter har oppfylt inklusjonskriteriene (dvs er over 18 år og har enten fått tilsyn eller henvisende behandler har fått råd) og ikke har reservert seg. Nevneren i brøken blir alle som oppfylte inklusjonskriteriene (både de som ikke har reservert seg og de som har reservert seg). Vår statistiker Janne Mannseth har laget ny dekningsgradsrapport tilgjengelig i Rapporteket som alle lokalkoordinatorer ved hvert sykehus kan bruke for å hente ut lokal dekningsgrad for en valgt periode ved sitt sykehus. Nasjonal koordinator kan også hente ut disse data.

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

- Nasjonal: $1684/1710 = 98\%$
- Ahus: $112/118 = 96\%$
- Helse Bergen: $380/385 = 99\%$
- Helse Møre og Romsdal: $23/24 = 96\%$
- OUS: $520/525 = 99\%$
- St. Olavs: $390/392 = 100\%$

- UNN: $123/125 = 99\%$
- Vestre Viken: $109/113 = 96\%$
- Levanger: $27/28 = 96\%$

Dataene er hentet ut via Rapporteket av nasjonal koordinator for perioden 01.01.24-31.12.24. Dataene er satt sammen til nasjonal dekningsgrad av Lars J Rygh.

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Responsraten for ePROM er 15% for evalueringskjema og 30% for HADS. De reelle tallene er endel høyere siden behandler kan velge å ikke sende ut disse skjema i de tilfeller hvor en mener det ikke passer seg. Dette kan være døende pasient eller veldig dårlig pasient med nedsatt kognisjon for eksempel. For NRS er responsraten tilsvarende lav og enda lavere når man skal regne endring fra første til siste tilsyn siden man da må ha to verdier. Vi innførte bl.a. derfor i 2022 en ny pasientrapportvariabel som måler andel som rapporterer akseptabel smerte. Her er responsraten $621/1286 = 48\%$.

4.3 Vurdering av datakvalitet

Ad Kompletthet:

For å vurdere grad av kompletthet har Lars Jørgen Rygh gått gjennom resultatene for de 8 ulike kvalitetsindikatorene og regnet ut i hvor mange forløp indikatoren har blitt registrert i forhold til det totale antall forløp i 2024 hvor pasienten har blitt tilsett av smerteteam (1286). For de tre første indikatorene (avsnitt 2.1.1 på side 8 - avsnitt 2.1.3 på side 10) er graden av kompletthet $1286/1286$ dvs 100%. For variabel 4 (se avsnitt 2.1.4 på side 12 - andel laget nedtrappingsplan av forløp hvor det er vurdert indisert) er den også $517/517 = 100\%$. Ved gjennomgang av tallene for 2024 (som i 2023 og 2022 og 2021) er altså komplettheten 100% for de 4 kvalitetsindikatorene som omhandler prosess (avsnitt 2.1.1 på side 8 - avsnitt 2.1.4 på side 12). Dette begrunnes ut fra aktuelle tall og det faktum at data som trengs for utregning registreres automatisk når pasienten legges inn i registeret og/eller er obligatorisk å svare på for behandler. Når det gjelder de to nye indikatorene akseptabel smerte ved siste tilsyn og endring i funksjonsnivå er disse også relativt høye. Disse variablene er obligatorisk for behandler å svare på (dvs enten er det angitt akseptabel smerte eller funksjon ellers så er det ikke mulig å vurdere pga pasientens tilstand og da er det svart vet ikke) slik at er 100 prosent komplett i besvarelsen av denne variabelen siden den er obligatorisk. Imidlertid om man ser på hvor mange som har svart enten ja eller nei eller angitt nivå 1-5 så er komplettheten $621/1286 = 48\%$ og $747/1286 = 70\%$ hhv for disse. Derimot er komplettheten i 2024 (som tidligere år) dårlig for de to resultatindikatorene som omhandler smerteintensitet og fornøydhet (avsnitt 2.1.5 på side 13 og avsnitt 2.1.6 på side 13). Dette er pasientrapporterte data (NRS og fornøydhet). For nedgang i smerteintensitet er det i kun 267 av 1684 forløp (15%) registrert to

verdier (for alle fire NRS-målene) slik at indikatoren kan regnes ut. Imidlertid er det i omtrent 50% av forløpene angitt at NRS ikke er aktuelt pga pasientens tilstand (reduisert kognisjon og/eller alvorlig sykdom). Derfor er den reelle komplettheten omtrent 40% på denne variabelen. Det er tilsvarende scenario for andre eprom data at reell kompletthet er høyere enn den man får inntrykk av ved å se på rådata (avsnitt 21.6 på side 13 og tabell 2 på side 13).

Ad Korrekthet:

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

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

Videre har forskerlinjestudent Torbjørn Nordrik i sitt forskningsprosjekt (se avsnitt 8) gått gjennom alle nasjonale pasienter som ikke reserverte seg fra 2016 tom 2020 (rundt 1100 pasienter) med tanke på variabelen opioider eller ikke ved innleggelse. Han finner over 95% samsvar mellom registeret og EPJ for disse to variablene ved de 4 sykehusene som registrerte pasienter i denne perioden (HUS, OUS, UNN og St. Olavs). Nå har imidlertid SmerteReg fått midler fra SKDE til å kjøre en nasjonal korrekthetsanalyse som nå pågår i 2025 og det vil rapporteres fra denne i årsrapporten for 2025

Ad Reliabilitet:

Det ble satt av en halv dag på SmerteRegs årsmøte onsdag 19.10.22 til en inter-rater reliabilitetsundersøkelse. Det var til sammen 16 registratorer fordelt på de 7 sykehusene som på det tidspunktet leverte data til smertereg og disse registrerte simultant 4 pasientkasus fra

virkeligheten. Vi hadde satt obligatorisk oppmøte for minimum 2 og max 5 registratorer fra hvert av de 7 sykehusene. Alle disse fikk hver sin pc og egen innlogging til en spesial-versjon av innrapporterings-løsningen. Videre fikk de presentert 4 ulike pasientforløp som de hver for seg registrerte inn i løsningen. Vår statistiker Janne Mannseth gjorde da fortløpende analyser på disse data for alle variablene i smertereg og regnet ut prosentvis samsvar mellom alle som registrerte for hver enkelt variabel. Generelt var det god inter-rater reliabilitet og erfaringene med denne metoden og mer detaljerte data vil bli forsøkt publisert i et internasjonalt tidsskrift.

4.3.1 Generell vurdering av datakvalitet

Generelt vurderer vi dekningsgrad og kompletthet av behandlerregistrerte data som meget god. Det gjelder også validitet og interrater reliabilitet. De pasientrapporterte dataene er av lavere kvalitet siden responsraten er såpass lav. Imidlertid er den stigende og vi jobber kontinuerlig med å se på tiltak for å øke denne.

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

- **Antall og andel forløp med smertetilsyn fra minst to ulike behandlere, totalt i registeret:** 2 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 3 høy måloppnåelse i 2024.
- **Antall og andel forløp med tilsyn samme dato som de ble henvist:** 1 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 4 høy måloppnåelse i 2024.
- **Bedring i funksjonnivå:** 2 sykehus hadde lav måloppnåelse, 3 hadde moderat og 3 hadde høy måloppnåelse i 2024.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Kolonne A: Aktuelt forbedringsområde	Kolonne B: Tiltaksperiode for tiltaket	Kolonne C: Hva ble gjort av hvem?	Kolonne D: Hvilke resultater ble oppnådd?
Kvalitetsindikatoren omhandlende ikke-medikamentell behandling viste stor variasjon (18-80%) og kun et av fire sykehus som registrerte i 2020 oppnådde god måloppnåelse.	Det SKDE-støttede nasjonale kvalitetsforbedringsprosjektet "ikke-medikamentell behandling av akutt-smerte" har gått ved HUS, OUS, UNN og St. Olavs fra 31.01.22 – 30.06.23	AMG Klausen har vært ansatt som prosjektleder 20% også i halve 2023. Har brukt gjennombruddsmetoden for å finne tiltak (bruk av sjekkliste og undervisning, begrepsavklaring etc) for å øke andelen forløp (og minske variasjonen) hvor ikke-medikamentelle tiltak blir benyttet. M Strøm ble engasjert høst 2023 for å ferdigstille brosjyre og nettside.	Andelen forløp hvor ikke-medikamentell behandling er blitt benyttet har økt fra 40 til 58% fra 2020 til 2022 for de 4 sykehus som var med. Og ikke minst ble variasjonen redusert til 44-74% i 2022. M Strøm fikk ferdigstilt brosjyre og nettside (se lenke i 9.2).

Kolonne A: Aktuelt forbedringsområde	Kolonne B: Tiltaksperiode for tiltaket	Kolonne C: Hva ble gjort av hvem?	Kolonne D: Hvilke resultater ble oppnådd?
Bruk av nettside og brosjyre om ikke-medikamentell smertebehandling støttet av Helse-Vest	01.02.24-31.12.24	Monica Strøm var ansatt 20% i elleve måneder i 2024 for å undersøke effekten av opplæring i bruk av nettside og brosjyre. Opplæring ble gitt til postpersonalet på de postene som henviser flest pasienter til akuttsmerteteam dvs gastrokirurgisk post og ortopedisk traumepost. Det ble sendt ut spørreskjema til både postpersonalet og utvalgte pasienter før opplæring og etter opplæring og implementering. Prosjektet ble gjort på pasienter og personale ved HUS Bergen, men representanter fra alle de 8 sykehusene samt brukerrepresentanter deltok i en referansegruppe som var med på oppstartseminar våren 2024 og sluttseminar høst 2024.	- Kvalitetsindikatorerne følger ønsket utvikling - Besøkstall for nettsiden er innhentet og tyder på at nettsiden benyttes hyppig. Kommunikasjonsavdelingen mener det er hensiktsmessig å fortsette videreutviklingen av denne. - Det er blitt gjennomført flere internundervisninger, morgenmøter og innlegg på fagdager - Tilbakemeldingen har jevnt over vært positiv og det er både ønske og potensiale for mer av dette - Spørreskjema postpersonale: - Færre respondenter enn ved første runde - Opplæring og veiledning virker å ha gitt noe uttelling mht. kunnskap, ikke-med. brukes imidlertid ikke mer enn tidligere - Ønske om mer opplæring i konkrete tiltak, fortsatt potensiale for økt bruk - Intervju pasienter: - Flere ønsker mer informasjon og initiativ til ikke-med. smertebehandling - Flere mener det ble for mye fokus på ikke-med. og likte ikke dette - Kunne hatt nytte av mer informasjon for å unngå misforståelser - Informasjonen bør antakelig komme tidligere i forløpet

6 Formidling av resultater

TABELL 6.1: Formidling av resultater fra registeret.

	Form	Frekvens	Målgruppe/mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	1 g/år	Bevilgende enheter, Ledere og helseadministratorer og andre
2.	Kvalitetsregistre.no (Åtte ulike kvalitetsindikatorer (fire prosess og fire resultat) publiseres på enhetsnivå)	Min. 2 ggr/år	Pasienter og behandlere og ledere og administratorer
3.	Resultater til registrerende enheter (Alle disse har kontinuerlig tilgang til egne lokale data og rapporter via Rapporteket. Registersekretariatet sender månedlig rapporter for kvalitetsindikatorene mm for nasjonale data på enhetsnivå)	Månedlig for nasjonale data	Lokale registratorer og deres ledere

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

SmerteReg har også i 2024 hatt et godt samarbeid med Norsk Intensiv og KriseRegister (NiKReg). Vi er fra 2024 samlokalisert med NikReg. Videre samarbeider SmerteReg med NorPain som omhandler polikliniske smertepasienter og som i 2024 ble nasjonalt register. Opptil 1/3 av SmerteRegs pasienter vil kunne være aktuelle for både NorPain og SmerteReg. Faglig leder Rygh er fagrådsmedlem i dette nye nasjonale registeret. Videre er Rygh leder av Norsk Smerteforening (The Norwegian Pain Society) og dermed norsk styremedlem i den europeiske smerteforeningen. Dette vil sannsynligvis åpne dører for mer nasjonalt og ikke minst europeisk samarbeid med kolleger som jobber med akutt smerte og register.

i 2024 har vi også samarbeidet tettere med de to avdelingene på HUS som henviser flest pasienter dvs gastrokirurgiske postene kir1 og kir3 samt ortopedisk post OT2V gjennom det helse vest finansierte kvalitetsforbedringsprosjektet som tidligere er beskrevet her i rapporten.

7.2 Datautleveringer fra registeret

Utlevering av data til, følgende formål	2024	2023	2022
Forskning	1	2	1
Kvalitetsforbedring og styringsformål	2	1	1
Andre formål (f.eks. til media)			
Totalt	3	3	2

¹Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

7.3 Vitenskapelige artikler

Tidligere Forskerlinjestudent (Nå LIS1) Torbjørn Nordrik fikk endelig sin artikkel akseptert av tidskriftet Scandinavian journal of pain og det kan leses som open aksess her: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/sjpain-2025-0008/html> SmerteReg har også levert data til temanummer om kvinnehelse som skde skal publisere etter ønske fra departementet

SmerteReg vil i årene fremover prioritere å bidra til at data fra registeret blir brukt til forskning. Konkret vil Torbjørn Nordrik (tidligere forskerlinjestudent, nå LIS1) søke vil påny i 2025 søke PhD-stipend hvor data fra SmerteReg er datagrunnlaget.

Del III

Plan for forbedringstiltak

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

TABELL 8.1: Vurderingspunkter for stadium Smerteregisteret og registerets egen evaluering.

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering 2024	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	☒	☐
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	☒	☐
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	4.2	☒	☐
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	☒	☐
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	☒	☐
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	☒	☐
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	☒	☐
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☒	☐
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	☒	☐
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	☒	☐

Tabellen fortsetter på neste side ...

TABELL 8.1: ... fortsettelse fra forrige side

Nr.	Beskrivelse	Kapittel	Ja	Nei
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	☒	☐
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	☒	☐
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	☒	☐
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	☒	☐
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	7.3	☐	☒
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	☒	☐
Nivå A				
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret.	5.2	☒	☐
Nivå B				
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	5.1, 5.2	☒	☐
Nivå C				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		☐	☒

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

Vurdering 2023: Registeret viser at de har god utvikling. Etter innføring av reservasjonsrett i november 2022 er beregnet dekningsgrad over 95. Registeret har gode planer for videre utvikling. En innsendt (men refusert artikkel i år) vil kunne publiseres før neste års rapport. Ekspertgruppen ser fram til at SmerteReg vil benyttes i en PhD og dermed økes også forskningsbruken av registeret. Flere pasienter er registrert med flere forløp (og da kan kanskje PROM skjema leveres flere ganger?). For flere av kvalitetsindikatorene er beregningene noe uklare. For eksempel bør vel nevner i andel som reduserer bruk av opioider kun være de som faktisk gikk på opioider?! For kvalitetsindikatorene er nevneren 1246, mens det oppgis at 1267 pasienter er registrert. Uklarheter når det gjelder totalt antall i rapporten (både totalt og for ulike indikatorer) bør gjennomgås. Antall inkluderte pasientforløp oppgis å være 1512. Det er blant annet oppdaget en feil som gjør at ca. 10. Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 3A. Vurdering tar hensyn til manglende data.

Oppfølging: Angående mismatch mellom antall forløp i datadump og dekningsgradsberegning: Det ble gjort en gjennomgang av HN IKT og man fant at det 2 grupper pasienter ikke hadde blitt overført til datadump. Dette var pasienter som ikke var på helse Norge og utenlandske pasienter dvs som ikke hadde norsk personnummer. Dette utgjorde forskjellen mellom 1512 og 1757. Dette er nå rettet opp og det ligger korrekte data på sykehusviseren. Og årets årsrapport er korrekt i så måte.

Angående noe forvirrende tall i nevneren på flere av kvalitetsindikatorene: Det er forsøkt å beskrive hvorfor nevneren varierer noe i de forskjellige indikatorene. Dette er gjort i tabellen i første del av resultatdelen. Kort det er totalt 1684 forløp i 2024 fordelt på 1387 unike pasienter. Videre er det i 398 av forløpene kun gitt råd til behandler. Det betyr at i 1286 av forløpene ble det utført fysisk tilsyn. Dette blir derfor nevneren i kvalitetsindikatorene tilsyn samme dag som henvist, andel tilsett av to eller flere behandlere og andel hvor ikke-medikamentell behandling er utført. For de andre indikatorene vil nevneren bli lavere av ulike grunner inkl pga lav responsrate for PROM og PREM data som beskrevet i tabellen.

Angående vitenskaplig produksjon: Torbjørn Nordrik har nå fått sin artikkel publisert i Scandinavian Journal of Pain og kan leses som open access her: <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/sjpain-2025-0008/html> Dette er en stor glede og vi ser frem til flere publikasjoner. Dessverre fikk ikke Nordrik stipend fra Helse Vest da han søkte i september 2024. Han nådde høyeste nivå, men fikk ikke stipend. Vi forsøker igjen i september 2025.

9.2 Planer og behov

i) *Konkrete og realistiske tiltak for videre utvikling til neste stadium innen 3 år fra nåværende stadium ble oppnådd:* Slik vi tolker er vi i 2024 i stadium 3A. Dekningsgraden er 98 % og slik vi vurderer det er det kun vitenskapelig aktivitet/publikasjon som skiller oss fra stadium 4. Nå har vi en publikasjon som beskrevet over og i 2025 skulle vi derfor oppfylle dette kriteriet. Vi beskrevet alle variablene som metadata og disse er publisert på helsedata.no og vi har innsynsløsningen via helsenorge.no på plass begge fra medio desember 2024. Vi jobber også kontinuerlig med å reklamere for registeret til andre i smertemiljøet med oppfordring om å bruke data til forskning.

ii) *Andre forbedringstiltak som er planlagt gjennomført for neste kalenderår (2025 og 2026):* Det er planlagt at kollegene ved OUS sender søknad til skde om nasjonalt kvalitetsforbedringsprosjekt nå i høst jfr beskrivelse i pkt 6.

Videre vil vi søke kvalitetsforbedringsmidler nasjonalt (via SKDE) og lokalt (Helse Vest og andre) i 2025 med tanke å adressere observert uønsket variasjon i de kvalitetsindikatorene som nevnt i punkt 5.1. Spesielt har vi avtalt å søke nasjonale SKDE midler i september med tanke på å øke andelen som klarer å trappe ned opioider etter sykehusinnleggelse. Vi vil bruke variabler fra opioidskjema. Det er OUS som vil være hovedsøker, men tanken er at flere sykehus inkl HUS er med på dette.

9.3 Forskningsprosjekter og annen vitenskapelig aktivitet

Dette er et prioritert område for SmerteReg. Tidligere forskerlinjestudent (nå LIS-1) Torbjørn Nordrik fikk dessverre ikke innvilget sin søknad om PhD-stipend fra Helse Vest i 2024. Søknaden ble vurdert til høyeste kvalitetsnivå, men var beklageligvis en av de som likevel ikke fikk stipend. Vi vil forbedre søknaden og sende inn på ny igjen i september 2025. Vi håper også nå at med en godkjent og publisert artikkel at sjansen er høyere for å få stipend ved søknad høst 2025.

SoReg har tatt kontakt for mulig forskningssamarbeid rundt den observasjonen at de fleste pasientene som henvises akutt smerteteam er fra gastrokirurgisk post og gjennomgått gastric bypass eller annen fedmekirurgi er ofte en gjenganger i anamnesen. vi vil utforske mulig samarbeid videre i 2025.

10 Litteratur

Kontakt og informasjon

Postadresse

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

E-post

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

Kontakttelefon

55 97 55 60

Hjemmeside

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



Offentliggjøring

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