

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR)

Årsrapport for 2015 med plan for forbedringstiltak

AUDNY ANKE¹ OG LARS PETTER GRANAN²

¹Universitetssykehuset Nord Norge HF, Tromsø

²Oslo Universitetssykehus, Ullevål

På vegne av styringsgruppen for registeret

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

Cecilie Røe, OUS, HSØ

Jens Ivar Brox, OUS, HSØ

Gunn Hege Marchand, St.Olavs, HM

Magne Rø, St.Olavs, HM

Jan Sture Skouen, Haukeland, HV

Terese Fors, HN

Thor Einar Holmgard (Ryggforeningen)

Audny Anke, UNN, HN (registerleder)

30.september 2016

Innhold

Del I Årsrapport	4
Kapittel 1 Sammendrag	5
Kapittel 2 Registerbeskrivelse	6
2.1 Bakgrunn og formål	6
2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag	7
2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar	7
Kapittel 3 Resultater	9
Kapittel 4 Metoder for fangst av data	25
Kapittel 5 Metodisk kvalitet	26
5.1 Antall registreringer	26
5.2 Metode for beregning av dekningsgrad	26
5.3 Tilslutning	26
5.4 Dekningsgrad	26
5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet	26
5.6 Metode for validering av data i registeret	26
5.7 Vurdering av datakvalitet	26
Kapittel 6 Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring	28
6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret	28
6.2 Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer	28
6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	29
6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse	29
6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.	29
6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer	29
6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder	29
6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret	29
6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)	29
6.10 Pasientsikkerhet	29
Kapittel 7 Formidling av resultater	30
7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø	30
7.2 Resultater til administrasjon og ledelse	30
7.3 Resultater til pasienter	30
7.4 Publisering av resultater på institusjonsnivå	30
Kapittel 8 Samarbeid og forskning	31
8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre	31
8.2 Vitenskapelige arbeider	31
Del II Plan for forbedringstiltak	32
Kapittel 9 Forbedringstiltak	33
Del III Stadiевurdering	34
Kapittel 10 Referanser til vurdering av stadium	35

Del I

Årsrapport

Kapittel 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. Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som henvises til nakke- og ryggpoliklinikkene ved OUS Ullevål, Haukeland universitetssykehus, St.Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge. Registeret vil bidra med medisinsk og samfunnsmessig evaluering av strukturen i tjenestetilbudet, karakteristika ved pasientgruppen, behandlingsforløp og resultatene etter behandling. Tjenestetilbudet på nasjonalt nivå og ved hvert enkelt sykehus evalueres.

Styringsgruppen for registeret har det faglige ansvaret. Databehandlingsansvarlig er Universitetssykehuset Nord Norge HF. Etableringen av registeret har bred støtte i fagmiljøet fysikalsk medisin og rehabilitering. Registeret fikk i 2010 konsesjon fra Datatilsynet og ble i 2011 godkjent som et nasjonalt register.

Pilotregistrering startet ved St.Olavs Hospital og Haukeland Universitetssykehus fra oktober 2014, mens en ved OUS Ullevål og Universitetssykehuset Nord Norge ventet på godkjente IT-løsninger. I løpet av 2015 har det kommet på plass data-innsamling til registeret ved alle de fire deltakende nakke- og ryggpoliklinikkene ved universitetssykehusene. Ved UNN fra april og OUS Ullevål har registrert inn til registeret fra slutten av året.

Pasientene og helsepersonell legger inn data direkte elektronisk ved konsultasjon, mens oppfølging etter 6 måneder er per post. Det har vært noe tekniske problemer med den elektroniske innregistreringen som er løst, og det er funnet en løsning for bruk av skanner-løsning for papir-skjema ved OUS Ullevål. Oppfølgingsmodulen kom i funksjon i november 2015, og alle pasienter registrert fra januar 2015 og utover har fått tilsendt oppfølgings-skjema. Registeret ble flyttet over på Norsk Helsenett i slutten av året.

Det ble i 2015 registrert 1581 pasienter i registeret. Av disse fylte 1263 inn spørreskjema før behandling. 2015 er et oppstartsår hvor det blant annet ikke har vært tilgjengelige rapporteringsløsninger, og derved heller ikke mulighet for tilbakemeldinger til innregistrerende enheter. Det har i 2015 vært fortløpende arbeid med å finne løsninger for datafangst, det har vært gjennomført et arbeid for å standardisere bruk av diagnoser ved poliklinikkene, det er implementert nye rutiner for samtykke, og det har vært arbeidet med en forbedring av variablene i helsepersonell- og spørreskjemaer.

Kapittel 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. De største diagnosegruppene er nakke- og ryggglidelser. Ca. 80 % av befolkningen oppgir å ha hatt ryggplager i løpet av det siste året, og ryggglidelser er den vanligst årsaken til uførepensjon for personer under 40 år. Nakke- og ryggglidelser anslås å koste samfunnet ca. 40 milliarder kroner årlig. De menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser er derfor betydelige.

Hoveddelen av de med langvarig forløp blir vurdert eller behandlet i spesialisthelsetjenesten. Denne gruppen representerer en særlig utfordring, og står for ca. 90 % av totalkostnadene i samfunnet. De eksakte faktorene som medfører at lidelsene får et selvbegrensende forløp hos de fleste, mens en del utvikler kroniske smerter og betydelige funksjonstap, er delvis ukjent. Det finns mange forskjellige ikke operative behandlinger men kunnskapsgrunnlaget med hensyn til effektive behandlingsstrategier er for svakt.

Norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et nasjonalt kvalitetsregister som omfatter de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikken ved de fire universitetssykehusene. Senere vil andre tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker i spesialisthelsetjenesten delta. Etableringen av registeret har bred støtte i fagmiljøet fysikalsk medisin og rehabilitering. Det ønskes at en legger vekt på at de enkelte sykehus skal ha et eierforhold til egne data og skal kunne presentere og bearbeide dem selvstendig.

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. Det er personvern utfordringer knyttet til at pasienter selv registrerer data elektronisk ved poliklinikken, som har gitt ulike løsninger ved registrerende enheter.

2.1.2 Registerets formål

Formålet er å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen ved hvert sykehus og gi handlingsgrunnlag for offentlige myndigheter. Registeret vil framskaffe ny kunnskap om pasienter med nakke- og ryggproblemer og hva som påvirker forløpet. Derved vil registeret bidra til en medisinsk og samfunnsmessig evaluering av strukturen i tjenestetilbudet, karakteristika ved behandlingsprosessene og resultatene etter behandling.

2.2 Juridisk hjemmelsgrunnlag

NNRR er et nasjonalt kvalitetsregister med konsesjon fra Datatilsynet. 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 Datatilsynet en bekreftelse på at behandlingen er i overensstemmelse med søknaden og helseregisterlovens regler. Dette er blitt forsinket og skal gripes fatt i nå.

2.3 Faglig ledelse og databehandlingsansvar

Registeret er forankret ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN), og databehandlingsansvarlig er administrerende direktør ved UNN. Registerleder er Audny Anke, Rehabiliteringsavdelinga, NOR-klinikken, UNN. Leder for styringsgruppa er representant for Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering, Lars Petter Granan, OUS Ullevål.

2.3.1 Aktivitet i fagråd/referansegruppe

Det var i desember 2014 et NNRR fagseminar på Gardermoen, hvor det ble initiert en del saker og valgt følgende styringsgruppe:

Lars Petter Granan. Overlege, PhD (leder for styringsgruppen). Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering.

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, PhD. St. Olavs Hospital (vara for Magne Rø).

Terese Fors. Overlege. Universitetssykehuset Nord-Norge.

Audny Anke. Overlege/ professor (registerleder). Universitetssykehuset Nord-Norge.

I 2015 har det vært fire nasjonale styringsgruppemøter med utvidet deltakelse fra registrerende enheter per videokonferanse. I tillegg har det vært fjernmøter mellom registerleder og Hemit. Haukeland har registrert elektronisk hele året, men ikke for alle pasienter, og det har vært en del problemer elektronisk som måtte løses ved hjelp av Hemit/ Helse Vest IKT. Ved St. Olavs registrering hele året, og det ble en periode meldt om for kort påloggings-tid, ellers i liten grad elektroniske problemer. Ved UNN har en gjennom hele året arbeidet for å få på plass den direkte elektronisk pasientregistreringsmodulen. Fra april startet en å punsje spørreskjema fra pasienter inn i registeret, mens behandlere fylte inn direkte elektronisk. Ullevål har store deler av året jobbet med å finne løsning på hvordan de kan overføre skannede data fra papirskjema inn i registeret, og dette har vært en tidkrevende prosess i samarbeid med Hemit. Det er personvern hensyn ved OUS Ullevål som gjør at det ikke tillates direkte registrering fra pasient. Skanner-løsningen har registrert til registeret fra desember. Etterkontroll-modulen som bla laget i samarbeid mellom HN-IKT og Hemit var ferdig i november 2015. Pasienter fra januar og utover

fikk tilsendt oppfølgingskjema.

Styringsgruppa har jobbet med forbedringer av variablene i helsepersonell registreringskjema fra høsten -15. Det er også laget en standardisert diagnose-liste. Ingen endringer ble implementert i registeret i 2015.

Med tanke på forbedring av smertetegningen er versjonen brukt i Tromsø-undersøkelsen vurdert.

I oktober 2015 ble registeret flyttet over til Norsk Helsenett.

Rapportering: Kontakt med SKDE men ingen rapporter på plass i løpet av 2015, og prosessen stoppet grunnet problemer med overføring av MRS-data til HN-IKT.

I september 2015 kom det beskjed fra personvernombudet om at det krevdes lagret skriftlig samtykke fra pasient.

Kapittel 3

Resultater

Resultater for 2015 er basert på uttrekk av standardrapporter utarbeidet av Hemit. Disse standardrapportene ble ferdige omtrent på samme tid som Årsrapporten for 2015 skulle skrives. I tillegg har SKDE ved Kevin Thon bidratt med data. Grunnet problemer med overføring av data fra MRS-registre til HN-IKT, og derved til SKDE, er det ikke i gang noe arbeid med å få på plass en rapportering for registeret fra Rapporteket. I 2015 var det ingen systemer for tilbakemelding til registrerende enheter.

DEKNINGSGRAD PÅ SYKEHUSNIVÅ

NNRR har 4 deltakende tverrfaglige poliklinikker på universitets-sykehusnivå, og på slutten av 2015 leverte alle sykehus data til registeret, dvs. 100%. Den mest tidkrevende prosessen for datafangst i 2015 var å få på plass en skanner-løsning ved OUS Ullevål for import av data fra papir-skjema i et register hvor de andre enhetene har direkte elektronisk registrering. Den alternative løsningen ved OUS skyldes personvern hensyn. Også UNN fikk først på plass sitt system i april 2015, da første løsning for direkte pasientregistreringen ble stoppet av personvernombudet. St.Olavs og Haukeland har levert data til registeret gjennom hele 2015.

DEKNINGSGRAD PÅ INDIVID-NIVÅ

Denne er ikke beregnet for oppstart-året 2015. To av fire enheter registrerte bare inn deler av året. Haukeland har i første omgang registrert tverrfaglige pasientkonsultasjoner og ikke enkelt-konsultasjoner. Det er komplisert å identifisere denne pasientgruppen med det vanlige diagnosesystemet.

ANTALL SKJEMA OG DELTAKERE

Tabell 1. Skjema ferdigstilte per måned i 2015. Alle sykehus

	Registreringsskjema helsepersonell	Spørreskjema pasient før konsultasjon	Spørreskjema pasient 6 mnd
Jan	118	91	0
Febr	108	104	0
mars	124	92	0
April	119	128	0
Mai	132	140	0
Juni	142	112	0
Juli	64	48	0
August	163	138	0
September	211	156	0
Okt	136	115	0
Nov*	143	59	54*
Des*	185	82	82*

* Dette er månedene en startet å sende ut Oppfølgingsskjema, så her er skjema ikke linket men sannsynligvis organisert etter dato ferdigstilt.

Tabell 2. Antall deltakere per institusjon i 2015 fordelt på registrerte skjema ved konsultasjon.

	Registreringsskjema helsepersonell	Spørreskjema pasient før kons
OUS Ullevål	81	125
Haukeland	676	443
St.Olavs	698	600
UNN	126	95
Totalt	1581	1263

Dette må være antall skjema som er ferdigstilt i perioden. En ser at det er ferdigstilt flere registreringsskjema helsepersonell enn spørreskjema pasient, og det gjelder alle enheter, unntatt Ullevål, hvor det kun ble registrert i desember. Utfylt spørreskjema pasient i forhold til registrerte pasienter er 80%.

I 2015 ble etterkontrollmodulen som ble utarbeidet i et samarbeid mellom HN-IKT, Hemit og UNN-register, ferdig i november 2015. Det betyr at i 2015 fikk pasienter behandlet fra januar til mai tilsendt oppfølgingskjema i november. Siden er oppfølgingskjema sendt ut fortløpende fra UNNs registerenhet omtrent 6 måneder etter konsultasjon.

I alt 494 pasienter sendte inn spørreskjema ved oppfølging etter 6 måneder. Dette går fram av svar på spørsmål om opplevd nytte av behandlingen, se "Resultatmål" lenger bak i dette kapittelet. Høyest svarandel er for nytte og tilfredshet med behandling, mens en lavere andel svarte på spørsmål om smerter og funksjon. Andel med oppfølgingskjema er 39% av pasienter som fylte ut spørreskjema ved konsultasjon, og 31% av antall deltakere med utfylt registreringsskjema ved konsultasjon.

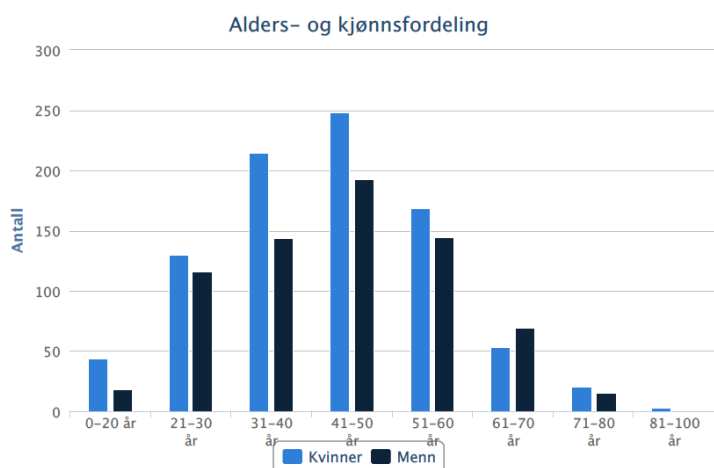
BAKGRUNNSDATA

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 (kan også være et resultatmål).

Alders- og kjønnsfordeling

Det er totalt 1581 pasienter, 701 menn (44%) og 880 kvinner (56%). Aldersfordelingen går fram av Figur 1. Som vist har begge kjønn en topp mellom 31-40 år (23%) og 41-50 år (28%). Det er jevnt over noe flere kvinner enn menn og enkelte pasienter også i aldersgruppen over 80 år.

Figur 1. Alders- og kjønnsfordeling. Alle sykehus 2015.



Sivilstatus

Tabell 3. Sivilstatus pasienter 2015.

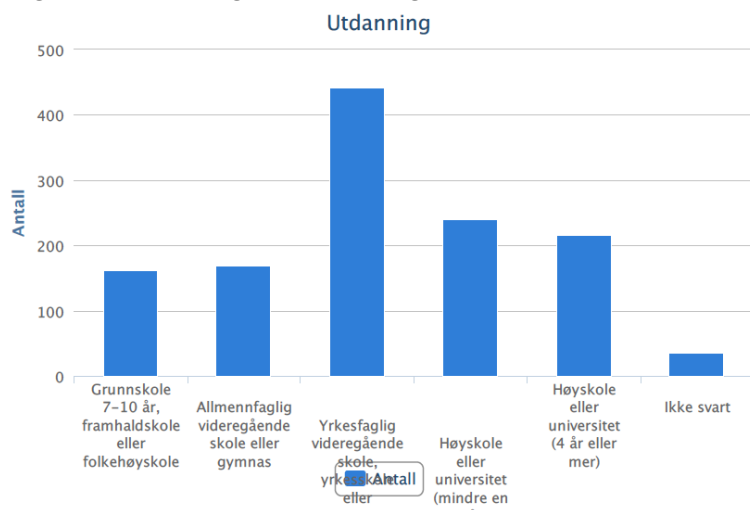
Gift/ reg.partner	567 (45%)
Samboende	324 (26%)
Enslig	336 (27%)
Ikke svart	38 (3%)
	1265

Utdanning

Av pasientene hadde 163 (13%) grunnskole 7-10 år, 168 (13%) allmennfaglige vgs, 442 (35%) yrkesfaglig vgs, 240 (19%) høyskole eller universitet >4 år og 217 (17%) høyskole eller universitet >4 år.

Hos 2.8 % var utdanningsnivå ukjent (av 1265 pasienter).

Figur 2. Fordeling av utdanningsnivå (år 2015)..



Arbeidsstatus ved konsultasjon.

Tabell 4. Arbeidsstatus ved første konsultasjon (år 2015).

Arbeidsstatus	Antall (%)
Inntektsgivende arbeid	476 (29%)
Sykemeldt	416 (25%)
Hjemmeværende	4 (0.3%)
Student	57 (3.5%)
Arbeidsledig	42 (2.5%)
Arbeidsavklaringspenger	134 (8%)
Permanent uførepensjon	81 (5%)
Alderspensjonist	59 (4%)
Ikke utfylt	486 (29.5%)
Total	1645

Tallen er hentet fra Registreringsskjema for helsepersonell, og 30% av helsepersonell har ikke fylt ut arbeidsstatus. Tallene blir derfor usikre. Det er mulig å velge flere alternativ.

Pasientens opplevde arbeidsforhold.

Tabell 5. Pasientrapporterte opplevelser av arbeidsforhold (10

På en skala fra 0 til 10,	Gj.snitt	Median	St.avvik	N
hvor fysisk tungt arbeid har du? (10 verst)	4.6	5	3.3	1044
hvor ensformig arbeid har du? (10 verst)	4.4	4.5	4.5	1020
hvor fornøyd er du med jobben? (10 best)	7.6	8	8	1008

Søknad om uføretrygd, erstatning, ønsket tilbake i jobb, røyking.

Tabell 6. Pasientrapporterte opplysninger.

	Ja	Nei	Ikke Reg.
Har du søkt uføretrygd?	74	980	120
Har du søkt erstatning?	39	968	167
Føler du at din arbeidsgiver ønsker deg tilbake i jobb?	713	134	327
Røyker du daglig?	228	907	39

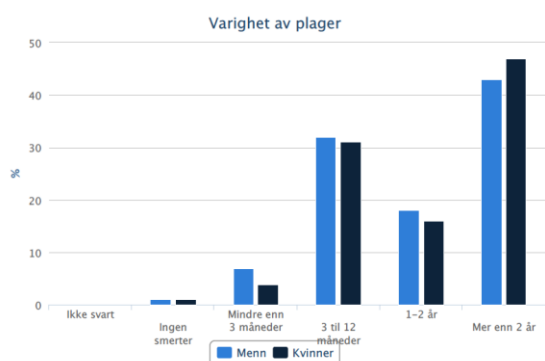
Varighet av plager

Tabell 7. Varighet av plager for kvinner og totalt ved første konsultasjon.

	Kvinner	Totalt
Ingen smerter	4 (0.8%)	6 (0.9%)
Mindre enn 3 måneder	34 (7%)	29 (4%)
3 til 12 måneder	163 (32%)	211 (31.5%)
1-2 år	91 (18%)	110 (16%)
Mer enn 2 år	223 (43%)	315 (47%)
Ikke svart	0 (0%)	0 (0%)
Totalt	671	1186

Som det går fram har halvparten av pasientene hatt sine smerteplager i mer enn 2 år, og 95% har langvarige plager med varighet 3 måneder eller lengre (se også figur 3).

Figur 3. Varighet av plager for menn og kvinner ved første konsultasjon (n=1186).



Andel med smerter mer enn 2 år er i HN 65%, HSØ 44%, HM 49% og HV 42%.

Smertelokalisasjoner

Smertelokalisasjon(er) registreres av pasientene elektronisk på en smertetegning og ved avkrysning. Dette klarte vi ikke å få ut data for, og vet derved ikke hvor mange som hadde utbredte smerter.

Bruk av tolk

Ingen hadde brukt tolk under konsultasjon.

Diagnosefordeling - kliniske

137 pasienter hadde ikke registrert ICD-10 diagnose. Mange (>100) ulike diagnosekoder var brukt. Mange for små grupper med 1-10 pasienter. Eksempel på noen hyppigere brukte diagnosekoder er: M54.2 (217); Ischialgi (34); M 54.5 Lumbago (107); M54.9 Uspesifisert ryggsmerte (293); M54.96 Uspesifisert ryggsmerte lumbal (114); M79.1 Myalgi (72); M511 Lidelse i lumbalsk/mellomvirvelskive med radikulopati (70); Lidelse i cervikalskive med radikulopati (27); Spondylolyse/spondylolistese (ca. 15).

Også ulike skulderdiagnoser er med, muligens sekundærdiagnoser, ca. 44.

Tidligere operert

Tabell 8. Andel pasienter som er tidligere operert ved konsultasjon.

	JÅ	NEI	UKJENT	Ikke svart
Operert rygg	132 (8%)	1015 (62%)	1 (0.06%)	497 (30%)
Operert nakke	27 (1.6%)	1111 (68%)	1 (0.06)	506 (31%)

Radiologisk vurdering

Tabell 9. Oversikt over resultater av radiologisk vurdering.

Normal	227 (14%)
Skiveprolaps	490 (30%)
Sentral spinalstenose	57 (3.5%)
Recesstenose	176 (11%)
Skoliose (barn-ungdom)	0
Skoliose (degenerativ)	0
Spondylolistese - istmisk	20 (1.2%)
Spondylolistese - degenerativ	41 (2.5%)
Modicforandringer	
1	74 (4.5%)
2	58 (3.5%)
3	3 (0.2%)

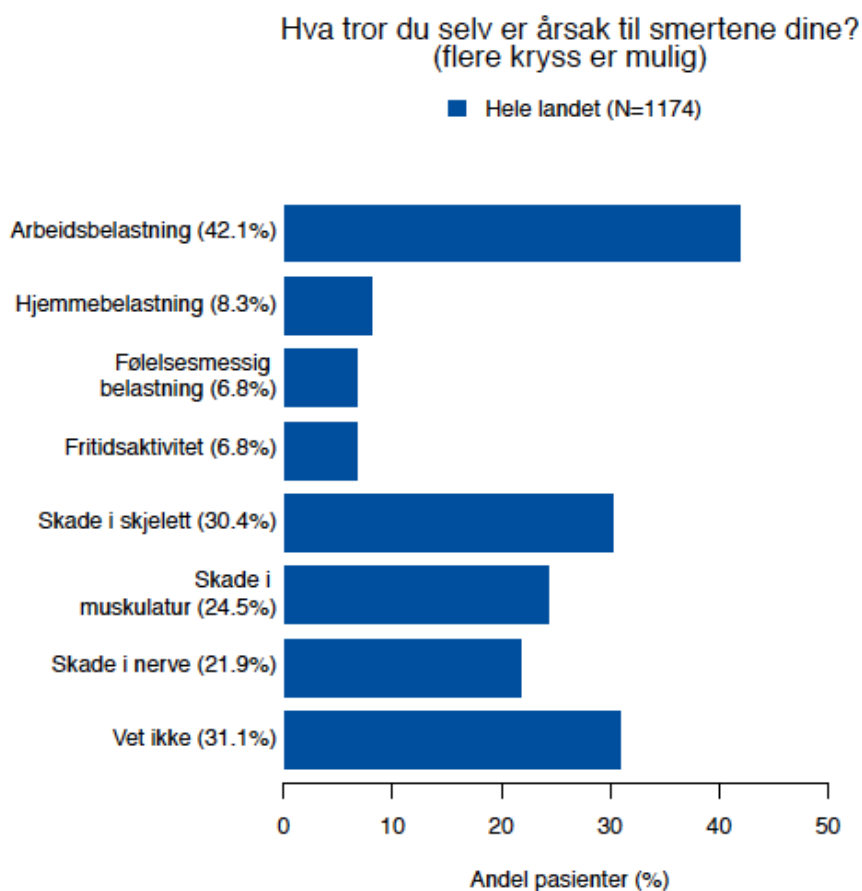
Fysisk aktivitet.

Tabell 10. Pasientrapportert grad av fysisk aktivitet.

Min fritid består hovedsakelig av å lese, se TV eller annen stillesittende beskjeftigelse	172 (14%)
Jeg spaserer, sykler, eller annet minst 4 timer per uke.	764 (60%)
Jeg driver mosjonsidrett, tyngre hagearbeid eller lignende (minst 4 t per uke)	197 (16%)
Jeg trener hardt eller driver konkurranseidrett, flere ganger per uke	69 (5.5%)
Ikke svart	63 (5%)
Alle	1265

Pasientrapporterte årsaker til smerter

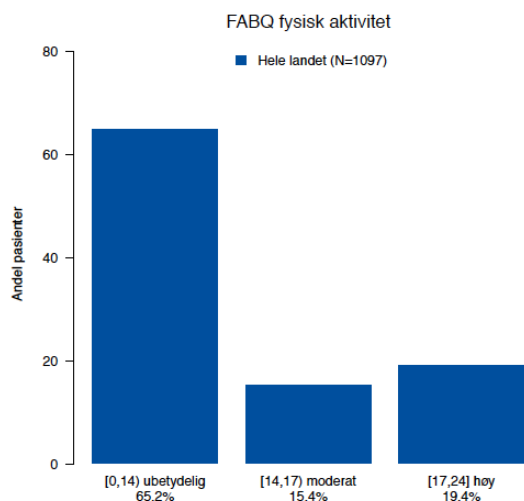
Figur 4. Oversikt over hva pasientene tror er årsak til smertene.



Unngåelsesadferd – Fear Avoidance Belief Questionnaire (FABQ)

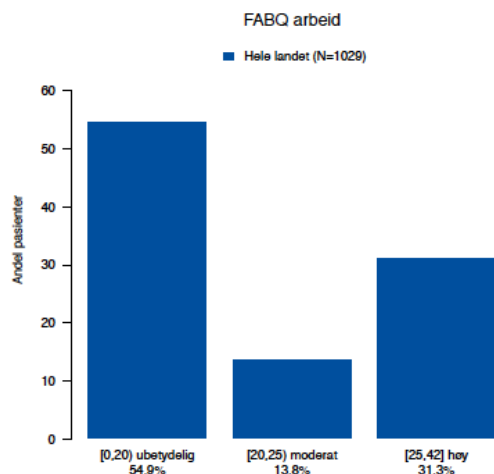
FABQ har to subskalaer for henholdsvis FABQ- Fysisk aktivitet og FABQ- Arbeid.

Figur 5. FABQ- Fysisk aktivitet fordelt på skår Ubetydelig (<14), Moderat (14-16), Høy (≥17 høy).



Gjennomsnittskår for FABQ–Fysisk aktivitet er 11 (SD 6), og variere fra gjennomsnitt 10 til 13 mellom sykehusene.

Figur 6. FABQ –Arbeid fordelt på skår Ubetydelig (<20), Moderat (20–24), Høy (≥25 høy) .



Gjennomsnittskår for FABQ– Arbeid er 18 (SD 11.5), og variere fra gjennomsnitt 17 til 21 mellom sykehusene.

Psykisk stress - Hopkins Symptom Checklist (HSCL)–10

Psykisk stress eller ubalanse (psychological distress) med spørsmål relatert til angst og depresjon måles med HSCL 10 spørsmåls versjonen. Blant deltakerne skåret 41% likt eller over grenseverdien på 1.85 (n= 1174). Dette tyder på betydelige plager med økning av angst og depressive tanker.

EQ–5D

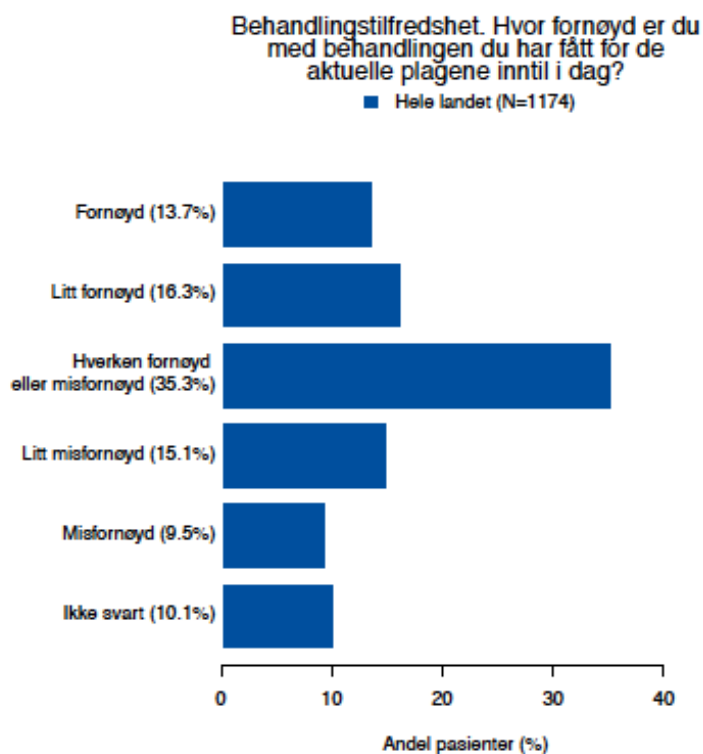
Dette er et generisk helserelatert livskvalitetsmål. EQ–5D index–score er gjennomsnitt 0.5 (SD 0.3), hvor 1.0 er beste skår på helserelatert livskvalitet. EQ–VAS skåres på en skala fra 0 til 100 hvor 100 er beste helsetilstand.

Tabell 11. Fordeling av pasientenes skår på EQ–VAS ved de enkelte sykehus.

Sykehus	Gj.snitt	Median	Std.avvik	N
Haukeland	57.5	60	19.2	321
OUS	55	50	23.3	60
St. Olavs	56.2	56	20.5	398
UNN	49.3	50	19.5	79
Totalt	56	55.5	20.2	858

Behandlingstilfredshet før konsultasjon

Figur 7. Pasientrapportert tilfredshet med behandling før konsultasjon ved poliklinikken.



Som en kan se er omtrent 25% av pasientene misfornøyd med tidligere behandling.

BEHANDLINGSTILTAK - PROSESS

Mange pasienter får en vurdering ved poliklinikken uten ytterligere behandlingstiltak. Vurderingen kan være ved en yrkesgruppe eller ved flere.

Av de som har svart har omtrent 880 vært hos lege ved første konsultasjon, 380 hos fysioterapeut, 260 hos sykepleier og 660 hadde ikke svart på dette spørsmålet (Registreringskjema helsepersonell).

Behandlingsløype etter første konsultasjon (fra Registreringsskjema helsepersonell)

Tabell 12. Oversikt over behandlingsløyper ved de ulike sykehus/regioner.

Behandlingsløype etter første konsultasjon	Haukeland	St.Olavs	OUS	UNN
Ingen behandling	67 (9,13 %)	31 (4,41 %)	9 (11,11 %)	34 (26,77 %)
Oppfølging i kommunehelsetjenesten av lege	73 (9,95 %)	233 (33,14 %)	32 (39,51 %)	10 (7,87 %)
Arbeidsmessig oppfølging	3 (0,41 %)	40 (5,69 %)	1 (1,23 %)	0 (0 %)
Oppfølging i spesialisthelsetjenesten	239 (32,56 %)	387 (55,05 %)	33 (40,74 %)	61 (48,03 %)
Henvist til operasjon	5 (0,68 %)	19 (2,7 %)	5 (6,17 %)	1 (0,79 %)
Henvising NAV	1 (0,14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Diagnostiske injeksjoner	1 (0,14 %)	2 (0,28 %)	1 (1,23 %)	0 (0 %)
<u>Behandling som settes i verk i spesialisthelsetjenesten:</u>				
Individuell tverrfaglig behandling 1-3	111 (15,12 %)	127 (18,07 %)	5 (6,17 %)	14 (11,02 %)
Individuell tverrfaglig behandling 4-10	24 (3,27 %)	21 (2,99 %)	1 (1,23 %)	2 (1,57 %)
Individuell tverrfaglig behandling >10	1 (0,14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (0,79 %)
Tverrfaglig behandling i gruppe 1-3	3 (0,41 %)	7 (1 %)	2 (2,47 %)	7 (5,51 %)
Tverrfaglig behandling i gruppe 4-10	106 (14,44 %)	240 (34,14 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Tverrfaglig behandling i gruppe >10	4 (0,54 %)	12 (1,71 %)	0 (0 %)	30 (23,62 %)
Trening / aktivisering	203 (27,66 %)	341 (48,51 %)	2 (2,47 %)	27 (21,26 %)
Arbeidsmessig oppfølging	98 (13,35 %)	211 (30,01 %)	0 (0 %)	15 (11,81 %)
Kognitiv tilnærming	126 (17,17 %)	292 (41,54 %)	0 (0 %)	27 (21,26 %)
Undervisning	106 (14,44 %)	285 (40,54 %)	0 (0 %)	30 (23,62 %)
Psykomotorisk behandling	11 (1,5 %)	21 (2,99 %)	0 (0 %)	7 (5,51 %)
Totalt	734 (100 %)	703 (100 %)	81 (100 %)	127 (100 %)

Tabell 13.

Pasientrapport behandling etter konsultasjon ved poliklinikken (Oppfølgingsskjema pasient 6 mnd)

	N (%) som svarer ja
Ingen behandling	253 (51,21 %)
Operasjon	26 (5,26 %)
Individuelt behandlingstilbud	168 (34,01 %)
Gruppebasert behandling	156 (31,58 %)
Tilbud om videre kontroller	89 (18,02 %)
Behandling kommunalt	
Trening hos fysioterapeut	
- 1-3 ganger	55 (11,13 %)
- 4-10 ganger	54 (10,93 %)
- >10 ganger	86 (17,41 %)
Annen behandling hos fysioterapeut	
- 1-3 ganger	21 (4,25 %)
- 4-10 ganger	28 (5,67 %)
- >10 ganger	55 (11,13 %)
Manuell terapi	
- 1-3 ganger	11 (2,23 %)
- 4-10 ganger	16 (3,24 %)
- >10 ganger	31 (6,28 %)
Psykomotorisk fysioterapi	
- 1-3 ganger	7 (1,42 %)
- 4-10 ganger	10 (2,02 %)
- >10 ganger	15 (3,04 %)
Kiropraktor	
- 1-3 ganger	16 (3,24 %)
- 4-10 ganger	12 (2,43 %)
- >10 ganger	23 (4,66 %)
Annen behandling	
- 1-3 ganger	11 (2,23 %)
- 4-10 ganger	10 (2,02 %)
- >10 ganger	22 (4,45%)

Som det går fram rapporterer 51% av pasientene at de ikke har fått noen behandling etter konsultasjonen på poliklinikken.

RESULTATMÅL

Alle resultatmål er PROMS fra spørreskjema til pasient. Da det for 2015 var registrert få pasienter ved hver enhet er resultatene ofte slått sammen i Årsrapporten.

Opplevd nytte av behandling 6 måneder etter konsultasjon

Tabell 14. Hvilken nytte mener du at du har hatt av behandlingen?

	Antall (%)
Jeg er helt bra	22 (4.5%)
Jeg er mye bedre	112 (23%)
Jeg er litt bedre	106 (21.5%)
Ingen forandring	188 (38%)
Jeg er litt verre	38 (7.7%)
Jeg er mye verre	13 (2.6%)
Jeg er verre enn noen gang før	5 (1%)
Ikke utfylt	10 (2%)
Totalt	494

Pasienttilfredshet 6 måneder etter konsultasjon

Tabell 15. Hvor fornøyd er du med behandlingen du har fått (6 måneder etter konsultasjon)?

	Antall (%)
Fornøyd	196 (40%)
Litt fornøyd	92 (19%)
Verken fornøyd eller misfornøyd	104 (21%)
Litt misfornøyd	46 (9%)
Misfornøyd	45 (9%)
Ikke svart	11 (2%)
Totalt	494

Oppsummert er 59% fornøyd eller litt fornøyd med behandlingen, 21% er verken/eller og en betydelig andel på 18% er misfornøyd med behandlingen de har fått.

Andel fornøyde (fornøyd og litt fornøyd) er ved UNN 45%, Ullevål (11 pasienter) 50%, St.Olavs 56% og Haukeland 63%.

Smerter i Aktivitet: Skår ved konsultasjon og 6 måneder etter konsultasjon

Hvor sterke smerter har du hatt siste uke? (0= ingen smerter, 10= verst tenkelige smerter).

Grenseverdier anslås til : <3 minimal, 3-4 lett, 5-6 moderat, 7-10 sterk smerte.

Tabell 16. Gjennomsnittsverdi smerter i aktivitet for sykehusene (2015).

	Antall	Konsultasjon Gj.snitt	6 måneder Gj.snitt
UNN	30	5.9	5.1
OUS Ullevål	22	7	5
St.Olavs	152	6.3	4.4
Haukeland	118	6.4	4.7
Totalt	322	6.4	4.6

Smerter i Hvile: Skår ved konsultasjon og 6 måneder etter konsultasjon

Hvor sterke smerter har du hatt siste uke? (0= ingen smerter, 10= verst tenkelige smerter).

Alle som har svart på to tidspunkt (n=326), har gjennomsnittlig skår 5.4 ved konsultasjon og skår 3.9 ved oppfølging etter 6 måneder.

Oswestry funksjonsskår (Oswestry Disability Index)

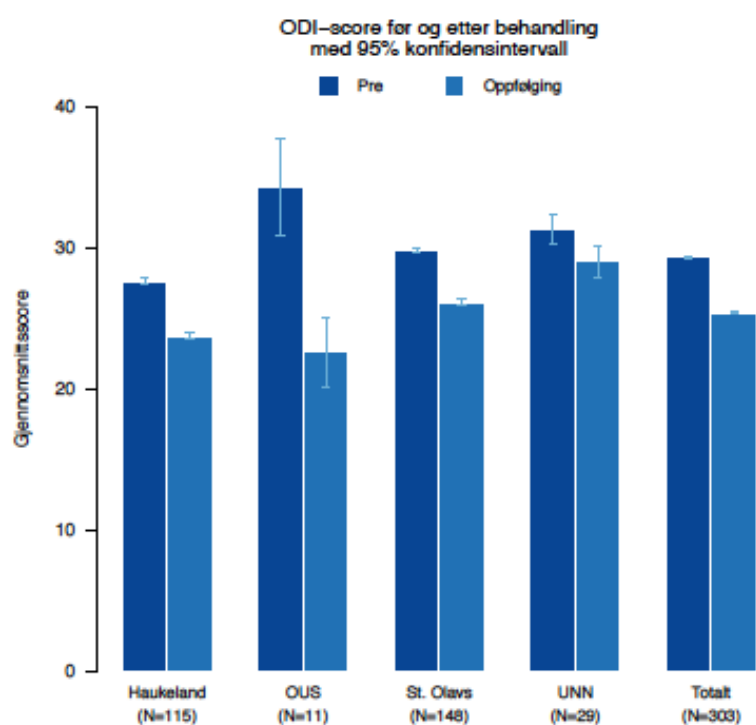
Oswestry disability index (ODI) går fra 0% (beste funksjon) til 100% (størst mulig funksjonssvikt). En skår på 21% og lavere regnes som normal/minimal funksjonssvikt: <22% normal/minimal, 22–40% moderat, 41–60% **betydelig**, >61% **særlig uttalt funksjonssvikt**.

Skåren beskriver i hvilken grad smerter hemmer ulike funksjoner i dagliglivet.

Tabell 17. ODI skår ved konsultasjon og ved oppfølging etter 6 måneder (n=315)

Sykehus	ODI pre	ODI post	N
Haukeland	27.6	23.8	115
OUS	34.3	22.6	11
St. Olavs	29.8	26.2	148
UNN	31.3	29	29
Totalt	29.3	25.4	303

Figur 8. Fordeling av ODI-skår for alle sykehus før konsultasjon og ved oppfølging (2015).



Neck Disability Index (NDI)

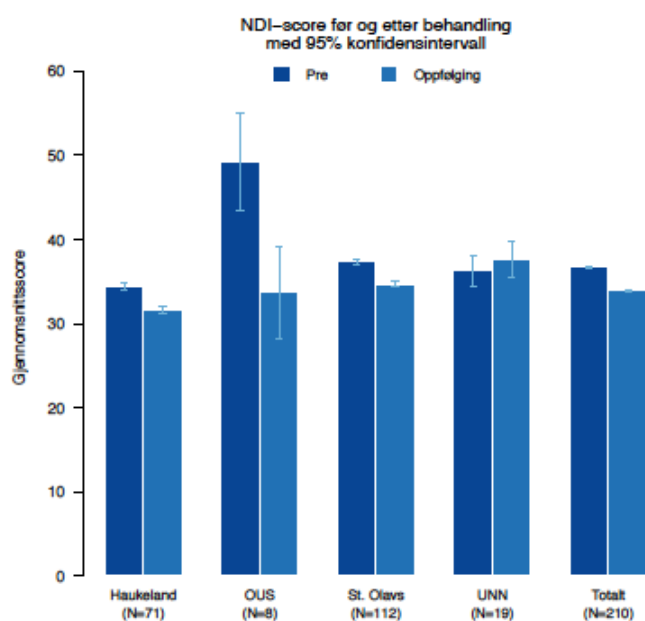
Neck Disability Index (NDI) er skåret av 210 pasienter ved konsultasjon og 6 måneders oppfølging.

Skåren går fra 0–50 poeng med 50 verste funksjon: 0–4 normal, 5–14 mild, 15–24 moderat, 25–34 uttalt, >34 særlig uttalt.

UNN har 19 pasienter, Ullevål 8 pasienter (obs lavt antall totalt), St.Olavs 112 pasienter og Haukeland 71 pasienter.

Figuren viser gjennomsnittsskår for NDI før konsultasjon og ved oppfølging etter 6 måneder, for hvert av sykehusene (2015).

Figur 9. Skår på NDI ved konsultasjon og ved oppfølging etter 6 måneder (2015).



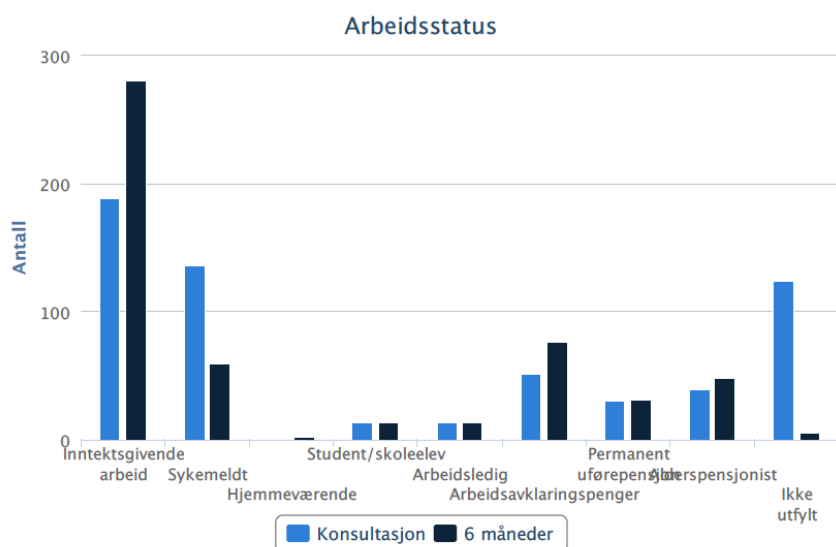
Arbeidsstatus før og 6 måneder etter konsultasjon

Arbeidsstatus ved konsultasjon og etter 6 måneder er illustrert i figur.

Andel i inntektsgivende arbeid øker fra 33% til 53%, og andel sykemeldte reduseres fra 25% til 11%. Det er også litt økning i arbeidsavklaringspenger 10% til 15%.

Her sammenligner en ikke samme gruppe. Ved konsultasjon er n=458 og ved 6 måneder er n=435. Det kan skyldes at ved konsultasjon hadde 103 helsepersonell ikke fylt ut dette.

Figur 10. Arbeidsstatus ved konsultasjon og oppfølging (2015).



Her er det betydelig ulikheter mellom regionene. I HN er andel i arbeid 39% vs. 35% (går ned), og sykemeldte går ned fra 17% til 10%; og permanent uførepensjonist går ned; mens alderspensjonist stiger med 5%; men blir nå dette rett? I Helse Midt øker arbeid fra 34.5% til 56%, og sykemeldt går ned fra 29% til 6%...(!). HV øker arbeid fra 29% til 53.5%. Sykemeldt går ned fra 24.5 til 18%. Dette er for 2015 få pasienter og kan bli beskrevet bedre i påfølgende års rapporter.

EQ-5D-index og EQ-VAS

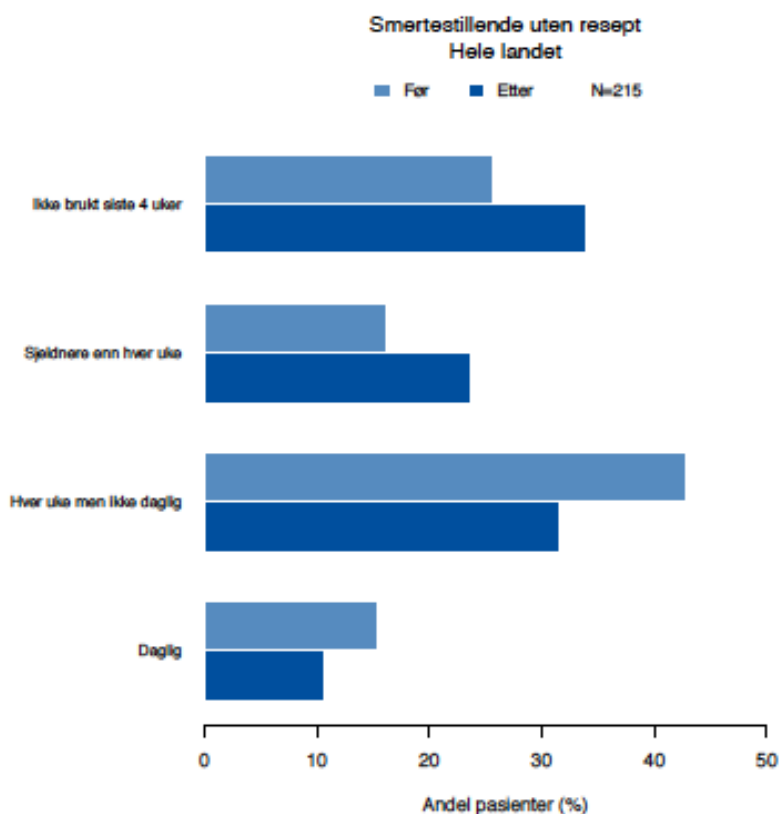
Helserelatert livskvalitet som rapporteres av pasientene ved konsultasjon og ved oppfølging. Det er ønskelig å få disse data inn i standard-rapportene. For 2015 var det ikke mulig å få ut data som sammenlignet skår ved konsultasjon og oppfølging.

Om instrumentet: EQ-5D består av fem spørsmål som måler helserelatert livskvalitet/ funksjon. EQ-5D index går fra -0.594 til 1.0. Negative verdier og 0 er verst tenkelig helserelatert livskvalitet og død, 1.0 er best tenkelig. Grenseverdier angis til: >0.75 normal, 0.6-0.74 moderat nedsatt, 0.4-0.59 betydelig nedsatt, <0.4 særlig uttalt nedsatt helse/helserelatert livskvalitet EQ-VAS er en visuell analog skala som skåres fra 0-100, hvor 100 er best tenkelig helse. Normalvariasjonen er betydelig. Grenseverdier anslås til: 100-90% god helse, 80-89 lett nedsatt, 60-79 moderat nedsatt, <60 betydelig nedsatt helse.

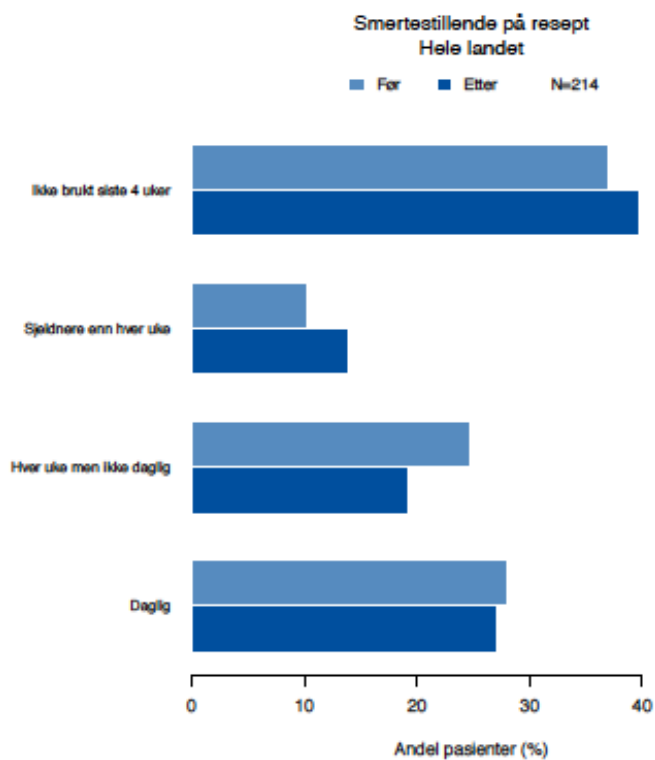
Forbruk av reseptbelagte og ikke-reseptbelagte smertestillende medikamenter

Hvor ofte har du de siste 4 uker brukt følgende medikamenter?

Figur 11. av smertestillende uten resept før konsultasjon og ved oppfølging.



Figur 12. Bruk av smertestillende medikamenter med resept før konsultasjon og ved oppfølging.



Kapittel 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 i mot samtykkeskjema. Sekretær registrerer pasienten i registeret og tar ut en individuell kode som kan brukes til den elektroniske påloggingen. Pasienten logger seg på en pc beregnet til dette, og fyller ut spørreskjemaet elektronisk på poliklinikken forut for konsultasjonen.

Behandlende 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 UNN og OUS Ullevål. Ved UNN har en i påvente av en godkjent løsning fra april 2015 latt helsepersonell registrere direkte elektronisk, mens pasienter har fylt inn spørreskjema manuelt som siden er blitt punsjet inn elektronisk av sekretær.

Ved poliklinikken OUS Ullevål har en arbeidet med å få et alternativ med papir-registrering og skanning på plass. 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.

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.

Papirskjema for datafangst ved oppfølging

Etter 6 måneder sender sentral registerenhet (UNN register) ut et oppfølgende spørreskjema på papir til alle pasienter. Oppfølgingsmodulen kom i funksjon november 2015, med etterregistrering av pasienter som hadde vært til konsultasjon fra januar av.

Kapittel 5

Metodisk kvalitet

5.1 Antall registreringer

5.2 Metode for beregning av dekningsgrad

I løpet av 2015 er dekningsgrad på enhets/sykehusnivå blitt 100%, ettersom alle fire enheter ved universitetsklinikkene leverer data til registeret.

Dekningsgrad på individnivå er ikke beregnet for 2015. Målgruppen er alle pasienter med nakke- og ryggproblematikk som henvises til de tverrfaglige spesialiserte nakke- og ryggpoliklinikkene, i første omgang ved disse 4 universitetssykehusene. Full dekning er alle aktuelle pasienter ved disse 4 poliklinikkene. Dekningsgrad bør derfor kunne beregnes ved å ta ut data på poliklinikk-nivå for pasienter med aktuelle diagnoser, og relatere til andel registrerte i registeret. Dette er en kompleks prosess og gjøres ikke for 2015 da vi vet at det er et oppstartsår med ufullstendig registrering på individnivå.

5.3 Tilslutning

Registeret samler data fra 4 HF som er universitetsklinikker i de fire helseregioner. Når alle IT-løsninger er på plass, og det eksisterer enhetlige innregistreringer for alle enheter, er det aktuelt å utvide registeret med flere tverrfaglige nakke-rygg spesialist-poliklinikker.

5.4 Dekningsgrad

Er ved utgangen av 2015 100% på institusjonsnivå og ikke beregnet på individnivå.

5.5 Prosedyrer for intern sikring av datakvalitet

Det er utarbeidet brukermanual som ligger tilgjengelig på registerets nettsted. UNN ved registerenheten har sekretærer med spesialkunnskap om registeret som er tilgjengelige på telefon og mail. Styringsgruppens medlemmer representerer alle deltakende institusjoner. Den enkelte institusjon er ansvarlig for å ivareta intern opplæring. Når registrering av data kommer i gang vil det legges inn systemer som gir tilbakemelding i forhold til datakvalitet.

5.6 Metode for validering av data i registeret

Det er ikke brukt eksterne kilder for å validere data i registeret i 2015. En kan bruke resultater fra tidligere kohorte-studier med utgangspunkt i nakke-rygg-poliklinikk. Dette fordi kvalitetsindikatorerne som brukes i registeret er godt kjente og validerte instrumenter. Det skal arbeides med systematiske metoder for validering nå når det kommer data fra registeret.

5.7 Vurdering av datakvalitet

Det foreligger ikke valideringsanalyser av systematiske feil eller tilfeldige feil. Det må framover

vurderes hvor komplette data er på sentrale forløps- og effektvariabler.

Kapittel 6

Fagutvikling og klinisk kvalitetsforbedring

6.1 Pasientgruppe som omfattes av registeret

Målgruppen er voksne pasienter med nakke- og ryggproblemer som henvises til de tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene ved OUS Ullevål, Haukeland universitetssykehus, St.Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge.

6.2 Registerets spesifikke kvalitetsindikatorer

Struktur

Hver institusjon/ region kan beskrive aktuell behandlingseenhet i forhold til antall og sammensetning av personell og tilgjengelige behandlingsprogrammer.

Forløpsdata/ Prosess

Det registreres hvilken type utredning og/ eller behandling pasienten har fått. Det er fra slutten av 2015 initiert et arbeid for å få en bedre registrering av behandlingsforløpene i registeret.

Resultatmål

Registeret vil framskaffe ny kunnskap om pasienter med nakke- og ryggproblemer med tanke på medisinske forhold og hva som påvirker forløpet. Det vil være mulig å beskrive og sammenligne pasientpopulasjonen mellom helseregionene. En vet i dag ikke om det er sammenlignbare grupper som får behandling ved de spesialiserte tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikkene, eller om de får et likeverdig behandlingstilbud. Når det gjelder effekt av tiltak, vil i tillegg til sykefravær og tilbakevending til arbeid, de beste kvalitetsindikatorer være kliniske effektmål i form av pasientenes beskrivelse av fungering i dagliglivet, smerteintensitet og smerteutbredelse, helse relatert livskvalitet, nytte av behandling og fornøydhet med behandlingen. .

For å fange opp endring er registreringen prospektiv, med innsamling av data både før konsultasjon og ved oppfølging. Avgjørende framover vil være at en får høy nok svarprosent ved oppfølging.

Forskjeller i pasientpopulasjonene med hensyn til demografiske data, risikofaktorer og medisinsk informasjon registreres. Dette er viktig for å beskrive pasientgruppen, og for analyser hvor en ønsker å justere effektmål i forhold til bakenforliggende forskjeller i populasjonene.

Etterkontroll

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, Helse relatert livskvalitet målt med EQ-5D og EQ-VAS, nytte av behandling, behandlingstiltak siden konsultasjonen, og forbruk av smertestillende medikamenter).

6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Registeret har veldig mange effektmål som er PROMs. Nytte av behandling vil kunne regnes innenfor PREM. Instrumenter: Om arbeidet er tungt eller ensformig, tilfredshet med jobbsituasjonen, varighet av smerter, smerteintensitet, smerteutbredelse, grad av fysisk aktivitet. ODI, NDI, FABQ, HSCL-10, Helseplager, Helserelatert livskvalitet målt med EQ-5D og EQ-VAS, opplevd nytte av behandlingen.

6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

Det registreres alder, kjønn, nasjonalitet, utdannings-grad, yrkesstatus/sykemelding/ uforhet, type jobb, bosted/region, diagnoser , behandlingstiltak og forløp. Data gir grunnlag for å beskrive pasientpopulasjonen med tanke på sosial faktorer og demografi.

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

Foreløpig ikke relevant.

6.6 Etterlevelse av nasjonale retningslinjer

Foreløpig ikke relevant.

6.7 Identifisering av kliniske forbedringsområder

Registermiljøet har arbeidet med å standardisere 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. Med tanke på likeverdig tilbud til behandling har det også vært gjort en jobb med å identifisere tilgjengelige behandlingstilbud i de ulike regioner.

6.8 Tiltak for klinisk kvalitetsforbedring initiert av registeret

Foreløpig liten endring av klinisk praksis.

6.9 Evaluering av tiltak for klinisk kvalitetsforbedring (endret praksis)

Ikke aktuelt.

6.10 Pasientsikkerhet

Lite relevant.

Kapittel 7

Formidling av resultater

7.1 Resultater tilbake til deltakende fagmiljø

I 2015 var det ikke rapporterings-systemer på plass som kunne gi resultater tilbake til deltakende fagmiljø. Dette er uheldig da en ikke kan forvente noen effekter av denne type register uten en velfungerende rapporteringsløsning.

7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Ikke aktuelt i 2015 grunnet mangel på data.

7.3 Resultater til pasienter

Ikke aktuelt i 2015. Senere er brukerrepresentant fra Ryggforeningen blitt medlem av styringsgruppen.

7.4 Publisering av resultater på institusjonsnivå

Ikke aktuelt.

Kapittel 8

Samarbeid og forskning

8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

I videreutvikling av registeret bør en benytte muligheter for samarbeid med andre registre.

Innholdet i spørre- og registreringsskjema er utvalgt med tanke på å tilrettelegge for eventuelle samarbeidsprosjekter med Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi. Videre er det hentet inspirasjon fra Danmark og registermiljøet i Odense.

Samarbeid med registre med basis i den kommunale helsetjenesten er aktuelt, og i 2014 ble det initiert et samarbeid med Fysioprim. Styreleder for registeret er involvert i utviklingen av et register for smerteklinikkene. Dette registeret er en aktuell samarbeidspartner framover.

NNRR presenteres jevnlig på nasjonale konferanser.

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

8.2 Vitenskapelige arbeider

Det vil være avgjørende at det knyttes flerregionale eller nasjonale forskningsprosjekter til register.

Registerets struktur legger godt til rette for forskningsprosjekter. De aktuelle spørreskjema har vært klare siden 2010 og distribuert til ulike miljø. Ved universitetssykehusene har det vært lokale kvalitetsregistre og forskningsprosjekter med publikasjoner. Men det er foreløpig ingen publikasjoner som kan knyttes direkte til det nasjonale kvalitetsregisteret NNRR.

Registermiljøet utarbeidet en forskningsprotokoll i forbindelse med den flerregionale utlysningen fra NFR i 2014, men nådde ikke opp. I 2015 ble søkt HSØ om et register-basert multisenter-prosjekt for evaluering av behandlingstyper, uten tildeling.

Del II

Plan for forbedringstiltak

Kapittel 9

Forbedringstiltak

Av planlagte og prioriterte tiltak for 2015, er følgende utført:

- fått på plass datafangst fra alle HF (enheter) i registeret
- brukerrepresentant fra Ryggforeningen Thor Einar Holmgard er medlem av styringsgruppa
- utarbeidet standardisert diagnose-liste som er implementert elektronisk, og som vil øke kvaliteten på datafangst, og føre til en mer enhetlig diagnose-setting nasjonalt.
- arbeidet med forbedring av presentasjon av Oppsummering av skåringer

Planlagte tiltak for 2016:

- Arbeide videre med metoder for forbedret datafangst fra enhetene. Om mulig få til enhetlige innregistreringssystemer for alle registre.
- Forbedre variablene for behandlingsløyper.
- Rapporteringsløsning! Arbeide for å få en rapporteringsløsning av høy kvalitet som gir resultatformidling til deltakende fagmiljø. I første omgang bruke Standardrapportene, men arbeide for rapportering via Rapporteket.
- Få opp responsrate spørreskjema oppfølging etter 6 måneder. Arbeide for elektroniske løsninger.
- gå gjennom datakvalitet/ missing med helsepersonell som registrerer.
- videreføre samarbeid Fysioprim og andre registre, også med tanke på mulige forskningsprosjekter.
- Hvis ønskelig lage veiledning for skjema-utfylling for helsepersonell.
- Gå gjennom plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyse: Sette i system.
- Hva ser vi av resultatene som bør føre til drøftinger av praksis og kvalitetsforbedringsarbeid? Sammenligne populasjoner og behandlingsløyper mellom regionene.

Del III

Stadievurdering

Kapittel 10

Referanser til vurdering av stadium

NNRR er i 2015 fortsatt på stadium 1.

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium *Navn på register*

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

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

Stadium 4

16	Kan dokumentere registerets datakvalitet gjennom valideringsanalyser	5.6, 5.7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Presenterer oppdatert dekningsgradsanalyse hvert 2. år	5.2, 5.3, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Har dekningsgrad over 80%	5.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Registrerende enheter har løpende (on-line) tilgang til oppdaterte egne og nasjonale resultater	7.1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Resultater fra registeret er tilpasset og tilgjengelig for pasienter	7.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Kunne dokumentere at registeret har ført til kvalitetsforbedring/endret klinisk praksis	6.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
