OUS

smerteregister

Årsrapport for 2025 med
plan for forbedringstiltak

Nadine Farnes[1], Christopher Ekholdt[1], Lars-Petter Granan[1,2], Tone Marte Ljoså[1,3], Silje Endresen Reme[1,2], Geir Bornkessel[4], [1,2]

[1]Oslo universitetssykehus

[2]Universitetet i Oslo

[3]Universitetet i Sørøst-Norge

[4] Brukerutvalget, Oslo universitetssykehus

OUS smerteregister oppsummert 2025

Pasientene rapporterer ved oppstart

- Dårlig egenrapportert helse
- Dårlig livskvalitet
- Høy smerteintensitet
- Lav fysisk funksjon

42%
fikk behandlingstilbud

Ventetid på
6 uker

44%
opplevde bedring

34%
fikk tverrfaglig behandling

Innhold

1 Sammendrag 5
2 Innledning 6
3 Resultater 6
3.1 Kvalitetsindikatorer – henvisninger 7
3.1.1 Andel nye pasienter 7
3.1.2 Opptaksområde 8
3.2 Kvalitetsindikatorer – nye pasienter 9
3.2.1 Ventetid fra vurdert henvisning til første konsultasjon for nye pasienter 9
3.2.2 Opioidebruk blant nye pasienter 10
3.2.3 Konsultasjoner for nye pasienter 12
3.2.4 Pasientforløp og avslutningsgrunn for nye pasienter 15
3.3 Pasientrapporterte data 17
3.3.1 Demografi 17
3.3.2 Baseline helsevariabler 18
3.3.3 Oppfølging 12 måneder etter avsluttet behandling 20
4 Prosjekter og forskning 22
5 Registerbeskrivelse og aktiviteter 23
5.1 Registerbeskrivelse 23
5.2 Aktiviteter i fagrådet 24
5.3 Oppfyller registeret dets formål? 24
6 Plan for forbedringstiltak 24
6.1.1 Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten 24
6.1.2 Utvikling av prosedyrer for sikring av datakvalitet 25

Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
PGIC	Patient Global Impression of Change
SA	Standardavvik
OR	Odds Ratio
KI	Konfidensintervall

1 Sammendrag

I 2025 ble 2483 unike pasienter henvist til avdeling for smertebehandling ved OUS. Av disse ble 1062 pasienter gitt behandlingsrett. Flertallet av pasientene som ble henvist regionalt opptaksområde, men det var en økning i andel pasienter med lokalt opptaksområde de siste årene. Ventetiden fra henvisningen ble mottatt til første polikliniske konsultasjon var i gjennomsnitt 6 uker, med en lengste ventetid på 25 uker.

Pasienter med henvisning i samme år som eller året før første konsultasjon for den aktuelle henvisningen ble definert som nye pasienter. I 2025 var det 1040 nye pasienter ved smerteavdelingen. For 615 av disse var det registrert tidligere analgetikabruk, og 57 % brukte opioider. Det hyppigst forekommende analgetikumet brukt ved oppstart av utredning og behandling var Paracetamol.

I 2025 fikk hver nye pasient i gjennomsnitt 10 konsultasjoner. Av disse foregikk 47 % poliklinisk, 19 % var telefonkonsultasjoner, og 4 % var videokonsultasjoner. Polikliniske konsultasjoner og videokonsultasjoner varte sjelden mindre enn 30 minutter, noe som indikerer et høyt ressursbehov per pasient. Totalt mottok 58 % av pasientene monofaglig utredning og behandling, 20 % mottok to-faglig utredning og behandling og 14 % mottok tre-faglig utredning og behandling.

I tidsintervallet 2023-2025 ble halvparten av pasientforløpene avsluttet innen 4 måneder etter første konsultasjon, mens 89 % av forløpene ble avsluttet innen 12 måneder etter første konsultasjon. Den hyppigst forekommende avslutningsgrunnen var videre oppfølgning av fastlege.

For nye pasienter var responsraten for baselineundersøkelsen 76 % (665 pasienter). Når man ser på antall besvarelser utenom nye pasienter besvarte totalt 691 pasienter på baselineundersøkelsen i OUS smerteregister 2025, mens 206 pasienter besvarte oppfølgingsundersøkelsen 12 måneder etter avsluttet behandling. Gjennomsnittsalderen for nye pasienter som besvarte baselineundersøkelsen var 48 år. Totalt var 64 % av pasientene kvinner. Videre hadde 38 % av pasientene fullført videregående skole eller yrkesskole, mens 37 % hadde høyere utdanning på høyskole eller universitet. Totalt var 48 % yrkesaktive/studenter/i militærtjeneste, mens 42 % var ikke yrkesaktive.

Ved baseline i 2025 rapporterte 93 % av pasientene dårlig helse, 78 % rapporterte dårlig livskvalitet, 52 % rapporterte høy smerteintensitet og 41 % rapporterte betydelig eller alvorlig nedsatt fysisk funksjon. Blant pasientene som besvarte oppfølgingsundersøkelsen i 2025, rapporterte 52 % bedring i fysisk funksjon, 56 % bedring i livskvalitet, 57 % bedring i selvrapportert helse og 45 % bedring i smerteintensitet. Totalt rapporterte 39 % av de som besvarte PGIC forbedring, 29 % rapporterte forverring, mens 30 % rapporterte ingen endring.

2 Innledning

OUS smerteregister (OSR, engelsk *Oslo Pain Registry*) ble etablert i 2015. Registeret samler data på pasienter ved Avdeling for smertebehandling ved Oslo universitetssykehus.

Datainnsamling fra 2015 til 2020 foregikk med Infopad (versjon 1), mens fra 2020 ble det byttet til OUS-utviklede Medinsight registerløsning (versjon 2). Registeret har per 2025 samlet inn data på over 10 000 pasienter (OPR versjon 1: 4280 + OPR versjon 2: 5753), og er i kontinuerlig utvikling. Se registerbeskrivelse for mer detaljer.

3 Resultater

Resultater fra OPR smerteregister viser både kvalitetsindikatorer og pasientrapporterte data. Kvalitetsindikatorer innebærer hvordan registerdata brukes for å forbedre klinisk praksis og kvaliteten på behandlingen pasientene mottar.

Vi har sett på følgende kvalitetsindikatorer:

Indikatorer knyttet til henvisninger

- Andel unike pasienter og behandlingssvar
- Opptaksområde

Indikatorer knyttet til nye pasienter ved avdelingen gitt behandlingsrett

- Ventetid fra vurdert henvisning til første konsultasjon
- Tidligere medikamentbruk
- Konsultasjoner: antall, tidsbruk og tverrfaglig behandling
- Pasientforløp og avslutningsgrunn

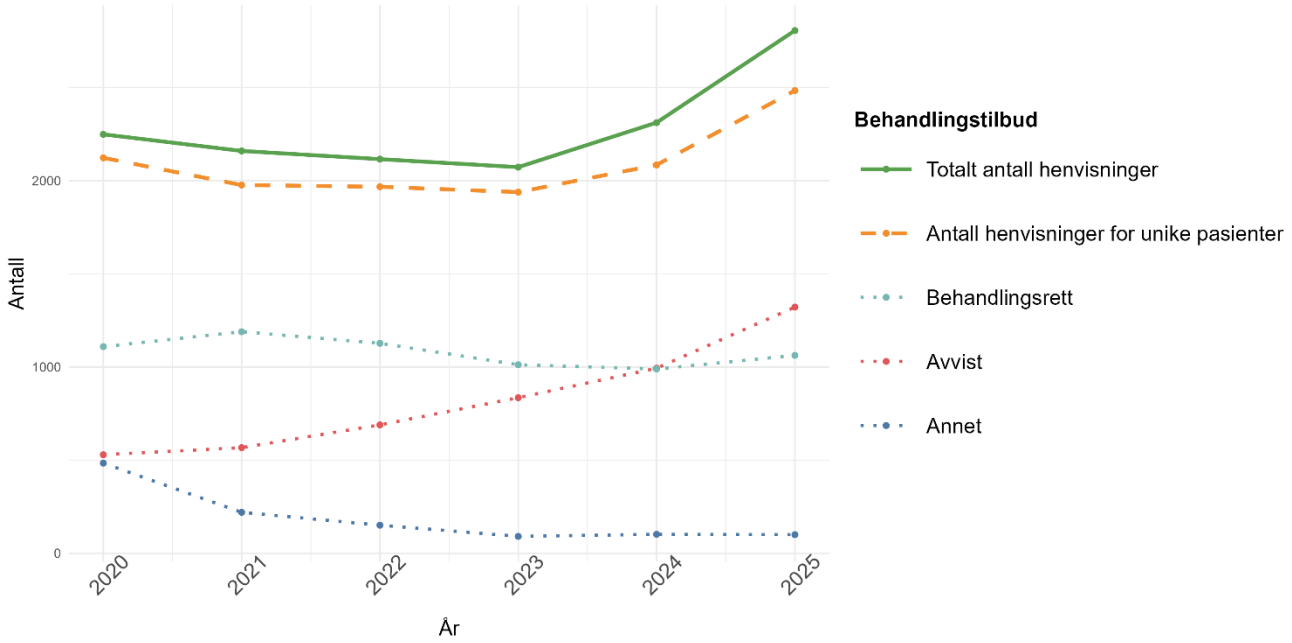
Pasientrapporterte data viser til spørreundersøkelser gitt til alle pasienter ved avdelingen. Pasienter som kommer til første-konsultasjon får mulighet til å svare på baselineundersøkelsen i forkant av konsultasjonen. Etter 12 måneder får de igjen mulighet til å svare på en oppfølgerundersøkelse for å evaluere hvordan det har gått etter å ha blitt avsluttet ved avdelingen.

Vi har sett på følgende pasientrapporterte data:

- Demografi: alder, kjønn, utdanning og arbeidsstatus
- Baseline helsevariabler: fysisk funksjon, livskvalitet, egenrapportert helse og smerteintensitet
- 12 måneder oppfølging av helsevariabler: fysisk funksjon, livskvalitet, egenrapportert helse og smerteintensitet
- Pasientrapportert opplevd endring etter behandling (PGIC)

3.1 Kvalitetsindikatorer – henvisninger

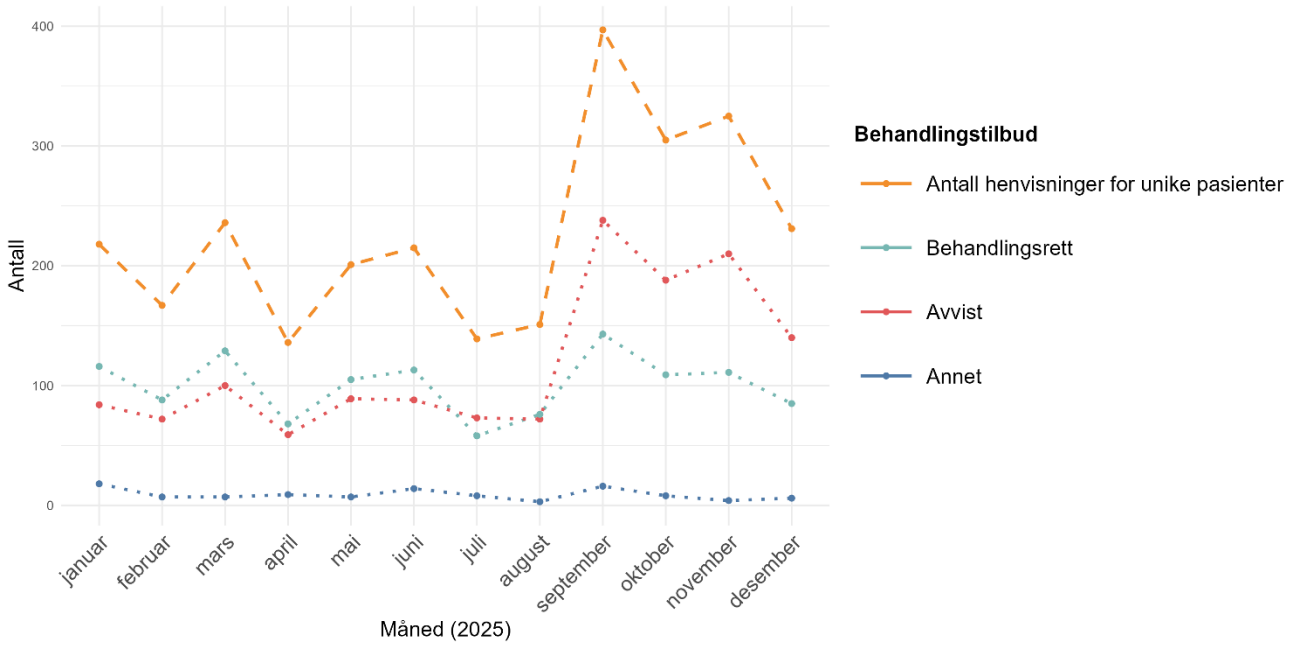
3.1.1 Andel nye pasienter



Figur 1. Totalt antall henvisninger og antall henvisninger for unike pasienter og tilhørende behandlingssvar fordelt på år. Dersom pasienter har flere enn en henvisning blir de regnet som å ha fått behandlingsrett dersom de tidligere har fått avslag samme året. Dersom de har fått avslag og et annet behandlingssvar som ikke inkluderer behandlingsrett, blir de regnet som å ha fått avslag. Annet behandlingssvar inkluderer studiedeltakelse, åpen retur, generelle forespørsel, ikke møtt første time eller manglende data.

Det har vært en økning i antall unike pasienter som har blitt henvist til avdelingen i 2025 (Figur 1). I 2025 ble 2483 pasienter henvist til avdelingen og 1062 pasienter fikk behandlingsrett. Det var en økning i antall unike pasienter som ble avvist ved avdelingen i 2025 sammenlignet med foregående år. Totalt 1321 pasienter (53 %) ble avvist, som er en økning på 10 prosentpoeng siden 2023 (835 av 1938 pasienter). Dette kan sammenfalle med at 46 % av henvisningene for 2025 kom i perioden september-desember (Figur 2). Det er sannsynlig at dette skyldes økt henvisningstrykk ifb. dokumentarserien om Pain Reprocessing Therapy-behandling på smertepasienter (Harald og sytepavene, VGTV, 30.august 2025).

.



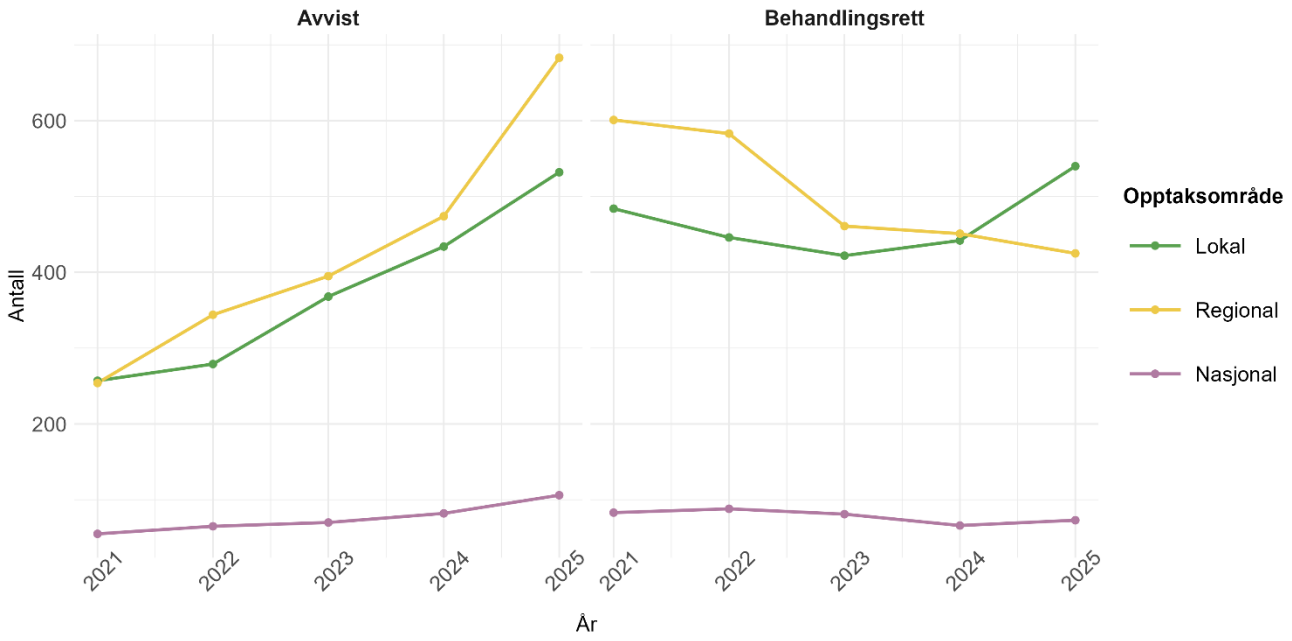
Figur 2: Antall henvisninger i 2025 og tilhørende behandlingssvar fordelt på måneder. En pasient kan være tilknyttet flere henvisninger for forskjellige måneder. Annet indikerer studiedeltakelse, åpen retur, generelle forespørsel, ikke møtt første time eller manglende data.

De fleste pasienter (88 %) ble henvist kun én gang i løpet av 2025, noe som kan indikere at henvisningene i stor grad fører til en presis avklaring. Samtidig, blant pasienter som ble henvist flere ganger fikk 39 % til slutt behandlingsrett.

3.1.2 Opptaksområde

I 2025 hadde 1164 pasienter (47 %) som ble henvist til Avdeling for Smertebehandling opptaksområde regionalt, mens 1093 (44 %) var lokale pasienter. Kun 188 pasienter (8 %) ble henvist fra andre steder i landet, mens 38 pasienter (2 %) hadde ikke registrert opptaksområde. Det har vært en nedgang i antall regionale pasienter som har fått behandlingsrett de siste 5 årene[1] (Figur 3). Av pasientene som fikk behandlingsrett i 2025 hadde 51 % lokalt opptaksområde, og av pasientene som fikk avvist behandlingsrett hadde 52 % regionalt opptaksområde.

[1] For 2024 og 2025 er denne nedgangen statistisk signifikant sammenlignet med 2021 (2024: OR = 0.74, KI [0.56, 0.98], p = 0.038, 2025: OR= 0.49, KI [0.37, 0.64], p < 0.001).



Figur 3: Antall pasienter og behandlingssvar fordelt på opptaksområde. Det er ikke tatt med pasienter som har manglende opptaksområde og heller ikke behandlingssvar som indikerer studiedeltakelse, åpen retur, generelle forespørsel, ikke møtt første time eller manglende data.

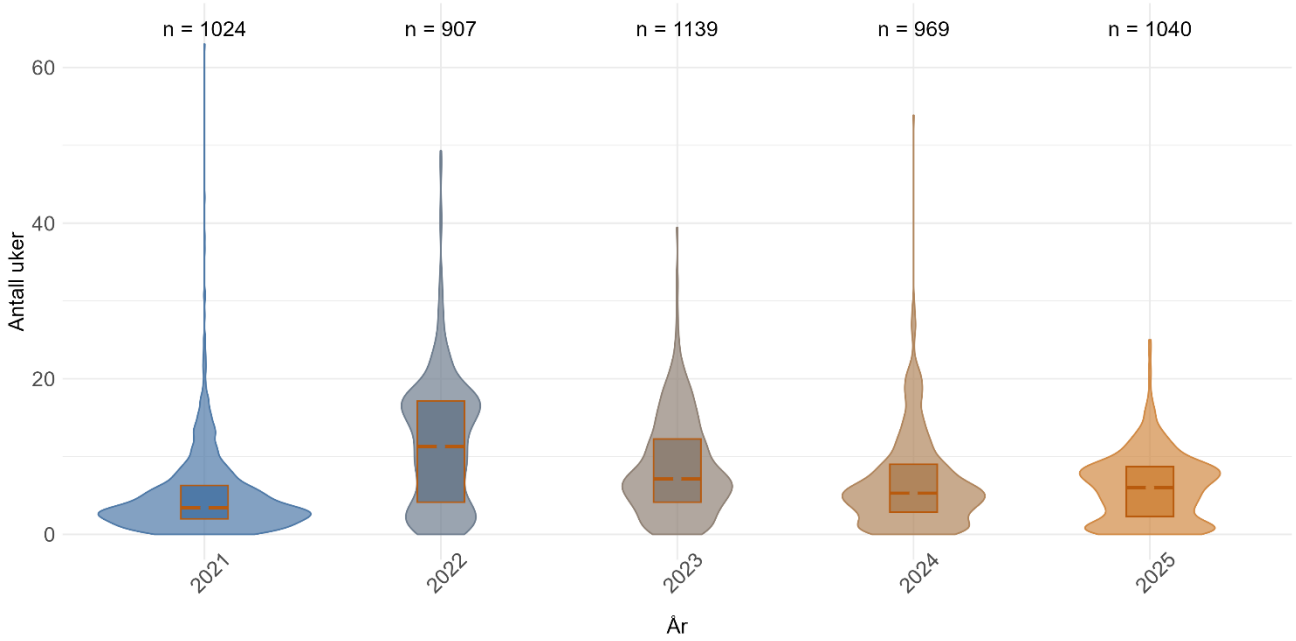
3.2 Kvalitetsindikatorer – nye pasienter

Datasettet brukt videre for å undersøke kvalitetsindikatorer inkluderer kun pasienter med behandlingsrett, ikke pasienter med behandlingssvar som indikerer studiedeltakelse, åpen retur, generelle forespørsel, ikke møtt første time eller manglende data for behandlingssvar. Kun pasienter med henvisning i samme år som eller året før første konsultasjon for den samme henvisningen er inkludert. Dette er gjort for å beregne nye pasienter hvert år. I 2025 var det 1040 nye pasienter ved avdeling for Smertebehandling.

3.2.1 Ventetid fra vurdert henvisning til første konsultasjon for nye pasienter

I 2025 var gjennomsnittlig og median ventetid fra behandlet henvisning til første konsultasjon 6 uker (SA= 4 uker), med korteste ventetid på 0 dager og lengste ventetid på 25 uker. Lengste ventetid har variert med årene, men blitt betydelig kortere i 2025[2] (Figur 4). Det er også en tydelig bimodal fordeling for 2025 der ventetidene grupperer seg rundt 1 uke og 8 uker.

[2]Årene der det er stor spredning i ventetid (lange ventetider) har blitt gjennomgått i internt kvalitetsarbeid.



Figur 4. Ventetid fra mottatt henvisning til først konsultasjon i antall uker fordelt på år. Høyde på hver fiolin viser spennet i ventetiden, mens bredere partier på fiolinen indikerer flere pasienter ved den angitte ventetiden. Boxplot i midten viser median i stiplet linje.

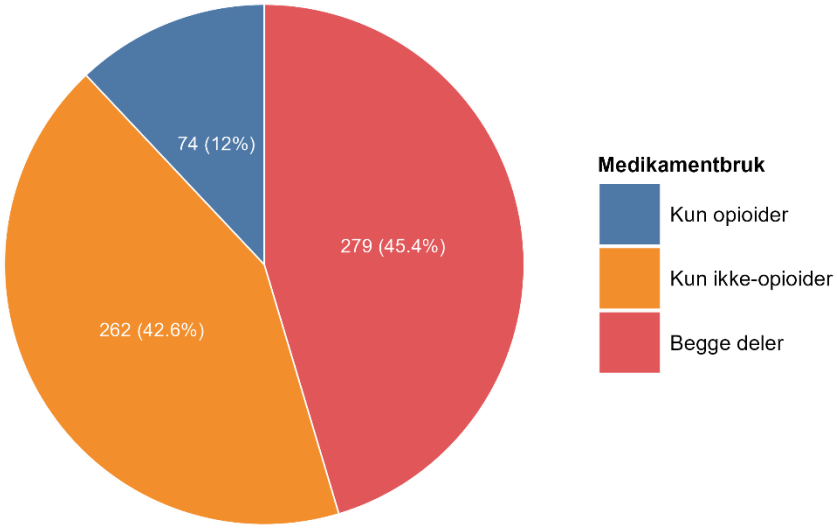
3.2.2 Opioidebruk blant nye pasienter

I 2024 ble det mulig å registrere tidligere medikamentbruk i registeret. Dette er medikamentbruk som er relatert til smertebehandling, analgetika, men som ikke er forordnet av Avdeling for Smertebehandling.

I 2025 manglet 425 pasienter (41 %) registrering av analgetika ved første konsultasjon hos behandler[3]. Manglende registrering betyr ikke nødvendigvis at pasientene ikke brukte analgetika før de fikk behandling ved avdelingen, ettersom behandler kun bekreftet at pasientene ikke tidligere brukte analgetika hos 71 pasienter (17 %) med manglende registrering. For resten av pasientene forelå det ingen bekreftelse fra behandler.

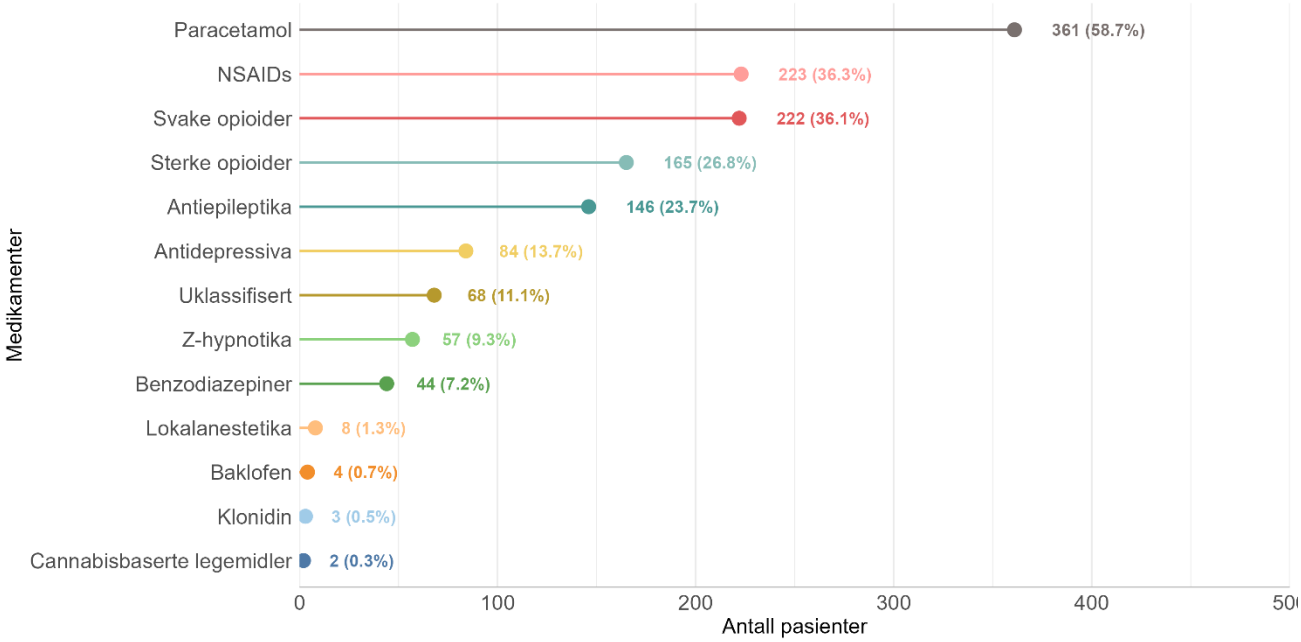
Hos de 615 pasientene der det var registrert analgetika, brukte 353 (57 %) opioider. Av disse brukte 166 pasienter opioider kun ved behov (47 %), 113 brukte opioider fast (32 %), 65 brukte opioider både fast og ved behov (18 %) og 9 brukte opioider ved kur eller hadde manglende verdier (3 %). Flesteparten av pasientene brukte både opioider og andre medikamenter (Figur 5).

[3] Uttrekk av data for pasienter med tidligste henvisning og tidligste konsultasjon for 2025 ble lagt til grunn for beregningen.



Figur 5. Andel pasienter og medikamentbruk før oppstart ved avdelingen.

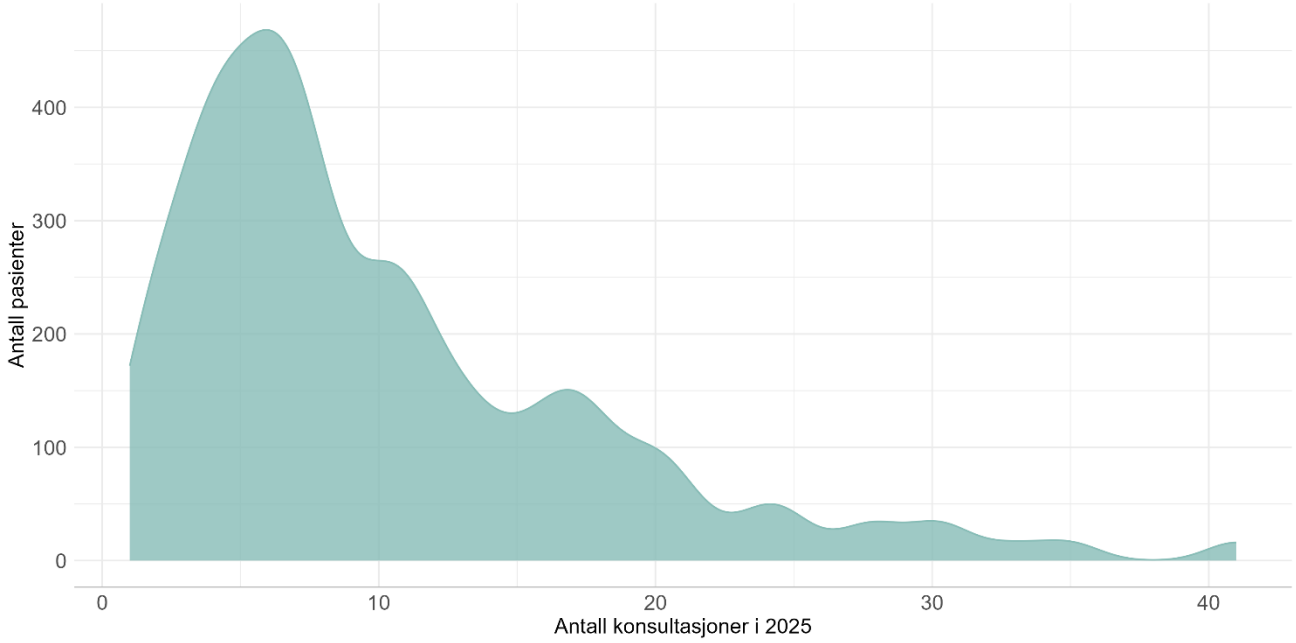
Paracetamol var medikamentet som forekom oftest hos pasientene. I 2025 hadde 361 pasienter (59 %) minst én registrering av paracetamol før behandlingsstart ved avdelingen (Figur 6). Andre medikamenter som forekom ofte hos pasientene var svake opioider (222, 36 %, tramadol og kodeinpreparater), og NSAIDS (223, 36%).



Figur 6. Prosentandel pasienter med forekomst av ulike medikamenter før behandlingsstart ved avdelingen. Prosentandelene summerer ikke til 100 % fordi pasienter kan ha registrert flere medikamenter. Uklassifisert henviser til annen relevant medikamentell behandling.

3.2.3 Konsultasjoner for nye pasienter

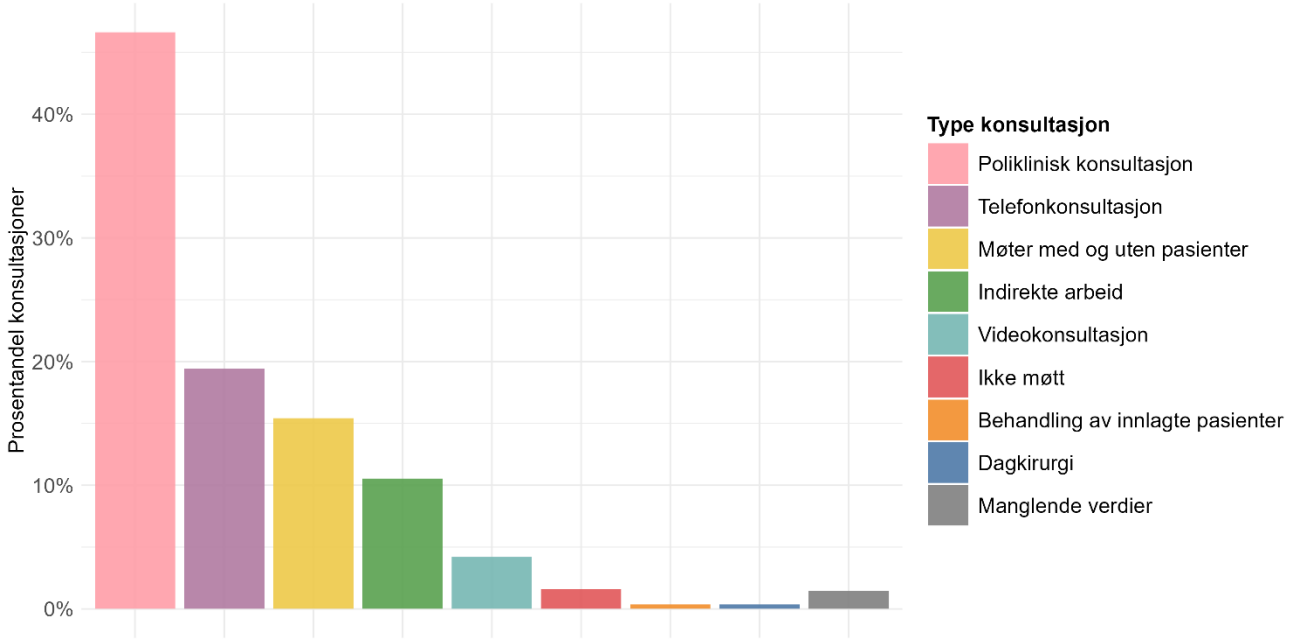
I 2025 fikk hver nye pasient i gjennomsnitt 10 konsultasjoner (median: 8, SA: 8), inkludert utredning og behandling (Figur 7) [4].



Figur 7. Antall konsultasjoner gjennomført for nye pasienter i 2025.

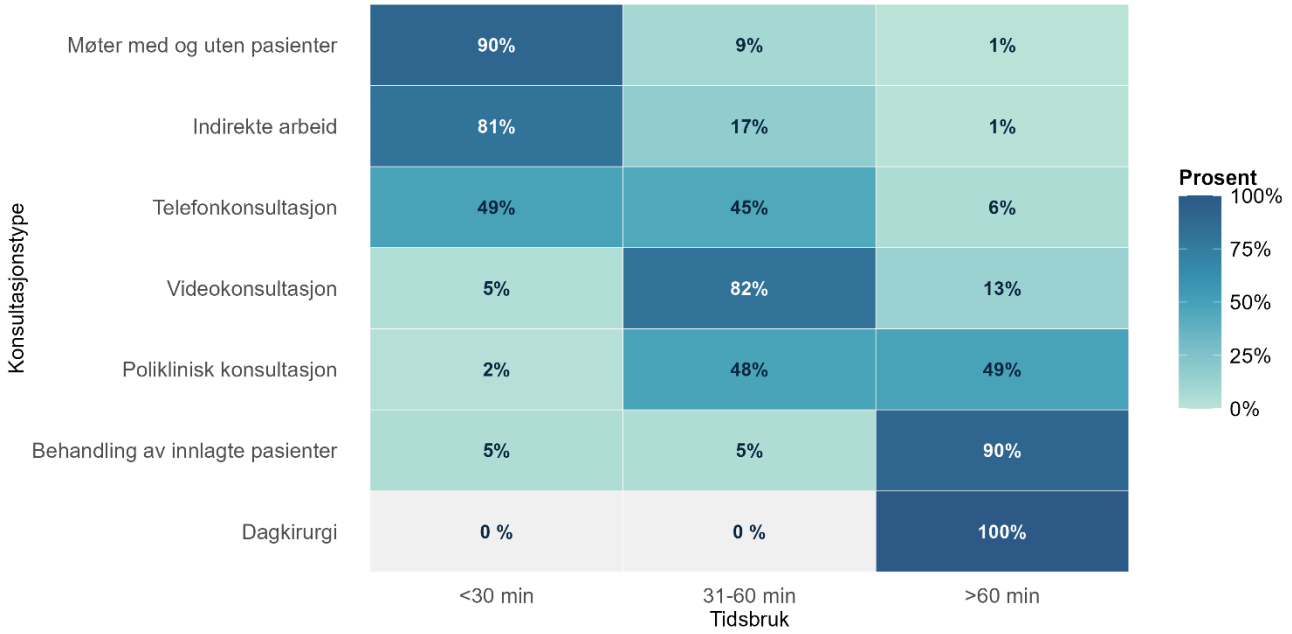
Hele 47 % av konsultasjonene som ble gjennomført for nye pasienter i 2025 foregikk poliklinisk, 19 % av konsultasjonene var telefonkonsultasjoner, 15 % var møter med og uten pasienter (innad i avdelingen, eller innad eller utenfor spesialisthelsetjenesten, og 10 % var indirekte arbeid. Svært få konsultasjoner var videokonsultasjoner (4 %), registrert som ikke møtt til timen (2 %), behandling av innlagte pasienter (0.4 %) eller dagkirurgi (0.4 %, Figur 8).

[4] Engangskonsultasjoner som omhandler attest, erklæring eller søknad er ekskludert.



Figur 8. Prosentandel ulike konsultasjonstyper i 2025. Året summerer til 100 %. Møter med og uten pasienter inkluderer møter innad i avdelingen og innad eller utenfor spesialisthelsetjenesten. Indirekte arbeid indikerer administrativt arbeid. Behandling av innlagte pasienter inkluderer ikke pasienter som smerteteamet ved avdelingen fører tilsyn på.

Dersom vi ser på tidsbruk for de ulike konsultasjonstypene ser vi at 90 % av indirekte arbeid og 81 % av møter med og uten pasienter varte mindre enn 30 minutter (Figur 9). Konsultasjonstypene som i hovedsak varte lenger enn 1 time var behandling av innlagte pasienter og dagkirurgi (aktivitet knyttet til ryggmargsstimulering). Polikliniske konsultasjoner og videokonsultasjoner varte sjeldent mindre enn 30 minutter, noe som indikerer et høyt ressursbehov per pasient.

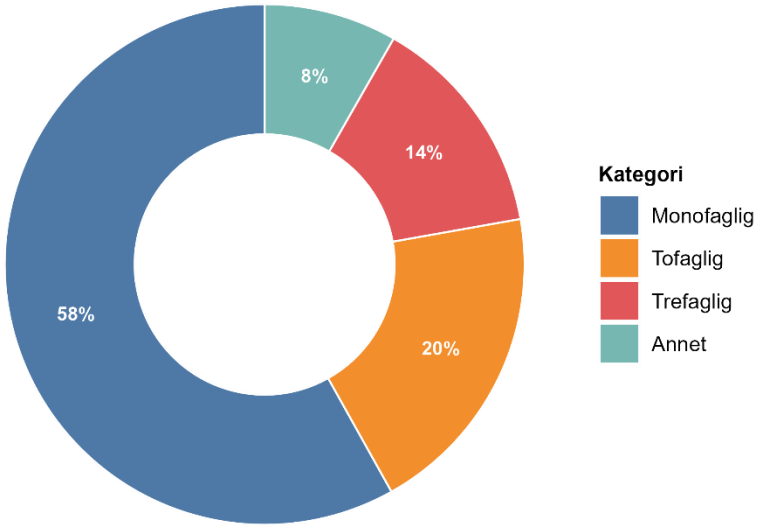


Figur 9. Tidsbruk for ulike konsultasjonstyper i 2025. Møter med og uten pasienter inkluderer møter innad i avdelingen og innad eller utenfor spesialisthelsetjenesten. Indirekte arbeid indikerer administrativt arbeid. Behandling av innlagte pasienter inkluderer ikke pasienter som smerteteamet ved avdelingen fører tilsyn på.

Ved Smerteavdelingen er det 10,1 legeårsverk, 3,2 psykologårsverk, 3,0 fysioterapeutårsverk, 12,5 sykepleierårsverk, 1,2 forskerårsverk og 2,0 stipendiatårsverk. Tverrfaglig behandling refererer til at en pasient har fått utredning og behandling av mer enn én profesjonsgruppe ved avdelingen[5]. Monofaglig behandling er behandling der kun én profesjonsgruppe har vært involvert, to-faglig er når to profesjonsgrupper har vært involvert, og tre-faglig er når tre profesjonsgrupper har vært involvert. Profesjonsgruppene her består av lege, psykolog eller fysioterapeut[6].

Hovedvekt av pasientene i 2025 gjennomgikk monofaglig utredning og behandling (555 pasienter, 58 %, Figur 10).

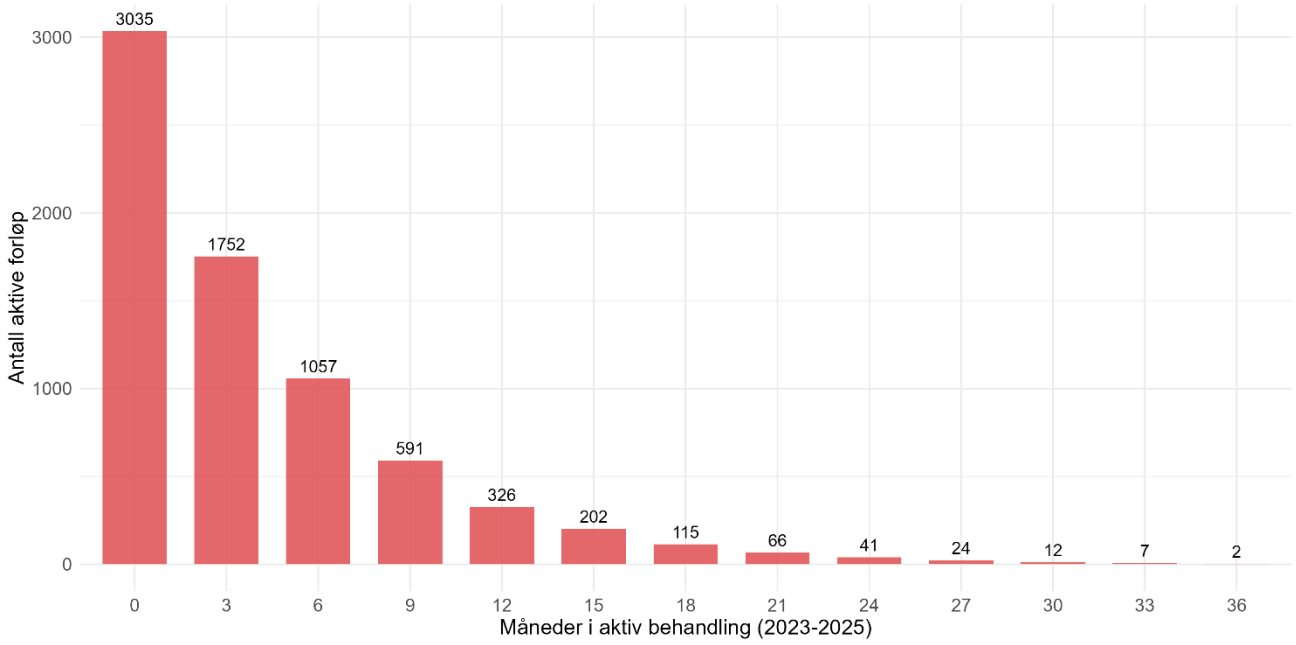
[5] Konstruert variabel beregnet ved opprettet konsultasjon av én eller flere typer profesjonsgrupper ved ulike konsultasjoner i 2025. Det er ikke en egen tverrfaglig prosedyrekode.
[6] Av metodiske hensyn omfatter ikke tallmaterialet behandlingstiltak utført av sykepleier. Tverrfaglig behandling er her kun definert ut fra minimumskravet om deltakelse fra lege, psykolog og fysioterapeut selv om sykepleiere som gjør medikamentoppfølging anses som en selvstendig behandlingspart når dette registreres.



Figur 10. Tverrfaglighet i konsultasjoner hos nye pasienter i 2025. Annet indikerer at det er en sykepleier, kontorfunksjon eller andre som har opprettet konsultasjonen.

3.2.4 Pasientforløp og avslutningsgrunn for nye pasienter

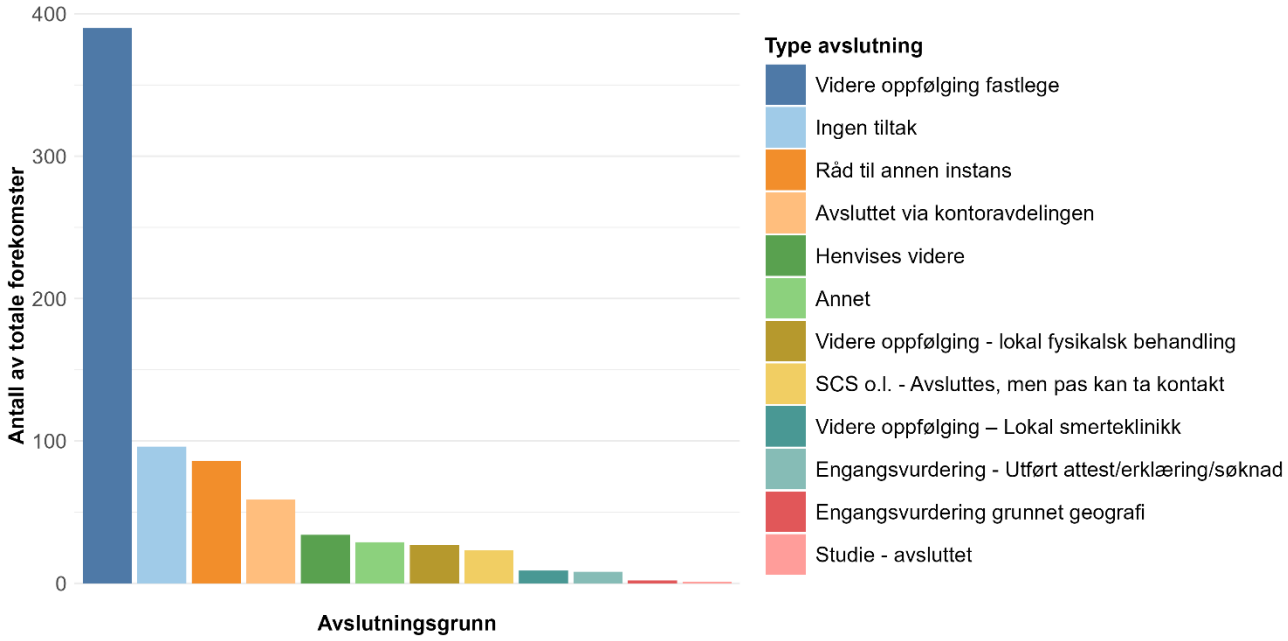
Pasientforløp for en pasient beskriver hvor lenge en pasient får behandling og oppfølging ved avdelingen. Dersom vi ser på tidsintervallet 2023-2025 hadde flertallet av pasientene korte forløp. Halvparten av pasientforløpene ble avsluttet innen 4 måneder fra første konsultasjon, mens 89 % av forløpene ble avsluttet innen 12 måneder fra første konsultasjon (Figur 12). Kun ca. 4 % prosent av pasientene var fortsatt i behandling 18 måneder etter første konsultasjon.



Figur 12. Pasientforløp: Antall aktive forløp fordelt på måneder fra 2023-2025. Nedgang i antall aktive forløp betyr at en pasient enten er ferdigbehandlet eller er blitt sensurert (fjernet uten at de har en avslutningsdato, men kun en siste konsultasjonstime). Engangskonsultasjoner som omhandler attest, erklæring eller søknad er ikke med i beregningen.

I 2025 ble 550 pasienter avsluttet samme år som de hadde sin første konsultasjon. Kun 18 pasienter avsluttet flere ganger grunnet flere henvisningsforløp. Av pasientene som ble avsluttet i 2025 og startet sitt forløp tidligere, hadde 318 sin første konsultasjon i 2024, mens 102 pasienter hadde sin første konsultasjon to eller flere år før.

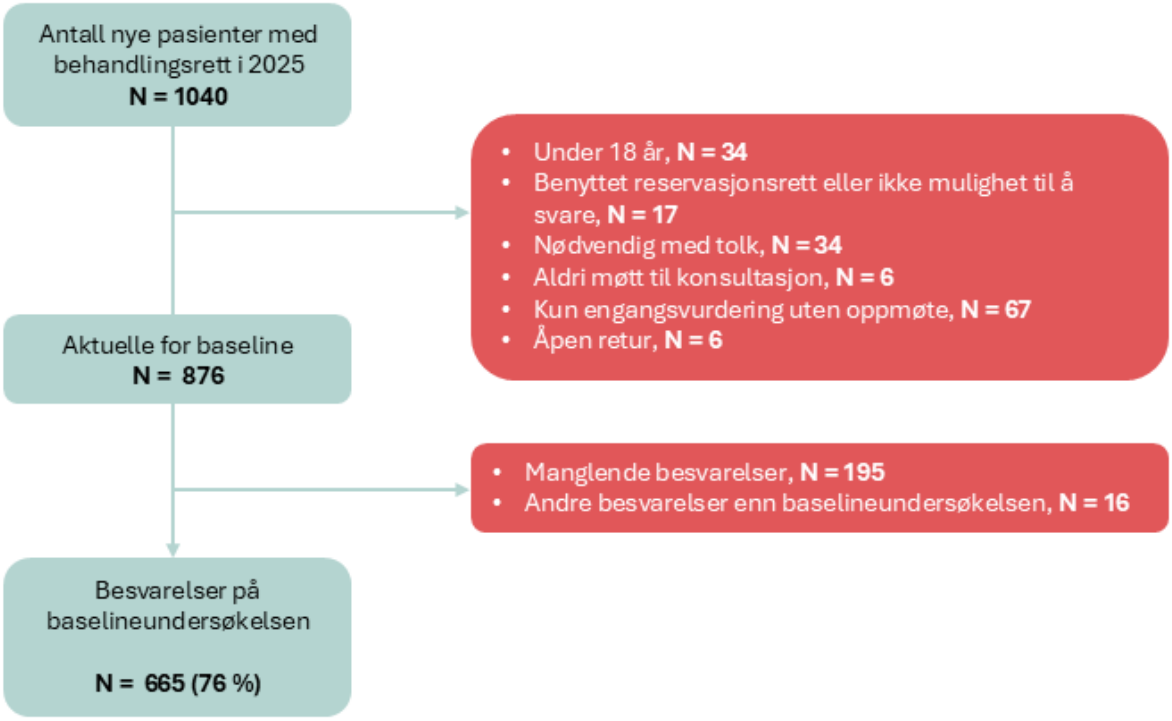
Hyppigst forekommende avslutningsgrunn var videre oppfølgning av fastlege (385 forekomster, Figur 13).



Figur 13. Avslutningsgrunn for pasienter i 2025. En pasient kan være registrert med flere avslutningsgrunner. Ingen tiltak indikerer at en pasient ikke oppfyller kriterier for behandling, ikke møtt til time, at avdelingen har ingen tiltak å tilby eller at pasienten er død. Henvises videre indikerer at en pasient henvises til annen spesialisthelsetjeneste, rehabiliteringsinstitusjon eller DPS/psykolog.

3.3 Pasientrapporterte data

I 2025 var det 876 av 1040 nye pasienter som var aktuelle for å besvare baselineundersøkelsen, etter å ha ekskludert pasienter under 18 år, pasienter som benyttet reservasjonsrett eller uten mulighet til å svare, pasienter der det var nødvendig med tolk, pasienter som aldri møtte til konsultasjon, pasienter som kun hadde en engangsvurdering uten oppmøte og pasienter som hadde åpen retur[7] (Figur 14). Av disse besvarte totalt 665 (76 %) pasienter baselineundersøkelsen. For oppfølgingsundersøkelsen etter 12 måneder besvarte 283 pasienter som var avsluttet ved avdelingen[8]. I de videre analysene er tallene for 2025 basert på pasienter som besvarte skjemaene i løpet av året, og er ikke avgrenset til nye pasienter i 2025.

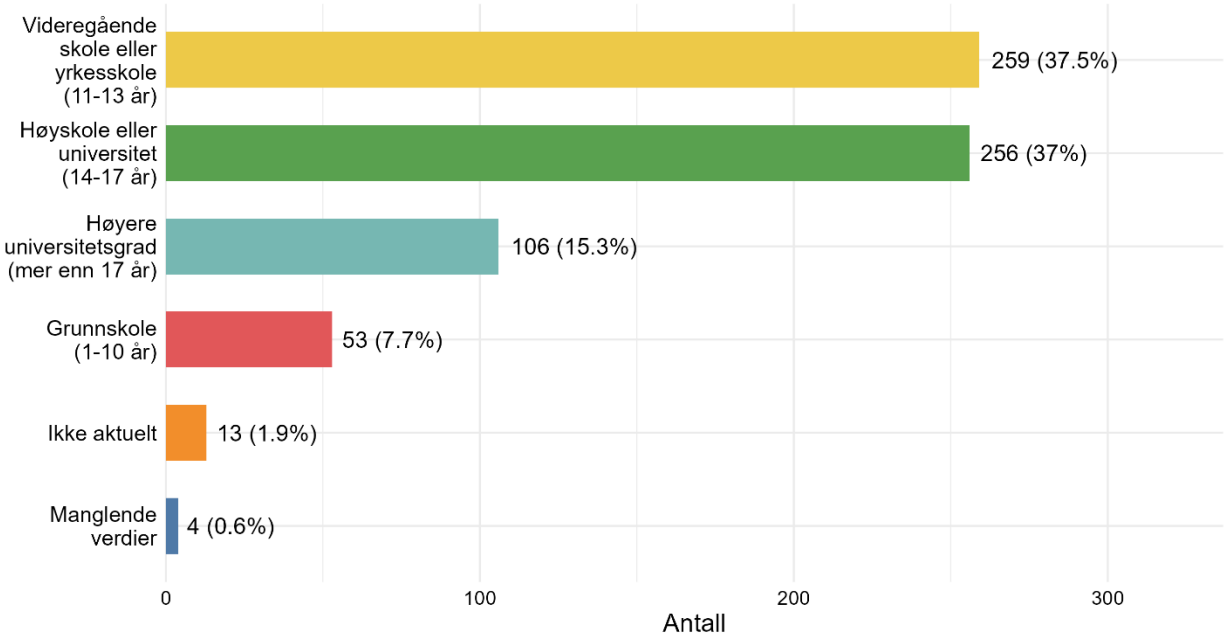


Figur 14. Flytskjema over responsrate for baselineundersøkelsen

3.3.1 Demografi

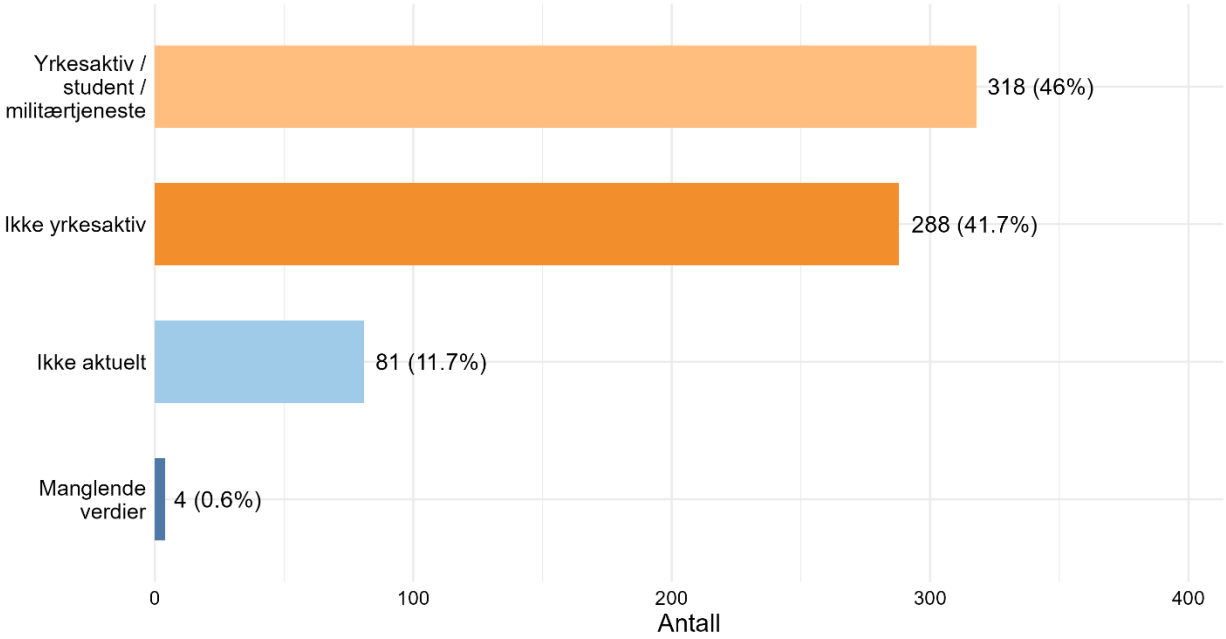
Gjennomsnittsalderen for nye pasienter var 48 år (SA=16.3). Totalt 64 % av pasientene var kvinner, mens 36 % av pasientene var menn. Flesteparten av pasientene hadde fullført videregående skole eller yrkesskole (38 %), eller tatt høyere utdanning på høyskole eller universitet (37 %, Figur 15).

[7] Åpen retur var beregnet som pasienter der første konsultasjon ble opprettet av en sykepleier.
[8] Ikke nye pasienter, men kun pasienter som hadde besvart oppfølgingsundersøkelsen i 2025.



Figur 15. Andel pasienter og utdanningsnivå.

Totalt 318 pasienter (48 %) var yrkesaktive/studenter/i militærtjeneste, mens 288 pasienter (42 %) var ikke yrkesaktive (Figur 16).



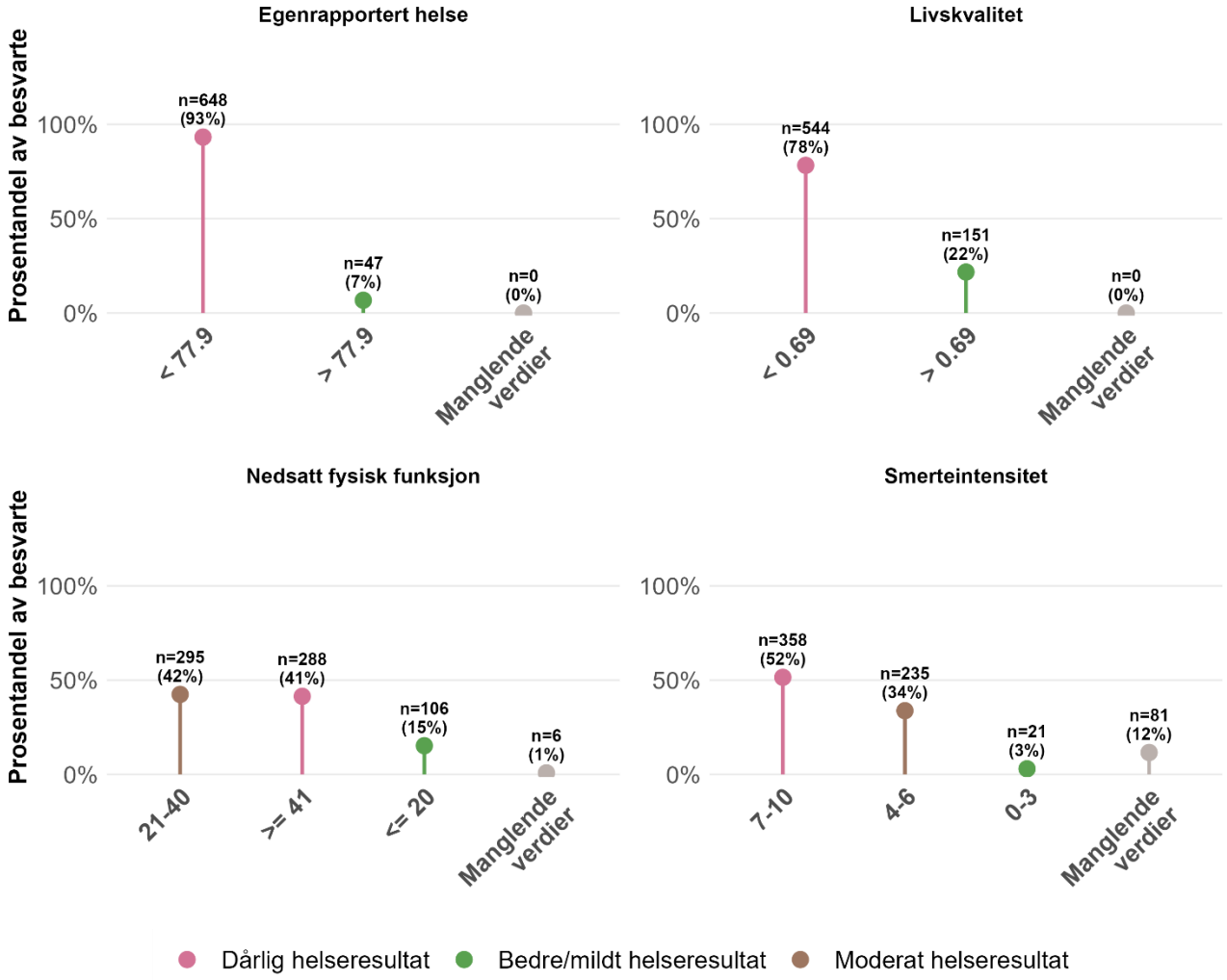
Figur 16. Andel pasienter og yrkesaktivitet

3.3.2 Baseline helsevariabler

Vi har sett på et utvalg pasientrapporterte utfall besvart ved baseline: egenrapportert helse (EQ5D-VAS, 0-100), nedsatt fysisk funksjon (Oswestry Disability Index, 0-100), livskvalitet (EQ5D5L

index, mindre enn 0 - 1) og smerteintensitet (Numerisk rating skala, 0-10)[9]. Høyere skårer på egenrapportert helse og livskvalitet indikerer henholdsvis bedre helse og livskvalitet, mens høyere skårer på smerteintensitet og nedsatt fysisk funksjon indikerer verre smerte og nedsatt fysisk funksjon.

Vi delte skårene for 2025 inn i klinisk relevante cut-off verdier[10] og fant at 93 % av pasientene rapporterte dårlig helse, 78 % rapporterte dårlig livskvalitet, 52 % rapporterte høy smerteintensitet og 41 % rapporterte betydelig eller alvorlig nedsatt fysisk funksjon (Figur 17).



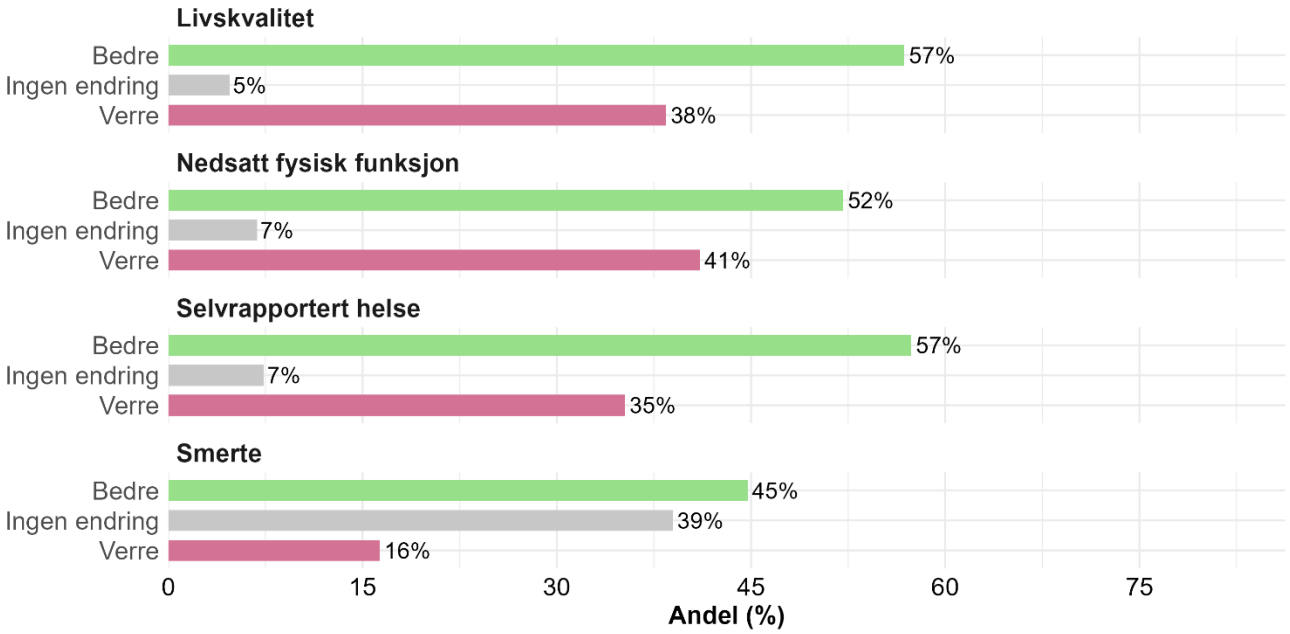
Figur 17. Baselinebesvarelser for 2025: Prosentandel av skårer for egenrapportert helse, livskvalitet, nedsatt fysisk funksjon og smerteintensitet. I kategorien >=41 under nedsatt fysisk funksjon inngår skårer for betydelig, alvorlig og svært alvorlig nedsatt fysisk funksjon.

[9] Se følgende nettside for en forklaring av disse utfallsmålene: https://www.oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-smerte-reks/elektronisk-kartlegging-ous-smerteregister/sporreskjema-ous-smerteregister/#oswestry-disability-index-odi

[10] Farnes, A. (2024). Associations of long-term clinical recovery and improved quality of life across ICD-11 chronic pain categories in a real-world registry study. *European Journal of Pain*. https://doi.org/10.1002/ejp.2307 og Spørreskjemaer brukt i OUS smerteregister - Oslo universitetssykehus HF

3.3.3 Oppfølging 12 måneder etter avsluttet behandling

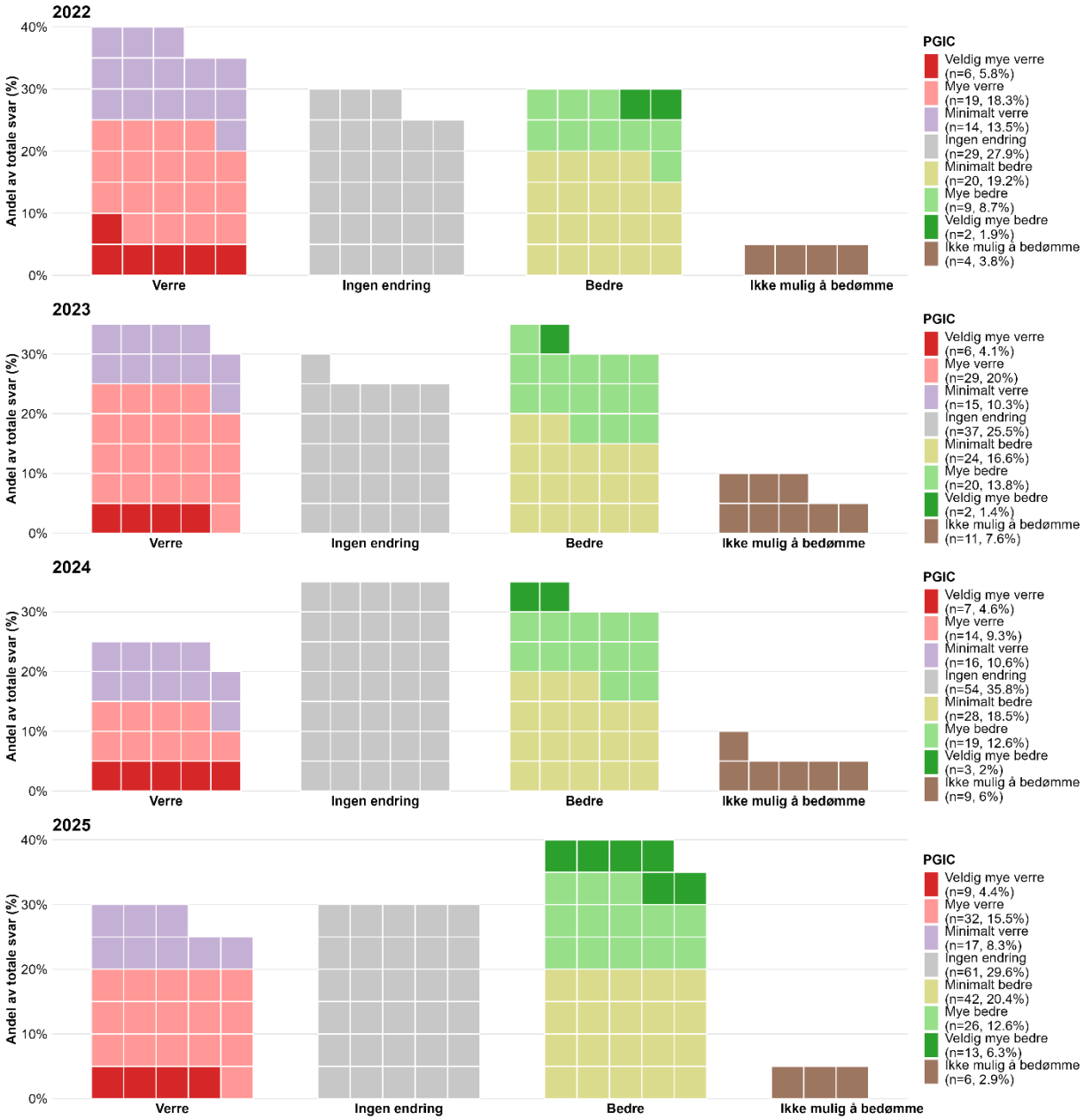
Vi har også sett på endring i nedsatt fysisk funksjon, livskvalitet, selvrapportert helse og smerteintensitet fra baseline til 12 måneder etter avsluttet behandling. Kun besvarelser for 12 måneders oppfølging i 2025 ble inkludert. En større andel av pasientene rapporterte bedring i nedsatt fysisk funksjon (52 %), livskvalitet (56%), selvrapportert helse (57%) og smerteintensitet (45%), sammenlignet med rapportering av en forverring eller at ingen endring skjedde for disse variablene (Figur 18)[11].



Figur 18. Andel pasienter med bedring, ingen endring eller forverring i resultater for helsevariabler 12 måneder etter avsluttet behandling.

Patient Global Impression of Change (PGIC) er pasientrapportert opplevd endring etter behandling. Samlet sett rapporterte flere deltakere forbedring enn forverring 12 måneder etter baseline i 2025. Totalt 39 % av de som besvarte PGIC rapporterte forbedring (dette inkluderte svaralternativene «veldig mye bedre», «mye bedre» eller «minimalt bedre»), 29 % rapporterte forverring (dette inkluderte svaralternativene «veldig mye verre», «mye verre» eller «minimalt verre»), mens 30 % rapporterte ingen endring[12]. I løpet av de siste fire årene er det en økning i andel pasienter som rapporterer å ha blitt veldig mye bedre (Figur 19).

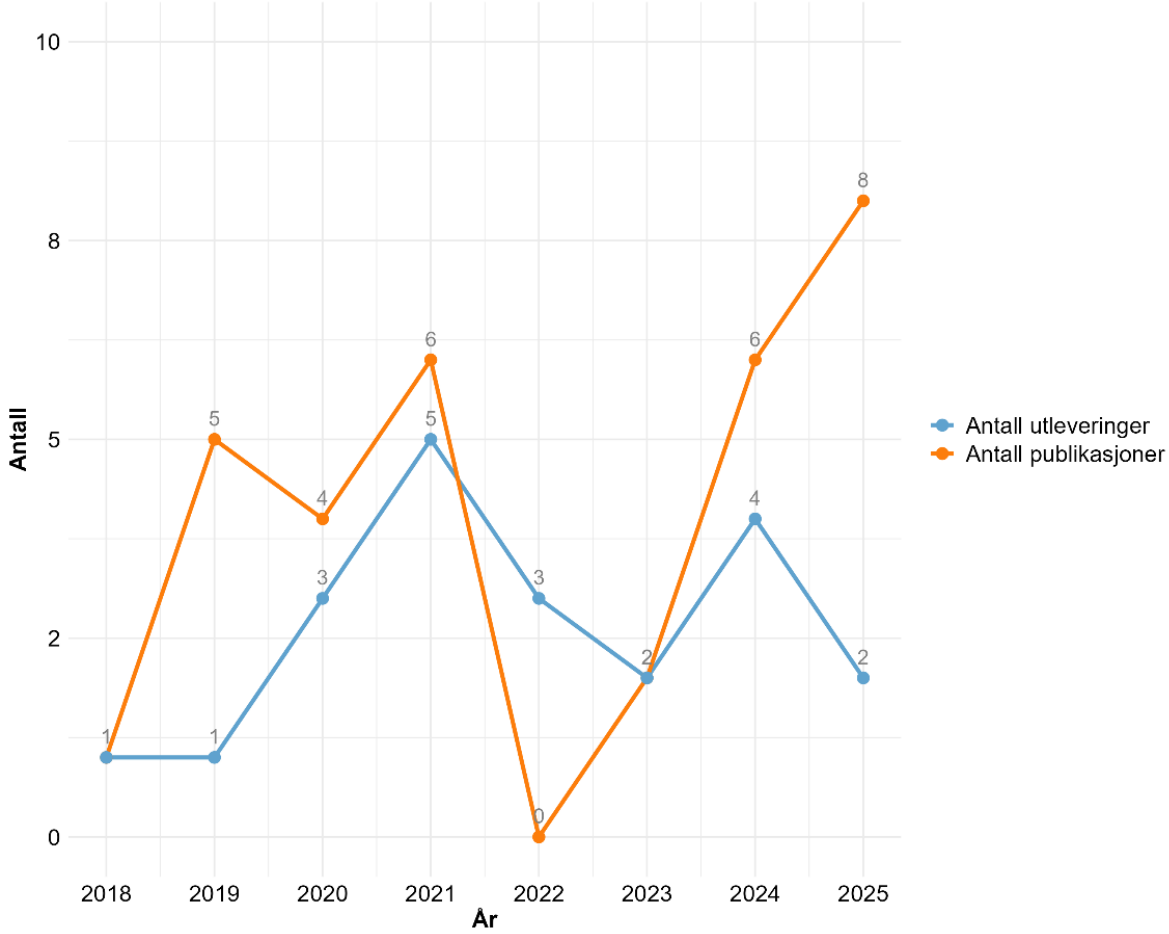
[11] Endring er ikke sett i sammenheng med kliniske relevante endringer (Minimal Clinically Important Difference).
[12] Dette inkluderer kun pasienter med registrert avslutning. Dersom en pasient har besvart oppfølgingsskjemaet flere ganger innen et år, er det det tidligste spørreskjemaet som er lagt til grunn for resultatene.



Figur 19. Fordeling av svaralternativer til Patient Global Impression of Change.

4 Prosjekter og forskning

Det benyttes jevnlig data fra registeret for forskning og for studentoppgaver (f.eks. på psykologstudiet og SSAI-smertespesialisering for leger). Registeret brukes også jevnlig for relevante spørsmål knyttet til drift og dag i avdelingen. Figur 20 viser antall utleveringer og publikasjoner fra 2018 til 2025. Diskrepansen mellom antall utleveringer og publikasjoner henger sammen med avbrutte prosjekter, og at det tar tid fra man har fått utlevert data til en artikkel blir publisert.



Figur 20. Antall utleveringer og publikasjoner fra OUS smerteregister.

5 Registerbeskrivelse og aktiviteter

5.1 Registerbeskrivelse

	OUS smerteregister
Bakgrunn for registeret	Opprettet fordi det manglet systematisk dokumentasjon om hvilke pasienter som henvises til, utredes og behandles ved Avdeling for smertebehandling, Oslo universitetssykehus. Det inngår hvilke behandlinger pasientene mottar, og hvilke utfall behandlingen gir. Registeret brukes til informasjon til behandlere, kvalitetsforbedring og forskning.
Type register	Lokal medisinsk kvalitetsdatabase/register for pasienter utredet og behandlet ved Oslo universitetssykehus, Avdeling for smertebehandling. Registeret samler både kliniske data og pasientrapporterte data (PROMs).
Årstall for start av datainnsamling	2015
Datainnsamlingsløsning	Klinikerrapporerte data samles inn ved hjelp av Medinsight. Pasientrapporterte data samles inn med Nettskjema (som igjen importeres til Medinsight).
Registerets formål	Det overordnede målet med registeret er å kvalitetssikre og forbedre behandlingsmetodene og tilbudet til pasienter med ulike langvarige smertefulle tilstander. Hensikten med registeret er å fremskaffe informasjon som brukes i klinikk, kvalitetsutvikling og forskning. Informasjonen danner grunnlag for klinisk arbeid med diagnostisering og behandlingstiltak, samt kvalitetsarbeid og forskning på resultat av ulike behandlingsmetoder, prosedyrer og tiltak rettet mot pasienter som mottar behandling i spesialisthelsetjenesten for smertefulle tilstander. I tillegg er det ønskelig å skaffe til veie en oversikt over eller kunnskap om hvilke pasienter som henvises til Avdeling for smertebehandlings poliklinikk ved OUS, samt å kunne spore utstyr som er implantert ved avdelingen (ryggmargsstimulering o.l.).
Analyser som belyser registerets formål	Kartlegging av pasientpopulasjonen, henvisningsmønstre, behandlingsaktivitet, pasientrapporterte utfallsmål før og etter behandling. Oversikt over variabler som samles inn finnes her.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	Tilrådd av lokalt personvernombud i 2014 (2014/1309) og ny datafangstløsning i 2020 (20/08986). Registeret omfattes ikke av Helseforskningsloven og krever derfor ikke REK-godkjenning.

Samtykke	Registeret er reservasjonsbasert (kan behandle opplysninger uten aktivt samtykke), men pasienter har rett til reservasjon.
Databehandler	Oslo universitetssykehus HF.
Databehandlingsansvarlig	Administrerende direktør ved Oslo universitetssykehus HF.
Faglig leder / registersekretariat	Faglig leder: Lars-Petter Granan. Daglig leder: Christopher Ekholdt. Forsker: Nadine Farnes
Fagrådets medlemmer	Lars-Petter Granan, Audun Stubhaug, Silje Endresen Reme, Tone Marte Ljoså, Henrik Børsting Jacobsen, Geir Bornkessel.

5.2 Aktiviteter i fagrådet

Det er avholdt 6 fagrådsmøter i 2025.

5.3 Oppfyller registeret dets formål?

Hensikten med registeret er å fremskaffe informasjon som brukes i klinikk, kvalitetsutvikling og forskning. Registeret oppfyller dette ved å samle inn spørreskjema fra pasienter som blir tilgjengelig for behandlere i en rapport. Videre samles det inn data om virksomheten (f.eks ressursbruk og aktivitet). Flere forskningsprosjekter, pågående og avsluttede, har fått data fra registeret.

6 Plan for forbedringstiltak

Et viktig moment var at et nasjonalt smerteklinikkregister (NorPain) ble etablert, utsprunget fra registermiljøet på St. Olavs. NorPain blir viktig for å kunne sammenligne oss med andre smerteklinikker i Norge. OSR kunne med dette benyttet seg kun av NorPains tekniske løsningen, men fagrådet har avgjort at OSR består for mer fleksibilitet for virksomhetsregistrering, fagutvikling og forskning.

6.1.1 Fagutvikling og kvalitetsforbedring av tjenesten

Prosess med å tilpasse registeret til å levere data til NorPain, er startet.

Arbeid med å justere vedtekter i henhold til GDPR og overføring av data til NorPain ble startet høst 2025.

Interne retningslinjer/rutiner for diagnosesetting er enda ikke igangsatt.

Angående individuelle behandlingsmål: Det bør igangsettes kvalitative forskere på dette, for å lage å lage kategorier. Dette er ikke igangsatt enda.

Registerets nettside er oppdatert, med blant annet en oversikt over registerprotokoll og en oversikt forhold knyttet til spørreskjemaer som er brukt i registeret

6.1.2 Utvikling av prosedyrer for sikring av datakvalitet

Prosjektet som skulle se på om kortere lengde på spørreskjemaer til oppfølgingsundersøkelsene ved 12 måneder etter avsluttet behandling ville medføre økt responsrate er ferdig. Resultatet var det var økte odds for besvarelse med et kort skjema, med responsrate på 41% ved kort spørreskjema, og 36% ved langt. Vi skulle legge om til korte besvarelser, men grunnet overgang til NorPain, så ble dette utsatt ettersom hva vi skal levere til NorPain vil styre spørreundersøkelsen..

Det var usikkerhet knyttet til responsrate på baselineundersøkelsen for nye pasienter. Derfor ble det høsten 2025 igangsatt et prosjekt der Kontortjenesten talte hvor mange nye pasienter som hadde besvart baseline før oppmøte.

En løsning som er bestemt vi skal undersøke er å sende ut spørreundersøkelsene via Helse Norge. Dette er en løsning som Nettskjema tilbyr, men som ikke er gjennomført enda.