



Sluttrapport

Inter-rater reliabilitet i SOReg: Blir fedmeoperasjonar rapportert likt av ulike operatørar?

Kvalitetsforbetringsprosjekt med bruk av data frå nasjonalt medisinsk kvalitetsregister.

Kjelde: Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg-N).

Prosjektansvarleg
Prosjektleiar
Prosjektmedarbeidar

Villy Våge
Hannu Lyyjynen
Stina Hanson

Innhald

1 Samandrag	3
2 Bakgrunn for prosjektet	3
3 Beskriving av prosjektet	4
3.1. Overordna mål	4
3.2 Konkrete mål	4
3.3 Praktisk gjennomføring	4
3.4 Datainnsamling	4
4 Metode for resultatmåling	4
5 Resultat	5
5.1 Kasuistikk A	5
5.2 Kasuistikk B	6
5.3 Kasuistikk C	7
5.4 Kasuistikk D.....	9
5.5 Kasuistikk E	11
5.6 Kasuistikk F	14
5.7 Kasuistikk H	16
6 Brukarane si vurdering av prosjektet	18
7 Prosjektgruppa si vurdering av prosjektet	19
8 Konkrete utfall av prosjektet	20

1 Samandrag

Det er viktig at data i eit medisinsk kvalitetsregister er korrekte. For å få inn korrekte data må variablane (dvs spørsmåla) i registeret vere tydelege og lette å forstå slik at dei blir forstått likt av brukarane. I SOReg har alle spørsmåla ein hjelpetekst med utfyllande informasjon om spørsmåla. Vidare vil det lette bruken av registeret om brukarane kjenner funksjonaliteten i registeret. Brukarane bør også ha kjennskap til kva variablar som inngår i registeret for å forstå kva potensiale som ligg i bruken registeret.

I dette prosjektet har vi undersøkt inter-rater reliabilitet, dvs i kor stor grad det er samsvar mellom svar gitt av ulike brukarar sett i forhold til fasit. Problemstillingane er lik dei ein vil sjå i vanleg registreringsarbeid på feltet, i tillegg har vi plukka ut tema som vi har erfart kan vere utfordrande å plotte.

Prosjektet vart gjennomført i 2021. Svært få (<10%) av brukarane deltok, og ingen kirurg var med. Såpass låg deltaking saman med tilbakemeldingane frå sjukehusa om at det ikkje var rom for å prioritere deltaking kan tyde på at kvalitetssikring av fedmekirurgien blir lågt prioritert.

Trass låg deltaking fekk vi identifisert hovudområder for forbetring: Føring av revisjonsoperasjonar, fedmerelatert sjukdom, røykestatus samt preoperativt vekttingsprogram og vektskule. Føring av desse vil bli gjennomgått med brukarane på eit felles møte i Bergen i mai.

For å auke kunnskapen om korrekt plotting vil alle nye søkarar frå og med 2022 måtte legge inn to kasuistikkar i ein testversjon av registeret før dei får tilgang til SOReg-N. Dette er ein direkte konsekvens av prosjektet.

2 Bakgrunn for prosjektet

For at eit kvalitetsregister skal ha truverde må datakvaliteten vere høg. For å oppnå høg datakvalitet må variablane (spørsmåla) i registeret vere eintydige og lett forståelege for brukarane. Dialog med brukarane kan bidra til å betre forståinga av variablane, samt også til å sjå heilheita i registeret. I tillegg kan ein gjennomføre stikkprøver for å undersøke graden av samsvar mellom data som er lagt inn i registeret og opplysingar som står i pasienten sin journal. I dette prosjektet var føremålet å undersøke eventuell variasjon i registreringa blant brukarane, og å vurdere eventuelle årsaker til dette.

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg-N) er ein del av det skandinaviske fedmekirurgiregisteret Scandinavian Obesity Surgery Registry (SOReg). Per i dag deltek Sverige og Norge i registeret. Den tekniske plattformen er den same og inneheld dei same variablane men dataa blir lagra i kvart land separat. SOReg-N fekk status som nasjonalt medisinsk kvalitetsregister i Norge i 2015. Det er drifta av Helse Vest HF. Registeret skal kartlegge kor mange som blir fedmeoperert i Norge, og gje eit bilete av kvaliteten på behandlinga. Opplysingar frå registeret blir brukt til kvalitetssikring og forskning.

3 Beskriving av prosjektet

3.1 Overordna mål

Det overordna målet med prosjektet var å sette fokus på forståing av variablane i registeret. Vi ynskte også å kvantifisere graden av eventuelle avvik mellom data brukarane la inn, og fasit.

3.2 Konkrete mål

I SOReg har vi kontrollert datakvalitet dels gjennom eit automatisert dataprogram (skript) som søker etter avvikande/potensielt feil verdiar, og dels gjennom å besøke sjukehusa for å kontrollere data i SOReg opp mot data i pasienten sin journal. I årsrapportane presenterer vi så desse funna på nasjonalt plan (ikkje sjukehusvis).

Dette prosjektet hadde to konkrete mål:

- a) Kvantifisere graden av avvik mellom plotta data og fasit for andre variablar enn dei som er med i årsrapporten. Dette for å søke etter eventuelle variablar som for fleire brukarar avvik frå fasit. Kan slikt avvik skuldast at informasjonen er vanskelig å få tak i for den som skal registrere? Kan det skuldast at variabelen ikkje er eintydig definert? Dette for å kunne vurdere behov for å betre forståinga av, eller evt behov for å endre (hjelpe)teksten til aktuelle variabel.
- b) Samanlikne graden av avvik mellom sjukehusa. Dette for eventuelt å kunne identifisere sjukehus der ein hadde ei særleg dårleg forståing av variablane, og som dermed kunne ha nytte av forsterka opplæring.

3.3 Praktisk gjennomføring

Alle brukarar ved alle sjukehus i SOReg-N (17) vart invitert til å delta i prosjektet. Sju kasuistikkar (A-B-C-D-E-F-H) vart laga av administrasjonen i SOReg basert på vanlege problemstillingar som kan dukke opp i eit registreringsarbeide. Det vart også lagt inn punkt eller tema i kasuistikkane som vi har sett kan vere utfordrande å plotte. Kvar kasuistikk kunne innehalde eit eller fleire slike tema.

Kasuistikkane blei sendt på e-mail til alle som legg data inn i SOReg-N. Vi sende ut 2-3 kasuistikkar tre gonger i løpet av 2021. Det vart sett svarfrist for kvar bolck, og etter svarfristen sende vi ut fasit med kommentarar på e-mail.

Vi arrangerte to nettmøter med gjennomgang av, og diskusjon om kasuistikkane. Eit møte var i september, eit i desember 2021. Det vil bli arrangert eit fysisk møte i Bergen mai 2022.

3.4 Datainnsamling

Helse Nord IKT (HNIKT) leverte eit eige testregister til prosjektet. Datateknisk var registeret likt SOReg-N bortsett frå at det var konstruert for å kunne ta inn sjølvkomponerte fødselsnummer. Uthenting av data («datadumpar») vart utført av datateknikar ved HNIKT.

4 Metode for resultatmåling

Prosjektgruppa laga kasuistikkar med fasit, og fasit vart plotta inn i testregisteret. På denne måten kom data frå fasit med ved uttrekk av data og vi kunne samanlikne plotting som brukarane hadde gjort direkte mot fasit. Vi sette opp tal svar, samt tal med rett svar og tal

med feil svar og kunne rekne ut prosentdel feil og prosentdel rett svar for kvar variabel. Etter oppstilling av dette i tabellar drøftar vi mogelege årsaker til feil svar.

5 Resultat

Vi utsette svarfristen to gonger. Til saman mottok vi kring 15 svar per kasuistikk i starten av prosjektet, men på dei to siste fekk vi berre fem (kasuistikk F) og tre (kasuistikk H) svar. Vi presenterer her kasuistikkane med hovudtema, resultat og kommentarar. Resultata blir presentert i tabellar med dei same kortnamna som vi finn i datauttrekka til SOReg-N.

5.1 Kasuistikk A; «Arne Andersen, mann, f. 15.09.1990».

Søknad frå primærlege motteke i spesialisthelsetenesta 26.05.14. Pasienten møter for informasjon og samtale den 04.09.14. Journalopptak og avgjerd om operasjon vert gjort den 10.09.14. Vekt: 150 kg, høyde: 190 cm, BT: 149/89. Pasienten arbeider 100% som røyrløysar men er sjukmeld på grunn knesmerter. Ikkje tidlegare DVT eller lungeemboli. Røyker ikkje.

Operasjonsdato 29.11.14, offentleg finansiert. Gastroskopi var ikkje gjort i forkant. Pasienten er cholecystectomert men har ikkje gjennomgått antireflukskirurgi eller fedmekirurgi. Kirurgisk tilgang er laparoskopi og det blir gjort « Sleeve gastrektomi » med 32 Fr sonde i magesekken. Stifterekka blir ikkje forsterka. Det blir utført adheransløysing i 15 minuttar pga adheranser etter tidlegare cholecystectomi. Det blir også utført bakre cruraplastikk. Der er ingen peroperative komplikasjonar eller annan operasjon under inngrepet. Operasjonen varer frå kl 10.00 - 12:15, blødning 100 ml. Neste kontroll på «dette sykehuset». Pasienten reiser heim 02.12.14.

Den 10.01.15 møter pasienten til første postoperative kontroll. Han har vore reinnlagt 03.01.15 – 06.01.15 med djup venetrombose (DVT) og blir behandla med blodtynnande, elles ukomplisert. Vekt: 145 kg, høgde 190 cm. Neste kontroll blir planlagt ved «dette sykehuset». Pasienten møter til eittårskontroll den 01.12.15. Han vil ikkje vege seg ved denne konsultasjonen. Høgde: 189. BT: 138/62. Han er sjukemeld på grunn av ryggsmarter. Neste kontroll blir planlagt ved «dette sykehuset».

Hovudtema kasuistikk A:

- Komplikasjon (DVT) dag 35 etter operasjon (dvs etter dag 30).
- Pasienten vil ikkje vege seg.
- (- Føring av arbeidssituasjonen.)

Funn kasuistikk A:

Tabell 1: Oversikt over svar kasuistikk A					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
Komplik. dag 0-30	4	11	15	73	27
a1_komp_d31_a1	1	14	15	93	7
a1_ant_pasveg	5	10	15	67	33
o_tidl_kolecyst	15	0	15	0	100
o_samt_op	13	2	15	13	87
o_samt_crurapl	13	2	15	13	87
o_samt_adhl	13	2	15	13	87

Kommentarar til brukarane si registrering av kasuistikk A:

Djup venetrombose 35 dagar etter operasjon skal registrerast som komplikasjon på eittårs- skjema, ikkje på «seksvekers-skjema». Dette fordi ein på «seksvekers-skjema» berre er meint å registrere 30 dagars morbiditet. Vi ser at berre 27% hadde plotta dette rett på seksvekers-skjemaet (dvs «nei» for komplikasjon), og berre 7% hadde plotta dette på eittårs-skjemaet (dvs «ja» for komplikasjon).

Vekt er ein obligatorisk variabel, men lokale koordinatorar (ikkje lokale brukarar) kan krysse av for at pasienten vegrar seg for måling av vekt. Ein får då ferdigstilt kontrollskjemaet uten å legge inn vekt, sjå: Pasienten vil ikkje vege seg ved kontroll.pdf (helse-bergen.no)

Føring av arbeidssituasjonen: Kor vidt om ein pasient er sjukemeld eller ikkje, er ikkje ein variabel i SOReg. Pasienten har jobb og stillingsprosent som før operasjonen. Dessverre mangla denne variabelen i datauttrekket slik at den er ikkje med i tabellen over.

Tiltak: Hjelpeteksten på eittårs-skjemaet i SOReg vil bli revidert og spesifisert. Informasjon til brukarane om at berre lokale koordinatorar kan krysse av for at pasienten ikkje vil vege seg.

5.2 Kasuistikk B; «Bente Bergesen, kvinne, f. 23.10.1970».

Søknad frå primærlege mottatt i spesialisthelsetenesta 12.11.2017, er til samtale og informasjon den 14.02.2018. Ho kjem tilbake dagen etter for journalopptak og samtale med kirurg der operasjon blir bestemt. Pasienten veg 125 kg, høgde 165 cm. Ho har ein betydeleg sømnapné som ho brukar CPAP for, og ein diabetes type 2 frå tre år tilbake som ho brukar tablettar, GLP-1 analog og insulin for.

Pasienten fortel at ho er deprimert, seier at ho ikkje har noko å glede seg over og at livet er vanskeleg. Ho går i terapi hjå psykolog for dette. Ho har ikkje kroniske abdominalsmerter, og har ikkje hatt tidlegare DVT eller lungeemboli. Røyker ikkje.

Operasjon blir utført 13.05.18 på eit offentleg sjukehus. Gastroskopi var ikkje gjort i forkant. Ho har ikkje gjennomgått antireflukskirurgi eller tidlegare fedmekirurgi. Kirurgisk tilgang er laparoskopi, og det blir gjort roux-en-y gastrisk bypass. Operative data: GE-anastomosen blir handsydd, avstanden mellom GE-anastomosen og EE-anastomosen blir 120 cm. Ingen peroperative komplikasjonar, og det blir ikkje gjort anna operasjon under inngrepet. Operasjonen varer frå 12:00-14:00, blødning 150 ml. Neste kontroll på dette sykehuset.

Pasienten reiser heim 15.05.2018. Den første postoperative kontroll vert utført pr telefon den 24.06.18. Vekt: 120 kg, høgde 165 cm. Ho har ikkje vore innlagt 0-30 dagar etter operasjonen. Ingen komplikasjonar, operasjonar eller planlagte revisjonsoperasjonar 0-30 dagar etter operasjonen. Neste kontroll blir planlagt ved dette sykehuset.

Møter til 1-årskontroll 01.06.19. Sidan siste kontroll har ho blitt operert pga ileus og det vart funne inneklemt tynntarm i EA-slitsen. Tynntarmen vart lagt tilbake på plass, det var ikkje behov for tarmreseksjon og EA-slitsen vart lukka på nytt. Sukkersjuka har blitt kostregulert. Ho går ikkje lenger i terapi for depresjon, men brukar Ciprallex. Pasienten er slutta med CPAP. Ho brukar kalsium, D-vitamin og Klara klok sin urtesirup. Vekt: 90 kg, høgde: 165cm. Neste kontroll blir planlagt ved dette sykehuset.

Hovudtema kasuistikk B:

- Føring av fedmerelatert sjukdom.
- Føring av diabetes.
- Reoperasjon for komplikasjon.

Funn kasuistikk B:

Tabell 2: Oversikt over svar kasuistikk B					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
b_dato_basreg	13	4	17	24	76
b_dato_op_best	16	1	17	6	94
b_beh_diab_siden_ar	13	4	17	24	76
b_beh_diab_type	5	12	17	71	29
b_beh_depr	7	10	17	59	41
u6_oppf_type	17	0	17	0	100
u6_innl_sykeh_d0_30	17	0	17	0	100
a1_op_d31_a1	16	1	17	6	94
a1_sub_dvitca	11	0	11	0	100
a1_komp_ileus	16	0	16	0	100
a1_op_slits_korr	13	3	16	19	81
a1_op_slitssut_ea	13	0	13	0	100
a1_beh_sovnap	14	1	15	7	93
a1_beh_diab	13	2	15	13	87
a1_beh_depr	14	1	15	7	93

Kommentarar til brukarane si registrering av kasuistikk B:

Føring av fedmerelatert sjukdom: Generelt er det slik at berre sjukdom som er under medikamentell behandling (evt CPAP) skal først i SOReg. Pasient B er deprimert og går til psykolog, men mottek ikkje anna behandling. Depresjon skal difor ikkje registrerast. Her hadde 41% rett svar.

Føring av diabetes: I denne kasuistikken gjaldt det å rekne seg tre år tilbake i tid. I enkelte tilfelle går ikkje årstalet for start behandling fram av journal eller søknadsskjema frå primærlege. I slike høve bør ein drøfte med pasienten og føre inn det mest sannsynlege årstalet. Vidare brukar denne pasienten både insulin og GLP-1 analog for diabetes. Dette skal plottast som «annen behandling». Dette var det berre 29 % som hadde registrert korrekt.

Reoperasjon for komplikasjon: Skal først på eittårs-skjema. Her hadde 16 av 17 (94%) rett svar.

Tiltak: Føring av fedmerelatert sjukdom inklusive diabetes vil bli drøfta på SOReg-dagen.

5.3 Kasuistikk C; «Camilla Carlsen, jurist, kvinne, født 18.04.1980».

Søknad frå primærlege motteke i spesialisthelsetenesta 16.08.2019. Under individuell samtale på sjukehuset kjem det fram at ho tidlegare er operert med sleeve gastrektomi, og at ho er mykje plaga med refluks. Ho vert planlagt for gastroskopi. Ved gastroskopi 15.10.2019 er der ikkje synleg øsofagitt eller Barrets. Diafragmaåpninga sett nedafrå viser Hill gr 4. Avstand tannrekka – diafragma er 40 cm og avstand tannrekka gastro-øsofageale overgang er 37 cm. Helicobacter pylori undersøkt med avføringsprøve er negativ.

Pasienten blir vurdert av kirurg den 04.11.2019 og det blir teke beslutning om operasjon pga refluks. Ved journalopptak same dag er ho 182 cm høg og veg 110 kg. Ho brukar syreblokkerande medisin morgon og kveld. Ho brukar også paracet og paralgin forte 3-4 ganger per veke pga

slitasjegikt i venstre hofte. Ho er ikkje plaga med magesmerter, og har ikkje hatt DVT eller lungeemboli. Røykte fram til 02.10.2019. BT 150/90.

Operasjonen blir utført i eit offentleg sjukehus den 02.01.2020. Kirurgisk tilgang er laparoskopi. Det blir utført adheranseløysing i 15 minutt og deretter roux-eny gastrisk bypass. GE-anastomosen vert laga med stapler og sutur, roux-bein 120 cm. Der er ingen peroperative komplikasjonar. Operasjonen varer frå 09:10-11:00, blødning 200 ml. Neste kontroll ved dette sykehuset.

Pasienten reiser heim to dagar postoperativt, og møter til første postoperative kontroll den 14.02.2020. Ho har ikkje hatt komplikasjonar, reinnleggingar, operasjonar eller planlagte revisjonsoperasjonar 0-30 dagar etter operasjonen. Vekta er 108 kg. Neste kontroll blir planlagt ved dette sykehuset.

Pasienten møter til eit-års kontroll den 06.01.2021. Ho har ikkje vore innlagt, operert eller hatt komplikasjonar, og har ikkje blitt gastroskopert sidan siste kontroll. Ho veg 101 kg, BT 140/85. Ho har halvert bruken av syreblokkerande medisin, og tek smertestillande pga artrose 2-3 ganger per veke. Har ikkje kroniske magesmerter, røyker 5 sigaretter per dag. Ho gir beskjed om at ho skal flytte til Tromsø og at ho ynskjer to-års kontrollen utført der.

Hovudtema kasuistikk C:

- Røyking.
- Gastroskopi.
- Overflytting til anna sjukehus.

Funn kasuistikk C:

Tabell 4: Oversikt over svar kasuistikk C					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
b_beh	14	0	14	0	100
b_beh_dyspepsi	13	1	14	7	93
b_beh_musk_skjstm	14	0	14	0	100
b_royk	5	9	14	64	36
b_utdniva	7	0	7	0	100
o_tidl_fedmeop_hv	13	1	14	7	93
o_rev_osofsykd	13	1	14	7	93
b_utdniva	7	0	7	0	100
o_samt_ann_op	8	0	8	0	100
o_samt_adhl	8	0	8	0	100
a1_beh_dyspepsi	13	1	14	7	93
a1_beh_musk_skjstm	14	0	14	0	100
a1_royk	14	0	14	0	100
a1_neste_kontr	13	1	14	7	93

Kommentarar til brukarane si registrering av kasuistikk C:

Røyking: Røykeslutt 0-6 månader før operasjon reknast som «tilfeldig røykeslutt før operasjonen». Berre 5 av 14 (36%) hadde ført status for røyking korrekt .

Gastroskopi: Dette er ein ny modul i SOReg, og funn ved gastroskopi vart lagt til i kasuistikkane hovudsakleg for å vise at det no er mogeleg å registrere gastroskopifunn. Dessverre tenkte vi ikkje på at datoar i kasuistikken er datoar frå før gastroskopimodulen vart lagt til. Av tekniske årsaker blir då plottinga ikkje synleg etter ferdigstilling av skjema, og vi får ikkje resultatata over i datadumpen. Vi kan difor ikkje vurdere svara om gastroskopi. For nye pasientar som blir inkludert i SOReg etter opprettinga av gastroskopimodulen vil dette fungere.

Overflytting til anna sjukehus: Ein pasient må flyttast til anna sjukehus i SOReg minst 2 månader før aktuell årskontroll for at pasienten skal kome opp på «arbeidslista» til det nye sjukehuset. Her hadde alle svart rett, den eine som hadde svart annleis arbeidde ved aktuelle sjukehus ☺.

5.4 Kasuistikk D; «Dagbjørg Danielsen, kvinne, f. 03.11.1995».

Pasienten har grunnskule og jobber 50% som assistent på ein skule.

Søknad frå primærlege motteke i spesialisthelsetenesta 21.11.2018. Møter til første konsultasjon den 28.02.2019 og operasjon blir bestemt same dag. Operasjonen og alle kontrollar er offentleg finansiert og på same sjukehus.

Basisregistrering vert gjort den 05.03.2019. Vekt: 110 kg, høgde 150 cm, BT: 130/85. Pasienten har hypertoni og tar Adalat 60 mg dagleg for dette. I tillegg har ho muskelsmerter som ho går til fysikalsk behandling for. Ho har eit høgt ønske om barn og har prøvd å bli gravid dei siste to åra utan å lukkast, sannsynlegvis pga amenore. Røyker 10 sigaretter per dag.

Fastande blodprøver: Hb: 12,3 Ferritin: 98 Kreatinin: 68 Albumin: 40 HDL: 1,8 LDL: 4,2. Triglyserid: 19,7. PTH: 5,2. Vitamin D: 90. Glukose: 3,8. HbA1c: 38,3. CRP: 15. Insulin: 56,3. Insulin C-peptid: 526.

Operasjonsdato 03.05.2019. Vekt ved operasjon er 109 kg. Kirurgisk tilgang ved laparoskopi. Operasjonen vert avbroten på grunn av adheranser etter tidlegare laparotomi for traume. Operasjonen varer frå 13:10 - 14:00, blødning 60 ml. Ho reiser heim 05.05.2019.

Dagbjørg møter til 6-vekerskontroll den 14.06.2019. Det har ikkje oppstått komplikasjonar. Ho har starta med Xenical og går til fastlege ein gang i månaden for rådgjeving om vektta. Ho veg 108 kg. Det blir planlagt ny kontroll etter ca 6 månader.

Pasienten møter til ny kontroll den 12.01.2020. Sidan førre kontroll har ho hatt fem samtaler med fastlege og blitt vegetarianer. Ho veg 104 kg, høgde 150 cm, BT: 142/88. Brukar Adalat 60 mg dagleg. Er plaga av muskel- og hoftesmerter og tar paracet og ibux som smertestillande fleire gonger i veka for dette. Ho har fortsatt amenore. Ho slutta å røyke i samband med den avbrotne fedmeoperasjonen i mai 2019. Ho blir oppmoda om å fortsette med dei kostråda ho allereie praktiserer og operasjon blir planlagt.

Pasienten blir operert med laparoskopisk sleeve gastrektomi den 02.03.2020. Dagen før operasjon veg ho 103 kg. Bougie størrelse 32 Fr, stifterekka blir ikkje forsterka. Det oppstår ingen komplikasjonar men det blir utført adheranseløysing i 40 minuttar. Operasjonen varer frå 12:15 - 14:50, blødning 600 ml. Ho reiser heim to dagar etter inngrepet.

Pasienten møter til 6-vekerskontroll den 30.04.2020. Ho har ikkje hatt komplikasjonar og veg 90 kg, høgde 150 cm.

Pasienten møter til eittårskontroll den 01.03.2021. Ho har ikkje vore innlagt på sjukehus sidan fedmeoperasjonen og det har ikkje oppstått komplikasjonar. Vekt 70 kg. Ho går til fysioterapi for

muskel- og skjelettsmerter men har slutta med smertestillande medikament. Ho har trappa ned Adalat til 30 mg dagleg. Menstruasjonen har kome tilbake og er normal.

Pasienten møter ikkje til to-års kontroll. Det blir gjort ytterlegare to forsøk på å få kontakt utan å lukkast.

Hovudtema kasuistikk D:

- Føring av fedmerelatert sjukdom.
- Føring av blodprøver.
- Preoperativt vekttapsprogram.
- Føring av revisjonsoperasjon.
- Manglande kontakt med pasienten.

Kommentarar Kasuistikk D:

Sjuehistorie som dette blir i SOReg ført som revisjonsoperasjon. Før ein kan opprette ein revisjonsoperasjon må det løpet som pasienten er i avsluttast, deretter må ein opprette eit nytt løp for revisjonsoperasjonen. Denne pasienten skal altså ha to forløp; eit for første operasjon (laparoskopi/avbrutt operasjon), og eit for andre operasjon (sleeve).

Fire deltakarar har registrert to løp. To av desse fire har registrert heilt korrekt, dei to andre har enten ikkje registrert eittårskontrollen for første løp eller ikkje ferdigstilt eittårskontrollen for første løp.

Vi viser resultatata separat for kvart forløp:

Funn første forløp kasuistikk D:

Tabell 5: Oversikt over svar kasuistikk D, første forløp					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
b_beh	5	0	5	0	100
b_beh_hypert	5	0	5	0	100
b_ann_sykd	4	1	5	20	80
b_hv_ann_sykd	4	0	4	20	80
o_opmetode	5	0	5	0	100
b_bl_inscpept_nmoll	2	3	5	60	40

Kommentarar til brukarane si registrering av første forløp:

Amenore med ufrivillig barnløyse bør førast under «Annen sykdom som bidrar til operasjonsbeslutningen». Fire av fem hadde gjort dette.

Blodprøvesvar var i stor grad ført rett av alle fem deltakarar. I datauttaket kom likevel tre av fem svar for insulin C-peptid ut med feil verdi. Ved nærare gjennomgang viste det seg at alle tre var registrert med korrekt verdi i registeret, men verdien var dividert med ein faktor på 1000 gjennom uthentingsprosessen.

Tiltak: Datateknikar må søke etter systemfeil i overføring av verdi for insulin C-peptid.

Funn andre forløp kasuistikk D:

Tabell 6: Oversikt over svar kasuistikk D, andre forløp.					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
o_opmetode	5	0	5	0	100
o_tidl_fedmeop	4	1	5	20	80
o_samt_op	4	1	5	20	80
o_samt_adhl	4	1	5	20	80
o_preop_vektskole	1	4	5	80	20
o_preop_vektprog	1	4	5	80	20
a1_beh_hypert	5	0	5	0	100
a1_beh_musk_skjism	5	0	5	0	100
a1_ann_sykd	5	0	5	0	100
a1_royk	1	4	5	80	20
a2_oppf_type	5	0	5	0	100

Kommentarar til brukarane si registrering av andre forløp:

Adheranseløysing: Adheranseløysing i meir enn 10 minutt blir rekna som «Annen samtidig operasjon» på operasjonsskjema. Fire av fem hadde registrert dette. Vanlegvis blir operasjonsskjemaet fylt ut av kirurg, men det var ingen kirurg med i prosjektet slik at operasjonsarket var fylt ut av anna helsepersonell. Dette kan vere ei årsak til at føring av adheranseløysing var blitt utelate.

Vekttapsprogram: Pasient D har ikkje delteke verken i vekttapsprogram initiert av opererande klinikk eller på preoperativ vektskule. Svara skulle altså vere nei på begge desse spørsmåla. Berre ein deltakar (20%) hadde svart rett på desse spørsmåla. Definisjonane for vekttapsprogram og preoperativ vektskule er å finne i hjelpetekstane.

Fedmerelatert sjukdom: I løp to er det 100% rett på fedmerelatert sjukdom på eittårskontrollen etter revisjonsoperasjonen.

Røyking: Ved eittårskontrollen har pasienten vore røykfri i meir enn seks månader, dette blir i SOReg definert som slutta. Her har berre 20 % svart rett. Definisjonen av røykeslutt går fram av hjelpeteksten.

Manglande kontakt med pasienten: Når ein ikkje får kontakt med pasienten vel ein alternativ 4 under «Type oppfølging». Pasienten skal ikkje settast som utgått. Alle hadde gjort dette rett.

Tiltak: Informere om, og drøfte definisjonane av vekttapsprogram, preoperativ vektskule, og definisjonar for status om røyking med brukarane.

5.5 Kasuistikk E; Elinor Edvardsen, kvinne, f. 12.11.1982

Søknad frå primærlege motteke i spesialisthelsetenesta den 05.12.17. Samtale med kirurg den 18.03.18 og det blir bestemt operasjon. Journalopptak vert gjort same dag. Høgde 168 cm, vekt 123 kg. Ingen fedmerelatert sjukdom, ikkje kroniske magesmerter, har ikkje hatt blodpropp og har aldri røykt. Arbeider i 60% stilling. Alle operasjonar og oppfølgingar ved det same offentlege sjukehuset.

Operasjonsdato 20.04.18. Det er ikkje utført gastroskopi. Ho er ikkje tidlegare operert i abdomen. Tilgang er via laparaskopi. Det blir utført sleeve gastrektomi, bougie 32 Fr. Stifterekka blir ikkje forsterka. Ingen peroperative komplikasjonar. Det blir gjort adheranseløysing i 15 minutt. Operasjonen varer frå 10:45-12:30, blødning 50 ml. Ho reiser heim etter tre dagar.

Elinor møter til seksvekerskontroll den 04.06.18. Ho har ikkje vore innlagt dei første 30

dagane etter operasjonen. Ho er plaga med refluks og får resept på PPI. Høgde: 168 cm, V: 111 kg, neste kontroll ved same sjukehus.

Eittårskontrollen vert utført på sjukehuset den 22.04.19. Ho har ikkje vore innlagt sidan førre kontroll. Ho er såpass plaga med refluks (trass i bruk av PPI 40 mgx2) at det blir planlagt revisjonsoperasjon. Høgde: 168 cm, vekt: 94 kg.

Etter eittårskontrollen, like i forkant av revisjonsoperasjonen blir det gjort gastroskopi. Denne viser ikkje synleg øsofagitt, ikkje Barrets, diafragmaåpninga kunne ikkje bedømmast nedafrå, avstand tannrekka - diafragma 40 cm og tannrekka – GØ-overgangen 37 cm. Helicobakter pylori negativ.

Revisjonsoperasjonen blir utført den 10.06.19. Tilgang laparoscopi, operasjon RYGBP. GE-anastomosen blir handsydd, avstand GE-EA 100 cm. Adheranseløysing i 15 minutt, ingen peroperative komplikasjonar. Operasjonen varer frå 14:15-16:10, blødning 175 ml. Ho reiser heim 13.06.19. Ved utreise får ho beskjed om å bruke ein multivitamin, eit gram kalsium med D-vitamin og ein TrioBe dagleg.

Elinor møter til seksvekerskontroll den 14.08.19. Ho har ikkje vore innlagt på sjukehus sidan utreise og det har ikkje oppstått komplikasjonar. Høgde 168 cm, vekt 91 kg.

12.06.20 møter ho til eittårskontroll. I midten av februar var ho innlagt på lungeavdelinga med pneumoni og fekk antibiotika intravenøst. Ho har slutta med alle vitamin på grunn av at det vart for dyrt. Ho har ikkje blitt gastroskopert etter revisjonsoperasjonen. Elinor har magesmerter og har vore sjukmeld dei siste sju månadane pga dette. Høgde 167 cm, vekt 79 kg, BT 138/86. Har redusert bruken av PPI til 20 mgx1.

Toårskontroll per telefon 08.06.21. Elinor føler seg svekka og utmatta, og ho har vore innlagt to gonger på grunn av undernæring og anemi. Ho har fått intravenøs næring og intravenøs jern. Det har blitt utført gastroskopi med svelganestesi og gjort funn som sist, men i tillegg eit ulcus i GE-anastomosen som ho brukar PPI 40 mgx1 for. Ho har arva pengar og brukar eit komplett kosttilskot for fedmeopererte. Ho er tilbake i jobb men brukar Tramadol fast 3-4 gonger per veke for abdominalsmerter. Høgde 167 cm, vekt 83 kg. Ho planlegg å flytte til Alta hausten 2021.

Hovudtema kasuistikk E:

- Revisjonsoperasjon.
- Substitusjon.
- Gastroskopi.
- Endring i høgde.
- Føring av komplikasjon.
- Overflytting til anna sjukehus.

Kommentarar kasuistikk E:

Kasuistikk E inneheld ein revisjonsoperasjon. Ved registrering av revisjonsoperasjon får pasienten nytt forløp; eit forløp for kvar revisjonsoperasjon med etterfølgande kontrollar. Før ein opprettar eit nytt forløp må førre forløp avsluttast. Berre to av fem hadde avslutta første forløp før revisjonsoperasjonen.

Funn første forløp kasuistikk E:

Tabell 7: Oversikt over svar kasuistikk E, første forløp.					
Variable	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
o_samt_op	4	1	5	20	80
o_samt_adhl	4	1	5	20	80
u6_prof_ppi	4	1	5	20	80
a1_prof_ppi	2	3	5	60	40
a1_beh	5	0	5	0	100
a1_beh_dyspepsi	5	0	5	0	100

Kommentarar til brukarane si registrering av første forløp:

Brukarane har hatt vanskar med å skilje mellom PPI brukt som profylakse og PPI brukt som behandling. Fagrådet har allereie bestemt å fjerne spørsmålet om bruk av PPI som profylakse ved årskontrollar. For sleeve er ikkje dette ein aktuell variabel ved årskontrollar, for Roux-en-y gastrisk bypass eller andre omkoplingsoperasjonar skal bruk av PPI knyttast til den aktuelle tilstanden / komplikasjonen som pasienten brukar PPI for (t.d. som behandling for ulcus).

Funn andre forløp kasuistikk E:

Tabell 8: Oversikt over svar kasuistikk E, andre forløp.					
Variable	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
o_samt_ann_op	4	1	5	20	80
o_samt_adhl	4	1	5	20	80
a1_ant_bt_syst	4	1	5	20	80
a1_ant_hoyde	3	2	5	40	60
a1_beh	5	0	5	0	100
a1_beh_dyspepsi	5	0	5	0	100
a1_kron_abd_sm	5	0	5	0	100
a2_komp_a1_a2	5	0	5	0	100
a2_komp_ulcus	3	2	5	40	60
a2_komp_undnaering	5	0	5	0	100
a2_komp_anemi	5	0	5	0	100
a2_komp_alvgrad	1	4	5	80	20
a2_ant_hoyde	4	1	5	20	80
a2_neste_kontr	2	3	5	60	40

Kommentarar til brukarane si registrering av andre forløp:

Adheranseløysing: Sjå kommentarar til føring av kasuistikk D, andre forløp.

Substitusjon: Føring av vitamin- og mineraltilskot var ført korrekt i dei aller fleste tilfella (ikkje vist i tabellane). Legg merke til at på seksvekerekontrollen skal ein føre det som har blitt ordinert frå avdelinga, medan ein på årskontrollane skal føre det som pasienten faktisk har teke.

Gastroskopi: Sjå kommentarar til føring av kasuistikk C.

Komplikasjon: På toårskontroll etter revisjonsoperasjonen har pasienten eit ulcus i GE-anastomosen påvist ved gastroskopi med svelganestesi. Ulcus skal registrerast under «komplikasjon», her hadde 60 % rett. Under «Alvorlighetsgrad komplikasjon» er svaret «Betydelig inngrep under lokalbedøvelse» (svelganestesi). Det var berre ein brukar som hadde kategorisert dette rett (dvs at det vart brukt lokalanestesi – dei andre hadde registrert det utan anestesi). I SOReg går det eit skilje mellom mindre alvorlege og alvorlege komplikasjonar definert ved at pasienten blir lagt i narkose. Ulcus med behov for gastroskopi i lokalbedøving vil såleis uansett ikkje bli definert som alvorleg.

Endring i høgde: Høgda til pasienten blir automatisk overført frå førre skjema. Dersom høgda endrar seg må dette plottast manuelt. Høgda til denne kasuistikken endra seg etter revisjonsoperasjonen. Her har tre av fem ført rett på eittårskontrollen, og fire av fem på toårskontrollen.

Overføring til anna sjukehus: Overføring til anna sjukehus i SOReg må gjerast minst to månader før komande kontroll, pasienten kjem då opp på det nye sjukehuset si arbeidsliste. To av fem har plotta dette rett, jfr også kasuistikk C der dette er eit tema.

Tiltak: Gjennomgang om føring av komplikasjonar med brukarane.

5.6 Kasuistikk F; «Frida Fosse, kvinne, f. 23.11.1985».

Søknad frå primærlege motteke i spesialisthelsetenesta den 01.03.2019. Pasienten møter først hjå medisinsk lege på sjukehuset den 04.09.2019. Frida er då 125 kg, høgde 168 cm, midjemål: 152 cm, BT 128/82. Ho har type 2 diabetes (T2DM) frå 2015 og blir behandla med metformin. Brukar Cipralax for depresjon. Snorkar, og lurar på om ho kan ha søvnapnoe. Røyker til fest. Gift og har tre barn.

Under samtalen vert det bestemt at ho skal gjere eit nytt forsøk på å gå ned i vekt ved hjelp av samtalegrupper i regi av Lærings- og meistringssenteret knytt til sjukehuset. Etter å ha delteke på slike treff i eit halvt år har ho berre gått ned til 123 kg. Ho vert difor den 08.03.20 søkt vidare til kirurg som mottek søknaden same dag.

Frida får ein grundig samtale med kirurgen den 10.06.2020 og det blir bestemt operasjon. Frida er då 124 kg, høgde 168 cm, midjemål 152 cm, BT 131/85. Ho brukar fortsatt Cipralax for depresjon, men brukar no både metformin og insulin for T2DM.

Fastande blodprøver tatt 09.06.2020: Hb: 11,6 Ferritin: 112 Kreatinin: 68 Albumin: 43 HDL: 1,9 LDL: 4,2 Triglyserid: 2,3 PTH: 7,3 Vitamin D: 78 Glukose: 5,1 HbA1c: 38,6 CRP: 4,1 Insulin: 59,7 Insulin C-peptid: 356,8.

I forkant av operasjonen deltek Frida på fem separate treff over tre månader med hensikt å gå ned i vekt i forkant av operasjonen. Ho tar også «knekkebrødkur» initiert av det fedmekirurgiske teamet.

Operasjonen vert utført 02.11.2020. Operasjonsdagen veg ho 122 kg. Det har ikkje blitt utført gastroskopi i forkant av fedmeoperasjonen.

Antibiotikaproylakse blir gitt ved operasjonsstart. Via laparoskop vert det gjort Roux-en-y gastrisk bypass (RYGBP). GE-anastomosen blir laga med stapler + sutur, og avstanden mellom GE og EA er 100 cm.

Det blir også utført tubeligasjon (sterilisering). Under operasjonen kjem ein i skade for å lage hol på tarmen (iatrogen skade). Dette blir oppdaga og skaden blir sydd over. Operasjonen starta 13:20 og varte til 15:45, blødning 250 ml.

I løpet av dei neste dagane får ho feber og aukande magesmerter. Ho blir reoperert og det blir oppdaga ein annan tarmperforasjon som blir sydd over. Ho blir liggande på sjukehuset og det blir starta intravenøs antibiotika for lungebetennelse samt opp trening med fysioterapeut.

Den 15.12.20 blir Frida overført til eit sjukehus nærare heimstaden. Ved utreise får ho beskjed om å bruke eit komplett substitusjonspreparat.

Ho blir utskreven frå lokalsjukehuset til heimen den 22.12.20. Ho veg då 108 kg. Eit-års kontrollen skal føregå på sjukehuset der ho vart operert.

Hovudtema kasuistikk F:

- Fedmerelatert sjukdom.
- Blodprøver.
- Vektskule.
- Vekttapsprogram.
- Antibiotikaprofylakse.
- Tilleggsoperasjon: Tubeligasjon (sterilisering).
- Reoperasjon for komplikasjon.
- Utreisedato.

Funn kasuistikk F:

Tabell 10: Oversikt over svar kasuistikk F					
Variable	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
b_dato_henv	4	1	5	20	80
b_dato_basreg	5	0	5	0	100
b_dato_op_best	4	1	5	20	80
b_beh	5	0	5	0	100
b_beh_diab	5	0	5	0	100
b_beh_diab_siden_ar	4	1	5	20	80
b_beh_diab_type	5	0	5	0	100
b_beh_depr	5	0	5	0	100
b_royk	5	0	5	0	100
b_bl_hb1c_mmolmo	4	1	5	20	80
b_bl_ins_miel	3	2	5	40	60
b_bl_inscept_nmoll	2	3	5	60	40
o_preop_vektskole	5	0	5	0	100
o_preop_vektprog	5	0	5	0	100
o_prof_antib	4	1	5	20	80
o_samt_op	5	0	5	0	100
o_samt_gynecol	5	0	5	0	100
o_komp_perop	5	0	5	0	100
o_komp_perop_tarmp	5	0	5	0	100
u6_dato_ut	5	0	5	0	100
u6_op	5	0	0	0	100
u6_op_lekk	4	1	5	20	80
u6_komp_lekk	4	1	5	20	80
u6_komp_pulm	5	0	5	0	100
u6_komp_ann	4	1	5	20	80
u6_komp_alvgrad	4	1	5	20	80
u6_neste_kontr	4	1	5	20	80

Kommentarar til brukarane si registrering av kasuistikk F:

Fedmerelatert sjukdom: Skal berre registrerast dersom regelmessig farmakologisk behandling. Her har deltakarane registrert 100 % rett på diabetes og depresjon. På årstal for kor tid pasienten fikk diabetes har 80 % plotta rett.

Blodprøver: Alle registrert korrekt bortsett frå HbA1c (80% rett) og insulin (60% rett). For insulin C-peptid kom tre av fem ut med feil verdi i datadumpen. Ved nærare gjennomgang viste det seg at alle fem brukarane hadde plotta korrekt verdi, men at tre verdier var blitt dividert med ein faktor på 1000 gjennom uthentingsprosessen. Dette var det same problemet som i kasuistikk D, og representerer ein systemfeil vi må få ordna.

Preoperativ vektskule: Skal vere eit planlagt preoperativt kunnskapsformidlande program med minst fire treff. Registrert 100 % rett.

Preoperativt vekttapsprogram: Skal vere initiert av opererande klinikk. Registrert 100 % rett.

Antibiotikaprofylakse: Antibiotika gitt i samanheng med operasjonsstart der behandlinga blir avslutta innan eit døgn. Registrert rett av 80%.

Reoperasjon for komplikasjon: Alle hadde registrert reoperasjon, men 1 av 5 hadde feil på type operasjon og alvorsgrad av komplikasjon.

Utreisedato: Opphald på sjukehus A og B skal sjåast i samanheng, utreisedato er difor 22.12.20. Alle hadde ført dette rett.

Tiltak: Korrigere systemfeil ved overføring av verdi for insulin C-peptid til datadumpen (jfr kasuistikk D).

5.7 Kasuistikk H; «Harry Hole, mann, f. 06.12.1963».

Spesialisthelsetenesta mottok tilvising frå primærlege den 12.02.2019. Harry kjem til samtale og informasjon den 11.06.2019 men det vert ikkje teke stilling til operasjon. Han møter så til samtale med kirurg den 16.09.2019 og det vert bestemt operasjon. Journalopptak vert gjort under konsultasjonen. Høgde: 191 cm, vekt: 152, BT: 142/92. Han har kostregulert type 2 diabetes frå 2016, artrose i høgrehofte, og snorkar. Han vart behandla for djup venetrombose i 2017. Røyker ikkje. Han deltek på preoperativ vektskule med fem treff.

Harry blir innlagt dagen før operasjon. Frå innkomstjournal: Vekt: 148 kg, BT: 148/91. Det blir ikkje gjort gastroskopi. Operasjonsdato er 10.03.2020, det blir utført laparoskopisk sleeve gastrektomi. Det blir brukt 32 Fr sonde i magesekken, stifterekka blir ikkje forsterka. Det oppstår ikkje komplikasjonar under operasjonen, og det blir ikkje utført anna operasjon. Han får heparin høgdose som tromboseprofylakse. Operasjonen varer frå 12:30-14:20. Blødning: 90 ml.

Harry reiser heim to dagar etter operasjonen. Den 14.03.2020 blir han innlagt pga oppkast. Frå innkomstjournal: Vekt 144, BT: 152/95. Kostregulert type 2 diabetes frå 2016, artrose i høgrehofte, og snorkar. Behandla for djup venetrombose i 2017. Røyker ikkje. Røntgen viser ein uttalt striktur på restmagesekken og det blir utført revisjonsoperasjon dagen etter innkomst. Det vert utført Roux-en-y gastrisk bypass (RYGBP) med handsydd anastomose, avstand GE-EA = 120 cm. Operasjonen varar frå 09:15-12:55. Blødning: 350 ml.

Harry reiser heim 24.03.2020. Den 04.05.2020 kjem han til første kontroll. Han har infeksjon i eit av såra, og såret vert opna utan lokalanestesi. Han har også hatt urinvegsinfeksjon som vart behandla med antibiotika. Vekt: 140 kg.

Pga koronautbrot på sjukehuset gløymer ein å kalle Harry inn til eittårskontroll.

Hovudtema kasuistikk H:

- Fedmerelatert sjukdom.
- Preoperativ vektskule.
- Revisjonsoperasjon.

Funn kasuistikk H:

Tabell 11: Oversikt over svar kasuistikk H					
Variabel	Tal rett svar	Tal feil svar	Tal svar	% feil	% rett
Forløp 1					
b_beh	2	2	4	50	50
b_tidl_dvtpe	4	0	4	0	100
o_preop_vektskole	4	0	4	0	100
u6_oppf_dato	0	4	4	100	0
u6_op_d0_30	4	0	4	0	100
u6_op_revop_d0_30	4	0	4	0	100
u6_op_ann_kompl	2	2	4	50	50
u6_komp_strikt	4	0	4	0	100
u6_op_slits_korr	2	2	4	50	50
u6_komp_alvgrad	4	0	4	0	100
Forløp 2					
b_beh	1	2	3	67	33
o_tidl_fedmeop_hv	3	0	3	0	100
o_rev_oppkast	0	3	3	100	0
o_rev_ann_opind	0	3	3	100	0
u6_pop_ligg	1	2	3	67	33
u6_komp_dag_0_30	3	0	3	0	100
u6_komp_sar	3	0	3	0	100
u6_komp_port			3		
u6_komp_alvgrad	3	0	3	0	100
a1_oppf_type	2	1	3	33	67

Kommentarar til brukarane si registrering av kasuistikk H:

Fire deltakarar har registrert første operasjon (sleeve gastrektomi). Tre av desse fire har også registrert revisjonsoperasjonen RYGBP.

Fedmerelatert sjukdom: Skal berre registrerast dersom regelmessig farmakologisk behandling (evt bruk av C-pap for søvnapnoe). Pasienten har kostregulert type 2 diabetes frå 2016, artrose i høgre hofte og snorkar, men får ikkje medikamentell behandling eller C-pap. Det skal difor svarast «nei» på spørsmålet om fedmerelatert sjukdom. To av fire hadde svart «nei».

Vektskule: Skal vere minst fire treff. Her hadde alle svart rett.

Dato for første seksvekerskontroll: Pasient H vart innlagt fire dagar postoperativt, og under opphaldet vart det gjort ein revisjonsoperasjon. Dato for reinnlegging skal då reknast som dato for seksvekerskontroll, og dette første løpet skal avsluttast. Samtlege hadde her registrert dato for seksvekerskontroll etter revisjonsoperasjonen i staden (inklusive ein med feil årstall). Slik feilføring av dato for seksvekerskontroll fører nødvendigvis til feil på seksvekersskjema: To av fire har svart «ja» på om pasient H er «Operert for annen komplikasjon eller for mistanke om komplikasjon» og «Har slitsene blitt korrigerert ved noen av de registrerte operasjonene». Pasient H har «berre» blitt operert for ein komplikasjon; striktur, og sidan det ikkje er slitsar etter sleeve gastrektomi er der ingen slitsar å korrigere. Ved revisjonsoperasjonen (RYGBP) blir det rett nok laga slitsar, men lukking av desse vert ført på operasjonsarket for RYGBP.

«Aktuell operasjonsindikasjon for revisjonsoperasjon»: Rett indikasjon for operasjon er «Oppkast». Ingen av brukarane har registrert dette, alle brukarar har i staden registrert «Annen aktuell operasjonsindikasjon».

Revisjonsoperasjon: Tre deltakarar har registrert løp nummer to. Ein av desse tre har registrert rett operasjonsdato, to har ført innleggingsdatoen som operasjonsdato.

Seksvekerskontroll andre løp: Alle tre deltakarar har registrert rette komplikasjonar (sårkomplikasjon og urinvegsinfeksjon). Ein deltakar har svart «ja» også på «Portrelatert komplikasjon». I fasit sette vi «nei» på dette, men sidan portrelatert komplikasjon er definert som «Alle typer komplikasjoner som er relatert til port/porthull» må vi godkjenne «ja»: Begge operasjonane hadde blitt utført laparoskopisk, og sårinfeksjonen må då nødvendigvis ha vore i eit av såra etter den laparoskopiske kirurgien. I tabellen har vi difor ikkje oppgitt «rett» eller «feil» for dette spørsmålet.

Eittårskontroll andre løp: Det er to deltakarar som har registrert eittårskontrollen, desse har registrert 100 % rett.

6 Brukarane si vurdering av prosjektet

Etter siste runde med kasuistikkar vart det sendt ut tre enkle spørsmål til lokale koordinatorar ved dei sytten sjukehusa som brukar SOReg-N, samt også til brukarrepresentanten frå pasientgruppa. Det vart også spurt etter kommentarar til prosjektet. Spørsmåla var:

- I kva grad har prosjektet vore nyttig?
- Bør nye søkarar plotte kasuistikkar før dei får tilgang til SOReg?
- Dersom ingen ved dykkar sjukehus ikkje har delteke, kvifor?
- Kommentrar?

Vi fekk svar frå seks sjukehus:

Sjukehus	I kva grad har prosjektet vore nyttig?	Bør nye søkarar plote kasuistikkar før dei får tilgang til SOReg?
Helse Bergen HF		
Helse Førde		
Helse Fonna HF		
Helse Stavanger HF		
Helse Møre og Romsdal HF	4	1
Helse Nord-Trøndelag HF		
St. Olavs Hospital	4	1
Nordlandssykehuset HF	1	1
Oslo Universitetssykehus		
Sykehuset Vestfold		
Sykehuset Innlandet HF	2	1
Sykehuset Østfold		
Sørlandet sykehus HF	4	1
Vestre Viken HF		
Ibsensykehuset		
Volvat medisinske senter AS		
Privatsykehuset Haugesund	4	1
Brukarrepresentant	4	1
Kodar	1=svært, 2=middels, 3=unyttig, 4= ikkje delteke	1=ja, 2=nei

På spørsmålet om kvifor sjukehus ikkje har delteke fekk vi desse svara:

- Ikkje rom for å prioritere dette.
- Mangel på ressursar / bemannings-situasjonen.
- Usenje i at ein skulle registrere noko som ein normalt ikkje fører i SOReg.

Det kom ikkje inn kommentarar.

7 Prosjektgruppa si vurdering av prosjektet

Kasuistikkane vart sendt ut til alle brukarane av SOReg-N, dvs rundt 150 stk. Svarprosenten har vore svært låg, frå kring 10% i første runde til < 5% i tredje og siste runde. Sjølv om korona kan ha skapt utfordringar kan dette likevel tyde på at kvalitetssikring av fedmekirurgien er lite prioritert. Jamfør også tilbakemeldingar frå brukarane om at deltaking i kvalitetssikringsprosjektet ikkje har blitt prioritert.

Det overordna målet med prosjektet var å sette fokus på rett forståing av variablane i registeret. Konkrete mål var å kvantifisere graden av avvik mellom plotta data og fasit, samt å samanlikne graden av avvik mellom sjukehusa.

For brukarar som har delteke, har prosjektet sett fokus på rett forståing av variablane.

På grunn av låg deltaking kan vi dessverre ikkje bruke resultatane i prosjektet til å kvantifisere potensiell grad av avvik i SOReg-N, og heller ikkje til å samanlikne graden av avvik mellom sjukehusa.

Prosjektet har vist fleire område som vi må sette fokus på, særleg gjeld dette føring av revisjonsoperasjonar.

8 Konkrete utfall av prosjektet

For å sikre betre kunnskap om registrering må alle som søker brukartilgang frå og med 2022 legge inn to kasuistikkar i ein testversjon av SOReg-N. Søkaren vil få tilbakemelding på plotta, og blir deretter tildelt fasit. Etter dette får søkaren tilgang.

Føring av revisjonsoperasjonar vil i større grad bli kontrollert.

Vi har funne eit par tekst- og systemfeil som må reviderast i registeret.