

Sluttrapport

Kvalitetsforbetringsprosjekt med bruk av data frå nasjonale medisinske
kvalitetsregistre:

***«Oppfølging etter fedmekirurgi – korleis auke
talet på pasientar som blir kontrollert 1 år og 2
år etter operasjon?»***

**Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi,
SOReg-N**

Prosjektansvarleg

Villy Våge

Prosjektleder

Elisabeth Heggernes

Medisinsk kvalitetsregister som datakjelde

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi,
SOReg-N

Innhold

1	Samandrag.....	3
2	Bakgrunn for prosjektet	4
3	Beskriving av prosjektet	8
3.1	Prosjektets overordna mål.....	8
3.2	Konkrete mål.....	8
3.3	Tiltak/ intervensjon	8
3.4	Metode og arbeidsform.....	10
3.5	Utval	10
3.6	Fremdriftsplan/milepåsplan.....	12
3.7	Oppfølging av deltakende avdelingar	13
4	Kvalitetsregisterdata og resultatmåling.....	13
4.1	Valde kvalitetsindikatorar registeret	13
4.2	Metode for resultatmåling.....	13
5	Måloppnåing/resultat	14
6	Prosjektgruppas evaluering.....	18
7	Deltakende avdelingars/eningars beskriving av gjennomføring	21
8	Vedvarande forbetring.....	28

1 Samandrag

Årskontrollar etter fedmekirurgi er viktig for rådgjeving og å førebygge komplikasjonar etter operasjon. I Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg-N) vert det registrert data frå kontrollar 6 veker, 1 år, 2 år, 5 år (og 10 år) etter kirurgi.

Før prosjektet viste årsrapporten for SOReg-N frå 2017 at det ved alle avdelingar var 82 % pasientar som hadde vore til kontroll innan normtid¹ etter 1 år, og 42 % etter 2 år, med store variasjonar mellom sjukehusa. Det svenske søsterregisteret, SOReg-S, har sett måltal til 95 % kontrollarte innan normtid etter 1 år og 90 % etter 2 år, og vi sette det same måltalet for kvalitetsforbetningsprosjektet.

Fem sjukehus vart med på prosjektet. To deltakarar frå kvart sjukehus deltok på 3 nettverkssamlingar der dei fekk opplæring i grunnleggande metode for kvalitetsforbetningsarbeid. Deltakarane utarbeidde og gjennomførte så lokale prosjekt. Tiltak som vart sett i verk var: meir og betre informasjon til pasientar, betre rutinar for innkalling til kontroll, tiltak for å betre pasientutbyte av kontrollane, og betre rutinar for registrering av kontrollar.

Etter prosjektet registrerer alle sjukehus 2-årskontrollar. For alle sjukehusa i prosjektet har tala blitt meir stabile, med mindre svingingar frå månad til månad. Fleire sjukehus har hatt kring 5 prosentpoeng auke i tal pasientar med 1-årskontroll innan normtid, men utan utslag på nasjonale tal. For 2-årskontrollar har talet auka frå 44 % til 54 % nasjonalt, og fleire av sjukehusa i prosjektet hadde ei auke på meir enn 30 prosentpoeng kontrollar innan normtid.

¹ ¹ Normtid for 1-årskontrollar er sett til 365 dagar +/- 90 dagar etter operasjon og normtid for 2-årskontroll er sett til 730 dagar +/- 90 dagar etter operasjon.

2 Bakgrunn for prosjektet

Om sjukeleg overvekt

Sjukeleg overvekt er ein samansett sjukdom som kan ha stor innverknad på livet til den enkelte. Kirurgisk behandling av tilstanden kan betre livskvaliteten og auke livslengda for desse pasientane.

Om fedmekirurgi

Dei to vanlegaste fedmeoperasjonane i Noreg er gastrisk sleeve og gastrisk bypass. Ved gastrisk sleeve ventrikkelseksjon blir ein stor del av magesekken fjerna. Dette gir ei fysisk avgrensing av kor mykje pasienten kan ete, og pasienten blir fort mett. Ved gastrisk bypass koplar ein i tillegg ut øvre del av tynntarmen. Desse og andre fedmeoperasjonar endrar pasienten sin anatomi, påverkar matinntaket og gir endring i matpreferansar. Utkopling av tynntarm kan gje redusert næringsopptak, noko som kan auke risikoen for underernæring og gje mangel på viktige vitamin og mineral på sikt.

Kontrollar etter fedmekirurgi

Det er grunn til å tru at effekten av ein fedmeoperasjon til ein viss grad avhenger av om pasienten klarer å følgje anbefalingar og møte til kontrollar. Ved å kontrollere pasientane kan ein oppdage og korrigere eventuelle biverknader av operasjonen. Både det internasjonale² og det skandinaviske fagmiljøet³ tilrår livslang oppfølging av fedmeopererte.

Det er vanleg med ein postoperativ kontroll ein til to månader etter operasjonen, hovudsakleg for å sjå til at alt står bra til med pasienten og at det ikkje har oppstått komplikasjonar. Sjukehusa har deretter tilbod om ordinære kontrollar etter 1, 2 og 5 år etter operasjonen.

² The international federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO), <http://easo.org/wp-content/uploads/2013/10/EASO-IFSO-EC-Guidelines-on-Metabolic-and-Bariatric-Surgery.pdf>

³ «Nordiske retningslinjer for kontroll og tilskot av vitamin/mineral samt oppfølging etter fedmekirurgi.» <https://helse-bergen.no/seksjon/soreg/Documents/Nordiske%20retningslinjer%20for%20kontroll%20og%20tilskudd%20av%20vitaminer%20-%20norsk%20versjon%20pdf%2026.5.17.pdf>

Kvifor skal pasienten komme til kontroll ved sjukehusa?

I følgje dei nordiske retningslinjene er der fleire grunner til at fedmeopererte skal følgjast opp lenge:

- Det kan oppstå kirurgiske og næringsmessige komplikasjonar og andre negative hendingar som følgje av operasjonen.
- Dei positive effektane av operasjonen og vektnedgangen kan vere forbigåande, med mogeleg vektauke og tilbakefall med høgt blodtrykk og diabetes.
- Sørge for at pasientane får riktig tilskot av vitamin og mineral, noko som bør følgjast med årlege blodprøvekontrollar.

Mange av dei næringsmessige seinverknadane kan vere utan symptom i lang tid, for eksempel vitamin B12-mangel og skjelettpåverknad grunna mangel på kalsium og vitamin D. Nokre opererte pasientar vil trengje høgare tilskot av til dømes D-vitamin enn det som er vanleg. Dette vil ein helsearbeidar som jobbar med eit stort tal fedmeopererte pasientar vere meir vand med enn ein fastlege med to-tre opererte pasientar på lista.

Dei nordiske retningslinjene seier at klinikken der pasienten er operert har eit klart ansvar for å bevisstgjere pasientane om kor viktig det er med livslang oppfølging etter fedmeoperasjon. Oppfølginga bør primært vere hjå helsepersonell med kunnskap og erfaring med pasientgruppa, og sjukehusa bør ha hovudansvaret for kontrollane i alle fall i dei første 2 åra.

Om SOReg

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi (SOReg-N) fekk nasjonal status i 2015. Registeret har som føremål å kartlegge omfanget av og kvaliteten på fedmekirurgi i Noreg, samt studere endringar i vekt, sjukdomstilstand og sjølvopplevd helse hjå fedmeopererte i inntil ti år etter operasjon.

SOReg-N er den norske delen av Scandinavian Obesity Surgery Registry, SOReg, som sidan 2008 har vore i drift i Sverige. Det norske og det svenske registeret har like variablar, slik at ein skal kunne samanlikne resultatata mellom landa.

Registrering av oppfølging i SOReg-N

Det blir registrert pasientopplysingar frå før operasjon, frå sjølve operasjonen, og frå kontrollar etter 6 veker, 1, 2 og 5 år. I kontrollen etter 6 veker vert det registrert mogelege komplikasjonar etter kirurgi, kva vitamin- og mineraltilskot pasientane har fått beskjed om å ta, og vekt. På årskontrollane registrerer ein vekt, eventuelle komplikasjonar og nye operasjonar, opplysingar om kva vitamin- og mineraltilskot pasientane tar, og korleis det går med følgjesjukdom som t.d. diabetes og høgt blodtrykk.

Det svenske registeret, SOReg-S, har definert grenseverdi for full måloppnåing for kvalitetsindikatorar til 95% ferdigstilte skjema for 1-årskontroll og 90 % for 2-årskontroll.

Status for årskontrollar før kvalitetsforbetningsprosjektet

I 2017 var det 15 sjukehus som la inn data i registeret for heile året. Av desse starta 7 sjukehus registreringar i 2016, og data for 2-årskontrollar ved desse sjukehusa var derfor ikkje komplette før prosjektet.

Ved gjennomgang av alle pasientforløp i SOReg-N pr. 14.8.2018 fann vi at det ved alle avdelingar var 82 % av pasientane som fekk oppfølging innan normtid⁴ for 1-årskontroll og 44 % som fekk oppfølging innan normtid for 2-årskontroll (sjå tabell 1).

	Eit år	To år
Tal pasientar med kontroll innan normtid	2002 (82%)	629 (44%)
Tal pasientar med kontroll utanfor normtid	202 (8,2%)	314 (13%)
Tal pasientar ikkje kontrollert	153 (6,3%)	412 (17%)
Utgått av andre årsaker	75 (3%)	75 (3%)
Døde	4 (0,16%)	4 (0,16%)
Totalt tal operasjonar i perioden	2437	2437

Tabell 1. Viser tal henta frå Rapporteket den 14.8.2018, med oversikt over oppfølginga av alle pasientar som vart opererte mellom 1.1.2014 og 23.2.2017.

⁴ Normtid for 1-årskontrollar er sett til 365 dagar +/- 90 dagar etter operasjon og normtid for 2-årskontroll er sett til 730 dagar +/- 90 dagar etter operasjon.

Ein meir detaljert gjennomgang vist i tabell 2 viser stor variasjon mellom sjukehusa i kor mange som fekk kontrollar innan normtid. I dei første tala frå norske sjukehus var det ingen som oppfylte målet om 95% ferdigstilte skjema for 1-årskontroll og 90% ferdigstilte for 2-årskontroll (Tabell 2).

Talet på pasientar som ikkje var kontrollert var mykje høgare ved 2-årskontroll enn ved 1-årskontroll. Ved eitt sjukehus vart det ikkje registrert 2-årskontrollar i det heile, blant dei andre varierte tala sterkt.

Sjukehus	Eit år	To år	Dato for start registreringer i SOReg-N
Sjukehus med start registrering i 2015			
Voss sjukehus	76%	36%	21.01.2014
Stavanger Universitetssykehus	89%	0%	22.3.2015
Helse Førde	76%	77%	01.06.2015
Namsos Sykehus	75%	57%	17.08.2015
Haugesund sjukehus	82%	73%	18.08.2015
Volvat Bergen	87%	76%	26.08.2015
Ålesund Sykehus	90%	75%	15.09.2015
St. Olavs hospital	86%	46 %*	08.11.2015
Sjukehus med start registrering i 2016			
Bærum sykehus	81%	35%*	06.01.2016
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	91%	82%*	11.01.2016
Privatsykehuset Haugesund	80%	71%*	18.01.2016
Sørlandet Sykehus	86%	54%*	30.03.2016
Nordlandssykehuset	91%	91%*	02.05.2016
Oslo Universitetssykehus	78%	NA	22.08.2016
Volvat Oslo	86%	80%*	31.10.2016

Tabell 2 viser oversikt over 1- og 2- årskontrollar for alle sjukehusa. Tal henta frå Rapporteket den 14.8.2018, med oversikt over oppfølginga av alle pasientar som vart opererte mellom 1.1.2014 og 23.2.2017. For 2-årskontrollar er sjukehus der ein enno ikkje har registrert i 2 år merkt med NA. Tal for 2-årskontroll merka med * har starta 2-årskontrollar, men har enno svært små tal.

Til samanlikning har det svenske registeret ferdigstilte skjema på 83 % etter 1 år og 60% etter 2 år for heile landet (tal frå årsrapporten 2016).

Tala viste eit stort potensiale for å kunne auke talet på pasientar som får kontroll innan normtid, både for 1- og 2- årskontrollar.

3 Beskriving av prosjektet

3.1 Prosjektets overordna mål

Prosjektet hadde som målsetjing å:

- Bidra til ein auke i tal pasientar som får kontroll innan normtid 1 og 2 år etter operasjon.
- Bidra til at avdelingar som ikkje tilbyr kontroll 2 år etter operasjon opprettar eit slikt tilbod.
- Avdekke grunnar til at pasientar ikkje kjem til kontroll innan normtid (som til dømes vanskar med å ta seg fram til avdelinga, økonomi, kapasitet ved poliklinikken, osb.).
- Bidra til betring av rutinar i avdelingane for å kalle inn pasientar til kontrollar.
- Bidra til gode rutinar i avdelingane for informasjon og opplæring til pasientane om kontrollar og livslang oppfølging både før og etter operasjon.
- Læring om prosess og bruk av prosessverktøy for å utarbeide betre rutinar og prosedyrar.
- Gjere nytte av rapportar med tal frå registeret i eit konkret kvalitetsforbetringsarbeid.

3.2 Konkrete mål

Konkrete mål for prosjektet var at:

1. Alle dei deltakande sjukehusa skulle utføre 1- og 2- årskontrollar ved prosjektperiodens slutt.
2. Innan prosjektperiodens slutt skulle 95% av pasientane få 1-årskontroll og 90 % av pasientane få 2-årskontroll innanfor normtid ved dei deltakande sjukehusa.
3. Talet på pasientar som ikkje møtte til kontroll skulle vere redusert 10-20% innan slutten på prosjektperioden.

3.3 Tiltak/ intervensjon

Kvar avdeling skulle gjere ei grunnleggjande kartlegging av rutinar i avdelinga, identifisere moglege område for forbetring og utarbeide ein lokal plan for tiltak og utprøving av tiltak. (Sjå under punkt 7 for meir detaljert beskriving av tiltak ved kvart sjukehus.)

Tiltak som vart prøvd ut kan fordelast i nokre hovudkategoriar:

Rutinar for innkalling av pasientar til kontroll:

- Ringe pasientar før kontroll og minne om timen.
- Gje time litt før årsdato etter operasjon for å ha litt slingringsmonn om pasienten skulle flytte timen.
- Gje time når pasienten vart utskreven/ved førre kontroll.
- Legge til rette for blodprøvetaking ei tid før sjølve kontrollen, slik at pasienten fekk prøvesvara ved kontroll.
- Tilby telefonsamtale i staden for frammøte ved behov.

Betre informasjon til pasientane om årskontrollar:

- Endre informasjonsskriv med meir forklaring om årskontrollar.
- Forklare kvifor det er viktig å møte til kontrollar allereie ved preoperativt informasjonsmøte med pasientane.

Betre rutinar for innregistrering i SOReg-N

- Avslutte skjema for pasientar som ikkje har møtt trass i innkalling (for å unngå at skjema vert liggande opne).
- Sette av tid til registreringar, slik at dei vert ferdigstilt fortløpande.

Betre innhaldet i kontrollane/meir pasienttilpassa kontrollar

- Måle pasienttilfredshet.
- Spørjeskjema til pasientane på venterommet før kontrollen for å kunne bruke meir tid på det som er viktig for pasienten.

3.4 Metode og arbeidsform

Prosjektet har brukt gjennombrotsmetoden⁵ for å kartleggje og sette i verk tiltak for endring. Gjennombrotsmetoden består av ein førebuingsfase, ein prosjektfase og ein spreingsfase.

3.4.1 Førebuingsfasen

Prosjektleiinga sendte i september 2018 ut invitasjon til sjukehusa i registeret om å bli med på prosjektet. Etter ein del arbeid fekk vi med 5 sjukehus, som skulle opprette lokale arbeidsgrupper. Før deltaking signerte leiinga ved avdelingane kontrakt på at dei skulle følgje opp prosjektet og arbeidsgruppa.

3.4.2 Prosjektfasen

I sjølve prosjektfasen vart det organisert tre heildagssamlinger for to personar frå kvart av dei deltakande sjukehusa. Det var sett krav om at desse skulle vere deltakarar i den lokale arbeidsgruppa og skulle følgje prosjektet heile vegen.

Første samling

På den første samlinga 7. februar 2019 fekk deltakarane ei kort innføring i kvalitetsforbetningsarbeidsmetodikk, før dei fekk prøve metodane i grupper. Kvart sjukehus skulle før kurset lage eit flytskjema om korleis arbeidet lokalt var organisert, og dette vart lagt fram i plenum. Vi fekk også gode innspel frå brukarrepresentant frå Landsforeininga for overvektige. Deretter var det to sesjonar med gruppearbeid, der ein først introduserte to og to «verktøy» og deretter prøvde å bruke verktøyet. Verktøya i gruppearbeidet var idémyldring, fiskebeinsdiagram, drivardiagram og prioriteringsmatrise. Dagen vart avslutta med eit føredrag om korleis få team til å fungere i kvalitetsforbetningsarbeid.

Heimearbeid etter første samling vart å bruke metodane dei hadde lært til å sette opp ein plan for tiltak og prioriteringar lokalt. Før neste samling skulle deltakarane sende inn kvar si poster med ein oversikt over identifiserte problemområde på avdelinga, forslag til tiltak, eventuelle iverksette tiltak og ein prioriteringsmatrise.

⁵ <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/gjennombrotsmetoden>

Andre samling

Den neste samlinga 3. april 2019 hadde PDSA⁶-sirkelen og systematisk testing av tiltak som hovudfokus, men hadde også foredrag om bruk av tavlemøter, og korleis måle effekt i utprøving av tiltak. Kwart av sjukehusa la fram status for eige arbeid og eventuelle problemstillingar dei ønska å drøfte i plenum.

Etter andre samling skulle sjukehusa for alvor gå i gang med tiltak lokalt. Fram til tredje og siste samling skulle dei lage kvar sin poster med ei oversikt over det lokale prosjektet, der dei svarte på følgjande:

- Kva var det vi ville forbetre?
- Planlegging
- Kva gjorde vi?
- Målingar
- Resultat
- Endringar vi må gjere vidare.

Tredje samling

Den siste samlinga 27. november 2019 vart ein oppsummering av prosjektet og av resultatata så langt. Dagen starta med at kvart sjukehus la fram sin poster med oversikt over planlegging, tiltak og resultat til no. Tema for resten av dagen var korleis få tiltak til å vare, korleis skape endringskultur, og litt om bruk av pasientrapporterte data i klinikken.

3.4.3 Spreiingsfasen

Prosjektet er no inne i spreiiingsfasen. Eit tema for den tredje samlinga var kva tiltak dei deltakande sjukehusa kunne tilrå andre å vurdere når det gjeld årskontrollar. Prosjektleiinga planlegg å gå vidare med desse tilrådingane, og spreie informasjon om prosjektet og kva tiltak som hadde effekt til andre sjukehus.

⁶ Plan, Do, Study, Act

3.5 Utval

Fem sjukehus takka ja til å delta i prosjektet: St.Olavs hospital, Haugesund sjukehus (Helse Fonna), Stavanger Universitetssjukehus, Bærum sjukehus (Vestre Viken) og Namsos sjukehus (Helse Nord-Trøndelag). Av desse var det nokre som hadde låge tal for årskontrollar, mens andre hadde særst gode resultat samanlikna med landsgjennomsnittet.

Av deltakarane på samlingane var fleire faggrupper som er involvert i årskontrollane representert: sekretærar, legar, ernæringsfysiologar og sjukepleiarar. Ein brukarrepresentant frå Landsforeininga for overvektige var også med på samlingane og kom med viktige innspel frå pasientane.

3.6 Framdriftsplan/milepålsplan

Prosjektet sine milepålar er summert opp i tabellen under.

ID	Milepål	Start dato	Ferdig dato
1	Nullmåling for prosjektet	August 2018	
2	Invitasjonar/inkludering av sjukehus	September 2018	November 2018
3	Første samling	07.02.2019	07.02.2019
4	Andre samling	03.04.2019	03.04.2019
5	Besøk ved sjukehusa av prosjektleiar	Mai 2019	September 2019
6	Tredje samling	27.11.2019	27.11.2019
7	Målingar, kvar månad	Desember 2018	Mai 2020

3.7 Oppfølging av deltakande avdelingar

Prosjektleari følgde opp dei deltakande sjukehusa ved å sende månadlege rapportar med tal og enkel statistikk over 1- og 2-årskontrollar. Vi vil fortsette med månadlege rapportar også i minst 6 månader etter siste samling.

Etter den andre samlinga fekk dei deltakande sjukehusa besøk av prosjektleari der ein fekk samla dei arbeidsgruppene og snakka om det lokale prosjektet.

4 Kvalitetsregisterdata og resultatmåling

4.1 Valde kvalitetsindikatorar frå registeret

To av kvalitetsindikatorane for SOReg-N er «Del pasientar som blir følgde opp postoperativt innan normtid etter eitt år» og «Del pasientar som blir følgde opp postoperativt innan normtid etter to år». Desse to indikatorane fortel om det er utført årskontroll 1 og 2 år etter operasjon og om kontrollen vart utført innan normtid. Normtid er definert som 365+/-90 dagar etter operasjon for eitt år og 730+/-90 dagar etter to år.

4.2 Metode for resultatmåling

Registeret hadde to rapportar i Rapporteket for å vise del pasientar som hadde ferdigstilt skjema innan normtid for 1-års- og 2-årskontrollar. I januar/februar 2019 vart desse rapportane utbetra, og vi fekk omdisponert nokre av midlane i prosjektet til å dekke denne utvida rapporten.

Prosjektleari har så kvar månad brukt desse rapportane til å hente ut tal for årskontrollar for dei fem sjukehusa, og sendt ut rapportar med både tal og oversiktskurver på e-post.

5 Måloppnåing/resultat

5.1 Måloppnåing for overordna mål

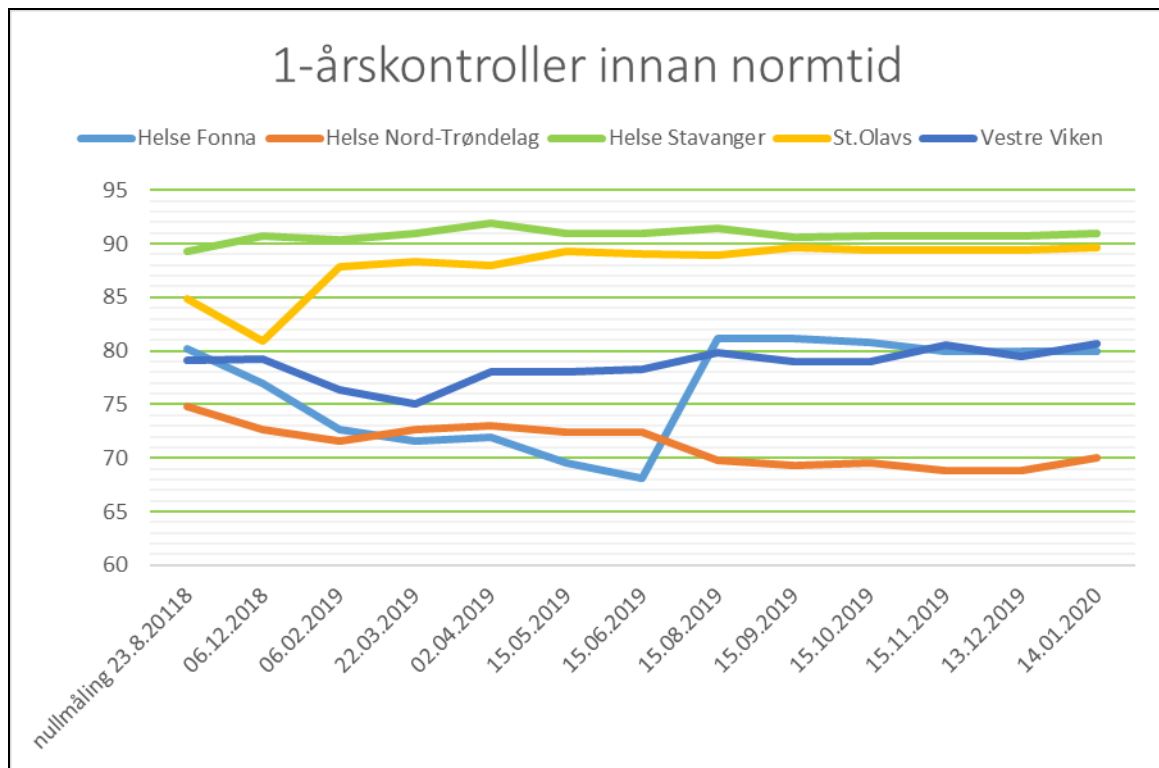
Prosjektet skulle bidra til auke i tal pasientar som fekk kontroll innan normtid 1 og 2 år etter operasjon. Etter prosjektet ser tala slik ut (nasjonale tal 15.januar 2020):

	1- årskontroll før prosjektet	1- årskontroll etter prosjektet	2- årskontroll før prosjektet	2- årskontroll etter prosjektet
Tal pasientar med kontroll innan normtid	2002 (82%)	4233 (80%)	629 (44%)	1755 (54,7%)
Tal pasientar med kontroll utanfor normtid	202 (8,2%)	455 (10,7%)	314 (13%)	814 (25,3%)
Tal pasientar ikkje kontrollart	153 (6,3%)	363 (6,8%)	412 (17%)	516 (16%)
Utgått av andre årsaker	75 (3%)	241 (4,5%)	75 (3%)	125 (3,9%)
Døde	4 (0,16%)	11 (0,2%)	4 (0,16%)	7 (0,2%)
Totalt tal operasjonar i perioden	2437	5303	2437	3218

Tabell 3 viser tal henta frå Rapporteket for alle pasientar opererte mellom 01.01.2014 og 01.10.2018 for eitt år og mellom 01.01.2014 og 01.10.2017 for 2 år.

Før vi går inn på tala for 1-års- og 2-årskontrollar innan normtid er det interessant å merke seg at det ser ut til å vere ein auke også i tal pasientar med kontroll *utanfor* normtid, særleg for 2-årskontrollar. Det har også vore ei lita auke i tal pasientar som har gått ut av registeret.

Utviklinga for 1-årskontrollane fram til januar 2020 ser slik ut:

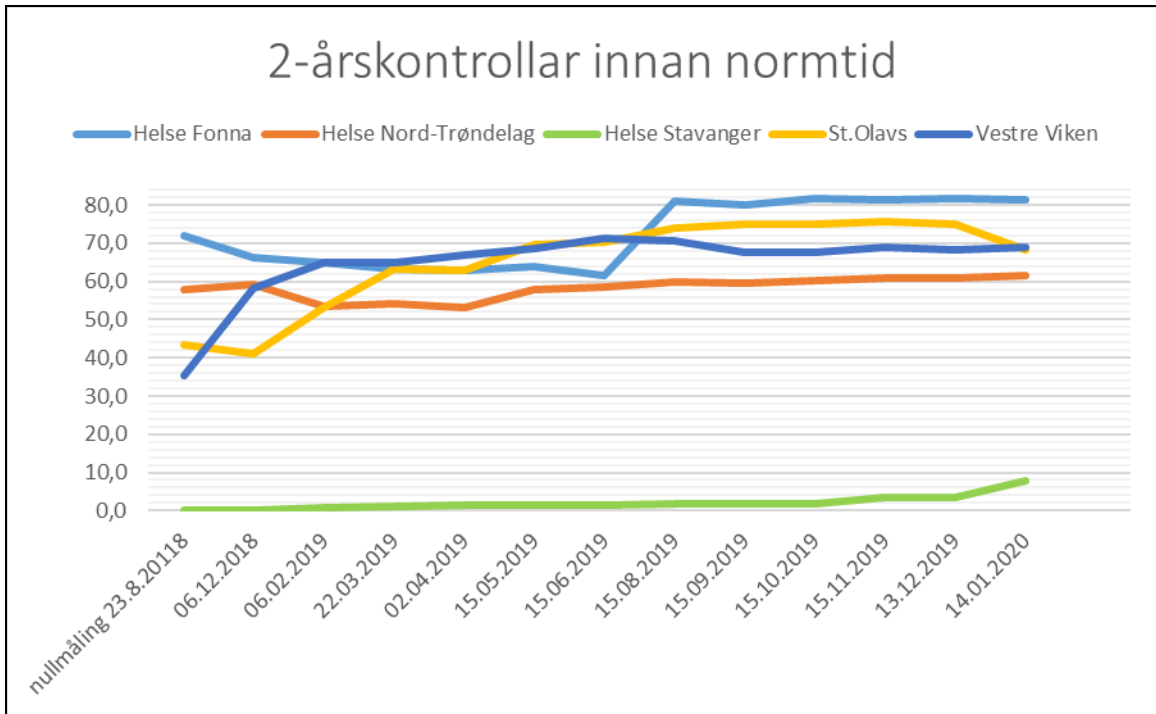


Vi ser at tala samla sett ikkje har hatt nokon stor auke i 1-årskontrollar innan normtid.

Eitt av sjukehusa i prosjektet har hatt ein auke frå 84,8% til 89,7%, for andre har tala vore svingande, for enkelte sjukehus har tala faktisk gått noko ned. Det er mogleg at dette heng saman med at fleire sjukehus har endra rutinar for registrering av pasienter som ikkje møter til kontroll, og rydda opp i registreringane ved å ferdigstille skjema for pasientar som ikkje har møtt/ikkje ønskjer kontrollar vidare. (Her anbefaler registeret at ein kallar inn pasienten to gonger. Om vedkomande enno ikkje møter, kan ein sette pasienten som ikkje møtt. Om pasienten seier at han/ho ikkje ønskjer vidare kontrollar, skal ein registrere det som utgått frå registeret).

Ein kan også merke seg at tala har vorte meir stabile med mindre svingingar frå månad til månad utover hausten 2019.

Tala for 2-årskontrollar har hatt ei betre utvikling:



Det eine sjukehuset som ikkje registrerte 2-årskontrollar har kome i gang med desse. Alle sjukehusa har hatt ein god auke i 2-årskontrollar innan normtid. Sjukehuset med størst auke gjekk frå 35,3% ved nullmåling til 69% i januar 2020. Totalt tal pasientar med 2-årskontroll innan normtid har auka frå 43,9% til 54,7% fram til januar 2020. Også her kan ein sjå at tala er mykje meir stabile frå hausten 2019.

Avdekka grunnar til at pasientar ikkje møter til kontroll

I prosjektet kom ein fram til at ein del pasientar ikkje møter fordi dei føler seg bra og ikkje ser at dei treng kontrollar. Andre har lang reiseveg til sjukehuset, og synes ikkje det er verdt å bruke tid og pengar for å møte til ein kontroll dei ikkje synes dei har noko utbyte av. Det ser også ut til at mange av dei som ikkje møter anten har gløymd timen, eller at timen vert utsett av pasienten slik at kontrollen ikkje vert innan normtid.

Betring av rutinar i avdelingane for å kalle inn pasientar til kontrollar

Mange av tiltaka som vart prøvd ut gjekk ut på å endre rutinar for innkalling til kontrollar. Tiltak som vart prøvd ut var:

- kalle inn pasientane i god tid før det var gått eit fullt år sidan operasjon/førre kontroll (slik at timen kan bli utsett eit par gonger, men like vel kome inn under normtid)
- gje time til ny kontroll ved kontroll
- ringje pasientane ei veke før kontroll og minne om timen
- ringje pasientar som ikkje møter til timen og ta kontroll over telefon
- betre rutinar for å ferdigstille pasientar som ein ikkje får avtalt time med, slik at dei ikkje vert registrert som utan kontroll i SOReg-N

Bidra til gode rutinar i avdelingane for informasjon og opplæring til pasientane om kontrollar og livslang oppfølging både før og etter operasjon

Dei fleste sjukehusa gjekk gjennom rutineane for informasjon om årskontrollar etter operasjon til pasientane, og fleire stader endra ein informasjonsmateriell og innhald i opplæring før operasjon.

Læring om prosess og bruk av prosessverktøy for å utarbeide betre rutinar og prosedyrar

Fleire av deltakarane ga tilbakemelding om at opplæringa på samlingane ga dei ny kunnskap om kvalitetsforbetring, som dei kan bruke ikkje berre i dette prosjektet, men også til vidare utvikling og forbetring lokalt. Også for prosjektleiinga har prosessen vore nyttig for å lære meir om kvalitetsforbetningsarbeid og korleis vi kan nytte registerdata til kvalitetsforbetningsprosjekt.

Gjere nytte av rapportar med tal frå registeret i eit konkret kvalitetsforbetningsarbeid.

Som del av prosjektet fekk vi utbetra rapportane for årskontrollar for registeret. Desse har vore svært nyttige for målingar av utviklinga undervegs i prosjektet.

5.2 Måloppnåing for konkrete mål

Målet om at alle dei deltakande sjukehusa skulle utføre 1- og 2- årskontrollar ved prosjektperiodens slutt er nådd. Det eine sjukehuset som ikkje førte 2-årskontrollar la om rutineane sine, slik at kontrollane passa betre inn i normtid for registeret, og har begynt å registrere også 2-årskontrollar.

Målet om at 95% av pasientane skulle få 1-årskontroll og 90 % av pasientane skulle få 2-årskontroll innanfor normtid ved dei deltakande sjukehusa er enno ikkje nådd. Det har vore ei

auke i tal på kontrollar, men berre eitt av sjukehus har over 90% kontrollar innan normtid for eitt år, og ingen er over 82% for 2-årskontrollar.

Det siste målet, om at talet på pasientar som ikkje møtte til kontroll skulle vere redusert 10-20% innan slutten på prosjektperioden, er ikkje nådd. Prosjektet avdekkar at det for dei deltakande sjukehusa ikkje var noko stor del av pasientane som vart ferdigstilte i registeret som ikkje møtt. Problemet var heller motsett, at ein forsøkte gjentekne gonger å kalle inn til kontroll, slik at skjemaet i registeret vart ståande ope.

Det har blitt litt fleire pasientar med ferdigstilte skjema enn før prosjektet. Her avdekkar prosjektet at enkelte sjukehus mangla rutinar for når dei skulle sette pasientar som ikkje møtt, noko som førte til at dei brukte mykje tid og ressursar på å kalle inn pasientar mange gonger. Registeret anbefalar å heller ferdigstille skjemaet og prøve igjen ved neste årskontroll, i staden for at mange pasientar blir ståande med uferdige skjema i registeret.

6 Prosjektgruppa si evaluering

6.1 Planlegging av prosjektet

Prosjektgruppa besto i utgangspunktet av registerleiinga for Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi, og av to rådgjevarar ved Fagsenter for medisinske kvalitetsregistre i Helse Vest. Etter å ha vore med på dei to første samlingane, og i planlegginga av heile prosjektet, gjekk begge dei to rådgjevarane over i nye jobbar. Til den siste samlinga fekk vi derfor inn ein frå Avdeling for Pasientsikkerheit ved HUS til å stå for det forbetningsmetodisk faglege innhaldet.

6.2 Gjennomføring av prosjektet

Prosjektet vart gjennomført stort sett etter prosjektbeskrivinga, med nokre få justeringar undervegs.

Oppstart av prosjektet

Det vart vanskelegare enn venta å få nok sjukehus til å delta i prosjektet, og det måtte fleire invitasjonar og ein ringjerunde til ansvarlege overlegar til for å kome i mål. Framleis hadde vi

ønskt å få med fleire sjukehus, særleg dei som vi veit har utfordringar med registrering av kontrollar.

Prosjektleiinga sette klare krav til sjukehusa som vurderte å delta. Det var viktig at dei som skulle delta i prosjektet var klare til å følge opp prosjektet lokalt mellom kursdagane, og ikkje berre delta på samlingane. Dette var medverkande til at eit par sjukehus som var interesserte, likevel ikkje vart med. Samtidig kan dette ha vore med å bidra til at alle sjukehusa som var med følgde opp som dei skulle, starta lokale prosjekt, og leverte inn oppsummeringar til samlingane.

Samlingane

Kursdagane vart planlagt for å gje deltakarane kunnskap systematisk kvalitetsforbetringsarbeid, med vekt på praktiske øvingar. Planen var at kvar samling skulle gje metodar for det vidare arbeidet deltakarane skulle starte opp lokalt på det tidspunktet. Mellom samlingane skulle deltakarane så arbeide vidare med sine eigne prosjekt. Før samling 2 og 3 skulle dei levere inn poster om prosjekta sine, for så å leggje fram kva dei hadde gjort til no på samlingane.

Dei tre samlingane vart alle tre vellykka, og vi fekk gode tilbakemeldingar frå deltakarane. Vi fekk i gang gode diskusjonar i gruppearbeidet, og det vart fort ei god og ope stemning i gruppa. Ein synergieffekt av dette merka vi på registerets årlege «SOREg-dag» rett etter samling 2, der vi for første gong fekk i stand gode diskusjonar i plenum. Slik ser det ut til at prosjektet har hatt god innverknad også på fagmiljøet nasjonalt sett.

Utfordringar

Til tross for at leiinga ved sjukehusa hadde signert avtale om at prosjektet skulle følgjast opp av den lokale leiinga, var det mange av deltakarane som strevde med manglande interesse og oppfølging frå leiinga. Dette gjorde det vanskeleg for mange å få sett av tid til å jobbe med prosjektet, og til å fortsette med tiltak etter at sjølv prosjektperioden var over.

Dei fleste syntes også at det var vanskeleg å engasjere andre medarbeidarar som ikkje var med på samlingane. Det var få av deltakarane på seminara som fekk med fleire i den lokale arbeidsgruppa. Fleire stader var det også lite kommunikasjon med dei andre i avdelinga om prosjektet.

6.3 Etter prosjektslutt - tiltak som kan vidareførast/tilrådest til andre

Fleire av tiltaka som vart testa ut kan enkelt overførast til andre sjukehus. Dette gjeld å sjå over **korleis innkalling til kontrollar er organisert**, som:

- å kalle inn pasientane litt før akkurat eitt og to år for å sikre at dei kjem innan normtid sjølv om dei treng å utsetje timen,
- ringje pasientar som ikkje møter til kontroll,
- tilby kontroll over telefon eller skype

Ein kan også gjere **tiltak for å informere betre** om kvifor det er viktig å møte til kontroll ved å:

- gjere små endringar i informasjon før operasjon, både munnleg og skriftleg
- minne pasienten på kor viktig det er med kontrollar sjølv om prøvesvara er fine, for å kunne oppdage og førebyggje seinkomplikasjonar tidleg.

Ein tredje hovudgruppe av tiltak er å **betre registreringane av kontrollane**:

- ferdigstille skjema i registeret for pasientar som ikkje har møtt etter gjentekne forsøk på kontakt,
- ferdigstille skjema i registeret fortløpande, så det ikkje vert gløymt.
- Rutinar for å kontrollere at alle pasientar er ført og skjema ferdigstilte med jamne mellomrom.

7 Deltakande avdelings/einingars beskriving av gjennomføring

Evaluering av samlingane og prosjektet frå deltakarane

Vi delte ut evalueringsskjema til deltakarane på slutten av kvar samling. På den siste samlinga vart dei også bedt om å seie noko om kva dei syntest om prosjektet som heilhet. Deltakarane har gitt uttrykk for at prosjektet har vore inspirerende og lærerikt, at samlingane har fått konkurranseinstinktet til å vakne, og at dei har fått auka eigarskap til registeret.

Dei fleste var svært nøgd med prosjektet som heilhet, og kom med vurderingar som «lærerikt og kjekt», «Nyttig. Fått tips/ideer til forbedring» og «Fra å kunne nesten ingenting teori om kvalitetsforbedring og til bratt læringskurve. Flott å få ha vært med!».

Evaluering frå brukarrepresentant

Brukarrepresentanten som var med på samlingane, har skrive følgjande om prosjektet:

«I startfasen ble det samlet informasjon fra brukere via grupper på facebook, og via private meldinger og diskusjoner i ulike fora. Dette ble lagt frem på første møtet, og jeg opplevde at det som ble lagt frem ble lagt til grunn i videre arbeid fra øvrige medlemmer i prosjektet. Jeg har deltatt på samtlige samlinger, og har forsøkt å holde medlemmer i Landsforeningen for overvektige oppdatert på prosjektet og hvilke problemstillinger som har vært fremmet. Arbeidet ble forankret i landsstyret i Landsforeningen for overvektige. Jeg har inntrykk av at innspill og tilbakemeldinger fra meg som brukerrepresentant har blitt hørt og implementert i planer for videre oppfølging hos de ulike sykehusene som har deltatt i prosjektet.»

Gjennomføring ved dei ulike sjukehusa

Dei neste avsnitta er basert på deltakarane sine presentasjonar frå den tredje samlinga for prosjektet.

Bærum sjukehus

Deltakarane brukte verktøya frå kurset til å identifisere og innføre tiltak. Dei kom fram til tre hovudfokus:

Informasjon til pasientar

For å betre informasjonen om kvifor det er viktig for pasientane å møte til kontrollar vart det gjort endringar i skriftleg informasjonsmateriell, både i informasjonsskrivet til pasientane før operasjon, og i innkallingsbrevet til årskontrollar. Det vart også gjort endringar i munnleg informasjon til pasientane på preoperativt kurs.

Ringje pasientar som ikkje møtte til kontroll

Ein starta med å ringje pasientar som ikkje møtte til kontroll, og ta kontrollen over telefon.

Gjere registreringa meir effektiv

Det vart laga ein mal i DIPS for dei som skulle skrive notat frå kontrollar, slik at det vart lettare for den som skulle registrere årskontrollen å finne dei rette opplysingane. Ein sette av fast tid til registreringane, slik at alle skjema vert ferdigstilt.

Utfordringar

Det var vanskeleg å få leiarane med i prosessen. Det var også ei utfordring å få med dei andre i avdelinga. Dei som arbeider med kontrollar har lite kontakt med dei andre ledda i behandlinga, derfor var dette ei ekstra utfordring.

Korleis fortsette med forbetring?

Endringane i informasjonen til pasientane ser ut til å fungere bra. Det har også blitt fleire ferdigstilte skjema for årskontrollar etter at dei starta med fast dag for registreringar, så det vil dei fortsette med.

Stavanger Universitetssjukehus

I prosjektet ønskte avdelinga å auke tal kontrollar etter fedmeoperasjon, og å redusere talet forseinka kontrollar. Ved prosjektstart registrerte ikkje avdelinga 2-årskontrollar i SOReg-N, då ein ikkje hadde individuell kontroll innanfor godkjent tidspunkt for registerets 2-årskontroll.

Mål for prosjektet

Avdelinga ønskte å auke tal kontrollar etter fedmekirurgi, og å gjennomføre kontrollane i rett tid utan forseinkingar. I tillegg var det eit mål å auke oppmøtet for 2-årskontrollar.

Tiltak som vart innført

Ved å endre planlegging av operasjonar (eit anna kvalitetsforbetringsprosjekt), der ein opererer same tal pasientar, men reduserer tida det tar mellom kvar pasient, har ein fått frigjort ressursar til fleire kontrollar etter operasjon.

Som del av dette prosjektet gjorde ein endringar i planen for kontrollar etter fedmeoperasjon:

- Endre 6-månaderskontroll frå individuell samtale til gruppesamtale.
- Etablering av 18-månaderskontroll.
- Endre 2-årskontrollar frå gruppesamtale til individuell kontroll, og starte registrering av 2-årskontrollar.

Avdelinga har også endra litt på rutine for innkalling når pasienten ikkje møter til kontroll:

- Viss pasienten ikkje møter to gonger, vert pasientskjema ferdigstilt som ikkje møtt. Så kallar ein inn igjen til neste ordinære kontroll.
- dei som ikkje møter til kontroll får ny time eller telefonsamtale

Resultat

- i oktober 2019 klarte sjukehuset å gjennomføre 2-årskontrollar innanfor normtid.
- Avdelinga opplever auke i frammøte til kontrollar, frå 56% til over 80% oppmøte.

Utfordringar

Leiinga og dei som jobbar med andre deler av pasientforløpet har ikkje vore særleg involvert i prosjektet.

Plan vidare

Ein jobbar vidare med å prøve å ha telefonsamtalar med pasientar som ikkje ønsker eller avbestiller time. Det er også planar om å finne undervisningsmetodar som kan hjelpe pasientane vidare med tanke på forståing av eiga helse, førebygging av feil/underernæring og andre komplikasjonar som kan oppstå etter fedmeoperasjon.

Haugesund Sjukehus

Avdelinga hadde allereie eit prosjekt for å måle pasienttilfredsheit ved kontroll, for å finne ut kva som var viktig for pasientane når det gjeld kontrollar. Dette kunne ein også bruke i planlegginga av prosjektet i SOReg-N.

Planlegging

I planlegginga identifiserte ein fire områder som kunne forbeistrast: Informasjon til pasient, logistikk for pasienten (reise, gløymt time, blodprøvetaking og liknande), logistikk ved avdelinga, og innhaldet i konsultasjonane.

Tiltak som vart innført lokalt

Informasjonsmateriellet til pasientane blei endra for å gje betre informasjon om kontrollar og kvifor dei er viktige. Ein endra også på undervisninga pasientane får før operasjon.

Eit anna tiltak var å halde fokus på registrering, der ein prøvde å få til jamlege registreringar. Det vart også gjort eit stort arbeid for å etterregistrere pasientar som hadde vore til kontroll, men der kontrollen ikkje var lagt inn i registeret.

I tillegg har ein gått gjennom rutinane for innkalling til årskontrollar, ein har starta å tilby telefontimar, og oppmodar pasientane til å ta blodprøver før kontrollen, slik at svara er klare når pasienten kjem til kontroll.

Utfordringar

Leiinga har vore lite involvert i prosjektet. Avdelinga har generelt lite ressursar til kontrollar og registreringar, så det har vore ein utfordring å ta seg tid til prosjektet.

Namsos sjukehus

Planlegging av prosjektet

I planleggingsfasen fann avdelinga at det var for mange pasientar som ikkje møtte til time for oppfølging på poliklinikken, eller som avbestilte timen dagen før. Ein planla å ringe alle pasientar kring ei veke før dei hadde time for å minne om timen og spørje om timen passa/dei planla å kome.

Tiltak:

- To personar på poliklinikken fekk ansvar for å ringe pasientane kvar veke.
- Det vart laga eit system der ein noterte kor mange som ville møte til timen, kor mange som ikkje vill møte, og kor mange som ønskte ny time.
- Om timen ikkje passa fekk pasienten ny time.

Resultat:

Før tiltaket vart prøvd ut hadde ein oppmøte på 50%. Under tiltaket ringte ein totalt 88 pasientar, med følgjande resultat:

	Tal pasientar	Prosent %
Tal pasientar som møtte til kontroll	58	65,9
Tal pasientar som ikkje møtte	21	23,9
Tal pasientar som fekk ny time	9	10,2
Totalt tal pasientar	88	100

Etter tiltaket vart totalt tal pasientar som møtte til kontroll aua frå 50% til 76% (inkludert dei som fekk ny time).

Ei synergieffekt av tiltaket var at dei som ringte pasientane like godt ringte alle som sto på lista til poliklinikken når dei først var i gang. Dermed auka oppmøte til alle timane i poliklinikken.

I tillegg har ein gått gjennom rutinane for planlegging av timer. Ved kontrolltimen planlegg klinisk ernæringsfysiolog neste kontroll saman med pasienten.

Utfordringar

Det har vore ei utfordring å få med leiinga i prosjektet, og prosjektgruppa har fått beskjed om at dei ikkje får fortsetje med å ringje pasientane etter at prosjektperioden er over.

St. Olavs hospital

Planlegging

Avdelinga hadde informasjon til dei tilsette ved avdelinga om prosjektet, og gjennomførte idemyldring, fiskebeinsdiagram og prioriteringsmatrise med alle saman. Ein forslagstavle vart sett opp, og alle i avdelinga vart invitert med i diskusjonar om korleis gjere forbetringar. Ulike områder for forbetring vart identifisert: timeavtalar/logistikk ved endring av time, betre kontroll med registreringar i SOReg-N, og effektivisering av innsamling av data som skal inn i registeret.

Tiltak som vart innført:

- Informasjon til alle ved klinikken om kvifor det er viktig å registrere innan normtid
- **Timeavtalar/logistikk:**
 - Ved kontroll gjer ein timeavtale til neste kontroll.
 - Kontrollar vert sett opp 1 måned før årsdatoen etter operasjon.
 - Utarbeiding av mal for reine kontroll dagar ved poliklinikken, ved leiar og sekretær.
 - Ved flytting av time skal sekretær involvere behandlar, og gi ny time innan frist/normtid.
- **Betre kontroll med registreringar i SOReg-N**
 - éin person skal ha hovudansvar for registreringar, gå gjennom forseinka registreringar kvar måned og eventuelt purre på behandlar.
 - samtykkeskjema delast ut dag 1 i førebuande gruppe og samlast inn.
 - Mal for opplæring, viktig at alle som har kontrollar som skal registrerast i SOReg-N veit kva dei skal gjere.

- **Meir effektiv datainnsamling til SOReg-N**

- Pasientane fyller ut basisregistrering på papirskjema dag 1 i førebuande gruppe. Svare ferdigstillast i registeret når pasienten har fått operasjonsdato.
- Utforming av spørjeskjema til pasientane basert på spørsmåla i SOReg-N, som dei fyller ut på venterommet før 1-og 2-årskontroll. Dette sikrar at ein får svar på alle spørsmåla til registeret, samtidig som ein kan fokusere på det pasienten synest er viktigast under samtalen. Dette gjorde det lettare å fylle ut svare ved registrering, og var tidssparande.

Undervegs i prosjektet hadde prosjektgruppa månadlege tavlemøter med personalet, der ein presenterte rapportar frå Rapporteket om årskontrollane.

Utfordringar

Leiinga har vore litt involvert, men ikkje mykje. Det har vore utfordrande å finne tid til å følgje opp prosjektet.

Det er få pasientar som vert operert ved klinikken, og det skal få endringar av timeavtalar til før det slår ut på tala for kontrollar. Ein ser at det er viktig å halde fokuset oppe heile tida, elles sklir det lett ut.

Plan vidare

Avdelinga ønskjer å fortsette med tiltak og nye forbetringstiltak. Ein planlegg å ta bruk skypesamtalar for pasientar med lang reiseveg.

8 Vedvarande forbetring

Registeradministrasjonen vil bruke erfaringane frå prosjektet til å bidra til fortsatt betring av tal pasientar som får ferdigstilt skjema for årskontrollar. Prosjektet har avdekka ein del faktorar som andre einingar enkelt kan innføre utan store kostnader (sjå kapittel 6).

Underveis i prosjektet har registeradministrasjonen informert om prosjektet til dei som legg inn data i registeret ved å gje oppdateringar i nyheitsbrev, på nettsida til registeret og ved å halde innlegg om prosjektet på SOReg-dagen 2019.

Resultat og tilrådingar frå prosjektet vil bli lagt fram for fagmiljøet på SOReg-dagen 2020, på nettsida til registeret, og i årsrapporten.