

Håndbok

for utfylling av variabler

Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi SOReg-N



Versjon 3
Bergen 18.12.2018

Forord

Dette heftet er ment som en hjelp til å fylle ut de ulike variablene i SOReg-N. Forklaringene er i stor grad basert på forklaringstekstene i registeret, men en del av punktene får her en litt mer utfyllende forklaring.

Innhold

1. Pasientopplysninger	Side 4
2. Basisregistrering	Side 5
3. Operasjon	Side 7
4. Postop og 6-ukerskontroll	Side 20
5. Oppfølgingsskjema 1, 2 og 5 år	Side 26
6. Førning av revisjonsoperasjon	Side 32

1. Pasientopplysninger

Type fødselsnummer

Ved å velge NORSK blir fødselsnummeret verifisert mot Folkeregisteret. Et ugyldig fødselsnummer vil bli avvist.

Om pasienten har en annen nasjonalitet, velg Annet. Ved dette alternativet skjer ingen verifikasjon av opplysninger. Nyregistrering av et nummer som finnes i registeret fra før blir ikke tillatt.

Fødselsnummer eller nødnummer

Et norsk fødselsnummer eller nødnummer fylles inn som DDMMÅÅXXXX.

Om du velger Annet kan du fylle inn valgfri verdi.

Etternavn

Etternavnet hentes automatisk fra Folkeregisteret om pasienten har norsk fødselsnummer. Eventuelt kan du selv fylle inn pasientens etternavn i dette feltet.

Fornavn

Fornavnet hentes automatisk fra Folkeregisteret om pasienten har norsk fødselsnummer. Eventuelt kan du selv fylle inn pasientens fornavn i dette feltet.

Kjønn

Opplysning om kjønn hentes automatisk fra Folkeregisteret om pasienten har norsk fødselsnummer. Eventuelt kan du selv fylle inn i dette feltet.

Fødselsdato

Har pasienten utgått fra registeret?

Pasienten kan utgå fra registeret av ulike grunner. Ved å sette «ja» på utgått fra registeret må du først svare på om pasienten er død. Hvis pasienten er død, oppgi dødsdato og ICD-kode for dødsårsak. Hvis det er en annen årsak til at pasienten går ut av registeret, er det to valg:

- **«Ønsker ikke å delta videre»**
Dette gjelder pasienter som fra og med en gitt dato sier at de ikke vil være med i registeret lenger. Ved å merke av for dette alternativet stopper påminnelsene om videre kontroller, men opplysningene som er lagt inn blir værende. ***Om pasienten krever å få sin identitet og alle opplysninger i registeret slettet, ta kontakt med registeradministrasjonen.***
- **«Øvrige årsaker».**
Dette alternativet gjelder pasienter som ikke er mulige å følge opp, f.eks. har flyttet utenlands, psykisk sykdom etc.

Merk at tilfeller hvor behandlende sykehus ikke planlegger oppfølging, eller pasienten ikke svarer på henvendelser ikke skal føres her, men som «ikke møtt» under «Type 6-ukerskontroll» eller «Type oppfølging». Hvis pasienten flytter til et annet sted i Norge kan oppfølgingene av vedkommende overføres til et annet sykehus i registeret nederst på det aktuelle skjemaet i registeret.

Hvis pasienten blir satt som utgått fra registeret på et av oppfølgingskjemaene, blir dette kopiert automatisk til pasientregistreringen, og videre oppfølgingskjema blir låst.

Ferdigstill

Kryss av i denne ruten når skjemaet er ferdig og trykk «lagre». Skjemaet blir da låst og registreringen vil ikke lenger vises på arbeidslisten.

Merk at pasientforløpet ikke blir telt med i Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte.

2. Basisregistrering

Henvisningsdato

Dato for når første henvisning fra primærhelsetjenesten er registrert mottatt i spesialisthelsetjenesten (kirurgisk eller medisinsk). Tenk ut fra pasientens perspektiv: Når startet forløpet for å bli operert?

Basisregistreringsdato

Dato for pasientbesøket der basisregistreringen gjøres. Om pasienten har vært til flere konsultasjoner preoperativt oppgis data fra det siste besøket før operasjon, men før eventuell preoperativ lavkaloridiett starter.

Datoen der operasjon blir bestemt

Oppgi dato for når beslutning om å tilby operasjon blir tatt. All preoperativ utredning og eventuell behandling er utført, unntatt preoperativ vektreduksjon.

Antropometri

Høyde

Oppgi pasientens høyde i cm.

Vekt

Kroppsvekt i hele kg

Midjemål

Oppgi midjemål i cm målt med målebånd i høyde med spina iliaca anterior superior. For rett plassering av målebånd skal pasienten stå med avslappete skuldre og albue bøyd i 90 graders vinkel. Plasser målebåndet rett under albue.

Blodtrykk

Oppgi systolisk og diastolisk blodtrykk i mmHg.

Komorbiditet

Pågående behandling

Oppgi all relevant komorbiditet her:

Søvnapné

Kun søvnapné som behandles med CPAP eller BIPAP føres opp.

Hypertoni

Kun om pasienten behandles medikamentelt for høyt blodtrykk.

Diabetes

Oppgi om pasienten har diabetes som blir behandlet med medikamenter eller insulin. Oppgi årstallet pasienten startet med medikamentell behandling for sin diabetes, og hva slags behandling pasienten får. Kostholdsbehandlet diabetes skal ikke oppgis.

Med «annen behandling» menes behandling med for eksempel GLP-1-analoger (Victoza) alene eller i kombinasjon med tabletter eller insulin.

Dyslipidemi

Kun ved dyslipidemi som behandles med statiner eller andre kolesterolsenkende medikamenter.

Dyspepsi

Kun ved dyspepsi som har blitt behandlet daglig med syrehemmende medikamenter den siste måneden før basisregistreringen.

Diaré

Kun ved diaré som har krevd daglig behandling med antidiarémidler den siste måneden.

Depresjon

Kun om pasienten står på antidepressiva.

Muskel/skjelettsmerter

Smerter i muskler og/eller skjelett uavhengig av underliggende diagnose som krever regelmessig behandling med smertestillende og/eller betennelsesdempende medisin som NSAID eller paracetamol.

Regelmessig kan tolkes som at pasienten jevnlig bruker medisiner, om ikke hver dag, så ofte nok til å sørge for å ha smertestillende tilgjengelig til enhver tid.

Annen sykdom som bidrar til operasjonsbeslutningen

Annen sykdom som kan betraktes som fedmerelatert, eller sykdom som forverres av overvekt og som har bidratt til beslutningen om operasjon. For eksempel artrose, infertilitet.

Kroniske abdominalsmerter

Har pasienten kroniske abdominalsmerter?

Med kroniske abdominalsmerter menes her smerter som enten har krevd regelmessig medisinerings med opiat er daglig eller flere ganger i uken det siste halvåret, eller som påvirker dagliglivet i stor grad ved at det hindrer normalt arbeid, fritidsaktiviteter og lignende. Med opiat er menes medikamenter med ATC kode N02a, inkludert Tramadol og Kodein.

Risikovurdering

Tidligere DVT eller lungeemboli

Oppgi om pasienten har hatt dyp venetrombose (DVT) eller lungeemboli .

Annet

Røyking

Sett «ja» om pasienten regelmessig røyker, festrøyking regnes ikke med. For å kunne si ja til at pasienten har sluttet å røyke må hun/han ha vært røykfri i over 6 måneder.

Om pasienten har sluttet å røyke 0-6 måneder før operasjonen kan en sette «tilfeldig røykeslutt før operasjon». Bruk dette alternativet uavhengig av om pasienten begynner å røyke igjen etter operasjonen eller ikke.

Utdanningsnivå

Oppgi antall år pasienten har gått på skole. Til og med 10 år tilsvarer grunnskole, 11-13 år tilsvarer videregående skole, og over 13 år tilsvarer studier ved høyskole eller universitet. Ta ikke med deltidsstudier eller kortere kurs som ikke leder til eksamen.

Inngår i studie

Skriv inn hvilket eller hvilke studier pasienten deltar i. Dette feltet er bare tenkt som en hjelp for å holde oversikten på eget sykehus.

Blodprøver

Følgende blodprøver skal være tatt fastende i tilknytning til basisregistreringen:

- Glukose
- Triglyserid
- LDL
- HDL
- Insulin
- Insulin C-peptid

Merk: Om prøvene ikke blir tatt fastende, bør en *ikke fylle ut disse verdiene*. Dette for å unngå for høye verdier i datamaterialet.

Sykehusspesifikke variabler

Inntektsgivende arbeid

Er pasienten i inntektsgivende arbeid? Om pasienten er i arbeid, men for tiden sykmeldt, svar «ja». Studielån, pensjon, sosialstønad eller arbeidsavklaringspenger regnes ikke som inntektsgivende arbeid.

Stillingsprosent

Hvis pasienten er i arbeid, oppgi stillingsprosenten han/hun jobber i.

Andre sykehusspesifikke variabler

Det er mulig for det enkelte sykehus å få opprettet egne sykehusspesifikke variabler i registeret. Søknad med oversikt over hvilke variabler en ønsker og en klar plan for hva tilleggsinformasjonen skal brukes til sendes til fagrådet for SOReg-N.

Ferdigstill

Kryss av i denne ruten når skjemaet er ferdig og trykk «lagre». Skjemaet blir da låst og registreringen vil ikke lenger vises på arbeidslisten.

Merk at pasientforløpet ikke blir telt med i Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte.

3. Operasjon

Operasjonsdato

Oppgi operasjonsdato. Om «Dato der operasjon blir bestemt» på basisregistreringen ikke er fylt ut kan kun dagens dato angis som operasjonsdato.

Preoperativ vektskole

Med vektskole menes et planlagt preoperativt kunnskapsformidlende program over minst fire ganger med gjennomgang av nødvendige kost/mosjon/livsstilsforandringer.

Preoperativt vekttapsprogram

Har pasienten deltatt i et preoperativt vekttapsprogram initiert av opererende klinikk, f.eks. med LCD kost? Svar «nei» om pasienten har forsøkt å gå ned i vekt på eget initiativ.

Vekt ved operasjon

Oppgi vekt i kg fra operasjonsdagen eller dagen før.

Gastroskopi

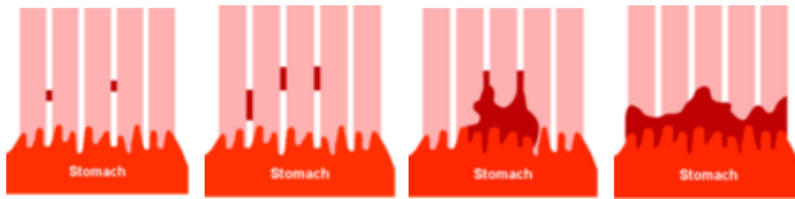
Har gastroskopi blitt utført?

Har gastroskopi blitt utført før fedmeoperasjonen? Kan ha blitt utført inntil 12 mnd før operasjonen, eller i samme narkose. Bruk alternativet «Ja, men resultat kan ikke innhentes» hvis det er gjort gastroskopi og en ikke kan innhente opplysningene.

Synlig øsofagitt

Ved synlig øsofagitt, velg grad etter Los Angeles (LA) klassifikasjonen:

- LA grad A: ≤ 5mm, krysser ikke longitudinelle mucosafolder
- La Grad B: > 5mm, krysser ikke longitudinelle mucosafolder
- LA Grad C: Krysser longitudinelle mucosafolder, men < 75% av cirkumferensen
- La Grad D: Krysser longitudinelle mucosafolder og > 75% av cirkumferensen



LA grad A

LA grad B

LA grad C

LA grad D

Barett's (histologisk verifisert?)

Histologisk verifisert intestinal metaplasi. Bare slimhinneforandringer som endoskopisk bedømt strekker seg ≥ 1 cm opp fra gastroøsofageale overgang regnes med (ref: Endoscopy 2017; 49: 191-198).

Har diafragmaåpningen blitt bedømt nedenfra?

Velg grad etter Hills klassifikasjon (ref: Journ Clin Gastroent 1999; 28 (3), p 194-197:



Avstand tannrekka – diafragma

Mål avstanden mellom tannrekka og impresjonen frå diafragma ved hjelp av gastroskopet. Oppgis i cm.

Avstand tannrekka – gastroøsofageale overgang

Mål avstanden mellom tannrekka og gastroøsofageale overgang ved hjelp av gastroskopet. Gastroøsofageale overgang er definert som øvre ende av magesekken sine linjere slimhinnefolder (ref: Gastroent 2006; 131: 1392-1399). Oppgis i cm.

Differanse diafragma – GØ overgang

Verdien regnes ut automatisk når de to forrige verdiene er fylt ut.

Helikobakter pylori

Helicobakter pylori-status undersøkt med ureaseprøve, avføringsprøve, serologi eller på annen måte.

Andre funn

Gi en kort beskrivelse av eventuelle andre funn.

Tidligere kirurgi

Er pasienten tidligere kolecystektomert?

Har pasienten tidligere blitt operert med åpen eller laparoskopisk kolecystektomi? ERCP med eventuelle tiltak markeres med «nei».

Tidligere antireflukskirurgi

Har pasienten tidligere gjennomgått åpen eller laparoskopisk antireflukskirurgi, som Toupé eller Nissen? Endoskopiske inngrep markeres med «nei».

Tidligere fedmeoperasjon

Med fedmeoperasjon menes operasjon i mage-tarmkanalen for å redusere pasientens vekt. Inkluderer også endoluminale operasjoner og tiltak. Innebefatter IKKE fettsuging, plastiske operasjoner eller lignende.

Sett «Nei» om den påbegynte registreringen er en primæroperasjon. Dette inkluderer også en påbegynt men ikke avsluttet operasjon.

Sett «Ja» om en eller flere fedmeoperasjoner er gjort og den påbegynte registreringen er en revisjonsoperasjon eller en primæroperasjon steg 2.

Om pasienten har blitt fedmeoperert flere ganger, oppgi årstallet for den siste operasjonen.

Hvis «ja» på tidligere fedmeoperasjon:

- **Hvilken operasjon?**
Velg den operasjonstype som ble utført. Om flere operasjoner ble utført, oppgi den siste av dem.
- **Årstall for tidligere fedmekirurgi**
Om flere operasjoner er blitt utført så oppgis årstallet for den siste operasjonen.

Aktuell operasjonsindikasjon (hvis «ja» på tidligere fedmeoperasjon)

Primæroperasjon steg 2

Dette alternativet velges kun som steg 2 i en initialt planlagt 2-steps operasjon med først sleeve gastrektomi og siden duodenal switch.

For høy vekt

Utilstrekkelig vektnedgang uansett årsak.

Øsofagussykdom

Inkluderer refluxproblematikk, dilatasjon og annen øsofagussykdom.

Oppkast

Hyppig oppkast.

Diaré

Hyppige diaréer.

Malnutrisjon

Malnutrisjon av betydning.

Infeksjonskomplikasjon

Infeksjon f.eks. ved bandmigrering, abscess uansett årsak.

Tidligere avbrutt operasjon

Har man tidligere påbegynt en fedmeoperasjon som er blitt avbrutt?

Annen aktuell operasjonsindikasjon

Annen årsak av betydning for beslutningen om revisjonsoperasjon.

Hvilken annen operasjonsindikasjon?

Skriv inn annen indikasjon for operasjonen så kortfattet som mulig.

Kirurgisk tilgang

Velg «Konvertert» ved planlagt laparoskopisk operasjon som under knivtiden gjøres om til åpen operasjon. Om pasienten på nytt åpnes, åpent eller laparoskopisk, skal dette oppgis på skjema for postoperative data og 6-ukersregistrering under variabelen «operasjoner».

«Endoluminal» inkluderer alle typer endoluminale metoder, som gastric balloon, EndoBarrier, endoskopisk plication, endoskopisk lommereduksjon m.m.

Ved «konvertert», spesifiser årsaken til konverteringen:

- Konvertert pga blødning
- Konvertert pga stor lever
- Konvertert pga kort meso (kort tynntarmsmesenterium som medvirkende årsak til konvertering)
- Konvertert pga porter
- Konvertert pga adheranser
- Konvertert pga instrumentproblem
- Konvertert grunnet annen årsak (spesifiser nærmere hvilken årsak)

Operasjonsmetode

Velg aktuell operasjonsmetode.

Legg merke til alternativ 11: «Påbegynt, ikke fullført operasjon». I denne sammenhengen anses operasjonen som påbegynt i og med innledet anestesi.

1 Gastrisk bypass

Type gastric bypass

Vanlig (roux en-Y) er forhåndsutfylt. Denne kan endres til Mini gastric bypass (GBP uten enteroanastomose).

Magasin for konstruksjon av lommen

- **Antall**

Angi antallet magasiner og magasinlengder som ble benyttet. Dette blir brukt til å estimere samlet lengde på stifterekka. Generelt: Avrund oppover til hele antall magasin selv om bare en del av magasinet er brukt. Men om det bare blir brukt noen få mm av siste magasin bør dette utelates.

- **Sum magasinlengde**

Beregnes automatisk fra summen av de magasinlengder som ble angitt i feltene over.

Stiftehøyde lommen

Angi stiftehøyden på magasinet for konstruksjon av lommen i henhold til den fargekoding de fleste fabrikanter benytter. Om ulike typer magasin ble benyttet registreres det siste alternativet.

GE teknikk

Teknikk for konstruksjon av gastro-enteroanastomosen:

Valg:

1 Håndsydd

Suturmateriale

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

2 Sirkulært staplet

Stiftehøyde GE

Angi stiftehøyden for konstruksjon av gastro-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen de fleste fabrikanter benytter.

Staple-diameter GE

Angi diameter på stapleren som ble benyttet.

Hvordan ble hodet til stifte-instrumentet ført inn?

Angi teknikk for innføring av hodet til stifte-instrumentet.

3 Linjært staplet

Stiftehøyde GE

Angi stiftehøyden for konstruksjon av gastro-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen de fleste fabrikanter benytter.

4 Linjært staplet + håndsydd

Stiftehøyde GE

Angi stiftehøyden for konstruksjon av gastro-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen de fleste fabrikanter benytter.

Suturmateriale

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

EA teknikk

Teknikk for konstruksjon av entero-enteroanastomosen.

Valg:

1 Håndsydd

Suturmateriale

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

2 Sirkulært staplet

Stapler: Stiftehøyde

Angi stiftehøyden for konstruksjon av entero-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen benyttet av de fleste fabrikanter.

Stapler: Diameter

Angi diameter på stapleren som ble brukt.

3 Linjært staplet**Stapler: Stiftehøyde**

Angi stiftehøyden for konstruksjon av entero-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen benyttet av de fleste fabrikanter.

Hvor mange magasin ble brukt til EA-anastomosen?

Ved alternativet «Linjært staplet» skal magasinene brukt til å lukke det resterende hullet etter stiftingen av anastomosen ikke telle med.

4 Linjært staplet + håndsydd**Stapler: Stiftehøyde**

Angi stiftehøyden for konstruksjon av entero-enteroanastomosen i henhold til fargekodingen benyttet av de fleste fabrikanter.

Hvor mange magasin ble brukt til EA-anastomosen?

Ved alternativet «Linjært staplet» skal magasinene brukt til å lukke det resterende hullet etter stiftingen av anastomosen ikke telle med.

Suturmateriale

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

Når ble tynntarmen delt?

Om slitsene ikke lukkes, bruk alternativ 1, 2 eller 4.

Avstand Treitz-EA

Estimering av avstanden mellom Treitz ligament og entero-enteroanastomosen.

Avstand GE-EA (Roux-ben)

Oppgi et estimat av avstanden mellom gastro-enteroanastomosen og entero-enteroanastomosen.

Common channel målt

Ble common channel målt? Oppgi antall cm.

Er omentet delt?

Angi om omentum majus er delt eller ikke.

Hvor dyp deling av tynntarmskrøset er gjort ved konstruksjon av Roux-benet?

Estimat av hvor dyp deling av tynntarmskrøset som er gjort ved konstruksjon av Roux-benet. Om en åpning er gjort som kun slipper gjennom den ene armen på et staple-instrument angis dette som 0 cm.

Roux-benets stilling

Angi om roux-benet ligger antekolisk eller retrokolisk.

Ved «ja» på retrokolisk:

- **Lukking av mesoslitsen**

Har hullet i mesocolon blitt suturert? Z-sutur og tobakkspungsutur regnes som fortløpende sutur.

- **Lukking av Petersens rom**

Petersens rom er slitsen mellom tynntarm og colonmesenteriet-ventrikkel. Sett «ja» om den infrakoliske delen eller mer av Petersens rom har blitt suturert. Ved retrokolisk konstruksjon menes det her slitsen mellom Roux-benet og mesocolon. Z-sutur og tobakkspungsutur regnes som fortløpende sutur.

- **Lukking av EA slitsen**

Her menes den slitsen som dannes ved konstruksjon av entero-enteroanastomosen. Z-sutur og tobakkspungsutur regnes som fortløpende sutur.

Hvilket lukkemateriale ble benyttet?

Angi suturmateriale som ble benyttet ved lukking av slitsen(e).

Grunn til slitshåndtering

Angi grunnen til at slitsene ble håndtert slik som beskrevet. "Pasientens valg" velges om pasienten selv la frem ønske om at slitsene skulle håndteres på et vis som avviker fra hva som ellers ville vært gjort.

Satt bånd på lommen

Oppgi om det ble satt bånd på lommen.

2 Vertical banded gastroplasty (VBG)

Delt stifterad

Er den vertikale stifteraden på ventrikkelen delt?

Bandmateriale

Angi hvilken type bandmateriale som har blitt benyttet.

3 Gastric banding (GB)

Bandmateriale

Angi type bandmateriale som ble benyttet.

4 Biliopancreatic diversion med duodenal switch (DS)

Bougiediameter

Med Bougie menes sonden som ligger i den gjenværende delen av ventrikkelen under reseksjonen. Bougiens størrelse oppgis i French (omkrets i millimeter eller diameter i millimeter x 3,14). Om det ikke ble brukt Bougie under reseksjonen, sett «0».

Hvor langt fra pylorus begynte reseksjonen?

Estimering av avstanden mellom pylorus og punktet for ventrikkelseksjonens start. Angis i hele cm.

Sett inn antall og stiftehøyde på magasin brukt til å dele magesekken. Start aboralt ved pylorus og avslutt oralt ved cardia.

Første magasintype er den som brukes nærmest pylorus. Siden angis magasintypen i rekkefølge slik at den siste angitte er den som brukes nærmest cardia.

Har stifteraden blitt forsterket?

Om det ikke ble gjort noen forsterkning, sett «nei». Om deler av stapleraden har blitt sydd over som direkte sutur eller invaginerende sutur, sett «Ja, deler av stifteraden».

Hvordan ble stifteraden forsterket?

Sett «vanlig sutur» om en har sydd over stifteraden uten å invaginere. Om vanlig og invaginerende sutur begge er brukt på en signifikant del av lengden, sett «Kombinasjon av vanlig og invaginerende». Noen enkeltstående suturer regnes ikke med.

Sett «Med prefabrikkert materiale» hvis materiale av typen Seamguard/Biodesign/Veritas har blitt brukt sammen med staplemagasinet.

Hvor langt fra His slutter reseksjonen ved sleeve gastrektomi?

Oppgis i cm.

Er peroperativ gastroskopi utført?**Er gastrokolisk ligament sydd tilbake på ventrikkelresten?**

Oppgi eventuelt suturmateriale.

Pexi av cardia?

Har cardia eller proksimale ventrikkelrør blitt suturert til crus eller annen struktur for å hindre herniering av cardia opp gjennom diafragma? Om det er utført en cruraplastikk skal denne registreres under «Annen operasjon» nedenunder.

Common channel

Estimering av avstanden mellom entero-enteroanastomosen og Valvula Bauhini. Oppgis i cm.

Type Duodenal Switch

Velg mellom tradisjonell (med to anastomoser) og SADI-S (single anastomosis duodeno-ileal bypass).

Alimentary limb

Estimering av avstanden mellom duodeno-enteroanastomosen og entero-enteroanastomosen. Oppgis i cm.

Biliary limb målt

Har man aktivt målt avstanden mellom Treitz ligamentet og entero-enteroanastomosen? Oppgis i cm.

Teknikk øvre anastomose

Teknikk for konstruksjon av duodeno-enteroanastomosen. Oppgi detaljer om suturmateriale og eventuelle stifter som ble brukt.

EA teknikk

se side 10.

Sutur av slitser

Sett «ja» om en eller flere slitser ble suturert.

5 Biliopancreatic diversion am Scopinaro (SCOP)

Common channel

Estimering av avstanden mellom entero-enteroanastomosen og Valvula Bauhini. Oppgis i cm.

Alimentary limb

Estimering av avstanden mellom duodeno-enteroanastomosen og entero-enteroanastomosen. Oppgis i cm.

Biliary limb målt

Har man aktivt målt avstanden mellom Treitz ligamentet og entero-enteroanastomosen? Oppgis i cm.

GE teknikk

Se side 9.

EA teknikk

se side 10.

Lukking av slitser

Sett «ja» om en eller flere slitser ble lukket.

Distale ventrikkeldelen

Angi hvordan den distale ventrikkeldelen har blitt håndtert.

6 Sleeve gastrektomy (SG) (kun)

Er denne operasjonen steg 1 i en duodenal switch operasjon?

Sett «ja» om en duodenal switch operasjon er planlagt utført senere. Sett «nei» om sleeve gastrektomy er tenkt som eneste tiltak. Dette inkluderer også «vent og se hvordan det går».

Bougie diameter

Med Bougie menes sonden som ligger i den gjenværende delen av ventrikkelen under reseksjonen. Bougiens størrelse oppgis i French (omkrets i millimeter eller diameter i millimeter x 3,14). Om det ikke ble brukt Bougie under reseksjonen, sett «0».

Hvor langt fra pylorus begynner reseksjonen?

Estimat av avstanden mellom pylorus og punktet for ventrikkelseksjonens start. Angis i hele cm.

Sett inn antall og stiftehøyde på magasin brukt til å dele magesekken. Start aboralt og avslutt oralt ved cardia.

Oppgi antall magasin og stiftehøyde for de ulike typene.

Har stifteraden blitt forsterket?

Om det ikke ble gjort noen forsterkning, sett «nei». Om deler av stapleraden har blitt sydd over som direkte sutur eller invaginerende sutur, sett «Ja, deler av stifteraden».

Hvordan ble stifteraden forsterket?

Sett «vanlig sutur» om en har sydd over stifteraden uten å invaginere. Om vanlig og invaginerende sutur begge er brukt på en signifikant del av lengden, sett «Kombinasjon av vanlig og invaginerende». Noen enkeltstående suturer regnes ikke med.

Sett «Med prefabrikkert materiale» hvis materiale av typen Seamguard/Biodesign/Veritas har blitt brukt sammen med staplemagasinet.

Hvor langt fra His slutter reseksjonen ved sleeve gastrektomi?

Hvor langt fra His slutter reseksjonen ved sleeve gastrektomi?

Peroperativ gastroskopi utført?

Er gastrokoliske ligament sydd tilbake på ventrikkelresten?

Oppgi det hovedsakelige suturmaterialet.

Pexi av cardia?

Har cardia eller proksimale ventrikkelrør blitt suturert til crus eller annen struktur for å hindre herniering av cardia opp gjennom diafragma? Om det er utført en cruraplastikk skal denne registreres under «Annen operasjon» nedenunder.

7 Duodenal switch (Sleeve gastrektomy allerede gjort) (DS steg 2)

Common channel

Estimering av avstanden mellom entero-enteroanastomosen og Valvula Bauhini. Oppgis i cm.

Alimentary limb

Estimering av avstanden mellom duodeno-enteroanastomosen og entero-enteroanastomosen. Oppgis i cm.

Biliary limb målt

Har man aktivt målt avstanden mellom Treitz ligamentet og entero-enteroanastomosen? Oppgis i cm.

Teknikk øvre anastomose

Teknikk for konstruksjon av duodeno-enteroanastomosen. Oppgi detaljer om suturmateriale og eventuelle stifter som ble brukt.

EA teknikk

se side 10.

Lukking av slitser

Sett «ja» om en eller flere slitser ble lukket.

8 Annen fedmeoperasjon (ØVR)

Hvilken annen fedmeoperasjon?

Beskriv så kortfattet som mulig hvilken metode som er utført.

9 Revisjon uten endring av grunnmetode (REV)

Hvilken endring har blitt gjort?

Velg det mest passende alternativet.

10 Tilbakekobling til normal anatomi (ÅTER)

11 Påbegynt ikke fullført operasjon (AVBRUTT OP)

Hvorfor ble ikke operasjonen fullført?

Om det oppsto komplikasjoner oppgis detaljer om disse lenger nede på siden. «Vanskelige anatomiske tilstander» kan være stor lever, adheranser eller lignende. «Annen ikke forventet alvorlig sykdom» kan være skrumplever eller annet som fører til at operasjonen blir avbrutt.

Merk at en operasjon anses som påbegynt i og med innledet anestesi.

Merk også at et nytt fedmekirurgisk inngrep etter en avbrutt operasjon skal føres som revisjonsoperasjon.

12 Gastric plication (GP)

Type plikasjon

Antall suturrader

Avstand HIS vinkel til øverste sutur

Anslå eller mål avstanden mellom His vinkel og den øverste suturrekken. Oppgis i hele cm.

Avstand pylorus til nederste sutur

Anslå eller mål avstanden mellom pylorus og den nederste suturen. Oppgis i hele cm.

Metode for kalibrering

Velg metode for kalibrering:

1 Bougie

Oppgi diameter i French

2 Endoflip

- Oppgi Endoflip ballongtrykk i mmHg
- Oppgi minste diameter på Endoflip i mm.

3 Gastroskopi

4 Annen metode

13 Endoluminal metode (endo)

Endoluminal

Beskriv kort hvilken endoluminal metode som ble gjort.

Lekkasjetest

Lekkasjetest utført

Har lekkasjetest blitt utført på en eller flere anastomoser med metylenblått, luft, vann eller annen teknikk?

Profylakse

Antibiotikaprofylakse

Med antibiotikaprofylakse menes antibiotika gitt i sammenheng med operasjonsstart hvor behandlingen avsluttes innen ett døgn. Ved antibiotikabehandling i over ett døgn bør en vurdere å registrere den som komplikasjon.

Tromboseprofylakse

Tromboseprofylakse er forebyggende tiltak for å hindre trombose i forbindelse med operasjonen. Velg det alternativet som ligger nærmest.

- Lavmolekylært heparin inkluderer Heparin, Innohep, Fragmin og Klexane.
- Høydose er dose gitt ved høy risiko for trombose (for eksempel 5000 IE Fragmin, 4500 IE Innohep eller 40 mg Klexane).
- Lavdose er dose gitt ved moderat risiko for trombose (for eksempel 2500 IE Fragmin, 3500 IE Innohep eller 20 mg Klexane).
- Velg «annen profylakse» dersom vesentlig annen dose (200 % eller mer av den høyeste dosen) er gitt.
- Med elektrisk eller mekanisk kompresjon menes metoder som intermitterende pneumatisk kompresjon (IPC) og lignende. Vanlige kompresjonsstrømper regnes ikke med her.

Hiatushernie

Ble det identifisert hiatushernie under operasjonen?

Peroperativ komplikasjon

Peroperative komplikasjoner

Oppsto det en utilsiktet hendelse under operasjonen som medførte risikoøkning for inngrepet og ledet til noen form for tiltak?

Hvis ja, oppsto det:

- **Miltskade**
- **Utilsiktet tarmperforasjon**
- **Annen peroperativ komplikasjon**

Beskriv kortfattet hvilken annen komplikasjon som oppsto.

Annen samtidig operasjon

Annen samtidig operasjon

Ble det utført en annen operasjon i tillegg til det fedmekirurgiske inngrepet?

MERK! Om den samtidige operasjonen er en komplikasjon skal den også registreres under «peroperativ komplikasjon».

- **Kolecystektomi**
Ble det utført kolecystektomi? Om det ble utført andre galleveisinngrep, som f.eks ERCP, føres dette under «annet».
- **Gynekologisk operasjon**
F.eks. Sterilisering.
- **Arrbrokk eller navlebrokk**
Kun brokk som er fullstendig behandlet skal registreres. Reponering av brokksekkinhold markeres med «nei».
- **Splenektomi**
- **Adheranseløsning mer enn 10 min**
Adheranseløsning som forlenger operasjonstiden med mer enn 10 min.
- **Cruraplastikk**
- **Annen samtidig operasjon**
- **Hvis ja: Hvilken annen samtidig operasjon?**
Beskriv tiltaket så kortfattet som mulig.

Operasjonstid og blødning

Operasjonstid (tidspunkt for start og slutt for inngrepet)

Oppgi starttidspunktet og sluttid for knivtiden i hh:mm.

Blødning

Peroperativ blødning registreres i milliliter i gitte intervaller. Benytt den anslåtte blødningsmengde som angis på narkosekurven.

Sykehusspesifikke variabler

Det er lagt til rette for at hvert sykehus kan legge inn navn på operatør. Søknad med oversikt over hvilke variabler en ønsker og en klar plan for hva tilleggsinformasjonen skal brukes til sendes til fagrådet for SOReg-N.

Hvor planlegges neste kontroll?

Hvor planlegges neste kontroll

Hvis den neste kontrollen skal være ved det sykehuset brukeren er innlogget i, velg «Dette sykehuset». Om pasienten skal følges opp ved et annet sykehus kan du overføre kontrollene dit ved å velge «Annet sykehus». Kontrollene vil da komme opp i dette sykehusets liste når kontrollen nærmer seg. Epikrise må sendes til det andre sykehuset på vanlig måte.

Ferdigstill

Kryss av i denne ruten når skjemaet er ferdig og trykk «lagre». Skjemaet blir da låst og registreringen vil ikke lenger vises på arbeidslisten.

Merk at pasientforløpet ikke blir telt med i Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte.

4. Postop og 6-ukerskontroll

Utskrivingsdato

Oppgi dato for når pasienten ble utskrevet etter det kirurgiske inngrepet. Om pasienten ble overført til annet sykehus eller avdeling i direkte forbindelse med operasjonen er det utreisedato derfra som skal registreres. Om sammenlagt behandlingstid overstiger 6 uker fylles skjema for postop-data og 6-ukerskontroll ut ved utreise fra sykehus.

Har pasienten utgått fra registeret?

Pasienten kan utgå fra registeret av ulike grunner. Ved å sette «ja» på utgått fra registeret må du først svare på om pasienten er død. Hvis pasienten er død, oppgi dødsdato og ICD-kode for dødsårsak. Hvis det er en annen årsak til at pasienten går ut av registeret, er det to valg:

- **«Ønsker ikke å delta videre»**
Dette gjelder pasienter som fra og med en gitt dato sier at de ikke vil være med i registeret lenger. Ved å merke av for dette alternativet stopper påminnelsene om videre kontroller, men opplysningene som allerede er lagt inn blir værende. ***Om pasienten krever å få sin identitet og alle opplysninger i registeret slettet, ta kontakt med registeradministrasjonen.***
- **«Øvrige årsaker».**
Dette alternativet gjelder pasienter som ikke er mulige å følge opp, f.eks. har flyttet utenlands, psykisk sykdom etc.

Merk at tilfeller hvor behandlende sykehus ikke planlegger oppfølging, eller pasienten ikke svarer på henvendelser ikke skal føres her, men under «Type 6-ukerskontroll». Hvis

pasienten flytter til et annet sted i Norge kan oppfølgingene av vedkommende overføres til et annet sykehus i registeret nederst på siden.

Hvis pasienten blir satt som utgått fra registeret på et av oppfølgingskjemaene, blir dette kopiert automatisk til pasientregistreringen, og videre oppfølgingskjema blir låst.

Har pasienten blitt reinnlagt på eget eller annet sykehus dag 0-30 postoperativt?

Gjelder reinnleggelse ved eget eller annet sykehus siden forrige registrering i SOReg. Gå gjennom samtlige journaler, og rekvirer journaler fra andre behandlere om nødvendig for å dokumentere eventuelle komplikasjoner.

Man bør regne at innleggelser de første 0-30 dager etter operasjonen føres på 6-ukerskontrollen, hendelser dag 31-365 på ettårsskjema osv. Ble pasienten for eksempel innlagt med komplikasjoner dag 35 føres altså komplikasjoner og eventuell operasjon på skjema for 1 år.

Substitusjon

Ordinert substitusjon

Fikk pasienten ordinert substitusjon ved utskrivelsen fra sykehuset? Spesifiser hva som ble foreskrevet.

Profylakse

Profylakse med PPI

Har pasienten fått ordinert profylakse med PPI dag 1-30 postoperativt?

Profylakse med Ursofalk

Har pasienten fått ordinert profylakse med Ursofalk (Ursodeoxicholsyre) dag 1-30 postoperativt?

Type 6-ukerskontroll

Type 6-ukerskontroll

Oppgi hvordan pasienten er blitt fulgt opp.

Oppfølgingsdato

Oppfølgingsdato eller dato for besøk-, telefon- eller brevoppfølging. Om behandlingstiden etter operasjonen er mer enn 30 dager settes besøksdato lik utskrivingsdato.

Om pasienten har gått ut av registeret oppgis her dato for når pasienten gikk ut av registeret.

Ved «Ingen kontakt med pasienten tross gjentatte forsøk» eller «Ingen forsøk har blitt gjort til å følge opp pasienten»: Fyll ut så mye som mulig av oppfølgingskjemaet med opplysninger tilgjengelig i journal, eventuelt epikrise fra annet sykehus, skriv fra fastlege eller lignende.

Operasjoner

Har pasienten blitt operert dag 0-30 postoperativt?

Oppgi all form for kirurgi, også om den ikke er relatert til det bariatriske inngrepet. Se bort fra mindre operasjoner med lokalbedøvelse.

Er en revisjonsoperasjon utført?

Hvis en revisjonsoperasjon har blitt utført skal eventuelle komplikasjoner frem til revisjonsoperasjonen registreres nedenfor. Ferdigmarker og lagre siden. Gå deretter til pasientopplysninger og opprett en revisjonsoperasjonsregistrering.

Operert for lekkasje?

Inkluder alle operasjoner for lekkasje i alle deler av mage/tarmkanalen. Svar også på oppfølgingsspørsmålene om ileus under «komplikasjoner».

Operert for abscess?

Har pasienten hatt en eller flere abscesser innenfor fascieplanet? Om lekkasje er påvist før eller under operasjonen skal denne registreres under «Operert for lekkasje?».

Operert for blødning?

Har pasienten blitt operert for blødning i buken eller thorax?

Ileus

Har pasienten blitt operert for ileus? Tilstanden skal være diagnostisert ved operasjon eller med røntgen i kombinasjon med operative funn som lymfestase, vanskelig reponerbar tarm, og dilatert, rødlig eller hoven tarm. Inkluderer også symptomatisk slitsherniering. Svar også på oppfølgingsspørsmålene om ileus under komplikasjon.

Operasjon for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?

Før opp relevant komplikasjon i punktet om komplikasjoner.

Hvilken operasjon for annen komplikasjon?

Beskriv så kortfattet som mulig.

Annen operasjon siden forrige registrering

Oppgi eventuell operasjon som ikke er komplikasjon eller direkte fedmerelatert.

Hvis ja:

- **Kolecystektomi**

Har pasienten blitt kolecystektomert?

Galleoperasjoner som ikke innebærer fjerning av galleblæren, som ERCP med papillotomi eller koledokotomi uten kolecystektomi føres som «Annen operasjon».

- **Gynekologisk operasjon**

Kun intraabdominale og vaginale operasjoner av betydning markeres med «Ja». Mindre operasjon i lokalbedøvelse registreres ikke.

- **Plastikkirurgisk operasjon**

Alle typer plastikkirurgiske operasjoner.

- **Annen operasjon**
Annen større operasjon, f.eks. for tumorsykdom eller brudd.

Hvis ja:

- **Hvilken annen operasjon?**
Beskriv så kortfattet som mulig.

Har slitsene blitt korrigert ved noen av de registrerte operasjonene?

Hvis ja:

- **Sutur av EA-slitsen**
Med EA-slitsen menes den slitsen som dannes ved konstruksjon av entero-enteroanastomosen.
- **Sutur av Petersens rom**
Petersens rom er slitsen mellom tynntarm og colonmesenteriet-ventrikkel. Sett «ja» om den infrakoliske delen eller mer av Petersens rom har blitt suturert.
- **Sutur av mesoslitsen**
Har mesoslitsen blitt suturert? Med mesoslitsen menes hullet i mesocolon som oppstår ved retrokolisk posisjon av Roux-benet. Om Roux-benet ligger antekolisk, svar «nei».
- **Annet slitstiltak**
Har det blitt utført annet slitstiltak, som komplettering etter tidligere lukking, fjerning av tidligere lukking, eller relukking?

Vurdering av tarm ved operasjon

Med ileustegn menes for eksempel dilatert, rødlig eller hoven tarm, blokkering ved passasjerøntgen, lymfødeme, eller vanskelig reponerbar tarm.

Komplikasjon

Postoperativ komplikasjon

Oppgi om det har oppstått komplikasjoner i løpet av de 30 første postoperative dagene, eller under hele primærbehandlingsforløpet dersom det varte lenger enn 30 dager.

Om en revisjonsoperasjon blir gjennomført i primærbehandlingsforløpet eller i løpet av de første 30 dagene postoperativt, refereres det til tiden frem til revisjonsoperasjonen.

Lekkasje

Oppgi om det har oppstått lekkasje diagnostisert med røntgen, endoskopi, ved operasjon, eller på annen måte. Abscess eller dyp infeksjon skal ikke oppgis her.

Blødning

Har pasienten fått påvist blødning som forårsaket ekstra overvåking eller prøvetaking?

Abscess/dyp infeksjon

Oppgi om pasienten har fått abscess eller dyp infeksjon som ligger innenfor fascieplanet. Inkluder også sepsis og mediastinitis som ikke er registrert under andre variabler.

Diagnostisert lekkasje med infeksjon/abscess registreres under «lekkasje».

Sårkomplikasjon

Har pasienten hatt en form for sårkomplikasjon i forløpet?

Oppgi alle typer sårkomplikasjoner unntatt sårruptur. Alle infeksjoner, inkludert abscesser utenfor fascieplanet, registreres her.

Ileus/langvarig tarmlammelse

Har pasienten hatt ileus eller langvarig tarmlammelse i forløpet? Tilstanden skal være diagnostisert ved operasjon eller med røntgen i kombinasjon med symptomer som lymfestase, vanskelig reponerbar tarm, og dilatert, rødlig eller hoven tarm. Inkluderer også symptomatisk slitsherniering.

Hvis ja:

- **Hvilke type ileusoperasjon?**

Hva ble gjort ved operasjonen?

Om flere alternativ er relevante oppgi det alternativ som anses som det viktigste.

- **Tynntarmsreseksjon**

Har det blitt utført tynntarmsreseksjon? Hvor stor del av tynntarmen ble resesert?

- **Ileusmekanisme**

Oppgi hovedmekanismen for ileus.

Portrelatert komplikasjon

Alle typer komplikasjoner som er relatert til port/porthull oppgis her. Svar nei om åpen operasjon er utført.

Striktur

Har pasienten fått striktur etter operasjonen? Innbefatter alle symptomgivende strikturer som diagnostiseres med røntgen eller ved endoskopi.

Hvis ja:

- **Dilatasjon**

Ble strikturen blokket?

- **Hvor mange ganger dilatert?**

Oppgi antall gjennomførte dilatasjoner.

Stomalt ulcus

Har pasienten fått stomalt ulcus diagnostisert ved endoskopi?

Kardiovaskulær komplikasjon

Har pasienten hatt en form for kardiell eller vaskulær komplikasjon?

Gjelder ikke lungeemboli/dyp venetrombose.

DVT/ lungeemboli

Har pasienten fått påvist dyp venetrombose (DVT) eller lungeemboli diagnostisert med røntgen?

Pulmonal komplikasjon

Har pasienten hatt en form for pulmonal komplikasjon, som lungebetennelse, symptomatisk atelektase eller pleuritt? Også sepsis med utgangspunkt i en pneumoni registreres her.

Gjelder ikke lungeemboli.

Urinveisinfeksjon

Har pasienten fått påvist urinveisinfeksjon i forløpet med symptomer og positiv dyrkning?
Inkluderer også pyelonefritt og sepsis gjennom urinveiene.

Annen komplikasjon

Oppgi om pasienten har hatt noen annen form for komplikasjon som ikke passer inn i noen av gruppene ovenfor.

Hvis ja:

- **Hvilken annen komplikasjon**
Beskriv så kortfattet som mulig.

Alvorlighetsgrad komplikasjon

Velg ett alternativ. Velg den høyeste alvorlighetsgraden for komplikasjonene som er registrert over.

Legg merke til at det kun er intervensjon som skal registreres under dette punktet. Endoskopi eller radiologi uten intervensjon skal ikke føres her.

Intervensjon kan være endoskopisk, som f.eks. ballongdilatasjon via gastroskop, radiologisk, som f.eks. ultralydveiledet drenasje, eller operasjon.

Intensivbehandling forutsetter behandlingskrevende svikt i minst ett organ, med intervensjon i form av respiratorbehandling, inotrope medikamenter, dialysebehandling, eller lignende.

Antropometri

Høyde

Oppgi pasientens høyde i cm. Høyden fra basisregistreringen hentes inn her automatisk, men kan endres ved behov. Om pasienten har byttet sykehus må høyden oppgis på nytt.

Vekt

Oppgi pasientens vekt i hele kg.

Midjemål

Oppgi midjemål i cm målt med målebånd i høyde med spina iliaca anterior superior.

For rett plassering av målebånd skal pasienten stå med avslappede skuldre og albue bøyd i 90 graders vinkel. Plasser målebåndet rett under albue.

Oppfølging

Hvor planlegges neste kontroll

Hvis den neste kontrollen skal være ved det sykehuset brukeren er innlogget i, velg «Dette sykehuset». Om pasienten skal følges opp ved et annet sykehus kan du overføre kontrollene dit ved å velge «Annet sykehus». Kontrollene vil da komme opp i dette sykehusets liste når kontrollen nærmer seg. Epikrise må sendes til det andre sykehuset på vanlig måte.

Ferdigstill

Kryss av i denne ruten når skjemaet er ferdig og trykk «lagre». Skjemaet blir da låst og registreringen vil ikke lenger vises på arbeidslisten.

MERK at opplysningene ikke blir telt med i Rapporteket uten at skjemaet er ferdigstilt.

5. Oppfølgingskjema (1, 2, 5 og 10 år)

Har pasienten utgått fra registeret?

Pasienten kan utgå fra registeret av ulike grunner. Ved å sette «ja» på utgått fra registeret må du først svare på om pasienten er død. Hvis pasienten er død, oppgi dødsdato og ICD-kode for dødsårsak. Hvis det er en annen årsak til at pasienten går ut av registeret, er det to valg:

- **«Ønsker ikke å delta videre»**
Dette gjelder pasienter som fra og med en gitt dato sier at de ikke vil være med i registeret lenger.
- **«Øvrige årsaker».**
Dette alternativet gjelder pasienter som ikke er mulige å følge opp, f.eks. har flyttet utenlands, psykisk sykdom etc.

Merk at tilfeller hvor behandlende sykehus ikke planlegger oppfølging, eller pasienten ikke svarer på henvendelser ikke skal føres her, men under «Type 6-ukerskontroll». Hvis pasienten flytter til et annet sted i Norge kan oppfølgningene av vedkommende overføres til et annet sykehus i registeret nederst på siden.

Hvis pasienten blir satt som utgått fra registeret på et av oppfølgingskjemaene, blir dette kopiert automatisk til pasientregistreringen, og videre oppfølgingskjema blir låst.

Merk at når pasienten blir satt som utgått av registeret stopper påminnelsene om videre kontroller, men opplysninger som allerede er lagt inn blir værende. **Om pasienten krever å få sin identitet og alle opplysninger i registeret slettet, ta kontakt med registeradministrasjonen.**

Har pasienten vært innlagt på sykehus siden forrige registrering?

Gjelder alle innleggelser siden forrige registrering i SOReg. Både reinnleggelse ved samme avdeling og all behandling ved annet sykehus skal registreres. Gå gjennom samtlige journaler. Om nødvendig rekvirer journaler fra andre behandlere for å dokumentere eventuelle komplikasjoner.

Man bør regne at innleggelser de første 0-30 dager etter operasjonen føres på 6-ukerskontrollen, hendelser dag 31-365 på ettårsskjema osv. Ble pasienten for eksempel innlagt med komplikasjoner dag 35 føres altså komplikasjoner og eventuell operasjon på skjema for 1 år.

Substitusjon

Har pasienten tatt substitusjon regelmessig det siste året?

Sett «ja» kun for substitusjon som pasienten har tatt regelmessig det siste året. Foreskrevet substitusjon som pasienten ikke har tatt besvares med «nei».

Om pasienten tar substitusjon regelmessig, men ikke husker det hver dag, sett likevel «ja» på substitusjon. Om pasienten har hatt opphold i bruken over lengre tid, slik at det kan gi utslag på blodprøver, sett «nei».

Profylakse

Profylakse med PPI

Bruker pasienten profylakse med PPI ved denne kontrollen?

Under denne variabelen skal det kun registreres profylakse. Om pasienten bruker PPI på grunn av dyspepsi skal det registreres under feltet komorbiditet. Har PPI blitt gitt for behandling av ulcus skal det registreres som komplikasjon. PPI brukt lenger enn 6 uker etter påvist ulcus blir regnet som profylakse.

Profylakse med Ursofalk (Ursodeoxicholsyre)

Bruker pasienten profylakse med Ursofalk (Ursodeoxicholsyre) ved denne kontrollen?

Gastroskopi

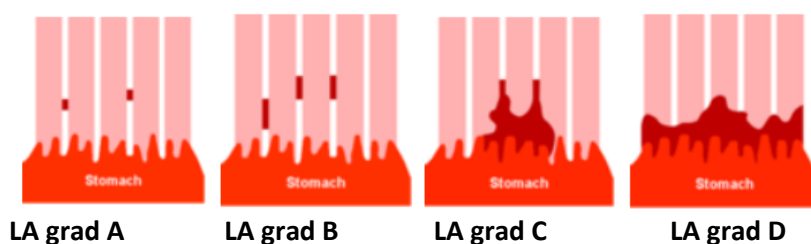
Har gastroskopi blitt utført?

Har gastroskopi blitt utført før fedmeoperasjonen? Kan ha blitt utført inntil 12 mnd før operasjonen, eller i samme narkose. Bruk alternativet «Ja, men resultat kan ikke innhentes» hvis det er gjort gastroskopi og en ikke kan innhente opplysningene.

Synlig øsofagitt

Ved synlig øsofagitt, velg grad etter Los Angeles (LA) klassifikasjonen:

- LA grad A: ≤ 5 mm, krysser ikke longitudinelle mucosafolder
- La Grad B: > 5 mm, krysser ikke longitudinelle mucosafolder
- LA Grad C: Krysser longitudinelle mucosafolder, men $< 75\%$ av cirkumferensen
- La Grad D: Krysser longitudinelle mucosafolder og $> 75\%$ av cirkumferensen



Barets (histologisk verifisert?)

Histologisk verifisert intestinal metaplasi. Bare slimhinneforandringer som endoskopisk bedømt strekker seg ≥ 1 cm opp fra gastroøsofageale overgang regnes med (ref: Endoscopy 2017; 49: 191-198).

Har diafragmaåpningen blitt bedømt nedenfra?

Velg grad etter Hills klassifikasjon (ref: Journ Clin Gastroent 1999; 28 (3), p 194-197).



Avstand tannrekka – diafragma

Mål avstanden mellom tannrekka og impresjonen frå diafragma ved hjelp av gastroskopet. Oppgis i cm.

Avstand tannrekka – gastroøsofageale overgang

Mål avstanden mellom tannrekka og gastroøsofageale overgang ved hjelp av gastroskopet. Gastroøsofageale overgang er definert som øvre ende av magesekken sine linjere slimhinnefolder (ref: Gastroent 2006; 131: 1392-1399). Oppgis i cm.

Differanse diafragma – GØ overgang

Verdien regnes ut automatisk når de to forrige verdiene er fylt ut.

Helikobakter pylori

Helicobakter pylori-status undersøkt med ureaseprøve, avføringsprøve, serologi eller på annen måte.

Andre funn

Gi en kort beskrivelse av eventuelle andre funn.

Type oppfølging

Type oppfølging

Oppgi hvordan pasienten følges opp.

Oppfølgingsdato

Besøksdato eller dato for telefon- eller brevoppfølging. Om pasienten har utgått fra registeret så oppgir du her den datoen da pasienten forlot registeret.

Operasjoner

Har pasienten blitt operert siden forrige registrering?

Oppgi all form for kirurgi, også om den ikke er relatert til det bariatriske inngrepet. Se bort fra mindre operasjoner med lokalbedøvelse.

Se side 22 og 23 for informasjon om de enkelte variablene.

Komplikasjon

Komplikasjoner siden forrige registrering

Har det oppstått nye komplikasjoner siden forrige registrering? Før kun nye komplikasjoner som ikke er registrert tidligere.

Se side 23 og 24 for detaljer om variablene for komplikasjoner.

Intervensjonskrevende underernæring

Har pasienten vært innlagt på sykehus på grunn av ernæringsproblemer?

Behandlingskrevende anemi

Har pasienten hatt anemi med Hb < 10 som krever behandling utover rutinemessig substitusjon?

Antropometri

Høyde

Oppgi pasientens høyde i cm. Høyden fra basisregistreringen hentes inn her automatisk, men kan endres ved behov. Om pasienten har byttet sykehus må høyden oppgis på nytt.

Vekt

Oppgi pasientens vekt i hele kg.

Midjemål

Oppgi midjemål i cm målt med målebånd i høyde med spina iliaca anterior superior.

For rett plassering av målebånd skal pasienten stå med avslappede skuldre og albue bøyd i 90 graders vinkel. Plasser målebåndet rett under albue.

Graviditet

Gravid

Angi om pasienten er gravid og eventuelt hvilken graviditetsuke hun er i.

Blodtrykk

Oppgi systolisk og diastolisk blodtrykk i mmHg.

Komorbiditet

Se side 4 for detaljert beskrivelse av variablene.

Annen sykdom oppgitt på basisregistreringen

Hvis det var ført opp noe under «annen sykdom» på basisregistreringen som medvirket til beslutningen om kirurgi, sett «ja» her om tilstanden fortsatt er aktuell.

Frakturer siden operasjonen (kun på 5-års- og 10-årskontrollen)

Oppgi om pasienten har hatt frakturer siden operasjonen, og eventuelt hvor frakturen oppsto.

Kroniske abdominalsmerter

Har pasienten kroniske abdominalsmerter?

Med kroniske abdominalsmerter menes her smerter som enten har krevd regelmessig medisinerings med opiat er daglig eller flere ganger i uken det siste halvåret, eller som påvirker dagliglivet i stor grad ved at det hindrer normalt arbeid, fritidsaktiviteter og lignende.

Med opiat er menes medikamenter med ATC kode N02a, inkludert Tramadol og Kodein.

Øvrig

Røyking

Sett «ja» om pasienten regelmessig røyker, festrøyking regnes ikke med. For å kunne si ja til at pasienten har sluttet å røyke må hun/han ha vært røykfri i over 6 måneder.

Om pasienten har sluttet å røyke 0-6 måneder før operasjonen kan en sette «tilfeldig røykeslutt før operasjon». Bruk dette alternativet uansett om pasienten begynner å røyke igjen etter operasjonen eller ikke.

Merk: Om det er svart «sluttet» på spørsmål om røyk på basisregistreringsskjema skal en svare «sluttet» også på årskontrollene. Alternativet «nei» kommer derfor ikke opp på årskontrollskjema.

Labprøver

Følgende blodprøver skal være tatt fastende i tilknytning til årskontrollene:

- Glukose
- Triglyserid
- LDL
- HDL
- Insulin
- Insulin C-peptid

Merk: Om prøvene ikke blir tatt fastende, bør en ikke fylle ut disse verdiene for å unngå for høye verdier i datamaterialet.

Sykehusspesifikke variabler

Inntektsgivende arbeid

Er pasienten i inntektsgivende arbeid? Om pasienten er i arbeid, men for tiden sykmeldt, svar «ja». Studielån, pensjon, sosialstønad eller arbeidsavklaringspenger regnes ikke som inntektsgivende arbeid.

Stillingsprosent

Hvis pasienten er i arbeid, oppgi stillingsprosenten han/hun jobber i.

Fødsel

Har pasienten født barn siden forrige kontroll?

Hvis pasienten har født, oppgi om fødselen var vaginal eller keisersnitt (sectio), og dato for fødsel.

Andre sykehusspesifikke variabler

Det er mulig for det enkelte sykehus å få opprettet egne sykehusspesifikke variabler i registeret. Søknad med oversikt over hvilke variabler en ønsker og en klar plan for hva tilleggsinformasjonen skal brukes til sendes til fagrådet for SOReg-N.

Oppfølging

Hvor planlegges neste kontroll?

Hvis den neste kontrollen skal være ved det sykehuset brukeren er innlogget i, velg «Dette sykehuset». Om pasienten skal følges opp ved et annet sykehus kan du overføre kontrollene dit ved å velge «Annet sykehus». Kontrollene vil da komme opp i dette sykehusets liste når kontrollen nærmer seg. Epikrise må sendes til det andre sykehuset på vanlig måte.

Ferdigstill

Kryss av i denne ruten når skjemaet er ferdig og trykk «lagre». Skjemaet blir da låst og registreringen vil ikke lenger vises på arbeidslisten.

MERK at opplysningene ikke blir telt med i Rapporteket uten at skjemaet er ferdigstilt.

6. Føring av revisjonsoperasjon

Hva skal føres som en revisjonsoperasjon?

En revisjonsoperasjon er en operasjon der en justerer eller endrer på en tidligere fedmeoperasjon.

Det er to måter å føre en revisjonsoperasjon på:

1. Når pasienten ikke er tidligere registrert i SOReg-N

Opprett skjema for pasienten i registeret, og fyll inn pasientopplysninger og basisregistrering på vanlig måte.

På operasjonsskjemaet svarer en «ja» på spørsmål om tidligere fedmeoperasjon. Det vil da komme opp tilleggsspørsmål under «tidligere kirurgi» og «aktuell operasjonsindikasjon» som må besvares.

Svar på aktuell operasjonsindikasjon under feltet «operasjonsdata» (altså hvorfor det blir utført revisjonsoperasjon).

Under «operasjonsmetode» kan det ofte være aktuelt å velge «revisjon uten endring av grunnmetode», for eksempel ved revisjon av gastrisk bypass på grunn av anastomoseulcus, eller rereseksjon av magesekk etter tidligere sleeve-operasjon.

Ved fjerning av gastrisk bånd bruk «10 tilbakekopling til normal anatomi».

Ferdigstill og lagre operasjonsskjema på vanlig måte.

2. Når pasienten er registrert i SOReg fra før:

Hvis den første operasjonen er ført i registeret, skal en **først ferdigstille det kontrollskjemaet** som er nærmest revisjonsoperasjonen i tid.

Velg kontrollskjema etter når revisjonsoperasjonen ble gjort. Om revisjonsoperasjonen ble utført:

- de første 30 dagene etter operasjon, ferdigstill 6-ukerskontrollskjemaet
- 31-365 dager etter operasjon, ferdigstill 1-årskontrollskjema
- 366-730 dager etter operasjon, ferdigstill 2-årskontrollskjema

På det aktuelle kontrollskjemaet, sett «ja» på spørsmål om operasjon, og «ja» på spørsmål om en revisjonsoperasjon er utført. Fyll så ut resten av spørsmålene på kontrollskjemaet, ferdigstill og lagre.

Operasjoner	
Er pasienten operert dag 0-30 postoperativt?	1 Ja
Er en revisjonsoperasjon utført?	1 Ja
Operert for lekkasje?	
Operert for abscess?	
Operert for blødning?	
Operert for ileus?	

For å registrere selve revisjonsoperasjonen går en så inn på side for pasientopplysninger (første skjema i registeret). Klikk på «opprett revisjonsoperasjon» nede til venstre.

Fødselsdato	1980-01-05
Utgått fra registeret	
Har pasienten utgått fra registeret	0 Nei
Ferdigstillt	Data er ferdigstillt/låst
<input type="button" value="Opprett revop"/>	

Det blir nå opprettet et nytt forløp for pasienten. De neste kontrollskjemaene skal fylles ut i dette nye forløpet. Forløpet for primæroperasjonen blir låst, og skjemaet ser slik ut (her: revisjon innen 1 år etter primæroperasjon):

Oversikt pasientinformasjon									
721215, Olsen, Ole (232) ok - Basisregistrering ok									
	Sykehus	Operasjonsdato	importert	Op.ID	Op	6 u.	1 år	2 år	5 år
▼	Testsjukhus Norge	2014-04-15	Nei	GBP (261)	ok	ok	ok	✘	✘
	Testsjukhus Norge	Ikke oppgitt	Nei	(262)	-	-	✘	✘	✘

Gå inn på det nye operasjonsskjemaet og legg inn opplysninger her. På skjemaet må en fylle ut en **ny basisregistrering** i tillegg til opplysninger om operasjonen. (De opplysningene som allerede er fylt ut på det siste kontrollskjemaet før revisjonsoperasjon vil bli kopiert inn automatisk.)

Fyll ut operasjonsskjema, ferdigstill og lagre.