

Prosjektbeskriving

Kvalitetsforbetringsprosjekt med bruk av data frå nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

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

Kvalitetsforbetringsprosjekt Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

Prosjektansvarleg
Prosjektleiar
Medisinsk kvalitetsregister som
datakjelde

Villy Våge
Elisabeth Heggernes
Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi,
S0Reg-N

Innhald

1	Bakgrunn for prosjektet	3
2	Beskriving av prosjektet.....	7
2.1	Overordna mål	7
2.2	Konkrete mål	7
2.3	Tiltak/ intervensjon	8
2.4	Metode og arbeidsform.....	9
2.5	Utval.....	11
3	Kvalitetsregisterdata og resultatmåling	11
3.1	Valgte kvalitetsindikatorar / variablar fråregisteret	11
3.2	Metode for resultatmåling	12
4	Plan for oppfølging av deltakande avdelinger.....	12
5	Leiarforankring/ støtte i fagmiljø.....	12
6	Framdriftsplaner	13
6.1	Milepælsplan	13
7	Budsjett	14
8	Prosjektorganisering	144
8.1	Oppdragsgjevar	14
8.2	Prosjektansvarleg.....	144
8.3	Prosjektleiar.....	144
8.4	Medlemmer av prosjektgruppa (evt. roller).....	15
8.5	Deltakaravdelinger og lokale prosjektleiarar	15
8.6	Styringsgruppe/ referansegruppe	15
9	Rapportering til oppdragsgjevar	15
10	Vedvarande forbetring.....	15

1 Bakgrunn for prosjektet

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

Dei to vanlegaste fedmeoperasjonane i Noreg er vertikal ventrikkelreseksjon og gastrisk bypass. Ved vertikal ventrikkelreseksjon 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 ut det meste av magesekken og 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 feilnæring og mangel på viktige vitamin og mineral på sikt.

Forskning kan tyde på at effekten av ein fedmeoperasjon til en viss grad er avhengig av om pasienten klarer å følge anbefalingar og møte til kontrollar. Ved å kontrollere pasientane kan ein oppdage og korrigere eventuelle biverknader av operasjonen. Både det internasjonale¹ og det skandinaviske fagmiljøet² tilrår livslang oppfølging av fedmeopererte.

Vanlege kontrollar

Etter ein fedmeoperasjon er det vanleg at første postoperative kontroll er ein til to månader etter operasjonen. Denne kontrollen er 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 ofte også 5 år etter operasjonen.

Kvifor skal pasienten komme til kontroll ved sjukehusa?

I følge 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 følge av operasjonen. Dei positive effektane av operasjonen og vektnedgangen kan vere forbigåande, med mogleg vektauke og tilbakefall med høgt blodtrykk og diabetes. Og ikkje minst skal pasientane ha tilskot av vitamin og mineral, noko som bør følgjast med årlege blodprøvekontrollar.

¹ 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>

² «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%20version%20pdf%2026.5.17.pdf>

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.

I dei nordiske retningslinjene står det at klinikken der pasienten er operert har eit klart ansvar for å bevisstgjere pasientane om kor viktig det er med livslang oppfølging etter fedmeoperasjon (s. 33). Retningslinjene seier vidare at oppfølginga primært bør vere hjå legar, sjukepleiarar og kliniske ernæringsfysiologar som har kunnskap og erfaring med pasientgruppa, og at 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, og er den norske delen av Scandinavian Obesity Surgery Registry, SOReg. Den norske delen av registeret, SOReg-N, er bygd opp på same måte som det svenske registeret, slik at ein skal kunne samanlikne resultatane mellom landa. Det svenske registeret har vore i drift sidan 2008.

Registrering av oppfølging i SOReg-N

SOReg-N har som formål 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.

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 følgesjukdom 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.

Dagens status for oppfølgingar etter kirurgi

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

Ved gjennomgang av alle pasientforløp i SOReg-N pr. 14.8.2018 finn vi at det for alle avdelingar var 82 % av pasientane som fekk oppfølging innan normtid³ for 1-årskontroll og 42 % som fekk oppfølging innan normtid for 2-årskontroll.

	1 år	2 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.

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

Talet på pasientar som ikkje er kontrollert er mykje høgare ved 2-årskontroll enn ved 1-årskontroll. Ved eitt sjukehus kontrollerer ein ikkje pasientane 2 år etter operasjonen. Blant dei andre varierer tala sterkt.

³ 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.

Sjukehus	1 år	2 år	Dato for start registreringer i SOReg-N
Sjukehus med start registrering i 2015			
Voss sjukehus	82%	44%	21.01.2014
Stavanger	89%	0%	22.3.2015
Universitetssykehus 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	78%	NA	22.08.2016
Universitetssykehus 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 kor 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 viser eit stort potensiale for å kunne auke talet på pasientar som får kontroll innan normtid, både for 1- og 2- årskontrollar. Kontrollar i poliklinikk er ofte eit spørsmål om prioritering, økonomi og kapasitet for sjukehusa, noko som kan forklare noko av forseinkingane. Ein veit også at dette er ei sårbar pasientgruppe, og det kan vere at enkelte kvir seg for å komme til kontroll. Mogelege årsaker til dette kan vere psykiske plagar som angst eller depresjon, vanskar med å komme seg til avdelinga, eller manglande informasjon om kor viktig det er med kontrollar, med meir. Dette er faktorar som det vil vere aktuelt å undersøke i den første kartleggingsfasen av prosjektet.

2 Beskriving av prosjektet

2.1 Prosjektets overordna mål

Eit av formåla med eit kvalitetsregister er at pasientar i alle deler av landet skal kunne få eit så bra og så likt tilbod som mogeleg. Ein ønskjer at fedmeopererte pasientar skal følgjast opp på lik måte etter operasjon uansett kor dei bur i landet. Desse kontrollane er viktige for å fange opp mogelege biverknader og komplikasjonar etter operasjonen, for å sikre optimal næringsstatus med rett mengd vitamin- og mineraltilskot for den enkelte, og for å oppdage mogelege tilbakefall tidleg.

Prosjektet ønskjer 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, osv).
- 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.

2.2 Konkrete mål

Prosjektet vil la deltakande sjukehus prøve ut tiltak for å auke talet på pasientar som får kontrollar innan normtid, og kontrollere utfallet ved hjelp av tal frå registeret.

Mål for prosjektet:

1. Alle dei deltakande sjukehusa utfører 1- og 2- årskontrollar ved prosjektperiodens slutt.
2. Innan prosjektperiodens slutt får 95% av pasientane 1-årskontroll og 90 % av pasientane 2-årskontroll innanfor normtid ved dei deltakande sjukehusa.
3. Talet på pasientar som ikkje møter til kontroll er redusert med 10-20% innan slutten på prosjektperioden.

2.3 Tiltak/ intervensjon

For å oppnå måla for prosjektet ønskjer vi å ta i bruk kvalitetsforbetningsmetodikk for å identifisere kva som forårsakar manglande eller forseinka kontrollar ved dei enkelte sjukehusa, for deretter å setje inn tiltak lokalt.

Kvar avdeling må gjere ei grunnleggjande kartlegging av rutinar i avdelinga og dele ut spørjeskjema til pasientar. Ut i frå kva ein finn vil ein ved det enkelte sjukehuset utarbeide planar og prøve ut tiltak lokalt. Dette kan vere:

- Gjennomgang av rutinar for innkalling av pasientar til kontroll.
- Gjennomgang av rutinar for gjennomføring av kontroll. Får alle pasientar informasjon om kontrollar og kor viktige dei er? Kva slags informasjon får dei (skriftleg? Munnleg?)
- Endre rutinar lokalt etter kva ein finn ved gjennomgangen.
- Arbeide mot leiinga lokalt for å auke forståinga for å utføre kontrollar, slik at desse vert prioritert.
- Undersøkje kor god informasjon pasientane har fått om kontrollar og kvifor dei er viktige.
- Tiltak for å betre informasjonen om kontrollar til pasientane. Dette kan vere standardisering av tidspunkt og typar informasjon, utarbeiding av informasjonsbrosjyrar, endring av skriftleg materiell for å gjere det meir forståeleg, osv.
- Undersøke behovet for å setje inn tiltak som gjer det lettare for pasientar å møte til kontroll, som til dømes tidspunkt for kontrollar, flytte kontroll til eit anna sjukehus, eller anna for å leggje til rette for at pasienten kan få kontroll.
- Undersøke grunnar for at pasientar vegrar seg for å møte til kontroll og setje inn tiltak for dette.

2.4 Metode og arbeidsform

Prosjektet vil ta i bruk gjennombrotsmetoden⁴ for å kartleggje og sette i verk tiltak for endring. Gjennombrotsmetoden består av ein førebuingsfase, ein prosjektfase og ein spreingsfase.

Førebuingsfase

I denne fasen skal prosjektet etablere arbeidsgrupper ved alle deltakande sjukehus i samarbeid med medisinsk fagleg ansvarleg og leiinga lokalt. Kvar arbeidsgruppe skal bestå av minimum 3 personar, og ha både sjukepleiar og lege i gruppa. Det er forventa at deltakarane i arbeidsgruppene følgjer prosjektet sine idear, progresjon og tidsfristar utan vesentlege avvik.

Før prosjektet startar vil registeret kontakte medisinsk fagleg ansvarleg og fagdirektør ved dei deltakande sjukehusa for å sikre ei nødvendig forankring hjå leiinga for prosjektet. Det vil også vere ein fordel å ha med ein lokal kontaktperson med kvalitetsforbettringskompetanse ved dei aktuelle sjukehusa som kan bidra i prosessen, men denne skal ikkje ha hovudansvaret lokalt.

Ein utfører ei primær kartlegging av rutinar for oppfølging ved avdelingane ved hjelp av ei spørjeundersøking utarbeida av prosjektet, eventuelt også ei mindre spørjeundersøking til pasientane.

Prosjektfase

Det vil bli arrangert eit felles startseminar for arbeidsgruppene ved dei ulike sjukehusa. Her vil deltakarane få resultatata frå kartlegginga, ei innføring i gjennombrotsmetoden, dei ulike fasane i Demings sirkel (PDSA-modellen), og nyttige verktøy for det vidare lokale arbeidet. Ein vil også ha gruppearbeid for å i fellesskap hjelpe kvarandre med idear for tiltak. Målet for seminaret er å bidra til team-building i arbeidsgruppene og skal ende opp med at arbeidsgruppene får arbeidsmetodar og inspirasjon til å utarbeide lokale mål og framdriftsplanar.

Kvart sjukehus bruker så planane som er utvikla til å setje i gang småskala utprøving av tiltak lokalt etter PDSA-metoden (figur 1).

⁴ <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/gjennombrotsmetoden>



Figur 1. PDSA-sirkelen. Illustrasjon henta frå Pasientsikkerhetsprogrammet ⁵

Sjukehusa vil bli følgt frå prosjektleiinga med jamlege oppdateringar med målingar frå registeret. Ein vil også ha vidare kontakt med dei ulike avdelingane med felles telefonmøte.

Kring midtvegs i prosjektfasen vil ein ha eit nytt dagseminar kor dei ulike sjukehusa presenterer prosjekta for kvarandre, får rettleiing i prosessarbeid og verktøy for å utvikle dei lokale tiltaka vidare.

Spreiingsfase

Etter det andre seminaret vil gruppene fortsette arbeidet lokalt. Ein vil halde fram med oppfølging frå prosjektleiinga og jamleg kontakt og telefonmøte. I avslutningsfasen av sjølve prosjektet vil ein halde eit tredje seminar der sjukehusa presenterer arbeidet som er gjort og resultat frå dette. Her vil eit tema vere korleis arbeidet som er gjort kan implementerast og spreiaast til betring av rutinar lokalt, også til dei sjukehusa som ikkje har deltatt i prosjektet.

⁵ <http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/Forbedringskunnskap/Forbedringsarbeid/forbedringsmodellen>

2.5 Utval

Alle sjukehus som registrerer i SOReg-N ved prosjektstart vil få tilbod om å delta, det vil seie 18 sjukehus til saman. Sjukehus som har særst låge tal for oppfølging vil bli oppmoda om å delta, det vil også dei sjukehusa som har dei beste tala. Ved å ta med sjukehus med gode resultat på seminara, kan det vere mogeleg å få til ei kunnskapsoverføring av kva rutinar og tiltak som gir gode resultat.

Prosjektet oppmodar kvart sjukehus til å ha ei lokal arbeidsgruppe med minimum 3 personar, men prosjektet vil avgrense kor mange som får dekkja utgifter til å delta på seminara til 2 personer per sjukehus.

Årskontrollar etter fedmekirurgi blir vanlegvis gjennomført på poliklinikkar tilknytt dei kirurgiske avdelingane. Det er derfor personale ved poliklinikkane som er aktuelle deltakarar i dei lokale arbeidsgruppene.

Alle dei fedmeopererte pasientane ved dei aktuelle sjukehusa vil vere omfatta av prosjektet. Vi har valt å ikkje differensiere mellom særskilte operasjonar eller andre undergrupper av pasientar for å gjere prosjektet mindre komplekst.

Vi vil også invitere ein pasientrepresentant til å delta på seminara og komme med innspel frå pasientane i prosessen.

3 Kvalitetsregisterdata og resultatmåling

3.1 Valte kvalitetsindikatorar/variablar frå det aktuelle 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.

3.2 Metode for resultatmåling

Registeret planlegg ein måling av del pasientar som får kontroll etter 1 og 2 år i starten av prosjektperioden, deretter 4 resultatmålingar med jamne mellomrom undervegs i prosjektet, og til slutt ein avsluttande måling i slutten av prosjektperioden. Sjå oversikt over tidspunkt for målingar i milepælsplan punkt 6.1.

Resultatmålingane vil bli utført av registeradministrasjonen og vil vise resultat og utvikling for det enkelte sjukehus samanlikna med nasjonale tal. Ein vil bruke to kvalitetsindikatorar som nemnt i punkt 3.1. Det er utarbeidd rapportar i Rapporteket for desse to kvalitetsindikatorane der ein får spesifisert kor mange årskontrollar som er gjort utanom normtid, tal på pasientar som har fått forseinka kontroll, og på pasientar som ikkje har fått kontroll.

Rapportane vil bli sendt ut til kvart sjukehus pr. e-post. Avdelingane kan også sjølv gå inn i Rapporteket og følgje med på eigne tal.

Avdelingane bør også måle effekt av dei enkelte tiltaka som vert gjennomført lokalt, jmf moglege tiltak i punkt 2.3. Slike målingar kan vere enkle reiskap som ei tavle kor ein kryssar av for at pasienten har fått utlevert brosjyre om kontrollar og munnleg informasjon, eit enkelt spørjeskjema til pasientar om kva dei synest om kontrollane, sjekklistar, osb.

4 Plan for oppfølging av deltakande avdelingar

Dei deltakande avdelingane vil i tillegg til tre dagseminar bli følgt opp med jamleg kontakt per e-post og telefon frå prosjektleiinga. Det vil også bli arrangert felles telefonmøte undervegs i prosjektet.

5 Forankring hjå leiarar og støtte i fagmiljø

Leiinga ved dei deltakande avdelingane vil bli kontakta før prosjektstart. Vi vil utarbeide ein kontrakt etter mal frå SKDE for å sikre at den lokale prosjektgruppa får tid og ressursar til forbetningsarbeidet.⁶

Kvalitetsindikatorane er basert på nasjonale og skandinaviske retningslinjer slik at prosjektet vil vere ukontroversielt i fagmiljøet.

⁶ Mal frå SKDE finn ein her: <https://www.kvalitetsregistre.no/prosjeikt/kvalitetsforbedring>

Ideen om prosjektet er lagt fram for fagrådet for SOReg-N, som har oppmoda administrasjonen om å søkje midlar. Prosjektplanen vil bli sendt ut til fagrådet for SOReg-N for godkjenning før igangsetting.

Det vil også vere viktig med innspel frå pasientperspektiv. Ein pasientrepresentant vil derfor bli oppmoda om å delta i prosjektet og vere med på seminardagar.

6 Framdriftsplanar

6.1 Milepælsplan

Prosjektet sine milepælar er summert opp i tabellen under.

ID	Milepæl	Start dato	Ferdig dato
1	0-måling	August 2018	August 2018
2	Start måling	15.10.2018	15.10.2018
3	Kartlegging av status ved deltakande einingar	1.11.2018	31.11.2018
4	Startmøte Flesland – presentasjon av kartlegging og undervisning i metode.	Des/Jan 2019	Des/Jan 2019
5	Etablering av lokale rutinar ved deltakande sjukehus	Jan 2019 -	
6	Telefonkonferanse om framdrift for deltakande einingar initiert av register		Feb 2019
7	Resultatformidling frå SOReg-N nr 1		Mars 2019
8	Presentasjon av tiltak/erfaringar/resultat på SOReg-dagen. Midtveismøte/erfaringsmøte dagen før/etter		Mars/april 2019
9	Resultatformidling frå SOReg-N nr 2		Mai 2019
10	Resultatformidling frå SOReg-N nr 3		Aug 2019
11	Resultatformidling frå SOReg-N nr 4		Okt 2019
12	Oppsummeringsmøte Flesland	Nov 2019	
13	Sluttrapport		Des 2019

7 Budsjett

Budsjett for prosjektet er lagt fram i eige dokument.

8 Prosjektorganisering

8.1 Oppdragsgjevar

Oppdragsgjevar er Interregional styringsgruppe på vegne av administrerande direktørar i dei fire regionale helseføretaka. Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE handlar på vegne av oppdragsgjevar.

Oppdragsgjevar har peika ut følgande kontaktperson:

Marianne Nicolaisen

Rådgiver, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
SKDE - senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
Helse Nord RHF
Mob. +47 913 65 951
[E-post: Marianne.Nicolaisen@helse-nord.no](mailto:Marianne.Nicolaisen@helse-nord.no)

8.2 Prosjektansvarleg

Prosjektansvarleg er Villy Våge, fagleg leiar for Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi.
villy.vage@helse-bergen.no, tlf. 90863744

8.3 Prosjektleder

Prosjektansvarleg har oppnemnt følgjande prosjektleder og kontaktperson for prosjektet:

Elisabeth Heggernes, Rådgivar Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi.
Elisabeth.heggernes@helse-bergen.no; tlf. 90736556

Ved ei eventuell endring av prosjektleder skal oppdragsgjevar varslast.

8.4 Medlem av prosjektgruppa

Det er ikkje avgjort kven som er med i prosjektgruppa.

8.5 Deltakande avdelingar og lokale prosjektleiarar

Dette punktet er ikkje bestemt.

8.6 Styringsgruppe/referansegruppe

Dette punktet er ikkje bestemt.

9 Rapportering til oppdragsgjevar

Prosjektansvarleg vil underrette oppdragsgjevar ved endringar som vil kunne påverke prosjektets formål, resultat eller framdrift. I tillegg til rapportering undervegs i prosjektet vil ein sluttrapport bli sendt til Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre seinast 3 månadar etter prosjektslutt. Samla rekneskap for prosjektet vert inkludert som vedlegg til sluttrapporten.

Sluttrapporten skal godkjennast av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre.

10 Vedvarande forbetring

Det er viktig å spreie kunnskap om tiltak som har vist seg å ha ein positiv verknad ved dei enkelte avdelingane til alle innrapporterande einingar i registeret. Framdrift og resultat frå prosjektet vil bli presentert i nyheitsbrev frå registeradministrasjonen til alle som er involvert i registreringane.

Resultat frå prosjektet vil bli lagt ut på registeret si nettside og presentert i årsrapporten for registeret. Ein vil også presentere resultat på aktuelle konferansar og møte, og publisere artiklar i aktuelle tidsskrift og sider for pasientforeining.

Lærdom frå prosjektet vil bli brukt i eit kontinuerleg arbeid for å oppretthalde ein høg grad av oppfølging av pasientane. Registeret vil fortsette å følgje med på utviklinga over kor mange pasientar som får oppfølging også etter prosjektperioden. Dette vil inngå i kvartalsmessige systematiske gjennomgangar av data frå dei ulike sjukehusa. Om ein ser nedgang i tal pasientar som møter til kontrollar i etterkant av prosjektet vil registeradministrasjonen kontakte avdelinga og prøve å finne moglege årsaker til dette. Erfaringar og gode råd frå kvalitetsforbetningsprosjektet kan vere med å hjelpe avdelingar

som har utfordringar med kontrollane til å finne tiltak og verkemidlar for å betre eigen praksis.