



Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi

Degenerativ ryggglidelse i LS
kolumna
Praktisk veileder
Versjon 2.1



**Nasjonalt
Kvalitetsregister
for Ryggkirurgi**
Degenerativ rygg

Design: SKDE, Helse Nord RHF
Layout: Hugo Kolstad, Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Foto: Philip André Skau, SKDE
Opplag: 200
Utgitt: Revidert Februar 2014

Innholdsfortegnelse

Innledning.....	3
Kort om Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi – degenerative lumbosacrale rygglidelser	3
Endringer i versjon 2.0	3
Opplæringsmateriell	4
Gangen i registreringen.....	3
Målgruppe – inklusjonskriterier	4
Eksklusjonskriterier	4
Arbeidsfordeling	5
Lokal registreringsansvarlig	5
Lokal registreringskoordinator	5
Registreringskoordinators oppgaver.....	6
Elektronisk registrering av skjema.....	7
Kladdfunksjonen	7
Lagring av papirversjoner av spørreskjema	8
Rutiner i forbindelse med oppholdet på avdelingen.....	9
Samtykkeerklæring	9
Skjema 1A (oransje) og samtykkeerklæring	9
Skjema 2A (lyseblått)	10
Rutiner ved reoperasjon.....	11
Definisjoner.....	11

Innledning

Kort om Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi – degenerative lumbosacrale ryggglidelser

Denne undergruppen av *Nasjonalt kvalitetsregister for ryggkirurgi* (NKR) skal være et verktøy for de ulike sykehus rundt i landet for kvalitetssikring og evaluering av egen virksomhet knyttet til kirurgisk behandling av degenerative tilstander i lumbosacral kolumna. Sykehusene vil kunne få tilgang til data fra egen virksomhet, med mulighet for selv å kunne bearbeide og presentere disse. Egne resultater vil, som en del av rapporten, bli sammenstilt med et landsgjennomsnitt. Registerets styringsgruppe vil utarbeide årsrapporter knyttet til samlede (nasjonale) data.

Registeret er nettbasert (via Norsk Helsenett). Dette betyr at registrering, uthenting av rapporter, bestilling av skjemaer etc. gjøres online via helseregister.no

I tillegg til registerets skjemasider som er passordregulert via et lukket nettverk, har vi en egen informasjonsside for brukerne og allmennheten på internett, www.ryggregisteret.no

Siden vil inneholde oppdatert informasjon om registeret, bakgrunnsmateriale, samt annet faglig innhold.

Endringer i versjon 2.0

Hensikten med endringen

- Redusere kostnader og tidsbruk knyttet til registrering.
- Større brukervennlighet
- Øke oppslutningen rundt registeret.

Hva endringen består i:

1. Kun preoperative data, skjema 1A og 2A fylles ut og registreres via Norsk Helsenett ved de enkelte sykehus.
2. NKR tar over all etterkontroll. Alle ryggopererte pasienter vil få tilsendt elektronisk lesbar skjema til hjemmet 3 og 12 måneder etter operasjonsdato, og returnerer dem til NKR uten at sykehusavdelingene involveres. Ved manglende respons fra pasientene purrer vi en gang. Postoperative data vil selvfølgelig bli gjort tilgjengelig for de opererende avdelingene.
3. Legeskjemaet 2A inneholder nå kun kliniske opplysninger, slik at det kan ferdigstilles umiddelbart etter operasjon, på operasjonsstua. Siste to spørsmål kan besvares ved under punching.
4. Kun mindre endringer er gjort i pasientskjemaet 1A og samtykkeerklæringen.

For de kliniske avdelingene betyr dette at registrering under pasientoppholdet blir enklere og at alt arbeid og logistikk knyttet registrering ved etterkontroll faller bort. Det er viktig at punchearbeid ikke pålegges kirurgene selv. Det bør helst gjøres av sekretærer, sykepleiere eller annet dedikert personale (registreringskoordinator).

De som ønsker å ha pasienter til klinisk kontroll etter ryggoperasjon kan nå gjøre det uavhengig av spørreskjemaaflyten.

Det er viktig at skjema 1A og 2A punches så tidlig som mulig etter operasjon slik at NKR får sendt ut spørreskjema tidnok til 3-månederskontroll.

Opplæringsmateriell

For å gjøre registreringen så enkel som mulig har vi lagd tre «veiledere». De er tilgjengelige i papirformat og som pdf-filer på våre nettsider.



Degenerative LS ryggglidelser – praktisk veileder omhandler hvordan registreringen kan organiseres i en sykehusavdeling. Her fokuserer vi på noen punkter som vi av erfaring vet er viktige for at registreringen skal bli så trygg og effektiv som mulig.



Brukermanual beskriver hvordan man får tilgang til ryggregisterets skjemasider på Norsk Helsenett og hvordan data fra utfylte skjema kan legges inn elektronisk og registreres.

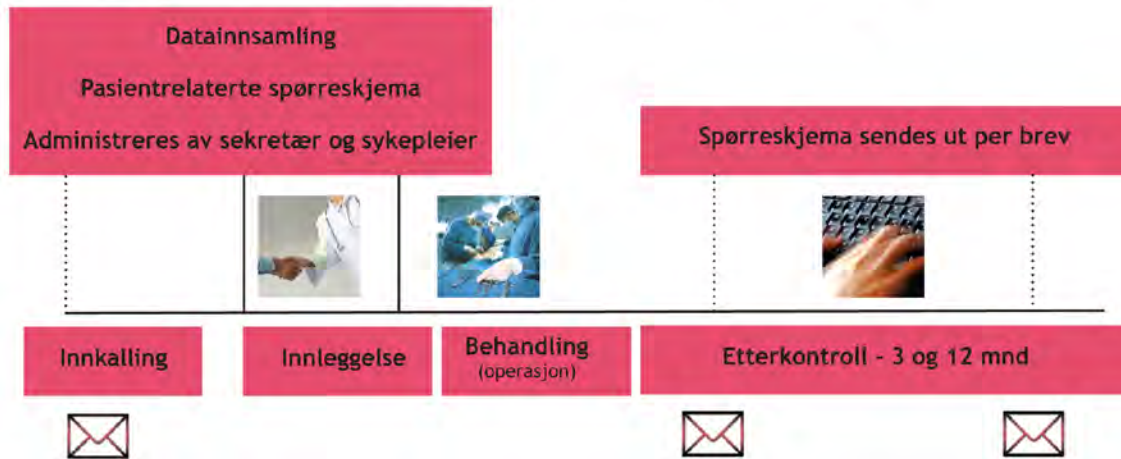


Degenerative LS ryggglidelser – Registerbeskrivelse gjennomgår bakgrunnen og premissene for utviklingen av denne undergruppen av Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi. Denne er tilgjengelig som PDF på Ryggregisteret.no og på skjemasidene til NKR.

For å kunne videreutvikle registeret er vi avhengig av en kontinuerlig dialog med deg som bruker. Vi har derfor lagt opp til at du kan gi oss tilbakemelding via egen meldingsboks eller e-post på nettsidene.

Gangen i registreringen

Kvalitetsregistrering som del av det daglige kliniske arbeid i en avdeling



Figur 1: Figuren viser gangen i registrering for Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi.

Målgruppe – inklusjonskriterier

Målgruppen er alle pasienter som opereres for degenerative forandringer i lumbosacalkolumna ved private og offentlige sykehus i Norge.

Med *degenerative forandringer* menes: prolaps, sentral og lateral spinal stenose, foraminal stenose, pseudomeningocèle, synovialcyste, istmisk eller degenerativ spondylolistese/skoliose, «segmental instabilitet» og «degenerativ rygg» (spondylose/spondylarthrose og mellomvirvelskivedegenerasjon) uten instabilitet eller andre ikke-maligne tilstander som antas å gi smerte og/eller funksjonsforstyrrelse. Flere av disse forandringene kan opptre samtidig.

Med *operasjon* menes: alle prosedyrer inklusive perkutane teknikker som har en terapeutisk hensikt og ikke er utelukkende diagnostiske inngrep. Det vil si all dekompresjon av spinalkanal og nerverøtter, uavhengig av operativ tilgang. Avstivningsoperasjoner, skiveproteser og annen implantatkirurgi, funksjonell kirurgi (for eksempel elektrodeteknikker) og terapeutiske injeksjoner.

Eksklusjonskriterier

- Pasienter som av kognitive eller bevissthetsmessige årsaker ikke er i stand til å gi et informert samtykke til å avgi helseopplysninger.
- Barn under 16 år.
- Pasienter med alvorlig psykiatrisk sykdom eller betydelig rusmisbruk.
- Pasienter med malign sykdom i ryggspylen.

Denne undergruppen av NKR omfatter ikke pasienter som opereres for komplekse strukturelle deformiteter, svulstsykdom, skader (brudd i ryggspylen) eller tilstander i cervikal- og thorakalkolumna.

Arbeidsfordeling

Administrasjon av spørreskjema bør innarbeides i den daglige driften av de kliniske avdelingene. Dette betyr at det meste av registreringsarbeidet skjer i en arbeidsfordeling mellom sykepleiere og sekretærer. All erfaring og hensynet til kostnadseffektivitet tilsier at legearbeidet som er knyttet til dette bør begrenses mest mulig.



Lokal registreringsansvarlig

Lokal registreringsansvarlig er den personen avdelingslederen utpeker som ansvarlig for at innsamling og håndtering av data skal skje på en sikker og forsvarlig måte.

Det er det enkelte sykehus sitt ansvar å sørge for at spørreskjema og samtykkeerklæringer oppbevares forsvarlig. Lokal registreringsansvarlig har dermed et faglig og administrativt ansvar og bør fortrinnsvis være en ryggkirurg, og bør ha ansvar for faglig og praktisk veiledning av registreringskoordinatoren.

Lokal registreringskoordinator

Sykehusene pålegges stadig nye oppgaver knyttet til kvalitetssikringssystemer, dokumentasjon, virksomhetsanalyser og forskning. Disse oppgavene medfører mye ekstra bruk av tid for avdelingsledelsen og de ansatte. Mesteparten av dette arbeidet kan med fordel struktureres og samles rundt en registreringskoordinator, som kan gjøre dette ved siden av annet arbeid eller definert i en stillingsandel.

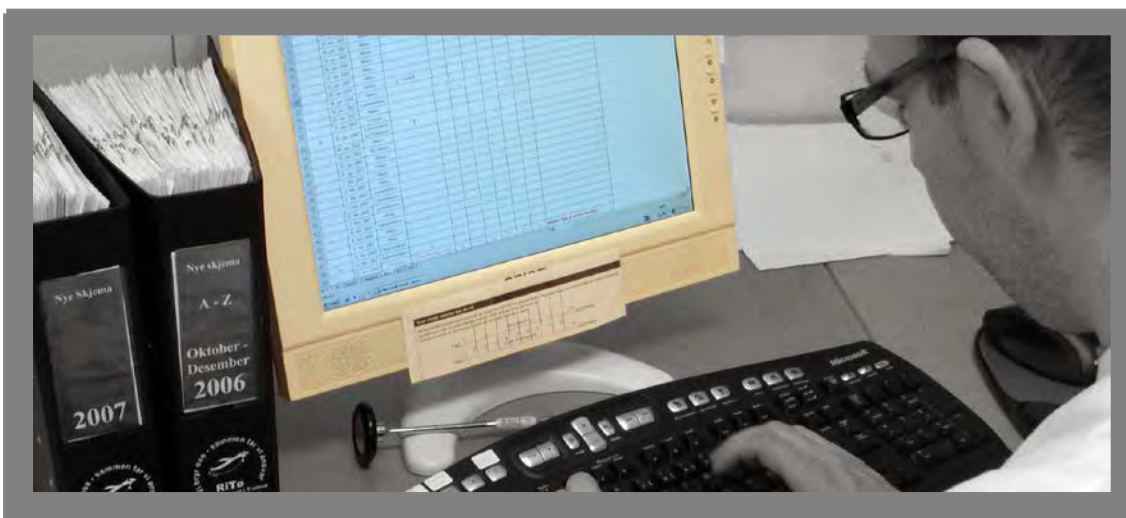
Hver avdeling bør ha minst en dedikert person som sørger for at data samles inn, registreres elektronisk og arkiveres. Skjema som innrapporteres elektronisk kan i prinsippet makuleres etter innrapportering, men vi anbefaler fortsatt at det etableres rutiner for arkivering av skjema i inntil to år.

Registreringskoordinator kan være sykepleier, fysioterapeut eller en helsesekretær som samler inn skjema og innrapporterer disse med jevne mellomrom.

Denne personen kan eventuelt også brukes til annen type kvalitetssikringsarbeid, for eksempel innsamling av data til klinisk forskning eller fagutvikling. Leger eller andre som ønsker å starte egen klinisk forskning vil kunne bruke registreringskoordinator som en ressursperson.

Registreringskoordinators oppgaver

- Etablere prosedyrer slik at kvalitetsregistreringen blir en del av rutinearbeidet ved sykehusavdelingen.
- Sørge for at alle pasienter i målgruppen blir registrert.
- Kontrollere at spørreskjema blir fullstendig utfyllt. Dette gjelder også legeskjema (2A).
- Sørge for at spørreskjema blir registrert i databasen.
- Arkivere papirversjonene av spørreskjema og samtykkeerklæringer.
- Holde oversikt over og oppdatere kladdlisten i databasen.



Elektronisk registrering av skjema

Elektronisk registrering (punching) av skjema bør gjøres av en eller to dedikerte personer, enten en sekretær eller registreringskoordinator. Til hvert spørreskjema følger en egen hjelpfunksjon i databasen. «Brukermanual» beskriver hvordan man får tilgang til ryggregisterets skjemasider på Norsk Helsenet og hvordan utfylte skjema kan legges inn elektronisk og registreres.

Vi anbefaler at papirutgaven av denne manualen ligger lett tilgjengelig der hvor skjema registreres.

Skjema 2A skal punches først fordi dette skjemaet definerer operasjonsdatoen som pasientopplysningene i skjema 1A knyttes til. Noen pasienter blir operert flere ganger. Dersom operasjonsdatoen er klar, uten 2A er ferdig utfylt, kan legeskjema 2A lagres som kladd med operasjonsdato, før 1A punches og lagres. Ved registrering av spørreskjema får du opp en oversiktlig korrekturrapport over de opplysningene som er registrert i databasen. Du bør ha som rutine å sjekke at opplysningene stemmer overens med papirskjemaet før lagring. Etter at skjemaet er lagret kan det ikke endres på.

Korrekturrapporten kan skrives ut og om ønskelig skannes inn i den elektroniske pasientjournalen. Funksjonsscore, livskvalitetsscore, smertescore m.m. som vises i rapporten gir en grei oversikt over pasientens helseplager, og kan brukes i klinisk praksis.

Kladdfunksjonen

Dersom du ikke får fylt ut et skjema fullstendig, kan det lagres som kladd. Denne funksjonen er gunstig i de tilfeller der du vil kunne få tak i de manglende opplysningene på et senere tidspunkt. Hvis de manglende opplysningene ikke er mulig å få tak i, bør du lagre skjemaet på vanlig måte selv om det er ufullstendig utfylt.

Dersom du ikke har registrert at samtykke er innhentet, vil skjemaet automatisk bli lagret som kladd. Det er heller ikke mulig å lagre et skjema dersom operasjonsdato og dato for utfylling ikke er registrert.

Alle skjema som blir lagret som kladd samles i en egen kladdliste som tilhører din avdeling. Her kan du hele tiden ha oversikt over spørreskjema som er ufullstendig utfylt og disse kan kompletteres etter hvert som du får inn nye opplysninger.

Hvis et skjema blir liggende mer enn 90 dager på kladdlisten vil databasen varsle om dette. Du blir da bedt om å fyller inn manglende data eller eventuelt å lagre skjemaet selv om det er ufullstendig utfylt.

Lagring av papirversjoner av spørreskjema

Spørreskjema og samtykkeerklæringer skal håndteres som personsensitive opplysninger og skal oppbevares på sykehuset i låsbare skap. Skjema og samtykkeerklæring som innrapporteres elektronisk kan i prinsippet makuleres etter innrapportering, men vi anbefaler fortsatt at det etableres rutiner for arkivering av skjema i inntil to år.

Rutiner i forbindelse med oppholdet på avdelingen

Samtykkeerklæring

Samtykkeerklæringen inneholder informasjon til pasienten om hvilken type data som blir registrert og hva disse skal brukes til. Her spør vi pasienten om tillatelse til bruk av pasientopplysningene til følgende formål

- Om personopplysningene kan brukes for kvalitetssikringsformål.
- Om personopplysningene kan brukes til forskningsformål.

Den personen som samler inn samtykkeerklæringen må sjekke at pasienten har signert erklæringen.



Skjema 1A (oransje) og samtykkeerklæring

For elektive inngrep kan skjemaene sendes sammen med innkallelsen, slik at pasienten møter opp med ferdig utfylt spørreskjema og samtykkeerklæring ved innleggelsen.

Alternativt kan pasienten få utlevert spørreskjema fra sekretær eller sykepleier ved innleggelse. Dersom pasienten har spørsmål vedrørende utfylling av skjema, bør vedkommende kunne få hjelp av pleiepersonalet.

Personen som samler inn skjemaet bør kontrollere at alle punkter er utfylt.



Når data fra spørreskjemaet (1A) legges inn elektronisk registreres det om pasienten har gitt samtykke. Det er derfor viktig at samtykkeerklæringen oppbevares sammen med spørreskjema 1A.

Skjema 2A (lyseblått)

Skjema 2A skal i hovedsak fylles ut av lege, men det må etableres rutiner ved avdelingsdriften som sørger for at all nødvendig informasjon blir tilgjengelig.

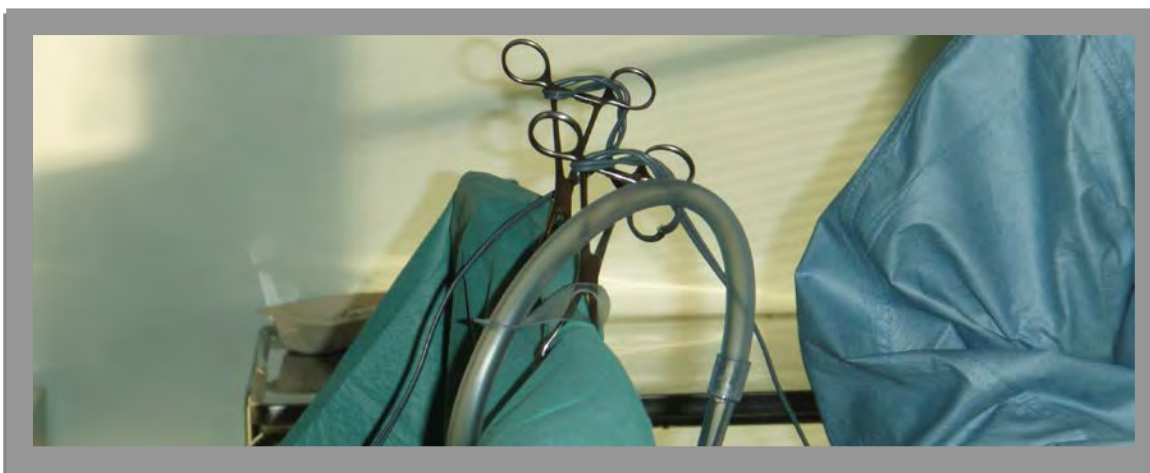
Vi anbefaler derfor at kirurgen fyller ut skjemaet når operasjonsbeskrivelsen blir diktert, umiddelbart etter operasjonen. Man bør ha en hylle med tomme skjema og en hylle for utfylte skjema ved diktafonen på operasjonsavdelingen. Utfylte skjema kan ved jevne mellomrom hentes eller sendes til registerkoordinator for innrapportering. Det er også mulig å registrere direkte via Internett uten å fylle ut skjema, men det må da etableres gode rutiner i samråd med registreringskoordinator, slik at data kan kvalitetssikres og kompletteres av registreringskoordinator før endelig lagring.



Det er viktig at registreringskoordinator holder oversikt, passer på at skjemaene registreres i databasen og at de er så fullstendig utfylt som mulig.

Rutiner ved reoperasjon

I registeret håndteres reoperasjoner forskjellig avhengig av hvor lang tid det har gått etter første operasjon. Reoperasjon innen 90 dager regnes som en komplikasjon til den første operasjonen. Etter 90 dager regnes en reoperasjon som en ny 'case' og skal registreres.



Definisjoner

Nedenfor har vi listet opp en del nøkkelfinisjoner som det er viktig at alle brukere av registeret kjenner til. Samtlige definisjoner er også omtalt i hjelpefunksjonen på ryggregisterets skjemaside. Dersom du er i tvil om definisjonen av andre begreper og de ikke er omtalt i hjelpefunksjonene, bør du ta kontakt med Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi.

Friskmeldt

Friskmeldt dato er den dato pasienten kom i gang med arbeidsrelatert aktivitet, selv om vedkommende fortsatt er delvis sykemeldt. Med denne definisjonen vektlegger vi det tidspunkt pasienten har kommet seg i arbeid, selv om han/hun ikke nødvendigvis er 100 % friskmeldt.

Operasjonskategori

Ø-hjelp: dersom pasienten opereres innen 24 timer.

½ Ø-hjelp: dersom pasienten blir håndtert raskere enn vanlig venteliste til operasjon og har "rett til helsehjelp".

Antall liggedøgn

Antall liggedøgn = utreisedato minus innkomstdato.

Med liggedøgn menes kun opphold med overnatting på sykehusavdeling og ikke overnatting på for eksempel pasienthotell.

Dagkirurgi

Dagkirurgi er definert som null (0) liggedøgn. I de tilfeller hvor det er planlagt dagkirurgi, men hvor pasienten allikevel blir lagt inn på avdeling over natten, skal man ikke krysse av for dagkirurgi.

Fascettektomi

Total reseksjon av fascettleddet (i motsetning til tidligere versjon hvor dette ble definert som 50 % reseksjon).

Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi

Postadresse

Nasjonalt Kvalitetsregister for Ryggkirurgi,
Postboks 20,
Universitetssykehuset Nord-Norge,
9038 Tromsø.

Besøksadresse

Plan 4, fløy C0,
Universitetssykehuset Nord-Norge,
Sykehusveien 38,
Breivika,
9038 Tromsø.

Internett

www.ryggregisteret.no

