

Internt kvalitetsregister for leddproteser

Kvalitetsregisteret for leddproteser ved St. Olavs hospital kan bli et nyttig verktøy for kvalitetssikring og forskning.

Publisert først på nett 5.3. 2012  Engelsk oversettelse på www.tidsskriftet.no

«Fast track»-modellen, som er en kunnskapsbasert multimodal behandlingsmodell for kirurgisk virksomhet (1), ble innført for elektiv protese kirurgi i hofter og knær ved St. Olavs hospital fra september 2010. Omorganiseringen medførte betydelige endringer i behandlingsløpet. Vi besluttet derfor å opprette et internt kvalitetsregister, fordi det er vist at slike registre kan gi bedre kvalitetskontroll (2) og danne grunnlag for forskning. Registeret er i samsvar med krav i lov om statlig tilsyn med helsetjenestene (3).

Vi ønsker i denne artikkelen å gi en kort beskrivelse av våre erfaringer med opp-

rettelsen av kvalitetsregisteret. Vi har hatt hjelp fra Vejle Sygehus i Danmark, Nasjonalt register for leddproteser ved Haukeland universitetssykehus og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.

Rettslig grunnlag

Et medisinsk kvalitetsregister er å betrakte som et helseregister og må derfor ha konsesjon fra Datatilsynet (4) eller i egen lov. Vi kom imidlertid til at det aktuelle registeret er virksomhetsinternt, noe helsepersonelloven åpner for (5). Konsesjon er da ikke nødvendig. Registerdata kan imidlertid ikke

kobles til data fra andre virksomheter uten forutgående anonymisering.

Identifiserbare opplysninger registreres for å kunne følge pasientene frem til siste kontroll. En forutsetning er at det foreligger samtykke fra pasienten, i form av et frivillig, uttrykkelig og informert samtykke innhentet på forhånd. Det er uklart om samtykkeskjemaet er tilstrekkelig ved et eventuelt fremtidig forskningsprosjekt. Det vil være opp til regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) å vurdere dette. Konsesjon fra Datatilsynet kan da være påkrevd.

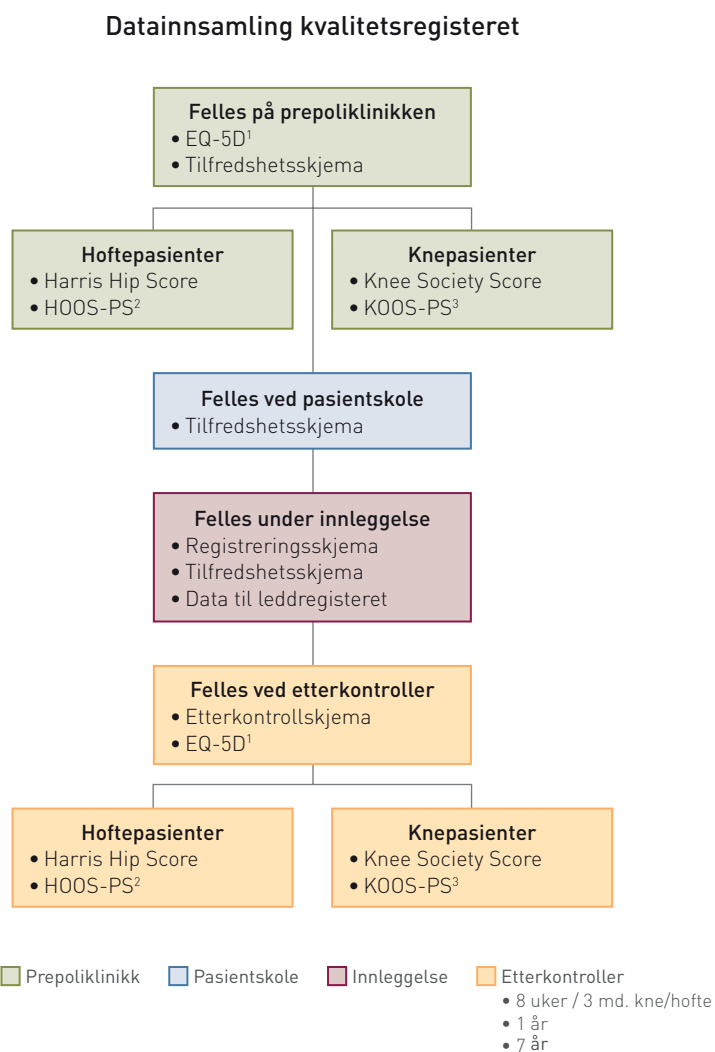
Registerdata oppbevares på en sikker måte ved en dataservert som er eid og driftet av Helse Midt-Norge IT (Hemit). Prosjektet er støttet av personvernombudet ved St. Olavs hospital.

Innsamling og behandling av data

I 2008 fikk sju helseregistre status som nasjonale kvalitetsregistre, bl.a. Nasjonalt register for leddproteser. Hemit fikk da i oppdrag å utvikle en landsdekkende løsning for elektronisk registrering for alle de nye registrene. Fordi dette arbeidet ville ta noe tid, ble vi anbefalt å opprette en egen database inntil videre. Vi benytter papirskjemaer, disse følger pasienten gjennom hele behandlingsforløpet og blir deretter skannet og lest maskinelt.

Hele fagmiljøet har vært involvert i utvelgelsen av kliniske og prosessrelaterte variabler. Datainnsamlingen er basert dels på selvrapportering fra pasientene, dels på registrering utført av fysioterapeuter og sykepleiere (fig 1). Spesifikke skjemaer for den aktuelle leddlidelsen, slik som Harris Hip Score, Knee Society Score, Hip dysfunction and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform (HOOS-PS) og Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score-Physical Function Shortform (KOOS-PS)), protesespesifikt skjema (Nasjonalt register for leddproteser) og skjema om helsetilstand (EQ-5D) fylles ut. Pasientene blir også bedt om å fylle ut et anonymt pasienttilfredshetsskjema.

Pasientregistreringsskjemaet består av fem deler. Første del besvares i forbindelse med poliklinisk konsultasjon hos ortoped. Pasientene får utlevert et tilfredshetsskjema for å gi en fortløpende vurdering i hele behandlingsforløpet. En fysioterapeut gjennomfører så funksjonstester i det aktuelle leddet. Andre del – om anestesi og operativ prosedyre – fylles ut perioperativt av anes-



¹ EQ-5D = EuroQol Group health-related quality of life measurement

² HOOS-PS = Hip disability and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) – Physical Function Short form (PS)

³ KOOS-PS = Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (HOOS) – Physical Function Short form (PS)

Figur 1 Flytskjema for datainnsamling for internt kvalitetsregister for leddproteser ved St. Olavs hospital

tesisykepleier på operasjonsavdelingen. Tredje del – om anestesiavrigthet, smerte, kvalme og mobilisering – fylles ut av intensivsykepleier på overvåkingsavdelingen. Fjerde del fylles ut av sykepleier på sengeposten, med opplysninger om bl.a. smerte, analgetikabruk og mobilisering. Femte del fylles ut av sykepleier på sengeposten ved utskrivning, med bl.a. registrering av eventuelle komplikasjoner under innleggelsen.

Pasientene skal etterkontrolleres hos fysioterapeut etter åtte uker (ved kneprotese) eller tre måneder (ved hofteprotese), deretter etter ett år og sju år. De samme skåringsskjemaene fylles ut på ny. Opplysninger om yrkesstatus, eventuelle nye komplikasjoner og pasienttilfredshet registreres. Alle papirskjemaer skannes inn til databasen. Utvalgte registerdata rapporteres månedlig til prosjektgruppen og kvartalsvis til styringsgruppen.

Våre erfaringer

Etter seks måneders drift var 217 av totalt 222 operasjoner registrert. Fire av svarene som manglet, gjaldt de første tre driftsmånedene. 193 av de 212 pasientene besvart spørreskjemaet om pasienttilfredshet, en svarprosent på 91. Ti pasienter ønsket ikke å svare, og ni svar manglet. Den høye svarprosenten tyder på at vi har funnet et brukervennlig system. Vi tror at en lokal IKT-løsning med gjentatte innlogginger på mange datamaskiner, utført av mange forskjellige personer, på mange ulike steder og til forskjellige tidspunkter ville gitt en langt lavere svarprosent. En papirbasert løsning har imidlertid noen svakheter: Det er mulig å utelate deler av utfyllingen, papirskjemaer kan forsvinne og det kan skje feil under innskanningen. Alle data blir kontrollert visuelt, noe som er svært arbeidskrevende.

Pasientene blir ofte stilt samme spørsmål som under anamneseopptak til bruk i den ordinære pasientjournalen. Dagens IKT-løsninger gjør det ikke mulig å ekstrahere data

fra pasientjournalen for bruk i kvalitetsregisteret. Hvis dette blir mulig, kan man vurdere å erstatte dagens papirbaserte system for å redusere dobbeltregistrering. På sikt ønsker vi å koble våre data med et landsdekkende registreringssystem. Vi mener at kvalitetsregisteret kan bli et viktig hjelpemiddel for å sikre lett tilgjengelige opplysninger om behandlingskvalitet, pasienttilfredshet og behandlingsprosess. Effekten av endringer i behandlingsopplegget kan dermed dokumenteres bedre.

Siri Bjørgen

siri.bjorgen@stolav.no
Ortopedisk forskningssenter
St. Olavs hospital
og
Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Vigleik Jessen

Klinikk for ortopedi, revmatologi
og hudsykdommer

Otto Schnell Husby

Ortopedisk avdeling

Øyvind Røset

Fagavdelingen

St. Olavs hospital

Olav A. Foss

Ortopedisk forskningssenter
St. Olavs hospital
og
Institutt for nevromedisin
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Vi takker alle fysioterapeuter og sykepleiere som har gjennomført dataregistreringen.

Siri Bjørgen (f. 1979) er fysiolog, prosjektleder for Kvalitetsregister for leddproteser ved St. Olavs hospital og postdoktor ved Institutt for nevromedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Vigleik Jessen (f. 1958) er spesialist i generell kirurgi og i ortopedisk kirurgi. Han er klinikk-sjef for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer ved St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Otto Schnell Husby (f. 1954) er dr.med., seksjonsoverlege ved proteseseksjonen, Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Øyvind Røset (f. 1976) er personvernombud og infosisikkerhetsrådgiver ved St. Olavs hospital. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Olav A. Foss (f. 1958) er dr.med. og spesialist i ortopedisk kirurgi. Han er leder for Ortopedisk forskningssenter ved Ortopedisk avdeling, St. Olavs hospital og har en bistilling som førsteamanuensis ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

1. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg* 2008; 248: 189–98.
2. Ahn H, Court-Brown CM, McQueen MM et al. The use of hospital registries in orthopaedic surgery. *J Bone Joint Surg Am* 2009; 91 (suppl 3): 68–72.
3. Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten, 1984.
4. Helseregisterloven §§ 6 til 8
5. Helsepersonelloven § 26

Mottatt 22.8. 2011, første revisjon innsendt 19.12. 2011, godkjent 9.2. 2012. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.