 <b>HELSE BERGEN</b> <small>Haukeland universitetssjukehus</small>	<b>SOReg - Håndbok</b>
Kategori: Kliniske støttefunksjoner	Gyldig fra/til: 30.08.2024/30.08.2025
Organisatorisk plassering: Helse Bergen HF/Laboratorieklinikken/Avd. for medisinsk biokjemi og farmakologi	Versjon: 1.00
Godkjenner: Hege Hoff Skavøy	Driftsdokument
Dok. ansvarlig: Villy Våge	Dok.id: D78797

# Håndbok

## for utfylling av variabler

### Norsk kvalitetsregister for fedmekirurgi

## SOReg-N



Versjon 4  
Bergen 2023

## 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	Inkludere pasient i SOReg .....	4
2	Pasientopplysninger .....	4
2.1	Ferdigstill .....	5
3	Basisregistrering .....	5
3.1	Antropometri .....	6
3.2	Blodtrykk .....	6
3.3	Komorbiditet .....	6
3.4	Legemiddel .....	7
3.5	Kroniske abdominalsmerter .....	7
3.6	Risikovurdering .....	7
3.7	Annet .....	8
3.8	Blodprøver .....	8
3.9	Sykehusspesifikke variabler .....	8
3.10	PROM .....	8
3.11	GerdQ .....	9
3.12	Ferdigstill .....	9
4	Operasjon .....	9
4.1	Gastroskopi .....	9
4.2	Tidligere kirurgi .....	11
4.3	Aktuell operasjonsindikasjon (hvis «ja» på tidligere fedmeoperasjon) .....	11
4.4	Kirurgisk tilgang .....	12
4.5	Operasjonsmetode .....	12
4.6	Gastrisk bypass .....	12
4.7	Vertical banded gastroplasty (VBG) .....	15
4.8	Gastric banding (GB) .....	15
4.9	Biliopancreatic diversion med duodenal switch (DS) .....	15
4.10	Biliopancreatic diversion am Scopinaro (SCOP) .....	17
4.11	Sleeve gastrektomy (SG) (kun) .....	19
4.12	Duodenal switch (Sleeve gastrektomy allerede gjort) (DS steg 2) .....	20

4.13	Annen fedmeoperasjon (ØVR).....	21
4.14	Revisjon uten endring av grunnmetode (REV).....	21
4.15	Tilbakekobling til normal anatomi (ÅTER) .....	21
4.16	Påbegynt ikke fullført operasjon (AVBRUTT OP) .....	21
4.17	Gastric plication (GP) .....	22
4.18	Endoluminal metode (endo).....	22
4.19	Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass (SASI).....	22
4.20	SASI (Sleeve gastrectomy allerede gjort) (SASlsteg2).....	24
4.21	Lekkasjetest .....	25
4.22	Profylakse .....	25
4.23	Hiatushernie .....	25
4.24	Peroperativ komplikasjon.....	25
4.25	Annen samtidig operasjon.....	26
4.26	Operasjonstid og blødning.....	26
4.27	Sykehusspesifikke variabler .....	26
4.28	Hvor planlegges neste kontroll? .....	27
4.29	Ferdigstill .....	27
5	Postop og 6-ukerskontroll.....	27
5.1	Substitusjon.....	28
5.2	Profylakse.....	28
5.3	Type 6-ukerskontroll .....	28
5.4	Operasjoner.....	28
5.5	Komplikasjon .....	30
5.6	Antropometri .....	33
5.7	Oppfølging.....	33
5.8	Ferdigstill.....	33
6	Oppfølgingsskjema (1, 2, 5 og 10 år).....	33
6.1	Substitusjon.....	34
6.2	Type oppfølging.....	34
6.3	Gastroskopi .....	35
6.4	Operasjoner.....	36
6.5	Komplikasjon .....	37
6.6	Antropometri .....	40
6.7	Graviditet .....	40
6.8	Blodtrykk .....	40
6.9	Komorbiditet .....	40

6.10	Legemiddel .....	41
6.11	Kroniske abdominalsmerter .....	41
6.12	Øvrig .....	42
6.13	Labprøver.....	42
6.14	PROM.....	42
6.15	GerdQ .....	42
6.16	Sykehusspesifikke variabler .....	43
6.17	Oppfølging .....	43
6.18	Ferdigstill .....	43
7	Føring av revisjonsoperasjon .....	43

## 1 Inkludere pasient i SOReg

Det juridiske grunnlaget for å inkludere en pasient i registeret er at pasienten har skrevet under på samtykke og har fått den aktuelle behandlingen. Det betyr at en pasient skal registreres i SOReg **etter** at vedkommende er operert. Dersom det enkelte sykehus vil gjøre det på en annen måte, må sykehuset ta det opp med lokalt personvernombud (PVO).

Samtykke skal lagres på en trygg måte. Forslagsvis i et låsbart, brannsikkert skap eller scannet og lagret på en kvalitets/forskningsserver som tilhører foretaket. Samtykket skal ikke arkiveres i pasientjournal.

---

## 2 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 oppfølgningene 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.

---

## 2.1 Ferdigstill

---

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

Husk at samtykkeerklæringen skal tas vare på.

**Merk at pasientforløpet ikke blir med i Årsrapporten, Sykehusviseren og Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte**

---

## 3 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. Dataene bør ikke være eldre enn seks måneder før operasjon.

**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.

**Hvordan finansieres pasientens operasjon?**

Med offentlige midler menes all finansiering som kommer fra offentlige midler, uavhengig av om inngrepet utføres ved privat eller offentlig klinikk.

Helseforsikring innbefatter alle typer forsikringer, både når forsikringer er dekket av pasienten selv og når premien dekkes av for eksempel arbeidsgiver.

Om flere alternativer er aktuelle oppgi hovedkilden til finansiering

---

**3.1 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 avslappede skuldre og albue bøyd i 90 graders vinkel. Plasser målebåndet rett under albue.

---

**3.2 Blodtrykk**

---

Oppgi systolisk og diastolisk blodtrykk i mmHg.

---

**3.3 Komorbiditet**

---

**Pågående behandling**

Oppgi all relevant fedmerelatert sykdom her. Kriteriene for å svare «ja» er at pasienten får farmakologisk behandling eller bruker CPAP eller BIPAP.

**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.

---

## 3.4 Legemiddel

---

### Legemiddel for vektnedgang

Har pasienten fått medikamentell behandling med formål vektnedgang i mer enn 3 mnd de siste 12 mnd? Hvis pasienten har brukt mer enn ett medikament i minimum 3 mnd de siste 12 mnd, registrer det medikamentet som pasienten har brukt nærmest opptil operasjonen.

### Legemiddel

Valgalternativ:

1. GLP1 analog
2. Bupropion/naltrexon
3. Orlistat
4. Annet legemiddel

---

## 3.5 Kroniske abdominalsmerter

---

### Har pasienten kroniske abdominalsmerter?

Med kroniske abdominalsmerter menes her smerter som enten har krevd regelmessig medisiner 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.

---

## 3.6 Risikovurdering

---

**Tidligere DVT eller lungeemboli**

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

---

**3.7 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.

---

**3.8 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.

---

**3.9 Sykehuspesifikke 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 sykehuspesifikke variabler**

Det er mulig for det enkelte sykehus å få opprettet egne sykehuspesifikke 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.

---

**3.10 PROM**

---



Spørsmål om helserelatert livskvalitet. Pasienten får sms og melding i digipost om at det er spørsmål på Helsenorge. Svarene fra pasienten blir synlige i SOReg dersom vedkommende har tillatt det. Dersom pasienten ikke kan svare digitalt kan hen svare på papir. Spørreskjemaet ligger på SOReg's hjemmeside. Utfylte skjema legges i konvolutt, og helsepersonell plotter svarene i SOReg når operasjonsdata er ferdigstilt.

**Forutsetningen** for utsending av PROM-spørsmål til pasientene er at pasientopplysninger, basisregistrering og operasjonsdata er ferdigstilt senest 10 dager postoperativt

---

### 3.11 GerdQ

---

GerdQ er et spørreskjema til bruk i utredning av reflukssykdom. Pasienten fyller selv ut skjemaet, helsearbeider plotter svarene i SOReg. Skjemaet ligger på SOReg's hjemmeside. GerdQ er lagt inn i SOReg som følge av Sleeve-Pex studien. Alle sykehus kan fritt bruke skjemaet.

---

### 3.12 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 med i Årsrapporten, Sykehusviseren og Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte.*

---

## 4 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.

---

### 4.1 Gastroskopi

---

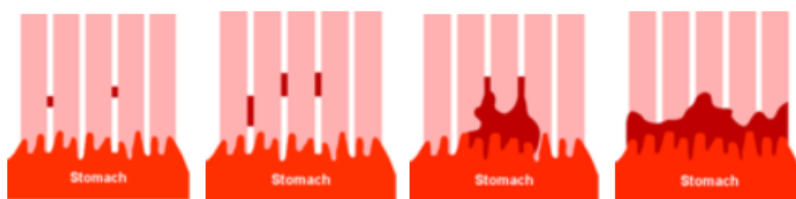
#### Har gastroskopi blitt utført?

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:  $\leq 5$ 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



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  $\geq 1$  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:



**Hill grad 1** – Intakt diafragmaåpning, intakt vevskant

**Hill grad 2** – Intakt diafragmaåpning, utflata vevskant

**Hill grad 3** – Utvida diafragmaåpning, utflata vevskant

**Hill grad 4** – Stor diafragmaåpning, ingen vevskant

**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.

---

## 4.2 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, Nissen eller Hill? Cruraplastikk alene, og 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.

### 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.

---

## 4.3 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 vekt nedgang uansett årsak.

### Øsofagussykdom

Inkluderer refluksproblematikk, 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.

---

**4.4 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 problem med porter
- Konvertert pga adheranser
- Konvertert pga instrumentproblem
- Konvertert grunnet annen årsak (spesifiser nærmere hvilken årsak)

---

**4.5 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.

---

**4.6 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.

---

**4.7 Vertical banded gastroplasty (VBG)**

---

**Delt stifterad**

Er den vertikale stifteraden på ventrikkelen delt?

**Bandmateriale**

Angi hvilken type bandmateriale som har blitt benyttet.

---

**4.8 Gastric banding (GB)**

---

**Bandmateriale**

Angi type bandmateriale som ble benyttet.

---

**4.9 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 både vanlig og invaginerende sutur 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 (tradisjonell)**

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**



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.

4 Linjært staplet + håndsydd

**Stapler: Stiftehøyde**

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

**Suturmateriale**

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

**Sutur av slitser**

Sett «ja» om en eller flere slitser ble suturert og angi suturtype som ble benyttet ved lukking av slitser(e).

---

#### 4.10 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**

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.

## 4 Linjært staplet + håndsydd

**Stapler: Stiftehøyde**

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

**Suturmateriale**

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

**Lukking av slitser**

Sett «ja» om en eller flere slitser ble lukket og angi suturmateriale som ble anvendt ved lukking avslitsen(e).

**Distale ventrikkeldelen**

Angi hvordan den distale ventrikkeldelen har blitt håndtert.

---

**4.11 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.

**Suturmateriale til stifteradens forsterkning**

Hvilker suturmateriale ble brukt hovedsakelig.

**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 ventrikelrør 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.

---

**4.12 Duodenal switch (Sleeve gastrektomy allerede gjort) (DS steg 2)**

---

**Common channel**

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

**Type duodenal switch**

Tradisjonell (med to anastomoser) eller SADI-S (single anastomosis duodeno-ileal bypass)

**Alimentary limb (kun ved tradisjonell)**

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 duodeno-ileal anastomose (ved SADI-S)**

Teknikk for konstruksjon av duodeno-ileal-enteroanastomosen.

Alternativ:

1. Håndsydd: velg suturmateriale.
2. Sirkulært staplet: velg stiftehøyde og diameter på stapler.
3. Linjært staplet: velg stiftehøyde.
4. Linjært staplet og håndsydd: velg stiftehøyde og suturmateriale.

**Teknikk øvre anastomose (ved tradisjonell)**

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

Alternativ:

5. Håndsydd: velg suturmateriale øvre anastomose.
6. Sirkulært staplet: velg stiftehøyde og diameter på stapler øvre anastomose.
7. Linjært staplet: velg stiftehøyde øvre anastomose.
8. Linjært staplet og håndsydd: velg stiftehøyde og suturmateriale øvre anastomose.

**EA teknikk (kun ved tradisjonell)**

Teknikk for konstruksjon av entero-enteroanastomosen.

Valg:

1 Håndsydd

**Sutmateriale**

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.

## 4 Linjært staplet + håndsydd

**Stapler: Stiftehøyde**

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

**Suturmateriale**

Angi hvilket suturmateriale som ble brukt.

**Lukking av slitser**

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

---

**4.13 Annen fedmeoperasjon (ØVR)**

---

**Hvilken annen fedmeoperasjon?**

Beskriv så kortfattet som mulig hvilken metode som er utført.

---

**4.14 Revisjon uten endring av grunnmetode (REV)**

---

**Hvilken endring har blitt gjort?**

Velg det mest passende alternativet.

---

**4.15 Tilbakekobling til normal anatomi (ÅTER)**

---

---

**4.16 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.

---

#### 4.17 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

---

#### 4.18 Endoluminal metode (endo)

---

##### Endoluminal

Beskriv kort hvilken endoluminal metode som ble gjort.

---

#### 4.19 Single Anastomosis Sleeve Ileal Bypass (SASI)

---

##### 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 både vanlig og invaginerende sutur 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.

#### **Suturmateriale til stifteradens forsterkning**

Hvilket suturmateriale ble brukt hovedsakelig.

#### **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? Om det er utført en cruraplastikk skal denne registreres under «Annen operasjon» nedenunder.

**Hvor langt fra pylorus begynner anastomosen (GE)?** Angis i hele cm,

**Hvor lang ble GE-anastomosen?** Mål GE-anastomosens lengde i cm.

#### **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.

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.

**Avstanden Treitz – GE – anastomosen målt?**

Avstanden mellom Treitz ligament og GE-anastomosen i cm.

**Common channel målt?**

Avstanden mellom GE-anastomosen og cøcum i cm.

**Er omentet delt?**

Angi om omentum majus er delt eller ikke.

**Tynntarmens leie**

Antekolisk eller retrokolisk.

**Lukking av Petersens rom**

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

**Hvilket materiale ble benyttet?**

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

---

**4.20 SASI (Sleeve gastrectomy allerede gjort) (SASIsteg2)**

---

**Ble sleeven revidert?**

For eksempel re-sleeve, pexi eller annet.

**Hvor langt fra pylorus begynner anastomosen (GE)?**

Angis i hele cm.

**Hvor lang ble GE-anastomosen?**

Mål GE-anastomosens lengde i hele cm.

**GE-teknikk**

Teknikk for konstruksjon av gastro-entereoanastomosen.

Angi det hovedsaklige suturmaterialet.

**Avstanden Treitz – GE – anastomosen målt?**

Avstanden mellom Treitz ligament og GE-anastomosen i cm.

**Common channel målt?**

Avstanden mellom GE-anastomosen og cøcum i cm.

**Er omentet delt?**

Angi om omentum majus er delt eller ikke.

**Tynntarmens leie**

Antekolisk eller retrokolisk.



**Lukking av Petersens rom**

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

**Hvilket materiale ble benyttet?**

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

---

**4.21 Lekkasetest**

---

**Lekkasetest utført**

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

---

**4.22 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.

---

**4.23 Hiatushernie**

---

**Ble det identifisert hiatushernie under operasjonen?**

Dersom ja, angi brokkets aksiale lengde.

---

**4.24 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.

---

#### 4.25 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 galleveisingrep, 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 brokksekkinnhold 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.

---

#### 4.26 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.

---

#### 4.27 Sykehuspesifikke 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.

---

#### 4.28 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. Ta kontakt med sykehuset pasienten skal overføres til dersom det er mindre enn 2 måneder til neste kontroll og avtal videre oppfølging.

---

#### 4.29 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 med i Årsrapporten, sykehusviseren og Rapporteket før skjema for pasient-, basis-, og operasjonsregistrering er ferdigstilte***

---

## 5 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 (inkluderer sykehotell) 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.

---

## **5.1 Substitusjon**

---

### **Ordinert substitusjon**

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

---

## **5.2 Profylakse**

---

### **Profylakse med PPI**

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

Oppgi om pasienten har fått foreskrevet postoperativ profylakse med PPI i minst 4 uker. Ta også med pasienter som preoperativt har tatt PPI kontinuerlig og som har blitt foreskrevet å fortsette med medisinene i minst 4 uker postoperativt.

### **Profylakse med Ursofalk**

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

---

## **5.3 Type 6-ukerskontroll**

---

### **Type 6-ukerskontroll**

Oppgi hvordan pasienten er blitt fulgt opp.

### **Oppfølgingsdato**

Oppfølgingsdato eller dato for besøk-, telefon-, [nettmøte](#) eller brevoppfølging. Om behandlingstiden etter operasjonen er mer enn 30 dager settes besøksdato lik utskrivingsdato.

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.

---

## **5.4 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. Planlagt revisjonsoperasjon betyr revisjonsoperasjon samme dag, eller de nærmeste dagene.

**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 koledochotomi 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 slits**  
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 her slitsen mellom Roux-benet og mesocolon.
- **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, lymfødem, eller vanskelig reponerbar tarm.

---

## 5.5 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.

**Hvis ja:**

- **Stent**  
Ble det lagt inn stent for behandling av lekkasje?
- **Drenasje/skyll og lignende**  
Ble lekkasjen behandlet med drenasje, skyll eller lignende?
- **Sutur/stifting o.l.**  
Ble lekkasje behandlet med sutur, stifting, reseksjon e.l.

- **Utkobling**

Ble den fedmekirurgiske konstruksjonen utkoblet?

- **Lekkasjens lokalisasjon**

Velg det alternativet som passer best med hensyn til den anvendte operasjonsmetoden. Velg f.eks. proximal ventrikkel om lekkasjen sitter på ventrikkellommen GBP-operasjon.

Valgalternativ:

- 1 Proximal ventrikkel/øsofagus
- 2 Distale eller midtre ventrikkel
- 3 Gastro-entero eller duodeno-enteroanastomose
- 4 Tynntarm
- 5 Entero-enteroanastomose
- 6 Multiple lokalisasjoner
- 7 Annen eller ukjent lokalisasjon

**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 mediastinititt som ikke er registrert under andre variabler.

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

**Sårruptur (ved åpen kirurgi)**

Kun etter åpen kirurgi. Om sårruptur etter laparoskopisk operasjon, velg «portrelatert komplikasjon».

**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:**

- **Hvilken 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.

**Bandrelatert komplikasjon**

Alle typer komplikasjoner relatert til band oppgis her.

**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.



Valgalternativ:

1. Grad I: Ingen vesentlige tiltak
2. Grad II: Betydelige farmakologiske tiltak
3. Grad III-a: Betydelige inngrep under narkose
4. Grad III-b: Betydelige inngrep under narkose
6. Grad IV-a: IVA-behandling med ett sviktende organ.
7. Grad IV-b: IVA-behandling med mer enn ett sviktende organ
5. Grad V: Død

---

## 5.6 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

---

## 5.7 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.

Ta kontakt med sykehuset pasienten skal overføres til dersom det er mindre enn 2 måneder til neste kontroll og avtal videre oppfølging.

---

## 5.8 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 med i Årsrapporten, sykehusviseren og Rapporteket uten at skjemaet er ferdigstilt.**

---

## 6 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 års-kontroll». 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 oppfølgingsskjemaene, blir dette kopiert automatisk til pasientregistreringen, og videre oppfølgingsskjema 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 mellom dag 31 og denne kontrollen (1-årskontroll) eller siden forrige registrering (2, 5 og 10- årskontroll)?**

Gjelder alle innleggelse 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 innleggelse 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.

---

## **6.1 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».

---

## **6.2 Type oppfølging**

---

### **Type oppfølging**

Oppgi hvordan pasienten er blitt fulgt opp. Pasienter som har gitt beskjed om at de ikke ønsker denne kontrollen registreres som alternativ 4. [Eller 5.](#)

### **Oppfølgingsdato**

Besøksdato eller dato for telefon-, nettmøte- eller brevoppfølging.

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 oppfølgingsskjemaet med opplysninger tilgjengelig i journal, eventuelt epikrise fra annet sykehus, skriv fra fastlege eller lignende.

### 6.3 Gastroskopi

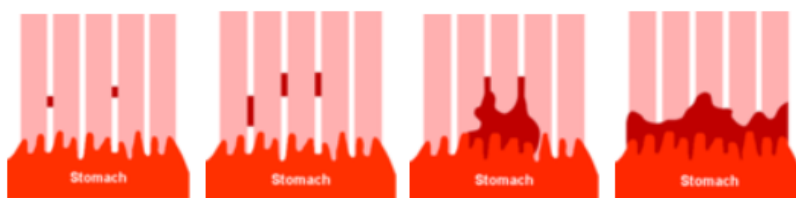
#### Er pasienten gastroskopert siden forrige registrering?

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:  $\leq 5$ 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
- 



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  $\geq 1$  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).



- **Hill grad 1** – Intakt diafragmaåpning, intakt vevskant
- **Hill grad 2** – Intakt diafragmaåpning, utflata vevskant
- **Hill grad 3** – Utvida diafragmaåpning, utflata vevskant
- **Hill grad 4** – Stor diafragmaåpning, ingen vevskant

#### 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.

---

**6.4 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.

**1-årsskjema**

**Er pasienten operert fra dag 31 og denne kontrollen, eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?**

**2-, 5-, 10-årsskjema**

**Er pasienten blitt operert siden forrige registrering eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?**

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

**Er en revisjonsoperasjon utført eller planlagt?**

Når en revisjonsoperasjon er utført eller planlagt så skal eventuelle komplikasjoner frem til revisjonsoperasjonen registreres nedenfor. Ferdigmarker og lagre siden. Gå etterpå til pasientopplysninger og opprett en revisjonsoperasjonsregistrering.

**Operert for lekkasje, perforasjon, eller abcess?**

Inkluderer alle operasjoner i fascieplanet for lekkasje, perforasjon eller abcess. Svar også på følespørsmålene under komplikasjoner.

**Operert for ileus?**

Ileus diagnostisert ved operasjon eller med røntgen i kombinasjon med klinikken. Her inkluderes også symptomgivende slitsherniering. Her kan grensesettingen være vanskelig. Noen av følgende tegn bør finnes; lymfestase, vanskelig reponerbar tarm, rødlig tarm eller hoven tarm. Svar også på følgespørsmålene om ileus under komplikasjoner.

**Operasjon for annen komplikasjon eller mistanke om komplikasjon?**

Før opp relevant komplikasjon i punktet om komplikasjoner.

**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 koledochotomi 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 tyntarm og colonmesenteriet-ventrikkel. Har den infrakoliske delen eller mer av Petersens rom blitt suturert? Ved retrokolisk konstruksjon menes her slitsen mellom Roux-benet og mesocolon.
- **Sutur av mesoslitsen**  
Har mesoslitsen blitt suturert? Mesoslitsen er hullet 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, lymfødem, eller vanskelig reponerbar tarm.

---

## 6.5 Komplikasjon

---

#### Komplikasjon 1-årskontroll:

Har det oppstått komplikasjoner dag 31 til denne kontrollen?

Oppgi om det har oppstått komplikasjoner dag 31 til denne kontrollen.

Om en revisjonsoperasjon blir gjennomført i primærbehandlingsforløpet eller i tiden mellom indeksoperasjon og forrige kontroll refereres det til tiden frem til revisjonsoperasjonen

**Komplikasjon 2-, 5-, 10-årskontroll:**

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

**Perforasjon/lekkasje/abcess**

Her registreres perforasjon, lekkasje, dyp infeksjon/abcess, sepsis og multiorgansvikt som ikke er forårsaket av ileus eller band.

**Stent**

Ble det innlagt stent for behandling av lekkasje?

**Drenasje/skyll og lignende**

Ble lekkasjen behandlet med drenasje, skyll eller lignende?

**Sutur/stifting og lignende**

Ble lekkasje behandlet med sutur, stifting eller lignende?

**Utkobling**

Ble den fedmekirurgiske konstruksjonen koblet ut?

**Lekkasjens lokalisering**

Velg det alternativet som passer best for den anvendte operasjonsmetoden. Velg f.eks. proksimal ventrikkel om lekkasjen sittet på ventrikkellommen etter GBP-operasjon.

Valgalternativ:

1. Prox. Ventrikkel/esofagus
2. Distale eller midtre ventrikkel
3. Gastro-entero eller duodeoenteroanastomose
4. Tynntarm
5. Entero-enteroanastomose
6. Multiple lokalisasjoner
7. Annen eller ukjent lokalisasjon

**Ileus**

Ileus diagnostisert ved operasjon eller røntgeni kombinasjon med klinikk. Her inkluderes også symptomgivende slirsherniering. Her kan grensesettingen være vanskelig. Noen av følgende tegn skal finnes; lymfestase, vanskelig reponerbar tarm, rødlig tarm eller hoven tarm.

**Hvilken type operasjon**

Valgalternativ:

1. Åpen operasjon
2. laparoskopisk operasjon

**Tynntarmsreseksjon**

Angi om tynntarmsreseksjon ble gjort ved operasjonen og i så fall hvor stor del av tynntarmen som ble recessert.

Valgalternativ:

1. Nei
2. under 1 meter reseksjon
3. over 1 meter reseksjon men mer enn 1,5 meter igjen
4. mindre enn 1,5 meter tynntarm igjen

**Ileusmekanisme**

Oppgi hovedmekanismen for ileusen.

Valgalternativ:

1. EA slitsen
2. Petersens rom
3. Adheranse
4. Mesoslitsen
5. Langvarig paralyse
6. Invaginasjon
7. Knekkdanning
8. Mat/fremmedlegeme
9. Multiple årsaker
10. Annet/ukjent

**Bandrelatert komplikasjon**

Alle typer komplikasjoner relatert til band angis her.

**Brokk i operasjonssåret**

Inkluderer brokk i operasjonssåret etter åpen og laparoskopisk operasjon.

**Striktur**

Alle symptomgivende strikturer som diagnostiseres med røntgen eller ved endoskopi.

**Dilatasjon**

Ble strikturen dilatert?

**Hvor mange ganger**

Angi antallgjennomførte dilatasjoner.

**Stomale ulcus**

Har pasienten fått påvist stomale ulcus ved endoskopi eller røntgen?

**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?

**Følgende fire spørsmål er obligatoriske for BEST-pasienter og frivillige for andre pasienter:**

Har pasienten siden forrige kontroll hatt plager med kvalme/brekninger?

Har pasienten siden forrige kontroll blitt behandlet for hypoglykemi?

Har pasienten siden forrige kontroll hatt refluksplager på tross av medikamenter?

Har pasienten siden forrige kontroll hatt symptomgivende vitamin- eller mineralmangler?

**Annen komplikasjon**

Oppgi om pasienten har hatt annen komplikasjon som ikke passer inn i noen av de ovennevnte gruppene. Før hvilken annen komplikasjon.

**Alvorlighetsgrad komplikasjon**

Velg det alternativet som betegner den høyeste alvorlighetsgraden for komplikasjonene registrert over. Legg merke til at det kun skal angis intervensjon. Endoskopi eller radiologi skal IKKE registreres

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, ionotrope medikamenter, dialysebehandling, eller lignende.

Valgalternativ:

1. Grad I: Ingen vesentlige tiltak
2. Grad II: Betydelige farmakologiske tiltak
3. Grad III-a: Betydelige inngrep under narkose
4. Grad III-b: Betydelige inngrep under narkose
6. Grad IV-a: IVA-behandling med ett sviktende organ.
7. Grad IV-b: IVA-behandling med mer enn ett sviktende organ
5. Grad V: Død

---

## 6.6 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.

---

## 6.7 Gravitet

---

### Gravid

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

---

## 6.8 Blodtrykk

---

Oppgi systolisk og diastolisk blodtrykk i mmHg.

---

## 6.9 Komorbiditet

---

### Pågående behandling

Oppgi all relevant fedmerelatert sykdom her. Kriteriene for å svare «ja» er at pasienten får farmakologisk behandling eller bruker CPAP eller BIPAP.

### 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 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.

---

**6.10 Legemiddel**

---

**Legemiddel for vektnedgang**

Har pasienten fått medikamentell behandling med formål vektnedgang i mer enn 3 mnd de siste 12 mnd? Hvis pasienten har brukt mer enn ett medikament i minimum 3 mnd de siste 12 mnd, registrer det medikament som pasienten har brukt nærmest opptil denne kontrollen.

**Legemiddel**

Valgalternativ:

1. GLP1 analog
2. Bupropion/naltrexon
3. Orlistat
4. Annet legemiddel

---

**6.11 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.

---

**6.12 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.

**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.

---

**6.13 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.

---

**6.14 PROM**

---

Spørsmål om helse relatert livskvalitet. Pasienten får sms og melding i digipost om at det er spørsmål på Helsenorge. Svarene fra pasienten blir synlige i SOReg dersom vedkommende har tillatt det. Dersom pasienten ikke kan svare digitalt kan hen svare på papir. Spørreskjemaet ligger på SOReg's hjemmeside. Utfylte skjema legges i konvolutt, og helsepersonell plottet svarene i SOReg når operasjonsdata er ferdigstilt.

**Forutsetningen** for utsending av PROM-spørsmål til pasientene er at pasientopplysninger, basisregistrering og operasjonsdata er ferdigstilt seinest 10 dager postoperativt.

---

**6.15 GerdQ**

---

GerdQ er et spørreskjema til bruk i utredning av reflukssykdom. Pasienten fyller selv ut skjemaet, helsearbeider plottet svarene i SOReg. Skjemaet ligger på SOReg's hjemmeside. GerdQ er lagt inn i SOReg som følge av Sleeve-Pex studien. Alle sykehus kan fritt bruke skjemaet.

---

## 6.16 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.

---

## 6.17 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. Ta kontakt med sykehuset pasienten skal overføres til dersom det er mindre enn 2 måneder til neste kontroll og avtal videre oppfølging.

---

## 6.18 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 med i Årsrapporten, sykehusviseren og Rapporteket uten at skjemaet er ferdigstilt.***

---

## 7 Føring av revisjonsoperasjon

---

**Definisjon:** Ein **revisjonsoperasjon** er ein operasjon der ein endrar den tidlegare fedmeoperasjonen. Dette er enkelt å forstå dersom ein konverterer frå ein operasjon til ein annan. Enkelte reoperasjonar kan vere vanskelegare å definere, her er nokre eksempel:

- **Roux-y gastrisk bypass:**
  - Revisjon av GE-anastomosen er «revisjon uten endring av grunnmetode» (t.d. pga ulcus).

- Revisjon av EE-anastomosen er operasjon for komplikasjon og ikkje ein revisjonsoperasjon (med mindre ein i vesentlig grad endrar lengda på tarmslyngene).
- **Sleeve:**
  - Konvertering til RYGBP er ein revisjonsoperasjon.
  - Rereseksjon av sleeve er «revisjon uten endring i grunnmetode».
  - Hill's operasjon eller anna lokalt inngrep mot refluks er operasjon for komplikasjon og ikkje revisjonsoperasjon.
- **Avbroten operasjon** vert rekna som primæroperasjon. Ny operasjon etter tidlegare avbroten operasjon vert difor rekna som revisjonsoperasjon.
- **Fjerning av gastrisk band** er «tilbakekobling til normal anatomi» (med mindre det blir gjort ein fedmeoperasjon i same seanse).

### Revisjon når pasienten *ikkje* er registrert i SOReg frå før:

- Hugs skriftleg samtykke frå pasienten!
- Fyll ut «Pasientopplysninger» og «Basisregistrering» på vanleg måte.
- På «Operasjonsdata» svarer ein «Ja» på spørsmålet om tidlegare fedmeoperasjon. Det kjem då opp tilleggsspørsmål om «Hvilken operasjon» og «Årstall for tidligere fedmekirurgi»:

Tidligere kirurgi	
Er pasienten tidligere kolecystektomert?	<input type="text"/>
Har pasienten tidligere gjennomgått antirefluxkirurgi?	<input type="text"/> *
Tidligere fedmeoperasjon	1 Ja <input type="text"/> *
Hviken operasjon?	<input type="text"/> *
Årstall for tidligere fedmekirurgi	<input type="text"/>
Aktuell operasjonsindikasjon	

- Under «Aktuell operasjonsindikasjon» skal ein svare på kvifor det vert utført revisjonsoperasjon.
- Før operasjonsskjemaet, ferdigstill og lagre på vanleg måte.

### Revisjon når pasienten *er* registrert i SOReg frå før:

#### 1. Start i løpet *før* revisjonsoperasjonen og avslutt dette løpet. Registrer *alltid* i kronologisk rekkefølge:

##### A. Registrere helsemessig status før revisjonsoperasjon:

- Ved revisjonsoperasjon 0-30 dagar etter primæroperasjonen skal ein bruke 6-vekersskjema. Ved revisjonsoperasjon meir enn 30 dagar etter primæroperasjonen, bruk aktuelle årskontrollskjema.

- Før data for pasienten sin situasjon slik denne er **like i forkant** av revisjonsoperasjonen. Dette blir som regel **journalopptak** i forkant av revisjonsoperasjonen.
- Dette blir **basisregistrering** for revisjonsoperasjonen.

**B. Avslutt forløpet til tidlegare operasjon, svar ja på dei to spørsmåla under:**

Oppfølging ett år	
Har pasienten utgått fra registeret	0 Nei
Har pasienten vert innlagt på sykehus siden forrige registrering.	0 Nei
<b>Substitusjon</b>	
Substitusjon som pasienten har tatt regelmessig det siste året	
<b>Profylakse</b>	
Profylakse med PPI	
Profylakse med Ursofalk	
<b>Type oppfølging</b>	
Oppfølging	1 Frammøte
Oppfølgingsdato	2019-08-01
<b>Operasjoner</b>	
Er pasienten operert siden forrige registrering eller er det planlagt en revisjonsoperasjon?	1 Ja
Er en revisjonsoperasjon utført eller planlagt?	1 Ja

**2. Opprett nytt forløp for revisjonsoperasjon:**

For å registrere ein revisjonsoperasjon, gå til sida for **pasientopplysningar**. Klikk på OK etter namn og pasient ID og pasientinformasjon kjem opp.

Oversikt pasientinformasjon									
123987, Moe, Slette (29) <b>ok</b> - basisregistrering <b>ok</b>									
Sykehus	Operasjonsdato	importert	Op.ID	Op	6 u.	1 år	2 år	5 år	10 år
Testsjukhus Norge	2020-01-15	Nei	GBP (355)	ok	ok	ok	✘	✘	✘

Klikk på «Opprett revop» nede til venstre.

Pasientopplysninger	
Type fødselsnummer	88 Annet <input type="checkbox"/> * Kryss av for å oppdatere pasientinfo <input type="checkbox"/>
Fødselsnummr eller nødnummer	123987
Etternavn	Moe
Fornavn	Slette
Kjønn	1 Mann
Fødselsdato	1968-07-05
<b>Utgått fra registeret</b>	
Har pasienten utgått fra registeret	0 Nei
Ferdigstillt	Data er ferdigstillt/låst
<b>Opprett revop</b>	Lås opp Slette Lagre

Det vert no oppretta eit nytt forløp for pasienten. **Verdiar frå siste kontrollskjema vert automatisk overført som basisregistrering til revisjonsoperasjonen.** Dei neste kontrollskjema skal fyllast ut i det nye forløpet. Oversikts-skjemaet for ein pasient som blir revidert i tilknytning til eit-års kontrollen vil då sjå slik ut:

Oversikt pasientinformasjon									
721215, Olsen, Ole (232) <span style="color: green;">ok</span> - Basisregistrering <span style="color: green;">ok</span>									
	Sykehus	Operasjonsdato	importert	Op.ID	Op	6 u.	1 år	2 år	5 år
▼	Testsjukhus Norge	2014-04-15	Nei	GBP (261)	<span style="color: green;">ok</span>	<span style="color: green;">ok</span>	<span style="color: green;">ok</span>	<span style="color: red;">✘</span>	<span style="color: red;">✘</span>
	Testsjukhus Norge	Ikke oppgitt	Nei	(262)	-	-	<span style="color: red;">✘</span>	<span style="color: red;">✘</span>	<span style="color: red;">✘</span>

### Endringer i denne versjonen:

Oppdateres i forbindelse med ny versjon av prosedyren.

Ikke skriv i endringsloggen. Endringer noteres i «Merknad til denne versjonen» i Dokumentvindu.

Versjon	Endring i denne versjonen
1.00	ingen