

Kirurgisk fedmebehandling (Gastric bypass operation) udført på borgere med bopæl i Region Midtjylland 2006-2010 – en audit

Baggrund

Svær overvægt – eller fedme – er et voksende sundhedsmæssigt problem i Danmark. I dag lider mere end hver 10. dansker af fedme, og det er især de yngre aldersgrupper, der bliver svært overvægtige.

Svær overvægt belaster helbredet og fedmen er forbundet med en række følgesygdomme (Højt blodtryk, sukkersyge, slidgigt i vægtbærende led, hormonforstyrrelser og psykiske lidelser).

Som i den øvrige del af landet ses der også i Region Midtjylland et forholdsvist stort og stigende behov for behandling af fedme i form af fedmekirurgiske operationer. Tidligere var operationen Gastric banding en benyttet procedure ved fedmekirurgi, men de senere år er operationen Gastric bypass blevet helt dominerende. De seneste fire år er i alt omkring 11.500 patienter blevet fedmeopereret i Danmark, heraf godt 3000 patienter med bopæl i Region Midtjylland. Over 88% af disse behandlinger er foregået i privat hospitalsregi.

Gastric bypass operationen sikrer effektivt vægttab og er i trænedede hænder en procedure uden umiddelbare komplikationer, bortset fra den forventede lave komplikationsrate efter et abdominalt indgreb med enteroanastomoser (mavesæk/tarm deles og sammenføjes).

Efterforløbet efter et fedmekirurgisk indgreb er præget af forbigående problemer med at adaptere til en lille mavesæk og en ændret fordøjelse. Mulige senere følgesygdomme (jernmangelanæmi, knogleskørhed) kan opstå på grund af reduceret naturligt optag af mineraler og vitaminer, derfor må patienterne tage medicin og gå til kontrol hos egen læge i efterforløbet. Behandlingsresultater på længere sigt i Danmark afventer erfaringsopsamling og forskning. En national kvalitetsdatabase på området (Dansk Fedmekirurgiregister) er opstartet oktober 2010 og den første årsrapport er netop udkommet.

Nye visitationsretningslinjer gældende for visitation til operation for svær fedme er indført med virkning fra januar 2011. Denne rapport hidrører fra perioden med de tidligere gældende visitationsretningslinjer, som gennemgås senere i nærværende rapport.

Som følge af stigende behov og en udvidelse af behandlingsfunktionen for svært overvægtige patienter, og tillige det forhold, at behandlingsgarantien gav adgang til at få fedmekirurgi udført på privathospital, blev der i perioden frem til januar 2011 visiteret stadig flere borgere med bopæl i Region Midtjylland til behandling på privathospital via det udvidede frie sygehusvalg. Behandlingskapaciteten i offentligt regi i regionen har samtidig været under udbygning (Århus og Viborg), men privathospitaler har varetaget det store flertal af de udførte fedmeoperationer.

Det stigende antal operationer giver anledning til at følge op på kvaliteten af behandlingen hos de private såvel som den offentlige leverandør af fedmeoperationerne. Da data fra Dansk Fedmekirurgiregister endnu ikke forelå i foråret 2010, vurderede Region midtjylland, at der burde udføres en journalaudit til en bredere belysning af kvaliteten af fedmeoperationerne. Opfølgning i form af en journalaudit på foretagne behandlingsforløb blev aftalt og godkendt i det regionale samarbejdsudvalg (maj 2010).

Journalaudit af behandlingsforløb

Der er gennemført en journalaudit på fedmekirurgiske behandlingsforløb på Privathospitalet Eira i Skejby (nu Aleris-Hamlet), Privathospitalet Mølholm i Vejle samt Aarhus Universitetshospital, Århus Sygehus for at vurdere forhold vedrørende kvaliteten af behandlingsforløbet af behandlingskrævende svær overvægt.

Auditgruppen har foretaget en sundhedsfaglig vurdering af behandlingskvaliteten baseret på tilgængelige journalnotater. Opgaven var herved at undersøge, om visitationsretningslinjerne blev fulgt, forekomsten af umiddelbare og senere behandlingskomplikationer og patienternes udkomme i den udstrækning dette kunne afgøres.

En styregruppe for arbejdet med audit på fedmekirurgiområdet har udformet spørgeguide og fulgt arbejdet og rapportens tilblivelse:

- Cheflæge, dr. med. Tove Nilsson (formand)
- Overlæge, Ph.d. Jens Fromholt Larsen
- Overlæge, professor, dr. med. Peter Funch-Jensen
- Ledende overlæge, dr. med. Lone Susanne Jensen
- Overlæge, Professor, dr. med. Bjørn Richelsen
- Cheflæge Paul Bartels, Enhed for Klinisk Kvalitet og Patientsikkerhed
- Cheflæge, afdelingschef Hans Peder Graversen, Kvalitet og Sundhedsdata

Auditgruppen har bestået af speciallæger med enten kirurgisk eller medicinsk ekspertise. Lægerne blev udpeget på baggrund af et ønske om en repræsentativ fordeling ift. offentlig/privat, mediciner/kirurg samt interne og eksterne deltagere:

- Overlæge, ph.d. Peter Kissmeyer, afd. L, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus
- Overlæge Steen Bønløkke Pedersen, afd. C, Århus Universitetshospital, Århus sygehus
- Speciallæge Poul Gjøde, Privathospitalet Mølholm
- Speciallæge Jens Thygesen, Privathospitalet Eira
- Overlæge, Ph.d. Torben Østergård, Medicinsk afdeling, Regionshospitalet Viborg
- Cheflæge Hans Peder Graversen, Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland.

Begge grupper er blevet sekretariatsbetjent af Kvalitet og Sundhedsdata, som ligeledes har bearbejdet resultaterne af auditprocessen til denne rapport.

Metode

EksPLICIT intern journalaudit med ekstern deltagelse. Journalmaterialet omfatter både den kirurgiske og medicinske journal samt relevante sygepleje- og diætistoptegnelser. Journalerne er indhentet via henvendelse til de relevante afdelinger. Audit er gennemført på grundlag af på forhånd fastlagte kriterier, valgt af styregruppen på baggrund af de gældende retningslinjer på området, herunder Sundhedsstyrelsens "Fedmekirurgi i Danmark" (2005), samt de udviklede indikatorer under Dansk Fedmekirurgiregister og "Fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme i Danmark" (2008).

Auditmanual med tilhørende auditskema blev afprøvet og udviklet gennem en indledende screeningsaudit (auditmanual fremgår af bilag 1).

Når metoden audit anvendes, skal man være opmærksom på visse forbehold. Audit har et eksplorativt formål, og skal skabe overblik over tendenser og mønstre i de gennemgåede journaler i forhold til konkrete kriterier eller spørgsmål. Journalaudit er velegnet i forbindelse med kvalitetsvurdering og netop for at afdække eventuelle mangler eller kvalitetsbrist, der bør reageres på/tages ved lære af. Audit har således ikke til formål at generere statistik eller at generalisere bredt. Hvorvidt et konkret forhold, der afdækkes ved audit, udgør et reelt problem, kan ikke nødvendigvis afgøres ud fra den givne stikprøve, men kan vurderes fagligt og eventuelt belyses yderligere i en efterfølgende undersøgelse. Der skal derfor advares imod sammenligning på tværs på baggrund af den aktuelle auditundersøgelse. I forhold til den gennemførte audit skal der yderligere tages forbehold for, at undersøgelsen dækker en lang periode, og ikke alle hospitaler har gennemført bypass-operationer gennem hele perioden.

Udvælgelse og behandling af auditmateriale

Patientjournalerne er udvalgt på baggrund af et dataudtræk fra LPR (eSundhed) pr. 29. maj 2010 indeholdende alle stationære kontakter i årene 2005 – 2010 for patienter bosiddende i Region Midtjylland. Basispopulation består af patienter fra Region Midtjylland opereret på henholdsvis Privathospitalet Eira i Skejby og Privathospitalet Mølholm i Vejle samt Aarhus Universitetshospital, Århus Sygehus. Der er udtaget patienter med en operationskode begyndende med KJDF i procedurerne 1-11. Udvælgelsen af journaler til audit er foretaget med udgangspunkt i en liste over alle CPR-numre (unikke) fra eSundhed for den ovennævnte basispopulation. De enkelte CPR-numre er nummereret fortløbende. En random number generator¹ genererer et antal tilfældige tal (100 for hvert behandlingssted) i intervallet mellem ét og det højeste løbenummer. De CPR-numre, med løbenumre tilsvarende de tilfældige tal, udgør stikprøven.

En liste med de pågældende CPR-numre blev sendt til behandlingsstederne, som anonymiserede journalmaterialet og sendte en kopi af materialet til sekretariatet. Sekretariatet har samlet og sendt materialet til hvert auditmedlem. Alle journaler er blevet gennemlæst af to læger, der i enighed har udfyldt auditskemaerne. Efter modtagelse af de udfyldte auditskemaer blev alle resultater inddateret i en datafil. Det er gjort vha. 'EpiData entry'. Data blev herefter bearbejdet i SAS Enterprise guide.

¹ <http://www.randomizer.org/form.htm>

Udbygning af auditmaterialet

Efter indsamling af journalmaterialet viste en række resultater, at materialet fra Århus Sygehus afveg fra de øvrige behandlingssteders journaler. Årsagen var, at mange af patienterne i stikprøven fra Århus Sygehus havde gennemgået en Gastric banding-procedure, mens de private aktører udelukkende har benyttet Gastric bypass operation. For at styrke undersøgelsen valgte styregruppen derfor at indhente ekstra journaler fra Århus sygehus fra patienter med Gastric bypass operationer. Journalerne er blevet behandlet som beskrevet ovenfor, og materialet er tilføjet de oprindelige resultater. Der fandtes umiddelbart 90 patienter som opfyldte kriterierne og disse patienter udgør således materialet for Århus Sygehus.

Banding-patienterne er fjernet fra resultaterne og indgår ikke i denne undersøgelse.

De initiale resultater viste ligeledes et delvis inkomplet datagrundlag på grund af manglende patientoplysninger. Efter drøftelser i styregruppen blev de tre behandlingssteder bedt om at indsende eventuelt manglende journalmateriale, som var vurderet irrelevant eller glemt i første omgang. Senere modtagne oplysninger er tilføjet datamaterialet og danner således grundlag for nedenstående resultater.

Resultater

Først præsenteres patientgruppen i tabel 1-2 og herefter gennemgås resultaterne. Der indgår 290 patienter i datagrundlaget. 100 fra hver af de to private udbydere samt 90 fra Århus sygehus.

Tabel 1: Gastric bypass behandlingsforløb udvalgt til journalaudit

	I alt	Mølholm	Eira	Århus Sygehus
2005	3			3
2006	4			4
2007	34	16		18
2008	56	26	30	
2009	82	26	40	16
2010	111	32	30	49

Tabel 2: Patientgruppen

		Samlet	Mølholm	Eira	Århus
Køn (missing 1)	Mænd	65 (22%)	12	21	32 (36%)
	Kvinder	224 (78%)	87	79	58 (65%)
Alder (missing 2)	Gennemsnit	38,8	38,5	39,5	38,6
	Min/max	20/68	20/59	20/68	20/63
BMI	<40	29 (10%)	7	11	11 (12%)
	>=40	261 (90%)	93	89	79 (87%)
Comorbiditet (fordelt på BMI)	<40	21 (72%)	6 (86%)	9 (82%)	7 (64%)
	>=40	114 (44%)	35 (38%)	38 (43%)	45 (57%)

Det bemærkes at patienter med BMI <40 har højere forekomst af comorbiditet sammenlignet med patienter med BMI >=40. Her er kriterium for operation at BMI ligger over 35,

kombineret med en følgesygdom. Vægt/BMI som det afgørende kriterium for operation gælder kun for patientgruppen med BMI ≥ 40 . Fundet er derfor som forventet.

Tabel 3 og 4 viser fordelingen af fedmerelaterede sygdomme for de 2 BMI-grupper. Tabellerne viser at de hyppigste fedmerelaterede sygdomme er diabetes² og hypertension.

Tabel 3: Fordelingen af comorbiditet hos patienter med BMI ≥ 40

	Diabetes	Hypertension	Dyslipidæmi	Søvnapnø	Artrose	Andet*
Samlet	44 (39%)	61 (54%)	29 (25%)	10 (9%)	11(10%)	45 (39%)
Mølholm	11/35	17/35	8/35	4/35	1/35	12/35
Eira	12/38	20/38	5/38	1/38	2/38	18/38
Århus	21/45	24/45	16/45	5/45	8/45	15/45

*Anden comorbiditet kan f.eks. være depression eller andre psykiske problemer, PCO, andre hjerteproblemer, ostoporose osv.

Tabel 4: Fordelingen af comorbiditet hos patienter med BMI < 40

	Diabetes	Hypertension	Dyslipidæmi	Søvnapnø	Artrose	Andet*
Samlet	13 (62%)	8 (38%)	4 (19%)		4 (19%)	9 (43%)
Mølholm	3/6	2/6			1/6	2/6
Eira	6/9	3/9				4/9
Århus	4/7	3/7	4/7		3/7	3/7

*Anden comorbiditet kan f.eks. være depression eller andre psykiske problemer, PCO, andre hjerteproblemer, ostoporose osv.

Komplikationer

Af tabel 5 fremgår det at der i 24 af behandlingsforløbene er registreret enten en reoperation (med reoperation menes et efterfølgende invasivt indgreb som udføres på mistanke om en komplikation til afklaring heraf, eller operativt indgreb for at behandle en komplikation) i forbindelse med den initiale indlæggelse eller en indlæggelseskrævende komplikation efterfølgende. Der mangler sikre oplysninger for 23 patienter (8 fra Mølholm, 7 fra Eira og 8 fra Århus) på grund af manglende journaldokumenteret opfølgning.

Tabel 5: Antal ukomplicerede eller 'rene'³ forløb

	Rene forløb	Incl. alle forløb
Samlet	243/267 (91%)	266/290 (91,7%)
Mølholm	82/92 (89%)	90/100 (90,0%)
Eira	91/93 (98%)	98/100 (98,0%)
Århus	70/82 (85%)	78/90 (86,7%)

Komplikationsraten var således 8,3%-9,0%, den lave værdi fremkommer ved at inkludere de forløb (23 forløb), hvor registreringen af data ved audit blev mangelfuld.

I tabel 6 vises hvorvidt kravet om et præoperativt væggtab på 8% er overholdt. Det indsendte ekstramateriale gav anledning til en del rettelser/tilføjelser i vægtangivelserne. For 6 patienter

² Man bør være opmærksom på, at der for diabetes er tale om et minimumsantal. Dette skyldes, at ikke kendt diabetes ofte ikke noteres i journalen, og derfor kan være svært at finde ved journalaudit.

³ Et rent forløb defineres ved at der ikke er registreret reoperationer eller efterfølgende indlæggelseskrævende komplikationer.

opereret i Århus er der ikke angivet vægt ved enten forundersøgelse eller operation. Disse patienter indgår derfor ikke. I tre af tilfældene er der ved audit angivet, at kravet ikke er opfyldt, mens der ved de resterende 3 ikke er angivet noget. I samme tabel er angivet hvor mange patienter der er behandlet, hvor patienten har været tæt på at opfylde kravet. Dvs. at patienten har haft et væggtab på mellem 7 og 8% præoperativt. 12 af de 17 ligger mellem 7,5 og 8%. Auditgruppen fandt det mindre væsentligt, om en vægtkontrol på operationsdagen netop overholdt 8%-kravet, fordi der i mange tilfælde var gennemført et relevant væggtab i perioden forud for operation.

Tabel 6: Opfyldelse af krav om 8% præoperativt væggtab

		Samlet	Mølholm	Eira	Århus
8 % krav	Overholdt	223	88	91	44
	Mellem 7 og 8%	17	5	4	8
	Under 7%	44	7	5	32

Nedenfor i tabel 7 præsenteres det gennemsnitlige postoperative væggtab i % af kropsvægten. Det gennemsnitlige væggtab ligger på mellem 15 og 20% af vægten ved operation indenfor det første halve år og mellem 20 og 30% et år efter operationen. Da der ikke umiddelbart er forskel i resultaterne mellem mænd og kvinder, bliver der ikke skelnet mellem køn.

Tabel 7: Gennemsnitligt væggtab postoperativt (% af kropsvægt)

	Samlet	Mølholm	Eira	Århus
Væggtab efter 4-6 måneder*	18%	17%	22%	15%
Væggtab efter 1 år*	27%	27%	30%	25%

*Der er lidt forskellig praksis mht. tidspunkter for opfølgningen. Her er opsamlingen for overskuelighedens skyld samlet i 2 kategorier. Opfølgningen efter 1 år har for et lille antal patienter været 2 år postoperativt.

I alle tilfælde blev bypass operationen efterfulgt af et umiddelbart markant væggtab. Hos en del patienter viste journalerne at væggtabet stabiliserer sig, mens nogle har et fortsat væggtab med behov for ernæringsmæssig vejledning/tilskud. Andre viser tendens til ny vægtstigning og ser ikke ud til at opnå et vægtresultat i normalområdet. Længere og konsekvent opfølgning i Dansk Fedmekirurgiregister må vise fordeling og størrelse af disse tendenser.

I tabel 8 og 9 nedenfor opgøres antallet af reoperationer under indlæggelsen samt registrerede indlæggelseskrævende komplikationer efter operationen. 8,6% af patienterne har registeret et forløb med komplikationer.

Tabel 8: Reoperationer under indlæggelsen

	Registrerede reoperationer
Samlet	14/288
Mølholm	5/99
Eira	2/100
Århus	7/89

De pågældende reoperationer er nærmere beskrevet i tabel 10.

Tabel 9: Registrerede indlæggelseskrævende komplikationer efter operation

	Registrerede komplikationer
Samlet	19/268
Mølholm	8/93
Eira	0/93
Århus	11/82

I tabel 10 ses en oversigt med kort beskrivelse af komplikationer og reoperationer. Samme patient kan have gennemgået både reoperation og senere behandling for komplikation, hvorfor antallet af registreringer nedenfor ikke nødvendigvis er i overensstemmelse med antallet i tabellerne 5, 8 og 9.

Tabel 10: Dokumenterede (fra auditmaterialet) komplikationer og reoperationer

	Mølholm
Reoperation/ komplikation	<ul style="list-style-type: none"> • Passagehinder: gentagen dilatation af anastomose og efter 2 måneder reoperation med ny anastomose • Blødning: Hgb fald 2 dage postoperativt til 5.4. Gives 2 port blod • Reopereret for lækage • Reopereret pga abdominalsmerter - mistanke om læk. Laparoskopi viste alt ok • Reopereret pga abdominalsmerter. Laparoskopi viste alt ok • Maveblødning/melaena 10 dage postop. Gastroskopi: sår ved anastomose. 4 port blod. • Reopereret for lækage 7 dage postop. • Blødning 2 dage postoperativt. Blodtransfusion + gastroskopi med hæmostase. • Reopereret 2 dage postoperativt for lækage. Senere komplikation i form af pneumoni. • Blødning fra anastomose, gastroskopi m injektion. • Reopereret for lækage 7 dage postoperativt.
	Eira
Reoperation/ komplikation	<ul style="list-style-type: none"> • Reopereret for blødning fra enteroanastomosen. 5 port. Blod • Reopereret for blødning fra GEanastomosen. 4 port. Blod • Ca. 1 år postoperativt: tyndtarmsileus og mistanke om intern herniering.
	Århus
Reoperation/ komplikation	<ul style="list-style-type: none"> • Passagehinder: Stenose behandlet med dilatation. Anastomoseulcus, gastroskopi (langt forløb). • Ca. 2 år postoperativt: smerter i abdomen uden forklaring. Reoperation pga. lækage og hydrothorax. • Reoperation 11 dage postop: Abdominal absces - ingen tegn på læk. Langt ophold på intensiv afd • Reopereret pga. mistanke om læk: ej påvist. Kompl: febrilt forløb pga pneumoni • Anastomose ulcus, lækage problemer og subfrenisk absces

	<ul style="list-style-type: none"> • Passagehinder: Stenose behandlet med dilatation • Hernia ventralis • Reopereret pga mistanke om læk, var ok. Passagehinder i anastomose, stenose dilateres. • Anæmi, Ulcus påvist • Reopereret med mistanke om læk. Ikke yderligere - går i orden • Reopereret for anastomoselækage 2 dage postop. Genindlagt efter 2mdr: mavesymptomer. • Reopereret for anastomoselækage + ny reoperation for anastomoseinsufficiens + sekundær sutur af abdomen. • ½ år postoperativt: anastomoseulcus med stenosesymptomer • Radiologisk mistanke om lille lækage postoperativt. Behandles konservativt med godt resultat • Postoperativt dysfagi, opkast i fl. måneder. 5 måneder postoperativt gastroskopi: ulcus m stenose, anastomoseulcus • Blødning fra øvre anastomose + HB fald – transfusion
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Det fremgår at der ses blødningskomplikationer, lækage ved sammensyninger mave-tarm, sår dannelse ved anastomose med passagehindring og enkelte tilfælde med tarmslyng. Det bemærkes at flere patienter har gennemgået en reoperation i fuld bedøvelse, fordi man ikke kunne udelukke en anastomoselækage. Reoperation betragtes stadigvæk som mest effektiv, når en mulighed for lækage hurtigt skal afklares, derfor er dette fuldt acceptabelt og i overensstemmelse med bedste praksis.

Journalføring

Auditgruppen fandt det vanskeligt at få komplet overblik over behandlingsforløbene, herunder svært at finde visse data og konstatere, om retningslinjer for fedmekirurgisk behandling til fulde er overholdt. Der optræder mange aktører i de auditerede behandlingsforløb, hvilket tages som forklaring på, at journaloptegnelserne kan variere i stil og komplethed. Generelt mangler der dokumentation af de givne informationer til patienten i fuldt omfang, dokumentation for informeret samtykke og opfølgende samtaler. Dette gælder i varierende grad for de tre behandlingssteder. Fra styregruppen er det blevet påpeget, at de manglende oplysninger ikke nødvendigvis skyldes, at disse ikke findes, men at oplysningerne skal findes mange forskellige steder, at nogle ting er svære at dokumentere, samt at der anvendes forskellige journalsystemer. I flere af journalerne ses benyttet såkaldte makroer, journaltekst der er den samme hver gang. Det nævnes som et potentielt journalproblem, fordi makroer kan formidle et billede, der afviger fra virkeligheden. Det tilrådes i stedet at anvende tjekliste for dokumentationen. Audit kan således begrunde en anbefaling om at se nærmere på journalføringen som kan forbedres, idet relevante oplysninger altid skal være dokumenteret og let tilgængelige.

Diskussion

Den danske fællesprotokol for kirurgisk behandling af svær fedme (juni 2008) lister en række forudsætninger og krav til behandlingen. Behandlingsforløbet for svært overvægtige patienter består af en medicinsk del og en eventuel kirurgisk del, hvortil patienter henvises af intern medicinsk specialist. Patienten skal normalt opfylde en række kriterier for at blive indstillet til operation:

- BMI \geq 40, eller BMI $>$ 35 og samtidig forekomst af fedmerelaterede sygdomme.

- Aldersgrænse: 18-60 år. For patienter over 60 år kan kirurgi være indiceret efter en særlig vurdering.
- Varigt vægttab har ikke kunnet opnås ved konventionel, ikke kirurgisk behandling.
- Der må ikke være kirurgiske, medicinske eller psykiatriske kontraindikationer til operation.
- Patienten skal være indstillet på at følge lægens råd vedr. efterbehandling og kontrol.

For at mindske den operative risiko, og da den operative behandling ofte medfører en række kostændringer, skal patienten gennemføre et vægttab på mindst 8% af kropsvægten indenfor 3-6 mdr. forud for operationen. Herudover skal patienten informeres grundigt om forløb, risici og komplikationer og der skal ske en efterfølgende kontrol og opfølgning på patienten.

Det er i sidste instans en lægelig vurdering, om en given patient indstilles til operation eller ej. Hvis man går uden for de gængse kriterier, skal det nøje beskrives i journalen, hvorfor det er sket.

Audit påviser en række mangler i forhold til fuld overholdelse af de nævnte kriterier: Otte af 29 (28%) af de fedmeopererede patienter har BMI < 40, men ingen dokumenteret tilstedeværelse af fedmerelaterede sygdomme. Resultatet er stort set ens for de 3 behandlingssteder.

Cirka en fjerdedel (21%) af fedmeoperationerne gennemføres uden at patienten har opnået det krævede vægttab på minimum 8% af kropsvægten forud for operationen.

Fællesprotokollen anbefaler desuden på det organisatoriske niveau at enhederne gennemfører minimum 100 årlige operationer, hvilket ikke er tilfældet for Århus Sygehus. I 2009 udførtes f.eks. kun ca. 50 operationer. Da antallet af operationer korrelerer med dygtigheden, kan det lave antal operationer sættes i forbindelse med en øget forekomst af reoperationer og komplikationer.

Konklusion

Journalaudit af Gastric bypass operationer udført som behandling af svær overvægt påviser en tidlig komplikationsrate på 9% (umiddelbare og lidt senere foretagne indgreb foranlediget af det fedmekirurgiske indgreb). Komplikationerne var navnlig blødning, lækage, infektion og passagehindring med sår dannelse i anastomosen. Materialet indeholder ingen dødsfald. Komplikationsraten var lidt højere end forventet i denne audit, hvilket kan begrundes i at gruppen ikke har været helt repræsentativ. Antallet og arten af komplikationer bør følges i det faglige miljø, med henblik på forbedringstiltag. Kirurgkompetence bør sikres ved overholdelse af de anbefalede operationsantal. En teamstruktur af fagfolk omkring de fedmekirurgiske patientforløb bør etableres og vedligeholdes.

Der er grund til at anbefale fokusering på overholdelse af patientforløbets forudsætninger og krav, herunder de gældende krav til journalføring. I særlig grad gælder det om at opnå overblik for relevante interessenter i journalmaterialet, så det er muligt at følge, hvad der er aftalt, hvad der foretages og hvordan det går. Anbefalinger i den faglige protokol om et stort antal behandlingsforløb, for at sikre dygtighed i udførelsen af operationen, bør kunne efterkommes i enhver afdeling, der påtager sig at udføre fedmekirurgi.

Den udførte journalaudit kan ikke lægges til grund for en sammenligning af kvaliteten på de tre behandlingssteder. Det henstilles at de fund, der er gjort, bliver behandlet i de relevante faglige fora samt gennemgået ledelsesmæssigt, så eventuelle forbedringstiltag bliver iværksat. Fedmekirurgisk behandling bør følges op også på længere sigt, så de vedvarende konsekvenser af den abdominale operation kan afklares og nødvendig læring indhentes. Her rejser der sig flere spørgsmål: Bliver de opererede patienter normalvægtige, eller kan vægttabet hos nogle utilsigtet fortsætte? Begynder patienterne at tage på i vægt igen? Vedvarer den umiddelbare patienttilfredshed? Brydes den sociale isolation og genvinder patienterne selvfølelsen og arbejdsevnen, som i mange tilfælde var problemer inden behandlingen? Hvor stort er behovet for korrigerende plastikkirurgisk behandling i efterforløbet? Er risikoen for tarmslyng og andre abdominale tilstande et forbigående problem? Hvor mange af patienterne følger lægens råd og tager vitaminer, jern og erstatningspræparater i en lang periode/livslangt efter behandlingen? Disse spørgsmål presser sig på, når et nyt behandlingsområde udvikler sig så markant, som vi har set det ske med de fedmekirurgiske indgreb. Det er derfor væsentligt, at der er åbnet for landsdækkende dataindsamling i Fedmekirurgiregistret. Ligeledes vil en fortsat forskningsindsats på området være nødvendig.