

Regionsrådets møde den 26. september 2012



Bilag til dagsordenpunkt vedr. *Kvaliteten af den danske fedmekirurgiske behandling.*

Tabellen næste side viser resultater for Dansk Fedmekirurgiregister (DFR) fra årsrapporten 2011 sammenholdt med resultater fra årsrapporten 2010. I dataene for 2010 er det dog kun resultater for indikatorerne 1-4, der er med. Det skyldes, at databasen først er gået i drift i 2010, og indikatorerne 5-8 forudsætter mindst 1 års followup tid.

Tal i parentes betyder, at standarden ikke er opfyldt, mens tal med **fed** betyder, at standarden er opfyldt. En bindestreg betyder, at der ikke har været patienter indenfor kategorien.

Dato 15.08.2012

Rikke Bang

Tel. +45 7841 2316

Rikke.bang@stab.rm.dk

Side 1

Resultater

Indikatorområde ¹	Standard	Periode	Aarhus Sygehus	RH Viborg	Hamlet	Mølholm	Landsresultat
1. Komplikationer	Højst 5 %	2010	1,4	8,7*	2,4	1,8	2,2
		2011	3,5	8,6*	1,5	1,8	2,1
2. Genindlæggelse	Højst 20 %	2010	6,9	13,0	2,7	4,8	4,2
		2011	10,5	14,3	2,1	4,6	5,6
3. Mortalitet	Højst 0,5%	2010	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
		2011	0,0	1,4*	0,1	0,2	0,2
4. Reoperation inden for 30 dage	Højst 5 %	2010	5,6*	8,7*	1,0	2,0	1,7
		2011	(14,9)	5,7*	0,7	3,5	3,3
Kun for gastric bypass ²	Højst 5 %	2010	7,4*	8,7*	0,9	2,0	1,7
		2011	(14,4)	3,0	0,6	3,6	3,1
5. Vægttab på ≥ 50 % af overskydende vægt efter 1 år	Ingen samlet	2010	-	-	-	-	-
		2011	46,5	94,4	94,7	91,2	91,9
Kun for gastric banding ²	Mindst 40 %	2010	-	-	-	-	-
		2011	16,7*	-	0,0*	0,0*	12,5*
Kun for gastric bypass ²	Mindst 50 %	2010	-	-	-	-	-
		2011	52,8	94,4	94,8	91,7	92,4
6. Reoperation efter 30 dage og inden for 1 år	Højst 5/10 % ³	2010	-	-	-	-	-
		2011	8,3 ³	0,0 ³	7,5 ³	6,4 ³	7,0 ³
7. Fortsat antidiabetika efter 1 år	Højst 30 %	2010	-	-	-	-	-
		2011	(62,5)	25,0	6,9	19,4	14,2
8. Forbedret Moorehead-score efter 1 år	Mindst 70 %	2010	-	-	-	-	-
		2011	100	86,7	85,2	99,5	93,9

¹ Indikatorerne er nærmere beskrevet sidst i dette bilag.

² **Gastric (=gastrisk) banding** er en operation, der sammensnører mavesækken til to dele. Det giver mindre plads til mad, og tvinger patienten til at spise mindre. **Gastric (=gastrisk) bypass** er en operation, hvor mavesækken gøres mindre og samtidig begrænser optagelsen af føde i tarmen. Der laves en "omkørsel", hvor maden ledes fra spiserøret ned i tyndtarmen uden om mavesækken. Hermed begrænses ikke blot fødeindtagelsen, men også næringsoptagelsen. Gastric bypass er den mest benyttede metode, og giver den største vægtreduktion.

³ Omfatter næsten udelukkende patienter med gastric bypass. Årsrapporten skelner ikke på afdelingsniveau mellem de to operationstyper. Standard for gastric banding 10 %, standard for gastric bypass 5 %.

*Standarden er opfyldt, når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

Bemærkninger fra Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenhed Midt vedrørende resultaterne.

Resultater

På den regionale audit afholdt over årsrapporten 2011 fra Dansk Fedmekirurgiregister den 19. juni 2012 fremlagde AUH og HE Midt egne data og orienterede om planlagte/allerede iværksatte forbedringstiltag. Hospitalernes kommentarer til resultaterne fremgår nedenfor. Indikatorerne er uddybet sidst i dokumentet.

Aarhus Universitetshospital:

Kirurgisk gastroenterologisk afdeling L og Medicinsk endokrinologisk afdeling MEA

Afdeling L har ansvaret for den fedmekirurgiske behandling, mens medicinsk endokrinologisk afdeling modtager de potentielle fedmekirurgiske patienter med henblik på initial vurdering og operationsindikation. Medicinsk afdeling møder igen patienterne efter operationen, hvor de har en særlig opgave i behandlingen af de mere komplicerede efterforløb.

Ifølge årsrapporten opfylder AUH 6 ud af 8 indikatorer, når der tages højde for den statiske usikkerhed. I forbindelse med den regionale audit fik AUH mulighed for at kommentere årsrapportens resultater. Der er desværre sket fejlregistreringer til databasen, som har påvirket nogen af indikatorresultaterne.

Ifølge årsrapporten er der 4 patienter med interventionskrævende komplikationer (jf. indikator 1). Det har vist sig, at én patient er fejlregisteret, fordi patienten har to operationsbeskrivelser. Samtidig har det vist sig, at de har yderligere to patienter, der ikke er indberettet. Vedr. Indikator 4 (reoperation inden for 30 dage) er der registreret 17 patienter, hvoraf de 9 patienter vedrører konverteringsoperationer (fra gastric banding til gastric bypass) og dermed fejlregistrerede.

I forhold til indikator 5 (andel med vægttab over 50 %), er der for gastric bypass gruppen 8 patienter, der er fejlregistrerede; disse forløb er alle ok. Men ellers fremhæver AUH også, at de har en del konverteringsoperationer, hvor patienterne taber sig mindre end ved en førstegangsoperation.

Vedrørende indikator 7 (andel af patienter med medicinsk behandlingskrævende diabetes), som ikke er opfyldt, er det usikkert, hvorfor AUH har denne forskel, men det kan skyldes, at de modtager de mest syge diabetes patienter sammenholdt med dårlig registrering. Der er opmærksomhed omkring problematikken, og for at sikre bedre opfølgning er der igangsat handleplan herfor.

Vedrørende indikator 8 (Moorehead-skema) er der såvel på AUH som på landsplan dårlig registrering og opfølgning. Lav score har givet anledning til at afdelingen har ændret den interne procedure. Endvidere vil relevansen af Moorehead og andre indikatorer blive drøftet i styregruppen bag Dansk Fedmekirurgiregister.

Efter tradition er AUH dansk center for kompliceret fedmekirurgi. I 2011 havde de 31 konverteringsoperationer ud af i alt 44 patienter på landsplan. De patienter, der tidligere har fået en gastric banding, har typisk udviklet mere arvæv. Et andet eksempel på kompliceret fedmekirurgi er, at de opererer mange Jehovas Vidner, som ikke vil modtage blodtransfusion, og for at

minimere blodtabet under operationen er indgrebet teknisk vanskeligere. Endeligt modtager AUH også de komplicerede medicinske og psykiatriske patienter.

Hospitalsenhed Midt

På grundlag af årsrapporten har der været nedsat en tværfaglig auditgruppe på HEM med repræsentanter fra både medicinsk og kirurgisk afdeling. Der er lavet journal audit på samtlige indikatorer, hvor der var afvigelser fra standarden. RH Viborg opererer kun typen gastric bypass.

Årsrapporten lister 70 patienter, men reelt har RH Viborg kun opereret 67 patienter. De 3 patienter skyldes fejlregistreringer. Det betyder ændringer for resultaterne i forhold til indikator 1,2,3 og 4. Når der tages højde for den statistiske usikkerhed opfylder RH Viborg samtlige indikatorer - uanset om det drejer sig om årsrapportens opgørelse, eller med en korrektion af fejlregistreringerne.

Vedrørende indikator 1 (interventionskrævende komplikationer under indlæggelse) har RH Viborg reelt kun haft 4 patienter ud af 67 med komplikationer.

Vedrørende indikator 3 (dødsfald inden for 30 dage) har RH Viborg haft ét dødsfald. Denne er indberettet til Dansk Patient Sikkerhedsdatabase (DPSD), samtidig med at der er udarbejdet kerneårsagsanalyse. Der blev ikke identificeret konkrete årsager, men de fik identificeret en række problemområder, der måske kunne have bidraget til hændelsen. For at minimere risikoen fremadrettet, er der lavet flere forskellige tiltag bl.a. omkring håndtering af prøvesvar og genopfriskning af div. procedurer. Herudover er der sket en optimering af proceduren for indtastning af de medicinske data før og efter operationen.

Generelt for begge hospitaler:

I forhold til indikator 2 (akut genindlæggelse inden for 30 dage) påpeger begge hospitaler, at deres politik er, at den nyopererede patient hellere må henvende sig én gang for meget end én gang for lidt, når det gælder formodede komplikationer. Ofte er der kun behov for observation og patienterne er typiske udskrevet igen efter 1-2 døgn

Vedr. fejlregistreringer: Hospitalerne beklagede fejlregistreringerne og påpegede til den regionale audit, at de ikke havde haft mulighed for at gennemgå indikatorresultaterne inden den endelige årsrapport blev udgivet. I forhold til de fremtidige årsrapporter skulle det ikke blive noget problem, da der nu foreligger en aftale med RKKP (= Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram) om, at afdelingerne inden offentliggørelse af en årsrapport skal modtage en ukommenteret rapport med det samlede datamateriale med henblik på kommentering, således at den endelige rapport er korrigeret for evt. fejlregistreringer.

Nærmere beskrivelse af indikatorerne

I Dansk Fedmekirurgiregister anvendes følgende 8 indikatorer med tilhørende standarder:

1. Andel af patienter med interventionskrævende komplikationer under indlæggelse, dvs. komplikationer som udløser en form for behandling, må højst være 5 %.

- 2.** Andel af patienter, der genindlægges inden for 30 dage efter at have undergået en fedmekirurgisk operation, må højest være 20 %. Fra 2012 ændres standarden til 15 %.
- 3.** Andel af patienter, der dør inden for 30 dage efter at have undergået en fedmekirurgisk operation, må højest være 0,5 %.
- 4.** Andel af patienter som reopereres inden for 30 dage efter og herunder under samme indlæggelse som det primære fedmekirurgiske indgreb, må højest være 5 %.
- 5.** Andel af patienter med vægttab på eller mere end 50 % af overskydende vægt 1 år efter at have undergået en fedmekirurgisk operation, skal mindst være 40 % for gastrisk banding, og mindst 50 % for gastrisk bypass.
- 6.** Andel af patienter som reopereres efter 30 dage og inden for 1 år efter at have undergået en fedmekirurgisk operation, må højest være 10 % for gastrisk banding, og 5 % for gastrisk bypass.

(Der er også en standard, der går på "Efter 30 dage og inden for 5 år", men da databasen endnu ikke har 5 års followup tid, er denne standard ikke med i årsrapporten 2011).

- 7.** Andelen af patienter med medicinsk behandlingskrævende diabetes, som fortsat er i behandling med antidiabetika 1 år efter at have undergået en fedmekirurgisk operation, må højest være 30 %.
- 8.** Andelen af patienter med samlet forbedret score på Moorehead-skemaet efter 1 år, skal mindst være 70 %. Moorehead skemaet er et livskvalitetsværktøj specifikt udviklet til at afspejle livskvalitet hos patienter, som har undergået et fedmekirurgisk indgreb.