

# Kvalitetsudvikling

---

## Gynækologisk Obstetrisk Afdeling 1995-2004



foto: Per Rasmussen

[www.gyncph.dk](http://www.gyncph.dk)

Hvidovre Hospital  
januar 2005

---

## Indhold

Indledning .....	3
Patienttilfredshed .....	4
Ventetider .....	6
Liggetider .....	9
Vetetider på indlæggelse .....	10
Aflysninger .....	11
Kontinuitet .....	12
Ingrebstype	
Laparotomi .....	14
Sectio .....	18
Hysterektomi .....	20
Abortus provocatus .....	22
Tidlige graviditetsproblemer .....	23
Undervisning .....	24

## Indledning

Denne rapport ville ikke være mulig uden dygtige medarbejdere, der er åbne for forandringer og som ikke er bange for tal, der dokumenterer egen produktion.

På 11. år kan vi nu stolt fremvise data, som uden omsvøb fortæller os hvor vi gør en god indsats og hvor der er plads til forbedring.

Rapporten omhandler patienter, der har fået foretaget et operativt indgreb på Gynækologisk Obstetrisk Afdeling eller har været indlagt på gynækologisk afsnit 420.

Siden 1995 er i alt 41057 patientforløb registreret hvoraf 10806 forløb vedrører patienter der har fået foretaget abortus provocatus. Fokus er lagt på de seneste års produktion.

Fra januar 2003 er patienter der får foretaget sectio også medtaget i registreringerne, således at denne gruppe patienter nu også kan beskrives i detaljer.

Aktuelle rapport indledes med et afsnit om patienttilfredshedsundersøgelsen der blevet foretaget medio 2004 på samtlige af afdelingens klinikker. Ialt over 900 patienter blev spurgt om deres indtryk af afdelingen.

Herefter følger opgørelser over ventetider, den operative aktivitet og de konsekvenser (komplikationer) denne har fået.

Det vil altid være et valg, hvilke statistikker der skal præsenteres. Det har været min opgave at til- eller fra-vælge disse. Du er altid velkommen med forslag til yderligere udtræk fra afdelingens databaser.

”Rettidig omhu” når skemaerne skal udfyldelse og indsamles er vigtigste element i registreingen og anvendeligheden af denne frivillige dokumentation. En dokumentation som gør, at vi også på dette område adskiller os fra andre afdelinger.

På afdelingensledelsens vejne

Lars Krag Møller  
februar 2005

## Patienttilfredshed

I perioden 1.6.2004 til 1.8.2004 indsamledes i alt 902 spørgeskemaer fra 7 forskellige afsnit i Gynækologisk-obstetrisk afdeling (tabel I).

Spørgeskemaet dækkede områder som information, venlighed, ventetid, tryghed ved behandlingen, indflydelse på behandlingen mv. Desuden er patienterne givet mulighed for at kommentere opholdet i egne ord ved en tekst.

Både de gynækologiske og obstetriske patienter mener generelt at vi yder flot indenfor områderne omsorg og pleje, modtagelse af patienten og behandling. Områder hvor der fortsat er plads til forbedring er tilrettelæggelse af behandlingsforløb, information før og under indlæggelsen, ventetider og samspil med almen praksis. Disse konklusioner kan sluttes på baggrund af de kommentarerne patienterne har anført på spørgeskemaerne.

Spørgeskemaerne efterspørger vurderinger på spe-

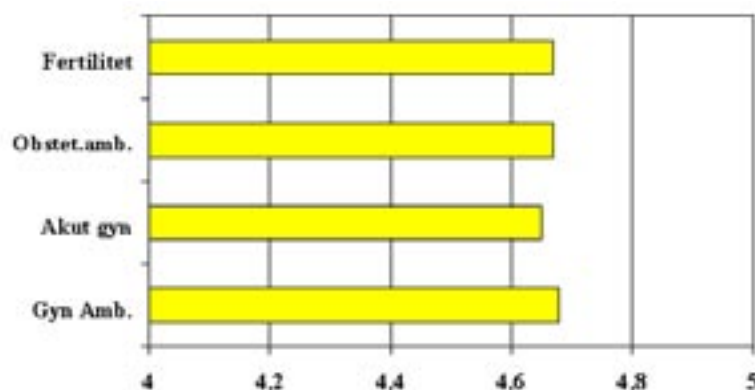
Afsnit	Antal skemaer
gynækologisk ambulatorium	267
obstetriske udskrivelser (post part.)	165
gynækologiske udskrivelser	125
obstetrisk ambulatorium	120
akut gynækologi	112
fertilitet	113
svangre udskrivelse	10

Antal besvarede spørgeskemaer fra de forskellige afsnit.

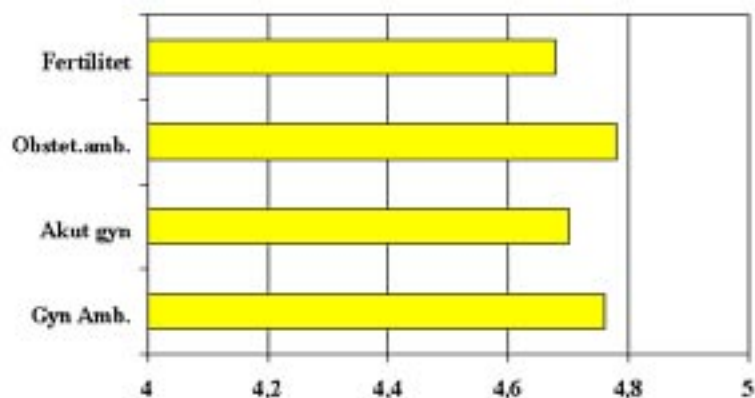
Tabel I Fordelingen af besvarelser



Figur 1 Eksempel på spørgsmål og VAS



Figur 2 Er du tilfreds med samtalen i dag. Scoring på VAS



Figur 3 Forstod du hvad der blev sagt?

cifikke områder i den ambulante behandling som: "Er du tilfreds med samtalen i dag". Scoringen foretages på en visuel analog skala (VAS) (figur 1).

Svaret "ja, absolut" er i det følgende givet 5 point medens "nej, slet ikke" er givet 1 point.

Af figur 2 ses at de gennemsnitlige scoringer på de fire ambulante klinikker, der indgik i undersøgelsen, i det væsentlige er ens og høje. Tilsvarende på spørgsmålet: "Forstod du hvad der blev sagt?"

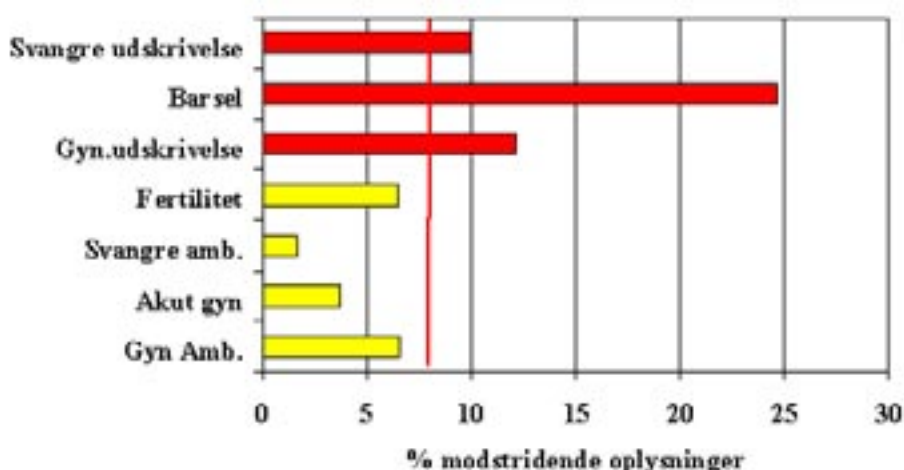
Scoringen ligger for alle afsnit mellem 4,6 og 4,8 (fig 3)

Tilsvarende giver patienterne os også en flot evaluering på området: "Har du fået en venlig behandling?" Alle fire afsnit scores 4,8 +/- 0,05.

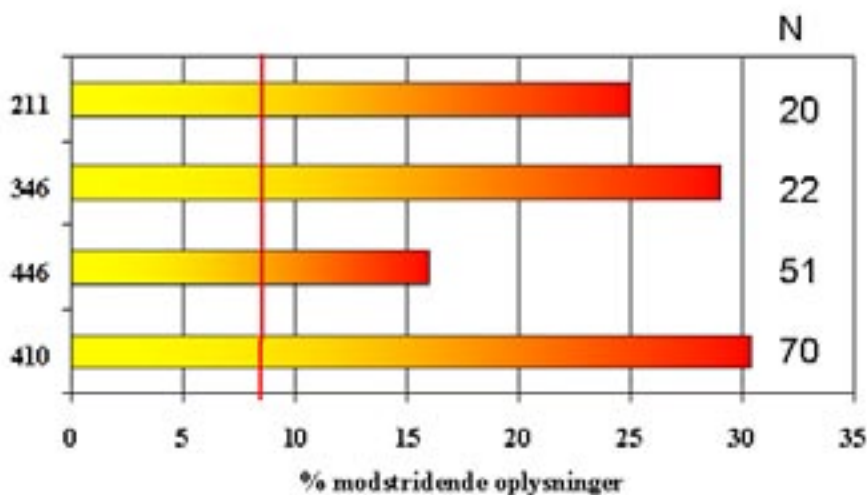
En scoring på 4,5 eller derover betyder at mindst 75% er tilfredse med ydelsen defineret som en scoring på "i høj grad" eller derover.

På spørgsmålet om man som patient har fået modstridende oplysninger, viser der sig en forskel i vurderingerne, om man er indlagt på afdelingen eller man kun har været til ambulat behandling eller vurdering (figur 4).

Specielt har en ikke uvæsentlig andel af patienter, der har været indlagt som svangre eller til fødsel / barsel samt de



Figur 4. Procentdelen af patienter der anfører at de har fået modstridende oplysninger. Specielt sengeafsnittene scorer dårligt på dette spørgsmål.



Figur 5. Procentdelen af patienter der anfører at de har fået modstridende oplysninger, fordelt på barselsafsnittene.

f.eks. fødegangene også involveret når der opnås dårlig scoring på barselsafsnittene. Kommunikation med patienterne er et vigtigt område, hvor en øget indsats vil være i afdelingens interesse. Fokusgruppe interview og fortløbende patienttilfredshedsundersøgelser er metoder der kan være gavnlige i den proces.

gynækologiske patienter, men at de har fået modstridende oplysninger (25%).

Spørgeskemaerne giver mulighed for at undersøge hvilke af de 4 afsnit, der vedrører barslende patienter, der har det største problem (figur 5) Det ses at alle fire afsnit scorer suboptimalt på denne indikator. Ved tolkingen af data, bør der tages højde for, at patienterne vurderer hele forløbet. Herved bliver



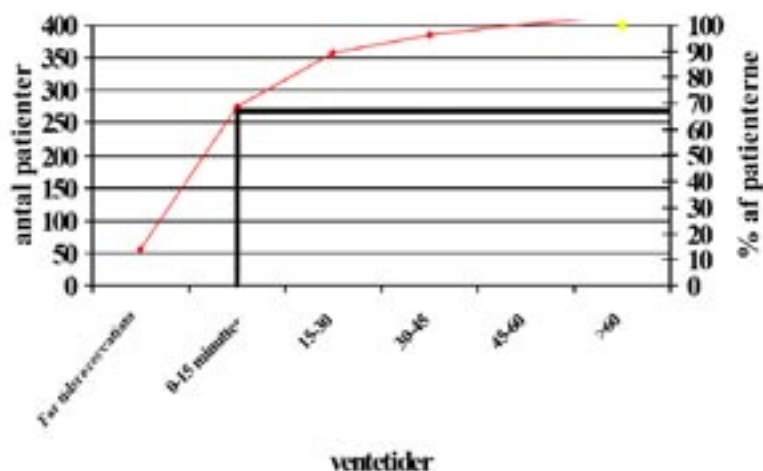
#### Patienternes kommentarer

- "Det vil være en god ide at have den samme procedure når man vejleder i forskellige situationer, så man som forældre ikke bliver forvirret"
- "Jeg fik oplyst at fødslen skulle igangsættes 22.06.04. Dette var ikke korrekt, og det gav noget turbulens og forvirring på hjemmefronten mht. til pasning af 2 andre børn, og igangtræden af faderens barsel."
- "Modstridende og forvirrende information. Ellers stor ros til personalet som optrådte både omsorgsfuldt og professionelt."
- "For mange forskellige læger med forskellige forklaringer"
- "Der er for stor udskiftning blandt personalet....Det medfører modstridende forklaringer fra personalet."
- "Bedre kommunikation mellem hospitalet og jordemodercentret."

## Ventetider

Figur 6 skitserer hvorledes ventetiden er i vores afdeling. Ca.50 patienter (10%) kaldes ind til konsultationen inden tidsreservationen. Knap 70% af patienterne er kaldt ind til konsultationen, inden der er gået 15 minutter fra tidsreservationen. Kan 30 minutter accepteres som max. ventetid, er knap 90% af patienterne set ”til tiden”.

Ser man på den enkelte læge, fremkommer figur 7. En søjle over x-aksen, beskriver hvor meget ventetid den enkelte læge har haft i gennemsnit. Antallet af patienter der ligger til grund for beregningen er anført med kryds og refererer til y-aksen til højre. Det ses at tæt på samtlige læger har ventetid. Dette forhold bør der kunne gøres noget ved. I tidligere undersøgelser på afdelingen, har det vist sig, at ventetiden allerede er til stede ved starten af dagen. I aktuelle opgørelse er ventetiden 18,4 minutter frem til kl 10 og 16,6 minutter fra kl 10 og resten af dagen, for de konsultationer hvor der er en læge involveret! Skal vi have til-løb til den første patient? Statistikken skal tages med forbehold jvf. de undertiden ganske få konsultationer der ligger til grund for gennemsnitberegningerne (krydset ligger tæt på x-aksen). Af figur 8 fremgår det hvordan patienterne score ventetiden på de forskellige afsnit . De indlagte gynækologiske patienter oplever ventetiden mest belastende og scorer i gennemsnit beskedne 3,9 (af 5). Patienter



Figur 6 .Kumulerede ventetid for patienter i Gynækologisk-obstetrisk Afdeling. Den sorte streg angiver i hvor høj grad afdelingen lever op til HH's mål for ventetid..

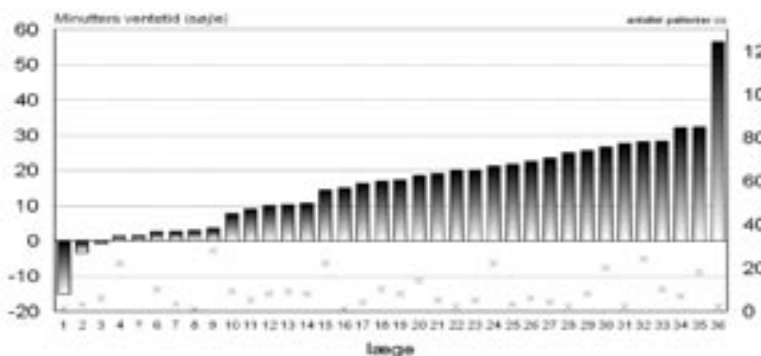


Fig 7. Gennemsnitlige ventetid for lægerne. Negativ søjle angiver at pt. kommer ind før aftalt tid. Krydset angiver antal ppt. der ligger til grund for beregningen

i det gynækologiske ambulatorium scorer ligeledes ventetiden dårligt. Alene patienterne i Fertilitetsklinikken og det obstetriske ambulatorium scorer ventetiden højt (4,6 og 4,7). I det obst. ambulatorium er ventetiden -1,7 minutter. Dette svarer til at patienterne i gennemsnit kommer ind før den aftalte tid. I de gynækologiske ambulatorier og patienter i den akutte gynækologiske klinik venter i gennemsnit 15,8 og 16,3 minutter.

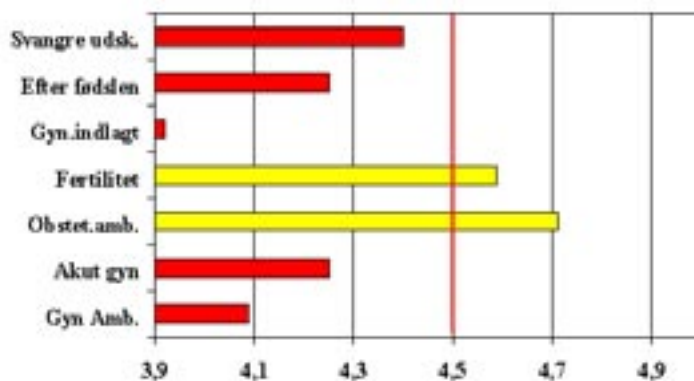


Fig 8. ”Er ventetiden acceptabel, fordelt på afdelingerne”



### Patienternes kommentarer

Lang ventetid når man er nervøs, men positivt at personalet hele tiden holde en orienteret, så man ved man ikke er glemt.

Ved lang ventetid, som er forståelig nok, ville det være rart at blive holdt orienteret.

Frustrerende når der er tvivl om hvorvidt man skulle have været indlagt en dag tidligere. Lang ventetid, det ville være godt hvis man ved om man skal vente kort tid eller flere timer.

### og et blandt mange positive udsagn:

Det var endnu engang en super god oplevelse at være indlagt her på Hvidovre. 1.000 tak for hjælpen og jeres professionelle måde at være på.

I følgende tabeller, er den gennemsnitlige scoring anført på de forskellige spørgsmål. En scoring på under 4,5 anses for at være under den standard vi stræber efter at nå på afdelingen. Tabel II vedrører forhold omkring kommunikation og ventetid.

Tallene i tabel III vedrører forhold omkring kommunikation, men omhandler tillige fysiske rammer samt logistikken i patientforløbet (fået skriftlig vejledning? forhold der bør ændres? osv).

Afdeling	Gennemsnit scoring af spørgsmålene..			
	Tilfreds med samtalen	Forstod hvad der blev sagt	Fået en venlig behandling	Ventetiden acceptabel?
Gyn ambulatorium	4,68	4,76	4,81	<b>4,09</b>
Akut gynækologi	4,65	4,71	4,76	<b>4,25</b>
Gyn indlagte				<b>3,92</b>
Obstet ambulatorium	4,67	4,78	4,83	4,71
Fertilitet	4,68	4,67	4,84	4,62
Efter fødsel udskrivelse				<b>4,27</b>
Svangre udsk				<b>4,4</b>

Tabel II Gennemsnit af scoring på VAS hvor 5 er højeste scoring og 1 er laveste. 4,5 eller herover anses for at være god kvalitet, da det afspejler at mindst 75% scorer ”i høj grad” eller bedre. U hensigtsmæssige scoringer er fremhævet.

Afdeling	Andel der har svaret ”Ja”			
	Fået skriftlig patient vejledning	Fik stillet spørgsmål til lægen du ønskede	Fået modstriden oplysninger af personalet	Forhold der bør ændres på afdelingen
Gyn ambulatorium	133/227=59%	218/221=99%	15/227=6,6%	27/221=12%
Akut gynækologi	27/111=24%	104/112=93%	4/111=3,6%	7/109=6,4%
Gyn indlagte			15/125=12%	25/123=20%
Obstet ambulatorium	77/117=66%	114/117=97%	2/117=1,7%	6/115=5,2%
Fertilitet	79/111=66%	109/113=96%	7/112=6,3%	29/111=26%
Efter fødsel udskrivelse			40/163=24,5%	52/149=35%
Svangre udskrivelse			1/10=10%	1/10=10%

Tabel III Angiver andelen der svarer bekræftende på det stillede spørgsmål. U hensigtsmæssige procentdele er fremhævet. (svarer bekræftende/samlede antal besvarelser af spørgsmålet).

Det ses at andelen af patienter der anfører at de har modtaget en skriftlig vejledning, ikke imponerer. Tallene synes forbavsende lave (24-66%), idet alle patienter bør få en skriftlig information sammen med den mundtlige, når de informeres om medicin, behandling og diagnostik. Patienterne føler for 93-99% tilfælde, at de fik stillet de spørgsmål de havde tænkt sig til lægen. Vedr. forhold der bør ændres i afdelingen har især patienter fra barselsafdelingen, fertilitetspatienter og gynækologiske patienter indvendinger (tabel III). Af tabel IV fremgår det at patienttilfredsheden for indlagte patienter har en beskeden variation. På to områder scorer patienterne i gennemsnit lavere en ønskeligt med de grænser vi har på afdelingen. På områderne ”Tryghed ved behandlingen” og ”Antallet af læger patienten har mødt under indlæggelsen”, scorer indlagt patienter på gynækologisk sengeafdeling lavt. Det skal dog anføres at forskellen fra de øvrige afdelinger er lav. Den patientgruppe der score spørgsmålet højt udgøres af 10 respondenter og

Afsnit	Har du følt dig velkommen på afdelingen?	Er du tilfreds med den behandling plejepersonalet har givet dig?	Er du tryk ved de undersøgelser og den behandling lægerne har givet dig?	Har antallet af læger du har mødt været acceptabelt?
Gyn ambulatorium				
Akut gynækologi				
Gyn indlagte	4,55	4,6	<b>4,47</b>	<b>4,44</b>
Obstet ambulatorium				
Fertilitet				
Efter fødsel udskrivelse	4,56	4,67	4,54	4,59
Svangre udskrivelse	4,7	4,75	4,9	4,6

Tabel IV Angiver hvor mange patienter der svarer bekræftende på det stillede spørgsmål delt med samlede antal bsesvarelser. Lav scoring er fremhævet.

tilhører svangerafdelingen. Inden for områderne ”velkommen på afdelingen” og ”tilfredshed med plejepersonalet” scores afdelingerne godt.



#### Patienternes kommentarer

Stor kritik af læge der påstod at fostret var dødt, men anden læge konstaterede liv.

Beskeder og information bør foregå, således at andre patienter ikke kan høre med.

Giv hånd til begge forældre ved modtagelse og ikke kun til moderen.

Har været ualmindelig tilfreds med en dejlig forstående og dygtig læge, ligeledes kan jeg kun rose sygeplejersken og sekretæren.

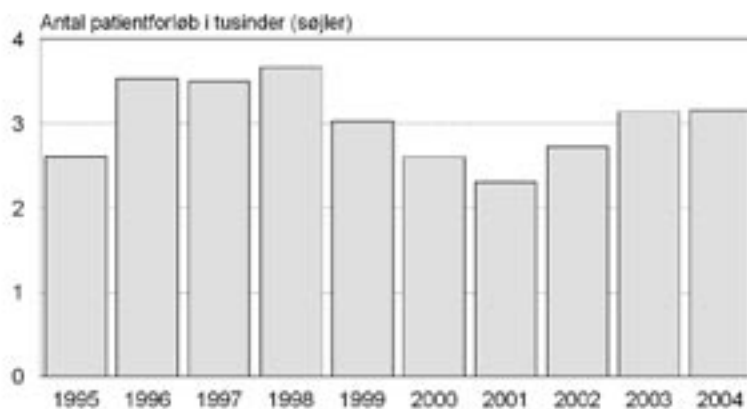
Lægen burde læse patientens journal inden man kommer ind, således at han ikke leder efter en æggestok han selv har fjernet.

Venlig modtagelse, ingen ventetid, meget behagelig samtale med sød sygeplejerske og læge. Meget respektfuld optræden.

## Den operative produktion

Antallet af patientforløb der registreres koorekt på afdelingen har ændret sig over de senere år (figur 9). Fra starten af 2003 er registreringen af sectio systematiseret, således at der i 2003 indgik 626 patienter, der har fået foretaget sectio medenes tallet for 2004 foreløbig udgør 942 patienter. Denne registrering giver os nu mulighed for også at følge komplikationsraten på sectio samt hyppigheden af de forskellige typer af komplikationer (se senere).

Samtlige registreringsskemaer foreligger sjældent før 2-4 måneder efter udskrivelsen. Dette betyder at det samlede antal for 2004 i aktuelle opgørelse ikke er komplet.

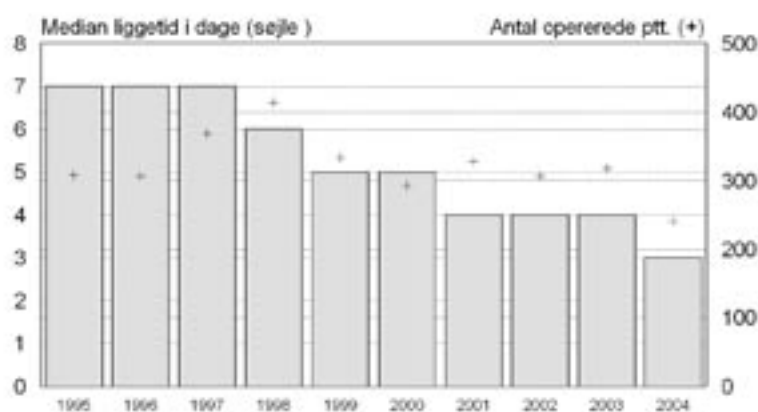


Figur 9. Antal af registrerede patientforløb gennem årene (ab.prov. ej inkluderet).

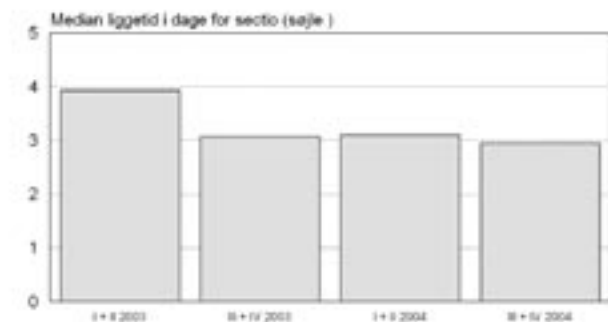
## Liggetider

Gennem årene har vi gradvist reduceret liggetiden, uden at kunne se en øgning i komplikationsraterne (figur 10). Denne reduktion er bl.a. fremkommet ved mere velbeskrevne patientforløb, hvor analgetisk behandling foregår planlagt og i samråd med anæstesiologiske afdeling. Ligeledes har personalets deltagelse i de accelererede patientforløb, bidraget til denne gunstige udvikling.

For sectio var liggetiden i 2003 tre dage (median af 626 indlæg-



Figur 10 Median antal dage fra indlæggelsen til udskrivelsen efter laparotomi (alle patientkategorier)

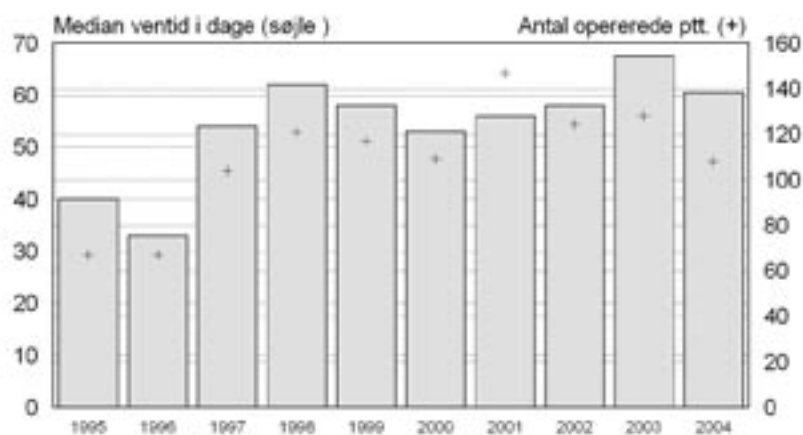


Figur 11 Middel liggetid efter sectio (halvårsopgørelse)

gelser) og i 2004 er den faldet til to dage (af 942 indlæggelser) (figur 11). Faldet er som det fremgår af figuren kommet gradvist, efter det accelererede sectioforløb, gradvist er introduceret på barselsafdelingerne. Før 2003 var patienterne almindeligvis indlagt mellem 5 og 7 dage.

Denne reduktion har stor betydning, da det vedrører en stor gruppe patienter. Endnu kan vi ikke afgøre om der er negative konsekvenser i form af flere problematiske ammeforløb. Dette forhold skal der følges op på.

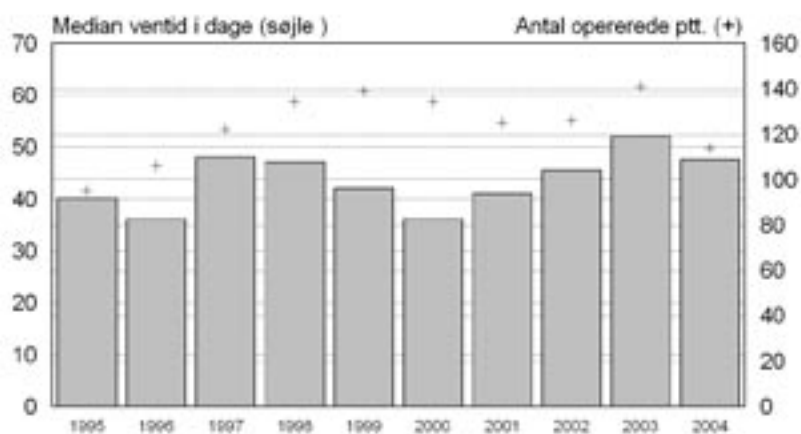
## Ventetider til operation



Figur 12 Ventetiden for **laparotomerede** patienter med cyster, fibromer eller andre benigne neoplasmer

over tid for væsentlige indgreb på vores afdeling. Fig.12 viser ventetiden for patienter der indlægges til operation for benigne svulster, hvor indgrebet foretages ved laparotomi. Det drejer sig om patienter med ovariecyster eller fibromer i uterus. Der ses en stigende trend gennem årene men dog med et glædeligt knæk på kurven for 2004. At antallet (+) er faldende skyldes formentligt at indsamlingen af skemaer til registrering for 2004 endnu ikke er komplet.

For patienter med tilsvarende problemstillinger der laparoskoperes, er ventetiden en anelse



Figur 13 Ventetiden for **laparoskoperede** patienter med cyster, fibromer eller andre benigne neoplasmer

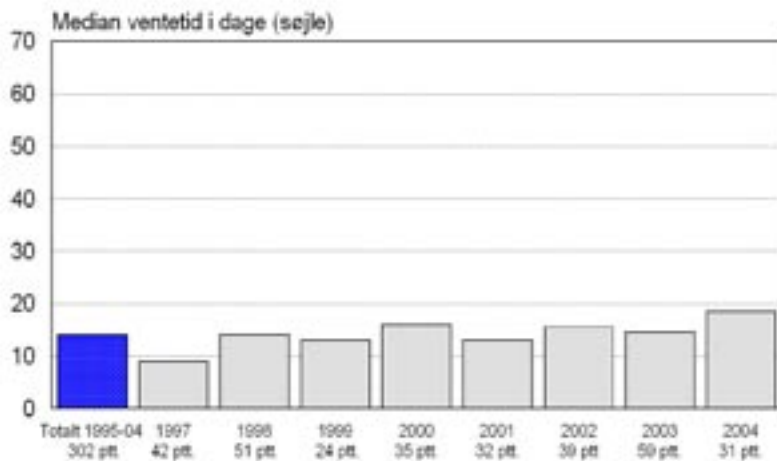
(fortrydelsesperiode) Det drejer sig om sterilisationspatienter, hvor den median ventetiden er 105 dage. Denne ventetid er uændret fra de øvrige år.

Ventetider kan opgøres på mange måder. Her opgøres den fra henvisningsdatoen til indlæggelsesdatoen hvor operation foretages. En række ventetider er tilgængelige via nettet over Sundhedsstyrelsens hjemmeside (<http://www.venteinfo.dk/>). Som et udtryk for hvordan udviklingen på dette område er på vores afdeling, giver siden ikke velegnede oplysninger. Figurerne 12 til 14 viser udviklingen af ventetiden

er ventetiden en anelse kortere (fig.13). Denne gruppe patienter udgøres oftere af patienter med cyster der resekeres eller smertepatienter (adhærencer), hvor patienterne i fig. 12 oftere vil udgøres af patienter der får foretaget hysterektomi. Hvorvidt årsagen til denne forskel er at sidstnævnte såvel operativt som plejemæssigt er mere resursekrævende, er uvist.

En patientkategori er det fundet hensigtsmæssigt at indlægge en vis ventetid

Af figur 14 ses at patienter har en cancerdiagnose ved udskrivelsen, har en væsentlig kortere ventetid end de patienter der udskrives med en benign diagnose. Dette opnås gennem et velfungerende samarbejde med privat praksis samt gennem en effektiv udvælgelse af henviste patienter samt en effektiv booking af disse subakutte patienter. Dette effektive bookingssystem afspejler en stor flexibilitet blandt medarbejderne såvel på plejesiden som på lægesiden.

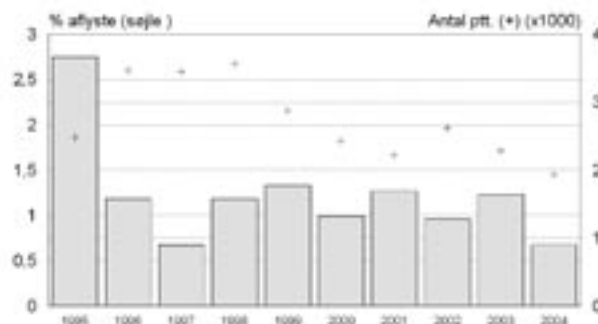


Figur 14 Ventetiden for cancerpatienter fra henvisningsdagen til indkaldelse til laparotomi, hvor diagnosen ved henvisningen ikke nødvendigvis har været kendt

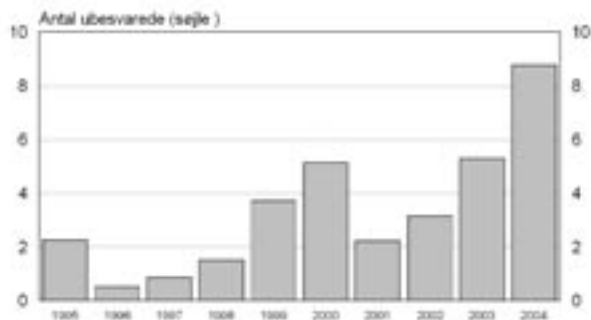
Fra henvisning til indlæggelse til operation, går der mediant kun ca 15 dage. Ventetiden er øget marginalt fra 14,5 til 18,4 i perioden fra 2003 til 2004, men har ellers været konstant gennem årene. Aktuelle ventetider er vurderet på baggrund af datoer fra journalen og fra indlæggelsesseddelen fra egen læge. Således lever vi godt og vel op til Sundhedsstyrelsens krav om 14 dages ventetid til *primær ambulante vurdering*.

## Aflysninger

Antal patienter der bliver aflyst, bør minimeres. Det er ofte til stor gene for patienten. At vi ikke altid kan undgå aflysninger er imidlertid uomtvisteligt. Vi har registreret aflysningerne i forbindelse med udskrivelse. Denne har vist en faldende tendens gennem de senere år og ligger på et lavt niveau (fig 15). Om dette niveau reelt afspejler en underreportering er uvidst. Tager man antallet af inkomplette besvarelser af dette spørgsmål som udtryk for hvor mange anstrengelser der lægges i at svare på spørgsmålet, ses det at antallet af manglende besvarelser er steget de



Figur 15 Procentdelen af indlagte der oplever en aflysning.



Figur 16 Procentdelen hvor aflysningsafkrydsningen mangler.

senere år, og er for 2004 knap 10% (fig 16). Dette forhold afspejler formentligt at der ikke har været fokuseret på denne parameter de senere år i afdelingen. Dette er u hensigtsmæssigt og bør tages op i gruppen, med mindre man vælger at følge parameteren på anden vis.

## Kontinuitet

Kontinuiteten i patientforløbene vurderes her ved, om den udskrivende læge har set patienten før. Vurderingen foretages når lægen udskriver patienten. Man kan mene at kontinuitet er andet end ovennævnte. Vi har imidlertid fundet indikatoren som den mindst ringe til opgaven, hvor omkostningerne ved at indsamle oplysningen samtidigt skal begrænses mest muligt.

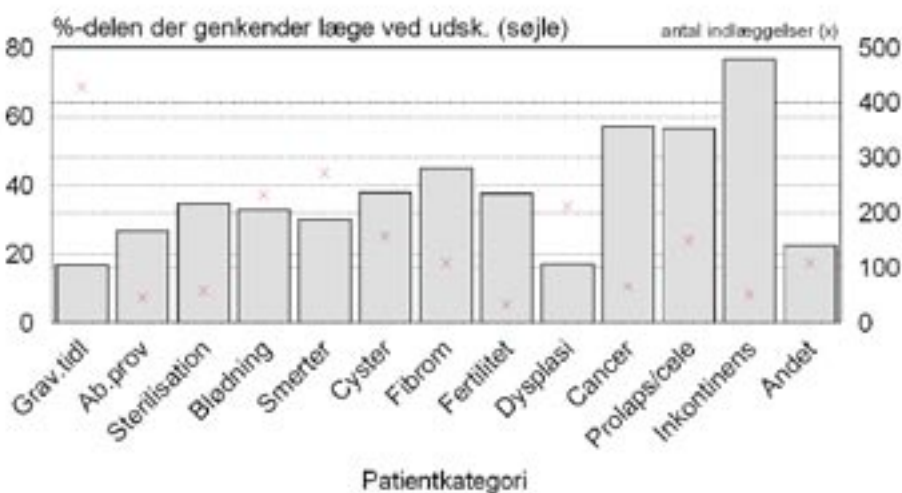
For 2004 gælder at 613 udskrivelser foretages af en læge der har set patienten før, hvilket ikke er tilfældet for 1343 patienter. Dvs. 31,3% ses af en læge der kender patienten. Der er 1195 der ikke er vurderet på denne parameter (fig. 17).

I vores krav til effektivitet med krav om produktionsmaksimering, har det vist sig at kontinuiteten under tiden lider.

Dette forhold kan der gøres noget ved, formentlig også uden at effektiviteten mindskes. Hertil kommer at vores glæde ved arbejdet almindeligvis øges, når kontinuiteten i patientforløbene øges. Med kun 1/3 patienter der udskrives af en læge som de har set før, kan vi vanskeligt undlade at gøre en indsats på dette område.

Figur 18 viser at visse patientkategorier har en væsentlig højere kontinuitet målt på ovennævnte indikator.

Det ses at patienter behandlet for cancer, prolaps og inkontinens oftest ses af en læge de har talt med før. Medens patienter med tidlige graviditetsproblemer samt dysplasi, sjældent ser en læge ved udskrivelsen, som de har set før. Sidstnævnte skyldes bl.a. at indgrebene foregår ambulant,



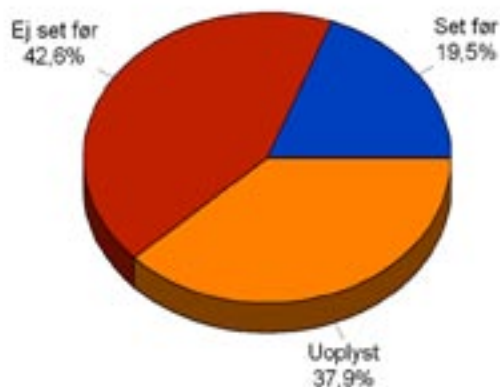
Figur 18 Procentdelen relateret til patientkategori hvor lægen ved udskrivelsen angiver at have set pt. før (2004).

Udviklingen over tid ses af fig 19 hvor niveauet for 2003 og 2004 er sammenstillet.

Kontinuitetstallene for 2004 er alle forbedret en smule i forhold til 2003 (søjlerne er længere).

Patienter der behandles for inkontinens og fertilitet er især forbedret på dette område i 2004.

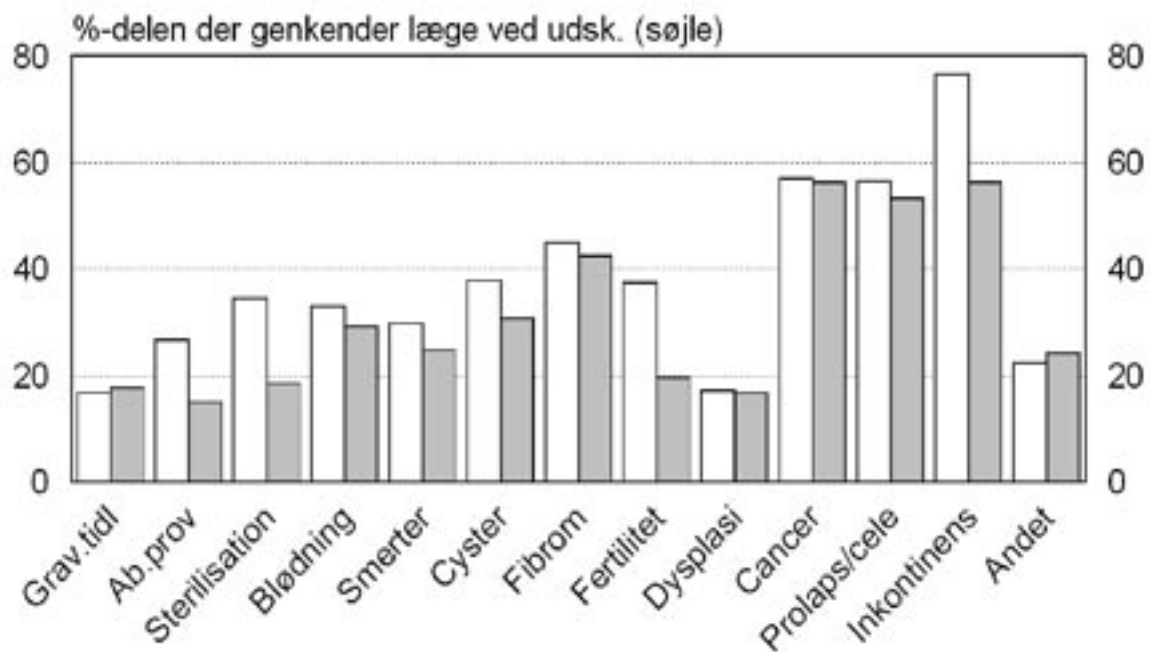
Forbedring andrager ikke mindre end 20 %. Det kunne være interessant at høre hvilke initiativer der er taget i netop disse to grupper.



Figur 17 Procentdelen relateret til patientkategori hvor lægen ved udskrivelsen angiver at have set pt.

og logistikken i forløbet gør, at det er en anden person der udskriver patienten få timer efter indgrebet (evacuatio / conisatio).

Hvorvidt det er en hensigtsmæssig organisering, bør afdækkes ved fokuserede interview med de berørte patientgrupper.



Figur 19 Procentdelen relateret til patientkategori hvor lægen ved udskrivelsen angiver at have set patienten før i 2004 (lys søjle) og 2003 (mørk søjle).

# Indgrebstyper og komplikationer

## Laparotomier

Ses der på antallet af reoperationskrævende laparotomier fremkommer figur 20. Med reoperation menes spaltning, resuturering, re-laparotomi eller -skopi. Der ses en tydelig faldende trend i de senere 3 år. En af forklaringerne kunne være at antallet af spaltninger pga. hæmatom er faldet, efter ultralydsvejledt nåleaspiration af hæmatomer er indført på afdelingen (fig 21).

Desuden skal det bemærkes at sectio indgår i materialet fra 2002. En operationstype der er kendt for en lav rate af spaltningskrævende hæmatomer (hvilket evt. kan hænge sammen med at der ikke gives profylaktisk AK-behandling).

En af de væsentligste og mest belastende komplikation til laparotomi er infektion. Bliver disse tillige spaltnings- eller reoperationskrævende, medfører det belastning af patienten samt af systemet. Derfor er denne komplikationstype specielt interessant at følge.

Figur 22 viser hvor mange reoperationskrævende laparotomier, der har været i perioden fra 1995 til 2004 som følge af infektion. Sectio indgår tillige fra 2002.

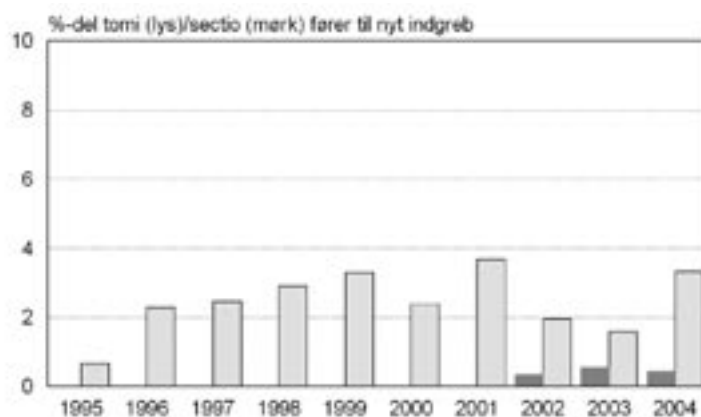
I 2002 registreredes de komplicerede sectioforløb (n). N er estimeret (se i øvrigt tal vedr. sectio og komplikationer side 18)

Tallene tyder på at vi har en lav og tilmed faldende hyppighed af spaltningskrævende infektioner.

I modsætning til hæmatomerne, bliver infektioner ikke behandlet ved ultralydsvejledt aspiration, men alene ved spaltning.



Figur 20 Procentdelen af laparotomerede der bliver reoperationskrævende (inkl sectio) i perioden 1995 til 2004. (2002 er N estimeret)

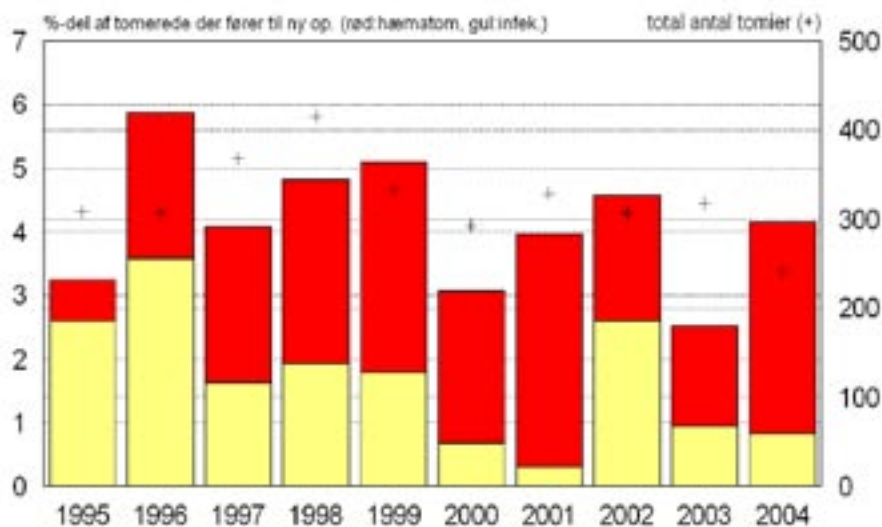


Figur 21 Hyppigheden af spaltningskrævende gyn.-tomier (lyse søjler) og sectio (mørke) som følge af hæmatomer/ blødning.



Figur 22 Hyppigheden af spaltningskrævende laparotomier (inkl sectio) som følge af infektion.

Samles komplikationer til gynækologiske laparotomier som følge af infektion og/eller hæmatom i en graf fremkommer 23. I denne præsentation er sectio udeladte. Der ses at være en relativt stabil reoperationsfrekvens af gynækologiske laparotomier på ca 4% som følge af infektion eller



Figur 23 Reoperation som følge af blødning / hæmatom (rød/mørk) eller infektion (gul/lys) blandt gynækologisk laparotomerede.

hæmatom/blødning.

Betragtes antallet af spaltningsskrævende infektioner fordelt på de enkelte måneder, fremkommer fig 24.

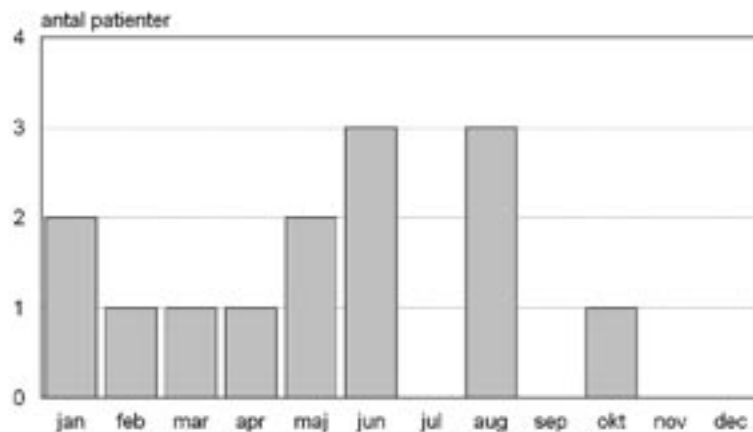
I to måneder af år 2004 er der observeret seks tilfælde hvor spaltning pga. infektion skønnes nødvendig. Af disse seks tilfælde, er to af primærindgrebene udført på samme dag af to

forskellige operatører. De øvrige er udført på forskellige dage. Det tillægges tilfældigheder, at tre operationerne, der har givet anledning til komplikationer i august måned alle er foretaget mellem den 22. og 26. august

De fem af de seks spaltningsskrævende operationer i juni var forudgået af sectio.

Af de i alt 14 tilfælde af spaltningsskrævende infektioner i 2004, er ingen operatør repræsenteret mere end to gange,

Af de 14 tilfælde vedr. de 6 sectio, de 7 vedr. gynækologisk patientforløb. Hos en af de komplicerede tilfælde er der ikke registreret noget mht. hvilken kategori patienten tilhørte forud for indgrebet. Ovennævnte fordeling mellem gynækologiske og obstetriske patienter, afspejler at frekvensen af spaltningsskrævende infektioner er ca. dobbelt så høj for gynækologiske sammenlignet med obstetriske laparotomier (sectio), hvilket er kendt fra litteraturen.



Figur 24 Antal reoperationer i 2004 pga. infektion efter sectio og gynækologisk laparotomi fordelt på måneder. Da antallet af indgreb (N) pr. måned har en yderst beskeden variation (ca 130/md.) er procent-beregning ikke anført.

Utrækkes den enkelte operatørs reoperationsrate, fremkommer figur 23 og 24 for hhv gynækologisk laparotomier og sectio.

I de to år fra 2003 til 2004 er ialt 41 (1,93%) reopereret efter laparotomi eller sectio. Konfidensintervallet (95%) er anført for relevante operatører samt for det totale materiale.

Af de to figurer bemærker man iøvrigt at andelen af reoperationskrævende sectio udgør under en tredjedel af af de gynækologiske operationer (hhv 0,7% og 2,7%).

Det er iøjnefaldende at en relativt stor andel af komplikationerne opstår blandt læger med relativt få indgreb.

Ingen af operatørerne falder signifikant uden for sikkerhedsgrænserne for afdelingens totale produktion hvorfor der ikke er foretaget yderligere. Havde dette ikke været tilfældet, ville personerne have fået oplysninger om de relevante patienters CPR mhp egen audit på disse patienters journaler. Herved ville en evt. fejlregistrering blive afdækket, inden yderligere tiltag via afdelingens uddannelsesansvarlige overlæge, ville blive sat i værk. Denne tilgang til data er nødvendig,

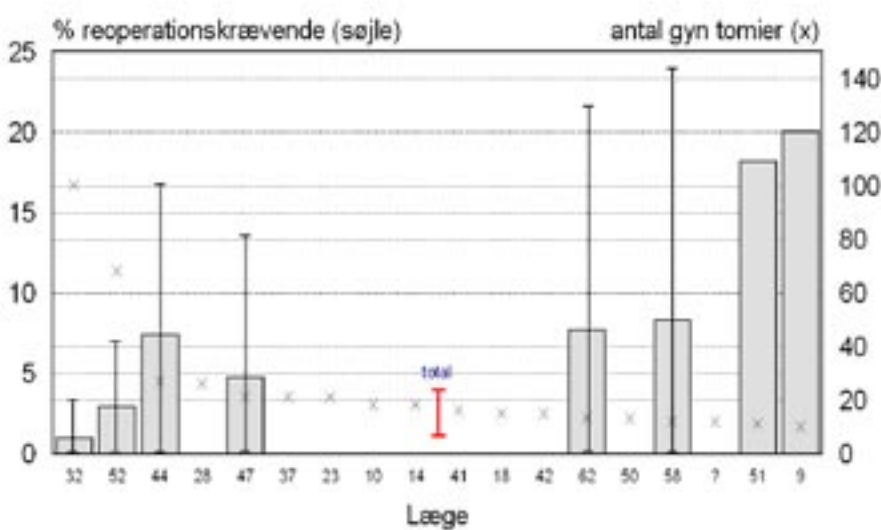
for at opnå en acceptabel komplikationsregistrering de samtidig er troværdig.

Ialt seks reoperationer er primært opereret af operatører der har haft sammenlagt 27 indgreb (tomier og sectio). Dvs en komplikationsfrekvens på 22,2%. Det ses tillige af databasen at operatørerne der foretager disse 27 indgreb, alle er under oplæring.

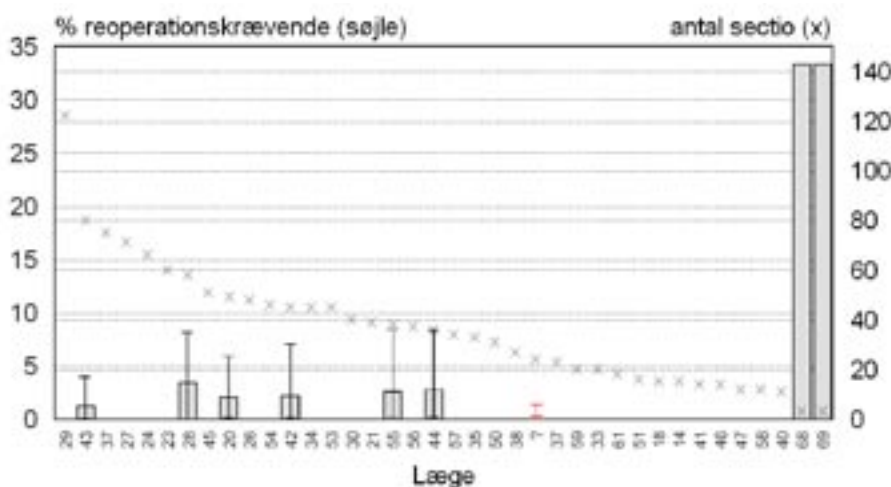
Et udtræk på databasen frembyder at det er seks forskellige supervisorere, der har assisteret til de komplicerede tilfælde.

Et udtræk frembyder endvidere at 4 af de 6 komplikationer indeholder blødning som årsag til reoperationen.

Ovennævnte observationer kunne foranledige en generel øget indsats i forbindelse med supervisionen af de yngste kirurger, hvilket kunne inkludere en standardiseret sikring af sufficient knudeteknik mv.



Figur 23 Procentdelen af gynækologiske laparotomier der bliver reoperationskrævende relateret til operatøren i perioden 2003 til 2004 (95% sikkerhedsintervaller for operatør og total).

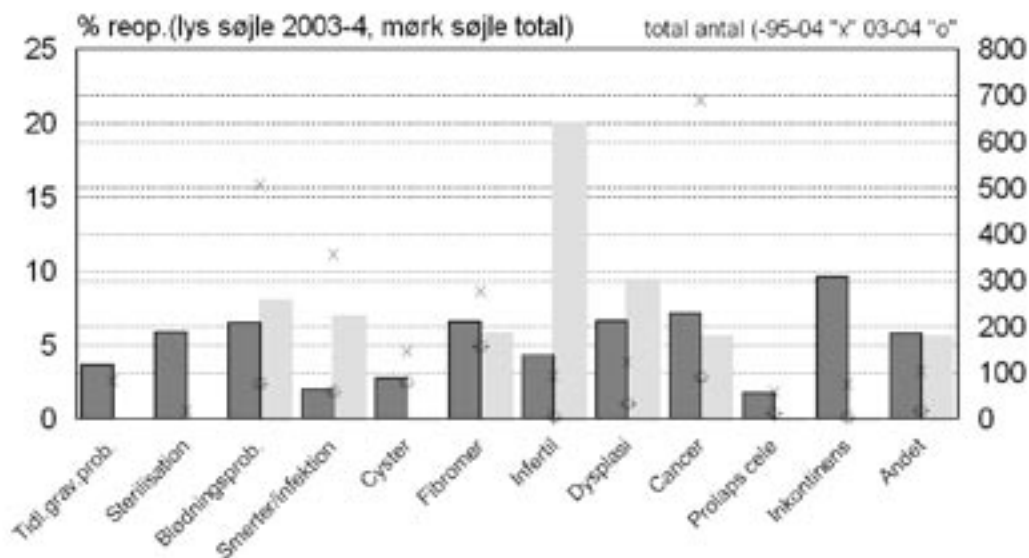


Figur 24 Procentdelen af sectio der bliver reoperationskrævende relateret til operatøren i perioden 2003 til 2004 (95% sikkerhedsintervaller for operatør og total).

Reoperationskrævende laparotomier fordeler sig i de forskellige patientkategorier som anført på figur 25. For hver patientkategori er komplikationsfrekvensen udregnet for perioden fra 1995 til 2003 (mørk søjle) og for 2003 til 2004 (lys søjle).

Komplikationsfrekvensen ligger inden for 5-10 %.

Hvad angår kategorien "fertilitet", fremstår den med et højt komplikationstal for 2003-4. Det drejer sig dog kun om 5 patienter der er blevet reoperationskrævende. En anden kategori der adskiller sig negativt, er gruppen af patienter der laparotomeres pga. smerter. Her er procenten øget

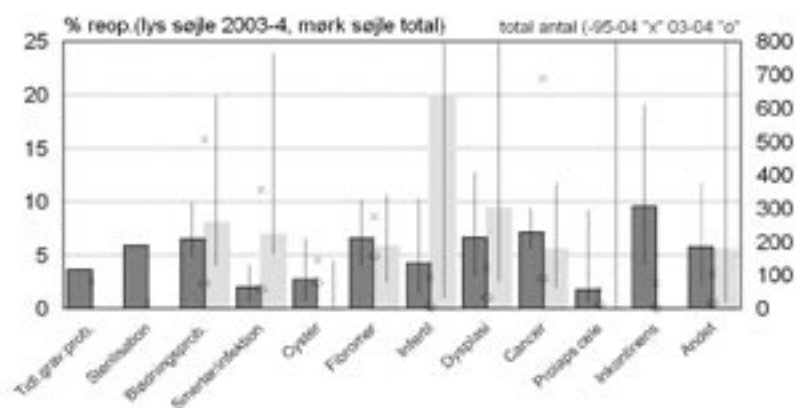


Figur 25 Procentdelen af laparotomerede patienter i de forskellige patientkategorier som bliver reoperationskrævende i perioden fra 1995 til 2003 og fra 2003 til 2004.

en faktor tre fra knap to til knap syv procent. Det ses af sikkerhedsgrænserne anført på figur 25a, at denne ændring er signifikant forskellig, medens det ikke var tilfældet for fertilitetspatienterne.

Blandt de øvrige kategorier ses en beskedne forringelse inden for blødningskategorien og dysplasiene, medens der for de resterende kategorier kan ses en lavere frekvens end frekvensen de foregående år.

de komplicerede tilfælde inden for kategori "smerter" bør nærmere undersøges.



Figur 25a Ovennævnte figur med 95% sikkerhedsgrænser. Procentdelen af laparotomerede patienter i de forskellige patientkategorier som bliver reoperationskrævende i perioden fra 1995 til 2003 (mørk søjle) og fra 2003 til 2004 (lys søjle).

## Sectio

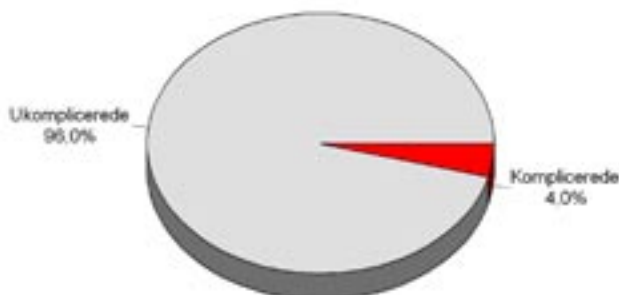
Registreringen af sectio udført på afdelingen, startede primo 2003. Herved har vi fået mulighed for at følge komplikationsraterne for dette indgreb parallelt med de gynækologiske indgreb. Af figur 26 fremgår hvor mange sectio der ligger til grund for opgørelsen. Grafen viser at antallet af registrerede sectio er stigende over perioden. I alt er der registreret 1757 sectio (2003-2004).

Hvorvidt sectio er foretaget elektivt eller akutte fremgår af figur 27.

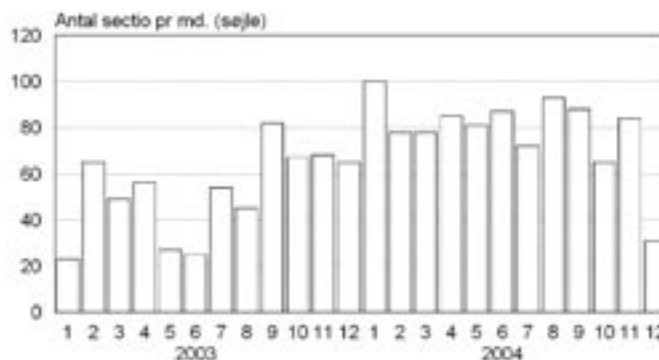
De akutte sectio der foretages under fødslen dominerer med 43% af alle sectio. Herefter følger de elektive sectio som udgør 35%. At forholdet er ukendt, skyldes manglende registrering af sectiotypen.

I perioden fra 1995 til 2005 er der registreret 98 komplikationer til sectio. Heraf udgør 50 infektioner 51% medens blødning og retineret væv udgør 36 (37%). Nogle komplikationer er opstået på barselsafdelingen, hvor registreringen ikke blev foretaget. Af denne grund er ikke alle komplikationer registreret for perioden.

I perioden fra 2003 til 2005 er registreringen mere komplet. Her har 1537 patienter få foretaget et sectio. I den periode er anført en komplikation hos 62 patienter (4%) (figur 28). Af de 62 komplicerede tilfælde har vi i 25 tilfælde oplysninger om sectio er udført elektivt eller akut. Blandt disse 25 sectio er de 16 (%) akut udført medens de 9 (%) er elektive. Årsagen til at der kun er oplysninger



Figur 28 Andelen af sectio hvor der er tilstødt en komplikation (2003-2004) N=1757



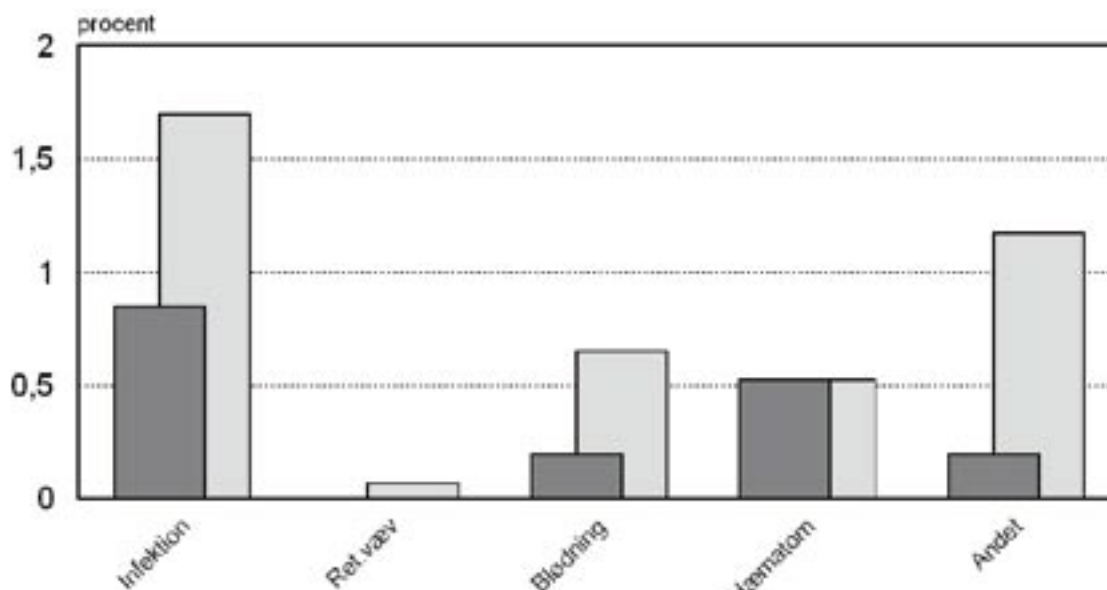
Figur 26 Antallet af sectio registreret i perioden fra 2003 til 2004. Afdelingen har i denne periode haft ca 90 sectio om måneden.



Figur 27 Fordelingen af sectio

om sectiotype (akut / ikke akut) på de 25 patienter, er at de øvrige  $62-25=34$  forløb (60%) vedr. genindlæggelser på gynækologisk afsnit 420. I disse forløb indgår registrering ikke af hvorvidt det sectio der førte til komplikationen, var udført akut eller elektivt.

Blandt de 62 patienter indgår ikke patienter, der henvender sig til egen læge med en komplikation, hvis ikke e.l. finder det nødvendigt at indlægge patienten.



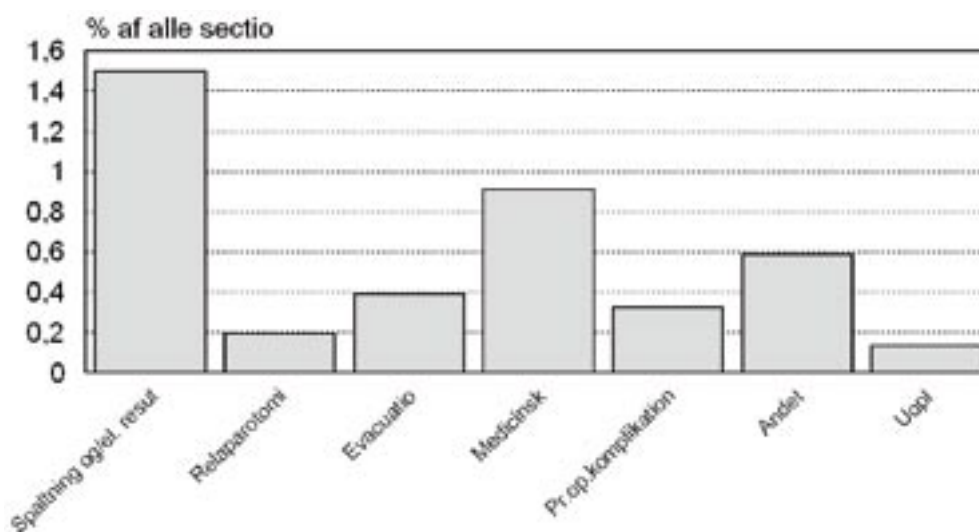
Figur 29 Fordelingen af komplikationer til sectio lys søjle og andelen af disse der bliver reoperationskrævende. (% af samlede antal sectio i perioden 2003-2004)

Ikke alle komplikationer er belastende for patienten. En peroperativ komplikation som f.eks. udrift i uterus under operationen, vil ofte være sutureret og dermed færdigbehandlet, når patienter forlader operationgangen. En ukompliceret urinvejsinfektion, er færdigbehandlet med antibiotik i engangsdosering mv. Det kan dog også være forhold der er opstået som følge af sectio, der i betydende grad giver anledning til gener for patienten, f.eks. svær anæmi, sårsmarter, antibiotikakrævende rødme omkring cicatricen, hovedpine efter anæsthesien mv.

Af de 62 komplicerede sectio er 24 (1,6%) blevet reoperationskrævende. Infektioner dominerer som komplikationstype blandt de reoperationskrævende komplikationerne (13 af 1537 (0,84%)) (figur 29). Blødning og hæmatom bliver reoperationskrævende hos hhv 8 (0,5%) og 3 (0,2%) af patienterne. En patient bliver reoperationskrævende pga en pr.operativ komplikation. Dvs at halvdelen af de reoperationskrævende sectio er kompliceret med infektion.

Af figur 30 fremgår hvorledes vi behandler opståede komplikationer til sectio. Det ses at spaltning og/eller resuturering (1,3% af alle sectio) er den hyppigste behandling efter en tilstødt komplikation.

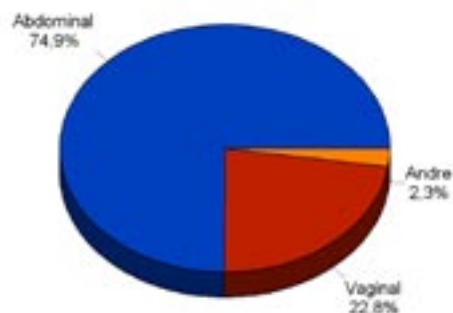
Reevacuatio som udtryk for retineret væv foretages efter 0,4% af alle sectio. Kun 0,2% af alle sectio kræver en fornyet laparotomi. Kun i et tilfælde er der registreret at der har været afvigelse fra afdelingens vanlige procedurer som kunne være medvirkende årsag til komplikationen.



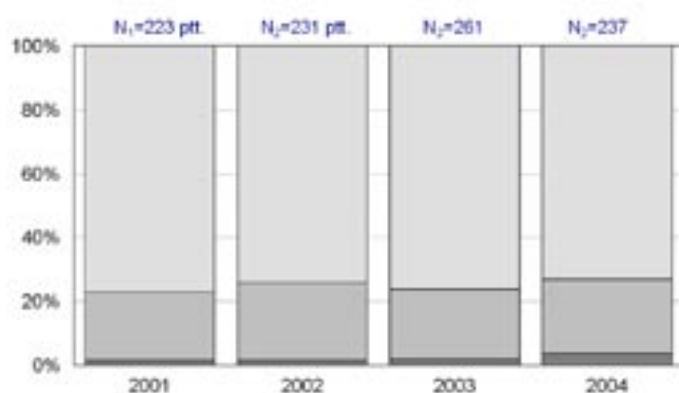
Figur 30 Fordelingen af tiltag til udbedring af komplikationerne opstået ved sectio (% af samlede antal sectio i perioden 2003-2004). Hver komplikation medregnes kun i én søjle.

## Hysterektomi

Hysterektomi foretages ved abdominal eller vaginal adgang. Siden 2001 er metoderne der er anvendt registreret på de gule registreringsark. Før 2001 ved vi alene at det drejer sig om en laparotomi/vagnialt indgreb pga blødningsforstyrrelser. Det ses af figur 31 at 1/4 af hysterektomierne på vores afdeling foretages som vaginale indgreb og 3/4 som abdominale indgreb. Denne fordeling har være uændret gennem de sidste fire år (fig 32). Der er registreret 715 indgreb ved laparotomi og 237 ved vaginal adgang. Oplysninger om komplikationerne er indsamlet siden 1995. Antallet af komplikation til hysterektomi



Figur 31 Fordelingen af vaginal og abdominal hysterektomi i perioden fra 2001 til og med 2004.



Figur 32 Fordelingen af vaginal og abdominal hysterektomi i gennem årene fra 2001 til og med 2004 (lys søjle abdominal op., middelmørk søjle vaginal og mørk søjle laparoskopisk ass. vag. op.)

onskrævende indgår i figur 33. De fraværende komplikationer i 2001 afspejler at registrerings

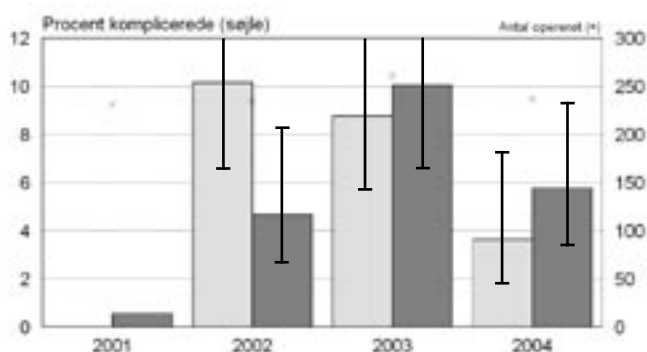
praksis var en anden. I 2001 var der komplikationer hos 40 af 235 indgreb (17%) hvor der blev foretaget tomi eller vag. indgreb som følge af fibromer eller blødningsforstyrrelser.

Den lave komplikationsrate giver anledning til overvejelser om der foreligger en underrapportering. Specielt kunne det mistænkes, at man i afsnittet hvor komplikationerne registreres, ikke altid har anført at det drejer sig om en hysterektomi.

Dette bekræftes delvist, når antallet af komplikationer til laparotomier og vag. indgreb optælles for patientkategorierne: blødningsforstyrrelser, fibromer, cancer og prolaps i årene fra 2002-04 (20%, 15% og 9,5%).

tomi er hhv. 23 (3,2%) ved transabdominal adgang og 7 (3,0%) ved vaginal adgang.

Ser man på andelen af de vaginale og abdominale hysterektomier der bliver komplicerede, fremkommer figur 33. I 2002 var komplikationsfrekvensen til vaginale hysterektomier dobbelt så stor som til abdominale hysterektomier. I 2003 var komplikationsfrekvensen ensartet høj for begge indgreb og i 2004 synes raten at være faldet for begge indgrebstyper. Det skal understreges at der er tale om alle typer af komplikationer. Det betyder at også komplikationer der ikke er reoperati-



Figur 33 Procentdelen af vaginale (lys søjle) og abdominale (mørk søjle) hvor der anføres at der opstår en komplikation (alle komplikationer medtaget). Krydserne angiver hvor mange hysterektomier der totalt er foretaget i perioden (95% konfidensintervaller)

Når netop disse kategorier vælges, skyldes det at patienter i disse kategorier ofte får foretaget hysterektomi hvis der udføres en laparotomi.

Vurderes komplikationsraten på baggrund af indgreb (tomi / vag.indgreb) og kategori (blødningsforstyrrelser, cancer og prolaps), får man for hele perioden (1995-2004) komplikationsrater som anført i tabel V

<b>Indgreb (blødningsforstyrrelser, cancer og prolaps i perioden 1995-04)</b>	<b>Antal indgreb</b>	<b>Samtlige komplicerede tilfælde (95% sikkerhedsgrænser).</b>	<b>Reoperationskrævende komplikationer antal (95% sikkerhedsgrænser)</b>
<b>Laparotomi</b>	1251	177 (12,2-16,1%)	83 (5,3-8,1%)
<b>Vaginale indgreb</b>	1321	142 (9,1-12,4%)	45 (2,4-4,3%)
<b>Total</b>	2572	319 (11,3-13,6%)	128 (4,1-5,8%)

Tabel V. Fordelingen af komplikationer samt reoperationskrævende komplikationer på udvalgte indgreb og udvalgte patientkategorier

Det kan indvendes at komplikationer til vaginale indgreb for prolaps, bør være beskedne, alt den stund at det såvel kan dreje sig om en cystoceleoperation som en vaginal hysterektomi, to indgreb som forventligt vil have væsentligt forskellige reoperationskrævende komplikationsrater.

## Abortus provocatus

Antallet kirurgiske indgreb er faldet i takt med indføring af den medicinske metode til provokeret abort (figur 34). Antallet er nu stabilt på ca 80 kirurgiske indgreb pr måned.

Antallet af reevacuatio gennem årene er anført i figur 36. Det ses at mellem 1 og 1,5% af de kirurgiske aborter får foretaget reevacuatio (45 af 2787 indgreb (1,6%) for 2002 til 2004). Indføringen af rutinemæssig ultralydsskanning efter indgrebet til sikring af at uterus er tom skete i 2002. Procedure synes ikke at have ændret væsentligt på komplikationsfrekvensen, hvilket den kliniske praksis, at patienter får foretaget reevacuatio trods ultralydsverificeret tom uterus umiddelbart efter ab.prov. Indikationen er som oftest ”bredt

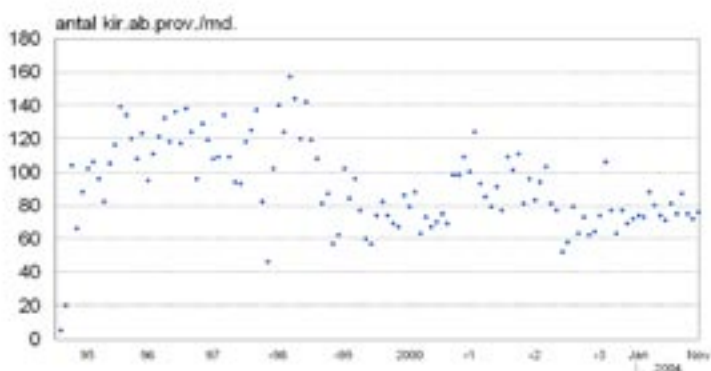


Fig 34 Kirurgisk aborter pr. måned foretaget på Gynækologisk obstetrisk afdeling Hvidovre Hospital. Intro af ab.prov. på Amager: 1998. Intro af medicinsk ab.prov. 2001

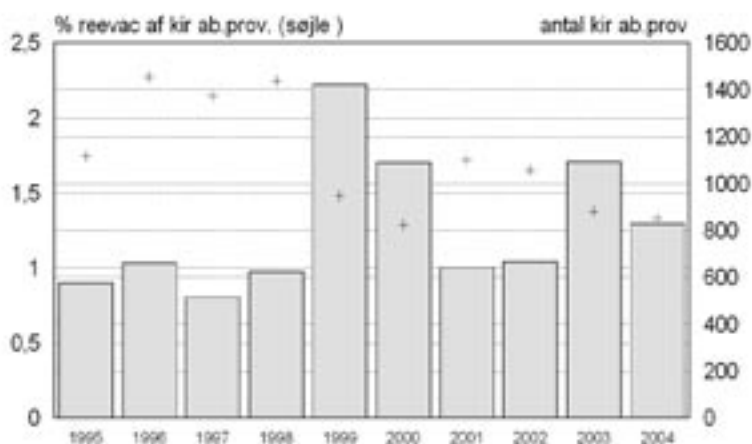


Fig 36 Reevacuatio efter kir.aborter pr. år. (+ angiver antal kir. aborter der er foretaget i perioden.

håndenværende data. Registreringsskemaet er udviklet på et tidspunkt hvor medicinsk abort ikke et aktuelt tilbud. Ændring af skemaet vil være nødvendig for en mere sikker registrering af disse forhold.

Antallet af læger der foretager indgrebet er stort. I 2004 foretog 25 læger på afdelingen mindst ti kirurgiske aborter.

midtlinieekko”

Af figur 36 anes en stigende trend i antallet af reevacuatio. Denne trend bekræftes når antallet af reevacuatio opgjort pr måned (figur 37) hvor der er indlagt en statistisk beregnet trendlinie. Der er involveret 25 læger i de 42 reevacuatio der er foretaget i perioden (figur 38) Hvor vidt dette afspejler en fejlregistrering, hvor medicinske ab.prov. der kræver ”re-”evacuatio pga inkomplet abortering ved medicinsk behandling, kan ikke umiddelbart tolkes af for-

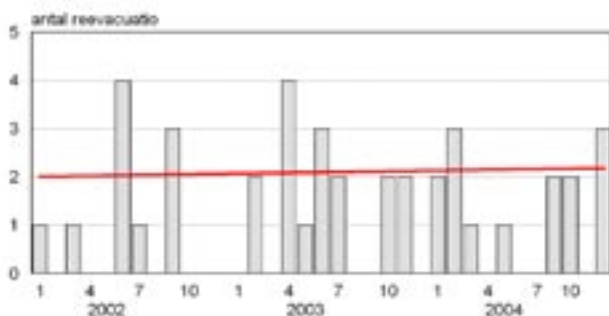
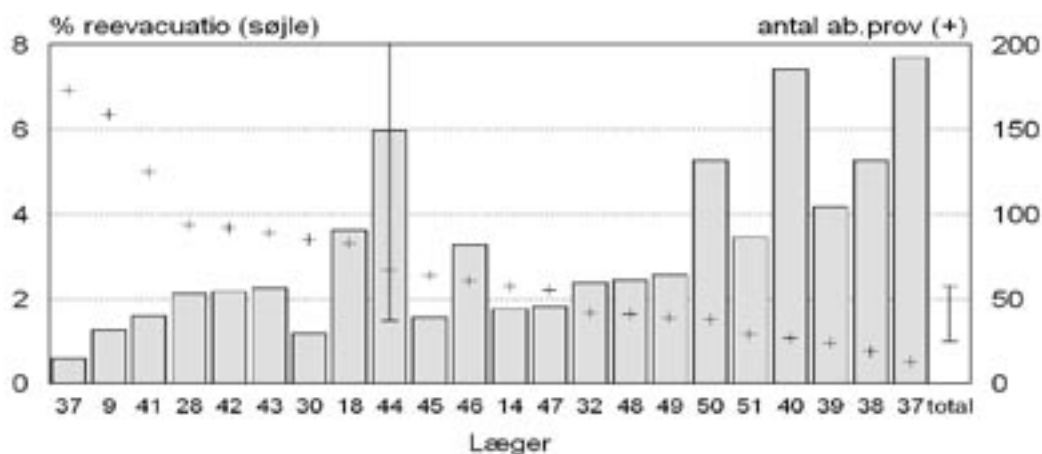


Fig 37 Antallet af reevacuatio pr. måned samt trend. Det skal bemærkes at antallet af udførte aborter ikke er steget i perioden (jvf fig 105b)

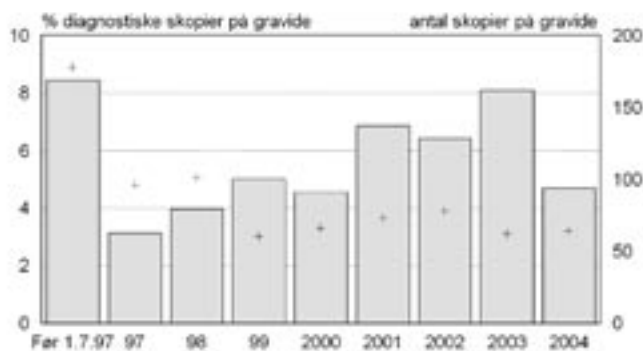
Andelen af indgreb hvor reevacuatio bliver nødvendig fremgår af figur 38. Af de anførte læger er der foretaget mellem en og fire reevacuatio.



Figur 38 Procentdelen af ab. prov. foretaget af den enkelte læge nder bliver reevacuatiokrævende. Læge 44 med 95% konfidensinterval. ”Total” angiver 95% konfidensinterval for hele materialet i perioden 2002 til 2004.

## Ekstrauterine graviditeter

Graviditeter uden for livmoderen behandles almindeligvis med laparoskopisk fjernelse af graviditetsvævet eller hele salpinx. Under tiden kan diagnostikken være vanskelig, og laparoskopi kan være nødvendig på et så tidligt tidspunkt, at graviditeten endnu ikke kan ses under operationen. Disse patienter må ofte undergå endnu en laparoskopi på et senere tidspunkt. Herved kan den



Figur 39 Procentdelen af patienter med eller uden ekstrauterin graviditet, der får foretaget diagnostisk laparoskopi uden graviditeten endnu er synlig i salpinx

første laparoskopi kaldes diagnostisk. Registreringsskemaerne giver os mulighed for at se hvor mange laparoskopier der alene er diagnostiske inden for kategorien ”tidligt gravide”.

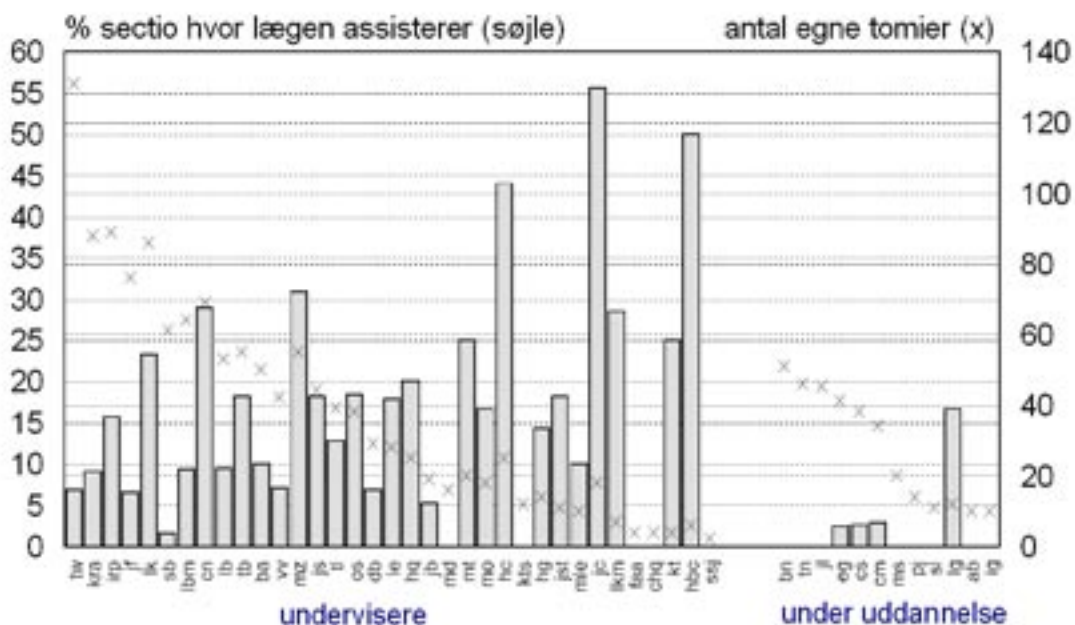
Tallet har været stigende gennem de senere år, men synes nu på ny faldende. Dette kan være en funktion af at forholdet har været bragt frem i faglige sammenhænge. I 1997 studiet METLAP (Methotrexate vs. laparoskopisk beh. af ekstraut.graviditet) introducerede på afdelingen. Det betød at samtlige patienter der blev mistænkt for ekstrauterin graviditet, skulle have taget minimum tre S-hCG. Denne procedure gjorde at blodprøverne ikke sjældent på den tredje værdi viste en faldende tendens,

hvilket reducerede indikationen for laparoskopi (med mindre patienten var smertepåvirket). Efter projektets ophør i 2000, er fokus muligvis lagt på andre områder, hvorved antallet af diagnostiske laparoskopier steg.

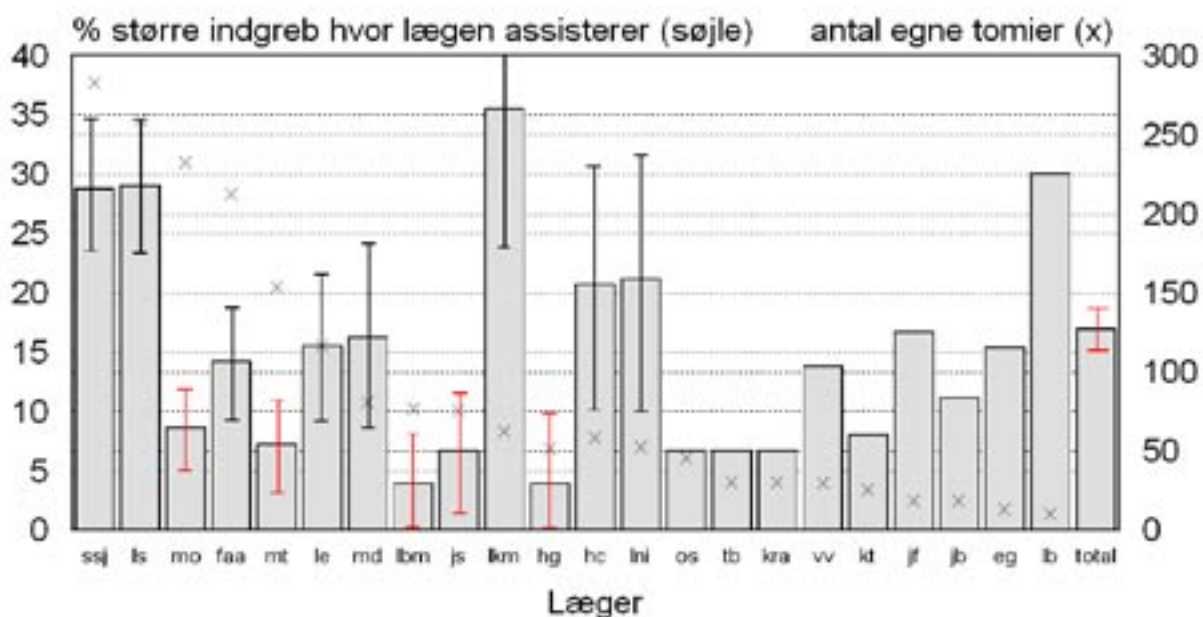
Af figur 39 ses endvidere det kendte forhold at hyppigheden af ekstrauterin graviditet er faldende gennem det seneste årti (N pr år anført med ”+”).

## Undervisning

Ved 195 af 1275 sectio (15,3%) blev operationen overgivet til yngre kollega (17% for større gynækologiske indgreb jvf fig.41). Det drejer sig om 39 operatører der har afgivet fra 0-55% af deres sectio. (2003 til 2004). Som det ses af fig. 40 er der stor individuel forskel på, hvor mange operationer man ”afgiver”, en forskel der nærmest er omvendt proportionel med antallet af operationer. Tallene tyder på at ”uddannelsesprocenten” kan øges i afdelingen, hvor specielt enkelte læger i gruppen af operatører der opererer meget, har et uudnyttet potentiale.



Figur 40 Andelen af sectio der afgives til yngre kollega (søjle) opdelt på operatør (2003-2004) Krydset angiver antallet af ”egne”+”undervisningssectio”. Søjlen angiver hvor mange procent undervisningssituationer der har fundet sted af operatørens totale antal sectio (ex. jeanette christens har 18 sectio og hvoraf hun har assisteret ved de 10).



Figur 41 Andelen af større gyn indgreb (laparotomi, skopi, vaginale indgreb dog uden ab.prov, abrasio og lign.) hvor lægen assisterer (2003-2004). Læger med samlet mindre end 5 indgreb er udeladte. (95% sikkerhedsgrænser er anført)