



Årsredovisning avseende benign hysterektomi 2010

Återrapport från Gynop-registret

**Sammanställning av nationella data inrapporterade till Gynop-registret och GKR
avseende patienter som blivit hysterektomerade
p.g.a. godartade besvär/sjukdom under år 2010**

Jan-Henrik Stjerndahl, docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Mats Löfgren, universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Birgitta Renström, registerkoordinator, Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Ann-Charlotte Nilsson, registersekreterare, Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG.
RAPPORTEN ÄR DISTRIBUTERAD MAJ 2011.**

Årsredovisning avseende benign hysterektomi 2010

Inledning

Nytt för årets rapport är att data finns inkluderade från GKR¹, ett regionalt register som omfattar framförallt stockholmsområdet samt Visby och Karlstad, totalt 11 kliniker.

Med stöd från SKL² och specialistföreningen har data exporterats från GKR och ingår nu i analysen. Arbete pågår med att kontinuerligt konvertera data så att i praktiken alla variabler från GKR kan ingå i åiterrapporterna. GKR:s databas innehåller färre variabler så även fullt konverterad kommer data från GKR inte kunna ingå i alla analyser. Det viktiga har varit att se att konverteringen fungerar dvs. att det går att konvertera data på ett rimligt sätt. Konverteringen automatiseras så att den är lätt att upprepa vid varje export.

Vi anser att det är ett stort framsteg att vi nu i princip har nationell täckning för vår redovisning, även om den än så länge enbart berör ett begränsat antal parametrar och tabeller.

De kliniker som registrerar och rapporterar i hysterektomidelen i Gynop-registret är följande 43 kliniker: Borås, Eksjö, Falun, Gällivare, Gävle, Göteborg Sahlgrenska, Göteborg Östra, Halmstad, Helsingborg, Hudiksvall, Jönköping, Kalmar, Karlskoga, Karlskrona, Kristianstad, Lidköping, Linköping, Ljungby, Lund, Lycksele, Malmö, Mora, Motala, Norrköping, Nyköping, Proxima Motala, Skellefteå, Skövde, Sunderbyn, Sundsvall, Trollhättan NÄL, Umeå, Uppsala, Varberg, Värnamo, Västervik, Västerås, Växjö, Ystad, Örebro Läkargruppen, Örebro USÖ, Örnsköldsvik och Östersund.

Kliniker vars data kunnat hämtas från GKR avseende kirurgi på inre genitalia är följande 11 kliniker; Danderyd, GynStockholm S:t Göran, Karlstad, Karolinska Huddinge, Karolinska Solna, Nacka, Norrtälje, Sabbatsberg, Södersjukhuset, Södertälje och Visby.

Som övervägande benämning av klinikerna har vi använt deras geografiska lokalisering och ej deras egennamn. T ex Norrlands universitetssjukhus kan nog inte alla direkt relatera till men Umeå är lättare.

Validiteten

Vid bedömning av data måste hänsyn tas till patientantalet och validiteten dvs. att data är kompletta och att inte bortfallet är för stort.

För selektioner i materialet är informationen given i den preoperativa hälsodeklarationen viktig, då det annars är omöjligt att begränsa bristande validitet i redovisningen pga. casemix.

I nedanstående figur ang. andel ifyllda hälsodeklarationer ingår alla operationstyper i Gynop-registret. I GKR används hälsodeklaration endast för den urogenitala kirurgin, varför vi valt att enbart ta med data angående den urogenitala kirurgin från GKR i denna figur. De enskilda klinikerna har rangordnats efter procentuell andel ifyllda hälsodeklarationer.

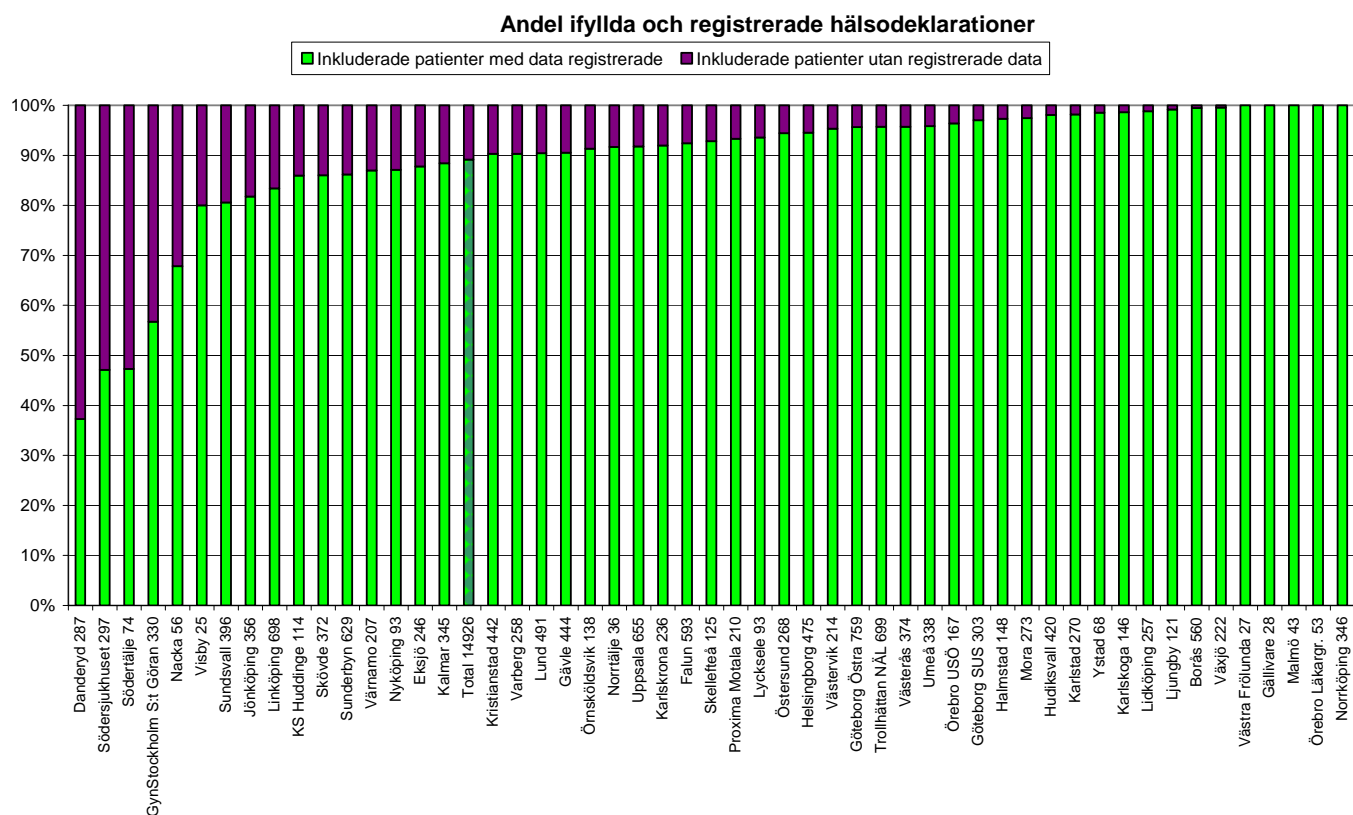
Ett stort bortfall i registrerade data innebär själfallet en stor osäkerhet (validitet) i analyserna. När det gäller de enkäter som patienterna fyller i tyder ett stort bortfall i andelen registrerade enkäter på

¹ GKR = Gynekologiskt KvalitetsRegister, ett regionalt register som omfattar framförallt stockholmsområdet samt Visby och Karlstad, totalt 11 kliniker.

² SKL = Sveriges Kommuner och Landsting

att det brister i klinikens administrativa rutiner, eftersom patienterna svarar i synnerligen hög omfattning om de får möjligheten att göra det.

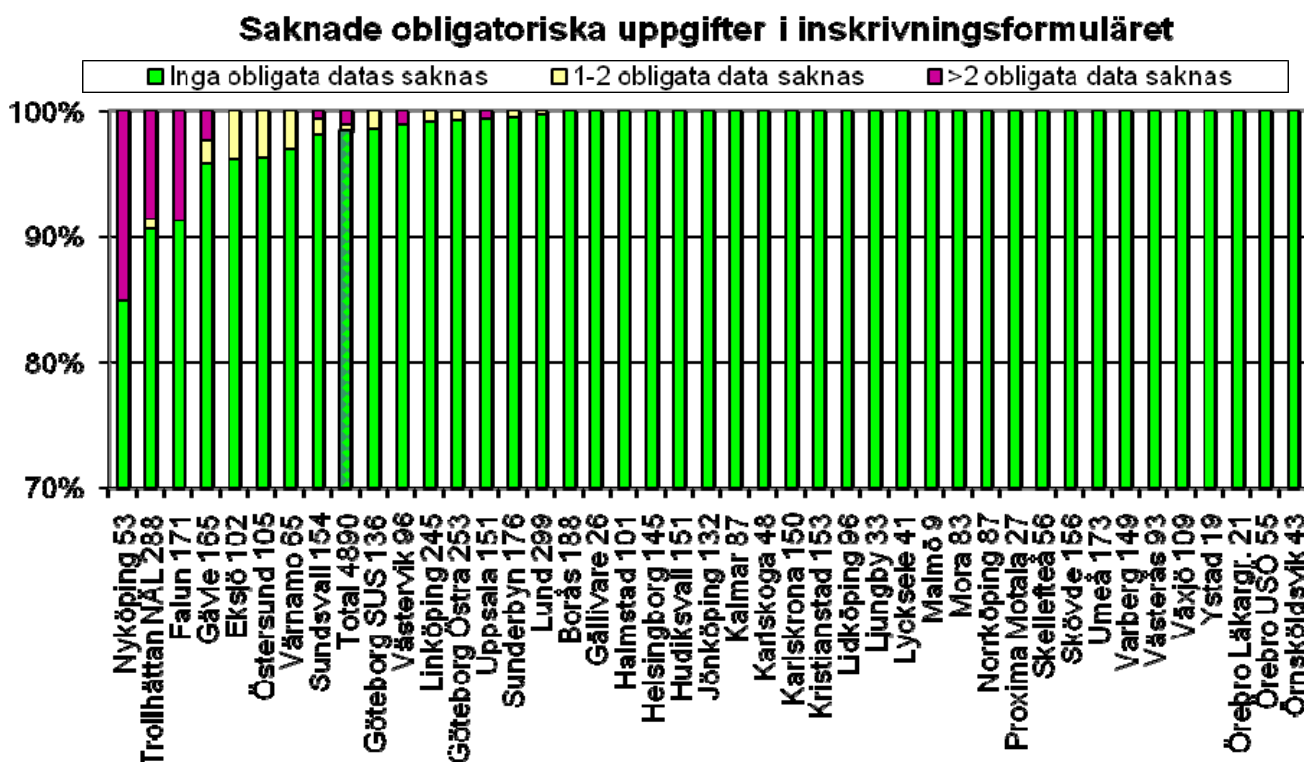
I nedanstående figur visas andelen registrerade preoperativa patientenkäter för respektive klinik. Klinikerna har rangordnats efter frekvensen registrerade enkäter.



En förutsättning för valida data är också att de olika formulären som fylls i av läkaren vid inskrivning, operation och utskrivning är komplett ifyllda och registrerade vad gäller obligata data. Vi kan i Gynop-registret se att majoritet av klinikerna fyller i över 90 % av de obligata data som formulären efterfrågar.

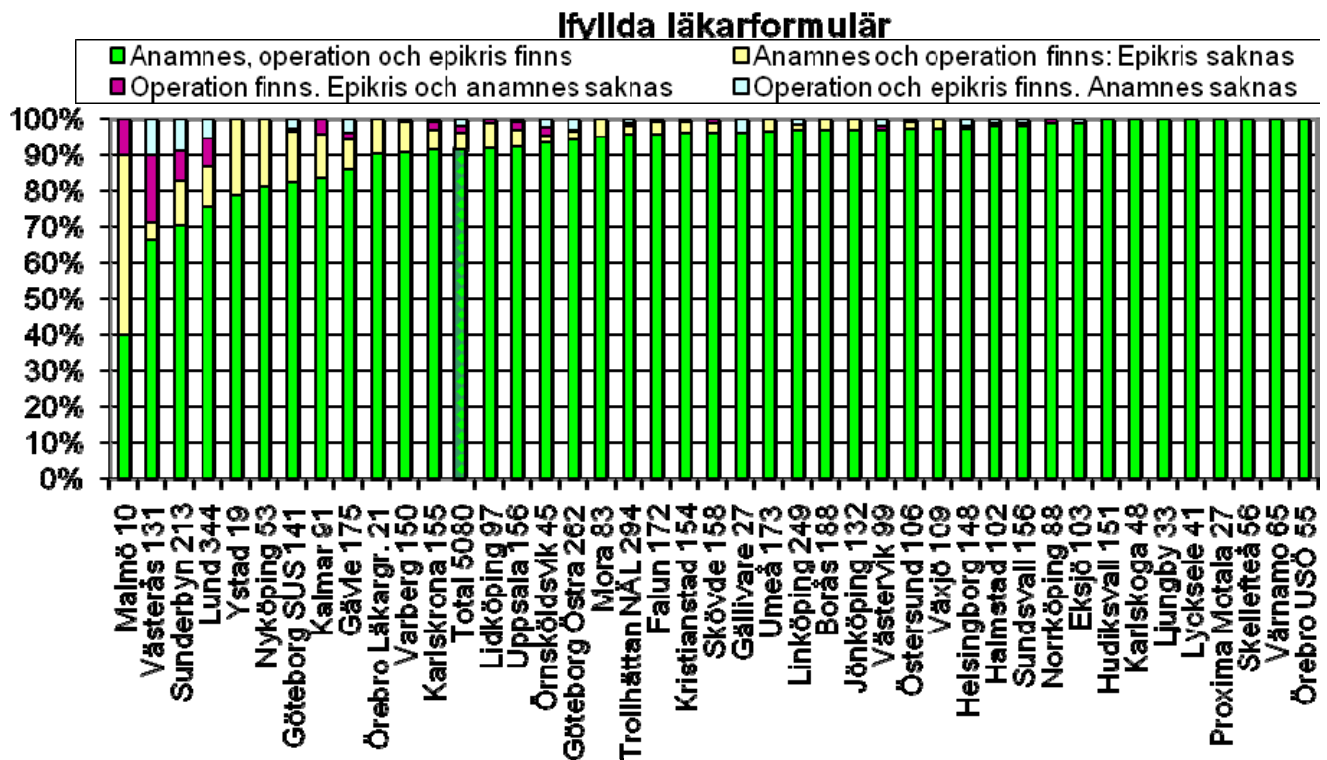
Tittar man mer specifikt på de enskilda formulären t.ex. inskrivningsformuläret, så ser man att om formuläret fylls i direkt i programvaran vid inskrivningen, så fylls i regel formuläret i med kompletta data till skillnad mot om formuläret fylls i på papper. Orsaken är troligen att det finns en mängd uppmaningar och påminnelser i systemet om formuläret ej är komplett ifyllt. I längden är detta tidsbesparande då sekreterarna inte behöver jaga doktorer för att få ifyllt saknade data. Detta bör man ta i beaktande vid diskussionen som ofta kommer upp runt alla kvalitetsregister, oavsett specialitet, angående den extra tid det tar för läkarna att fylla i registret.

I nedanstående figur har klinikerna rangordnats efter hur stor andel av inskrivningsformulären som haft kompletta data registrerade avseende obligata parametrar.



Att kvalitetssäkra den vård som utförs är en självklarhet och likaså att det måste få ta tid. Det mesta av tiden beror dock inte på registren eller på antalet variabler utan på **när** man väljer att registrera uppgifterna. Att registrera in data i programvaran direkt efter operationen innebär förutom en hög validitet i registrerade data en synnerligen marginell tidsåtgång på ett par minuter, eftersom läkaren då har alla uppgifter aktuella och inte behöver kontrollera någonting. Detta till skillnad från om data skall rekapituleras och föras in i efterhand.

I nedanstående figur visas andelen ifyllda läkarformulär för respektive klinik. Klinikerna rangordnade efter andel ifyllda läkarformulär för anamnes, operation och epikris.

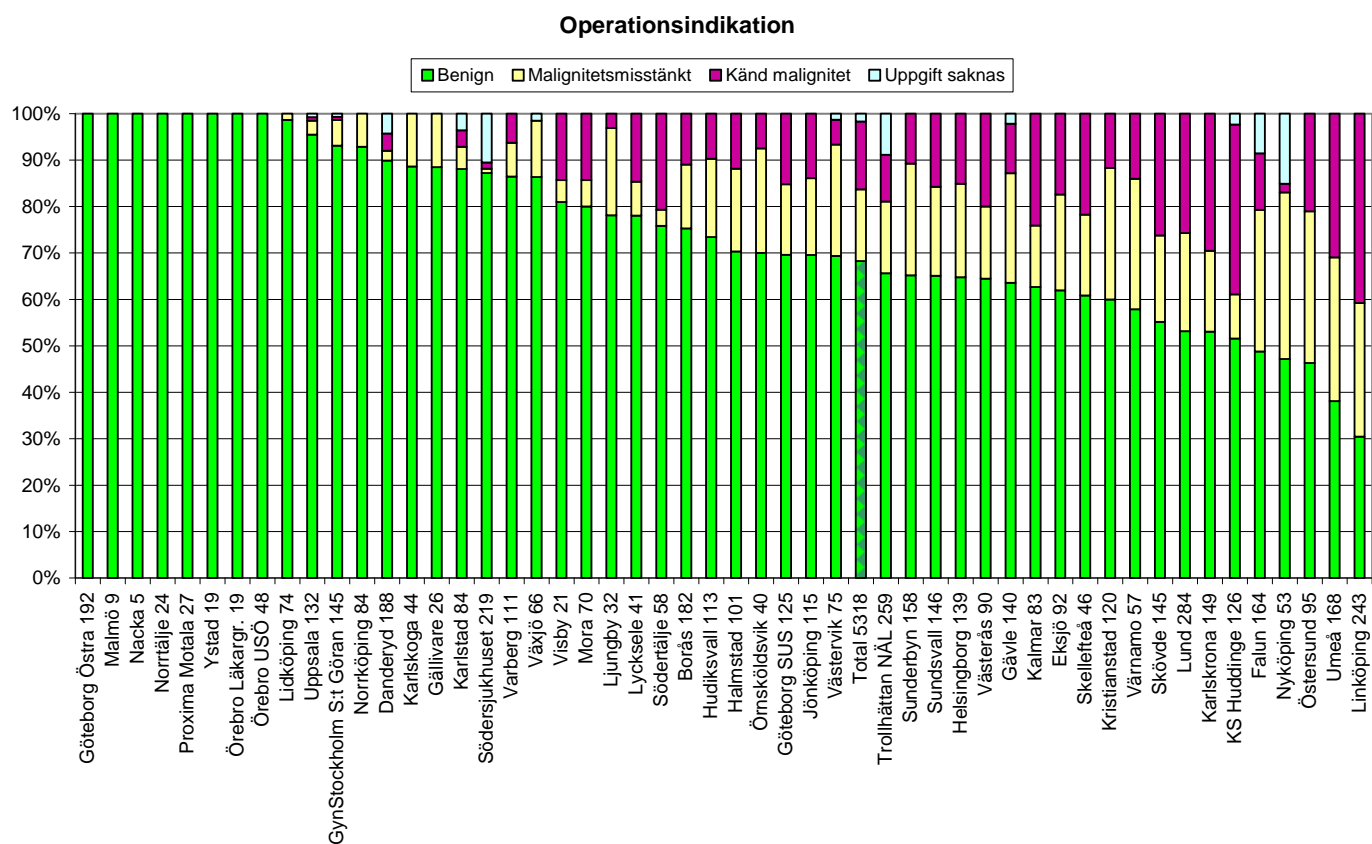


Operationsindikation

En operation som utförs p.g.a. elakartad sjukdom kan inte rakt av jämföras med en operation som utförs p.g.a. subjektiva godartade besvär. Operationsindikationerna är därför uppdelade i benign, malignitetssuspekt och känd malignitet.

För närvarande görs inte denna uppdelning efter samma kriterier i Gynop-registret och GKR då man i GKR gör uppdelningen efter operationen då man fått svar på PAD medan man i Gynop-registret gör uppdelningen i benign, malignitetsmisstänkt resp. malign förändring efter vad man förväntar före operationen (intention to treat).

I nedanstående figur avseende vad som varit indikationen för operationen visas andelen patienter som inkluderats p.g.a. malignitet, malignitetsmisstänkt resp. benign förändring. Det råder stor variation mellan klinikerna avseende vilka indikationer som förekommit hos de inkluderade patienterna

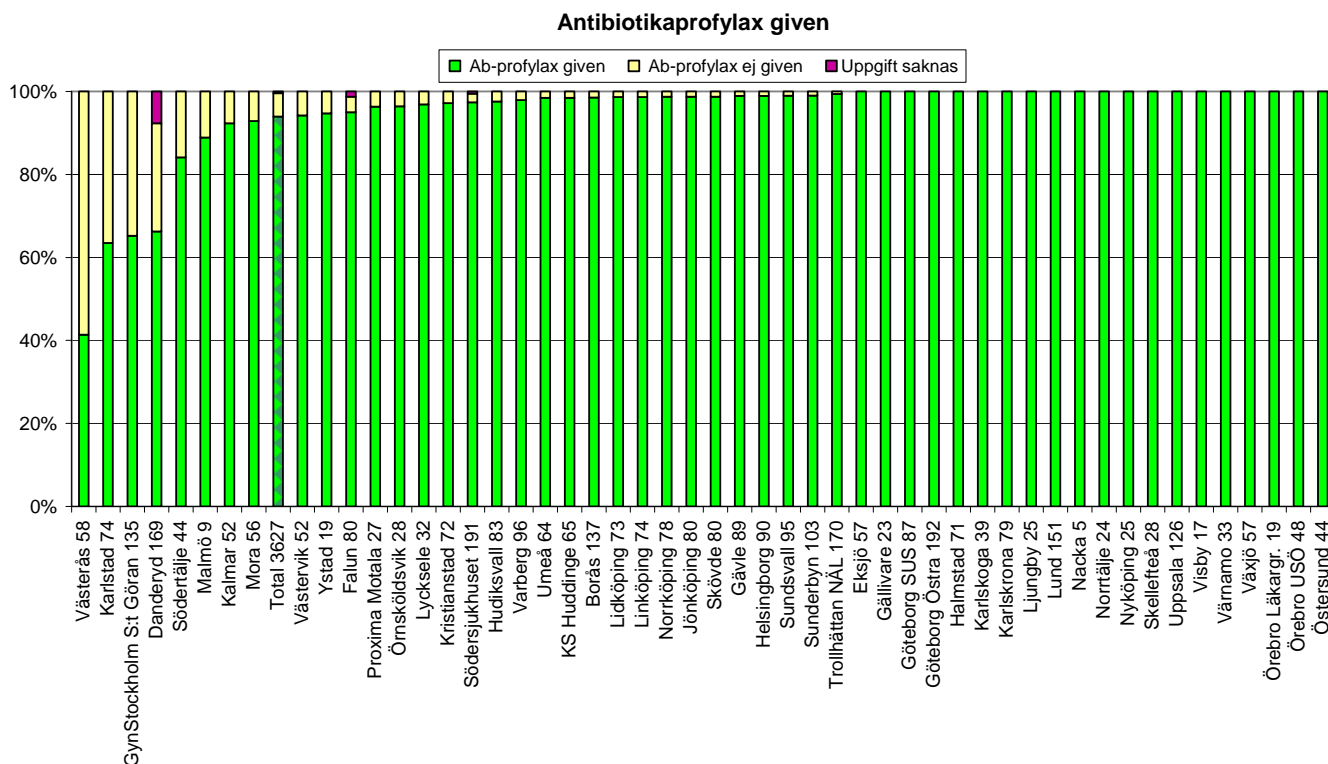


P.g.a. ovanstående variation i operationsindikation mellan klinikerna presenteras i resterande del av denna rapport enbart hysterektomier utförda på benign indikation.

Antibiotikaprofylax

Antibiotikaprofylax används närmast generellt i landet vid hysterektomi som utförs p.g.a. godartade besvär. Av de 52 kliniker där det finns registrerat om antibiotikaprofylax använts har alla utom 6 kliniker en användningsfrekvens överstigande 90 %.

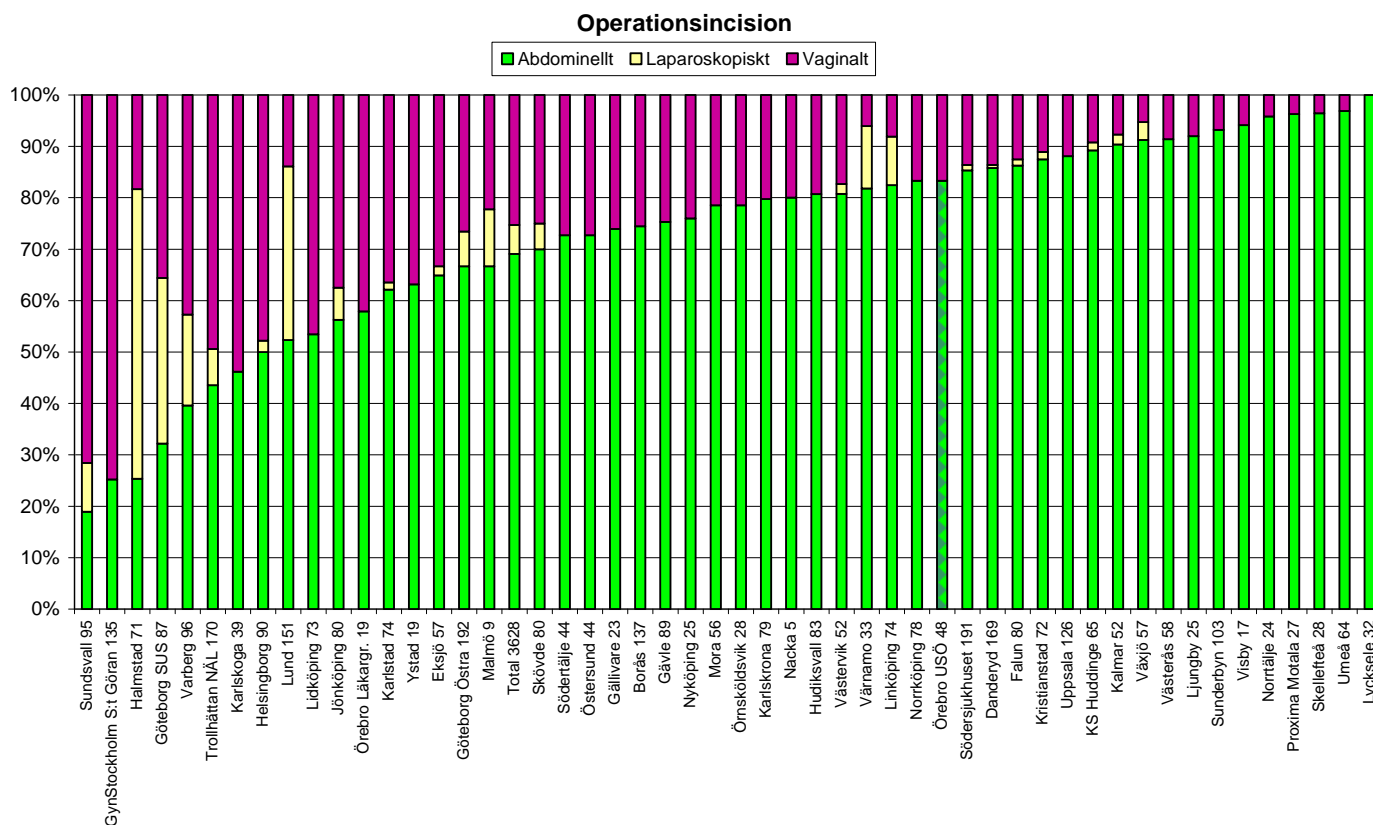
I nedanstående figur visas frekvensen nyttjad antibiotikaprofylax hos respektive klinik vid hysterektomi utförd på benign indikation. Då i tidigare rapporter klart visats nyttan med antibiotikaprofylax vid dessa operationer har klinikerna rangordnats efter frekvens nyttjad antibiotikaprofylax.



Incision vid hysterektomi

Vid selektion av enbart benigna hysterektomier ser man en kraftig skillnad mellan huruvida kliniker opererar öppet abdominellt eller med minimalinvasiv teknik vaginalt eller laparoskopiskt. Skillnaden för frekvensen abdominella hysterektomier varierar från 100 % till 20 %. Västerbotten intar en särställning där över 95 % av alla benigna hysterektomier utförs med öppen kirurgi att jämföra med t.ex. Halmstad, St. Görän och Sundsvall där den öppna kirurgin utgör endast en fjärdedel. Detta beror på skillnader i traditioner och operativ prioritering. Dessa stora skillnader kan inte bero på casemix. Det är förvånande att vissa kliniker i mer än 90 % av de här operationerna fortfarande använder öppen bukkirurgi vid ett benigt ingrepp när minimalinvasiva alternativ sedan länge finns etablerade och som enligt övertygande vetenskaplig dokumentation ger färre komplikationer typ sårinfektion och ärrbräck, medför kortare tid till fullgod ADL-funktion och kortare konvalescenstid.

I nedanstående figur har klinikerna rangordnats efter frekvensen använd öppen kirurgi vid hysterektomi utförd på benign indikation

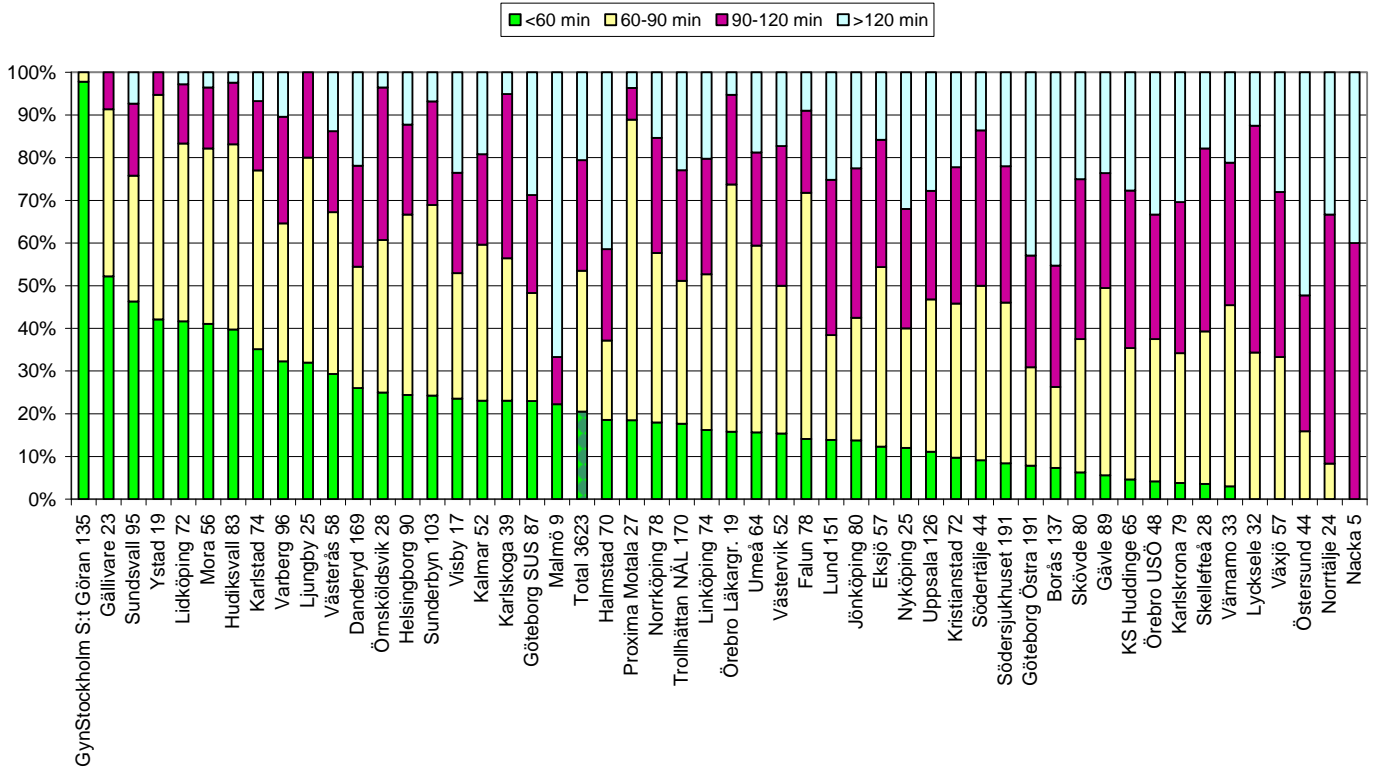


Robotkirurgi har även börjat etablera sig. I registret ingår nu att robotkirurgi kan registreras och av totalt 2500 operationer har 80 påbörjats med robotassisterad laparoskopisk kirurgi. I registret återfinns 5 i Jönköping, 35 i Lund, 14 i Varberg och 26 i Halmstad.

Operationstid

Operationstiden vid benign hysterektomi har delats in i fyra klasser från under 1 timme till över 120 min. indelat i 30-minutersintervall. Huruvida operationstiden är en kvalitetsparameter kan självfallet diskuteras. Det behöver inte nödvändigtvis bli bättre för att man opererar på kortare tid, däremot är det en klar resursbesparing. Andelen kliniker som utför hysterektomi med operationstid understigande 1 timme varierar från över 90 % till enstaka procent. I nedanstående figur har klinikerna rangordnats efter andel operationer med operationstid understigande 60 min.

Operationstid klassindelad

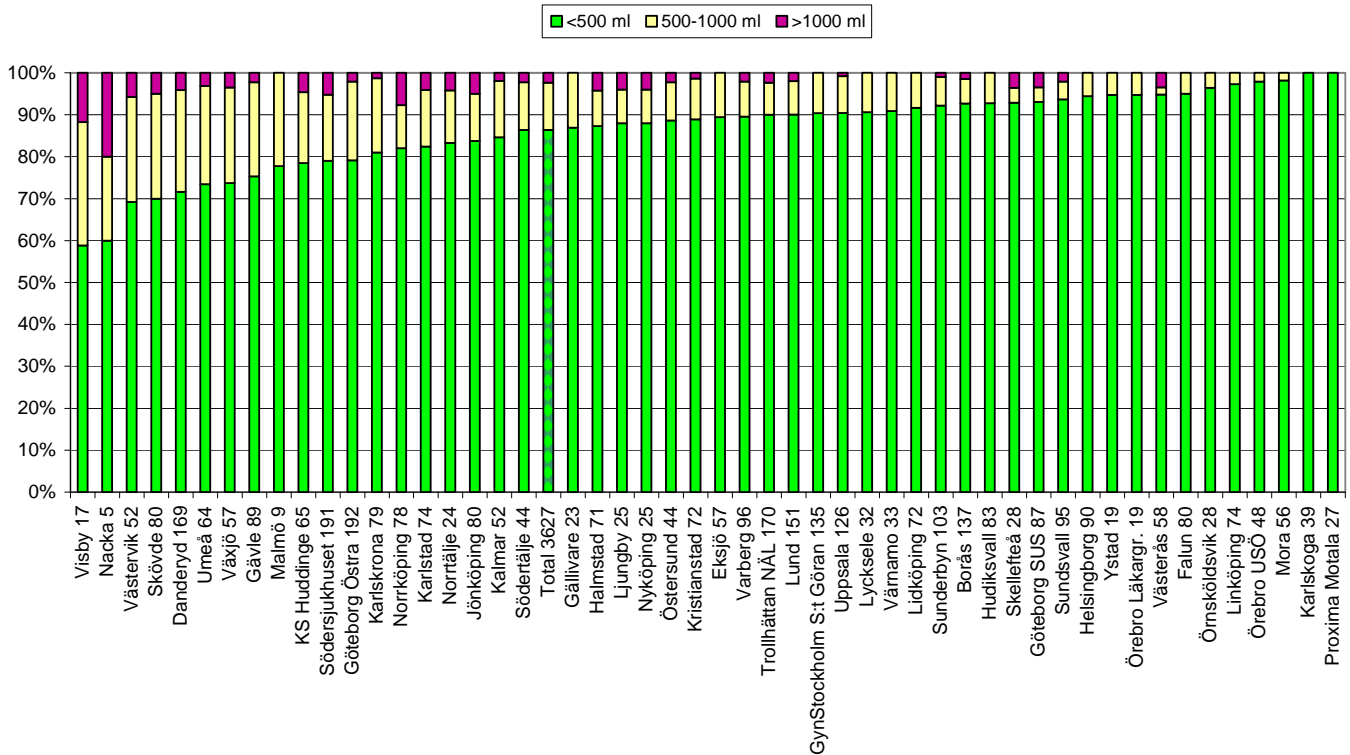


Blödningsmängd vid operation

Hur mycket patienten blöder under operationen är en kvalitetsparameter som speglar operatörens noggrannhet och strävan att uppnå optimal hemostas. Blödningsmängden vid operationen har indelats i tre klasser; under 0,5 liter, 0,5-1 liter och över 1 liter blödning. Andelen patienter som blöder mindre än 0,5 liter vid hysterektomi som utförs vid godartade tillstånd varierar mellan klinikerna från 100 % till ned mot 60 %. Den stora skillnaden är inte slumpmässig. Däremot kan skillnader föreligga mellan klinikerna i hur blodförlusten mäts.

I nedanstående figur har klinikern rangordnats efter hur stor andel av operationerna som genomförts där det blött mindre än 500 ml under operationen.

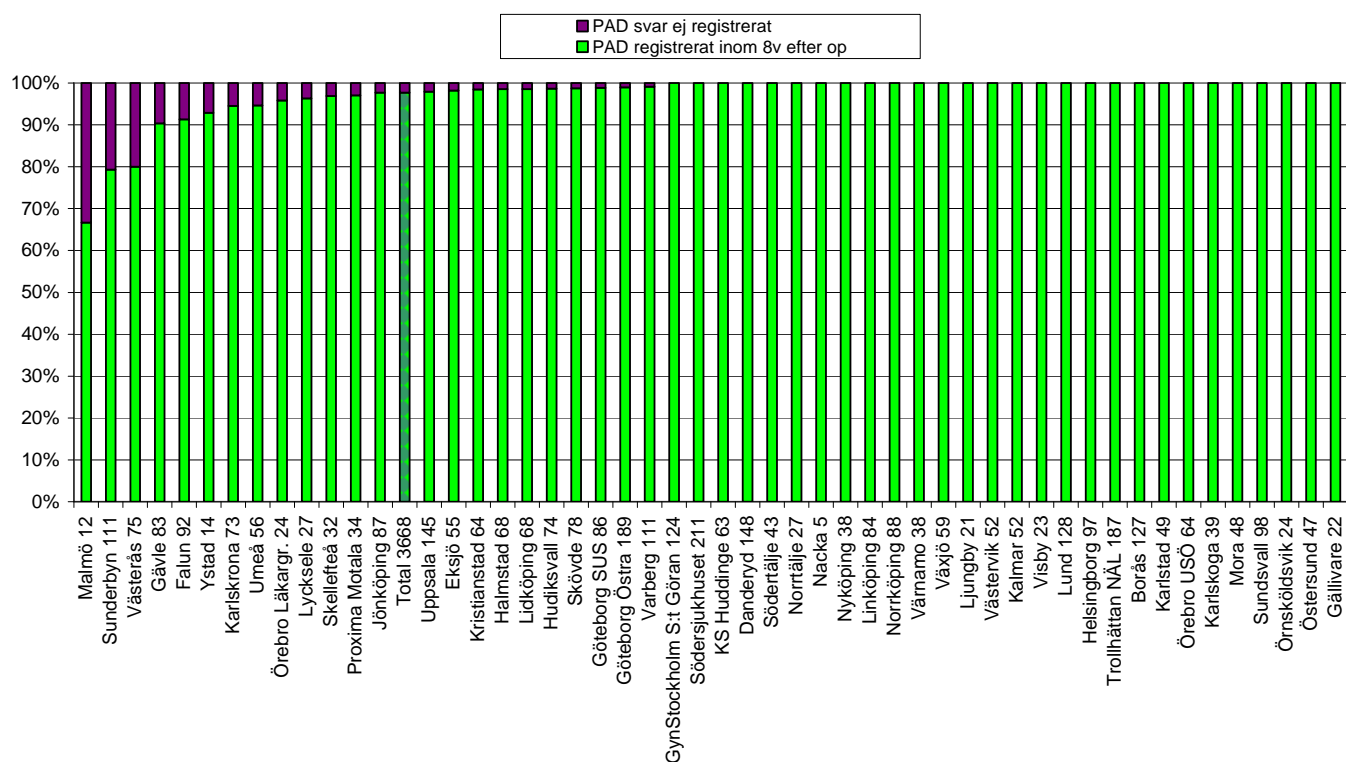
Blödningsmängd klassindelad



Tid till PAD-svar

För patienten är väntetiden mellan operation till att de får veta svaret från PAD en tid som i olika grad präglas av oro och osäkerhet, beroende på hur säker diagnosen var vid operation. Generellt ska det vara kortast möjliga tid tills patienten får besked avseende PAD. I registret ser vi att av 52 kliniker har 42 kliniker PAD-svar registrerat inom 8 veckor. Orsaken till att det tar längre tid än 8 veckor från operationen till att PAD registreras kan säkert i många fall bero på andra faktorer än att man är sen med att registrera på den egna kliniken. Orsaken kan också vara att svaret dröjer från patologen. Nedanstående figur visar således även hur kommunikationen fungerar mellan respektive kvinnoklinik och tillhörande patologklinik.

PAD-svar registrerat inom 8 veckor efter operation



Infektion postoperativ

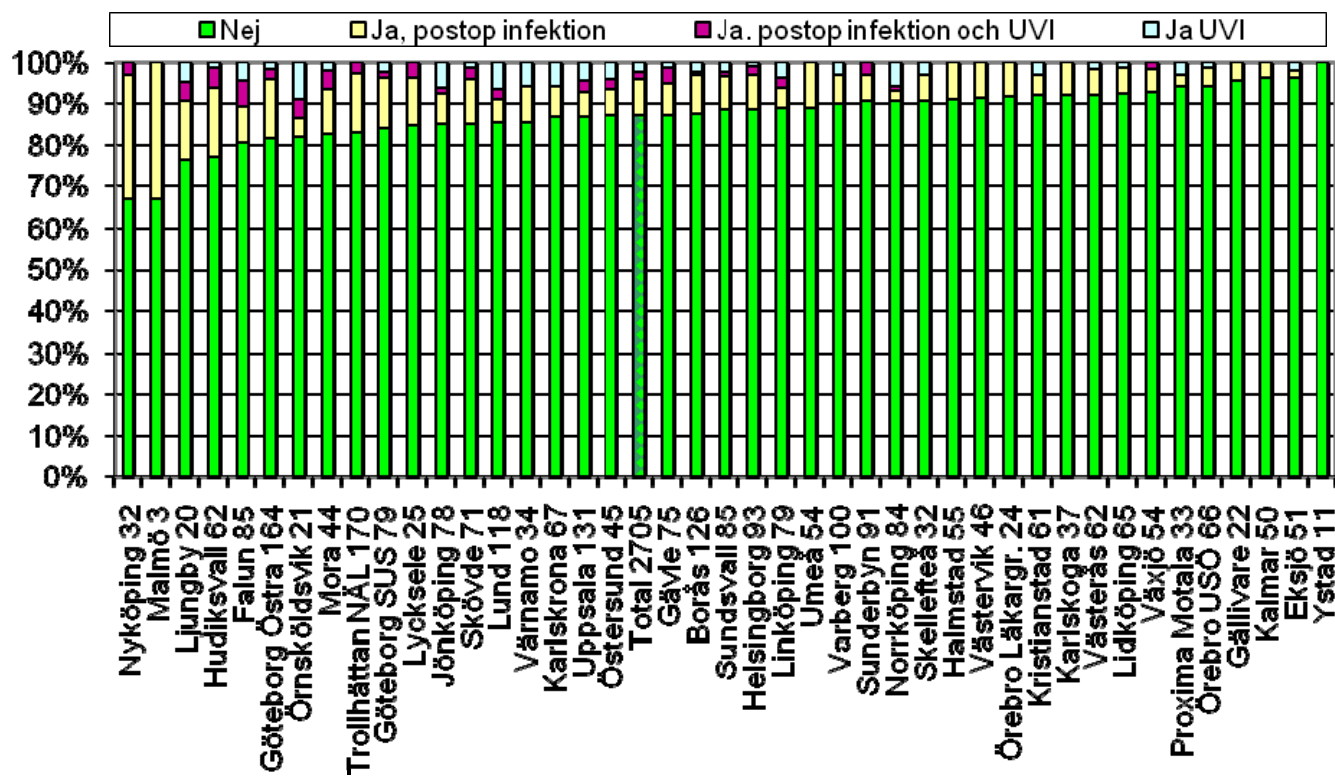
I registret indikeras och registreras postoperativ infektion utifrån det faktum att patienten har fått behandling med antibiotika efter operationen. Antibiotika förskrivs av läkare och har patienten fått antibiotika innebär det att en läkare har bedömt att en infektion föreligger som kräver antibiotikabehandling.

Detta behöver inte nödvändigtvis alltid innebära en säkerställd infektion. Kan för kliniker med hög frekvens infektion också vara ett uttryck för en överförskrivning av antibiotika, vilket också är ett kvalitetsproblem. Ökande problem med infektionsbehandling p.g.a. tilltagande antibiotikaresistens visar på nödvändigheten av att antibiotika inte skall förskrivas om inte infektion är säkerställd.

Andelen patienter som rapporterat infektionsfrihet utifrån att ingen antibiotikabehandling har getts varierar mellan 100 – 60 % beroende på klinik med ett genomsnitt på ca 90 %. Huruvida variationen mellan klinikerna enbart speglar en de facto skillnad avseende infektionsfrekvensen eller är ett uttryck för skillnader i antibiotikaförskrivningspolicy går ej att avgöra.

I nedanstående figur visas per klinik frekvensen infektioner inom 8 veckor efter operationen som föranlett att antibiotikabehandling ordinerats av läkare. Klinikerna rangordnade efter frekvens där sådan behandling ej givits.

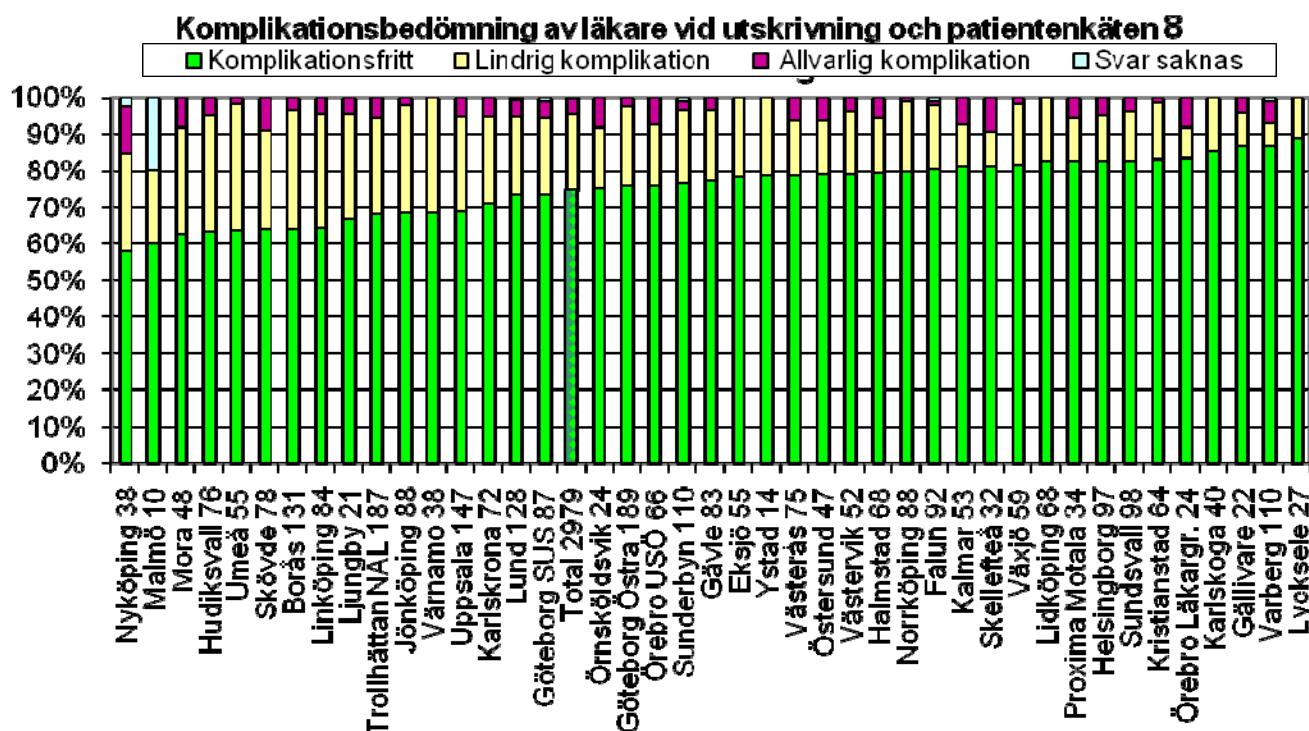
Antibiotikabehandlad infektion registrerad i utskrivningsformulär och i 8-veckorsenkät



Komplikationsbedömning

Denna baseras på läkarens komplikationsbedömning vid patientens utskrivning och av patientens enkät ifylld 8 veckor efter operationen. Komplikationsfrekvensen varierar från 90 % till 60 % beroende på klinik. Komplikationer som bedömts som allvarliga är mer sällsynta, enbart totalt 4,4 % av patienterna bedöms av läkare ha en mer allvarlig komplikation. Skillnader i allvarliga komplikationer mellan klinikerna faller inom slumpvariationen. Andelen lindriga komplikationer är dock högre och är mera klinikvarierande, men kan även spegla lokala variationer i vad läkare bedömer vara en lindrig komplikation.

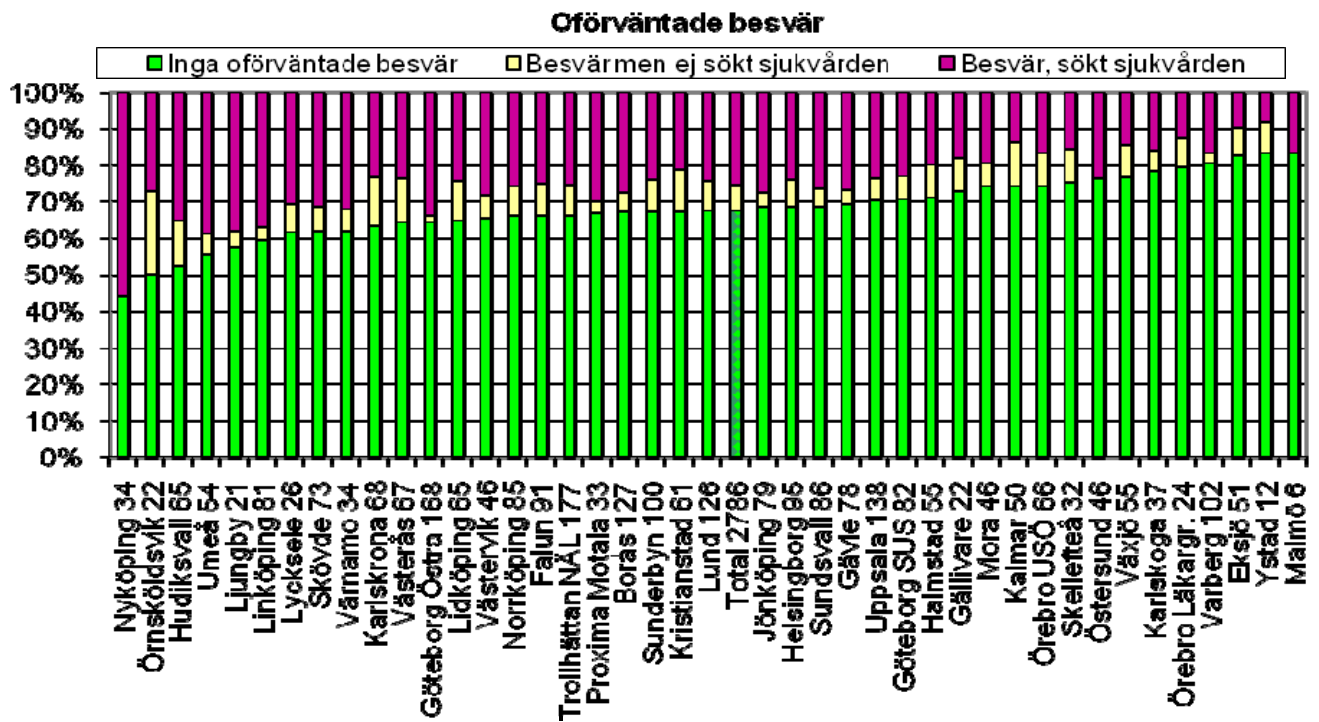
I nedanstående figur är klinikerna rangordnade efter frekvensen komplikationsfritt förlopp efter operationen.



Oväntade besvär

I den postoperativa enkäten 8 veckor efter operation uppger patienten om oförväntade besvär har inträffat. Här används inte terminologin ”komplikation” eftersom det har bestämts inom registret att det uttrycket skall reserveras för läkarbedömningar. Patienter som inte rapporterat några som helt oförväntade besvär postoperativt varierar från 44 % till över 80 %.. Hur allvarliga dessa besvär varit för patienten kan mätas med huruvida de föranlett något sjukvårdsbesök eller ej. Frekvensen besvär som föranlett oplanerat sjukvårdsbesök varierar mellan klinikerna från 10 % till drygt 50 %. Att det skulle vara så stor skillnad mellan sjukhusen när det gäller patienternas postoperativa besvär är inte troligt, däremot finns anledning att söka orsaken i vilka förväntningar och vilken information patienterna har fått före och efter operationen.

I nedanstående figur visas andelen oförväntade besvär som patienterna angett uppträtt inom 8 veckor efter operationen. Klinikerna är rangordnad efter frekvens ”inga oförväntade besvär”.

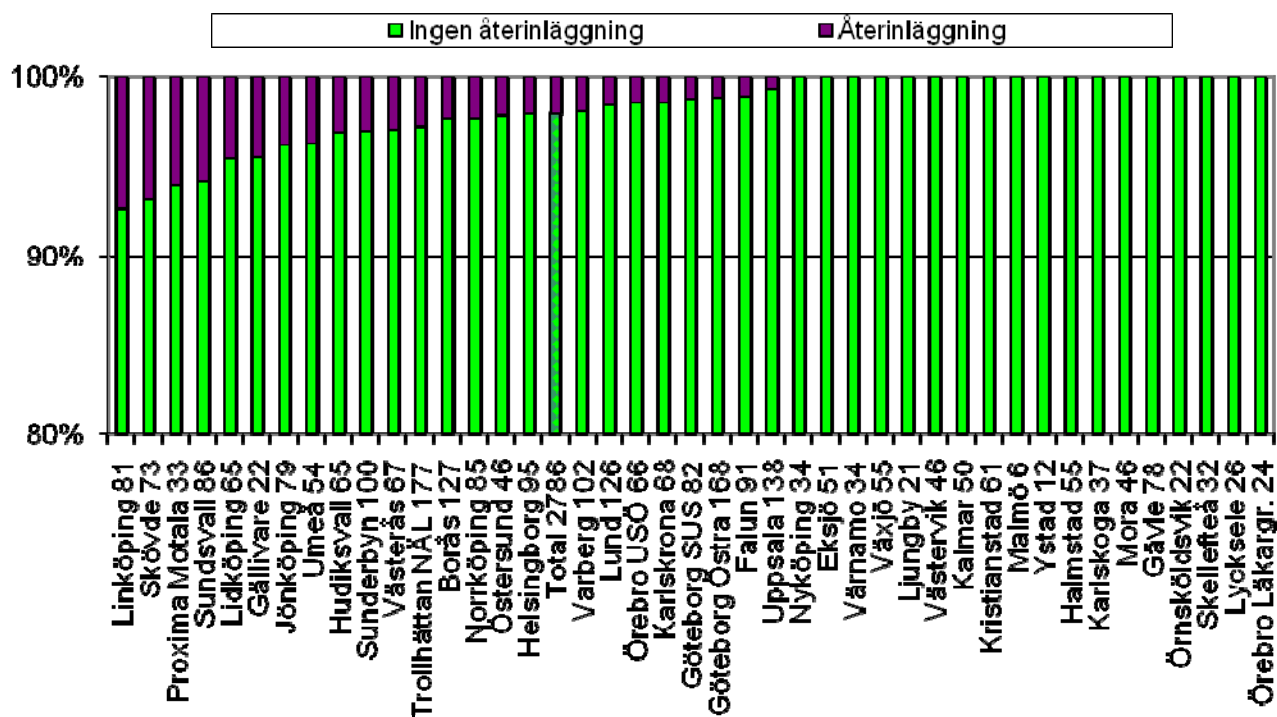


Återinläggning

Att patienten har fått besvär efter att ha blivit opererad som föranlett återinläggning på sjukhus bedöms ofta som en allvarlig komplikation. I genomsnitt för landet har 2 % av patienterna blivit återinlagda. Skillnaden mellan klinikerna är lite för stor för att enbart vara slumpberoende. En fråga är dock om återinläggning görs p.g.a. en allvarlig komplikation. En patient som kommer sent på kvällen p.g.a. besvär och får stanna över natten för att bedömas och kan gå hem påföljande morgon kan snarare än allvarlig komplikation vara ett uttryck för god sjukvård. Även geografiska avstånd mellan patientens bostad och sjukhuset kan påverka handläggningen. Vi har därför infört att presentera återinläggning överstigande 2 nätter eller mer som en bättre indikator på huruvida det faktiskt varit en komplikation än att patienten bara stannat över natten för observation.

I nedanstående figur visas andelen patienter som behövt återinläggas och kvarstannat mer än 2 nätter på sjukhus. Klinikerna rangordnade efter frekvens ”ingen återinläggning”.

Återinläggning

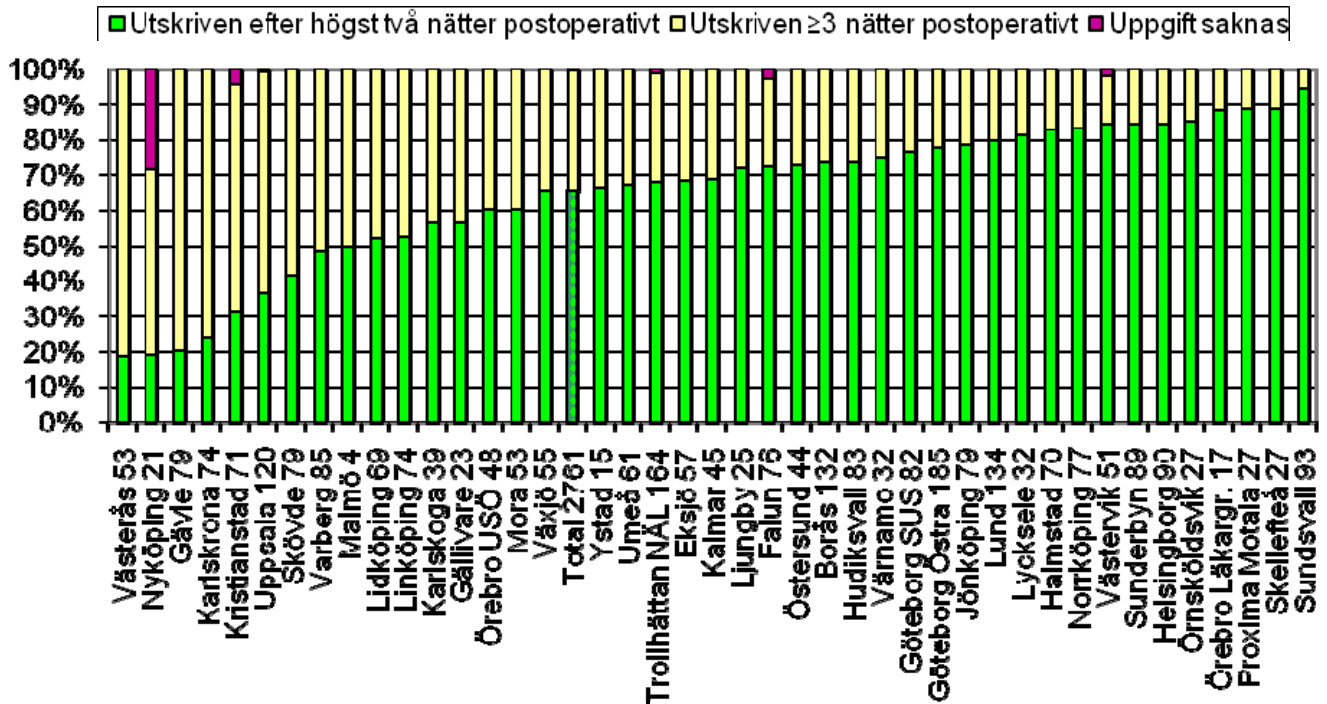


Vårdtid

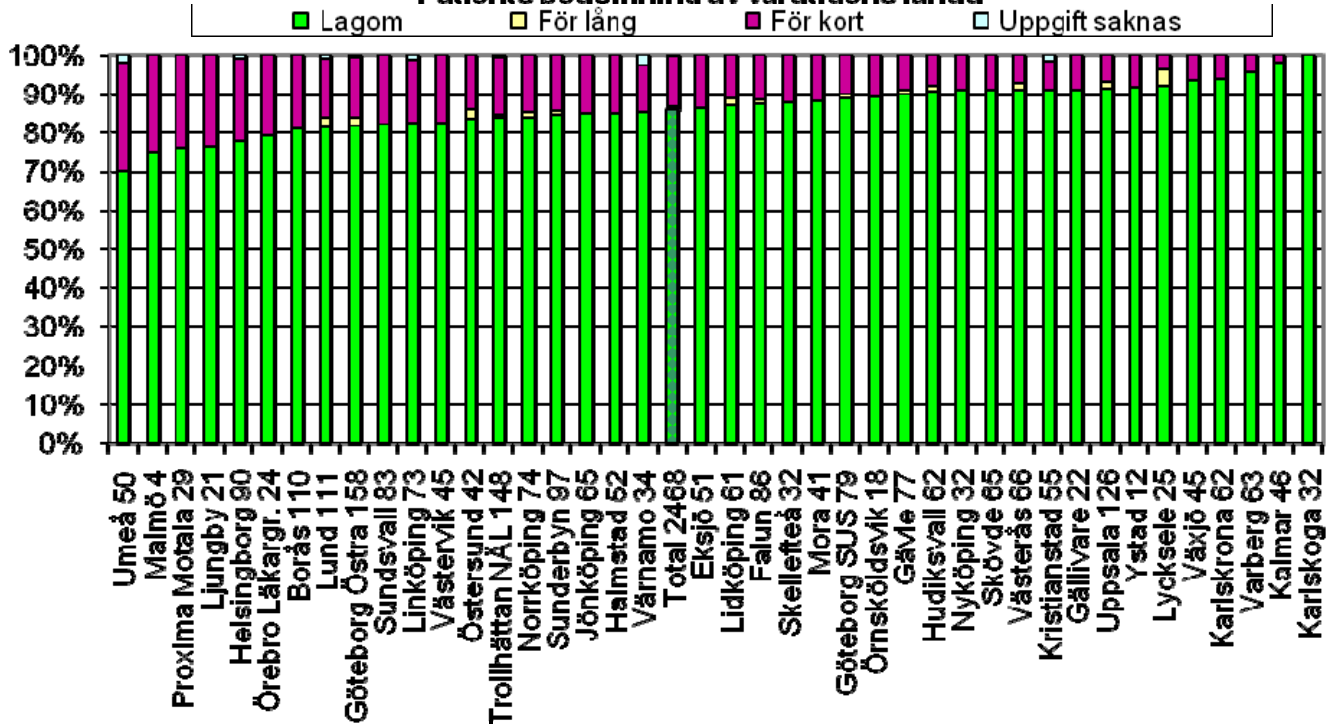
Patientens vårdtid efter hysterektomi är klart varierande mellan klinikerna i landet från att bara 15 % av patienterna är utskrivna efter högst 2 nätter efter operation upp till att 90 % av patienterna är utskrivna inom denna tidsperiod. Detta beror troligen på ett flertal faktorer som vilken operationsmetod man använt, typ av narkos och smärtlindring samt skillnader i lokala traditioner.

I nedanstående figurer visas vårdtidernas längd per klinik och patienternas uppfattning om vårdtidens längd. Klinikerna har rangordnats efter andelen patienter som kunnat skrivas ut från sjukhuset inom 2 dygn efter operationen resp. andelen patienter som tyckte att vårdtiden var lagom lång.

Vårdtid



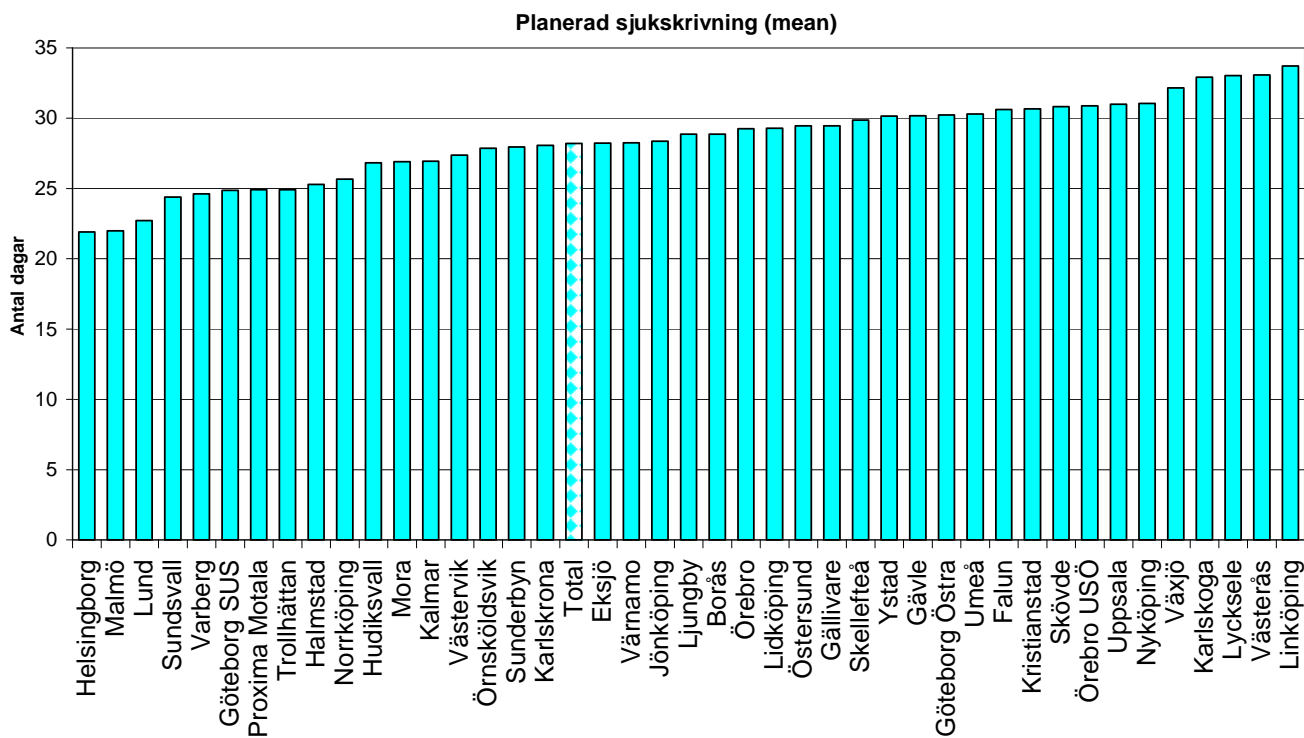
Patients bedömning av vårdtidens längd



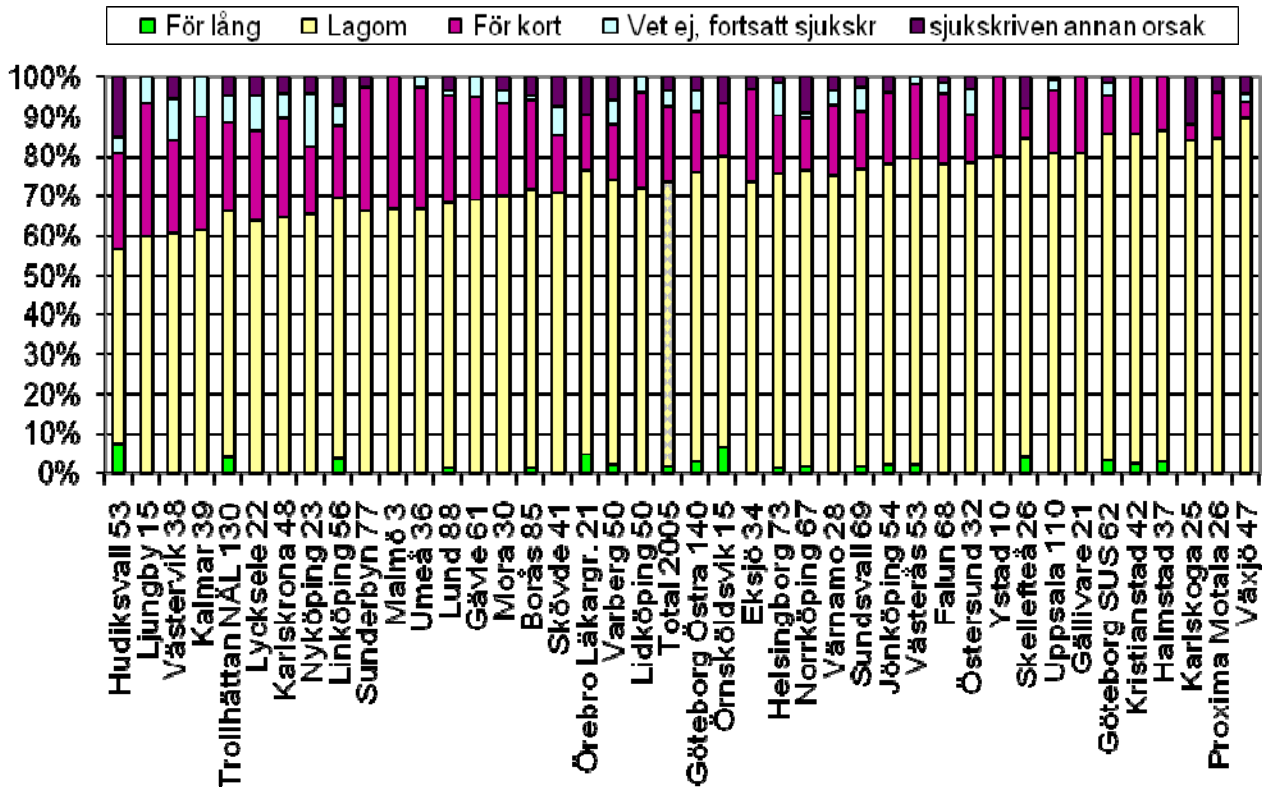
Vårdtidens och sjukskrivningstidens längd

Intressant är att vårdtidens längd inte i större grad korrelerar till patientens bedömning av huruvida denna var adekvat eller inte. Det samma gäller den givna sjukskrivningen. Den planerade sjukskrivningen vid utskrivningen varierar från i genomsnitt 22 dagar till 34 dagar. Lika intressant är att patientens bedömning huruvida sjukhusvistelsen var lagom lång, inte heller korrelerar speciellt väl med den de facto givna sjukskrivningstiden.

I nedanstående figurer visas den vid utskrivningen givna sjukskrivningstiden i genomsnitt per klinik resp. patienternas uppfattning om sjukskrivningstiden var lagom lång eller inte.



Patientens bedömning av sjukskrivningstidens längd

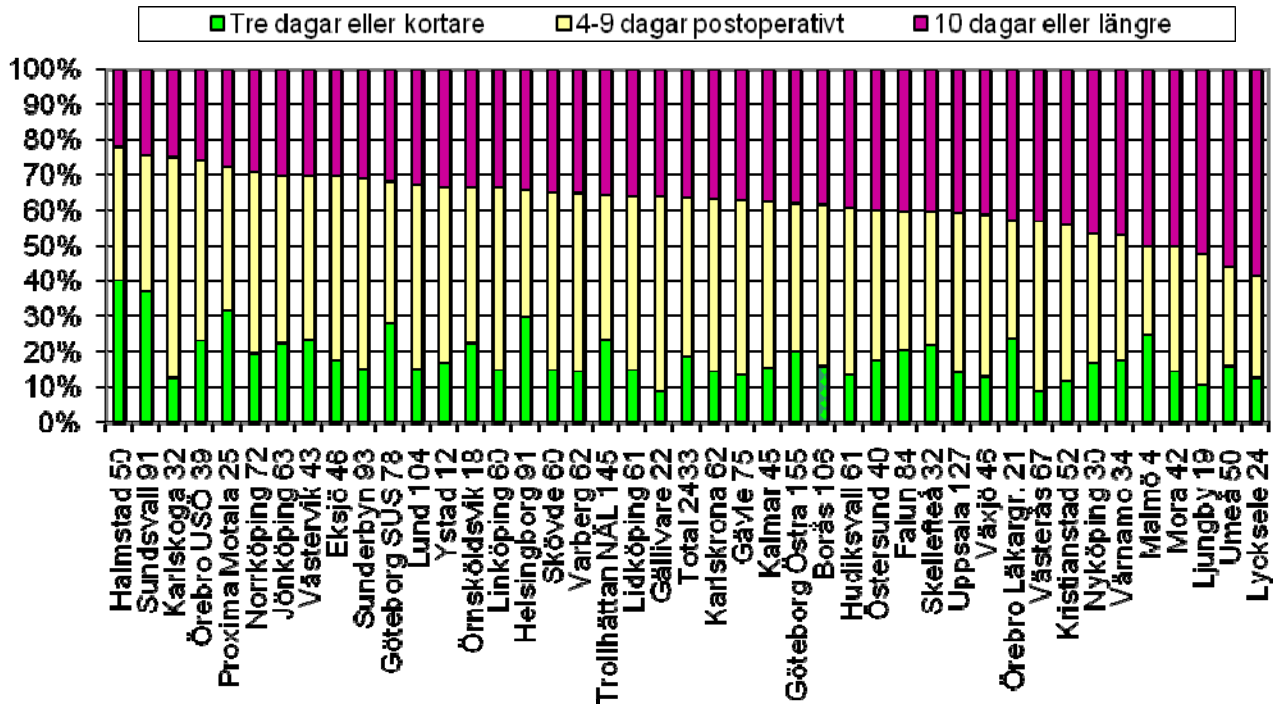


Ett relativt stabilt mått för hur snabbt patienten återhämtar sig postoperativt oavsett patientmix är hur lång tid som krävs till normal ADL³. Det patienten bedömer är hur snart efter operationen hon klarar av dagliga rutiner som att sköta egen hygien, handla, laga mat etc i samma utsträckning som före operationen. Totalt sett finns en klar skillnad mellan klinikerna avseende tiden till normal ADL. Det man kan se är att det finns en korrelation mellan kort ADL-tid och hur stor andel minimalinvasiv operationsmetod som har använts.

I nedanstående figur visas hur lång tid det tog efter operationen innan patienten klarade normal ADL. Klinikerna rangordnade efter hur stor andel av patienterna som behövde 10 dagar eller längre tid.

³ ADL = Activity of daily life; dvs att patienten själv kan klara av dagliga rutiner som att sköta egen hygien, handla, laga mat etc.

Dagar till normal ADL

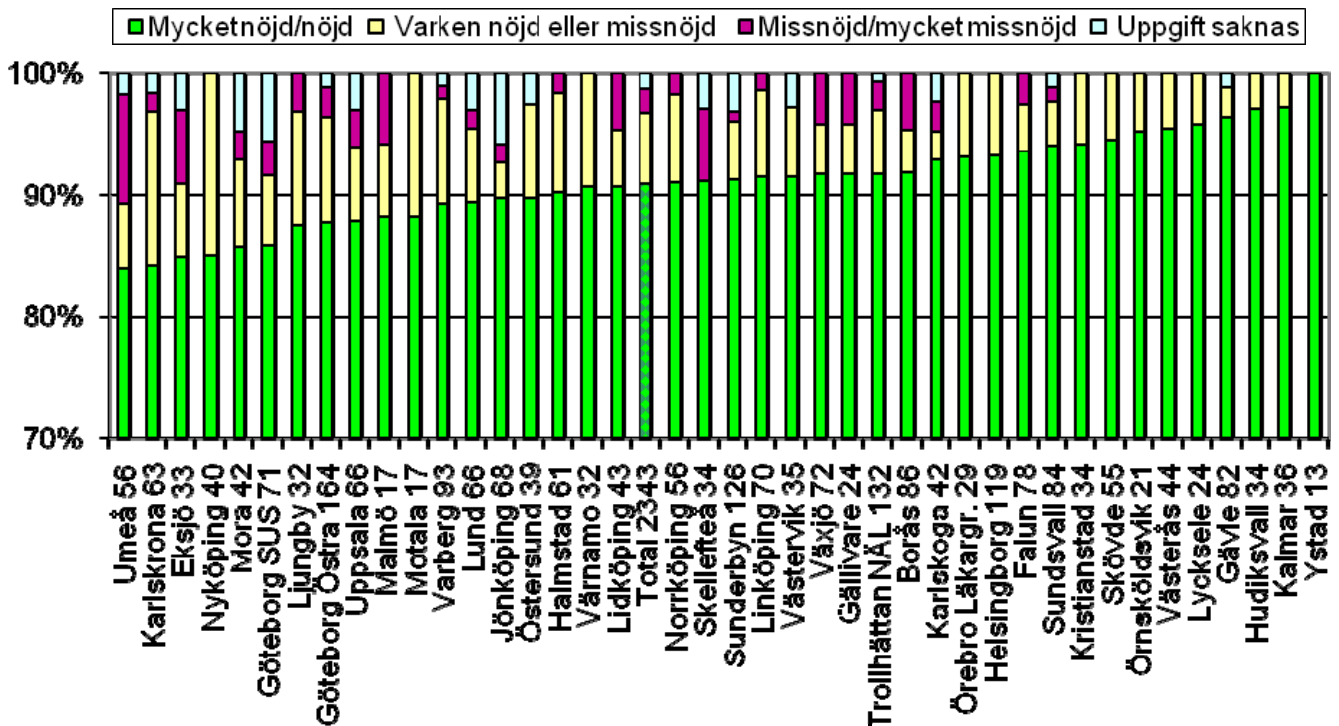


Patientens slutbedömning av operationsresultatet

Efter ett år får patienten en enkät och får då värdera hur nöjd hon är med operationsresultatet. Andelen patienter som är mycket nöjda eller nöjda är vid samtliga kliniker över 80 %.

I nedanstående figur har klinikerna rangordnats efter andelen patienter som är nöjda eller mycket nöjda med resultatet ett år efter operationen.

Resultat 1 år efter operation



Konklusion

De stora skillnaderna vi kan se i registret avseende hysterektomi är framför allt med vilken operationsmetod patienterna har opererats. En Cochranerapport visar att när livmodern bedöms väga under 300 g borde operationen kunna utföras med minimalinvasiv kirurgi vaginalt eller laparoskopiskt. Skulle man följa den rekommendationen skulle i praktiken alla kliniker operera minst 50 % av sina benigna hysterektomier med minimalinvasiv teknik. Vill man minska operationstraumat finns här stora vinster att göra som direkt kommer patienterna till del. Likaså ser man tämligen stora skillnader mellan vårdtider och sjukskrivningstider. Dessa faktorer är snarast resursfrågor men speglar även de vilka effekter kirurgen har för patienten i det postoperativa förloppet.

Glädjande är den låga andelen komplikationer, framför allt allvarliga komplikationer och infektioner, som jämfört med motsvarande internationella data står sig väl.

Ordlista

ADL	Activities of daily life = att kunna sköta normala vardagliga aktiviteter
Antibiotikaproylax	Förebyggande infektionsbehandling
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Postoperativ	Efter operation
SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
Subtotal hysterektomi	Borttagande av livmodern, där livmoderhalsen lämnas kvar
PAD	Patologisk anatomisk diagnos: mikroskopisk undersökning av vävnadsprov för att fastställa diagnoser.
Incision	Snitt i t ex huden vid operation