



# **ÅRSRAPPORT ADNEXREGISTRET**

## **Sammanställning av adnexoperationer inrapporterade under år 2012**

**FRÅN GYNOP-REGISTRET**  
**Delregister: Adnexkirurgi**

Författare: Mathias Pålsson  
Delregisteransvarig adnexregistret

**Distribuerad april 2012**

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG**

## **Innehållsförteckning**

Inledning.....	2
Operationsinledning .....	3
PAD.....	5
Postoperativ antibiotikaanvändning .....	6
Komplikationer.....	7
Vårdtid.....	9
Patientnytta.....	10
Datakvalitet .....	11
Akuta operationer i registren.....	12
Sammanfattning .....	13
Ordlista.....	14

## Inledning

Den stora händelsen under år 2012 är förstås implementeringen av GynopNet. Den har föregåtts av flera års arbete och förberedelser. Under året har de flesta deltagande klinikerna konverterat och allt arbete sker då direkt mot den centrala databasen. All tidigare insamlad data har följt med.

Arbetet med att analysera och bearbeta data ska nu förhoppningsvis bli enklare. En ny Rapport-generator ska kunna ge mer och tydligare möjligheter att analysera klinikens data, men även mer specifika frågeställningar ska utan stor förkunskap kunna bearbetas på klinknivå, betydligt smidigare än tidigare.

För oss i styrgruppen är GynopNet en stor förbättring. Ändringar som ska göras kan få direkt genomslag utan att passera sjukhusens IT-avdelningars ibland något långsamma kvarnar. Data fylls på kontinuerligt och det är enklare att plocka ut de data som behövs för analyser.

Därmed inte sagt att allt gått som smort eller löpt på utan friktion. Nya system kräver sitt att lära och årets utmaning har visats sig bestå i att få ut en bearbetningsbar databas. Det har även skett ett namnbyte av variablerna så att de nu följer en mer logisk indelning och uppbyggnad.

Glädjande är också att nu finns åter data från GKR (Gyn-Kvalitetsregistret, Stockholmssjukhusen samt Karlstad och Visby) med och därmed presenteras rikstäckande siffror. Kom ihåg att registren skiljer sig åt, konverteringsmatriser används för att översätta GKR-data in i Gynop. Det kan också finnas skillnader i bedömning av till exempel komplikationer så en försiktig hållning i tolkningen av siffrorna anbefalles.

Med GKR så är antalet registrerade operationer strax över 4000.

I år presenteras data för samtliga ingående kliniker, notera dock att vissa har mycket få patienter inkluderade (under 10 stycken) varför deras resultat inte ska tolkas.

Årets rapport innehåller förutom de standardiserade delarna en liten fördjupning av akuta patienter i registret. Vissa kliniker är riktigt bra på att inkludera även de patienter som opereras akut, andra lyckas inte alls.

Som vanligt så utgörs selektionsgrunden till data som presenteras här i att patienten registrerats i adnexsträngen och/eller att det utförts adnexkirurgi utan samtidig uteruskirurgi.

Slutligen bör det påpekas att vi fr.o.m. i år analyserar och bearbetar data framtaget ur den nya GynopNet-databasen och även om all data finns med där så får man vara medveten om att det kan bli små skillnader jämfört med hur vi tidigare tagit fram och bearbetat data varför en viss försiktighet bör råda då siffror jämförs från tidigare år.

## Operationsinledning

När det gäller adnexkirurgin så är val av operationsteknik ständigt intressant. Laparoscopi har sedan premiären i början av 1900-talet utvecklats från att vara ett diagnostiskt hjälpmedel till att vara ett kraftfullt terapeutiskt alternativ inom den intraabdominella kirurgin. Det är ett faktum att laparoscopi är bättre än laparotomi när det gäller patientnära parametrar som komplikationer, vårdtid, behov av smärtstillning efter operationen och hur lång tid det tar att återhämta sig efter operationen.

Därför har det varit glädjande att trenden de senaste åren varit att de laparoskopiska ingreppen ökar på bekostnad av de öppna när det gäller adnexkirurgi. Den trenden håller i sig. (Tabell 1 och 2 samt figur 1).

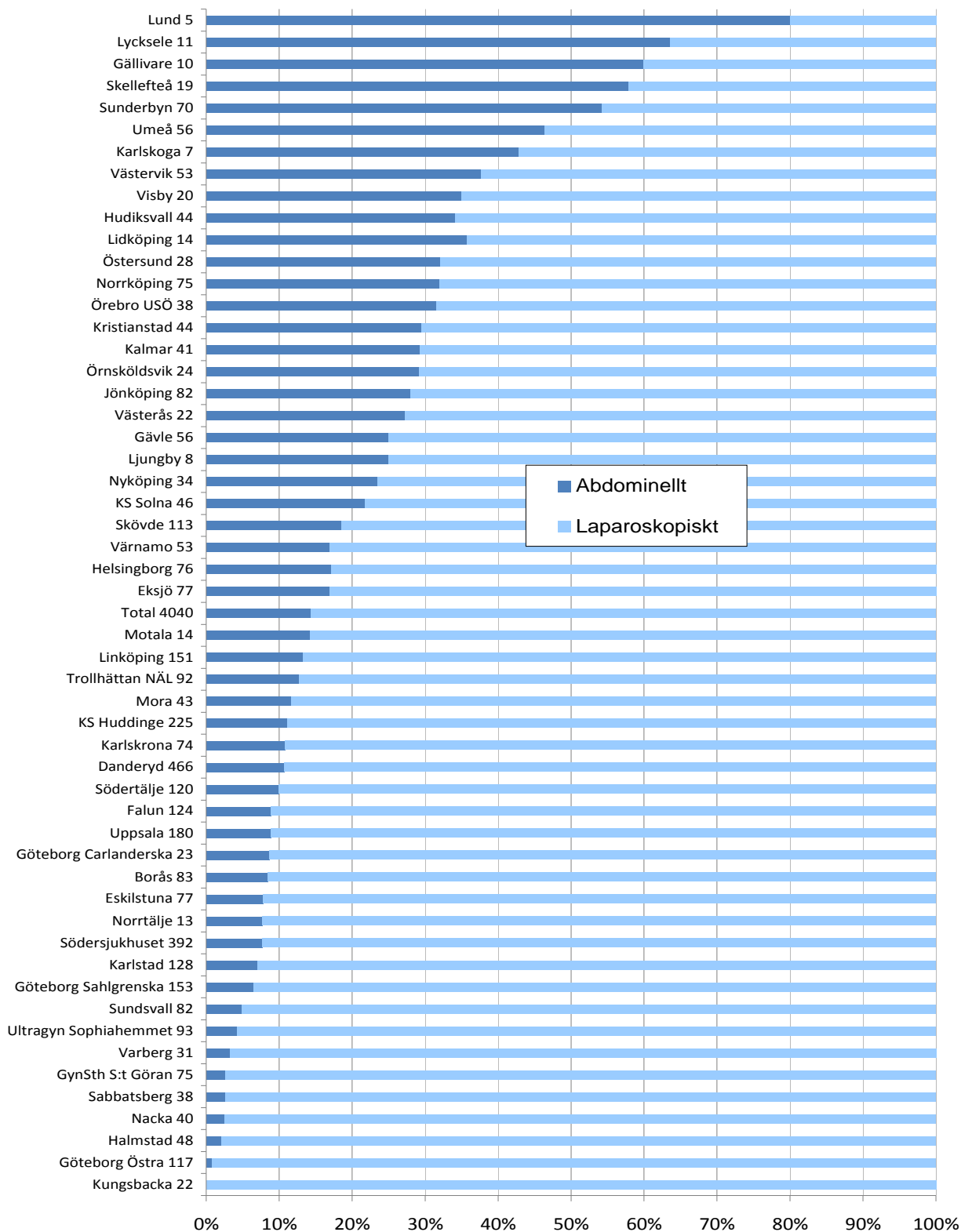
Tabell 1. Fördelningen de senaste tre åren av abdominell/laparoskopisk kirurgi för Gynop-kliniker

	Abdominellt	Laparoskopiskt
<b>2010</b>	23.9%	76.1%
<b>2011</b>	21.6%	78.4%
<b>2012</b>	17.5%	82.5%

GKR-anslutna sjukhus har en något högre andel laparoscopi så när de ingår ökar andelen laparoscopi ytterligare.

Tabell 2. Fördelning abdominell/laparoscopi då även GKR-data inkluderats.

	Abdominellt	Laparoskopiskt
<b>2010</b>	23.2%	76.8%
<b>2011</b>	18.8%	81.2%
<b>2012</b>	14.0%	86.0%

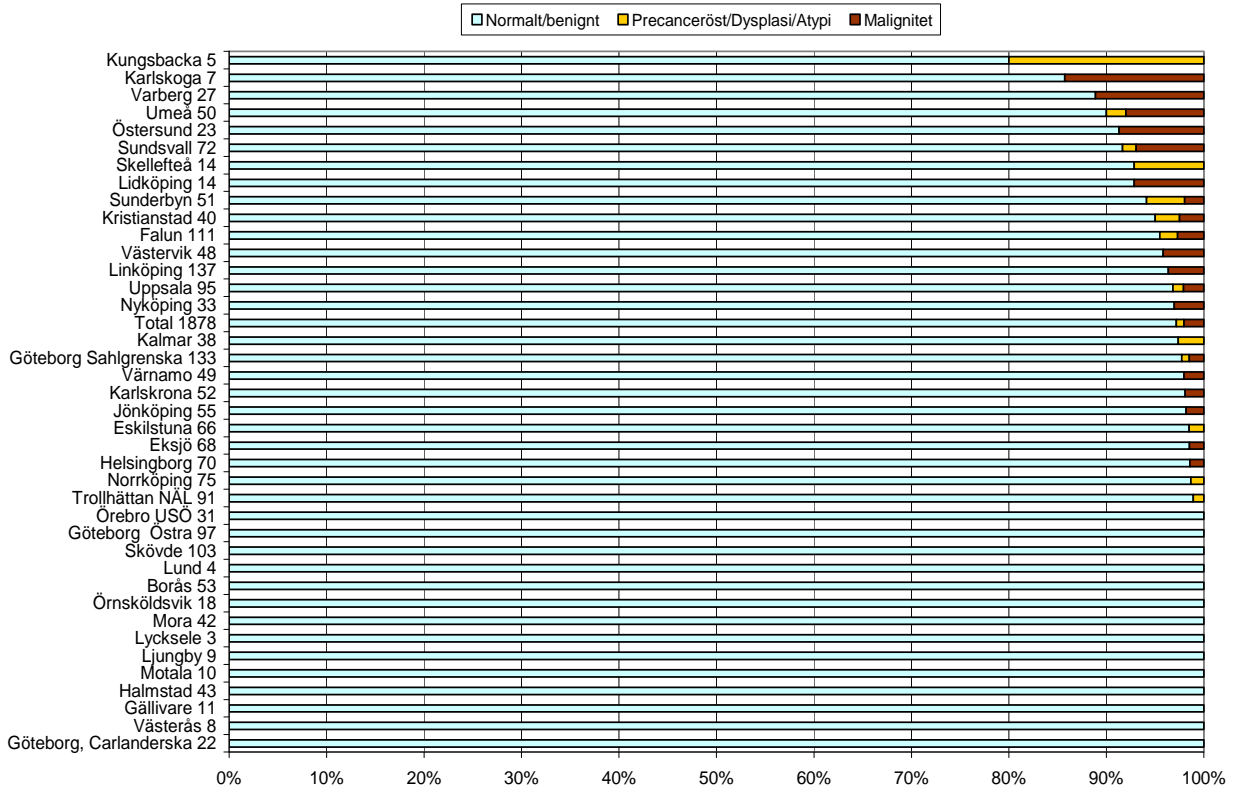


Figur 1. Operationsinledning adnexoperationer år 2012 sjukhusfördelat.

# PAD

De data som kommer från GKR med de selektionskriterier som används presenteras inte i figuren nedan eftersom PAD hos samtliga är benignt av konverteringstekniska orsaker.

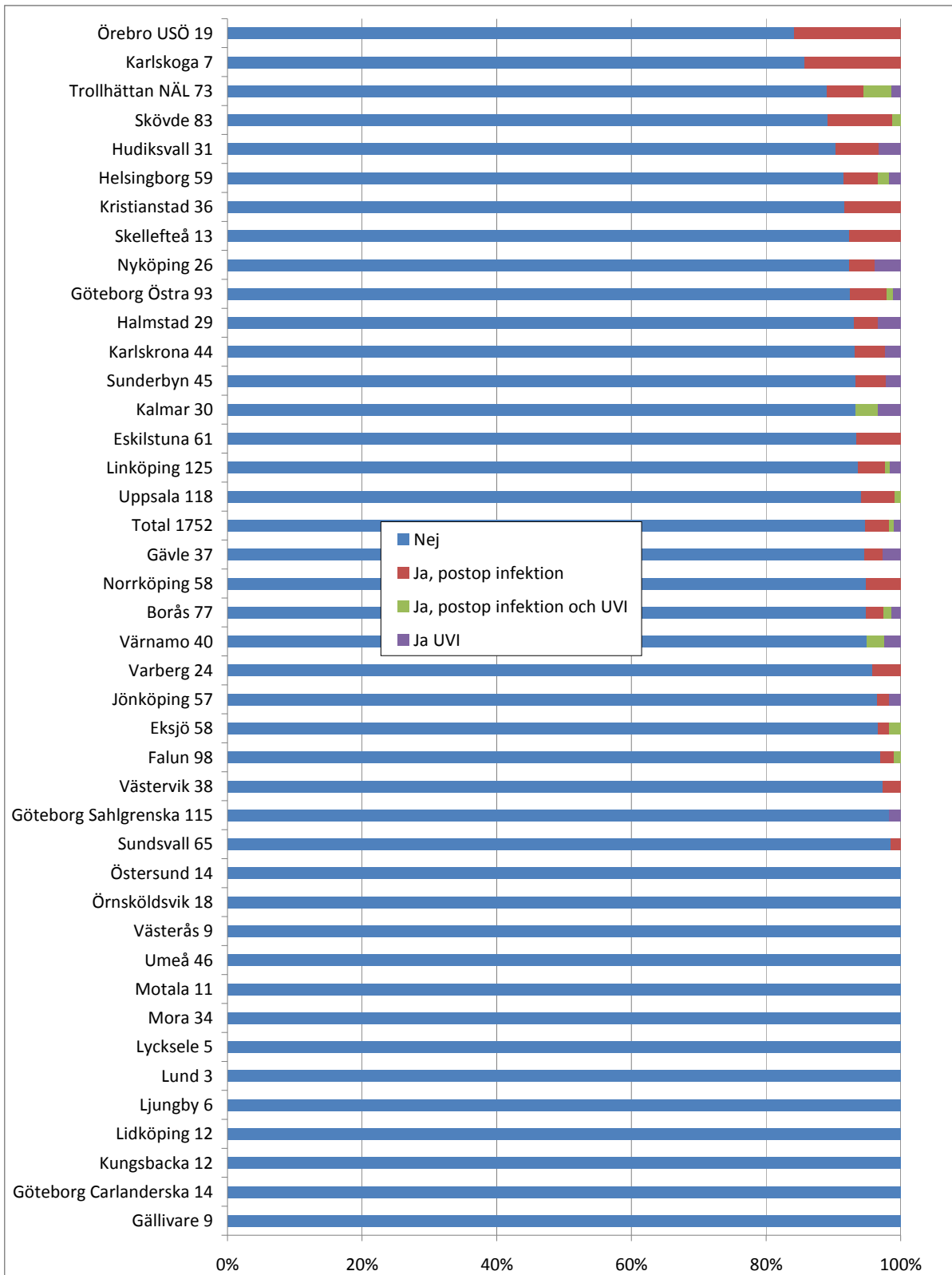
Sammantaget är andelen benigna PAD även i Gynop mycket hög, rikets medel (Gynop) är på 97,2 % benigna PAD, 2,0 % är maligniteter. Det skiljer sig ganska markant från förra årets siffra som låg på 94,3 % benigna PAD. Huruvida detta är en slump eller om det kan bero på hur data tagits fram i och med nya GynopNet vet undertecknad inte i nuläget.



Figur 2. PAD-fördelning adnexoperationer år 2012, sjukhusfördelat.

# Postoperativ antibiotikaanvändning

Bland kliniker anslutna till Gynop är frekvensen antibiotikabehandlad infektion efter operation 5,4 %. Det är en svagt fallande trend under de senaste åren från 7,4 % 2010 över 6,4 % 2011 till årets resultat. Spridningen är som tidigare stor, från 0 till 16 % postoperativ antibiotikabehandling. Återigen är GKR:s data inte analyserbara varför de inte finns med i figuren.



Figur 3. Postoperativ antibiotikabehandlad infektion, sjukhusfördelat.

## Komplikationer

Under 2012 var komplikationsfrekvensen (under och efter vårdtiden) 10,4 %. Även denna siffra är något lägre jämfört med föregående år då komplikationsfrekvensen var 11,7 %.

Det är komplikationer som klassats som lindriga som är vanligast förekommande, allvarliga komplikationer rapporteras i 1,5 % av alla operationer (vilket motsvarar 53 stycken).

Vissa kliniker har en för stor andel där svar saknas och det försvårar naturligtvis analysen.

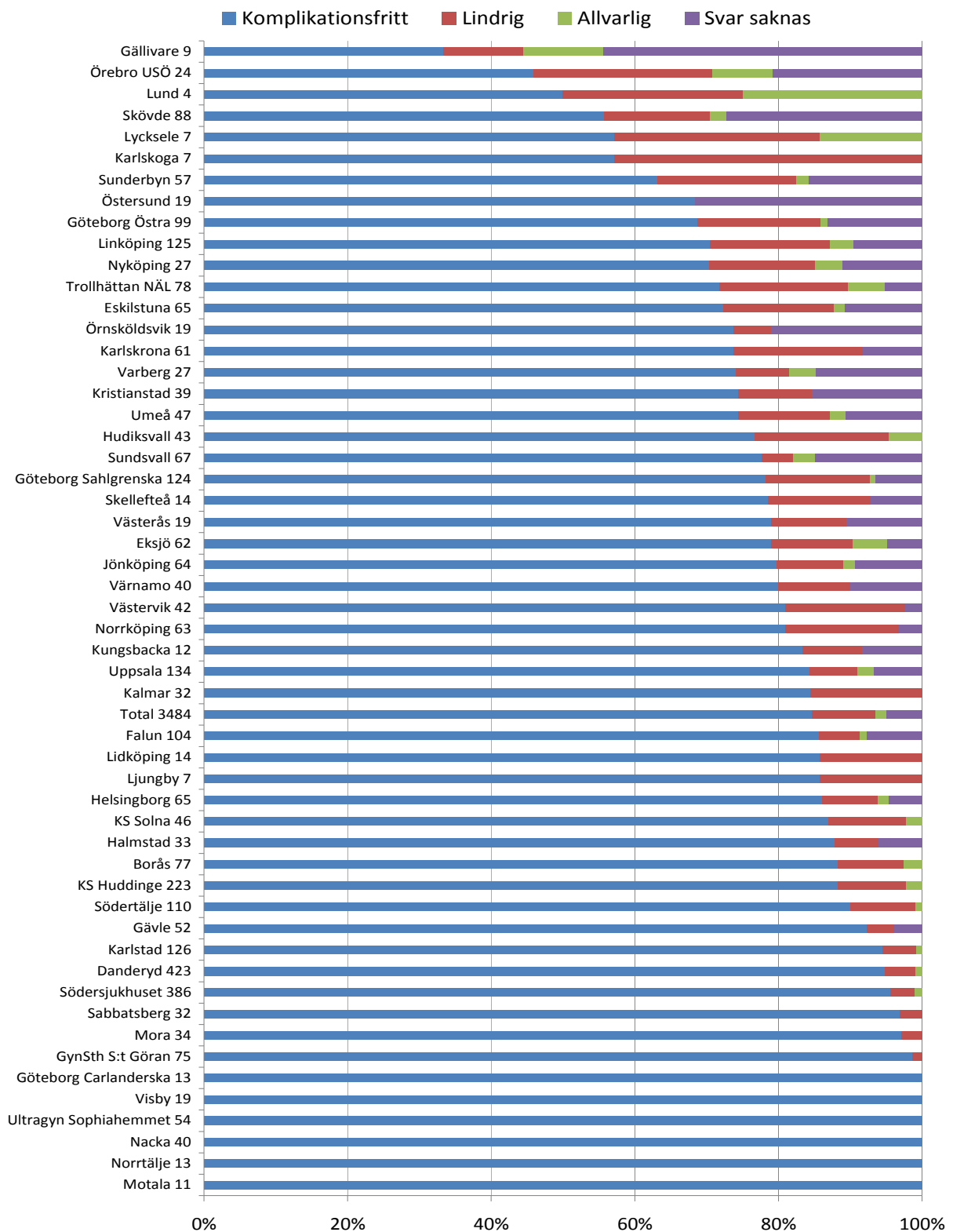
Spridningen är stor och det utgör en grund för misstanke om att vi kanske inte klassar komplikationer särskilt samstämmigt. Bland de kliniker som registrerat mer än 50 patienter är spridningen så stor att vissa inte rapporterar några komplikationer alls till att rapportera så mycket som uppåt 20 %.

Det kan också finnas skillnader mellan Gynop och GKR, varför jämförelse mellan registren får göras med försiktighet.

I Gynop finns en guide som hjälp för hur komplikationer ska klassas, används den så bör samstämmigheten också öka.

Att komplikationsregistreringen är en av de viktigare parametrar vi har att följa är ju självklart för kvalitetsregister, det kan ju också vara en parameter som allmänheten har intresse av varför korrekt registrering med samstämmig värdering är central.





Figur 4. Komplikationsbedömning av läkare vid utskrivning återbesök och läkarbedömningen av patientenkäten 8 veckor sammantaget, sjukhusindelad.

## Vårdtid

Medelvårdtiden för kvinnor som genomgått en adnexoperation var under 2012 0,98 dygn. I det närmaste 75 % går hem senast dagen efter operationen.

Vårdtiderna fortsätter att skilja sig åt mellan klinikerna, var god se figur. Vissa kliniker har en helt poliklinisk inriktning och de har de kortaste vårdtiderna också.

Uppdelat på operationssätt fortsätter det att vara en betydande skillnad mellan de som genomgått en laparotomi och en laparoskopi.

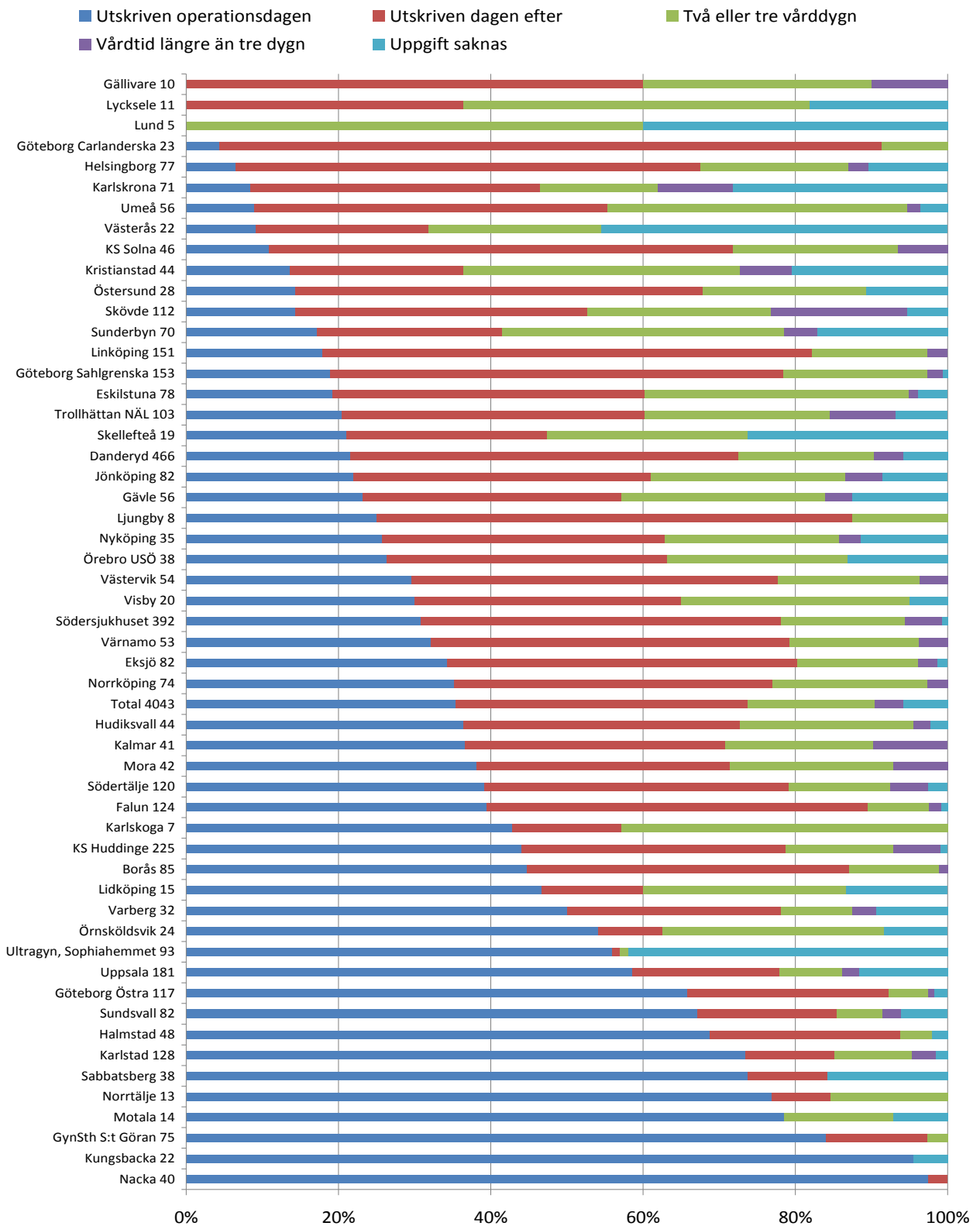
Medelvårdtiden vid laparoskopiska ingrepp är 0,77 dygn och 83 % av patienterna går hem senast dagen efter operationen.

Motsvarande siffror för kvinnor opererade via laparotomi är 2,27 dygn och knappt 24 % lämnar sjukhuset dagen efter operation.

Tabell 3. Vårdtid beroende på operationssätt.

	Laparotomi (%)	Laparoskopi (%)
Hem samma dag	2,5	41,3
Hem dagen efter	21,3	41,7
Vårdtid 2-3 dagar	55,6	10,3
Vårdtid > 3 dagar	14,7	2,2
Uppgift saknas	5,9	4,5

Sammanfattningsvis kan man se att vårdtider generellt är korta vid adnexkirurgi, mest beroende på att det är en så hög andel minimalinvasiv kirurgi. Även vårdtiderna för de kvinnor som genomgått en laparotomi är kortare under 2012 jämfört med 2011 då de var 2,7 dygn (vilket var 0,2 dygn kortare än 2010). Således ser vi en tendens till allt kortare vårdtider vilket kanske kan bero på ett skifte i vårdtidskultur” snarare än förändrade operationsmetoder.



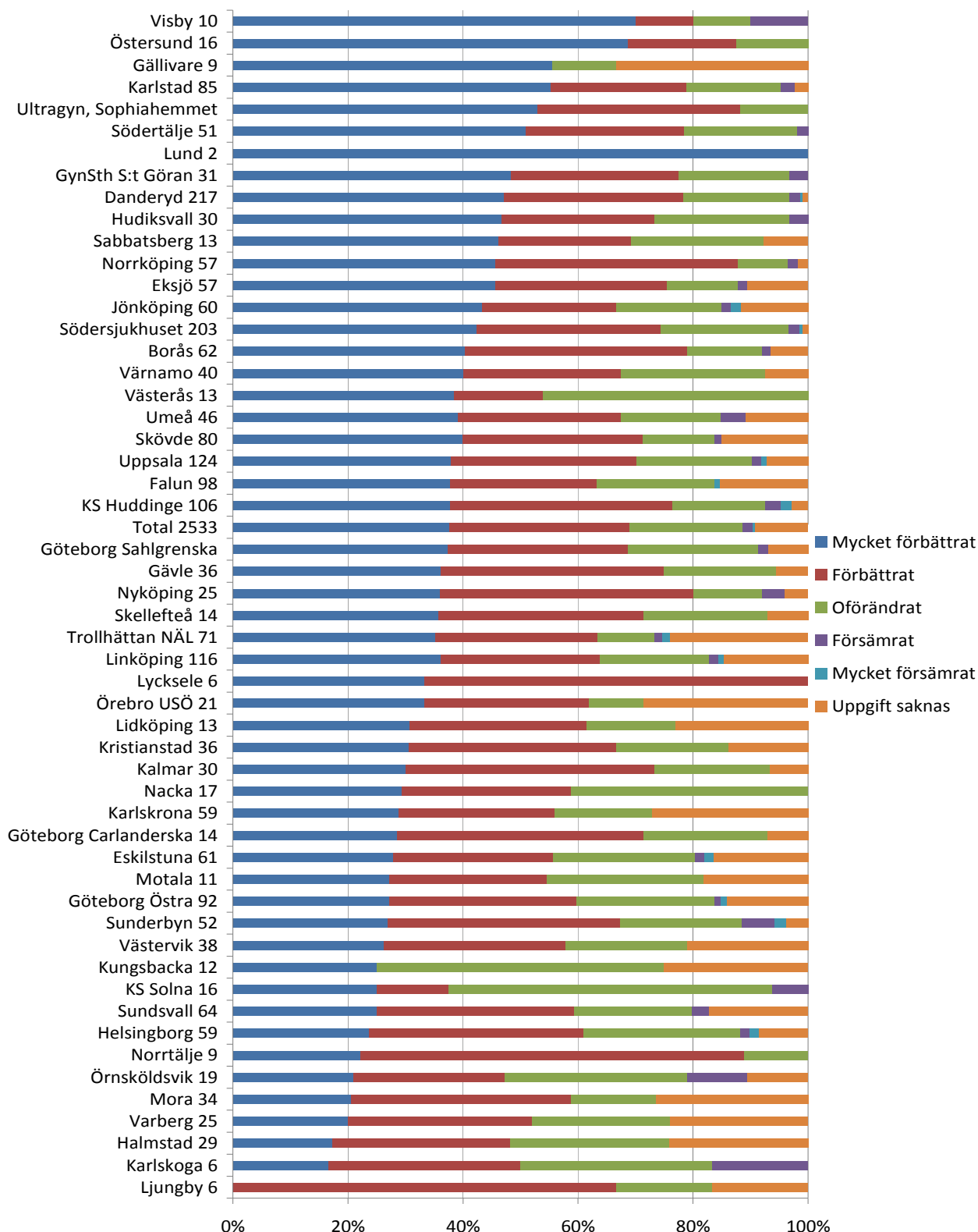
Figur 5. Postoperativ vårdtid klassindelad per sjukhus

## Patientnytta

Kvinnor som genomgått adnexoperationer har under de år data har analyserats alltid varit mindre nöjda med sin operation än kvinnor som genomgått t.ex. prolaps-/inkontinensoperation eller hysterektomi. Så kommer det säkert vara i år också.

Endast 68,5 % av de opererade upplever att de blivit förbättrade, där över hälften tycker sig blivit mycket förbättrade. Å andra sidan är det väldigt få som tycker att de blivit försämrade, bara 2,5 % svarar så.

Knappt 20 % uppger att de varken blivit förbättrade eller försämrade. En tänkbar förklaring till detta svar är att en relativt stor del opereras utan att ha några direkta besvär som kan bli bättre, exempelvis cystor på äggstockarna som upptäcks vid rutinundersökningar och som leder till operation.



Figur 6. Patientrapporterat resultat efter 8 veckor.

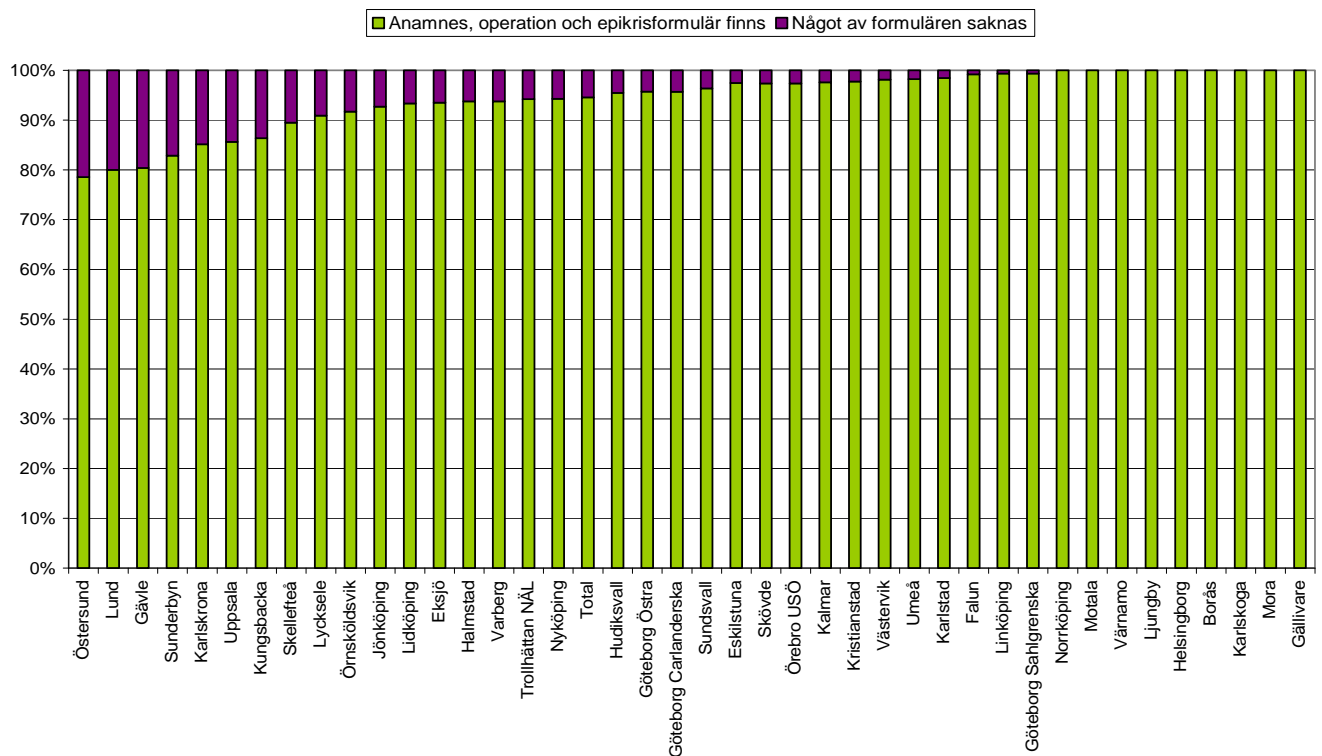
## Datakvalitet

Resultat visas endast i figuren för Gynop-anslutna kliniker. Resultatet för samtliga kliniker sammantaget visar att 94,5 % av alla opererade patienter har såväl anamnes-, operations- och epikrisformulären ifyllda. Det kan anses som ett godkänt resultat men ser man till spridningen mellan

klirikerna är den stor. Hos kliniker med ett resultat under 90 % kompletta formulär bör man se över om det finns någon brist i rutinerna.

När data saknas sjunker datakvaliteten hos de data som finns och det blir svårare att analysera och dra slutsatser.

Inom Gynop-registret finns möjligheten att få hjälp med översyn av hur registerarbetet organiseras i form av en så kallad DUKS. Kliniker som har intresse av detta får höra av sig till Gynop:s huvudorganisation i Umeå.



Figur 7. Figur datakvalitet, ifyllda läkarformulär, sjukhusindelad. Klinikerna i GKR ingår ej i detta diagram.

## Akuta operationer i registren

En icke föraktlig del av adnexkirurgin hos de kliniker som har akutvårdsuppdrag utgörs av akuta ingrepp.

Huvuddelen beror på graviditetsrelaterade diagnoser (extrauterina graviditeter) och utgör ca 40 % av de akut utförda operationerna. Även cystrelaterade, akuta besvär utgör en stor del, cirka 25 %. Resterande diagnoser är en blandning av infektioner, smärta och ospecifika tillstånd.

Generellt sett är rapporteringen av akuta patienter dålig i Gynop och bra inom GKR. En del i förklaringen är att registreringen i GKR för adnex (inre genitalia) startar i och med operation och därmed är sannolikheten stor att det inte blir någon egentlig skillnad i hanteringen mellan en elektiv och en akut patient.

Det är naturligtvis inte hela sanningen då det finns lysande exempel även inom Gynop där det finns flera kliniker som rapporterar en relativt hög andel akuta patienter.

Efter driftsättningen av GynopNet har det tyvärr skett en klar försämring hos alla Gynop-kliniker när det gäller markering av om en patient är elektiv, akut eller poliklinisk.

Tabell 4. Fördelning av elektiv/akut vård de senaste 3 åren i Gynop. Notera att sedan införandet av GynopNet 2012 så har andelen som saknar uppgift ökat kraftigt på bekostnad av övriga val.

		Inläggningen planerad			
Operationsår		Ja	Nej, akut	Planerad poliklin (finns ej i GKR)	Uppgift saknas
2010		1139	271	136	1330
2011		1339	291	170	1412
2012		907	197	140	1942

I GynopNet markerar man patientens status avseende detta i anamnesformuläret, det finns inget motsvarande val i operationsformuläret och valet är heller inte obligatoriskt.

Det kan tjäna som delförklaring då man kan anta att patienter som opereras akut inkluderas först då man för in operationen och anamnesformuläret kanske aldrig fylls i.

Figur 8. Urklipp ur anamnesformuläret som visar var man i GynopNet väljer planerad, akut eller poliklinisk vård.

Till några av de kliniker anslutna till Gynop som är bra på att inkludera akuta patienter ställdes frågan hur de organiserar detta. Svaren var ganska lika varandra. Att ett fåtal och till på köpet dedikerade sekreterare med ansvar för Gynop påminde operatören att patienter skall inkluderas om det var missat verkar vara ett framgångsrecept.

Det är numer väldigt enkelt att som operatör själv inkludera en patient då Gynop samkörs med befolkningsregistret och att man direkt via att knappa in patientens personnummer i Gynop får upp alla relevanta data som namn och adress. Därmed finns det inget stort hinder att lägga till en patient direkt efter en akut operation så länge man har tillgång till en dator med nätuppkoppling.

## Sammanfattning

GKR nu åter med i delar av resultaten.

Över 4000 patienter inkluderade 2012.

Fortsatt ökning av laparoskopi på bekostnad av laparotomi vid adnexkirurgi.

Något kortare vårdtider generellt jämfört med tidigare år.

Akuta patienter registreras i låg omfattning hos flera kliniker, andra klart bättre.

I Gynop försämrad markering huruvida patienten är vårdad akut eller elektivt.

## Ordlista

<b>Ord</b>	<b>Beskrivning</b>
Adnex	Gemensamt namn på äggstockar och äggledare
Benign	Godartad
Elektiv (kirurgi)	Ett kirurgiskt ingrepp som görs vid ett i förväg bestämt tillfälle = planerad operation
Laparoskopisk operation	Titthållsoperation i buken
Laparotomi	Operation via större snitt i buken
Malign	Elakartad (tumör)
PAD	Patologianatomisk diagnostik – mikroskopisk undersökning av t ex bortopererade cystor/tumörer för att säkerställa diagnos
Postoperativ	Efter operation
Uterus	Livmodern