



PROLAPSRAPPORT

Sammanställning av prolapsoperationer inrapporterade under år 2013

FRÅN GYNOP-REGISTRET

Delregister: Prolapskirurgi

Författare: Emil Karl Nüssler
Registeransvarig prolapsregistret

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MAJ 2014

Innehållsförteckning

Inledning	2
Operationsvolym år 2013	3
Användning av implantat.....	6
Hysterektomi pga prolaps	8
Dagar till normal ADL.....	11
Läkarrapporterade komplikationer	11
Öppna Jämförelser	13
Patientrapporterade komplikationer	13
Patientrapporterade framfallssymptom 1 år efter operationen.....	14
Andel dagkirurgi.....	15
Avslutande kommentar.....	16
Ordlista	17

Inledning

Årsrapporter ska informera om statistiska fakta, men vi hoppas även att denna redovisning stimulerar till förbättringstankar.

I denna årsrapport fokuserar vi på olikhet: På klinikerna har vi samma information och evidens, och borde därför hantera samma problem på liknande sätt. När vi via registret redovisar stora skillnader vid behandling av jämförbara patientgrupper önskar vi stimulera till eftertanke och diskussion mellan kollegor som träffar olika val: vi kan inte alla ha rätt när vi gör så olika och vi måste lära av varandra genom engagerad, respektfull diskussion mellan kollegor – också utöver närmiljön inom länet. I stället för att titta på hur grannen gör – titta på hur den/de bästa i landet gör! Olikhet betyder att man kan lära något: ta vara på möjligheten!

Vid jämförande analyser används i Gynop-registret numera begreppet ”standardpatient” där vi för samtliga operationstyper exkluderar patienter med ASA >2 och BMI > 35.

För en ”standardpatient prolaps” gäller dessutom ålder ≤ 80 år, ej tidigare opererad i samma compartment, att patienten har livmodern kvar och att det vid aktuell operation inte utförts en vaginaltoppsfixation eller enterocoeleoperation.

Detta ger en jämförbar grupp av patienter som vi räknar med att de allra flesta klinikerna inte remitterar vidare och den omfattar drygt 50 % av alla prolapsoperationer.

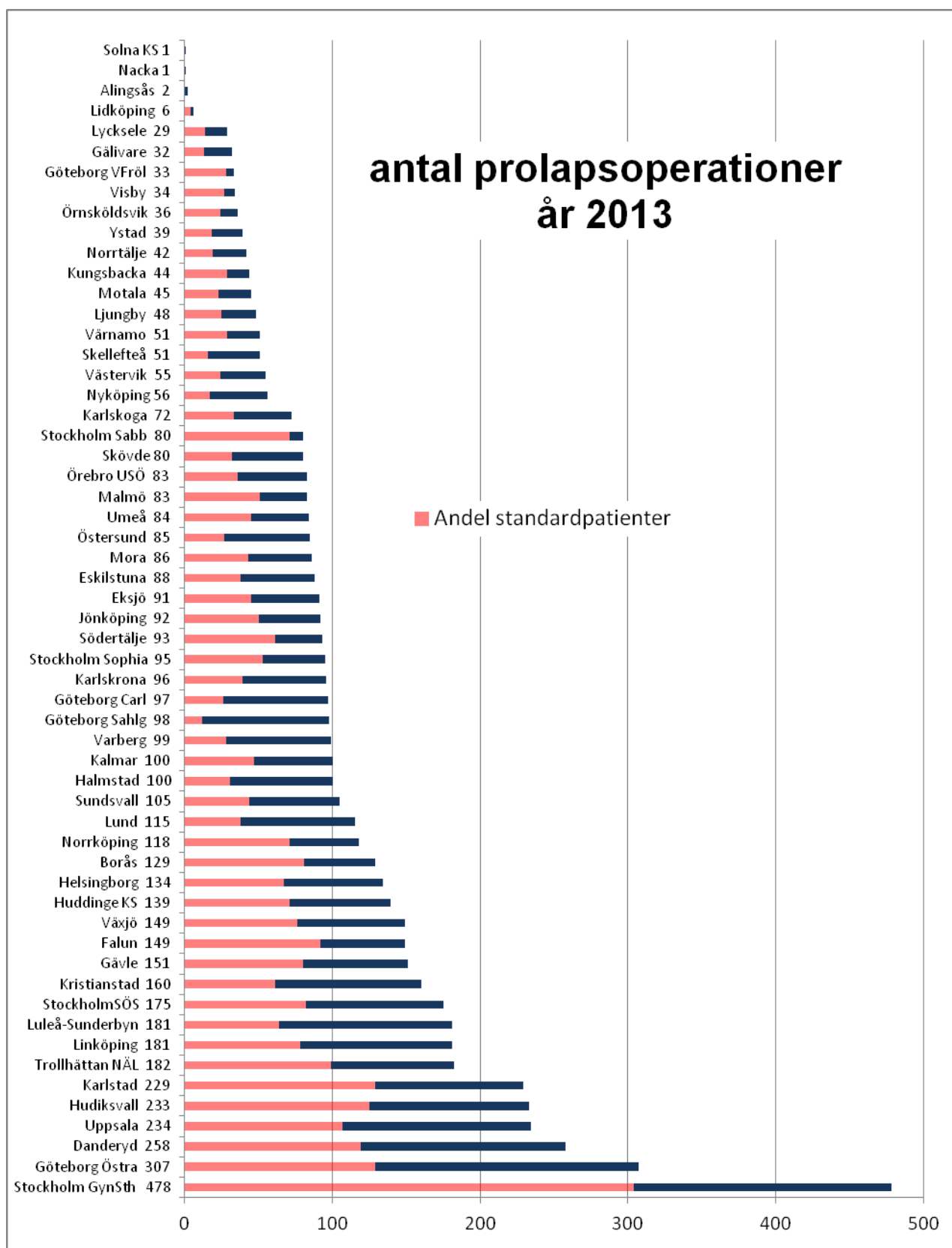
Används denna selektion vid redovisning minskas effekten av casemix och man får en bättre möjlighet att jämföra klinikernas behandlingsstrategi och resultat. Det finns ingen medicinsk grund för någon signifikant spridning eller skillnad i resultaten för standardpatienter. Samtidigt kan man se om olika strategier används (operationsmetod, användning av implantat, vårdtider mm) för dessa relativt likartade problemställningar.

Alla data som registreras i GKR importeras fortlöpande till GynOps databas. Därför kan vi presentera rikstäckande data som innehåller alla prolapsoperationer som är registrerad i Gynop-registret eller GKR under år 2013. Operationer där prolaps och inkontinens opererats samtidigt har exkluderats.

Vi använder ofta ”proportion” framför procent. Orsaken är att vi på detta sätt kan visa SPSS-tabeller med 95% konfidensintervall (se också ”ordlista”).

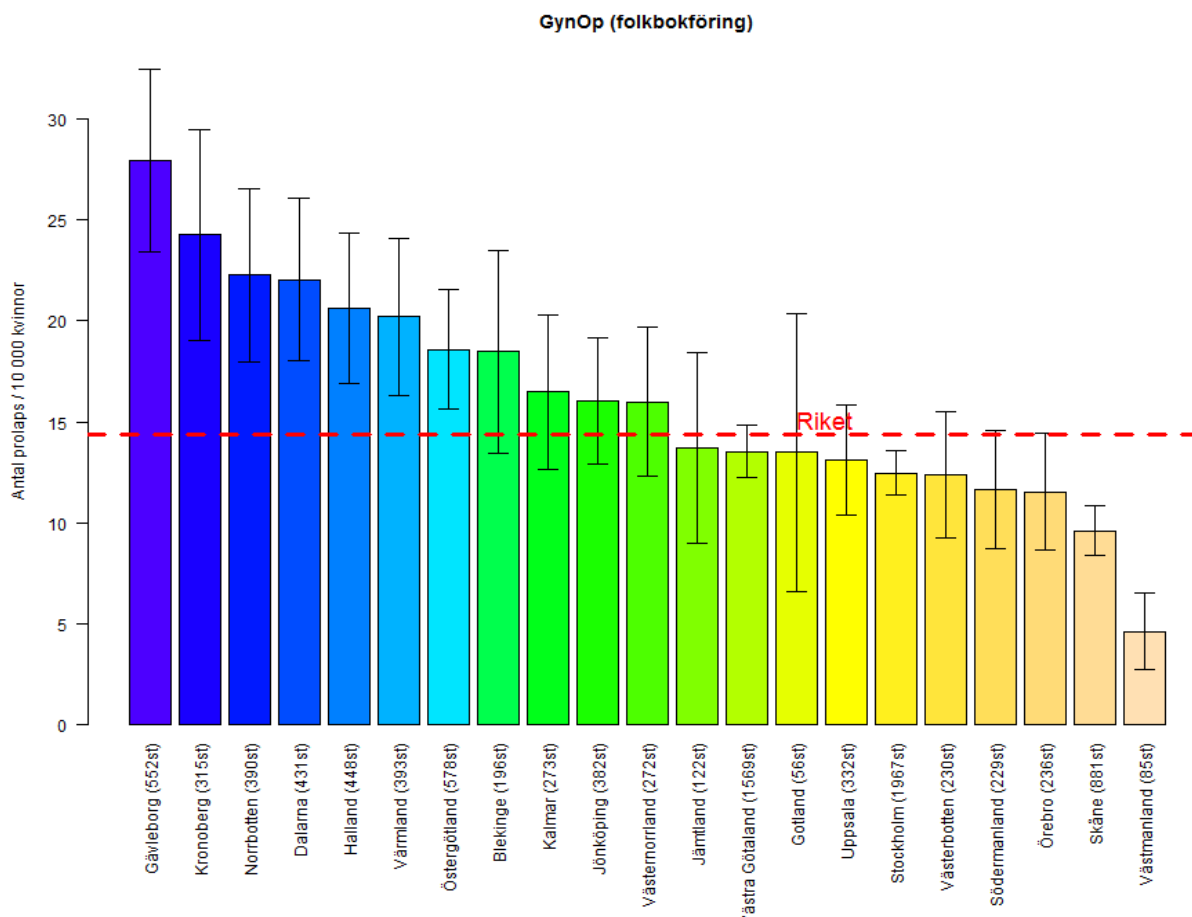
Vi hoppas på och ser fram mot en viktig diskussion, avseende selektioner av jämförbara subgrupper och definition av registrets framtida benchmarknivåer.

Operationsvolym år 2013



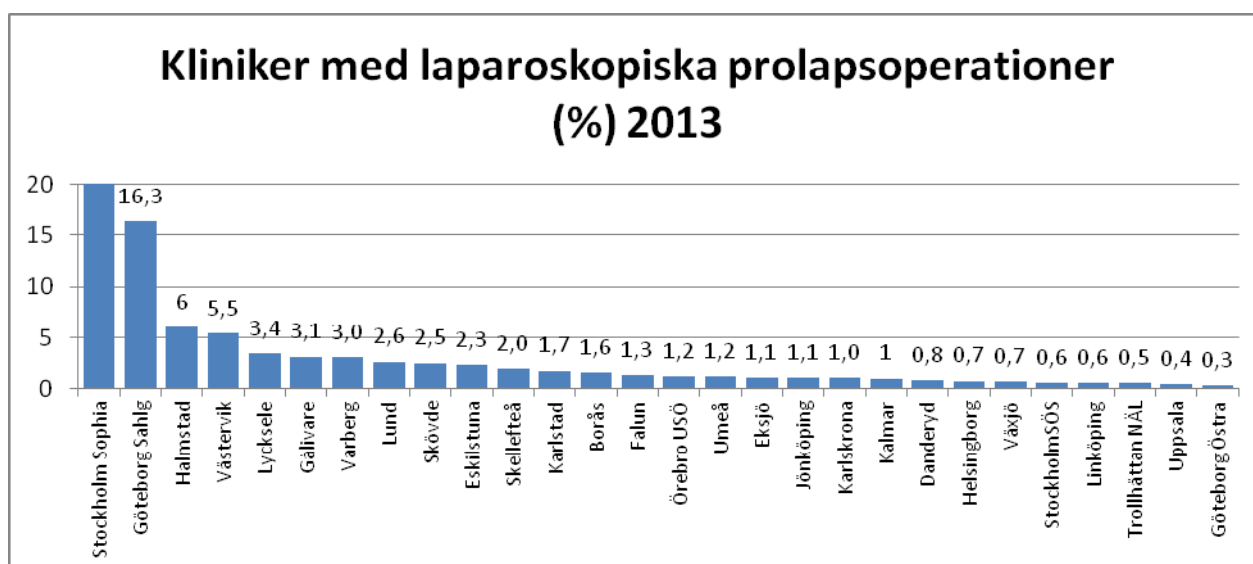
Figur 1. Antal utförda prolapsoperationer under år 2013 per klinik – med andel standardpatienter markerad med avvikande färg.

Andel standardpatienter varierar från 12% (Sahlgrenska Göteborg) till 88% (Sabbatsberg Stockholm), men de flesta kliniker ligger på en nivå omkring 50%.



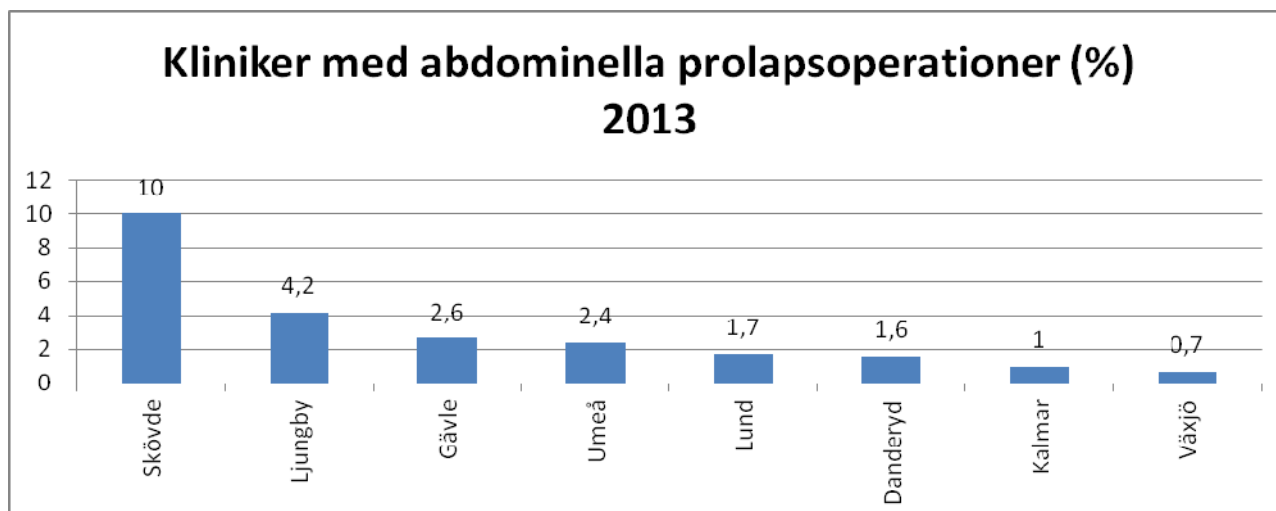
Figur 2. Antal prolapsoperationer/10 000 kvinnor uppdelat länsvis utifrån patientens bostadsort. Bilden visar patienter opererade år 2012.

Det finns en konsensus i Sverige att enbart operera patienter med symptomgivande prolaps. Därför är det överraskande och ger förhoppningsvis anledning till fruktbar diskussion att skillnaden mellan länen i operationsfrekvensen per 10 000 kvinnor är så stor.



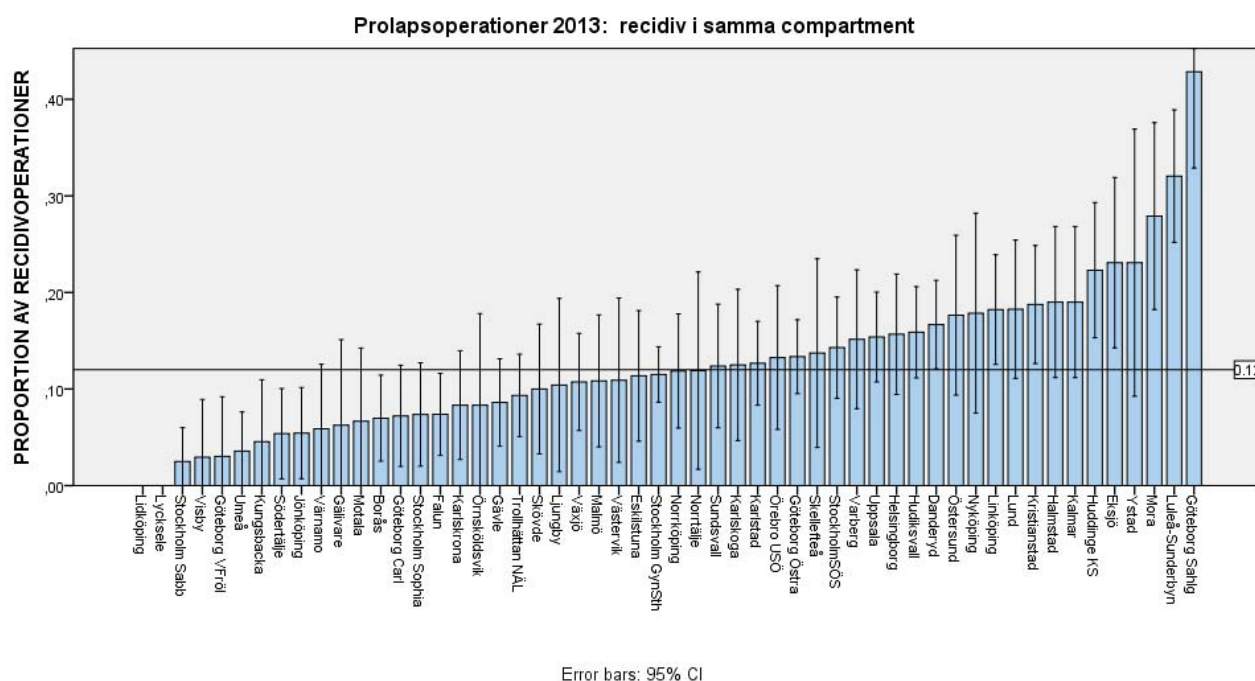
Figur 3. Andel prolapsoperationer som utförts laparoskopiskt.

I diagrammet ovan redovisas enbart kliniker som har gjort prolapsoperationer med laparoskopisk teknik år 2013.



Figur 4. Andel prolapsoperationer som görs abdominellt

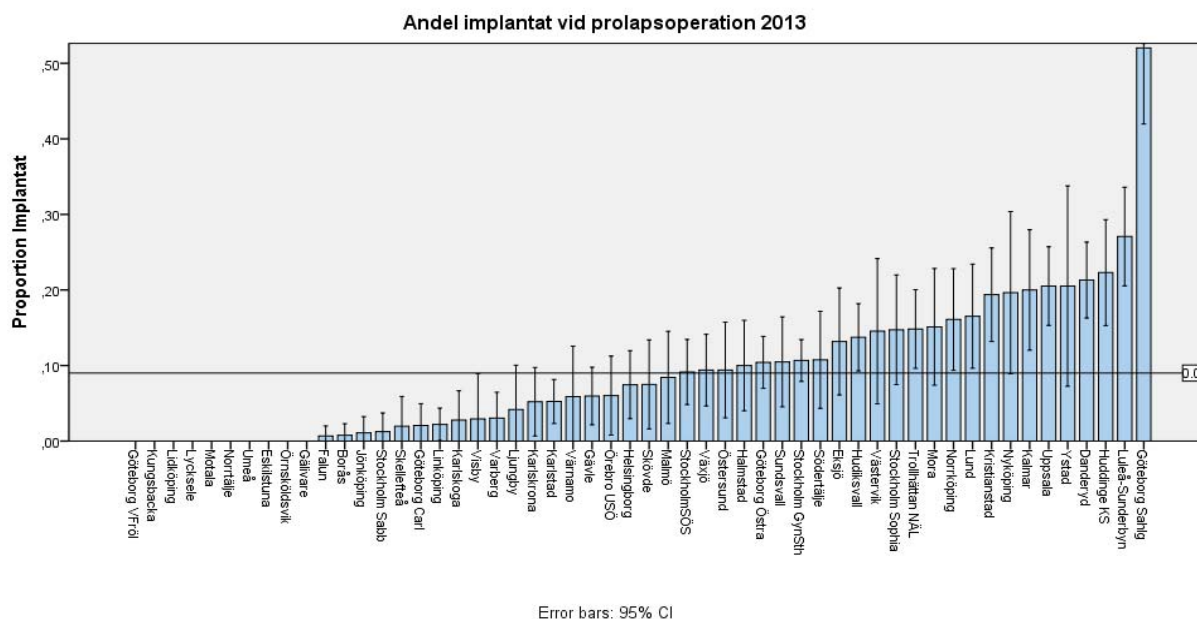
I ovanstående bild redovisas enbart kliniker som har gjort prolapsoperationer med abdominell teknik år 2013. Enbart inkluderats operationer som påbörjats abdominellt, inte de som konverterats från vaginal eller laparoskopisk operation.



Figur 5. Andel operationer för recidiv i samma compartment

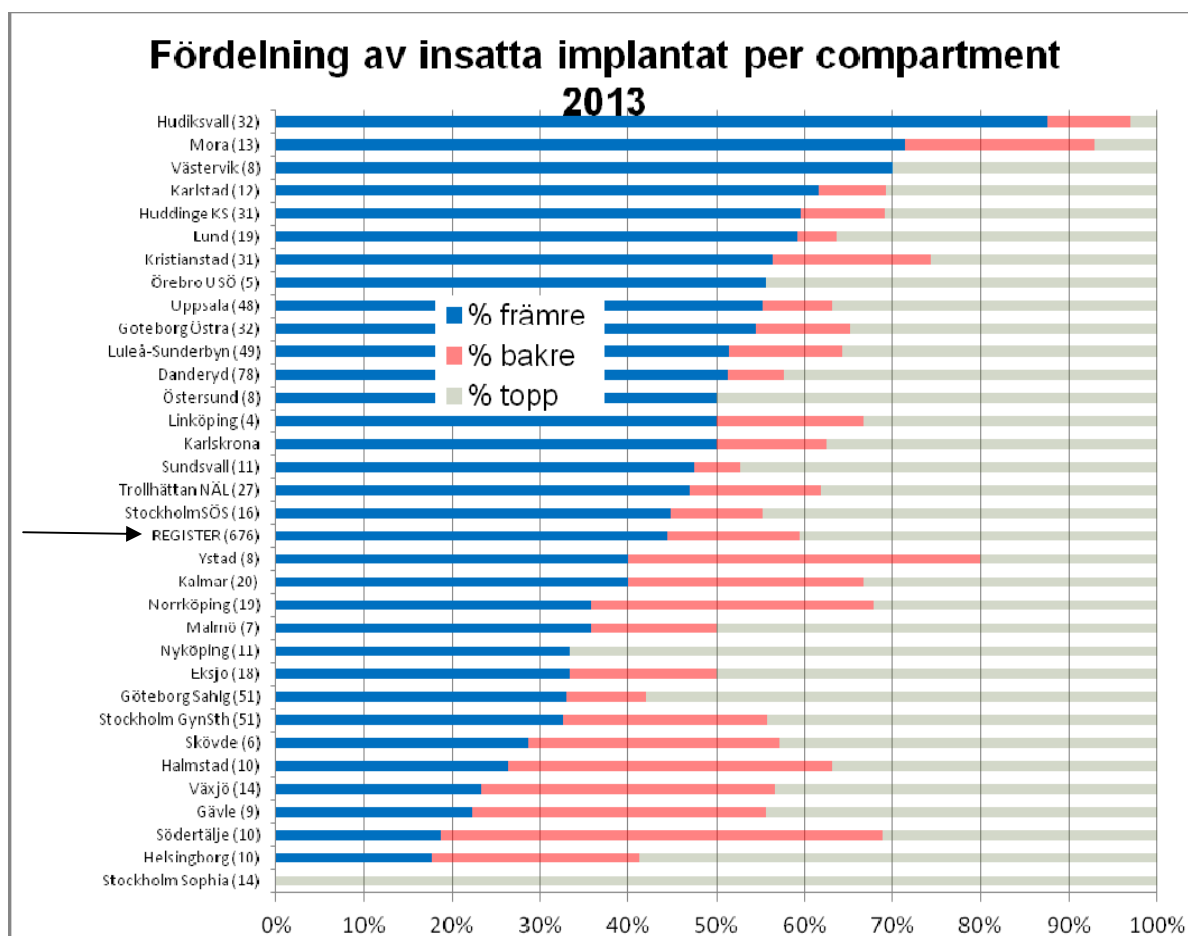
Av praktiska skäl anger vi andelen som "proportion". Proportion = 1 motsvarar 100%, Om inget annat anges representerar linjen bilden (parallellt med y-axeln) medelvärdet för den redovisade parametern. Medelvärdet 0,12 i detta fall motsvarar 12%.

Användning av implantat

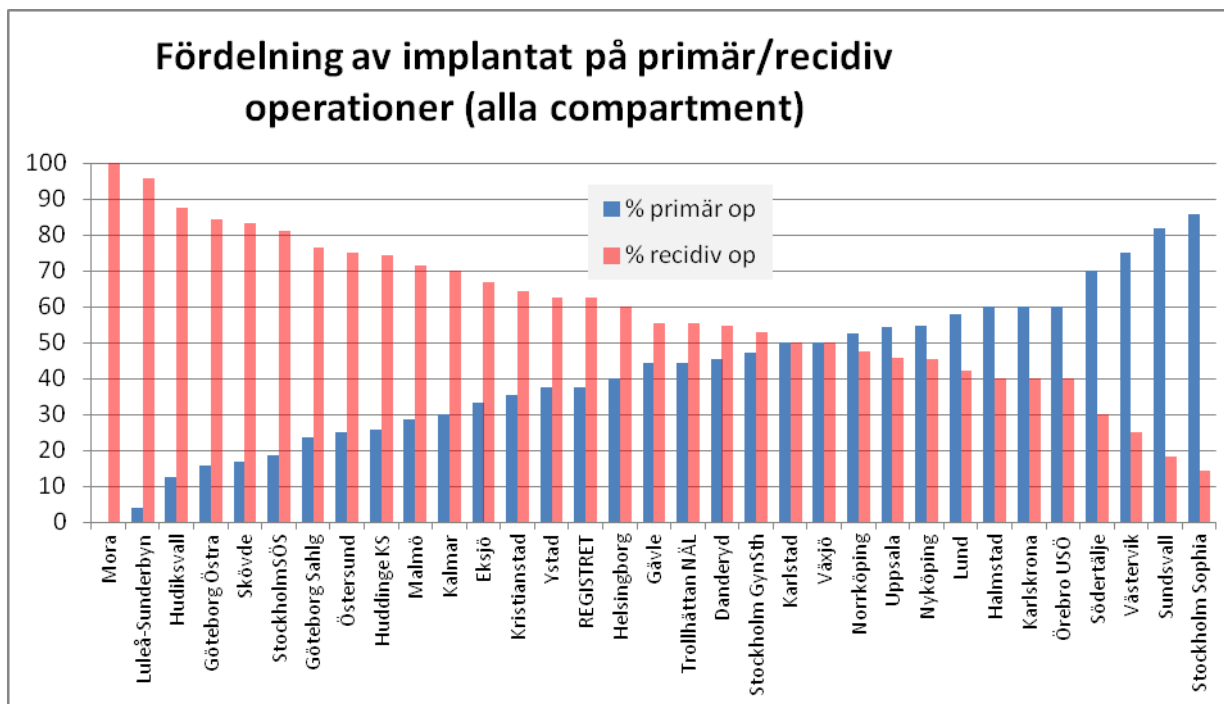


Figur 6. Användning av implantat (alla typer operationer). Medelvärde 0,09.

Sedan år 2006 har i årsrapporterna redovisats att landets kliniker har mycket olika policy för användning av implantat vid prolapskirurgi. Volymen av evidens (för eller emot användning av implantat) ökat enormt – utan att detta har gjort någon skillnad för beslutsprocessen: skillnaden har år från år samma extrema grad. Samtidig är det klart att vi inte kan ha rätt allesammans - de flesta av oss måste ha fel... I år redovisar vi dessutom i vilka compartment implantat används – och även där har olika uppfattningar om hur det ska göras.

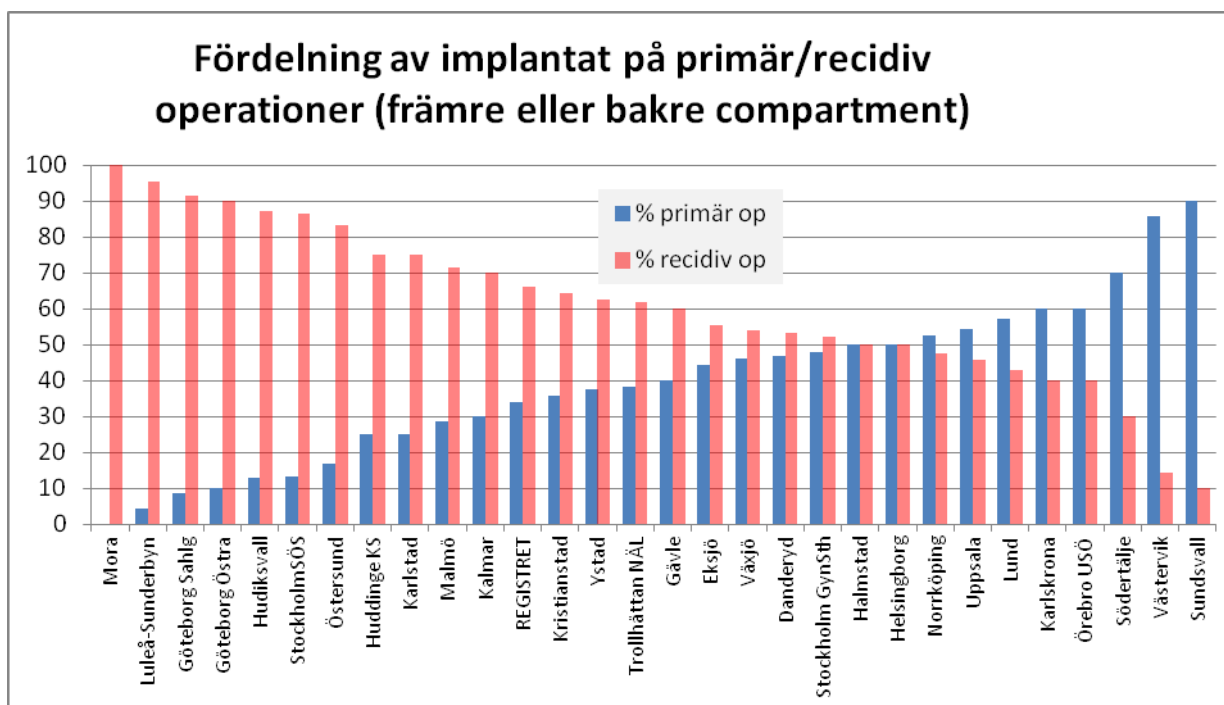


Figur 7. Användning av implantat fördelat per compartment. Pilen markerar medelkliniken (Register).

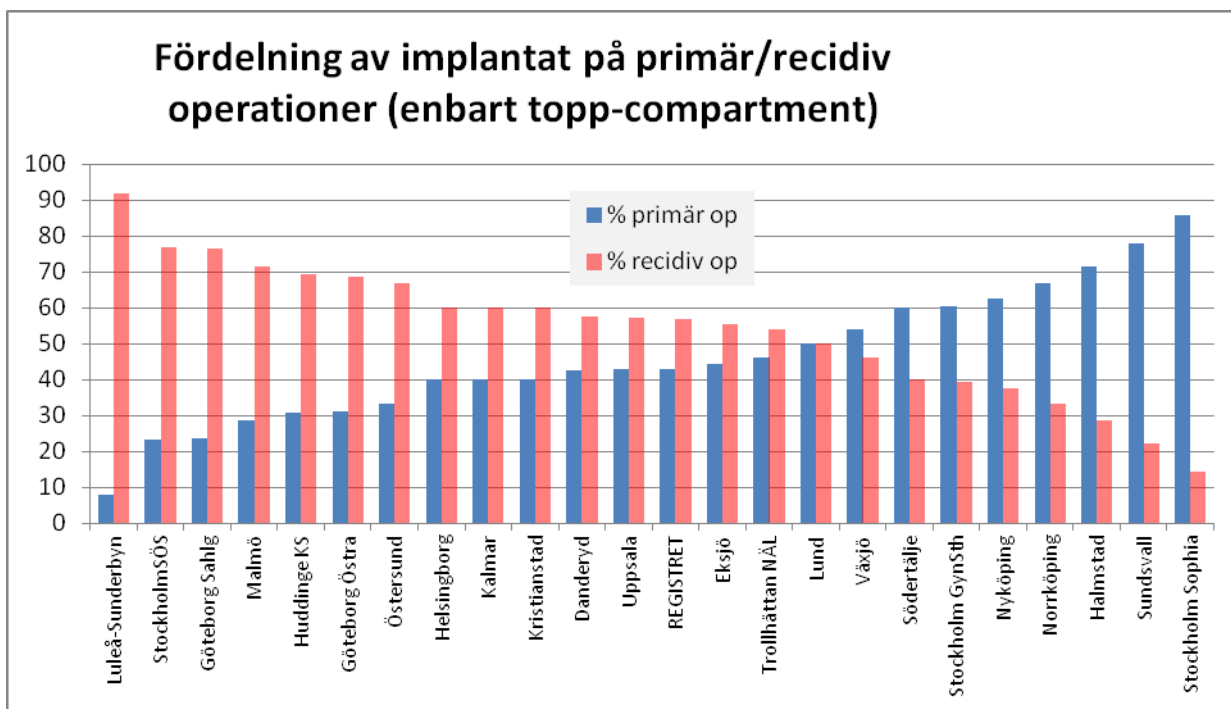


Figur 8. Fördelning av implantat vid primär-/recidivoperation, alla prolapsoperationer.

Endast kliniker som har minst fem operationer i respektive compartment redovisas för att undvika extrema procentskillnader utan beslutsmässig betydelse. Vi visar den procentuella fördelningen: den röda (ljusare) och den blå (mörkare) stapeln tillsammans representerar totalmängden (100%) implantat kliniken har använt under 2013.



Figur 9. Fördelning av implantat vid primär/recidiv operation, enbart främre eller bakre compartment.

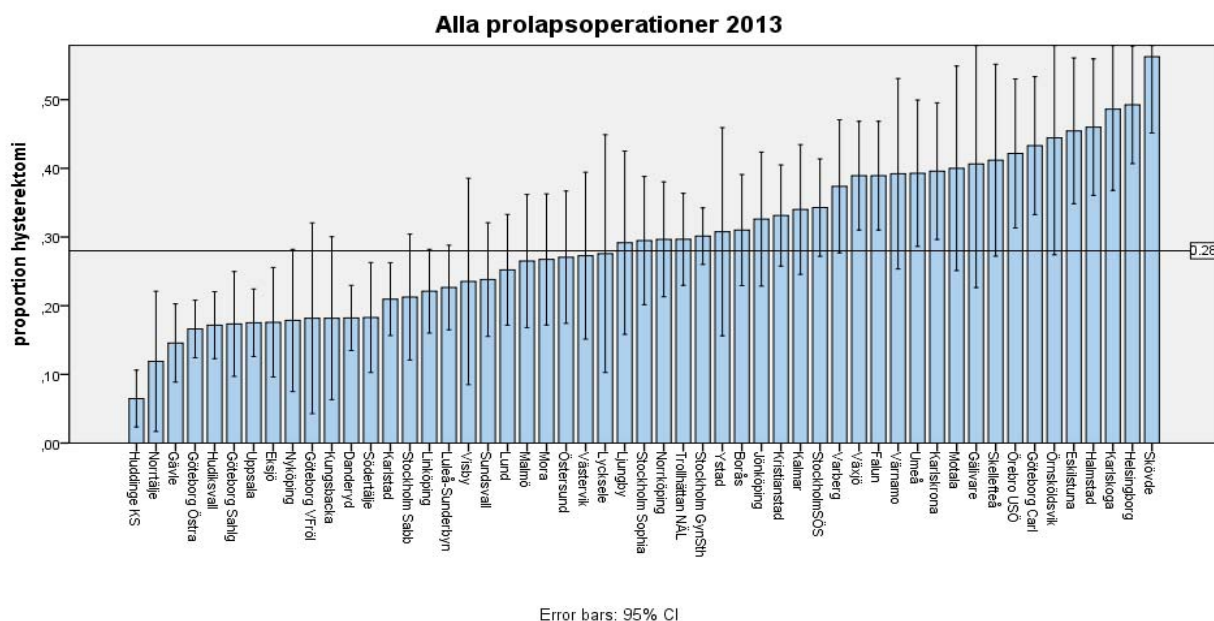


Figur 10. Fördelning av implantat på primär/recidiv operation enbart topp-compartment.

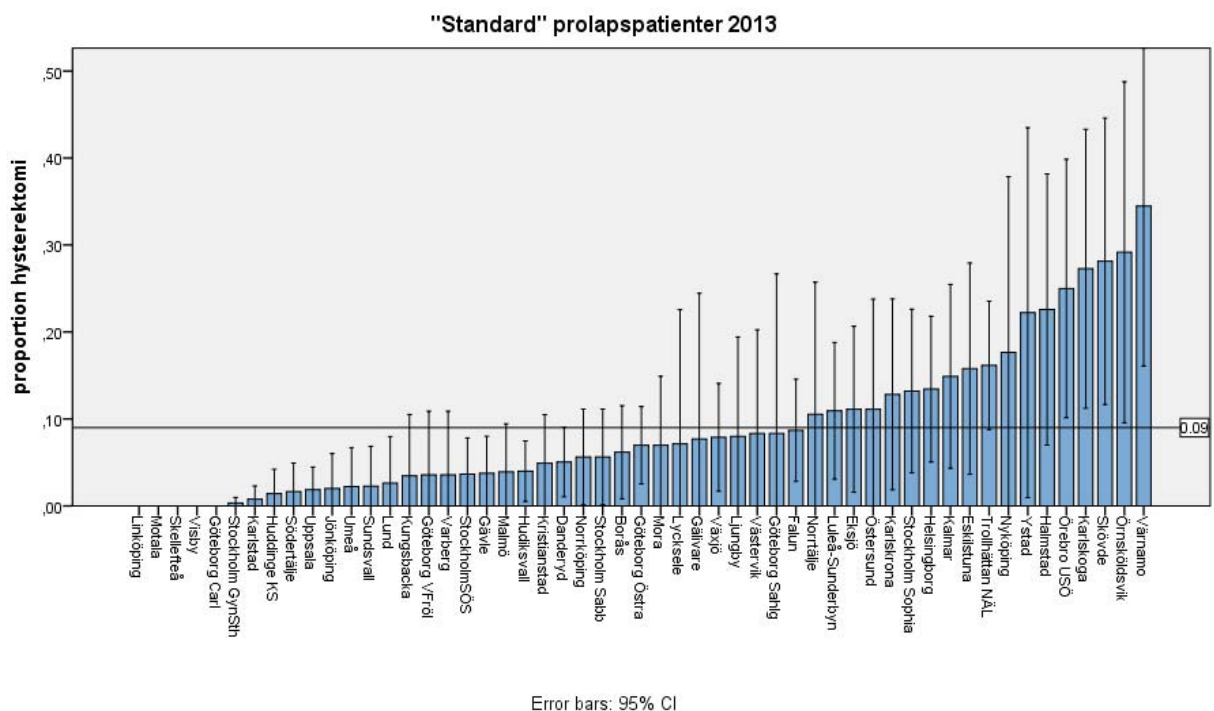
Klinikerna är extremt olika även i denna beslutsprocess: från att alla implantat (100 %) används till recidivpatienter till att 85,4% används vid primär operation. Samma olikhet gäller i alla tre compartment.

Hysterektomi pga prolaps

Vi har under loppet av senaste året fått en del frågor från kliniker och enskilda kollegor om användning av hysterektomi som led i en prolapsoperation. Nedan presenteras alla hysterektomier i samband med en prolapsoperation 2013, oberoende av prolapsstatus eller i vilket compartment patienten har framfall.

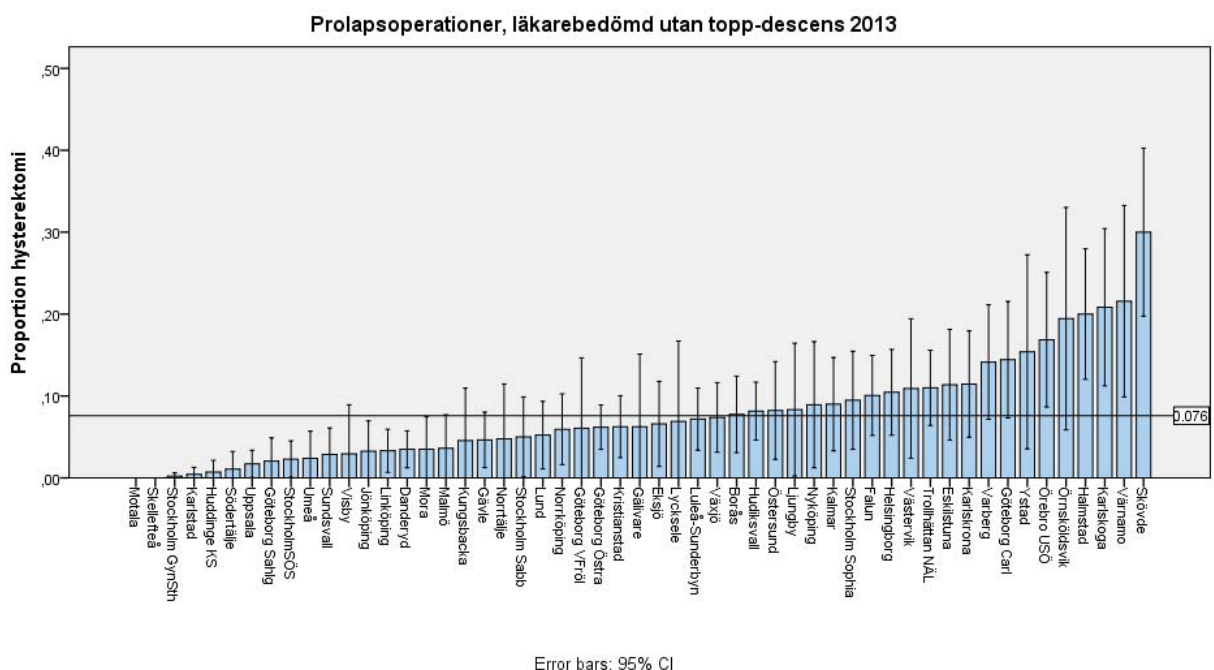


Figur 11. Andel prolapsoperationer med vaginal hysterektomi.



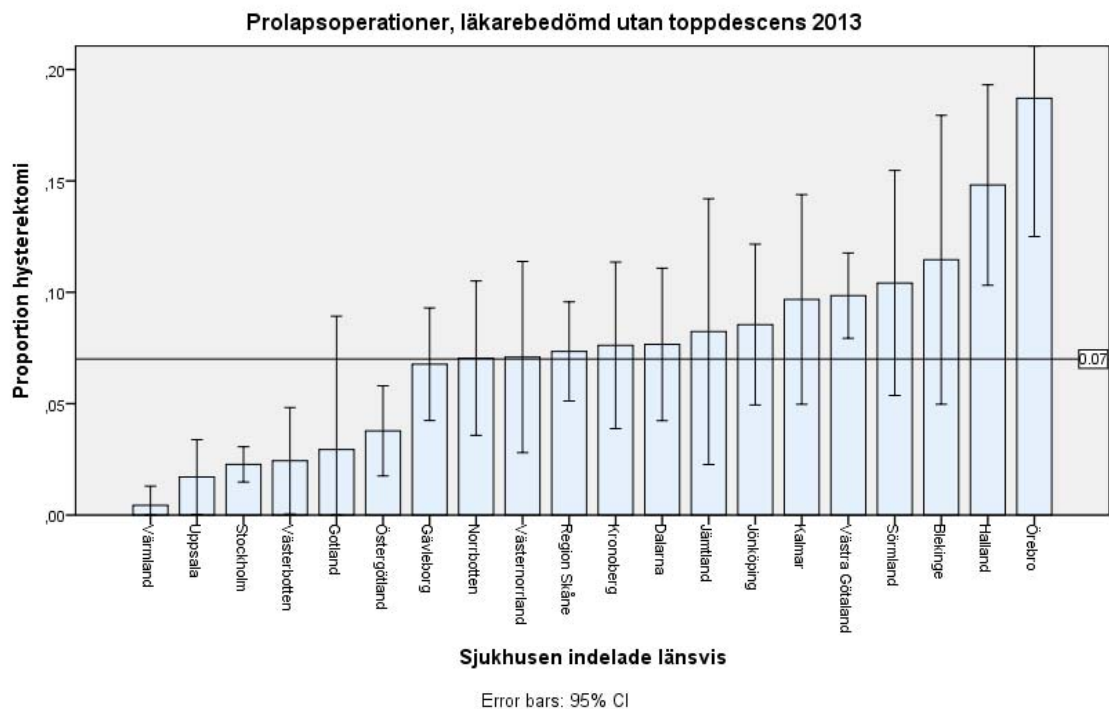
Figur 12. Andel prolapsoperationer med vaginal hysterektomi, selektion standardpatient.

Urvalet i ovanstående bild är utförd hysterektomi på "standardpatienter", per definition patienter där man inte utfört någon annan operation i övre compartment (alltså ingen vaginaltoppsfixation eller enteroceleoperation).



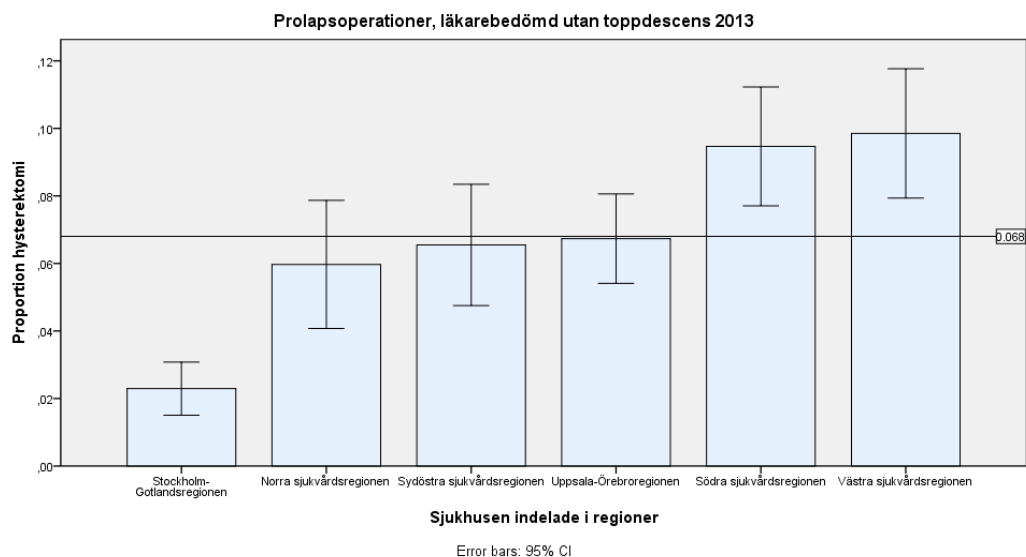
Figur 13. Andel prolapsoperationer med hysterektomi, i anamnes läkarbedömt utan descens av toppcompartment, indelat klinikvis

Ovan redovisas klinikvis endast patienter där läkaren i registrets anamnesdel har anfört att patienten inte har någon descens i toppcompartment.



Figur 14. Andel prolapsoperationer med hysterectomi, i anamnes läkarbedömt utan descens av toppcompartment, indelat länsvis

Bilden ovan visar samma patienter som föregående men indelat länsvis. Även nästa bild visar samma patienter men indelat i regioner.

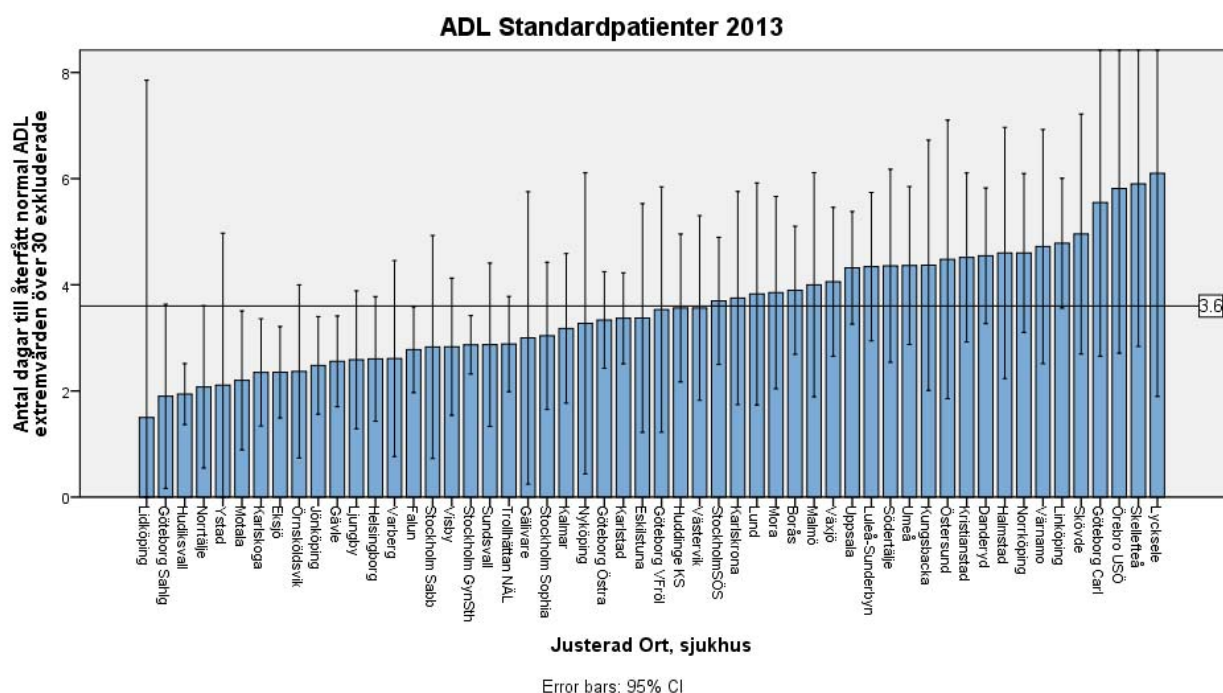


Figur 15. Andel prolapsoperationer med hysterectomi, i anamnes läkarbedömt utan descens av toppcompartment, indelat i regioner.

Det är enorm skillnad i behandlingsstrategin för prolapspatienter med uterus kvar utan (preoperativt läkarebedömd) topprolaps: från 0 – 30 % hysterektomier. Även vid detta problem agerar/bedömer vi i grupper: vi gör som grannen i länet och regionen.

Vi har vid nuvarande tidpunkt inte kunskap om evidens/resultat som visar vilken andel hysterektomier som är rätt. Men vi hoppas att denna stora skillnad ger anledning till ytterligare, mera nyanserad granskning och registerforskning.

Dagar till normal ADL



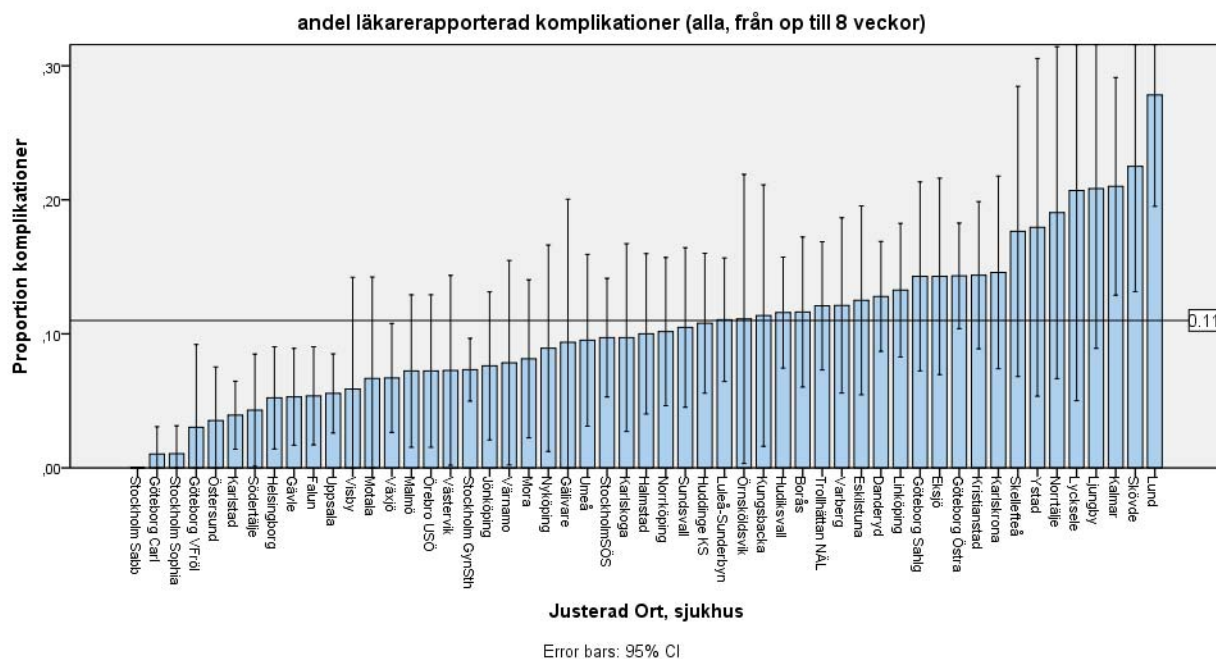
Figur 16. Dagar till normal ADL efter operationen, för standardpatienter. Medelvärde 3,6 dagar.

Kliniker med < 10 operationer exkluderade.

Läkarrapporterade komplikationer

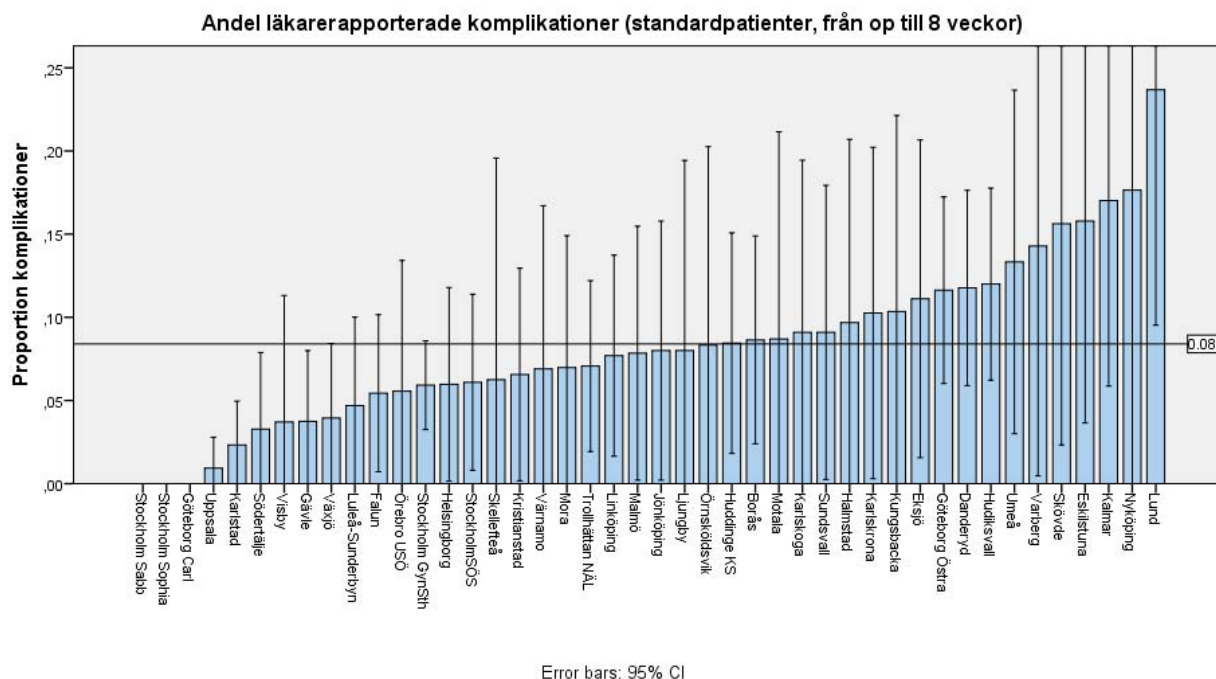
I bilden nedan visas andelen läkarrapporterade komplikationer som orienterande, översiktlig sammanfattning: alla typer och svårhetsgrader av komplikationer som läkaren har angivet antingen peroperativt, vid utskrivning eller vid 8-veckorsbedömning (samma komplikation räknas endast en gång). Endast kliniker som har minst 30 operationer redovisas för att undvika extrema procentuella skillnader utan beslutsamässig betydelse. (Alingsås, Lidköping, Nacka och Solna exkluderade).

Vi exkluderar vanligtvis enbart kliniker med färre än 10 operationer. I nedanstående bilder har den angivna komplikationsgraden en omfattning från 0 till knappt 30 %. Vid en klinik med enbart 10 årliga operationer representerar statistiskt varje patient 10% av materialet – en eller två ”speciella” patienter med problem som ”standardpatientsselektionen” inte tar hänsyn till får en orimligt stor betydelse. Därför bör minst 30 operationer finnas med i materialet.



Figur 17. Läkarbedömd komplikation peroperativt t o m 8 v efter operation, alla prolapsoperationer.

Önskar man mer specifik information om komplikationer hänvisas till egna datauttag (under menyval Admin – Datauttag – Hämta data) eller där man även kan formulera egna, klinikanpassade tabeller (under menyval Admin – Datauttag – Skapa egna tabeller/diagram).



Figur 18. Läkarbedömd komplikation peroperativt t o m 8 v efter operation, standardpatienter.

Endast kliniker som har opererat minst 30 standardpatienter redovisas för att undvika extrema procentskillnader utan beslutsmässig betydelse

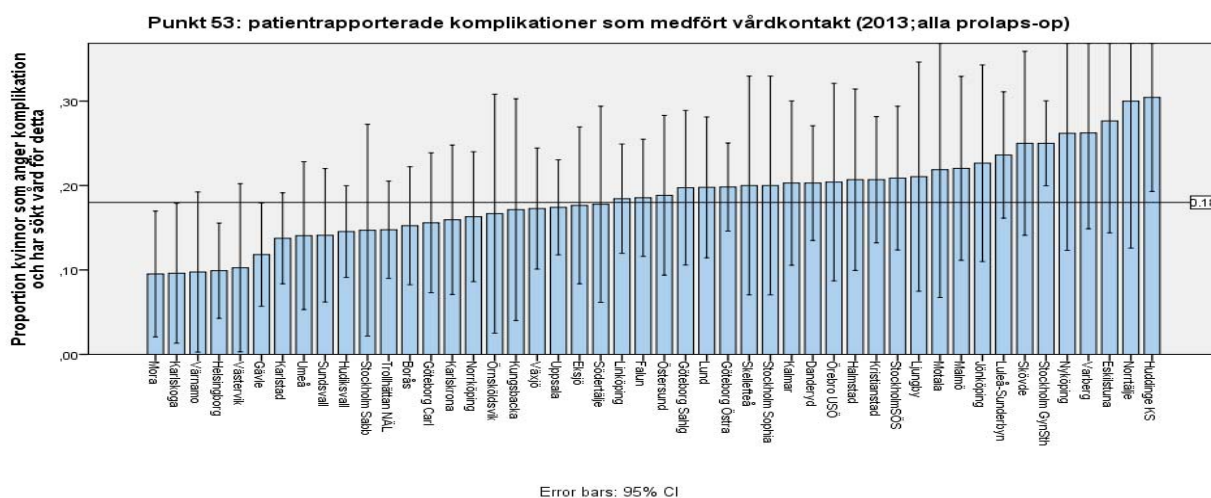
Kliniker med färre än 30 operationer i detta fall: Alingsås, Lidköping, Nacka, Solna, Sahlgrenska, Göteborg, Västra Frölunda, Lidköping, Lycksele, Skellefteå, Ystad, Norrköping, Norrtälje, Nyköping, Visby, Västervik, Örnsköldsvik och Östersund.

Öppna Jämförelser

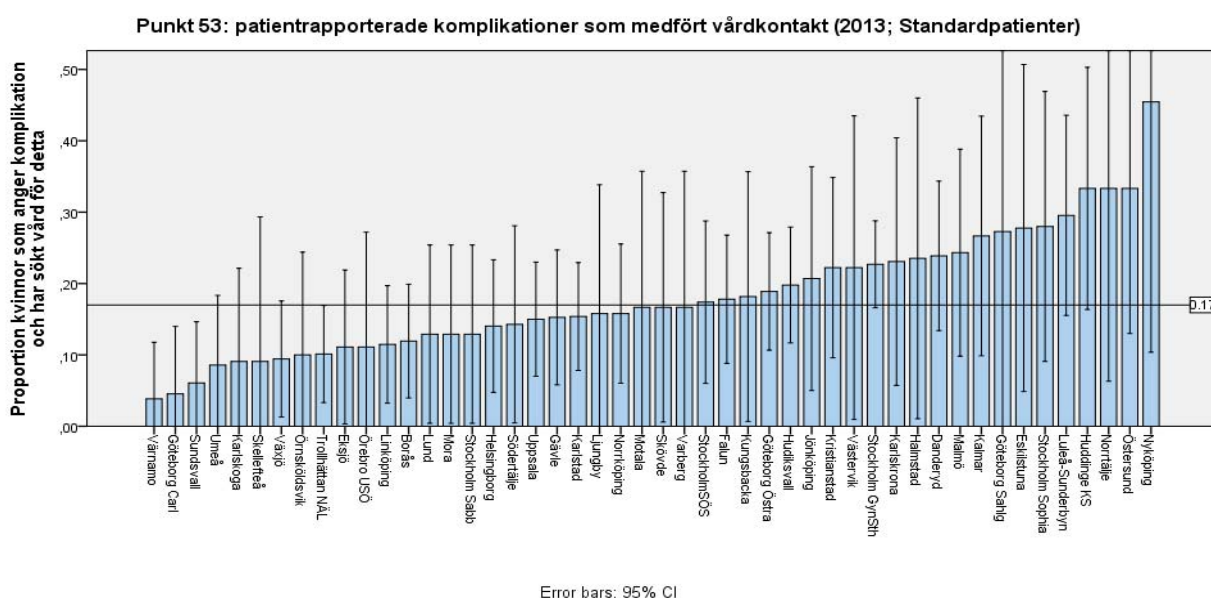
I Socialstyrelsens (SoS) och Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) sammanställning Öppna Jämförelser ingår årligen tre kvalitetsparametrar för prolapsoperationer som extraheras från Gynops databas. De redovisar vi nedan. Dessa parametrar kan följas löpande via Rapportgeneratoren. SoS/SKL visar resultatet för alla prolapsoperationer och samtidigt hänvisar man till att "tabellerna bör tolkas försiktigt" eftersom det är "nödvändig att ta hänsyn till skillnader i patientsammansättning eller casemix".

Därför redovisar vi resultaten för "alla operationer" och operationer på "standardpatienter" (som är en jämförbar grupp). Kliniker med < 30 operationer exkluderas (Alingsås, Gällivare, Västra Frölunda, Lidköping, Lycksele, Nacka, Visby och Ystad).

Patientrapporterade komplikationer



Figur 19. Patientrapporterade komplikationer som medfört vårdkontakt efter framfallsoperation (alla op 2013).

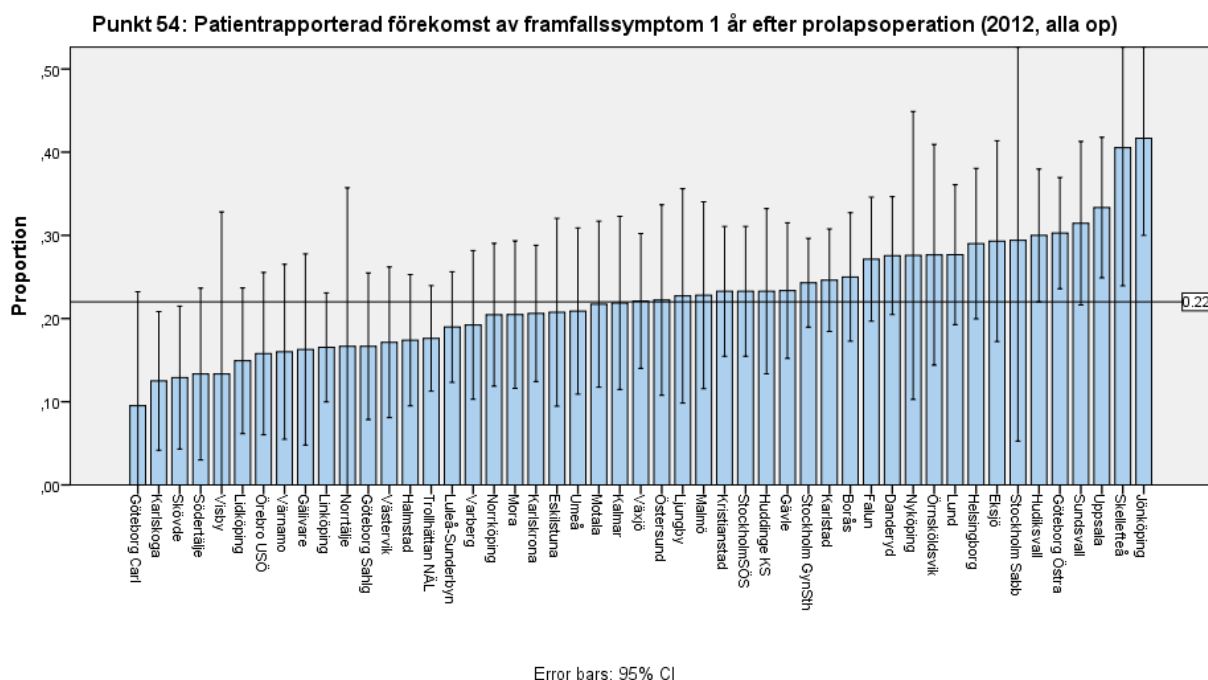


Figur 20. Patientrapporterade komplikationer som medfört vårdkontakt efter framfallsoperation (standardpatienter op 2013).

Patientrapporterade framfallssymptom 1 år efter operationen

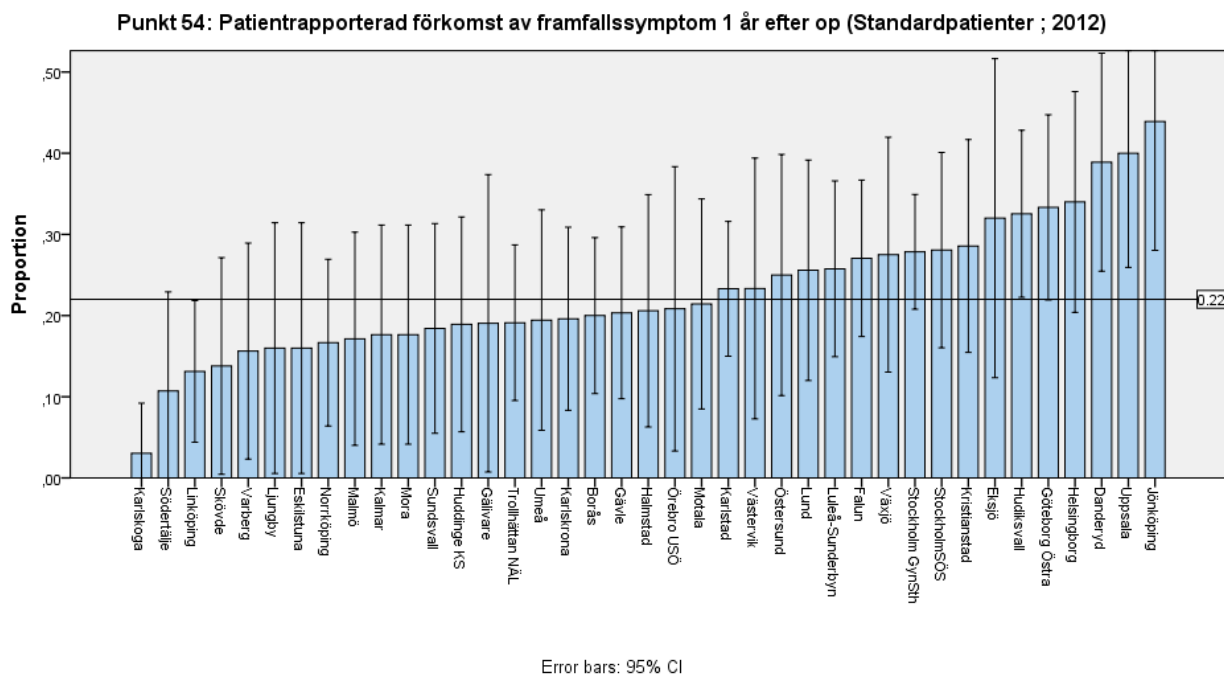
Denna parameter rapporteras både klinik- och länsvis till Öppna Jämförelser.

Kliniker med < 30 operationer exkluderas (Kungsbacka, Västra Frölunda, Lycksele, Ystad, Sophiahemmet Stockholm. och Läkargruppen i Örebro.)



Figur 21. Patientrapporterad förekomst av framfallssymptom 1 år efter operationen (alla operationer från 2012)

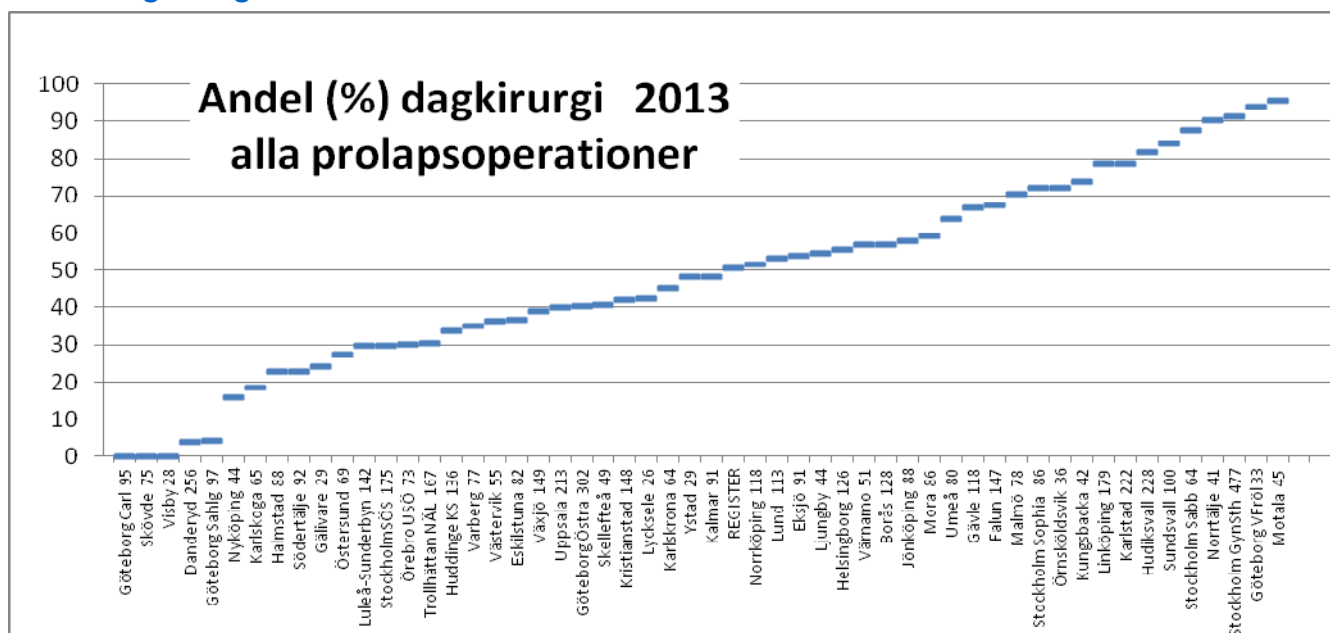
Problemet med operationernas olika svårhetsgrader kvarstår. Därför kompletterar vi med resultaten för standardpatienter, som borde vara jämförbar på klinikenivå.



Figur 22. Patientrapporterad förekomst av framfallssymptom 1 år efter operationen (standardpatienter op år 2012)

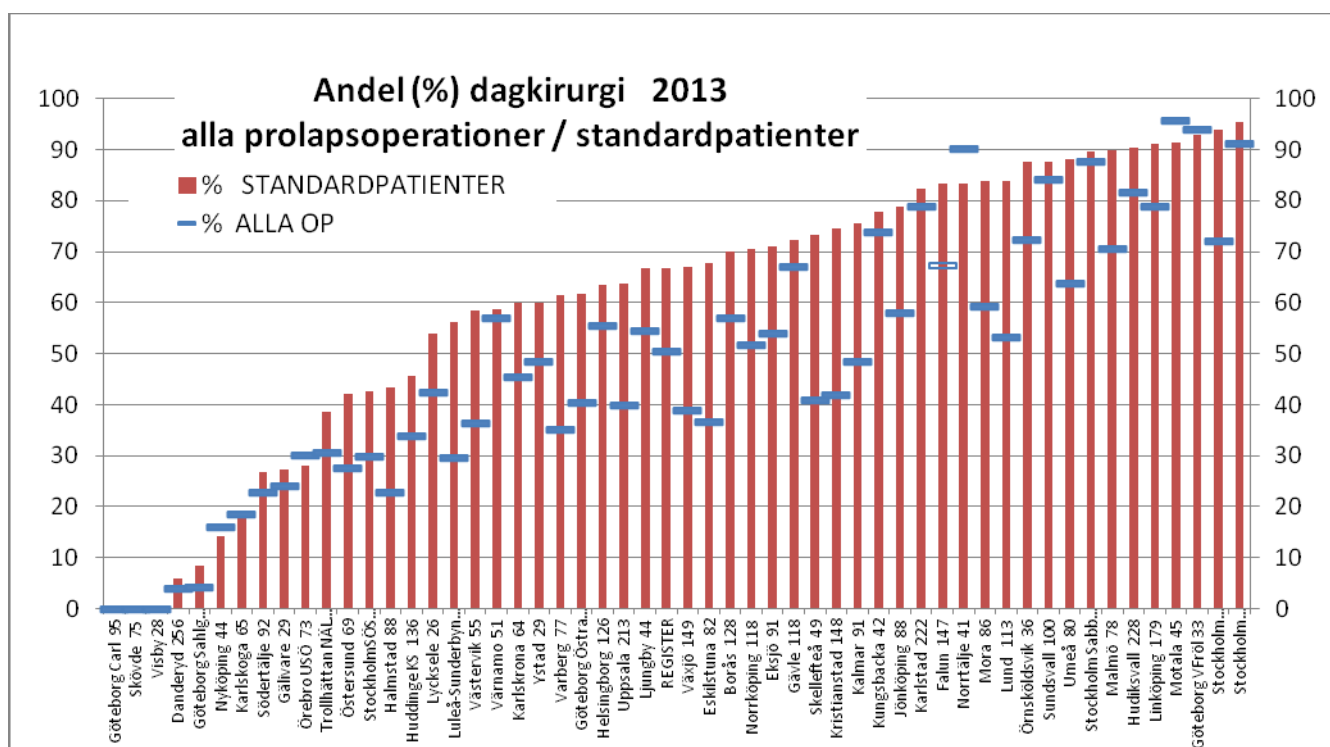
Kliniker med < 30 operationer exkluderas (Kungsbacka, Lycksele, Ystad, Carlanderska Göteborg, Sahlgrenska Göteborg, Västra Frölunda, Lidköping, Norrtälje, Nyköping, Skellefteå, Sabbatsberg, Sophiahemmet Stockholm, Visby, Värnamo, Läkargruppen i Örebro och Örnsköldsvik).

Andel dagkirurgi



Figur 23. Andel dagkirurgi alla typer av prolapsoperationer år 2013

Med dagkirurgi menas att patienten gått hem samma dag som operationen utfördes. Efter klinknamnet anges antalet prolapsoperationer som resultatet baseras på.



Figur 24. Andel dagkirurgi för standardpatienter (blå markering nivå för alla prolapsoperationer).

Som väntat har de flesta kliniker en större andel dagkirurgi för standardoperationerna. Andelen dagkirurgi för standardpatienter borde vara i stort sett samma för alla kliniker: samma operativa problem, samma patientgrupp, samma logistiska problem. Det är stora skillnader (0 till > 90 %). Kliniker med hög andel dagkirurgi för standardpatienter har också högre andel dagkirurgi på alla

operationer och vise versa – detta talar för att olikheten beror på organisatorisk skicklighet och inte på medicinska fakta.

Vi har nyligen redovisat vårdtidsskillnader i specialrapporten ”Utveckling av vårdtiden för prolapsoperationer år 2006-2012”. Även år 2013 har vi samma enorma spridning utan medicinsk orsak och vi kan inte se några tecken på effektivisering av vårdflödet.

Skövde, Visby och Carlanderska sjukhuset har år 2013 en speciell status: ingen dagkirurgi alls, Danderyd och Sahlgrenska har < 10%.

Avslutande kommentar

Vi hoppas att Rapportgeneratoren (www.gynop.org) blir till hjälp, nytta och inspiration för alla Gynop-kliniker; även GKR-kliniker kan se sina egna data (jämfört med ”Rikets resultat”) i detta lättanvända verktyg.

Kliniker som önskar assistans med framtagning av egna data, dataredovisning eller dataanalys är hjärtligt välkomna att kontakta Gynop-registret eller undertecknad (emil.nussler@gmail.com).

Alla intressenter i prolapsprocessen (patienten, terapeuter eller driftsansvariga) har olika – ibland motstridande – uppfattningar om vad som är kvalitet och vad som är viktigt att redovisa och hur man bör göra detta. Därför hoppas jag att ni som har läst denna rapport inte tvekar att skicka era kommentarer, kritik eller förbättringsförslag.

Vad saknas/vad bör vi redovisa – skall vi redovisa annorlunda – vilken benchmark bör vi använda - på vilket annat sätt kan vi förbättra oss? Vi blir glada och tacksamma för alla reaktioner!

Emil Karl Nüssler
ansvarig för prolapsregistret

Ordlista

Ord	Beskrivning
Compartment	Slidan kan delas upp i tre delar, som man kallar ”compartments”: främre, övre/toppen och bakre delen.
Dagkirurgi	Dagkirurgisk operation innebär att man kommer in till sjukhuset, opereras och åker hem samma dag.
Descens	Framfall
Enteroccele	Bakväggsprolaps, då en del av tarmen buktar ut i vagina
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Implantat	Hjälpmedel, t ex nät eller slynga som sätts in för att hjälpa till att hålla upp framfallet
Prolaps	Framfall
Proportion	Andel, skala 0 – 1 (ex: proportion 1 är 100% ; proportion 0,1 = 10%)
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Standardpatienter	I denna rapport används uttrycket för att visa de patienter som en klinik ”inte remitteras vidare” men behandlar själv, alltså en relativt enkelt och jämförbar operation, dryg 50 % av alla prolapsoperationer (frisk, mindre än 80 år, inte tidigare opererat i samma compartment, har livmodern kvar och får inte gjort en komplicerad operation i slidtoppen)