



Täckningsgrad och tillgänglighet av kirurgisk behandling beroende på vilket län patienten bor och behandlas i

Nationsdata avseende gynekologisk kirurgi utförd på benign indikation omfattande GynOp och GKR

Avser år 2013

Mats Löfgren, registerhållare, Umeå

Gabriel Granåsen, registerstatistiker, GynOp, Umeå

De olika avsnitten är godkända av vederbörande delregisteransvarig

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

RAPPORTEN DISTRIBUTERAD JULI 2015

Inledning

Denna återrapport baserar sig på samkörning mellan **patientregistret och GynOp/GKR**. Rapporten innehåller tre delar och omfattar kirurgi utförd utan misstanke om malignitet.

1. Täckningsgrad avseende registren för 2013

Täckningsgraderna är beräknade enbart på 2013 års data eftersom patientregistret vid Socialstyrelsen har dryga ett halvårs eftersläpning innan all inrapportering skett från klinikerna. Patientregistret räknas ofta som "golden standard" eftersom det finns en skyldighet att rapportera dit. Följaktligen borde inga patienter finnas enbart i GynOp/GKR.

2. Det skall råda jämlik sjukvård i landet

Det innebär inte nödvändigtvis den bästa sjukvården men möjligheterna att erhålla behandling skall vara lika. Sverige har geografiskt sett en tämligen homogen befolkning. Skall möjligheten till behandling vara jämlik skall ungefär lika många genomförda behandlingar ske per 10 000 kvinnor oavsett var i landet man bor. Eftersom denna rapport innehåller samtliga patienter från både patientregistret och GynOp/GKR är det svårt att förklara ev. skillnader i registreringsbortfall. Inom länen finns även en uppdelning mellan sjukhusen av vilka som utför de olika behandlingarna. Utomlänsbehandling utgör ett undantag vid benign indikation. Siffrorna avseende jämlik sjukvård redovisas följaktligen på länsnivå.

3. Andel standardpatienter

Inom den gynekologiska kirurgin har vi på prov infört ett begrepp "standardpatient". En standardpatient är en patient som kan behandlas på varje sjukhus och inte behöver remitteras vidare samt uppfyller de rekommenderade kriterierna för behandling. Begreppet standardpatient har införts för att undvika diskussionerna om casemix. Huruvida casemix över huvud taget existerar inom den gynekologisk kirurgi på benign indikation kan ifrågasättas. Allmänt svårt sjuka eller andra komplicerade fall opereras principiellt inte på de indikationerna. En mindre andel standardpatienter torde indikera att man antingen är en referensklinik för svåra fall alt. har ytterligare indikationer relativt rekommendationerna. Skillnader i detta på klinisknivå kan bedömas utifrån andelen standardpatienter.

När ingen egentlig skillnad föreligger mellan sjukhusen i andelarna standard-/ej standardpatient speglar skillnader i operationsvolymerna snarast den besvärsgrad som erfordras för behandling samt tillgång till operationsresurser.

Konfidensintervallen som redovisas är riksmedelvärde beräknat på sammanslagning av alla patienter (hela riket = en klinik) och inte på klinikernas medelvärde. Klinikernas storlek har följaktligen inflytande på riksmedelvärdet. Kliniker med stort bortfall alt. stor andel ej önskade resultat får ett större genomslag på riksmedelvärdet. Därav ligger ofta riksmedelvärdet klart under det som skulle vara klinikernas medelvärde.

Täckningsgrad GynOp/GKR 2013

De registrerade parametrarna för inkludering i GynOp/GKR och patientregistret skiljer sig åt. Detta är en orsak till att exakt samstämmighet inte kan uppnås. Däremot är den samstämmighet som de "bästa" klinikerna uppnår möjlig att nå. Den diskrepans som finns för klinikerna med högst samstämmighet kan bero på att materialen inte är helt jämförbara.

Konfidensintervall är angett där detta går att beräkna. Bredden av konfidensintervallet står i proportion till den aktuella andelen samt antalet patienter för aktuell klinik.

Målvärdet, 75:e percentilen, är markerat med en vertikal linje. Målvärdet anses vara uppfyllt om det faller inom klinikens konfidensintervall.

	Hela riket	Median	25%	75%
Hela GynOp	0.68	0.73	0.67	0.78
Adnex	0.55	0.57	0.34	0.64
Hysterektomi	0.54	0.57	0.43	0.69
Inkontinens	0.81	0.92	0.82	0.97
Prolaps	0.77	0.83	0.49	0.89

Procentuell andel registreringar i GynOp av totalantalet operationer, för hela GynOp resp. per delregister.

I de kommande fyra bilderna representerar baslinjeparametern, orange, patienter återfunna i både GynOp/GKR och Patientregistret. Andra värdet, mörkblå, patienter återfunna enbart i GynOp/GKR. Det tredje värdet, ljusblått, patienter återfunna enbart i patientregistret.

Sjukhusens namnsättning utifrån geografi är inte densamma som vi normalt använder för att alla skall kunna lokalisera sjukhuset. Namnsättningen är den Socialstyrelsen använder för täckningsgradsmatchning.

Bild 1) I figuren nedan ingår all kirurgi på benign indikation, ej uppdelad i olika operationstyper. Även om urvalskriterierna skiljer sig något för patientregistret och GynOp/GKR är dryga 90% samstämmighet möjligt att uppnå. För deltagande kliniker uppvisar GynOp/GKR bättre täckningsgrad än patientregistret. För ett nationellt genomsnitt, innefattande även de kliniker som inte deltar i något av kvalitetsregistren, är täckningsgraden lika i registren och patientregistret.

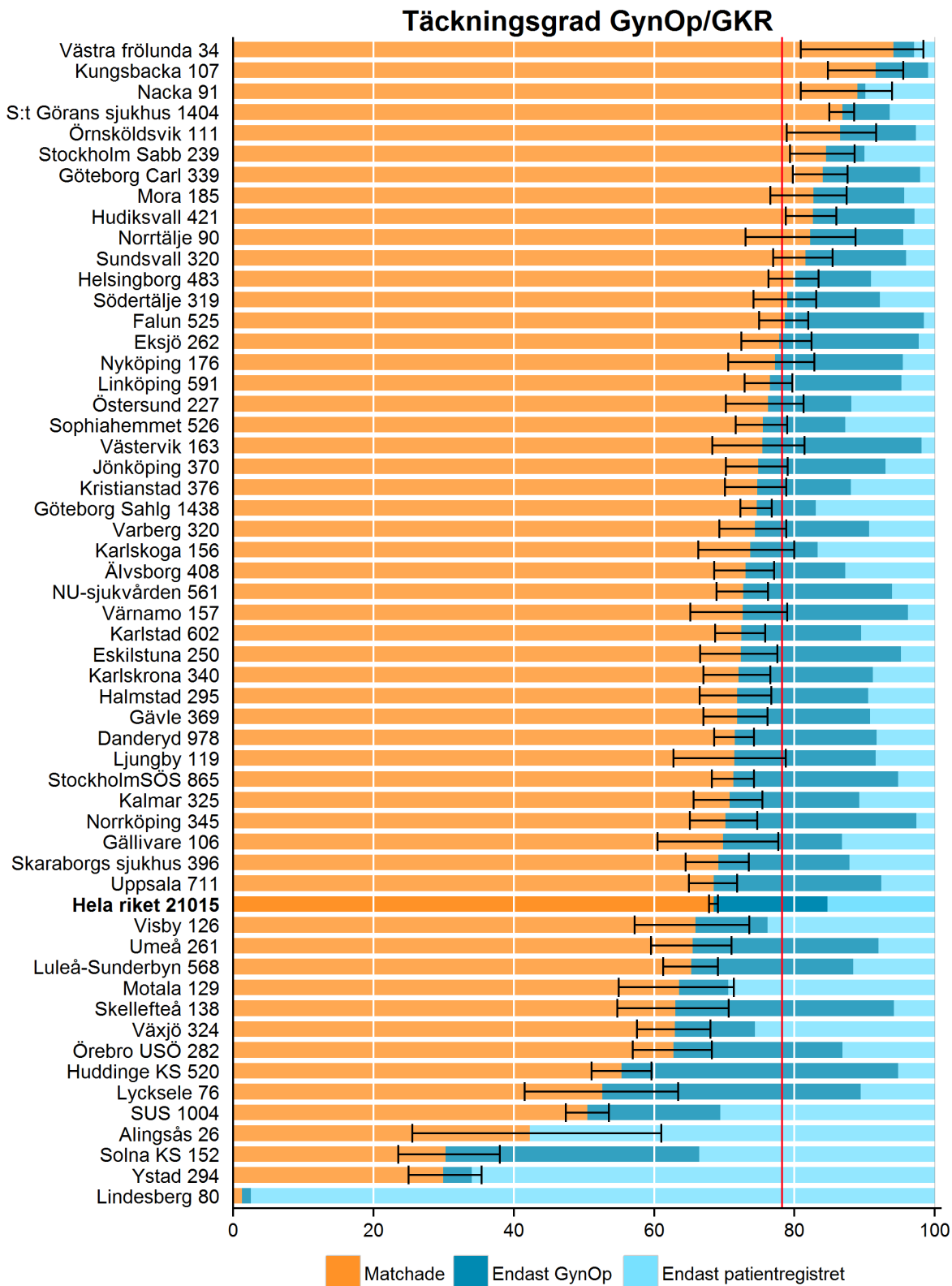


Bild 2) Adnexregistret är det delregister som har störst andel bortfall av patienter. Det är påvisat att det är i den akuta kirurgin som inklusionen sviktar. Detta beklagas eftersom det inom akutkirurgin kan förväntas stora kvalitetsskillnader som nu inte kan adresseras. Klinikernas intresse att delta i Adnexregistret är också lägre, vilket även det kan bero på svårigheterna att få läkarna att rapportera till registret resp. att för sekreterarna inkludera patienter i efterhand.

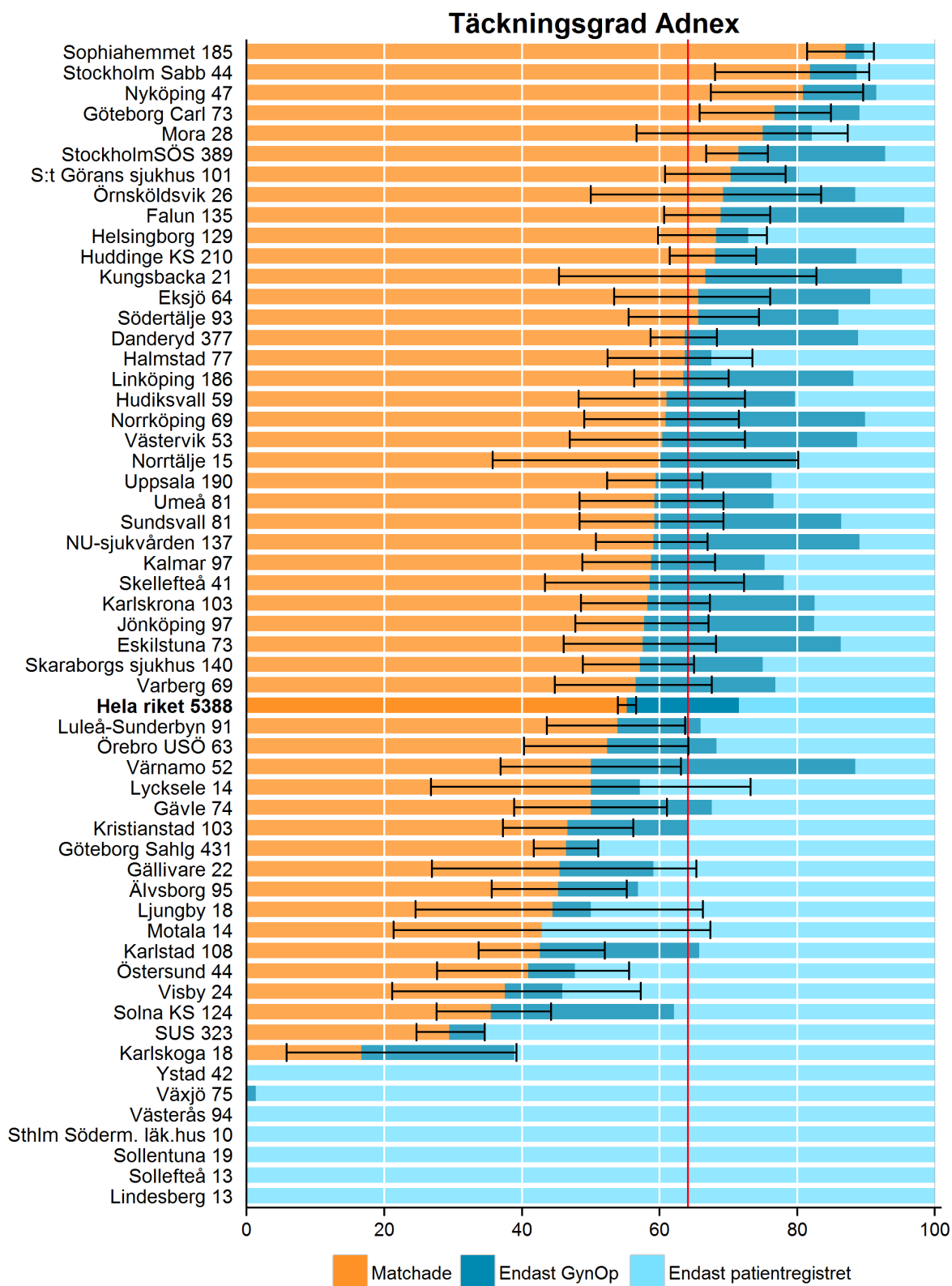


Bild 3. Avseende hysterektomi på benign indikation är det svårare för detta delregister än för de övriga att få lika urvalskriterier i GynOp/GKR och i patientregistret. Vi ser här en mycket god täckning av urvalet från registrens sida med ett betydligt större bortfall i patientregistret.

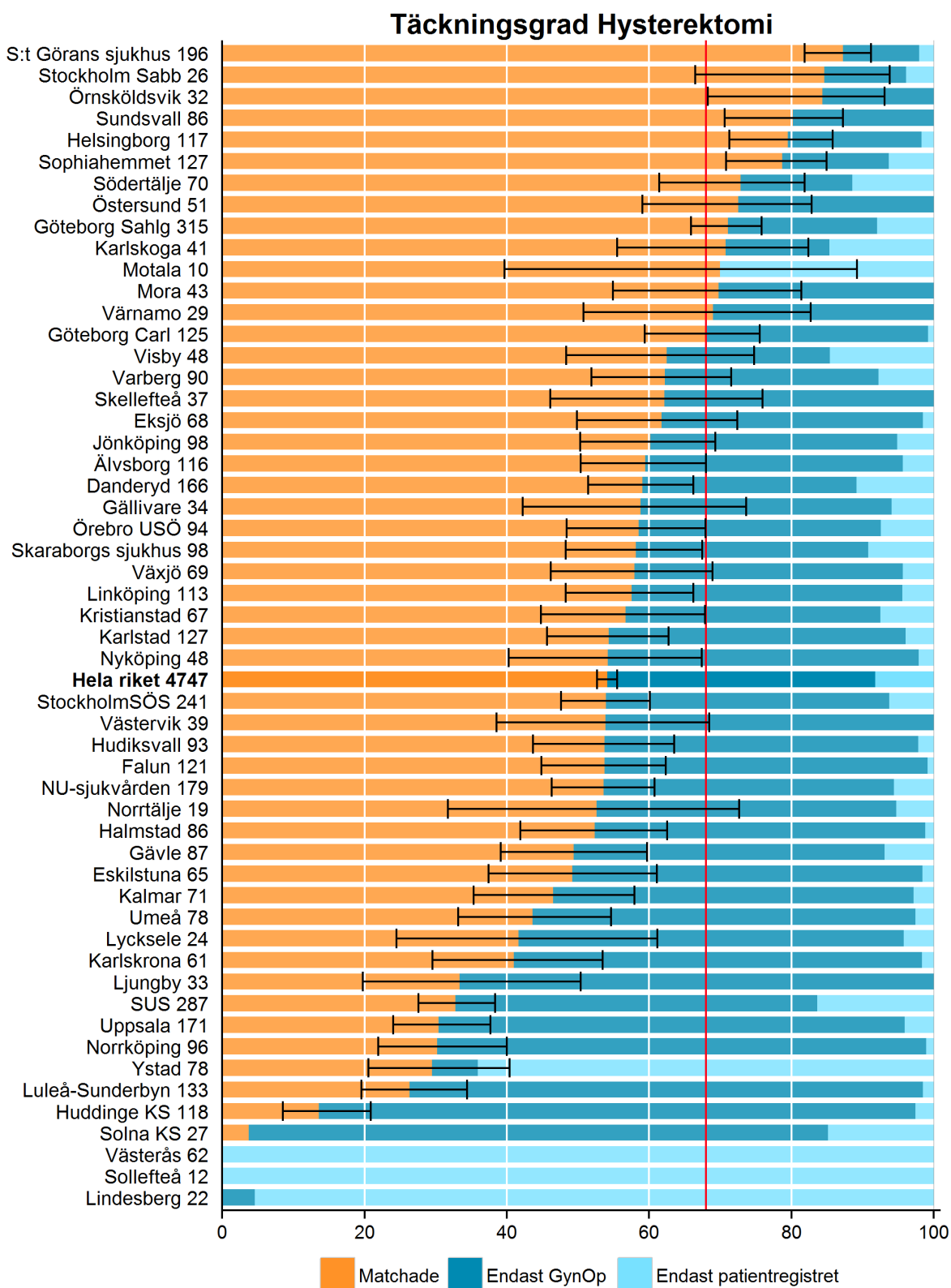


Bild 4. Täckningsgraden för inkontinensoperationer är mycket god. Avseende dessa finns inga svårigheter att få likvärdiga selektioner i GynOp/GKR och patientregistret. GynOp/GKR har bättre täckning än patientregistret vid deltagande kliniker. En möjlig orsak till det kan vara att de ingrepp som utförts polikliniskt ingår i kvalitetsregistren men ej finns i patientregistret.

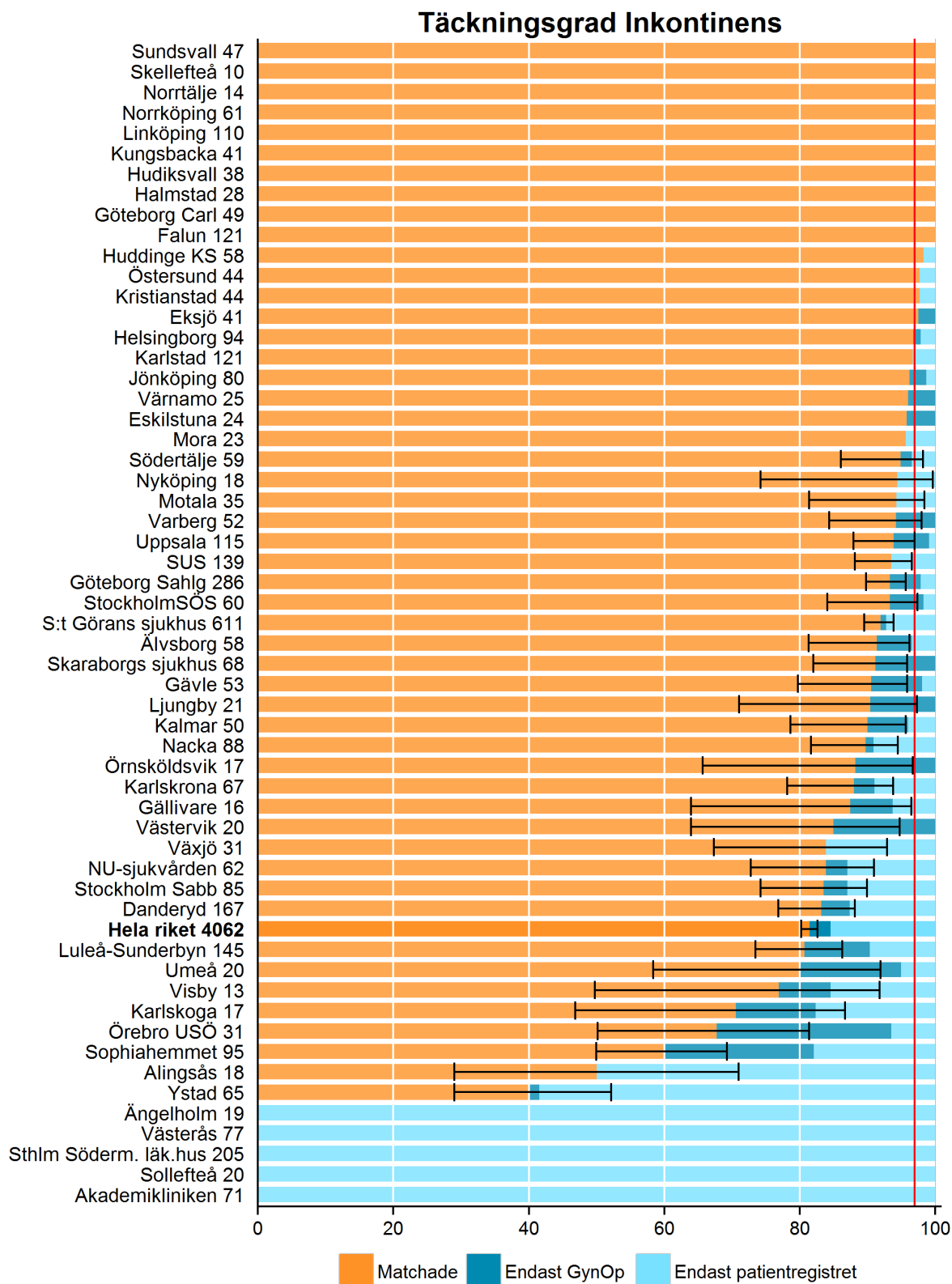
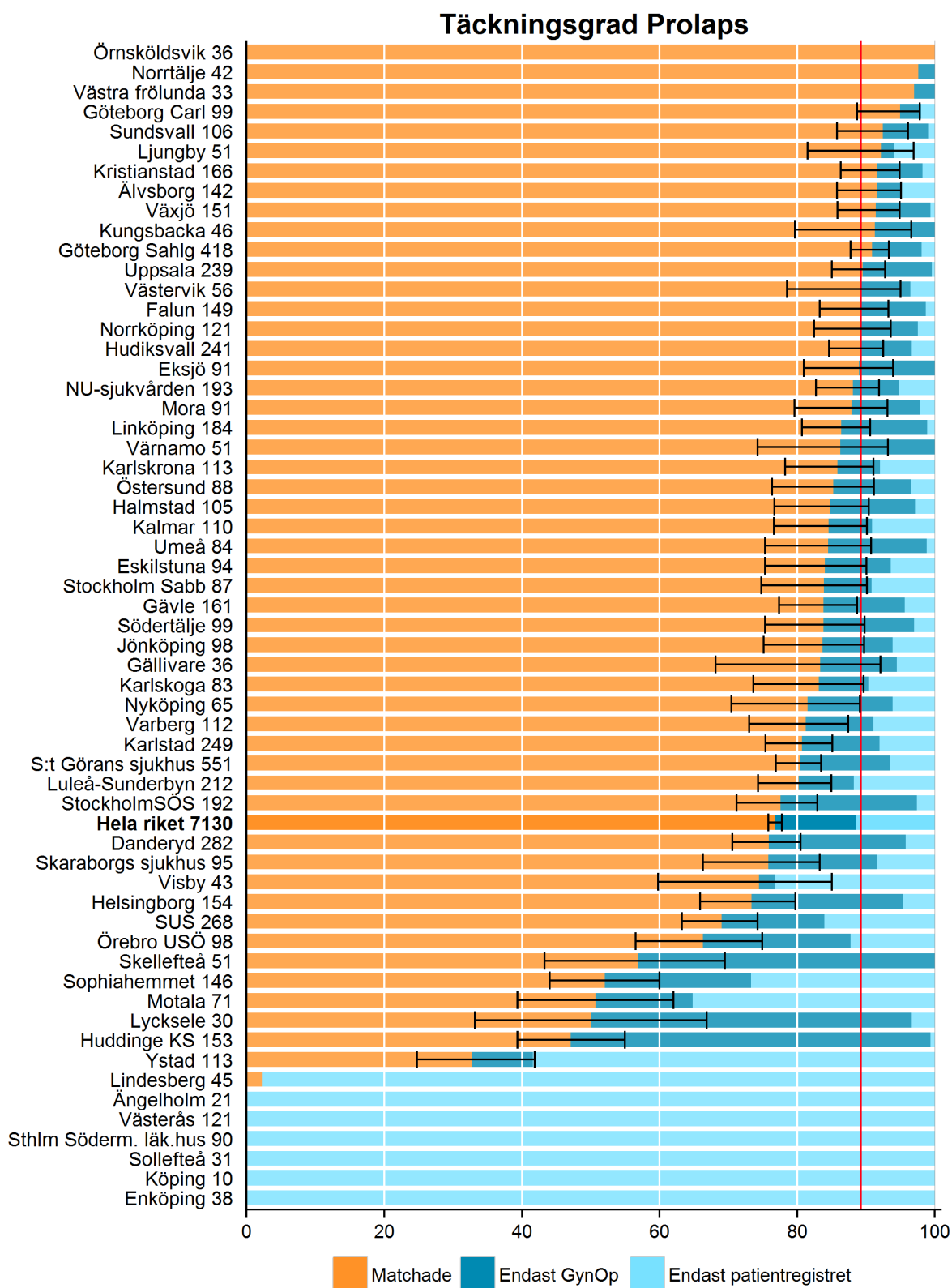


Bild 5: Täckningsgrad avseende prolapskirurgin är nästan likvärdig med inkontinenskirurgins.



Kommentarer från några av klinikerna om täckningsgraden

Vi har bitt några klinker kommentera sina siffror vad gäller täckningsgrad och överensstämmelse mellan registrerade patienter i både kvalitetsregistret och Patientregistret:

Folke Flam, GynStockholm S:t Göran som har en mycket god täckning med litet bortfall i båda systemen:

Som privatklinik har man fler ögon på sig och det finns ett starkt incitament för att bli "bäst i klassen". Vi är mycket positiva till registrering av flera skäl. Ett av skälen är att vi då tror oss kunna visa en hög kvalitet vid benchmarking. Våra operatörer anser att registrering är en viktig uppgift. Ansvarig sekreterare kontaktar operatör om denne inom en vecka inte registrerat. Nästan alltid sker all registrering på operationsdagen. Självklart underlättar det att vi bara är tre operatörer. Det är också så att det du gör ofta får du rutin på och upplever det då inte som en belastning. Varje operatör hos oss utför minst 500 ingrepp/år och registreringen blir en naturlig del av operationen.

Håkan Baehrendtz, Läkarhuset Södermalm som har en låg täckningsgrad i kvalitetsregistret: *Under 2013 hade vi extremt små volymer och valde att vänta med att gå med till 2014. Vi gick med i GKR år 2014.*

Pia Teleman, Skånes universitetssjukhus Malmö:

Inga roliga siffror. För att kunna bättra oss måste vi veta vad vi ska jobba med. Kan den sämre täckningen i Patientregistret beror på eftersläpning? Detta måste ses över. Den som är lokalt ansvarig för Gynop-registret måste tillsammans med sektionscheferna i gynekologi intensivarbeta under 2015 på att täckningen ska vara nästintill fullständig.

Sammanfattning täckningsgrad

För i GynOp/GKR deltagande kliniker är täckningsgraden lika bra totalt sett som för patientregistret. Nationellt har patientregistret något större täckningsgrad beroende på kliniker som inte registrerar några patienter i GynOp/GKR. Skall täckningsgraden öka är det inte generella insatser som behövs utan kliniks specifika. Bristande registrering i patientregistret överensstämmer ofta med brister i GynOp-/GKR-registreringen. Täckningsgraden visar att registrets data har förutsättningar att vara adekvata och representativa för deltagande kliniker.

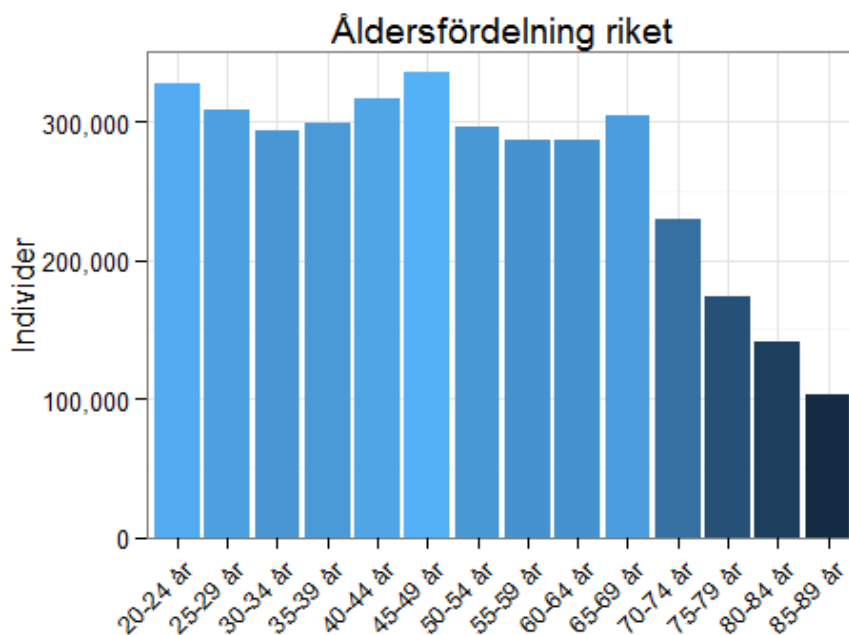
Antal opererade år 2013 per 10 000 kvinnor

Skall vi ha en jämlik sjukvård, vilket lagen föreskriver, skall antalet operationer vara likvärdigt avseende åkomma och totalantal per 10 000 kvinnor.

Via samkörning med patientregistret har vi sannolikt fått en totalt mycket god täckning av antalet operationer i landet. Det sker inom länen en uppdelning av operationskapacitet och operationstyper varför operationsfrekvens per sjukhus riskerar att bli missvisande. Dock är rörligheten avseende sjukvård över länsgränserna närmast marginell varför analyserna redovisas på länsnivå. Befolkningsunderlaget för sjukhusen är siffror sjukhusen uppskattar själva, varför det faktiska befolkningsunderlaget oftast är mindre. Det har gjorts beräkningar där man adderat alla sjukhusens uppfattning om befolkningsunderlaget och funnit att det motsvarade ca 130% av landets totala befolkning. Mer exakta befolkningssiffror kan hämtas avseende län från Statistiska centralbyråns befolkningsstatistik, vilket vi har gjort till denna rapport. Det är även ett argument att göra läns- och inte sjukhusjämförelser.

För att analyserna skall vara reella och inte bara relativa har åldersjustering gjorts.

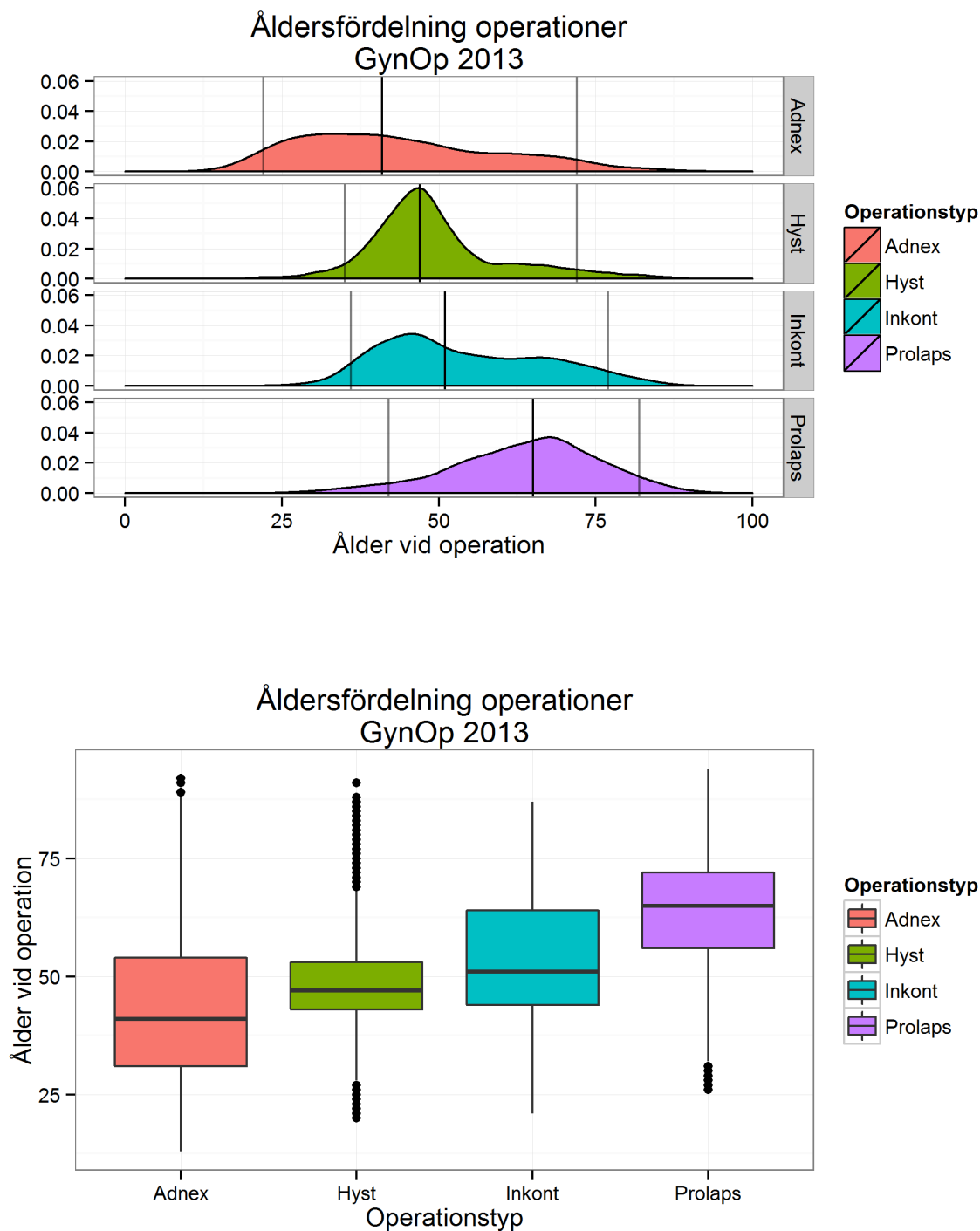
Bild 6 Åldersfördelningen 2013 av kvinnor i 5-årskohorter



Tabell 2 Åldersfördelning operationer/delregister, p5 och p95 är 5:e respektive 95:e percentilen så att 90% av alla åldrar befinner sig mellan dessa.

Operations- typ	n	Ålder medel	Ålder median	Lägsta ålder	Högsta ålder	p5	p95
Alla	13497	53.67	52	13	94	29	78
Adnex	3075	43.56	41	13	92	22	72
Hyst	3687	49.37	47	20	91	35	72
Inkont	2187	54.02	51	21	87	36	77
Prolaps	4548	63.82	65	26	94	42	82

Figur 7 och 8 beskriver åldersfördelning för de olika operationstyperna. I figur 7 visas åldersfördelningen som fördelningskurvor och i figur 8 som boxplots.



Från detta kan vi dra slutsatsen att vi kommer att överskatta risken för operation för t.ex. adnex om vi väljer ett åldersintervall som inte innefattar de lägre åldrarna. På samma sätt kommer vi att underskatta risken för t.ex. prolapsoperationer om vi väljer ett intervall som innefattar kvinnor i lägre åldrar. I figurerna som följer har beräkningarna utgått från hela populationen av kvinnor i åldrarna 20-85 år.

Bild 9. En sammanslagning av operationstyperna adnex, hysterektomi, inkontinens och prolaps visar på en spridning mellan 40 och 80 operationer per 10 000 kvinnor. Detta är inte ett uttryck för jämlik sjukvård utan snarast ett uttryck för snedfördelning av resurser över landet och skilda indikationer – besvärnivåer för att få ett operativt ingrepp utfört. Skillnaderna i konfidensintervall är övertygande.

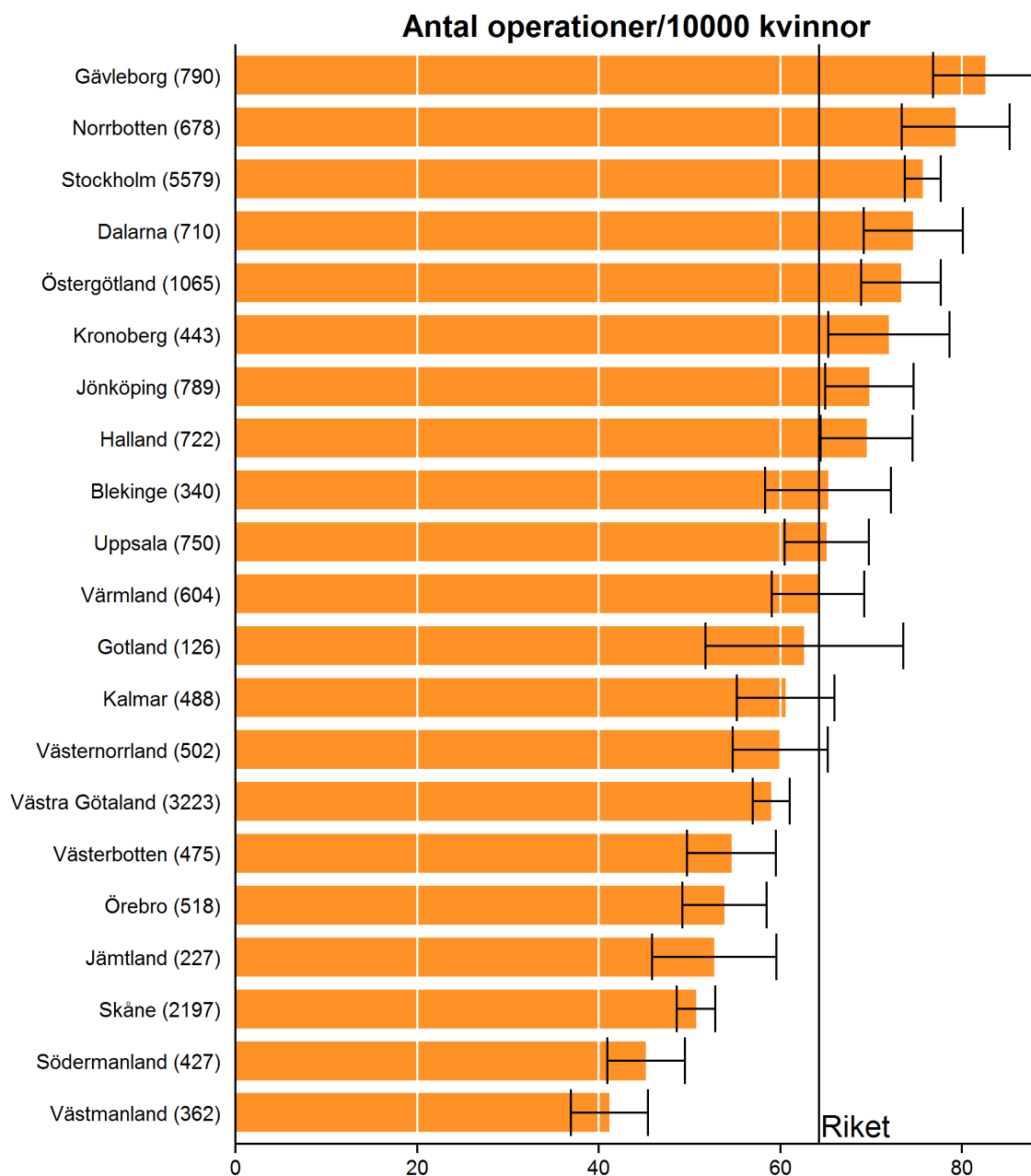
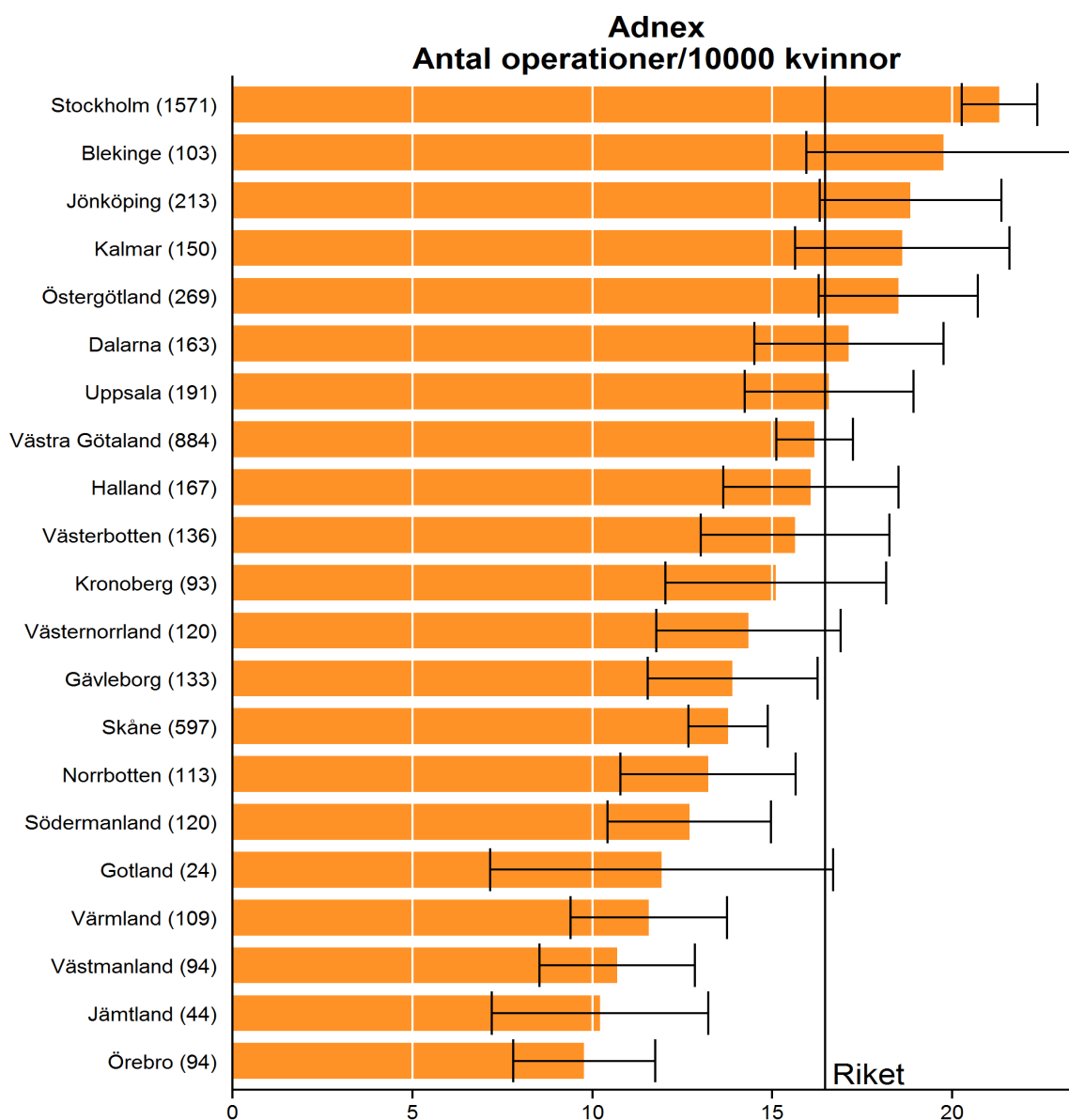


Bild 10. Antal adnexoperationer/10000 kvinnor uppdelat länsvis utifrån var operationen utfördes. Även här ses en spridning med faktor 2. Huvudindikationen för adnexoperation är borttagande av cysta. Det är företrädesvis yngre, fertila kvinnor som opereras. Nationell enighet finns om när cystor skall opereras på yngre kvinnor. En operation avseende ovarierna innebär alltid en risk för ovarialfunktionen. Avseende ovariell operation är indikationen huvudsakligen att förebygga att det blir värre. Cancerincidensen skiljer sig inte regionalt. Frågan som måste ställas är: "Utförs operationer avseende ovarierna alltför liberalt på sina håll?". Skillnaderna i konfidensintervall är övertygande.



Kommentar från Rene Bangshøj, kvinnokliniken, universitetssjukhuset i Örebro:

Ett kort svar är att våra doktorer inte är konsekventa att registrera sina adnexoperationer - ser ingen annan förklaring. Bättring på gång

Bild 11: Antal hysterektomier/10 000 kvinnor uppdelat länsvis utifrån var den utfördes. Bilden visar patienter opererade år 2013. Enda riktlinjerna avseende hysterektomi är en rapport beställd av Socialstyrelsen för några år sedan. G Berg et al. Övriga tre operationstyper har arg-grupper som arbetar med frågor som ovarialcystor, inkontinens och prolaps. Trots det bristande intresset inom t.ex. Arg-gruppen för hysterektomi på benign indikation föreligger här de minsta skillnaderna. Extremerna Gotland har låg operationsvolym och Västerås deltar inte i registret. På täckningsgradsanalyserna framgår att just för hysterektomi var bortfallet störst så att Västerås sticker ut kan mycket väl vara en effekt av underrapportering, därav slutsatsen. Skillnader finns i frekvensen hysterektomi men skillnaderna i konfidensintervall är inte övertygande

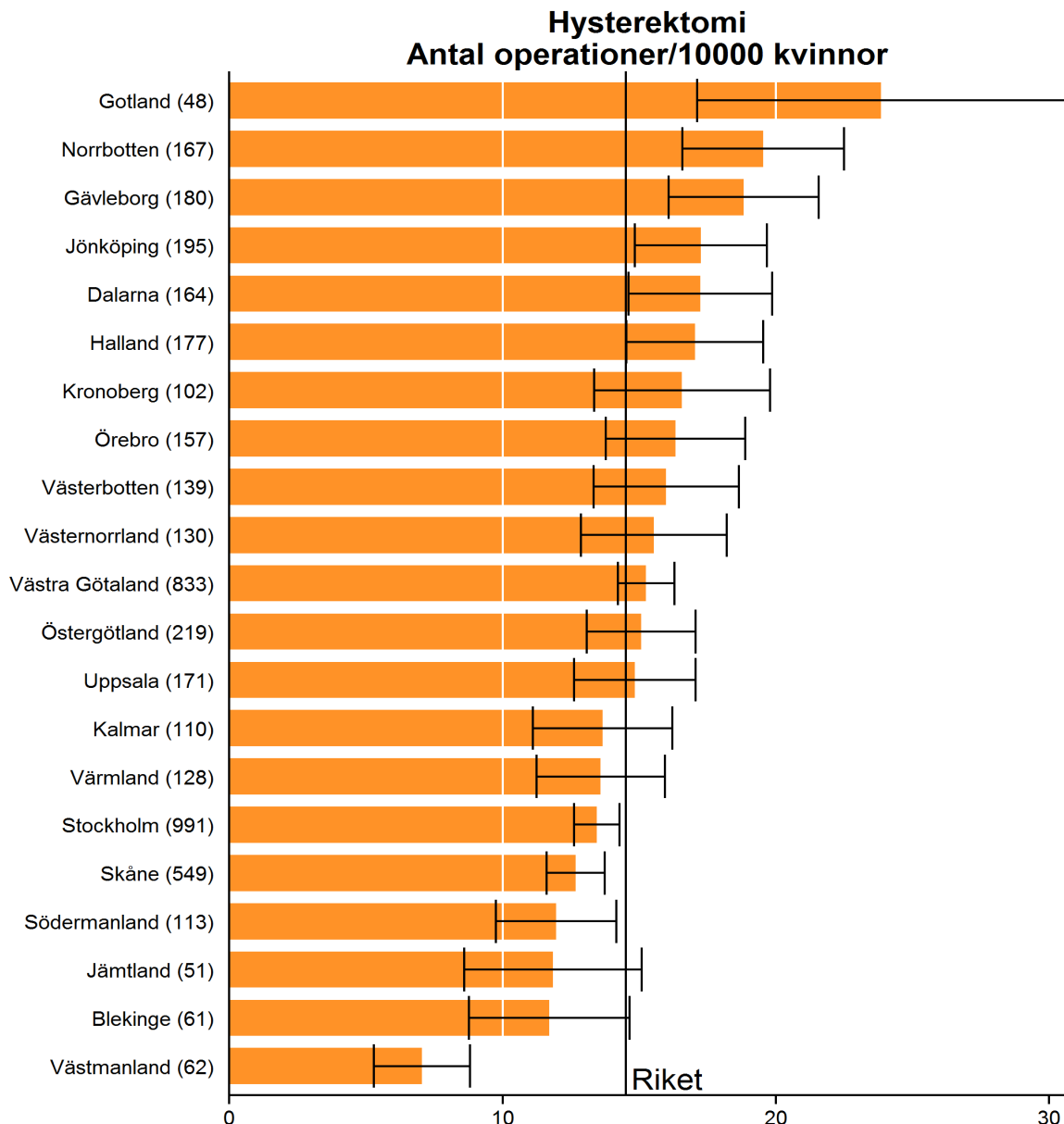


Bild 12. Antal inkontinensoperationer/10000 kvinnor uppdelat länsvis utifrån patientens bostadsort. Bilden visar patienter opererade år 2013. Endast inkontinenskirurgin har nationella riktlinjer. De riktlinjerna tycks innehålla en stor grad av tolkningsfrihet avseende indikation eller så följs de inte. Skillnaderna som här redovisas är inte rimliga med faktor 4, från 4,5/10 000 kvinnor till drygt 20/10 000 kvinnor. Detta kan enbart förklaras med stora skillnader i indikationer och resurser för utredning samt inställning till konservativ behandling. Delar av landet är välförsett med operationskapacitet för inkontinens och/eller andra delar av landet har svår resursbrist.

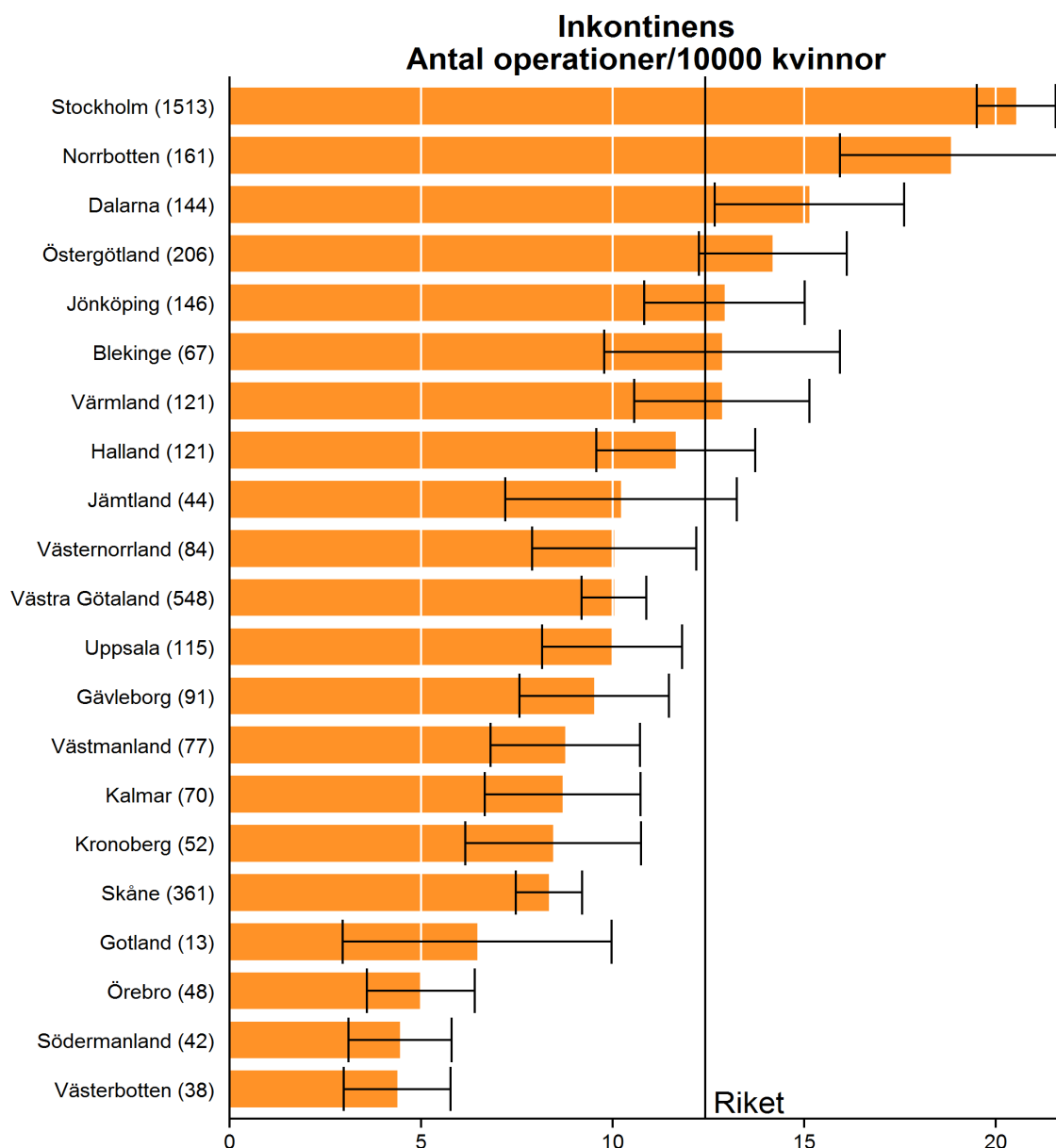
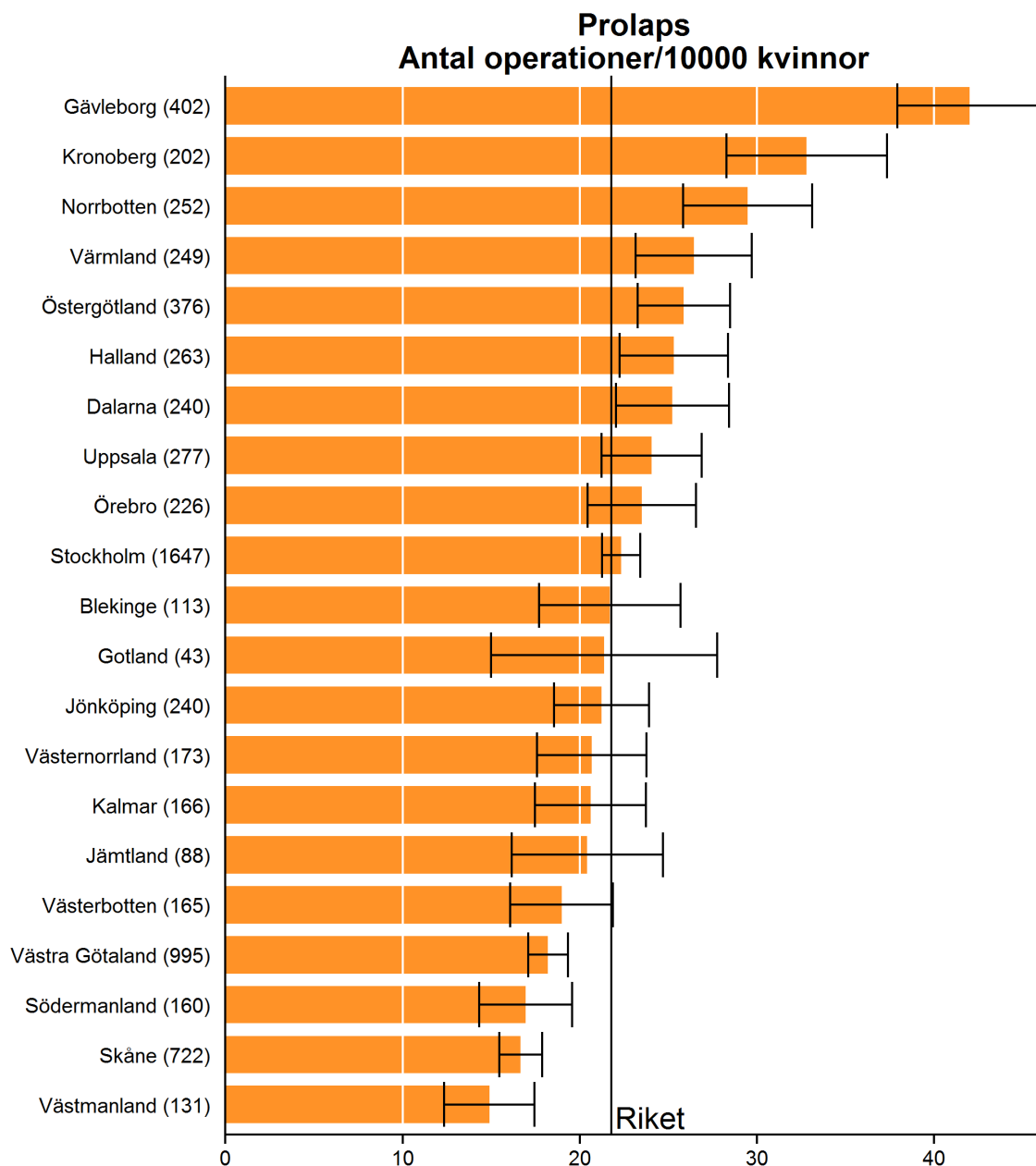


Bild 13 Antal prolapsoperationer/10 000 kvinnor uppdelat länsvis utifrån patientens bostadsort. Bilden visar patienter opererade år 2013. Indikationen för prolapskirurgi är symtomatiska besvär som inte låter sig behandlas konservativt. Skillnader finns här med faktor två. Två län avviker. Gävleborg som klart avviker, samt Västerås men där kan det vara en effekt av underrapportering. Skillnaderna i konfidensintervall är övertygande



Sammanfattning operationsfrekvenser

Frånsett för hysterektomi på benign indikation finns stora skillnader i vilken kirurgisk behandling kvinnor kan få, som inte kan bero på annat än olika indikationer och tillgång till operativa resurser. Hade vi enbart haft tillgång till registrens data hade vi inte kunnat vara så tydliga i bedömningen som vi är ovan. Materialet är en kombination mellan patientregistret och GynOp/GKR och baseras på offentlig befolkningsstatistik. Det visar på en snedfördelning av resurser - jämlik vård är det inte. Med de stora skillnader som finns kan inte alla ha rätt. Vad som är bra respektive mindre bra vård kan dock inte avgöras utifrån dessa siffror - frånsett gällande adnexoperationer där siffrorna kan tolkas som ställvis kirurgisk överbehandling.

Vi har inom registret under några år talat om att göra dessa analyser men tyvärr inte mäktat med det förrän nu. Naturligtvis borde det ha skett tidigare för att åstadkomma en mera jämlik vård.

Professionen och planeringen av sjukvårdens resurser har därför inte tidigare haft tillgång till dessa siffror och därmed inte kunnat arbeta för ett utjämnande av ojämlikheterna. Eventuell kritik mot län eller enskilda sjukhus bör ta detta i beaktande, då siffrorna även för dem varit okända och därmed omöjliga att ta hänsyn till tidigare.

Fördelning standardpatienter 2013

Inom den gynekologiska kirurgin har vi på prov infört ett begrepp ”standardpatient”. En standardpatient är en patient som kan behandlas på varje sjukhus och inte behöver vidareremitteras samt uppfyller de rekommenderade kriterierna för behandling. Detta har införts för att undvika diskussionerna om casemix.

Bild 14-17: Följande fyra bilder beskriver fördelningen av standardpatienter i relation till icke standardpatienter. Siffrorna är på länsnivå och inte på sjukhusnivå. Patienter från GKR ingår ej, eftersom det där saknas data för att standardpatienter skall kunna definieras. Siffrorna inom parantes är operationsfrekvensen per 10 000 kvinnor. Länen är sorterade utifrån operationsfrekvens/10000 kvinnor med den högsta längst upp. Operationsfrekvenserna är beräknade på antalet operationer registrerade i GynOp och inte som i figurerna ovan där frekvensen beräknades på sammanslaget GynOp/GKR och patientregistret.

Bild 14 Andelen standardpatienter adnex uppdelat länsvis utifrån var patienten opererades. Länen är sorterade efter operationsfrekvensen år 2013.

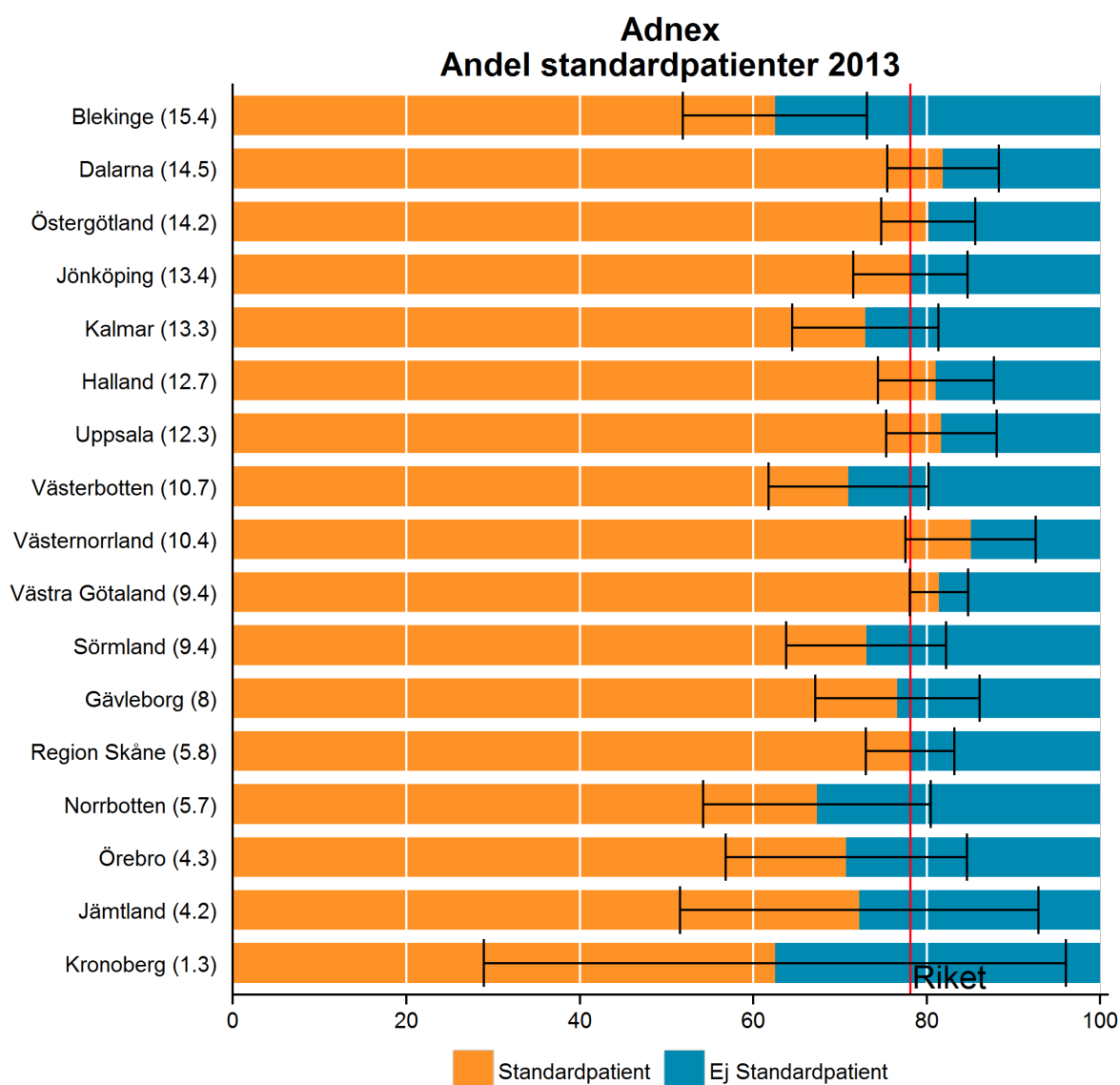


Bild 15 Andelen standardpatienter hysterektomi uppdelat länsvis utifrån var patienten opererades. Länen är sorterade efter operationsfrekvensen år 2013.

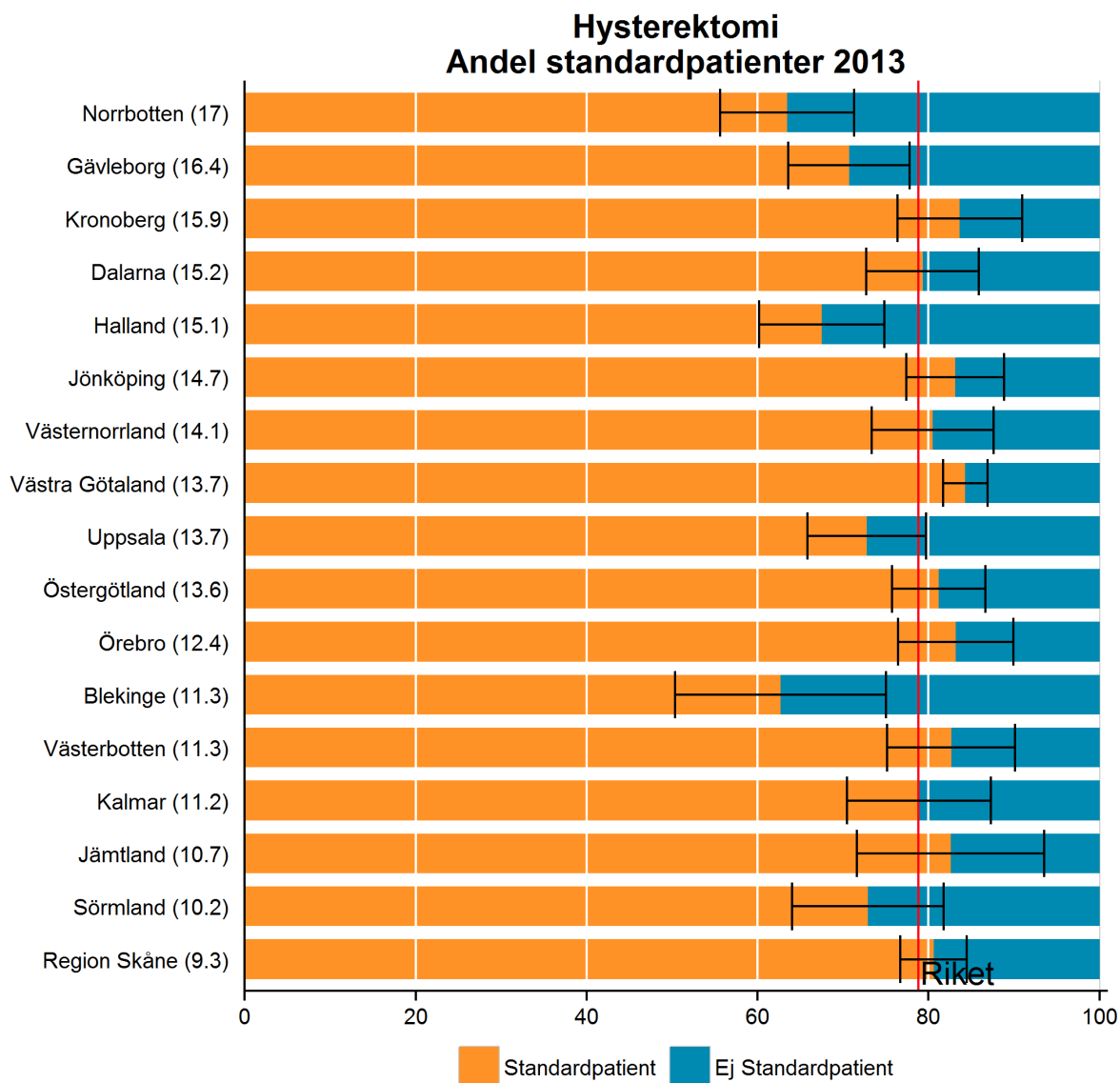


Bild 16 Andelen standardpatienter inkontinens uppdelat länsvis utifrån var patienten opererades. Länen är sorterade efter operationsfrekvensen år 2013.

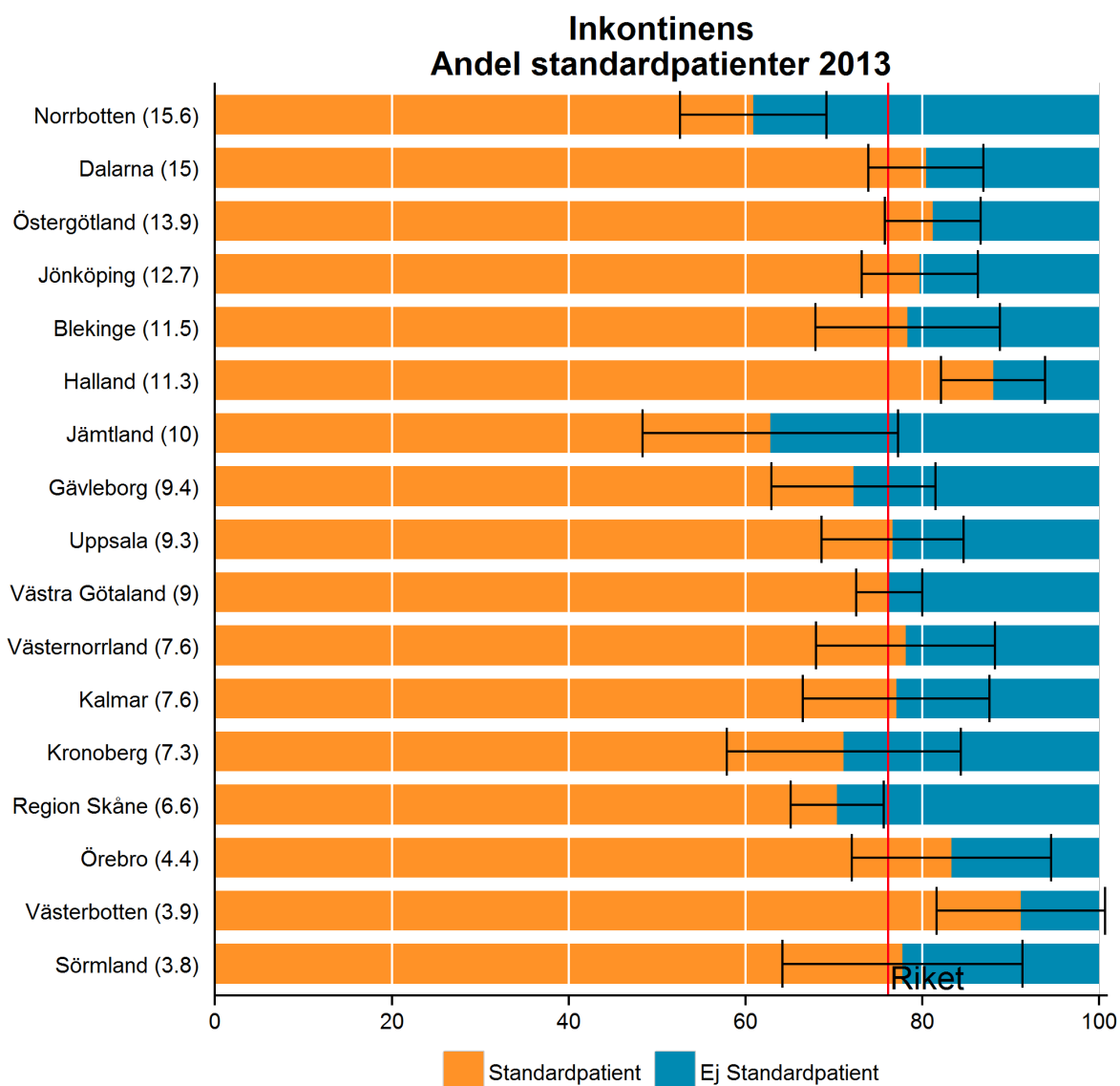
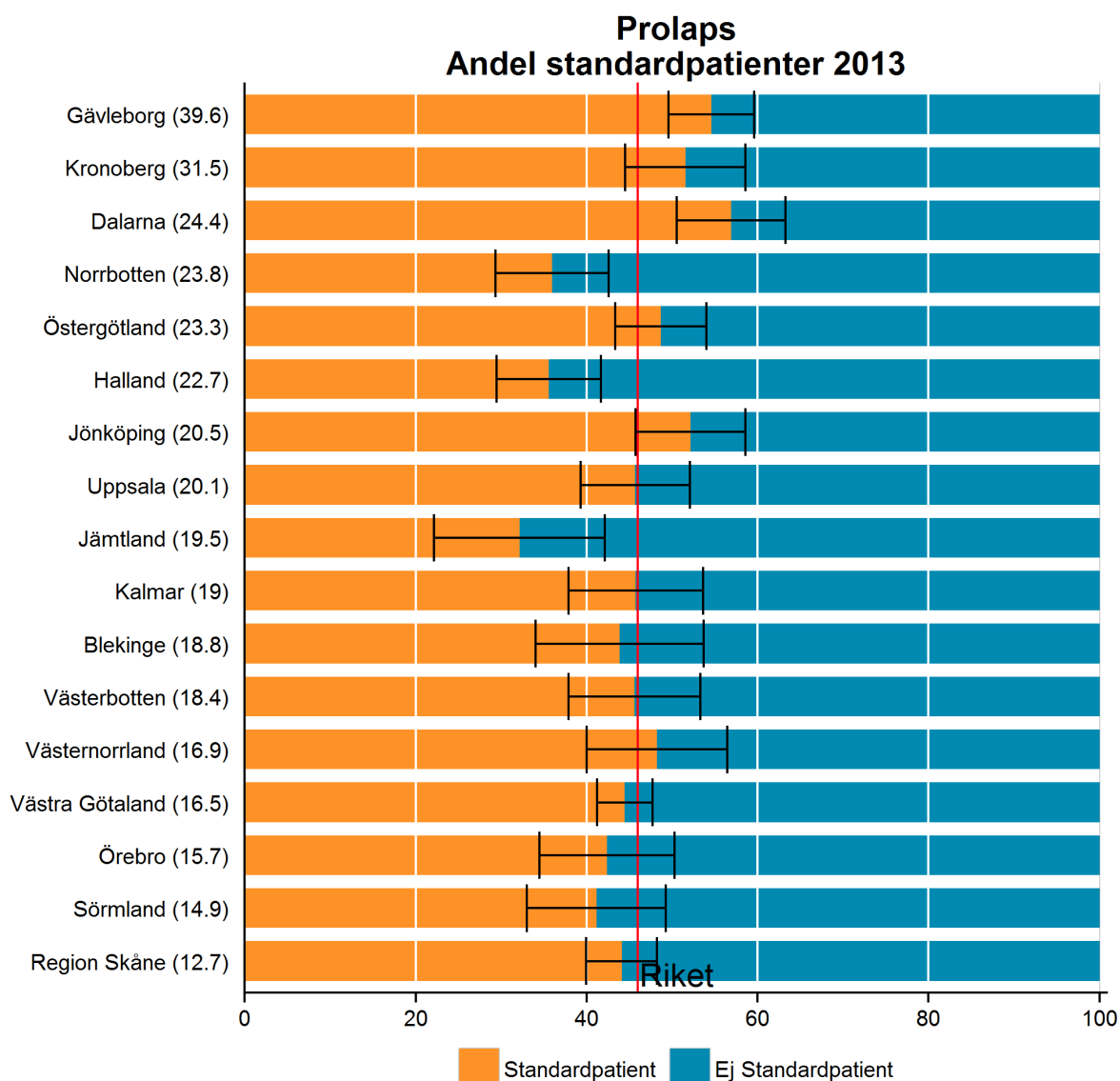


Bild 17 Andelen standardpatienter prolaps uppdelat länsvis utifrån var patienten opererades. Länen är sorterade efter operationsfrekvensen år 2013.



Sammanfattning standardpatienter

Inga egentliga skillnader ses med ökad andel icke-standardpatienter som en effekt av operationsvolym. Eftersom data redovisas på länsnivå kommer den ev. skillnaden inte fram som betingas av länsdels- och länssjukhus. Andelen standardpatienter är närmast lika oavsett operationsvolym. Materialet ger inget underlag för att högre operationsvolym skulle innebära en glidning med skilda indikationer. Det förefaller därför som att skillnaden i operationsvolym betingas av ett lägre krav på symtomens allvarlighetsgrad för att få genomgå en operation.

Slutsatser

Täckningsgraden är mycket god hos 2/3 av de deltagande klinikerna. För övriga finns en förbättringspotential. Förbättringspotentialen är generellt lika stor i registren som i patientregistret. Bristerna förefaller inte bundet till enskilda register utan verkar mer vara bundet till klinikens generella attityd avseende att registrera i register.

Sjukvården är inte jämnt fördelad över landet. Mycket stora skillnader finns i operationsvolym, fränsett för hysterektomi. Eftersom skillnaderna är så stora kan inte båda ytterligheterna ha rätt. Detta är framför allt tydligt vid inkontinenskirurgi. Att dessa stora skillnader finns har tidigare varit okänt, varför sjukvården inte haft möjlighet att förändra förhållandena.

På länsnivå varierar inte andelen standardpatienter anmärkningsvärt. Data avseende standarpatient finns ej för de kliniker som ingår i GKR. Andelen patienter som inte uppfyller inkluderingskriterier är lika. Detta var förväntat då antalet patienter som remitteras över länsgränserna, för dessa typer av åkommor, torde vara mycket få.

Skillnader kan finnas på sjukhusnivå, men detta är inte analyserat än. Eftersom det inte finns någon korrelation mellan höga frekvenser per 10 000 kvinnor och andelen standardpatienter torde skillnaderna avseende operationsfrekvenser inte bero på andra indikationer eller skevt urval till operation. Skillnaderna mellan länen avseende frekvensen operationer per 10 000 kvinnor torde bero på att graden av besvär som krävs för att erbjudas operativ behandling varierar mellan klinikerna.