

Adnexregistret

Årsrapport 2016

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN APRIL 2017

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Mathias Pålsson, registeransvarig för adnexregistret, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

Introduktion.....	2
Täckningsgrad och andel adnexoperationer per 10 000/kvinnor.....	2
Täckningsgrad 2015.....	4
Operationsvolym och standardpatienter.....	6
Operationssätt.....	7
PAD.....	14
Vårdtid.....	17
Komplikationer.....	20
Patientvärderat resultat.....	25
Validitet.....	26
Sammanfattning.....	28
Ordlista.....	29

Årsrapport Adnexregistret 2016

Introduktion

Föreliggande rapport beskriver ett urval utfall för patienter opererade i Adnexsträngen under 2016. Till Adnexsträngen sorteras kvinnor som opereras för förväntat benigna tillstånd i äggstockar och äggledare. Diagnostiska laparoskopier och endometriiskirurgi hör också till adnexsträngen.

I de utfall som använder data från 8-veckorsenkäten har perioden 2015-09-01 till 2016-09-01 använts och resultat från 1-årskäten har använt perioden 2014-09-01 till 2015-09-01.

I en del figurer presenteras resultat både för alla adnexpatienter och för standardpatient Adnex. Standardpatienterna utgörs av den normala adnexselektionen (ej samtidig hysterektomi, preoperativt bedömt som benign) samt att BMI inte får överstiga 35, ålder inte överstiga 70 år, om cysta opereras får den inte överstiga 10 cm och patienter exkluderas om indikationen är endometrios.

Liksom tidigare år inkluderas en del data från GKR-registret, dock ej i samtliga figurer då det ibland bara finns möjlighet att visa data från GynOp-kliniker. Från nästa år kommer det inte vara ett bekymmer då GynOp- och GKR-registret nu slås ihop och alla kommer att registrera i samma applikation.

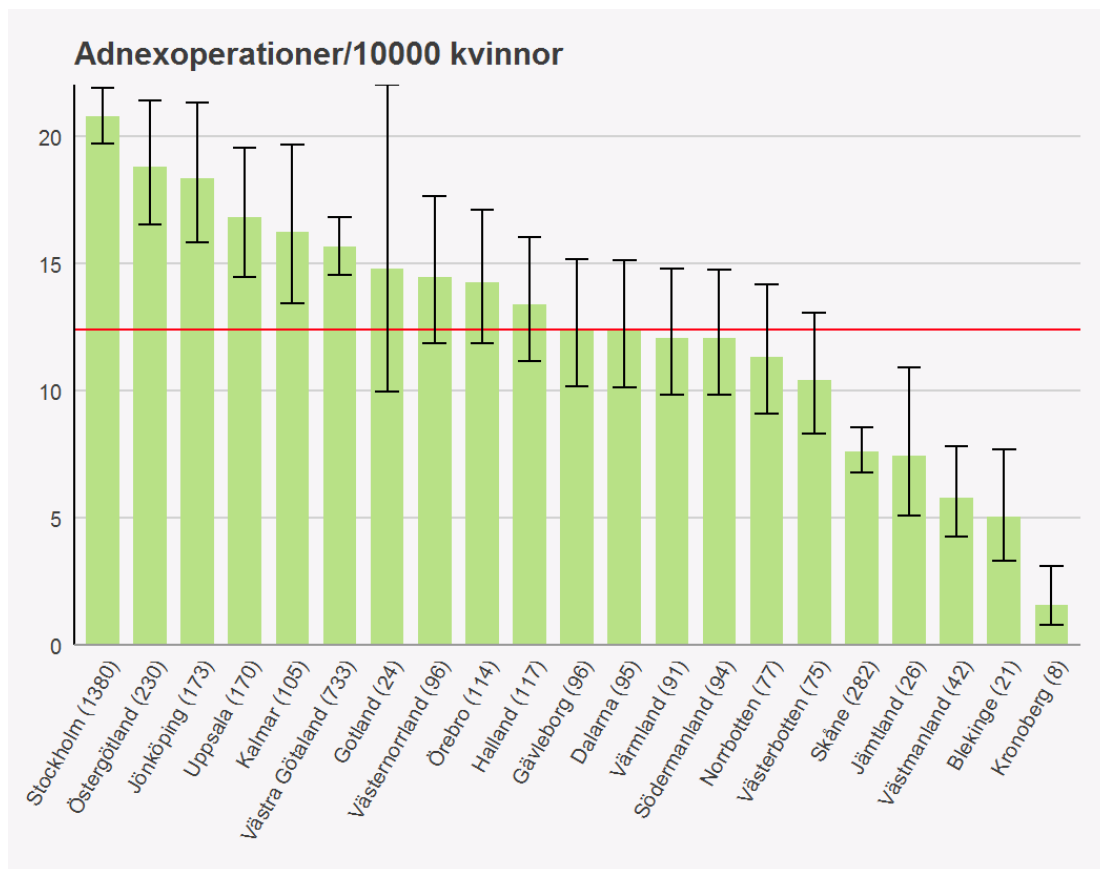
För alla figurer i den här rapporten så krävs att minst 10 patienter från en klinik finns med i utfallet för att kliniken ska vara med i figuren.

Täckningsgrad och andel adnexoperationer per 10 000/kvinnor

Andel registrerade adnexoperationer i GynOp per 10 000 kvinnor i respektive län skiljer sig kraftigt. Den främsta förklaringen till det är inte en kraftig skillnad i indikationer till kirurgi utan helt enkelt att det i flera län är en undermålig registrering i kvalitetsregistret. I figur 2 ses överensstämmelsen mellan GynOp och Patientregistret och i de län som har en god överensstämmelse, det vill säga de opererade patienterna är i hög grad registrerade både i kvalitetsregistren och i Patientregistret, ser vi också en högre andel opererade/10 000 kvinnor.

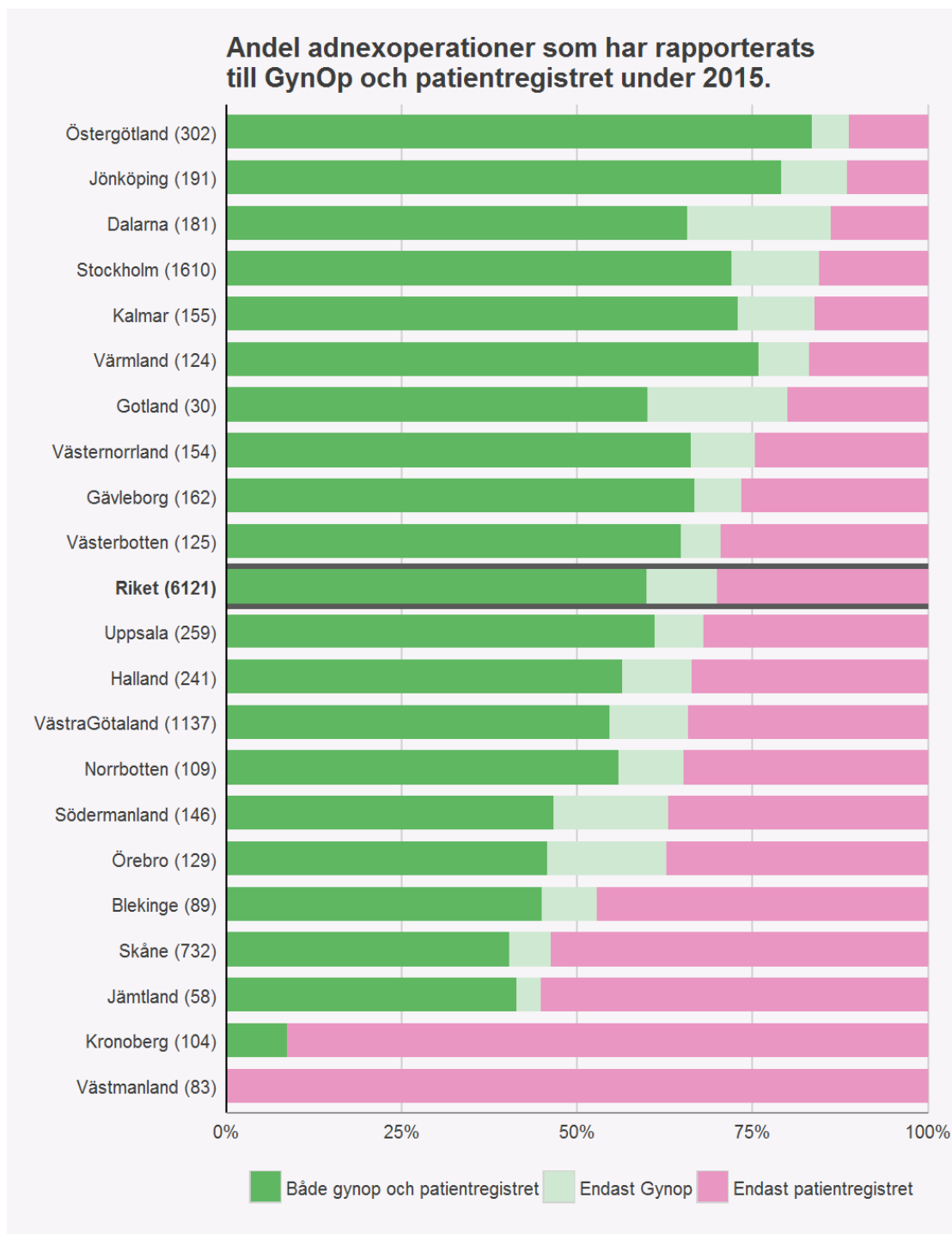
Huvudorsaken till den dåliga överensstämmelsen är framförallt att många kliniker inte registrerar patienter i kvalitetsregistren som genomgår akut kirurgi. Där finns det hos flera en stor förbättringspotential.

I förra årets rapport hade 25 kliniker registrerat minst 10 akuta patienter. I år innehåller figuren 29 kliniker, så det finns åtminstone en positiv trend!

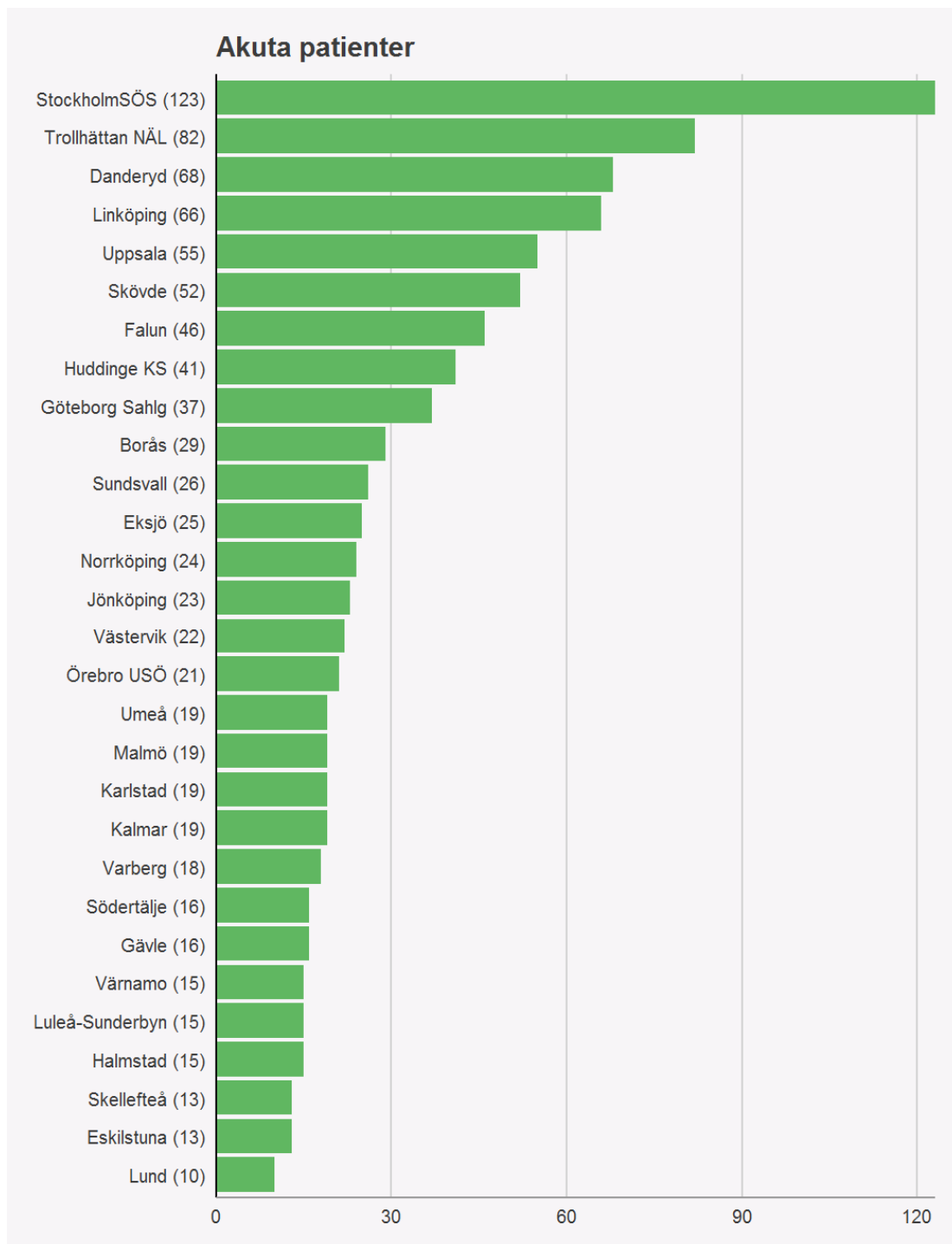


Figur 1. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (ålder 25-65 år, motsvarar 10:e-90:e percentilen), hämtat från GynOp och SCB år 2016.

Täckningsgrad 2015



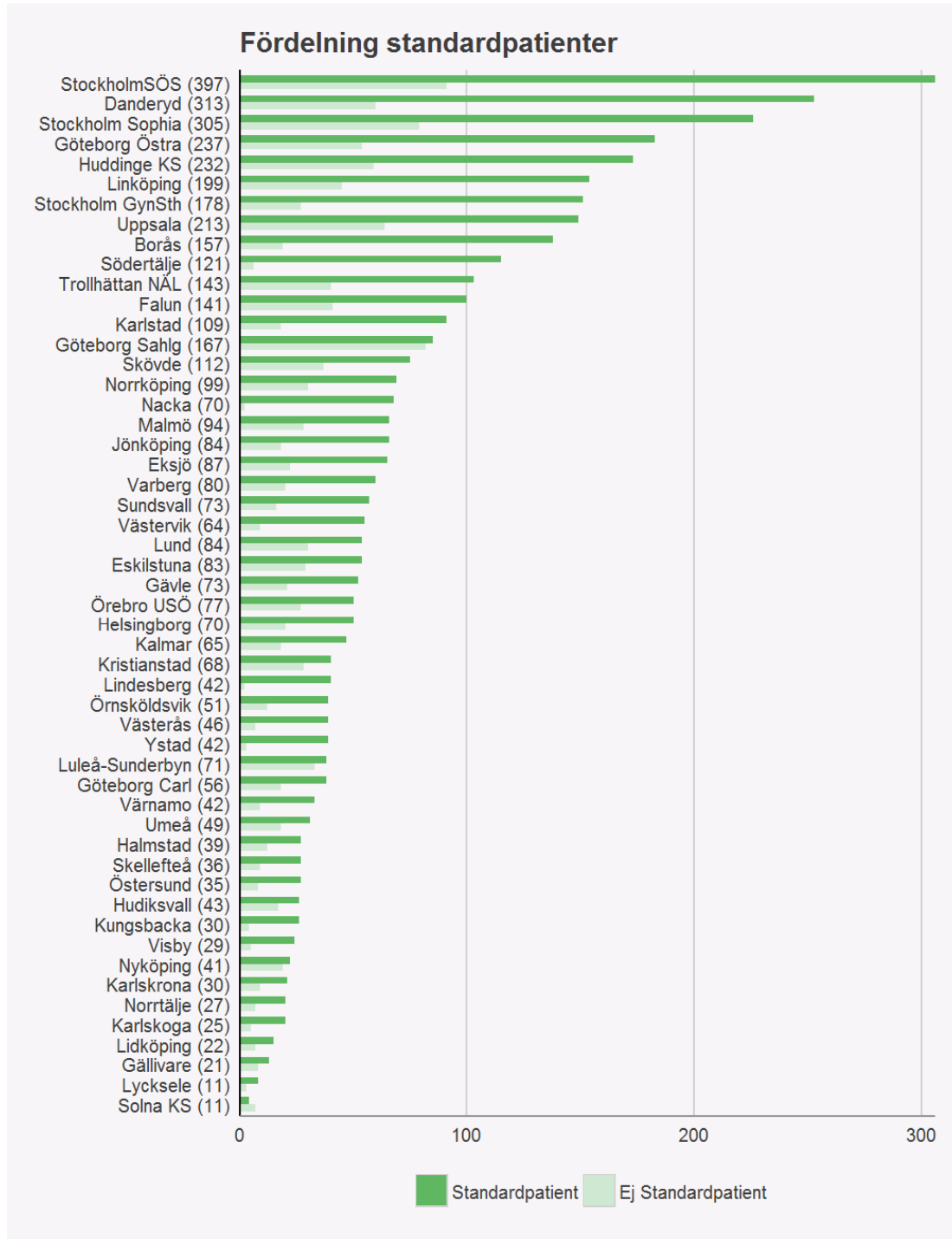
Figur 2. Andel adnexoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2015.



Figur 3. Akuta patienter, antal registrerade per klinik

Operationsvolym och standardpatienter

Under 2016 opererades 5008 patienter i Adnexregistret. Av dem uppfyllde 3739 patienter kriterierna för "Standardpatient Adnex", vilket motsvarar 75 %. Som framgår i de flesta figurer som visar utfall för både standardpatienterna och alla patienter så är det egentligen ingen skillnad. Standardpatienterna togs fram för några år sedan för att minska "case-mix-problematiken" och göra det möjligt för alla kliniker att jämföra sig med varandra. De allra flesta kliniker har liknande proportion standardpatienter.



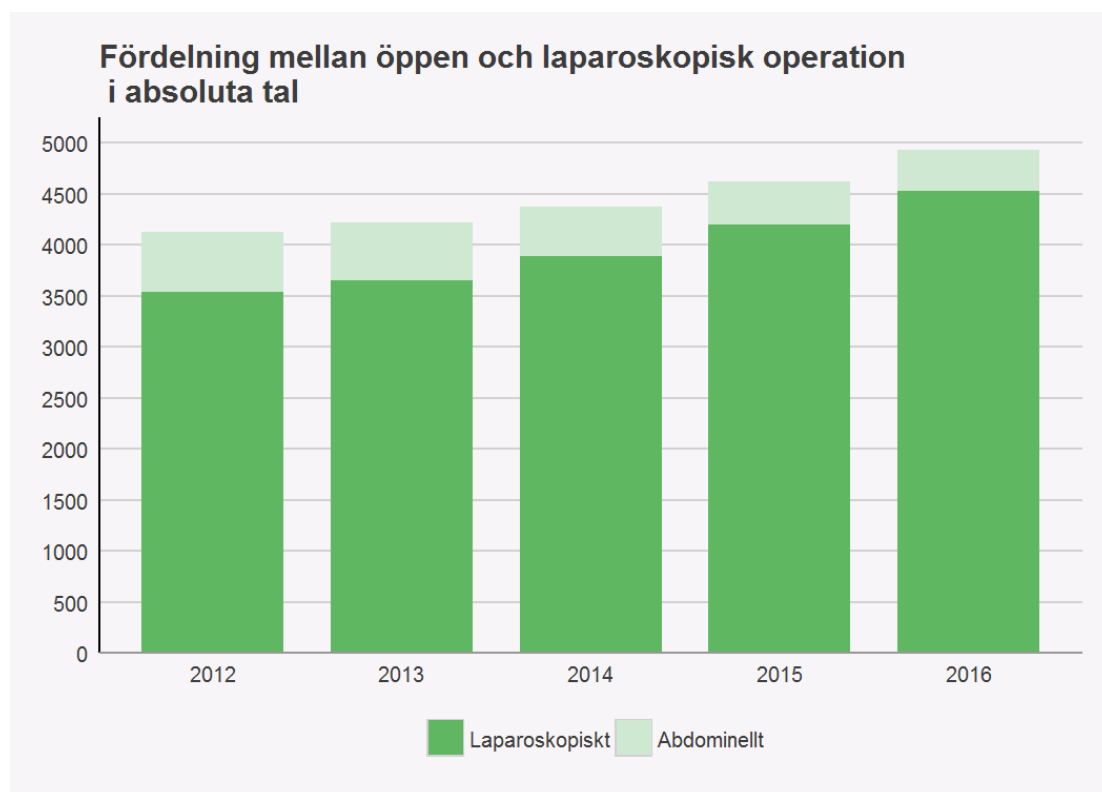
Figur 4. Fördelning standardpatienter

Operationssätt

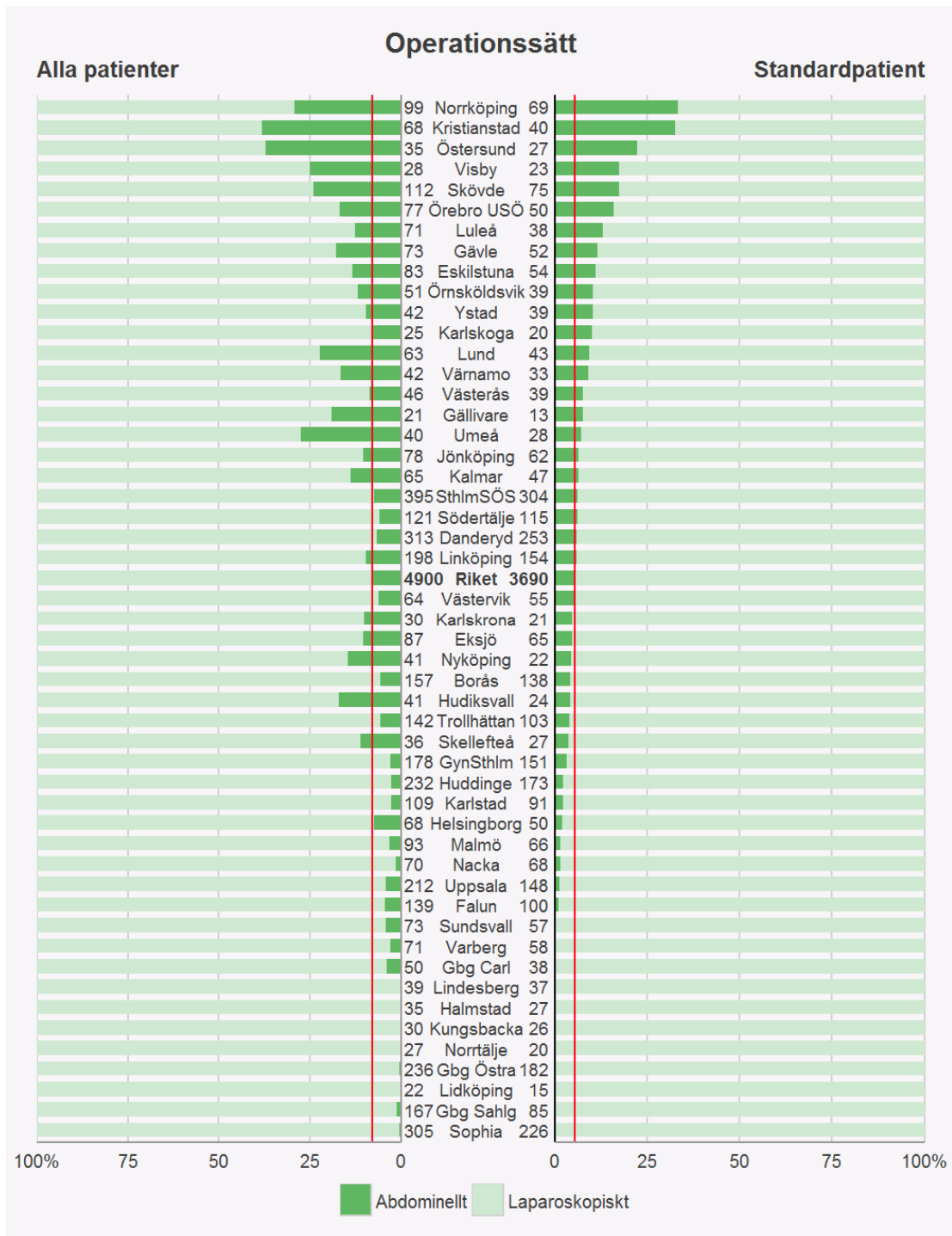
Drygt 91 % av alla adnexpatienter opereras med laparoskopisk teknik, vilket är en fantastisk siffra. Trenden har de senaste åren varit helt tydlig (figur 5) och är inte vikande och det visar framförallt att det finns en stor samsyn i optimalt operationssätt.

94,5 % av standardpatienterna opereras med laparoskopisk teknik (figur 6). Andelen laparoskopi bland de patienter som *inte* uppfyller standarkriterierna är 84 %. Med tanke på att bland annat storlek på cysta styr om en patient klassas som standardpatient (under 10 cm diameter) är det helt förväntat att det i gruppen som inte uppfyller standarkriterierna är en högre andel laparatomier, då stora cystor oftare opereras med öppen teknik.

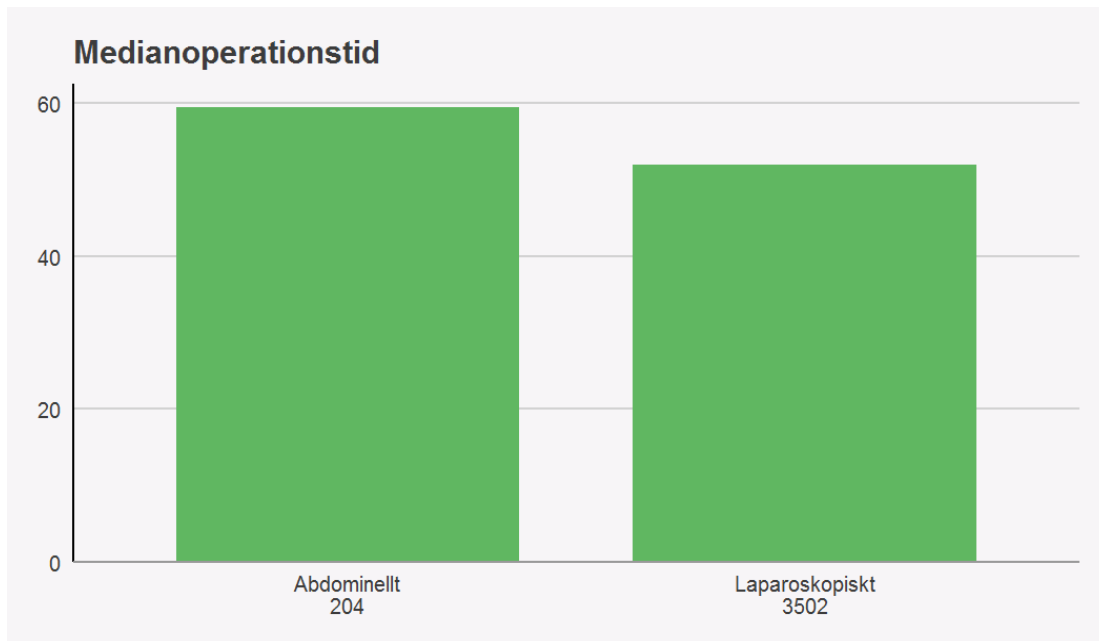
Bara för att bibehålla motivationen att fortsätta laparoskopera era adnexpatienter så illustreras en del utfall med jämförelse mellan laparoskopier och laparatomier. Detta är absolut inget nytt utan detta vet vi: det är en fördel för patienten att bli opererad laparoskopiskt jämfört med att genomgå öppen kirurgi. Nu kanske någon opponerar sig och säger att man bara gör laparatomier då det inte går att göra något annat och att det inte hänger på operatörens inställning och kompetens. Om så är fallet ser patienterna olika ut vid olika kliniker, inklusive standardpatienterna.



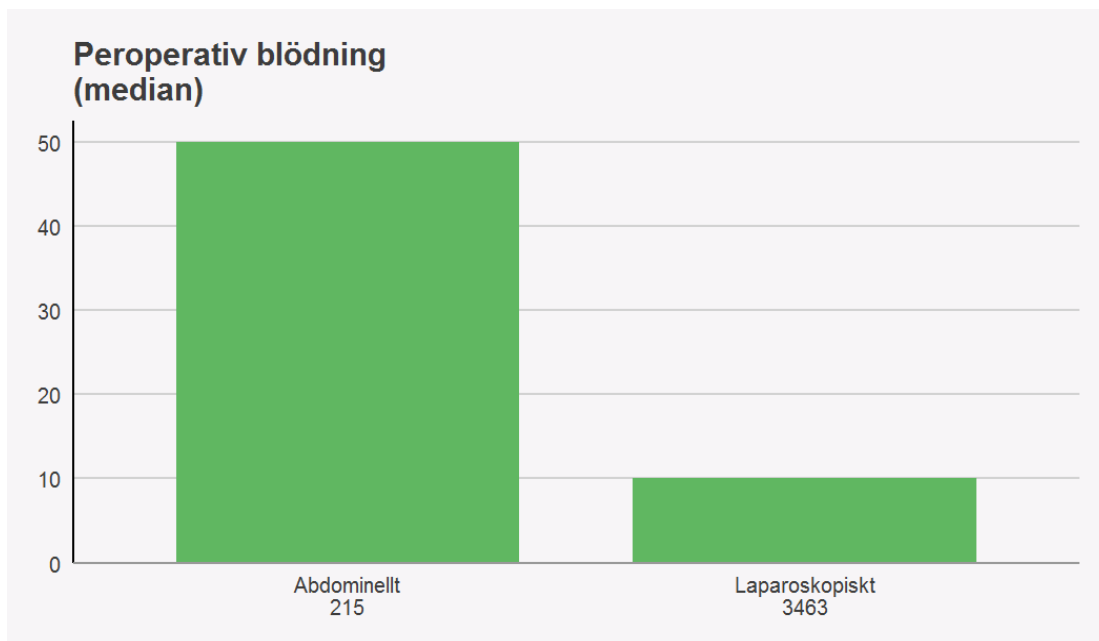
Figur 5. Fördelning laparoskopi/laparotomi sedan år 2012



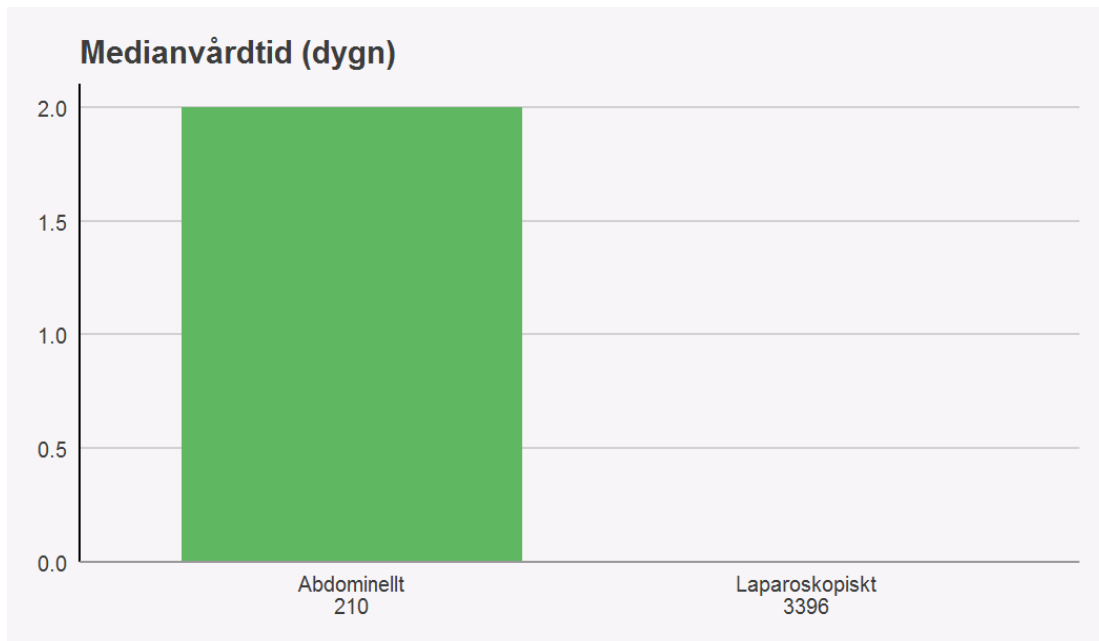
Figur 6. Operationssätt



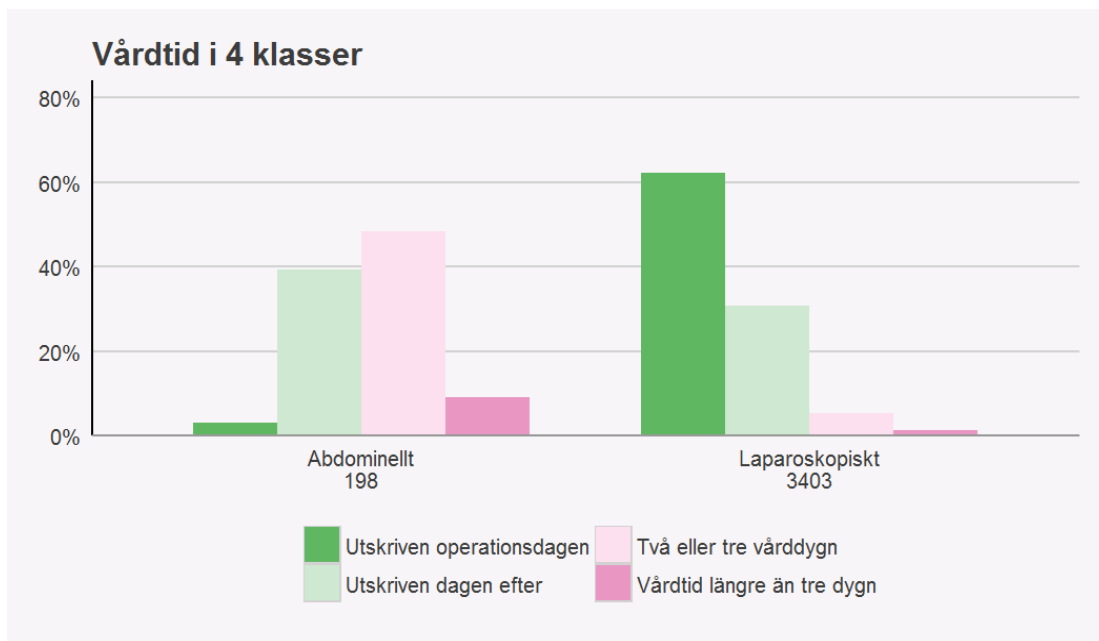
Figur 7. Operationstid (median) beroende på operationsätt



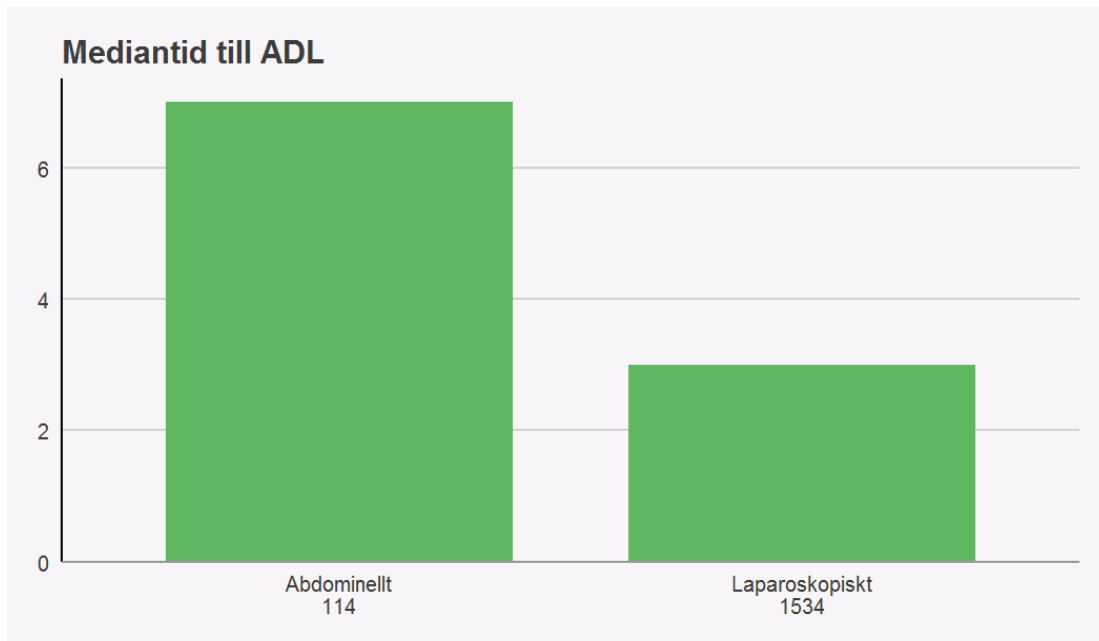
Figur 8. Peroperativ blödning i ml (median) beroende på operationsätt



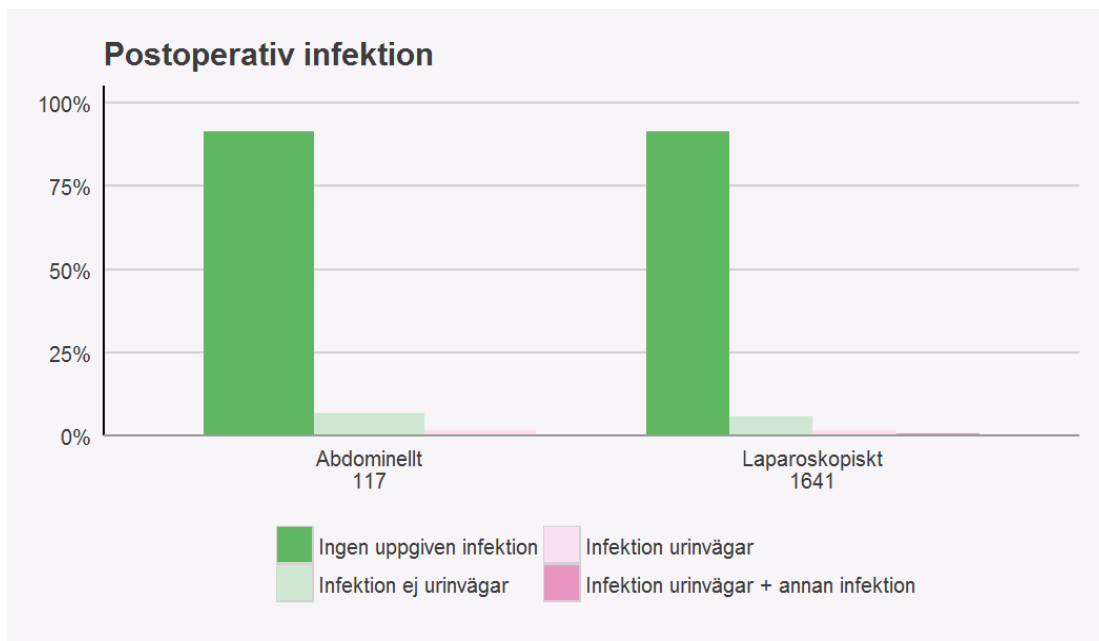
Figur 9. Vårdtid (median) beroende på operationssätt



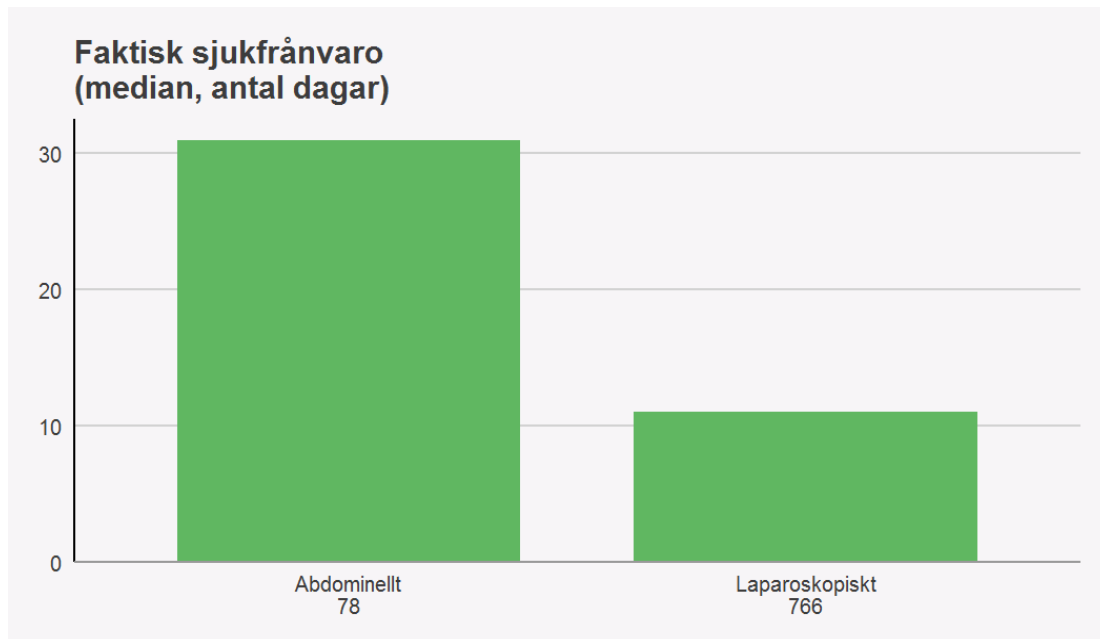
Figur 10. Vårdtid uppdelad i fyra olika klasser, beroende på operationssätt



Figur 11. Mediantid till normal ADL beroende på operationssätt

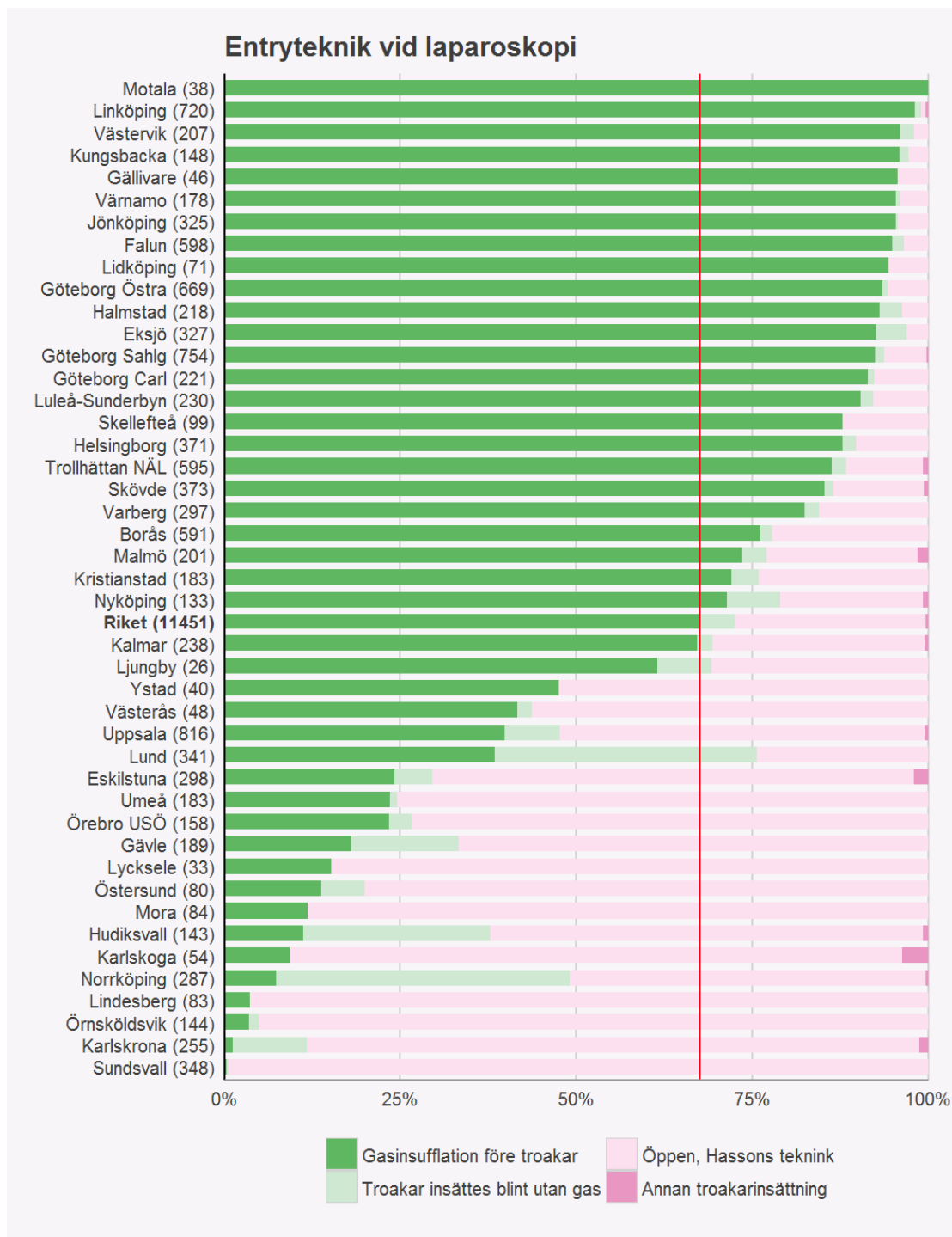


Figur 12. Andel postoperativa infektioner fram till och med 8-veckorsenkäten, beroende på operationssätt

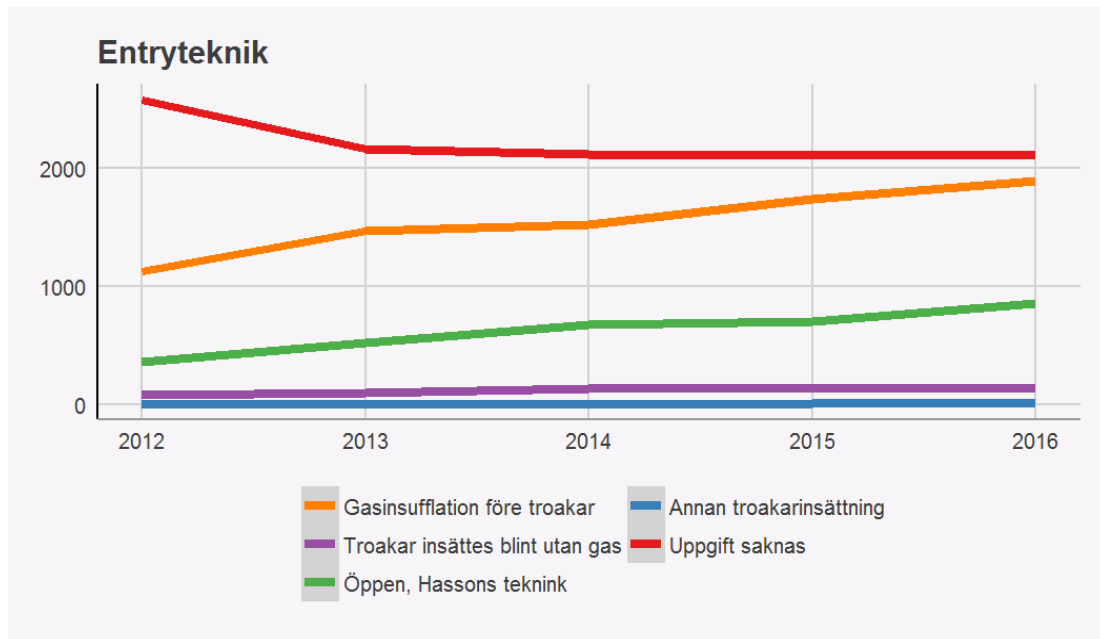


Figur 13. Faktisk sjukfrånvaro beroende på operationssätt

Vid 68 % av alla laparoskopier etableras pneumoperitoneum med hjälp av Verres nål. Den tekniken har alltid varit stark inom gynekologin och visar inga tecken till att minska i omfattning. De systematiska översikterna på området har ju heller inte möjlighet att tydligt påvisa vad som är att föredra och konklusionen brukar oftast bli att man ska använda den teknik som man är förtrogen med och duktig på. I figur 14 visas sammanslagen data för de tre senaste åren.



Figur 14. Fördelning över hur pneumoperitoneum har etablerats vid laparoskopiska operationer

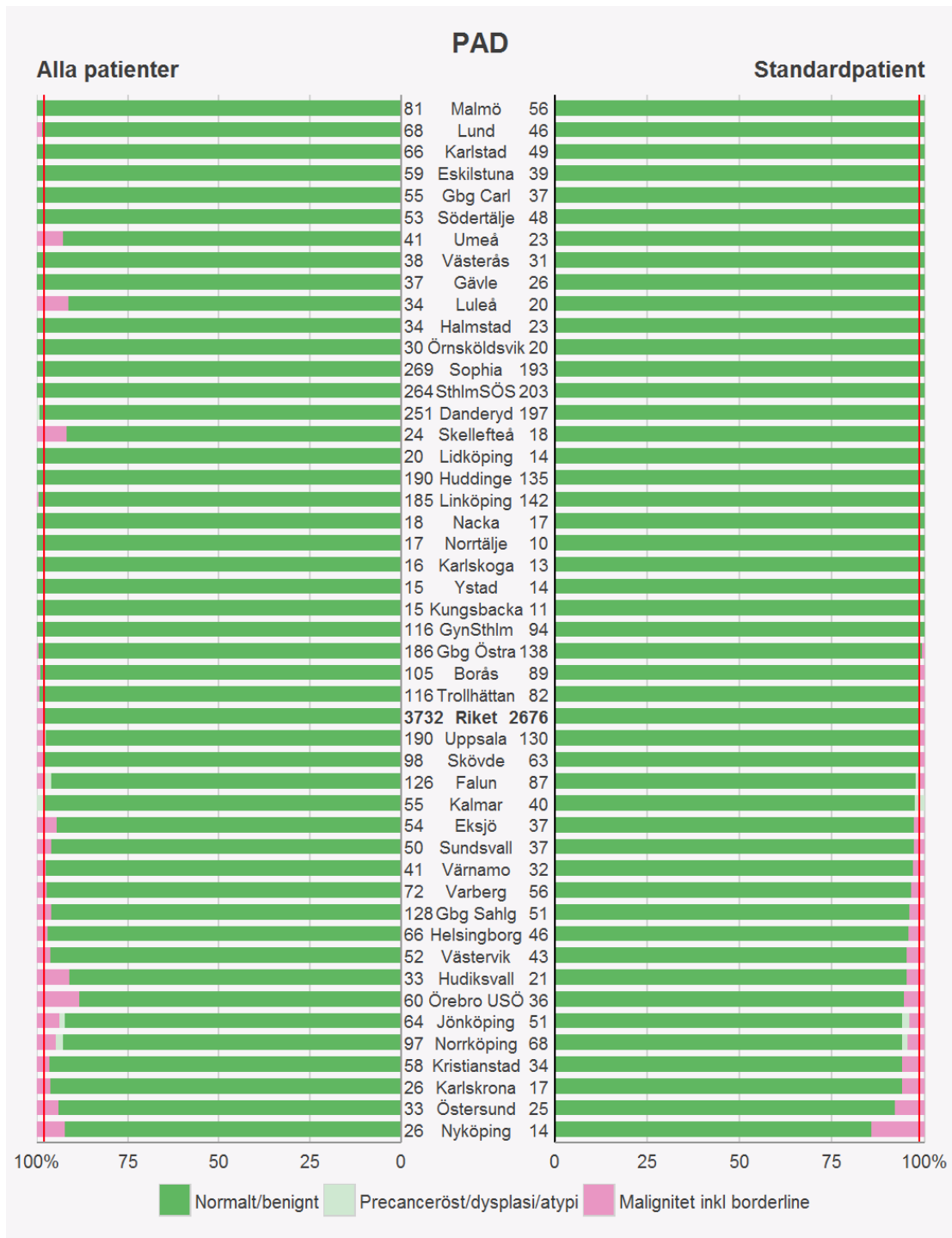


Figur 15. Utvecklingen över tid avseende entryteknik vid laparoskopi

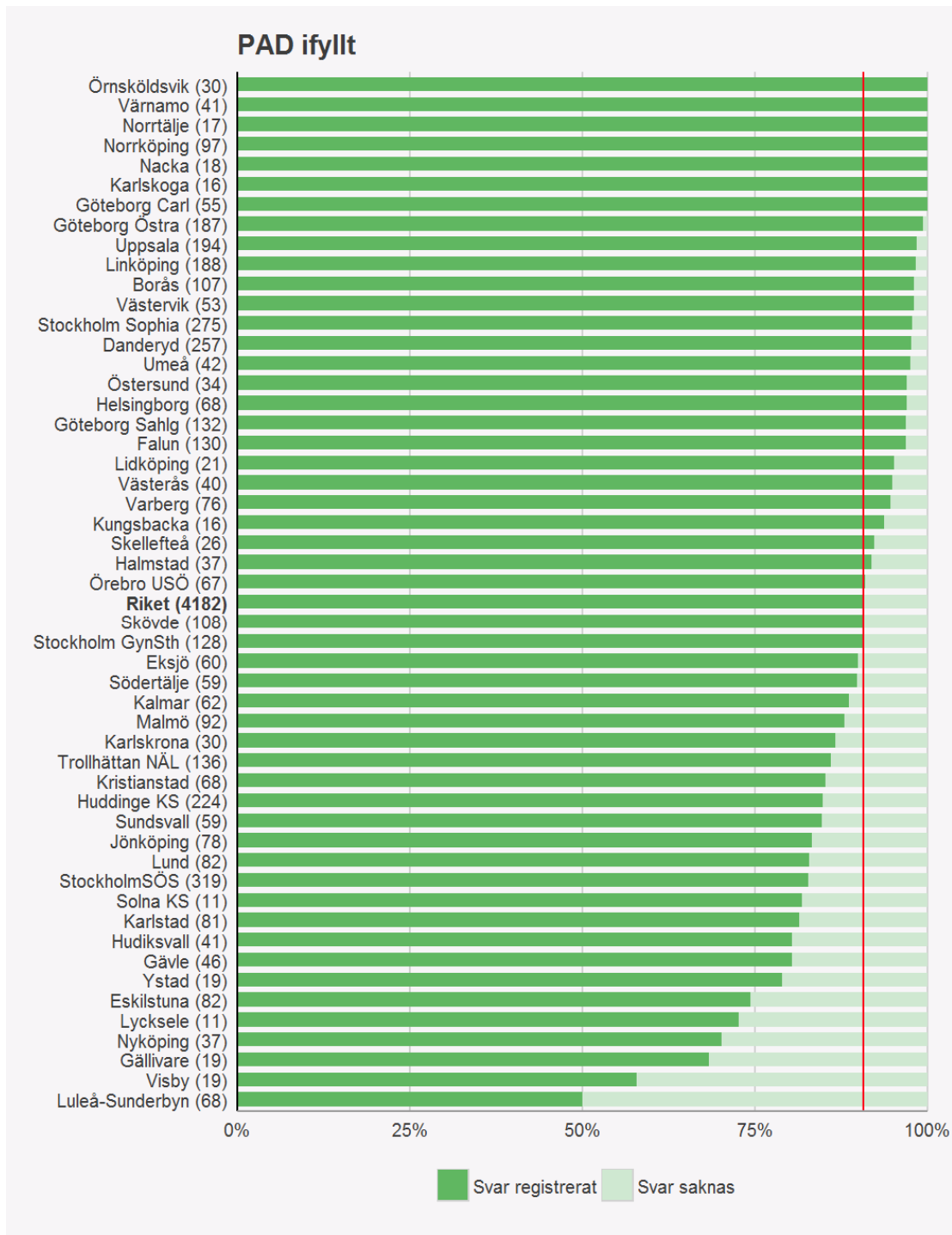
PAD

Ett av kriterierna i för att ingå i Adnexregistrets rapport är att tillståndet som patienten opereras för bedöms som benigt före operationen (i GKR görs denna bedömning peroperativt). Därför är det inte förvånande att endast en liten andel av alla PAD är maligna. Endast 1,4 % av alla har ett PAD som inte är benigt, och utgörs till största andelen av borderlinetumörer.

För att dessa data ska vara valida måste dock PAD-bedömning föras in i registret. I figur 17 framgår att flera kliniker inte gör detta i tillräckligt stor utsträckning. Där markeras i vilken utsträckning ett PAD registrerats efter operationer där man som operatör markerat att vävnad skickats för PAD. Rikets siffra är drygt 90 % registreringsgrad vilket är acceptabelt, men de kliniker som ligger under 90%-nivån bör se över sina rutiner.



Figur 16. PAD



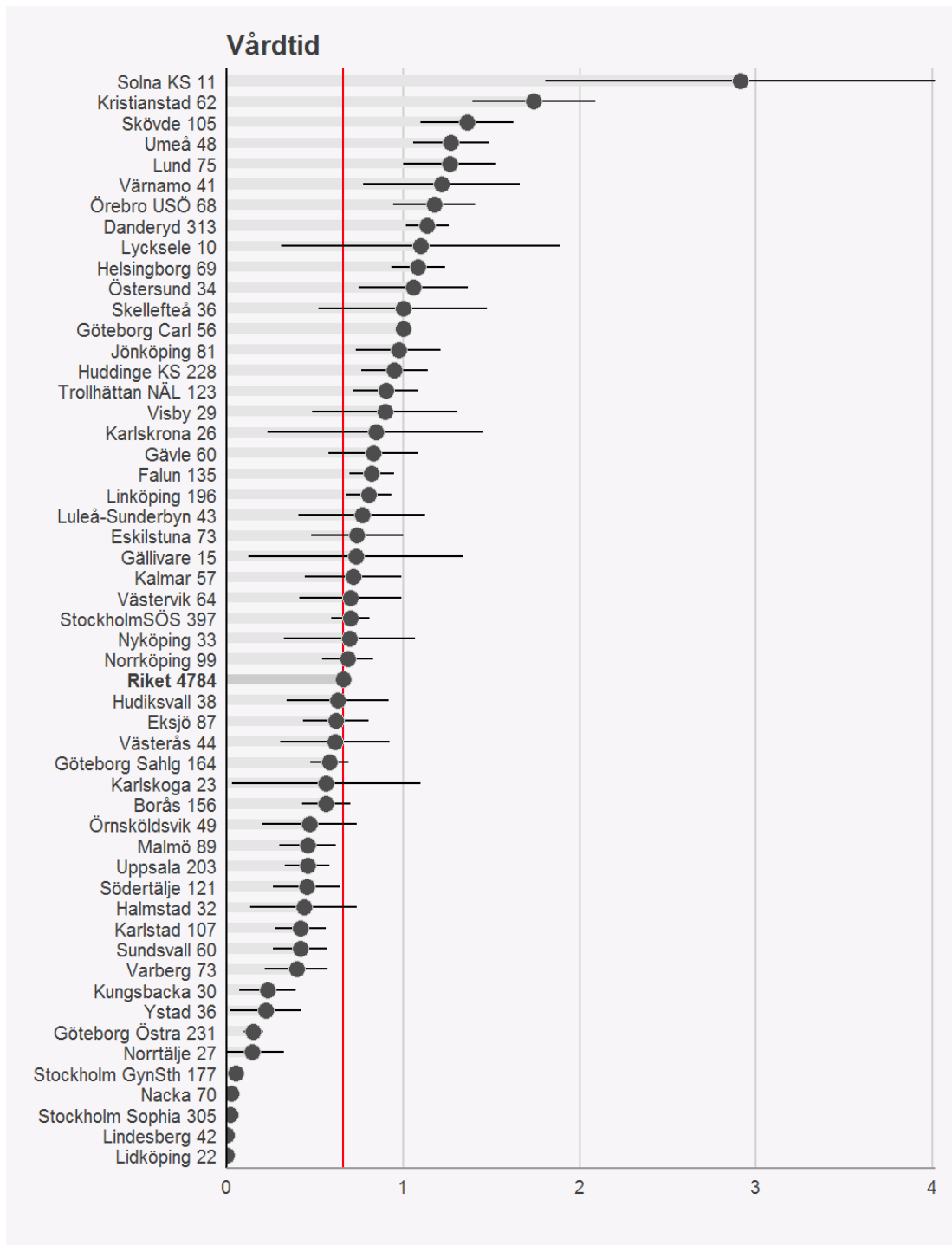
Figur 17. PAD ifyllt i registret

Vårdtid

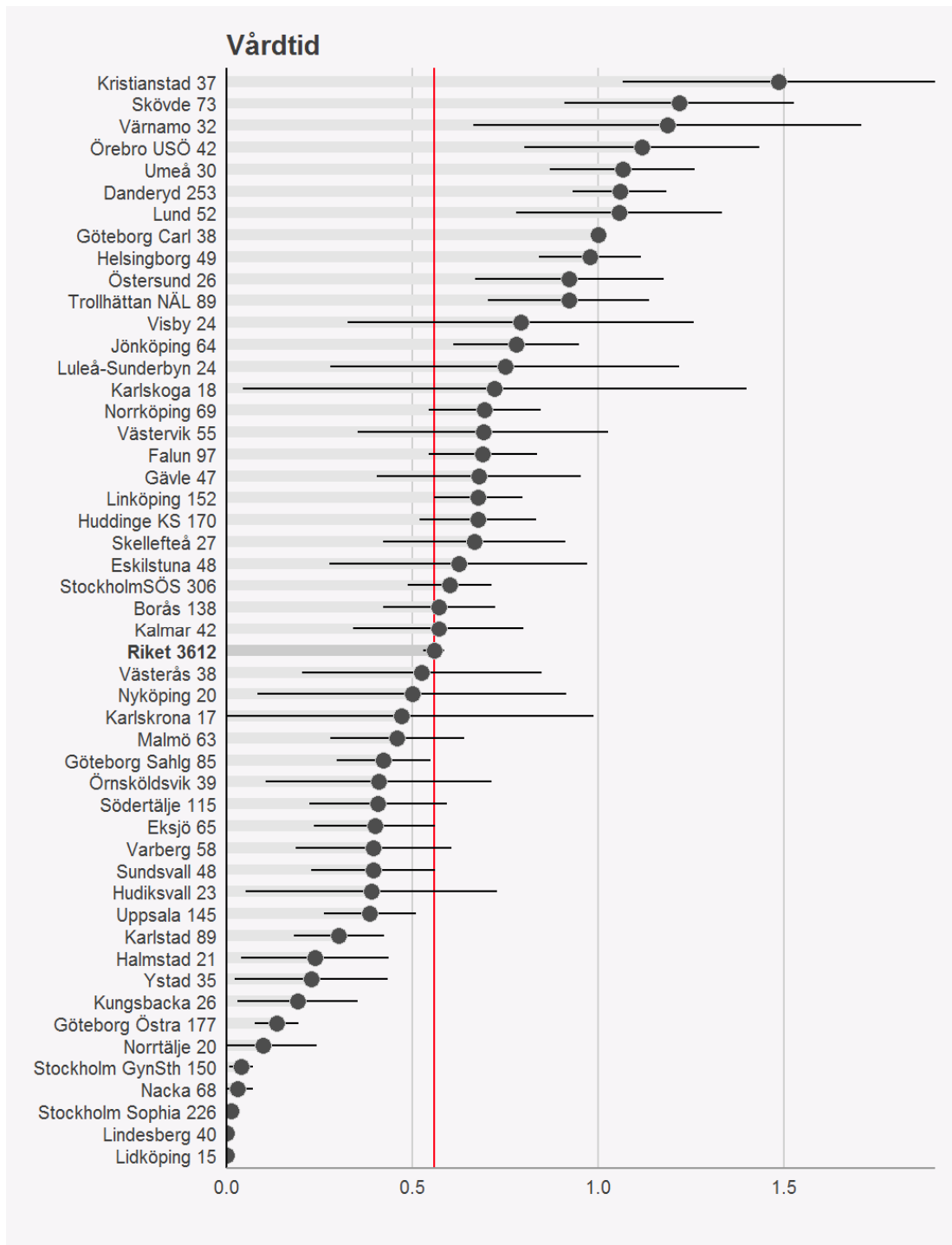
Vårdtid efter operation definieras som antalet nätter en patient kvarstannar på sjukhuset efter sin operation. Om en patient opereras klockan 13 den 4:e april och skrivs ut klockan 10 den 6:e april så räknas det som 2 vårddygn. Om en patient opereras dagkirurgiskt (dvs. går hem samma dag som operationen skett) räknas det som noll vårddygn. I figur 18 respektive 19 visas medelvårdtiderna för alla adnexpatienter respektive standardpatienterna. Vid vissa kliniker är det uppenbart att det främst bedrivs dagkirurgisk verksamhet.

Av de patienter som blivit opererade med laparoskopisk teknik går 93 % hem senast dagen efter operationen (63 % dagkirurgi) att jämföra med dem som blivit opererade med öppen teknik där 40 % går hem senast dagen efter operationen.

Även om operationssätt påverkar vårdtiden så måste förklaringen till skillnader i vårdtiden framförallt ligga på organisationsnivå.



Figur 18. Vårdtid efter operation (medelvärde) för alla adnexpatienter



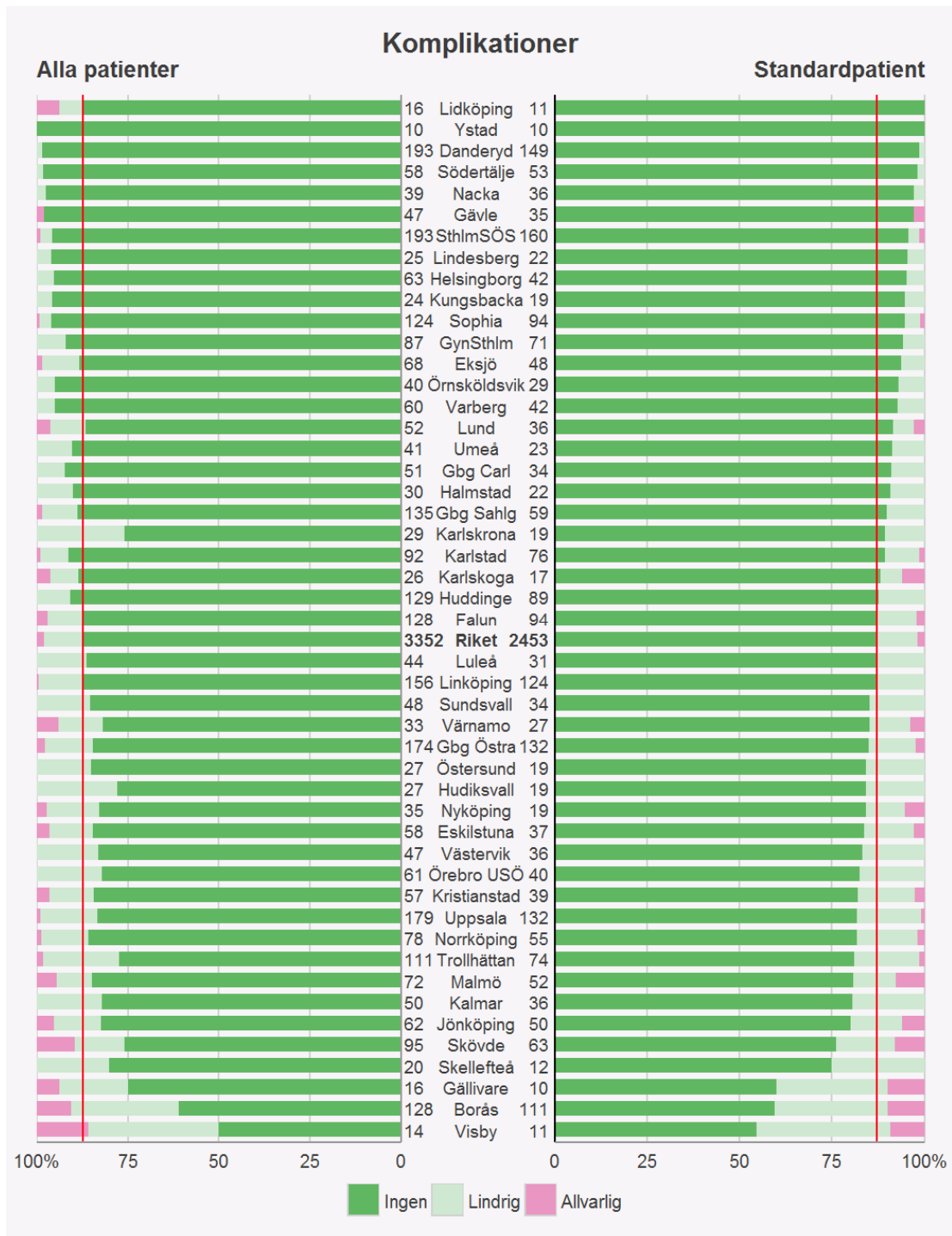
Figur 19. Medelvårdtid efter operation för standardpatienter

Komplikationer

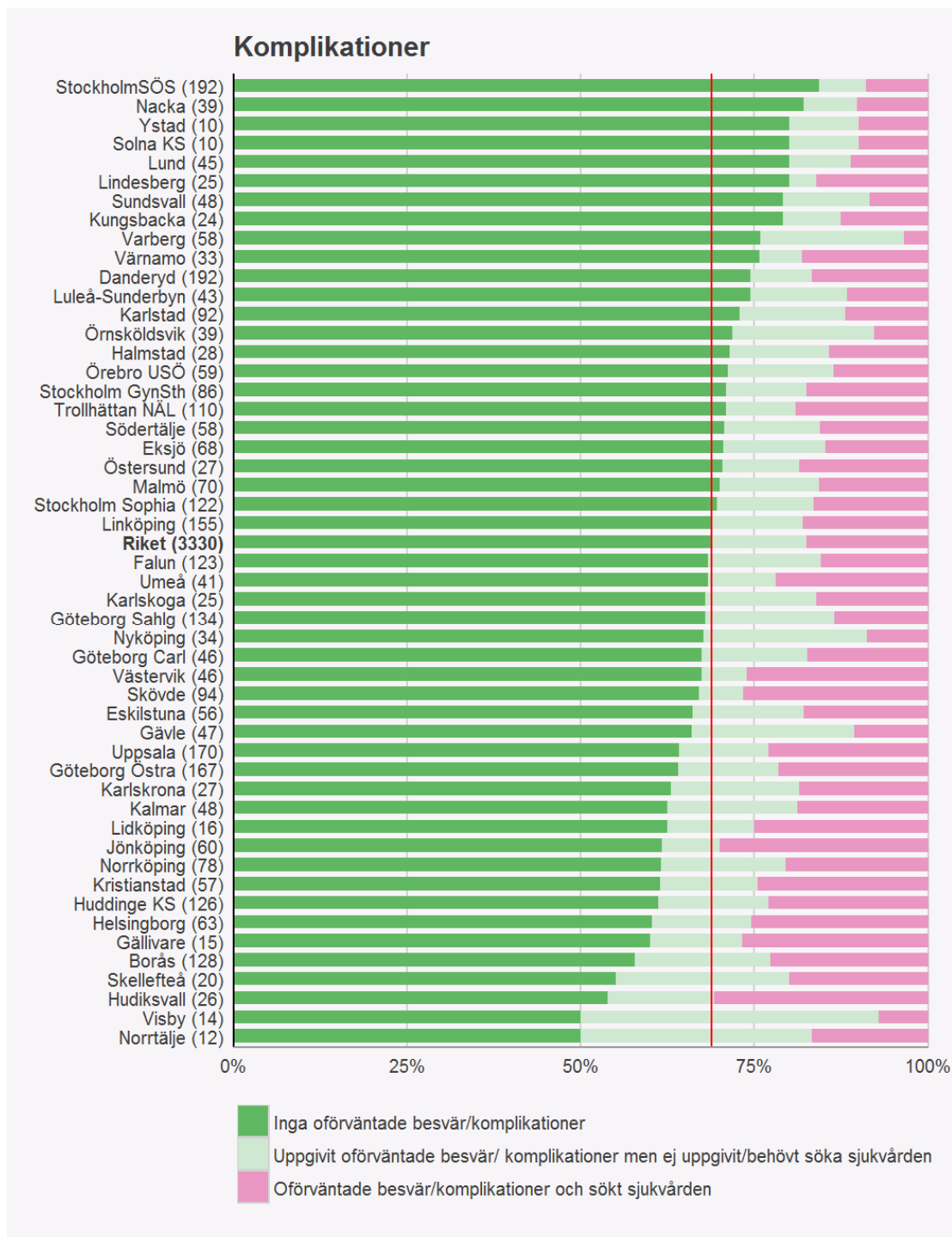
Under 2016 var 87 % av alla adnexoperationer komplikationsfria (läkarbedömda 8 veckor postoperativt, figur 20), i princip samma siffra som år 2015. Den största andelen komplikationer bedöms som lindriga. De allvarliga uppgick till 2 %. I figur 21 framgår i hur stor grad patienterna upplever sig som komplikationsfria. Där är det endast 69 % som anser sig vara utan oförväntade besvär/komplikationer efter operationen. Om man däremot tittar på andelen som anser sig ha oförväntade besvär/komplikationer efter operationen *och* sökt sjukvård ser vi en bättre överensstämmelse med de läkarbedömda komplikationerna (17,5 % respektive 12 %). Skillnaden mellan sjukvårdens och patienternas bedömning är mer eller mindre konstant.

Ett sätt att göra det möjligt att räta ut eventuella undringar en patient har är att finnas tillgänglig för kontakt och rådgivning efter operationen. Hur detta ser ut på olika kliniker vet inte undertecknad, förhoppningsvis finns enkla vägar in för de patienter vi opererar att få kontakt. Det vi däremot vet är i vilken grad patienter blir kontaktade när de så önskar. En del kliniker sköter detta utmärkt. Att figur 22 innehåller så få kliniker beror på att kliniker med färre än 10 patienter med utfallet inte tagits med. För riket är frekvensen kontakt med patienten när hon så önskat 75 %. Det finns ingen anledning att ha ett annat målvärde än 100 % avseende detta.

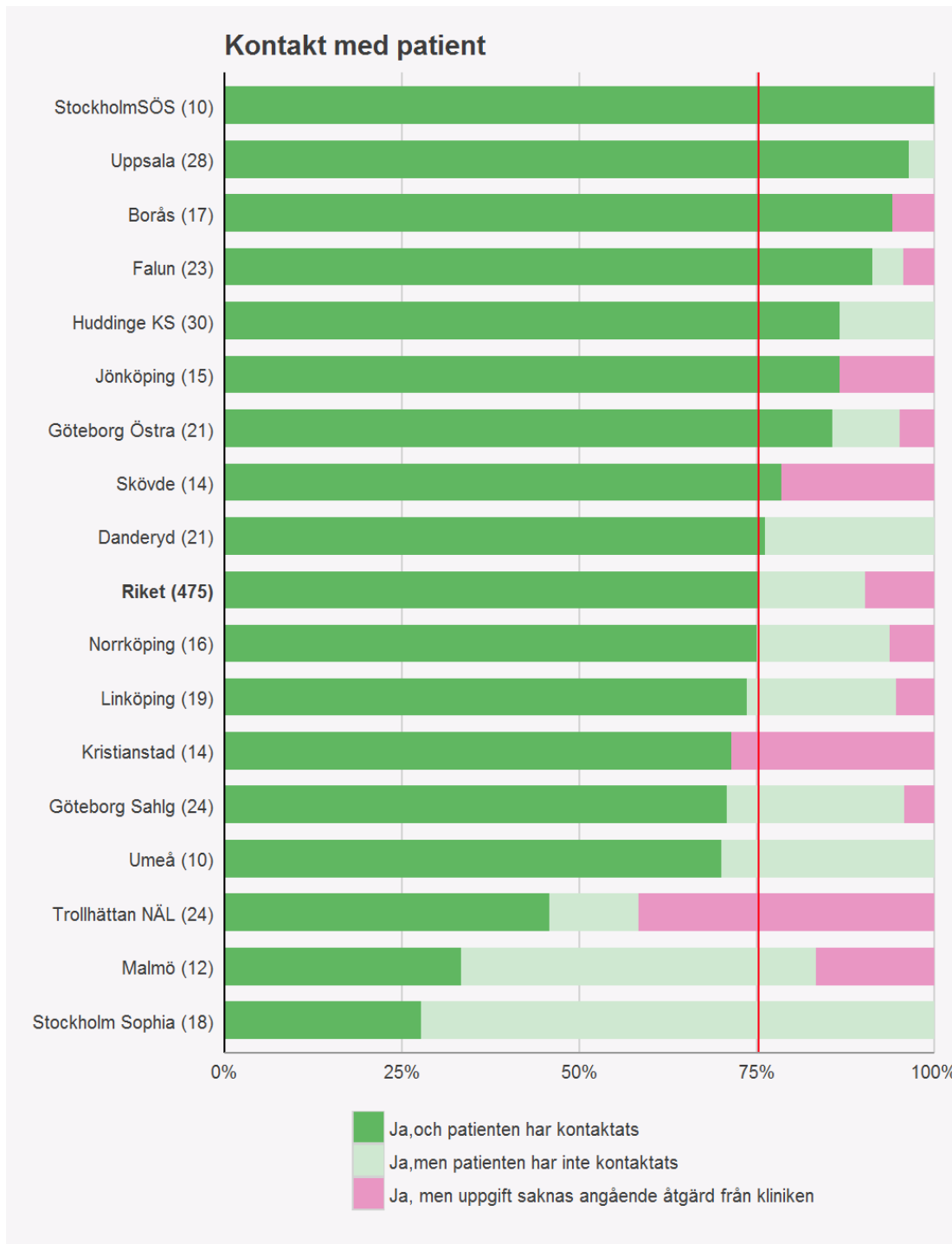
Den största delen av komplikationer som registreras utgörs av infektioner (figur 23). Infektionsfrekvensen är nästan densamma oavsett operationsteknik. För att klassas som infektion i GynOp så har antingen en läkare gjort en bedömning i registret att en postoperativ infektion förelegat eller så har patienten angivit att hon haft en infektion och fått antibiotika utskrivet. Det innebär i princip att om en patient får en UVI en vecka före 8-veckorssenkäten dimper ned och hon då varit i kontakt med sin vårdcentral och fått antibiotika utskrivet kommer det hamna som en postoperativ infektion i registret. Om det kan man tycka vad man vill, de flesta kanske inte tycker att det är rimligt att betrakta det som en infektion beroende på operationen. Kom då ihåg att det unika för vårt register är just de patientrapporterade utfallen och då får vi ta att vissa saker kan bli för högt skattade. Det gäller samma förutsättningar för alla kliniker och därför blir jämförelser mellan sin egen och andras kliniker (och riket) det mest intressanta. Finner man att man avviker negativt från riket eller grannklinikerna kan det ju tjäna som en sporre att se över verksamheten.



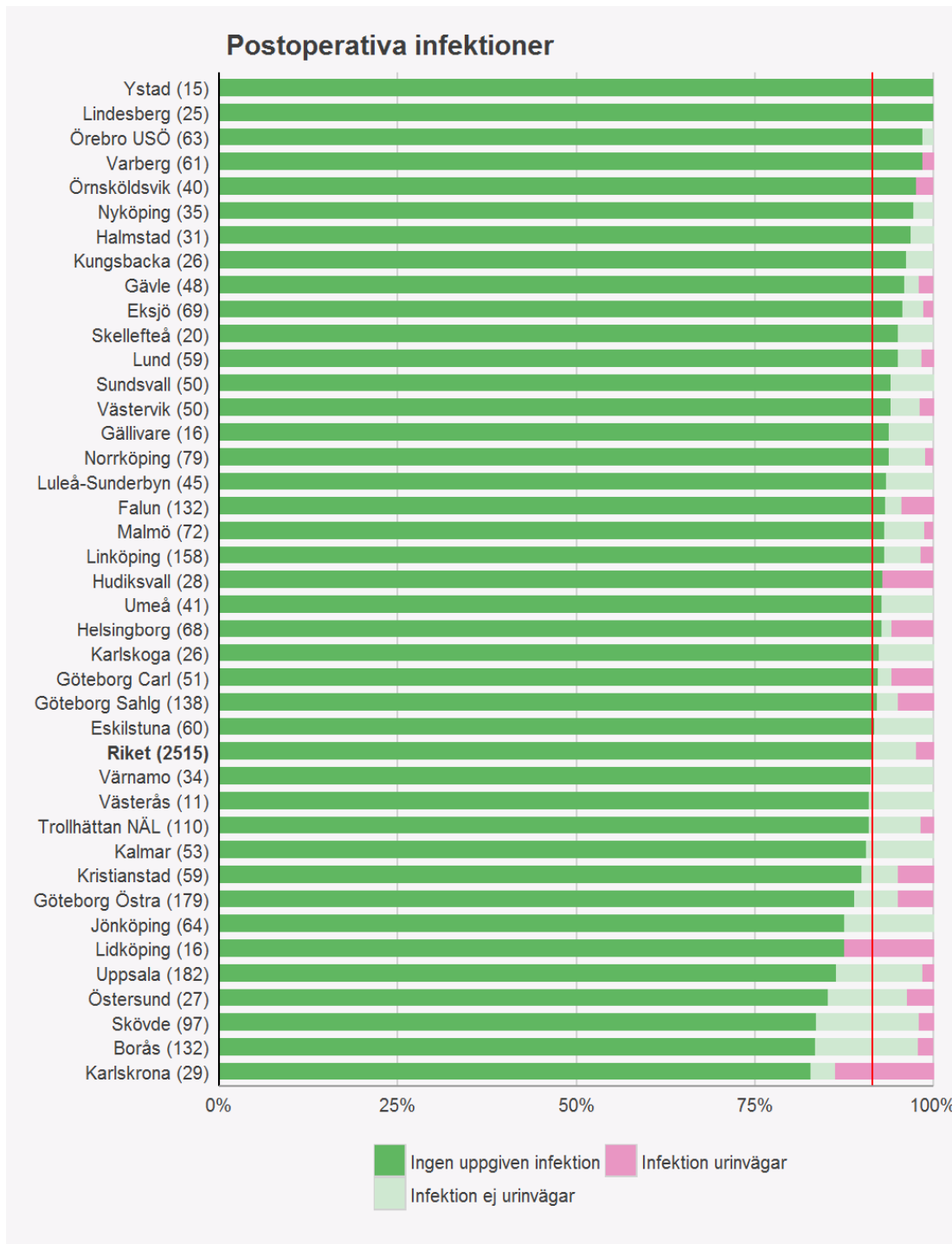
Figur 20. Komplikationer, läkarbedömda 8 veckor postoperativt



Figur 21. Av patienten uppgivna oförväntade besvär/komplikationer i enkäten 8 veckor efter operation



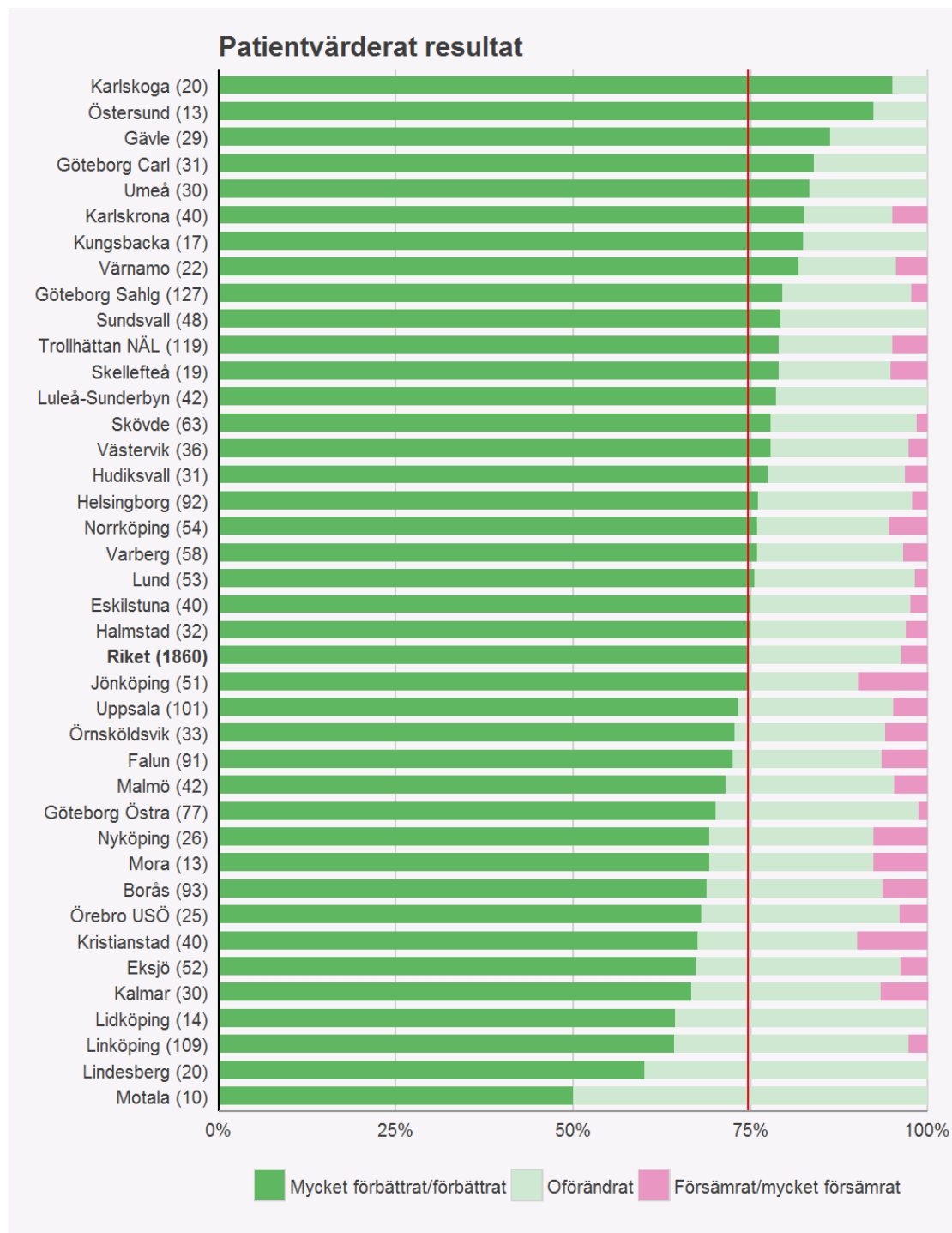
Figur 22. Kontakt med patient där hon så önskat



Figur 23. Postoperativa infektioner

Patientvärderat resultat

De flesta patienterna är nöjda efter sin operation, även om det efter adnexoperationer aldrig blir riktigt lika nöjda patienter som efter till exempel hysterektomier. En andel patienter som opereras inom adnexsträngen behöver inte ha särskilt mycket besvär eller inga besvär alls utan blir opererad för "säkerhets skull" (framförallt ovarialcystor). Då är det att förvänta att man heller inte upplevt någon påtaglig förbättring. Det är däremot en låg andel patienter som blir missnöjda och tycker de är försämrade. Endast 3,7 % upplever sig som försämrade medan 75 % anser sig förbättrade.



Figur 24. Patientens syn på vad operationen har gjort för henne

Validitet

För att kunna dra rimligt säkra slutsatser av de resultat som visas i rapporterna från GynOp eller när man som enskild operatör eller klinik använder Rapportgeneratören för att titta på sina resultat, krävs det att data har en hög validitet. En god validitet uppnås genom att både patient och operatör fyller i enkäter och formulär fullständigt och riktigt. Enkäterna och formulären måste vara utformade så att de inte upplevs tvetydiga eller svåra att förstå. Frågorna som besvaras ska vara ställda så att svaren reflekterar verkligheten. Validering av frågor är inte det enklaste. I GynOp funderar vi fortlöpande på om en fråga är nödvändig och besvarar det vi vill ha svar på. Det innebär också att en del frågor rensas bort eller görs om när det står klart att de inte fungerar perfekt. Detta är en helt nödvändig process och är viktig för att man som användare ska känna att det är meningsfullt att fylla i sin enkät eller formulär. En annan nödvändighet för att känna motivation att fylla i är att man får återkoppling. De återkommande rapporterna är en sådan återkoppling, men glöm heller inte att gå in i Rapportgeneratören, där går det att få återkoppling på sina resultat dygnet runt, året om.

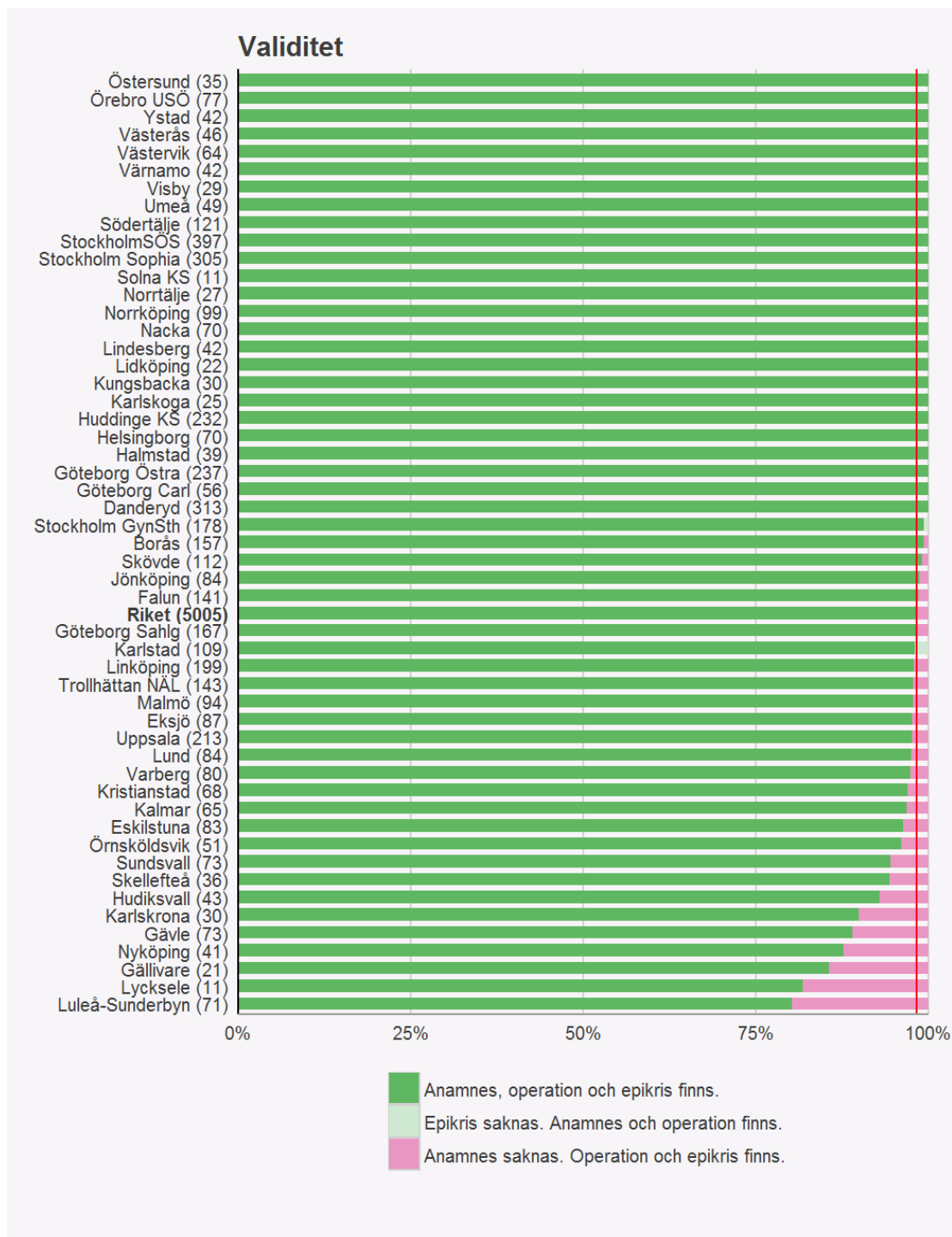
Vi vet att patienterna i hög grad besvarar enkäter före och efter sin operation om de får enkäten. Det är god idé att regelbundet se över rutinerna för hur patienterna får sina enkäter. Ett sätt att säkerställa att de får enkäterna är att se till att registrera patienternas e-postadress. Ett annat sätt är att uppmana patienterna att ansluta sig till 1177, Mina vårdkontakter, så får de meddelande om enkäter från GynOp och påminnelser direkt i mobilen.

GynOp är numer utformad på så vis att enkäterna efter operation går ut automatiskt utan att någon behöver se till att så sker, bara det finns en aktuell e-postadress eller om patienten är ansluten till 1177, Mina vårdkontakter. Det är det mest effektiva och snabbaste och mest arbetsbesparande sättet att se till att patienterna får sina enkäter och vi därmed deras svar.

När det gäller vårdgivarnas insats så kan vi i figur 25 se att vi sköter oss överlag mycket bra. Anamnes, operation och epikris finns ifyllt i 98 % av alla operationer när man slår ihop hela riket. När något saknas är det vanligen anamnesformuläret.

Däremot saknas det oftare PAD-bedömning (figur 17) och bedömning av patienternas postoperativa enkäter. De kliniker som är bäst på bedömning av de uppföljande enkäterna har ofta en administratör eller sköterska som gör den första bedömningen. Samma sak gäller de kliniker som är bra på att ta hand om patienternas kontaktförfrågan.

En annan anledning att se till att de postoperativa enkäterna blir bedömda inom rimlig tid är att det kommer att bespara den kollega som är satt att ta hand om "Vårdhändelser att granska". Om en patient fyllt i att det skett en allvarlig komplikation, vilket nödvändigtvis inte behöver betyda att det gjorts, kommer den falla ut som en vårdhändelse att granska om ingen bedömer patientens inskickade svar inom 3 veckor.



Figur 25. Validitet, mätt i vilken grad läkarformulären är registrerade

Sammanfattning

I det stora hela ser resultaten i den här rapporten ut som de gjort de senaste åren. Fortsatt ses en liten ökning av andelen laparoskopi vid adnexkirurgi. Fler kliniker har börjat registrera akuta patienter. För att få en bättre täckningsgrad, dvs. att de patienter som finns i Patientregistret också återfinns i GynOp, är det nödvändigt att registreringen av akuta patienter blir ännu bättre. Prata igenom hur ni kan lösa detta på era respektive kliniker. För visst är ni intresserade att veta hur det går för alla patienter ni opererar?

I och med sammanslagningen av GynOp och GKR så kommer det i framtiden bli lättare att jämföra sig med alla kliniker i Sverige. Hittills har jämförelse mellan GKR-kliniker och GynOp-kliniker alltid känts lite haltande pga. problemen med att importera data från ett system till ett annat.

Stort tack till Birgitta och Margareta på GynOps kansli för all hjälp med arbetet i adnexregistret. Tack till Gabriel för det eminenta arbetet med figurerna.

Göteborg i april,

Mathias Pålsson

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Activities of daily life: Vardagsaktiviteter som att laga mat, handla, diska, sköta sin hygien m m.
Adnex	Äggstockar och äggledare
Benign	Godartad.
BMI	Mått som underlättar bedömningen av en persons eventuella övervikt (eng. Body Mass Index). BMI beräknas genom formeln: $\text{kg/längd} \times \text{längd}$, där kroppsvikt anges i kilo och längd anges i meter. Normal BMI 18,5 – 25, enligt WHO (Världshälsoorganisationen).
Borderlinetumör	Borderlinetumörer kan bildas på äggstocken. De är varken godartade eller cancer utan ligger någonstans mittemellan. Borderlinetumörer sprider sig oftast inte i kroppen men behandlingen är ungefär densamma som vid äggstockscancer.
Case mix	Skillnader i patientsammansättning, t ex ålder, andra sjukdomar, operationsmetod kan påverka resultaten vid uppföljningar. Därför vill man att patientgrupperna man jämför ska vara så lika som möjligt.
Dagkirurgi	Att patienten går hem samma dag som operation utfördes
Endometrios	Innebär att livmoderslemhinnan finns på andra ställen än inuti livmodern. Det orsakar ofta inflammation som kan orsaka smärta och ibland ärrvävnad och sammanväxningar.
Elektiv	Planerad (operation)
Entryteknik	Vilken teknik man använder för att komma in i buken.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Laparoskopi	Titthålsoperation i buken
Laparotomi	Operation med större buksnitt, öppen kirurgi
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Peroperativ	Under operationen (t ex peroperativ blödning = blödning under operationen)
Pneumoperitoneum	Vid laparoskopisk operation fyller man buken med gas (koldioxid) för att organen ska synas tydligare. Efter operationen töms buken på gas.
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativt	Före operationen
Selektion	Urval
Troakar	Här i betydelsen av en rörformad port genom vilken titthålskamera och instrument förs in i buken
Validitet	Anger i vilken utsträckning data och fynd är sanna för den studerade populationen. För att data ska vara valida krävs hög datakvalitet. Data av hög kvalitet är relevanta, fullständiga, korrekta och konsistenta.