



Årsrapport Hysteroskopi 2015

**FRÅN GYNOP-REGISTRET
Delregister: Hysteroskopi**

Författare: Stefan Zacharias
Delregisteransvarig hysteroskopiregistret

Statistisk bearbetning: Gabriel Granåsen

Registret underställt SFOG

Rapport distribuerad mars 2016

Innehållsförteckning

Introduktion	3
Urval.....	4
Standardpatient.....	4
Demografi	5
Ålder och BMI	7
Operation.....	8
Dagkirurgi	11
Anestesi	12
Operationstid	14
PAD.....	17
Patientrapporterade resultat.....	19
Komplikationer	22
Diskussion	23
Ordlista	24

Introduktion

Detta är den andra årsrapporten inom hysteroskopiregistret, där operationsformuläret har genomgått en större uppfräschning under året. Det har varit lärorikt att författa första rapporten och förhoppningsvis kommer läsaren av årets rapport kunna konstatera tydliga förbättringar.

Till skillnad från vad som förväntades när registret skapades dominerar idag mindre ingrepp till stor del den intrauterina kirurgin. Det mesta görs inom dagkirurgin och effektivt patientflöde är en viktig faktor. Därför är det viktigt att registret tar hänsyn till denna utveckling och förenklar för användarna på bästa möjliga sätt, så att dokumentationen inte tar längre tid än själva ingreppet.

Förra rapportens introduktion lovade denna anpassning av hysteroskopi-formulären och förhoppningsvis håller användarna med om att detta har infriats, åtminstone till en viss del. För närvarande pågår optimerande arbete med operationsformuläret som ska ta hänsyn till inkomna önskemål. Vår önskan är att registreringen blir en självklar del av processen kring patientens behandling då GynOp erbjuder insamling av relevant data preoperativt, dokumentationsmöjlighet av denna samt operationsprocessen i vissa journalsystem och inte minst kvalitetsuppföljning.

Urval

Samtliga hysteroskopiska operationer visas. I vissa fall är det svårt att visa GKR-data på samma sätt när inte samma variabel registreras och årets rapport tar större hänsyn till detta än förra årets. Jag är så klart tacksam för konstruktiva kommentarer om eventuella problem kring GKR-data.

Standardpatient

Inom GynOp finns ambitionen att visa standardpatienter inom de olika delregistren. För hysteroskopi har en standardpatient aldrig definierats. Alla patienter inkluderas således.

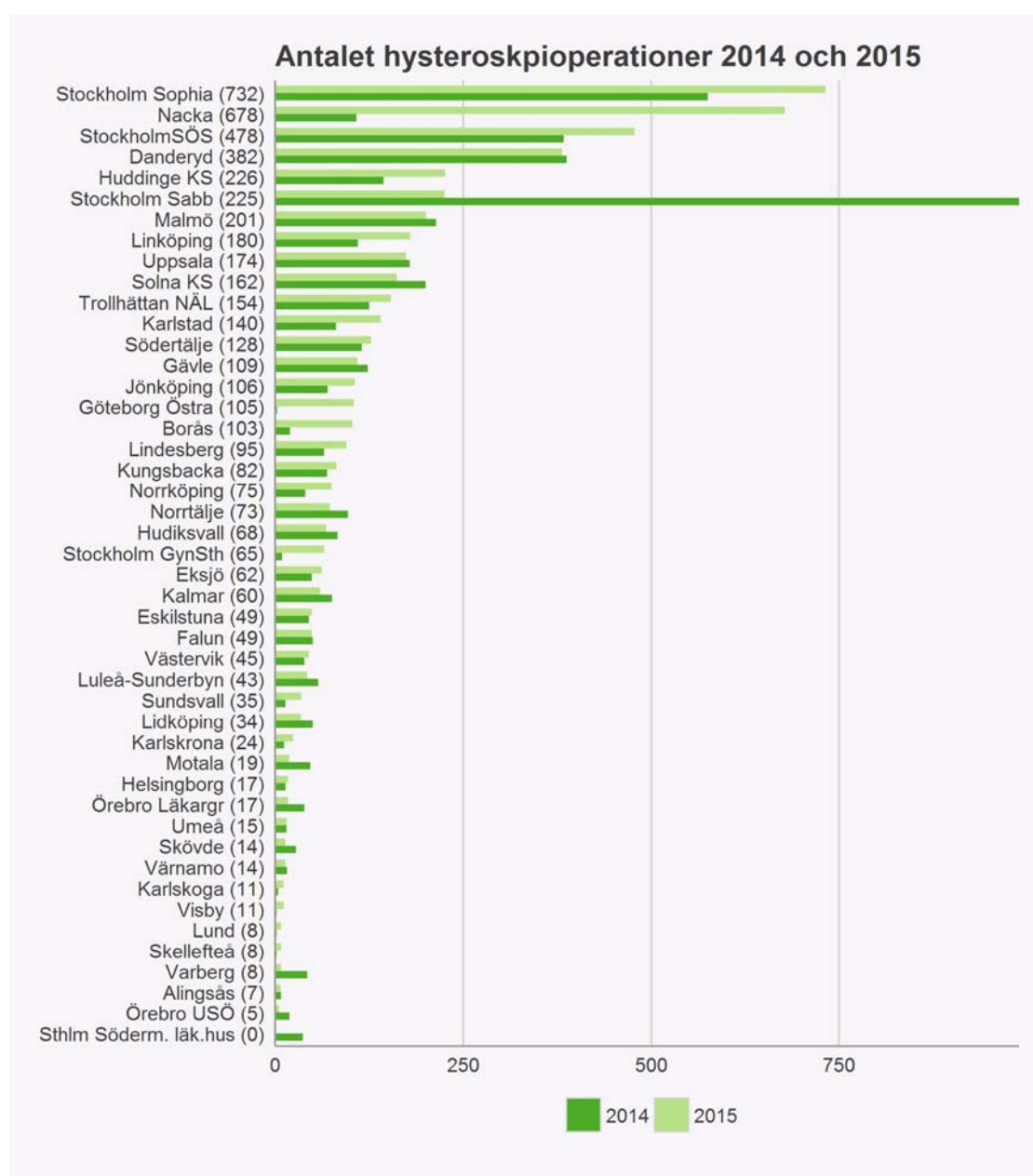
Med tanke på att standardpatienternas operationsresultat knappast skiljer sig från bortfallsgruppen i övriga delregister har jag tagit avstånd från att definiera en standardpatient inom hysteroskopin.

Demografi

De flesta kliniker har relativt konstanta operationsvolymmer. En viss ökning ses dock generellt jämfört med förra året, troligen (förhoppningsvis) pga större benägenhet att registrera hysteroskopier.

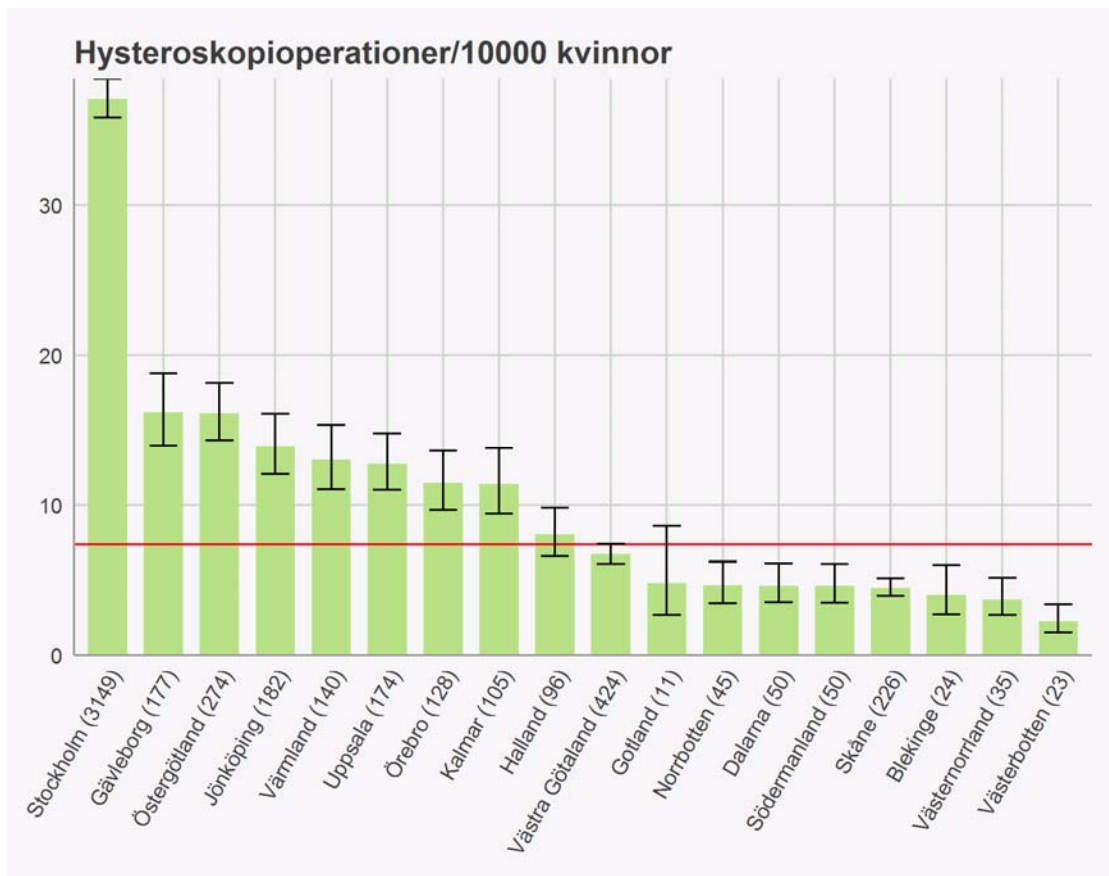
Stora svängningar i operationsvolym ses inom den privata sektorn i Stockholm.

Totalt registrerades 5313 hysteroskopiska operationer under 2015. Året innan registrerades 4868.



Figur 1 Antal hysteroskopioperationer 2014/2015

Skillnaden inom tillgängligheten för patienterna är mycket stor. I Stockholms län är operationsincidensen fyra gånger större än genomsnittet för hela riket. En del av skillnaden mellan länen kan förmodligen relateras till olikheter i registreringen, men rimligen inte den enorma skillnaden mellan Stockholm och resten av landet. Enda rimliga förklaringen är att man har olika indikationer för att utföra hysteroskopi.



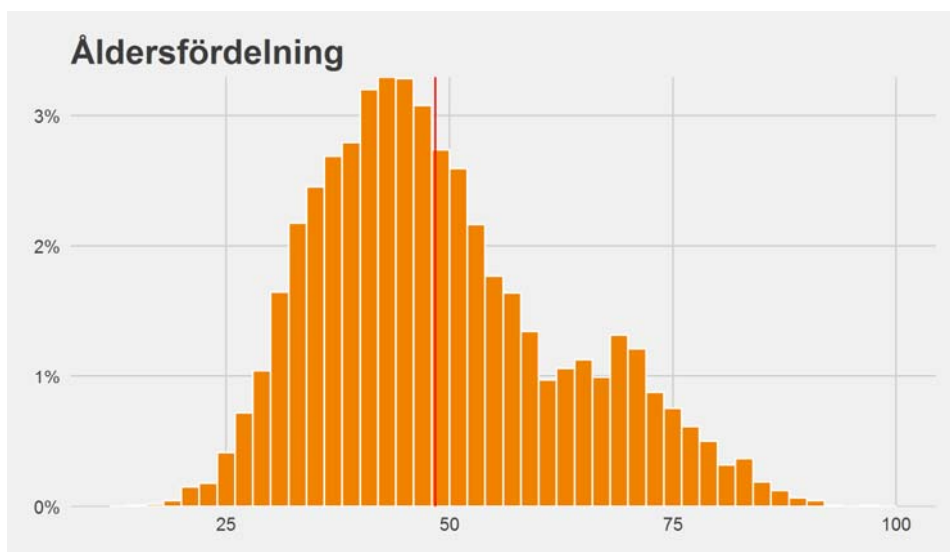
Figur 2 Hysteroskopiska operationer/10000 kvinnor länsvis (ålder 20-85 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2015

Ålder och BMI

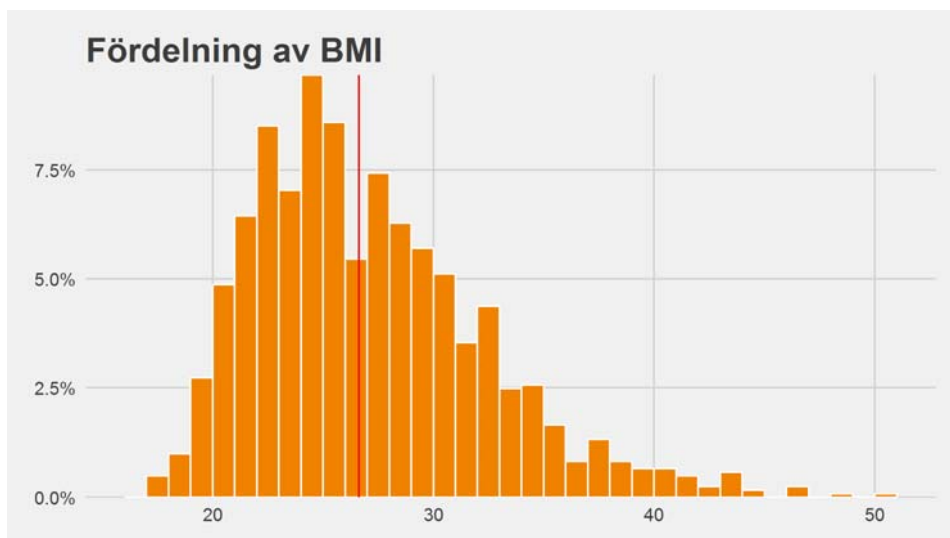
I år valde vi att visa åldersfördelningen samt fördelningen av BMI.

Åldersfördelningen visar två toppar. En premenopausal vid 45-50 års ålder och en lite mindre postmenopausal vid ca 65-70 års ålder. Troligen speglar de två pucklarna de mest vanliga indikationerna i form av blödningsrubbningar och postmenopausal blödning.

BMI-fördelningen ser närmast normalfördelad ut och borde spegla kvinnornas BMI-fördelning i stort i samhället.



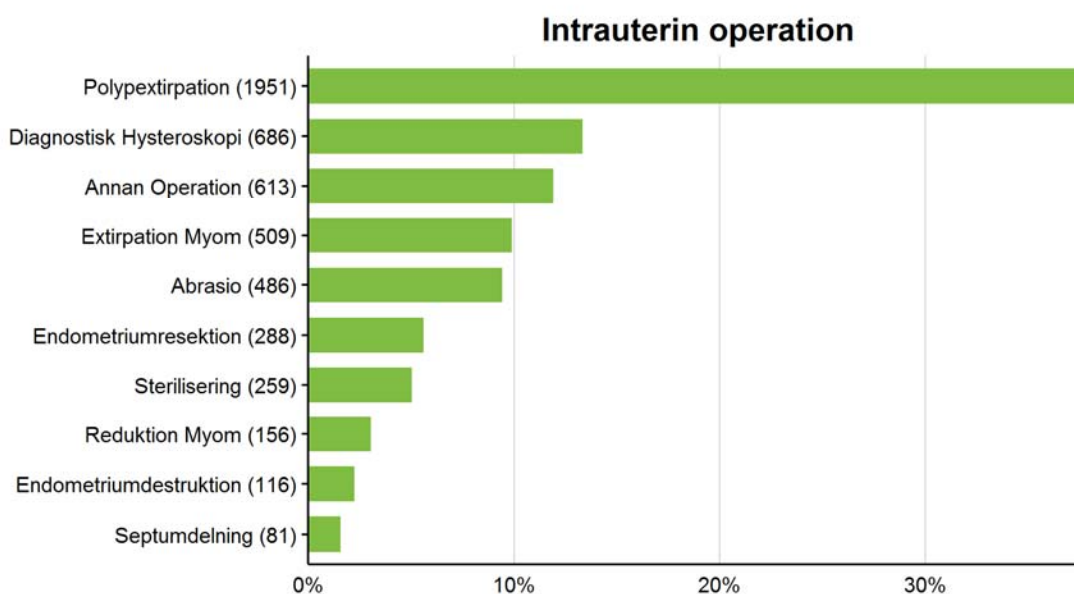
Figur 3 Åldersfördelning



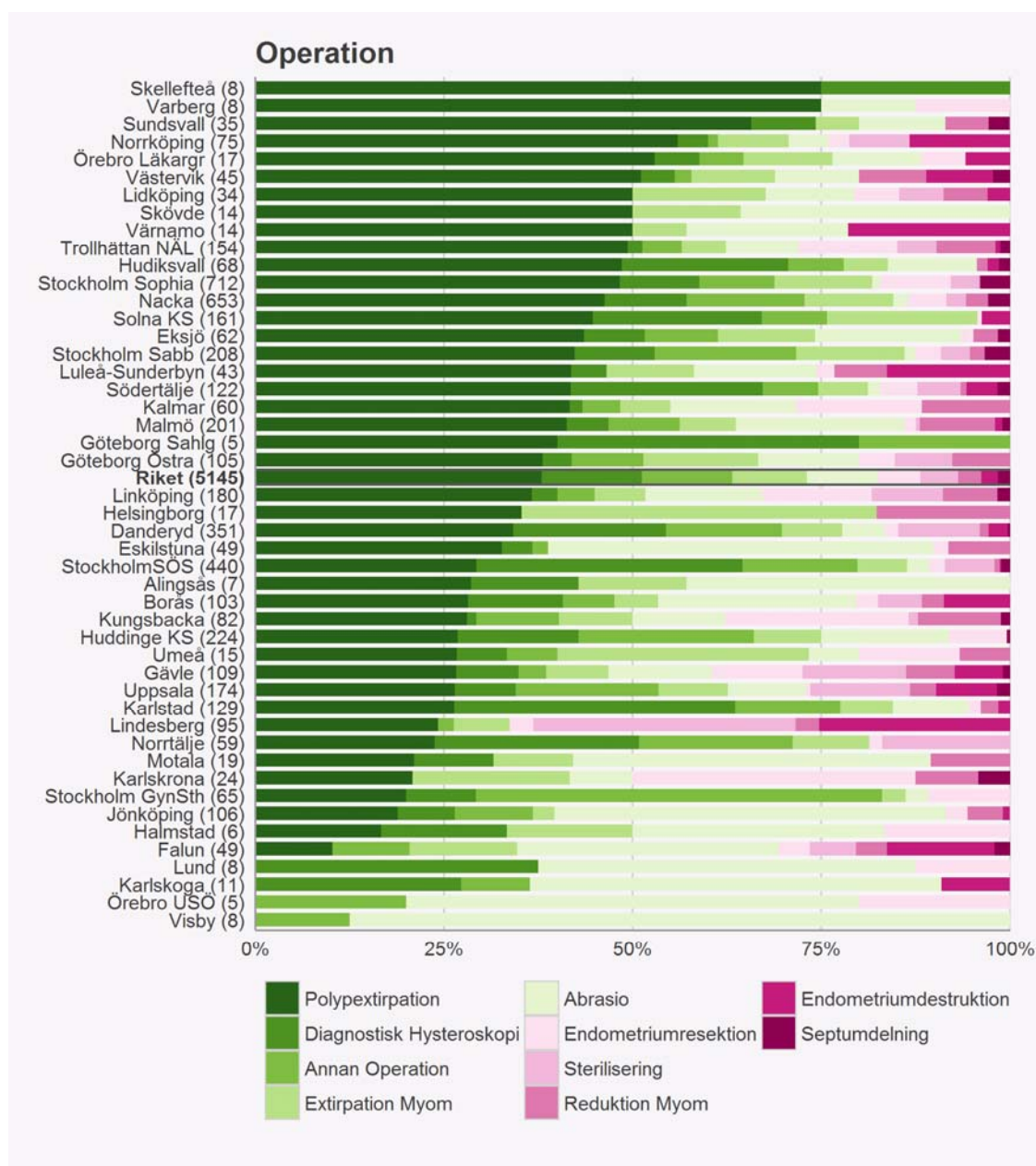
Figur 4 BMI

Operation

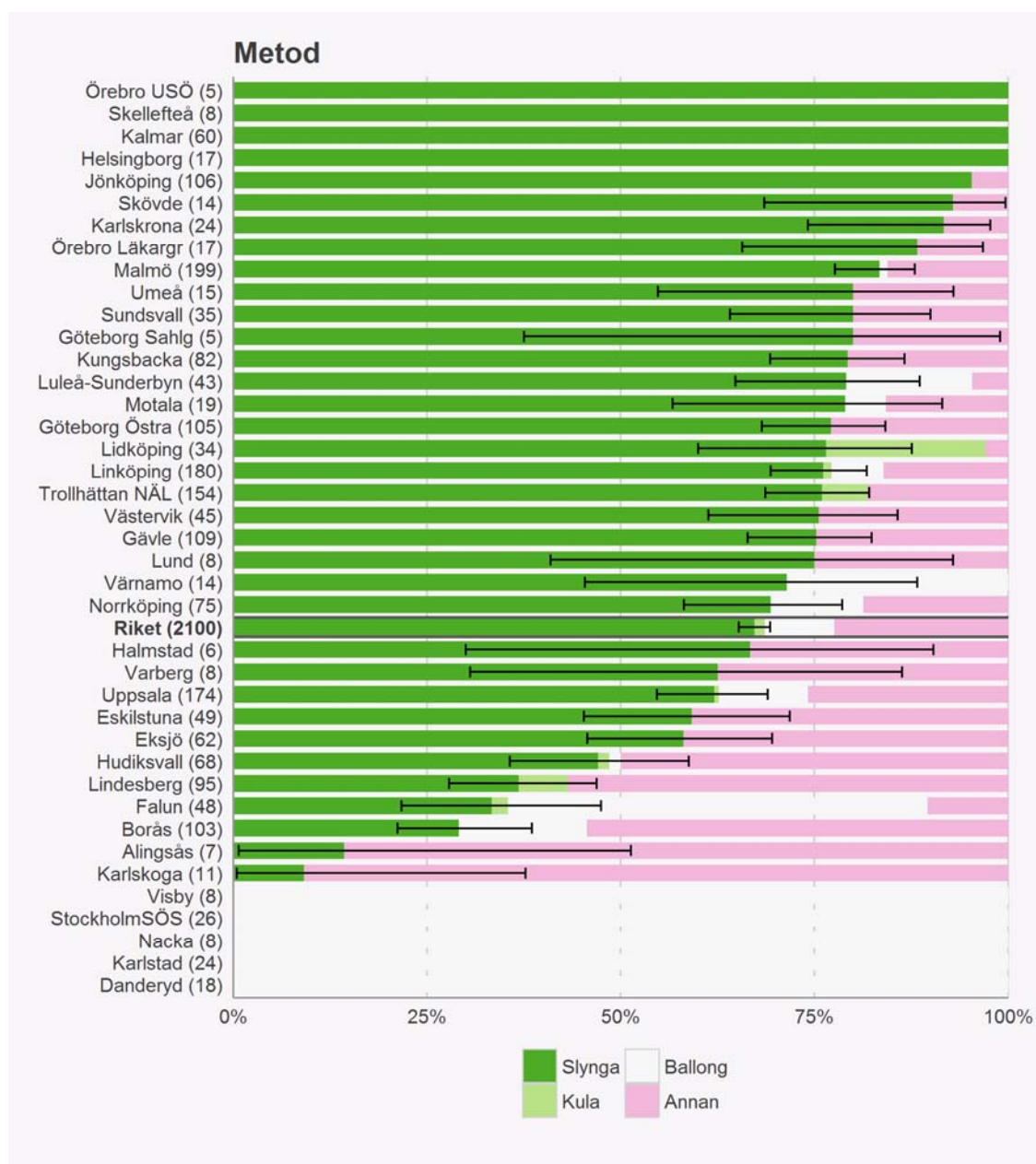
Som året innan dominerar små ingrepp även under 2015, nästan 40 % utgörs av polypextirpationer. Stora skillnader i rapportering finns mellan kliniker.



Figur 5 Intrauterin operation relativ



Figur 6 Utförda operationer/klinik



Figur 7 Operationsmetod

Kommentar:

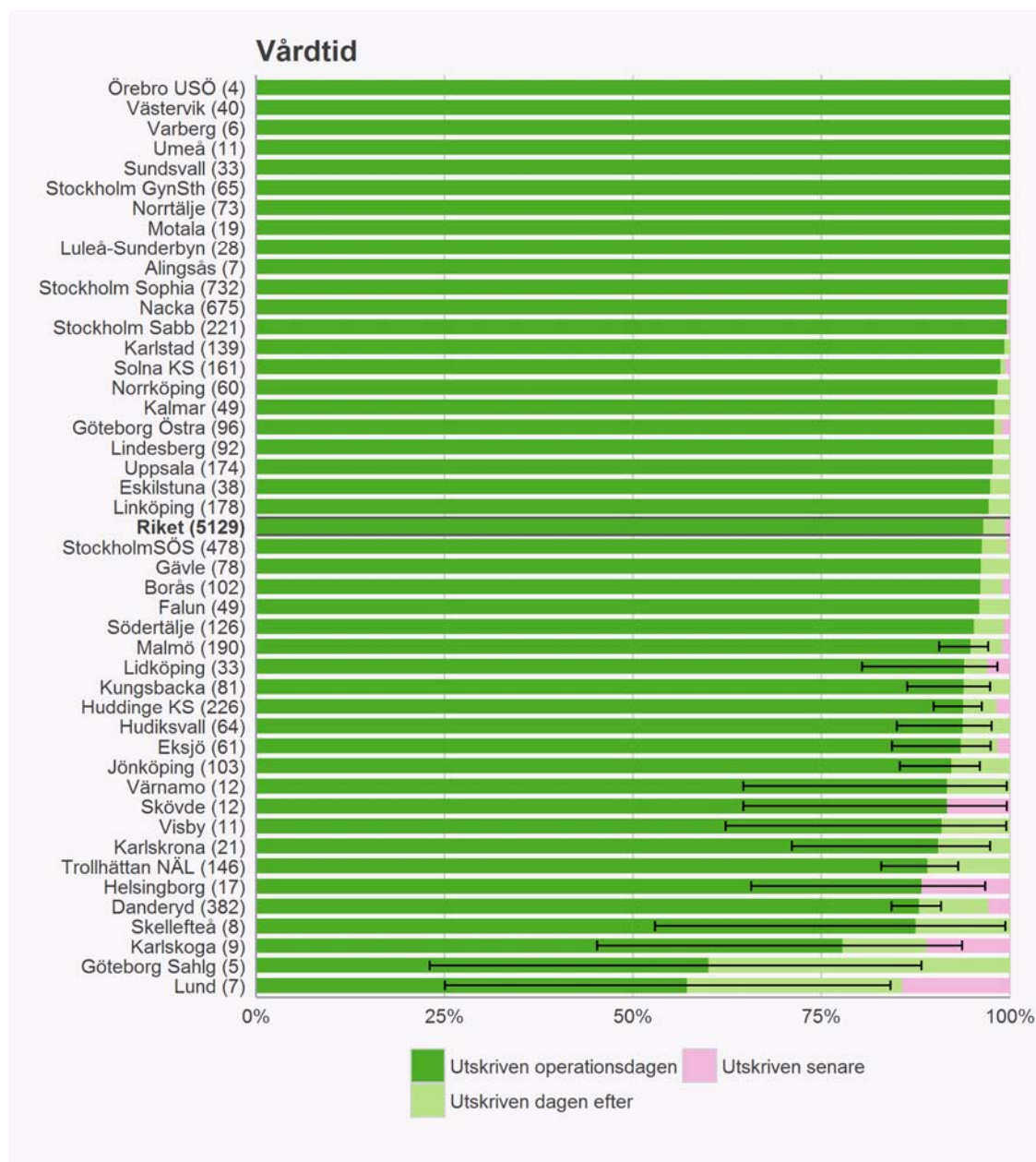
GKR rapporterar enbart ballongmetod

Dagkirurgi

I princip kan man konstatera att hysteroskopisk kirurgi är ett dagkirurgiskt ingrepp. Undantag förekommer lokalt.

För att kunna visa GKR-regionen på rätt sätt visas vårdtiden i 3 klasser:

Utskriven operationsdagen (dagkirurgi), utskriven dagen efter (som borde motsvara planerade inläggningar) och utskriven senare (som borde omfatta komplicerade ingrepp).

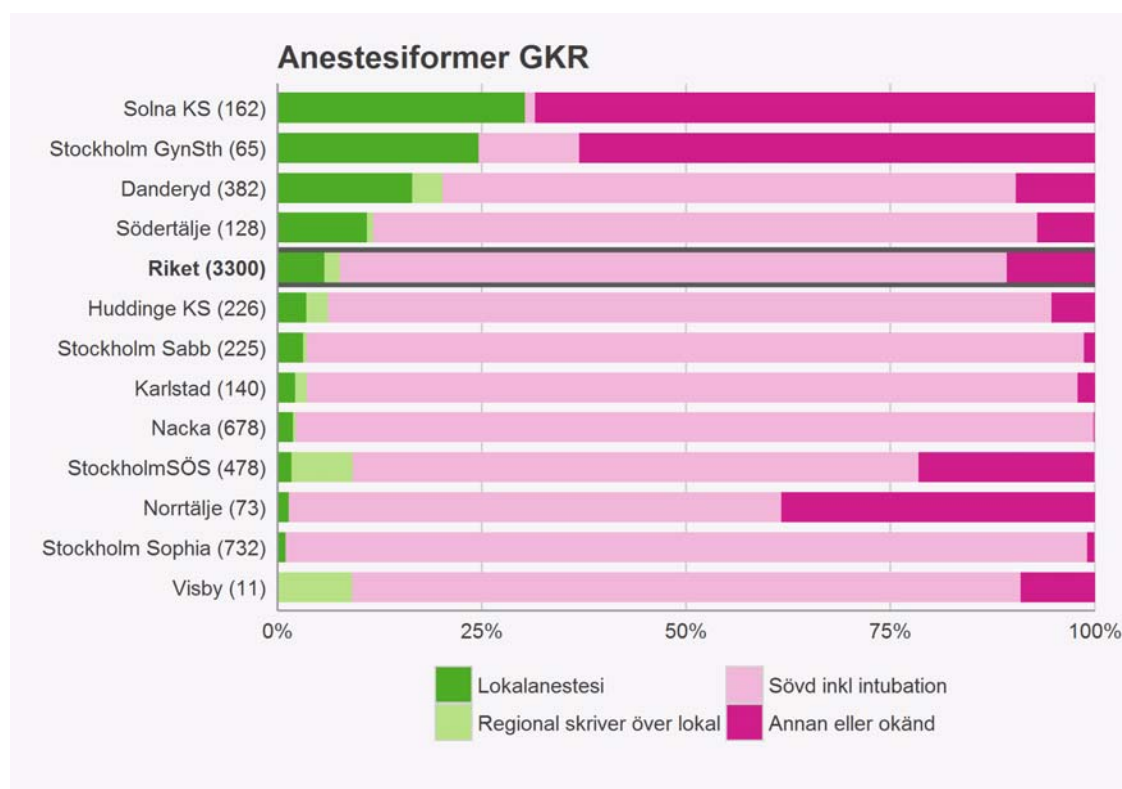


Figur 8 Vårdtid

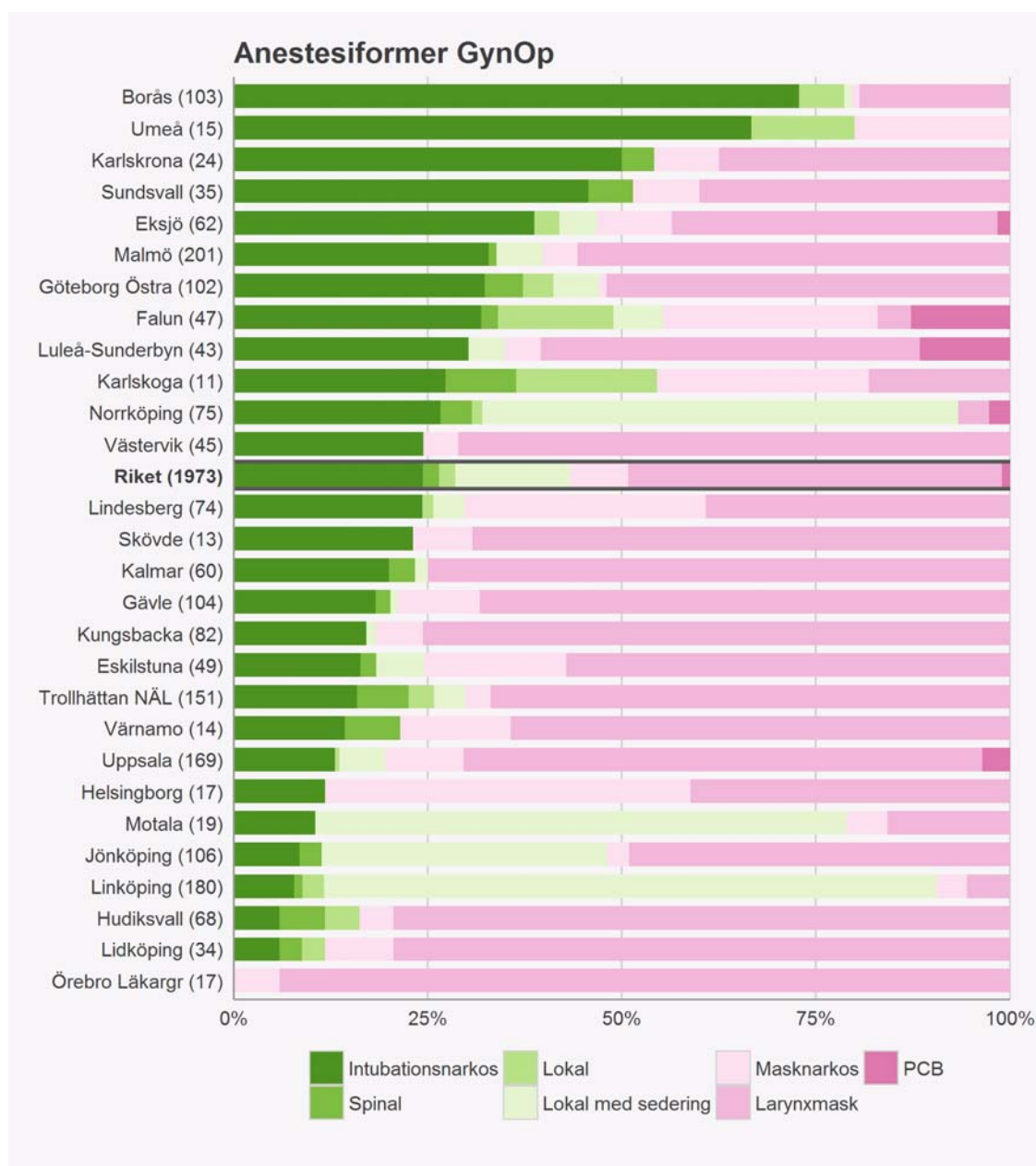
Anestesi

Även i årets rapport ses stora skillnader i anestesismetoden. Narkos dominerar fullständigt i landet trots att majoriteten av ingreppen borde kunna utföras i lokalanestesi.

Förra årets rapport tog inte hänsyn till att GKR registrerar färre anestesismetoder och detta tar jag hänsyn till i år på följande vis: Samtliga kliniker visas dels på "GKR-vis" alltså i 4 klasser: lokal, regional, generell eller annan/okänd anestesi. Gynop-klinikerna visas även på "Gynop-vis" alltså: intubationsnarkos, larynxmask, masknarkos (som då motsvarar "sövd" i första bilden), spinal, PCB (som motsvarar regionalanestesi) och slutligen lokalanestesi och lokal med sedering. För Gynop-kliniker visas dessutom en tabell med den relativa fördelningen inom riket.



Figur 9 Anestesiform GKR-vis



Figur 10 Anestesiform GynOp (GKR exkluderade)

Tabell 1 Anestesiformer fördelad på förekomst (GKR exkluderade)

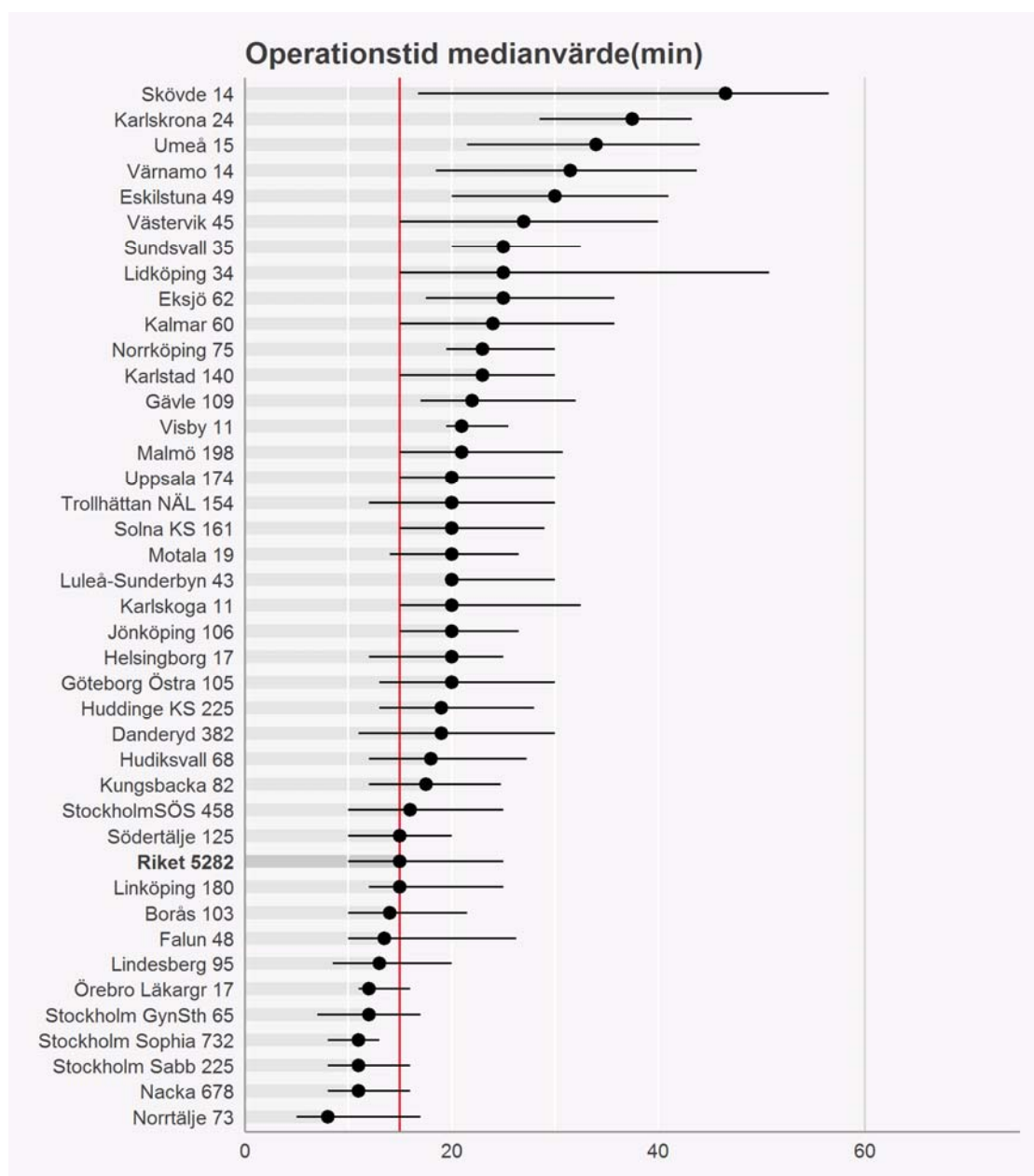
Anestesiform	Antal	Andel
Larynxmask	951	48.2%
Intubationsnarkos	481	24.4%
Lokal med sedering	292	14.8%
Masknarkos	147	7.5%
Spinal	41	2.1%
Lokal	41	2.1%
PCB	20	1%
Totalt	1973	100%

Operationstid

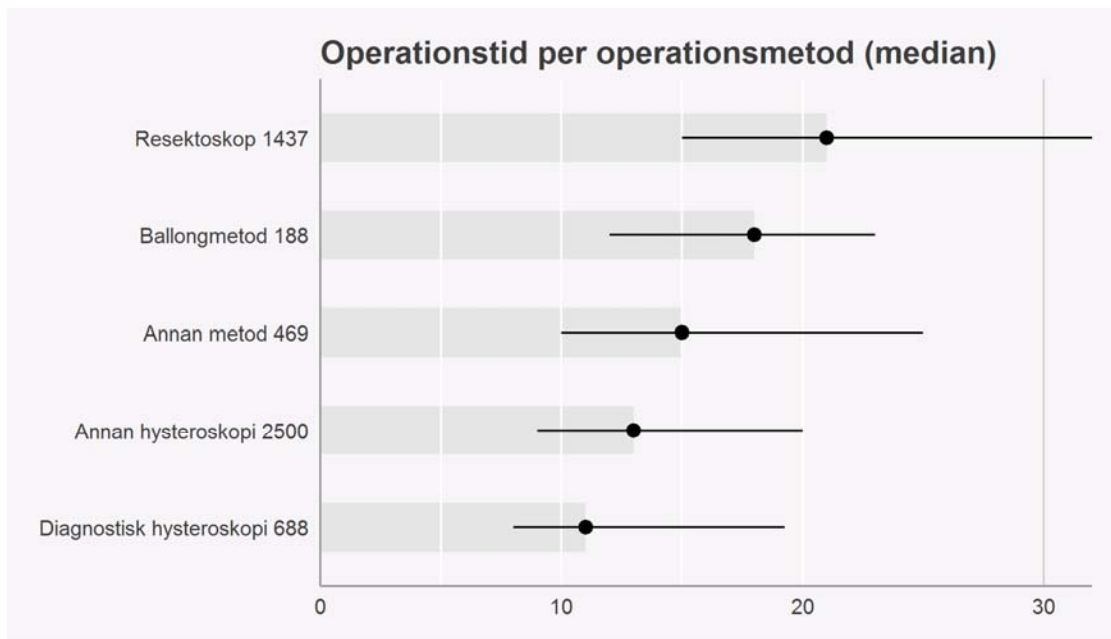
Som förra året skiljer sig operationstiden mycket mellan sjukhusen. Generellt ligger klinikerna där de låg förra året. I diskussionen på användarmötet våren 2015 framkom misstankar om stora skillnader i sättet att registrera "knivtiden".

I registrets arbetsgrupp kunde vi konstatera att detta gäller alla delregister, men att det troligen ger ett större utslag vid korta ingrepp såsom de flesta hysteroskopierna. Det finns hittills ingen konsensus om hur man ska definiera operationstiden. Min personliga åsikt är att operationen börjar när man sätter sitt första instrument i patienten och slutar när man tar bort sista instrumentet (knivtid). Därmed ingår inte ren anestestid och inte heller väntetiden på effekten av lokalanestesi, men andra åsikter förekommer.

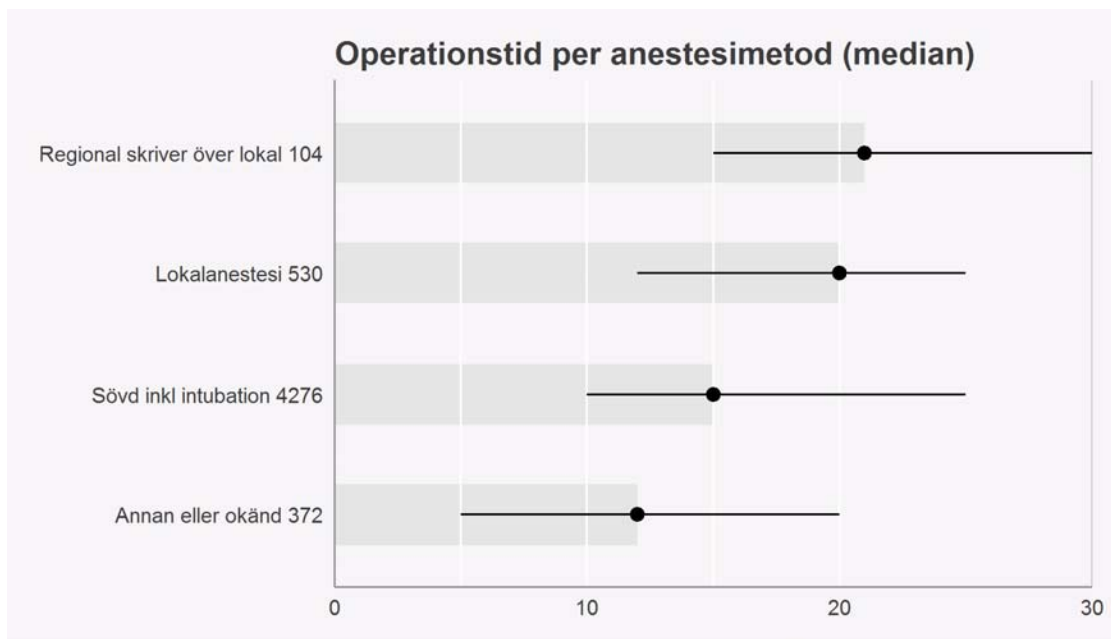
Andra faktorer som kan påverka operationstiden är selektiv registrering av enbart större ingrepp i registret eller operatörens erfarenhetsgrad. Jag visar alltså klinikernas tider utan att dra långtgående slutsatser om skillnaderna på kliniknivå. Var och en får fundera själv om man finner anledning till detta. Som ett tilltänkt hjälpmedel i denna bedömning finns det två nya bilder med operationstiden per metod och per anestesimetod (GKR-vis) med.



Figur 11 Operationstid/klinik



Figur 12 Operationstid per operationsmetod



Figur 13 Operationstid per anestesimetod

Kommentar:

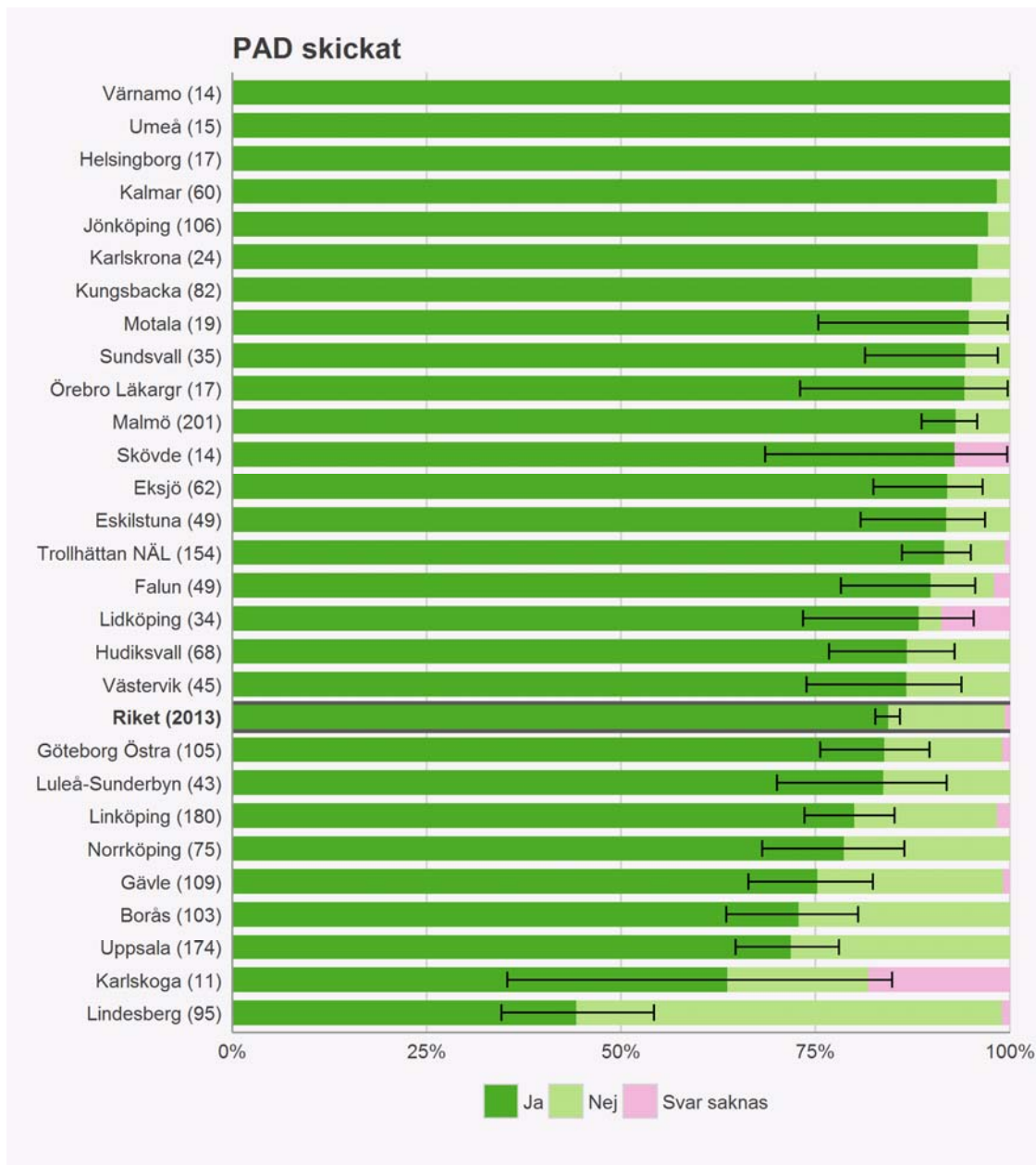
Intressant att den registrerade operationstiden är kortast om patienten sover. Beror detta på skillnader i registreringen? Tänkbart är att man registrerar "ren knivtid" när patienten sover, men från det att man sätter sin lokalbedövning när patienten är vaken.

PAD

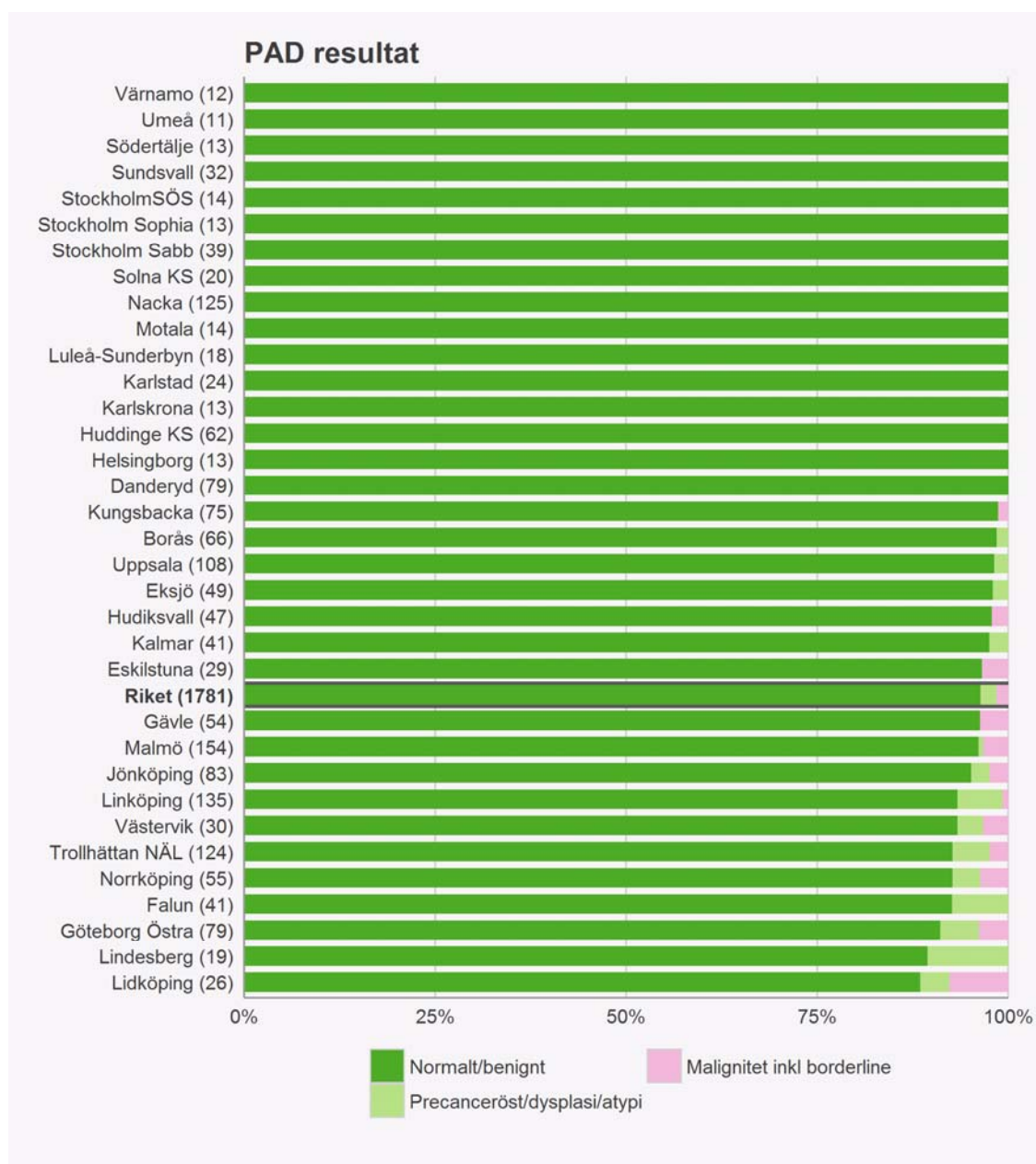
För Gynop-kliniker visas om PAD skickades eller inte. Variabeln är obligatoriskt att fylla i, saknas svar i många fall tyder det på bristande ifyllningsgrad av operationsblanketten.

Andra bilden visar PAD-resultat, benigna är helt dominerande.

GKR exkluderas i båda bilder.



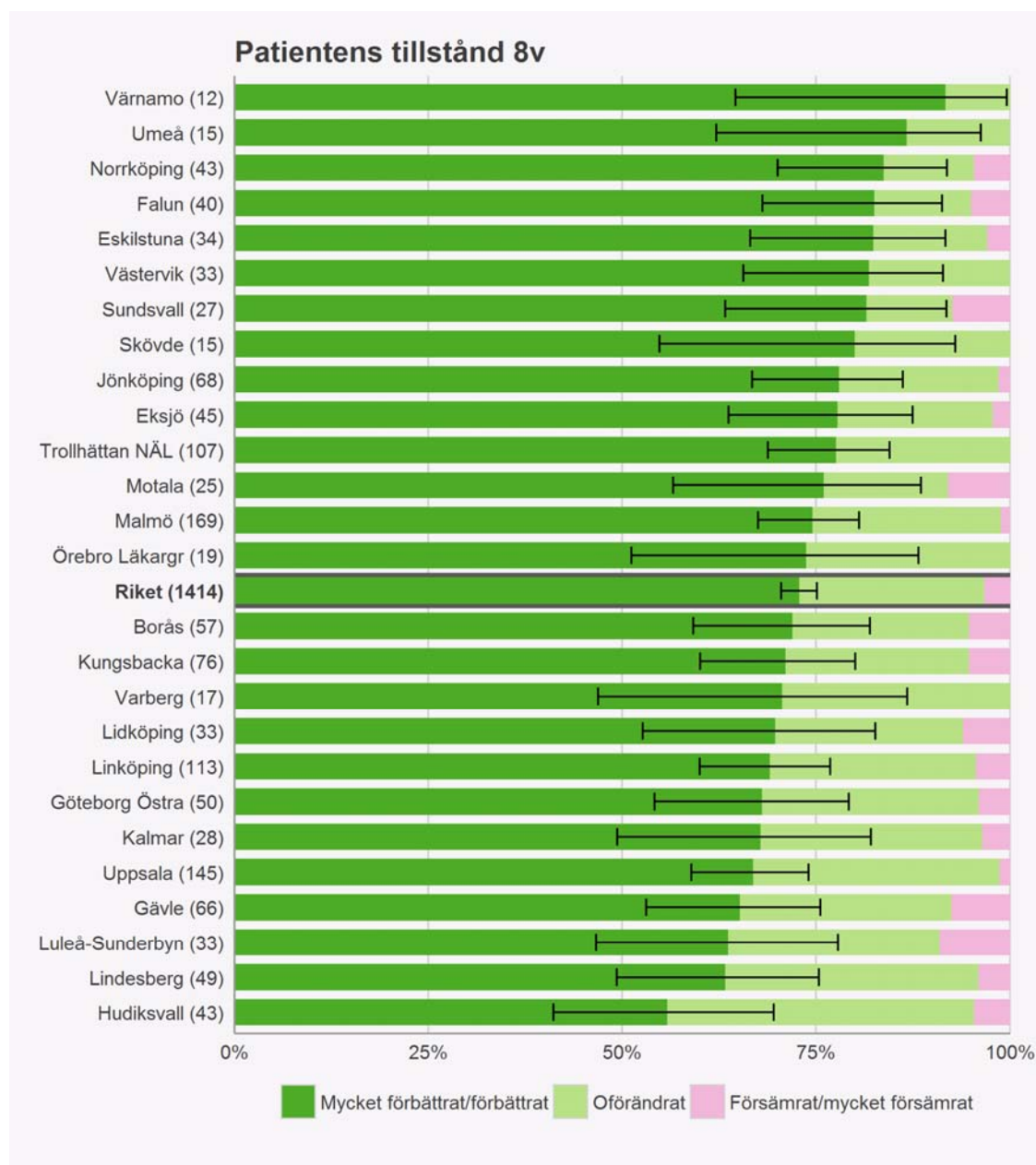
Figur 14 PAD skickat



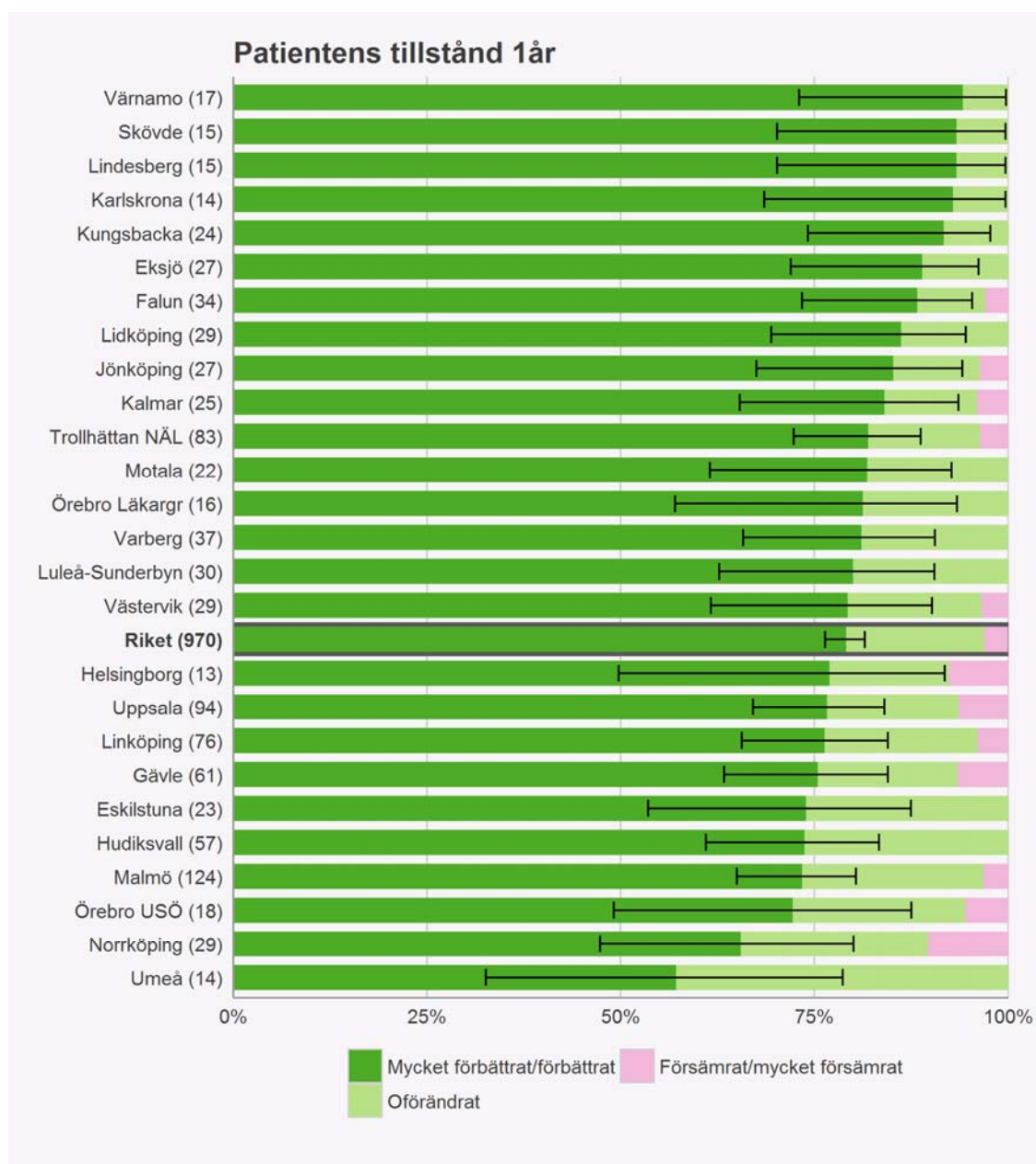
Figur 15 PAD-resultat

Patientrapporterade resultat

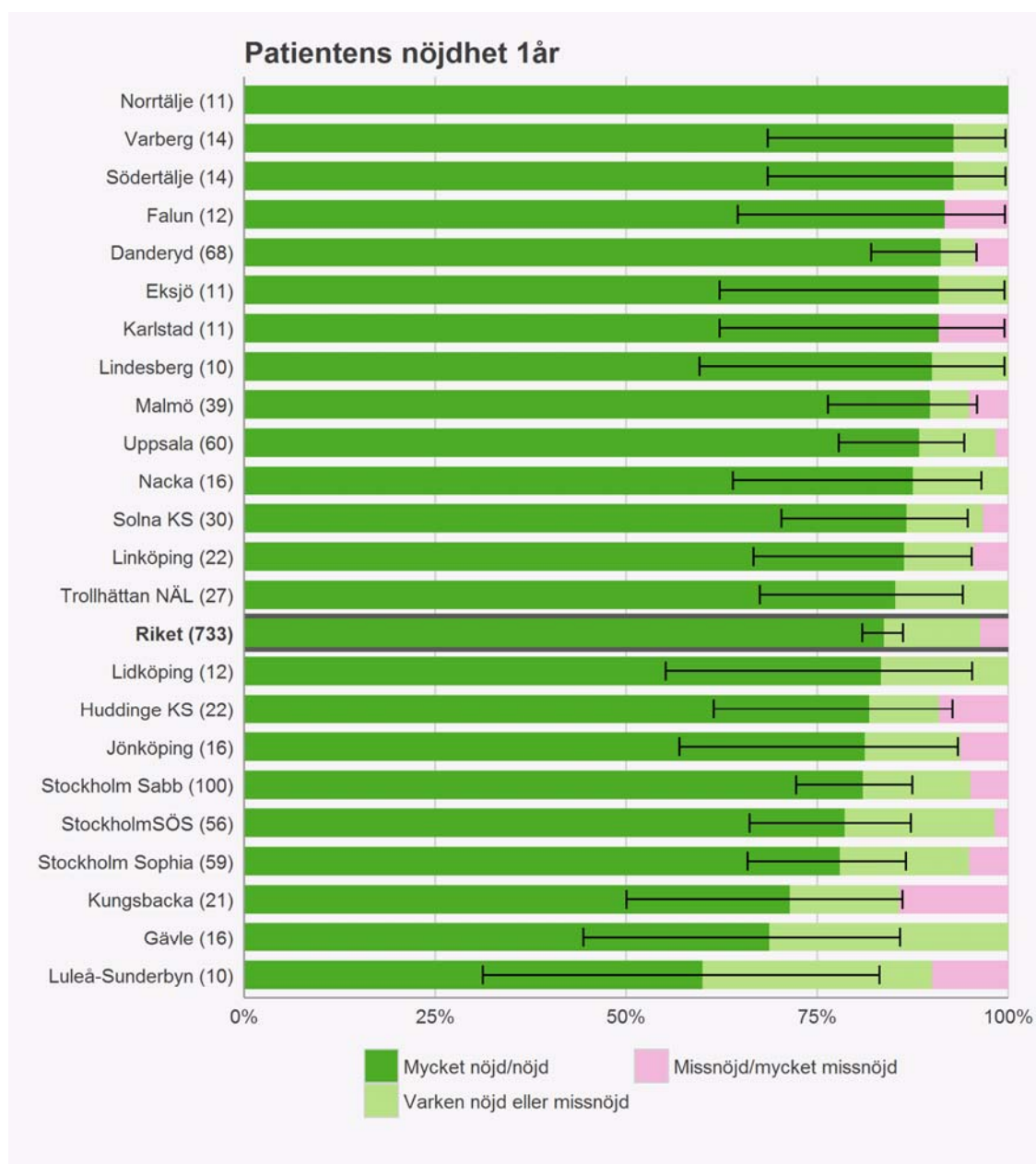
De flesta patienter känner en förbättring efter 8 veckor, få blir försämrade. En liknande bild finns efter 1 år. Även nöjdheten med ingreppet ligger konstant hög.



Figur 16 Tillstånd 8 veckor efter operation.



Figur 17 Patientens tillstånd 1 år efter operation.



Figur 18 Patientens nöjdhet 1 år efter operation.

Komplikationer

Överlag är peroperativa komplikationer så få att jag avstår från att visa dem klinikvis. En sammanfattande tabell visar följande bild:

Tabell 2: Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel(%)
Blödning	6	0.11
Trubbig perforation	49	0.92
Skärande perforation	9	0.17
Annan komplikation	129	2.43

Kommentar:

En specialrapport angående komplikationer vid hysteroskopisk kirurgi är planerad.

Diskussion

Efter förra årets första rapport om hysteroskopisk kirurgi inom Gynop-registret har en del förändringar skett. Operationsformuläret har gjorts om till stora delar och arbete pågår med att optimera ytterligare med hänsyn till mindre ingrepp och nya metoder.

Tills vidare få jag hänvisa till textrutan vid användandet av andra operationsmetoder än de som finns valbara i nuläget. Exempelvis användandet av Morcellator eller NovaSure. En regelbunden utvärdering kommer att ske och ofta förekommande metoder kommer att läggas till som valbara metoder om vi ser ökande användningsgrad. Registerledningen är alltså beroende av er användare för att kunna förbättra systemet löpande.

För att komma åt problemet med eventuellt missvisande operationstider föreslår jag att standardmässigt registrera "knivtiden" det vill säga tiden från det att man manipulerar cervixkanalen till det att hysteroskopet avlägsnas. Eventuell väntetid på lokalbedövningens effekt ska alltså inte räknas med. Alternativa förslag är välkomna.

Nästa planerade projekt inom hysteroskopiregistret är en specialrapport som ska belysa komplikationer, med fokus på intraoperativa komplikationer och huruvida de olika operationsmetoder är berörda. En belysning av steriliseringar (i samarbete med adnexregistret) är också planerad.

Det finns stora skillnader i vilka ingrepp som registreras. En del kliniker registrerar i princip allt och andra enbart större ingrepp såsom endometrieablation och myomresektioner. Vi inom registret uppmuntrar till att man registrerar även mindre ingrepp. Ambitionen är att belysa de enstaka ingreppen närmare i nästa årsrapport.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Anestesi	Bedövning.
Benign	Godartad.
Endometrieablation	Borttagande av livmodersslemhinna.
GKR	Gyn-kvalitetsregistret
Hysteroskopi	Titthålsoperation i livmodern.
Intraoperativ	Före operationen
Intrauterin	Inuti livmodern.
Larynxmask	Tub med gummimembran som täcker larynx (struphuvudet) för narkos vid kortare ingrepp.
Masknarkos	Inhalation av sömnmedel via en mask.
Morcellator	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid titthålskirurgi.
Myomresektion	Borttagande av muskelknuta.
NovaSure	Instrument för att ta bort livmodersslemhinnan.
PAD	Patologisk Anatomisk Diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Peroperativ	Under operationen
Polypexstirpation	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Postmenopausal	Efter klimakteriet
Postoperativ	Efter operationen
Premenopausal	Före klimakteriet
Preoperativ	Före operationen
Sedering	Sövning.
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
Spinal	Ryggbedövning. Bedövningsmedlet sprutas direkt in i ryggmärgsvätskan.