



Årsrapport Inkontinens 2015

FRÅN GYNOP-REGISTRET

*Författare: Maud Ankardal
maud.ankardal@regionhalland.se
Delregisteransvarig inkontinensregistret*

Statistisk bearbetning: Gabriel Granåsen

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MAJ 2016**

Innehållsförteckning

Antal operationer.....	3
Täckningsgrad 2014.....	4
Olikheter i riket.....	5
Svarsfrekvens	7
Standardpatient.....	8
Vilka patienter har opererats?	10
Vilken ålder har de som opererats?	10
Vilket BMI har de som opererats?	12
Blandinkontinens och trängningar	14
Vilka operationsmetoder används?	16
Botox.....	16
Peroperativa data	18
Anestesimetod.....	18
Operationstid.....	20
Vårdtid.....	21
Infektioner	21
Cystoskopi.....	22
8-veckorsenkäten	23
Komplikationer	24
2015 års rapporterade allvarliga komplikationer.....	24
Blåstömningsbesvär	25
Sjukskrivning.....	25
ADL.....	26
Öppna Jämförelser.....	27
Patientens önskemål om kontakt.....	29
Klinikens agerande på patientens önskemål om kontakt	30
Inkontinensoperationer utförda år 2014 - 1-årsresultat.....	31
Läckage.....	32
Nöjdhet.....	34
Förbättring.....	36
Kommentarer	38
Ordlista.....	39

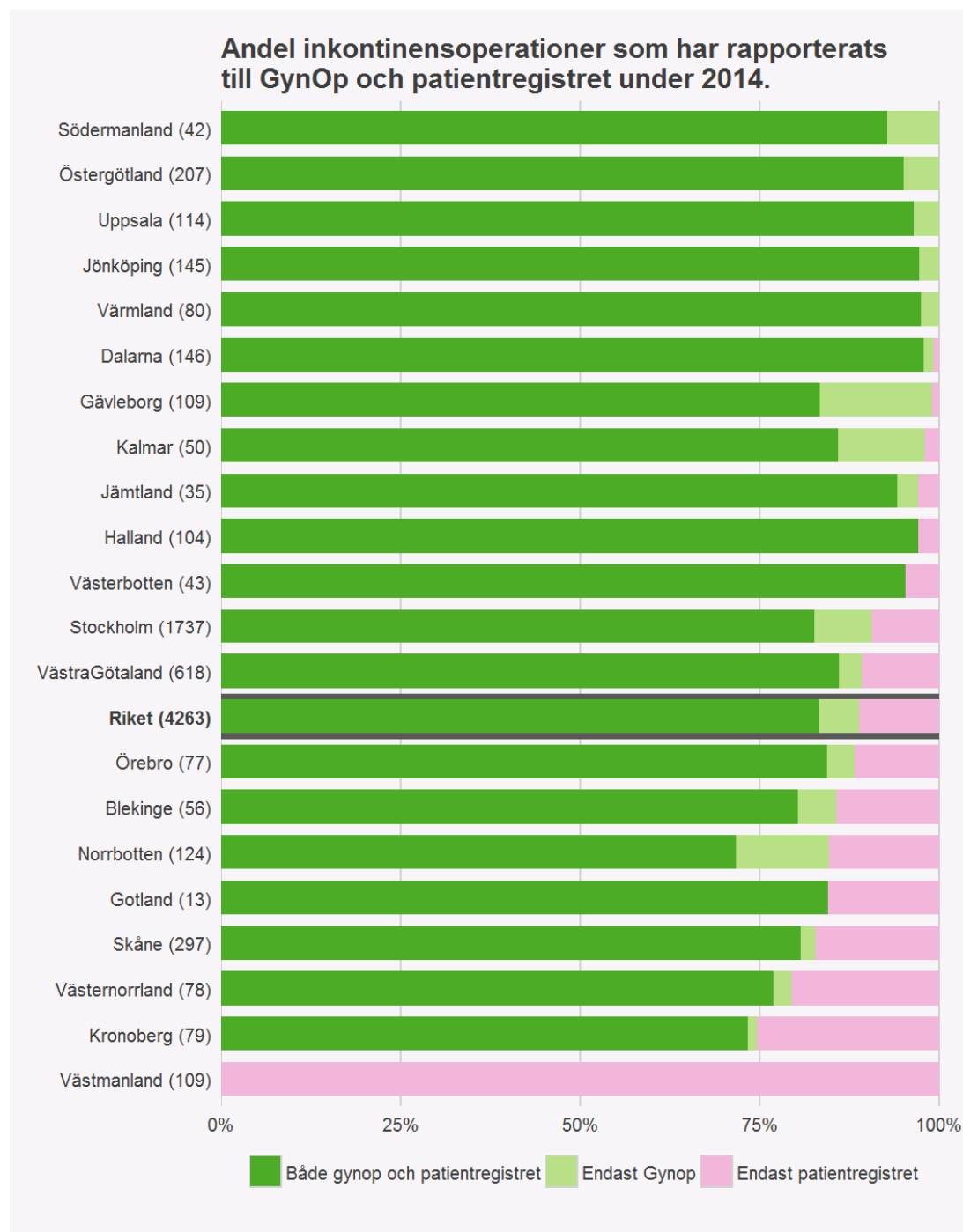
Antal operationer

Under 2015 registrerades 3231 inkontinensoperationer i Gynop-registret mellan datumen 2015-01-05 och 2015-12-30. Vid analys av 8-veckorsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2014-09-01 och 2015-09-01 för att så många som möjligt skulle ha hunnit svara på enkäten. Under denna period opererades 3660 kvinnor för inkontinens. Vid analys av 1-årsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2013-09-01 och 2014-09-01. Under denna period opererades 3395 kvinnor för inkontinens.

För att mäta ett registers täckningsgrad av de utförda operationerna, görs en jämförelse med hälsodataregister. Socialstyrelsen utför årligen denna analys där GynOp-, inkl. GKR-data jämförs med patientregistret. Den andel av alla patienter som finns i båda registren är matchande och med tillägg av dem som endast finns i GynOp och GKR¹ beräknas täckningsgraden. För patienter som opererades under 2014 var Inkontinensregistrets (GynOp + GKR) nationella täckningsgrad 89 %, men denna andel varierade mellan landstingen enligt figur 1.

¹ GKR: GynKvalitetsRegistret – regionalt register som används i Stockholm, Gotland och Värmland. Data från GKR importeras till GynOp för att skapa ett nationellt register.

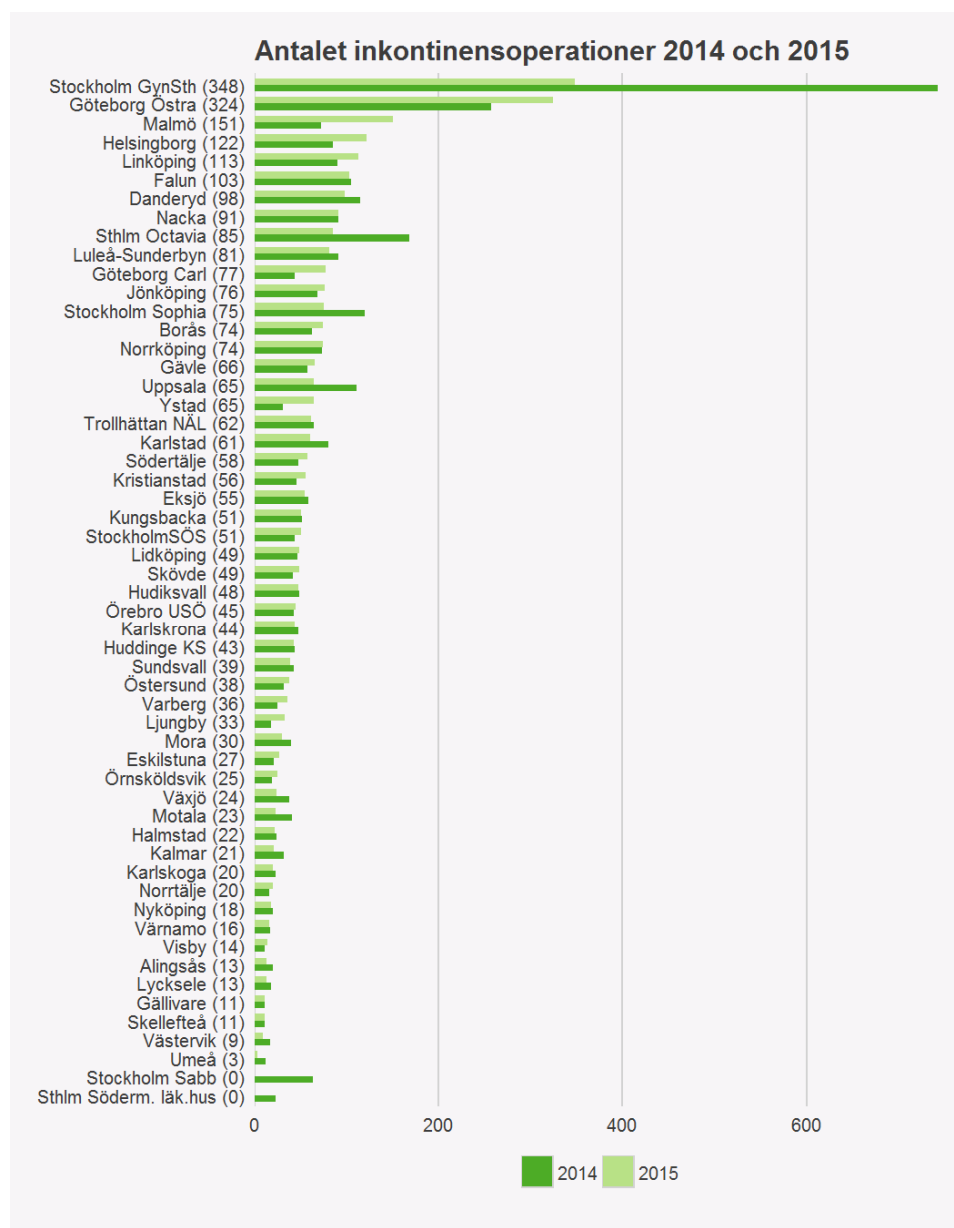
Täckningsgrad 2014



Figur 1. Andel inkontinensoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2014.

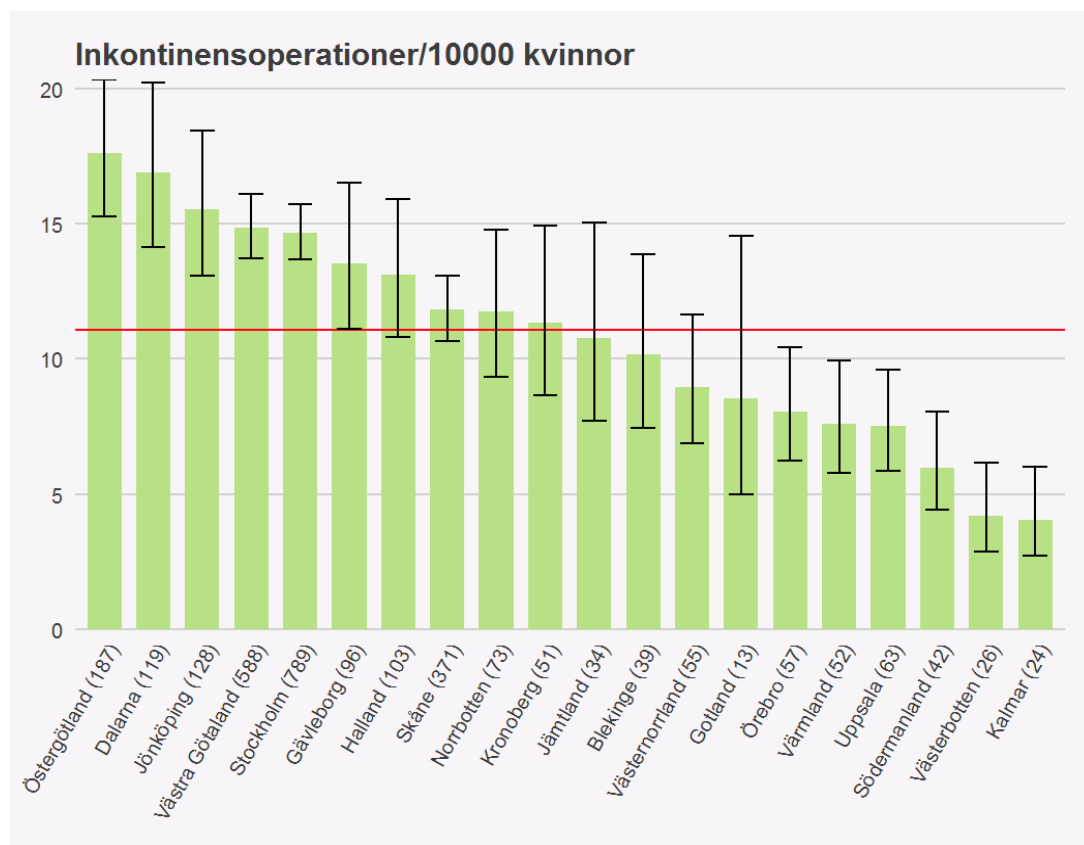
Olikheter i riket

Som tidigare registrerar klinikerna en inbördes stor variation (3 – 348) av hur många inkontinensingrepp som utförs årligen. Enligt NMI bör >20 inkontinensoperationer/år vara ett minimum på klinikinivå utifrån effekt och säkerhetsaspekt och dessa bör fördelas på så få operatörer som möjligt. Enligt nedanstående figur som avspeglar de senaste två årens operationsvolymerna av inkontinens bör tiotalet kliniker fundera över hur de skall förhålla sig framöver med tanke på detta. Är det samordning med grannkliniker, en ökning av de egna volymerna eller att sluta helt som är den bästa lösningen för patienterna?



Figur 2. Antal utförda inkontinensoperationer år 2014 och 2015, per klinik. Antalet opererade 2015 inom parentes

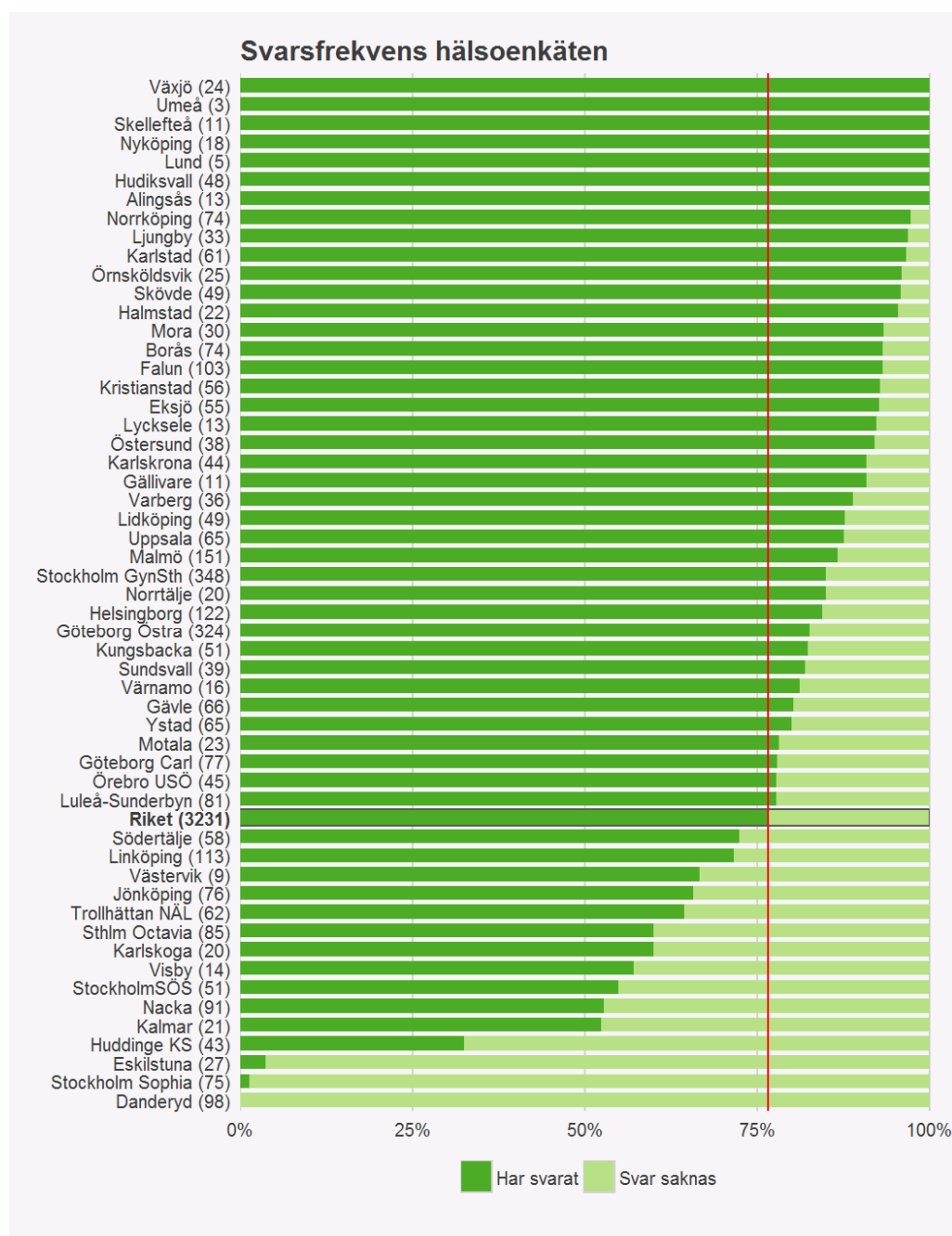
Det råder också som tidigare år stora skillnader mellan antalet operationer/10 000 kvinnor i olika geografiska områden, där en fyrfaldig skillnad råder, vilket även uppmärksammats i media efter ett inkontinenssymposium på SFOG-dagarna i Jönköping 2015. Nedanstående figur är baserad på inkontinensingrepp redovisade i GynOp och GKR under 2015. Det finns fortsatt mycket att jobba med för att uppnå en jämlik inkontinensvård.



Figur 3. Antal inkontinensoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35-75 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2015

Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen är väsentlig för validiteten, både för registret som helhet, men även för de olika formulären och enskilda frågor. Om den varierar för mycket mellan klinikerna innebär det att jämförelserna inte riktigt håller. För den preoperativa hälsoenkäten var svarsfrekvensen 77 % för riket. Svarsfrekvensen uppdelat på klinik redovisas i figuren nedan.



Figur 4. Svarsfrekvens hälsoenkäten

Standardpatient

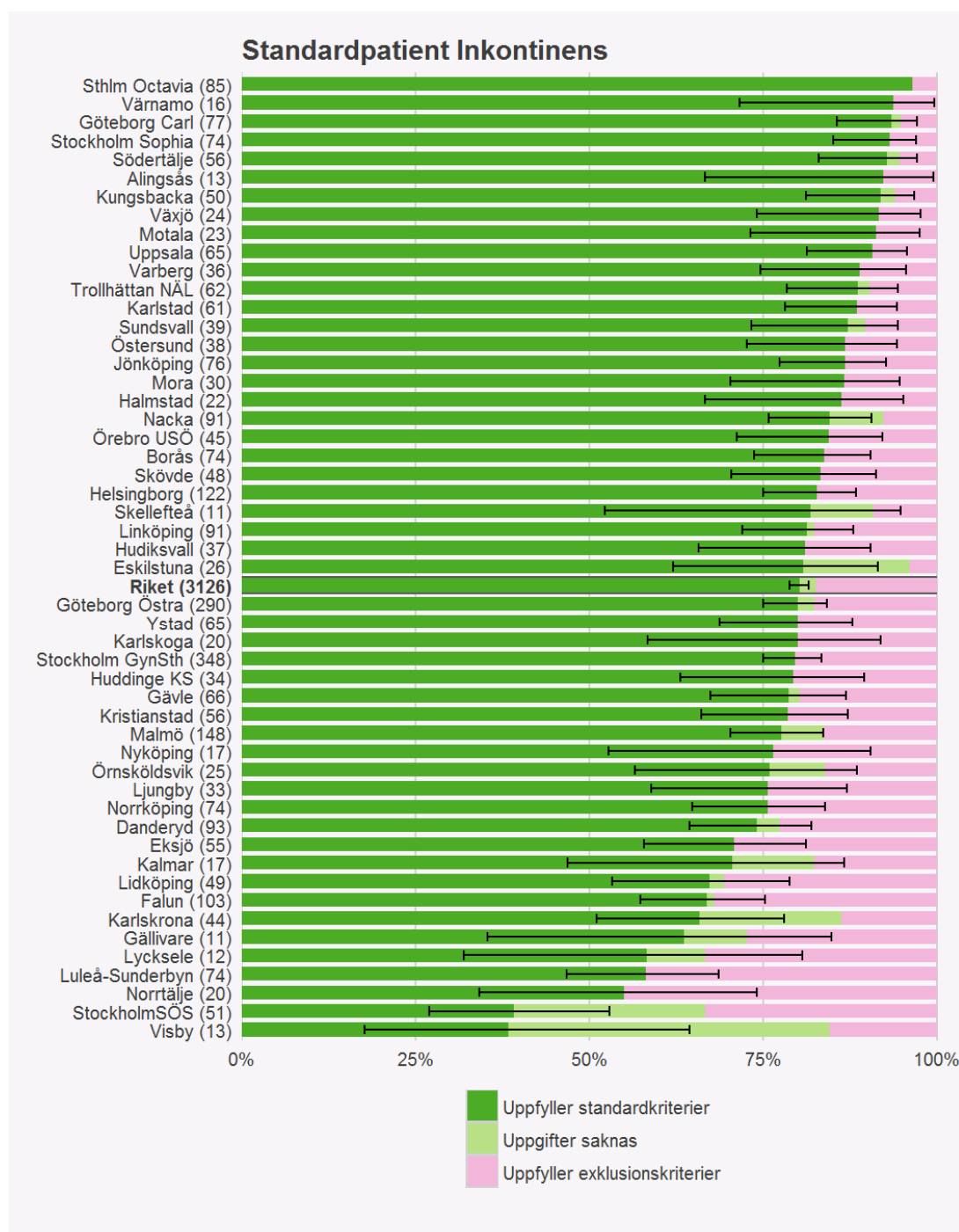
För några år sedan introducerades begreppet standardpatient med avsikten att kunna göra rättvisare jämförelser mellan klinikerna. Standardpatienterna för inkontinenskirurgi enligt definitionen utgör 77.6 % av alla inkontinensopererade 2015.

En standardpatient är <70 år har ett BMI <35 och ASA 1 eller 2. Hon genomgår en primär operation för urininkontinens och med någon av de tre slyngteknikerna TVT, TVT-O eller TOT.

Det innebär att hon inte förväntas behöva remitteras vidare av medicinska skäl av de kliniker som opererar inkontinens. Kliniker med stor andel "icke standardpatienter" bör tolkas som att de är "remissmottagande" från andra kliniker. Om så inte är fallet, tål det att funderas över.

Om det mer eller mindre systematiskt saknas redovisning av någon eller flera av de parametrar som enligt ovanstående ingår i definitionen för standardpatient, kan uppgifterna från dessa kliniker inte värderas korrekt på grund av bortfallet.

Främst av detta skäl kommer det inte att redovisas lika många figurer relaterat till enbart standardpatienter i denna rapport som det varit under de senaste åren. Andelen standardpatienter/sjukhus redovisas nedan.

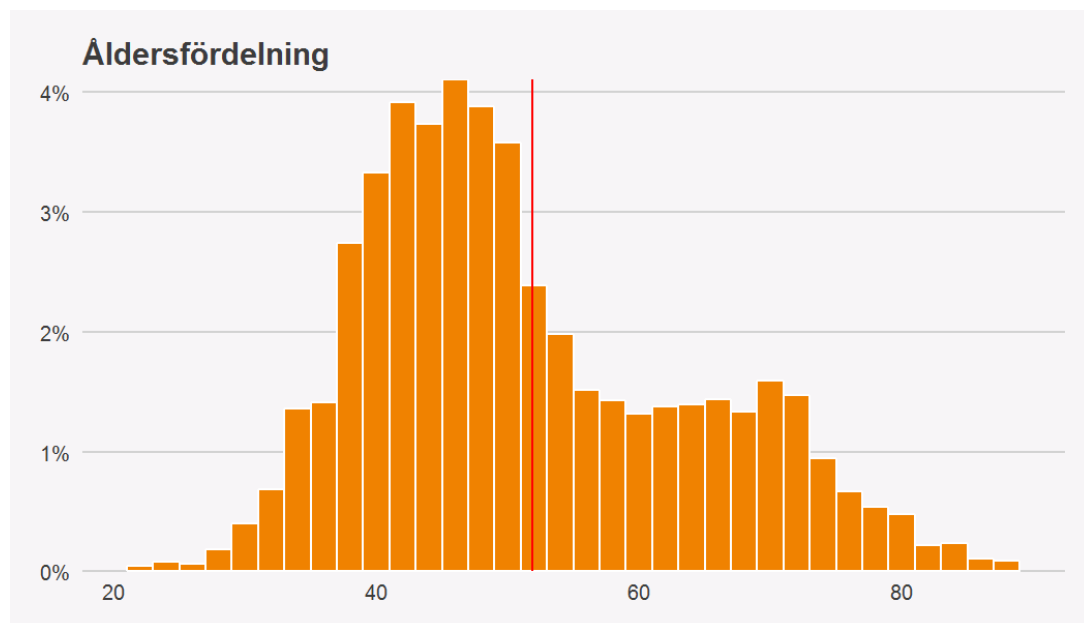


Figur 5. Fördelning av standardpatienter per klinik för inkontinensopererade år 2015

Vilka patienter har opererats?

Av de kvinnor som opererades under 2015 så har 197(10.2% av de tillfrågade) kvinnor uppgett att de tidigare har opererats för inkontinens, medan antalet recidiv uppgivet av läkare är 193(6.1%). Det är såväl läkarens som patientens uppgifter som ligger till grund för ev. exklusion som standardpatient.

Vilken ålder har de som opererats?



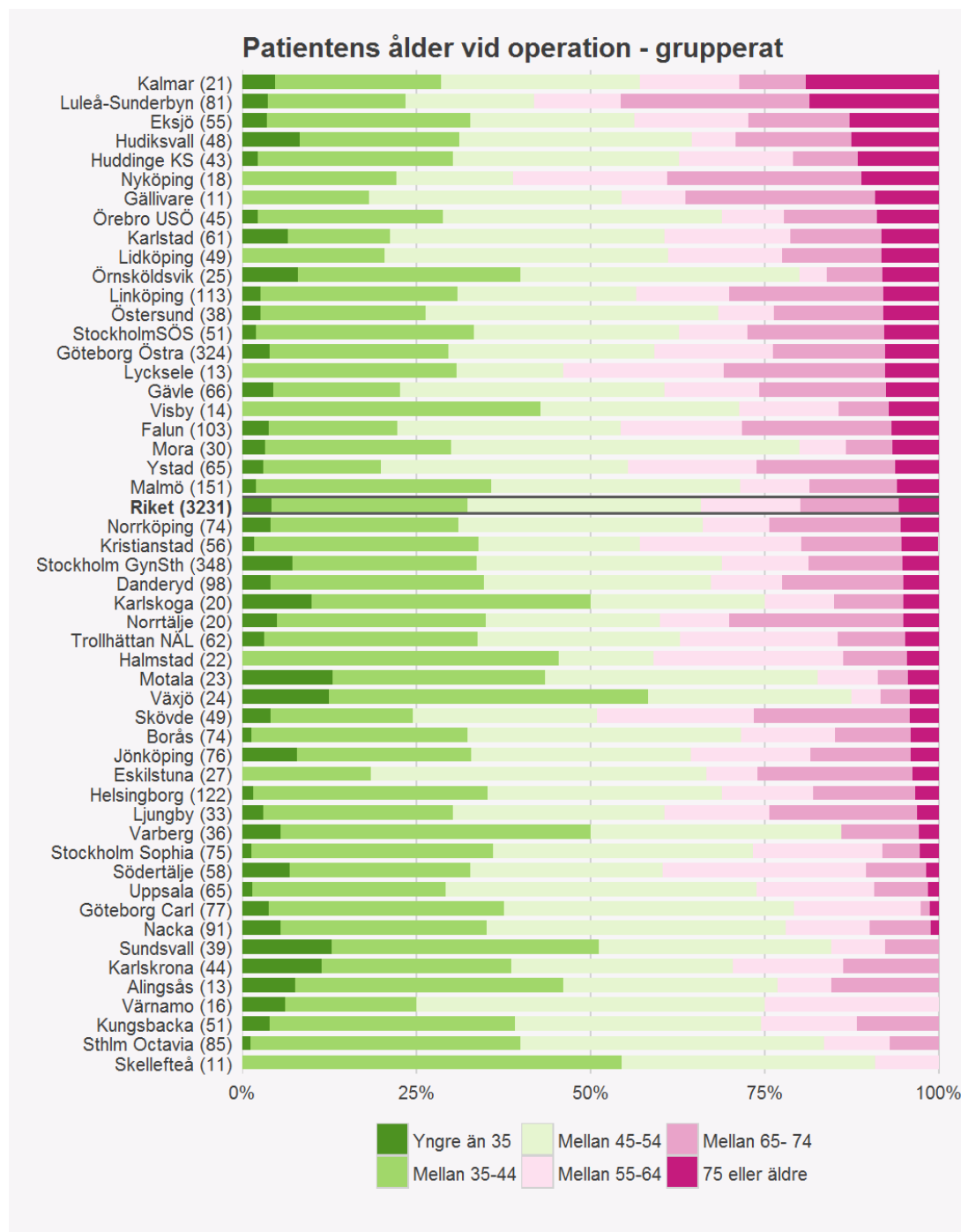
Figur 6. Åldersfördelning(röd linje markerar medelvärde)

Spridningen av åldern på kvinnorna som opererats framgår av ovanstående figur.

Uppdelat i 10-årskategorier kan gruppen beskrivas som brukligt att i hela riket är det 4.2 % som är <35 år vid inkontinensoperationen och att gruppen 35–54 år utgör huvudparten med nära 61.7 % av de opererade.

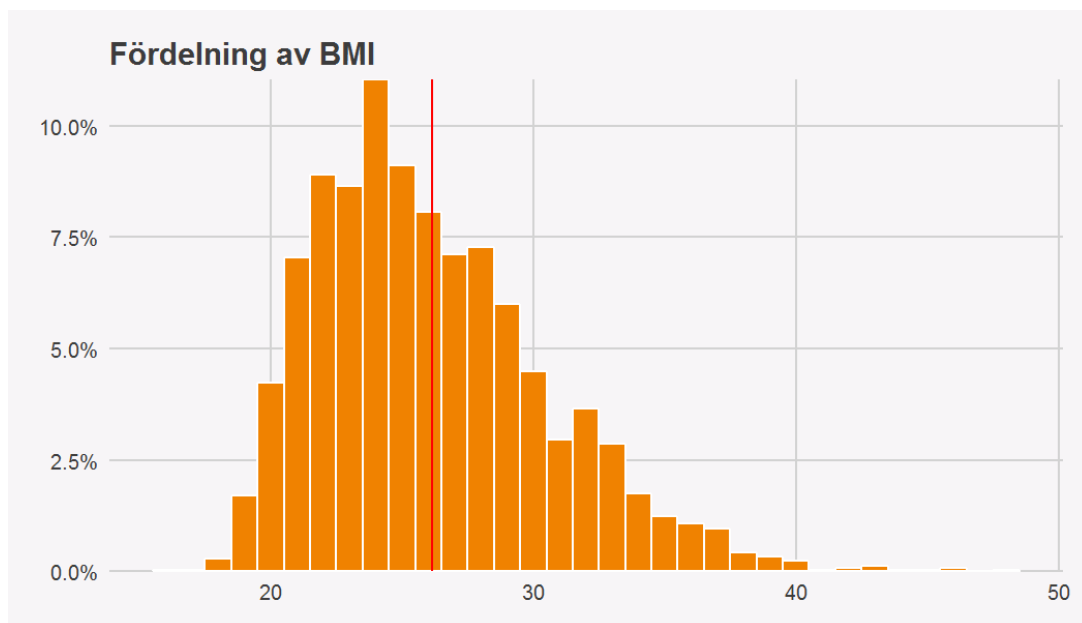
Kvinnor mellan 55 – 74 år utgör 28.4 %. De som är >74 år har sedan föregående år minskat lite till 5.7 % (5.9% 2014) av alla opererade. Detta tolkas som positivt eftersom tilltagande ålder i sig är en riskfaktor för sämre resultat.

Det skiljer sig fortsatt en del mellan olika sjukhus. Är det rimligt att andelen patienter som är >74 år varierar mellan 0 och 19 %? Hur skall man tänka när det gäller kvinnor <35 år? Det bör inte finnas så stora skillnader i ålderfördelningen mellan upptagningsområdena utan det måste vara indikationsglidningar?



Figur 7. Åldersfördelning inkontinensopererade år 2015

Vilket BMI har de som opererats?

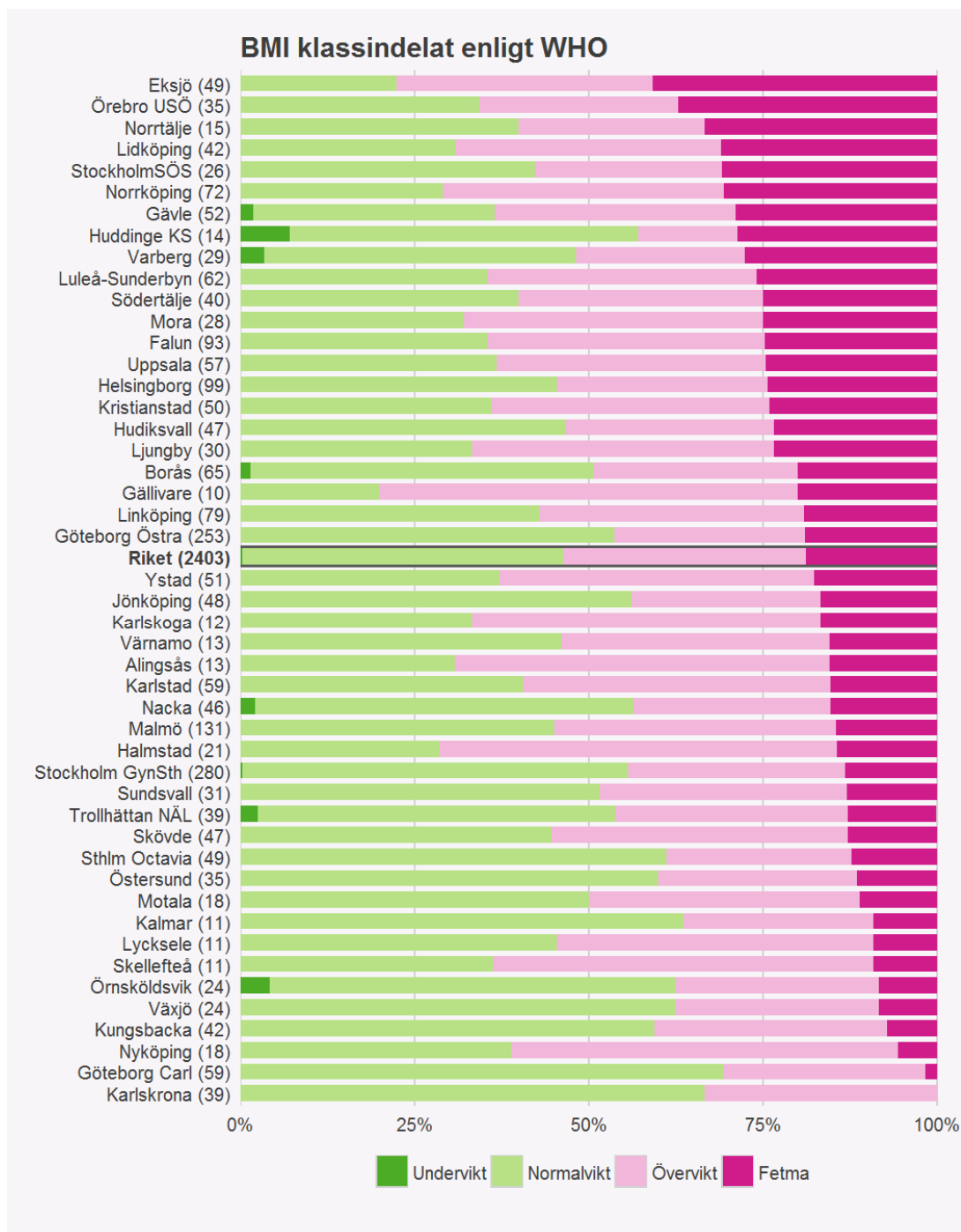


Figur 8. Fördelning av BMI (röd linje markerar medelvärde)

Uppgift om BMI finns för de flesta patienterna och den fördelar sig enligt ovanstående figur.

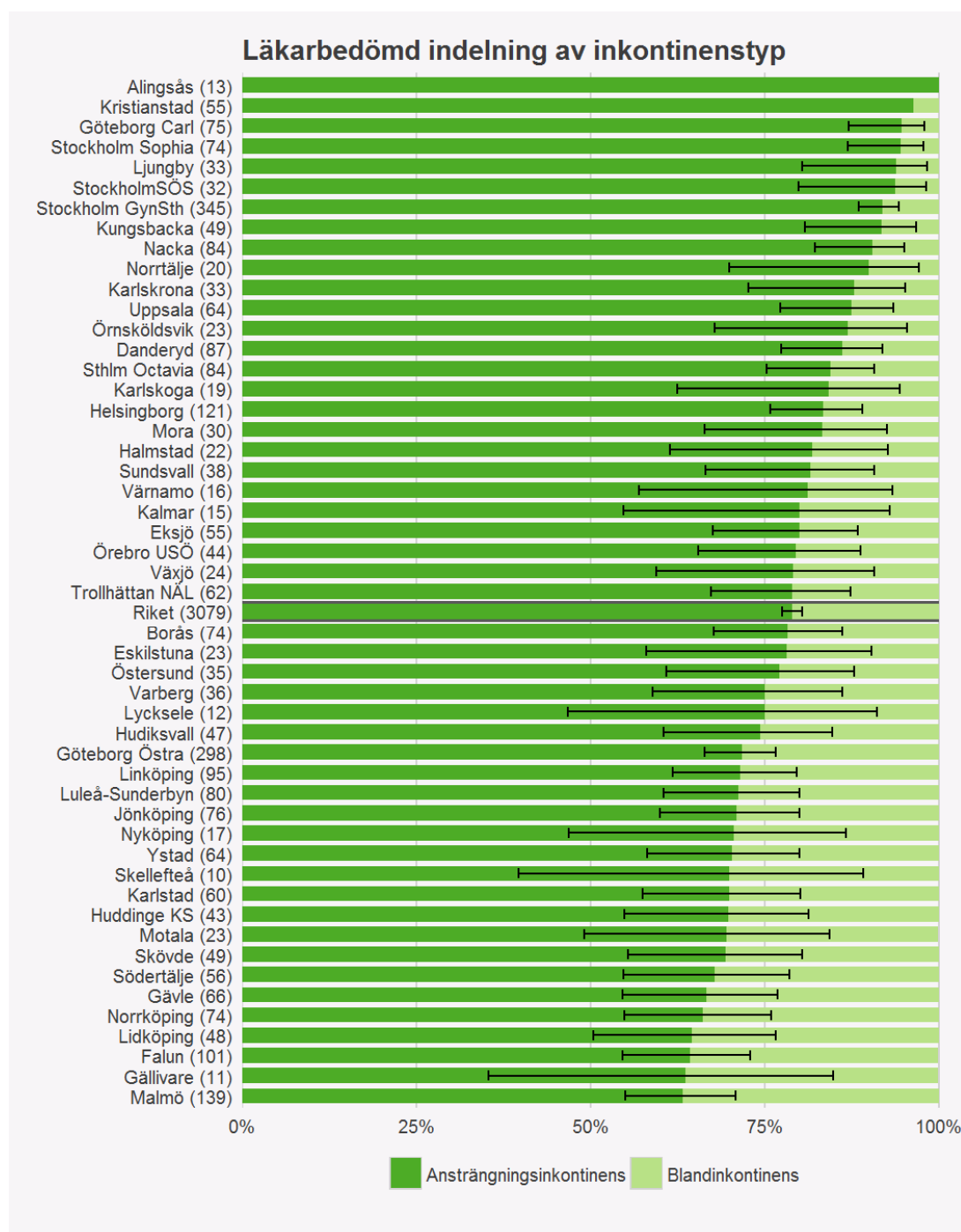
Uppdelat på BMI-grupper/sjukhus ser man följande fördelning. Även här finns påtagliga skillnader mellan de kliniker som inte har några patienter med högt BMI (är det ett uttalat krav inför operationen?) och de kliniker där >25 % av patienterna har BMI >35.

Det blir underlag till ytterligare diskussioner om hur vi selekterar och informerar patienter inför inkontinenskirurgi.



Figur 9. BMI klassindelad enligt WHO uppdelat per klinik

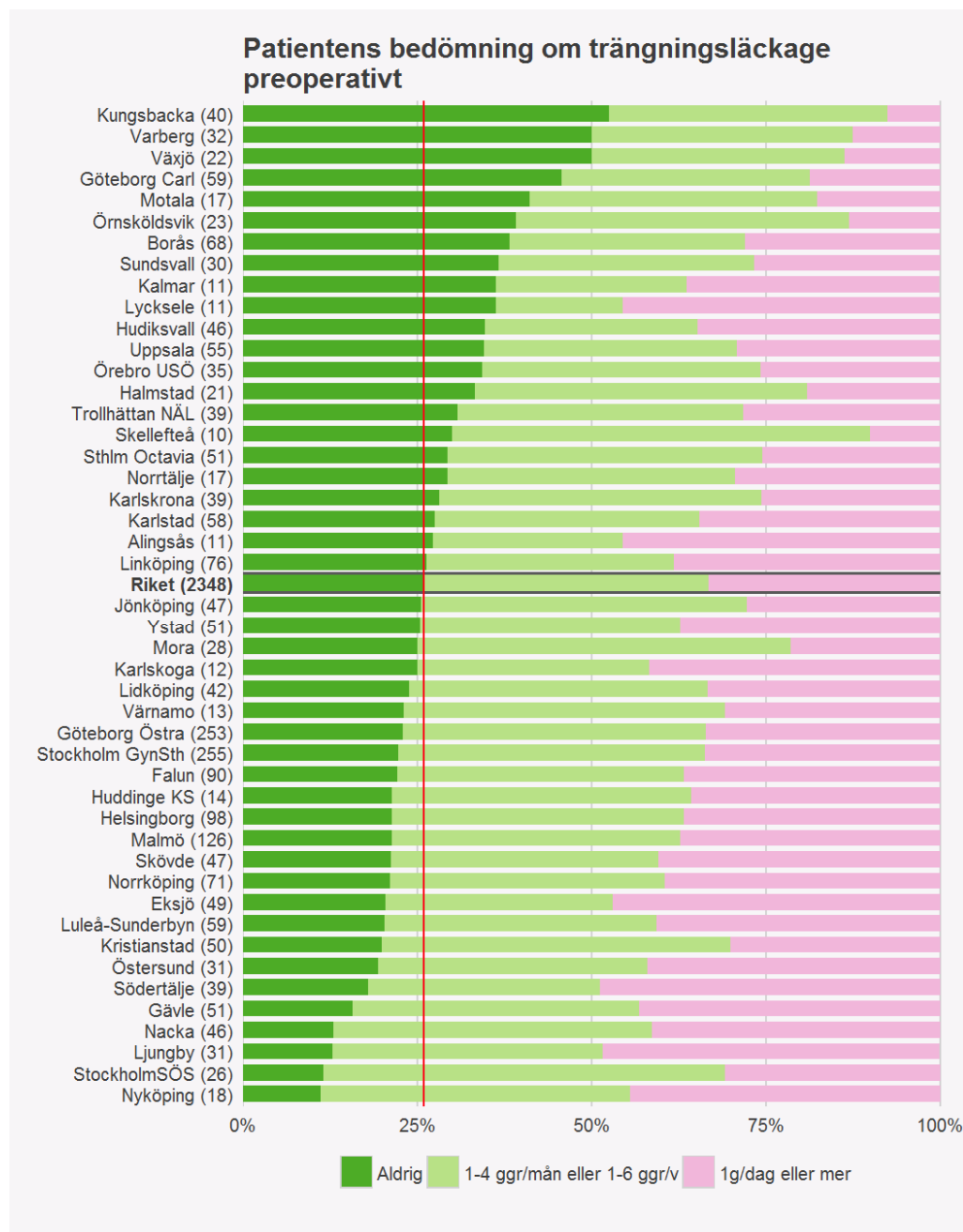
Blandinkontinens och trängningar



Figur 10. Inkontinenstyp, läkarbedömd inför operation

I likhet med föregående år är det en stor spridning mellan sjukhusen när det gäller hur stor andel av kvinnorna, som enligt läkarens bedömning har blandinkontinens. Jämfört med rikets dryga 20 % redovisar några sjukhus inga kvinnor med blandinkontinens, landets största enhet Gyn Stockholm cirka 10 % och klinikerna med högsta andelarna har nära 40 %.

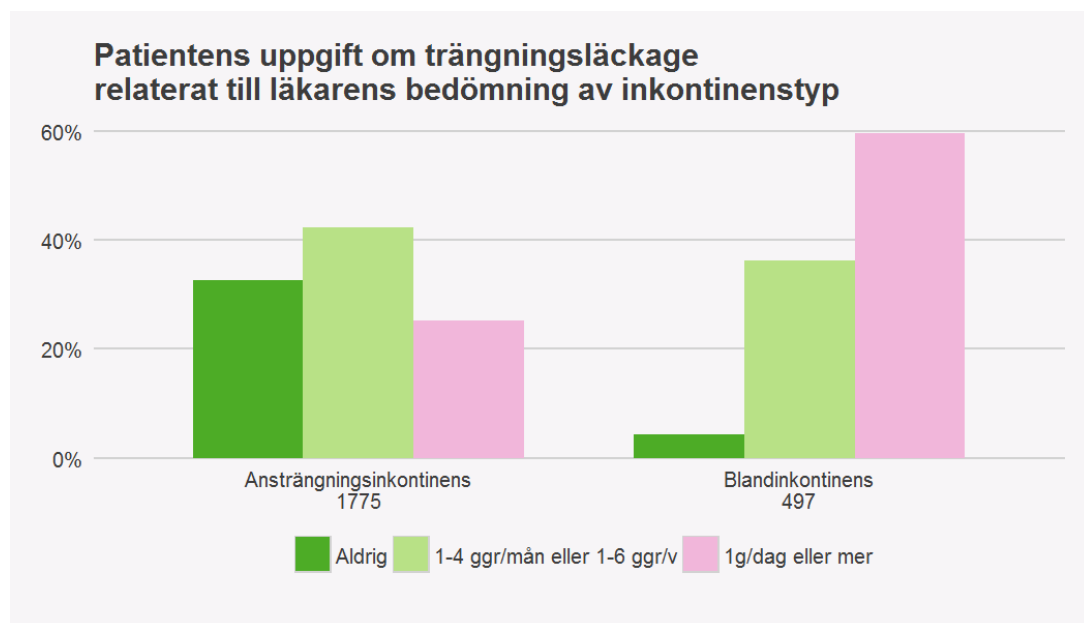
Patienternas egen redovisning ger en något annorlunda bild enligt figuren nedan.



Figur 11. Patientens uppgift om trängningsläckage från enkät preoperativt.

Nära 75 % av alla patienter uppger att de i någon grad har upplevt ett blandat läckage och 30 % anger dagligt blandläckage. Även här ses en stor spridning mellan klinikerna.

Vid jämförelse mellan patientens och läkarens beskrivning råder det en större samstämmighet i de fall där läkaren angivit blandinkontinens. I den största gruppen, som har läkarbedömd ansträngningsinkontinens finns däremot ingen tydlig korrelation med patienternas egen beskrivning av sina preoperativa läckagebesvär, se nedan.



Figur 12. Patientens uppgift om trängningsläckage preoperativt relaterat till läkarens bedömning preoperativt.

Vilka operationsmetoder används?

Som tidigare är det slyngplastikerna som dominerar. Den klassiska, retropubiska TVT är vanligast förekommande med 54.9 % av alla inkontinensoperationer. Av obturatorimetoderna står TVT-O för 20.8 % och TOT för 17.8 % av alla inkontinensingrepp. Minislyngorna (enbart i vagina) utgör 2.2 %. Utöver inkontinensslyngorna registrerades 43 periuretrala injektioner under 2015. De utgör 1.3 % av inkontinensingreppen.

Botox

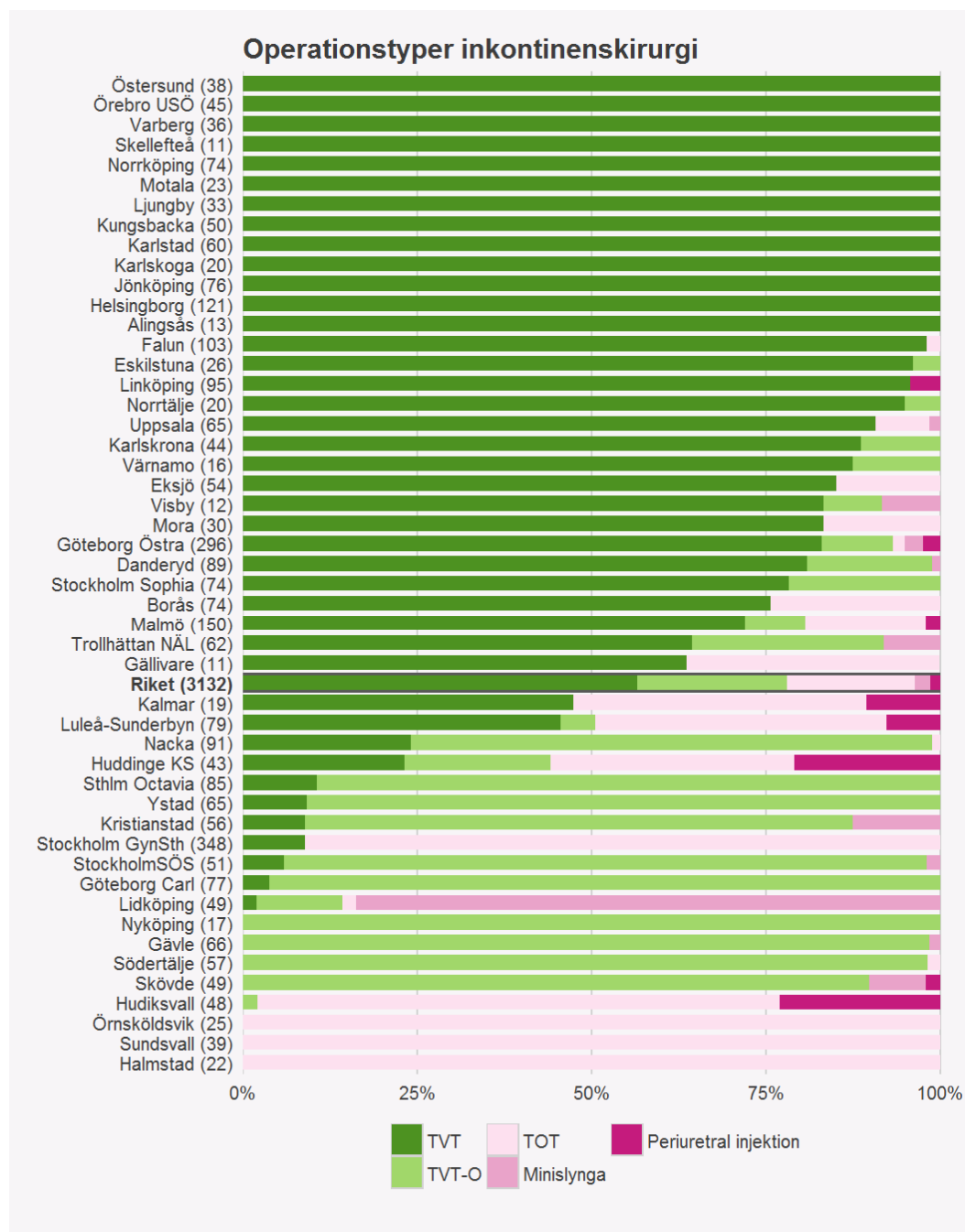
Botoxinjektion intravesikalt vid idiopatisk överaktiv blåsa är 2015 registrerat för 44 patienter. Denna grupp skiljer sig från övrig inkontinenskirurgi och registret kommer att byggas ut med ett antal nya variabler, främst i operationsformuläret, för att för dessa patienter skall kunna följas bättre. Uppgift om vilken metod som använts saknas för 1.7 %.

En jämförelse med föregående år visas nedan

Operationstyp	Antal 2015	Andel(%) 2015	Antal 2014	Andel(%) 2014
TVT	1773	54.9	1755	48.1
TVT-O	672	20.8	788	21.6
TOT	574	17.8	929	25.5
Minislynga	70	2.2	58	1.6
Periuretral injektion	43	1.3	51	1.4
Botoxinjektion	44	1.4	11	0.3
Uppgift saknas	55	1.7	58	1.6

Tabell 1. Operationstyper mot föregående år

De olika metoderna fördelar sig oftast på de ingående sjukhusen så att det finns en dominerande metod av slyngteknikerna. Relativt få operationer utförs på dessa sjukhus med andra metoder. Endast ett tiotal sjukhus har en jämnare fördelning mellan två likvärdigt vanliga tekniker, men vad som utgör fördelningsgrund här, operatörens erfarenhet eller beroende på patientens förutsättning är inte studerat.



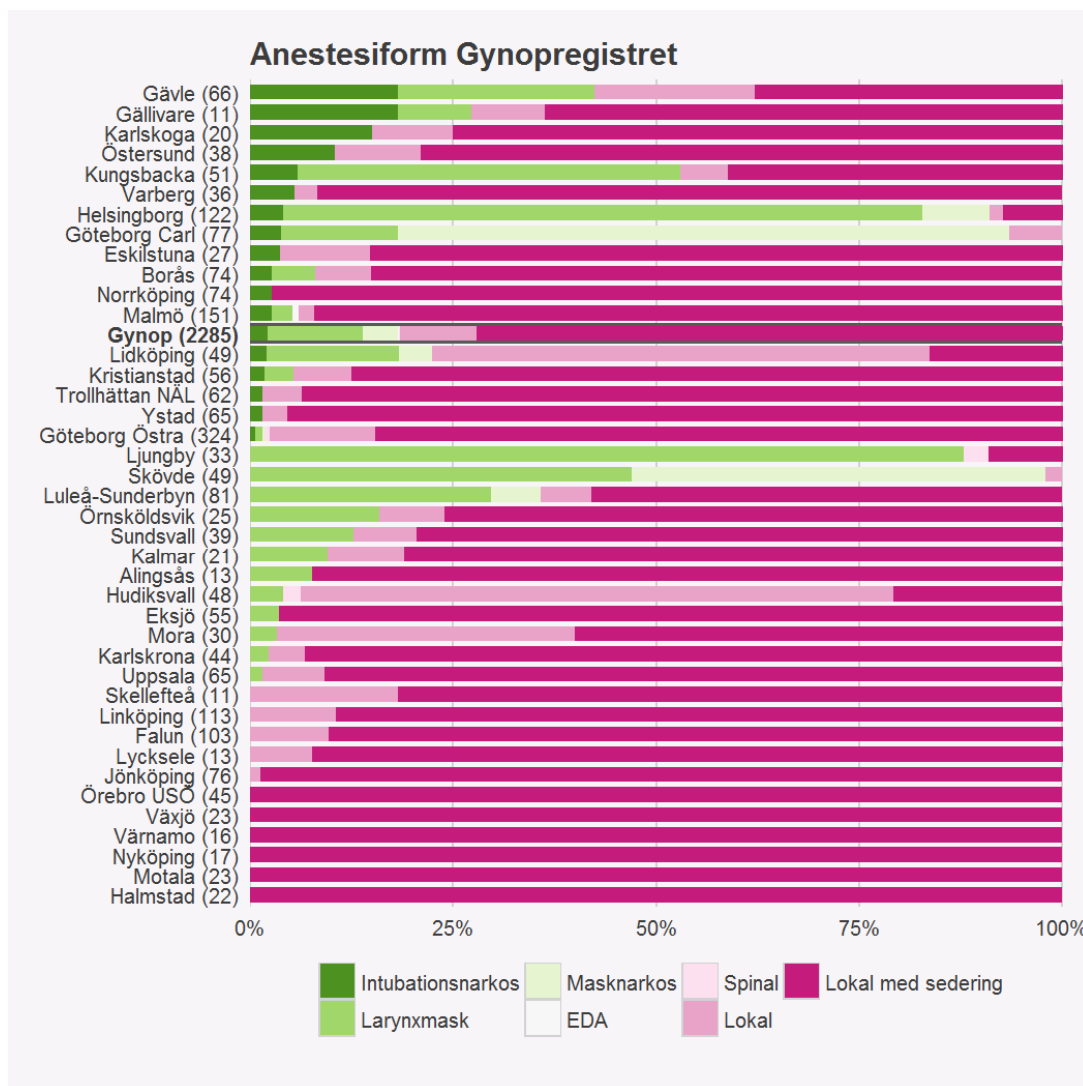
Figur 13. Operationstyper vid inkontinensoperation år 2015.

Peroperativa data

Anestesimetod

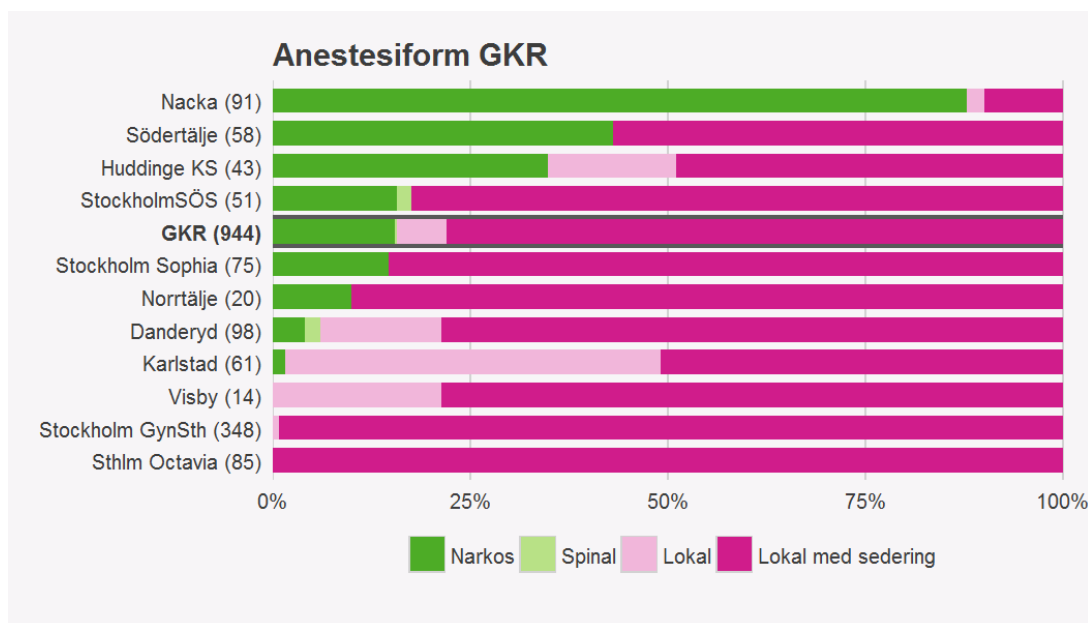
Variabeln för anestesimetod skiljer sig mellan GynOp och GKR främst genom att det i GynOp går att särskilja intubationsnarkos, larynxmask och masknarkos, medan dessa i GKR slås samman till en gemensam grupp "narkos".

Vid överföring av data från GKR till GynOp redovisas "narkos" som "intubationsnarkos" vilket lett till en felaktig övertolkning i tidigare årsrapport. För att ge en något mer rättvisande och tolkningsbar jämförelse redovisas därför GynOp och GKR-kliniker separat i denna rapport.



Figur 14. Anestesiform alla inkontinensopererade i GynOp år 2015

Lokalanestesi, oftast i kombination med sedering användes vid 82 % av operationerna, men i cirka 17 % gavs någon form av narkos, intubation, larynxmask eller masknarkos. Även enstaka fall av spinalbedövning (7st) finns rapporterat.

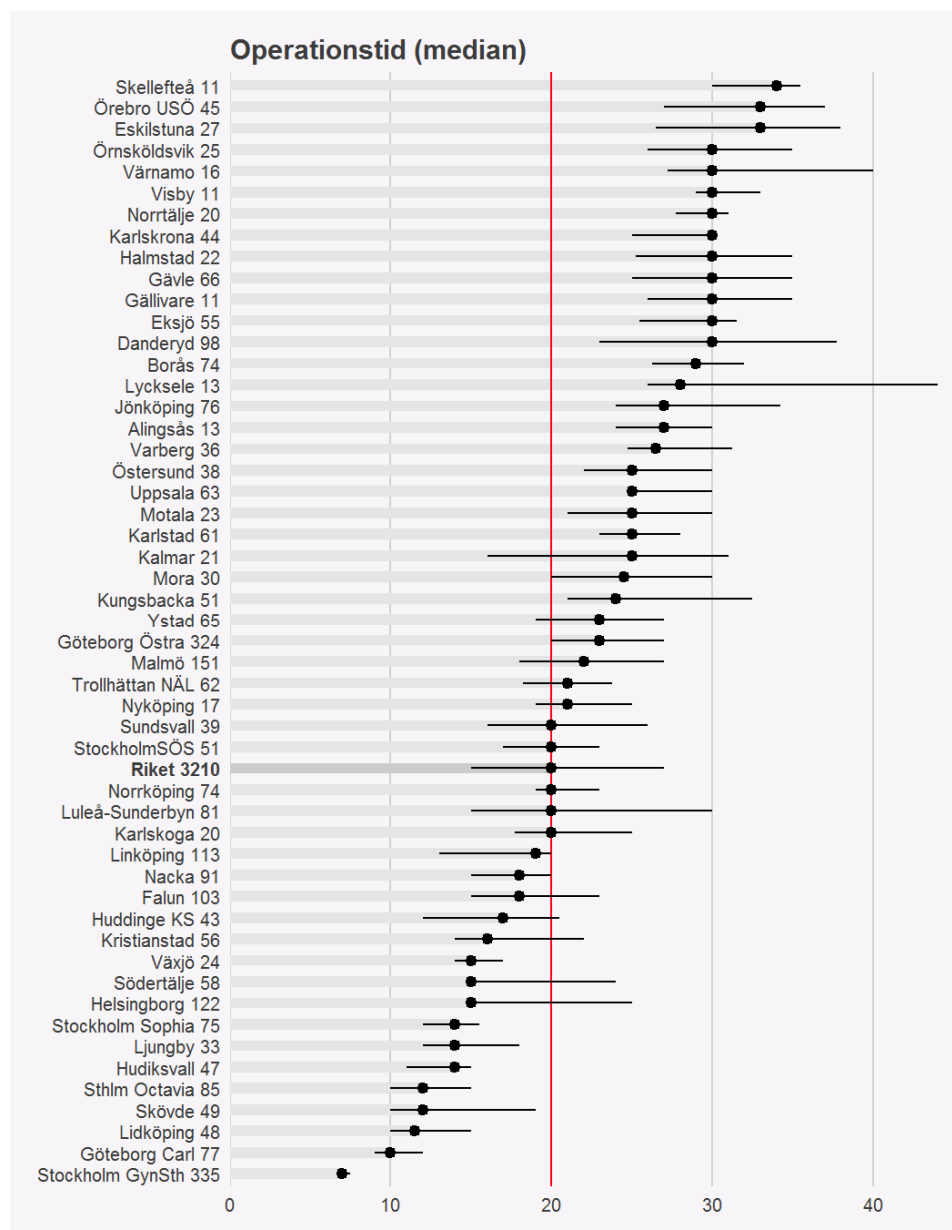


Figur 15. Anestesiform alla inkontinensopererade i GKR år 2015

Andelen operationer i lokalanestesi med eller utan sedering är helt jämförbar mellan GynOp och GKR liksom tidigare år och uppgår till ca 80 %. På flera kliniker i landet sker alla inkontinensoperationer med denna anestesiform.

Antalet kvinnor som opereras i intubationsnarkos bör fortfarande ifrågasättas och uppgifterna valideras. Förhoppningsvis är de flesta narkoser mindre "invasiva" och de angivna fördelarna bör fortlöpande evalueras.

Operationstid



Figur 16. Medianoperationstiden för inkontinensoperationer år 2015. Intervallet anger den 25:e samt den 75:e percentilen.

Vid jämförelse av operationstiderna väcks en del frågor. Vi mäter antagligen likadant, vilket var en fråga som diskuterades en hel del efter senaste rapporten. Men hur kan den klart största och även snabbaste kliniken, där LA används som rutin, ha en operationstid kring 10 minuter? När medianoperationstiden för riket är 20 min, hur kan det ta 35 minuter på några kliniker? Vi fortsätter diskussionen och lär av varandra. Vilken tid är optimal?

Vårdtid

Vårdtiderna 2015 är i flertalet fall mindre än 24 tim och 91.5 % av patienterna skrivs ut på operationsdagen.

Tabell 1, Vårdtid efter operation, klassindelad

Vårdtid	antal	(%)
Utskriven operationsdagen	2957	91.5
Utskriven dagen efter	137	4.2
Två eller tre vård dygn	16	0.5
Vårdtid längre än tre dygn	11	0.3
Uppgift saknas	110	3.4

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd efter 8 veckor, för 1948 patienter som fick frågan och opererats 2015, var att över 86.8 % ansåg att vårdtiden var lagom lång, 5.3 % ansåg att den var för kort, 1.8 % att den var för lång och uppgift saknades från 6.1 %.

Infektioner

Av de 2508 standardpatienter som opererats 2015 fick 76 % antibiotikaproylax och 24 % fick det inte.

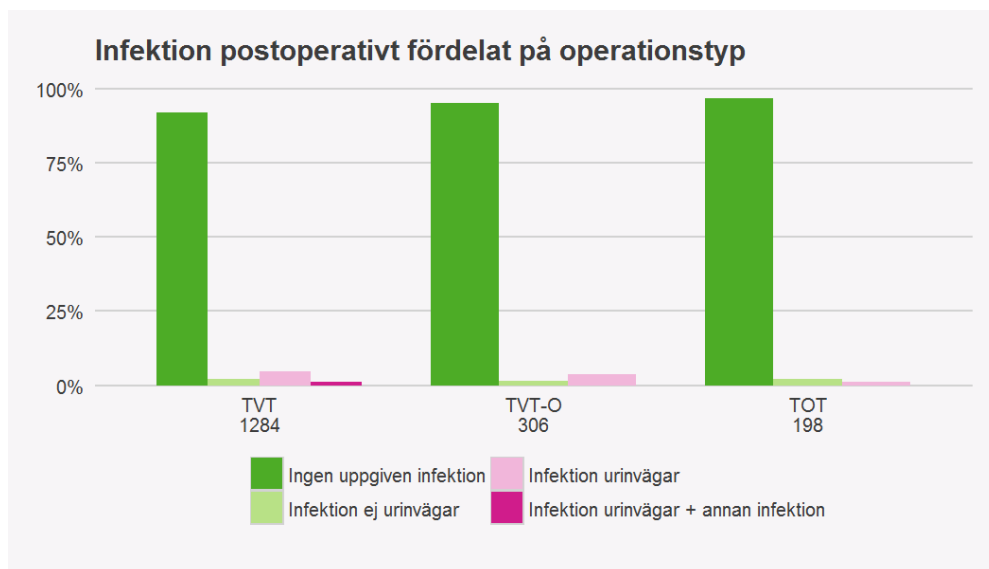
Skillnaden beror huvudsakligen på skiftande rutiner mellan klinikerna. De flesta kliniker ger antibiotikaproylax regelbundet, men 8 klinker utmärker sig genom att ge antibiotikaproylax i färre än 30 % av fallen.

Leder proylaxen till en lägre andel postoperativa infektioner? Först redovisas de olika slyngteknikerna mot varandra avseende förekomst av infektion eller ej och härfter de två grupperna proylax mot ej proylax, för att jämföra hur ofta patienterna drabbades av infektion.

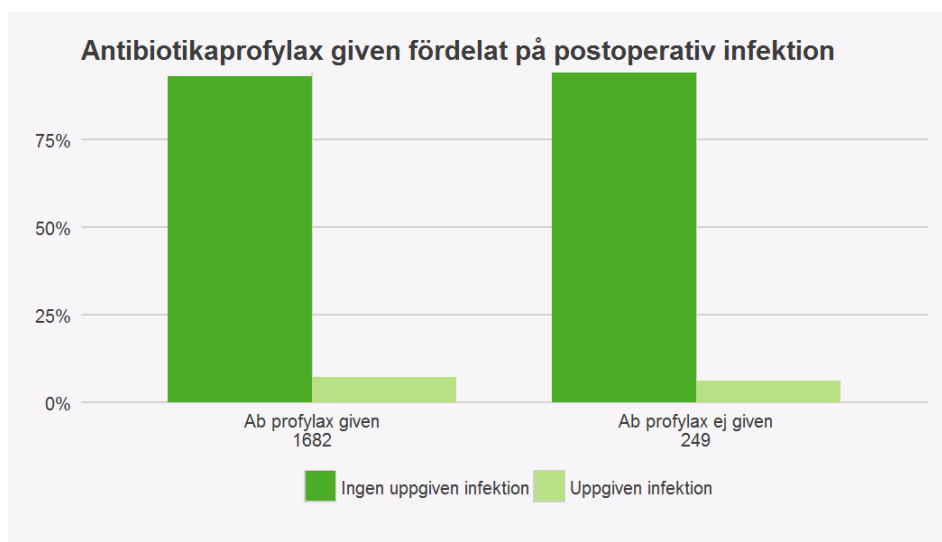
De försiktiga slutsatser som kan dras är att det är ovanligt med postoperativa infektioner. endast 3.3 % fick UVI och 1.6 % fick övrig infektion

Det tycks inte vara någon skillnad mellan operationsmetoderna.

Det går inte att se någon säker skillnad mellan proylax och icke proylaxgruppen ($\chi^2 = 0.1957688$, $p = 0.66$). Detta påstående behöver verifieras i en något större kohort över åren, men skulle kunna leda till en förändrad rekommendation.



Figur 17. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.



Figur 18. Antibiotikaprofylax given fördelat på postoperativ infektion

Cystoskopi

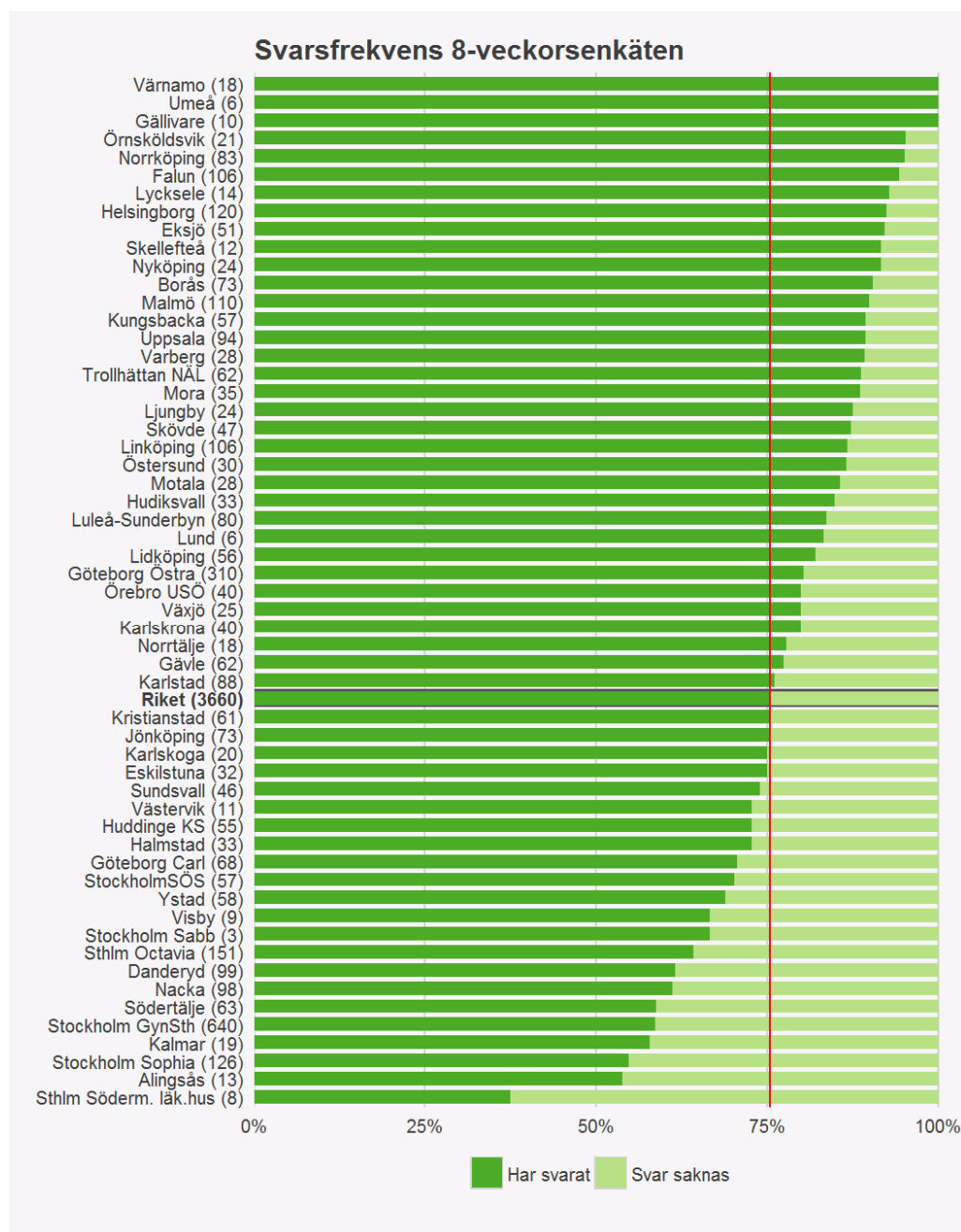
Det är som tidigare klart relaterat till operationsmetod om cystoskopi har utförts eller ej. Cystoskopi rekommenderas alltid vid retropubisk TVT.

	TVT	TVT-O	TOT	Minislynga	Periuretral injektion	Summa
Ja	1696	17	37	2	35	1787
Nej	77	654	537	68	8	1344
Summa	1773	671	574	70	43	3131

Tabell 2, Cystoskopi relaterat till operationsmetod

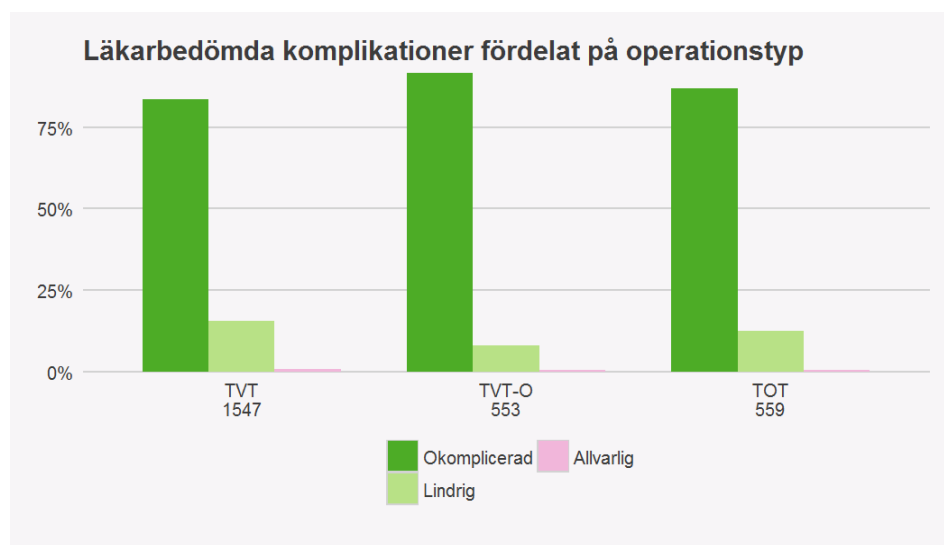
8-veckorsenkäten

Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten var 75 % för riket. Svarsfrekvensen uppdelat på klinik redovisas i figuren nedan. De kliniker som redovisar en klart lägre svarsfrekvens får därmed en mycket större osäkerhet vid jämförelse med övriga kliniker, i de variabler som kommer från denna enkät. GKR-klinikerna är överrepresenterade bland dem med låga svarsfrekvenser och detta får hållas i minnet i de följande klinikjämförelserna.



Figur 19. Svarsfrekvens för uppföljningsenkät 8 veckor efter operationen

Komplikationer



Figur 20. Per- och postoperativ komplikation vid inkontinensoperation 2015. (sammantagen bedömning vid 8v)

En jämförelse mellan operationsmetoderna beträffande komplikationer enligt ovanstående figur visar fler komplikationer, både lindriga och allvarliga vid TVT jämfört med obturator teknikerna.

2015 års rapporterade allvarliga komplikationer

De allvarliga komplikationer som registretats under 2015 var 40 stycken och efter en lite närmre granskning av dessa kan några fakta presenteras, även om en hel del ytterligare uppgifter skulle kunna efterfrågas. Fritextuppgifter kan just i dessa fall vara värdefulla, men saknades ofta för dessa patienter.

De flesta patienterna var i åldern 35–74 år, men 7 (17,5 %) var 75 år eller äldre, en åldersgrupp som utgör 5,7 % av alla. 3 patienter (7,5 %) var <35 år, en åldersgrupp som utgör 4,2 % av alla. 3 av operationerna (7,5 %) utfördes vid recidivinkontinens.

Noteras bör att de flesta allvarliga komplikationerna, 30 fall (75 %) uppkom vid TVT-teknik, 6 fall (15 %) vid TVT-O, 2 fall (5 %) vid TOT och 2 fall (5 %) vid periuretral injektion. De flesta allvarliga komplikationerna rapporterades hos standardpatienter (71 %), men icke standardpatienterna var överrepresenterade med 29 % jämfört med 22 % av alla inkontinensoperationerna.

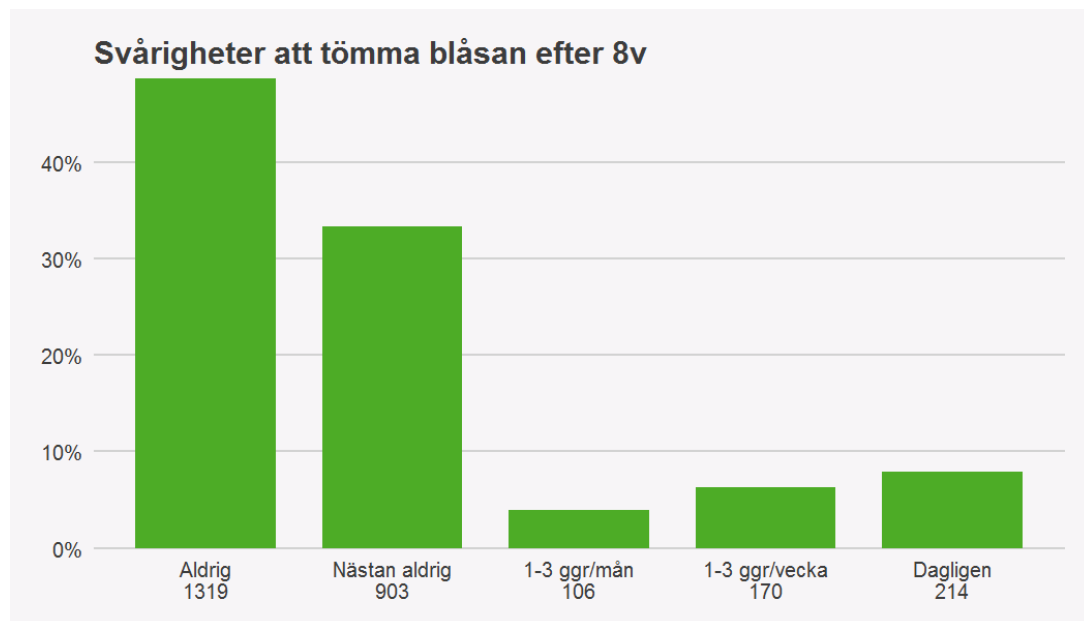
Endast 2 av fallen noterades peroperativt och 11 av dem under vårdtiden.

Ingen av dessa 40 hade en peroperativ blödning >150 ml. Efteråt rapporterades däremot 1 fall med allvarlig intraabdominell blödning och 2 fall med allvarlig anemi.

Organskador som rapporterades var 1 allvarlig tarmkomplikation efter en TVT, 3 uretärskador och 10 övriga organskador, varav minst en uretraskada och flera allvarliga blåsperforationer.

Det fanns 4 fall med allvarlig sårinfektion i bukväggen och 1 fall med sepsis hos en patient som skrevs ut på operationsdagen.

Blåstömningsbesvär



Figur 21. Svårigheter att tömma blåsan efter 8v

En uppgift som efterfrågats var en redovisning av hur många patienter som haft postoperativa blåstömningsbesvär. Ovanstående figur redovisar detta och väcker samtidigt ytterligare frågor. Fanns det skillnad mellan operationsmetoderna? Finns skillnader mellan sjukhusen? Hur behandlades besvären? Hur länge kvarstod de?

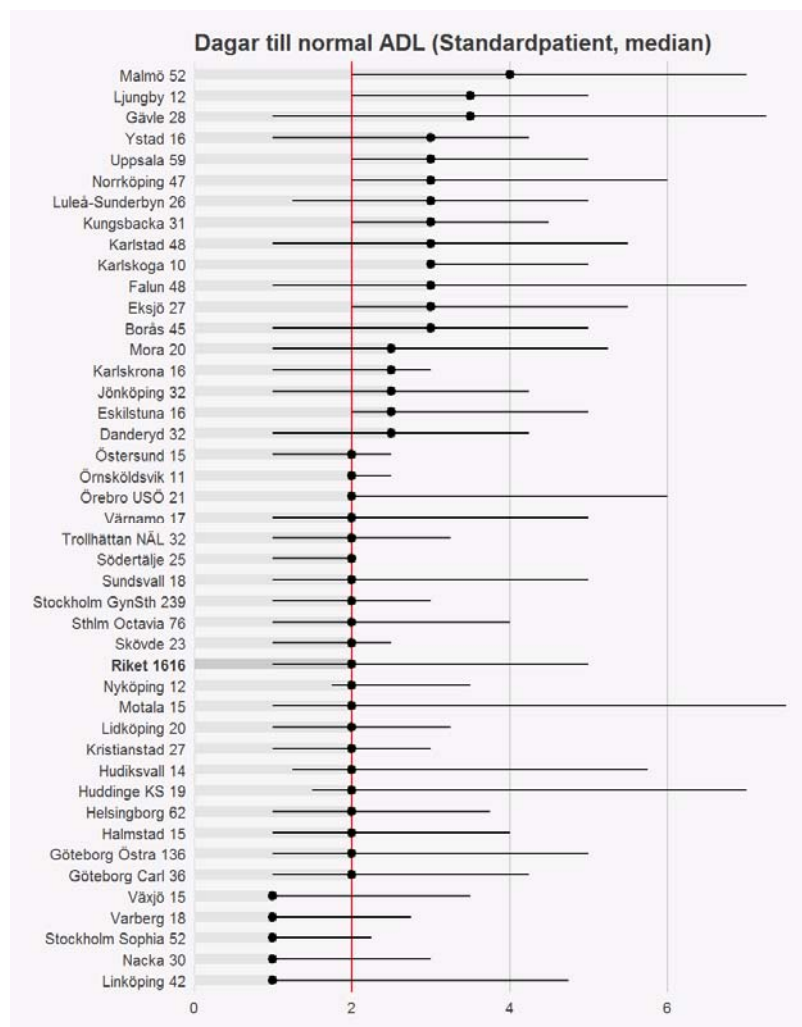
Här får gärna intresserade kollegor fördjupa sig och sprida informationen vidare.

Sjukskrivning

Av de som opererats för inkontinens är 20 % 65 år eller äldre och en stor andel sjukskrivs knappast efteråt. 789 patienter hade svarat på frågan om sjukskrivningens längd. Av dessa svarade 13.9 % att den var för kort, 83 % att den var lagom och 1.8 % att den var för lång.

ADL

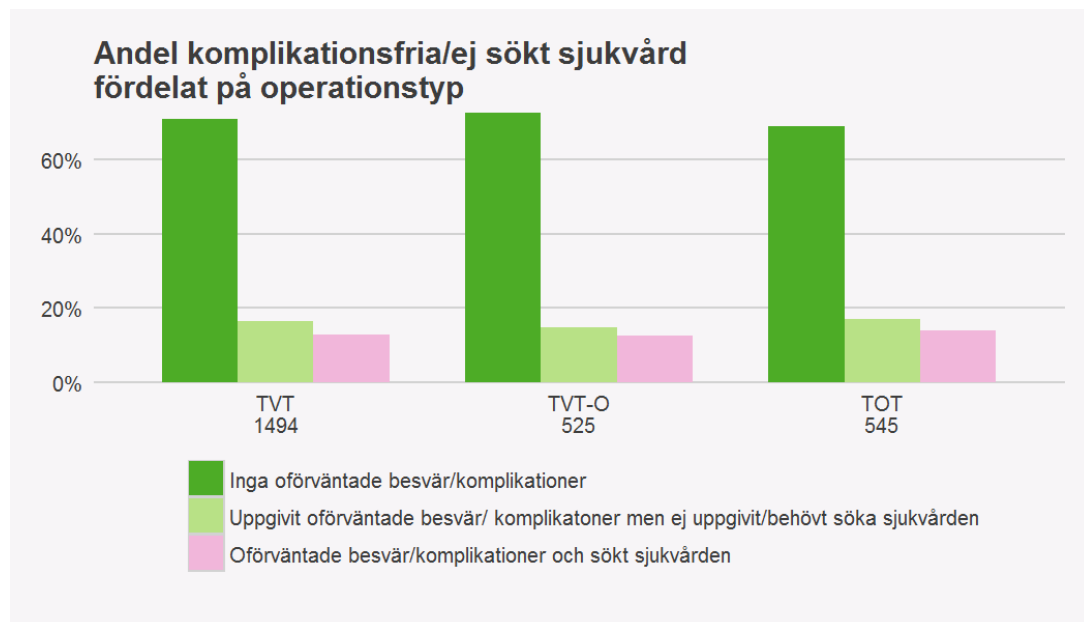
Vid 8-veckorsenkäten tillfrågas patienterna också om när de återfick sin normala ADL. Medelvärde för återkommande av normalt ADL var 2 dagar, med klinikvariation på 1-5 dagar. 34.6 % hade redan första postoperativa dagen återgått till det normala, 88.7 % inom en vecka och 96.3 % inom två veckor. Fördelningen gällande standardpatienter på respektive sjukhus utföll enligt figur:



Figur 24. Dagar till normal ADL (median) för standardpatienter. Intervallet anger 25:e samt 75:e percentilen.

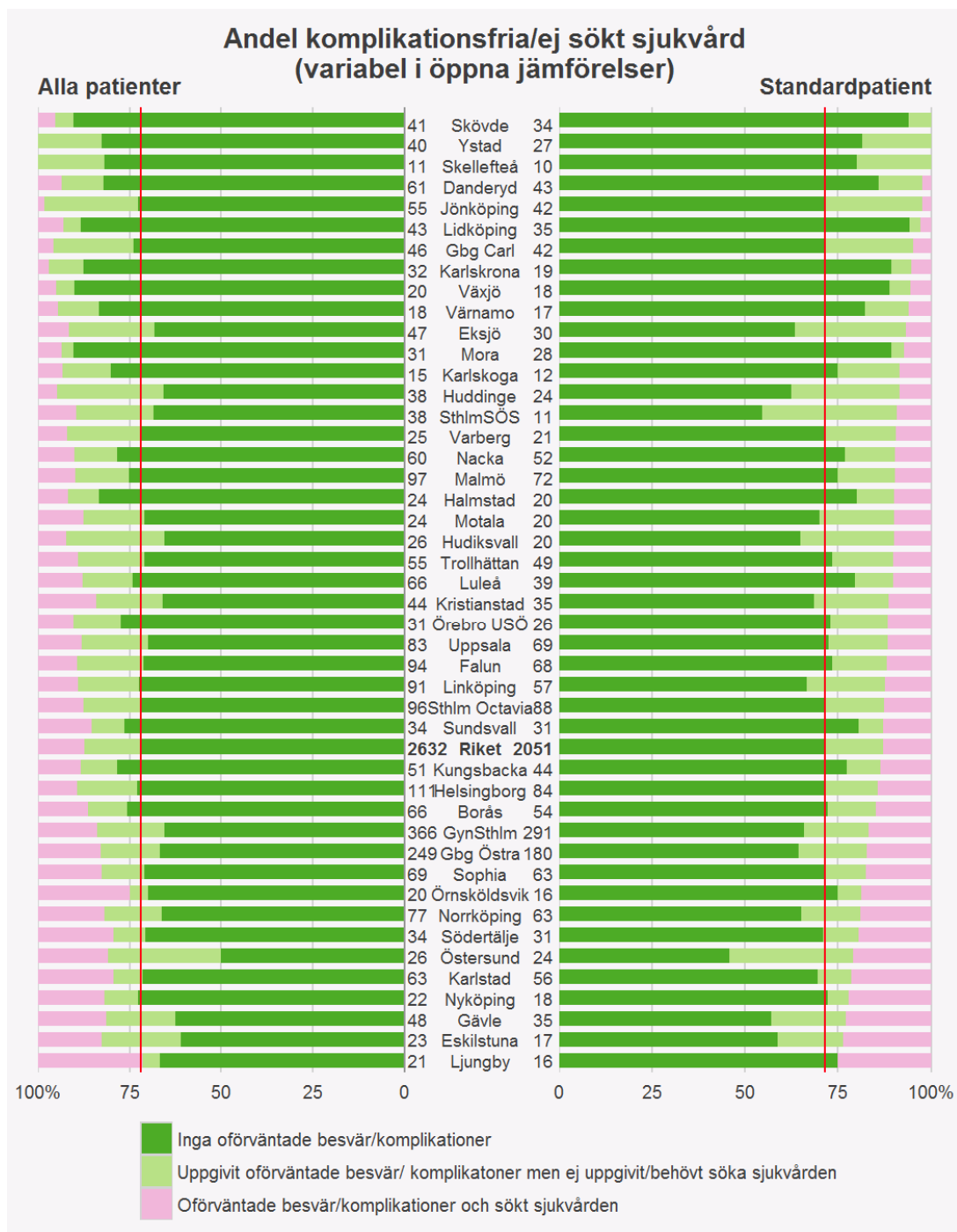
Öppna Jämförelser

En variabel som redovisas i Öppna Jämförelser är andelen som antingen varit komplikationsfria eller haft komplikation/oväntade besvär som de ej sökt sjukvård för. Det motsvarar summan av de ljus- och mörkgröna fälten i nedanstående figurer. I figuren nedan visas fördelning för respektive operationsmetod.



Figur 25. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten har varit komplikationsfri och ej behövt söka sjukvård efter utskrivning.

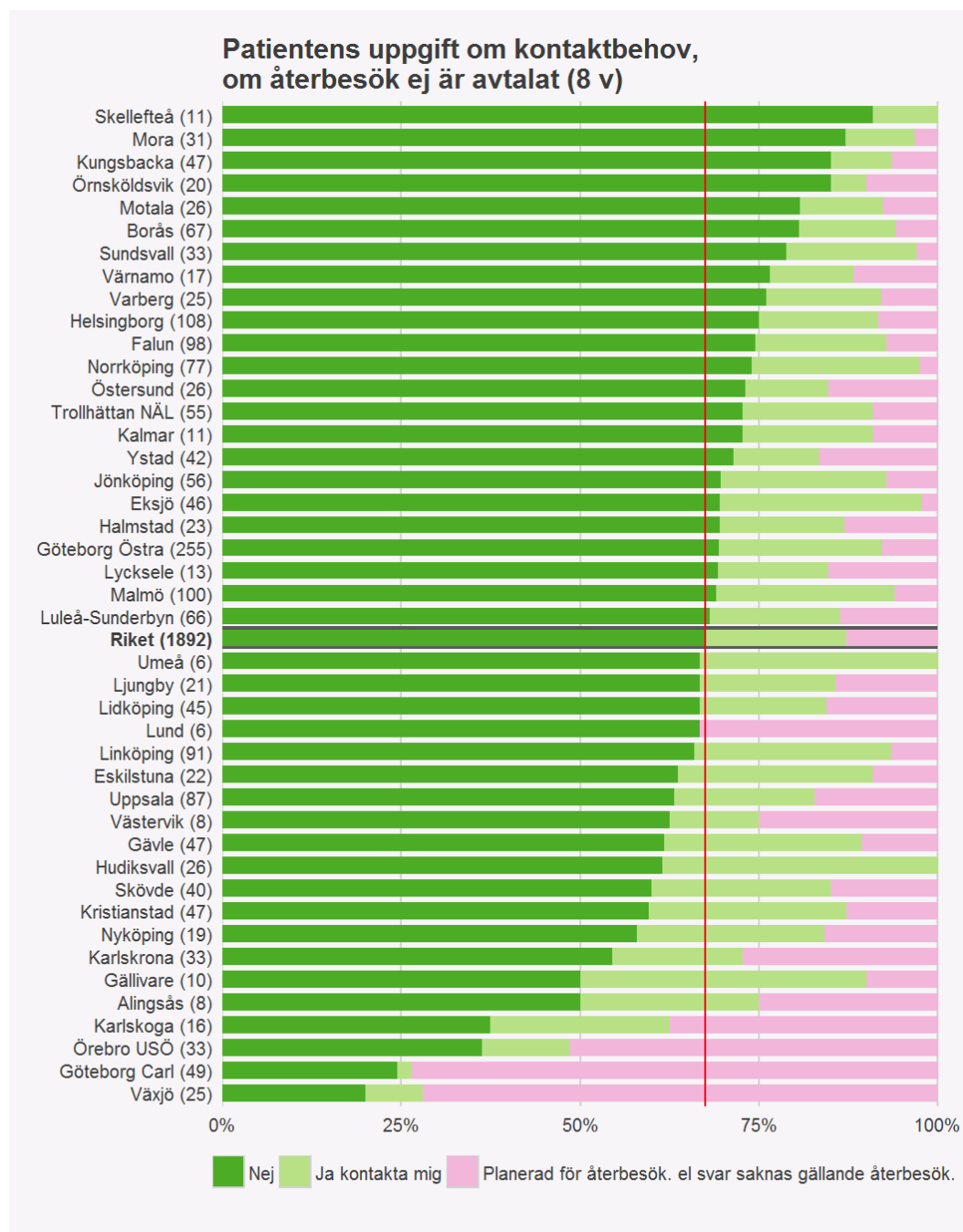
I nästa figur ser vi hur variabeln är fördelad på sjukhus för såväl totalantal patienter som standardpatienter.



Figur 26. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten har behövt söka sjukvård efter utskrivning. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Patientens önskemål om kontakt

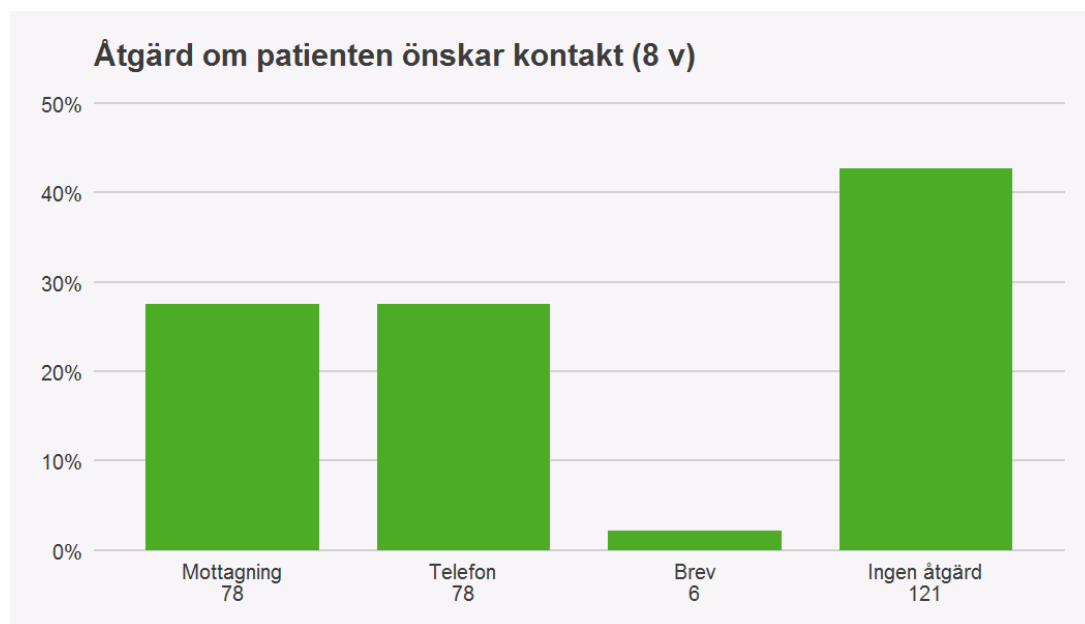
En annan möjlig variabel till öppna jämförelser är hur de patienter som önskar kontakt får respons på detta önskemål. Det första som redovisas i figuren nedan är hur många av patienterna som inte har återbesök inplanerat och som önskar någon typ av kontakt.



Figur 25. Patientens önskemål om kontakt efter 8 veckor, för de som ej har planerat återbesök efter operationen.

Klinikens agerande på patientens önskemål om kontakt

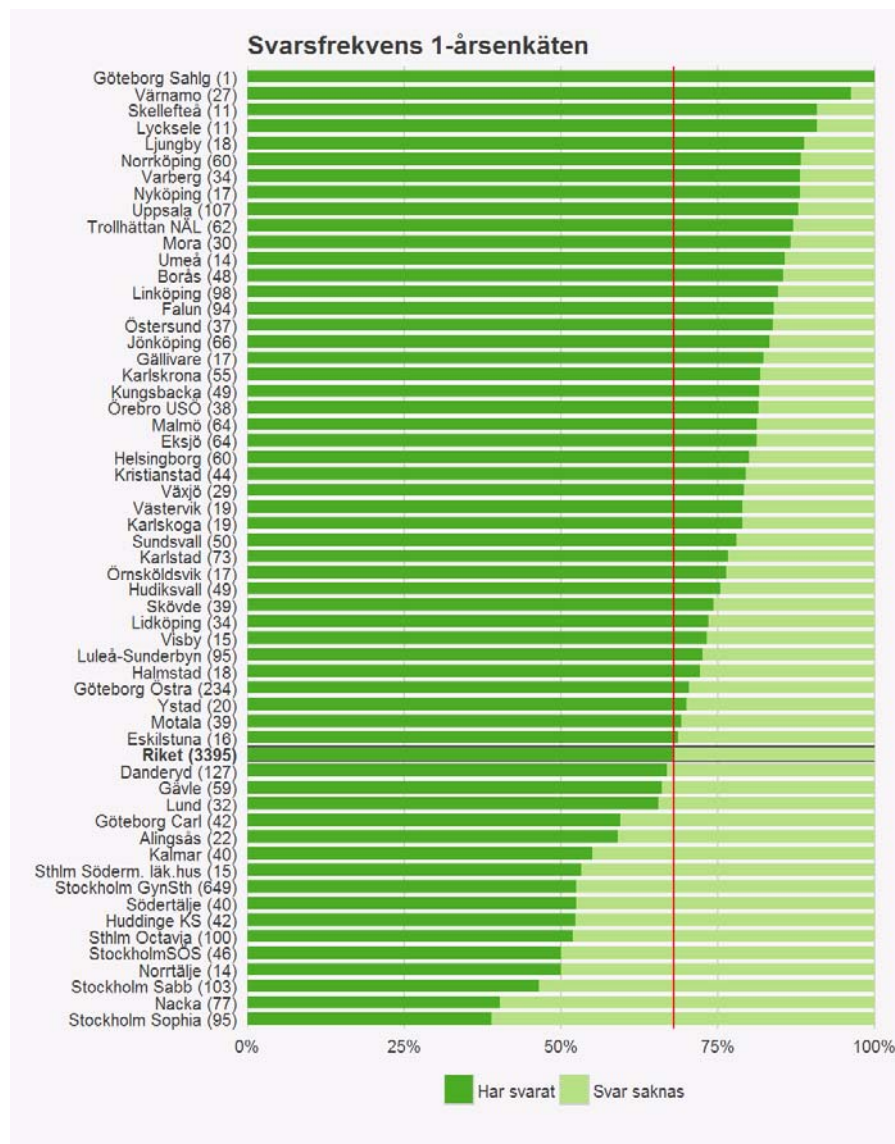
För de av patienterna som har uttryckt önskemål om att bli kontaktade redovisas de åtgärder som planerats eller utförts enligt följande figur. Det tycks som att >40 % av de patienter som önskade kontakt blev lämnade utan åtgärd. Detta är i så fall anmärkningsvärt, men en gynnsammare tolkning kan vara att formuläret hittills varit otydligt och att patienterna i stor utsträckning ändå fått kontakt strax efter att frågan besvarats. Formuläret är nu omformulerat och förhoppningsvis därmed förtydligat.



Figur 26. Kontaktas de patienter som önskar kontakt i enkät 8 veckor efter operation?

Inkontinensoperationer utförda år 2014 - 1-årsresultat

Svarsfrekvensen för 1-årsenkäten var 68 % för riket. Svarsfrekvensen uppdelat på klinik redovisas i figuren nedan. De kliniker som redovisar en klart lägre svarsfrekvens får därmed en mycket större osäkerhet vid jämförelse med övriga kliniker, i de variabler som kommer från denna enkät. Även i denna enkät är GKR-klinikerna överrepresenterade bland de med låga svarsfrekvenser, vilket måste hållas i minnet i de följande klinikjämförelserna.



Figur 27. Svarsfrekvens 1-årsenkäten

Resultatet av operationen utvärderas främst vid 1-årsenkäten och vi redovisar här tre utfallsmått från GynOp där två av dem även finns i GKR.

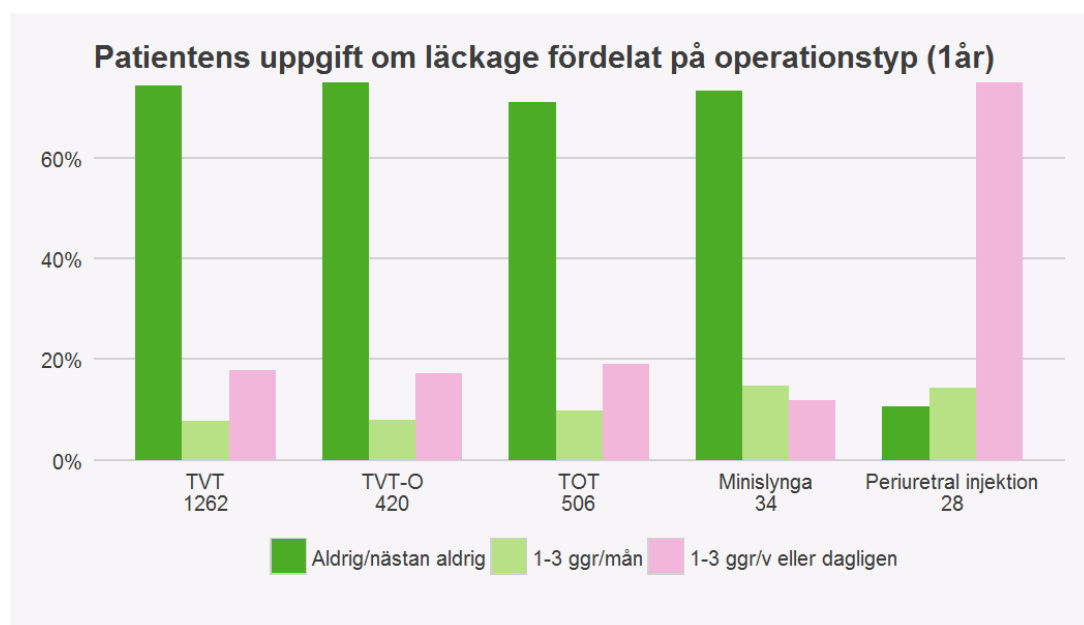
Läckage

Det första måttet gäller om kvinnan har något urinläckage och i så fall hur ofta, indelat i tre kategorier: aldrig/nästan aldrig, 1-3 ggr/månad eller 1 gång/vecka-/dagligen.

Denna variabel ingår också i öppna jämförelser och då är det värdet på den mörkgröna stapeln som gäller.

Det totala utfallet för alla opererade 2014 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2250) är 73 % aldrig/nästan aldrig, 8 % 1-3 ggr/månad och 19 % 1 gång/vecka-/dagligen.

När vi jämför de olika metoderna syns de olika slyngorna TVT, obturator-teknikerna och minislyngor leda till likvärdigt resultat, medan kontinensen 1 år efter periuretrala injektioner inte alls på något sätt uppnår motsvarande resultat.

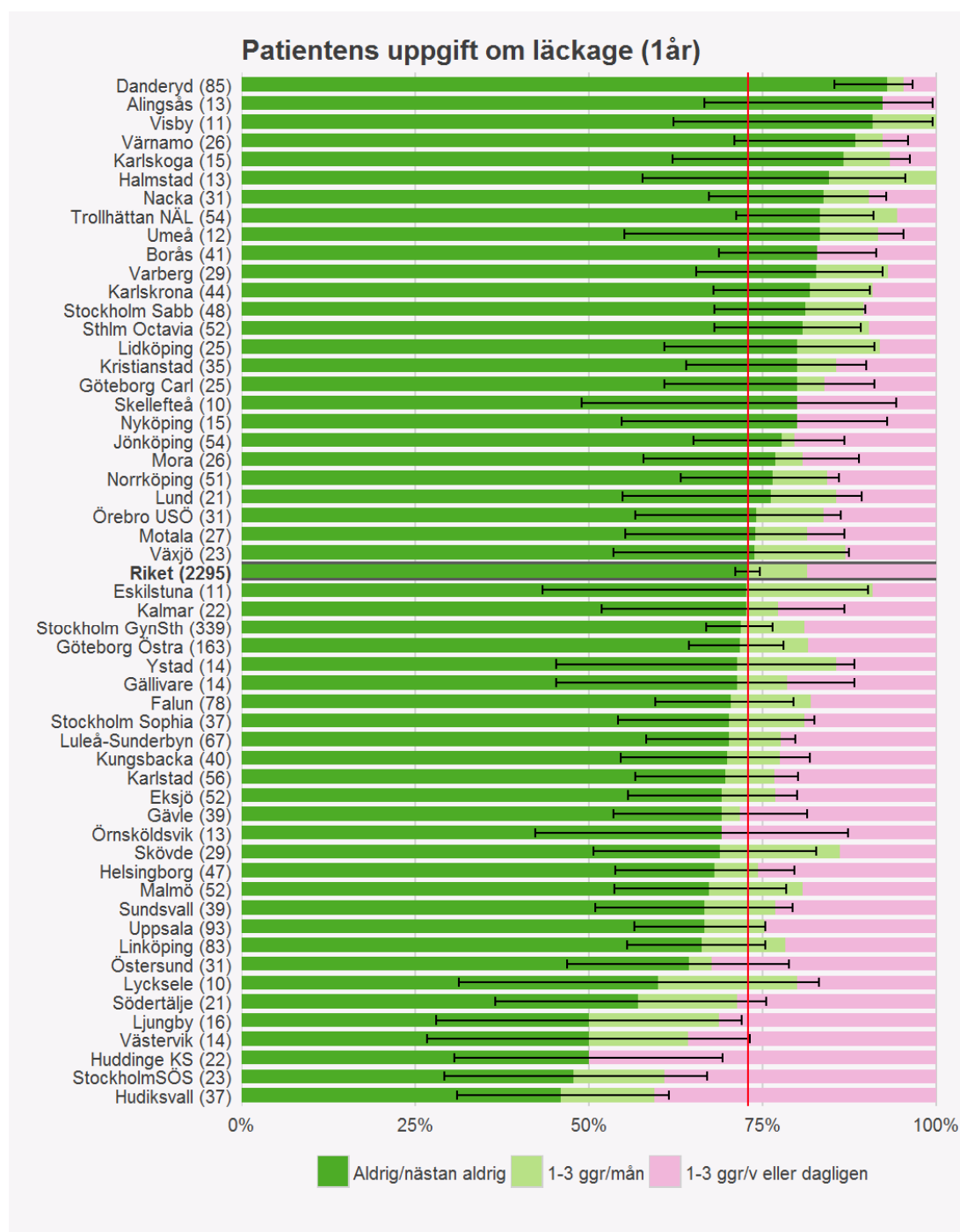


Figur 28. Resultat 1 år efter operation, patienter opererade år 2014.

Operation	Aldrig/nästan aldrig	1-3 ggr/mån	1-3 ggr/v eller dagligen	Totalt
TVT	939 (74%)	98 (8%)	225 (18%)	1262
TVT-O	315 (75%)	33 (8%)	72 (17%)	420
TOT	360 (71%)	50 (10%)	96 (19%)	506
Minislynga	25 (74%)	5 (15%)	4 (12%)	34
Periuretral injektion	3 (11%)	4 (14%)	21 (75%)	28
Totalt	1642	190	418	2250

Tabell 2. Uppgift om läckage fördelat på operationstyp.

Resultaten jämfört mellan klinikerna visas nedan.



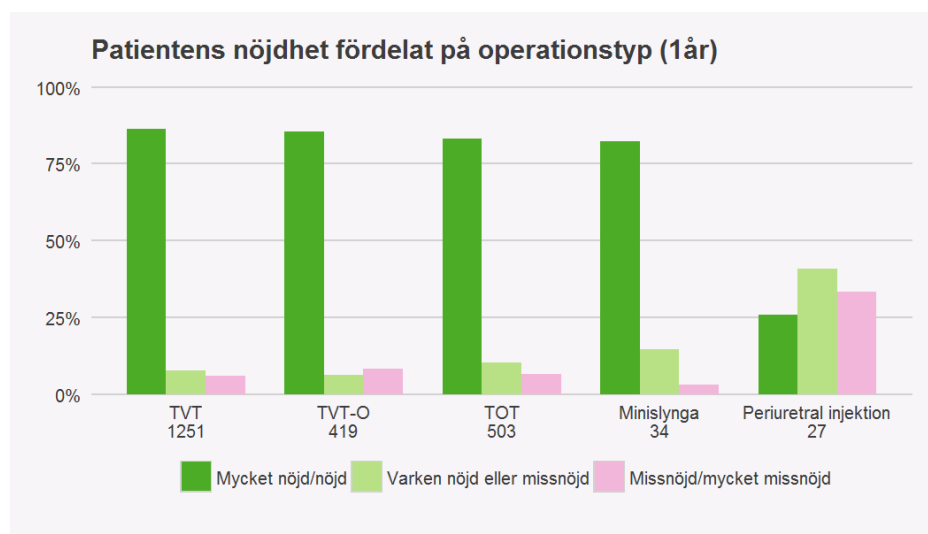
Figur 29. Urinläckage ett år efter operation, patienter opererade år 2014.

Nöjdhet

Det andra utfallsmåttet uttrycker patienternas nöjdhet med ingreppet efter 1 år. Dessa resultat är också kategoriserade i tre grupper och resultaten innebär som tidigare år en större andel nöjda än andelen täta.

Det totala utfallet för alla opererade 2014 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2234) är 85 % mycket nöjd/nöjd, 8 % varken nöjd eller missnöjd och 7 % missnöjd/mycket missnöjd.

Fördelat på de olika operationsmetoderna ser vi ingen säker skillnad i andelen nöjda efter TVT jämfört med obturatorsteknikerna men ett drastiskt mycket sämre resultat för periuretral injektion.

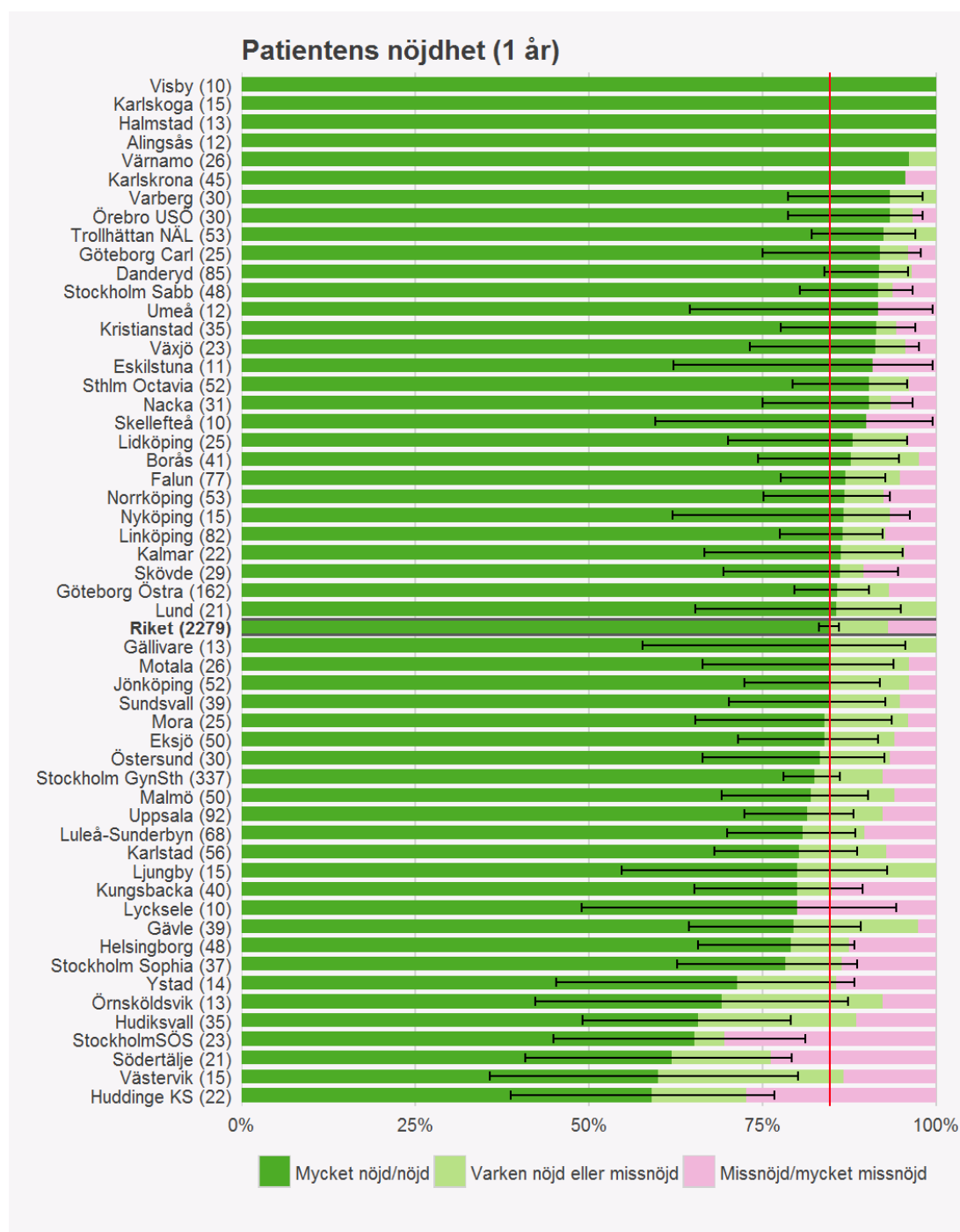


Figur 30. Patientens nöjdhet med resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2014.

Operation	Mycket nöjd/nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd/mycket missnöjd	Totalt
TVT	1081 (86%)	96 (8%)	74 (6%)	1251
TVT-O	358 (85%)	26 (6%)	35 (8%)	419
TOT	419 (83%)	51 (10%)	33 (7%)	503
Minislynga	28 (82%)	5 (15%)	1 (3%)	34
Periuretral injektion	7 (26%)	11 (41%)	9 (33%)	27
Totalt	1893	189	152	2234

Tabell 3. Patientens nöjdhet fördelat på operationstyp.

Resultaten för nöjdhet jämfört mellan klinikerna visas nedan.



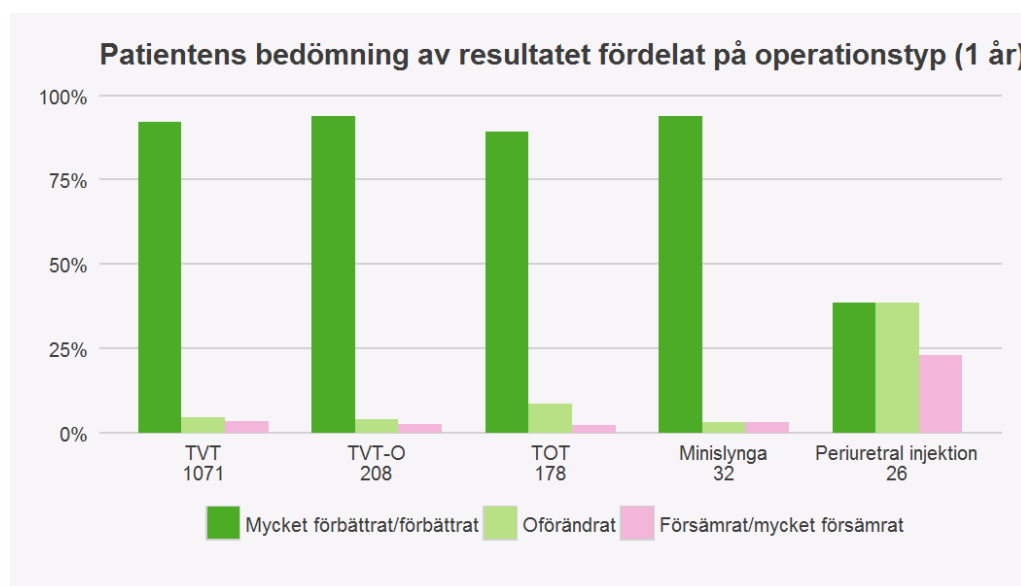
Figur 31. Patientens nöjdhet med resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2014.

Förbättring

Det sista utfallsmåttet anger i hur stor andel patienterna tycker att de blivit förbättrade. Denna fråga saknas i GKR varför underlaget är mindre och GKR-klinikerna inte kan återfinnas i klinikjämförelsen.

Även detta mått redovisas i tre kategorier och för hela gruppen (n=1515) patienter opererade 2014 som besvarat frågan efter 1 år uppger 91 % att de är mycket förbättrade/förbättrade, 6 % att det är oförändrat och 3 % att de blivit försämrade/mycket försämrade.

När man jämför de olika operationsmetoderna ser vi störst andel förbättrade med TVT, TVT-O och minislynga medan en något lägre andel svarar så efter en TOT. Sämst resultat ser vi även här efter periuretral injektion.

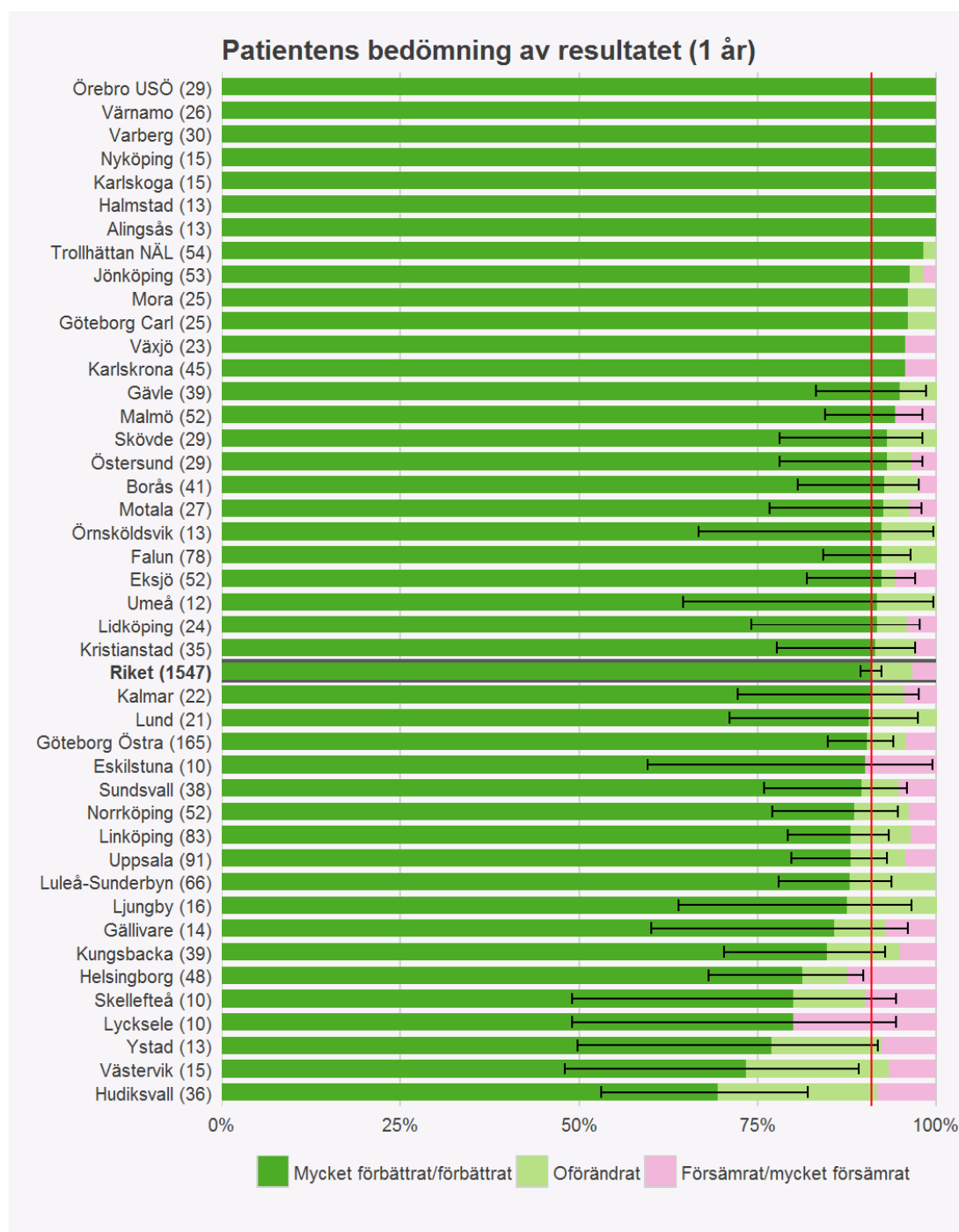


Figur 32. Patientens resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2014.

Operation	Mycket förbättrat/förbättrat	Oförändrat	Försämrat/mycket försämrat	Totalt
TVT	987 (92%)	49 (5%)	35 (3%)	1071
TVT-O	195 (94%)	8 (4%)	5 (2%)	208
TOT	159 (89%)	15 (8%)	4 (2%)	178
Minislynga	30 (94%)	1 (3%)	1 (3%)	32
Periuretral injektion	10 (38%)	10 (38%)	6 (23%)	26
Totalt	1381	83	51	1515

Tabell 4. Patientens resultat fördelat på operationstyp.

Fördelat på klinik ser resultatet ut enligt nedanstående figur:



Figur 33. Patientens bedömning av resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2014.

Kommentarer

Detta års inkontinensrapport bjuder inte på några dramatiska överraskande resultat, utan ger en bild av hur inkontinenskirurgin i Sverige fortsatt fungerar väl. Några enheter har fått lite bekymmer medan andra utvecklas mycket positivt.

Standardpatienterna inom inkontinenskirurgin har fått stå tillbaka i årets rapport och istället vill jag understryka vikten av att höja och fortsätta att hålla höga svarsfrekvenser, för en ökad validitet av data. Vi har fått hjälp att fokusera på olikheter och en ojämlig vård i landet. Samtidigt har vi inom professionen ett öppet och prestigelöst diskussionsklimat.

Vilken slyngmetod som används tycks inte vara så betydelsefullt, utan ett fortsatt fokus på patienturval, information och fungerande kringrutiner är det som gäller.

Frågor som väckts är; skall vi mer systematiskt utvärdera antibiotikaprofylax? Hur stor andel postoperativ tömningsproblematik skall vi tolerera? och hur får vi in fler Botox behandlade patienter i registret, speciellt när det byggs ut för dem under nästa år?

Avslutar med de goda råd från de bästa klinikerna som summerades efter senaste användarmötet:

- ✓ **Att göra en noggrann preoperativ utredning så att man väljer "rätt" patienter.**
- ✓ **Att informera patienterna väl, speciellt de med blandinkontinens.**
- ✓ **Att samla operationerna, inklusive beslut om operation, på ett fåtal läkare med störst erfarenhet.**
- ✓ **Att lära av och ta råd från kliniker med goda resultat.**

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Anestesi	Bedövning
Blåsp perforation	En oavsiktlig stickskada genom urinblåsans vägg i samband med att TVT-bandet appliceras
Cystoskopi	Undersökning av urinblåsans inre med hjälp av ett kateterformat instrument
Idiopatisk	Idiopatisk betyder sjukdom av ännu okänd orsak
Intravesikalt	I urinblåsan
NMI	Nationella medicinska indikationer: NMI ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut om att erbjuda en aktuell åtgärd till en enskild patient. Beslutsstöden bygger på bästa tillgängliga kunskap om nytta och risk med den aktuella åtgärden. Beslut om att erbjuda en åtgärd ska kunna fattas på lika grunder över hela landet. Stöd för beslut om behandling bidrar på så sätt till en kunskapsbaserad, säker och jämlik vård.
Periuretral injektionsbehandling	Under slemhinnan runt urinröret injiceras ett ämne som förtränger urinröret och på så sätt kan förbättra dess slutningsförmåga.
Pre- per- & post-	Latinska termer för innan, under & efter (t.ex. operation)
Recidiv	Att samma besvär återkommer igen.
Retropubisk	Bakom blygdbenet
SFOG	Svensk Förening för obstetrik och gynekologi.
TOT	TransObturatorius vaginal Tape. Från hudsnitt i lårets insida placeras det nätliknande bandet under mitturetra via en kanal genom en bäckenöppning (foramen obturatum) enligt "outside-in" teknik.
Transobturatorisk	Genom foramen obturatorius, en 2 x 4 cm stor öppning i sidan på lilla bäckenet
TVT	Tensionfree Vaginal Tape. Ett nätliknande plastband placeras med stadigt införningsinstrument i en slynga runt mitten av urinröret i en kanal som på båda sidor går bakom symfysen ut genom bukväggen (inside-out teknik)
TVT-O	Transobturatorisk metod där bäckenbensöppningen penetreras från slidan (inside-out-teknik). Bandet får samma placering som vid TOT.
Uretra	Urinrör