

Inkontinensregistret

Årsrapport 2017

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN JULI 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Stefan Zacharias, registeransvarig för Inkontinensregistret, Hudiksvalls sjukhus

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

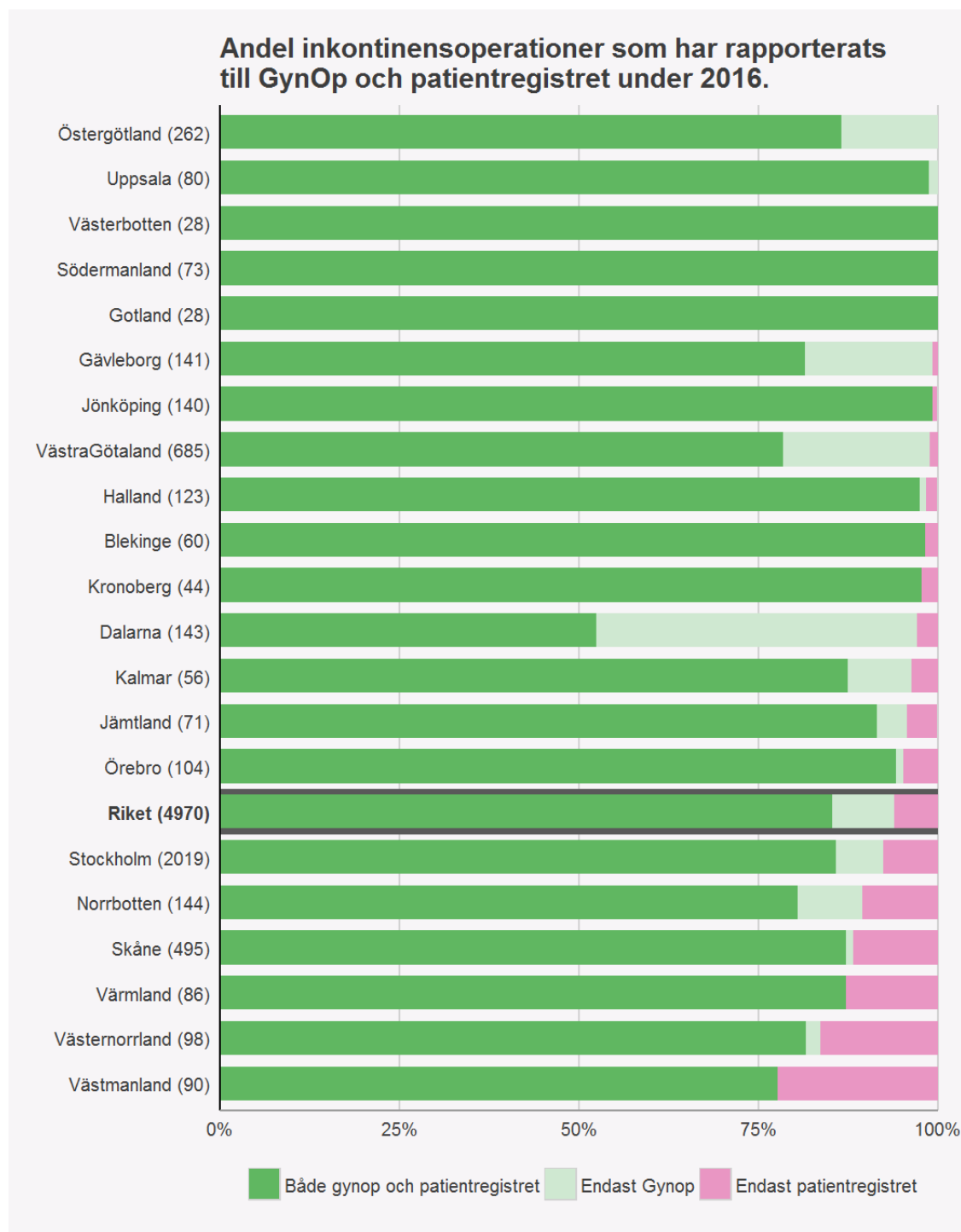
Antal operationer	2
Täckningsgrad 2016	3
Olikheter i riket.....	3
Svarsfrekvens	5
Standardpatient.....	5
Vilka patienter har opererats?	5
Vilken ålder har de som opererats?	6
Vilket BMI har de som opererats?	8
Blandinkontinens och trängningar	11
Peroperativa data	13
Vilka operationsmetoder används?	13
Periuretral injektion	13
Botox.....	13
Operationstid.....	16
Cystoskopi.....	17
Vårdtid	17
8-veckorsenkäten	17
Komplikationer	18
Allvarliga komplikationer.....	18
Blåstömningsbesvär.....	19
Infektioner	20
ADL	21
Vården i siffror	23
Patientens önskemål om kontakt	26
Klinikens agerande på patientönskemål om kontakt.....	27
1-årsresultat - inkontinensoperationer utförda år 2016.....	27
Läckage.....	27
Nöjdhet.....	29
Förbättring.....	32
Kommentarer	34
Ordlista	35

Antal operationer

Under 2017 registrerades 4472 inkontinensoperationer i GynOp-registret mellan datumen 2017-01-02 och 2017-12-28. Vid analys av 8-veckorsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2016-09-01 och 2017-09-01 för att så många som möjligt skulle ha hunnit svara på enkäten. Under denna period opererades 4415 kvinnor för inkontinens. Vid analys av 1-årsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2015-09-01 och 2016-09-01. Under denna period opererades 4348 kvinnor för inkontinens.

För att mäta ett registers täckningsgrad av de utförda operationerna, görs en jämförelse med Socialstyrelsens hälsodataregister. Den utförs årligen där GynOp-registret, inklusive 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 GKR beräknas täckningsgraden. För patienter som opererades under 2016 var Inkontinensregistret (GynOp + GKR) nationella täckningsgrad 94 %, men denna andel varierade mellan landstingen enligt följande figur.

Täckningsgrad 2016

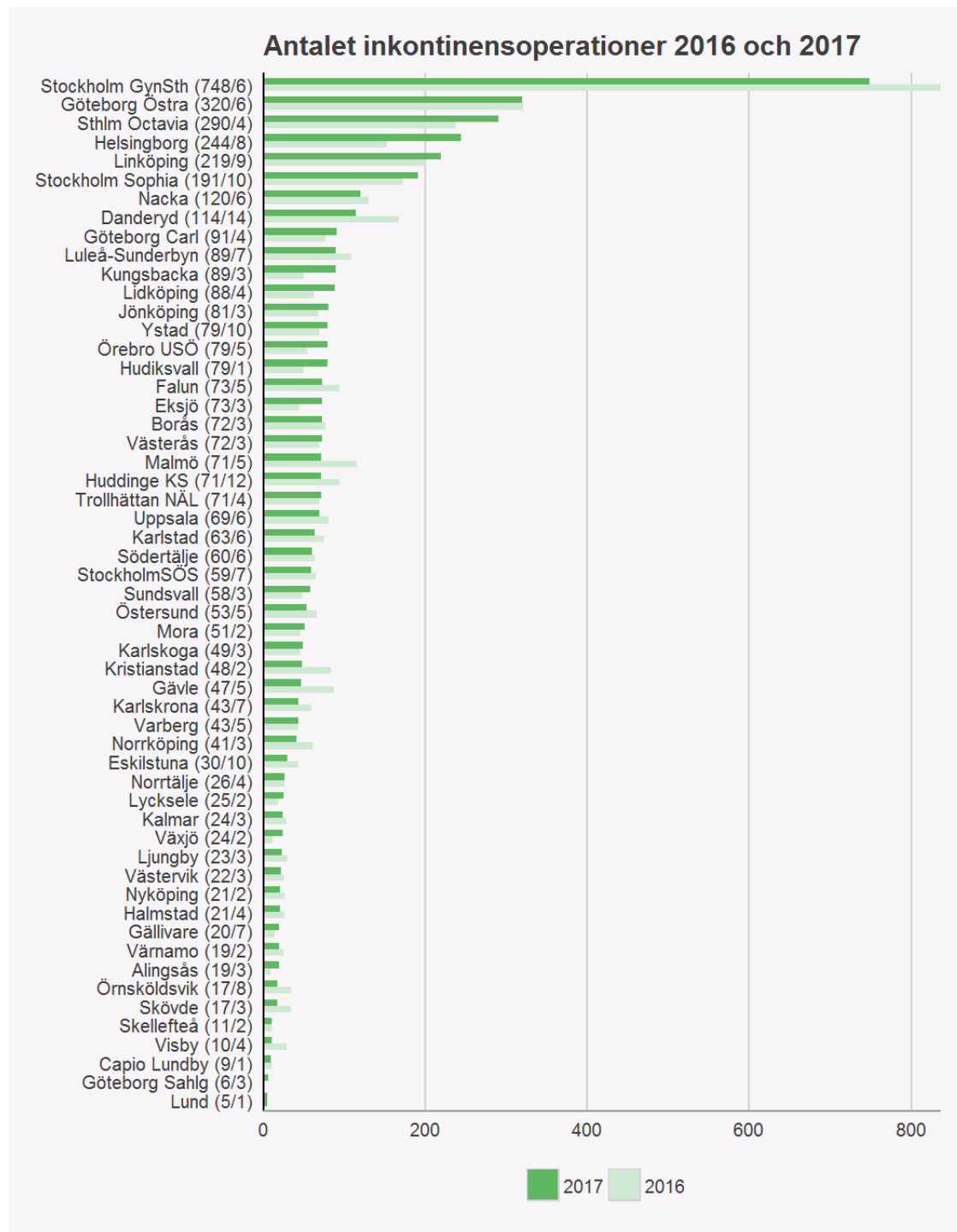


Figur 1. *Andel inkontinensoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2016.*

Olikheter i riket

Som tidigare registrerar klinikerna en inbördes stor variation (5 – 748) av hur många inkontinensgrepp som utförs per klinik årligen. Enligt NMI bör >20 inkontinensoperationer/år vara ett minimum på klinisknivå 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 ett antal 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 2016 och 2017, per klinik. Antalet opererade 2017/antalet unika huvudoperatörer inom parentes

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 enkäten var svarsfrekvensen 85 % för riket.

Standardpatient

För några år sedan introducerades begreppet standardpatient med avsikten att kunna göra rättvisare jämförelser mellan klinikerna. Standardpatienterna för inkontinenskirurgi enligt definitionen utgör 66,6 % av alla inkontinensopererade 2017. Medianen för landet är 66,7, 10:e percentilen 42,5 % och 90:e percentilen 88,7 %.

Bortfallet är relativt stort. Endast 81,1% av patienterna hade data för att bedömas som standardpatient eller ej.

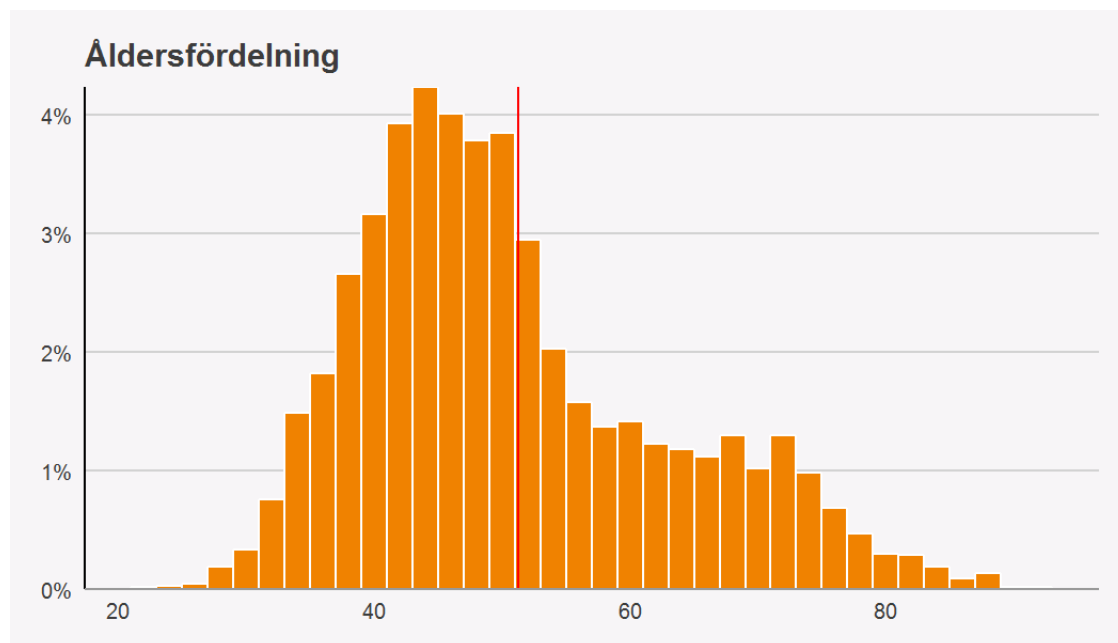
En standardpatient är <70 år har ett BMI <35 och ASA 1 eller 2. Hon genomgår en primär operation för urininkontinens med någon av de tre slyngteknikerna TVT, TVT-O eller TOT. Det innebär att hon förväntas att inte behöva remitteras vidare till någon annan klinik av medicinska skäl, från någon av de kliniker 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 pga. bortfallet. Främst av detta skäl kommer det inte att redovisas lika många figurer relaterat till enbart standardpatienter.

Vilka patienter har opererats?

Av de kvinnor som opererades under 2017 så har 318 (12,2% av de tillfrågade) kvinnor uppgett att de tidigare har opererats för inkontinens, medan antalet recidiv uppgivet av läkare är 256 (5,9%). Det är såväl läkarens som patientens uppgifter som ligger till grund för eventuell exklusion som standardpatient.

Vilken ålder har de som opererats?



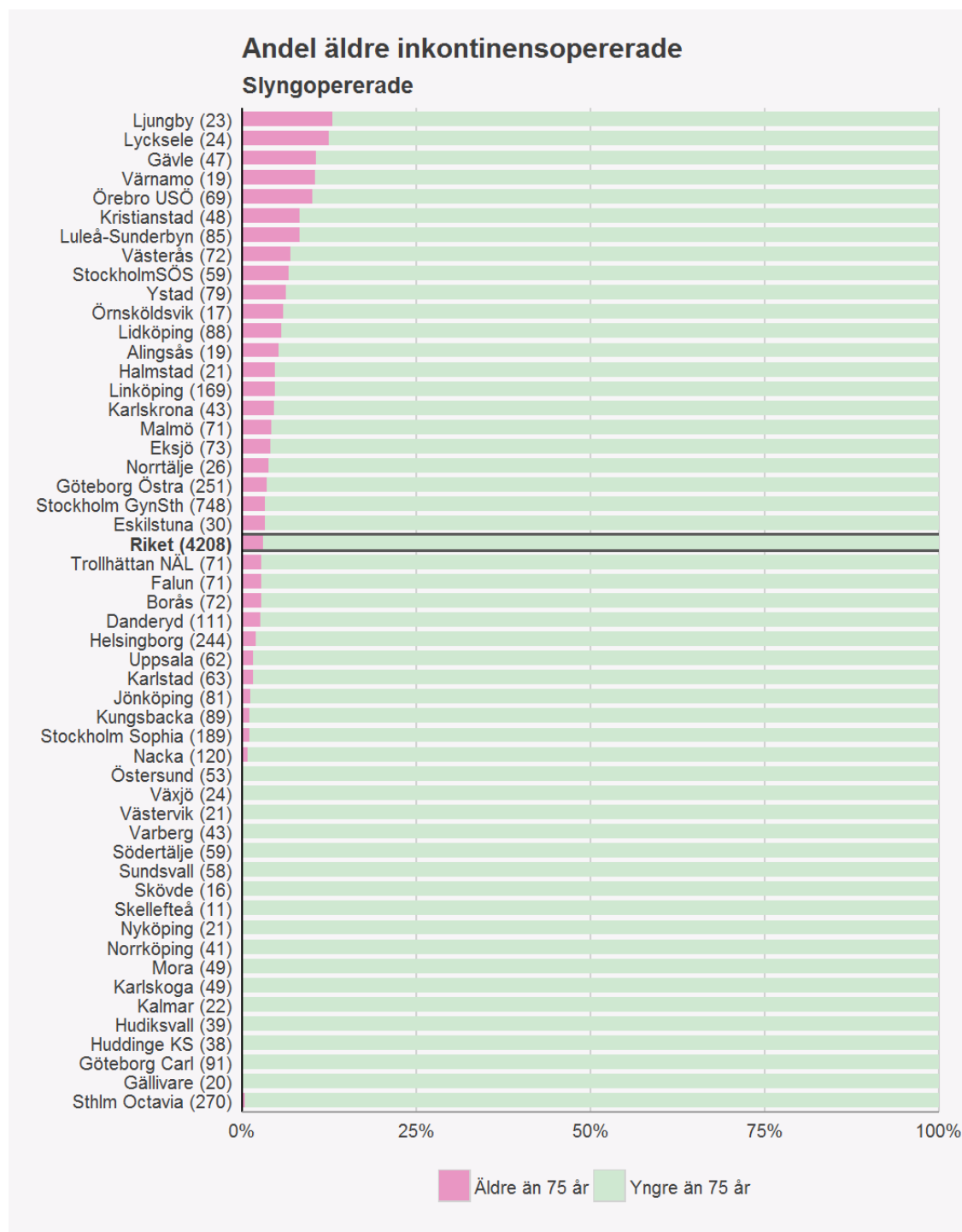
Figur 3. Åldersfördelning (röd linje markerar medelvärdet)

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 % som är <35 år vid inkontinensoperationen och att gruppen 35–54 år utgör huvudparten med nära 64,7 % av de opererade.

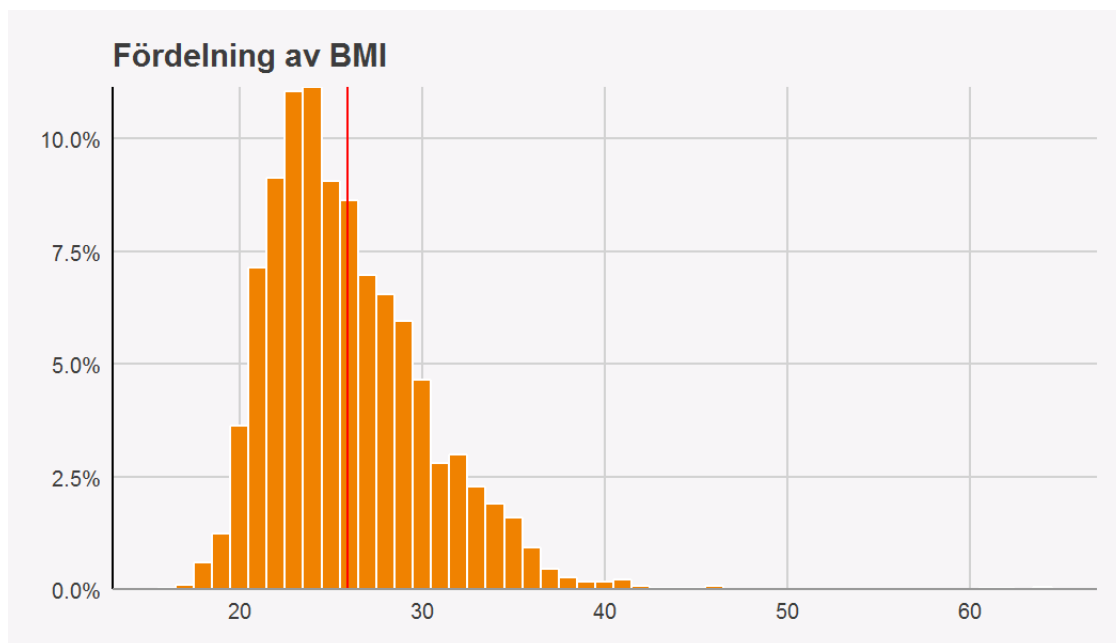
Kvinnor mellan 55 – 74 år utgör 26,1%. De som är >74 år utgör 5,2 %.

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 åldersfördelningen mellan upptagningsområdena utan det måste bero på indikationsglidningar.



Figur 4. Åldersfördelning inkontinensopererade år 2017

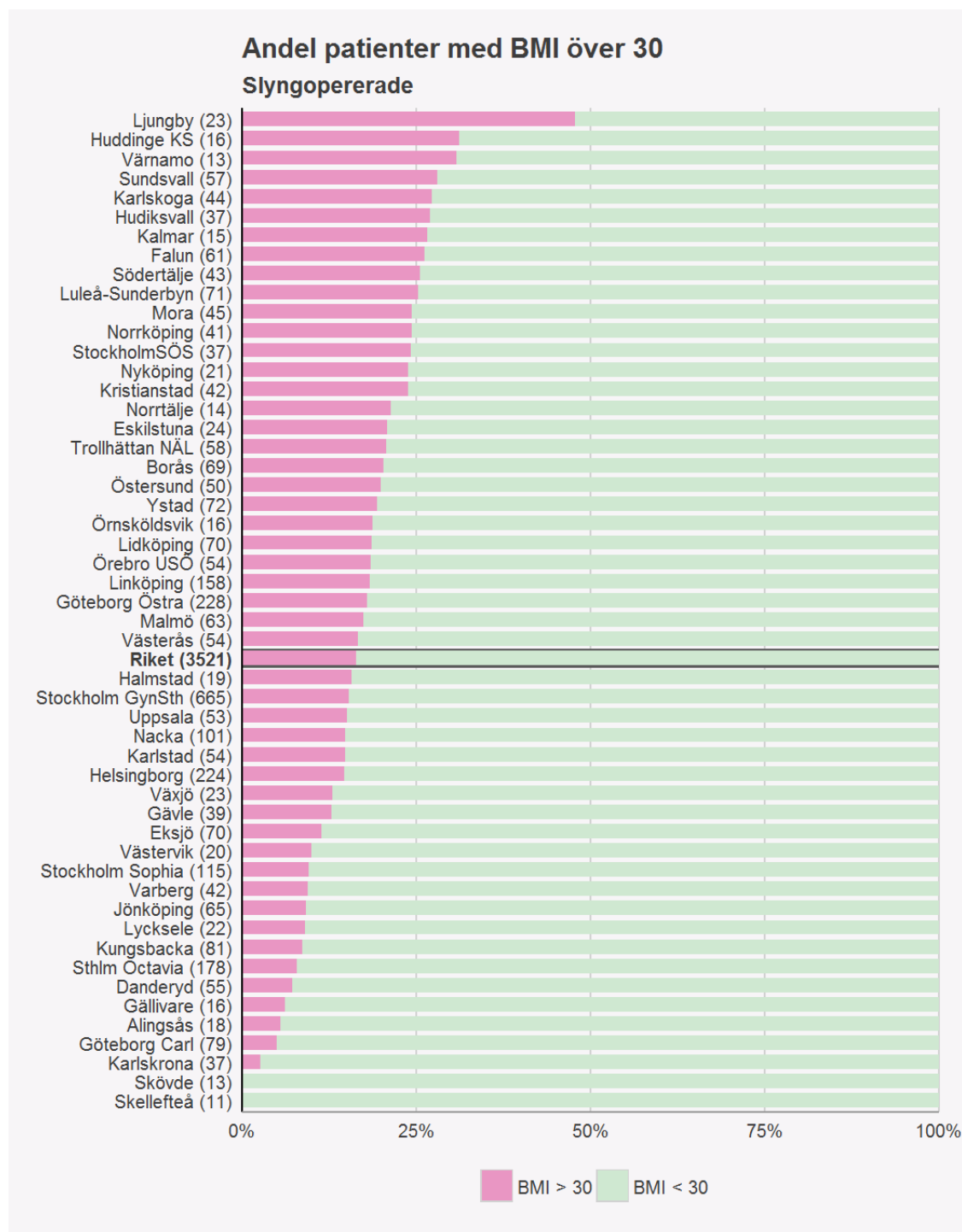
Vilket BMI har de som opererats?



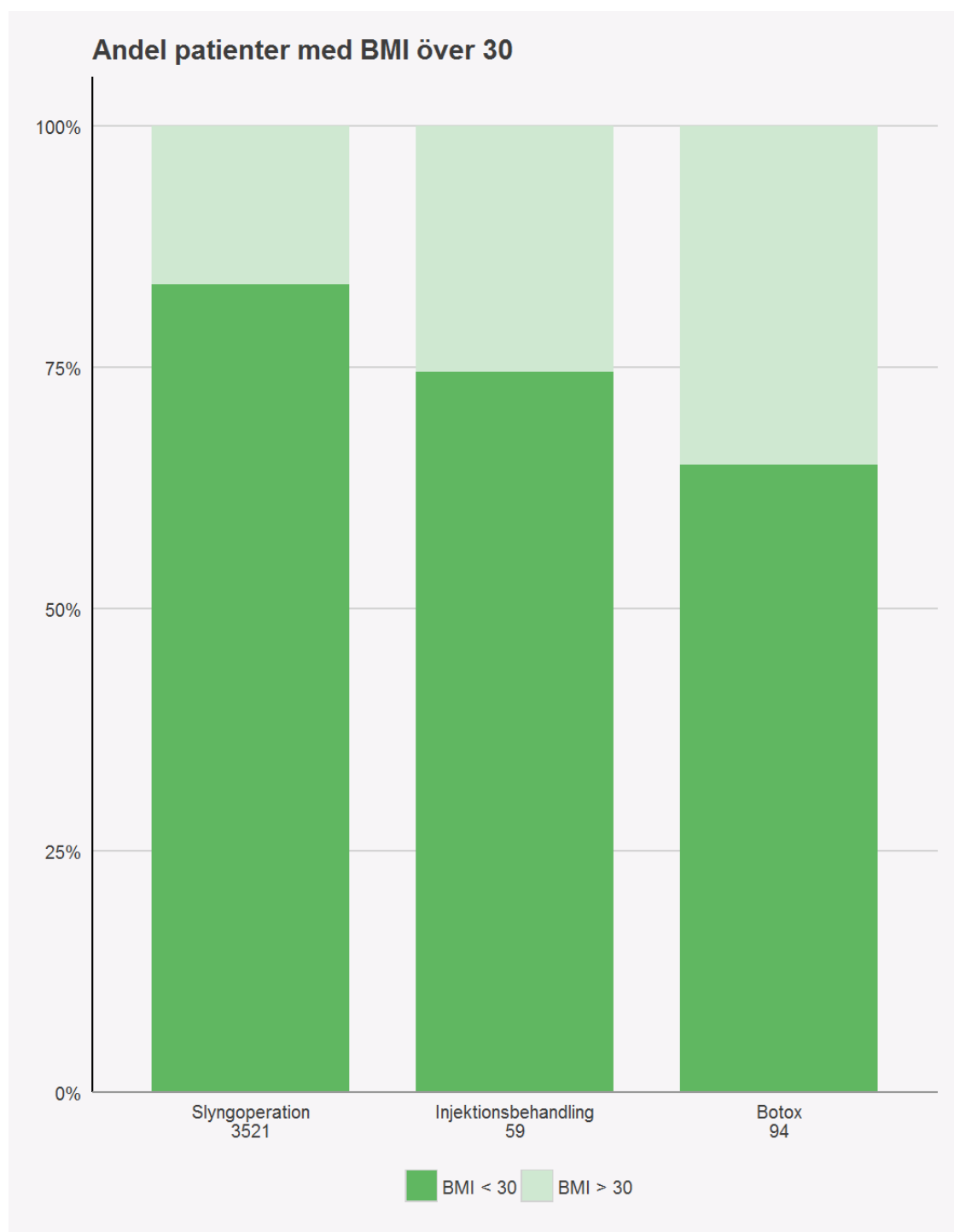
Figur 5. Fördelning av BMI (röd linje markerar medelvärde).

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.

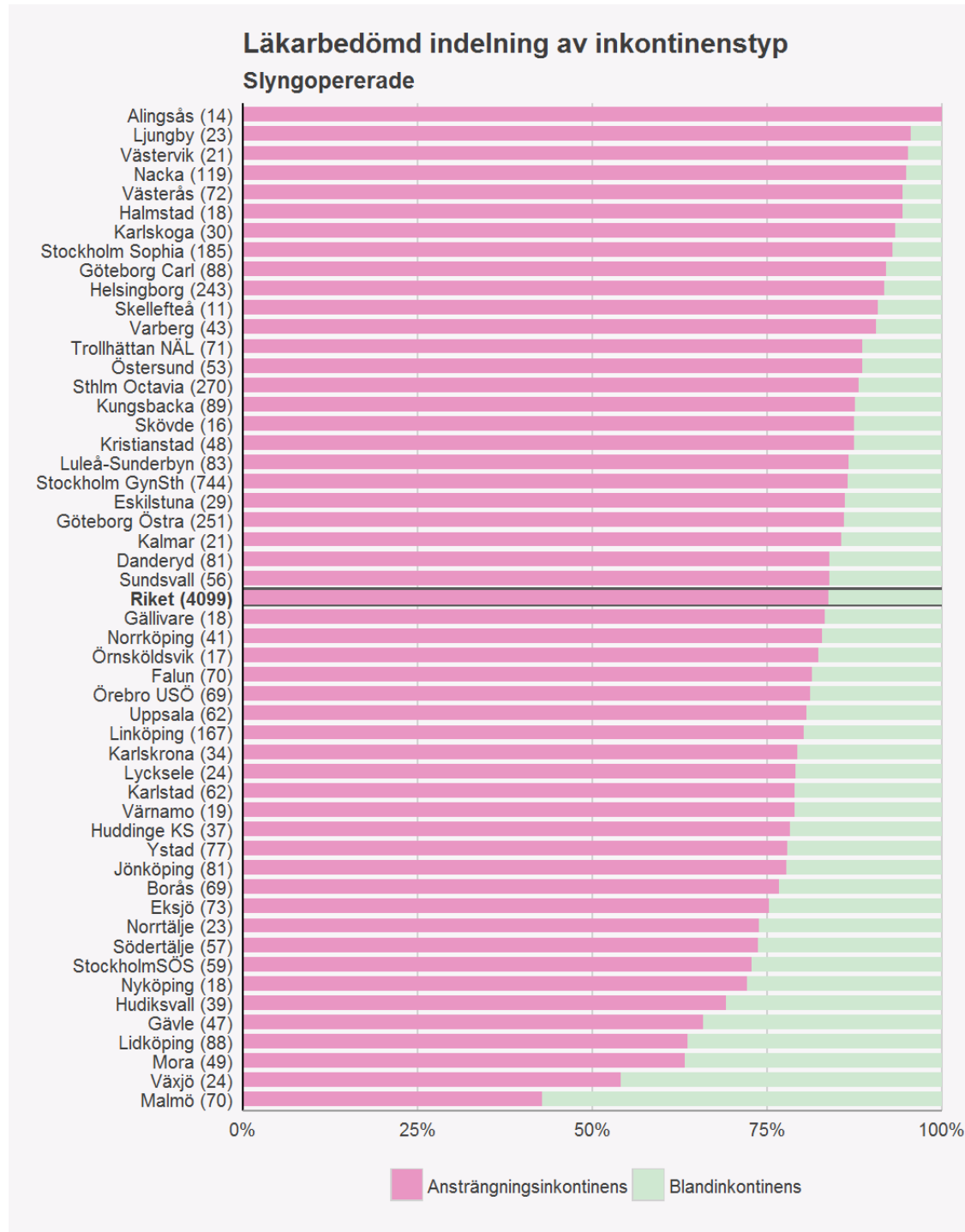


Figur 6. Andel patienter med BMI över 30 uppdelat per klinik.



Figur 7. Andel patienter med BMI över 30 fördelat på operationsmetod.

Blandinkontinens och trängningar

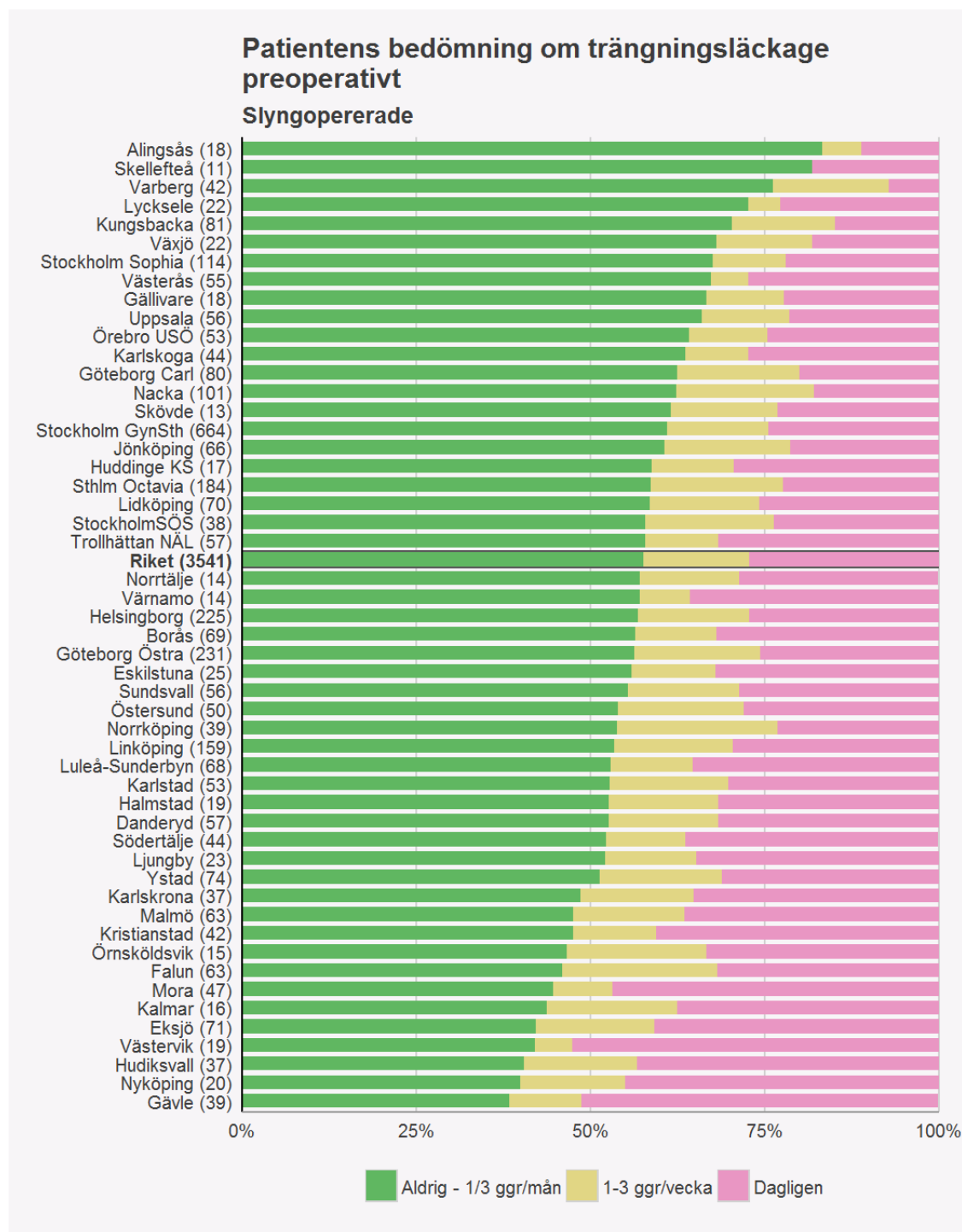


Figur 8. Inkontinenstyp, läkarbedömd inför operation

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.

I riket anger 16,2% att de har blandinkontinens.

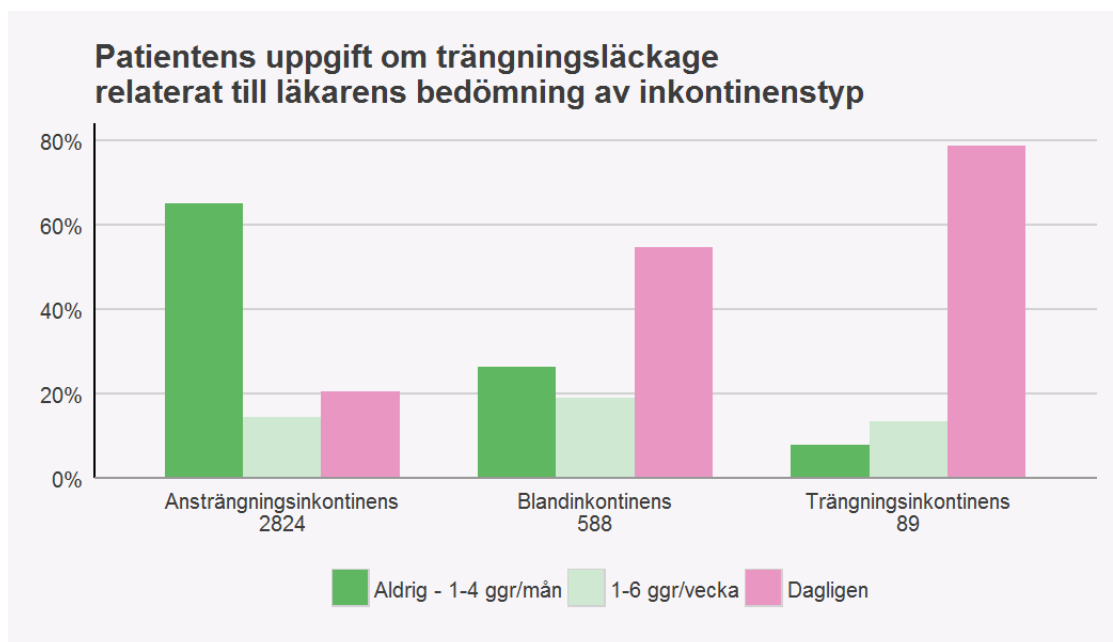
Patienternas egen redovisning ger en något annorlunda bild enligt figuren nedan.



Figur 9. Patientens uppgift om trängningsläckage från enkät preoperativt.

41 % av alla patienter uppger att de i någon grad har upplevt ett blandat läckage och 26 % 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 10. Patientens uppgift om trängningsläckage preoperativt relaterat till läkarens bedömning preoperativt.

Peroperativa data

Vilka operationsmetoder används?

Som tidigare är det slyngplastikerna som dominerar. Den klassiska, retropubiska TVT är vanligast förekommande med 51,6 % av alla inkontinensoperationer. Av obturator-metoderna står TVT-O för 18,6% och TOT för 21,9 % av alla inkontinensingrepp. Minislyngor (enbart i vagina) utgör 1,6 %. Utöver inkontinensslyngorna registrerades 92 periuretrala injektioner under 2017. De utgör 2,1 % av inkontinensingreppen.

Periuretral injektion

Periuretrala injektioner mot inkontinens skiljer sig från slyngoperationer genom att den används i större utsträckning vid andra indikationer än ansträngningsinkontinens och ansträngningsdominerad blandinkontinens. Ingreppet utförs ofta på mottagningen. Med största sannolikhet utförs många ingrepp utan att de registreras i GynOp. I årets rapport görs ett första steg att lyfta ut injektionsbehandlingarna ur de flesta figurerna för att inte förfälska resultaten av slyngoperationer på de enheter där man väljer att registrera sina periuretrala behandlingar. I den mån att fler behandlingar registreras kommer rapporten utvidgas för att visa resultaten.

Både GynOp och UR-ARG rekommenderar att man registrerar periuretral injektionsbehandling i GynOp, speciellt med tanken på att metoden är kontroversiellt.

Botox

Botoxinjektion intravesikalt vid idiopatisk, överaktiv blåsa skiljer sig från övrig inkontinenskirurgi och registret kommer att byggas ut med ett antal nya variabler, främst i

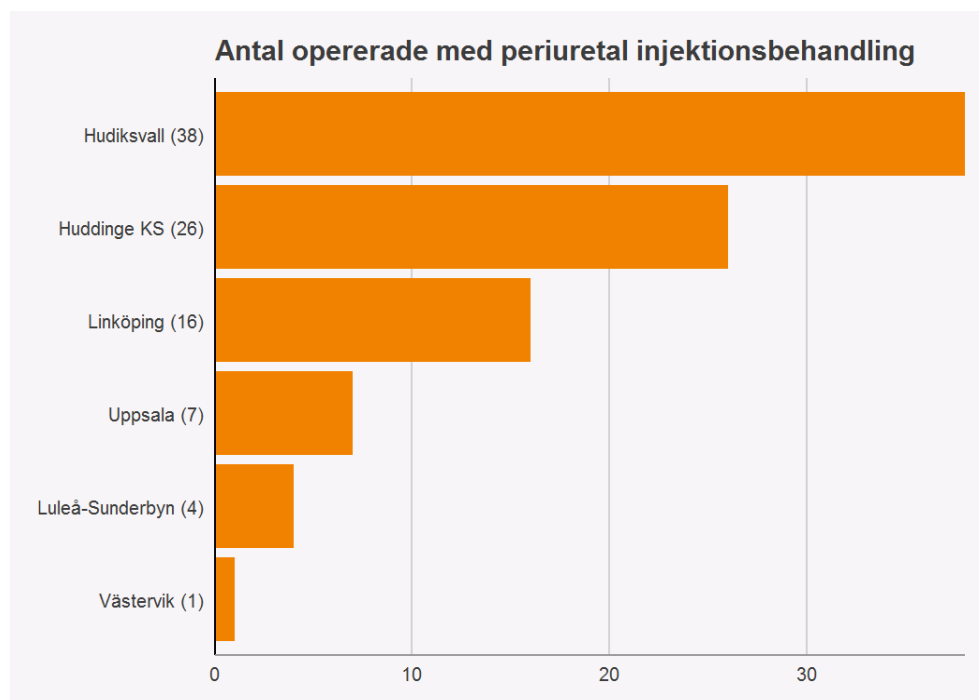
operationsformuläret, för att för dessa patienter skall kunna följas bättre. Uppgift om vilken metod som använts saknas för 1,1%.

En jämförelse med föregående år visas nedan

Tabell 1. Operationstyper mot föregående år

Operationstyp	Antal 2017	Andel (%) 2017	Antal 2016	Andel (%) 2016	
TVT		2298	51.6	2206	48.6
TVT-O		829	18.6	869	19.1
TOT		976	21.9	1208	26.6
Minislynga		71	1.6	59	1.3
Periuretral injektion		92	2.1	60	1.3
Botoxinjektion		141	3.2	74	1.6
Uppgift saknas		50	1.1	64	1.4

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



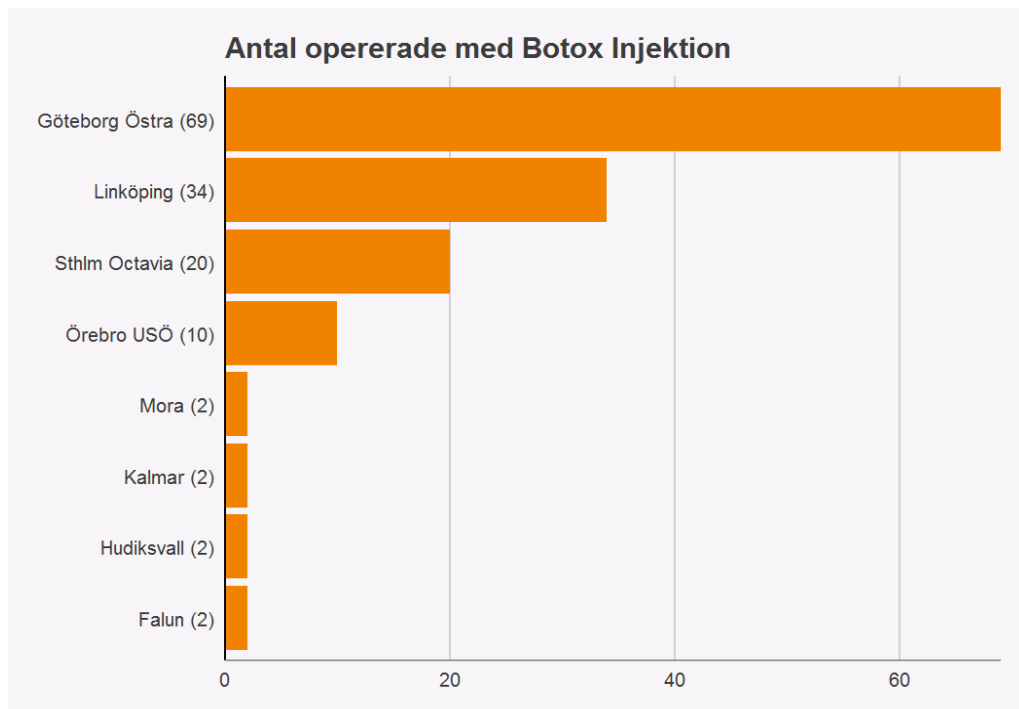
Figur 11. Antal opererade med periuretral injektionsbehandling vid inkontinensoperation år 2017.

Kommentar från Hudiksvall:

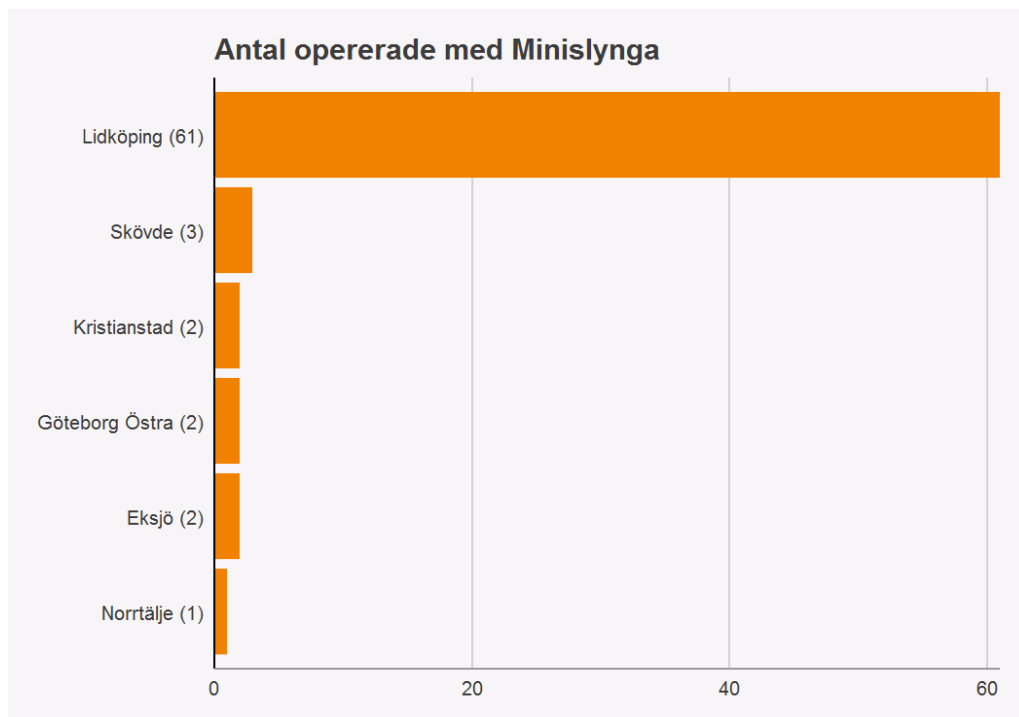
Injektionsbehandling med Bulkamid utförs sedan 2014 på indikation "stel uretra", som första reoperation vid otillräcklig effekt av en insatt slynga eller om man bedömer komplikations-

risken vid slyngoperation som stor (främst patienter med kroniska smärttillstånd och/eller bindvävssjukdom samt vid tidigare strålbehandling).

Resultaten varierar mellan patienterna där vissa svåra fall blir helt besvärsfria medan andra inte har någon effekt alls. Kontinuerlig kvalitetsuppföljning sker med hjälp av GynOp. Ansträngningsinkontinens opereras i regel med slynga.

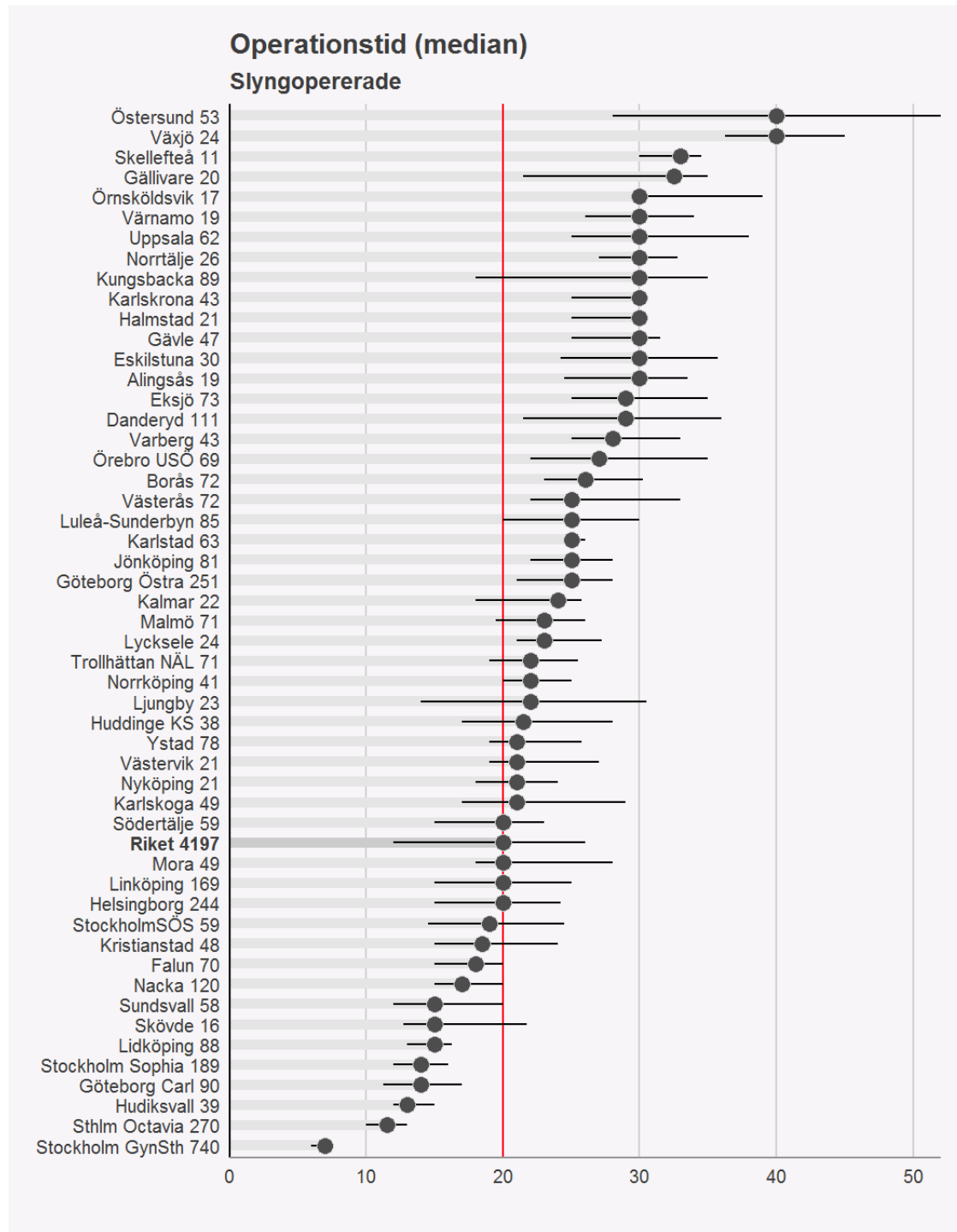


Figur 12. Antal behandlade med Botoxinjektion pga. inkontinens år 2017.



Figur 13. Antal opererade med Minislynga vid inkontinensoperation år 2017.

Operationstid



Figur 14. Medianoperationstiden för inkontinensoperationer år 2017.
Intervallet anger den 25:e samt den 75:e percentilen.

Vid jämförelse av operationstiderna väcks en del frågor. Vi mäter antagligen likadant, vilket varit en fråga som diskuterats en hel del efter senaste rapporten. Men hur kan den klart största och även snabbaste kliniken, där lokalbedövning används som rutin, ha en operationstid kring 8 minuter? När medianoperationstiden för riket är 20 min, hur kan det då ta 40 minuter på några kliniker? Vi fortsätter diskussionen och lär av varandra. Vilken tid är optimal?

Cystoskopi

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

Tabell 2. Cystoskopi relaterat till operationsmetod

	TVT	TVT-O	TOT	Minislynga	Periuretral injektion	Summa
Cystoskopi utfört	2204	40	13	5	84	2346
Cystoskopi ej utfört	91	789	962	66	7	1915
Summa	2295	829	975	71	91	4261

Vårdtid

Vårdtiderna 2017 är i flertalet fall mindre än 24 tim. och 96,3 % av patienterna skrivs ut på operationsdagen.

Tabell 3. Vårdtid efter operation, klassindelad

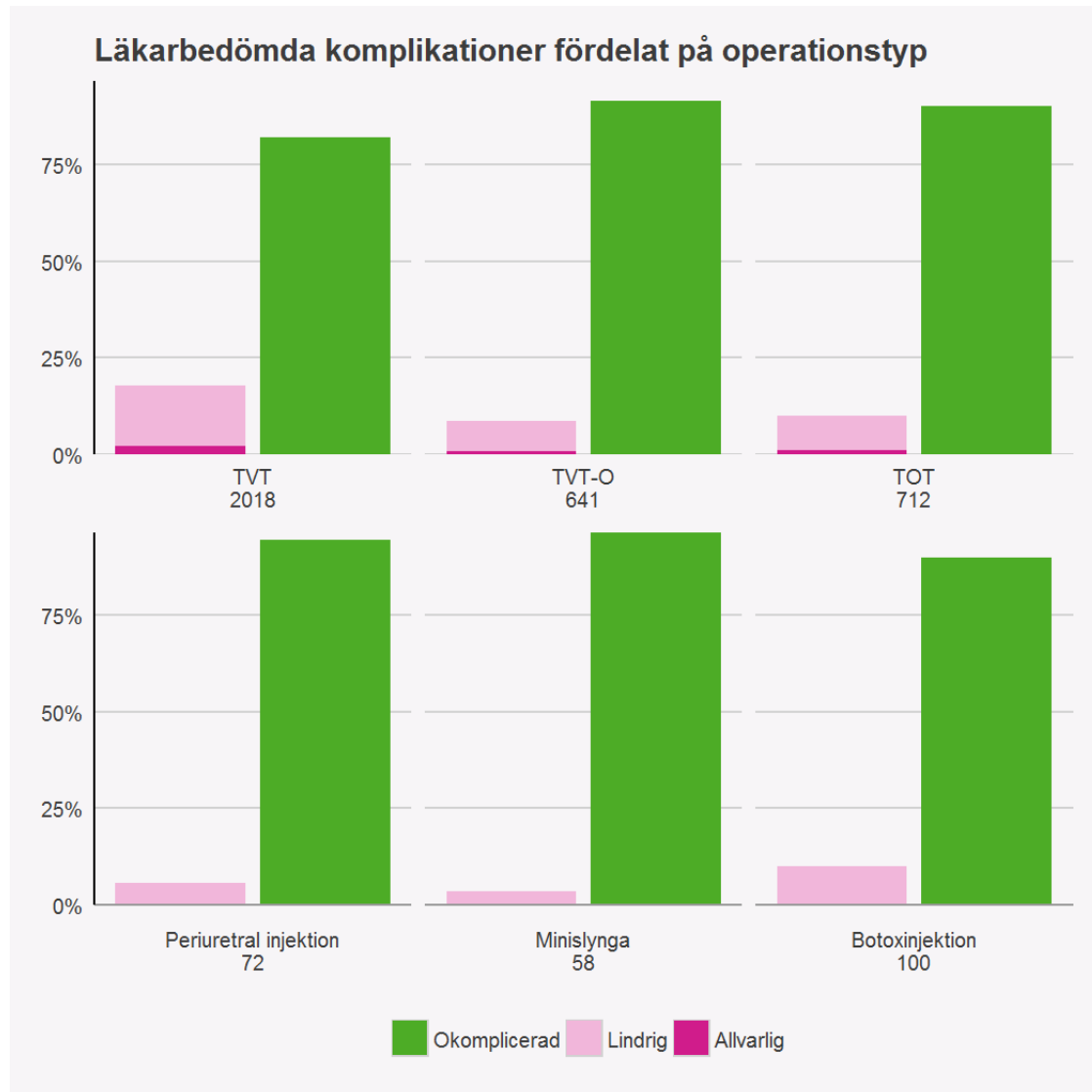
Vårdtid	Antal	(%)
Utskriven operationsdagen	4111	96.3
Utskriven dagen efter	130	3.0
Två eller tre vård dygn	20	0.5
Vårdtid längre än tre dygn	10	0.2

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd efter 8 veckor, för 3128 patienter som fick frågan och opererats 2017, var att över 86,3 % ansåg att vårdtiden var lagom lång, 5,4 % ansåg att den var för kort, 3,1 % att den var för lång och uppgift saknades från 5,2 %.

8-veckorsenkäten

Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten var 81 % för riket vilket är en ökning med 6%!

Komplikationer



Figur 15. Per- och postoperativ komplikation vid inkontinensoperation 2017.
(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

Allvarliga komplikationer

De allvarliga komplikationer som registrerats under 2017 var 51 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.

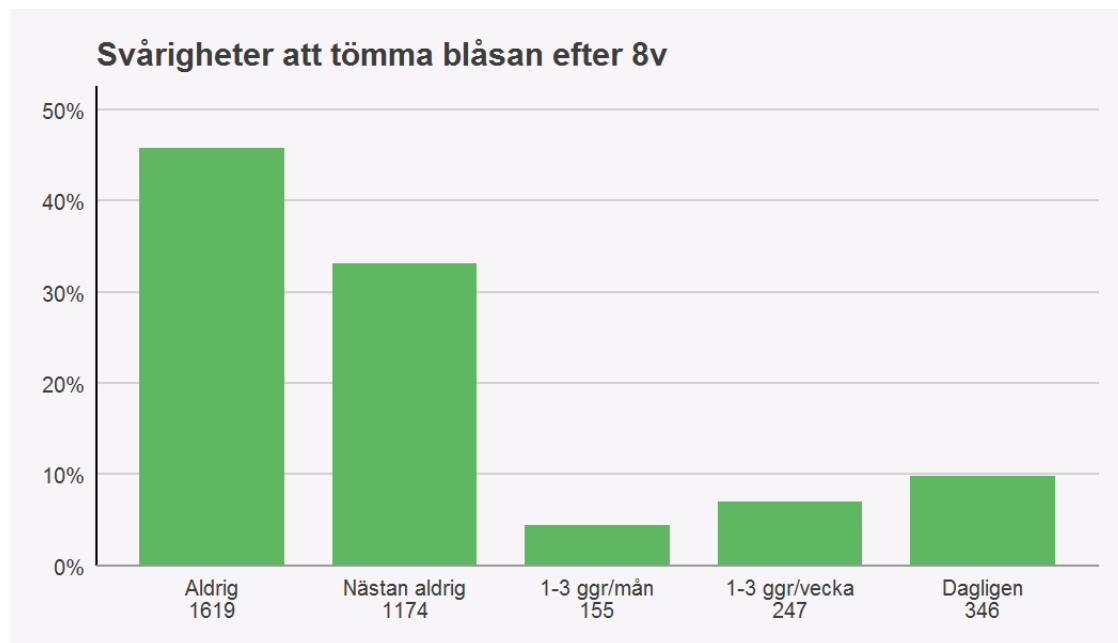
Endast 2 av fallen noterades peroperativt och 11 av dem under vårdtiden.

Ingen av dessa 40 hade en peroperativ blödning >150 ml. Efteråt rapporterades däremot ett fall med allvarlig intraabdominell blödning och två 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 blåsp perforationer.

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

Blåstömningsbesvär



Figur 16. Svårigheter att tömma blåsan efter 8v

En uppgift som tidigare efterfrågats var en redovisning av hur många patienter som haft postoperativa blåstömningsbesvär. Nästan 10% uppger dagliga sådana. Frågor som uppstår är: Finns 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.

Infektioner

Av de 2967 standardpatienter som opererats 2017 fick 78 % antibiotikaprofylax och 22 % fick det inte.

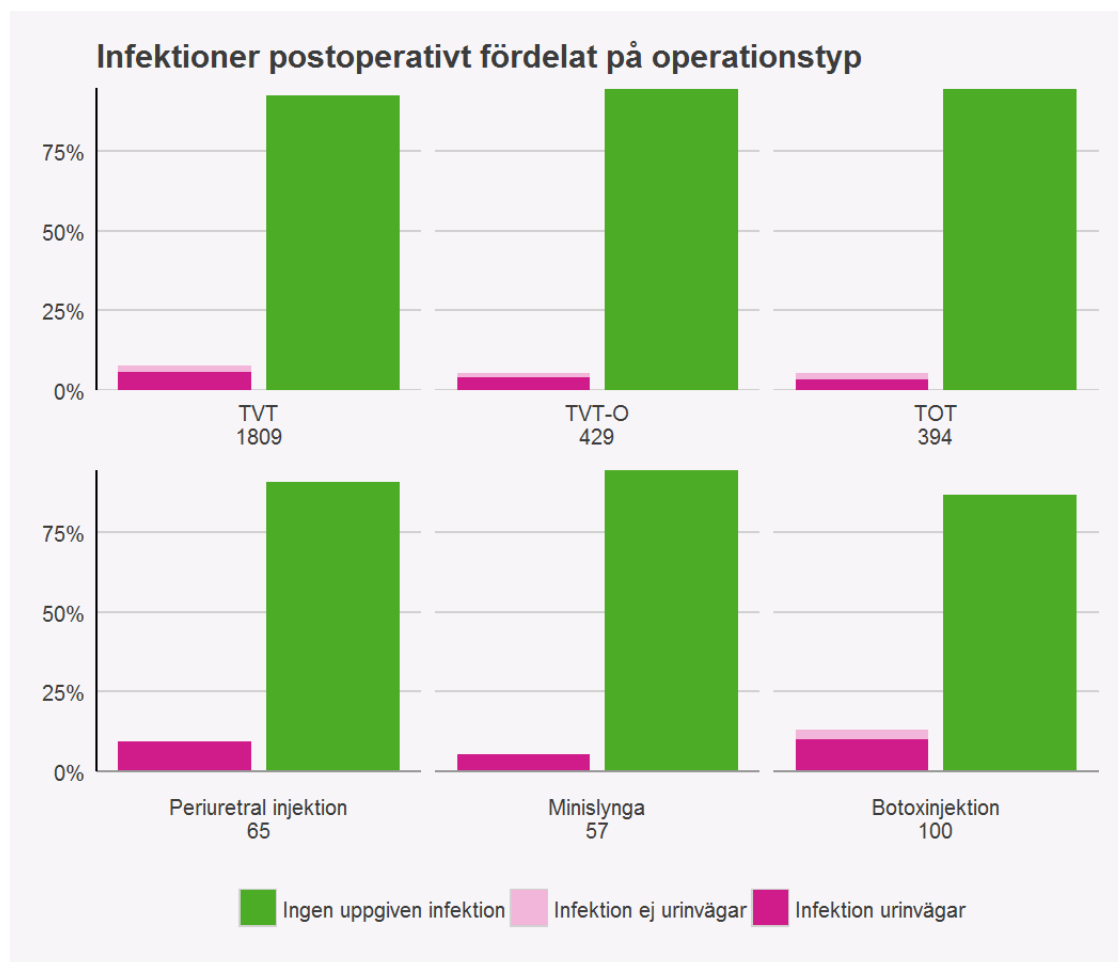
Skillnaden beror huvudsakligen på skiftande rutiner mellan klinikerna. De flesta kliniker ger antibiotikaprofylax regelbundet, men 6 kliniker utmärker sig genom att ge antibiotikaprofylax i färre än 30 % av fallen.

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

De försiktiga slutsatser som kan dras är att det är ovanligt med postoperativa infektioner. endast 3,6 % fick UVI och 1,7% fick övrig infektion

Det tycks inte vara någon skillnad mellan operationsmetoderna.

Det går inte se någon säker skillnad mellan profylax och icke profylaxgruppen ($\chi^2 = 0.31$, $p = 0.86$). Detta påstående behöver verifieras i en något större kohort över åren, men skulle kunna leda till en förändrad rekommendation.



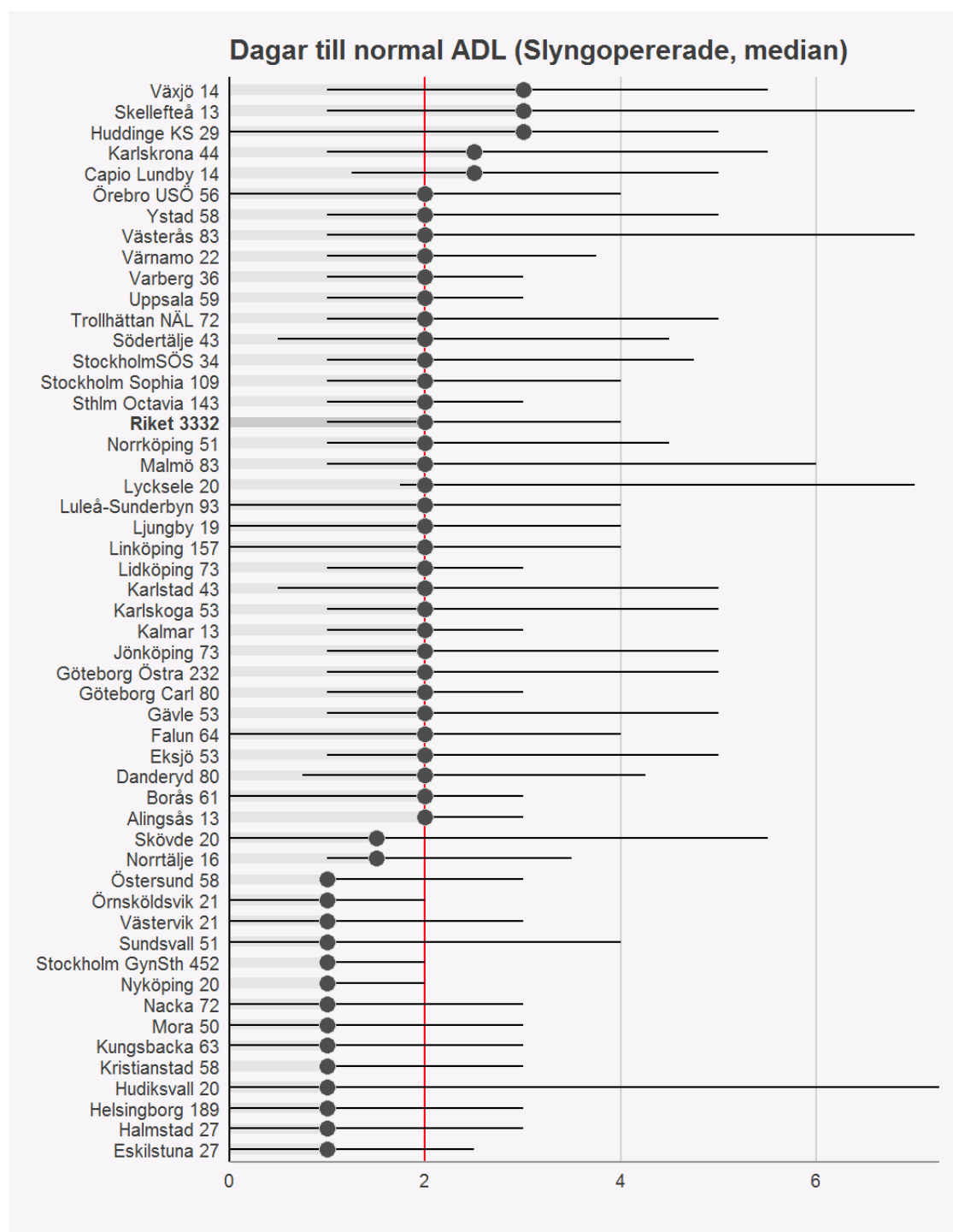
Figur 17. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.

Tabell 4. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.

Infektion	Antibiotikaprofylax given	Antibiotikaprofylax ej given
Ingen uppgiven infektion	2201 (92,9%)	473 (93,5%)
Uppgiven infektion	169 (7,1%)	33 (6,5%)

ADL

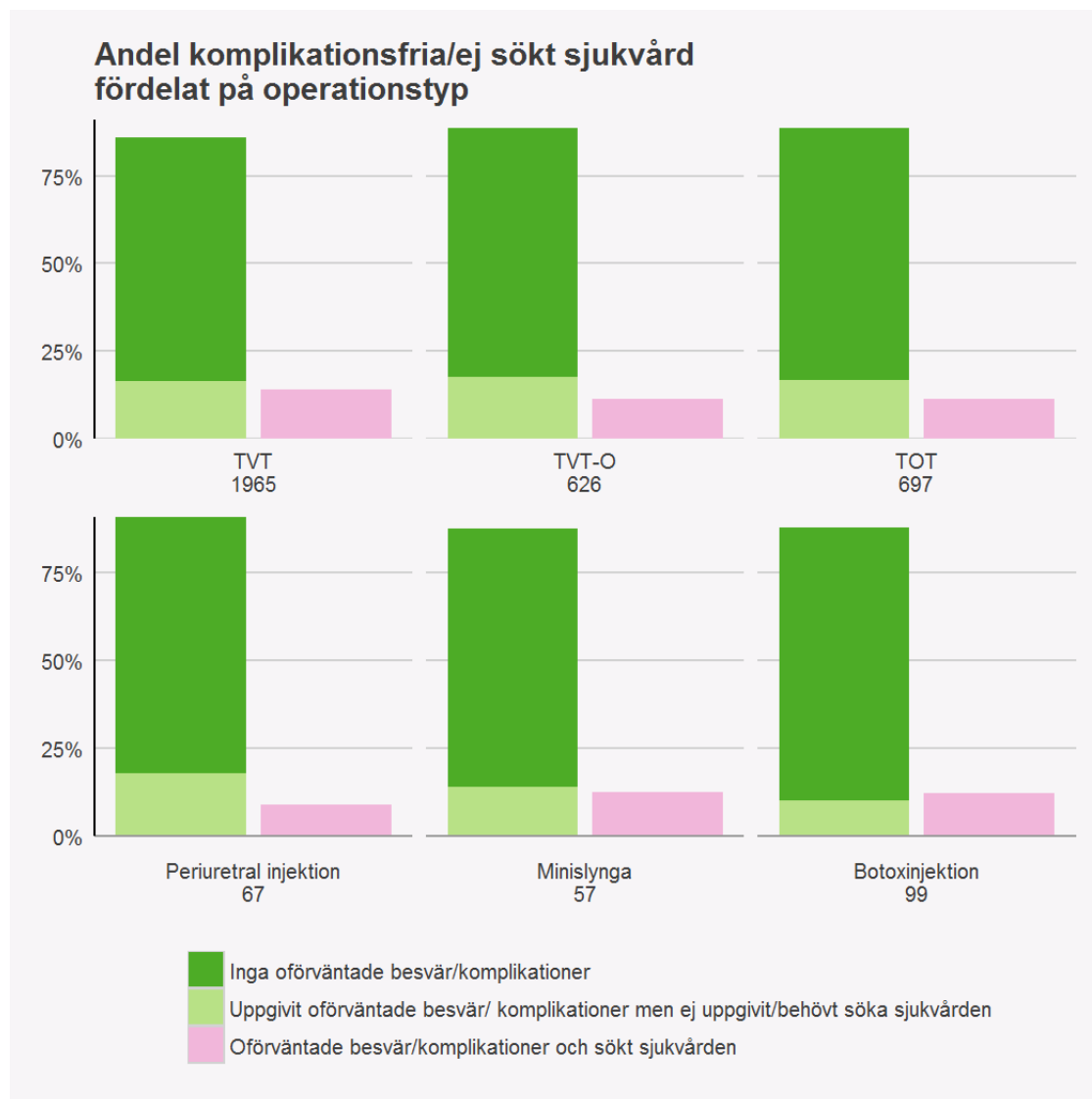
Vid 8-veckorsenkäten tillfrågas patienterna också om när de återfick sin normala ADL. Medelvärdet för återkommande av normalt ADL var 2 dagar, med klinikvariation på 1-4 dagar. 23,3 % hade redan första postoperativa dagen återgått till det normala, 92,2 % inom en vecka och 98 % inom två veckor. Fördelningen gällande standardpatienter på respektive sjukhus utföll enligt följande figur:



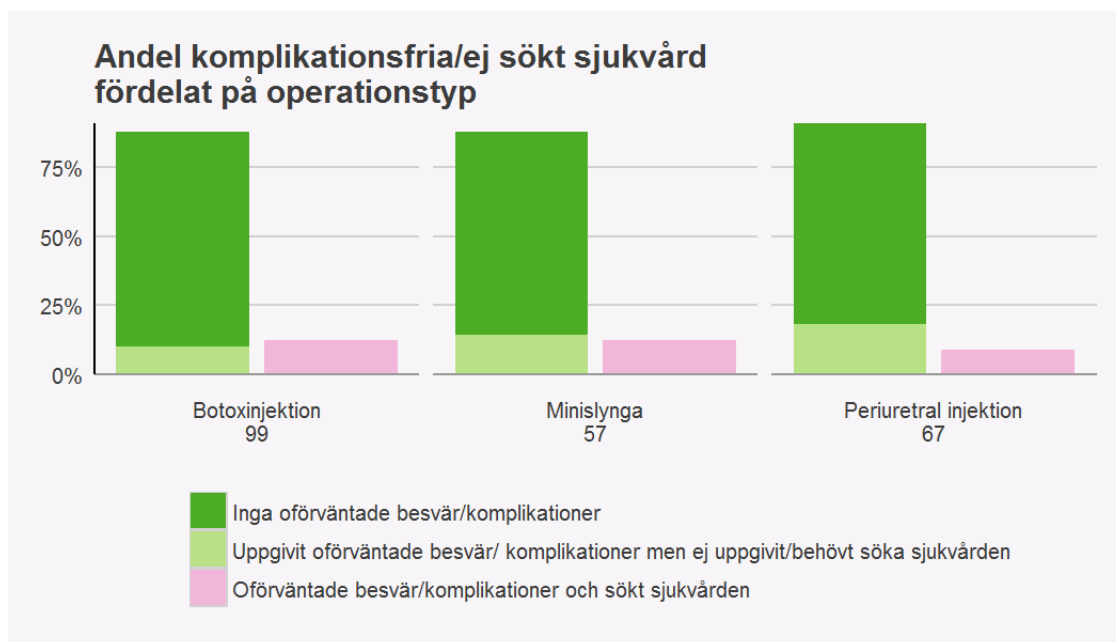
Figur 18. Dagar till normal ADL (slyngopererade, median). Intervallet anger 25:e samt 75:e percentilen.

Vården i siffror

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 ses fördelning för respektive operationsmetod.

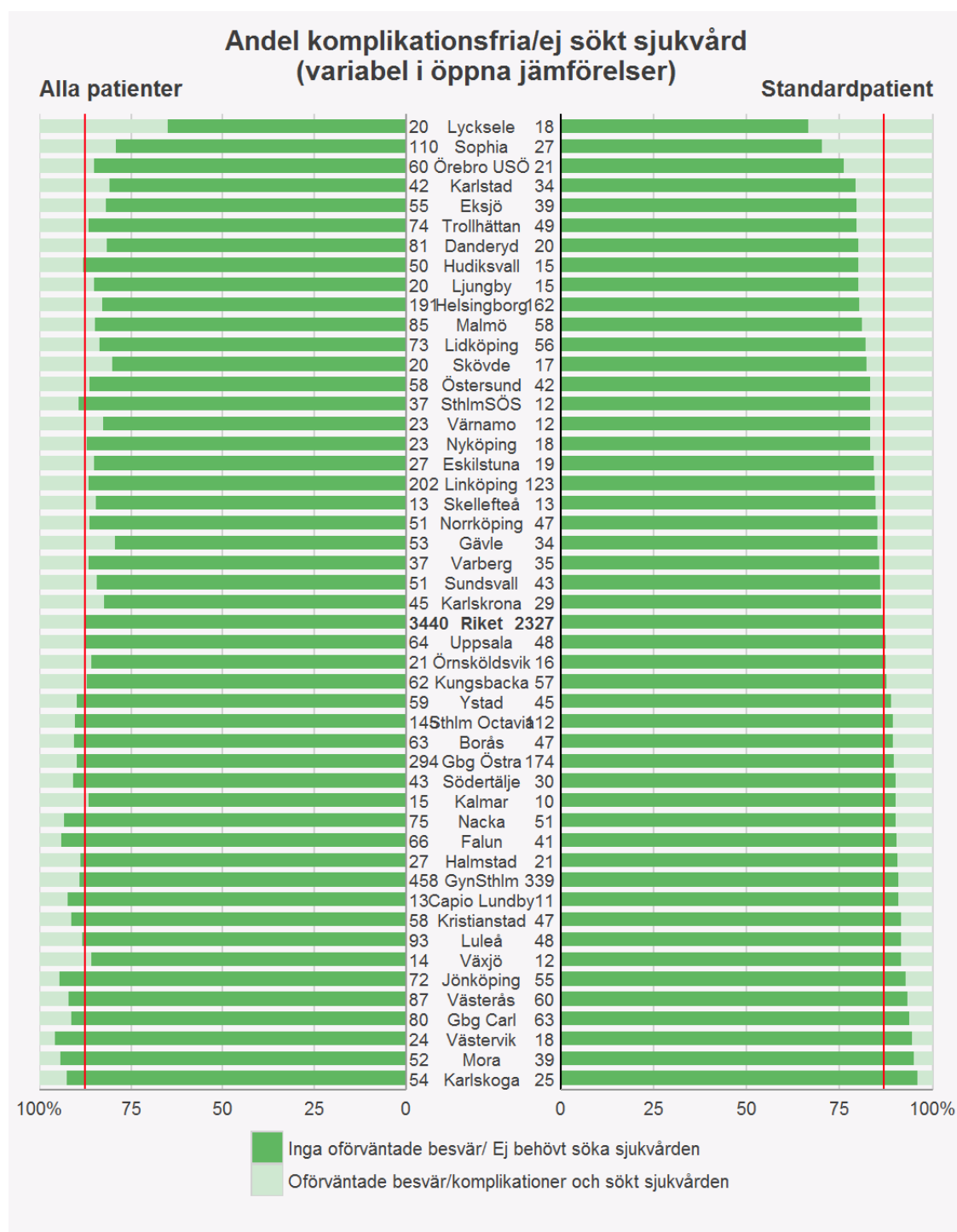


Figur 19. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten varit komplikationsfri och ej behövt söka sjukvård efter utskrivning.



Figur 20. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten varit komplikationsfri och ej behövt söka sjukvård efter utskrivning.

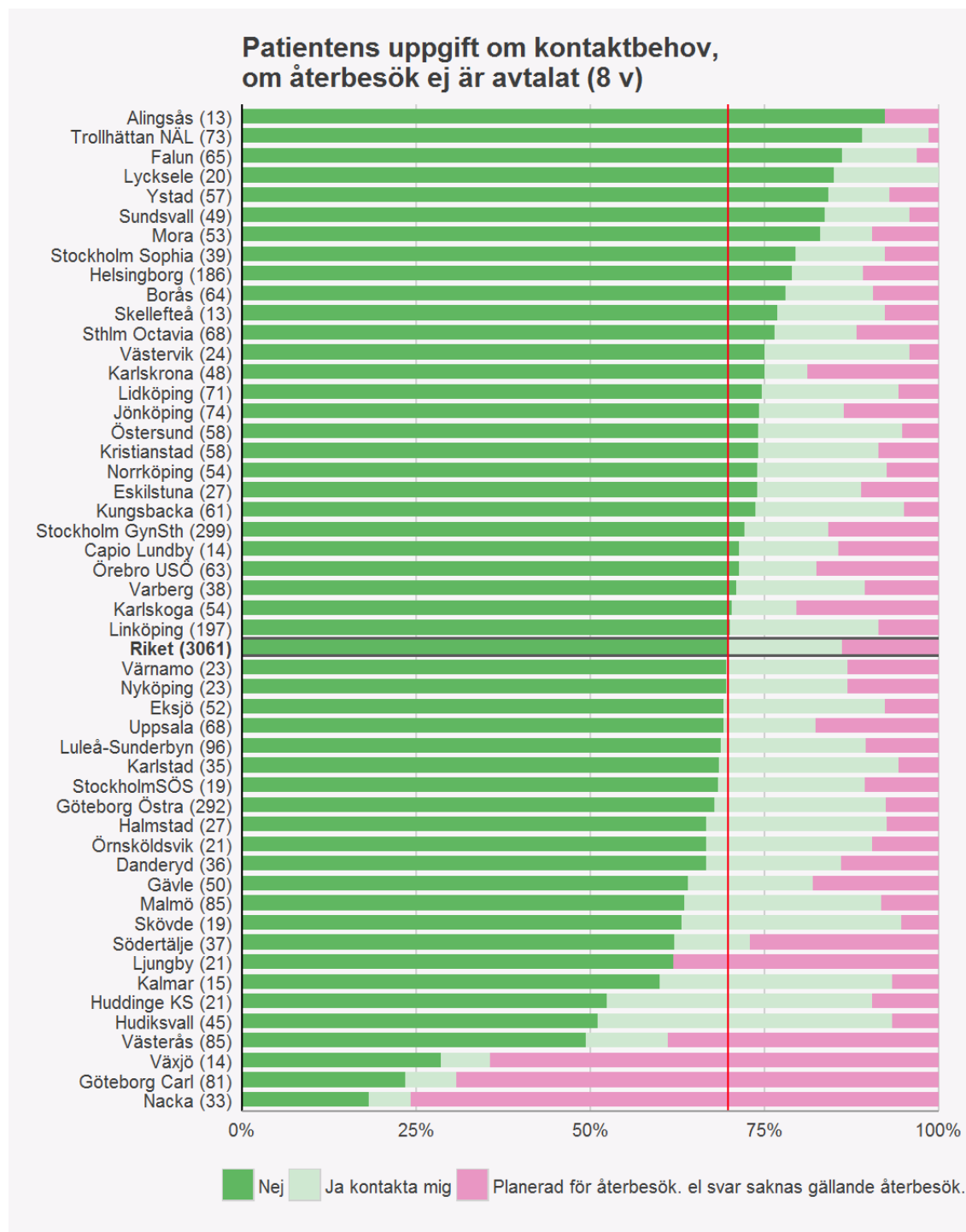
I nästa figur ser vi hur variabeln är fördelad på sjukhus för såväl totalantal patienter som standardpatienter.



Figur 21. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten 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 22. Patientens önskemål om kontakt efter 8 veckor, för de som ej har planerat återbesök efter operationen.

Klinikens agerande på patientönskemål om kontakt

För de patienterna som har uttryckt önskemål om att bli kontaktade (visas med ljusgrönt i föregående figur) så har 534 patienter (87%) kontaktats, 34 st har markerats som "ingen åtgärd" och för resterande 7% (34 patienter) saknas enkätbedömning. Rutinerna för att kontakt patienter som önskar kontakt verkar fungera bra på de flesta klinikerna. Det är bara någon enstaka klinik som har fler än en patient där man ej fyllt i bedömningen, när patienten önskat kontakt. Förhoppningsvis har de patienterna blivit kontaktade trots att det inte är registrerat i GynOp.

1-årsresultat - inkontinensoperationer utförda år 2016

Svarsfrekvensen för 1-årsenkäten var 73 % för riket.

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

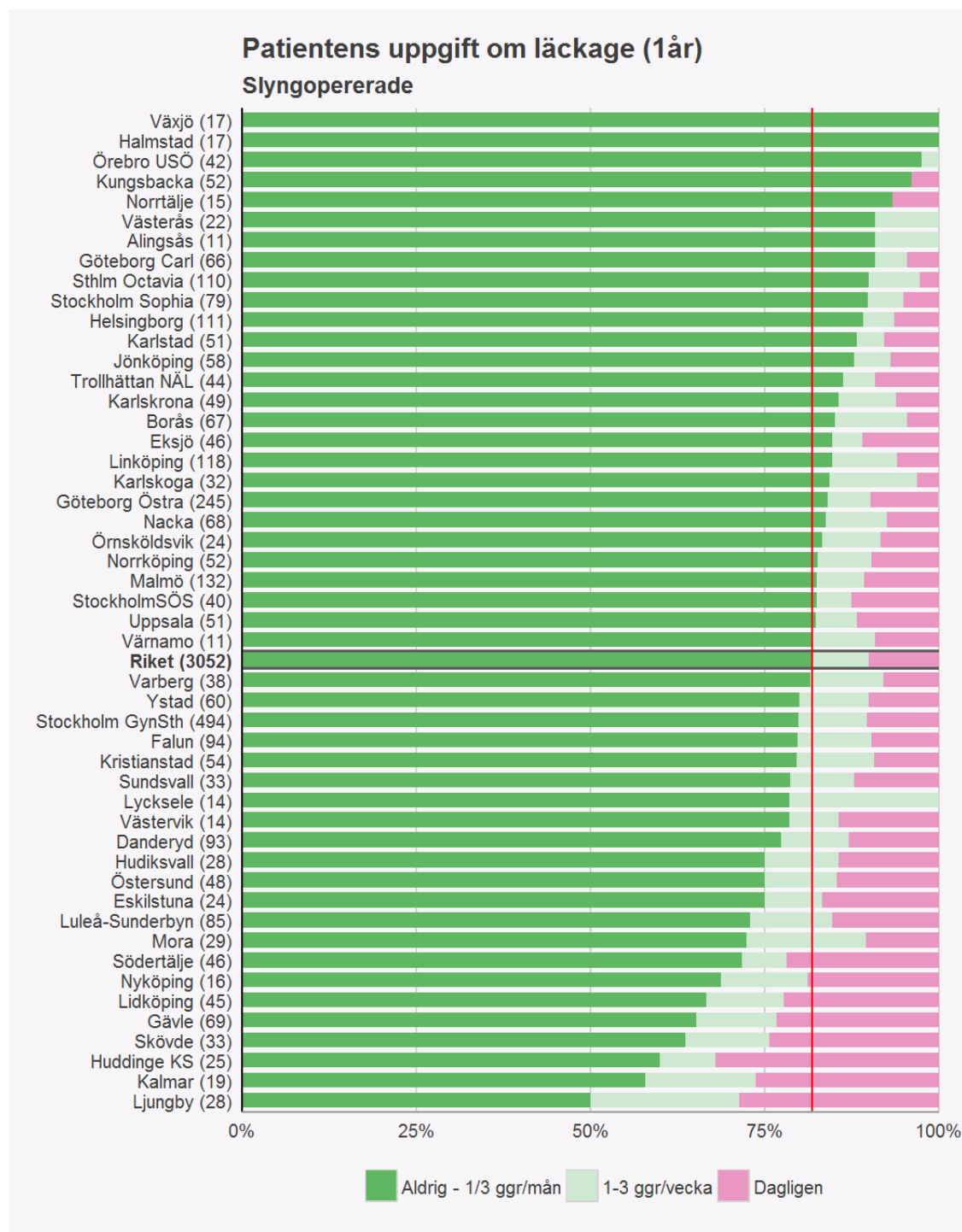
Läckage

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 per vecka/dagligen.

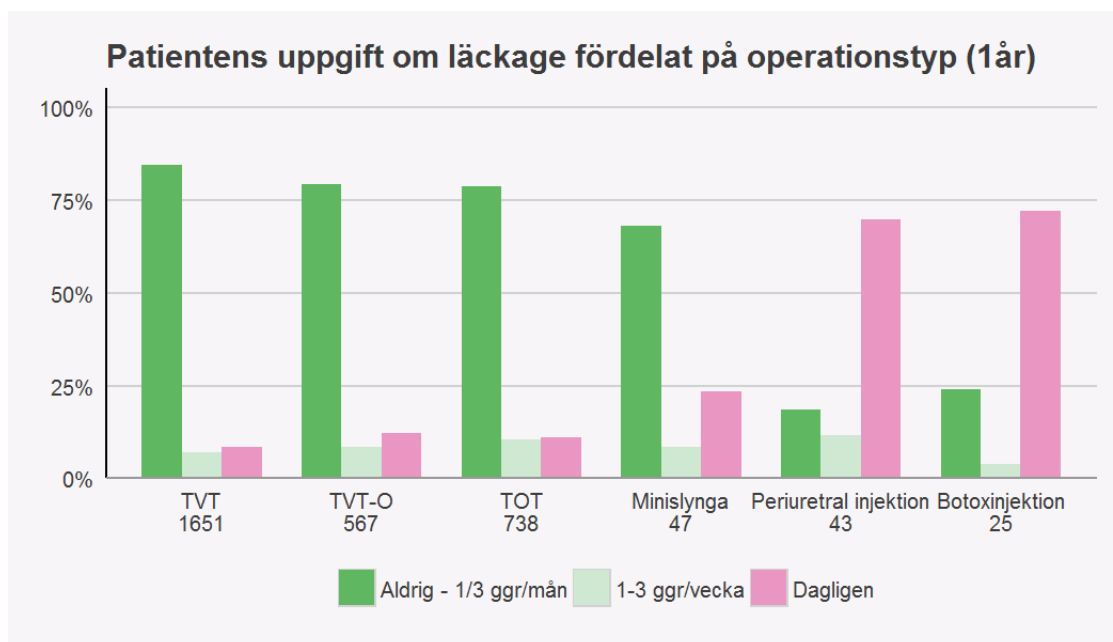
Denna variabel ingår också i Vården i siffror och då är det värdet på den mörkare gröna stapeln som visas.

Det totala utfallet för alla opererade 2016 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 uppnår motsvarande resultat.



Figur 23. Urinläckage ett år efter operation, patienter opererade år 2016.



Figur 24. Resultat 1 år efter operation, patienter opererade år 2016.

Tabell 5 Uppgift om läckage fördelat på operationstyp.

Operation	Aldrig - 1/3 ggr/mån	1-3 ggr/vecka	Dagligen	Totalt
TVT	1392 (84%)	117 (7%)	142 (9%)	1651
TVT-O	450 (79%)	48 (8%)	69 (12%)	567
TOT	580 (79%)	77 (10%)	81 (11%)	738
Minislynga	32 (68%)	4 (9%)	11 (23%)	47
Periuretral injektion	8 (19%)	5 (12%)	30 (70%)	43
Botoxinjektion	6 (24%)	1 (4%)	18 (72%)	25
Totalt	2468 (80%)	252 (8%)	351 (11%)	3071

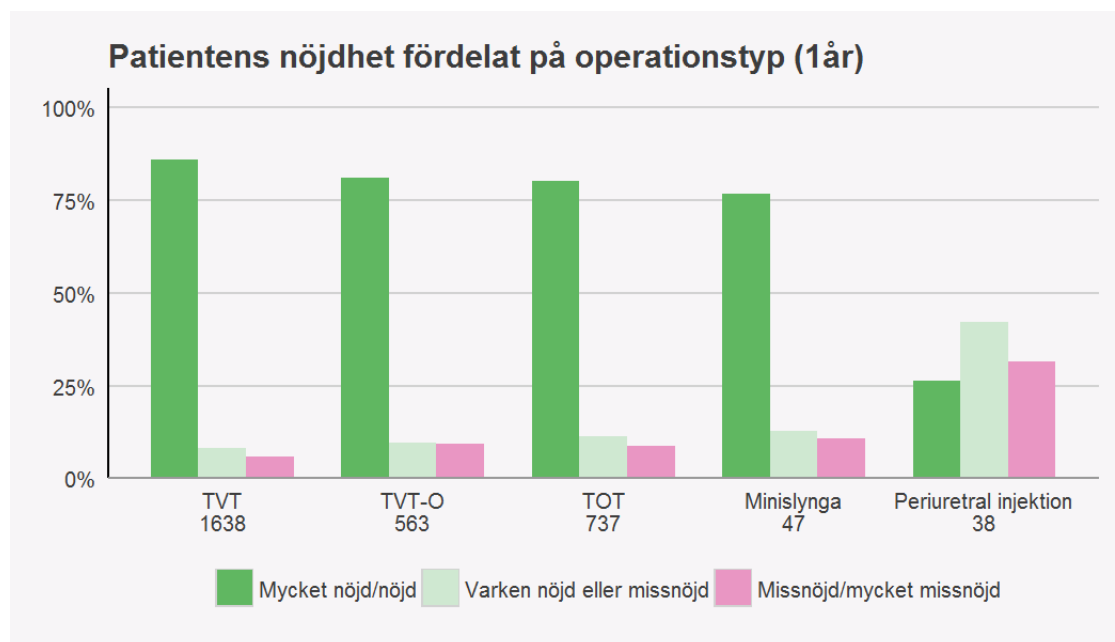
Ett chi2-test visar att det finns ett signifikant beroende mellan typ av slyngoperation och utfallet 1 år efter operation (Chi2 = 25.63, p = 0,001).

Nöjdhet

Det andra utfallsmåttet uttrycker patienternas nöjdhet med ingreppet efter ett 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 2016 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 obturator teknikerna men ett drastiskt mycket sämre resultat för periuretral injektion.

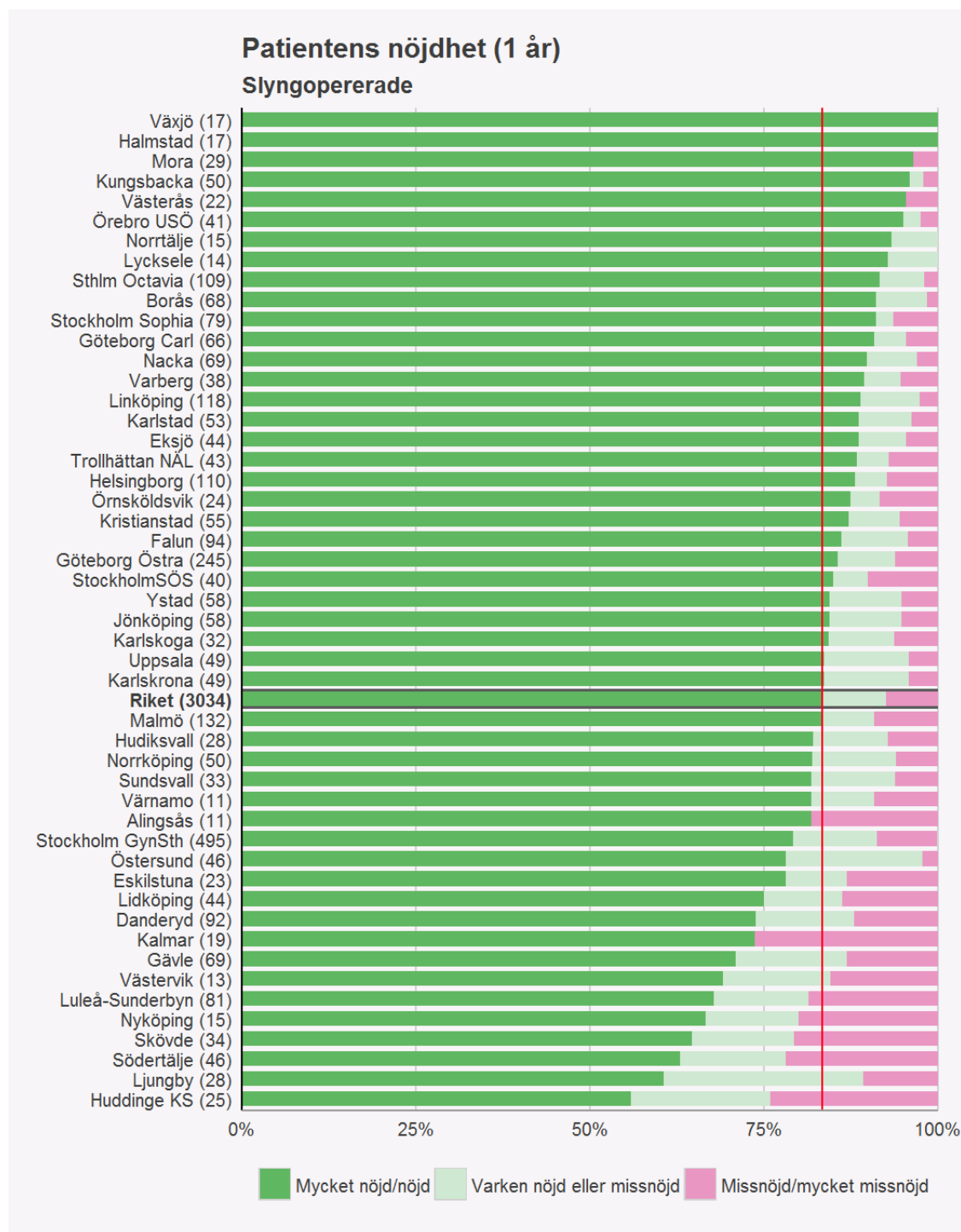


Figur 25. Patientens nöjdhet med resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2016.

Tabell 6. Patientens nöjdhet fördelat på operationstyp.

Operation	Mycket nöjd/nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd/mycket missnöjd	Totalt
TVT	1407 (86%)	133 (8%)	98 (6%)	1638
TVT-O	456 (81%)	54 (10%)	53 (9%)	563
TOT	590 (80%)	83 (11%)	64 (9%)	737
Minislynga	36 (77%)	6 (13%)	5 (11%)	47
Periuretral injektion	10 (26%)	16 (42%)	12 (32%)	38
Totalt	2499	292	232	3023

Resultaten för nöjdhet jämfört mellan klinikerna visas nedan.



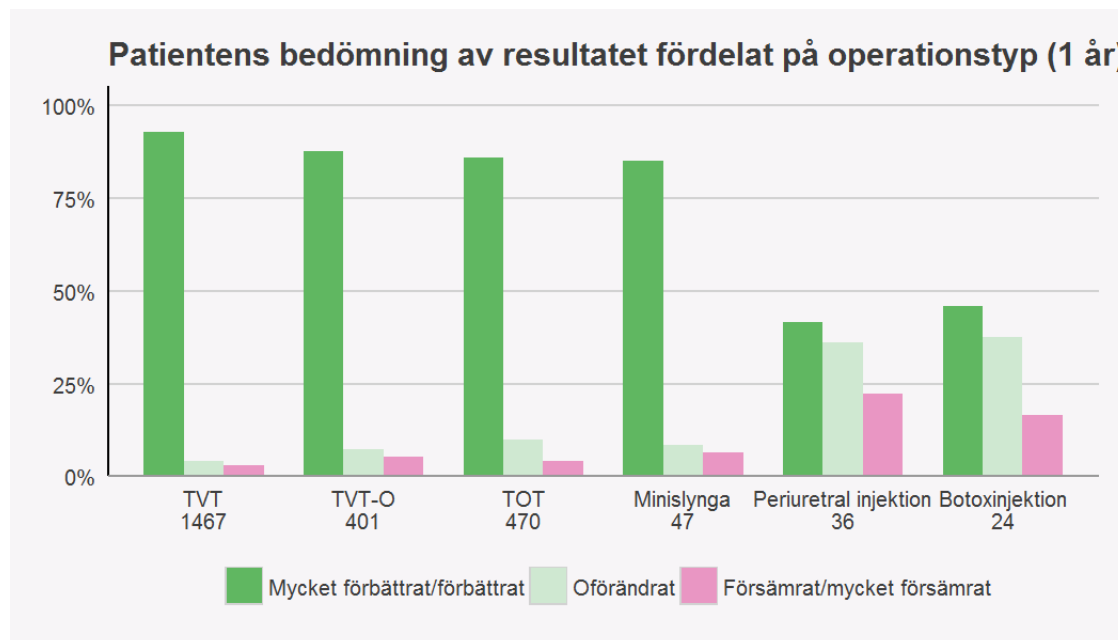
Figur 26. Patientens nöjdhet med resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2016.

Förbättring

Det sista utfallsmåttet anger i hur stor andel patienterna tycker att de blivit förbättrade.

Även detta mått redovisas i tre kategorier och för hela gruppen (n=1515) patienter opererade 2016 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.

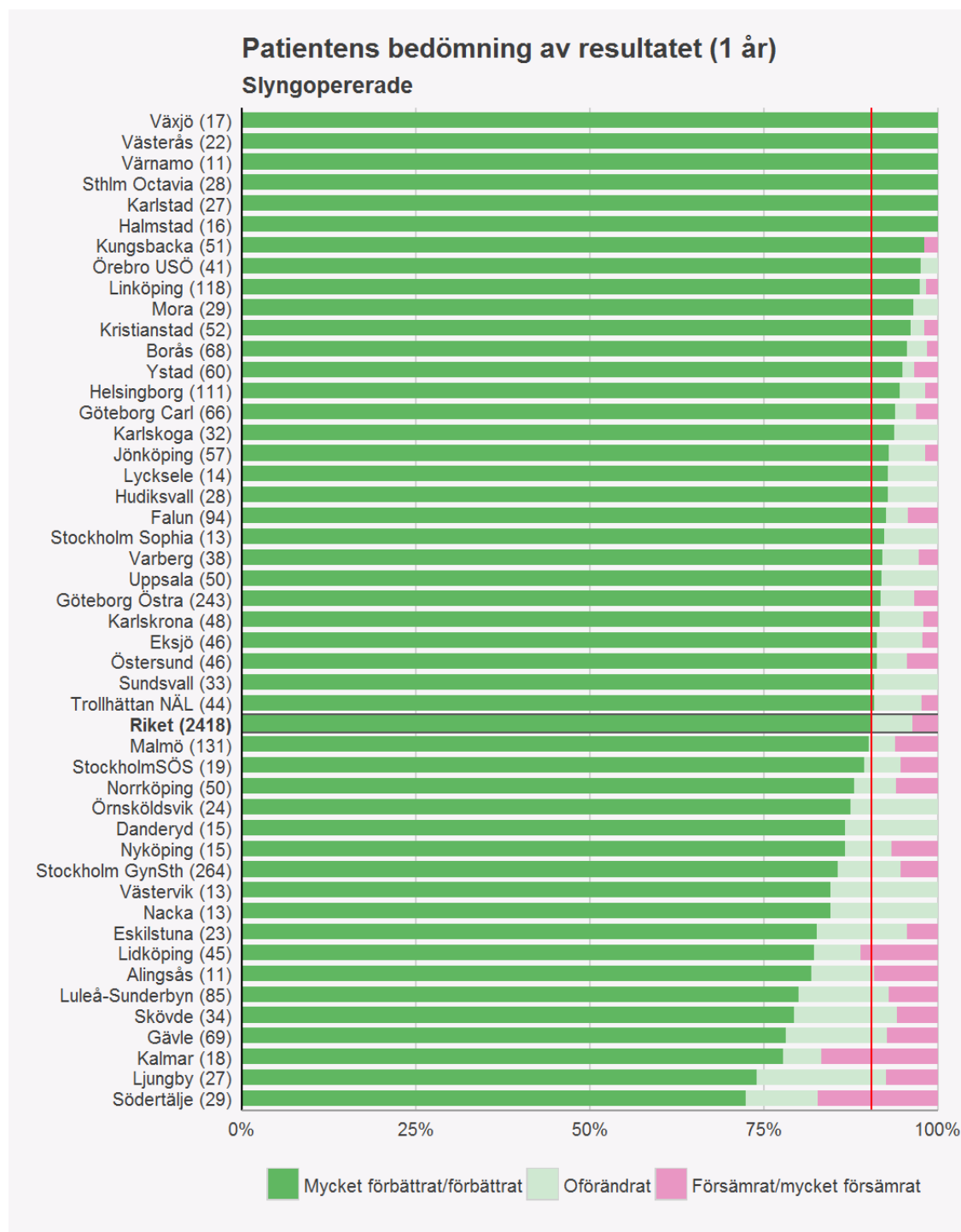


Figur 27. Patientens resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2016.

Tabell 7. Patientens resultat fördelat på operationstyp.

Operation	Mycket förbättrat/ förbättrat	Oförändrat	Försämrat/ mycket försämrat	Totalt
TVT	1362 (93%)	61 (4%)	44 (3%)	1467
TVT-O	351 (88%)	29 (7%)	21 (5%)	401
TOT	404 (86%)	47 (10%)	19 (4%)	470
Minislynga	40 (85%)	4 (9%)	3 (6%)	47
Periuretral injektion	15 (42%)	13 (36%)	8 (22%)	36
Botoxininjektion	11 (46%)	9 (38%)	4 (17%)	24
Totalt	2183 (45%)	163 (3%)	99 (2%)	2445

Fördelat på klinik ser resultatet ut enligt nedanstående figur:



Figur 28. Patientens bedömning av resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2016.

Kommentarer

Detta års inkontinensrapport är min första som registeransvarig för inkontinenskirurgin. I stort sett har jag enbart gjort mindre förändringar jämfört med förra årets rapport, således bjuder årets rapport inte på några dramatiska överraskningar, utan ger en bild av hur inkontinenskirurgin i Sverige fortsatt fungerar väl.

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

Även jag vill understryka vikten av att behålla höga svarsfrekvenser, för en hög validitet av data.

Frågor som väckts i år är:

Skall vi mer systematiskt utvärdera antibiotikaprofylax? Antibiotikaprofylax verkar inte spela någon roll för infektionsrisken. I år var det till och med något färre infektioner i patientgruppen utan profylax än i profylaxgruppen även om skillnaden inte var signifikant. (Förra året var det tvärtom.)

Hur förbättrar vi informationen mellan patient och läkare kring blandinkontinens? Stora skillnader finns i uppfattningen.

En stor fråga är hur vi kan få in fler patienter behandlade med Botox- och periuretral injektion i registret. Jag hoppas att en framtida fokusering i årsrapporten även på de patienterna kan bidra till högre registrering.

UR-ARG rekommenderar starkt att alla registrerar och följer upp sina behandlingar i GynOp.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Aktiviteter i dagliga livet: toalettbesök, dusch, äta, dricka, på- och avklädning, handla, laga mat, städa.
Blandinkontinens	Besvär av både tränings- och ansträngningsläckage
Blåsp perforation	En oavsiktlig stickskada genom urinblåsans vägg t ex i samband med att TVT-bandet appliceras
Botoxbehandling	Behandling vid svår trängningsinkontinens (urinläckage orsakat av ökad motorisk aktivitet i blåsans muskelvägg), kan användas när annan behandling inte varit effektiv.
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 ger hälso- och sjukvårdspersonalen 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.
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 symfyssen 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
Validitet	Betydelsen av insamlade data för det givna problemet och/eller mätinstrumentets förmåga att mäta det man avser att mäta. De insamlade svaren måste dessutom verkligen säga något om det som utredningen avser att visa.