



Årsredovisning avseende adnexoperationer år 2014

Återrapport från Gynop-registret

*Författare: Mathias Pålsson, registeransvarig adnexregistret, Sahlgrenska universitetssjukhuset,
Göteborg*

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUERAD JULI 2015**

Innehållsförteckning

Introduktion	2
Standardpatienter och operationsvolymmer	2
Operationssätt	4
PAD	7
Vårdtid.....	9
Komplikationer.....	12
Postoperativa infektioner	16
Hur sköter vi kontakten med våra patienter?	17
Datakvalitet	18
Patientvärderat resultat.....	20
Akuta operationer	21
Entryteknik vid laparoskopi.....	22
Sammanfattning.....	25
Ordlista.....	26

Introduktion

I förra årsrapporten lanserades "standardpatient adnex" och i princip alla figurer presenterade utfallet för standardpatienterna. I förevarande rapport kommer flera av figurerna även att innehålla utfallet för alla adnexpatienter. På så vis kan man skaffa sig en uppfattning huruvida utfallet skiljer sig mellan dessa två grupper. Standardpatienterna utgörs alltså 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.

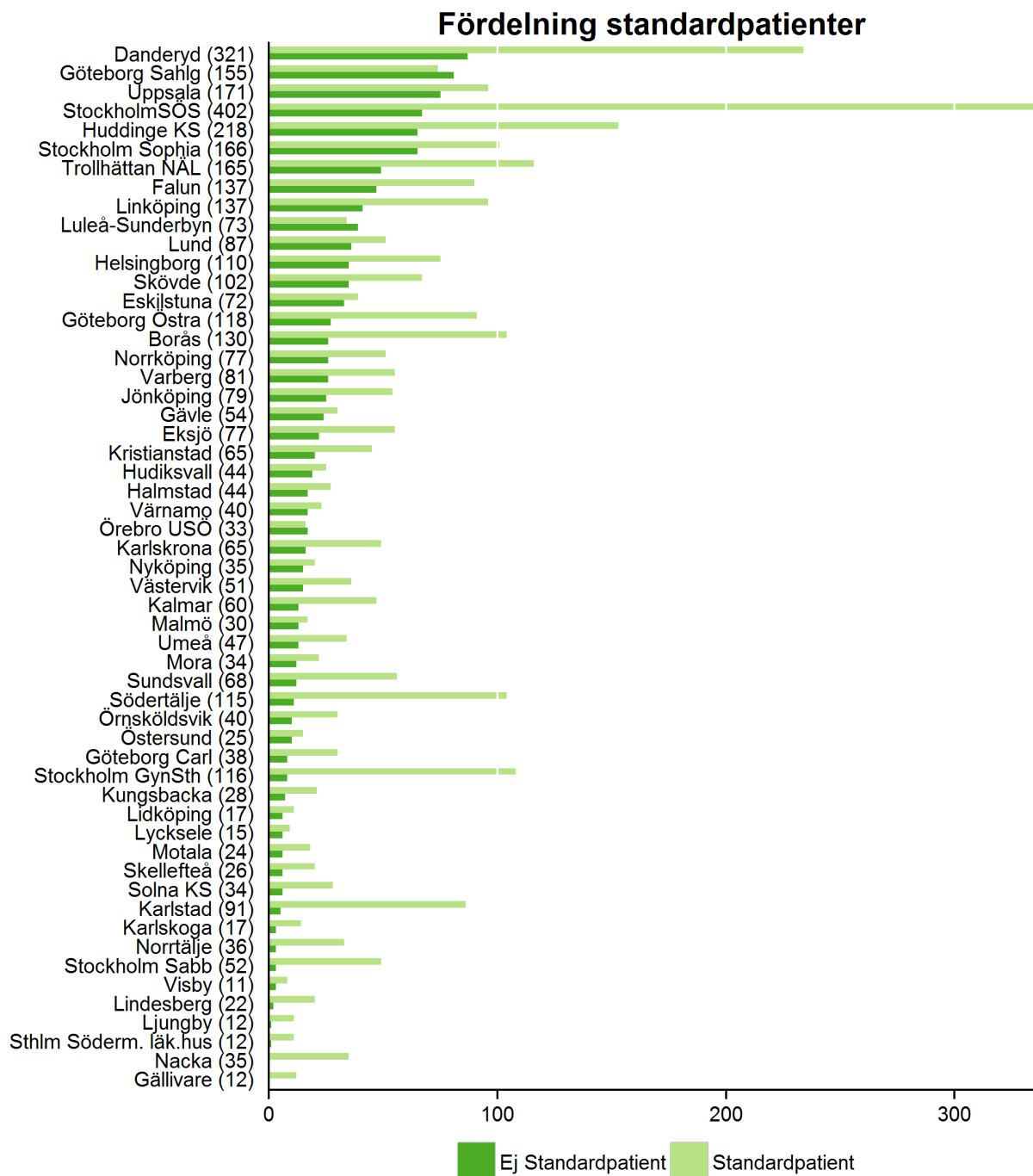
Figurerna i årsrapporten går att få ut i Rapportgeneratoren för respektive klinik genom att använda förvalet "standardrapport". Jämförelse kan ske mot riket.

Avseende operationsvolymerna så innehåller det alla kvinnor opererade under 2014. I de utfall som använder data från 8-veckorsenkäten har perioden 2013-09-01-2014-09-01 använts och resultat från 1-årskäten har använt perioden 2012-09-01-2013-09-01. Detta är för att inte få för stort bortfall bara p.g.a att patienterna inte har hunnit få enkäten eller doktorn inte hunnit bedöma den.

Som vanligt presenteras bara resultat för de kliniker som har 10 eller fler patienter med.

Standardpatienter och operationsvolym

Som framgår av figur 1 har de flesta kliniker en fördelning som innebär att det är fler standardpatienter än icke-standardpatienter. Framförallt ser man att de kliniker som är bra på att inkludera akuta patienter har en tydlig positiv fördelning, vilket kan förväntas då den akuta patienten i de flesta fall är ung, frisk och opereras för graviditetsrelaterade besvär (extrauterin graviditet). I figuren ses också tydligt den enorma variation i operationsvolym (registrerade operationer) som finns med ett spann mellan totalt 12 och 401 patienter, vilket innebär en 33-faldig skillnad.



Figur 1 Fördelning standardpatienter

Några kliniker har faktiskt lite högre andel icke-standardpatienter. Utifrån detta känns det befogat med begreppet standardpatient för att åtminstone en del av casemix-problematiken ska försvinna. Å andra sidan är skillnaderna mellan standardpatient och icke-standardpatient marginella (se figur 2, 3 och 5). Vidare jämförelser får göras i kommande årsrapporter för att se om detta är ett bestående mönster.

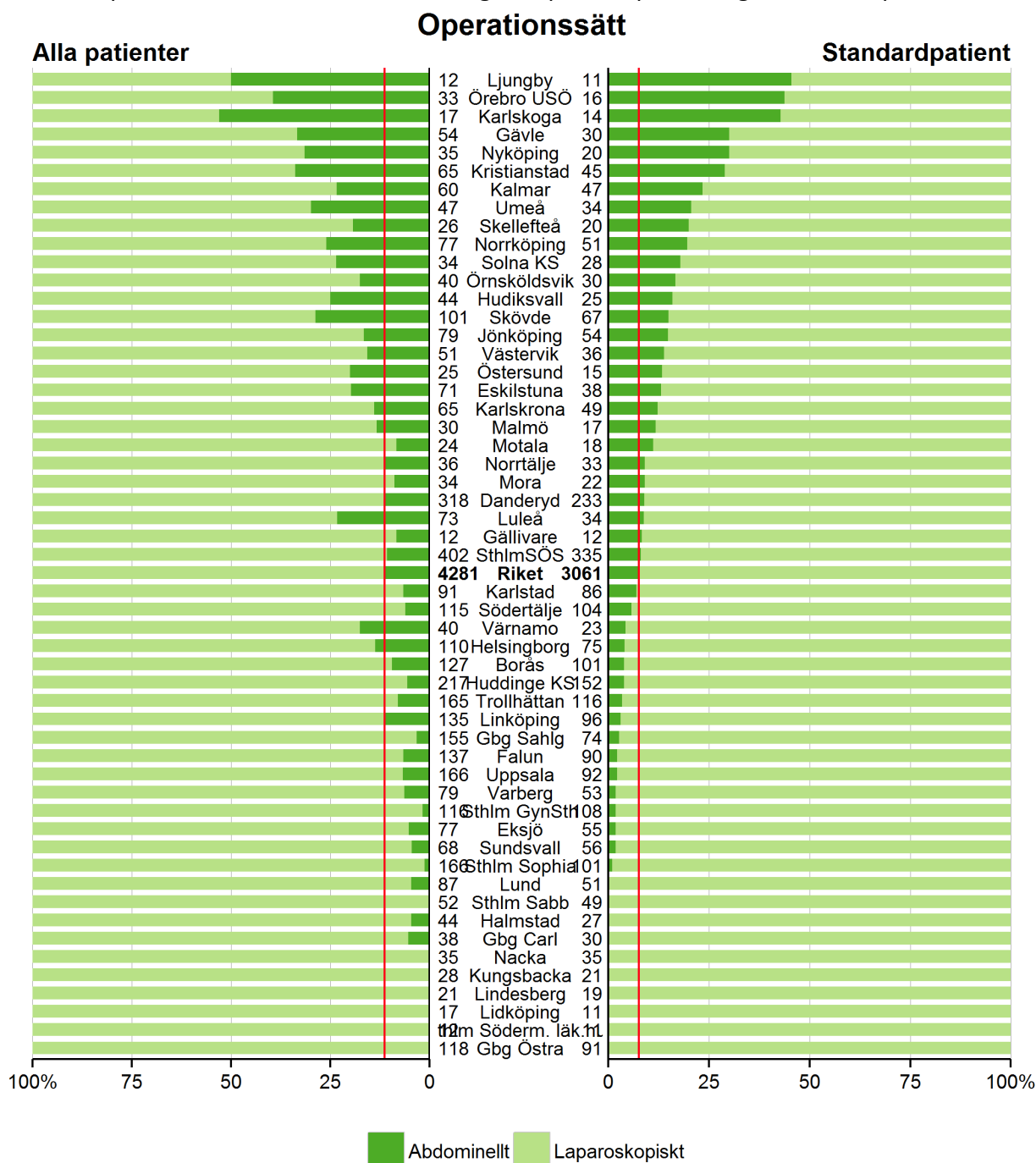
Totalt har 4240 adnexoperationer registrerats under 2014 varav 3213 är standardpatienter (76 %).

Mot bakgrund av detta uppmanas läsaren av rapporten att i första hand göra jämförelser med andra kliniker utgående från standardpatienten och att jämförelse med alla adnexpatienter görs på den egna kliniken.

Operationssätt

Under de senaste åren har det varit en ständigt ökande andel kvinnor som opereras med laparoskopisk teknik. År 2013 opererades 87,5% av alla adnexpatienter på det viset. Under år 2014 har andelen ökat ytterligare, 90 % har nu opererats laparoskopiskt. Det finns en liten skillnad mellan standardpatient och alla adnexpatienter men den är inte stor, 8 % laparotomier jämfört med 11,5 %. Således ser det inte ut som om de kriterier vi satt upp för standardpatienten påverkar operationssättet i någon nämnvärd omfattning.

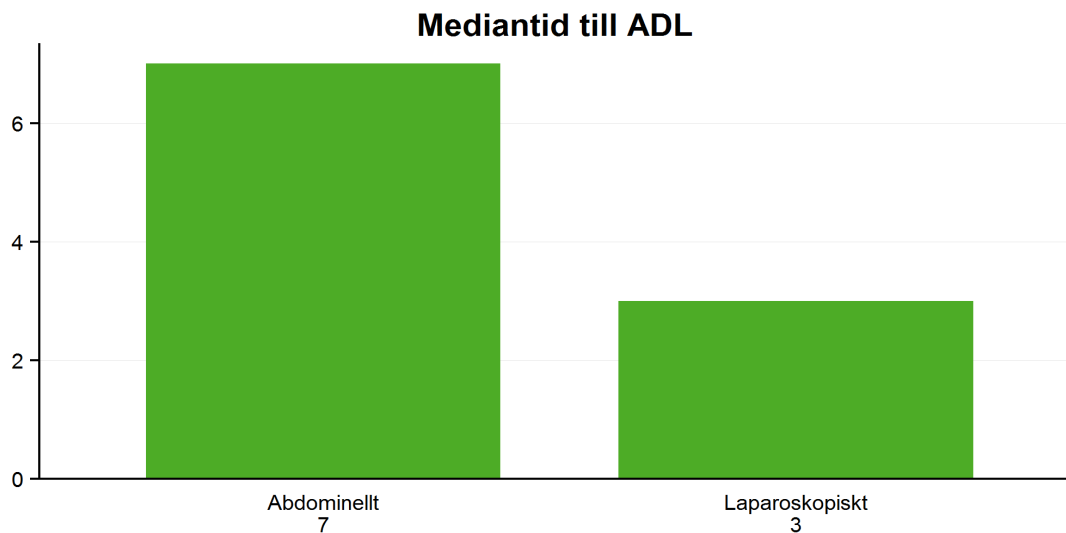
Som tidigare beskrivits har nytillkomna kliniker stått för en stor del av den ökade laparoskopifrekvensen. Antalet kliniker har dock varit konstant de senaste tre åren varför den skillnad vi nu ser beror på en i realiteten ökad användning av laparoskopisk kirurgi vid adnexoperationer.



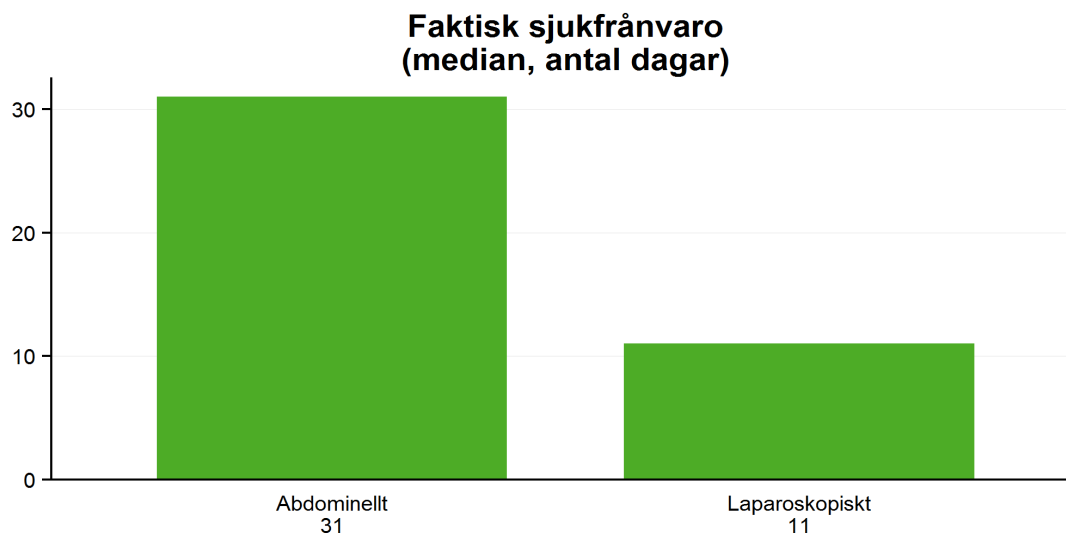
Figur 2 Operationssätt

Operationstekniken styr definitivt utfallet för flera postoperativa variabler, vilket framgår tydligt av figurerna. Såväl tid till ADL som faktisk sjukfrånvaro är i princip tre gånger så lång för öppet opererade. Det skiljer sig också kraftigt avseende blödningsmängd (som i och för sig är mycket låg i bägge grupperna så någon klinisk skillnad föreligger knappast).

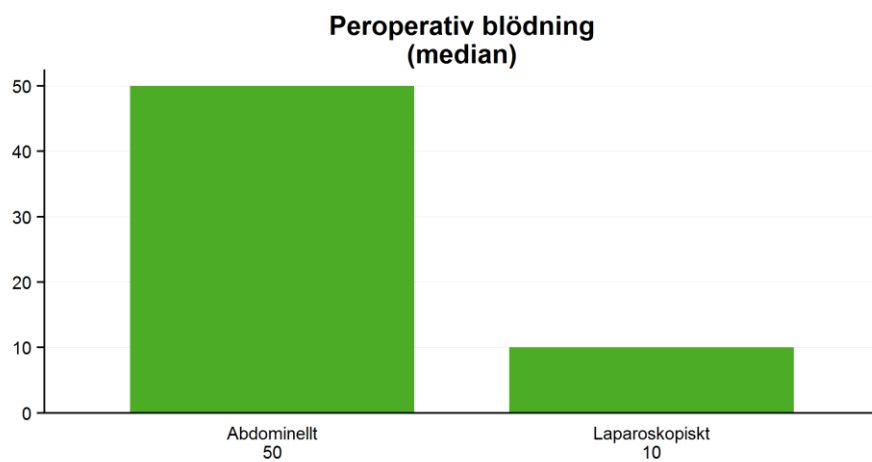
Postoperativa infektioner är mer likvärdiga även om frekvensen är något lägre hos den laparoskopiska gruppen (8,3 % jämfört med 10,9 %). Däremot finns ingen skillnad i operationstid. För samtliga dessa utfall är beräkningarna gjorda på standardpatienter.



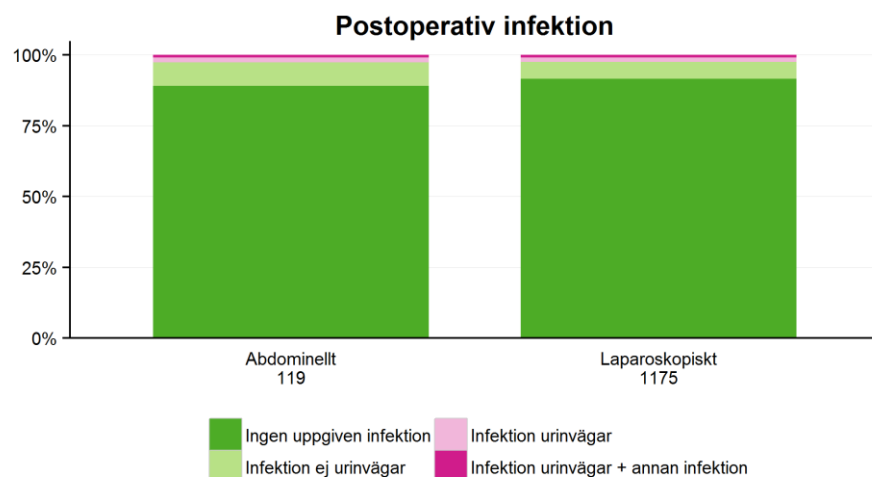
Figur 3 Mediantid till ADL beroende på operationssätt.



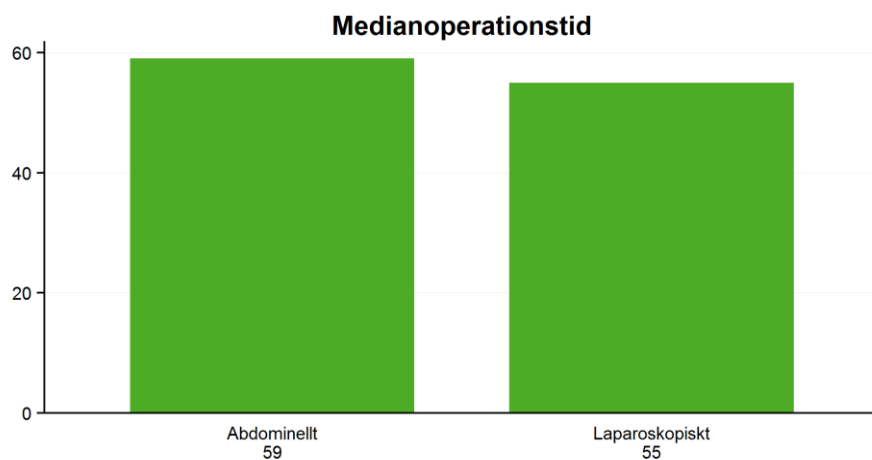
Figur 4 Faktisk sjukfrånvaro beroende på operationssätt.



Figur 5 Peroperativ blödning beroende på operationssätt.



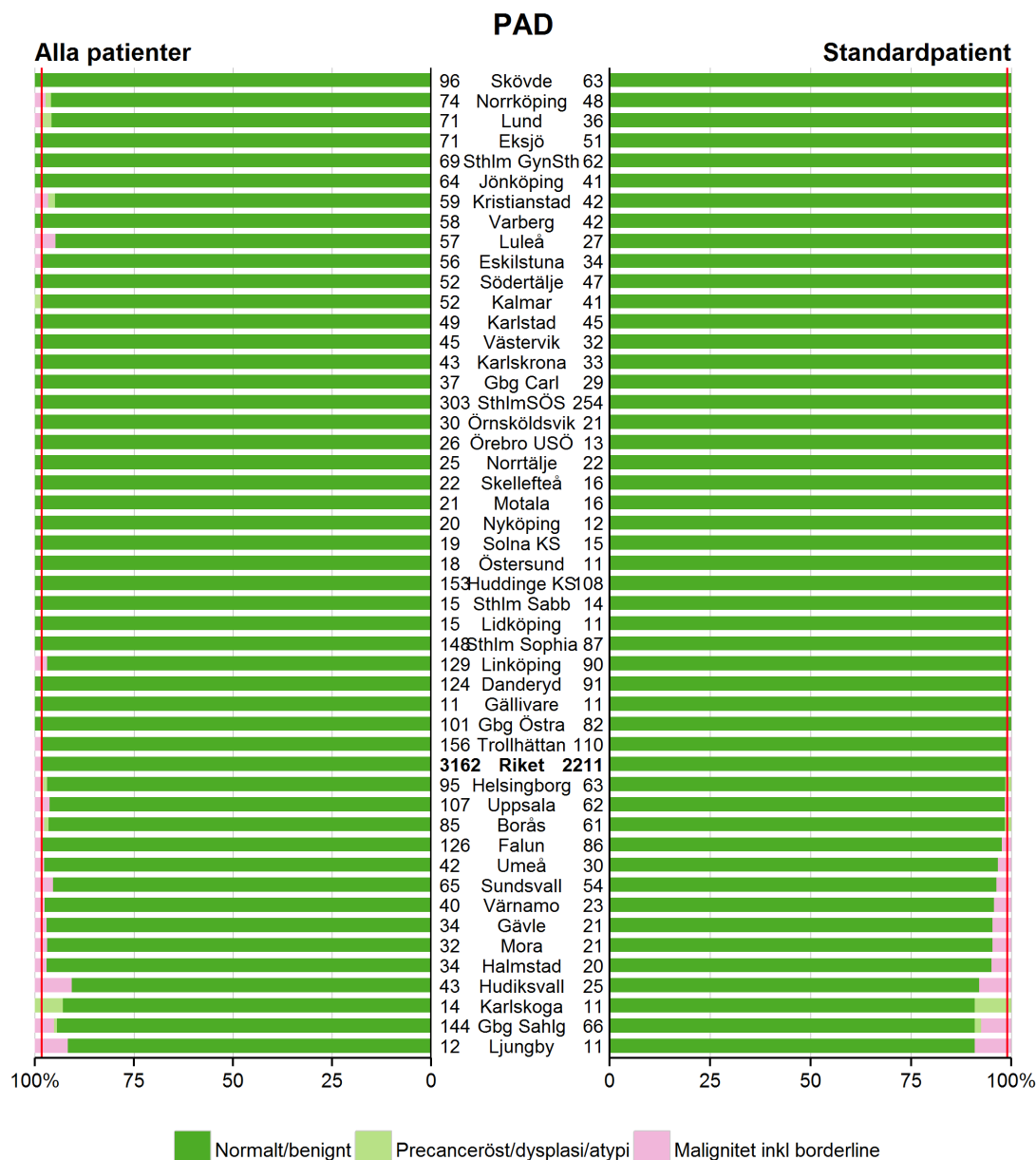
Figur 6 Postoperativa infektioner beroende på operationssätt.



Figur 7 Operationstid (median) beroende på operationssätt.

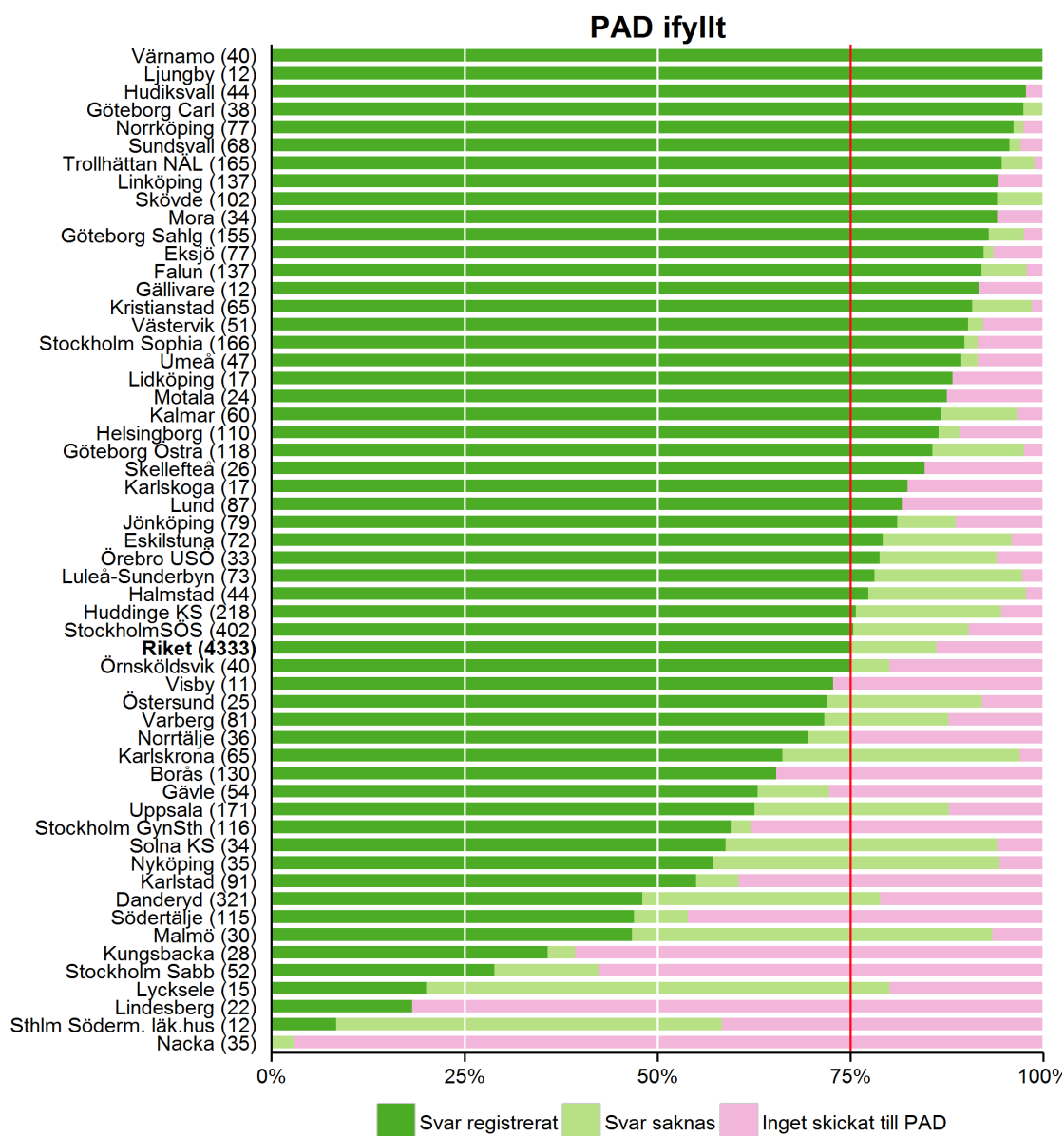
PAD

I figur 8 presenteras utfallet av PAD uppdelat på standardpatient och alla adnexoperationer. Av alla PAD var 1,2 % cancer eller borderlinetumörer. Notera att figuren enbart visar de patienter där det finns svar införda efter operation.



Figur 8 Utfall av PAD.

Ganska många kliniker har dock ett uttalat validitetsproblem i och med att det i stor utsträckning saknas registrerade svar på inskickade vävnadsprover. I figur 9 framgår dels i hur stor utsträckning PAD blivit bedömt dels hur många operationer som inte renderat i att vävnadsprover skickats under operation. Mest intressant är dock att det också framgår i hur stor utsträckning skickade prover inte blivit bedömda och införda i registret. Riksvärdet på ej bedömda men inskickade prover ligger på 11 %. Många kliniker har fina siffror med mycket låg andel ej bedömda PAD. Som vanligt gäller att för att kunna dra någorlunda pålitliga slutsatser så behöver den interna validiteten i registren vara god. Kliniker som i figur 9 finner att de har mer än 10 % i ej bedömda PAD bör se över rutinerna. Det är inte ovanligt att det kan ligga på enskild operatörsnivå hur väl det fungerar.

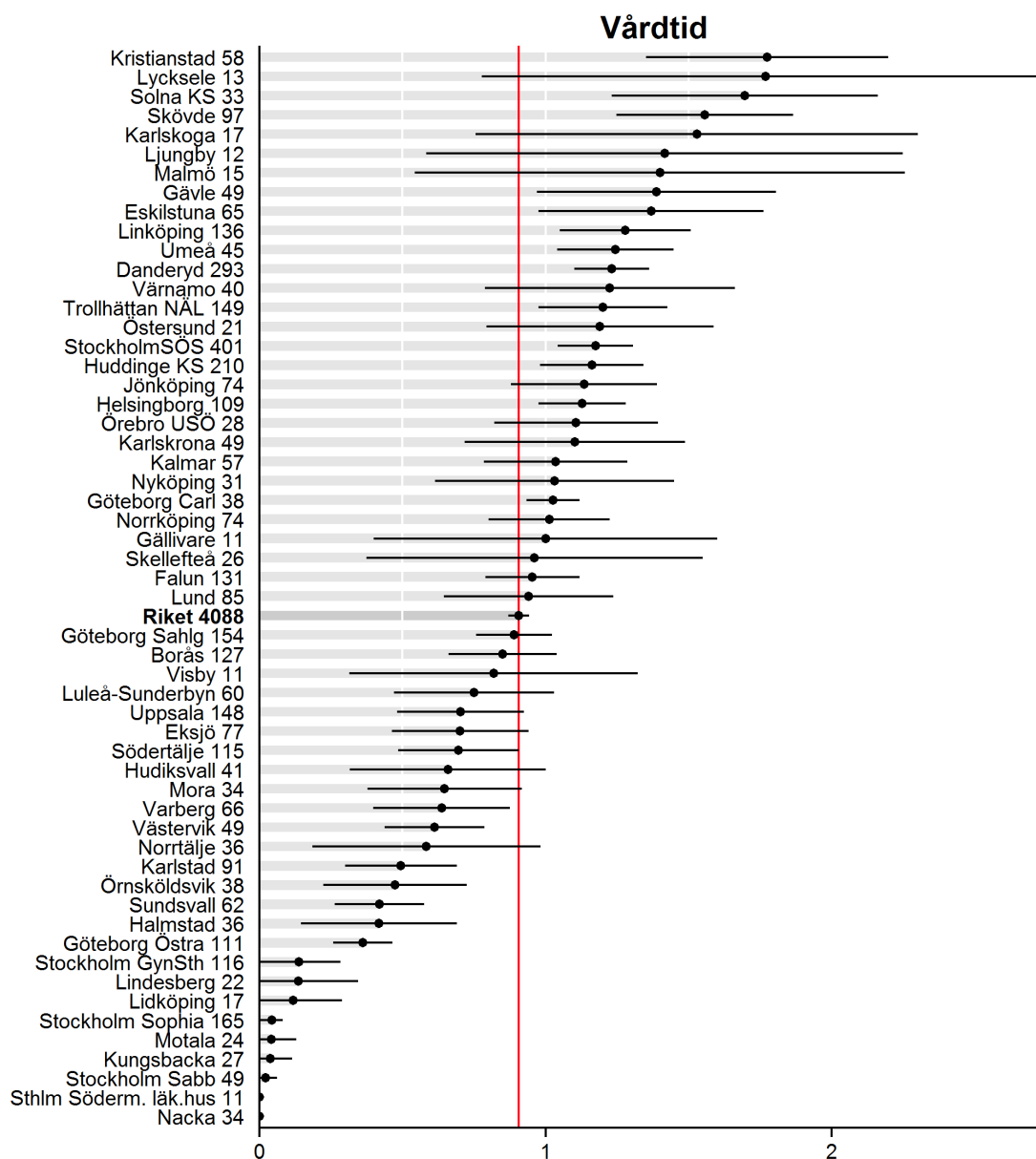


Figur 9 PAD ifyllt och bedömt. Rosa färg markerar operationer där inget prov tagits.

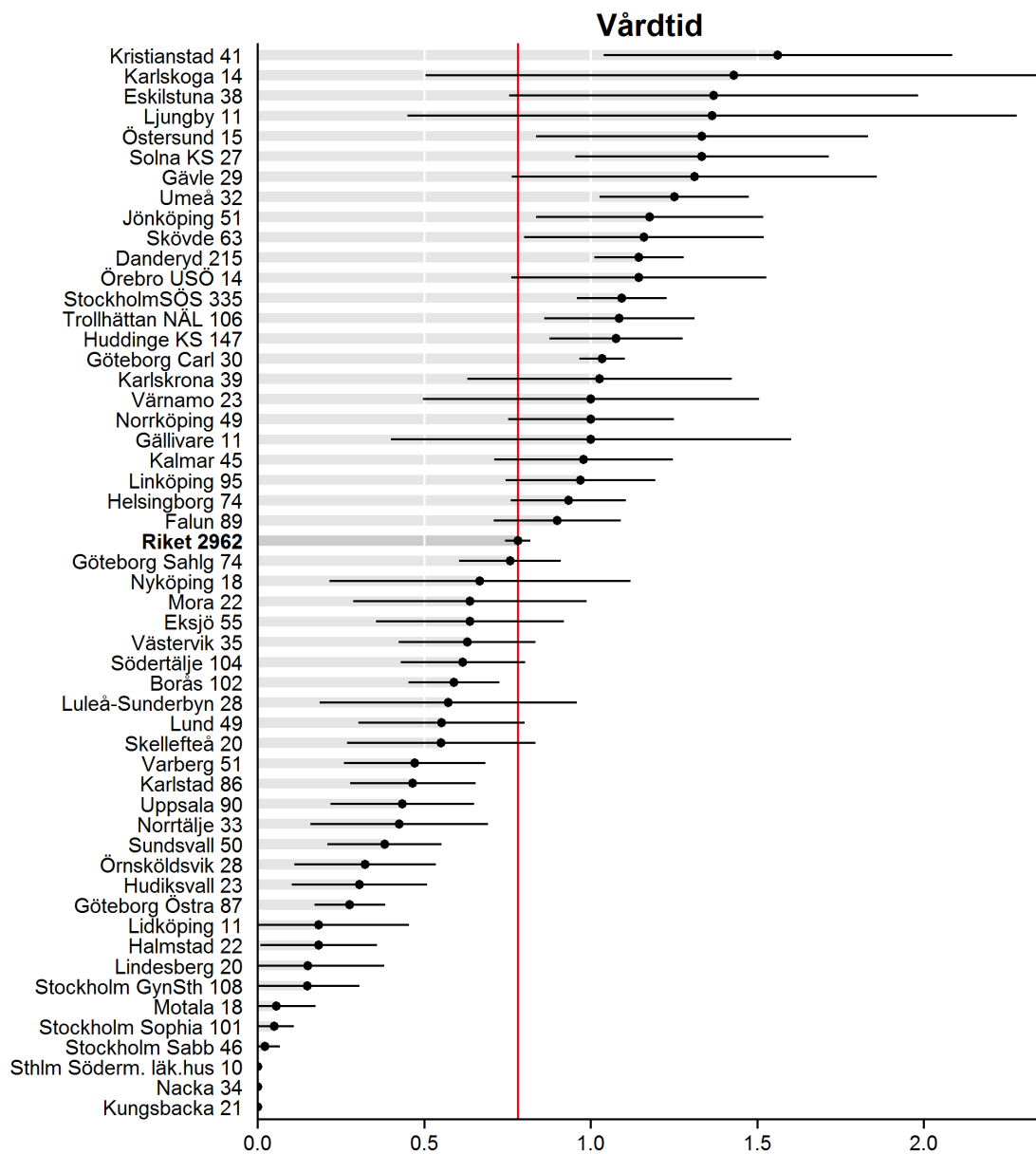
Vårdtid

Vårdtid förmodas bero av vilken operationsmetod som använts (fysisk förutsättning för hemgång) men även traditioner styr och möjligen också incitament.

För hela adnexpopulationen är medelvårdtiden strax under ett dygn och spridningen mellan klinikerna relativt stor. Selektat på bara standardpatienter så sjunker medelvårdtiden. I figur 10 och 11 framkommer att en del kliniker i princip bara har dagkirurgisk verksamhet. Konfidensintervallen visar här att det föreligger faktiska skillnader.

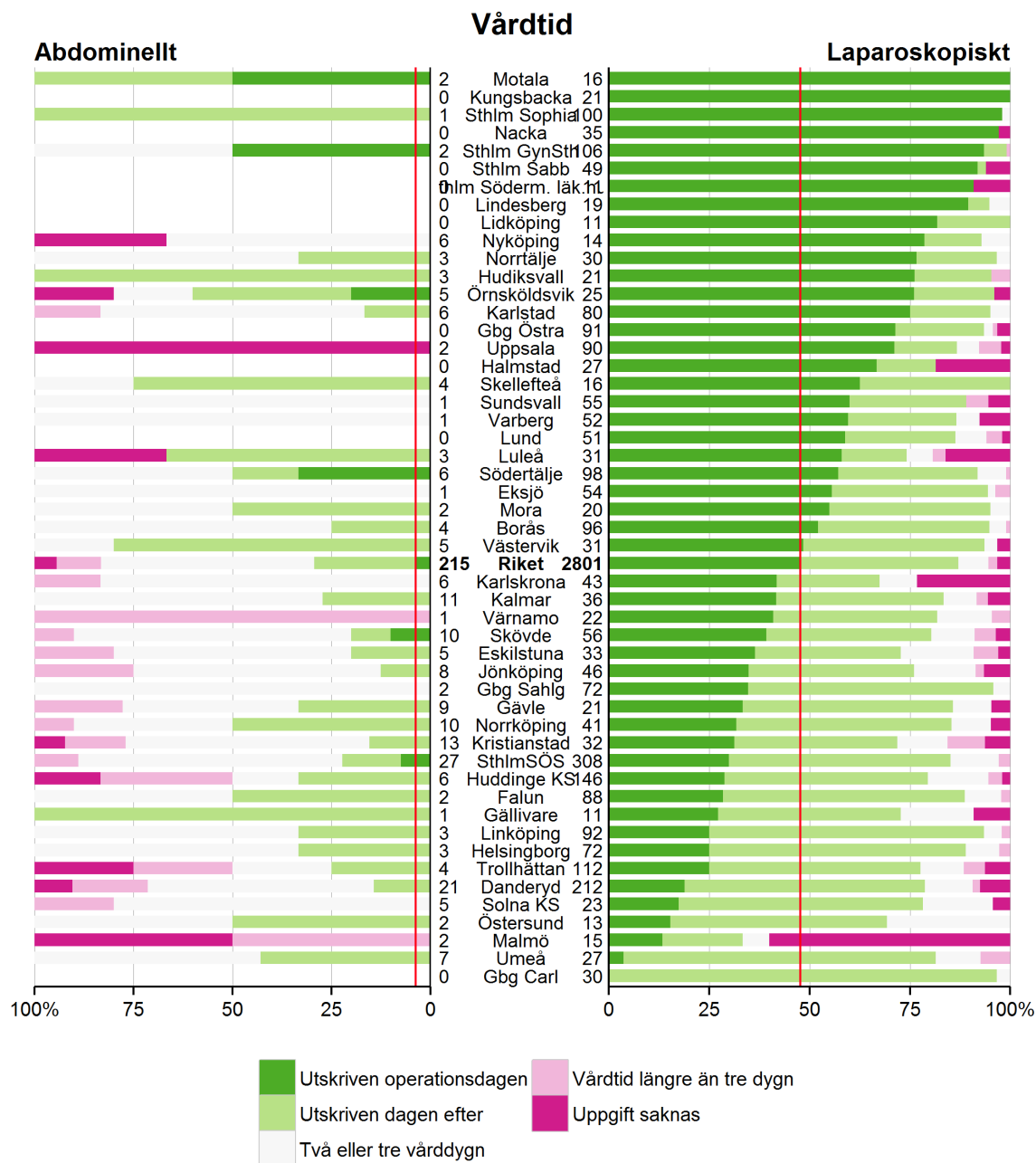


Figur 10 Medelvårdtid för alla adnexpatienter.



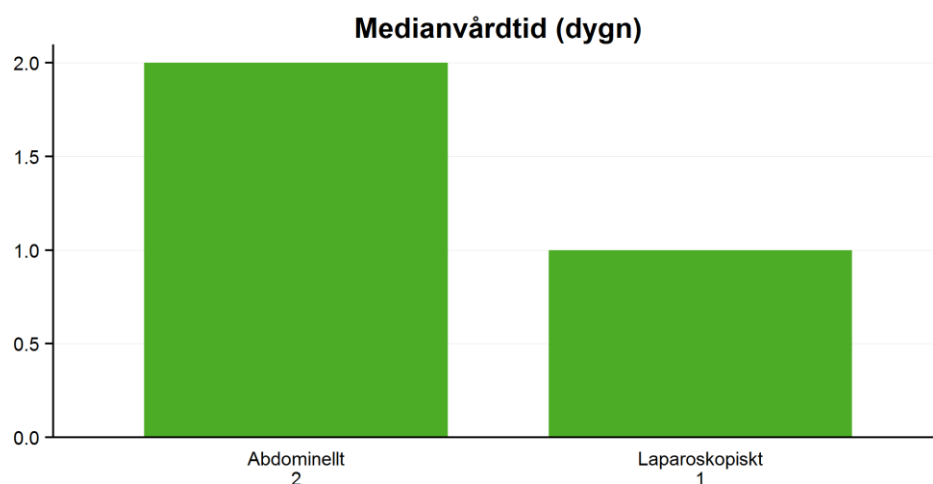
Figur 11 Medelvårdtid för standardpatienter.

I figur 12 så presenteras vårdtiderna för standardpatienter uppdelade på fyra klasser (utskriven operationsdagen, dagen efter, två till tre vårddygn, mer än tre vårddygn) med jämförelse mellan öppen och laparoskopisk kirurgi per klinik. Resultatet för öppen kirurgi ses i den vänstra delen av figuren och för laparoscopi i den högra.

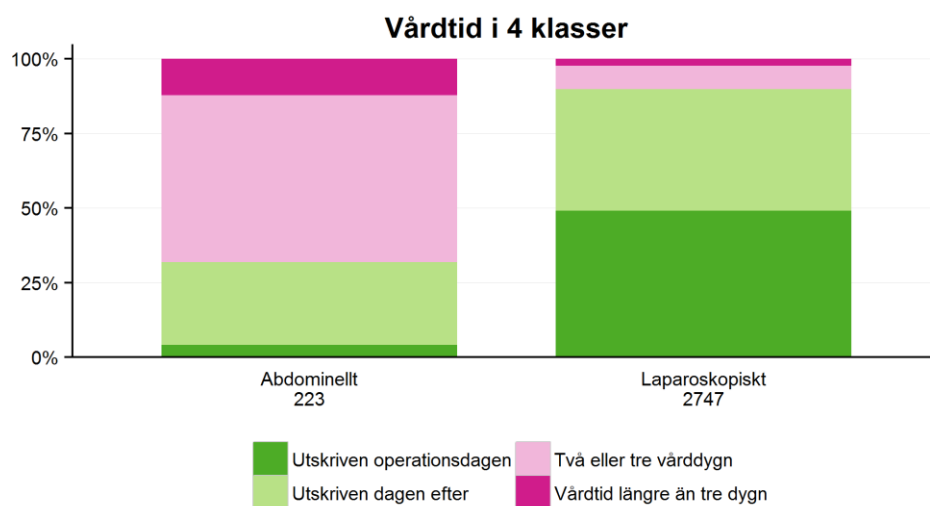


Figur 12 Vårdtid uppdelat i fyra klasser och operationssätt.

Föga förvånande föreligger en uttalad skillnad beroende på operationssätt. Skillnaderna visualiseras väl i figur 13 och 14. Medianvårdtiden vid öppen bukoperation är ett dygn längre än för laparoskopiska operationer.



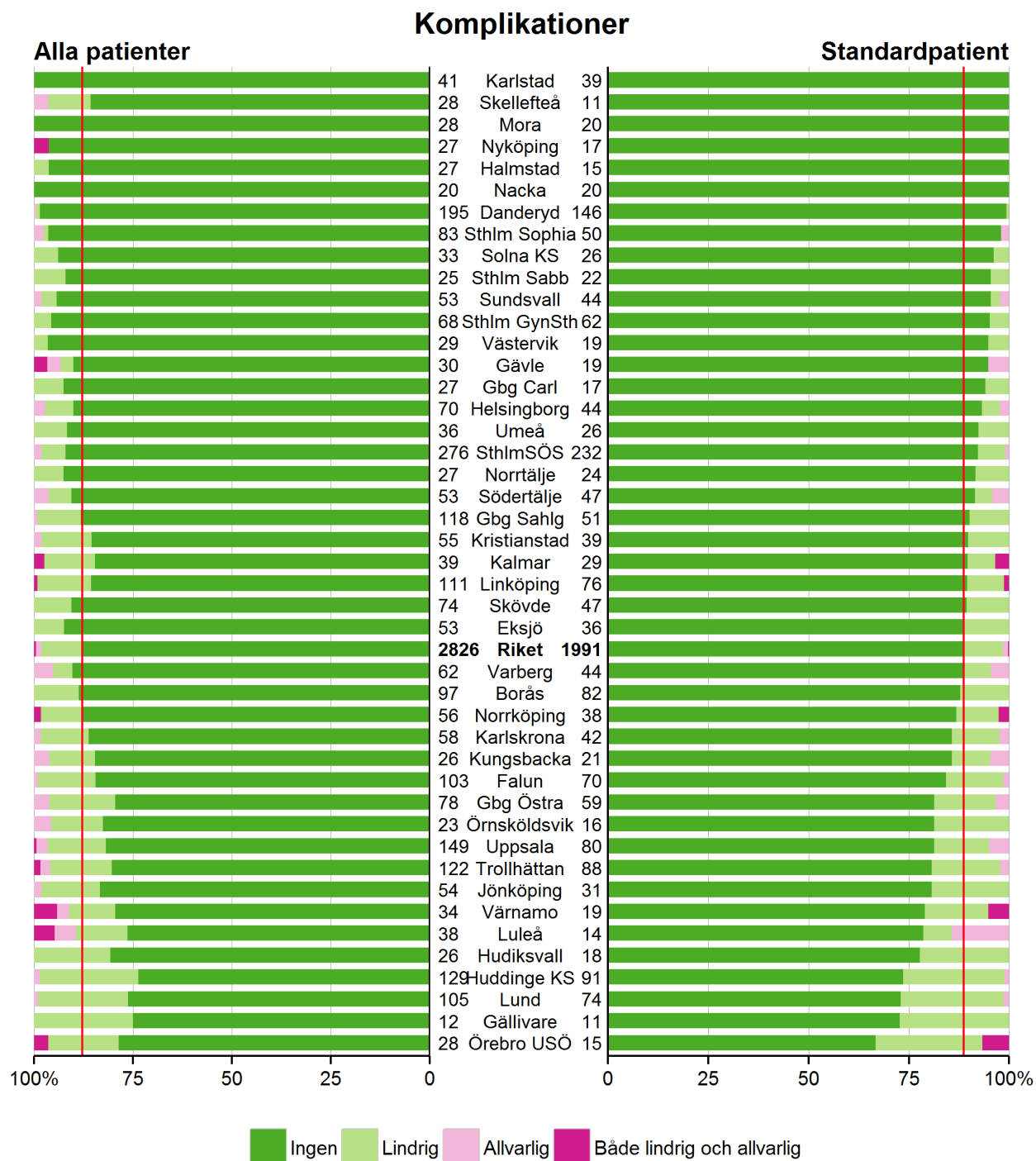
Figur 13 Vårdtid i dygn (median) beroende på operationssätt.



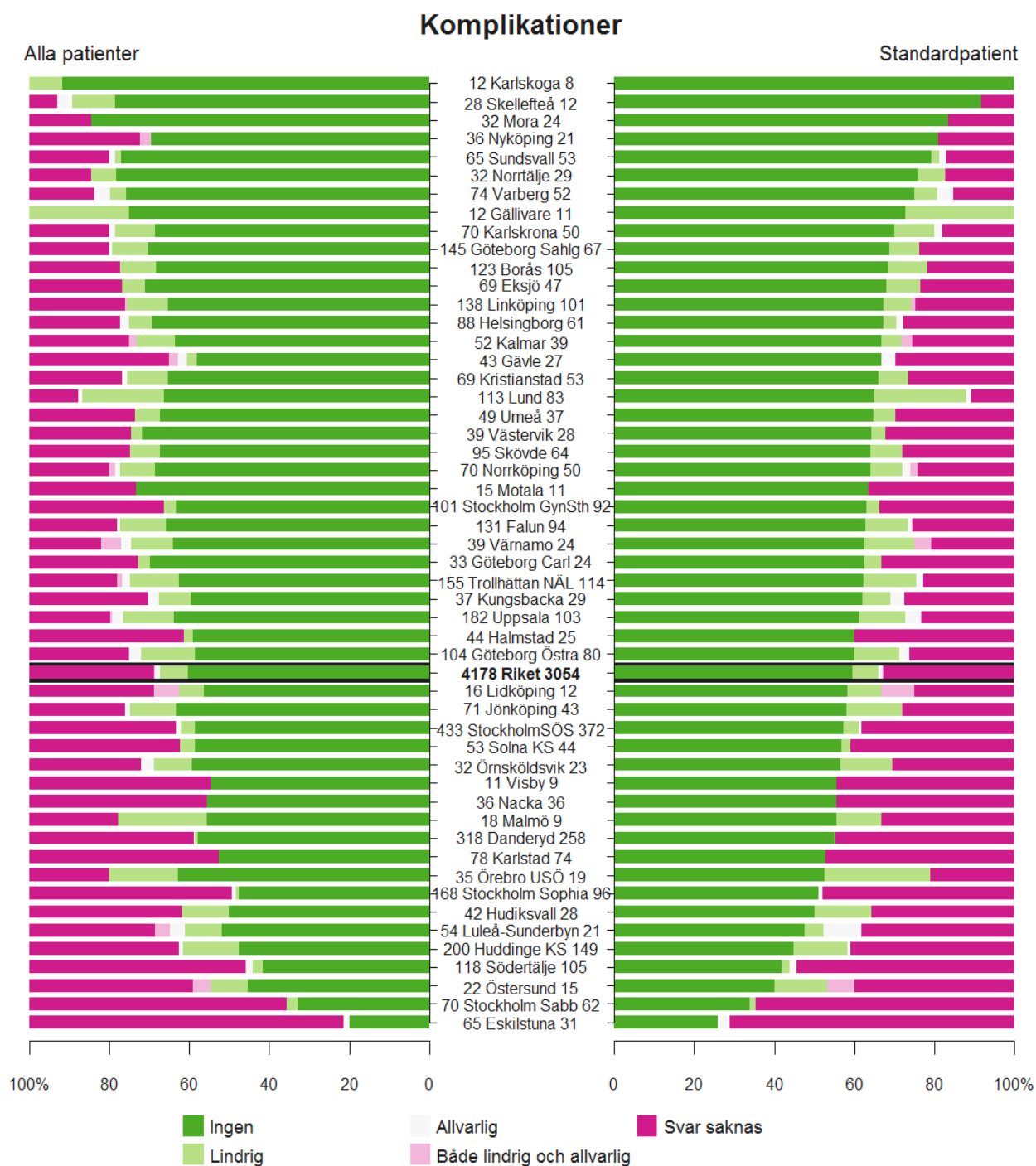
Figur 14 Vårdtid i fyra klasser beroende på operationssätt.

Komplikationer

Det är framförallt lindriga komplikationer som drabbar patienter som genomgått adnexkirurgi. I figur 15 visas komplikationsfrekvenserna uppdelat per klinik. Variabeln som används är läkarbedömda komplikationer vid uppföljning två månader efter operation. Notera att underlaget för figuren är endast de patienter där det inkommit enkätsvar och enkätsvaren blivit bedömda. För att ge ett perspektiv på hur osäkra uppgifter blir när det saknas rapportering i kvalitetsregistren så presenteras i figur 16 samma sak men där framgår också hur stor andel svar som saknas. De saknade är en kombination av att patienterna inte svarat på uppföljande enkät eller att läkaren inte har bedömt svaret.



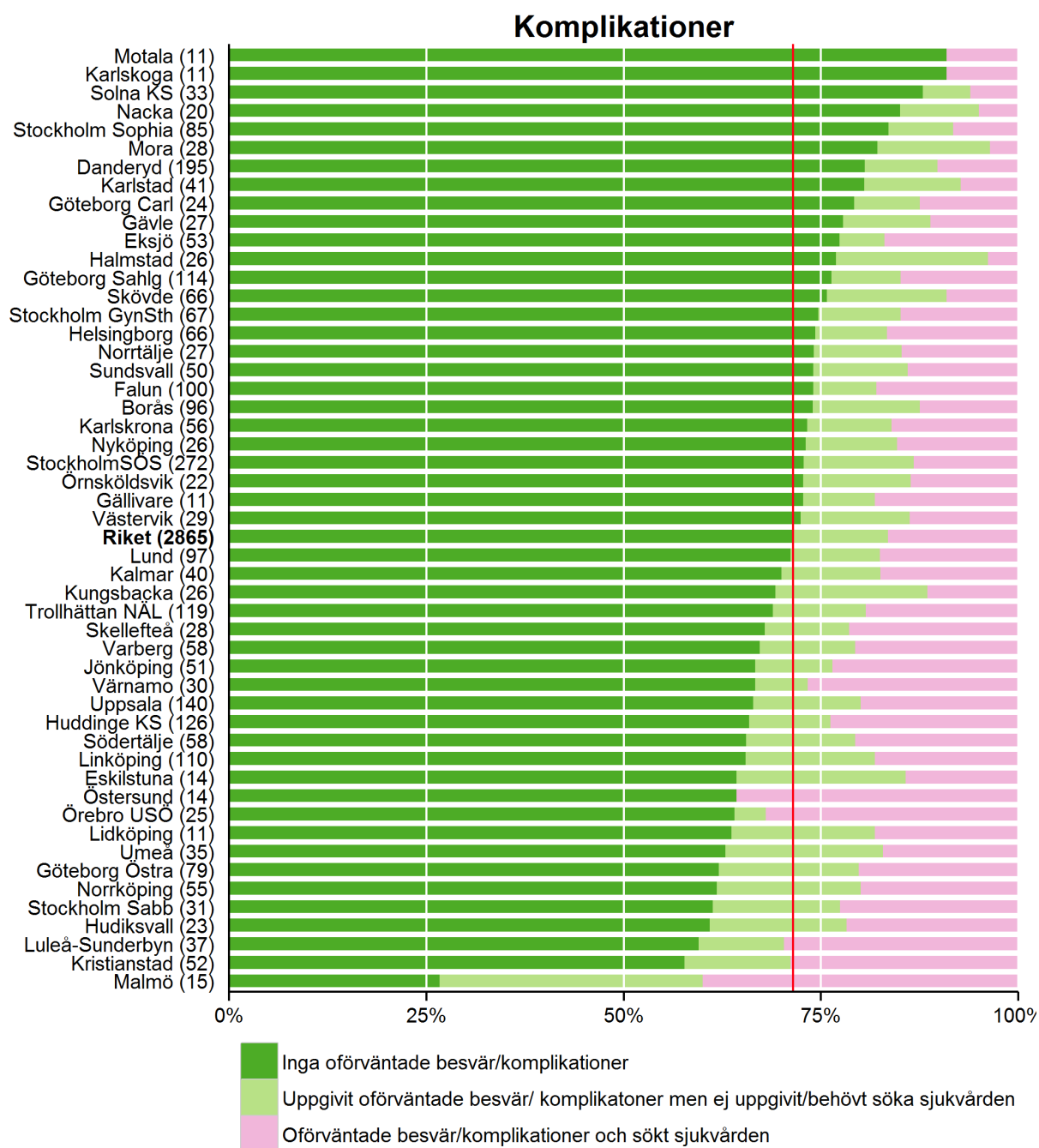
Figur 15 Läkarbedömda komplikation till och med 2-månaders-enkäten.



Figur 16 Läkarbedömda komplikationer till och med 2-månadersenkäten där även saknade bedömningar/svar finns med.

Det är bara några få kliniker som har mindre än 10 % saknade svar motsvarande 90 % svarsfrekvens. Några fler har över 80 %. I enkätstudier brukar de flesta vara nöjda med svarsfrekvenser över 70 %. Vi vet dock att patienterna svarar i hög grad (över 90 %) bara de får chansen, och bättre än så är nog inte att förvänta. Alltså måste klinikerna, för att få mer pålitliga data (vilket höjer kvaliteten inte bara för den egna kliniken utan för hela registret), arbeta för att inkomna svar blir bedömda. Detta organiseras olika på klinikerna men kommer till sist ned till individuell operatör.

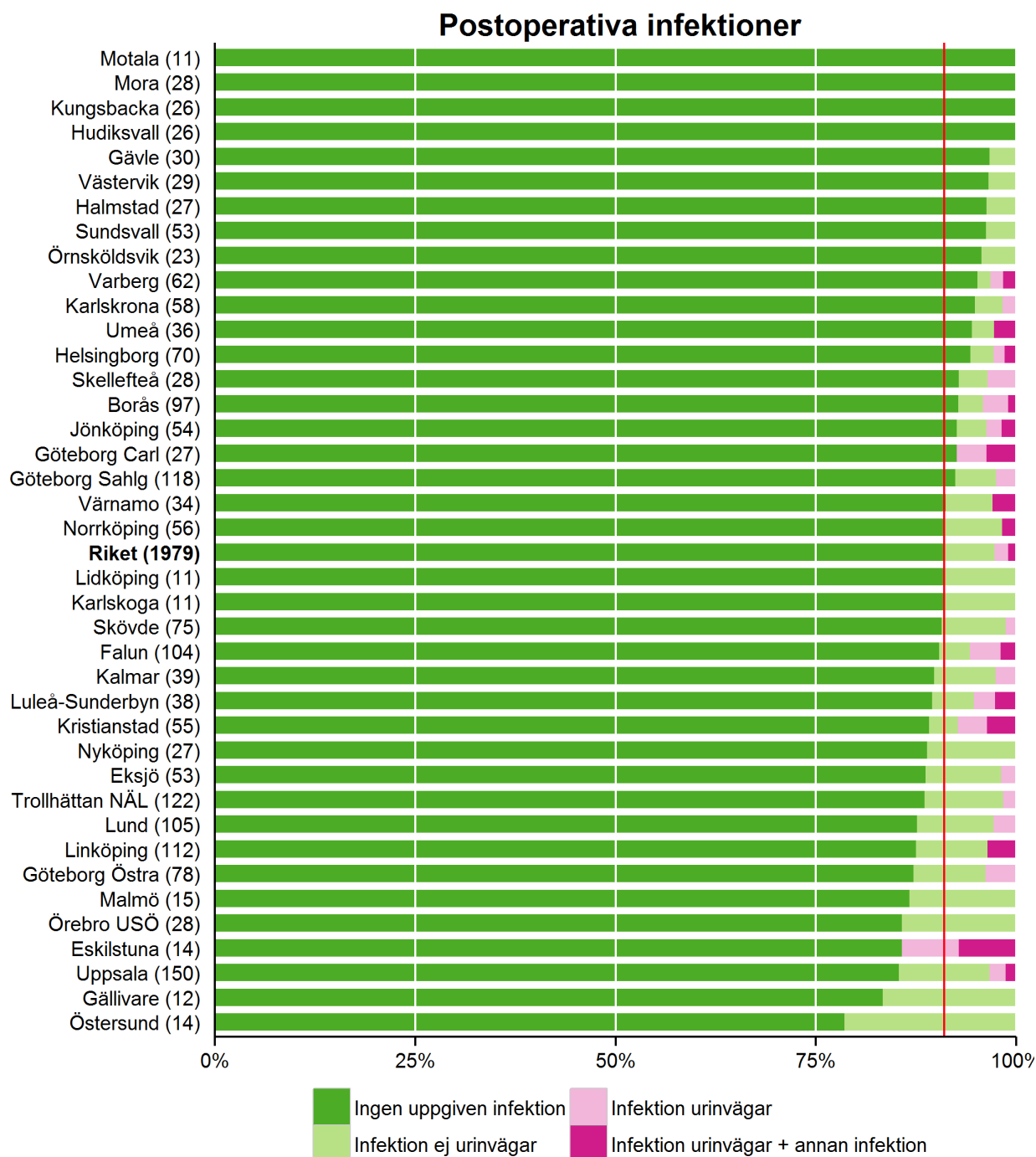
Som viktig jämförelse blir då istället de svar patienterna ger. I figur 17 presenteras i vilken grad patienterna upplevt oförväntade besvär efter operationen samt i vilken grad de tagit kontakt med sjukvården med anledning av detta. Naturligtvis är inte allt detta komplikationer men det är rimligt att anta att kvinnor i Sverige har ungefär samma utgångspunkt i hur de svarar. Möjligen kan det bero på skillnader i hur väl patienterna blir informerade om förväntat förlopp efter sin operation vid de olika klinikerna, vilket i sig är en spännande tanke.



Figur 17 Av patienten uppgivna besvär/komplikationer.

Postoperativa infektioner

Nio procent av de kvinnor som vi opererar inom adnexsträngen drabbas av någon form av postoperativa infektioner. Det är en väsentligen oförändrad siffra jämfört med tidigare år. Resultaten är jämförbara med frekvensen infektioner efter såväl inkontinens- som prolapskirurgi men klart mindre än efter hysterektomi.



Figur 18 Postoperativa infektioner.

Hur sköter vi kontakten med våra patienter?

I den uppföljande 8-veckorsenkäten efter operationen finns en fråga i både GynOp och GKR som berör huruvida patienten önskar kontakt med sin operatör/klinik. En sådan önskan kan ju ha sin grund i att en komplikation uppstått eller så har den en helt annan bakgrund (fundering kring resultatet, informationsbehov, receptförnyelse, allmänna funderingar etc.). Alldeles oavsett vad bakgrunden är så bör de flesta aktiva gynekologiska operatörer hålla med om det faktum att om en patient som man opererat hört av sig med önskan om kontakt så är det fullt rimligt att en sådan kontakt tas, på något vis.

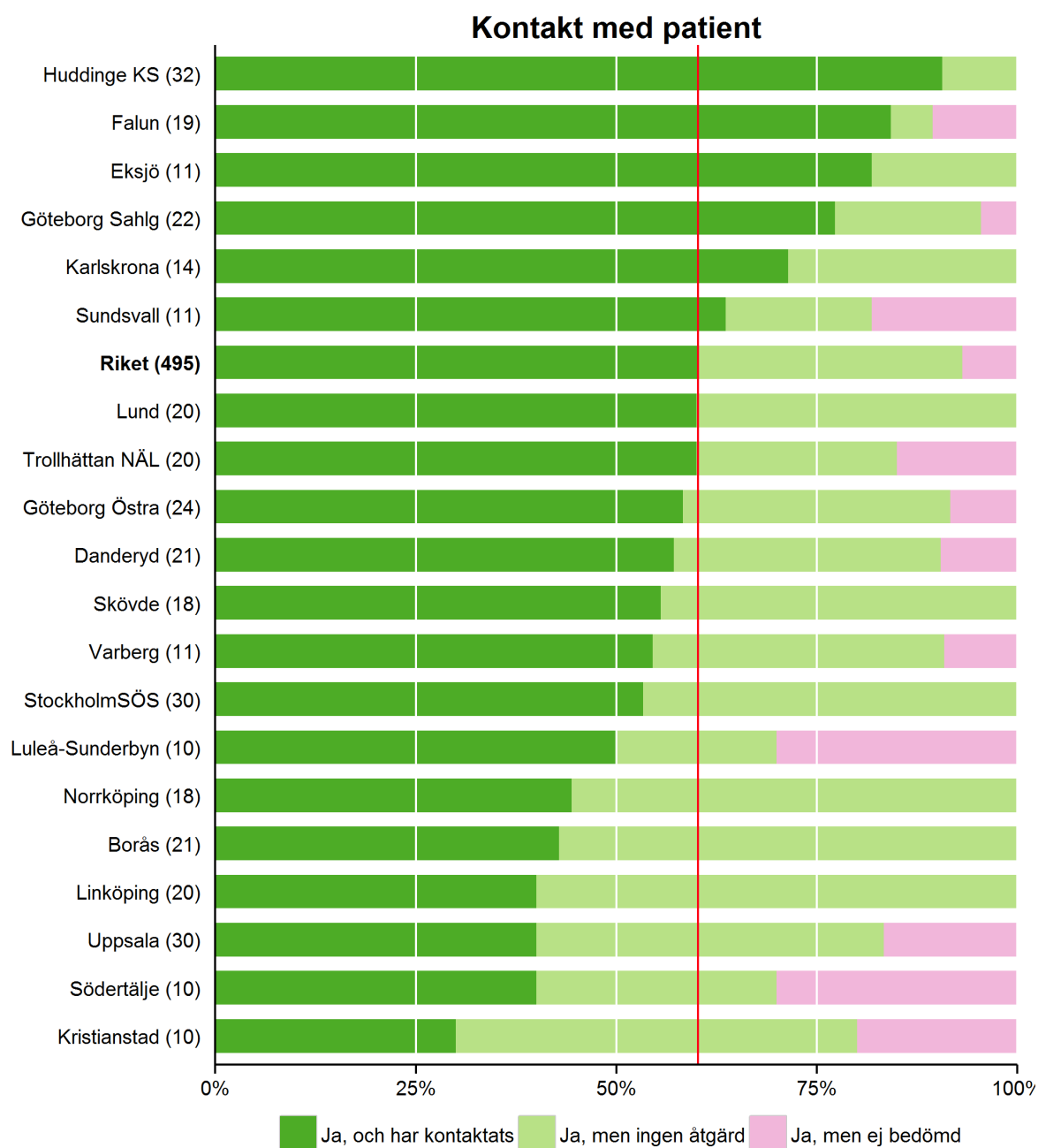
Utifrån personlig kännedom så vet undertecknad att vissa kliniker har ett välfungerande system att handskas med denna fråga. Klinikerna med bäst resultat har oftast en sjuksköterska som sköter den initiala kontakten och som efter kontakt med patienten värderar om operatören/annan läkare behöver kontakta patienten eller om återbesök krävs. På så vis lättar man läkarens administrativa börda samtidigt som i princip alla patienter som så önskar får kontakt.

I figur 19 framgår hur de kliniker som har fler än 10 patienter i analysen behandlat patientens önskemål om kontakt. Detta är patienter som svarat att de inte har något återbesök planerat och att de önskar kontakt.

Genomsnittet för riket är att cirka 60 % av de patienter som markerat att de önskar kontakt har blivit kontaktade.

Förmodligen har fler patienter kontaktats än vad som framgår i figuren. Det kan ha upplevts oklart hur man ska svara som bedömande doktor. En förenkling avseende detta är genomförd i GynOp. Dels har alternativet patienten tidigare hade att önska återbesök tagits bort, endast markeringen för önskan om kontakt finns kvar. Dessutom har bedömningsdelen ändrats så att man markerar vilken typ av uppföljning man gör/redan gjort utifrån patientens önskemål.

Oavsett detta så syns tydligt att det finns en alldeles för stor variation i vilken grad patienterna kontaktats. Denna figur kommer framgent att ingå i årsrapporten och på kliniknivå går detta att följa med hjälp av Rapportgeneratoren.

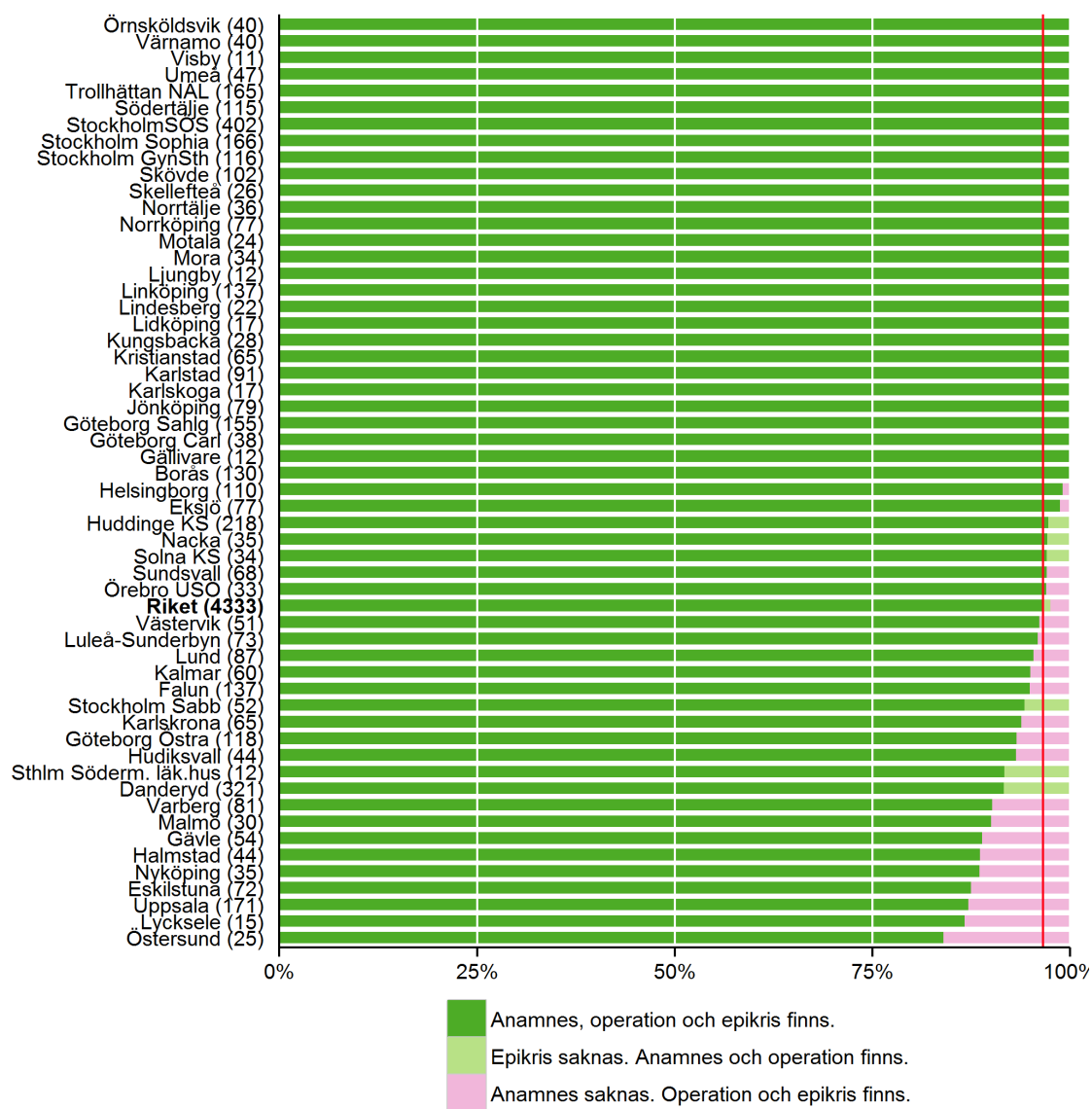


Figur 19 I vilken grad patienter utan planerat återbesök blivit kontaktade när de så önskat.

Datakvalitet

Ifyllandet av formulären är i de flesta fall exemplarisk och borgar för att data vi använder vid analyser kan anses valida. Därmed inte sagt att några kliniker kan bli ännu bättre. Kvaliteten ligger på flera plan. Dels att samtliga formulär är ifyllda av patienter och läkare, men även att de är så komplett ifyllda som möjligt. Dels att inskickade svar från patienterna blir bedömda. Först då får vi det riktigt användbara registret. Så fungerar det på många kliniker men utrymme för förbättring finns alltid.

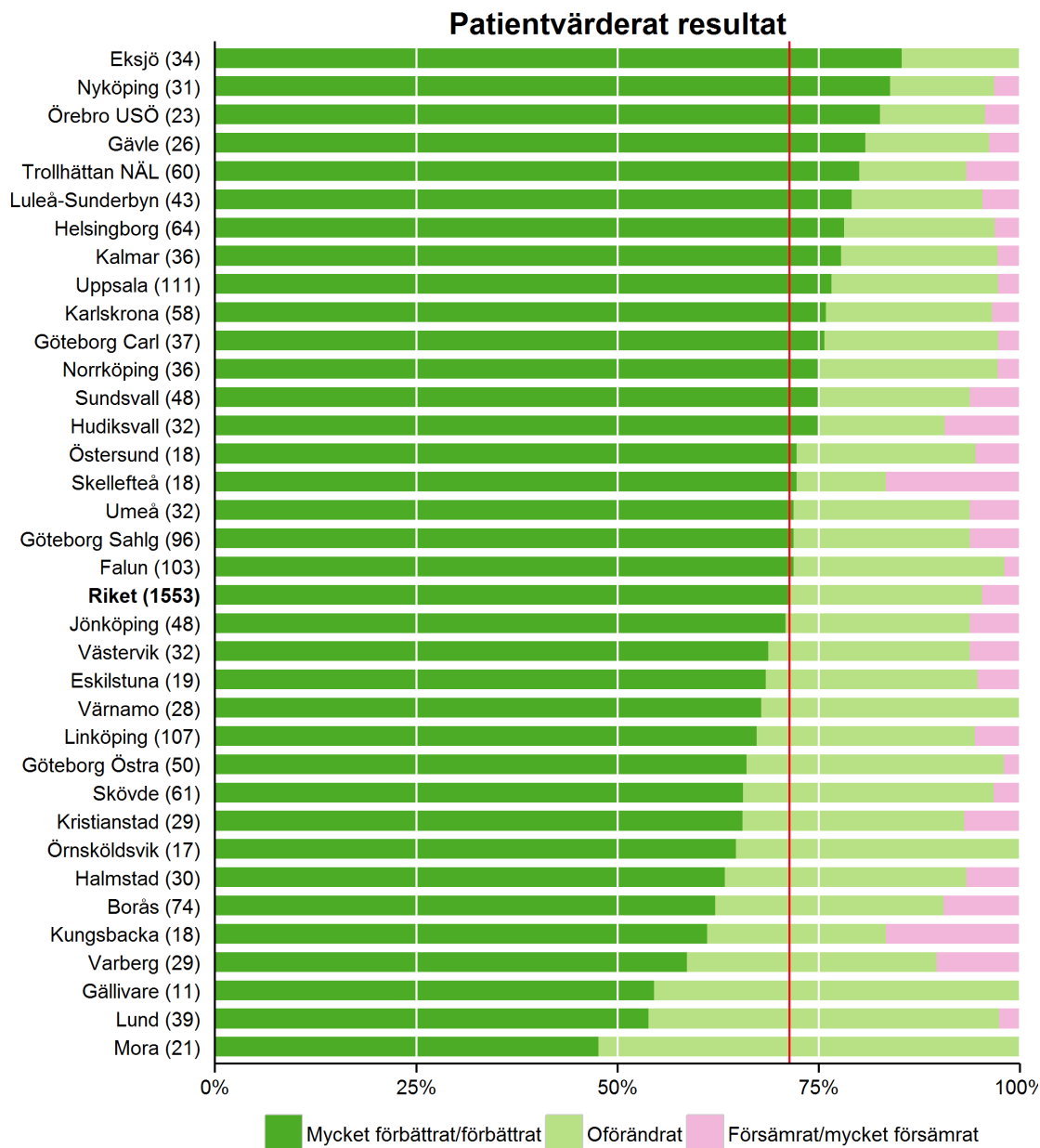
Datakvalitet



Figur 20 Sammanställning i vilken grad de perioperativa formulären fyllts i.

Patientvärderat resultat

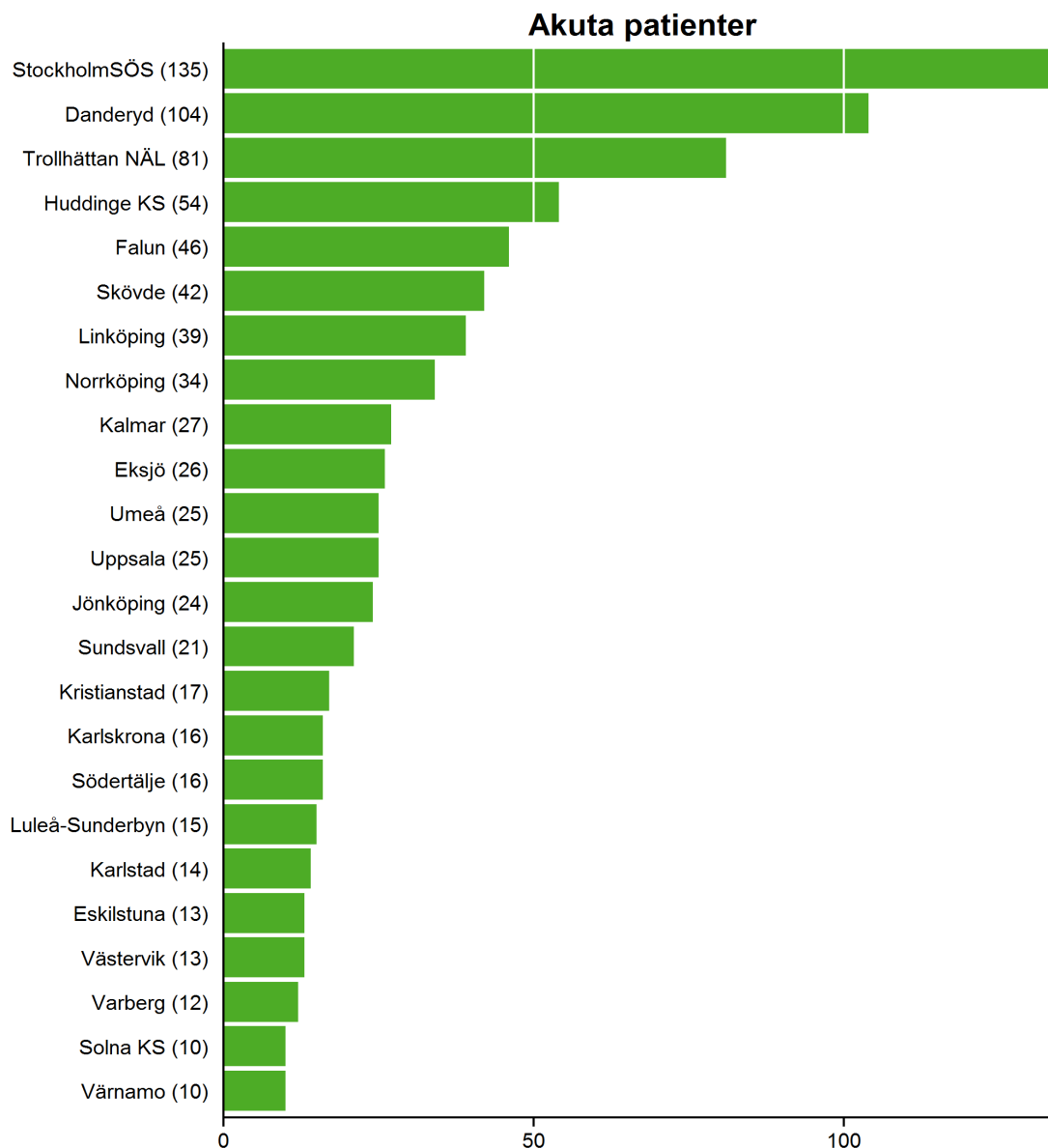
Av de kvinnor som genomgått adnexkirurgi så uppger 71 % att de är förbättrade efter sin operation. En relativt stor andel uppger sitt tillstånd som oförändrat. Den enkla förklaringen till detta är att ganska många som opereras för adnexförändringar inte har några fysiska besvär av dem.



Figur 21 Patientvärderat resultat från 1-årsenkäten.

Akuta operationer

I figur 22 presenteras de kliniker som under 2014 registrerat tio eller fler akuta operationer. Här finns väldigt mycket i övrigt att önska, det är bara hälften av alla kliniker som kvalar in på den listan. I några få fall beror det på att kliniken fungerar som elektiv, dagkirurgisk enhet utan akutuppdrag, men det är undantag. De allra flesta kliniker som registrerar utför också akut gynekologisk kirurgi. Härmed utmanas alla kliniker som befinner sig utanför listan att vidta åtgärder så man kommer med i rapporten för år 2015!



Figur 22 Antal akuta patienter som har registrerats.

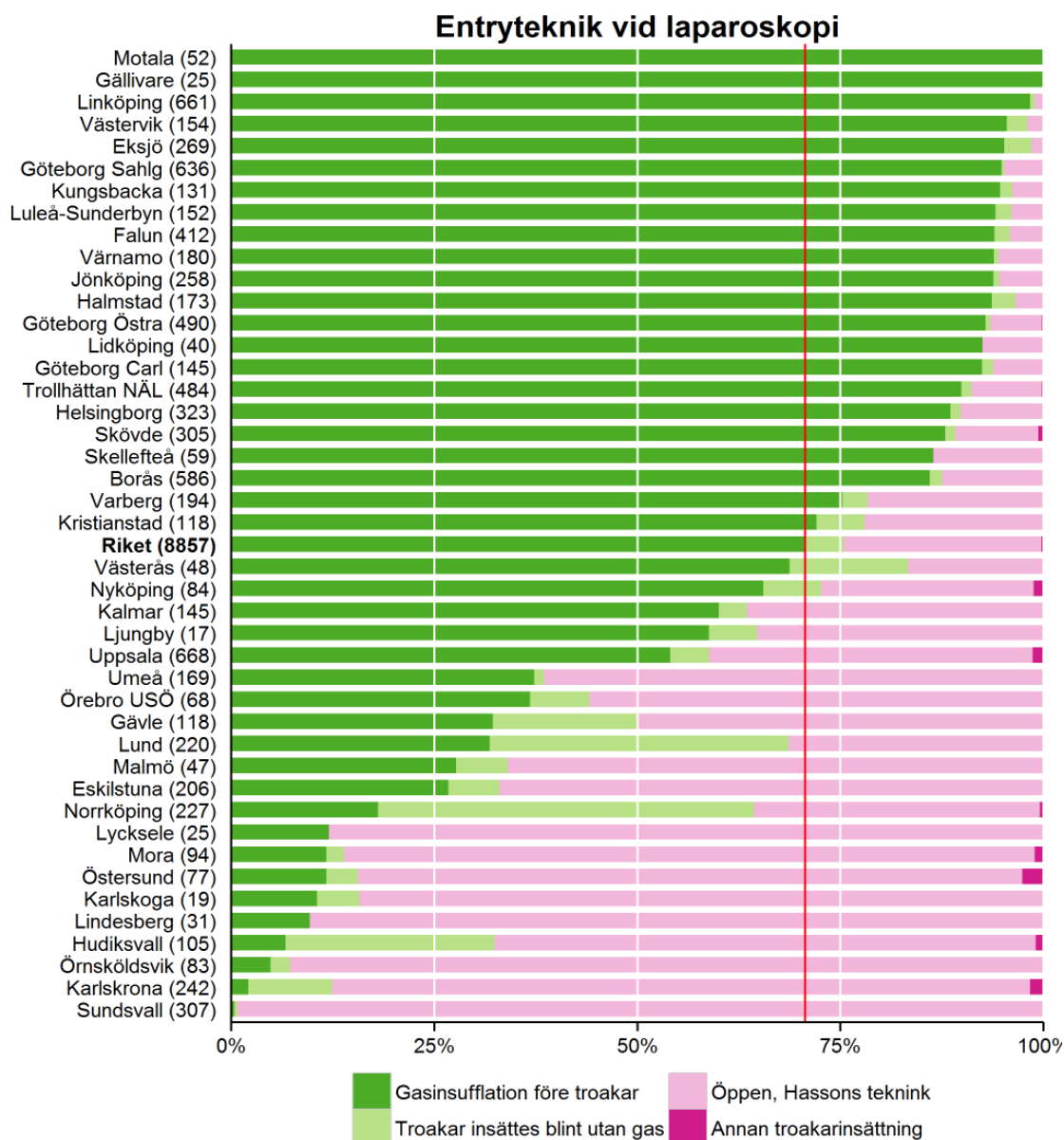
Entryteknik vid laparoskopi

Frågeställningen kring entryteknik vid laparoskopi (det vill säga hur vi kommer in i buken) har debatterats under många år. Även om en stor andel av komplikationerna vid laparoskopi uppkommer redan vid introduktionen så är det ovanligt med komplikationer, framförallt allvarliga sådana. Cochrane har flera gånger gjort systematiska översikter som adresserar frågan och konklusionen har alltid blivit att man inte kan se några absoluta skillnader mellan de olika metoderna. För att verkligen besvara frågan om vilken metod som är bäst så skulle det krävas en så stor randomiserad, kontrollerad studie att det är ogörligt. Svensk Kirurgisk Förening har tagit ett nationellt principbeslut att entry ska ske med så kallad öppen teknik. Inom gynekologin finns inte någon sådan nationell överenskommelse hur introduktionen ska ske, utan det är upp till operatören att bestämma. Det finns en lång tradition att använda den slutna tekniken med Verres nål inom gynekologin. I GynOp går det att registrera fyra olika entry-tekniker (ur GKR får man inte fram den informationen varför alla operationer vid GKR-kliniker exkluderats):

1. Gasinsufflation före troakar, dvs. användande av Verres nål eller liknande.
2. Troakar insättes blint utan gasinsufflation = direkt troakarinsättning.
3. Öppen teknik, t.ex. Hasson eller liknande.
4. Annan troakarinsättning.

Annan troakarinsättning har under de senaste tre åren endast markerats vid 20 operationer av 9779 där uppgiften finns (uppgift saknas från 663 operationer), dvs. 0,2 %. Vidare analyser av denna metod har inte gjorts men vid närmare betraktelse har man i den här gruppen fört in t ex användandet av specifika troakarer, att en kirurg gjort det eller helt enkelt misslyckade entrys.

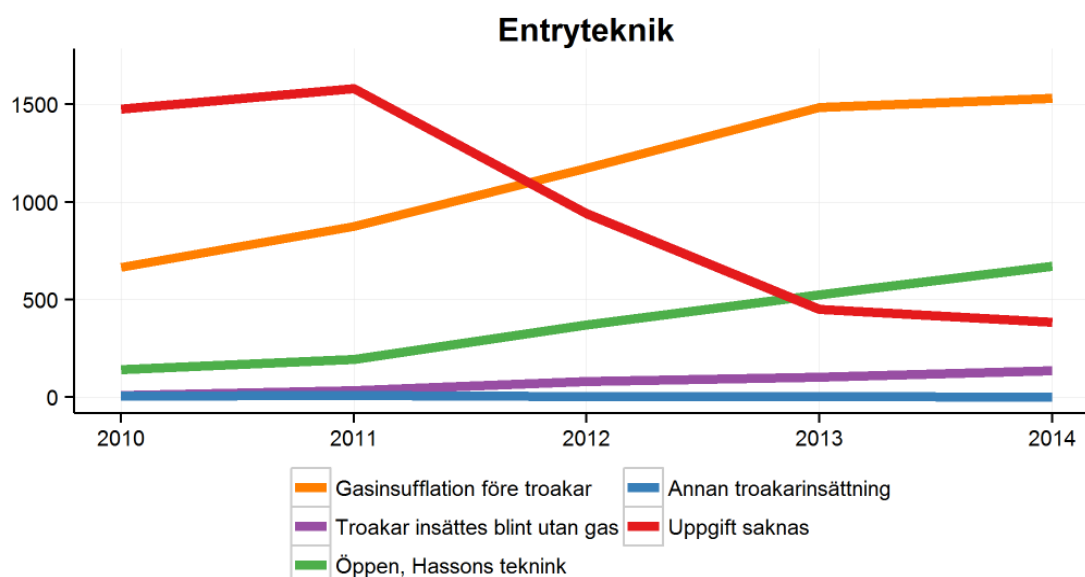
Av de stora grupperna så används den slutna tekniken mest (62 %), sedan öppen teknik (28 %) och minst används direkt troakarinsättning (9 %).



Figur 23 Fördelning av olika tekniker vid anläggande av pneumoperitoneum

Av figuren framgår att det absolut föreligger olika "skolor" vid olika kliniker, en del använder till största delen sluten teknik och en del till största delen öppen teknik.

Det händer inte särskilt mycket över tid i fördelning mellan de olika teknikerna, vi har bara blivit mycket bättre på att registrera information om hur vi gör.



Figur 24 Variation av entrytekniker över tid

Väl medveten om att den information vi kan få ut ur våra register inte medger någon möjlighet att relatera utfall och komplikationer till val av teknik vid anläggande av pneumoperitoneum presenteras ändå en sammanställning över detta. Värde är naturligtvis starkt begränsat men ger ändå en fingervisning om att det inte verkar föreligga någon avsevärd skillnad mellan de olika teknikerna. Att använda en teknik som man är väl förtrogen med och där anatomin beaktas och proceduren görs så säkert det bara är möjligt är de viktigaste faktorerna för att undvika entry-relaterade komplikationer.

Tabell 1. Utfall av komplikationer och konvertering till laparotomi relaterat till teknik att anlägga pneumoperitoneum.

	Gasinsufflation före troakar (%) (n=6078)	Direkt troakar insättning (%) (n=909)	Öppen teknik (%) (n=2772)
Peroperativ komplikation	1,6	1,5	2,1
-Lindrig	1,3	1,1	1,7
-Allvarlig	0,2	0,3	0,4
-Lindr. och allv.	0,1	0,1	0
Konverteras till tomi	6,5	4,5	8,4
Peroperativ blodtransfusion	0,9	0,7	0,9
Komplikation under vårdtiden	3,2	4,9	4,0
Läkarbedömd komplikation 8 v			
-Lindring	12,1	20,8	12,6
-Allvarlig	1,7	3,1	1,8
-Lidr. och allv.	0,7	0,3	0,8

Sammanfattning

Årets rapport som beskriver utfall för operationer utförda under år 2014 visar glädjande nog en fortsatt ökning av andelen laparoskopi vid adnexkirurgi. Frekvensen är nu uppe i 90 % och det kanske är en optimal nivå? Återigen ser vi tydligt att det är eftersträvarsamt med en hög andel laparoskopi då det finns tydliga fördelar för våra patienter. På kliniknivå finns det dock kvarstående skillnader. På nytt presenteras siffror för det vi kallar standardpatient adnex. Även om skillnaderna mellan utfallen är små för standardpatienter och alla adnexpatienter rekommenderas att jämförelser mellan kliniker sker med utgångspunkt från standardpatienten.

Något som behöver förbättras hos hälften av alla registrerande kliniker är att få med akuta patienter i registret. Där finns flera utmaningar men goda exempel finns!

Framöver kommer fokus läggas på den frågan och förhoppningsvis ska vi kunna lära av de som är duktiga på detta.

Som alltid tas synpunkter och idéer om innehåll i rapporten emot med glädje.

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
BMI	Mått som underlättar bedömningen av en persons eventuella övervikt (eng. Body Mass Index). BMI beräknas genom $BMI = \frac{\text{kroppsvikt}}{\text{längd} \times \text{längd}}$ formeln: , 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.
Dagkirurgi	Att patienten går hem samma dag som operation utfördes
Elektiv	Planerad (operation)
Extrauterin graviditet	Graviditet utanför livmodern
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 koldioxid för att organen ska synas tydligare. Efter operationen töms buken på koldioxid.
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativt	Före operationen
Selektion	Urval
Troakar	instrument med en spets innesluten i ett rör för tappning av vätska, införande av kateter och access till håligheter
Valdiitet	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.