



ÅRSRAPPORT ADNEXREGISTRET 2012

Sammanställning av adnexoperationer
inrapporterade under år 2011

FRÅN GYNOP-REGISTRET

Delregister: Adnexkirurgi

Författare: Mathias Pålsson

Delregisteransvarig adnexsregistret

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MAJ 2012

Årsrapport Adnex 2011

Inledning

Årsrapporten för 2011 innehåller samma data som standardrapporten för Adnexregistret som varje klinik kan producera i rapportgeneratoren. Skillnaden är att här presenteras alla kliniker så att jämförelse dem emellan kan ske. Kliniker som redovisat under 10 patienter är inte medtagna i figurerna.

Förra året fanns det för första gången med data från GKR-registret (Gyn-Kvalitetsregistret för gynekologiska operationer, omfattande framförallt Stockholmsområdet). I år har detta inte kunnat genomföras. Man hade i GKR genomfört en större databasförändring under hösten. När importen gjordes i februari uppdagades detta och det har ej hunnit korrigeras i tid för att inkluderas i årets rapport. Målsättningen är att det till nästa år ska finnas med GKR-data i samtliga tabeller/diagram.

Som tidigare gäller att man vid läsning ska vara medveten om att det skiljer mycket mellan hur många patienter klinikerna har inkluderat och det innebär att man alltid ska vara försiktig med tolkning av resultaten. Hur Adnexregistret används skiljer sig också mellan klinikerna. De flesta inkluderar mest förväntat benigna adnexoperationer medan andra har en stor andel förväntat maligna med.

Urvalet till rapporten är att det utförts en adnexoperation utan samtidig hysterektomi.

Adnexregistrets utveckling

42 kliniker har patienter representerade med ovan selektionssätt, fem har dock färre än 10 patienter så för redovisningen här kommer data från 37 kliniker att användas. Det är lika många som i fjol.

Totalt har 2477 operationer registrerats, något mer än 2010 (då GKR-data exkluderats):

Tabell 1. Antal operationer per år

	2010	2011
Antal inkluderade patienter	2199	2477

Operationsstart

I likhet med föregående årsrapporter visar årets siffror att det skiljer sig markant mellan hur olika kliniker väljer att påbörja operationerna.

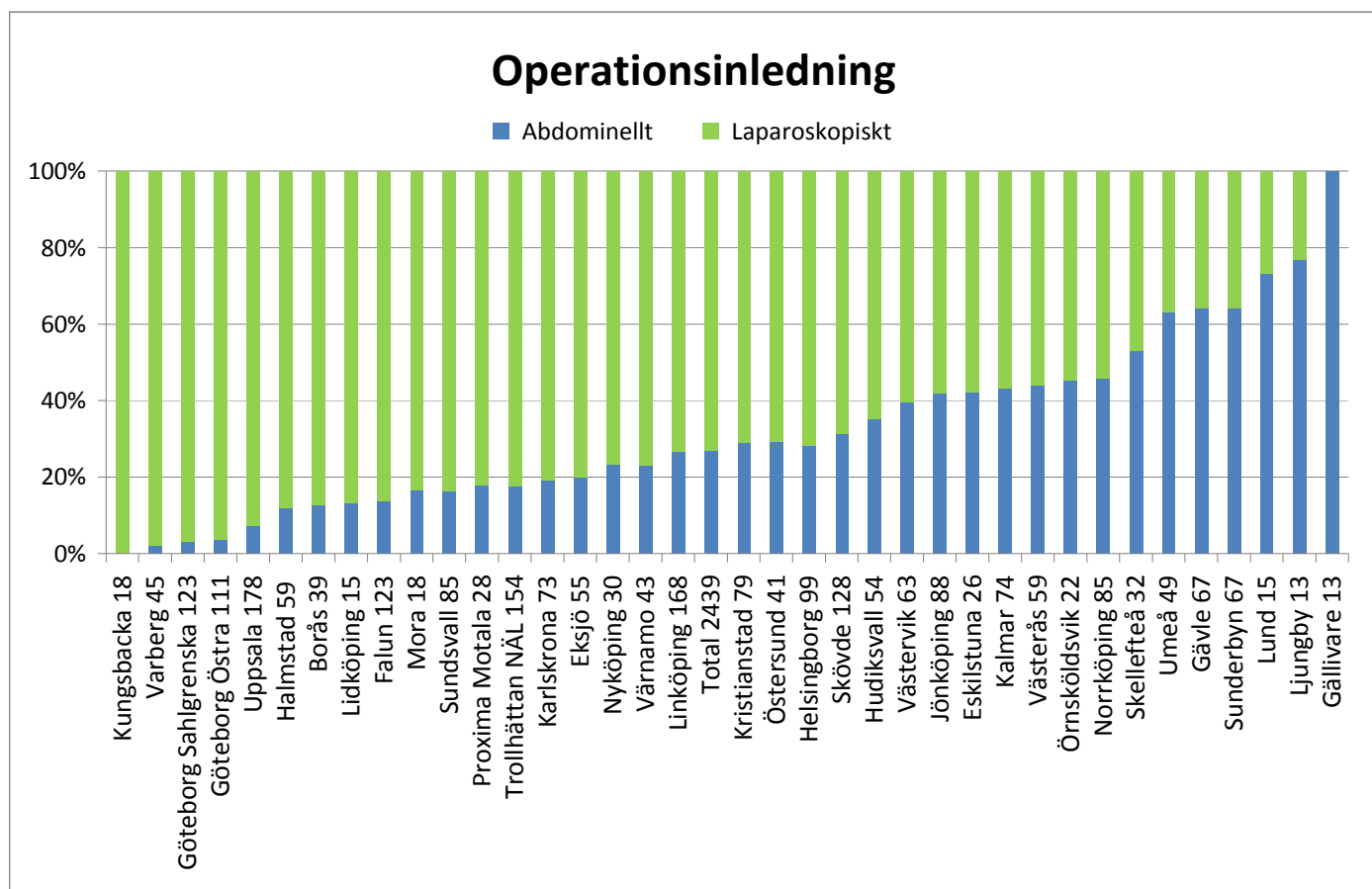
Under året kommer en separat rapport att publiceras om detta. Utgångspunkten är då att jämföra hur man opererar en cysta som inför operationen bedöms vara benign. En del data presenterades i samband med det senaste användarmötet som hölls i Stockholm den 23:e mars.

Tabell 2. Fördelning operationssätt per år

	2010	2011
Abdominellt	689	670
Laparoskopiskt	1493	1789

Det är en statistiskt signifikant ökning av andelen laparoscopi ($p=0,0012$) från 2010 till 2011. Återstår att se om det är en trend som håller i sig.

Samma kliniker som tidigare haft en hög andel laparoscopi har det fortfarande och tvärtom.



Figur 1 Hur operationen inleds

PAD

Fördelningen av PAD mellan benigna och precancerösa/maligna ser ut som tidigare.

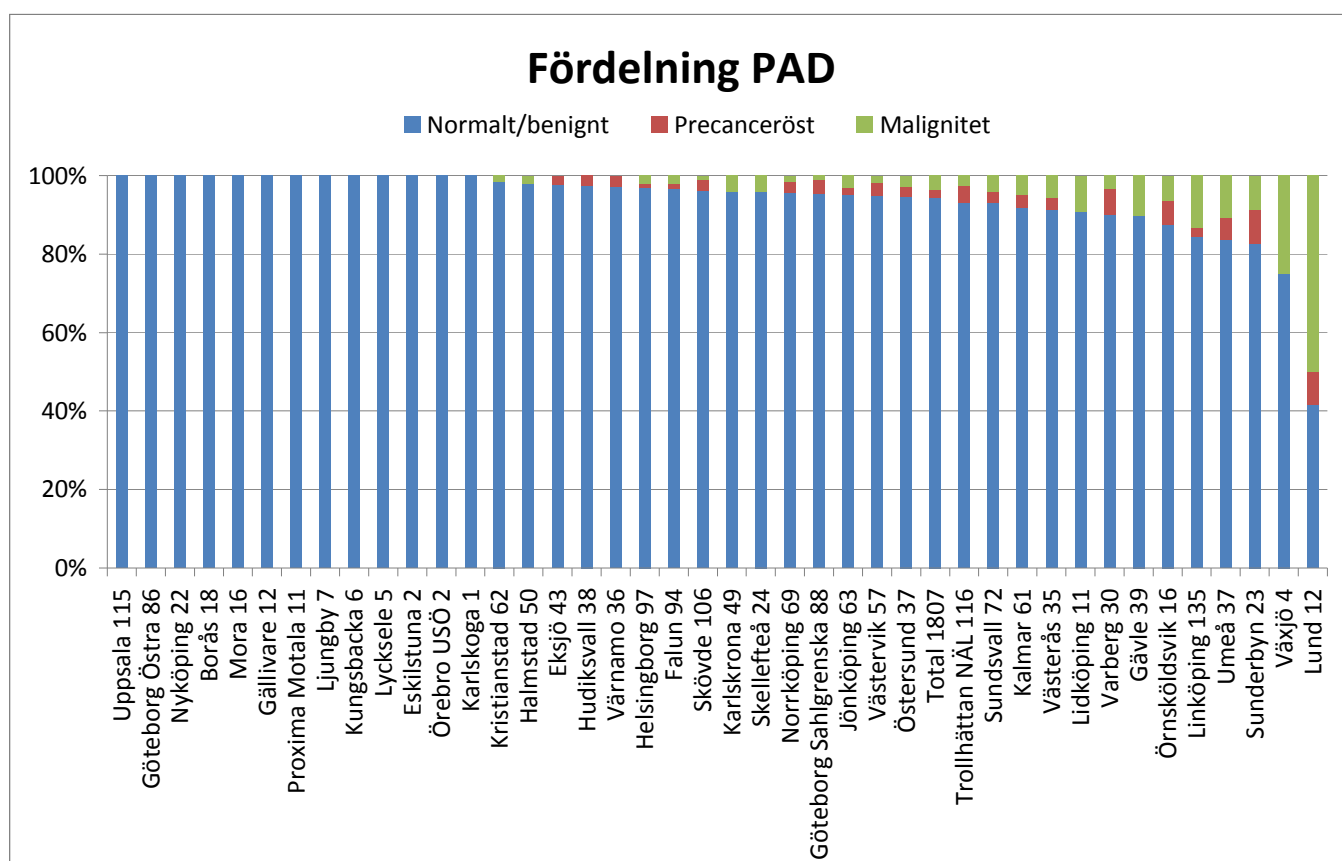
Överväldigande stor andel av de operationer som registreras i adnexsträngen har benigna PAD vid bedömningen efter operationen. En del kliniker har en högre andel precancerösa/maligna PAD.

Rikets fördelning är 94.3% benigna PAD. Om man tittar på de kliniker som har en högre andel precancerösa/maligna PAD än riket har man också preoperativt bedömt förändringen som malignitetsmisstänkt eller klarlagt malign i högre grad jämfört med de kliniker som har mindre maligna PAD jämfört med riket. Detta är en skillnad i inkluderingen att man inkluderar malignitetsmisstänkta/maligna tillstånd och inte en skillnad i att man i högre grad hittar allvarligare tillstånd.

Tabell 3. Malignitetsbedömning preoperativt

	Kliniker över rikets fördelning (n=791)	Kliniker under rikets fördelning (n=1555)
Preoperativ bedömning Malignitetsmisstänkta/maligna	18.6%	10.2%

n= antal patienter



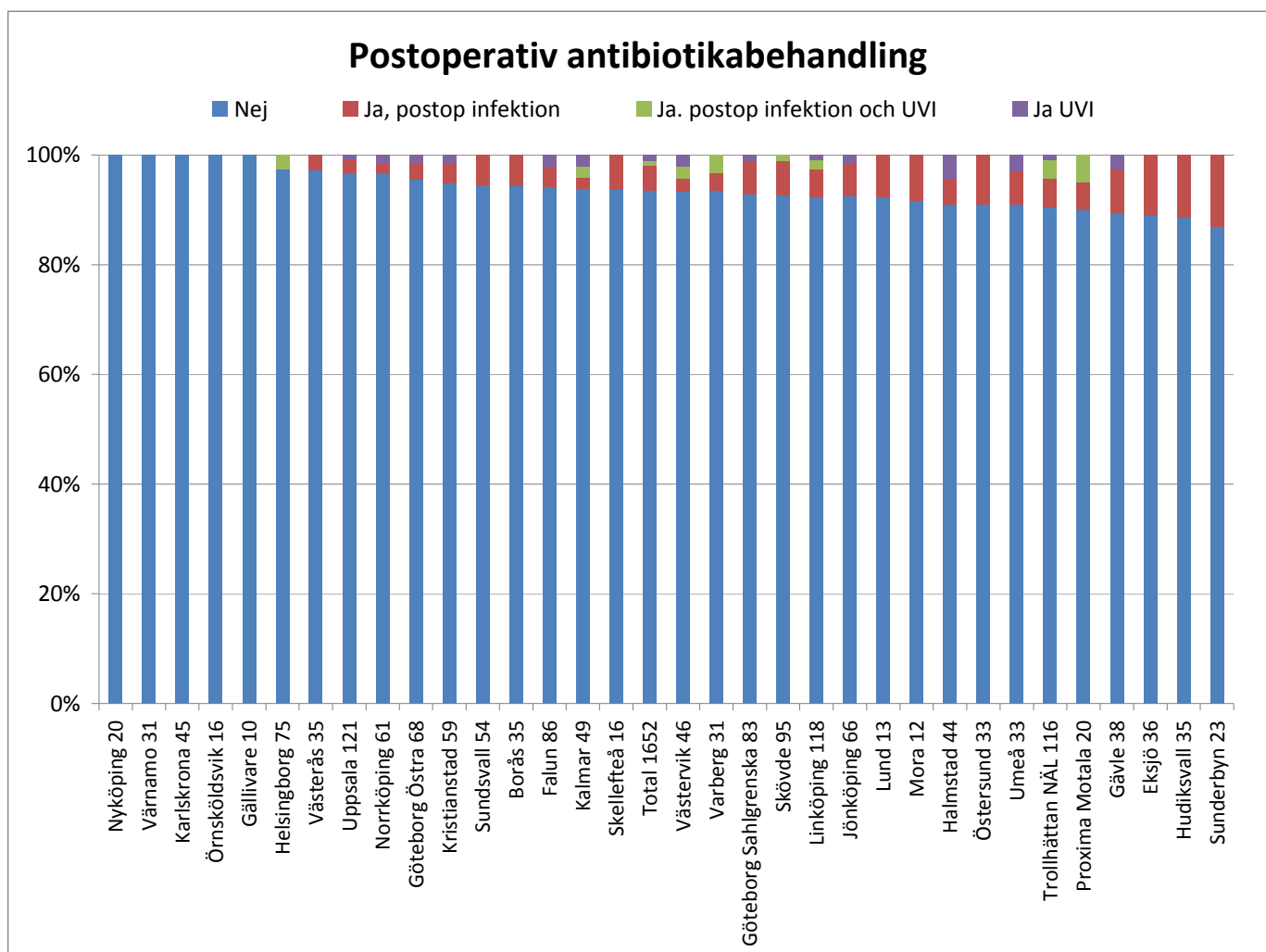
Figur 2 Klinikens bedömning av PAD

Postoperativ antibiotikabehandling

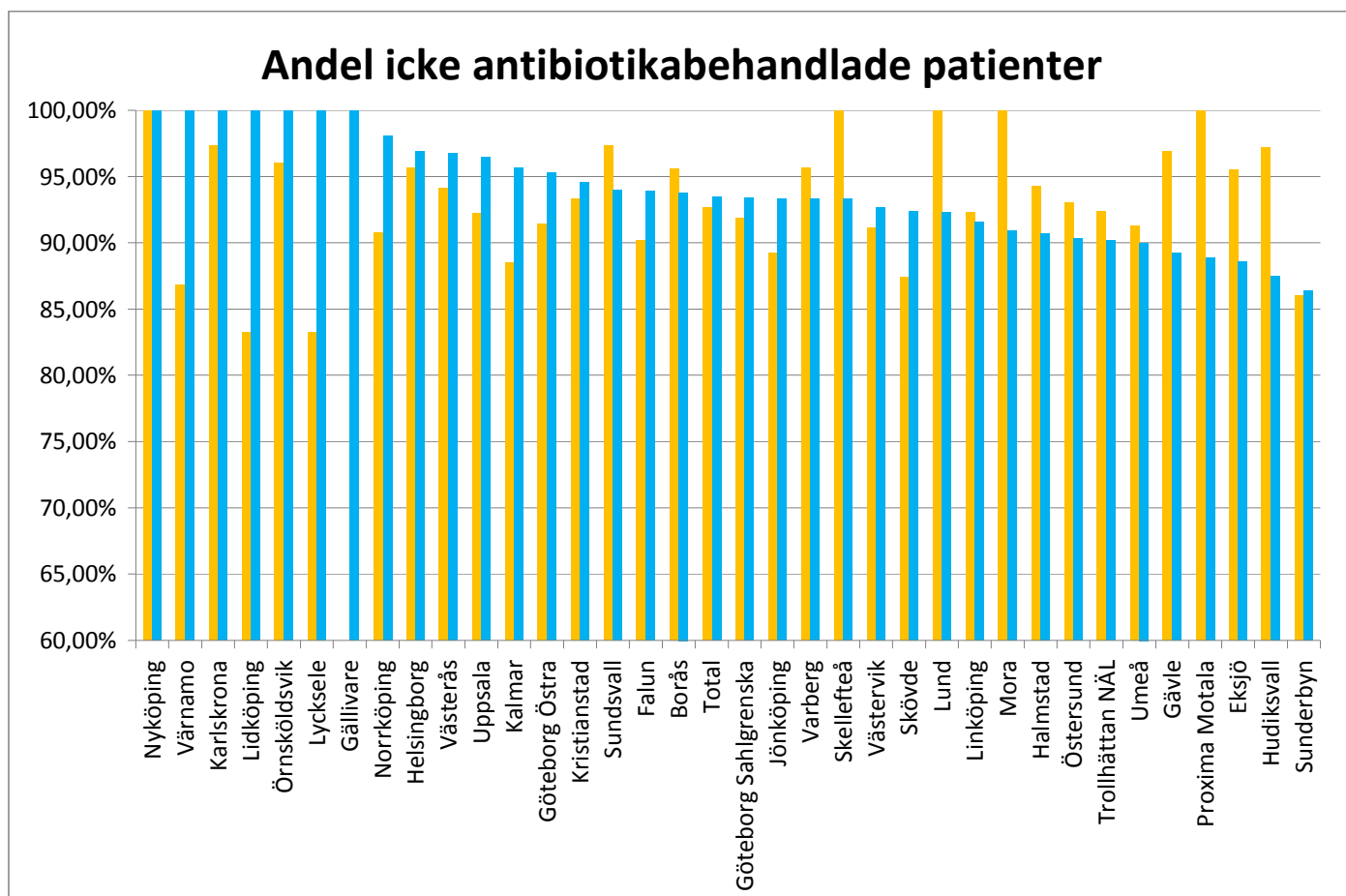
Andelen kvinnor som behandlats med antibiotika postoperativt (läkarrapporterat vid epikris samt patientrapporterat 8-veckorsenkäten) ligger på 6.4 % sett för hela riket. Det är ingen påtaglig skillnad från 2010 då motsvarande siffra var 7.4 %. Se tabell 4 för jämförelse på klinikinivå mellan åren 2010 och 2011. I likhet med då är spridningen fortfarande stor, från att inga patienter behandlats med antibiotika till att 13 % behandlats.

Om materialet delas upp i dem som genomgått laparotomi respektive laparoskopi så skiljer det sig något, 8.9 % vid laparotomi och 5.9 % vid laparoskopi, rapporterad eller bedömd antibiotikaanvändning ($p=0,0276$ med Fischers exakta test).

Det är en markant skillnad mellan dem som genomgått en laparotomi där man använt medellinjesnitt jämfört med tvärsnitt. Hela 12.6 % har behandlats postoperativt med antibiotika då medellinjesnitt används att jämföra med 5.8 % då tvärsnitt använts ($p= 0,0085$ med Fishers exakta test).



Figur 3 Postoperativ antibiotikabehandling. Notera att Y-axeln börjar på 80 %.



Figur 4. Icke antibiotikabehandlade 2011 i blått och 2010 i gult

Komplikationer

Under 2011 registrerades 49 allvarliga komplikationer. 31 av dessa komplikationer uppdagades under vårdtiden, resterande fram till och med 8-veckorsenkäten. Nio allvarliga komplikationer upptäcktes redan under själva operationen. Av de 31 som upptäcktes under vårdtiden utgörs de flesta av orsaker relaterade till kirurgin.

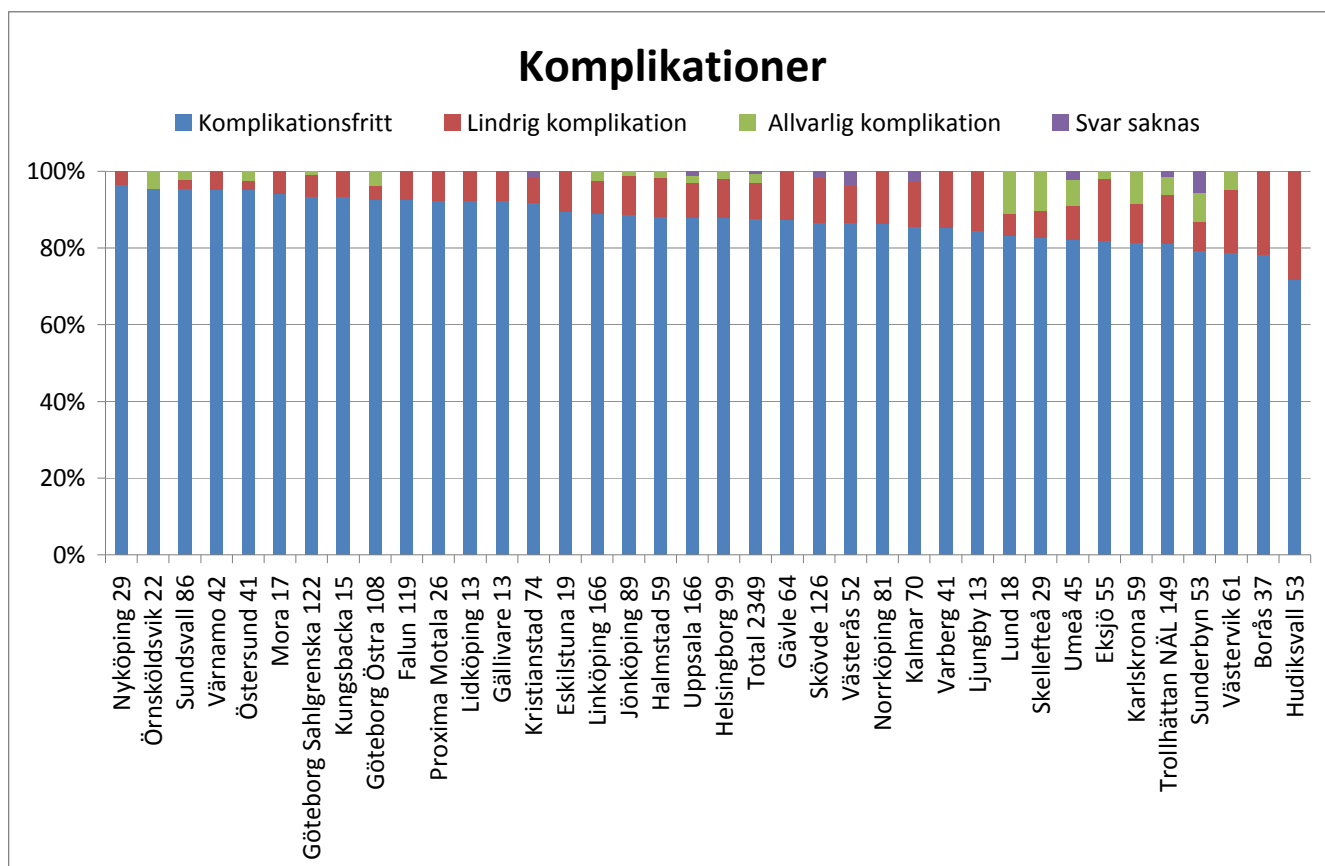
Tabell 4. Allvarliga komplikationer

Komplikation	Antal
Blödning	10
Tarmskada	8
Sårruptur	3
Blåsskada	2
Uretärskada	2
Sepsis	2
Kardiovaskulära	2

Infektioner som krävt återinläggning står för majoriteten av allvarliga komplikationer som upptäckts/debuterat efter vårdtiden.

Av dessa 49 operationer som slutade med en allvarlig komplikation påbörjades 22 som laparotomi och 27 som laparoskopi. Av laparoskopierna konverterades 11 till laparotomi under pågående operation. Tre av dessa konverterades på grund av komplikation och resterande på grund av tekniska svårigheter.

Rikets komplikationsfrekvens är 11,7 %, där 2.1 % utgörs av allvarliga komplikationer. Spridningen är kraftig, från knappt 4 % uppgivna komplikationer till nästan 30 %. Komplikationsfrekvensen 2010 var 14 %. Vid analyser av de allvarligare komplikationerna finns en stor samstämmighet i vad som klassificeras som allvarlig komplikation. Eftersom allvarligare komplikationer är ett fåtal har enstaka fall (slumpvariationen) stor inverkan på andelen allvarliga komplikationer. Ingen skillnad har kunnat säkerställas mellan klinikerna avseende allvarligare komplikationer. Vad som klassificeras som lindrig komplikation finns dock en spridning mellan kliniker. Bland enskilda kollegor varierar om en händelse klassificeras som en lindrig komplikation eller som inom det som normalt kan förväntas. I programvaran finns inbyggda hjälpfunktioner med definitioner av komplikationer och komplikationsgrad, detta än mer utbyggt i den programvara som för närvarande distribueras. Vi skulle rekommendera att man följer den klassifikationen som dessutom är sanktionerad av SFOG, samt att man lokalt diskuterar hur man klassificerar ev. komplikationer. Detta för att av läkare bedömda komplikationer skall kunna jämföras mellan klinikerna.



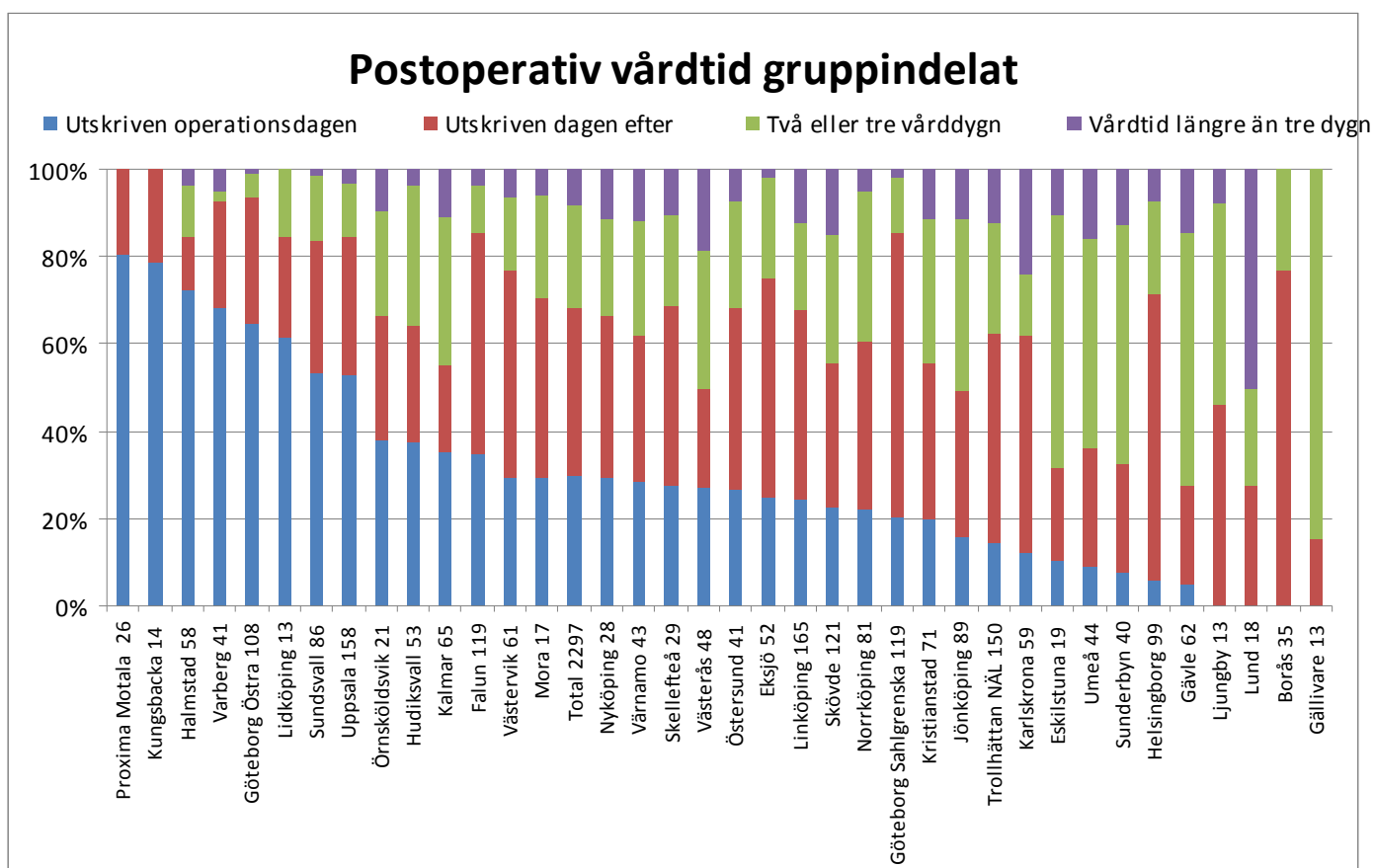
Figur 5 Läkarrapporterad komplikationsbedömning från utskrivning och 8-veckorsenkät

Vårdtid

Vårdtiderna efter adnexoperationer varierar stort över landet. Rikets siffror visar att 29,4% av patienterna går hem samma dag som de opererats (varierar mellan 0 och 80 %). 67,4% går hem senast dagen efter operationen och drygt 8 % vårdas längre än 3 dagar.

Om en kvinna blivit opererad med laparotomi är medelvårdtiden 2,7 dygn (median 2,0) jämfört med då laparoskopi använts där vårdtiden är 0,8 dygn (median 1,0). Förra årets siffror var här 2,9 respektive 0,9 dygn.

Tittar man närmare på vilken snittföring som använts vid laparotomi så visar det sig att kvinnor opererade med medellinjesnitt vårdas i genomsnitt 3,3 dygn (median 3,0) och där bikinisnitt använts är vårdtiden 2,2 dygn (2,0).

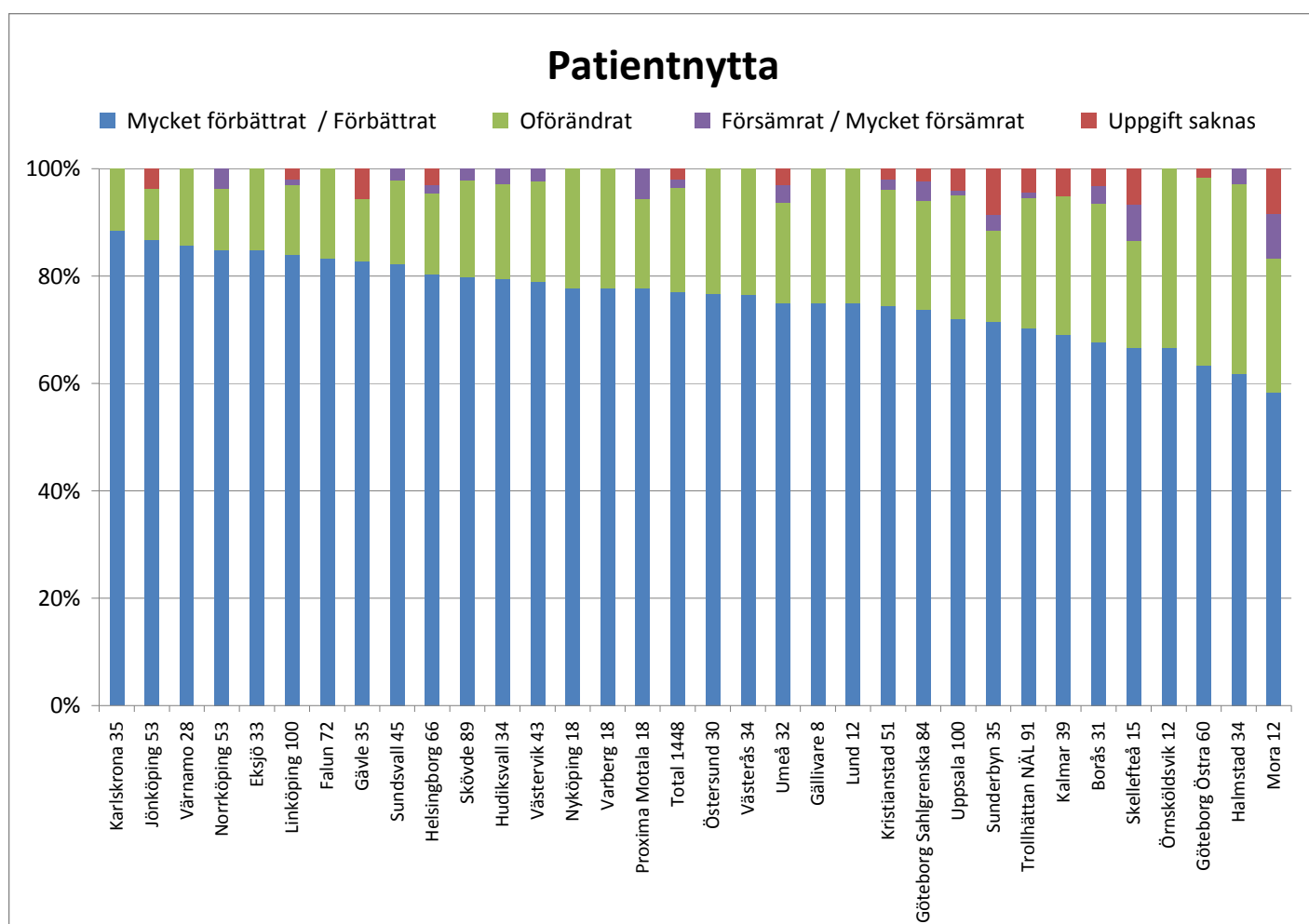


Figur 6 Vårdtid indelad i grupper

Patientnytta

Ett sätt att bedöma vilken nytta patienten upplever med den vård som getts är att ställa frågan hur de upplever utfallet av operationen. Knappt 4 av 5 (77,1%) av dem som opererats i adnexsträngen upplever att deras tillstånd förbättrats. Motsvarande siffror från de andra (benigna) strängarna hämtat ur fjolårets årsrapporter ligger högre där 83 % av kvinnor som genomgått inkontinenskirurgi är förbättrade och av dem som genomgått hysterektomi är över 90 % förbättrade. Nu är detta förvisso siffror från 1-årsenkäten att jämföra med adnexsträngens 8-veckorsenkät. Tittar man hur de som opererats under 2010 svarat på frågan i 1-årsenkäten så uppger 73,9 % att de är mycket förbättrade eller förbättrade (78,5 % svarade att de var förbättrade vid 8-veckorsenkäten det året).

Nu är det inte förvånande siffror eftersom en ganska stor andel kvinnor i adnexsträngen opereras utan att ha nämnvärda besvär som kan förbättras av en operation utan ofta har en cysta som upptäckts vid en rutinmässig gynekologisk kontroll och blir föremål för kirurgi.

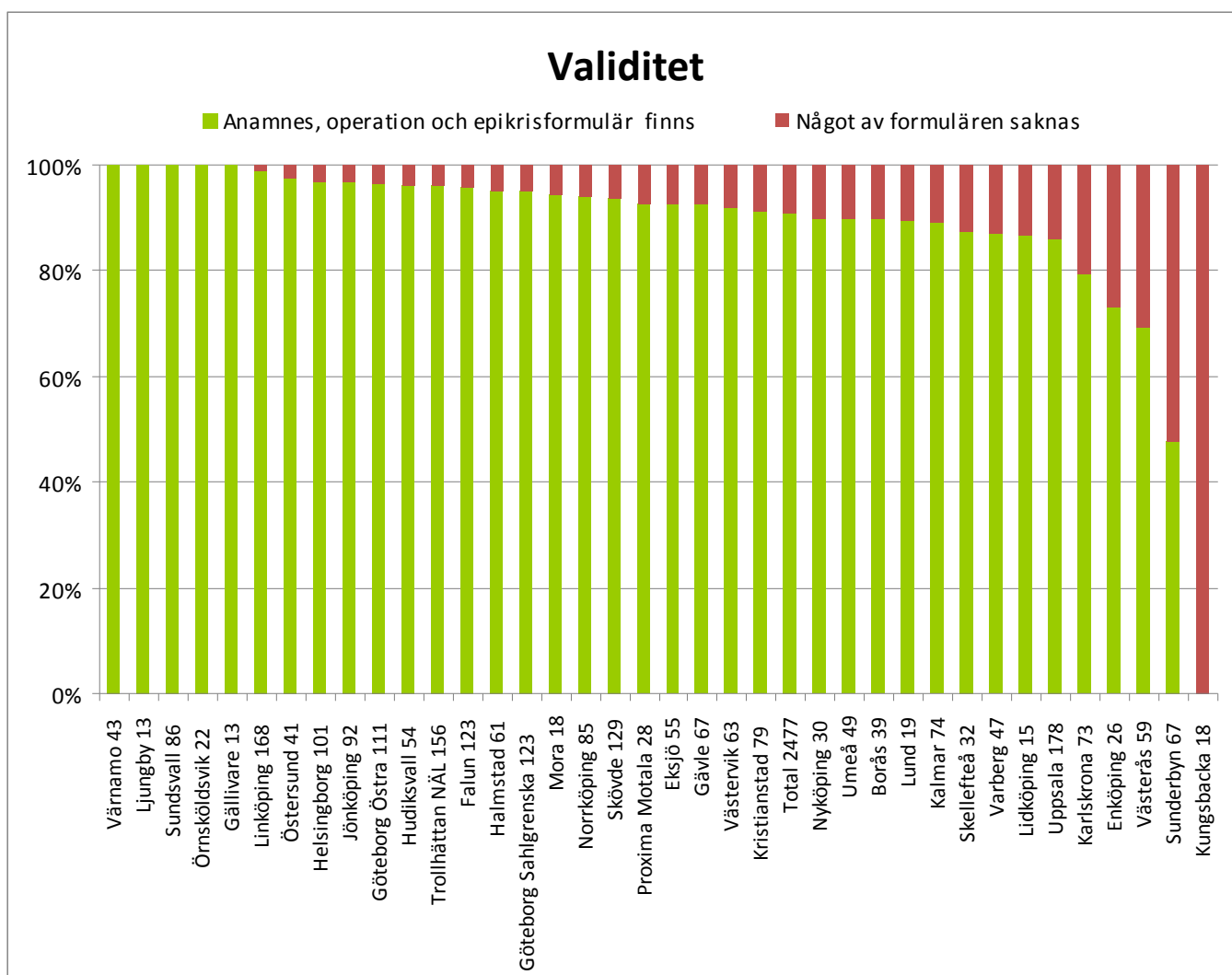


Figur 7 Patientupplevt resultat 8 veckor efter operation

Validitet

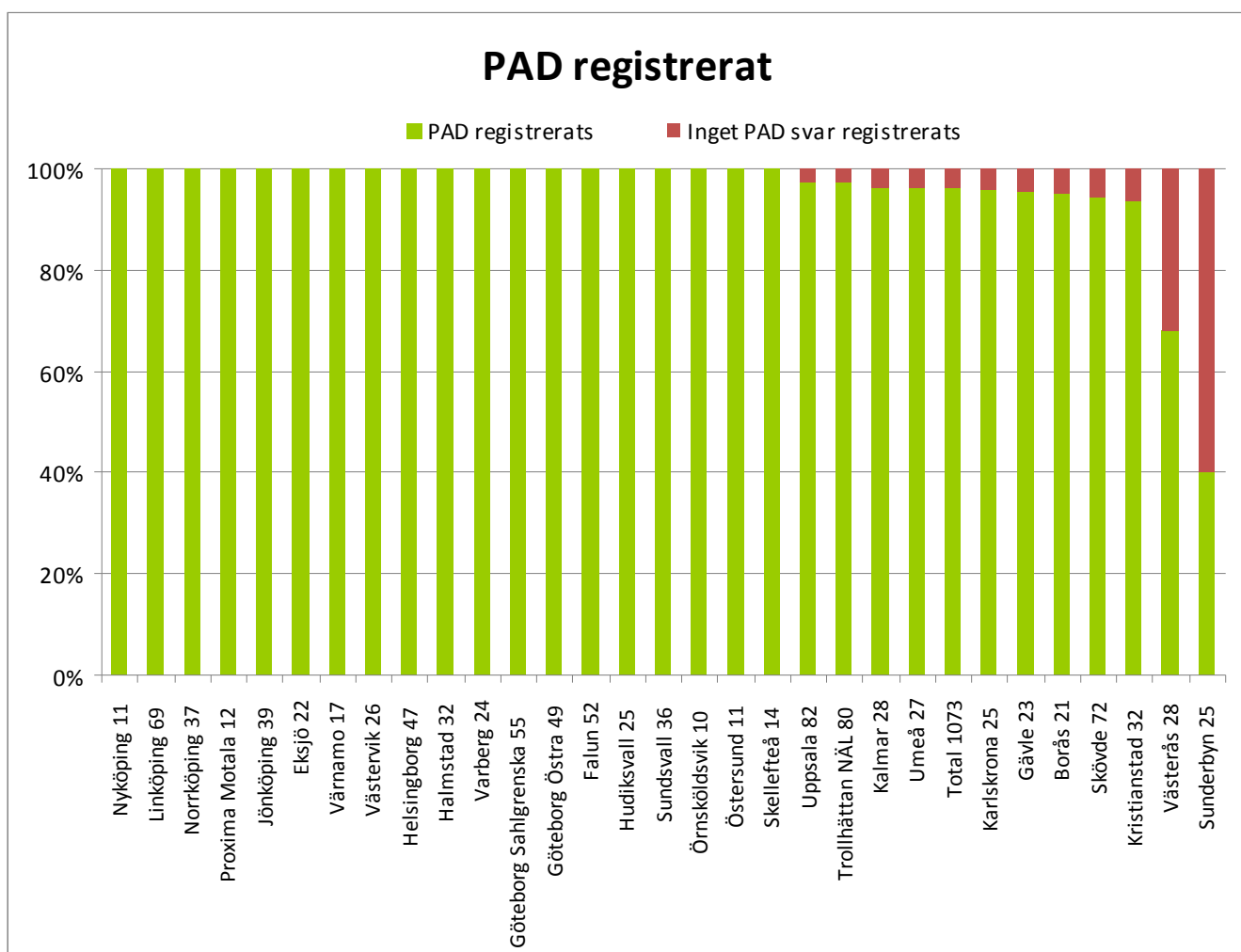
För att kvalitetsregistrets data skall vara tillförlitliga som grund för att bedöma vårdens kvalitet måste så stor andel som möjligt av de patienter man opererar vid en klinik inkluderas i registret. För det andra att data är kompletta. möjligt, d.v.s. att enkäter är ifyllda av patienterna och att läkaren fyller i de formulär som skall fyllas i. Från en studie samt fortlöpande kontroller vet vi att patienterna i stor grad fyller i sina enkäter. I studien från 2002 låg svarsfrekvensen på 95 %, mycket bra i enkätsammanhang. (Ladfors MB *Patients accept questionnaires integrated in clinical routine: a study by the Swedish National Register for Gynecological Surgery Acta Obstet Gynecol Scand* 2002:81:437-442)

Om mycket saknas blir data inte pålitliga och några riktiga slutsatser kan ej dras. I figuren nedan framkommer i vilken utsträckning läkarformulären finns ifyllda. Siffror under 90 % bör tilldra sig uppmärksamhet och en översyn av rutiner kring detta kan vara på sin plats.



Figur 8 | I vilken grad alla läkarformulär finns

Ett annat sätt att belysa rutiner vid kliniken är att mäta i hur stor utsträckning PAD-svar finns registrerat och bedömt i registret 8 veckor efter operationen (i de fall material skickats för PAD). Detta kan naturligtvis påverkas av flera faktorer där svarstiden från den patologiska avdelningen har avgörande betydelse men också hur rutinerna att hanterar kvalitetsregistret på kliniken fungerar. Det är bara 2 kliniker som ligger under 90 % (och de flesta är hundraprocentiga eller näst intill). Samma kliniker ligger under 70 % avseende läkarformulären.



Figur 9 PAD registrerat och bedömt inom 8 v efter operationen

Sammanfattning

Årets rapport är gjord på data sammanställd på lokala programvaran och exporterade lokala databaser som tidigare. Byte till helt webbaserad programvara pågår och ingen fler databas kommer att sammanställas baserad på den lokala programvaran. Nya data kommer enbart att rapporteras från den webbaserade programvaran, data registrerade i "gamla" programvaran kommer att överföras så inga data kommer att förloras. Kliniker som inte bytt till detta före årsskiftet 2012/2013 kommer inte få några av sina data med i nästa rapport. Dock kommer inga data att försvinna utan överförs till nya systemet. Arbetet pågår för fullt och den klinik som ännu ej påbörjat förberedelserna för byte av databas gör klokt i att ta tag i detta snarast.

Rapporten i korthet:

Fler operationer inkluderade i adnexregistret (Gynop)

Högre andel laparoskopi jämfört med i fjol

Något lägre komplikationsfrekvens 2011 jämfört med 2010

Korta vårdtider. 67 % går hem senast dagen efter operation, endast 8 % vårdas längre än 3 dagar. Operationsmetod avgörande för vårdtid.

Validiteten överlag god men vissa kliniker bör se över sina rutiner. Möjlighet finns för besök från registrets organisation för genomgång av rutiner och validitet en s.k. DUKS

Generellt är att inga större förändringar i data och dess distribution skett. Kliniker med hög andel öppen kirurgi, hög andel postoperativ antibiotikabehandling, bristande validitet under 2011 hade det även under 2010. Att beakta är att varje organisation är perfekt designad för att uppnå exakt det resultat man uppnår. Skall förändringar ske måste ett förändringsarbete som medför ändringar göras eller siffrorna för 2012 kommer att vara i stort sett identiska med 2011.

Under året planeras en fristående rapport som tittar närmare på hur kvinnor med cystor som preoperativt bedömts vara benigna opereras och skillnader i utfall beroende på operationssätt.

Finns andra förslag på intressanta frågeställningar med utgångspunkt från adnexkirurgi så tveka inte att ta kontakt med undertecknad.

Undertecknad önskar också tacka Birgitta Renström för fin hjälp med redigeringen av rapporten och Mats Löfgren för värdefulla synpunkter och kommentarer.

Göteborg i maj

Mathias Pålsson