



PROLAPSRAPPORT 2012

Rapport över produktionen år 2011

Sammanställning av prolapsoperationer
inrapporterade under år 2011

FRÅN GYNOP-REGISTRET

Delregister: Prolapskirurgi

Författare: Emil Nüssler
Delregisteransvarig prolapsregistret

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MAJ 2012

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	1
INLEDNING	2
OPERATIONSVOLYM (rapporterade operationer 2011)	3
OPERATIONENS SVÅRHETSGRAD (2009/2010/2011)	4
Andel "standardoperationer"	4
Andel recidiv i samma compartment	5
Användning av implantat	6
Användning av vaginal hysterektomi.....	7
KLINISKA KVALITETSMÅTT - första 8 veckor (2011)	8
Patientbedömd komplikation som föranleder återbesök	8
POSTOPERATIV FUNKTION - första 8 veckor	9
ADL "standardop": jämförelse mellan klinik och län.....	9
RESURSÅTGÅNG året 2011	10
Dagkirurgi – alla typer av operationer	10
Dagkirurgi – standardoperationer:.....	11
Medelvårdtid – alla prolapsoperationer	12
Medelvårdtid – "standardoperationer": Benchmark och jämförelse (klinik).....	13
Medelvårdtid – "standardoperationer": Benchmark och jämförelse (region).....	15
Patientnöjdhet vid "standardoperationer" (KK och län)	16
Medelvårdtid – "standard" versus "komplicerade" operationer	17
AVSLUTANDE KOMMENTARER	18
ORDLISTA	19

INFO

Gul bakgrund = Registrets resultat ("medelklinik")

Isblå bakgrund = tabellen sorterad efter denna kolumn

Mörkröd bakgrund = Benchmarkresultaten

Rubriken "antal prolapsop 2011" i tabellerna 1-4 anger inte totala antalet genomförda operationer, utan antalet operationer där data avseende frågeställningen finns. Operationer där svar saknas är exkluderade.

INLEDNING

Alla prolapsoperationer som klinikerna har inkluderat i Gynop-registret under 2011 redovisas. Operationer där både prolaps och inkontinens opererats har exkluderats.

Prolapsoperationer har många olika svårhetsgrader, från ett tekniskt enkelt dagkirurgiskt ingrepp till ett komplicerat ingrepp med flera rekonstruktiva svårigheter där förväntat resultat är osäkert. Detta har stor betydelse för resultaten. I denna rapport redovisas ”operationens svårhetsgrad” för åren 2009, 2010 och 2011. Tabellerna blir (med flit) lite stora och kanske inte helt lätta att läsa, men vi hoppas klinikerna kan bedöma om utvecklingen går i den önskade riktningen utifrån dessa.

Prolapsoperationer är komplicerade att rapportera och jämförelser mellan olika kliniker blir osäkra, eftersom det är olika mix av operationernas svårhetsgrader. Därför utvecklar vi i ökande grad ”Robsonliknande” tankar och selektioner i registren:

Begreppet ”standardoperation” inkluderar den gamla ”Manchesternivå”: patienter som har genomgått främre/bakre plastik, cervixamputation eller perinealplastik (enbart eller i kombination). Patienter som opereras för lateralt cystocele är exkluderade. Vid denna selektion är det möjligt att jämföra klinikernas resultat, på samma sätt som obstetrikerna använder Robsongrupperna.

Vi har i år fokuserat på resursåtgång och försöker använda begreppet ”benchmark”.

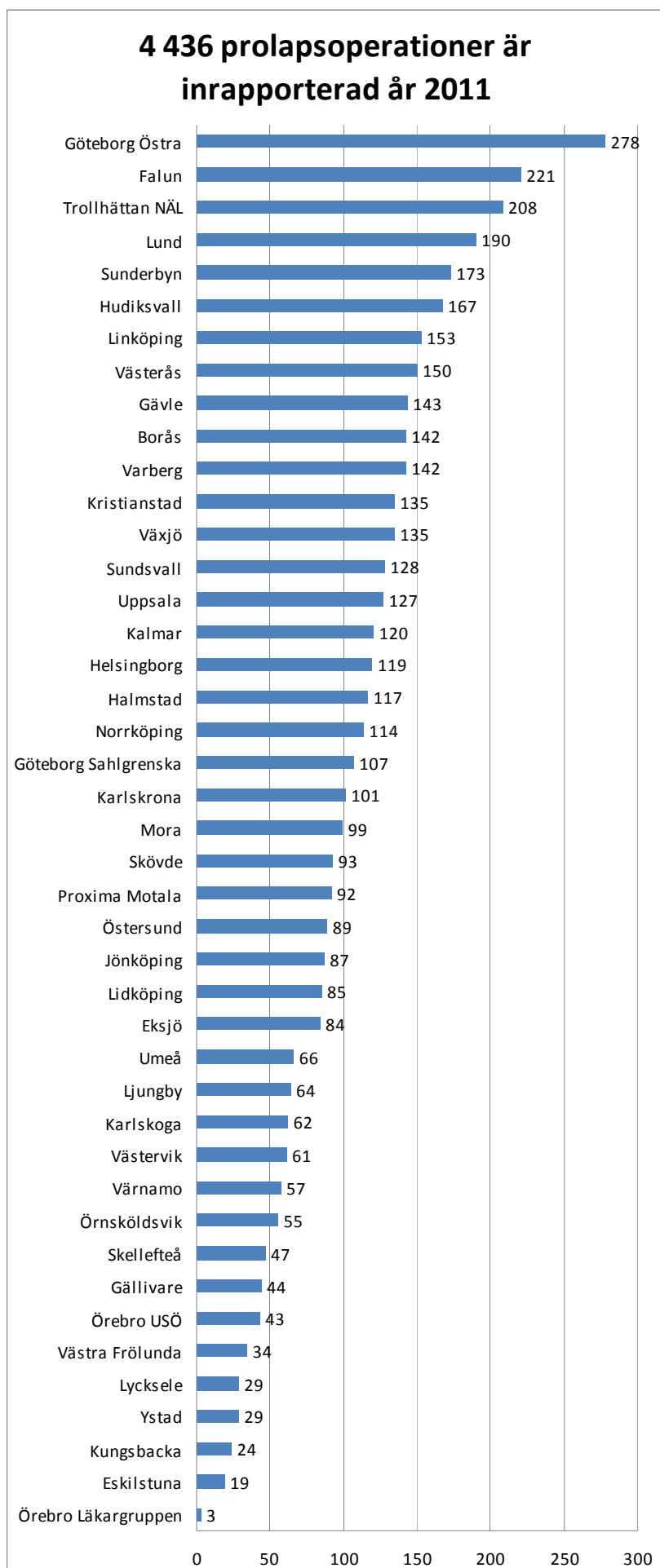
Benchmark är ett anglosaxiskt begrepp, definieras av Oxford Dictionary som: ”something that can be measured and used as a standard that other things can be compared with” och är en av grundpelarna i kvalitetskontrollen av produktionsprocesser i hela världen.

I klinisk operativ verksamhet använder vi ofta begreppet ”golden standard”, men benchmark är mycket mera dynamisk: man väljer själv sin benchmark – och anger samtidigt hur högt man har satt ribban för sig själv.

Det finns ingen konsensus hur man ska välja benchmark i registersamband. Det finns en relativt spridd acceptans som även diskuterats på användarmöten, att primärt definiera benchmark som genomsnitt av de ”bästa” 25 % av kvinnoklinikerna (kliniker med få patienter exkluderas).

Vi hoppas på och ser fram mot en viktig diskussion, avseende selektioner av ”Robsonstyp” och definition av registrets framtida benchmarknivåer.

OPERATIONSVOLYM (rapporterade operationer 2011)



OPERATIONENS SVÅRHETSGRAD (2009/2010/2011)

Andel "standardoperationer" (tabell 1)

	2009%	2010%	2011%	Antal standardop 2011	Antal prolapsop 2011
Göteborg Sahlgrenska	21,6	17,7	15,0	16	107
Lidköping	28,3	28,3	21,2	18	85
Örebro USÖ	39,6	49,1	37,2	16	43
Varberg	41,6	28,7	38,0	54	142
Växjö		35,7	39,3	53	135
Västervik	37,0	45,8	39,3	24	61
Västerås	47,2	48,7	42,0	63	150
Eskilstuna			42,1	8	19
Halmstad			44,4	52	117
Ystad	55,6	38,2	44,8	13	29
Lund		51,9	45,8	87	190
Sunderbyn	47,8	53,8	46,8	81	173
Skellefteå	53,5	57,8	48,9	23	47
Karlskoga	57,0	52,0	50,0	31	62
Göteborg Östra	57,4	58,3	51,1	142	278
Uppsala	54,7	49,4	54,3	69	127
Skövde	0,0	22,9	54,8	51	93
Kristianstad	63,6	54,0	55,6	75	135
REGISTER medel	55,3	55,2	56,2	2492	4436
Hudiksvall	32,4	31,0	57,5	96	167
Eksjö	51,0	66,7	59,5	50	84
Proxima Motala	50,0	49,0	59,8	55	92
Kalmar	57,5	65,6	60,8	73	120
Linköping	64,5	61,0	61,4	94	153
Karlskrona		50,0	62,4	63	101
Helsingborg	59,7	71,6	63,0	75	119
Jönköping	49,5	59,8	63,2	55	87
Gävle	61,3	58,3	63,6	91	143
Örnsköldsvik	76,3	64,8	63,6	35	55
Umeå	57,9	63,0	63,6	42	66
Östersund	61,9	57,1	64,0	57	89
Norrköping	59,2	68,4	64,9	74	114
Värnamo	44,9	53,6	64,9	37	57
Trollhättan NÄL	60,0	54,9	65,9	137	208
Borås	63,5	61,0	67,6	96	142
Mora	79,5	74,3	69,7	69	99
Sundsvall	56,6	75,7	70,3	90	128
Kungsbacka			70,8	17	24
Gällivare			72,7	32	44
Ljungby	100,0	72,0	73,4	47	64
Västra Frölunda	83,3	92,6	76,5	26	34
Falun	79,4	77,1	80,1	177	221
Lycksele	62,5	79,2	86,2	25	29
Örebro Läkargruppen	53,8	57,1	100,0	3	3

OPERATIONENS SVÄRHETSGRAD (2009/2010/2011)

Andel recidiv i samma compartment (tabell 2)

	2009%	2010%	2011%	Antal recidivop 2011	Antal prolapsop 2011
Kungsbacka			0,0	0	24
Örebro Läkargruppen	7,7	14,3	0,0	0	3
Norrköping	9,6	12,8	5,3	6	114
Lycksele	6,3	8,3	6,9	2	29
Värnamo	12,2	2,9	7,0	4	57
Proxima Motala	8,3	21,0	7,6	7	92
Sundsvall	13,9	8,1	8,6	11	128
Västra Frölunda	2,1	0,0	8,8	3	34
Örnsköldsvik	11,9	5,6	9,1	5	55
Gällivare			9,1	4	44
Örebro USÖ	20,8	20,8	9,3	4	43
Ljungby	0,0	16,0	9,4	6	64
Falun	7,1	10,9	9,5	21	221
Jönköping	13,3	6,1	10,3	9	87
Linköping	13,7	12,7	10,5	16	153
Eskilstuna			10,5	2	19
Borås	11,6	13,8	10,6	15	142
Helsingborg	11,8	11,2	10,9	13	119
Kalmar	11,8	15,3	11,7	14	120
Lidköping	13,2	14,1	11,8	10	85
Västerås	18,1	16,8	12,0	18	150
Karlskrona		0,0	12,9	13	101
Lund		15,6	13,7	26	190
Skövde	75,0	31,4	14,0	13	93
Uppsala	15,1	19,5	14,2	18	127
Göteborg Östra	8,1	13,8	14,4	40	278
REGISTER medel	14,0	14,8	14,5	642	4436
Karlskoga	16,3	18,7	14,5	9	62
Östersund	8,3	11,7	14,6	13	89
Västervik	17,8	11,9	14,8	9	61
Mora	3,8	9,6	15,2	15	99
Umeå	10,5	7,4	15,2	10	66
Gävle	10,1	13,5	15,4	22	143
Trollhättan NÄL	14,1	12,6	15,9	33	208
Varberg	12,4	23,4	16,2	23	142
Hudiksvall	18,9	19,3	16,8	28	167
Halmstad			18,8	22	117
Eksjö	6,1	9,3	19,0	16	84
Växjö		20,9	19,3	26	135
Kristianstad	13,6	16,1	20,7	28	135
Skellefteå	9,9	8,9	21,3	10	47
Sunderbyn	30,4	21,3	28,9	50	173
Ystad	22,2	26,5	31,0	9	29
Göteborg Sahlgrenska	48,3	27,1	36,4	39	107

OPERATIONENS SVÄRHETSGRAD (2009/2010/2011)

Användning av implantat (tabell 3)

	2009%	2010%	2011%	Antal implantat- op 2011	Antal prolapsop 2011
Eskilstuna			0,0	0	19
Kungsbacka			0,0	0	24
Västra Frölunda	2,1	0,0	0,0	0	34
Borås	4,2	0,6	0,0	0	142
Umeå	0,0	3,7	0,0	0	66
Lycksele	0,0	0,0	0,0	0	29
Gällivare			0,0	0	44
Skellefteå	4,2	2,2	4,3	2	47
Linköping	7,3	5,9	5,2	8	153
Värnamo	12,2	22,5	5,3	3	57
Örnsköldsvik	8,5	1,9	5,5	3	55
Helsingborg	6,9	5,2	5,9	7	119
Ljungby	0,0	4,0	6,3	4	64
Sundsvall	10,7	3,6	6,3	8	128
Falun	2,1	4,6	6,3	14	221
Proxima Motala	5,6	19,0	7,6	7	92
Varberg	6,7	9,6	7,7	11	142
Jönköping	8,6	12,0	8,0	7	87
Göteborg Östra	3,7	10,6	8,3	23	278
Lund		7,8	8,9	17	190
Östersund	0,0	6,5	9,0	8	89
Örebro USÖ	10,4	3,8	9,3	4	43
Kristianstad	6,8	6,9	10,4	14	135
Gävle	12,6	9,6	10,5	15	143
Mora	0,0	2,9	11,1	11	99
Uppsala	13,2	15,2	11,8	15	127
Norrköping	24,0	22,2	14,0	16	114
REGISTER medel	15,0	14,9	15,0	665	4436
Karlskrona		0,0	15,8	16	101
Västervik	19,2	11,9	16,4	10	61
Trollhättan NÄL	15,7	14,1	17,8	37	208
Kalmar	7,1	13,7	18,3	22	120
Eksjö	14,3	4,3	19,0	16	84
Karlskoga	14,0	14,7	19,4	12	62
Växjö		22,5	20,0	27	135
Skövde	100,0	34,3	21,5	20	93
Halmstad			23,9	28	117
Sunderbyn	34,8	21,9	29,5	51	173
Ystad	11,1	32,4	31,0	9	29
Västerås	37,3	39,5	35,3	53	150
Hudiksvall	55,9	55,6	37,1	62	167
Göteborg Sahlgrenska	54,3	53,1	51,4	55	107
Lidköping	37,7	32,6	58,8	50	85

OPERATIONENS SVÄRHETSGRAD (2009/2010/2011)

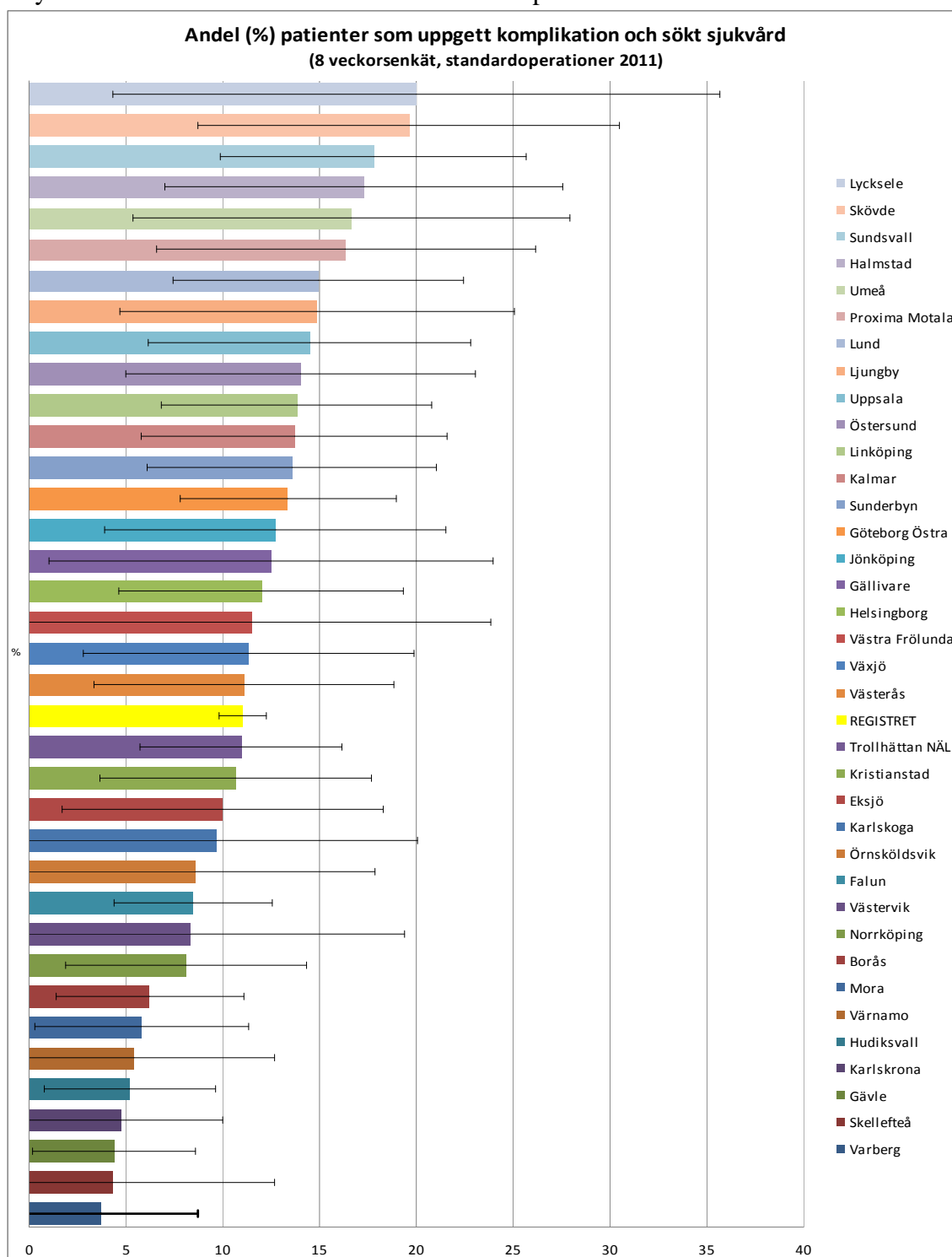
Användning av vaginal hysterektomi (tabell 4)
(som del av prolapsoperationen)

	2009%	2010%	2011%	Antal vag. hysterektomi 2011	Antal prolapsop 2011
Lycksele	25,0	0,0	0,0	0	29
Örebro Läkargruppen	7,7	14,3	0,0	0	3
Linköping	4,0	0,8	0,7	1	153
Proxima Motala	0,0	0,0	1,1	1	92
Karlskoga	7,0	4,0	1,6	1	62
Hudiksvall	23,4	20,3	1,8	3	167
Mora	5,1	8,8	2,0	2	99
Västerås	0,5	2,5	2,7	4	150
Borås	7,4	3,8	2,8	4	142
Ystad	0,0	0,0	3,4	1	29
Norrköping	1,6	1,7	3,5	4	114
Falun	3,5	4,6	3,6	8	221
Sundsvall	12,3	8,1	4,7	6	128
Gävle	12,6	16,7	4,9	7	143
Trollhättan NÄL	13,5	13,6	5,8	12	208
Kalmar	6,3	2,3	5,8	7	120
Umeå	21,1	9,3	6,1	4	66
Göteborg Sahlgrenska	9,5	10,4	6,5	7	107
Östersund	14,3	13,0	6,7	6	89
Värnamo	12,2	10,1	7,0	4	57
Ljungby	0,0	2,0	7,8	5	64
Karlskrona		50,0	7,9	8	101
Eksjö	12,2	13,3	8,3	7	84
Sunderbyn	8,7	11,8	8,7	15	173
Uppsala	17,0	11,6	9,4	12	127
Helsingborg	19,4	4,5	10,1	12	119
REGISTER medel	13,9	14,1	12,1	529	4370
Kungsbacka			12,5	3	24
Örnsköldsvik	5,1	7,4	14,5	8	55
Gällivare			15,9	7	44
Skövde	0,0	31,4	16,1	15	93
Jönköping	26,7	23,2	18,4	16	87
Kristianstad	13,6	19,5	20,7	28	135
Lidköping	30,2	27,2	21,2	18	85
Skellefteå	28,2	22,2	21,3	10	47
Halmstad			22,2	26	117
Göteborg Östra	29,1	22,3	25,2	70	278
Lund		22,1	25,8	49	190
Växjö		34,1	28,1	38	135
Västervik	24,7	37,3	29,5	18	61
Örebro USÖ	29,2	24,5	30,2	13	43
Eskilstuna			42,1	8	19
Varberg	30,3	40,4	43,0	61	142

KLINISKA KVALITETSMÅTT - första 8 veckor (2011)

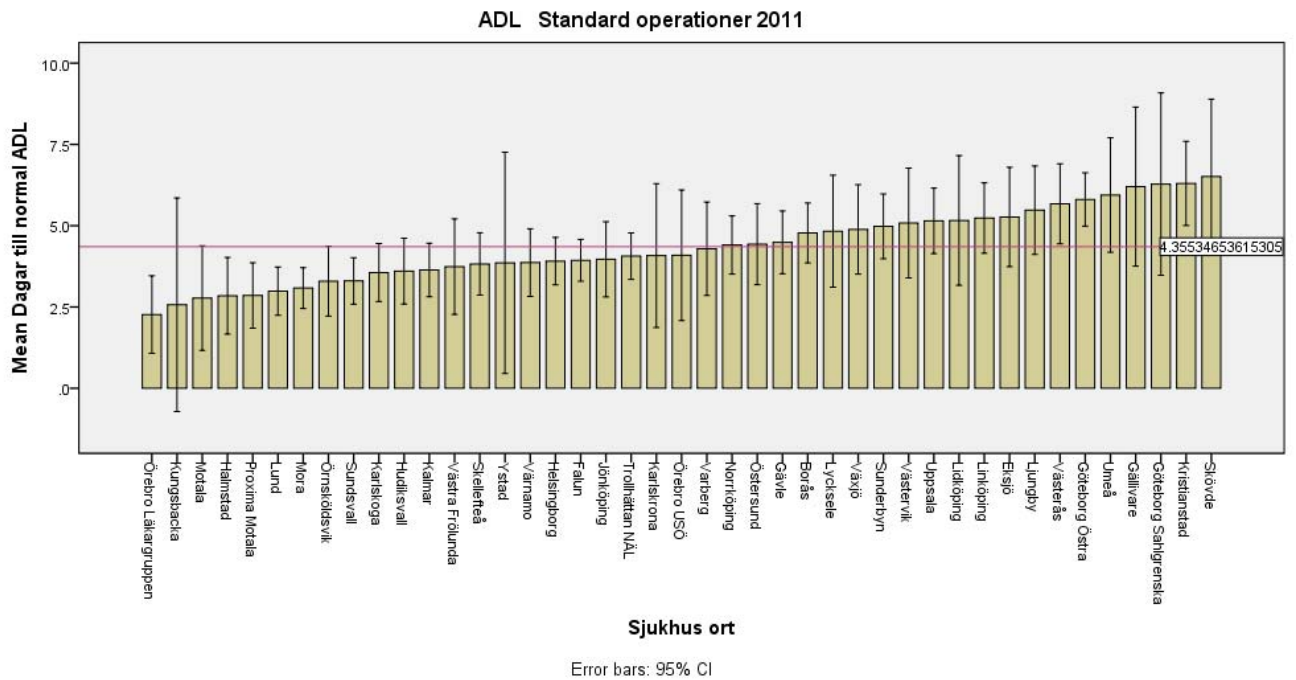
Patientbedömd komplikation som föranleder återbesök (8 veckors enkät; endast "standardoperationer")

Av patienten bedömt oförväntade postoperativa besvär/komplikation som orsakat ett återbesök är ur både medicinsk och ekonomisk perspektiv intressanta att kontrollera. Man kan inte jämföra kliniker med denna parameter enbart, utan man måste justera för operationernas svårhetsgrad. Därför visar vi endast utfallet efter standardoperationer, där resultatet för alla kliniker borde ligga på jämförbar nivå. Tabellen är suggestivt "lutande", men konfidensintervallen visar att det inte finns skillnad av betydelse mellan klinikerna. Kliniker med < 30 operationer är exkluderade.

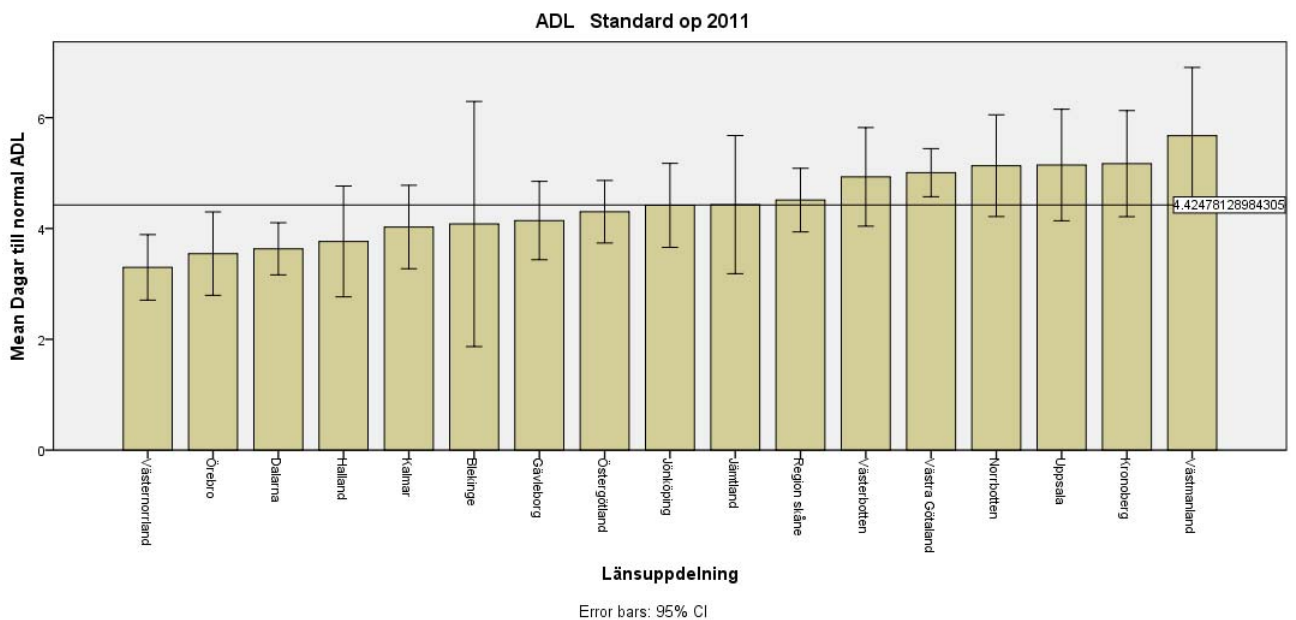


POSTOPERATIV FUNKTION - första 8 veckor

ADL "standardop": jämförelse mellan klinik och län



ADL-tiderna är mycket lika, de enskilda klinikerna/länen måste själva bedöma om resultaten är tillfredsställande.

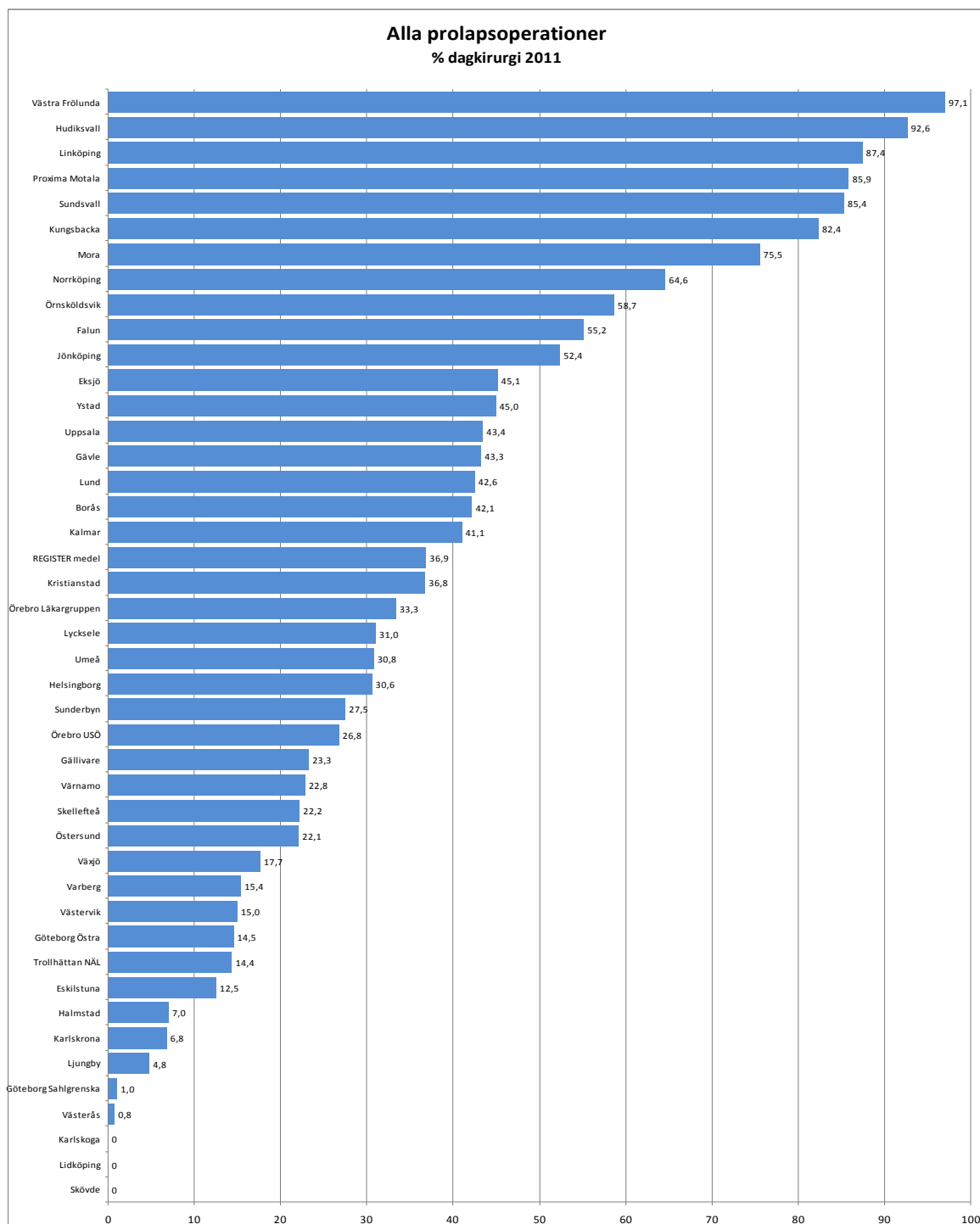


RESURSÅTGÅNG året 2011

Dagkirurgi – alla typer av operationer

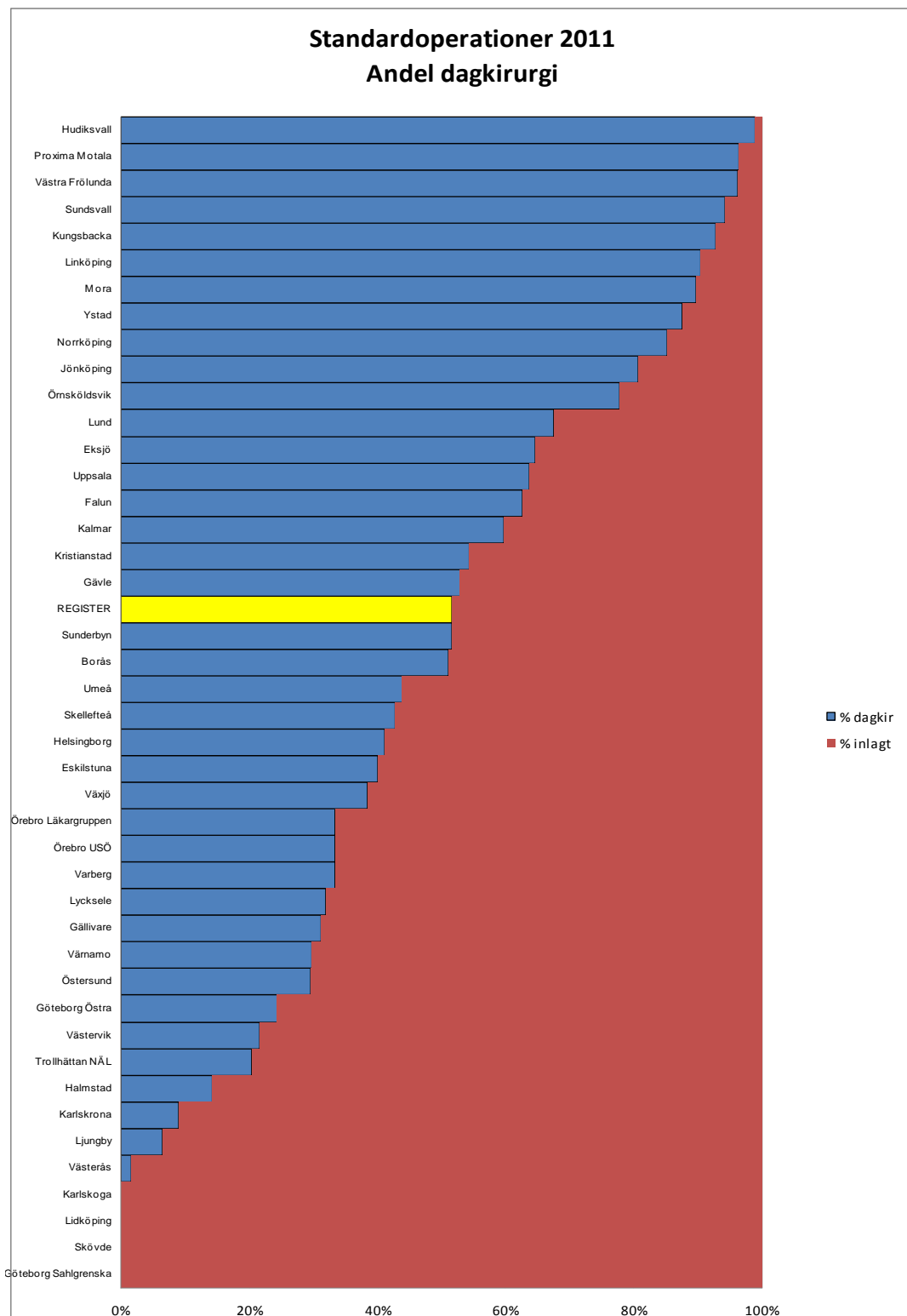
Jämförelse mellan kvinnoklinikerna

”Dagkirurgi” är en mycket använd, men inte helt problemfri kvalitetsparameter. Vi redovisar här på traditionellt sätt andelen dagkirurgi vid alla typer av prolapsoperationer. Vi har - som vid de flesta redovisningarna av denna parameter - inte korrigerat för svårhetsgraden av operationerna. Resultaten skall därför tolkas med försiktighet (kan vara missvisande, uttrycker inte nödvändigtvis enhetens effektivitet men är möjligtvis av ett visst administrativt värde).



Dagkirurgi – standardoperationer: jämförelse mellan kvinnoklinikerna

Om man redovisar andelen dagkirurgi vid standardoperationer så blir det en rättvis jämförelse, drygt hälften av prolapsoperationerna i registret är ”standardoperationer”. Dessa patienter har lika medicinska möjligheter för dagkirurgi vid alla kliniker. Genomförandet är endast en organisatorisk fråga. Om man bedömer dagkirurgi som önskvärd tyder spridningen i denna tabell på en tydlig förbättringspotential.



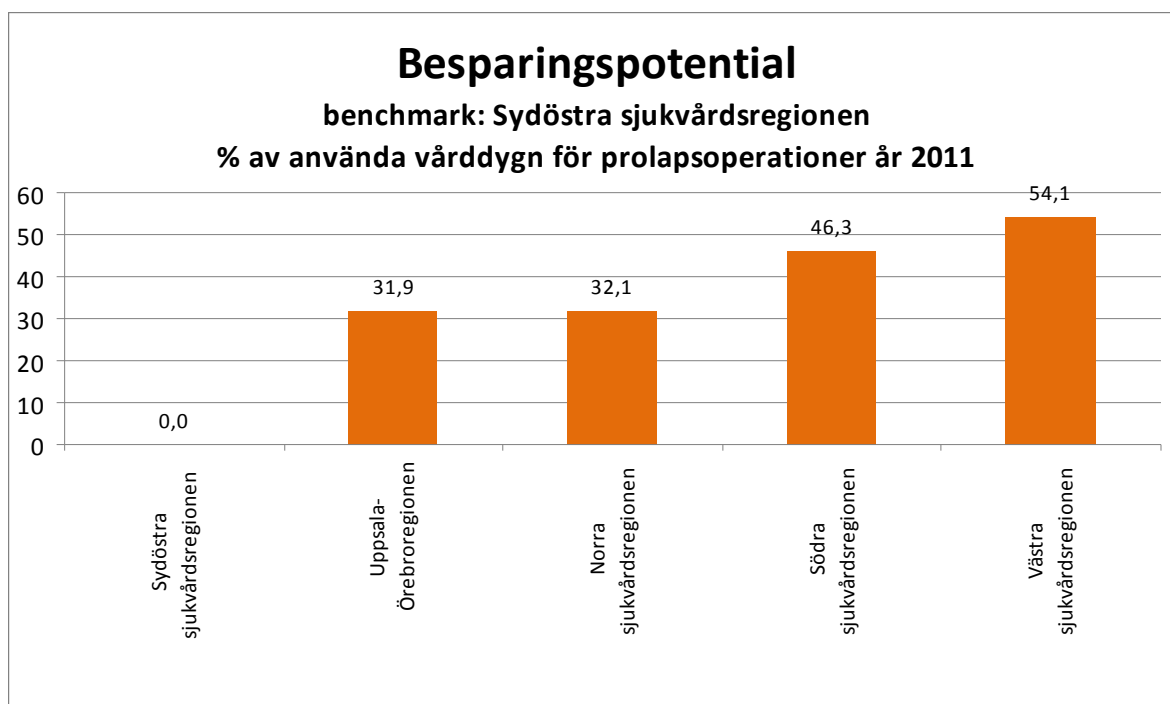
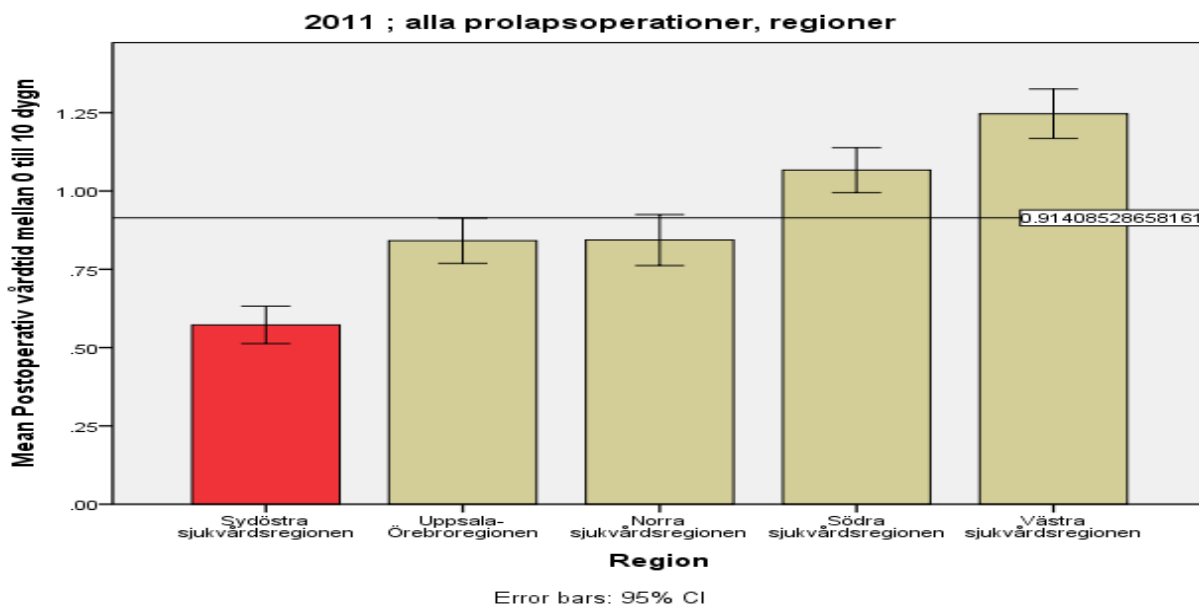
Medelvårdtid – alla prolapsoperationer

Benchmark och jämförelse mellan regionerna

Regionerna har likadant patientunderlag, fördelningen av standard- och komplicerade operationer är nästan identisk, andelen av recidivoperationer är den samma och remittering av patienterna över regiongränserna är epidemiologiskt utan betydelse. Därför borde regionerna ha lika medelvårdtider för prolapsoperationer. Ändå finns stora skillnader mellan de olika regionerna.

Det är intressant att Norrland har jämförelsevis kort vårdtid trots de geografiska och logistiska utmaningarna med 6 månader vinter och ofta extremt långa transportvägar för patienterna.

Om man väljer Sydöstra sjukvårdsregion som ”benchmark” och antar att de andra regionerna blir lika effektiva i patientlogistiken som Sydöstra region, borde det vara möjligt att spara en betydande andel (30-50%) av vårdtiden använda på prolapsoperationer (se tabell ”besparingspotential”).



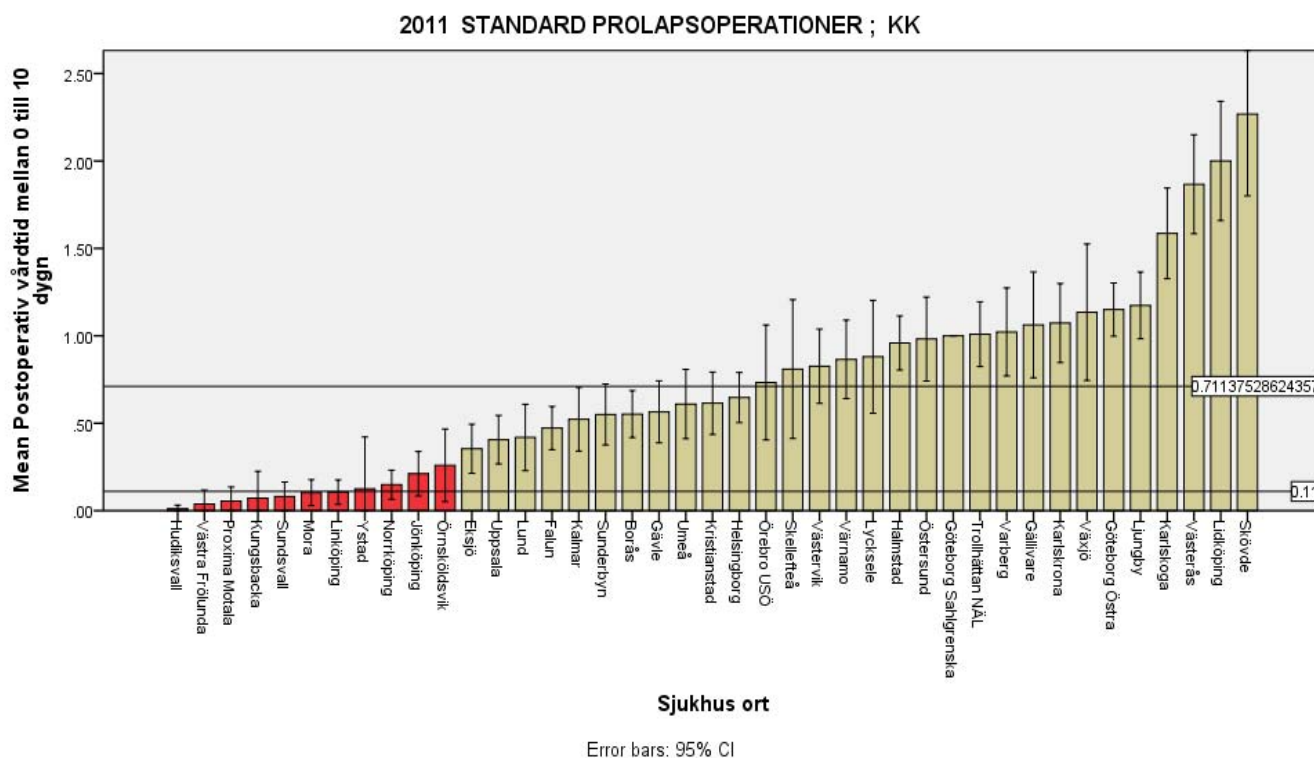
Medelvårdtid – ”standardoperationer”: Benchmark och jämförelse (klinik)

Här redovisas kvinnoklinikernas medelvårdtid för ”standardoperationer”. Kliniker med < 10 registrerade operationer är exkluderade.

Detta är en jämförbar grupp med i princip likartade, tekniskt väldefinierade operationer som utförs standardiserat (se ”ordlista”) och det finns ingen medicinsk grund för denna synnerligen våldsamma spridning av vårdtiderna.

Vi har definierat benchmark som den medelvårdtid som 25 % av klinikerna med kortaste vårdtiden uppnår och markerat de med **rött**.

Benchmark-klinikerna visar sig vara en blandning av universitets, läns- och specialkliniker. De 11 benchmark-klinikerna (av total 44) har tillsammans gjort 624 standardoperationer (25,1% av alla standardoperationer) och en har medelvårdtid av 0,11 dygn (dagkirurgiska operationer räknas som vårdtid = 0).



”Besparingspotentialen” är beräknad på detta sätt:

Medelvårdtiden för benchmark-klinikerna är 0,11 dygn.

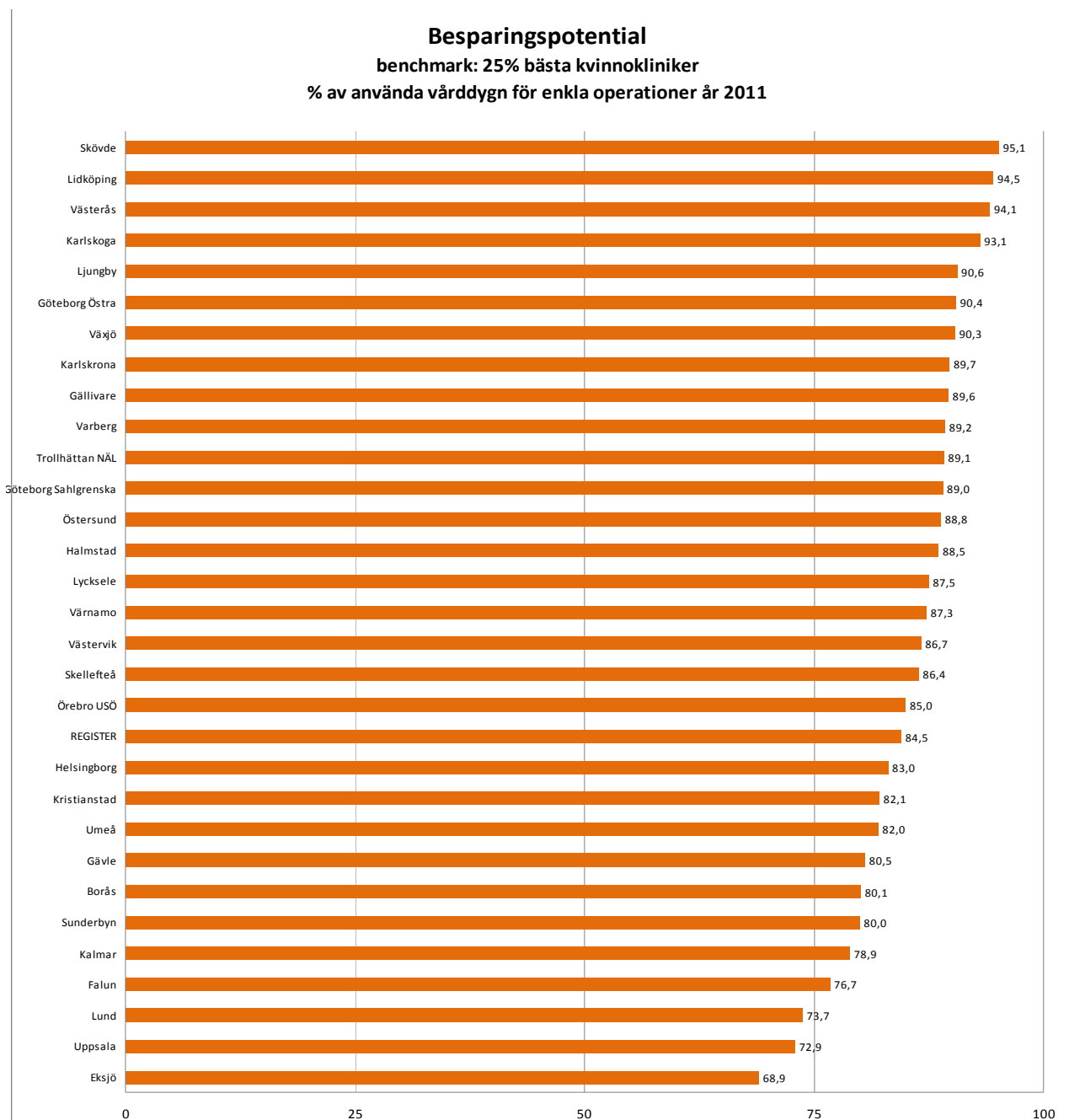
Möjlig besparing” i vårddygn:

(klinikens antal operationer x klinikens medelvårddygn) minus (klinikens antal operationer x 0,11)

Möjlig besparing i %:

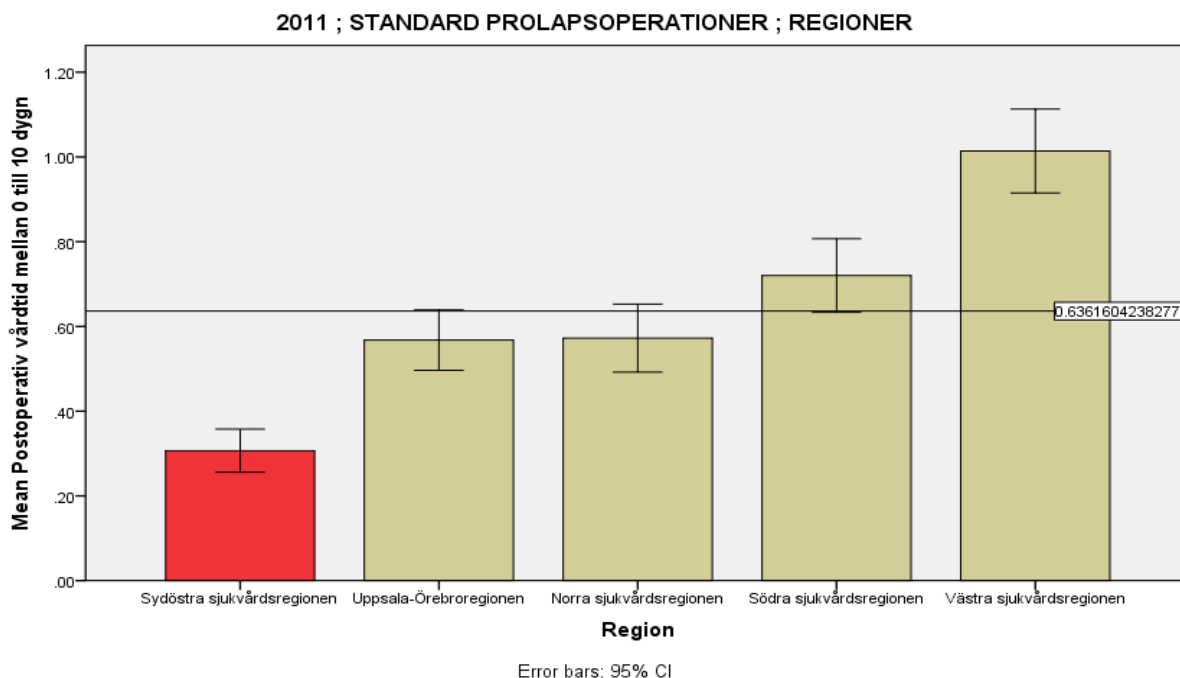
(Möjlig besparing” i vårddygn) som procentuell del av klinikens faktiska vårdtid

Om ”registrets medelklinik” lär sig samma effektiva vårdflöde som genomsnittet av benchmark-klinikerna kan man spara drygt 80 % av de vårddygn man använder för ”standardoperationer”.

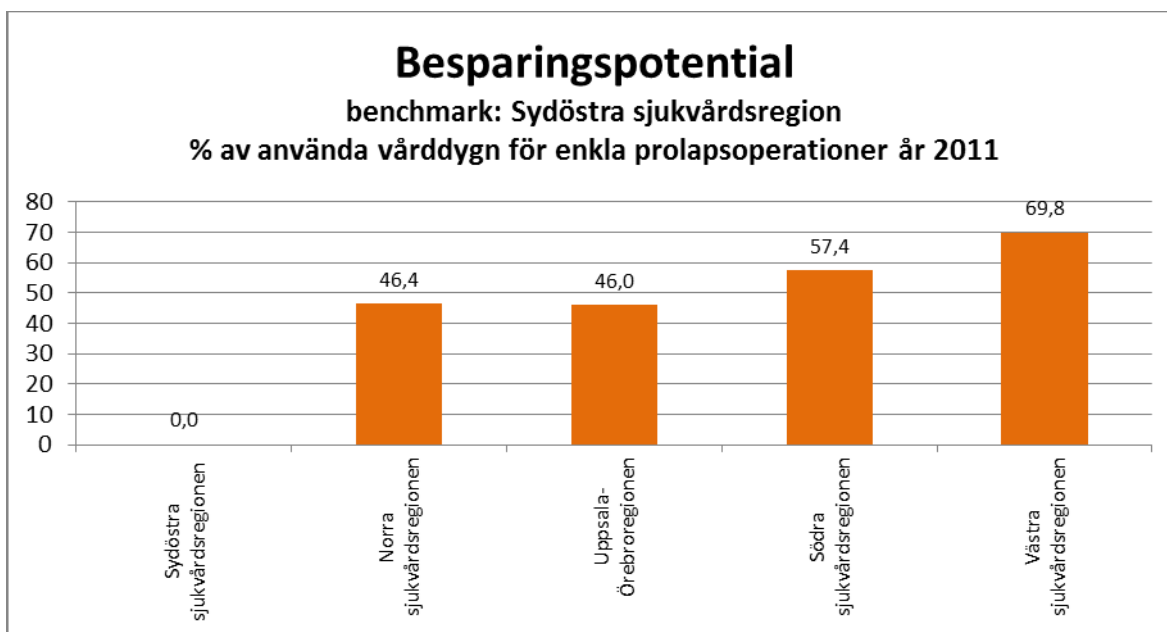


Medelvårdtid – ”standardoperationer”: Benchmark och jämförelse (region)

Regionerna borde ha ungefär samma medelvårdtid för standardoperationer. Bilden visar även på regionbasis en stor skillnad i vårdkonsumtion. Viktigt att notera: effektiviteten är redan mycket hög; medelvårdtiden är endast 0,7 dygn.



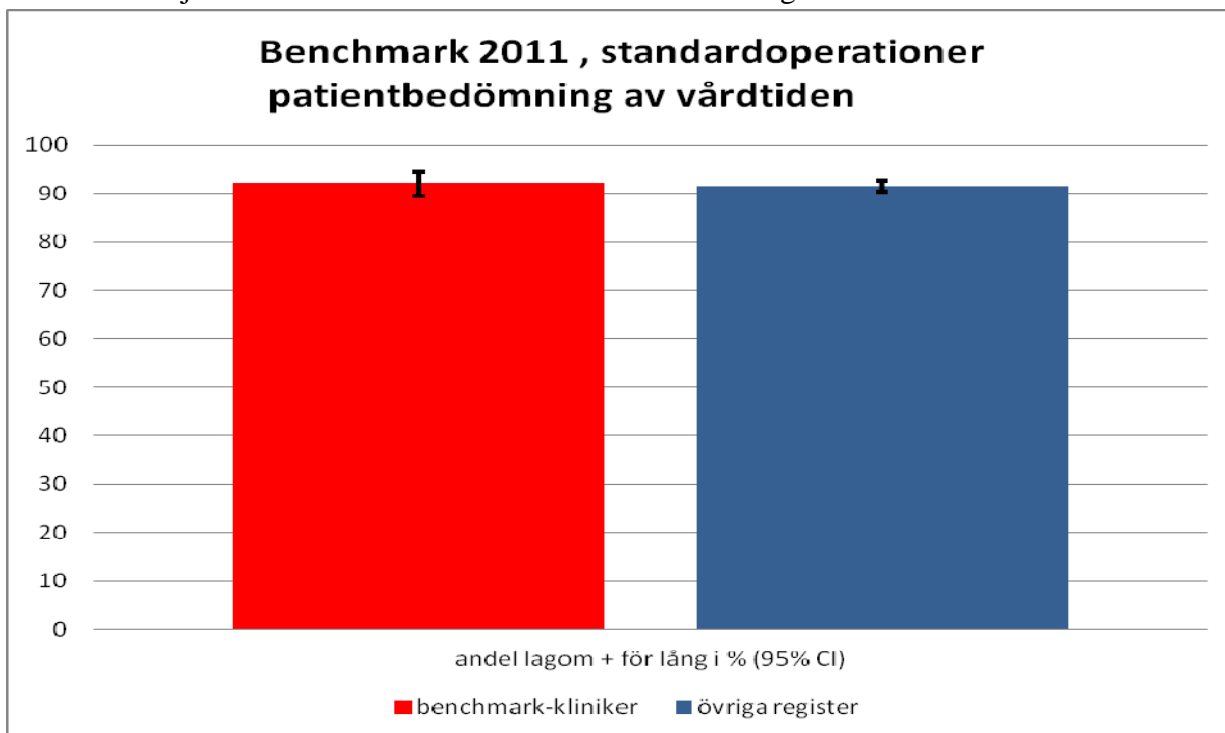
Om man definierar Sydöstra sjukvårdsregion som benchmark (och antar att alla regioner blir lika effektiv som Sydöstra) framkommer även på regionbasis en besparingspotential för vårdtid på 40-70 %.



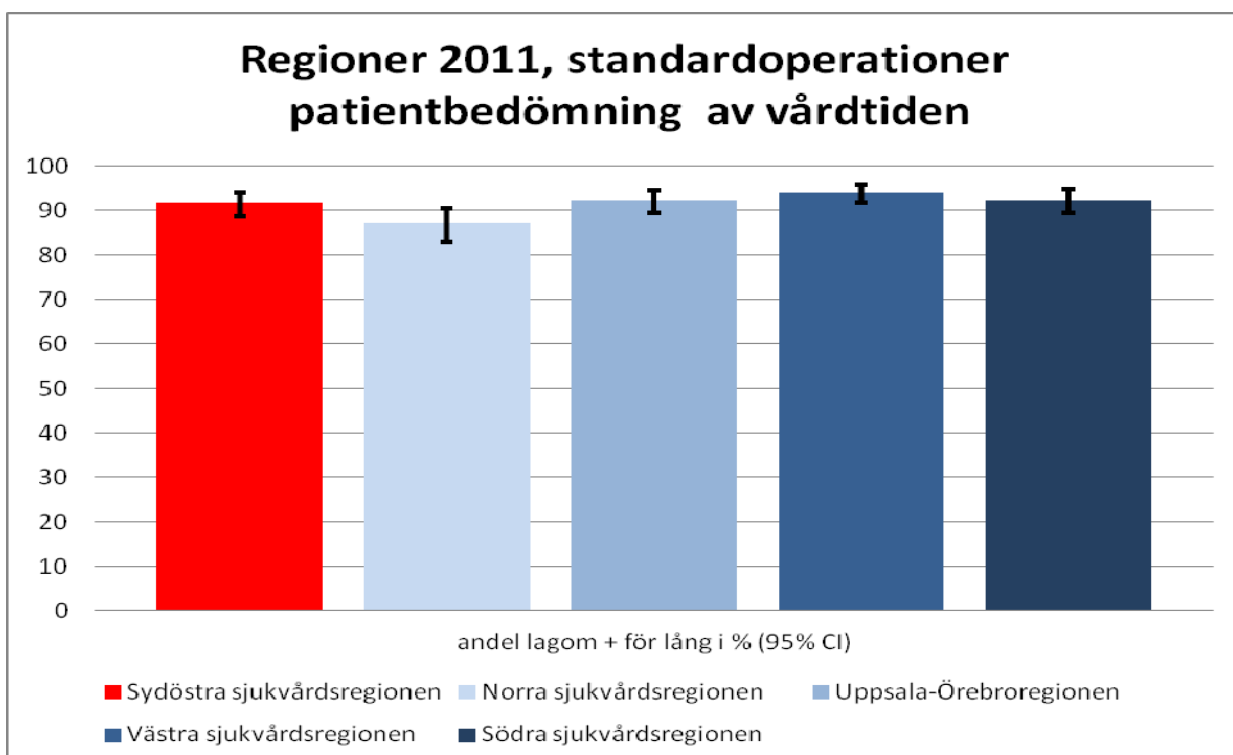
Patientnöjdhet vid "standardoperationer" (KK och län)

Sveriges kvinnokliniker har minskad vårdtiden avsevärd de senaste åren. Därför är det viktigt att också redovisa patienternas upplevelse av vårdtidens längd. Vi frågar patienterna 8 veckor efter operationen (enkät): Vad anser du om längden på din sjukhusvistelse? med svarsalternativen: "Lagom" / "för lång" (antal dagar) / "för kort" (antal dagar).

På klinikinivå jämför vi "benchmark-klinikerna" med de övriga kliniker.

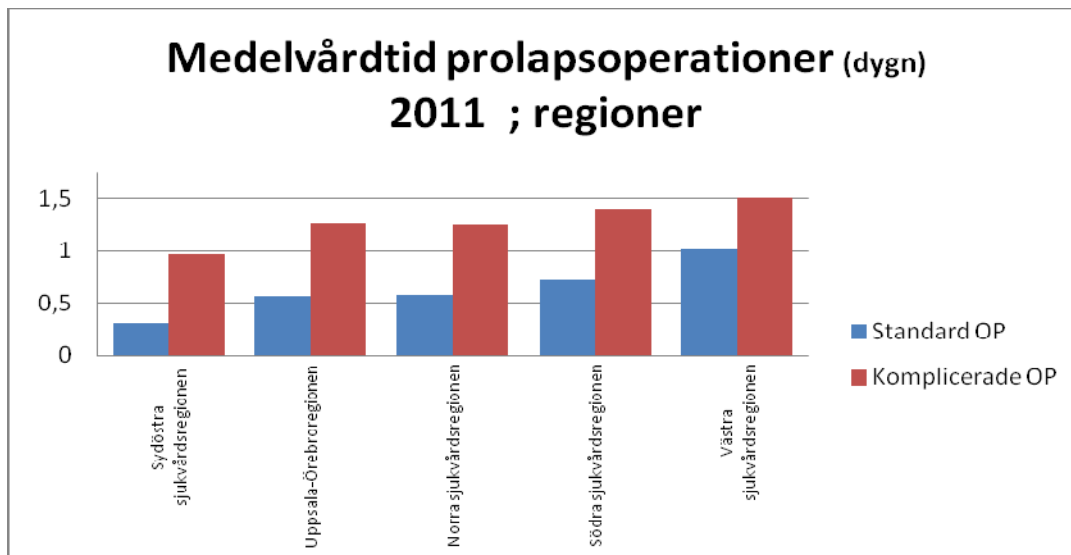


På regionnivå redovisar vi patientnöjdhet i alla fem regioner, Sydöstra är benchmark. Det är ingen skillnad i patientnöjdhet med vårdtiden.

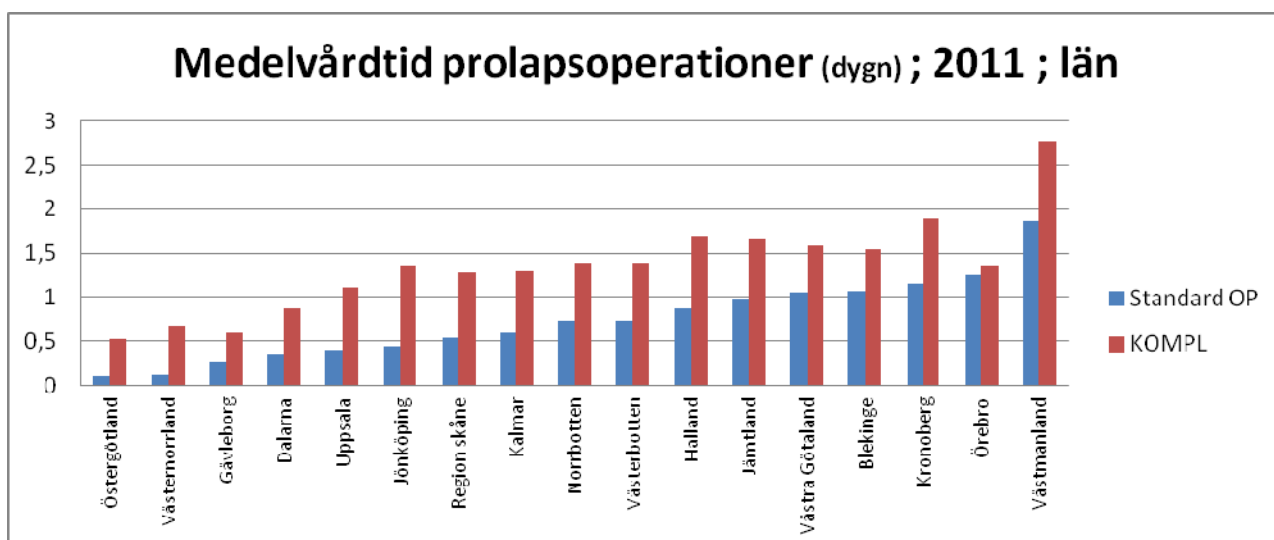


Medelvårdtid – ”standard” versus ”komplicerade” operationer

I de sista två tabellerna jämför vi medelvårdtiden för standardoperationer och för mera komplicerade (se ordlista) prolapsoperationer. Tabellerna visar att vårdtiden för komplicerade operationer naturligtvis är lite längre än vårdtiden för enkla operationer, men inte i någon avgörande grad.



På regionnivå har man olika vårdtider på både ”standard-” och komplicerade operationer, men skillnaden (den extra tid som behövs) är den samma i alla regioner (0,6 dygn; range 0,5 – 0,69)



På läns- och regionnivå har enheter med kortare medelvårdtid för standardoperationer också kort medelvårdtid för komplicerade operationer och de med lång vårdtid för standardoperationer har också lång vårdtid för komplicerade operationer. Även detta tyder på att skillnaden i vårdtiden inte är av medicinsk, utan av organisatorisk art.

AVSLUTANDE KOMMENTARER

Det är vår förhoppning att man får anledning att fundera över egna rutiner och vanor samt får inspiration och goda idéer till förbättringar när man ser sin egen klinik i relation till resten av registret.

Kvalitetsregistret är bara ett insamlingsinstrument för data som vid bearbetning kan visa på styrkor eller förbättringspotentialer. Om och hur man använder resultaten är klinikernas och i sista hand klinikchefernas avgörande.

Vi vet att det ofta är svårt för klinikerna att få fram egna kvalitetsdata, analysera resultaten och förnya egna, väl inkörda vådrutiner. Vi vill mycket gärna vara till hjälp: kliniker som önskar assistans med analys och åtgärdsprogram för förbättring av vårdkedjan eller annat är hjärtligt välkomna att kontakta undertecknad (emil.nussler@gmail.com) eller Gynop-registret.

Vi kan göra speciella ”kvalitetsanalyser” av specifika kliniker efter önskemål. Vi har utifrån våra besök på klinikerna (”DUKS”) mycket erfarenhet av vårdförbättringsarbete och vi har möjlighet att i samarbete med vårdutvecklare erbjuda verksamhetsutvecklingskompetens.

Alla intressenter i prolapsprocessen (patienten, terapeuter eller driftsansvariga) har olika – ibland motstridande – uppfattningar om vad som är kvalitet och vad som är viktigt att redovisa och hur man bör göra detta. Därför hoppas jag att ni som har läst denna rapport inte tvekar att skicka era kommentarer, kritik eller förbättringsförslag.

Registret återkommer nästa år med en redovisning av vårdtidernas förändring över tiden.

Vi vill utveckla oss och finna bättre ”benchmarks” och mera matnyttiga parametrar för klinikerna: Vad saknas – vad bör vi ta bort – skall vi redovisa annorlunda – vilken ”benchmark” bör vi använda – på vilket annat sätt kan vi förbättra oss? Vi blir glada och tacksamma för alla svar!

Emil Nüssler
ansvarig för prolapsregistret

ORDLISTA

Ord	Beskrivning
Compartment	Slidan kan delas upp i tre delar, som man kallar ”compartments”: främre, övre/toppen och bakre delen.
”Standardoperationer” och ”Manchester”	I denna rapport används uttrycket för att visa de patienter som har genomgått en traditionell prolapsoperation av slidans framvägg (urinblåsan), slidans bakre vägg (ändtarmen/mellangården) eller livmodertappen – ensam eller i kombination (alltså en relativt enkelt, standardiserad och jämförbar operation, drygt 50 % av alla prolapsoperationer).
”mera komplicerade prolapsoperationer”	Alla prolapsoperationer som är av mera komplicerad eller omfattning än ”Standardoperationer” (ca 40-45% av alla prolapsoperationer)
Implantat	Hjälpmiddel, t ex nät eller slynga som sätts in för att hjälpa till att hålla upp framfallet
Perinealplastik	Plastikoperation av området mellan slidöppningen och ändtarmen (”mellangården”)
Prolaps	Framfall
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Vaginal hysterektomi	Borttagande av livmodern via slidan