



Årsrapport för operationer utförda år 2018

Adnexkirurgi

Författare: Mathias Pålsson
registeransvarig för Adnexregistret
Carlanderska Göteborg

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2019-04-05, reviderad 2019-06-14

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Produktion	3
Jämlikhet.....	3
Täckningsgrad 2017	4
Standardpatienter.....	6
Operationssätt.....	7
Vårdtid.....	11
PAD.....	14
Komplikationer	16
Patientvärderat resultat.....	21
Svarsfrekvenser	22
Sammanfattning.....	26
Ordlista	28

En ny version av årsrapporten har publicerats i juni 2019 eftersom GastroCenter Skåne fallit bort från figurerna.

ÅRSRAPPORT FÖR ADNEXKIRURGI UTFÖRD ÅR 2018

I Adnexregistret inkluderas kvinnor som opereras på grund av förväntat benigna tillstånd i äggstockar och äggledare, utan samtidig uterusoperation. Diagnostiska laparoskopier och endometriiskirurgi hör också till adnex.

Rapporten beskriver ett urval utfall för patienter med registrerad operation i Adnexregistret under år 2018. Avseende direkta operationsrelaterade variabler har kalenderåret 2018 använts.

I de utfall som visar data från 8-veckorsenkäten har operationer som gjorts under perioden 2017-09-01 till 2018-09-01 använts. Resultat från 1-årskäten har hämtats från perioden 2016-09-01 till 2017-09-01.

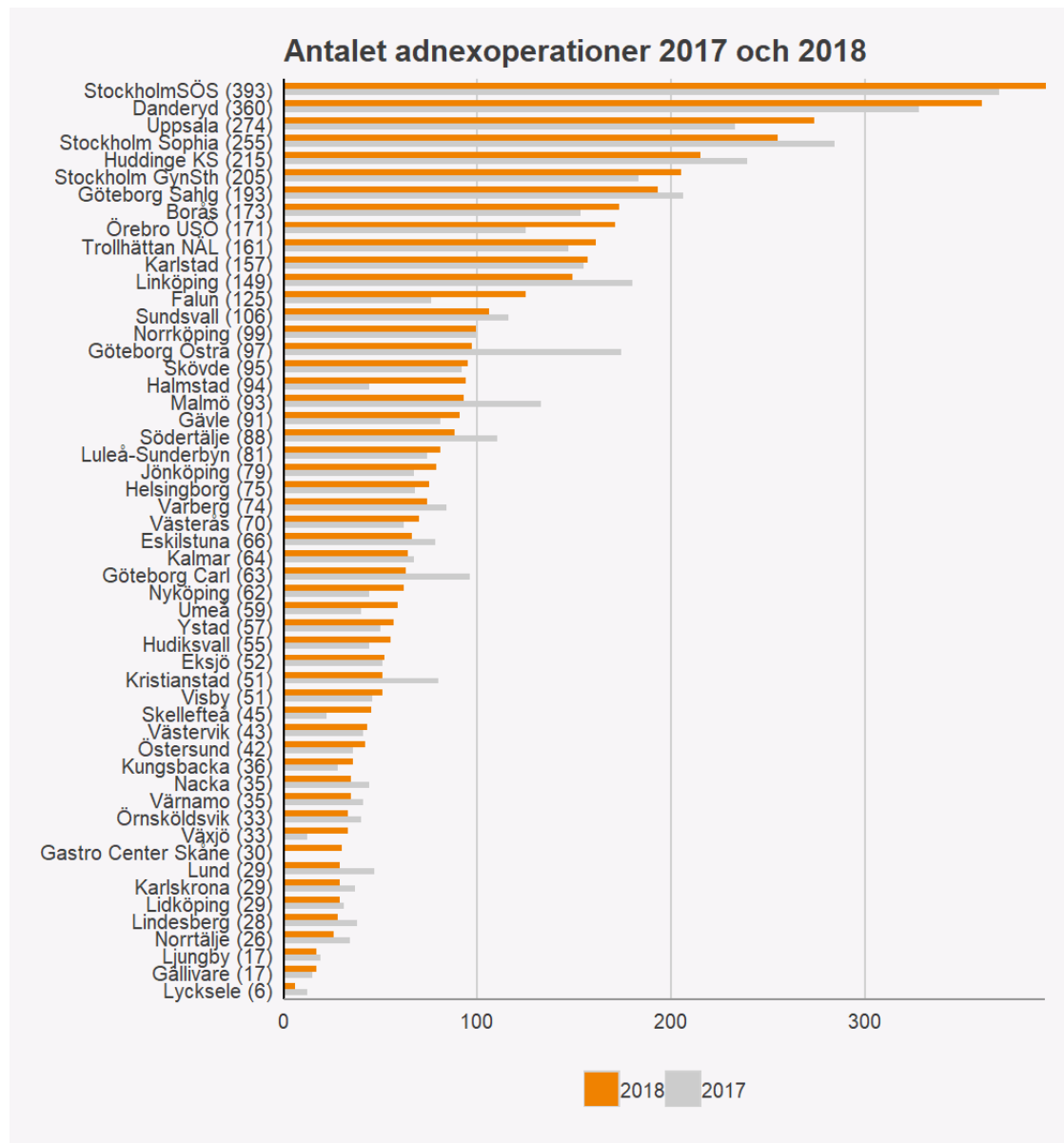
I de utfall där data från 8-veckorsenkäten används har urvalet baserats på operationer utförda 2017-09-01 till 2018-09-01. Resultat redovisade för 1-årskäten är baserade på datumintervall 2016-09-01 till 2017-09-01.

Det innebär att alla direkt operationsrelaterade variabler samt variabler från 8-veckorsenkäten nu har full täckning nationellt i och med att sammanslagningen av GynOp och GKR var helt klar efter sommaren 2017.

I en del figurer presenteras resultat både för standardpatienter och för icke standardpatienter. Standardpatienterna utgörs 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. Icke-standardpatienter är följaktligen de som inte uppfyller standardkriterierna. Det är tämligen små skillnader generellt mellan standardpatienter och icke-standardpatienter, men för de kliniker som har en ganska stor proportion icke-standardpatienter så finns det en nytta med att kunna jämföra.

Produktion

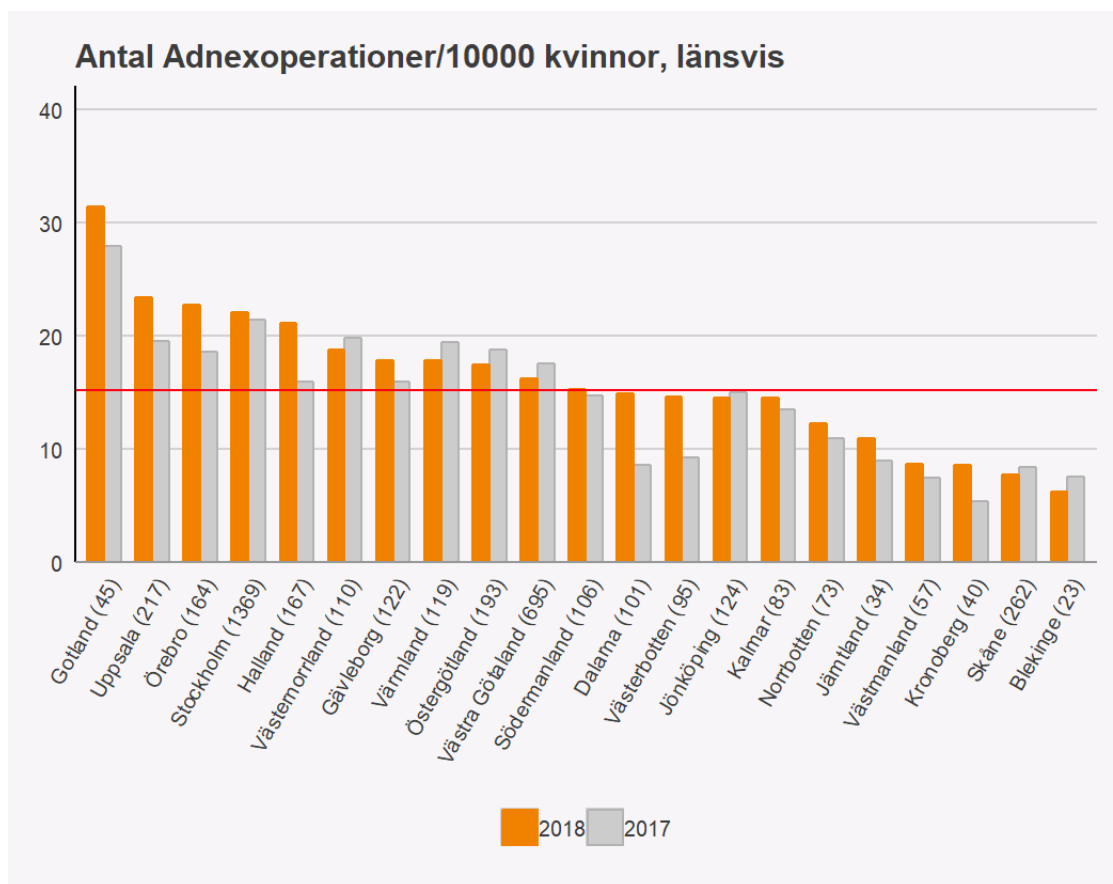
Under 2018 opererades 4839 patienter, vilket är i paritet med 2017 (4891). De största producenterna finns i Stockholm.



Figur 1. Antal utförda adnexoperationer år 2017 och 2018, per klinik. Antalet opererade 2018 inom parentes efter sjukhusnamnet.

Jämlikhet

I flera av de andra delregistren finns det uppenbara skillnader i hur många som opereras per capita. Delvis kan detta förklaras med skillnader i hur väl det registreras i GynOp. Det är dock långt ifrån hela förklaringen. Tittar man direkt i Patientregistret, som ju får anses som ett slags facit, så kvarligger stora skillnader (se årsrapport för hysteroskopi 2018). Alltså måste tillgänglighet och indikationer skilja sig åt. Åtminstone om vi förkastar idén att kvinnor och sjukdomstillstånd skiljer sig åt över vårt lilla land. I jämförelsen nedan valdes åldersintervallet 25–65 år vilket motsvarar 10:e och 90:e percentilen.



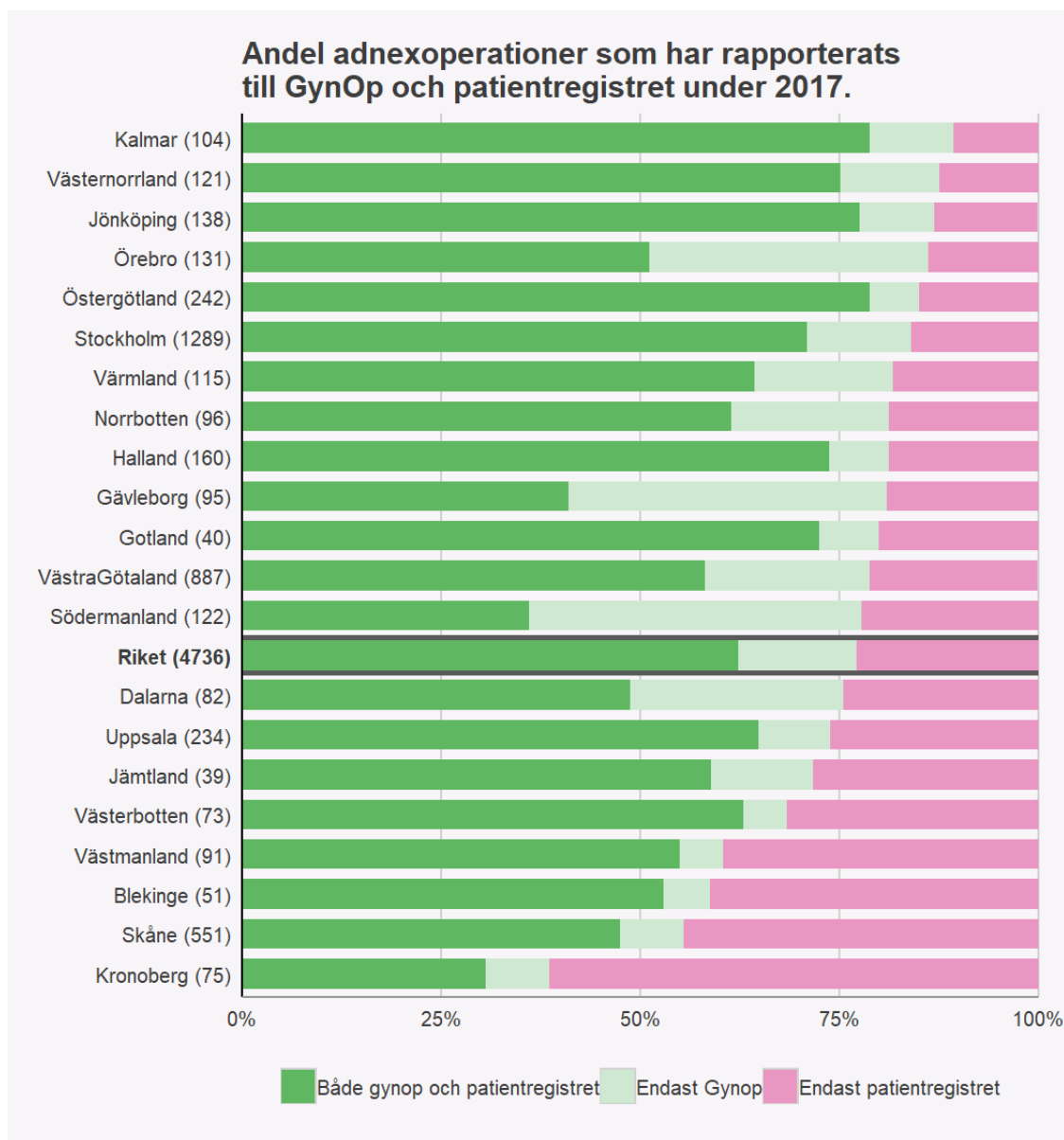
Figur 2. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (ålder 25–65 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2018

Täckningsgrad 2017

Täckningsgradsanalysen sker genom en jämförelse mellan Patientregistret och GynOp med ett års fördröjning. Täckningsgraden för Adnexregistret är inte bra, 62 %, vilket är lägst av alla delregister. Varför? En del av förklaringen ligger i att en alldeles för liten andel av den akuta adnexkirurgin kommer med, men sannolikt så finns även andra förklaringar. Därför är det på sin plats med ett förtydligande: **Laparoskopiska diagnostiska ingrepp ska inkluderas i GynOp.**

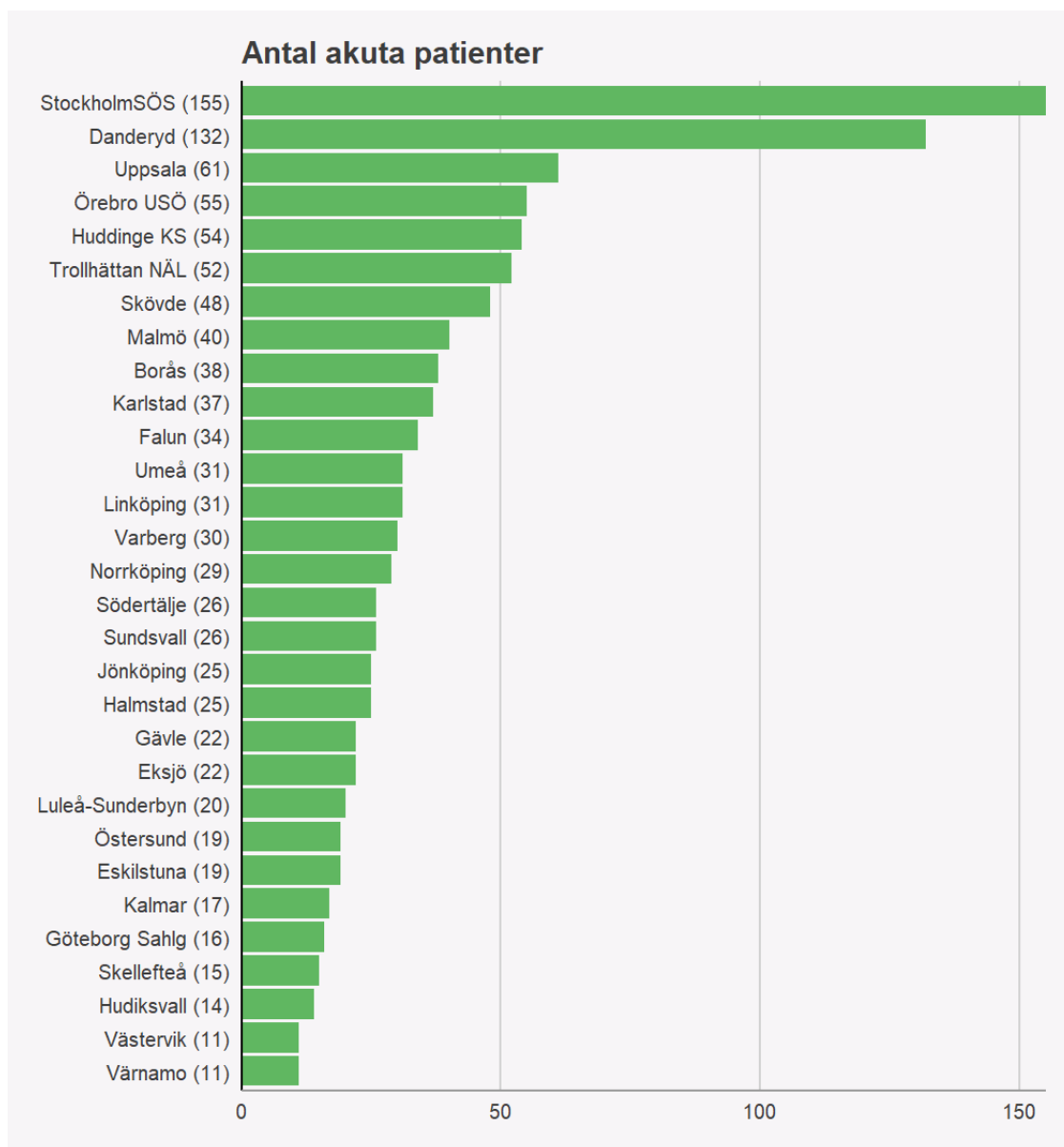
Täckningsgraden måste förbättras, den är en viktig parameter när det gäller ett registers certifieringsgrad. Vissa landsting har en helt acceptabel täckningsgrad på närmare 80 % (Kalmar, Jönköping, Östergötland). Andra har klart under 50% (Gävleborg, Södermanland, Kronoberg).

Se över rutiner, försök inkludera akuta patienter (alla dessa operationer för extrauterin graviditet, torsionsmisstanke och så vidare) så kommer vi snart nå målet att ha en täckningsgrad för hela delregistret på 80 %. Tänk på möjligheten till att få hjälp med genomgång av rutiner och hur patienter ska inkluderas via en så kallad DUKS. Då kommer representanter från registret och hjälper till med dessa frågor under ett par dagar.



Figur 3. Andel adnexoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2017.

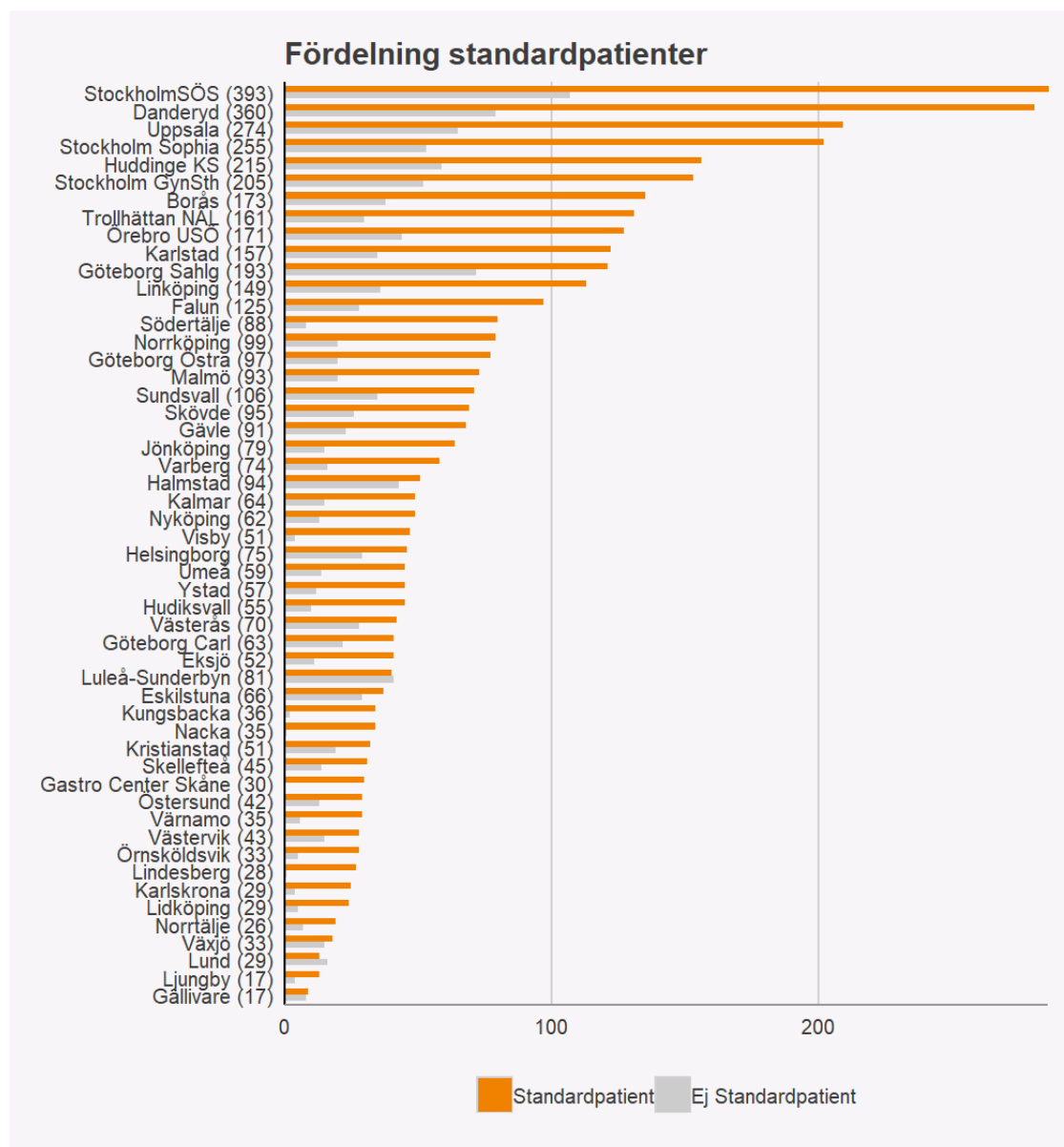
Trettio kliniker har registrerat fler än 10 akuta patienter under 2018, vilket är ökning jämfört med 2017. Flera kliniker ser ut att få med en stor andel av sina akuta patienter medan andra sannolikt bara registrerar sporadiskt. Det är av stor vikt att få med fler akuta patienter, dels för att förbättra täckningsgraden men också för att så småningom, med mindre bortfall, kunna se om förloppen för akuta patienter skiljer sig från elektiva.



Figur 4. Kliniker som registrerat akuta patienter

Standardpatienter

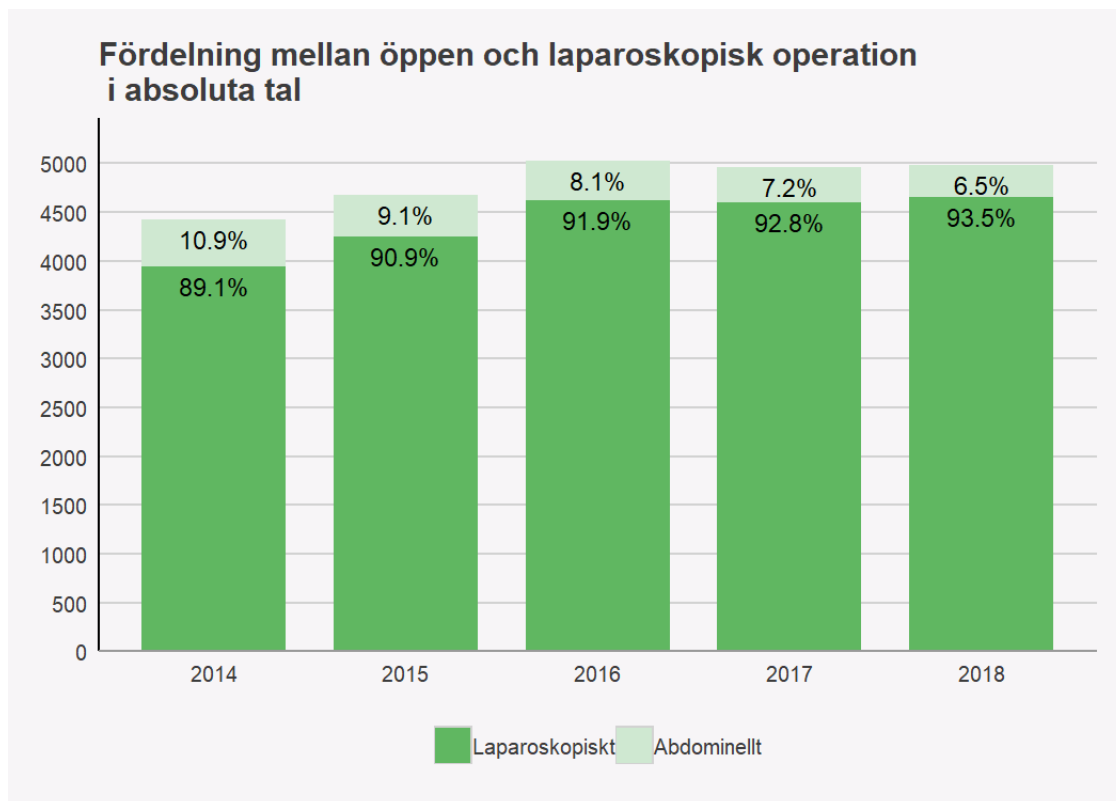
Nästan alla kliniker har klart störst andel standardpatienter, men en viss variation finns i fördelning. Sunderbyn och Lund är de enda klinikerna som har en större andel icke-standardpatienter. På riksnivå så utgör icke-standardpatienten cirka 15 %.



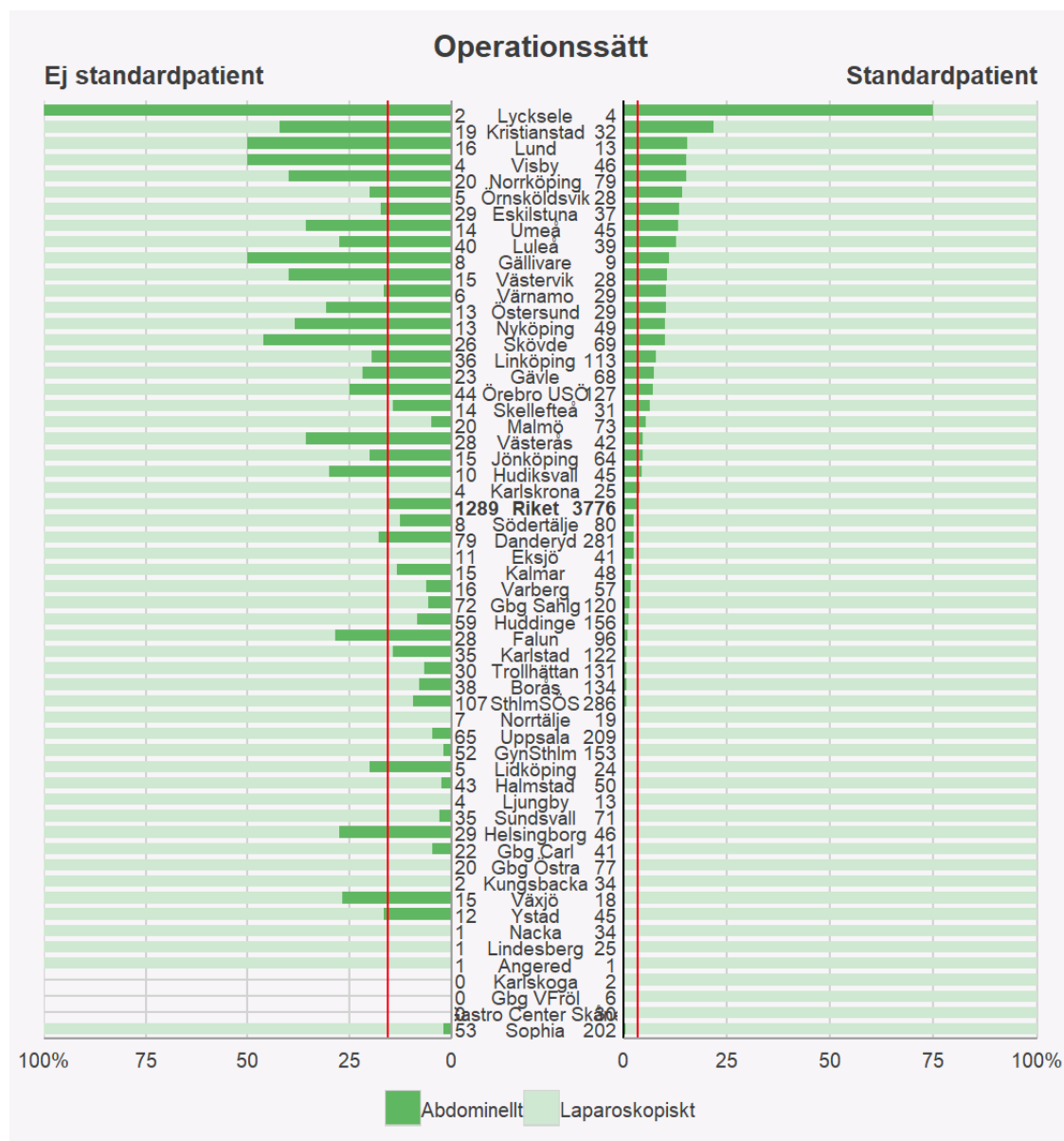
Figur 5. Fördelning standardpatienter

Operationssätt

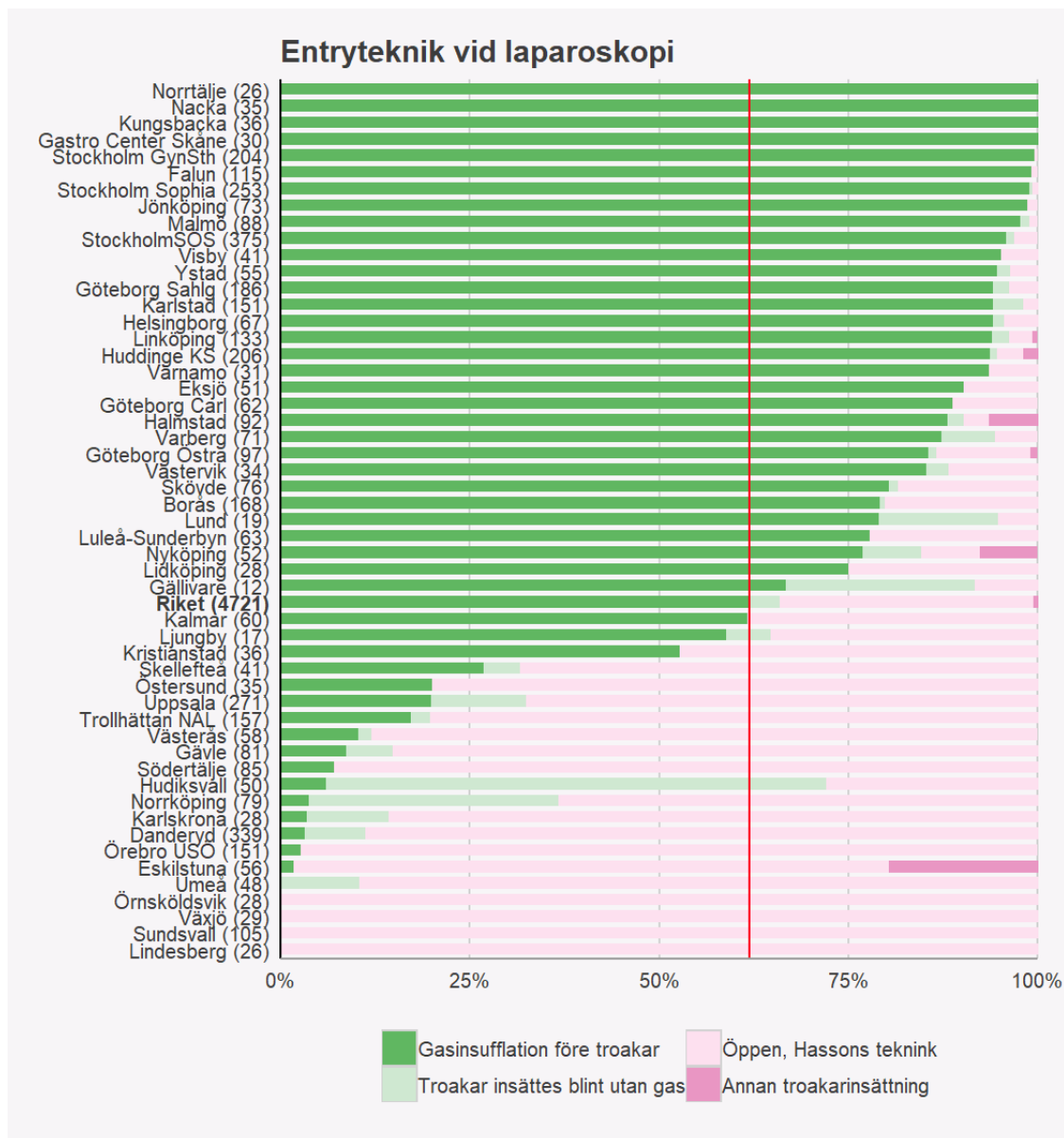
Sedan flera år har andelen laparoskopi vid adnexkirurgi varit över 90 %. För 2018 har hela 93,5 % opererats med minimalinsvasiv teknik. Det är en utomordentlig siffra. För standardpatienter är det faktiskt 96,6 % som opereras laparoskopiskt (motsvarande för icke-standardpatienter är 84,7 %). Det finns i princip inga kliniker som har mindre än 80 % laparoskopi på standardpatienterna vilket är bra. Första gången som undertecknad skrev en rapport om adnexkirurgi, då baserat på 2009 års operationsdata, var andelen laparoskopi 64 %. Kan vara bra att påminna sig om att det sker en utveckling även av etablerade tekniker!



Figur 6. Fördelning mellan öppen och laparoskopisk operation i absoluta tal under de senaste åren.

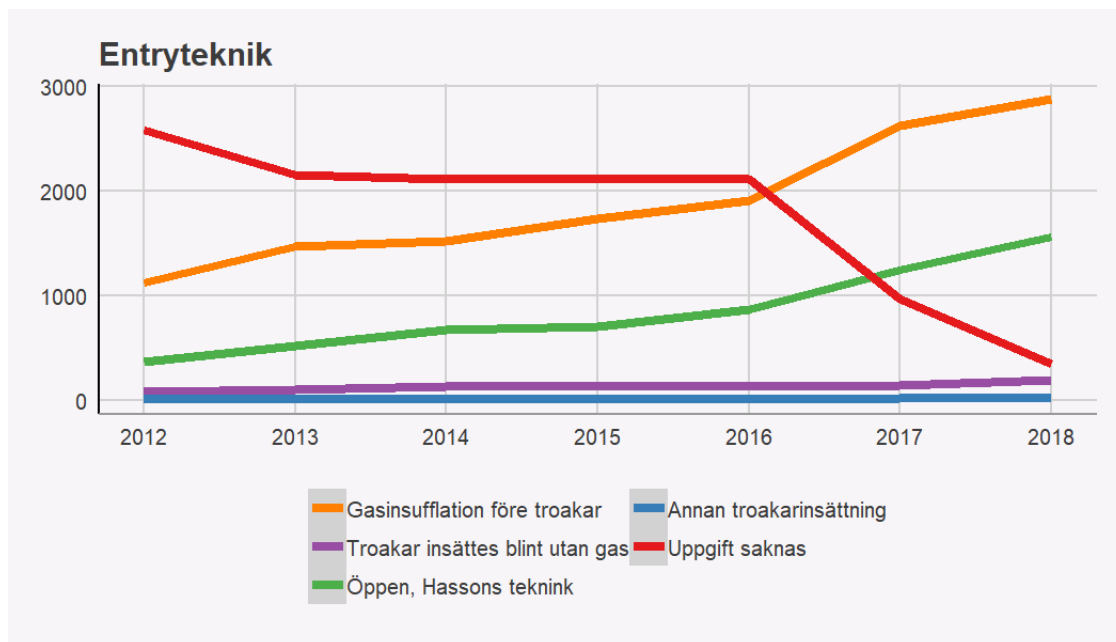


Figur 7. Operationssätt. Notera att vissa kliniker har färre än tio patienter.



Figur 8. Entryteknik vid laparoskopi

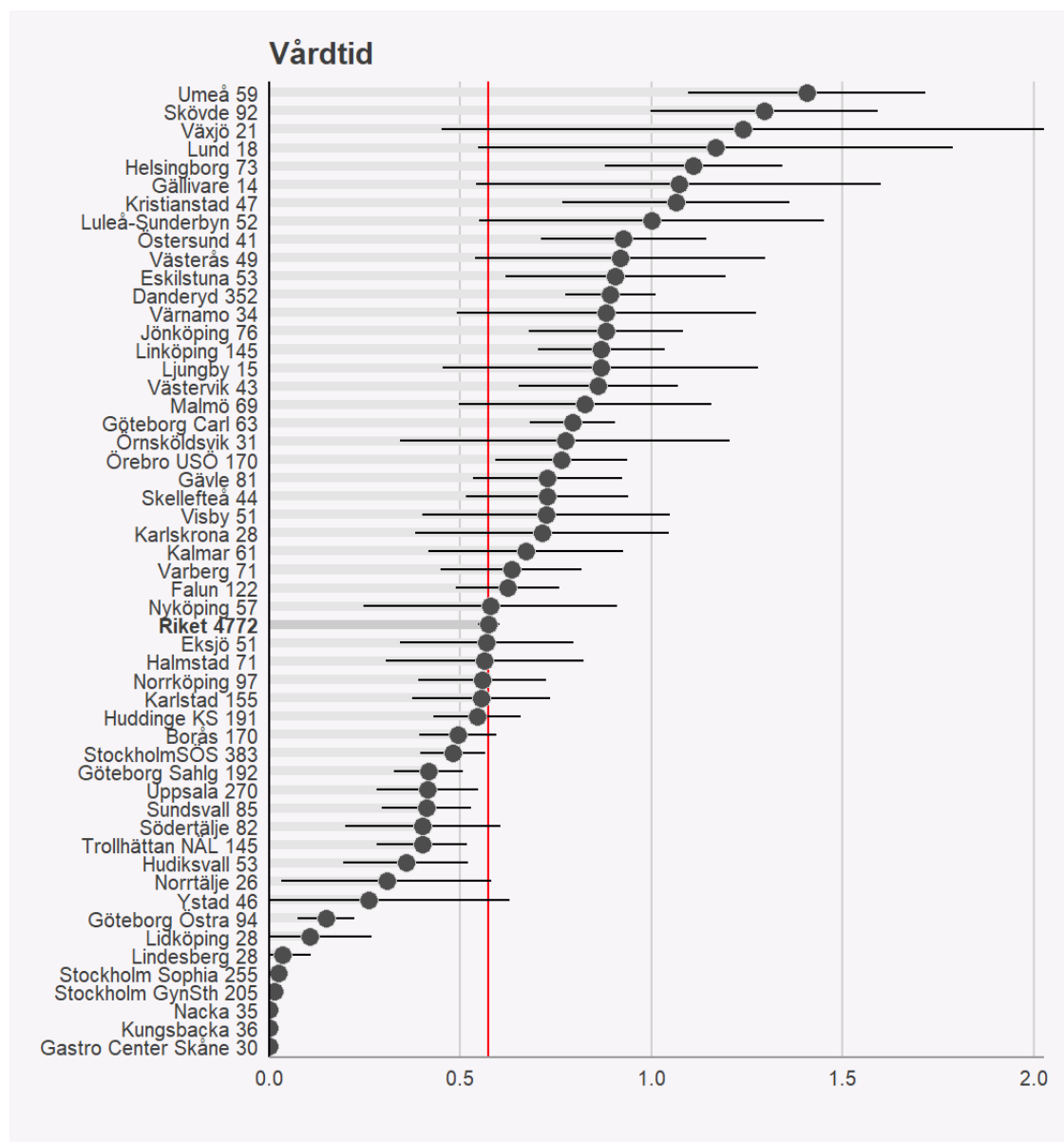
Användandet av Verres nål för att etablera pneumoperitoneum är fortfarande den dominerande entrytekniken (61,8 %). Därefter kommer öppen teknik på 33,5 %. Man ser ganska tydligt i figur 7 att teknikval i stort sett är klinikbundet. Registreringen blir bättre och bättre och nu när GKR och GynOp gått samman så får vi endast ett litet bortfall. Den röda linjen i figur nio, på nästa sida, visar bortfallet.



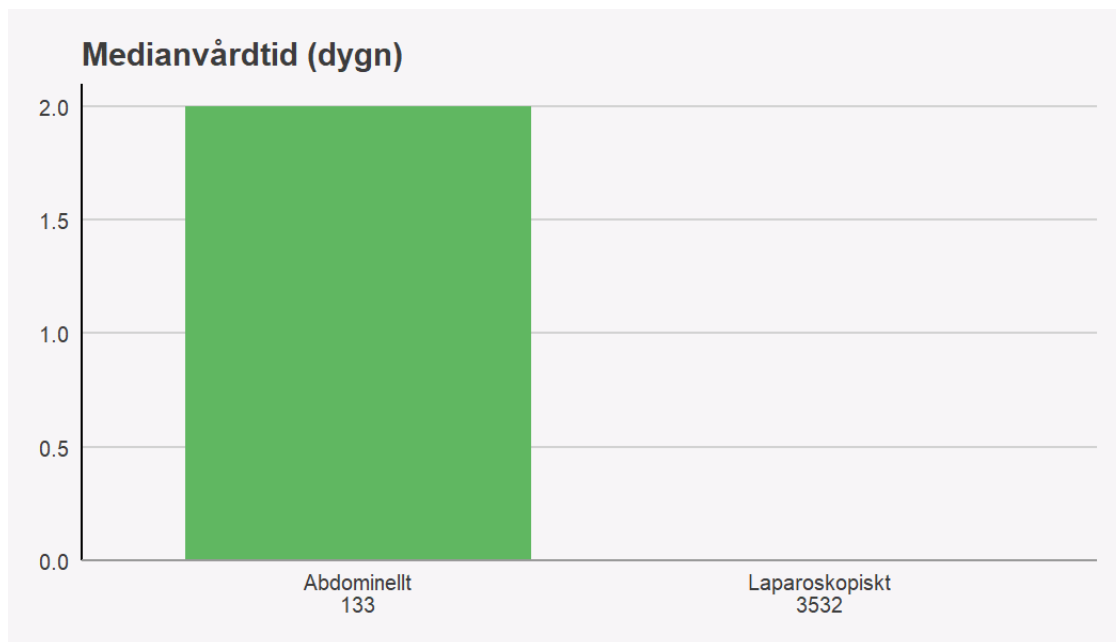
Figur 9. Entryteknik

Vårdtid

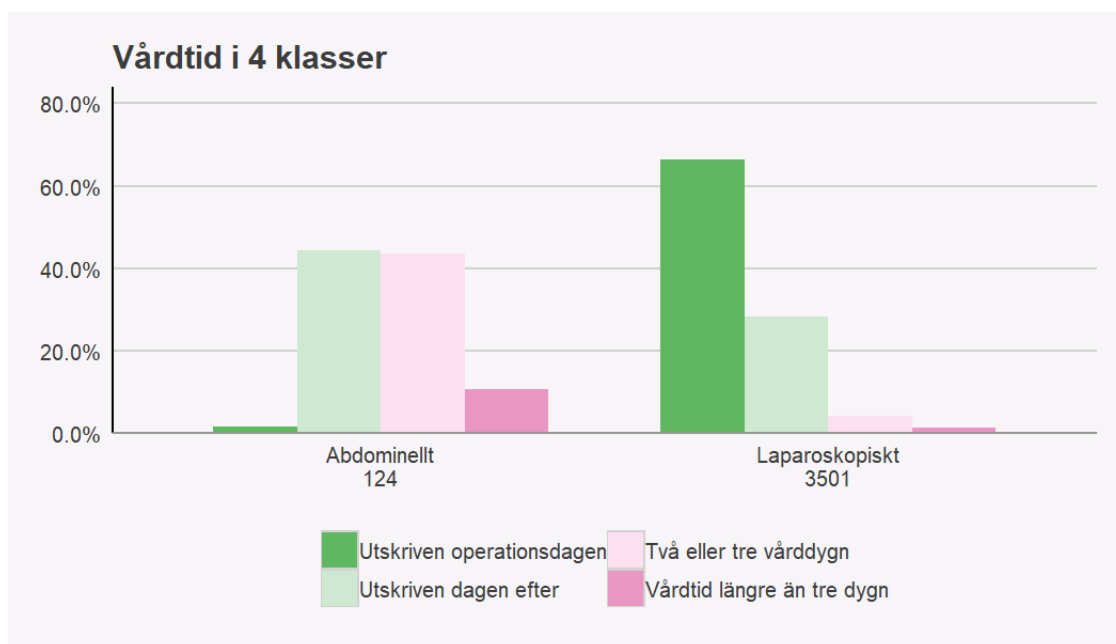
Medelvårdtiden för hela adnexpopulationen är 0,56 dygn. För standardpatienterna något kortare, 0,47 dygn. Det betyder att en stor andel av de som opereras för adnexförändringar går hem samma dag som operationen görs. Naturligtvis speglar det fördelarna för patienterna (och sjukvården) som minimalinvasiv kirurgisk teknik utgör. Medianvårdtid vid laparoskopi är noll dygn och för öppen bukkirurgi två vård dygn. 67 % av de som opereras med laparoskopisk teknik går hem samma dag, 95 % har gått hem senast dagen efter. Vid öppen kirurgi är motsvarande siffror 1,2 % respektive 46 %.



Figur 10. Medelvårdtid. Den röda linjen i figuren visar medelvärdet för hela materialet.



Figur 11. Jämförelse av medianvårdtid beroende på operationsteknik

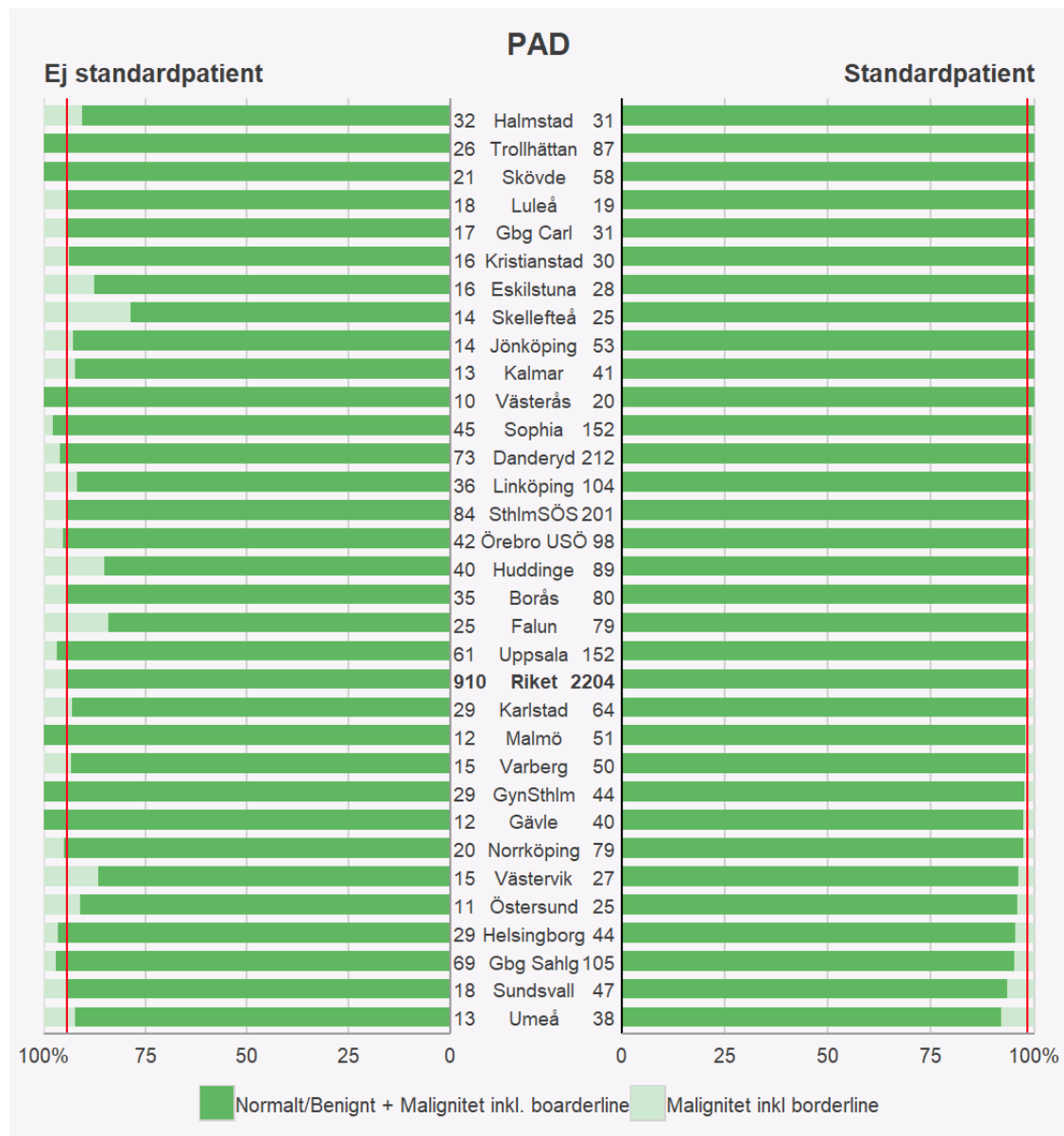


Figur 12. Vårdtid uppdelad i fyra klasser beroende på operationsteknik

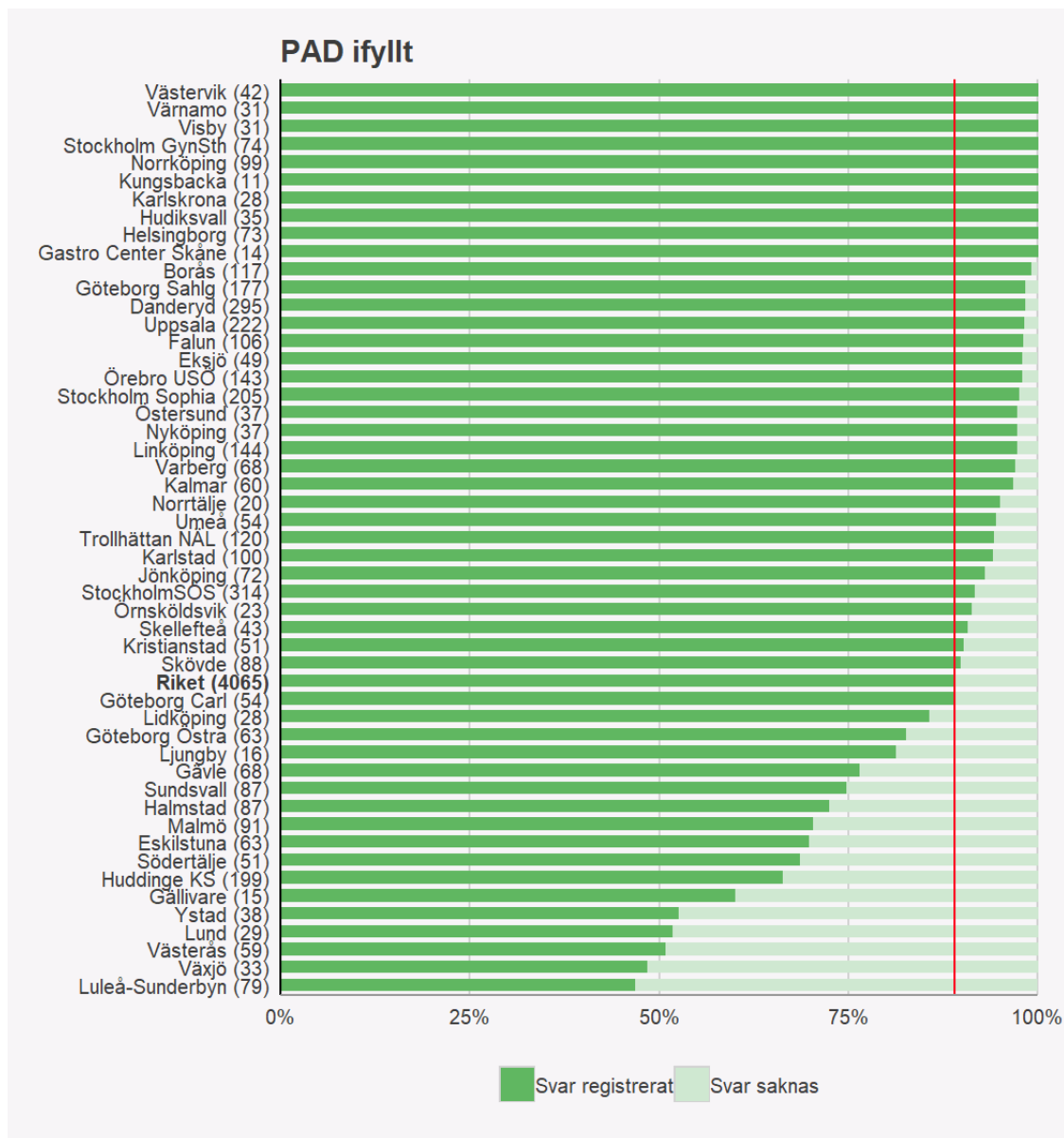
PAD

En mycket liten andel av standarpatienterna har ett malignt PAD (inkluderande borderline), endast 0,9 %. Så har det egentligen sett ut hela tiden i Adnexregistret där förväntat benigna adnexförändringar inkluderas. Hos icke-standardpatienterna är det en något högre andel maligna PAD, 3,4 %. Det är heller inte överraskande. I kategorin icke-standardpatient ingår bland annat de som har cystor större än 7 cm.

Det är glädjande att det är så låg andel maligna PAD i Adnexregistret, de selektionskriterier vi har verkar fungera. Mindre glädjande är det faktum att andelen PAD som är ifyllt och bedömt är alldeles för liten. Knappt 80 % av de operationer som är utförda och där material skickats för PAD har komplett PAD-registrering. Det innebär att en av fem operationer saknar uppgifter och validiteten blir lidande. Alla kliniker med mer än 10 % saknade bedömningar bör se över varför. Det kan absolut finnas förklaringar som långa svarstider från det patologiska laboratorium man använder. Det är kanske en förklaring man inte kan göra så mycket åt på respektive kvinnoklinik. Men om förklaringen ligger i undermåligt ifyllande av registret är det jättelätt att ordna.



Figur 13. PAD



Figur 14. PAD ifyllt (om något skickats till PAD).

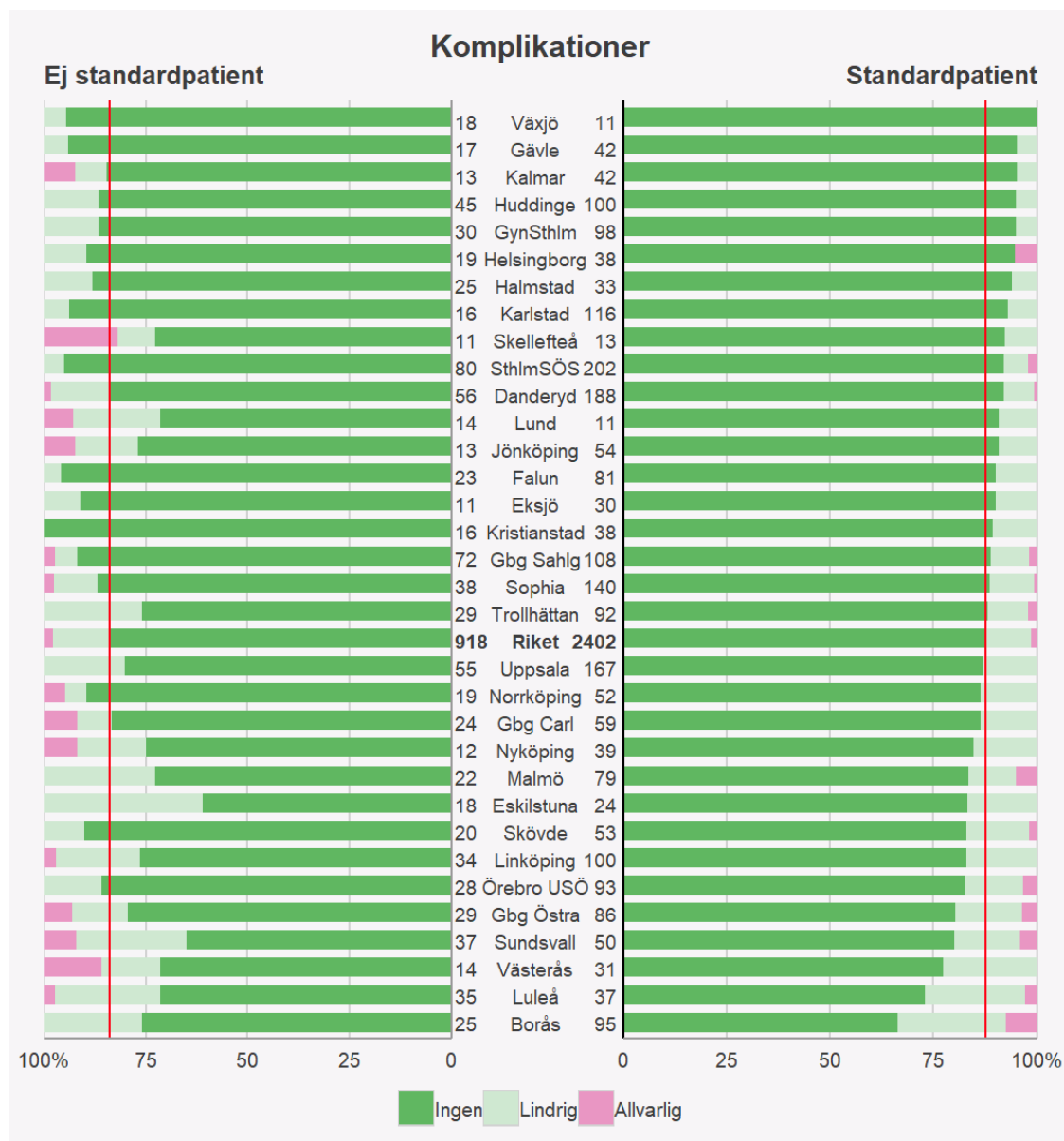
Komplikationer

Det är svårt att helt utesluta komplikationer i samband med kirurgisk verksamhet. En av registrets huvuduppgifter är att kartlägga hur det ser ut efter våra gynekologiska operationer. Till skillnad från många andra register så frågar vi patienten om hon upplevt några *oförväntade* besvär eller komplikationer efter operationen. Vad betyder då oförväntade? Efter att ha läst igenom mängder av postoperativa enkäter (egna och andras operationer) så står det klart för mig att det patienten upplever som oförväntade besvär eller komplikationer efter operation inte nödvändigtvis uppfattas så av mig. Det finns mängder med *förväntade* besvär som jag inte uppfattar som komplikationer. Varför är det en skillnad? Dålig information? Kanske men inte nödvändigtvis alltid.

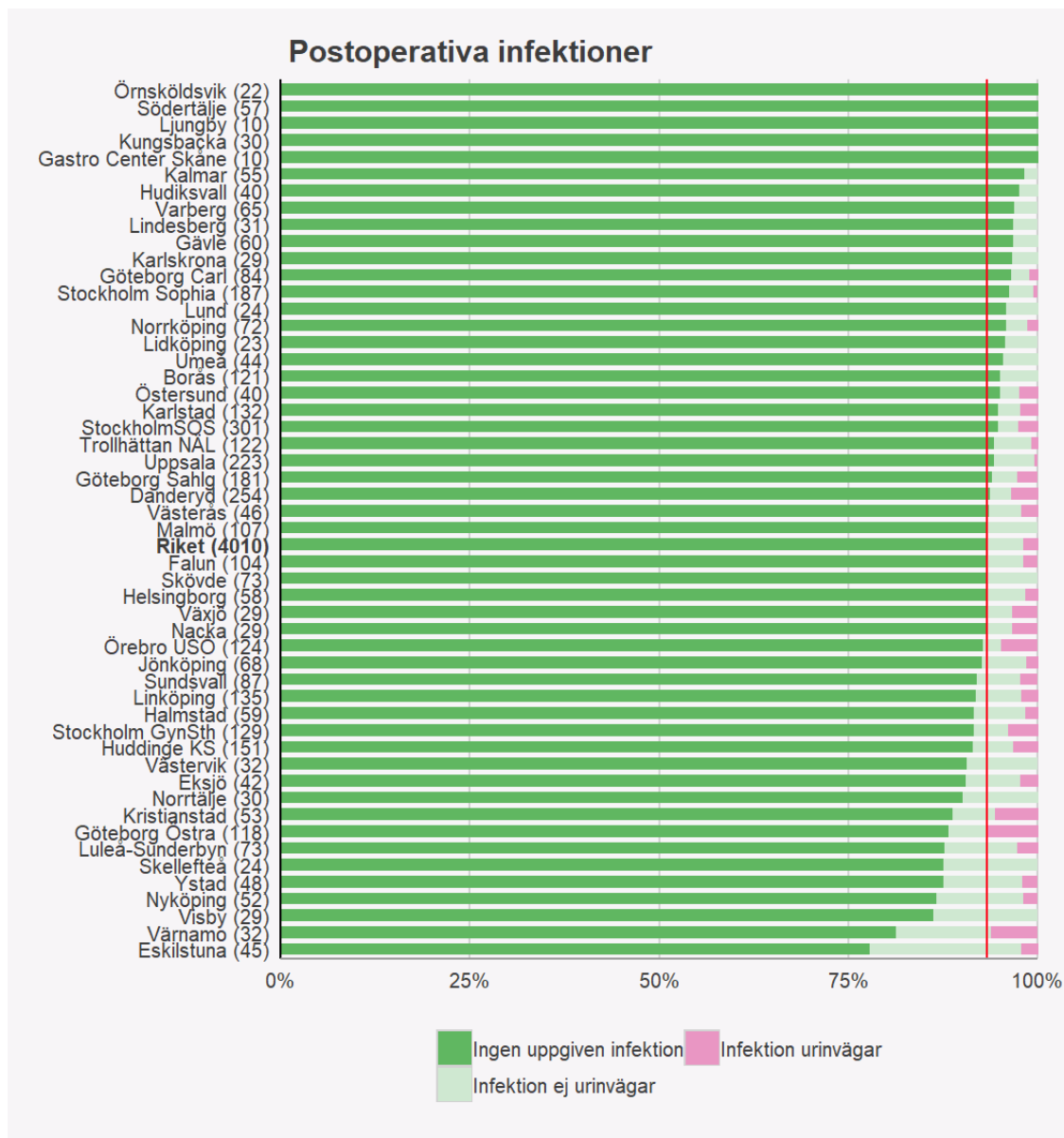
Det är nog svårt att ge en fullständig information om alla tänkbara upplevelser som kan uppstå till följd av en operation. Det jag dock tycker mig se är att när patienterna upplever oförväntade besvär som sedan lett till att de sökt sjukvård, där finns det många avvikande förlopp att finna. Enligt läkarnas bedömningar är 86 % av adnexkirurgin komplikationsfri. När patienten säger sitt så är det 64 %. Men om man slår ihop de som uppgett att de är komplikationsfria och de som uppgivit oförväntade besvär men inte sökt sjukvård så blir det 83 %. Denna siffra liknar mycket mer läkarnas bedömning. Därmed inte sagt att det inte kan gömma sig äkta komplikationer bland de som uppgivit oförväntade besvär men inte sökt sjukvård.

I Sverige så behöver inte våra patienter skriva på flersidiga dokument med mängder av finstiltat partier inför sina operationer. Vårt system bygger på att sjukvården ska ge adekvat information om risker och fördelar inför en operation. Det betyder inte att det är ett perfekt system, utan det behöver ständigt utvecklas och förbättras. Den senaste tidens debatt och uppmärksamhet kring komplikationer kopplade till implantat är ett exempel där det ganska tydligt framkommit att det kan finnas ett större informationsbehov preoperativt gällande risker. Det vi har i registret kan många gånger utgöra en källa till kunskap.

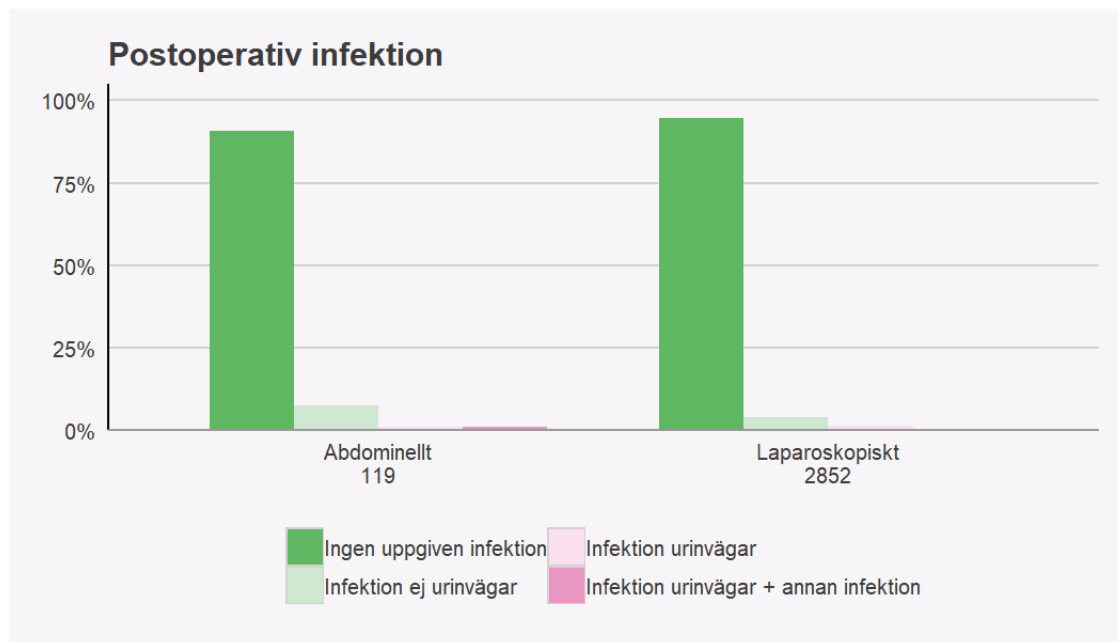
Det finns en liten skillnad i komplikationsfrekvenser mellan standardpatienter (13 %) och icke-standardpatienter (17 %). Andelen allvarliga komplikationer är låg (1,5 % respektive 2,5 %). Med figur 7 i åminnelse vet vi att drygt 3 % av standardpatienterna laparotomeras att jämföras med icke-standardpatienter där 15 % genomgår öppen kirurgi. Det finns en skillnad i komplikationsfrekvens mellan laparoskoperade och laparotomerade patienter, infektionsfrekvensen är ett exempel på detta: 5,7 % av laparoskoperade patienter har haft någon form av postoperativ infektion att jämföras med 9,5 % av de laparotomerade.



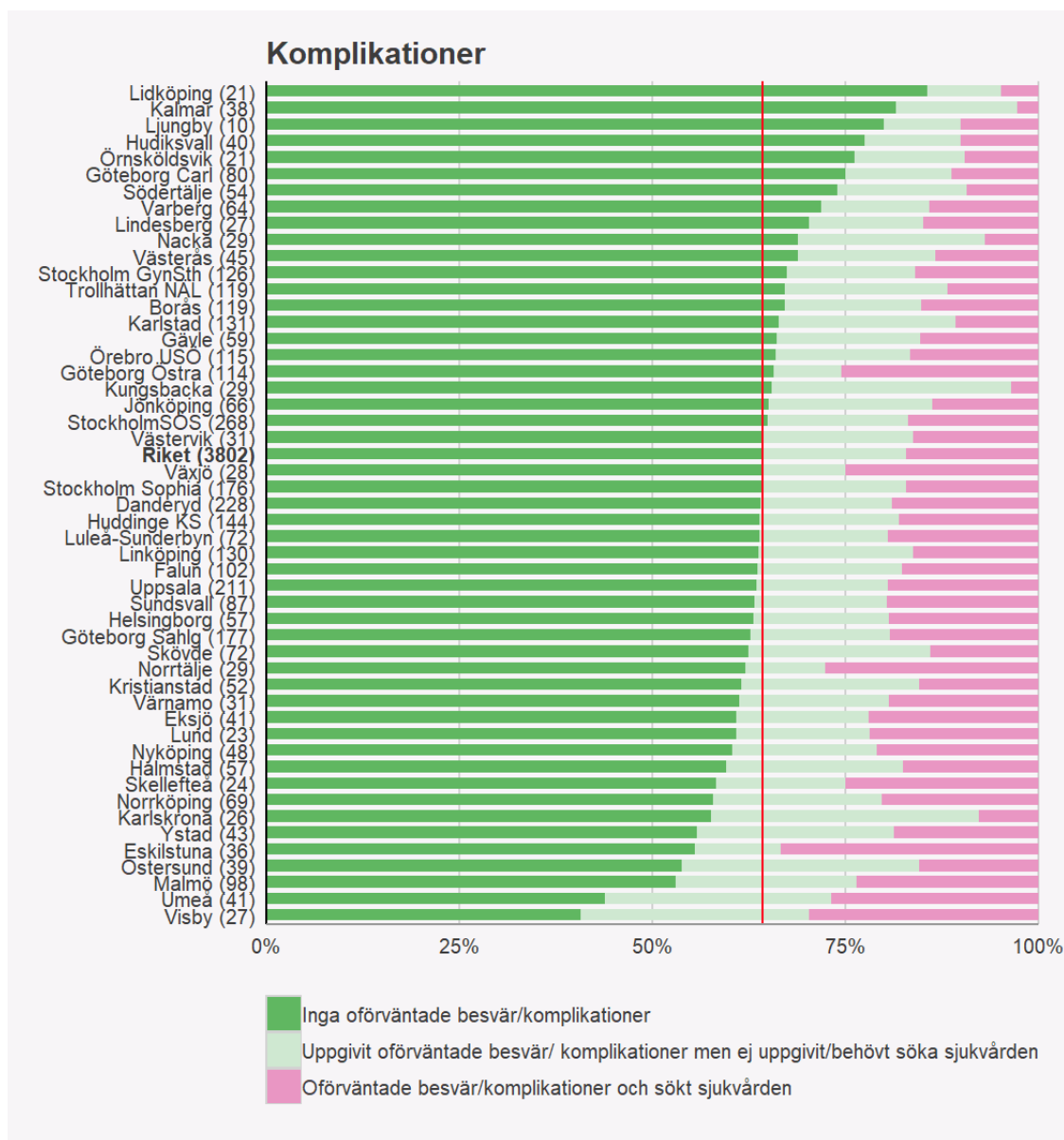
Figur 15. Komplikationer, läkarbedömda fram till och med 8-veckorsenkäten



Figur 16. Postoperativa infektioner



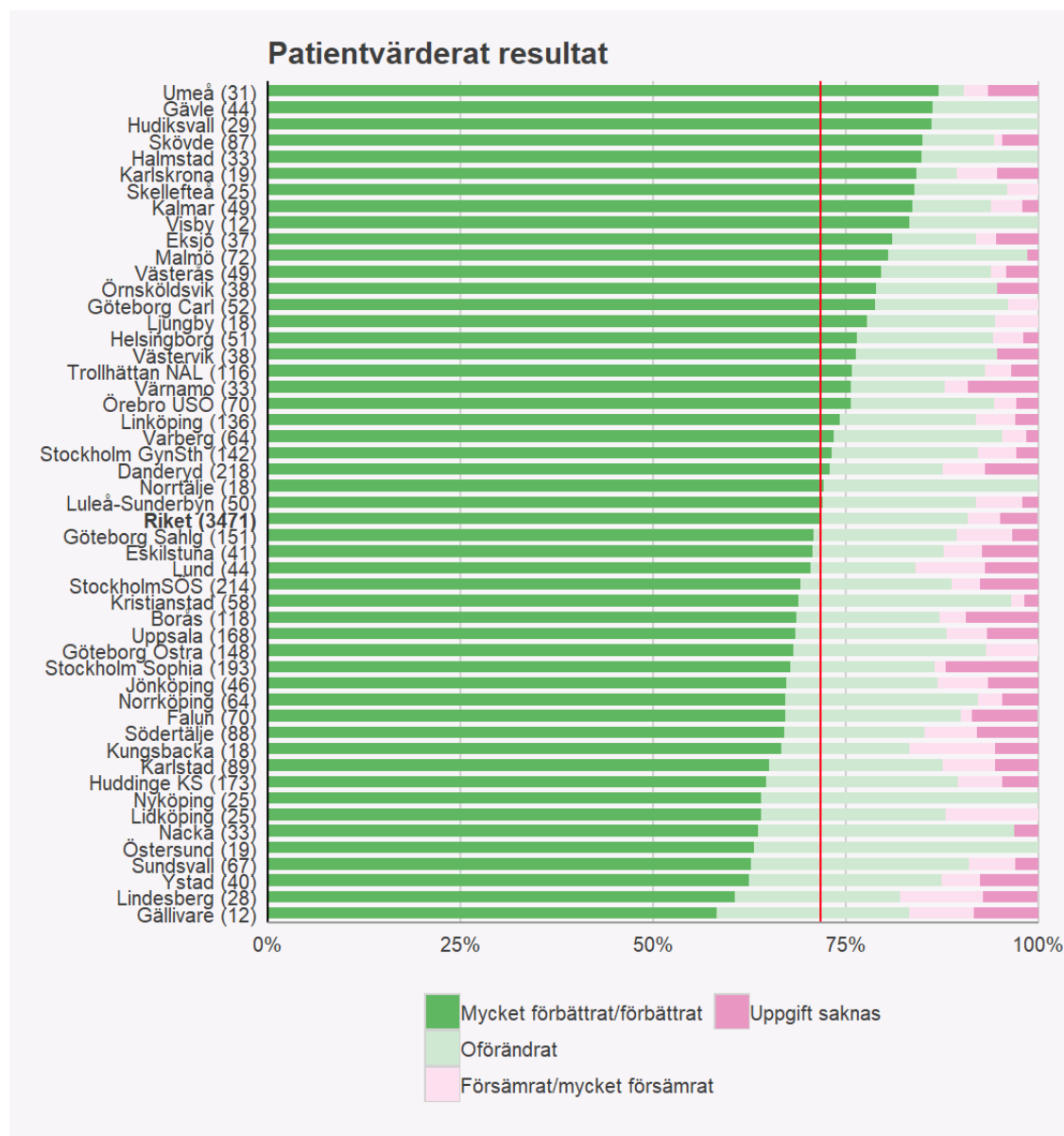
Figur 17. Andel postoperativa komplikationer beroende på operationssätt.



Figur 18. Patientvärderade oförväntade besvär och komplikationer

Patientvärderat resultat

Ett år efter sin operation svarar 75 % av patienterna att de har blivit förbättrade. Det är exakt samma siffra som ifjol. De som upplever sig försämrade är också i paritet med föregående år, 4,4 %. Patienter i Hysteroskopiregistret svarar på samma sätt. Detta skiljer sig från de som genomgått hysterektomi på benign indikation där nästan 90 % anser sig förbättrade. De som genomgått operation för inkontinens anger att de i drygt 90 % av fallen är förbättrade (dessa siffror hämtade från 2017 års årsrapporter). Förklaringen kan möjligen bero på att fler patienter är symptomfria inför sin operation i både Adnex- och Hysteroskopiregistret, till skillnad från de som genomgått hysterektomi eller inkontinensoperation.



Figur 19. Patientvärderat resultat

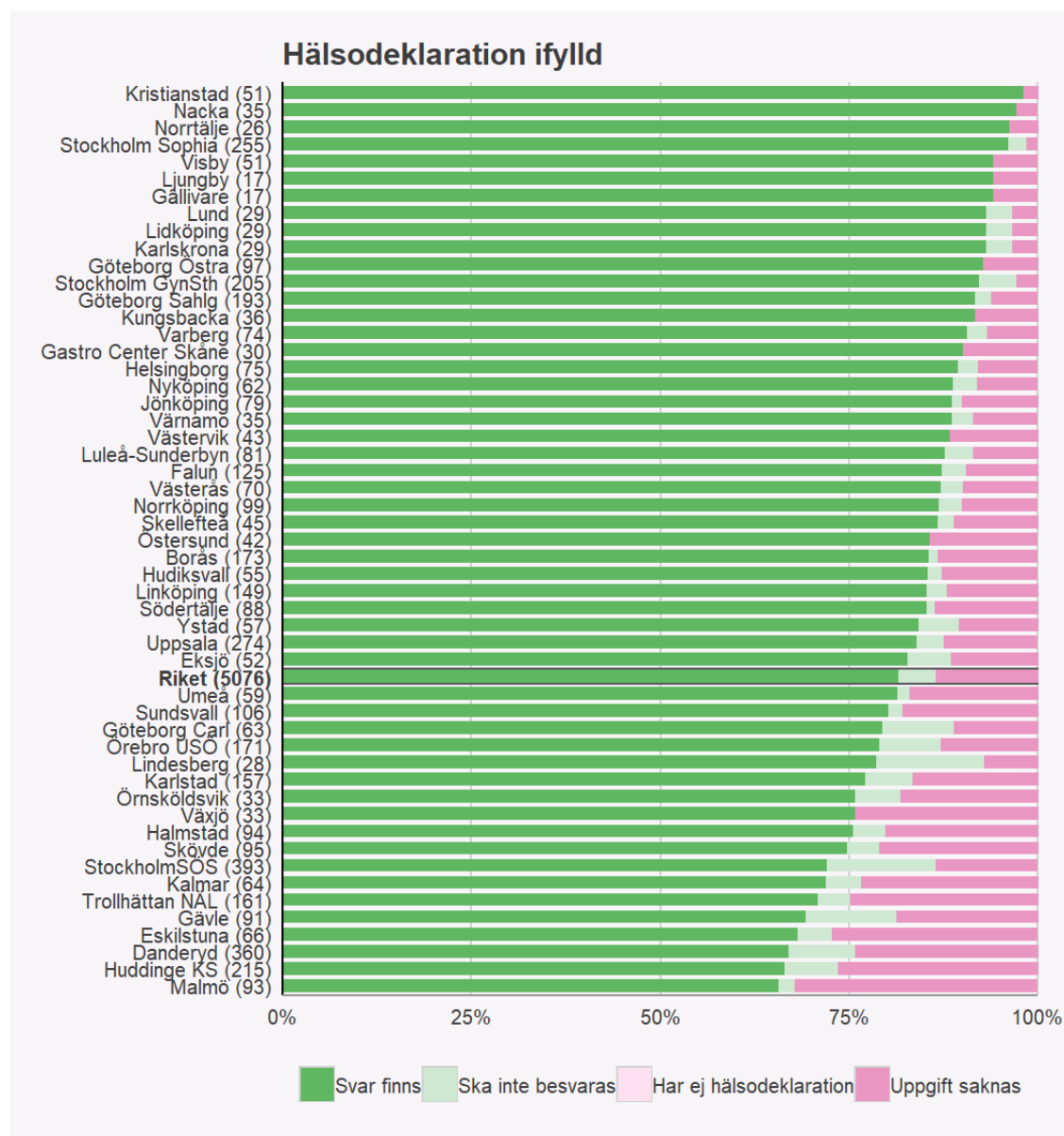
Svarsfrekvenser

Normalt sett så brukar en figur som visar hur väl läkarformulären fylls i presenteras. Där brukar resultatet vara väldigt bra med några få undantag. Därför fokuserar vi i år på hur väl patienterna fyller i sina enkäter. Eller så står resultatet för i vilken utsträckning patienterna får *chansen* att svara. Tidigare undersökningar har visat att får bara patienterna chansen att svara så gör de det i mycket hög utsträckning. Andelen ifyllda preoperativa enkäter är nästan 80 %. De forna GKR-klinikerna, som ju inte hade någon preoperativ enkät till adnexpatienter, är fördelade över hela spektret med både mycket bra ifyllnadsgrad men också mindre bra. Det pekar i varje fall på att

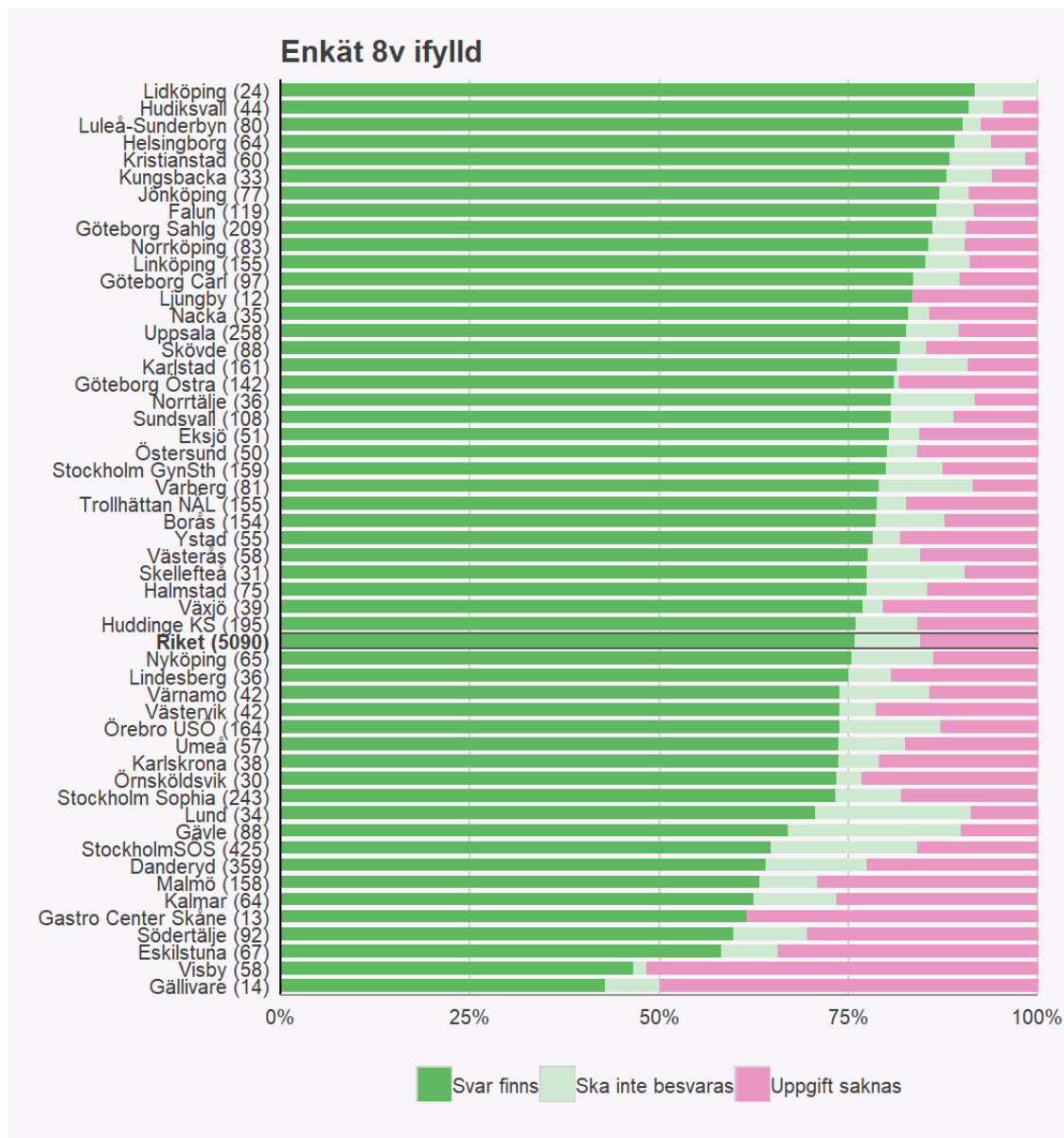
flera av klinikerna fått de nya rutinerna att fungera utmärkt. En delförklaring är nog att de Stockholmskliniker som lyckats bäst enbart bedriver elektiv verksamhet.

Första uppföljningsenkäten fylls i av 75 % av de som opererats.

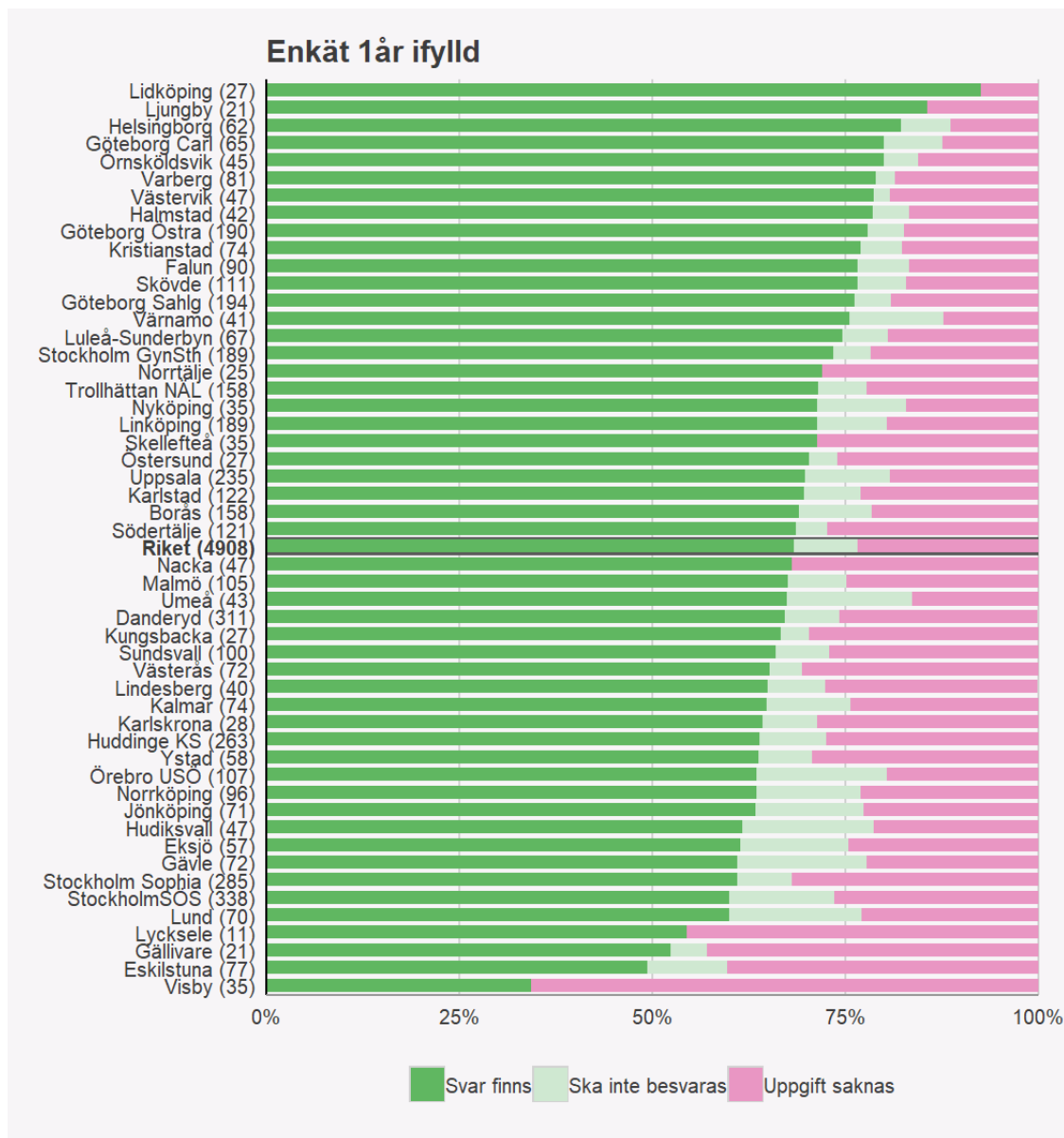
Ettårsenkäten baseras på operationer utförda under 2017 och här har ifyllandefrekvensen sjunkit till 70 %.



Figur 20. Preoperativ enkät ifylld



Figur 21. Åttaveckorsenkät ifylld



Figur 22. Ettårsenkäten ifylld

Att maximera antalet svar är viktigt för att få ett så bra underlag som möjligt för att följa vår kvalitet. Kliniker som har stor andel saknade svar bör se över om det finns något strukturellt problem som förklarar bortfallet.

Sammanfattning

Den minimalinvasiva tekniken vid adnexkirurgi är helt dominerande med en ständigt ökande frekvens. Vårdtiderna är korta och många operationer görs i dagkirurgi.

Förbättringsområden är först och främst att täckningsgraden för adnexregistret blir bättre. Se över klinikens rutiner. Till stor del handlar det om att lyckas få med de patienter som opereras akut, men även andra förklaringar kan finnas.

PAD-bedömning behöver förbättras och det vore fantastiskt om andelen patienter som svarar på enkäterna ökar.

Kom ihåg att det finns möjlighet till hjälp med översyn av rutiner och arbetssätt om ni så önskar. Kontakta i så fall GynOps kansli.

Finns det önskemål om särskilda granskningar eller fördjupade nationella analyser inom området adnexkirurgi så hör gärna av er med förslag.

Socialstyrelsen har nu kommit ut med slutversionen av Nationella riktlinjer för endometrios.

<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-12-27/>

Kirurgi vid endometrios registreras i adnexregistret alternativt hysterektomiregistret. Tänk på att det går att öppna ett fönster i operationsformuläret som ger tillgång till ett flertal variabler om man gör större icke-gynekologisk kirurgi.

Adnexkirurgi: ☐

Inkontinenskirurgi ☐

Prolapskirurgi ☐

Annan kirurgi (ej uterus/adnexa)  ☐

Större icke gynekologisk kirurgi: ☐ Ja ☐ Nej

Preparat tas ☐ Ja

Försvårande op. förh.: ☐ Ja

Peroperativa kompl.: ☐ Ja ☐ Nej

Operationsavslutning

Antibiotikaproxylax givits ☐ Ja ☐ Nej

Annan kirurgi (ej uterus/adnexa)  ☐

Större icke gynekologisk kirurgi: ☒ Ja ☐ Nej

☐ Gastroraf

☐ Enteroraf

☐ Coloraf

☐ Gastrostomi

☐ Tunntarmsresektion

☐ Enterostomi

☐ Appendektomi

☐ Ventrikelresektion

☐ Colonresektion

☐ Rektumamputation

☐ Leverresektion

☐ Diafragmaresektion

☐ Annan kirurgi

☐ Cekostomi

☐ Transversostomi

☐ Sigmoidostomi

☐ Splenektomi

☐ Cystoraf

☐ Blåsresektion

☐ Kolecystektomi

☐ Cystektomi

☐ Vesiko-uretårostomi

☐ Uretåroraf

☐ Uretåranastomos

☐ Stomi enl Bricker

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament
BMI	Mått som underlättar bedömningen av en persons eventuella övervikt (eng. Body Mass Index). BMI beräknas genom formeln: $\text{kg/längd} \times \text{längd}$, 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	Patient som opererats går hem samma dag som operationen utförts.
Elektiv	Planerad (operation, motsatsen till akut kirurgi).
Endometrios	Endometrios innebär att livmoderslemhinna växer utanför livmodern. Ett vanligt symptom är att ha mycket ont i samband med mens. Kallas också chokladcysta.
GKR	GynKvalitetsRegistret – ett regionalt register för gynekologisk kirurgi som fram till 1 juli 2017 användes i Stockholms län, Visby och Karlstad. Data från GKR har tidigare importerats till GynOp, men fr.o.m 1 juli 2017 registrerar alla GKR-kliniker i GynOp.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Laparoskopi	Operation i buken via titthål
Laparotomi	Operation i buken via större buksnitt, öppen bukkirurgi
Malign	Elakartad (cancer)
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, t ex via titthålsoperation
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Pneumoperitoneum	Vid laparoskopisk operation fyller man buken med gas (koldioxid) för att organen ska synas tydligare. Efter operationen töms buken på gas.
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativt	Före operationen
Selektion	Urval
Troakar	Här i betydelsen av en rörformad port genom vilken titthålskamera och instrument förs in i buken
Validitet	Anger i vilken omfattning data och fynd är sanna för det studerade datamaterialet. För att data ska vara valida krävs hög datakvalitet. Data av hög kvalitet är relevanta, fullständiga, korrekta och konsekventa.