

Adnexkirurgi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2021

Författare:

Mathias Pålsson

Registeransvarig för delregistret för adnexkirurgi
överläkare, Carlakliniken, Göteborg

Figurer och dataanalys:

Jessica Edlund, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2022-04-25



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning.....	1
Nyheter	1
Akuta operationer	3
Täckningsgrad	7
NHV Endometrios.....	8
Covid-19	10
SALSTER-studien.....	10
Målvärden	11
Operationssätt	11
Patientrapporterad frånvaro av oförväntade besvär	15
Andel operationer utförda av ST-läkare	16
Antal utförda adnexoperationer	18
PAD	21
Komplikationer.....	23
Patientvärderat resultat efter ett år	28
Sammanfattning.....	29
Ordlista.....	30

Inledning

I Adnexregistret inkluderas kvinnor som opereras på grund av förväntat benigna tillstånd i äggstockar och äggledare, utan samtidigt borttagande av livmodern. Diagnostiska laparoskopier och delar av endometrioskirurgin hör också till adnex. Rapporten beskriver ett urval utfall för patienter med registrerad operation i Adnexregistret under år 2021.

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter åtta veckor baseras på operationer gjorda under år 2021. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2020 använts.

Rapporten innehåller utfall från 4917 patienter. Medianåldern för patienter i Adnexregistret är 37 år. Detta är betydligt yngre jämfört med övriga delregister bortsett naturligtvis från Bristningsregistret där förlossningsbristningar registreras.

Nyheter

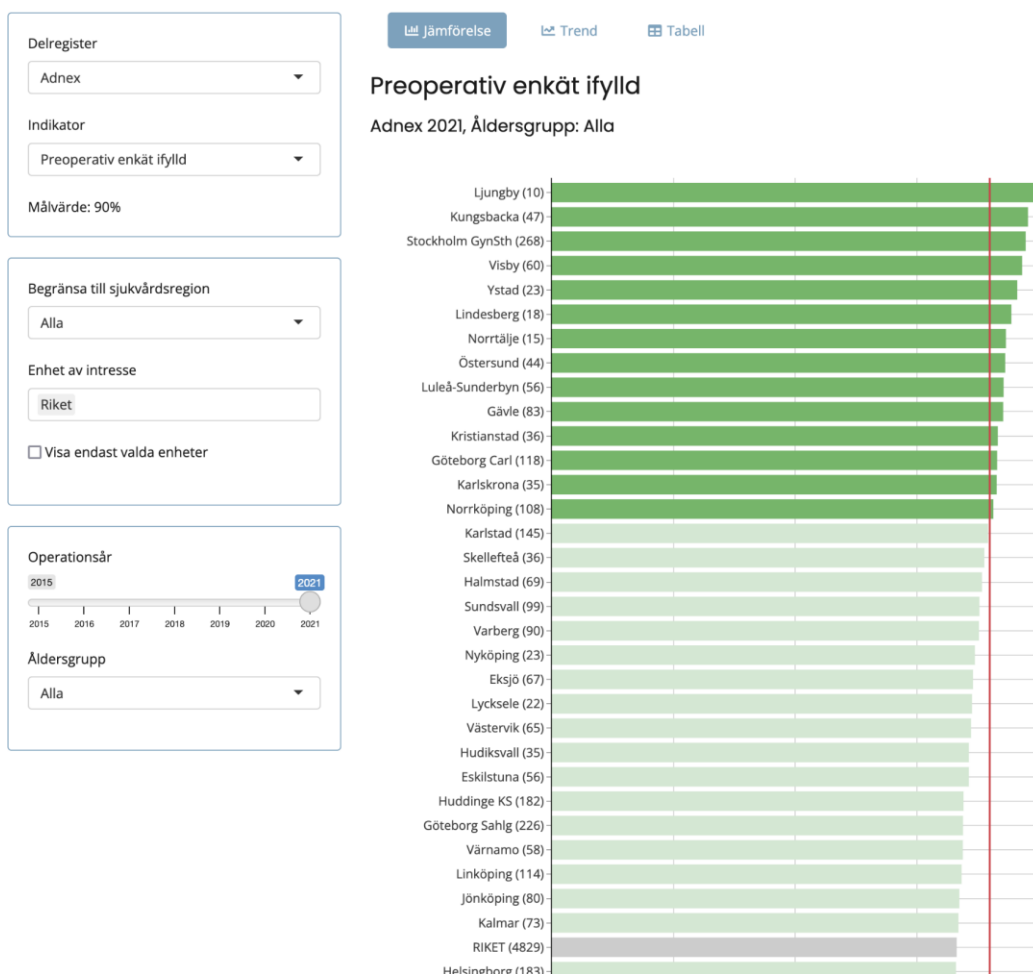
I januari 2022 presenterades en ny interaktiv statistiksida på GynOps hemsida. Den återfinns under menyvalet Statistik (<https://statistik.incanet.se/gynop/>).

Samtliga delregister finns representerade och det är möjligt att visa utvalda variabler på lite olika sätt. Dels med jämförelse mellan de deltagande klinikerna, dels förändringar över tid för enskilda kliniker eller riket. Det är också möjligt att få ut data i tabellform.

Variabler från flera olika områden finns representerade (kvalitetsindikatorer, datakvalitet, komplikationer, operation, demografi, täckningsgrader). Årsrapporter ligger också upplagda på den här sidan.

Det finns möjlighet att göra olika val, bland annat variabel av intresse, indelning på klinik-, region- eller riksnivå och operationsår (data från och med år 2015 finns med). Tanken är att det succesivt ska ske tillägg av variabler. För närvarande uppdateras data halvårsvis, men förhoppningsvis ska det kunna ske tätare än så i framtiden. Observera att det precis som i årsrapporten krävs att en klinik har med minst 10 utfall för att de ska visas i en figur.

Den gamla Rapportgeneratorn finns förstås fortfarande kvar och där går det att göra mer avancerade urval, men samtidigt så kan du där bara se data för din kliniks patienter och jämföra dem mot riket (och det krävs inloggning). GynOps styrgrupp hoppas och tror att den nya statistiksidan ska vara ett lättillgängligt komplement till Rapportgeneratorn och att den i takt med utbyggnad av tillgängliga variabler att studera, ska ge kliniker och en intresserad allmänhet snabb tillgång till mest relevanta data.



Figur 1. Urklipp ur den nya statistiksidan på GynOps hemsida. Figuren visar datakvalitet för preoperativa enkäten för adnexpatienter.

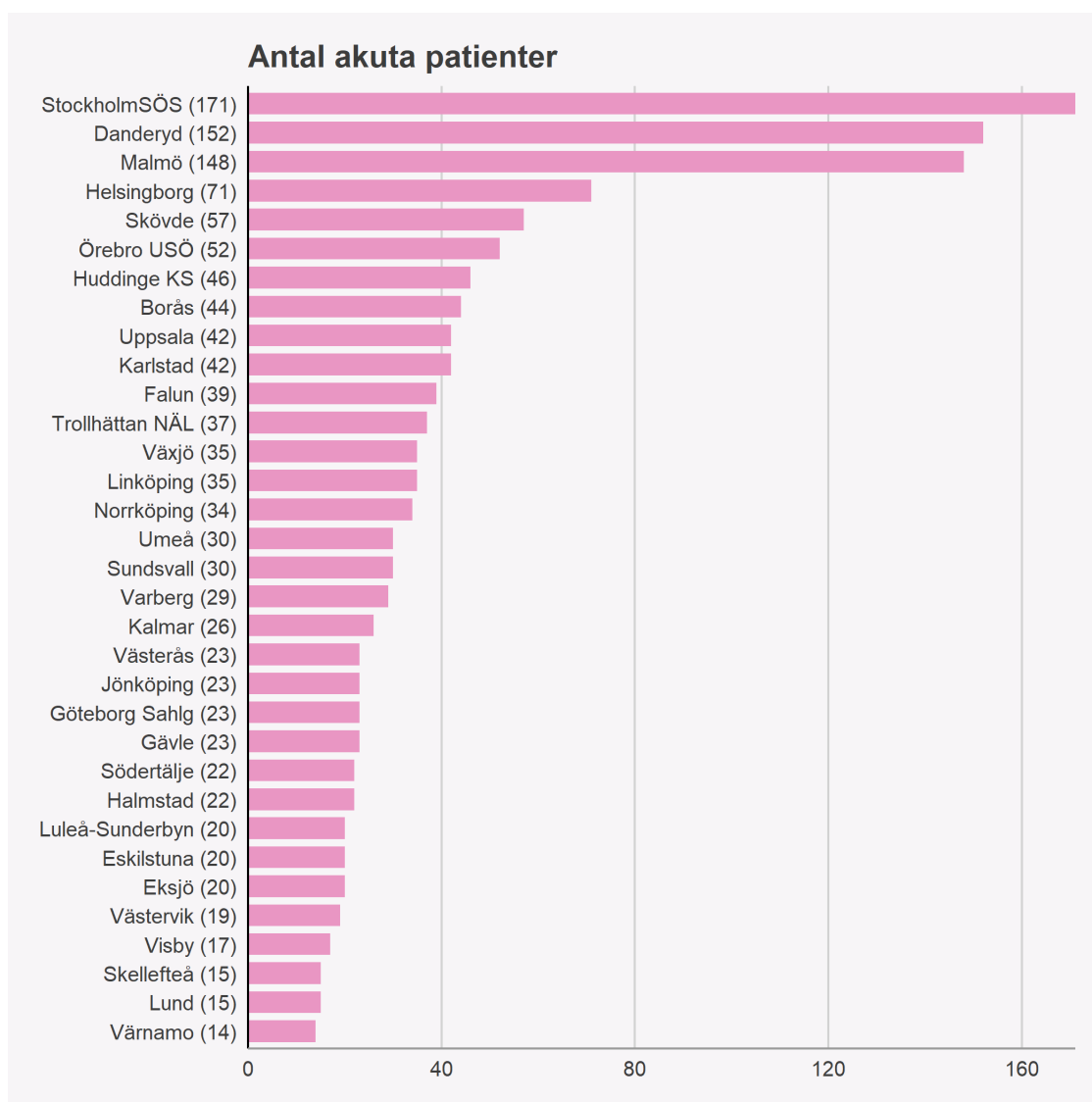
För övrigt kommer den här rapporten fokusera vidare på de akut opererade patienterna eftersom de är nyckeln till en nödvändig förbättring av Adnexregistrets täckningsgrad.

En presentation av de kriterier som gäller remittering av patienter till nystartade NHV- center för operation av de avancerade endometriostillstånden återfinns också i rapporten.

Akuta operationer

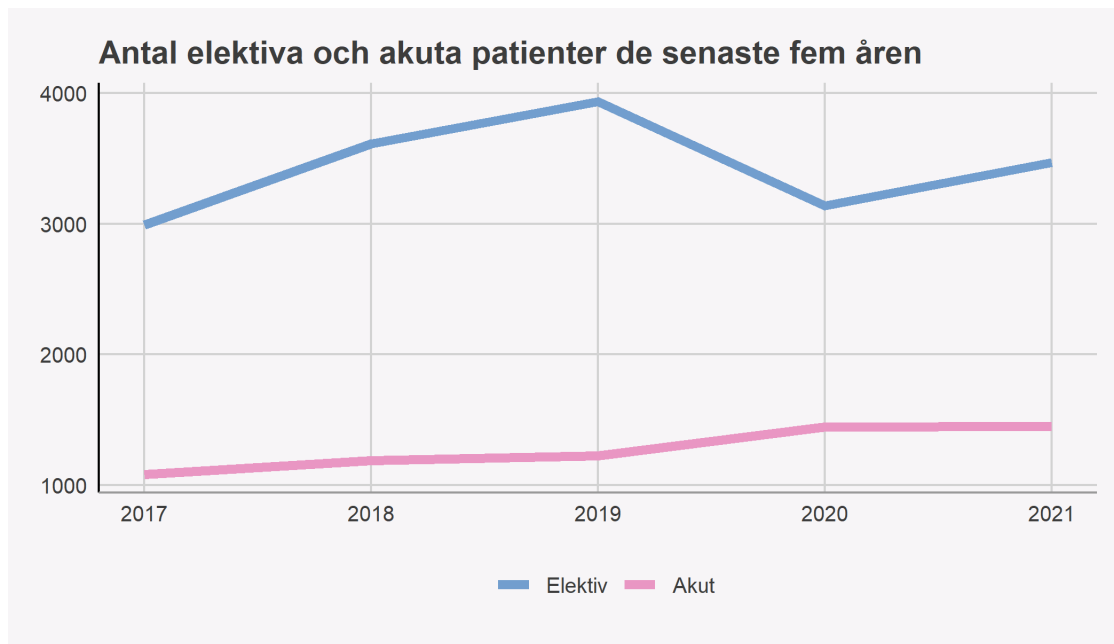
Antalet inkluderade akuta operationer år 2021 ligger på en väsentligen oförändrad nivå jämfört med år 2020 (1411 respektive 1455 patienter). Under år 2021 har 33 kliniker rapporterat minst 10 akuta operationer (sammanlagt 42 kliniker har rapporterat minst en akut operation). Det är nödvändigt att öka inkluderingen av akuta operationer och det vore önskvärt om alla kliniker ser över sina rutiner i hur detta sker. Även om det inte går att förvänta sig att akuta patienter inkluderas i GynOp i samma utsträckning som elektiva så går det nog med relativt enkla medel se till att fler kommer med. Tänk på att det går att kontakta kliniker som verkar få med många akuta patienter för att få tips, idéer och inspiration i ert eget utvecklingsarbete.

Dels har avsaknaden av de akut opererade patienterna en stor del i att täckningsgraden för Adnexregistret inte har varit över målnivån på 85 %, dels är det naturligtvis av intresse att precis som för de elektiva operationerna följa kvalitetsmått för de akut opererade.



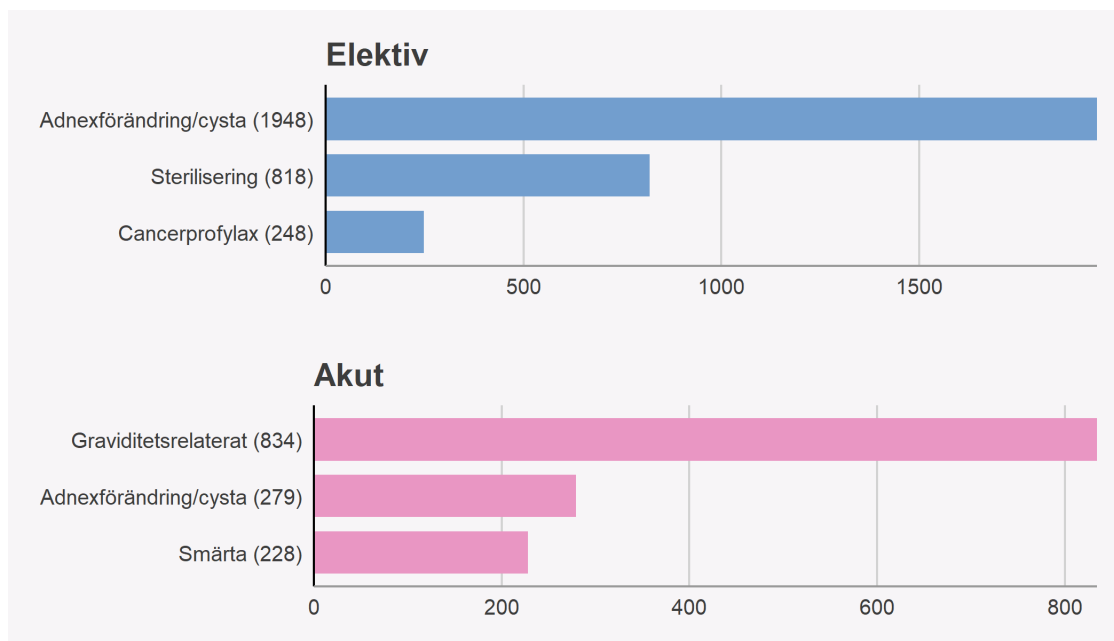
Figur 2. Akut opererade patienter, antal per klinik. Endast kliniker med 10 eller fler patienter redovisas.

Figur 3 visar förändringar över tid. Antalet elektivt opererade patienter under år 2020 men även år 2021 är tydligt påverkat av Covid-pandemin.



Figur 3. Antalet elektiva och akuta operationer över tid.

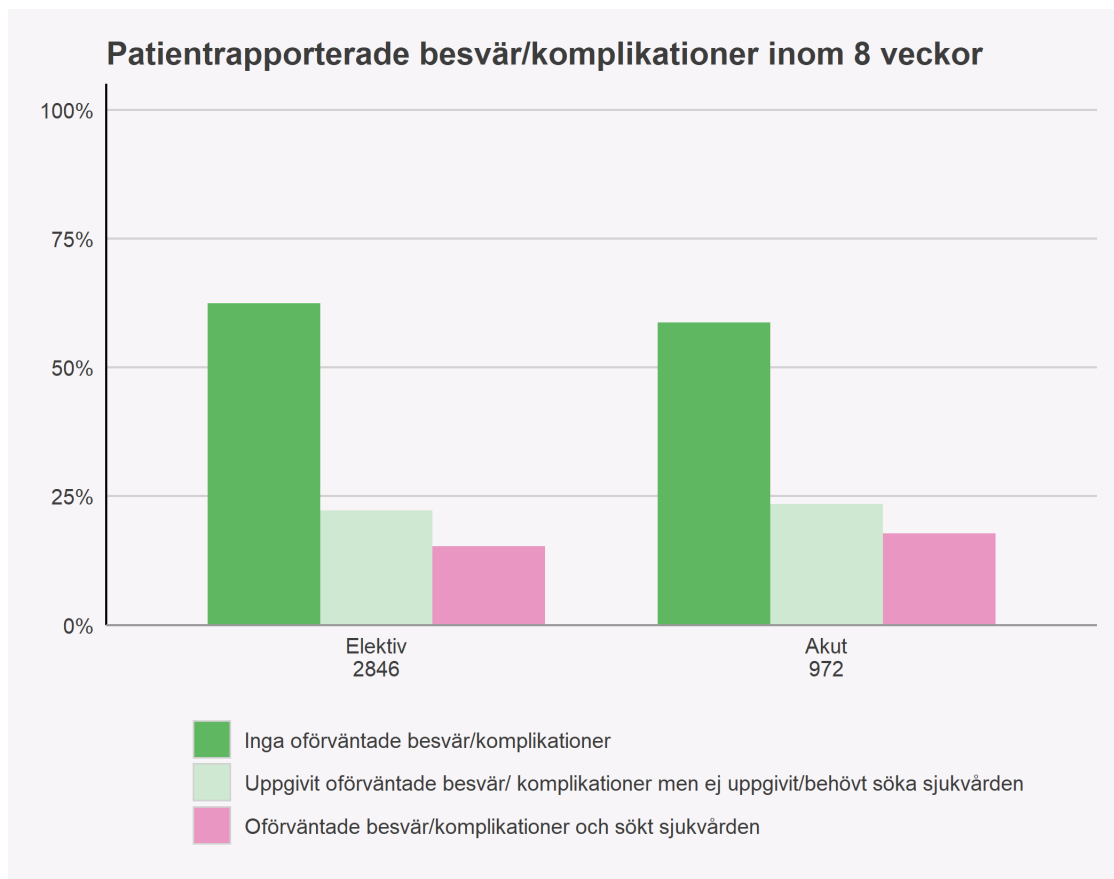
Det är som tidigare små skillnader i utfall när de akut opererade jämförs med de elektiva. Naturligtvis ser indikationerna något annorlunda ut där graviditetsrelaterade tillstånd (läs extrauterina graviditeter) dominerar för de akuta och cystor de elektiva.



Figur 4. De tre vanligaste indikationerna beroende på om elektivt eller akut opererade patienter.

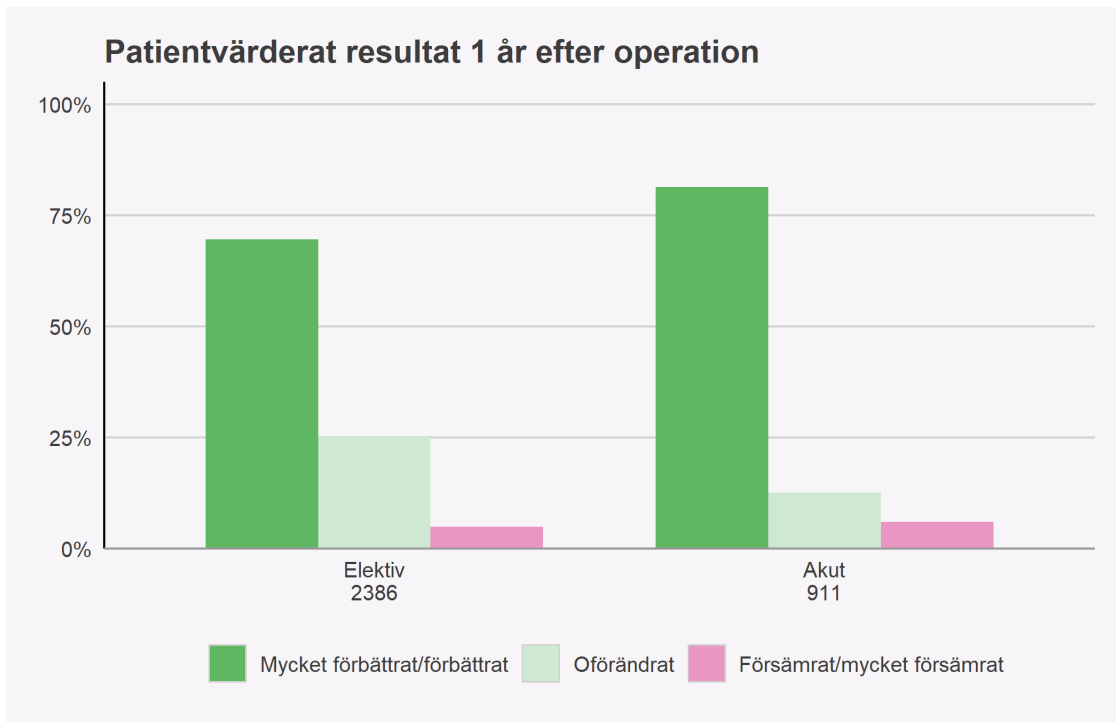
Vårdtiden skiljer sig också åt, där majoriteten av de elektivt opererade görs i dagkirurgi (76%) medan de akuta i de flesta fall vårdas ett dygn (61%).

Det föreligger ingen skillnad i komplikationsfrekvens utifrån läkarbedömningen, men en lite större andel patienter som är akut opererade rapporterar oförväntade besvär efter operationen (42% jämfört med 37% av de elektivt opererade). Skillnaden beror inte på hur många som rapporterat infektion postoperativt utan beror på andra besvär. Infektionsfrekvensen är 6,4% för de akut opererade och 7,2% efter elektiv operation.



Figur 5. Patientrapporterade besvär inom 8 veckor beroende på om elektivt eller akut opererade.

Däremot upplever en större andel akut opererade patienter en förbättring ett år efter sin operation. Förklaringen till det torde vara att de flesta akuta patienter har symptom av sitt tillstånd vilket inte nödvändigtvis de elektivt opererade har.

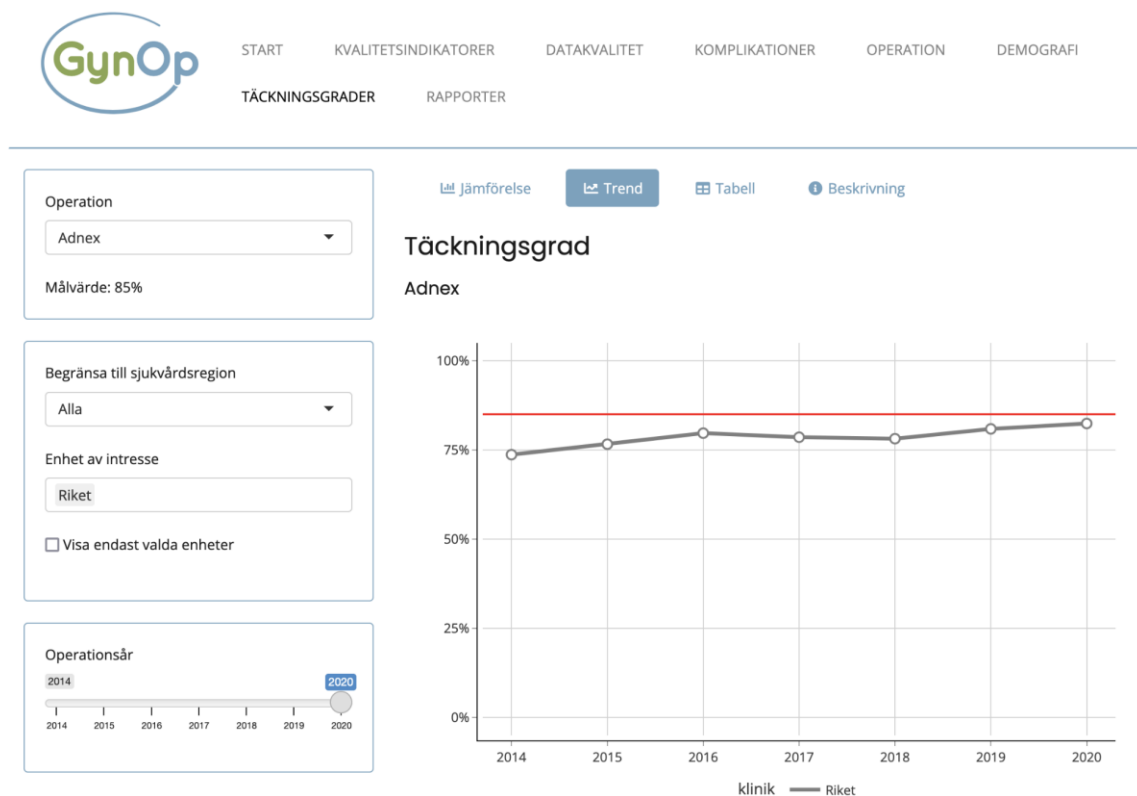


Figur 6. Patientrapporterat resultat ett år efter operation beroende på elektivt eller akut ingrepp.

Täckningsgrad

Hur täckningsgraden ser ut för 2021 vet vi ännu inte men för år 2020 var den 82,4%. Täckningsgraden avgörs av hur många patienter som blivit opererade i Sverige som också blivit registrerade i GynOp. Socialstyrelsens Patientregister är det register som GynOp jämförs mot. Täckningsgradstrenden är dock i uppåtgående och hjälps vi alla åt kommer målnivån nås.

Figur 7 är ett urklipp ur GynOps statistik sida där bland annat täckningsgraden är enkel att följa. Här har trendfunktionen valts för att visualisera rikets sammanslagna täckningsgrad. Det går lätt att se respektive kliniks täckningsgrad också. När 2021 års siffror är klara så kommer de kliniker som inte uppfyller 85% täckningsgrad kontaktas med uppmaningen att se över varför målnivån inte nås. Anse er förvarnade!



Figur 7. Rikets täckningsgrad sedd över tid för Adnexregistret.

NHV Endometrios

Från 1:a januari 2021 så finns fyra kliniker i Sverige som innehar uppdrag att utföra kirurgi vid mer avancerade endometriostillstånd (Akademiska sjukhuset i Uppsala, Södersjukhuset i Stockholm, Sahlgrenska universitetssjukhuset i Göteborg och Skånes Universitetssjukhuset). NHV står för Nationell Högspecialiserad Vård och finns inom flera områden. Bakgrunden till att Socialstyrelsen tagit beslut om att lyfta upp den här typen av kirurgi till nationell högspecialiserad vård är att den anses komplex och kräver särskilda multidisciplinära samarbeten som är svåra att upprätthålla på alla kliniker. Dessutom bedöms det att det krävs en viss volym för att kunna upprätthålla rätt kompetens. I grunden har utredarna gjort bedömningen att det ska finnas fem centra, men efter ansökningsförfarande så landade beslutet i att ge tillstånd till fyra enheter.

Som de flesta vet kan kirurgi vid endometriostillstånd ibland vara väldigt svår med stor risk för komplikationer. Det kan behövas samarbete med andra specialiteter (främst kolorektalkirurger och urologer).

Vitsen med det hela är att övriga kliniker ska remittera sina patienter som uppfyller vissa kriterier för bedömning och eventuell åtgärd vid NHV-centren. Det kommer ställas höga krav på kompetensen på NHV-centren och de har byggt upp en organisation som inte bara inbegriper kirurgisk kompetens utan också diagnostisk, psykosocial och smärtläkarkompetens etcetera. Det är viktigt att betona att dessa fyra center inte på något sätt ersätter endometriosteams på alla kliniker med gynekologisk slutenvård. Då kanske så många som var 10:e kvinna i fertil ålder har endometrios och där man räknar med att åtminstone hälften har symptom av sin endometrios så blir det en omöjlig ekvation. Kompetens att diagnosticera endometrios måste finnas kvar på alla kliniker samt att kunna erbjuda hela bredden av omhändertagande i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid endometrios (<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-12-27.pdf>).

Däremot är det ju önskvärt att NHV-centren ska kunna bli en kompetensnod där stor erfarenhet och kunskap om endometrios finns och fungera som ett stöd för övriga kliniker förutom det rent kirurgiska uppdraget.

I nedanstående tabell framgår vilka patienter som ska remitteras. Som alla organisatoriska förändringar så finns det en tröghet i systemet när de ska implementeras, men det är av stor vikt att de läkare som är engagerade inom respektive klinikers endometriosteams är väl insatta i vilka patienter som ska skickas vidare, men även alla som utför operationer inom Adnex- och Hysterektomiregistret.

Tabell 1. Patienter som ska remitteras till NHV-center.

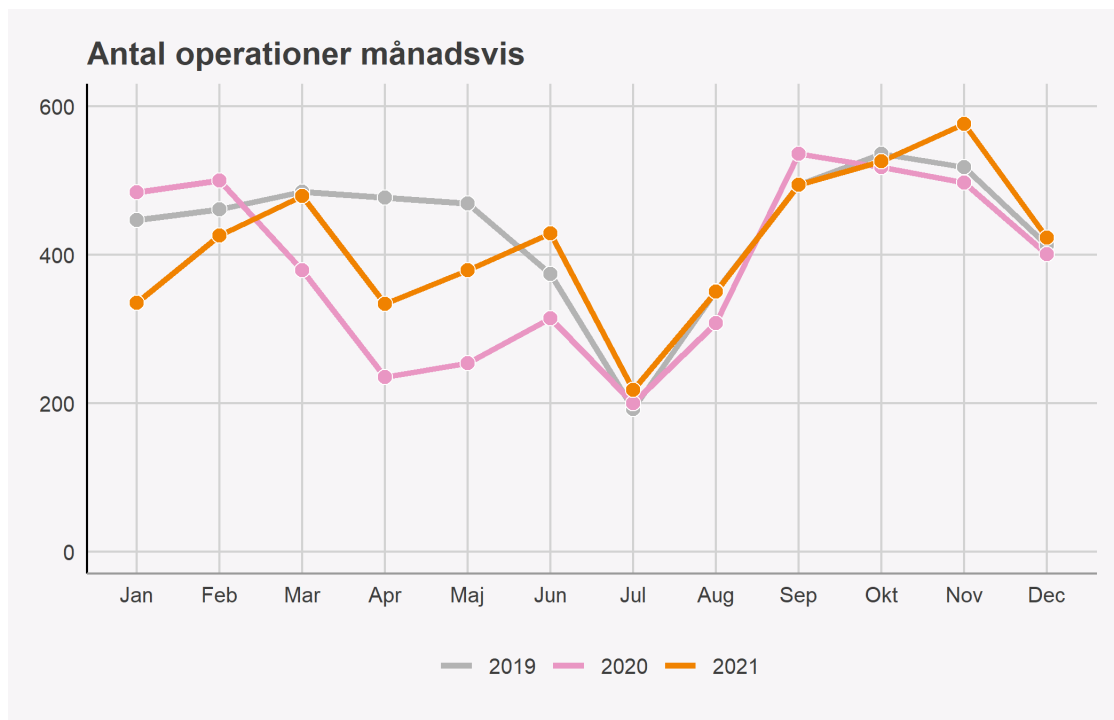
Diagnoskod	Avgränsning
N80.1	Endometrios i ovarium • planerad kirurgisk åtgärd på kvinnor i fertil ålder som planerar graviditet • bilaterala endometriom på kvinnor i fertil ålder som planerar graviditet • kissing ovaries • endometriom, med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning i lilla bäckenet
N80.2	Endometrios i äggledaren • med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning
N80.3	Endometrios i bäckenets peritoneum • med känd eller misstänkt avancerad adherensbildning
N80.4	Endometrios i septum rektovaginale och i vagina
N80.5	Endometrios i tarm
N80.6	Endometrios i ärrvävnad i huden
N80.8	Endometrios med annan specificerad eller multipel lokalisation
N80.9	Endometrios, ospecificerad • samtliga patienter med misstänkt eller konstaterad djupt infiltrerande endometrios (DIE) i urinblåsa, urinledare, tarm, ärrvävnad samt annan atypisk endometrios eller ovanlig lokalisation • patient med endometrios som ska genomgå hysterektomi och/eller bilat SOE med misstänkt eller konstaterade uttalade adherenser i lilla bäckenet, så kallad "frozen pelvis"

I GynOp finns planerade förändringar med tillägg av ett ganska stort antal variabler som när de är införda ska hjälpa NHV-centren att följa de patienter de opererar. De klinikerna har också särskilda rapporteringsskyldigheter gentemot Socialstyrelsen.

Covid-19

Operationsåret 2021 har också i hög grad påverkat många klinikers operationsutrymme. I den specialrapport som publicerades om förra året kunde vi dock se att just adnexkirurgi påverkades i något mindre omfattning än till exempel inkontinens- och rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi. En ganska stor andel av all adnexkirurgi är akut (och där har ju registreringen blivit bättre!) och står därmed inte tillbaka. Många cystor bedöms ju också som prioriterade operationer. Jämfört med jämförelselåret år 2019 så har det gjorts färre adnexoperationer men klart fler än år 2020 och största tappet år 2021 var under våren. Under hösten gjordes faktiskt lite fler operationer än år 2019.

Det kommer publiceras en Covid-rapport även för år 2021.



Figur 8. Antal adnexoperationer per kalendermånad med jämförelse mellan åren 2019–2021.

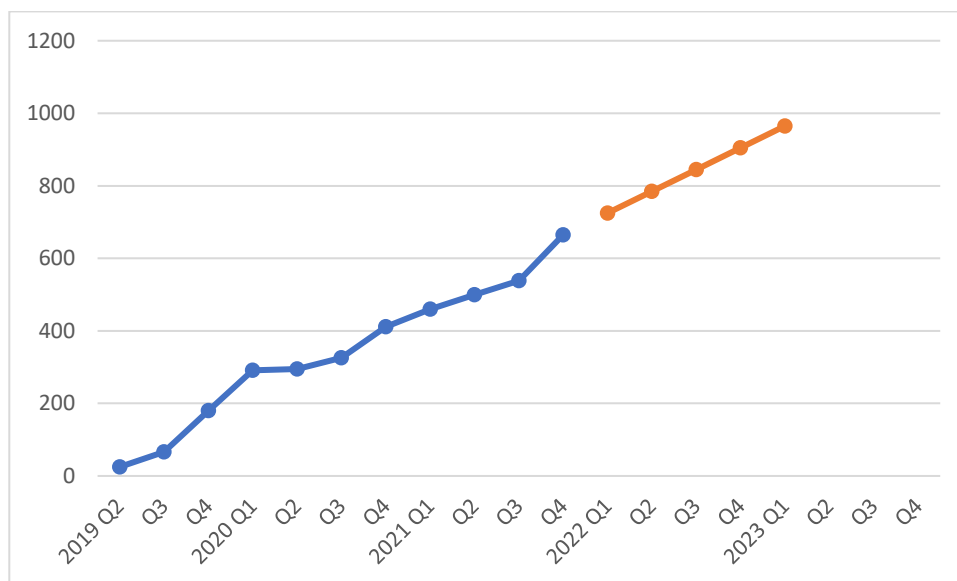
SALSTER-studien

SALSTER (SALpingektomi vid STERilisering) är en registerbaserad randomiserad studie (R-RCT) som drivs i GynOp och stöds av SNAKS (Svenskt nätverk för nationella kliniska studier inom Ob/Gyn). Studien bygger på samma teori som HOPPSA, att vissa histopatologiska former av epitelial ovarialcancer, framför allt höggradigt serös cancer, uppstår i distala tuban. Opportunistisk salpingektomi har därför föreslagits även vid sterilisering.

I SALSTER randomiseras patienterna i GynOp till salpingektomi eller tubarligering. Riskerna med salpingektomi som steriliseringsmetod är ofullständigt studerade. Studien kommer att undersöka kirurgiska komplikationer och ålder vid menopaus som primära utfallsmått.

Rekrytering av patienter har gått snabbt sedan starten år 2019, trots att steriliseringar har haft lägsta prioritet under Covid-pandemin. Vid årsskiftet hade 630 kvinnor randomiserats och en interimsanalys är genomförd februari 2022. Säkerhetskommitténs slutsats och uppmaning var att fortsätta studien som planerat. 36 kliniker är med och bidrar till rekrytering. Drygt 900 patienter är slutmålet, vilket vi beräknar kunna nå under 2023 om rekrytering fortsätter i

samma takt, se graf nedan. Eftersom steriliseringar förväntas öka efter pandemin, tror vi att rekryteringen kan gå ännu snabbare och vara färdig i slutet av år 2022. De första resultaten avseende ”komplikationer” kan då presenteras år 2023.



Figur 9. Rekrytering av patienter till SALSTER-studien. Den blå kurvan visar hur långt studien kommit. Den orange kurvan visar förväntad rekrytering under kommande år.

Du kan läsa mer om studien på www.gynop.se samt www.snaks.se

Vid frågor om studien kontakta Annika Strandell, huvudansvarig för SALSTER
annika.strandell@vgregion.se

Målvärden

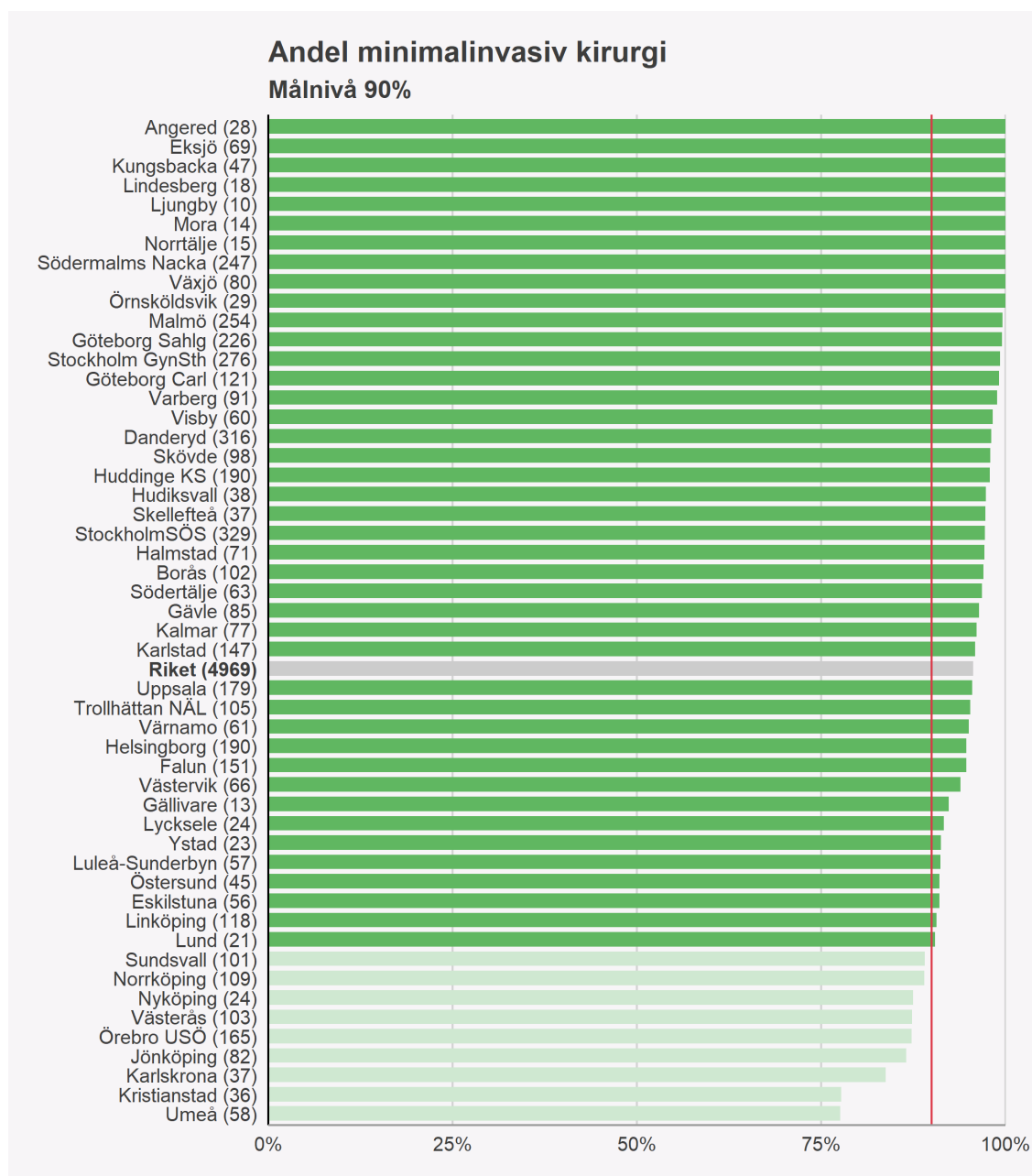
Två variabler från Adnexregistret följs med extra intresse och presenteras i SFOG:s årsrapport men finns också på VIS (Vården i siffror). Dessa återfinns också i den nya interaktiva statistiksidan. Operationssätt, dvs. fördelningen av laparoskopisk och öppen kirurgi samt patientrapporterad frånvaro av oförväntade besvär fram till och med åttaveckorsenkäten. Målvärde för operationssätt är minst 90% laparoskopi och för frånvaro av oförväntade besvär är det satt till 85%. Målvärdet är markerat med en röd linje i figurerna.

Operationssätt

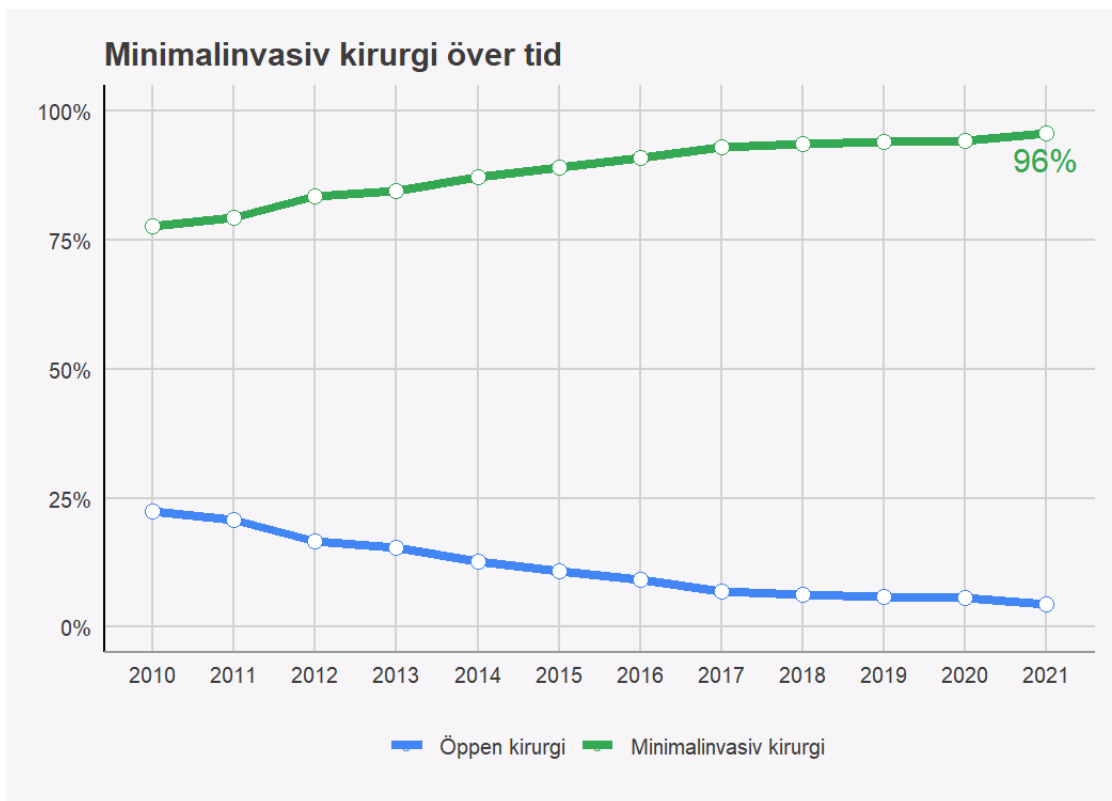
Under år 2021 gjordes hela 96% av alla adnexoperationer med laparoskopisk teknik.

Under de senaste åren har frekvensen legat på 94%, något som måste uppfattas som en fantastiskt bra siffra. Trots det är årets siffra ännu bättre! Utan tvekan kan vi konstatera att minimalinvasiv teknik är väl lämpad för adnexkirurgi och att välja öppen teknik har blivit ett undantag. Trots den extremt bra siffran för riket så når inte riktigt alla kliniker upp till målnivån på minst 90%. Det kan naturligtvis vara tillfälligheter. Dock så nådde 7 av de 10 kliniker som inte kom upp till målnivån 90% i år inte heller det målet förra året. Förklaringen ligger inte i att de har en annorlunda fördelning av standardpatienter. Då det föreligger väldigt små skillnader generellt i fördelningen av standardpatienter mellan klinikerna samt att utfallen för icke-standardpatienter inte visats sig skilja sig väsentligt från standardpatienter (förutom att de har en högre andel öppen kirurgi och därmed som förväntat något högre komplikationsgrad) så har

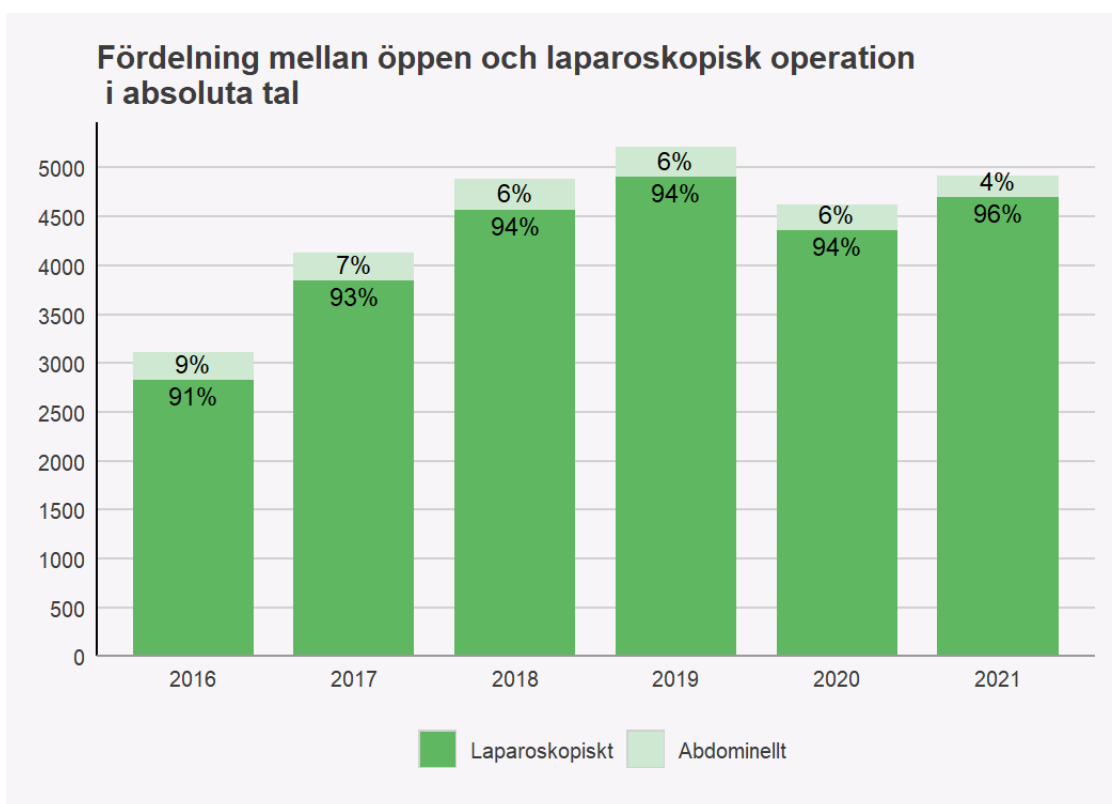
vi sedan några år tillbaka slutat redovisa resultaten uppdelat. I slutet av rapporten finns visat respektive kliniks fördelning (figur 20).



Figur 10. Andelen minimalinvasiv teknik vid adnexoperation fördelat per klinik.



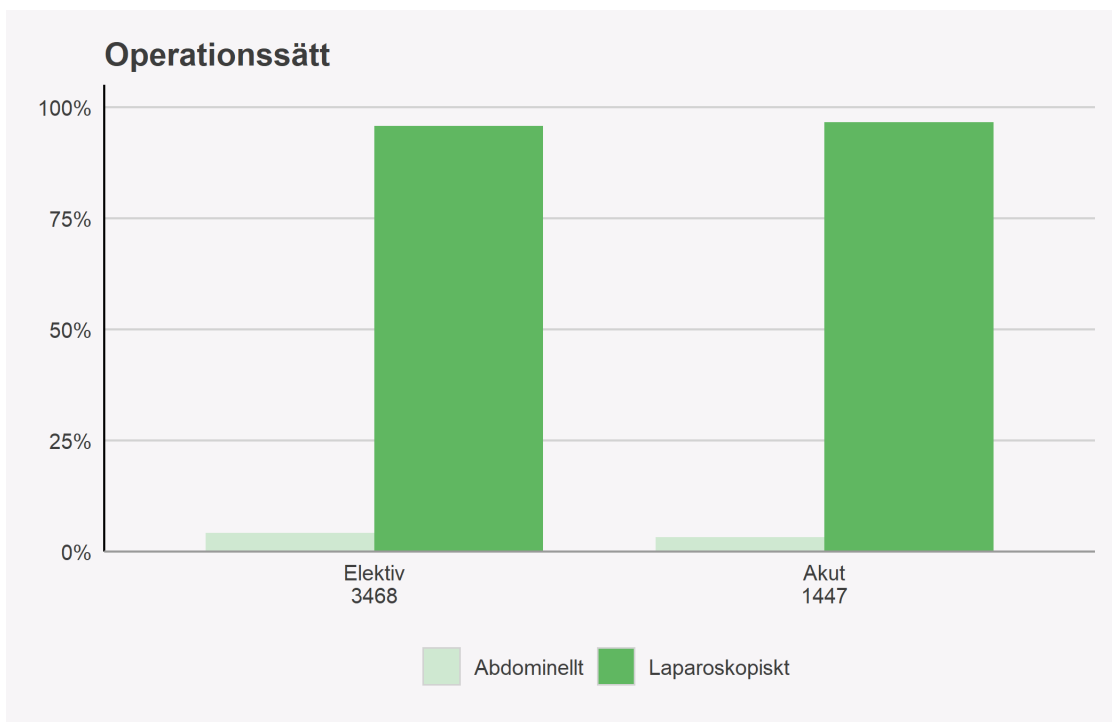
Figur 11. Trend minimalinvasiv kirurgi vid adnexoperation



Figur 12. Fördelning öppen/laparoskopisk kirurgi med absoluta tal

I figur 12 framgår tydligt den nedgång som pandemin orsakat med störst effekt under år 2020.

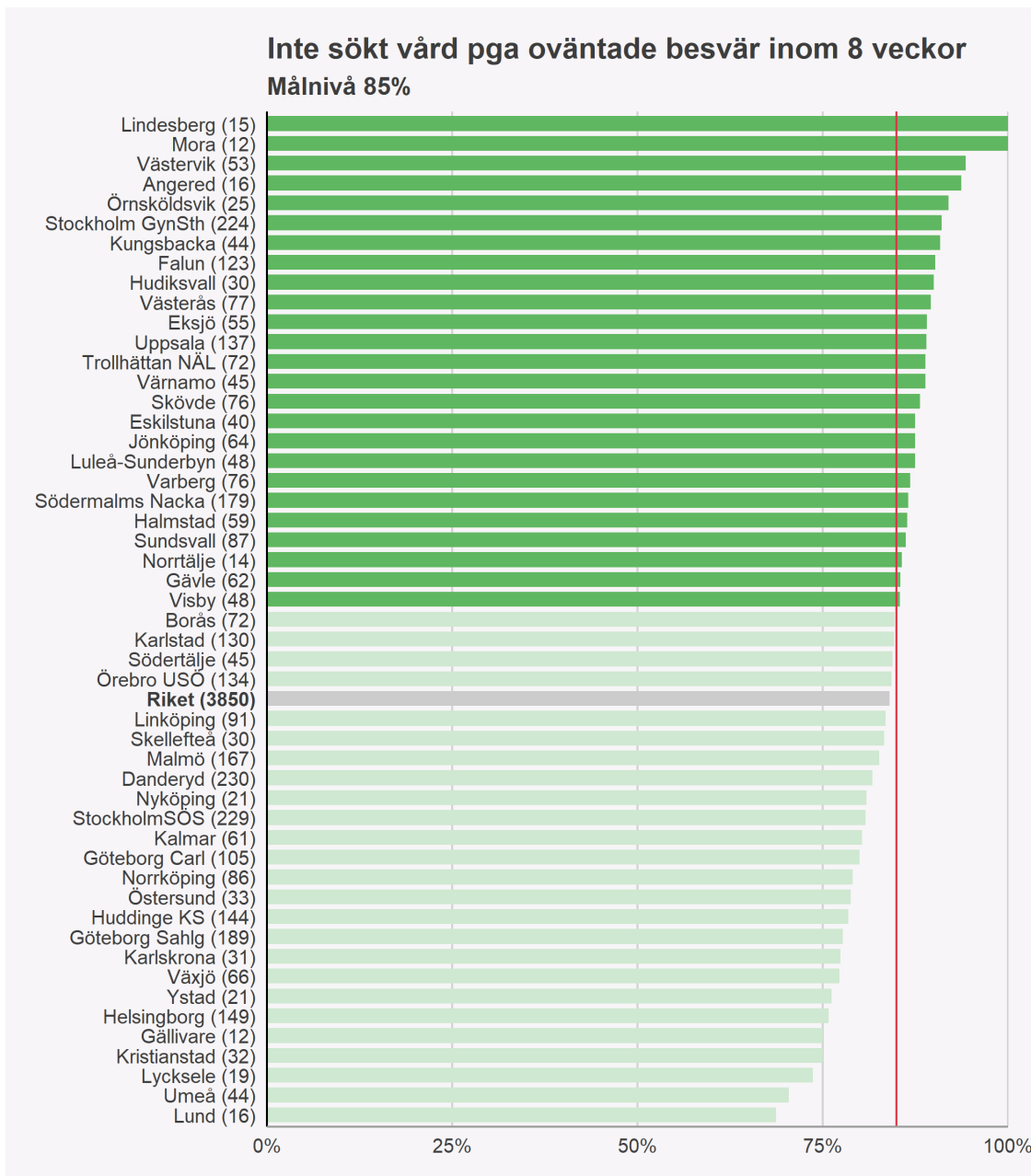
Det är ingen skillnad mellan elektiva och akuta operationer när det kommer till operationssätt, fördelningen mellan öppet och laparoskopiskt är helt likartad.



Figur 13. Operationssätt beroende på elektivt eller akut ingrepp.

Patientrapporterad frånvaro av oförväntade besvär

På riksnivå är vi nära att uppnå målvärdet då 84% inte rapporterar några oförväntade besvär efter operationen som inneburit kontakt/besök med sjukvården (82% år 2020), även om det är stora skillnader mellan klinikerna. Hur patienterna svarar på detta är beroende på flera faktorer. Den självklara är naturligtvis att det inträffat en komplikation efter operationen som krävt kontakt med sjukvården. En annan förklaring kan vara hur informationen kring det förväntade postoperativa förloppet ser ut. Patienterna rapporterar oförväntade besvär/komplikationer i högre grad än vad operatörerna gör. Det är rimligt att anta att en stor del av glappet däremellan beror på hur patientinformationen är utformad.

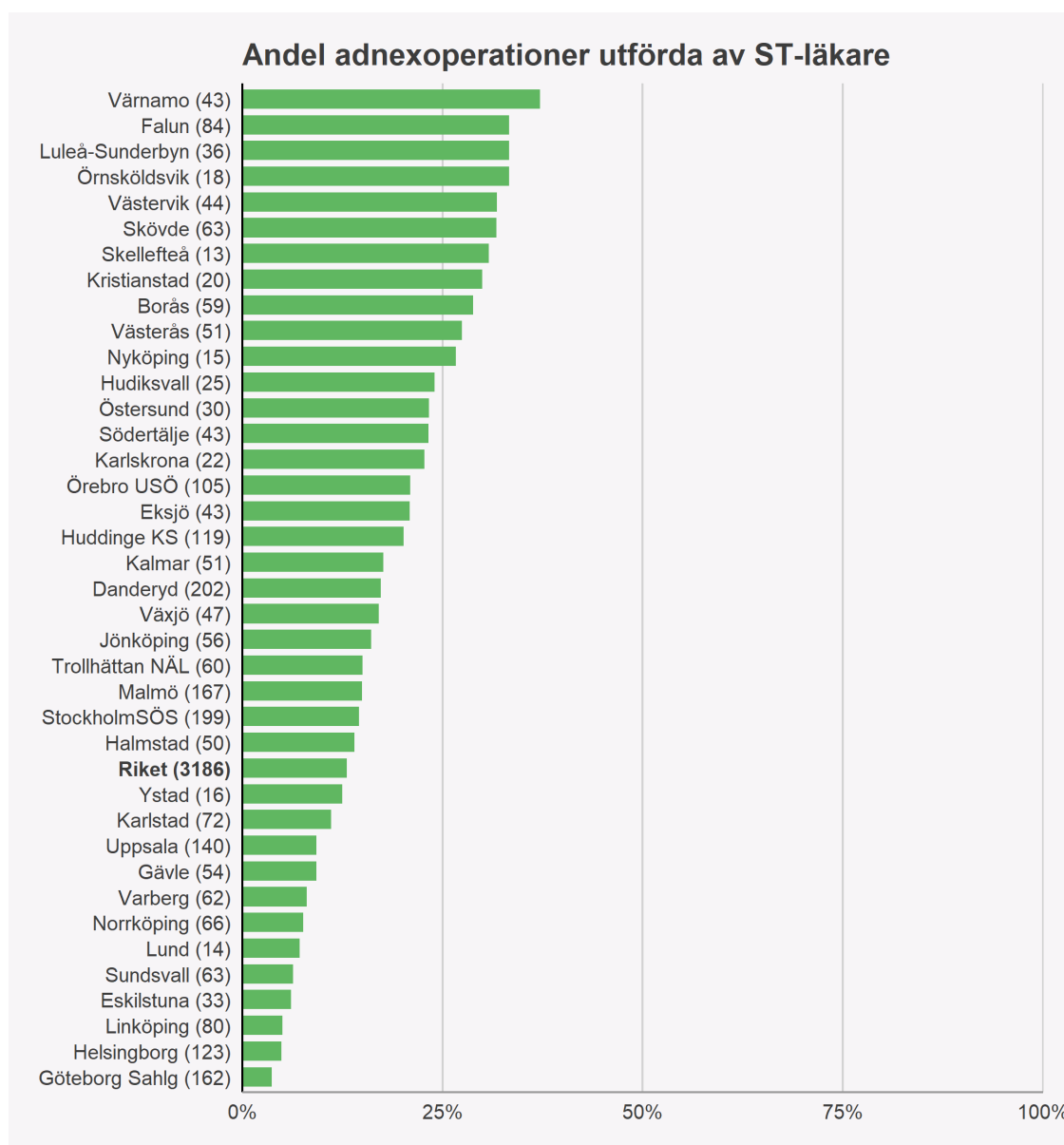


Figur 14. Patientrapporterad frånvaro av oförväntade besvär/komplikationer efter operationen. Målnivå 85%.

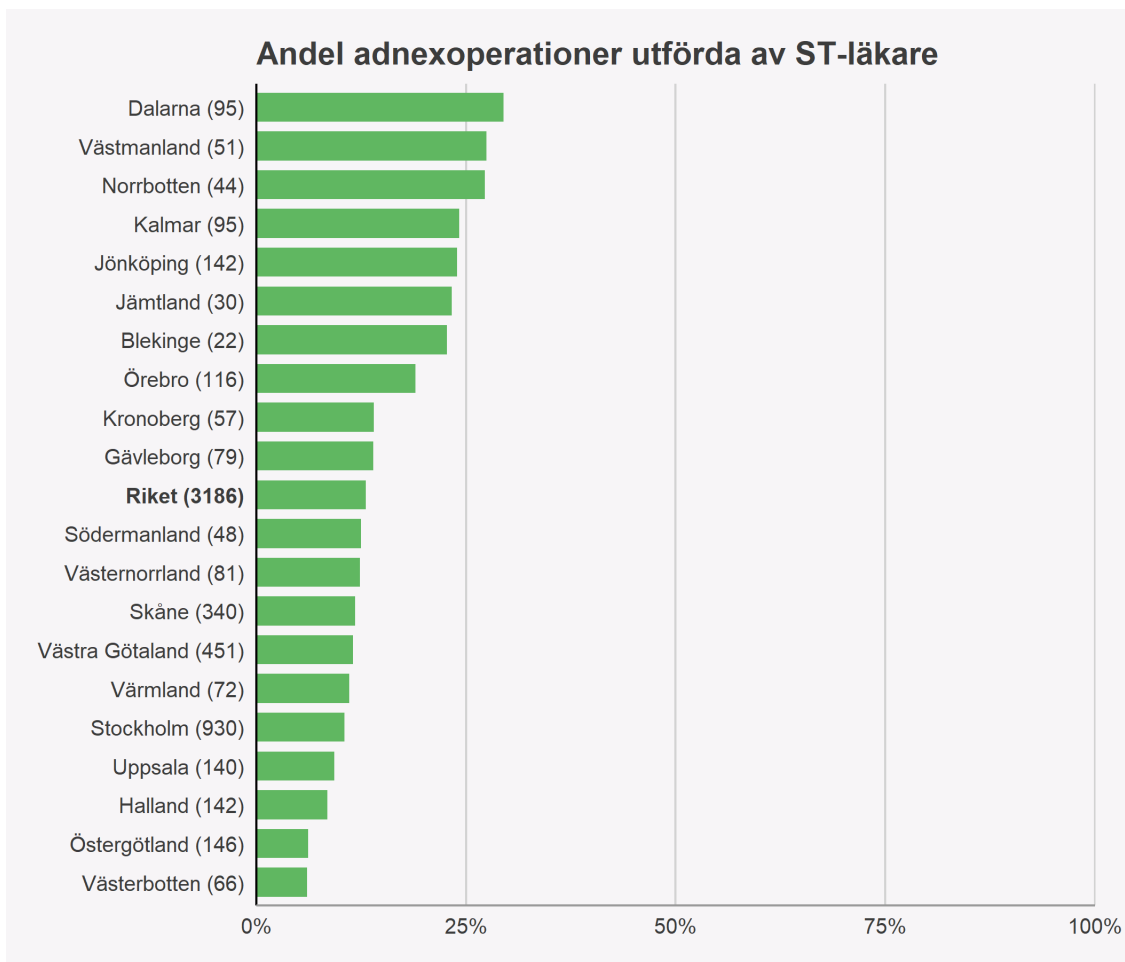
Andel operationer utförda av ST-läkare

Sedan januari 2022 har en ny, obligatorisk variabel införts i GynOp. Där markeras om ST-läkare deltagit vid operationen i fråga (besvaras Nej, Ja, som huvudoperatör, Ja, som assistent). Syftet är att bättre kunna följa de olikheter som kan finnas över landet i vilken utsträckning ST-läkare bereds möjlighet att delta vid operation. Skärsåddas de krav som finns för att bli specialist så handlar det i stort sett om att kunna utföra enklare adnexkirurgi självständigt (salpingektomi), men även under handledning utfört laparoskopisk cystenukleation. För övriga delregister så ska ST-läkaren ha utfört abdominell hysterektomi och prolapsplastik under handledning. För år 2021 så rapporterar vi den gamla variabeln som var icke obligatorisk. I september gjordes en förändring av den variabeln som innebär att vi i nedanstående figur bara presenterar data fram till och med september. Från och med år 2022 kommer vi alltså få mycket mer tillförlitliga data till priset av en obligatorisk variabel till.

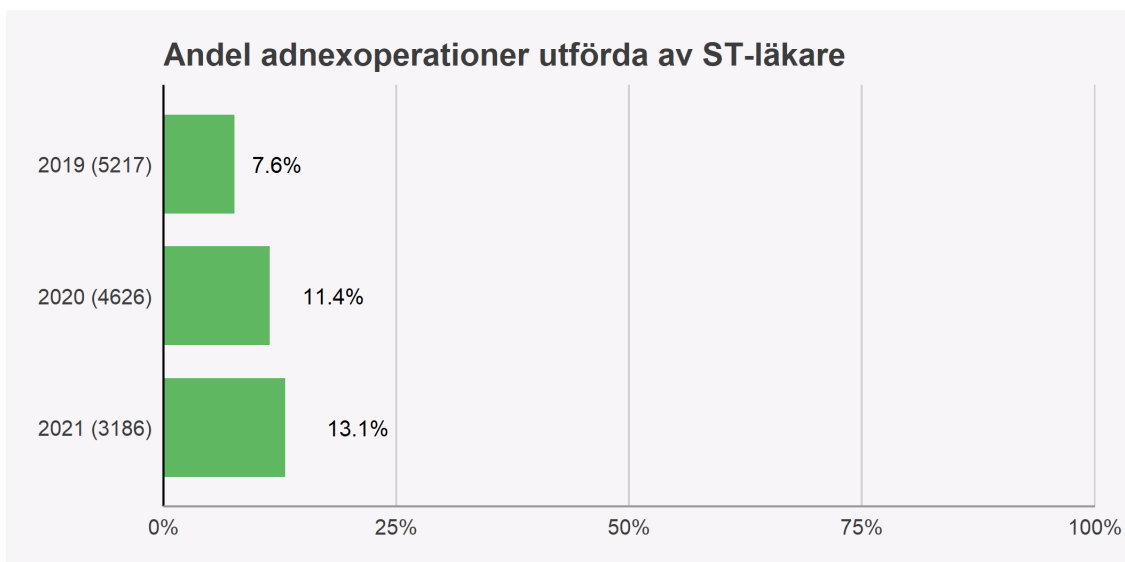
I figur 17 visas hur andelen operationer utförda av ST-läkare förändrats över tid. Vi vet inte om ökningen beror på att en större andel utförts av ST-läkare eller om ifyllnaden av den icke obligatoriska variabeln blivit bättre.



Figur 15. Andel adnexoperationer utförda av ST-läkare på kliniknivå.



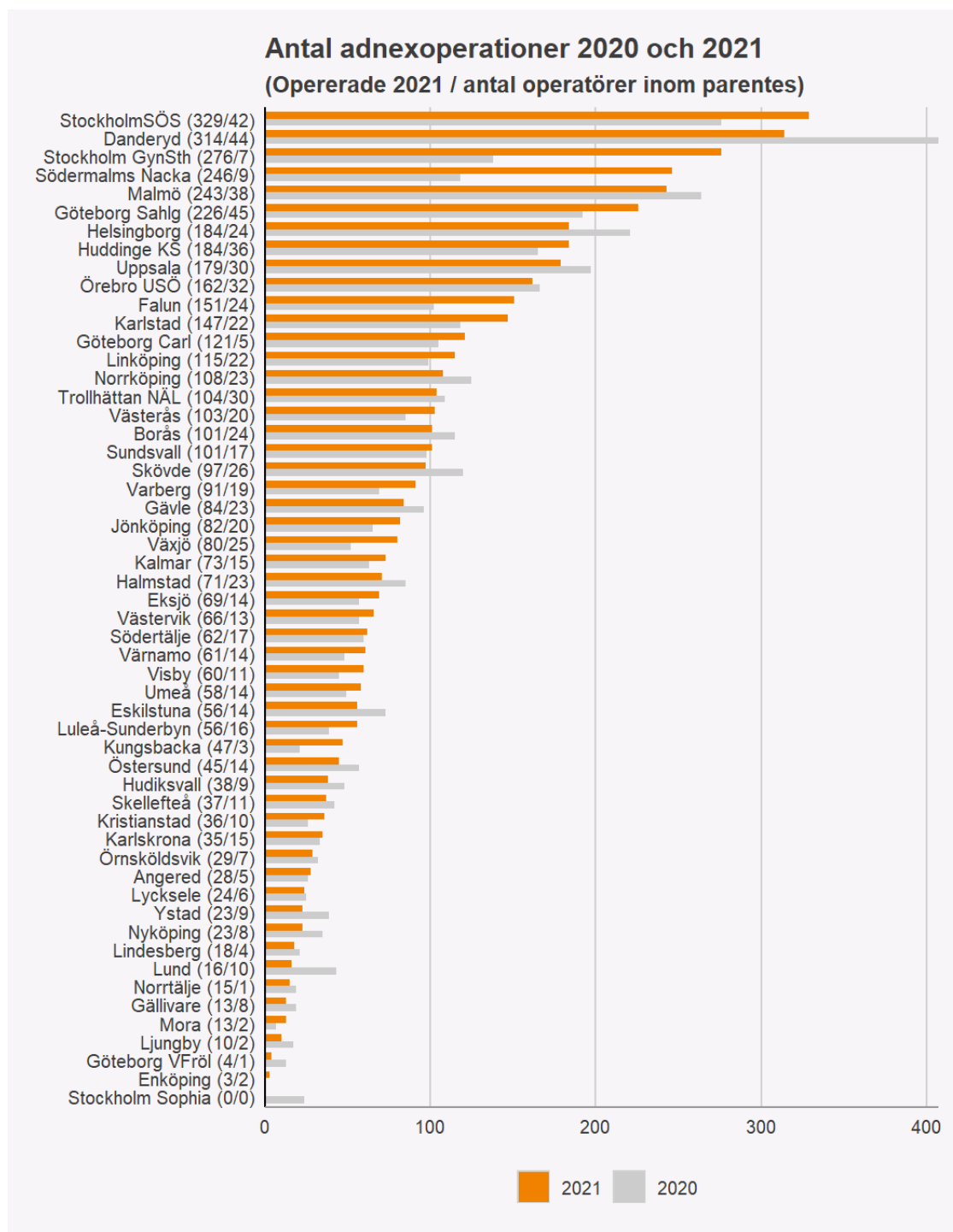
Figur 16. Andel adnexoperationer utförda av ST-läkare på regionnivå.



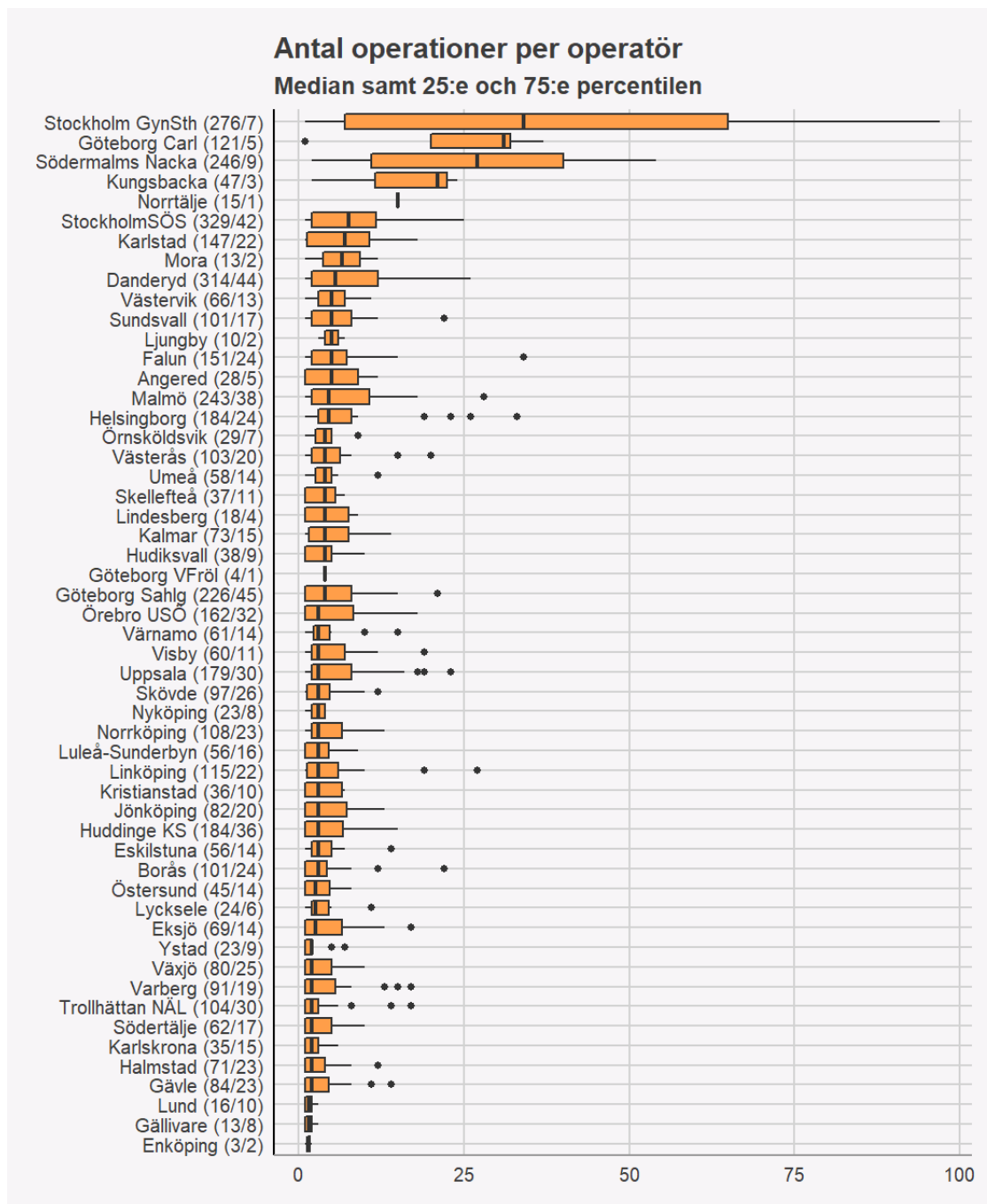
Figur 17. Andel adnexoperationer utförda av ST-läkare över tid.

Antal utförda adnexoperationer

Under år 2021 finns 4917 registrerade adnexoperationer, det är en ökning jämfört med 2020, men färre än "rekordåret" 2019 då över 5000 operationer registrerades. Eftersom antalet akuta operationer ökat jämfört med år 2019 så är det troligt att vi ser en Covid-effekt på antalet registrerade operationer. Precis som förra året kommer det en separat rapport som belyser de effekter vi ser av pandemin. I figur 18 visas hur många ingrepp respektive klinik har gjort. Den andra siffran efter klinknamnet är antalet operatörer som bidragit till dessa operationer. I nästa figur (figur 19) blir det tydligare hur antalet ingrepp fördelar sig per operatör. Notabelt är att de kliniker som har överlägset flest ingrepp per operatör saknar utbildningsansvar och har heller inget akutvårdsuppdrag.

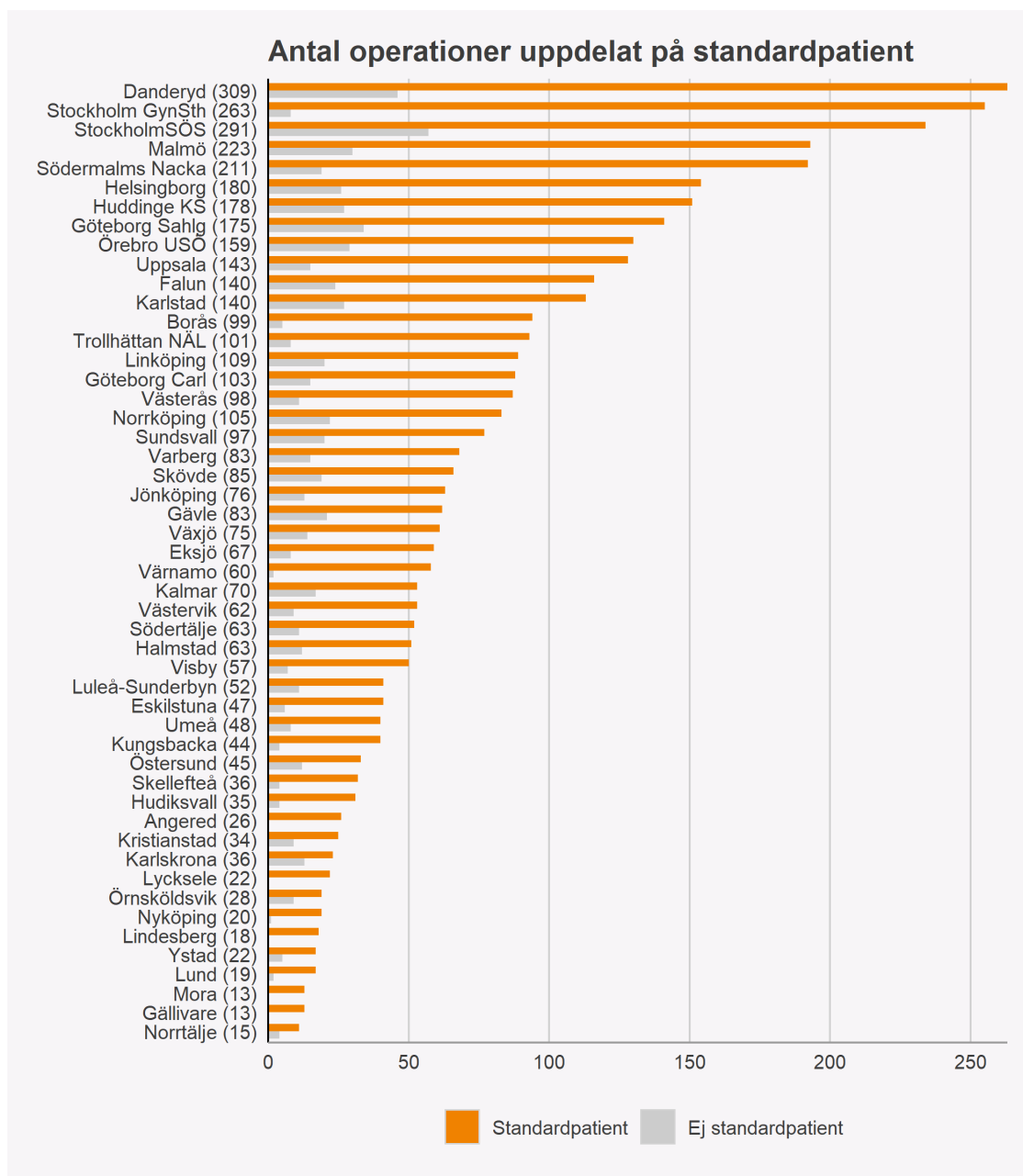


Figur 18. Antal adnexoperationer 2020 och 2021.

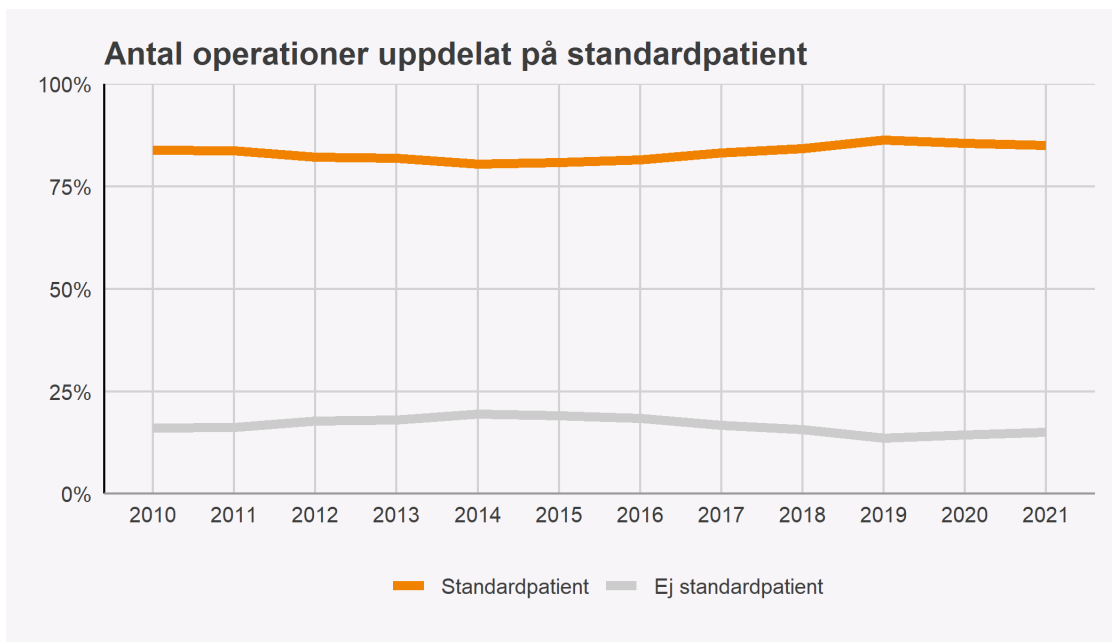


Figur 19. Antal operationer per operatör. Det svarta strecket i boxploten (i fyrkanten) visar medianantalet.

För att belysa eventuella skillnader i patientkaraktäristika så visas i figur 20 fördelningen mellan standardpatienter och icke-standardpatienter. Tidigare, som ett försök att komma ifrån diskussionen om att det inte är jämförbara patienter mellan olika kliniker, använde vi begreppet standardpatient. En standardpatient var en patient som skulle kunna opereras på vilken klinik som helst. Utmärkande för dem var till exempel ASA-klass 1 och 2, ålder under 70, BMI under 30. Om cystan som opererades var över 7 cm klassades patienten som icke-standard liksom om indikationen var endometrios. Allt detta för att öka jämförbarheten och resultaten visades uppdelat på standard/icke-standard. Sedan har det visat sig att det inte varit några betydande skillnader i utfallet mellan standard och icke-standard samt att fördelningen av dessa två kategorier har varit ungefär likvärdig på klinikerna. Därför har vi skrotat det hela men behåller en figur som visar respektive kliniks fördelning. På riksnivå har det heller inte varit några betydande skillnader i fördelningen över tid.



Figur 20. Fördelning av standard-/icke-standardpatienter på kliniknivå.



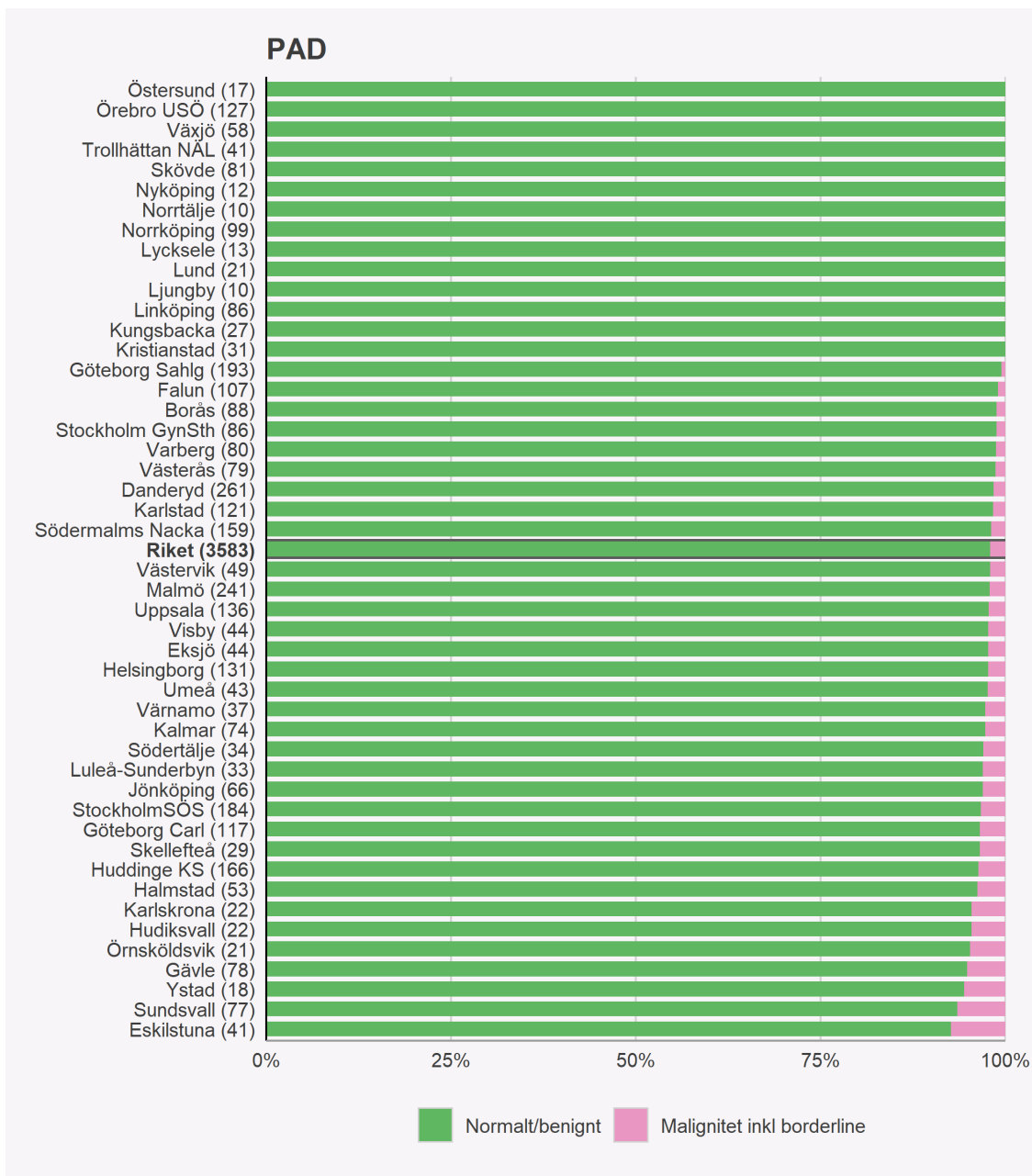
Figur 21. Fördelningen mellan standard/icke-standardpatient på riksnivå över tid.

PAD

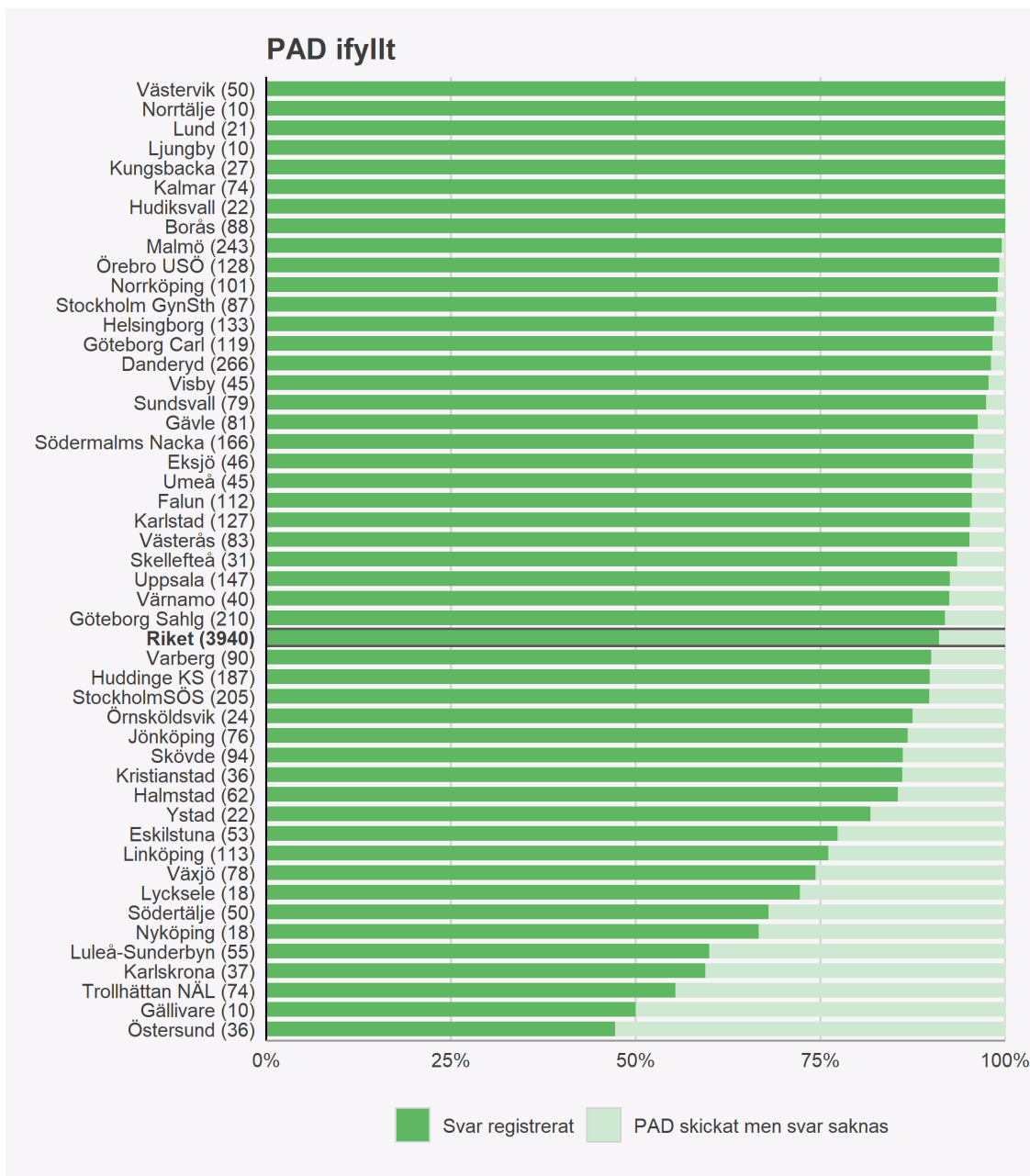
Endast 2% av alla adnexoperationer i Adnexregistret har malignt PAD (borderline eller malignitet). Det är på den nivån det brukar vara. Detta faktum brukar framhållas som att vi är bra på den preoperativa bedömningen och om vi förväntar oss att det är ett benignt tillstånd så är det också oftast det. Tyvärr är det dock en osäker siffra eftersom det saknas mycket PAD-bedömningar i GynOp. På riksnivå är det inte så påkigt med 91% registrerade PAD (även om det är klart sämre än år 2020 då det 95%), men för en del kliniker är det ett stort bortfall. Befinner sig kliniken under riksgenomsnittet är det lämpligt att ha en diskussion om hur den siffran ska förbättras.

För att vi ska kunna dra några slutsatser från resultaten vi får från GynOp så behöver data vara valida.

Validitet bygger vi på flera sätt. En grundsten är att vi har hög ifyllnadsgrad avseende enkäter och läkarformulär. Nästa steg är att veta att de data som finns överensstämmer med verkligheten. Det första steget är klinikernas ansvar. Inkludera patienterna som ska opereras, fyll i läkarformulären komplett. Det andra steget är registrets huvudansvar och vi har relativt nyligen påbörjat ett viktigt och intressant arbete att sammanställa hur GynOp är validerat men också initiera fortsatt valideringsarbete. För närvarande har vi startat upp ett pilotprojekt som om det faller väl ut kommer ge oss ingående kunskap om validiteten för enskilda variabler men också utgöra en mycket god möjlighet för ST-läkare runt om i landet att fixa ett riktigt bra kvalitetsarbete för sin specialistexamen. Håll utkik efter mer information framöver!



Figur 22. PAD-bedömning.



Figur 23. Andel PAD-svar registrerat i GynOp från operationer där PAD skickats.

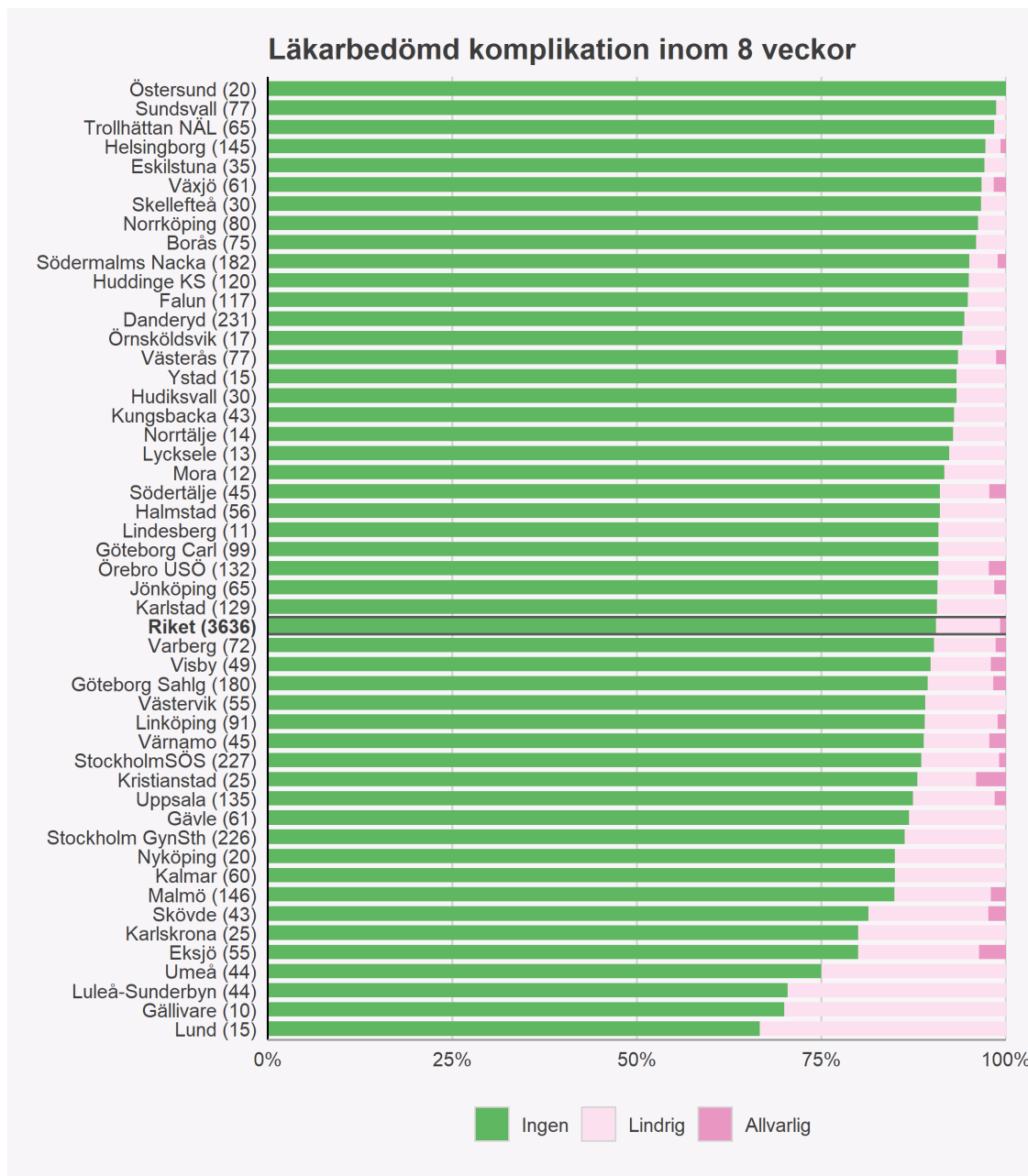
Komplikationer

Andelen allvarliga komplikationer är väldigt låg vid adnexkirurgi. Av läkarbedömda komplikationer fram till och med åttaveckorskensgången så är det bara 0,8% som bedömts som allvarliga. Den andelen har i stort sett varit oförändrad över åren. Andelen lindriga komplikationer tog ett skutt upp år 2017 när det gäller patientrapporterade oförväntade besvär efter operationen. Åtminstone en delförklaring till det är att några patientfrågor ändrades och till exempel trög mage/obstipation efter operation föll ut tydligare som en komplikation. Efter år 2017 har även lindriga komplikationer legat väsentligen oförändrat.

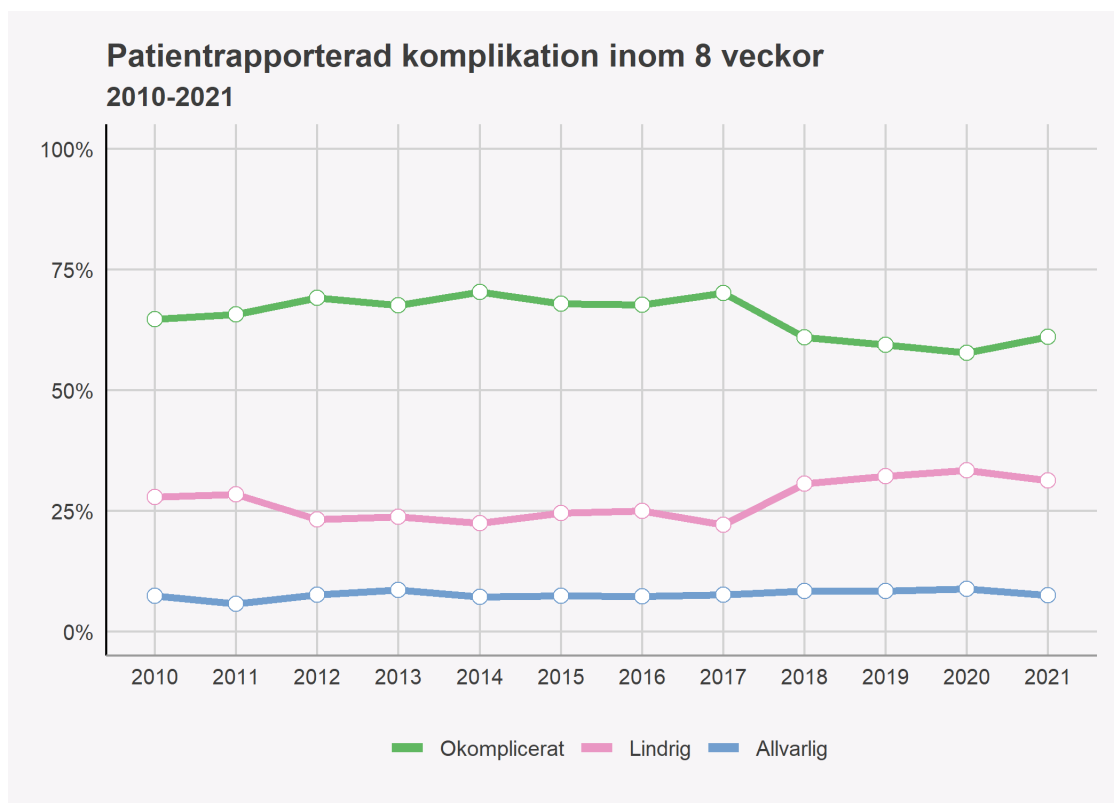
Det som faller ut som samband mellan den ökande andelen minimalinvasiv kirurgi och komplikationer är att andelen sårinfektioner minskat i takt med att minimalinvasiv kirurgi ökat. Andelen UVI är helt konstant. Infektion har förelegat i 7,2% efter alla operationer. Som infektion klassas alla läkarbedömda infektioner och i de fall patienten uppgivit att de haft en infektion och blivit ordinerade antibiotika efter operationen.

Förutom att bedöma på vanligt sätt om det varit någon komplikation så görs också en bedömning utifrån Clavien-Dindo. Där har registreringen blivit mycket bättre och det saknas nu bara 3,5% (där det finns läkarbedömning avseende komplikationer men saknas Clavien-Dindo) att jämföra med 24% som saknades år 2020.

Clavien-Dindo är ett komplikationsregistreringsverktyg som mer ser till vad en komplikation inneburit för patienten. Clavien-Dindo 3A och 3B innebär i princip att det gjorts en reoperation/annan mer invasiv åtgärd. Vid 3A har det utförts i lokalanestesi och 3B med generell anestesi. Det gäller sammanlagt 26 patienter vilket utgör 0,5% av alla som opererats.



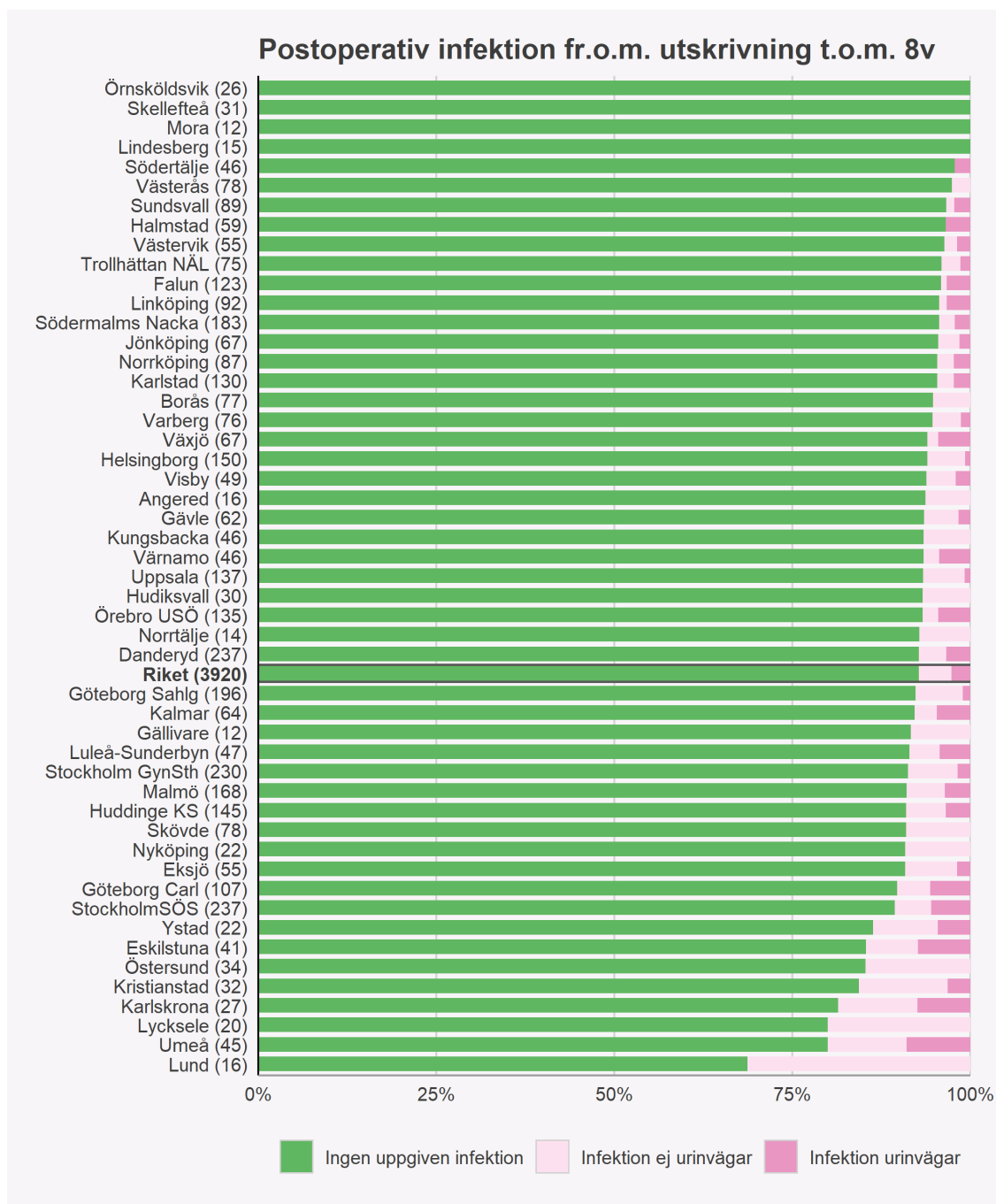
Figur 24. Läkarbedömda komplikationer fram till och med åttaveckorsbedömningen. Andelen allvarliga komplikationer är 0,8% och lindriga 8,7%.



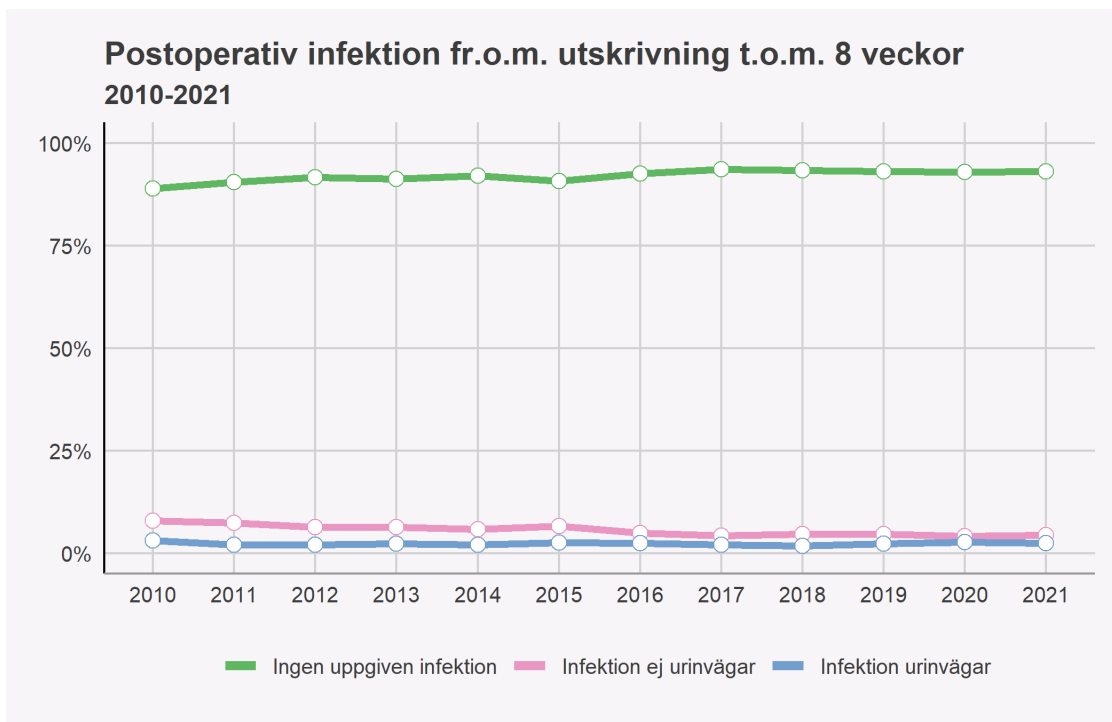
Figur 25. Patientrapporterade oförväntade händelser/komplikationer sett över tid.

Tabell 2. Komplikationsbedömning enligt Clavien-Dindo.

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel
Grad 1	189	343	55,1%
Grad 2	116	343	33,8%
Grad 3a	14	343	4,1%
Grad 3b	12	343	3,5%
Uppgift saknas	12	343	3,5%



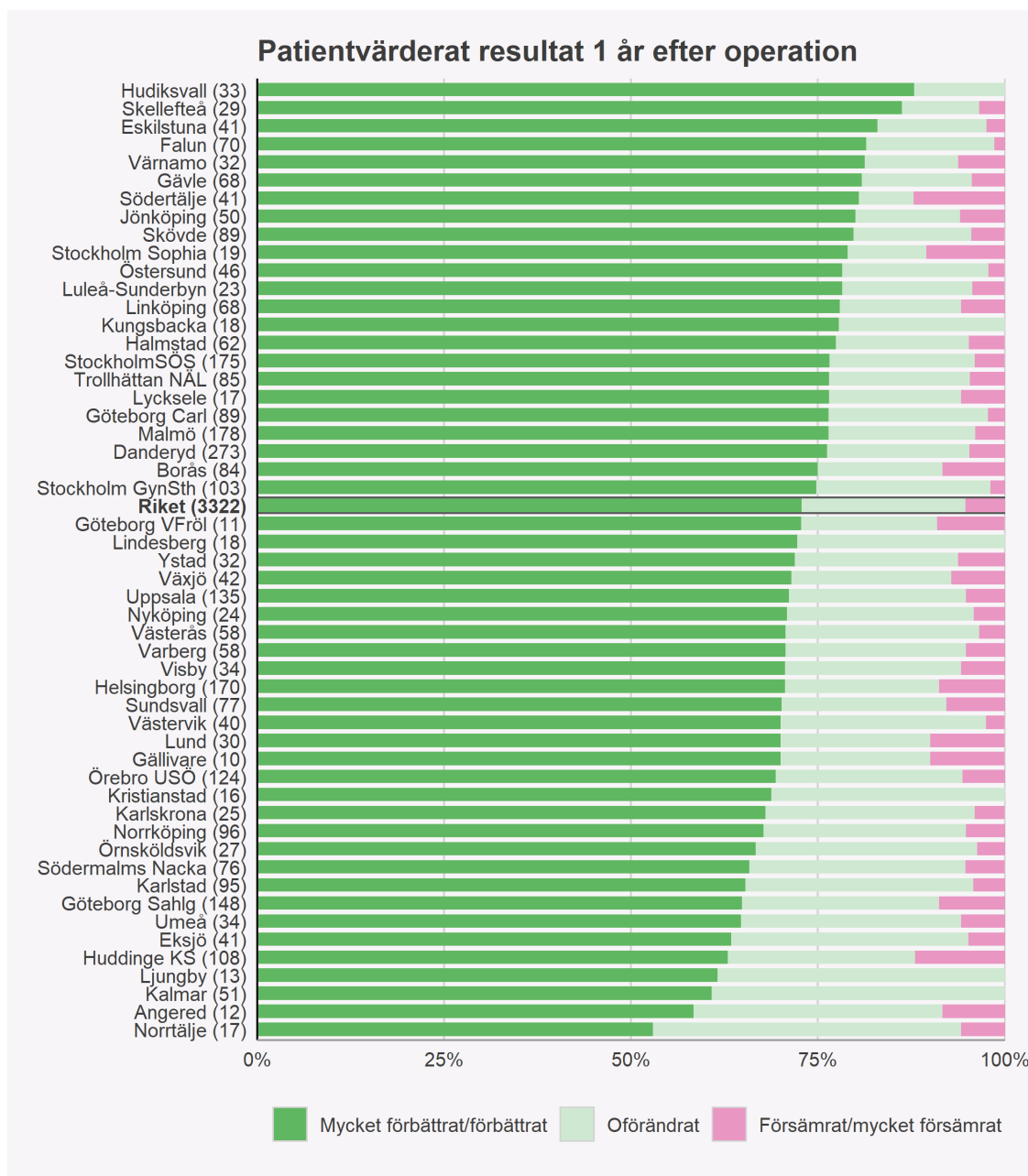
Figur 26. Postoperativ infektion fram till och med åttaveckorsenkäten.



Figur 27. Postoperativ infektion fram till och med åttaveckorsenkäten sett över tid.

Patientvärderat resultat efter ett år

Andelen patienter som upplever sig förbättrade efter sin operation är 73%. Det är likvärdigt med hur det brukar se ut. Notera att denna uppgift då kommer från patienter som gjorde sin operation under år 2020.



Figur 28. Patientvärderat resultat ett år efter operation.

Sammanfattning

Från och med januari i år så finns det en interaktiv statistiksida på GynOps hemsida. Där kan intresserade sjukvårdspersonal, patient eller allmänhet gå in och titta på en hel del variabler. Tanken är att detta ska byggas ut successivt med fler variabler att följa. Förhoppningen är att den ska upplevas lättanvänd och öka möjligheten för kliniker och andra att snabbt få fram relevant information.

<https://statistik.incanet.se/gynop/>

Rapportgeneratoren finns kvar och där finns utökade möjligheter att göra urval på patientkaraktäristika, ingrepp etcetera, men då krävs en inloggning. Notera att det där också bara går att jämföra sig själv eller sin klinik mot riksgenomsnittet.

Det är fortsatt viktigt att inkludera akuta patienter i registret. Det har med tiden blivit bättre men det finns mer att göra.

Hela 96% av all adnexkirurgi gjordes med laparoskopi under år 2021. Alla tiders allra bästa resultat! Har vi nått maximum eller kommer en ännu större andel av adnexpatienterna i framtiden opereras med minimalinvasiv teknik?

Bedömningen via komplikationsverktyget Clavien-Dindo har blivit väldigt mycket bättre jämfört med tidigare. Det är bra!

Som vanligt tar jag gärna emot frågor och synpunkter på den här rapporten men också om Adnexregistret i allmänhet. Är det något ni skulle vilja ha rapporterat om adnexpatienterna som nu saknar idag? Hör av er!

Tack till kansliet för all hjälp med färdigställandet av rapporten och stort tack till alla er som rapporterar in data. Ni är väldigt bra på det, men det finns också förbättringspotential. Visst är det kul med möjligheter?

För Adnexregistret,

Mathias Pålsson
<mathias@carlakliniken.se>

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större snitt i buken
Adherens	Sammanväxning.
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament.
ASA	ASA 1 - En för övrigt frisk patient ASA 2 - En patient med lindrig systemsjukdom, till exempel läkemedelsbehandlat högt blodtryck eller diabetes ASA 3 - En patient med allvarlig systemsjukdom ASA 4 - En patient med allvarlig och ständigt livshotande systemsjukdom ASA 5 - En svårt sjuk/skadad patient, som inte förväntas överleva utan operationen ASA 6 - En avliden patient där hjärnans funktioner totalt och oåterkalleligt fallit bort och som ska genomgå en donationsoperation.
Bilateral	Båda sidor (om pariga organ som till exempel njurar, tubor och äggstockar som det finns en vänster- och en högersidig av). När båda äggstockarna opereras bort har det gjorts en bilateral operation.
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 mitt emellan. Borderlinetumörer sprider sig oftast inte i kroppen men behandlingen är ungefär densamma som vid äggstockscancer.
Cystenukleation	Borttagande av cista.
Dagkirurgi	Patient som opererats går hem samma dag som operationen utförts.
Demografi	Demografi är vetenskapen om en populations sammansättning. Demografisk information är till exempel, ålder, längd, vikt och BMI.
Elektiv	Planerad (operation, motsatsen till akut kirurgi).
Endometrios	Endometrios innebär att livmoderslemhinna växer utanför livmodern. Ett vanligt symtom är att ha mycket ont i samband med mens. Kallas också chokladcysta.
Extrauterin graviditet	Graviditet som växer utanför livmodern
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Indikation	Orsak till operation.
Kolorektal kirurgi	Operation av tjocktarm.

Uppslagsord	Förklaring
Laparoskopi	Operation i buken via titthål
Malign	Elakartad (cancer)
Median	Om vi sorterar alla våra värden för en viss variabel i storleksordning och väljer ut det värde som ligger exakt i mitten efter att värdena sorterats, då är detta mittersta värde vad vi kallar medianen. För datamängder med ett jämnt antal tal är medianen medelvärdet av de två mittersta talen.
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, till exempel via titthålsoperation, eller vaginalt.
Multidisciplinär	Tvärvetenskaplig, samarbete mellan företrädare för olika kunskapsområden.
Obstipation	Förstoppning.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Peritoneum	Bukhinna. Innanför bukhinnan finns flera av de inre organen: magsäck, tarmar, lever, gallblåsa och bukspottkörtel.
Postoperativ	Efter operationen.
Preoperativt	Före operationen.
Prolaps	Framfall av livmodern.
Salpingektomi	Borttagande av äggledare.
Septum rektovaginale	Skiljevägg mellan vagina och ändtarmen.
SFOG	Specialistföreningen inom obstetrik och gynekologi.
SOE	Salpingo-ooforektomi – borttagande av äggledare och äggstock vid samma operationstillfälle.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till specialist inom ett specifikt område, till exempel obstetrik och gynekologi.
UVI	Urinvägsinfektion.
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.