

Adnexkirurgi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2022

Författare:

Mathias Pålsson

Registeransvarig för delregistret för adnexkirurgi
överläkare, Carlakliniken, Göteborg

Figurer och dataanalys:

Clara Nygren, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2023-05-12



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Introduktion	2
Tidsperiod	3
Utförda operationer.....	3
Akuta operationer.....	3
Hur mycket opererar ST-läkare?	8
Målvärden	13
Antal utförda adnexoperationer.....	16
Antal operationer per operatör	22
PAD.....	24
Komplikationer.....	28
Patientvärderat resultat	34
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv.....	35
Vetenskap	38
Sammanfattning	39
Ordlista.....	40

Introduktion

År 2022 har passerat. Vi har lagt erfarenheten av att gå igenom en pandemi till våra andra och det blir tid över(?) att blicka framåt. Framtiden tillhör inte medelålders överläkare utan nyrekryterade ST-läkare. Förhoppningsvis är det de som möjligen får tillfälle att göra fler pandemierfarenheter. ST-utbildningen har haft flera skepnader. Från "gråblockande" harvande för att få ihop den tid som krävdes för att kunna ansöka om att bli specialist. Då var specifika ST-tjänster rara ärtor. Dagens väldigt uppstyrda verksamhet där det finns måldokument i detalj att bocka av, nationellt samordnade ST-kurser som helst ska genomföras i ordning och ultraljudsböcker som fylls med bilder måste för äldre generationer obstetiker och gynekologer te sig närmast osannolikt bra. Obstetrik och gynekologi är bland annat en kirurgisk specialitet och därmed finns också kirurgiska mål att nå. Förmodligen har underläkare tyckt att de fått för få möjligheter att förkovra sig i den praktiska kirurgin lika länge som man kallat någon läkare. (Hur grundutbildningens historia sett ut hänvisas intresserade till följande artikel från Sjukhusläkaren: <https://www.sjukhuslakaren.se/svensk-grundutbildning-for-lakare-en-kort-historik-infor-nya-reformen/>)

Hur tillgodoses en bra och likvärdig utbildning oavsett var man har sin tjänst i Sverige?

Nationella styrdokument är ett sätt men sedan är det upp till enskilda kliniker att lyckas få till det. Årets rapport kommer för första gången kunna visa mer säkra jämförande siffror på hur mycket ST-läkare kommer till vid operationsbordet. I början av januari infördes en ny, obligatorisk variabel där användaren måste ta ställning till om ST-läkare deltagit eller inte, och om ST-läkaren deltagit som huvudoperatör eller som assistent.

Fortsatt kommer de akuta patienterna få utrymme i rapporten av den enkla anledningen att för få akuta operationer rapporteras. Detta måste ändras.

Fina kartor i fyrfärg bjuds för att visualisera eventuella skillnader i hur mycket det opereras i olika regioner.

Det blir också en viss fördjupning kring komplikationer.

Den interaktiva statistiksidan utökas ständigt med fler variabler och uppdateras nu varje månad så att operatörer och kliniker enkelt kan följa kvalitetsdata (<https://statistik.incanet.se/gynop/>). Har ni ännu inte besökt den så ta chansen nu!

Synpunkter på innehållet i rapporten och förslag på fördjupning i kommande rapporter tas emot med glädje.

För Adnexregistret, Mathias Pålsson

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2022. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2021 använts.

Till Adnexregistret hör förväntat benigna adnexoperationer utan samtidig hysterektomi.

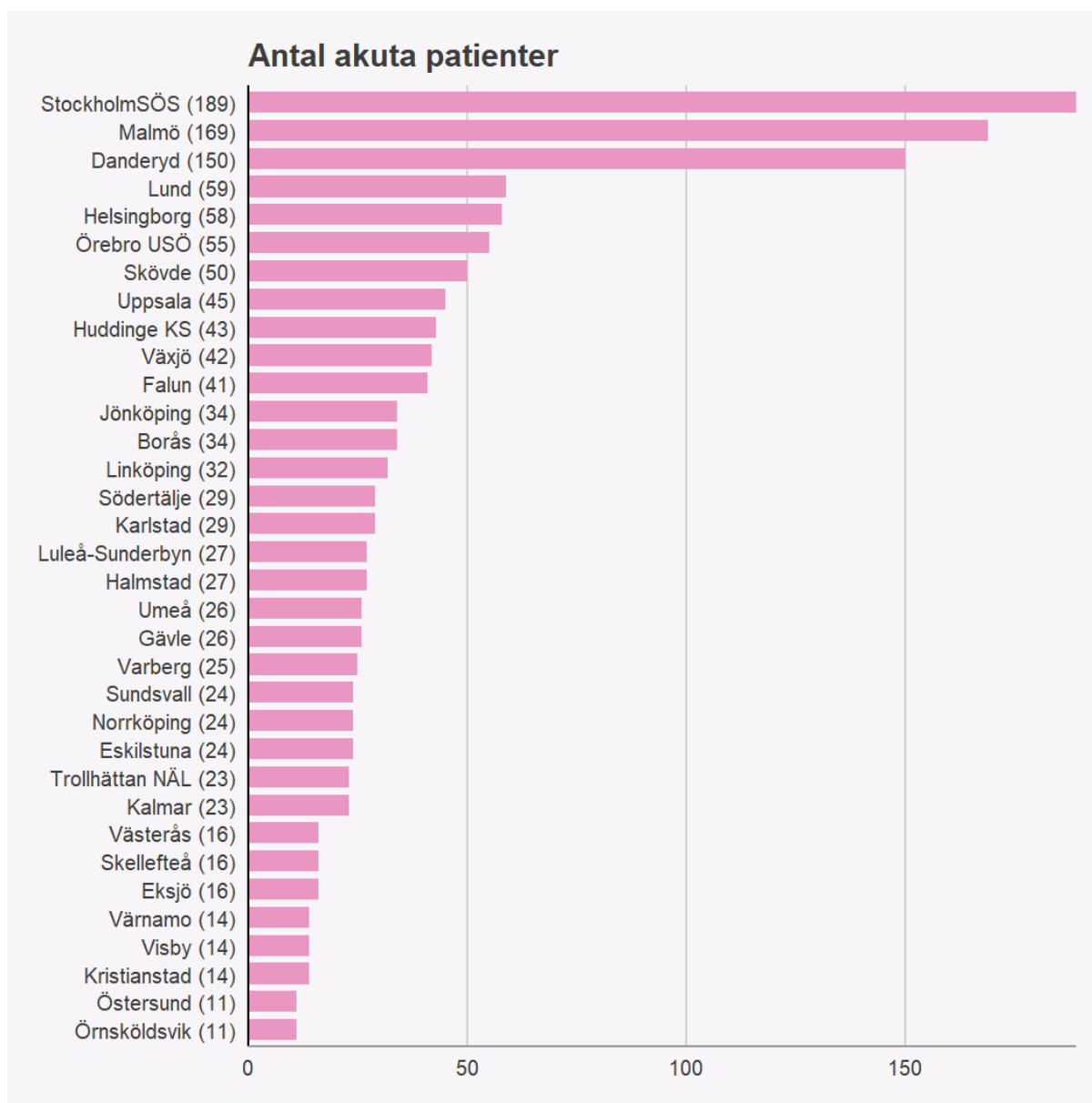
Utförda operationer

Akuta operationer

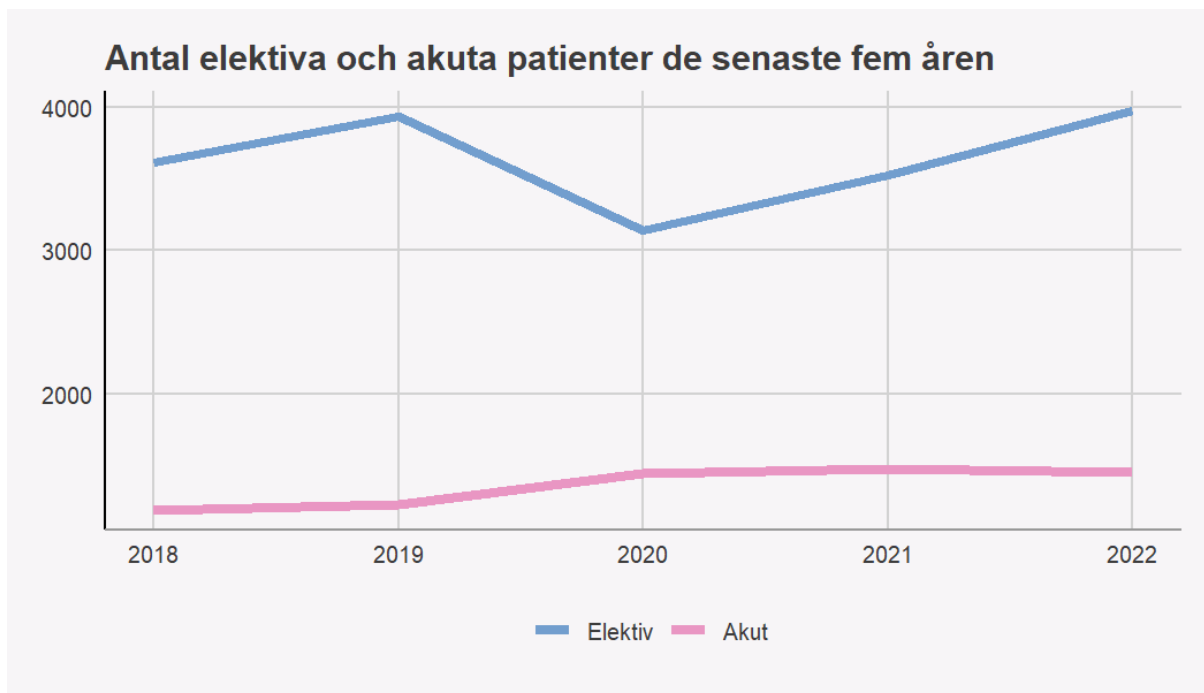
Totala antalet akuta patienter är 1455. Det är på samma nivå som föregående år. Det fanns ett hopp om att den återkommande exponeringen i årsrapporten under de senaste åren skulle öka intresset för att tillse att en större andel av de akuta operationerna inkluderas i registret. Det har ännu inte lyckats. Det finns flera skäl till att det är viktigt. För täckningsgraden för Adnexregistret är det absolut nödvändigt att få med en större andel av de akuta operationer för att uppnå en täckningsgrad på 85% eller bättre, vilket är väsentligt för att kvalificera sig till certifieringsgrad 1. En annan aspekt är att om bortfallet är för stort blir inte analyserna tillförlitliga avseende utfallet för de akuta patienterna. Så återigen uppmanas de kliniker som vet med sig att de inte inkluderar de akuta patienterna på ett systematiskt vis hitta former för det. Trendkurvan över de senaste 5 åren visar tydligt att antalet elektiva operationer nu är på samma nivå som före covid 19-pandemin medan antalet akuta patienter är oförändrat (figur 2).

I utfall är det små skillnader mellan elektiva och akuta patienter. Det görs minimalinvasiv kirurgi i 97% vid akuta operationer jämfört med 96% vid elektiva. En något högre andel patienter uppger oförväntade besvär som föranlett kontakt med sjukvården bland de akuta jämfört med elektivt opererade (19% vs 14%). Det mönstret går också igen i de läkarbedömda komplikationerna men med en mycket diskret skillnad (akuta totalt med komplikation 9,3% mot 8,2% för elektiva). En tydligt större andel av de akuta patienterna uppger ett år efter operationerna att de är förbättrade (83% vs 68% av de elektiva). Det är ingen egentlig skillnad i andelen som upplever sig försämrade utan det är så att en relativt stor andel av de elektivt opererade anger att deras tillstånd är oförändrat (28% hos elektiva och 12% hos de akuta).

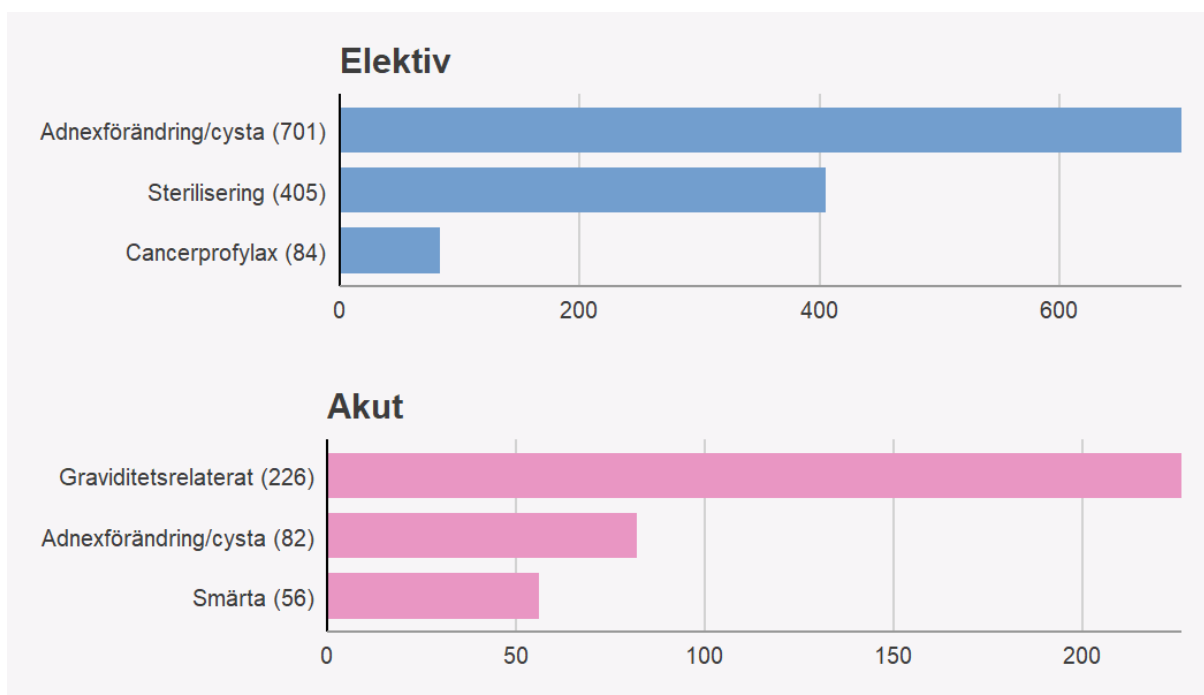
Kan en delförklaring till en högre andel akut opererade som kontaktar vården bero på att den postoperativa informationen inte är standardiserad på samma sätt som för elektiva? Eller är det bara ett utslag för att de akuta har sämre utgångsläge med till exempel lägre blodvärden (extrauterin graviditet är den dominerande indikationen för akut opererade patienter)?



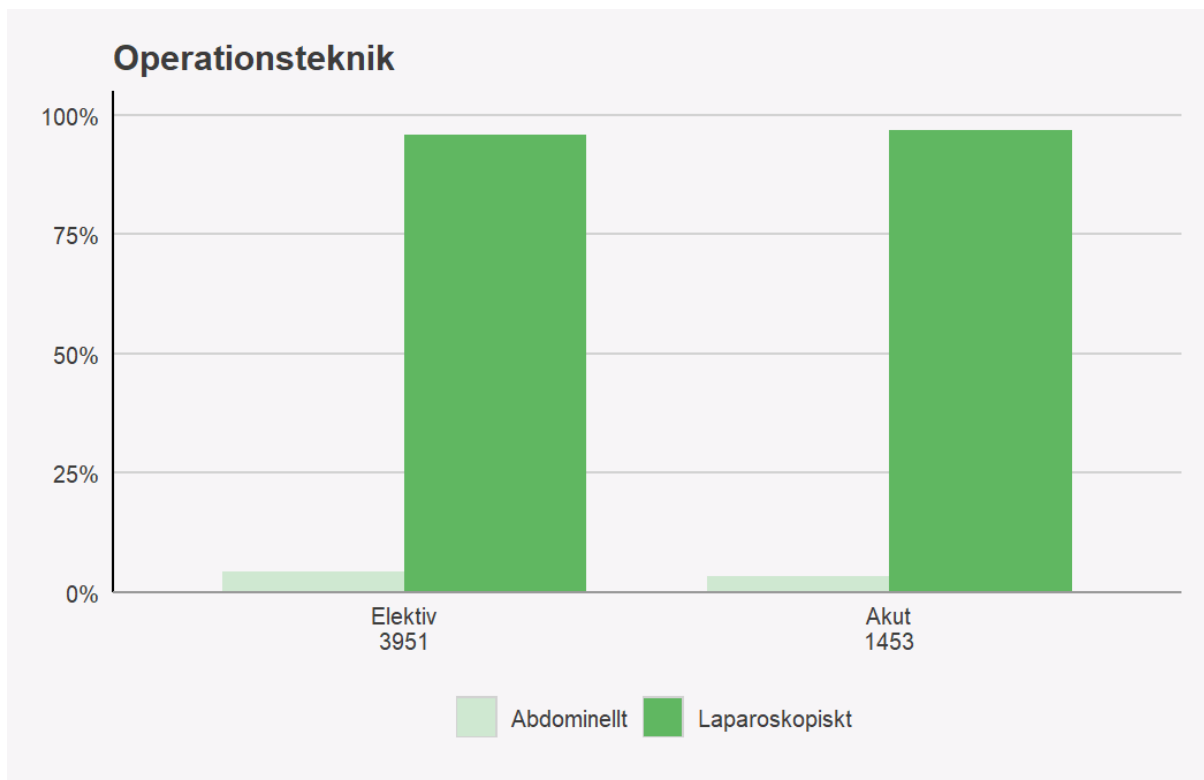
Figur 1. Antal registrerade akuta patienter under år 2022.



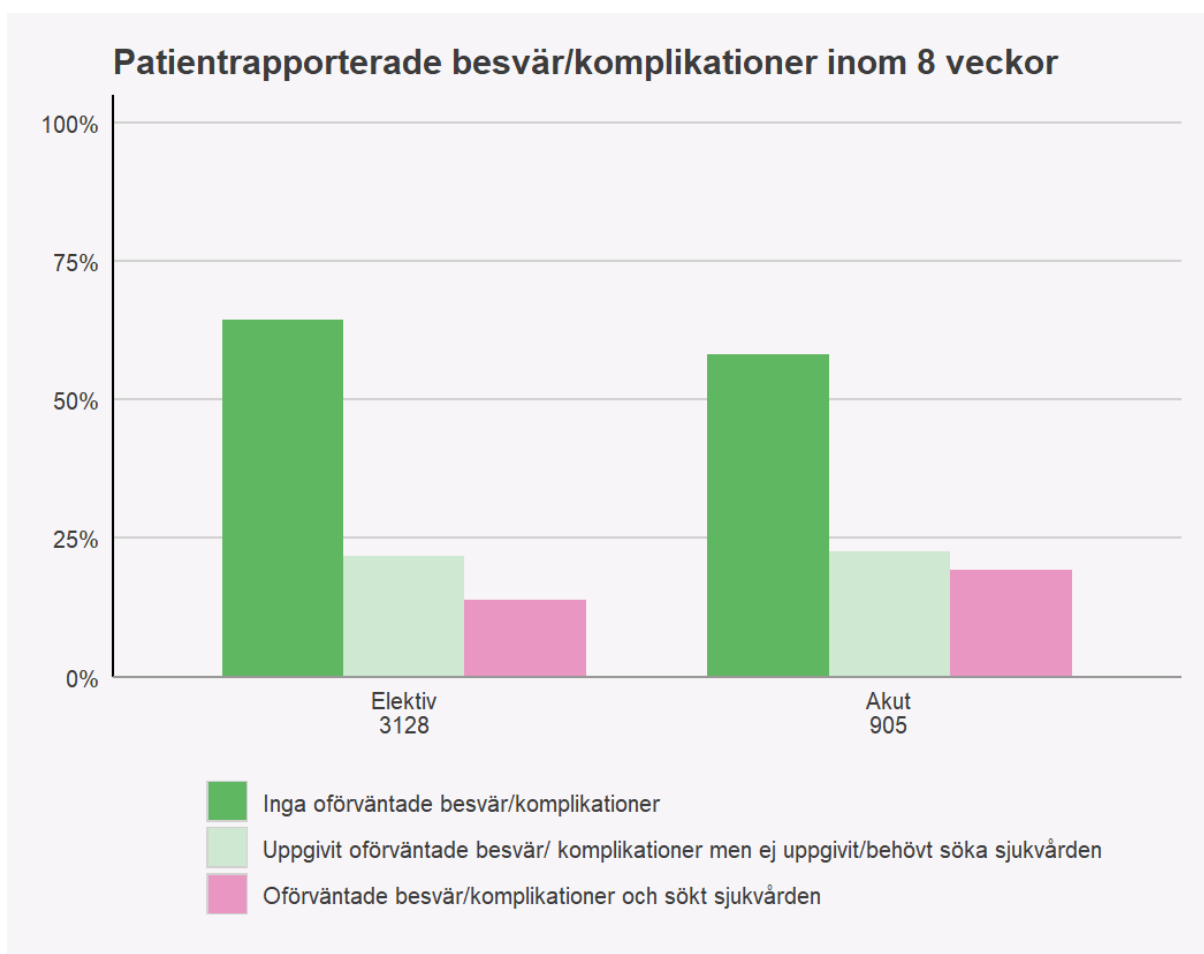
Figur 2. *Antal registrerade elektiva och akuta adnexpatienter de senaste fem åren.*



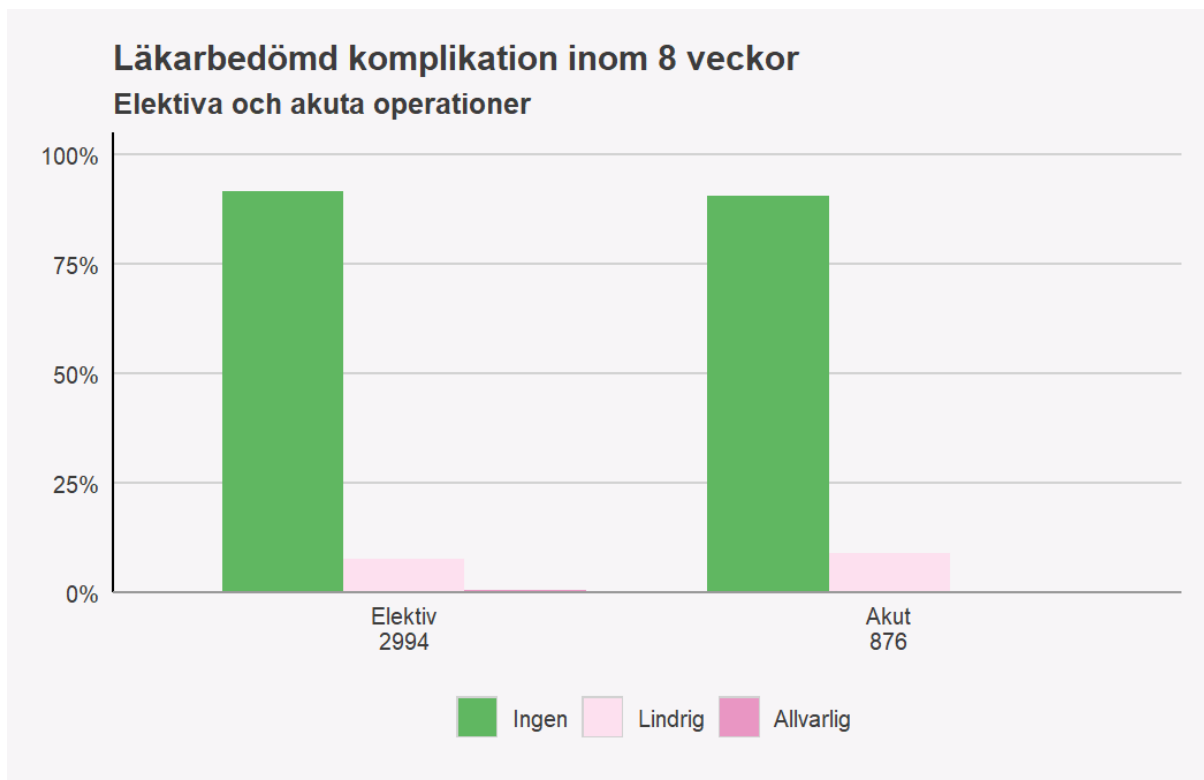
Figur 3. *De tre vanligast förekommande indikationerna för adnexoperationer uppdelat på elektiva och akuta operationer.*



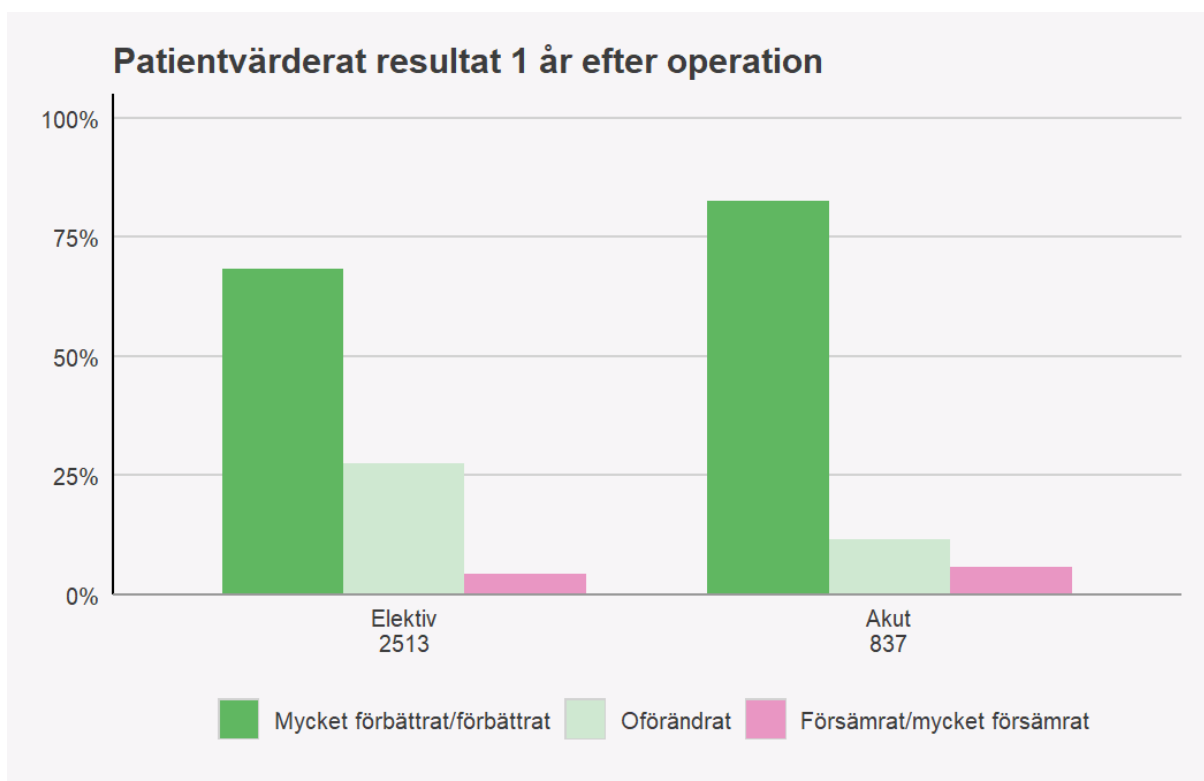
Figur 4. Operationsteknik uppdelat på elektiva och akuta patienter.



Figur 5. Patientrapporterade besvär/komplikationer inom 8 veckor uppdelat på elektiva och akuta operationer.



Figur 6. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor uppdelat på elektiva och akuta operationer.



Figur 7. Patientvärderat resultat 1 år efter operation uppdelat på elektiva och akuta operationer.

Hur mycket opererar ST-läkare?

Det är första gången som vi har tillförlitliga siffror över hur stor andel ST-läkare är operatörer vid adnexkirurgi. I början av 2022 infördes en ny, obligatorisk variabel där det anges om ST-läkare var med vid operationen och om de varit det så väljer man ST-läkare som huvudoperatör eller som assistent. Vid fyra kliniker har faktiskt över 50% av alla adnexoperationer utförts av ST-läkare som huvudoperatör. Riksgenomsnittet ligger på strax över 20%. Det går alltså att konstatera påtagliga skillnader mellan klinikerna, se figur 8.

Blir skillnaderna mellan klinikerna mindre påtagliga om vi tittar på i hur stor utsträckning ST-läkare överhuvudtaget är med på operationerna, oavsett huvudoperatör eller assistent? Riksgenomsnittet fördubblas när även de operationer där ST-läkare varit med som assistent tas med, men det är fortfarande betydande skillnader mellan klinikerna som har utbildningsansvarig (figur 10).

Hur lyckas de mest framgångsrika klinikerna att få med sig ST-läkarna? Frågan har skickats till de kliniker som har en hög andel ST-läkare som huvudoperatör och några har svarat.

Eksjö:

"Vi är en liten klinik och måste ta vara på varje utbildningstillfälle som bjuds. Alltid en ST-läkare med vid operation. Vi har även hjälpt Linköping med att korta deras steriliseringskö. Det har varit perfekt för ST-läkarna, då vi även ingått i SALSTER-studien."

Falun:

"Vi har sen länge varje termin en "gyn-satsare", dvs en ST-läkare som får 4 intensiva månader med placering på dagkirurgen och C-op (när det inte är robotkirurgi planerad). Efter de första veckorna är meningen att det är den ST-läkare som ska vara huvudoperatör på förväntat icke-komplicerade ingrepp och ofta lyckas vi planera det så. Det här är numera väldigt djupt rotat hos klinikens läkare så även jourtid försöker vi se till att de underläkare som kommit en bit i sin utbildning får operera."

Vi har en ganska stabil läkarbemannning och de flesta av de nuvarande överläkarna har själva ingått som adepter i gynsatsningen, jag tror att den traditionen är en viktig aspekt, och likaså att det inte finns ett krav uppifrån att effektivisera ytterligare och välja bort långsammare operatörer."

Vi har en ST-läkare schemalagd på operation de flesta operationsdagar då vi utför adnexkirurgi."

- ST-läkaren påbörjar de flesta ingreppen och är därmed på plats för att om möjligt vara huvudoperatör, eller assistent, under resten av operationen – såvida det inte visar sig vara för avancerad kirurgi."

- ST-läkaren opererar nästan alltid tillsammans med en specialist och även i de fall där specialisten assisterar väldigt aktivt, eller tar över delar av operationen, så står nog ST-läkaren ändå ofta som huvudoperatör. Vem som står som huvudoperatör är inte alltid självklart – den som utfört större delen av ingreppet (ST-läkaren) eller den som gjort de svåraste momenten, handlett och tagit huvudansvaret (specialisten)?"

Det faktum att vi har ST-läkare med på många adnexingrepp höjer antagligen andelen akuta adnexoperationer som utförs av ST-läkare (till exempel salpingektomi vid X)."

Hudiksvall:

"Vi prioriterar att lägga adnexoperationer till ST om det är möjligt. Vi har också en (enkel) Simulator som ST måste öva på innan de får laparoskopera. Samt för statistik över deltagande där."

Alla steriliseringar görs av ST-läkare. SALSTER har då gett oss många salpingektomier för ST."

Men det viktigaste är ändå att vi alltid på operationsronden försöker att hitta operationer som lämpar sig för ST. Operationssalar planeras så att flera passande operationer samlas. Ofta fredag. Vid akut operation försöker vi att få med en ST om det går att ordna.

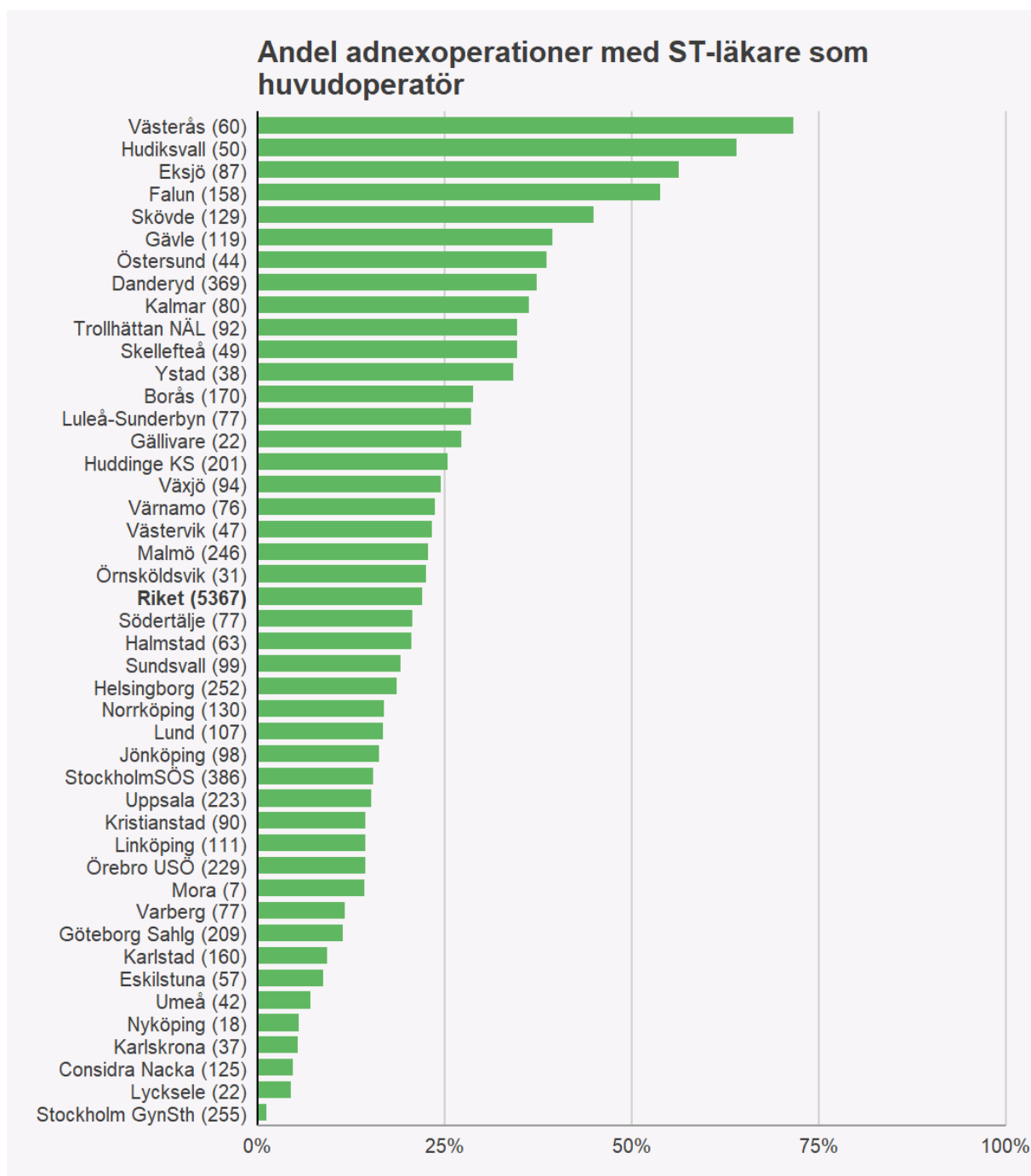
Så sammanfattningsvis en medveten satsning där läkarchef, studierektor och överläkare-operatörer i en sammansvetsad grupp jobbar mot samma mål.”

Gemensamt för Eksjö, Falun och Hudiksvall förefaller vara att det sker en aktiv prioritering för att få ST-läkare till operationsbordet.

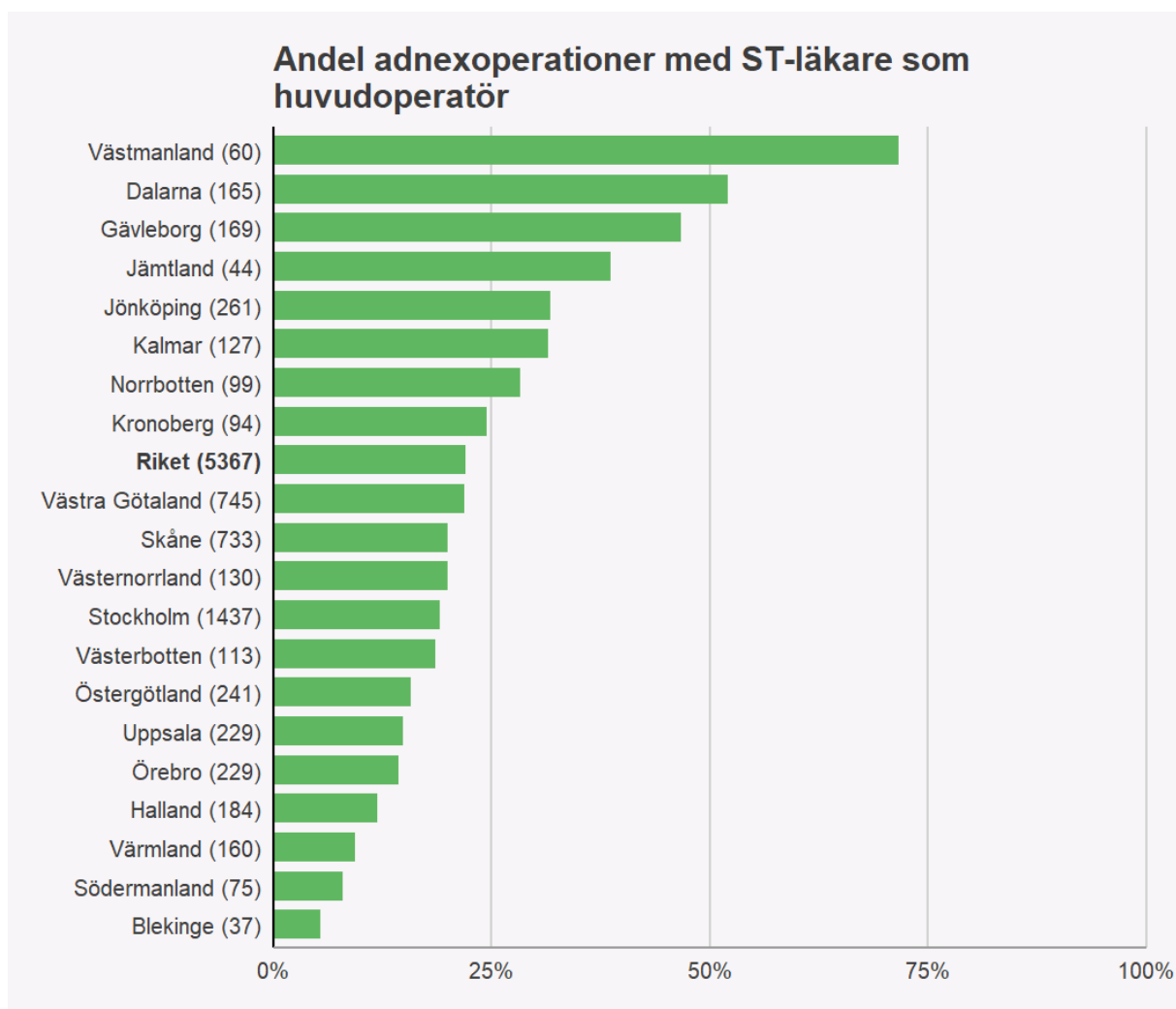
Hur vi definierar vem som är huvudoperatör är inte standardiserat på något sätt och det kan göras olika på olika kliniker. Därför är figuren som beskriver om ST-läkare deltagit (som huvudoperatör eller assistent) minst lika viktig vid jämförelse mellan kliniker.

Den övergripande frågan, nämligen om våra ST-läkare får tillräcklig träning för att uppnå de fastställda målen, kan inte GynOp svara på. Enkel adnexkirurgi (laparoskopisk diagnostik, sterilisering och salpingektomi) är stipulerat att en operatör ska kunna utföra självständigt för att godkännas som specialist. Övriga adnexoperationer ska kunna utföras med assistans, passiv eller aktiv (se länk: <https://www.sfog.se/media/337288/kirurgisk-checklista-2020.pdf>).

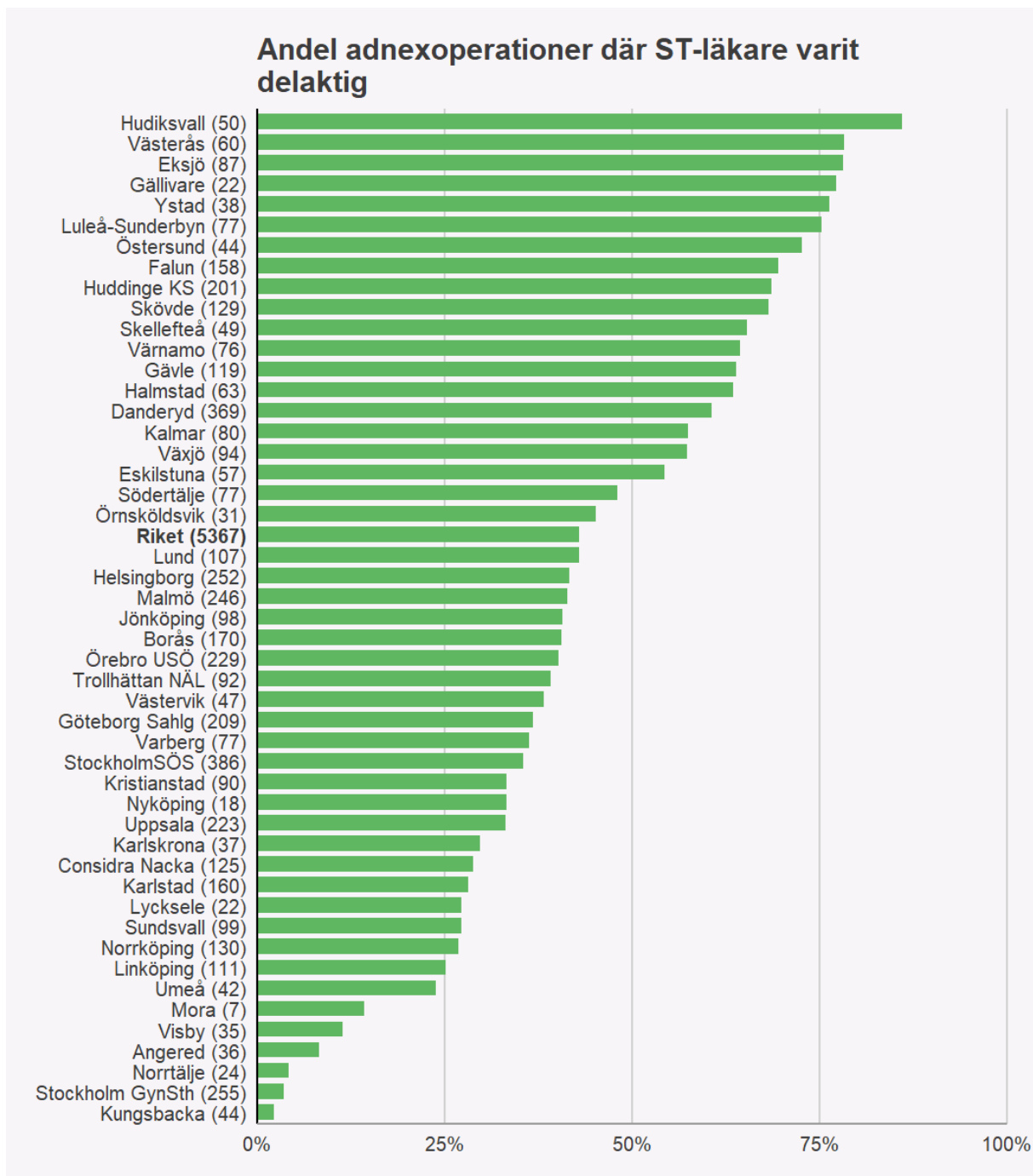
Det är ju inte särskilt högt ställda krav och det är naturligtvis mycket möjligt att uppnå målen även vid kliniker som har en låg andel ST-läkare med vid adnexoperationer. En hög kvalitet kan som bekant kompensera för låg kvantitet. Men större volymer (fler ingrepp) innebär inom kirurgin större erfarenhet, det är ett faktum. I de siffror GynOp presenterar vet vi inte hur fördelningen mellan individuella ST-läkare på respektive klinik ser ut. GynOp kan heller inte svara på om den höga andelen som ses hos vissa kliniker innebär att ST-läkarna där gör fler operationer än vid kliniker med lägre andel, eftersom vi inte vet hur många ST-läkare som finns vid respektive klinik. Att döma av svaren från klinikerna med högt deltagande så finns det ju uppenbara strategier för att tillgodose utbildningen på ett bra sätt vid dessa kliniker. Det har inte gått ut någon fråga till de kliniker som har en låg andel.



Figur 8. Andel adnexoperationer där ST-läkare varit huvudoperatör, uppdelat på kliniknivå. Antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet. Den nya variabeln, om ST-läkare varit huvudoperatör vid operation gäller fr.o.m. 2022-01-12. Svarsalternativen är "Nej", "Ja, som huvudoperatör", "Ja, som assistent" och "Uppgift saknas".



Figur 9. Andel adnexoperationer utförda av ST-läkare, uppdelat på regionnivå.



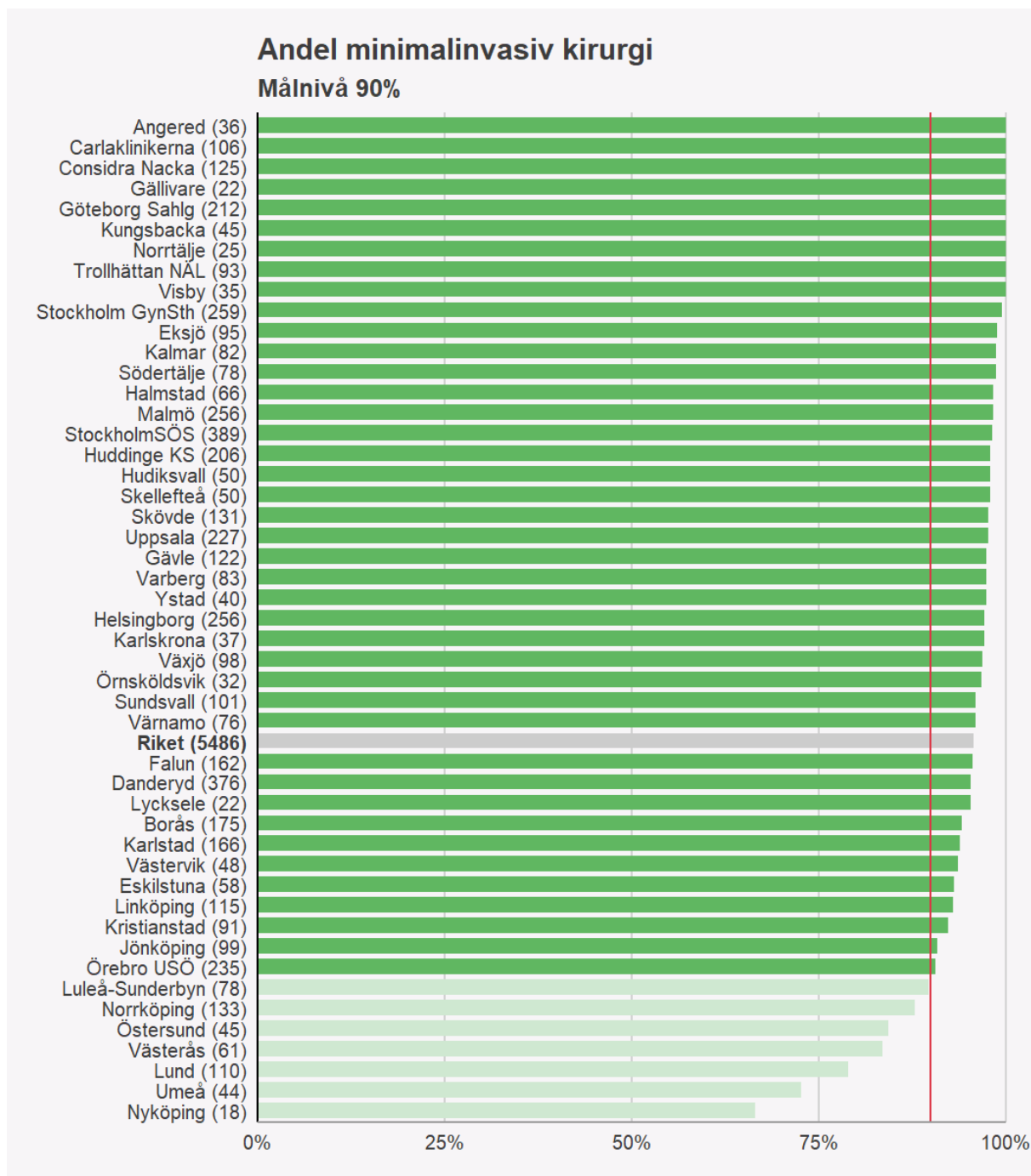
Figur 10. Andel adnexoperationer där ST-läkare varit delaktig, uppdelat på kliniknivå. Originalvariabel är omkodad så att Ja, som huvudoperatör och Ja, som assistent är Ja, delaktig. Antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet.

Målvärden

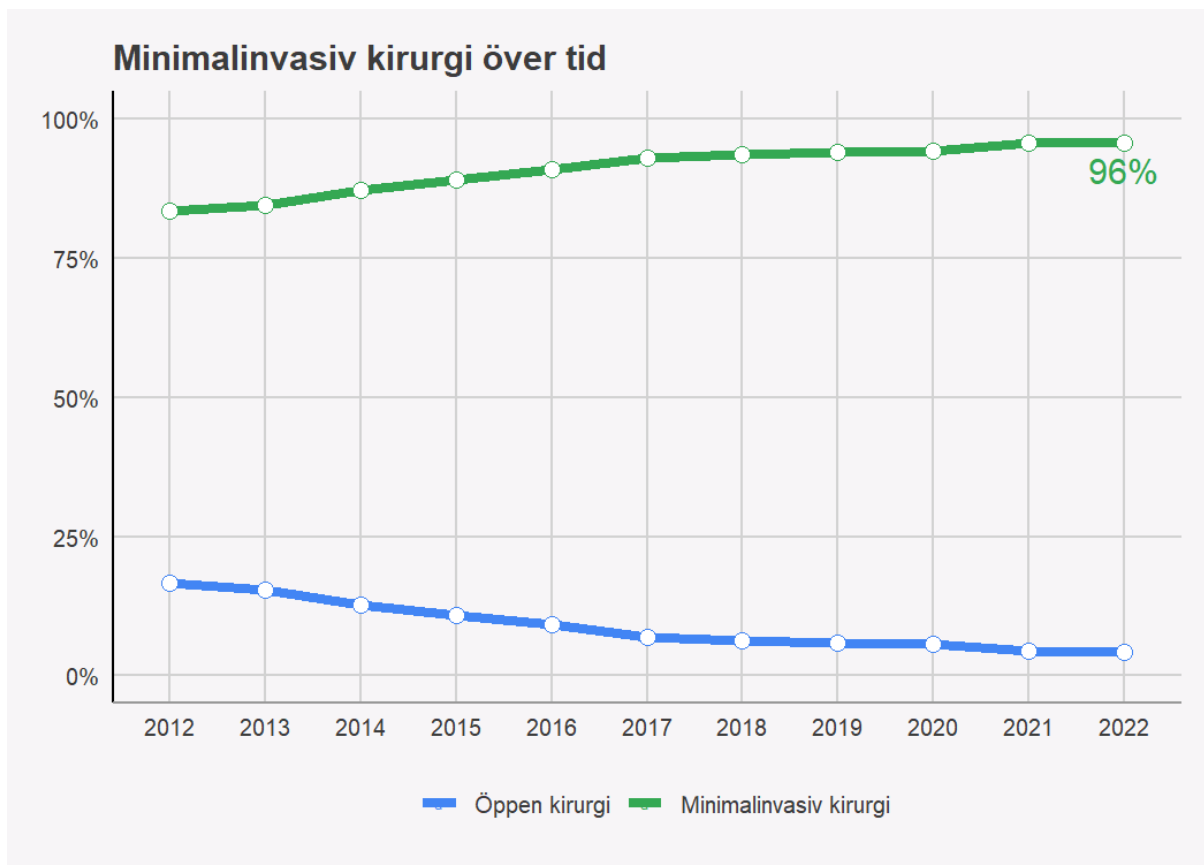
Andelen minimalinvasiv kirurgi är nu stabil på en riktigt bra nivå, 96%. Endast ett fåtal kliniker når inte upp till målnivån >90%.

Indikationerna för de abdominella operationerna domineras av adnexförändringar. Sedan förekommer endometrios som indikation men även ett antal (7 st) relaterade till graviditet (det vill säga extrauterin graviditet). Ungefär lika många är relaterat till infektion (tuboovarial abscess). När vi går igenom de abdominella operationerna så står det klart att en stor andel av dem är gjorda på grund av stora adnexförändringar (>10 cm). Påfallande ofta är patienterna också opererade med öppen bukoperation tidigare (kejsarsnitt, hysterektomier).

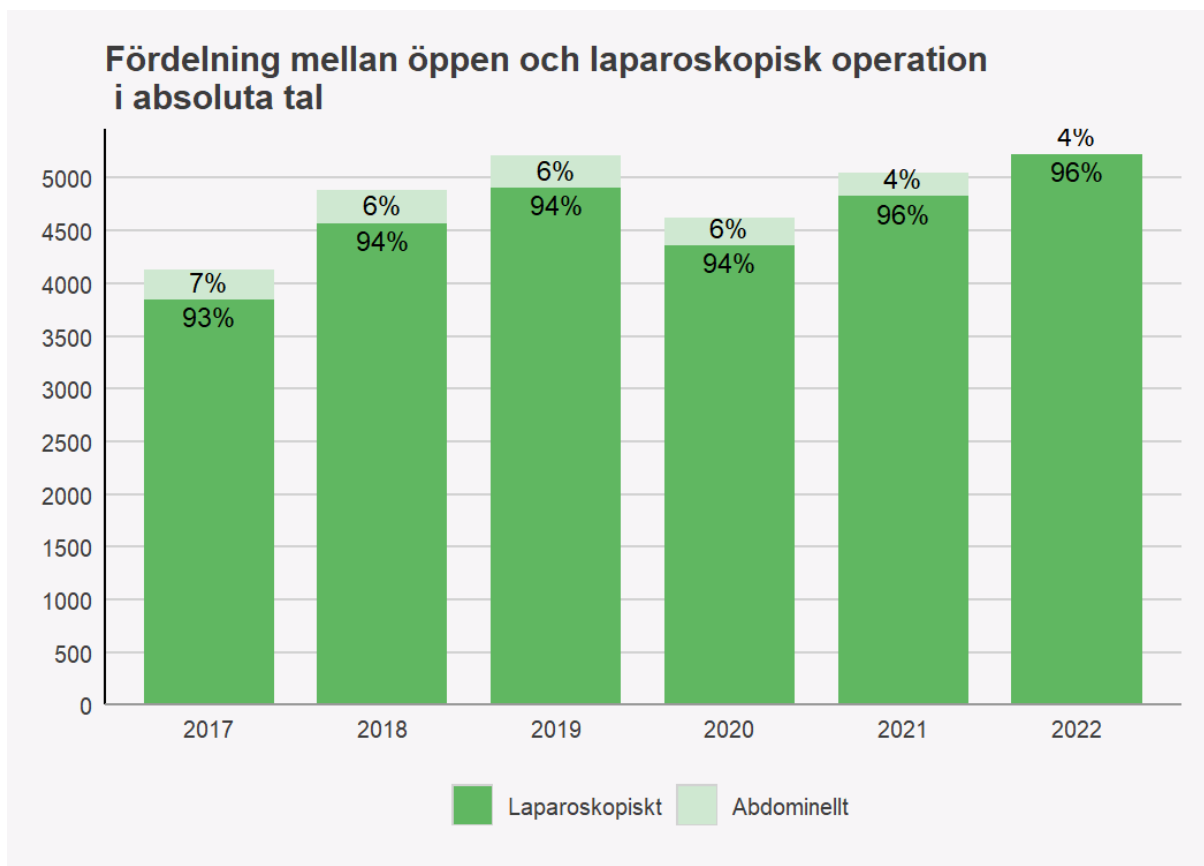
Sju laparotomier på grund av utomkvedshavandeskap är inte mycket. Tyvärr är registreringen av akuta patienter fortfarande alltför bristfällig för att bedöma om det är så få.



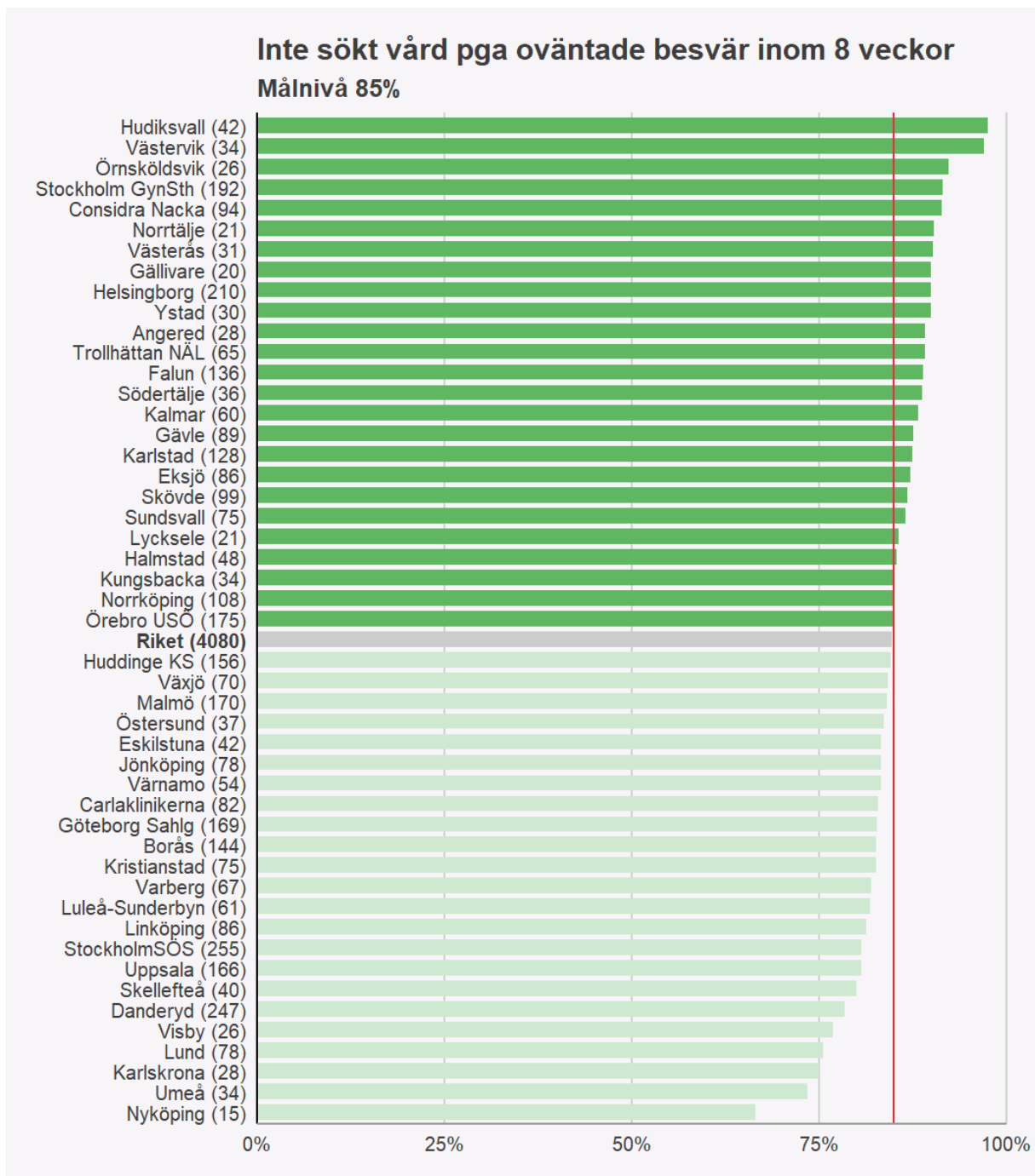
Figur 11. Andel minimalinvasiv kirurgi



Figur 12. Minimalinvasiv kirurgi över tid

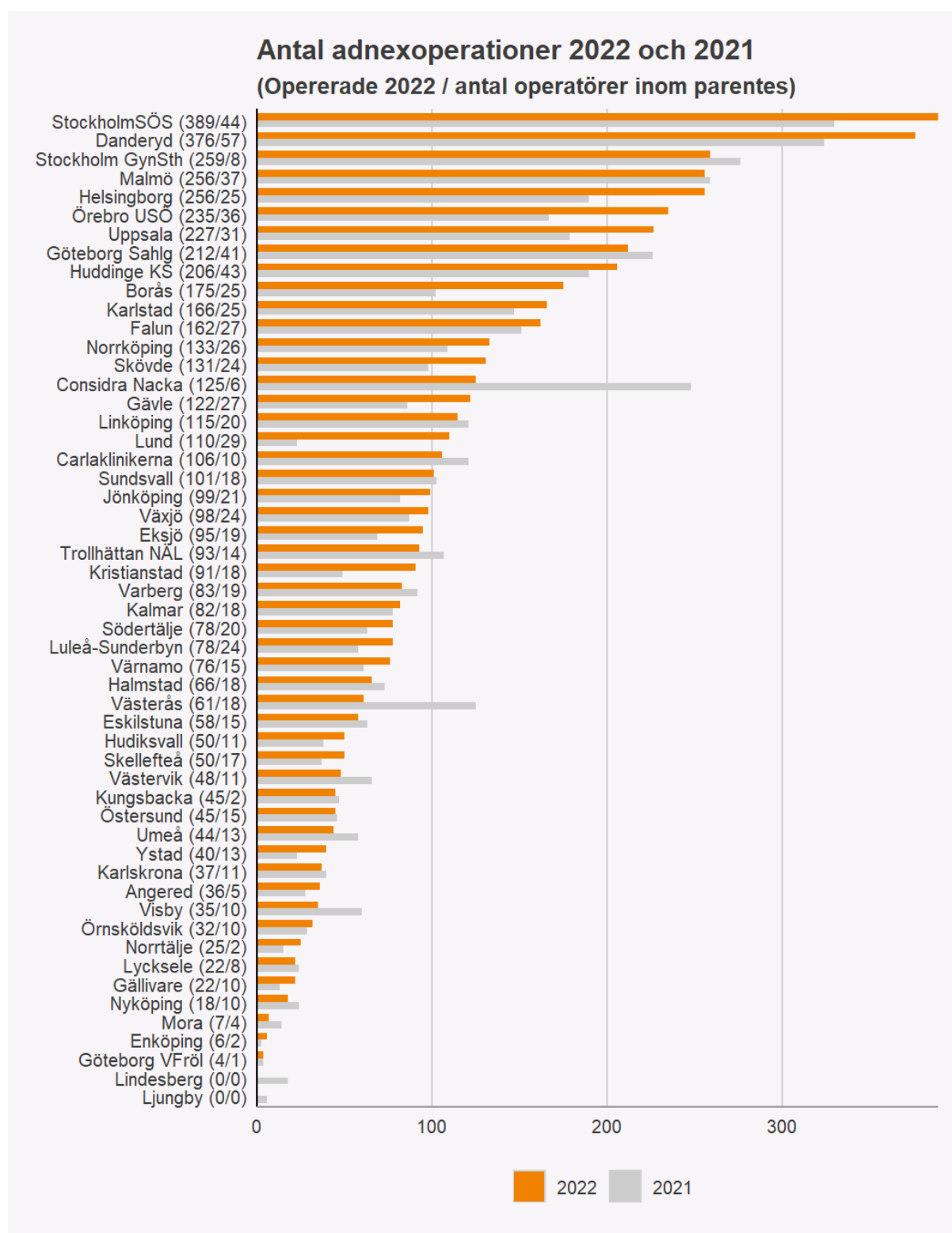


Figur 13. Fördelning mellan öppen och laparoskopisk operation i absoluta tal under de senaste sex åren



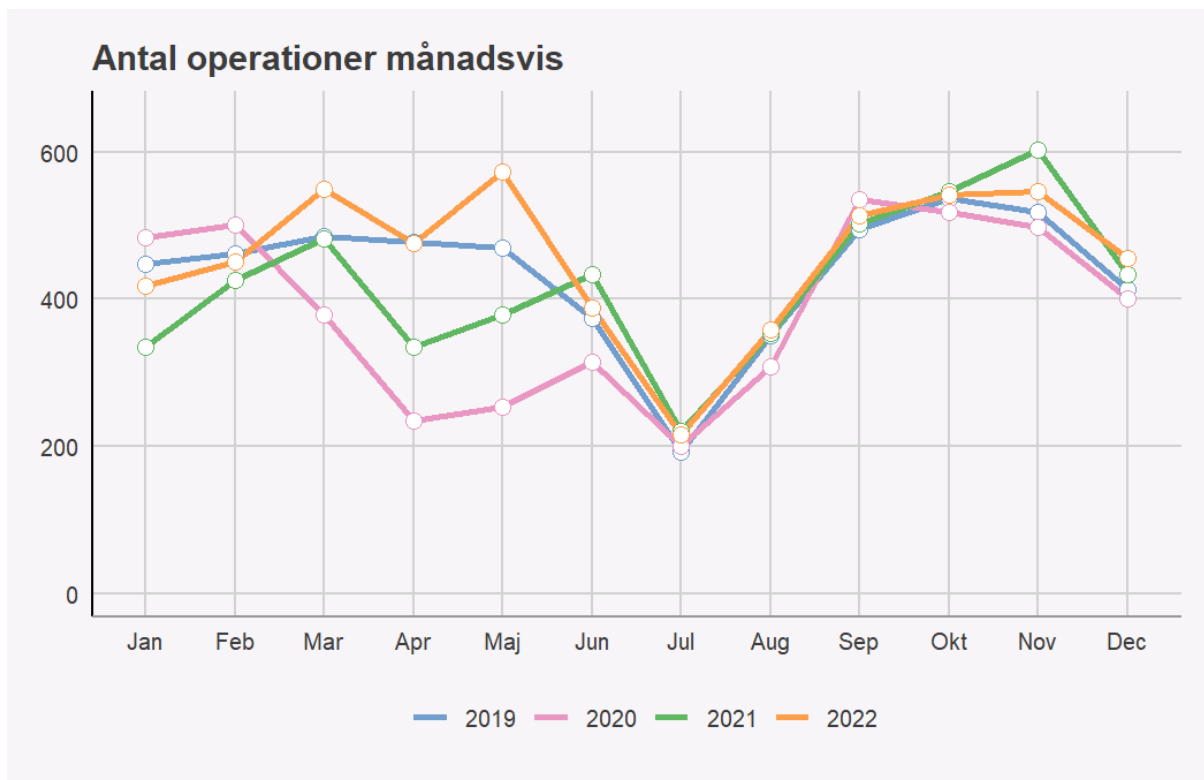
Figur 14. Inte sökt vård pga. oväntade besvär inom 8 veckor.

Antal utförda adnexoperationer



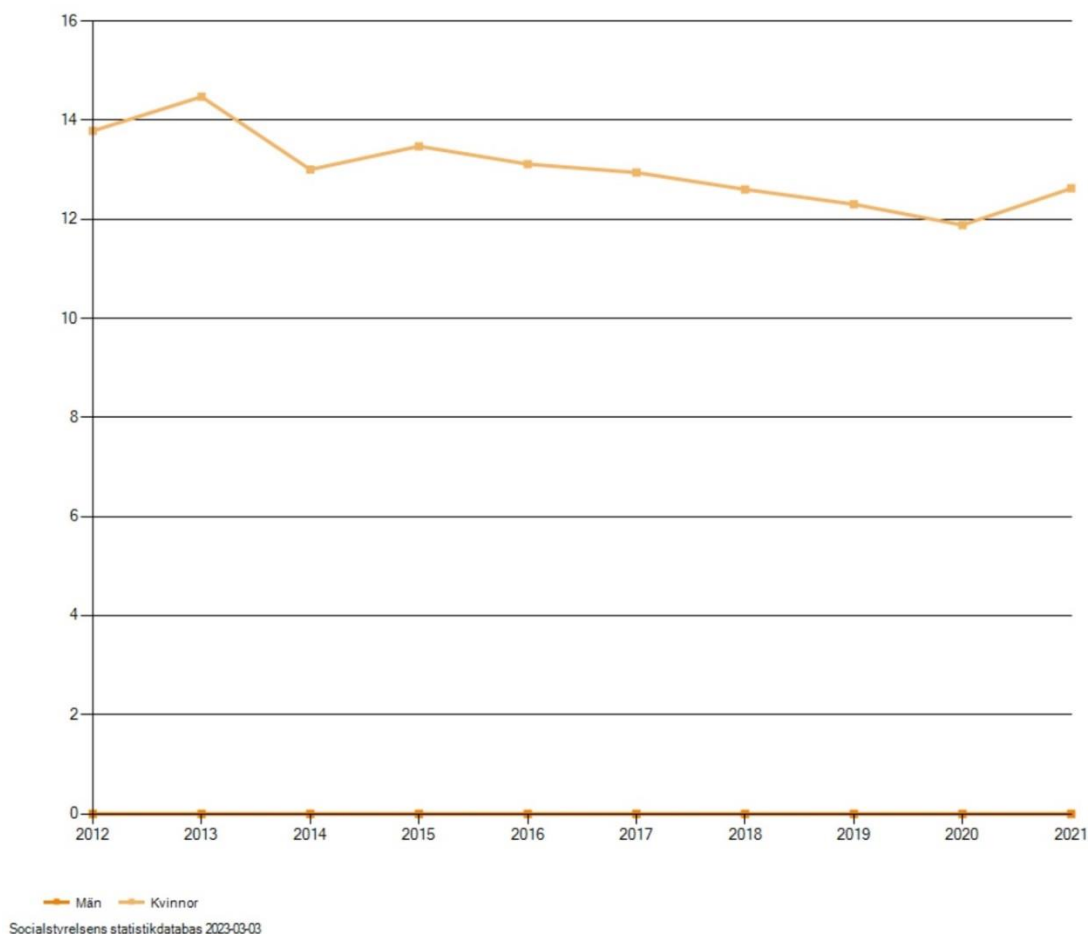
Figur 15. Antal adnexoperationer 2021 och 2022

Det har registrerats närmare 5500 adnexoperationer under 2022. Det är "all time high" och en 10% ökning jämfört med år 2021. Det har varit en hel del fokus på hur pandemin har orsakat inställda operationer och därmed ökade vårdköer. För adnexkirurgin har det varit en märkbar men inte direkt påtaglig nedgång i antal operationer under pandemiåren 2020 och 2021. År 2019 registrerades 5382 adnexoperationer.



Figur 16. Antal adnexoperationer månadsvis de senaste 4 åren.

Nya cancerfall. Åldersstandardiserad incidens per 100 000 enligt befolkningen 2000, Ålder: 0-85+, Riket, Diagnos:175
Äggstock, äggledare och breda livmoderbanden, oavsett tumörtyp

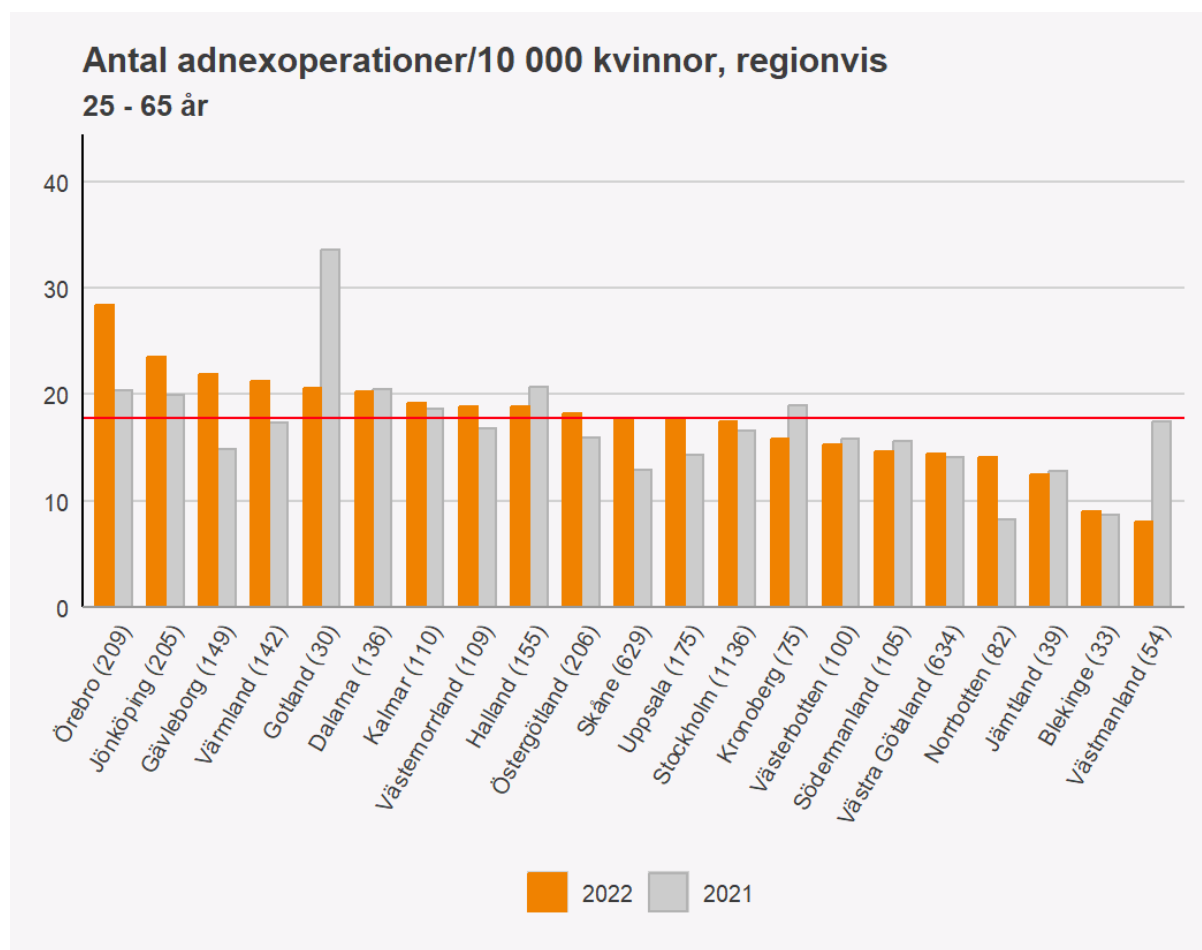


Figur 17. Årlig incidensen (nya fall) per 100 000 kvinnor, ålderstandardiserad enligt befolkning 2000.

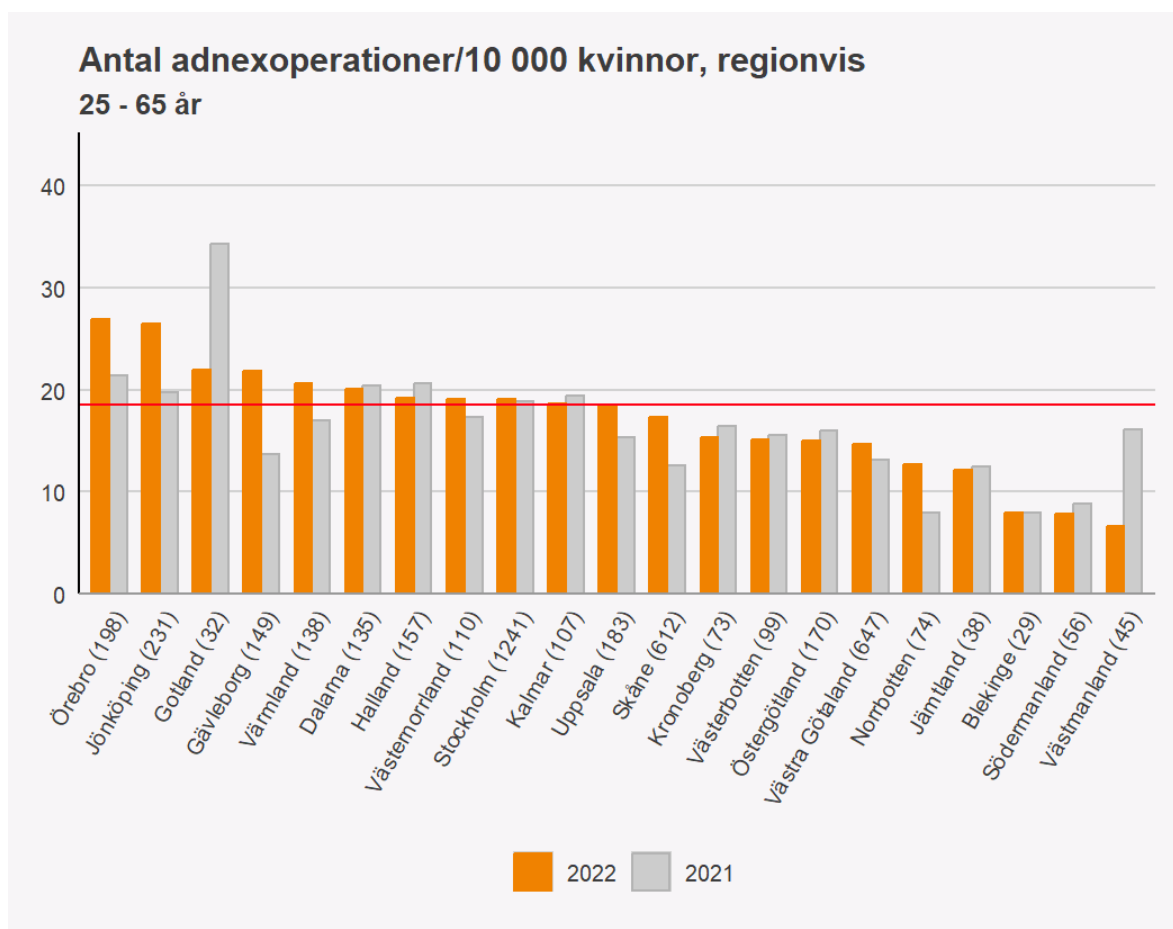
Det finns flera regioner som för att hålla vårdgarantin skickar patienter till andra vårdgivare, ibland belägna i andra regioner. Vid jämförelse av figur 18 med figur 19 så syns egentligen inga betydande skillnader där som skulle tala för att det gäller adnexkirurgin. Figur 18 beskriver hur många som opererats per 10 000 kvinnor beroende på var en är skriven, dvs tar inte hänsyn till var en blivit opererad. I kontrast till det visar figur 19 hur många som opererats per 10 000 i den region där operationen utförts och tar inte hänsyn till var patienten är skriven. Ett annat sätt att visualisera detta ses i figur 20 och 21. Ofta är den kirurgin högre prioriterad än till exempel inkontinens- och rekonstruktion bäckenbottenkirurgi. Adnexindikationer är inte sällan akuta eller bär med sig ett visst malignitetsperspektiv, vilket nog innebär att det flesta vårdgivarna utför den kirurgin själva. En självklar fråga att ställa sig är om den nedgång i antal adnexoperationer som sågs under år 2020 resulterat i fler fall av ovarialcancer. Naturligtvis kan inte undertecknad ge något svar på detta, men i Socialstyrelsens statistikdatabas kan åtminstone incidensen jämföras på årsbasis (till exempel ålder standardiserad enligt Befolkning 2000). Med färre opererade adnexförändringar under år 2020 så skulle man teoretiskt kunna tänka sig att det därmed missats att avlägsna en del adnexförändringar som senare malignifierats och därmed öka incidensen under nästa år. Något sådant påvisas inte i statistik ur Cancerregistret. Det enda som ses är en liten dip i incidensen under år 2020, men ingen avsevärd reaktion år 2021. Data för år 2022 finns ännu inte tillgängligt.

Det är 48 kliniker som registrerat minst 10 patienter under år 2022. Södersjukhuset har registrerat flest patienter, 389 stycken. Av dessa var 189 akuta patienter. Om Södersjukhuset är den klinik som gör flest adnexoperationer i Sverige är dock svårt att veta. Till exempel Sahlgrenska

Universitetssjukhuset har registrerat 212 adnexoperationer, men kvalar inte in till listan över kliniker som registrerar fler än 10 akuta operationer. Sahlgrenska är den enda kliniken som utför akut adnexkirurgi i hela Stor-Göteborg och rimligen torde de ha ungefär samma akuta volym som till exempel Södersjukhuset. Det vore naturligtvis starkt önskvärt att stora kliniker med stora volymer blev bättre på att inkludera akuta patienter i registret så att vi får mer fullständig täckning och också bättre kan följa utfallet för akuta patienter.

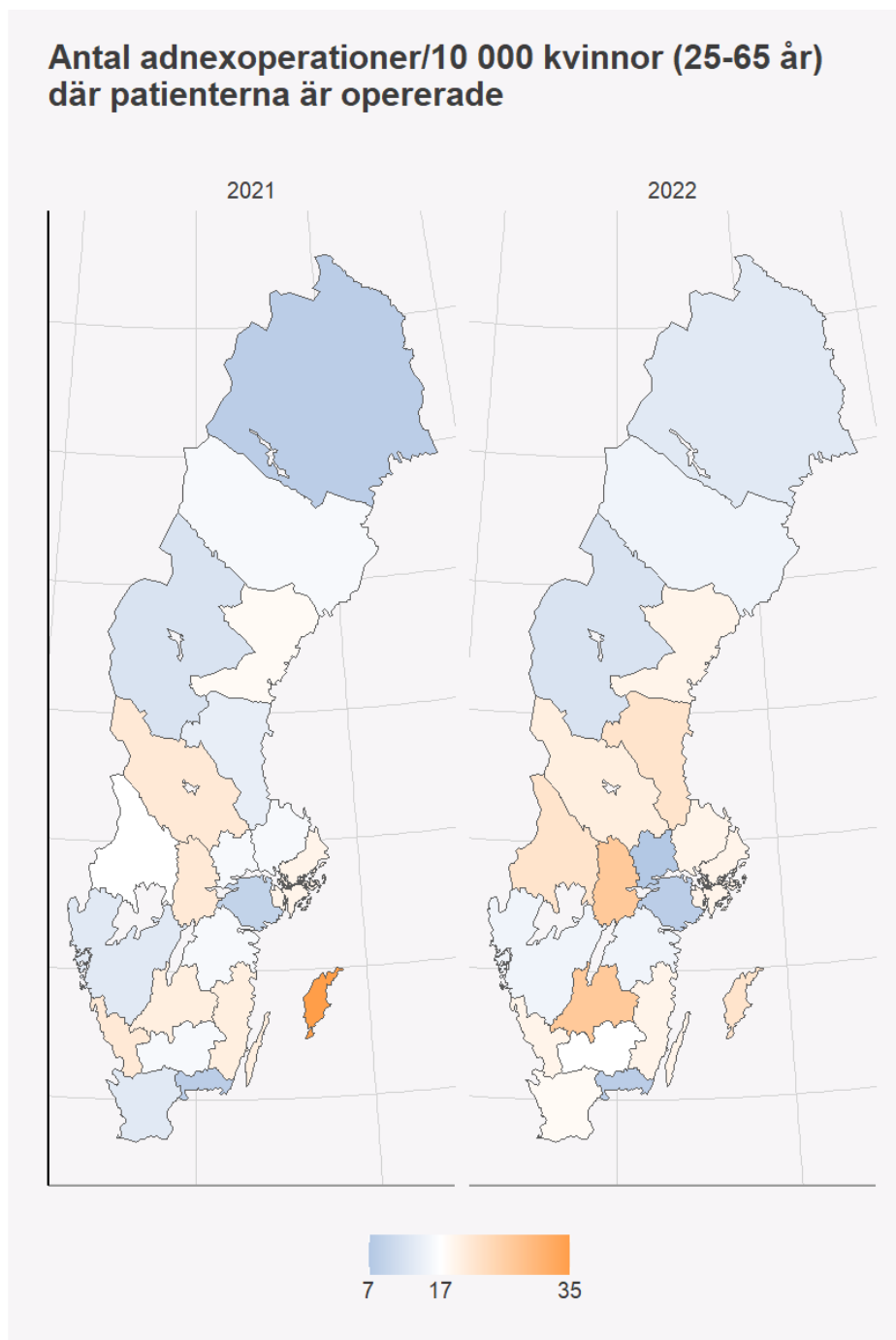


Figur 18. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (ålder 25–65 år) där de är skrivna, hämtat från Gynop-registret och SCB år 2022. Inom parentes visas antalet opererade för år 2022. Röda linjen visar median för senaste året.



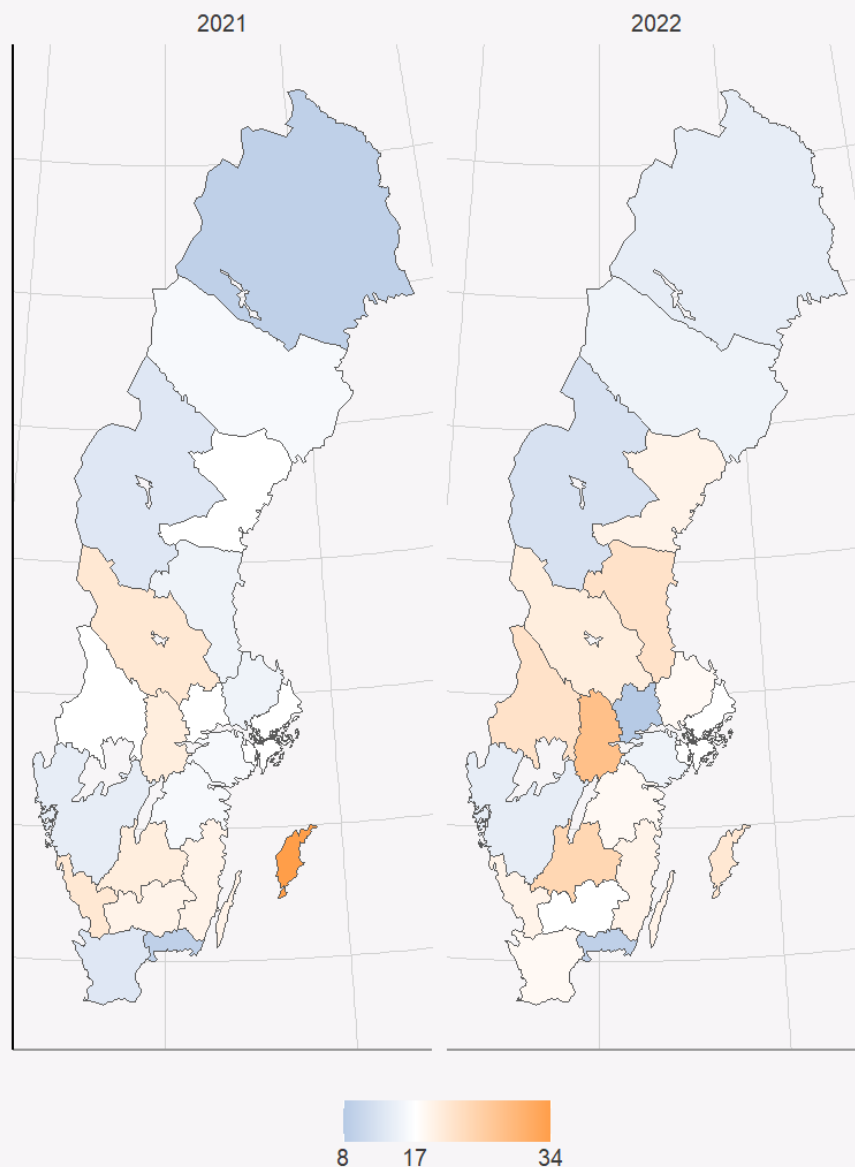
Figur 19. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor baserat på i vilken region operationen utförts

Kartorna är normaliserade efter antal operationer/10 000 kvinnor i riket. Det gör att vi kan se hur regionerna skiljer sig från riket. Är en region blå gör de färre operationer än riket, är den orange så gör de fler operationer än riket och om den är vit så gör det lika många som riket.



Figur 20. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (25–65 år) där patienterna är opererade hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021 och 2022.

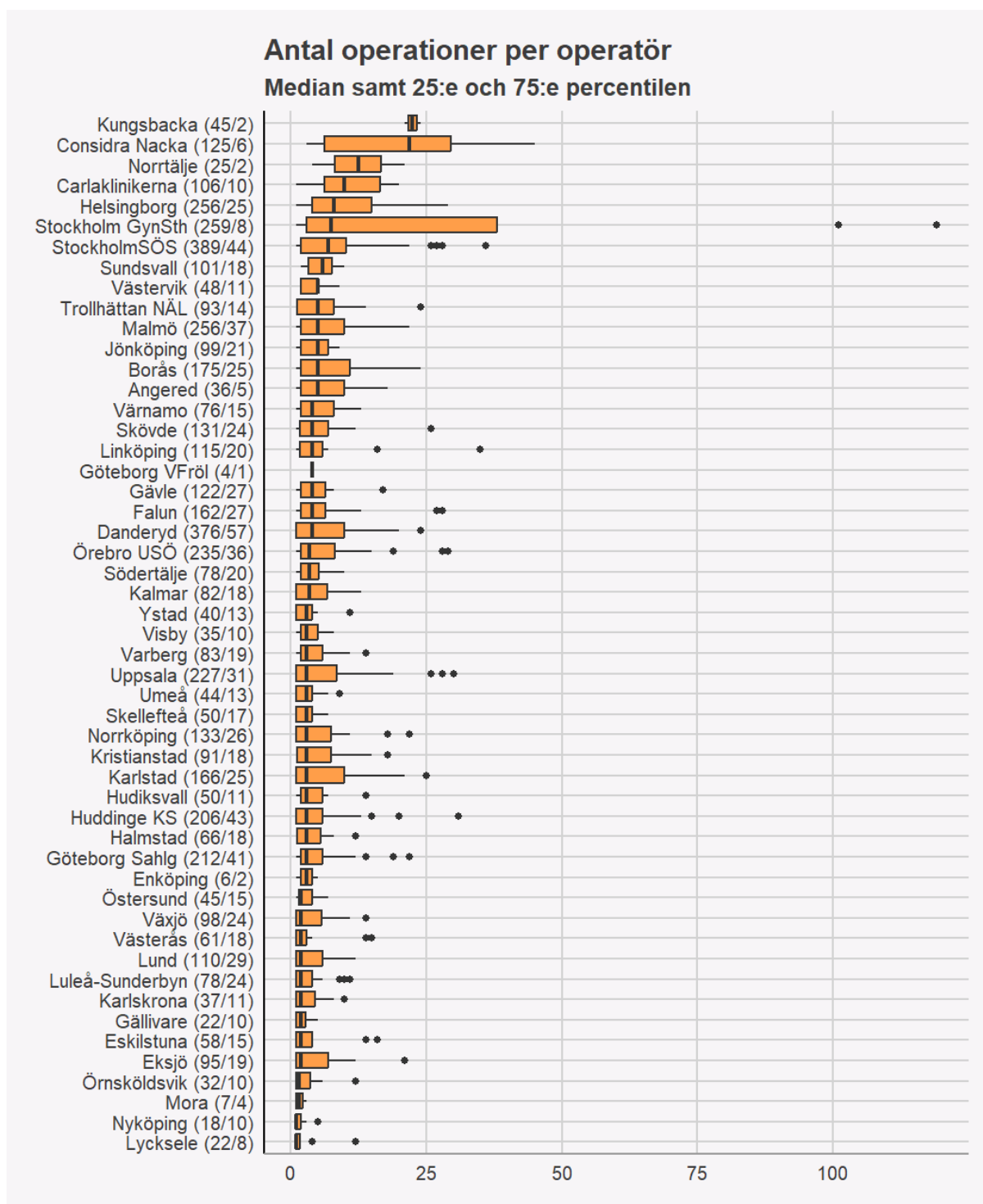
**Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (25-65 år)
där patienterna är skrivna**



Figur 21. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (25–65 år) där patienterna är skrivna hämtat från Gynop-registret och SCB år 2021 och 2022.

Antal operationer per operatör

Förutom för några få kliniker med relativt höga volymer på få operatörer så är medianoperatören på klinikerna ganska lika varandra i antal operationer/år.



Figur 22. Antal operationer per operatör. Opererade/antal operatörer inom parentes efter klinikenamnet. Det svarta strecket i boxploten (rektangeln) visar medianantalet.

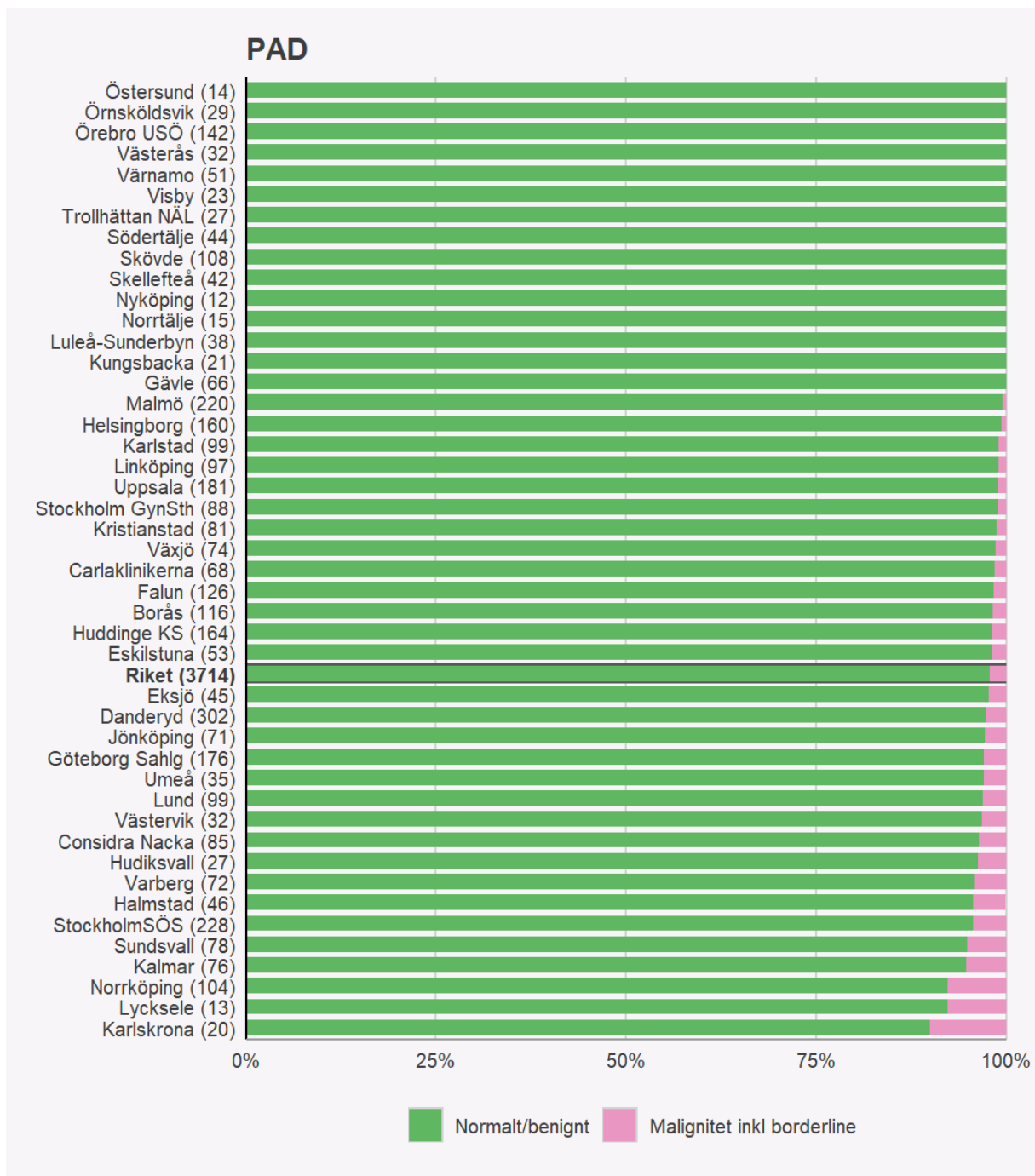
PAD

Till Adnexregistret hör *förväntat* benigna operationer där inte samtidig hysterektomi utförts. Andelen icke-benigna PAD brukar vanligtvis ligga runt 2%. Det känns som en rimlig siffra.

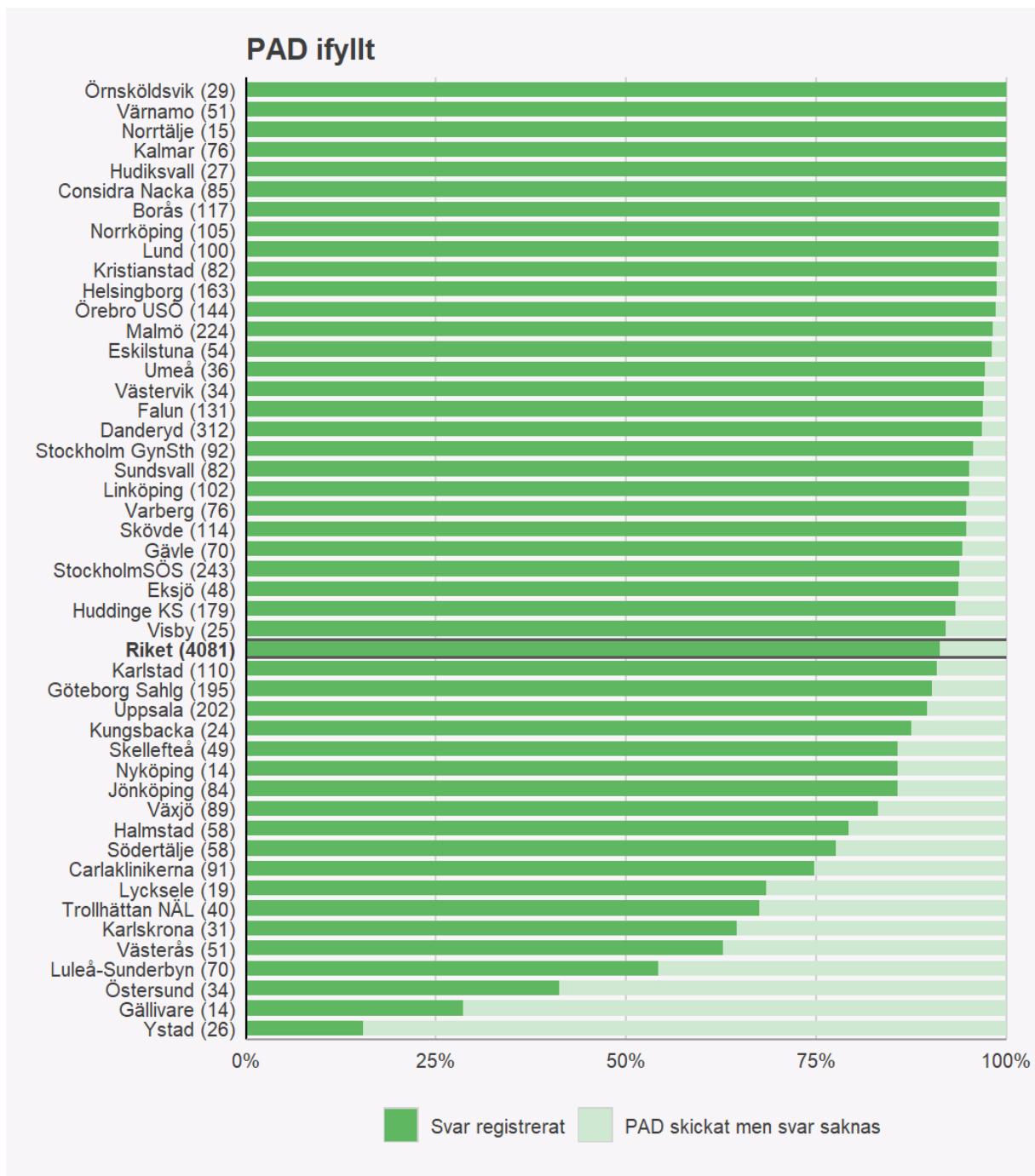
Problemet är bara att validiteten i denna siffra inte är säkerställd eftersom det är en ganska hög andel i GynOp som saknar PAD-bedömning. Det vill säga, det har skickats preparat vid operationen för PAD men sedan finns inget resultat infört i PAD-formuläret i GynOp. Det finns skäl att misstänka en skevhet i vilka som inte följs upp. Tidigare var det ganska omständligt att registrera ett malignt PAD i GynOp, helt enkelt en massa variabler som skulle fyllas i. Det är numer borttaget och den som registrerar tar i PAD-formuläret bara ställning till om PAD var benignt eller malignt.

Tyvärr har resultatet under 2022 blivit ännu sämre än tidigare. De kliniker som ligger under riksgenomsnittet för bedömda PAD rekommenderas gå in på GynOps interaktiva statistiksida (<https://statistik.incanet.se/gynop/>). Där kan de enkelt välja ut sig själva för denna variabel och se hur resultatet ser ut över tid. Det har naturligtvis undertecknad gjort och visst finns det kliniker som råkat ha ett dåligt år, men tyvärr är det för flertalet ett mönster.

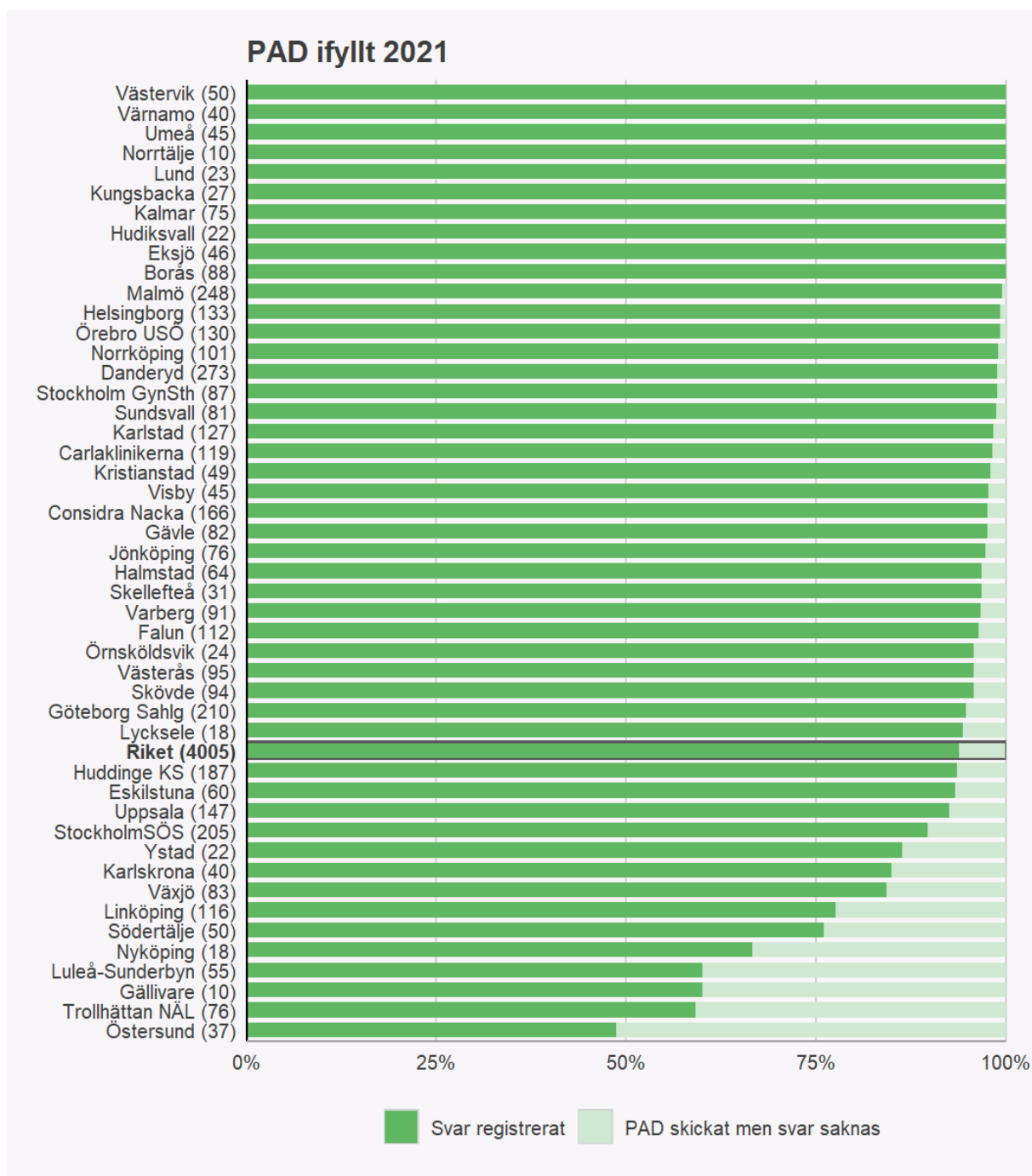
För framtiden rekommenderas att kliniken (minst) en eller två gånger per år ber en administratör ta fram listor över saknade bedömningar som sedan respektive operatör (eller hur man har det organiserat på sin klinik) går igenom och kompletterar missade PAD-bedömningar. Förslagsvis i september respektive februari så får vi förhoppningsvis bättre validitet.



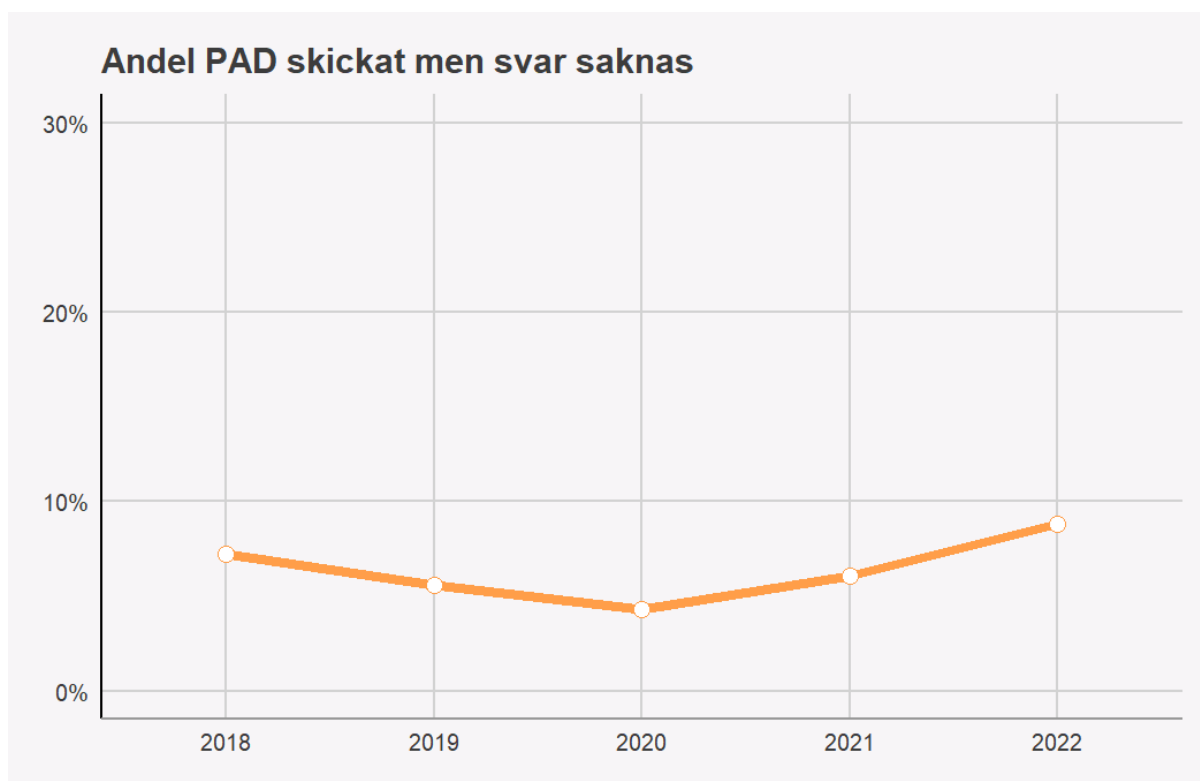
Figur 23. PAD



Figur 24. PAD ifyllt för operationer utförda år 2022, när det är angivet att ett preparat har skickats till PAD.



Figur 25. PAD ifyllt för operationer utförda år 2021, när det är angivet att ett preparat har skickats till PAD.



Figur 26. Andel PAD skickat men svar saknas, trend över tid för riket.

Komplikationer

Clavien-Dindo har nu använts i några år och en hög andel av de 8-veckorsenkäter som läkarbedömts får också en Clavien-Dindo-bedömning. Endast 2,4% av de enkäter som är läkarbedömda och där läkaren angivit en komplikation saknar Clavien-Dindo-bedömning. När ett nytt instrument införs så finns det alltid en osäkerhet om det fungerar, dvs är variabeln valid. För närvarande pågår ett vetenskapligt arbete (Collins et al) som tittar på flera aspekter av vår komplikationsbedömning med tonvikt på hur stor samstämmighet som föreligger. Det blir spännande att ta del av när det publiceras. Den viktigaste grunden för en god validitet är att variabeln fylls i och det kan vi konstatera att så görs.

Clavien-Dindo beskriver det postoperativa förloppet och visar framför allt vilken nivå av åtgärd en komplikation krävt. Grad 1 beskriver vad bedömarens uppfattar som ett onormalt postoperativt förlopp men som inte krävt några större åtgärder (enkel sårrevision, tillförsel av elektrolyter etcetera). Grad 2 har krävt en något större insats, till exempel antibiotika. Grad 3 innebär reoperation i någon form, 3a i lokalanestesi och 3b i generell anestesi. Grad 4 innebär i princip att patienten krävt IVA-mässig vård till följd av en komplikation. Sammanlagt 30 operationer under 2022 har medfört en Clavien-Dindo-gradering svårare än 2. Av dessa var 13 grad 3a och 17 stycken 3b. Ingen grad 4 har rapporterats (se tabell 13).

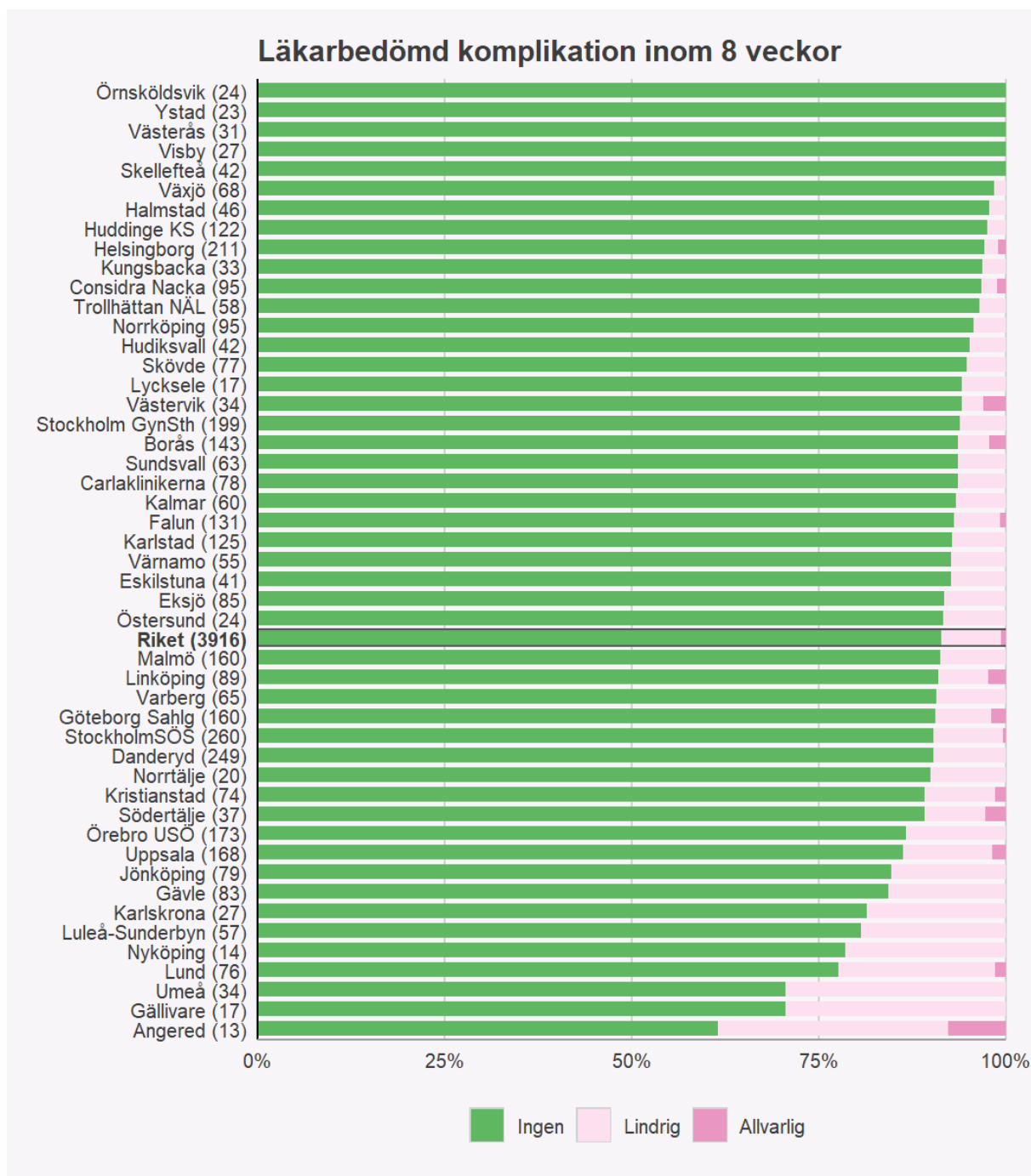
Det är en mycket liten andel (0,5%) allvarliga (läkarbedömda) komplikationer vid adnexkirurgi. Tittar vi närmare på vad de består av ser vi att det är en ganska stor spridning mellan vad komplikationerna består av. Av 22 allvarliga komplikationer finns ingen typ av komplikation som kan anses överrepresenterad. Komplikationerna är spridda, bland annat har två stycken inbegripit uretärskada, några intraabdominella infektioner och sedan återfinns även enstaka sårrupturer, tunntarmsskada, trombos, intraabdominell blödning, nervpåverkan och smärta.

Med samma resonemang som för PAD så är det naturligtvis viktigt att 8-veckorsenkäternas bedöms för att vi ska få tillförlitliga data. Av någon anledning har andelen på riksnivå försämrats under år 2022 jämfört med de föregående åren. Låt oss hoppas det är en tillfällighet. En lite för stor andel av klinikerna har missade bedömningar på över 10%.

Hur våra patienter rapporterar oförväntade besvär ändrar sig inte över tid. Generellt rapporterar patienterna mer än vad läkarna bedömer som komplikation. Där finns säkert utrymme för förbättring avseende per- och postoperativ information till de vi opererar.

Tabell 1. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor

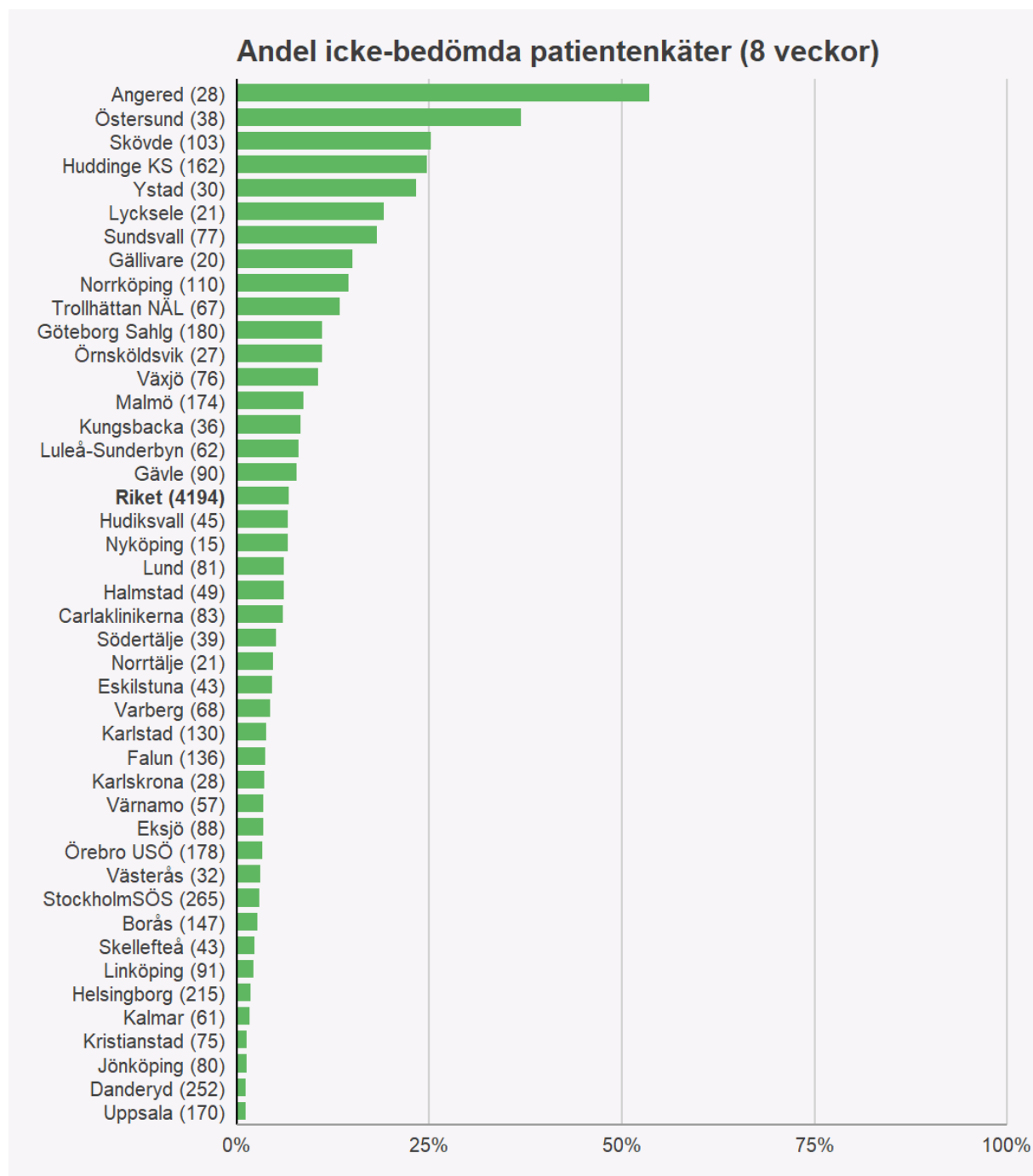
Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel
Grad 1	186	335	55.5%
Grad 2	112	335	33.4%
Grad 3a	13	335	3.9%
Grad 3b	17	335	5.1%
Uppgift saknas	7	335	2.1%



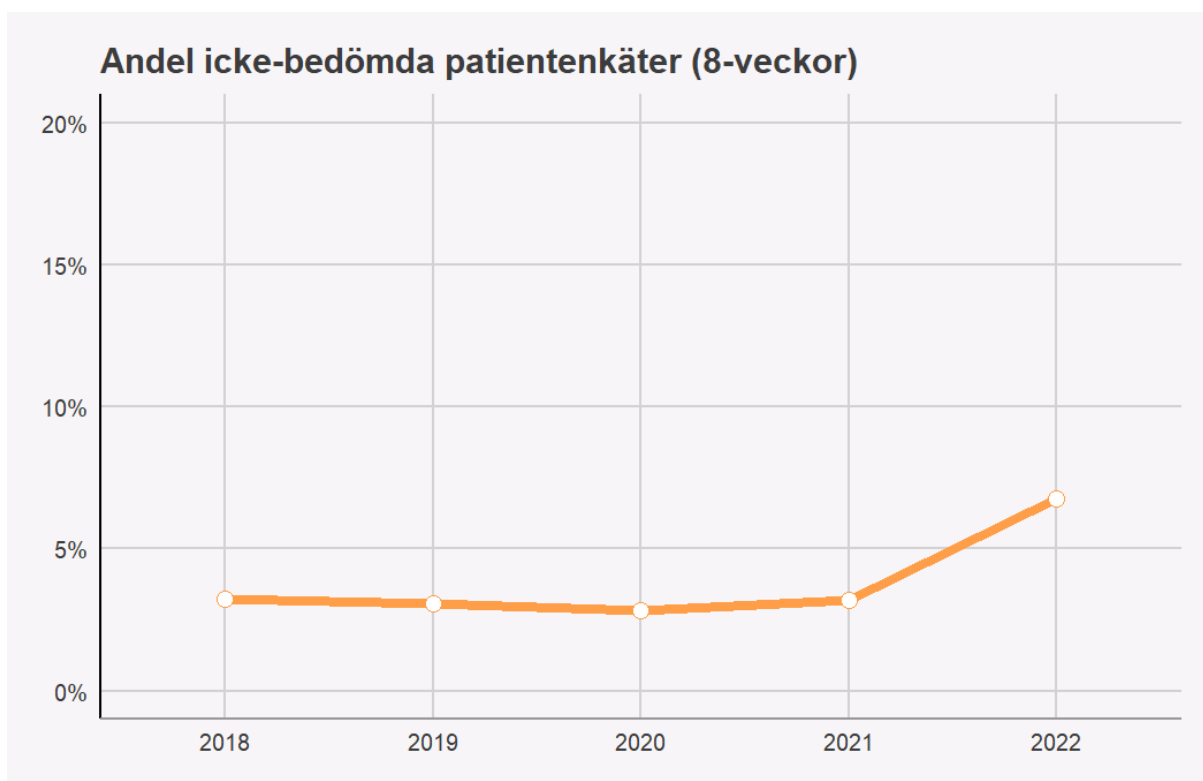
Figur 27. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

Tabell 2. Läkarebedömd komplikation inom 8 veckor

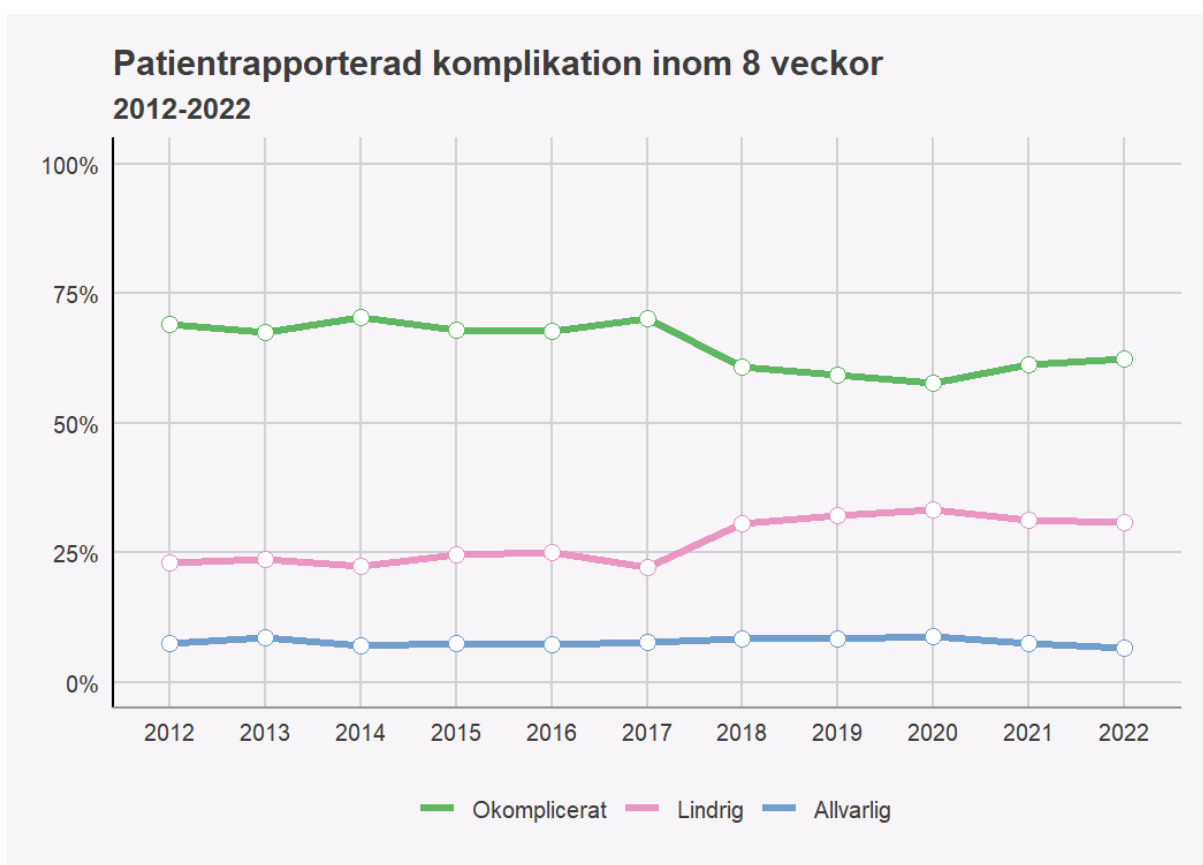
	Antal	Andel
Ingen	3581	91,4%
Lindrig	314	8,0%
Allvarlig	21	0,5%



Figur 28. Andel icke-bedömda patientenkäter (8 veckor).

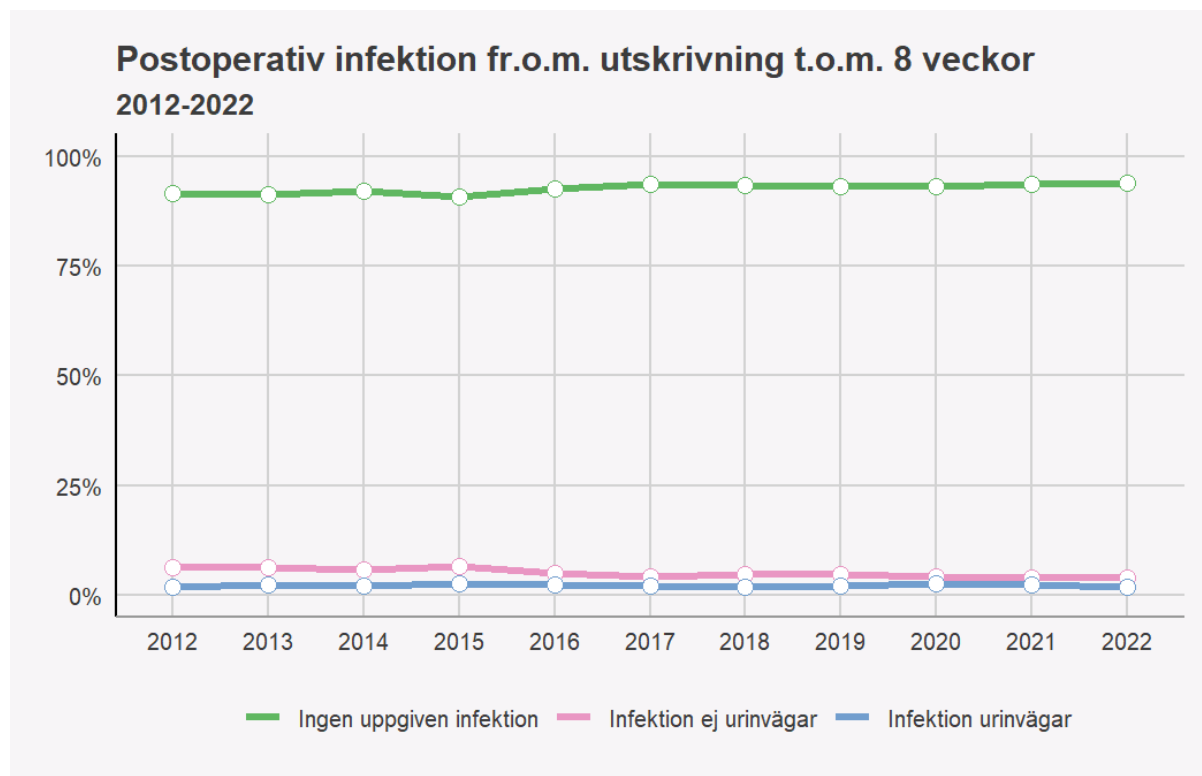


Figur 29. Andel icke-bedömda patientenkäter (8-veckor).

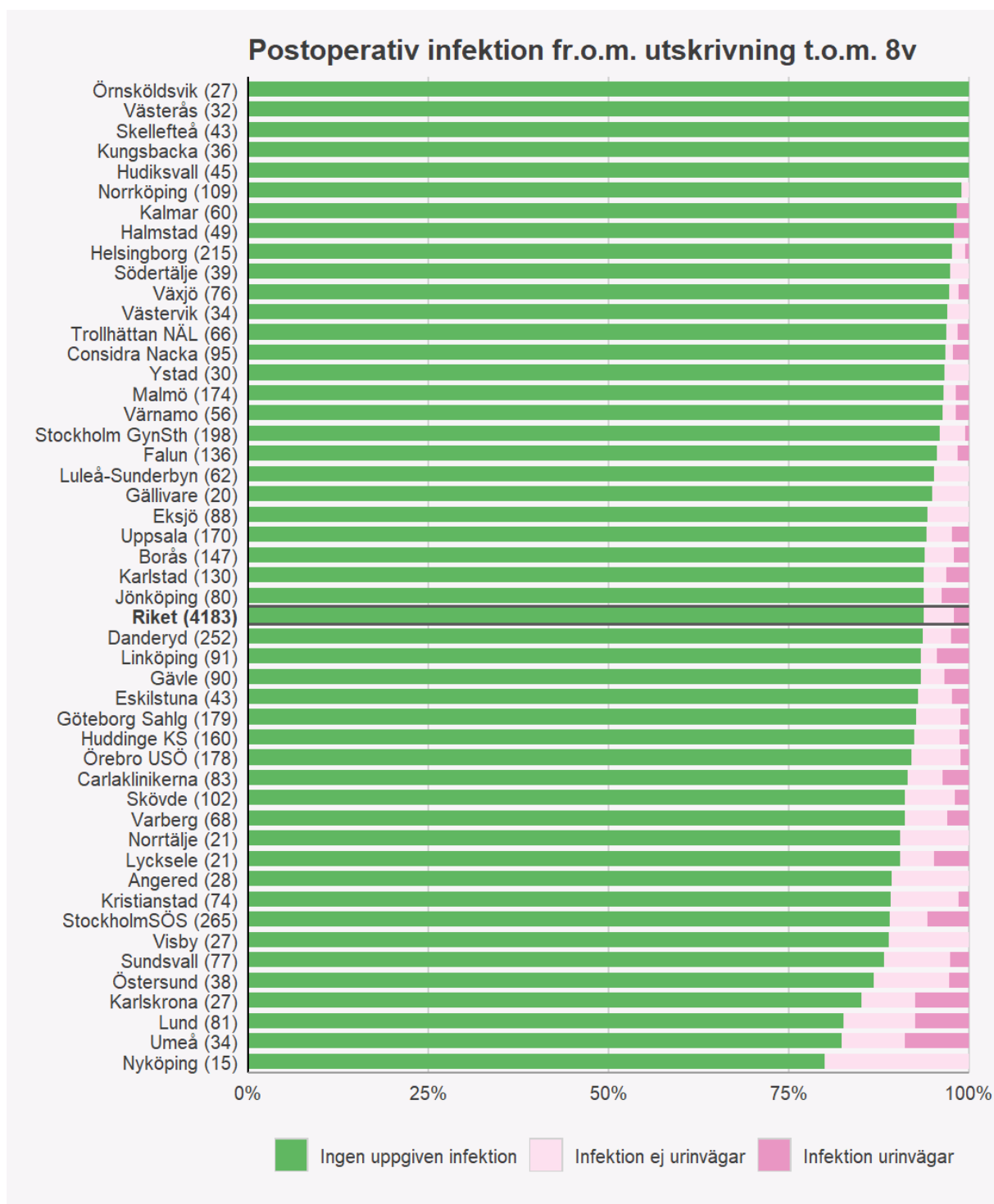


Figur 30. Patientrapporterad komplikation inom 8 veckor.

Postoperativa infektioner är en del av de komplikationer som uppstår efter adnexkirurgi. Det händer inte mycket över tid. Om vi tittar noga så kan vi se en antydning till lägre frekvens av infektioner som inte är UVI. I figur 31 är infektioner som inte är urinvägsinfektioner (till exempel sår- och intraabdominella infektioner) representerat med en rosa linje. Det finns en sjunkande trend från en låg utgångspunkt. Den mest sannolika förklaringen till denna knappt skönjbara trend är minskningen av öppen bukkirurgi vid adnexoperationer. Läger vi kurvan som beskriver förändringen av operationsteknik vid adnexoperationer över tid ser vi att minskningen av sårinfektioner överensstämmer med minskningen av abdominella adnexoperationer (blå linje i figur). Även om det är få som drabbas av postoperativa infektioner redan från början så är det ändå tillfredsställande att se att det har betydelse för patienten hur vi faktiskt opererar.



Figur 31. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor

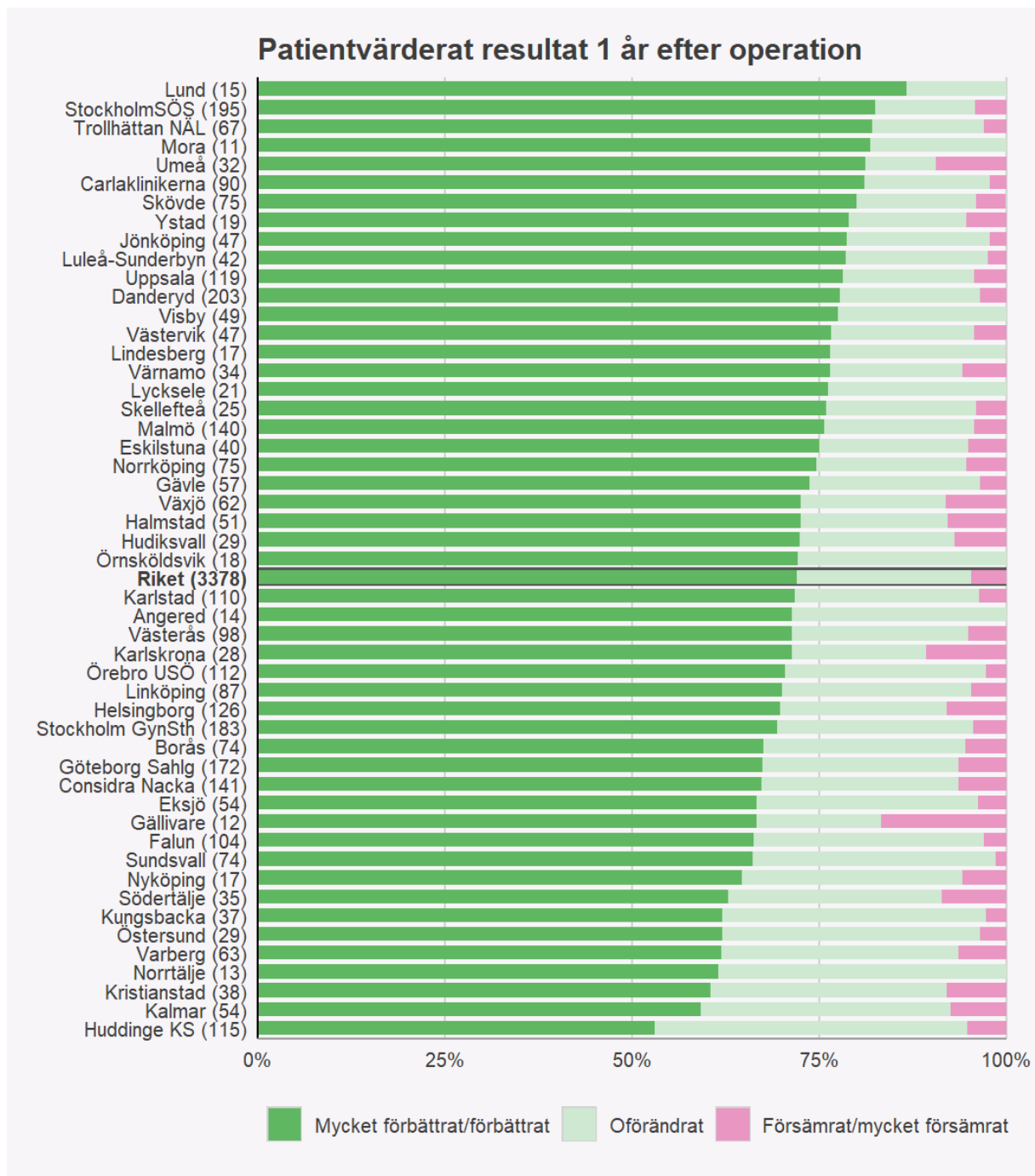


Figur 32. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor.

Tabell 2. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor.

	Antal	Andel
Ingen uppgiven infektion	3921	93.7%
Infektion ej urinvägar	175	4.2%
Infektion urinvägar	87	2.1%

Patientvärderat resultat



Figur 33. Patientvärderat resultat 1 år efter operation.

KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP låter patienten svara på varje fråga i två steg. Först skattar patienten vårdupplevelsen i fyra steg: "Så här var det för mig". Detta kallas upplevd respons. Sen gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

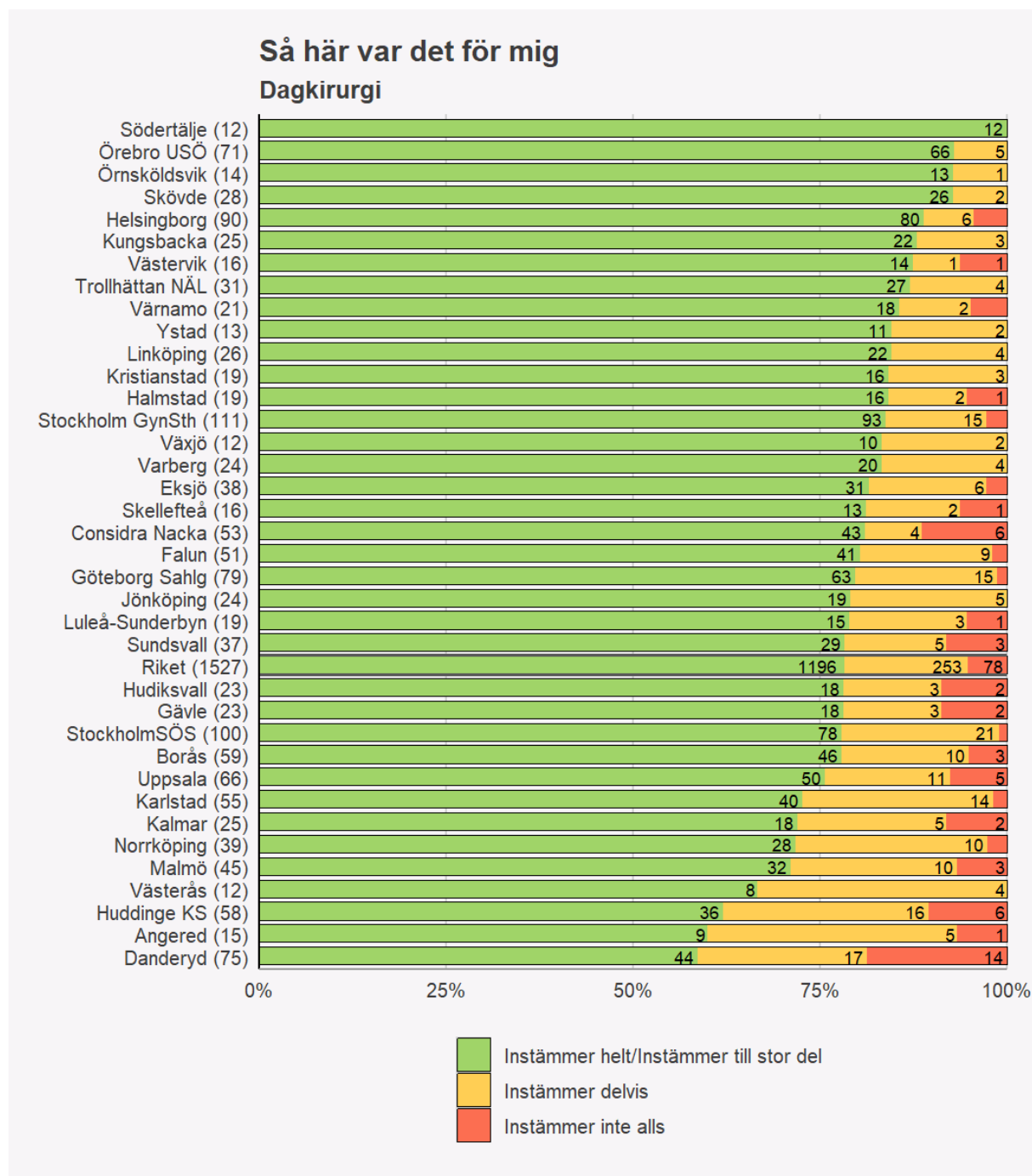
I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".

I adnexrapporten är patientgruppen uppdelad i två delar: dagkirurgi och inneliggande. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

Per- och postoperativ information är viktigt. Inte minst återspeglas det i tabell 4 och 5 där patienterna skattar informationen nästan uteslutande som betydelsefull eller mycket betydelsefull.

En hel del av det som av patienterna rapporteras som oförväntade besvär/komplikaioner uppfattas vid läkarbedömningen som besvär som hör till det normala postoperativa förloppet. Just oförväntat besvär är nog nyckeln här. Med gedigen information som ger bra uppfattning om hur ett normalt läkningsförlopp kan se ut så kan sannolikt en hel del oförväntat bytas till förväntat.

Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten

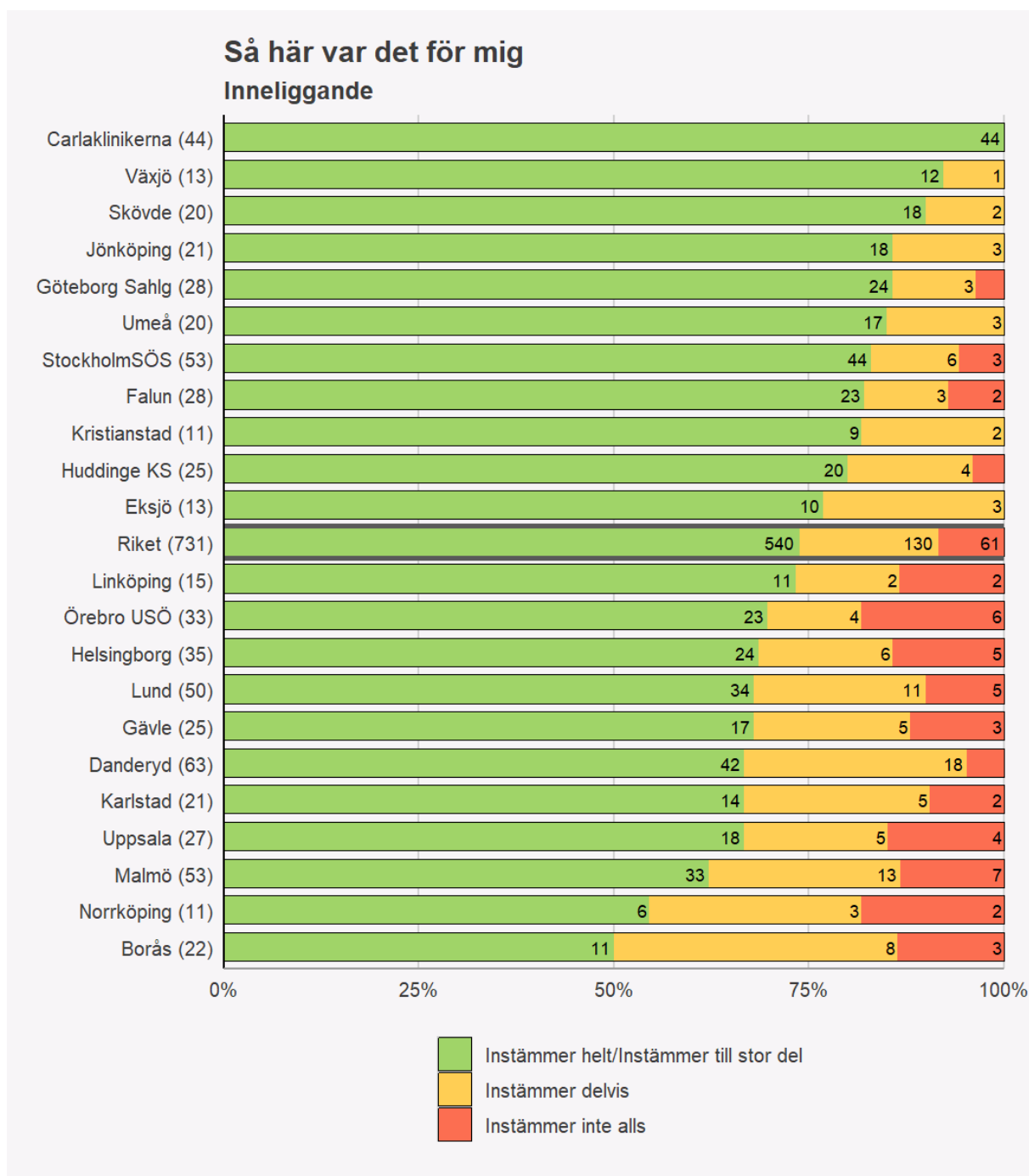


Figur 34. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig (dagkirurgi).

Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 3. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här viktigt var det för mig. Endast dagkirurgiska patienter.

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	9	1334	0,7%
Av ganska stor betydelse	70	1334	5,2%
Av stor betydelse	400	1334	30,0%
Av allra största betydelse	855	1334	64,1%



Figur 35. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig (inneliggande).

Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 4. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här viktigt var det för mig. Endast inneliggande patienter.

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	4	647	0,6%
Av ganska stor betydelse	38	647	5,9%
Av stor betydelse	189	647	29,2%
Av allra största betydelse	416	647	64,3%

Vetenskap



SALSTER har drivits som en registerbaserad randomiserad studie i GynOp och har nyligen avslutat sin rekrytering av steriliseringspatienter. Rekrytering har pågått i knappt fyra år, sedan den första patienten randomiserades och opererades i Karlstad april 2019. I februari 2023 var 1000 patienter rekryterade och GynOp kunde stänga randomiseringsfunktionen. Ett **stort tack** till alla 41 kliniker i landet som bidragit till studien! Tack även till SNAKS vars nätverk av kontaktpersoner hos alla kliniker har underlättat för studien, samt till GynOp som har varit en essentiell förutsättning för att genomföra studien. Sist men inte minst, tack till våra huvudfinansiärer Cancerfonden, Lena Wäppling fond och ALF-medel från regionerna Västra Götaland och Västerbotten.

Studiens syfte är att undersöka risken för kirurgiska komplikationer samt påverkan på ovarialfunktionen vid sterilisering som utförs med salpingektomi jämfört med tubarligering. Den underliggande anledningen är hypotesen att opportunistisk salpingektomi skulle kunna minska risken för framtida insjuknande i epitelial ovarialcancer, specifikt den höggradigt serösa som är den mest aggressiva formen.

SALSTER's design är av typen non-inferiority, vilket innebär att studien syftar till att visa att det **inte** är en ökad risk för vare sig komplikationer eller att ovarialfunktionen påverkas så att klimakteriet kommer tidigare, om salpingektomi görs i stället för tubarligering vid laparoskopisk sterilisering.

Nu väntar en intensiv analysperiod. Under 2023 kommer först resultat avseende demografiska bakgrundsvariabler och peri-operativa utfall. När 8-veckorsenkäten är klar kommer det primära utfallet "komplikationer upp till åtta veckor postoperativt" att redovisas. Fortsatt uppföljning via enkäter kommer att pågå till dess att inkluderade patienter nått 54 års ålder. Återkommande resultatrapportering kommer att följa.

För SALSTER styrgrupp

Annika Strandell
huvudansvarig för SALSTER

Sammanfattning

Årets rapport visar främst på stora skillnader i hur mycket ST-läkare opererar vid olika kliniker mätt utifrån andel adnexkirurgi som utförs av dem eller där de deltar vid operation. Vi har inte mätt hur bra olika klinikers ST-läkare är på att operera eller i vilken grad de uppnår de stipulerade kraven.

Det är också fortsatt stora skillnader i vilken grad akuta patienter inkluderas i registret. Vissa kliniker har med väldigt många, andra kliniker inga alls (även om de gör många akuta adnexoperationer). Det är av stor vikt att detta blir bättre.

Det händer mycket spännande i GynOp för närvarande. Beslut om byte av plattform är fattat. Anledningarna är flera. Dels så är den nuvarande registerstrukturen föråldrad och kostar orimligt mycket att underhålla och uppdatera, dels så kommer det centrala önskemål att minska antalet plattformar till några få. Delregistret Intrauterin kirurgi är först ut och planerar flytta över under hösten 2023. Om tidsplanen håller så är det aktuellt för Adnex-registret att gå över under år 2024.

Den utökade registreringen för endometrioskirurgi är på väg att slutföras och kommer under våren testas av de nationella endometrioscentrumen. Det finns möjlighet och i vissa fall krav på utökad registrering för alla kliniker.

SALSTER har slutfört rekryteringen av patienter och vi ser alla fram mot spännande resultat från den studien.

Stort tack till GynOps kansli för all hjälp med rapporten och stort tack till er som läser den. Kom gärna med synpunkter på innehåll, både aktuellt och kommande och glöm inte att gå in på GynOps interaktiva statistiksida!

Vänligen, Mathias Pålsson (som skrivit) och Clara Nygren (som gjort analyser och figurer).

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större snitt i buken.
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament.
Anestesi	Sövning eller bedövning i samband med operation.
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).
Elektrolyter	
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. Förkortas ibland "X".
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Indikation	Orsak till operation.
Intraabdominell	Inne i bukhålan
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 medelvärde av de två mittersta talen.
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, till exempel via titthålsoperation, eller vaginalt.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Postoperativ	Efter operationen.
Preoperativt	Före operationen.
Salpingektomi	Borttagande av äggledare.
SFOG	Specialistföreningen inom obstetrik och gynekologi.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till specialist inom ett specifikt område, till exempel obstetrik och gynekologi.
Trombos	Blodpropp
Tubarligering	En typ av sterilisering där det görs en kirurgisk åtgärd i äggledaren (tuba) för att stänga av möjligheten till passage av ägg/spermier.
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.