

Adnexkirurgi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2023

Författare:

Mathias Pålsson

Registeransvarig för delregistret för adnexkirurgi
överläkare, Carlakliniken, Göteborg

Figurer och dataanalys:

Statistiker på Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2024-06-05



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	2
Förändringar över tid.....	3
Täckningsgrad	3
Operationssätt.....	4
Komplikationer	7
Datakvalitet/validitet.....	9
Utförda operationer 2023	12
Akuta operationer	15
Operationssätt.....	17
Komplikationer	20
Patientvärderat resultat	24
Datakvalitet	25
Operationer där ST-läkare är huvudoperatör eller deltar.....	29
Endometriosoperationer	30
Sammanfattning	35
Ordlista	36
Referenser	37

Inledning

Delregistret Adnex årsrapport innehåller utfall efter operationer på äggstockar och äggledare gjorda under år 2023.

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2023. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2022 använts.

Till Adnexregistret hör adnexoperationer utförda på grund av förväntat godartade tillstånd utan samtidig hysterektomi.

Största och viktigaste händelsen under år 2023 är att det vid samkörning med Socialstyrelsens Patientregister visar sig att Adnexregistret för första gången uppnådde en täckningsgrad över 85%. Detta gäller operationer utförda år 2022 eftersom det är ett års fördröjning på dessa data.

Temat för årets rapport är att visa förändringar över tid. För att öka möjligheten att uppfatta de förändringar vår kirurgiska verksamhet går igenom över tid så kommer lite fler bilder än vanligt att visualisera det. Dessa är samlade i ett eget inledande avsnitt. Med några snabba scrolldrag kan ni läsare få er till livs en massa koncentrerad information om utveckling för adnexoperationer över tid.

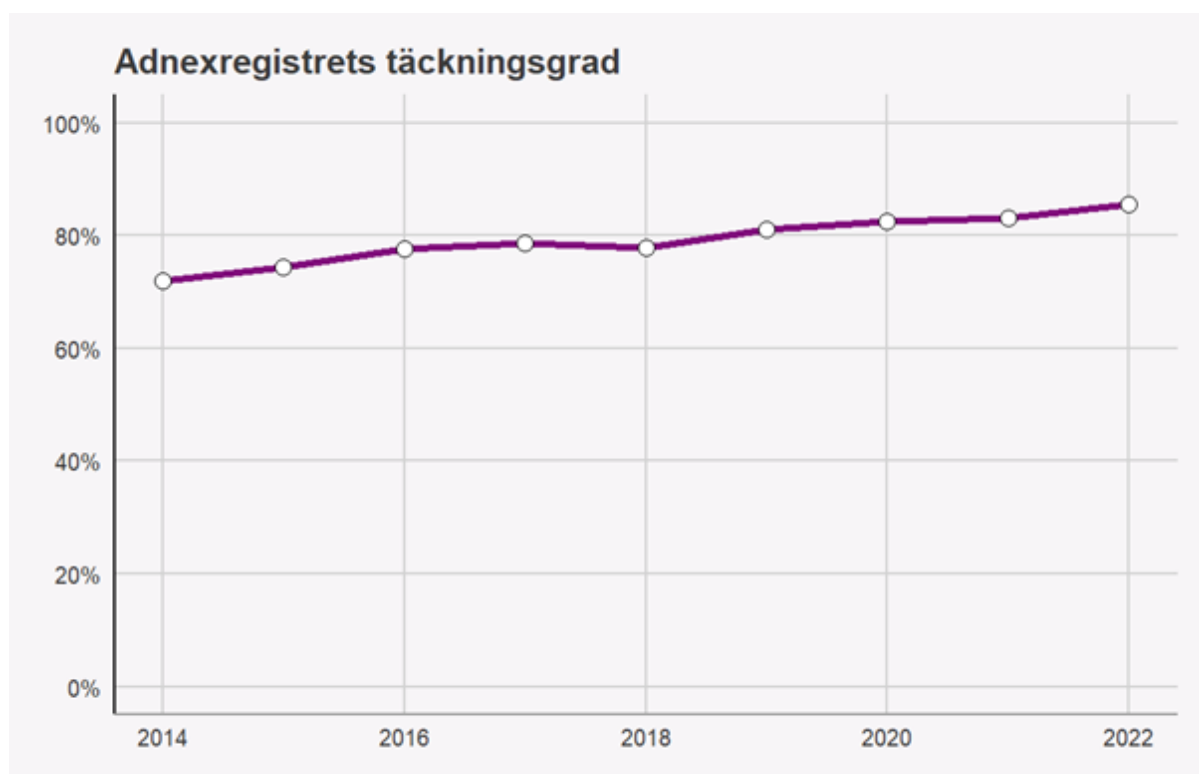
Utöver det fortsätter jakten på de akuta patienterna.

Det blir också ett litet specialavsnitt avseende operationer gjorda med indikationerna "misstänkt endometrios" eller "känd endometrios".

Förändringar över tid

Täckningsgrad

Den viktigaste figuren i hela rapporten presenteras naturligtvis först! Täckningsgraden för Adnexregistret har äntligen nått över den magiska gränsen 85%. Betydelsen av detta kan inte underskattas. För att registret ska kunna leverera tillförlitliga data och resultat som är generaliserbara får helt enkelt bortfallet inte vara för stort. För att aspirera på att vara ett register med certifieringsnivå 1 är täckningsgraden en av de viktigaste faktorerna. Täckningsgraden analyseras med ett års fördröjning vilket innebär att det alltså var under 2022 som vi äntligen tog oss över gränsen och täckningsgraden var då 85,5%. En viktig förklaring till detta är den ökade registreringen av akuta patienter. Där finns fortfarande mer att göra och låt oss ta sikte på att inkludera ännu fler framöver.

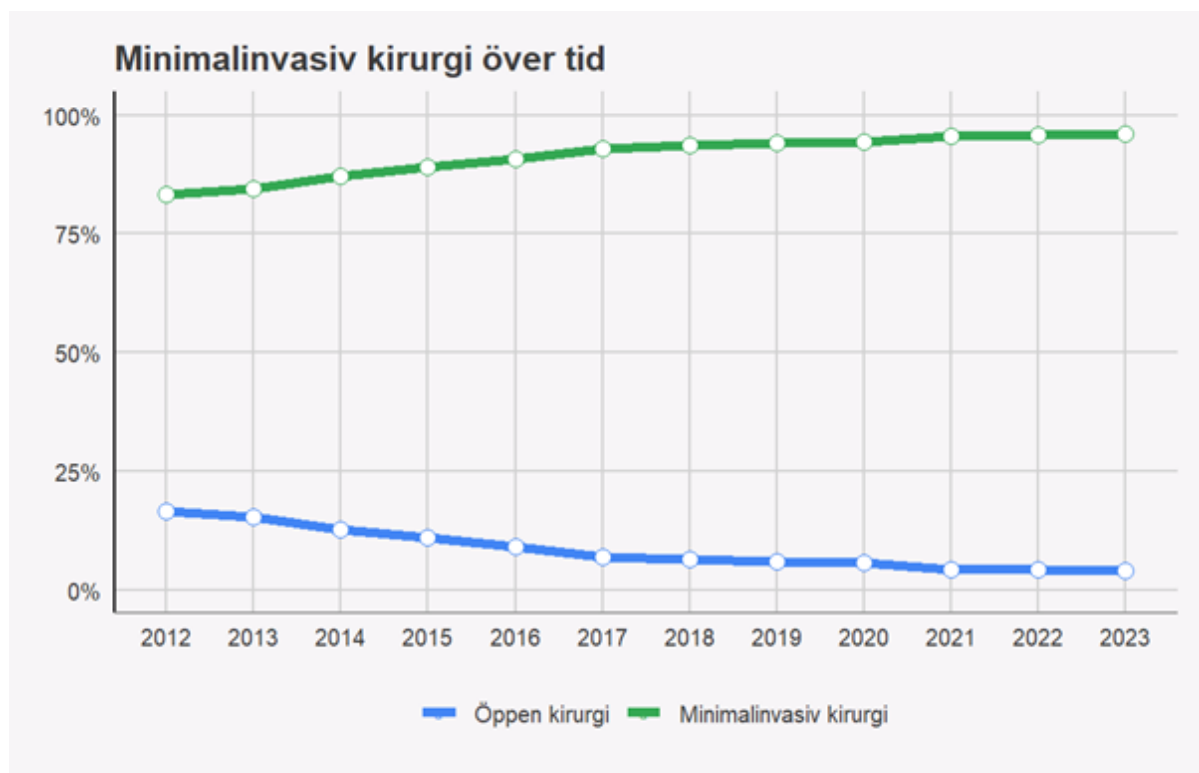


Figur 1. Adnexregistret täckningsgrad, förändring över tid. Täckningsgraden tas fram genom en jämförelse med Socialstyrelsens Patientregister

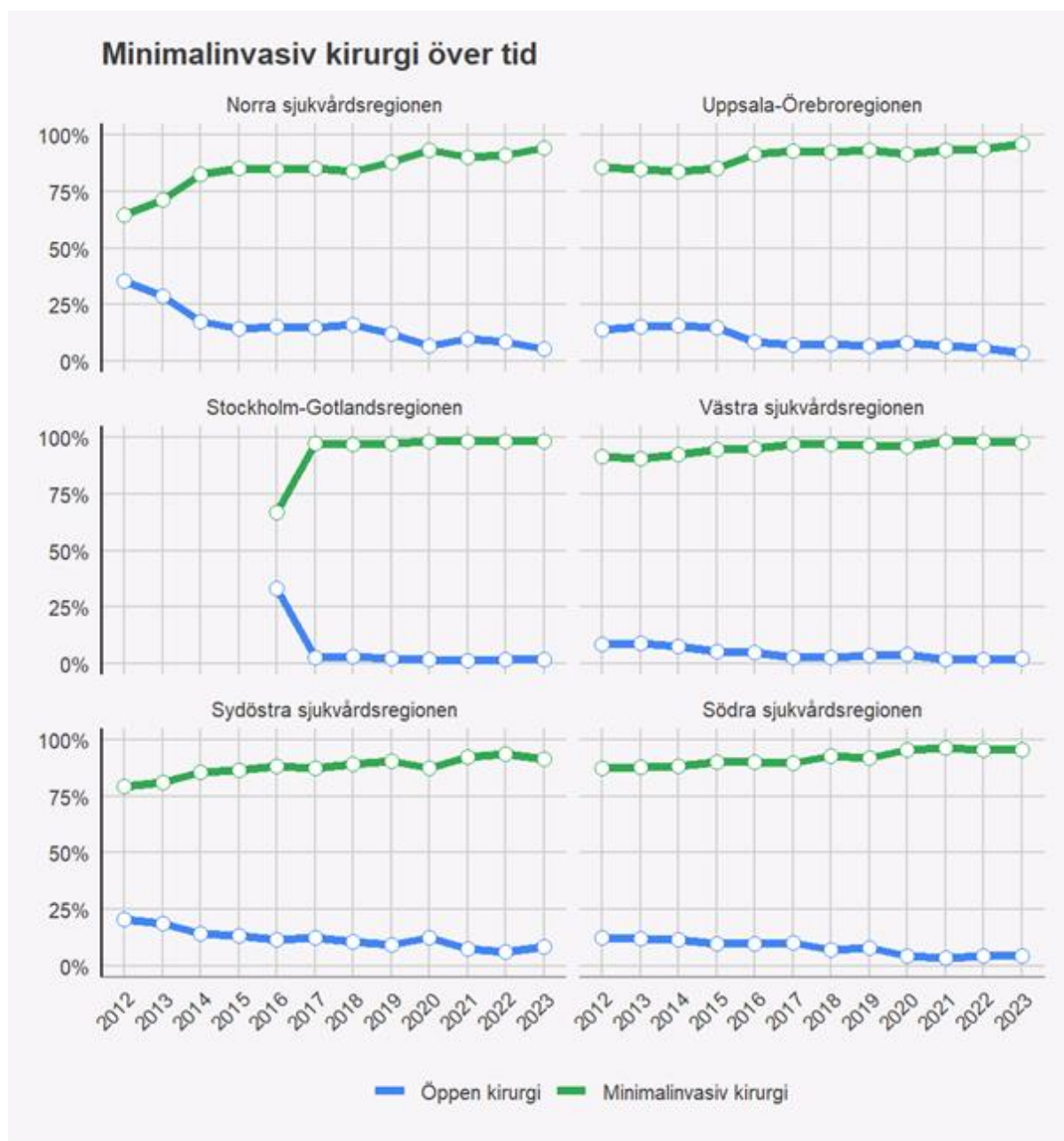
Operationssätt

Andelen laparoskopi vid adnexkirurgi har sedan några år nått en platåfas på 96%. Det är en rimlig bedömning att nästan alla, men inte alla, adnexoperationer vid förväntat godartade tillstånd lämpar sig för minimalinvasiv teknik. Förmodligen kommer fördelningen se ut på detta vis med bara tiondels procents variation mellan åren. Det har ändå varit en fantastisk utveckling. År 2009 gjordes 64% via laparoskopi, 10 år senare 94%. I figur 2 så ser vi utvecklingen de senaste 10 åren för riket och i figur 3 uppdelat per sjukvårdsregion. Hur snabbt det gått i de olika regionerna att öka andelen laparoskopi skiljer sig något, men samtliga regioner har haft en positiv utveckling.

Sjukvårdsregionerna Norra och Mellansverige har gjort ett tydligt ryck de senaste åren medan Sydöstra sjukvårdsregionen faktiskt gjorde lägre andel laparoskopi år 2023 jämfört med år 2022 och Södra sjukvårdsregionen har en tendens att tappa lite fart.



Figur 2. Fördelning mellan minimalinvasiv och öppen bukkirurgi vid förväntat godartad adnexkirurgi, förändring över tid.

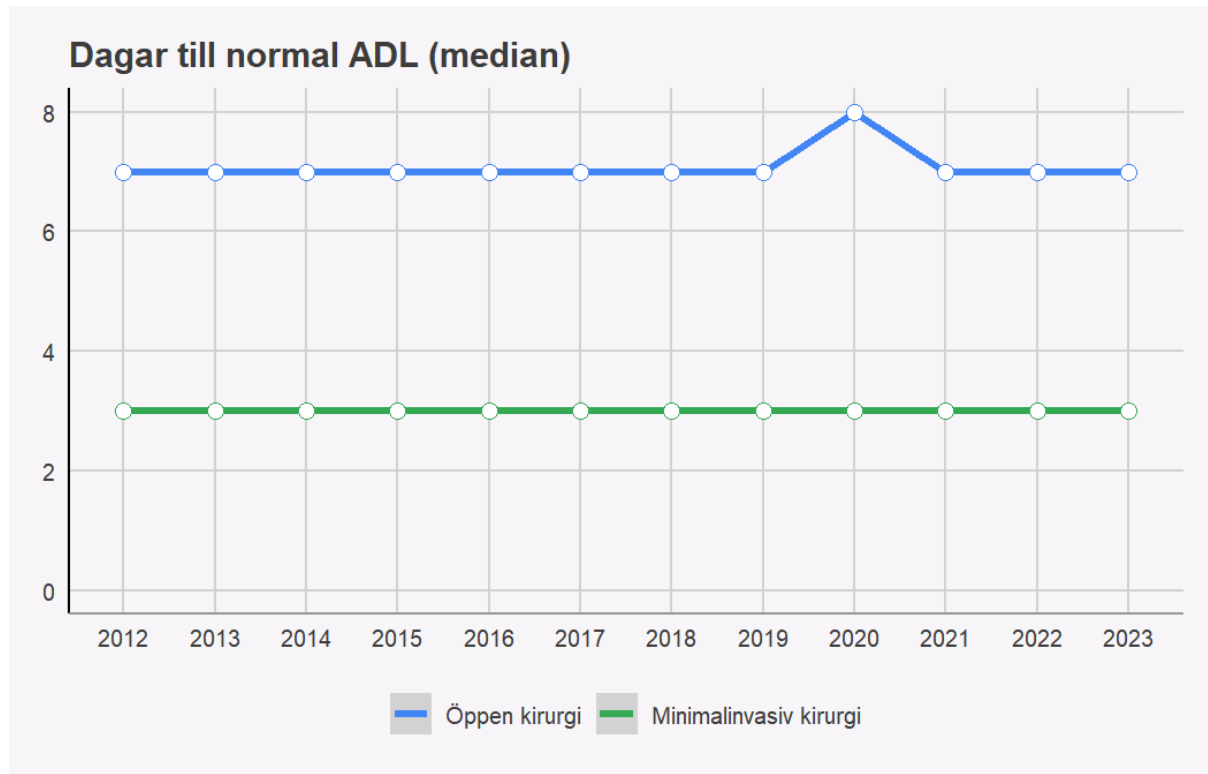


Figur 3. Förändring över tid avseende operationssätt uppdelat per sjukvårdsregion.

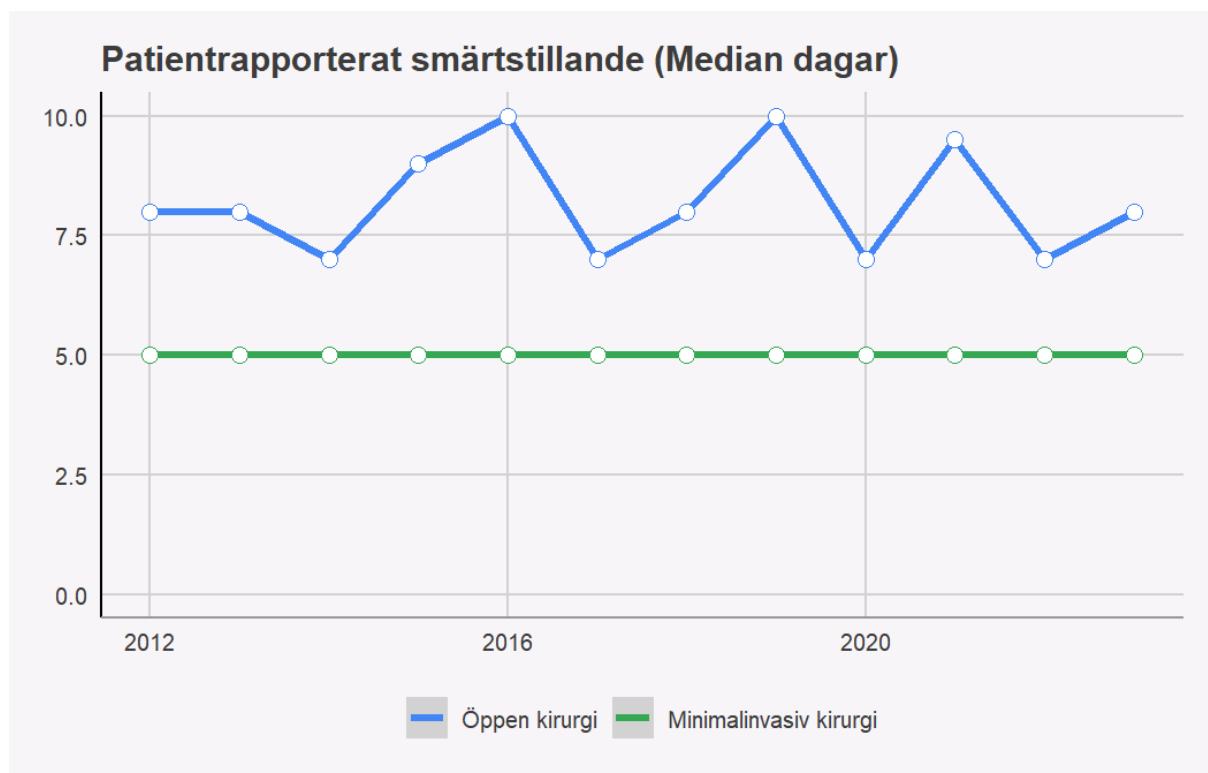
Norra sjukvårdsregionen består av regionerna Norrbotten, Västerbotten, Jämtland/Härjedalen och Västernorrland. Mellansverige: Dalarna, Gävleborg, Uppsala, Värmland, Örebro, Västmanland och Sörmland.

Stockholm/Gotland består av Stockholm och Gotland. Sydöstra sjukvårdsregionen består av Östergötland, Jönköping och Kalmar. Västra sjukvårdsregionen består av regionerna Västra Götaland och norra Halland. Södra sjukvårdsregionen består av södra Halland, Blekinge, Kronoberg och Skåne.

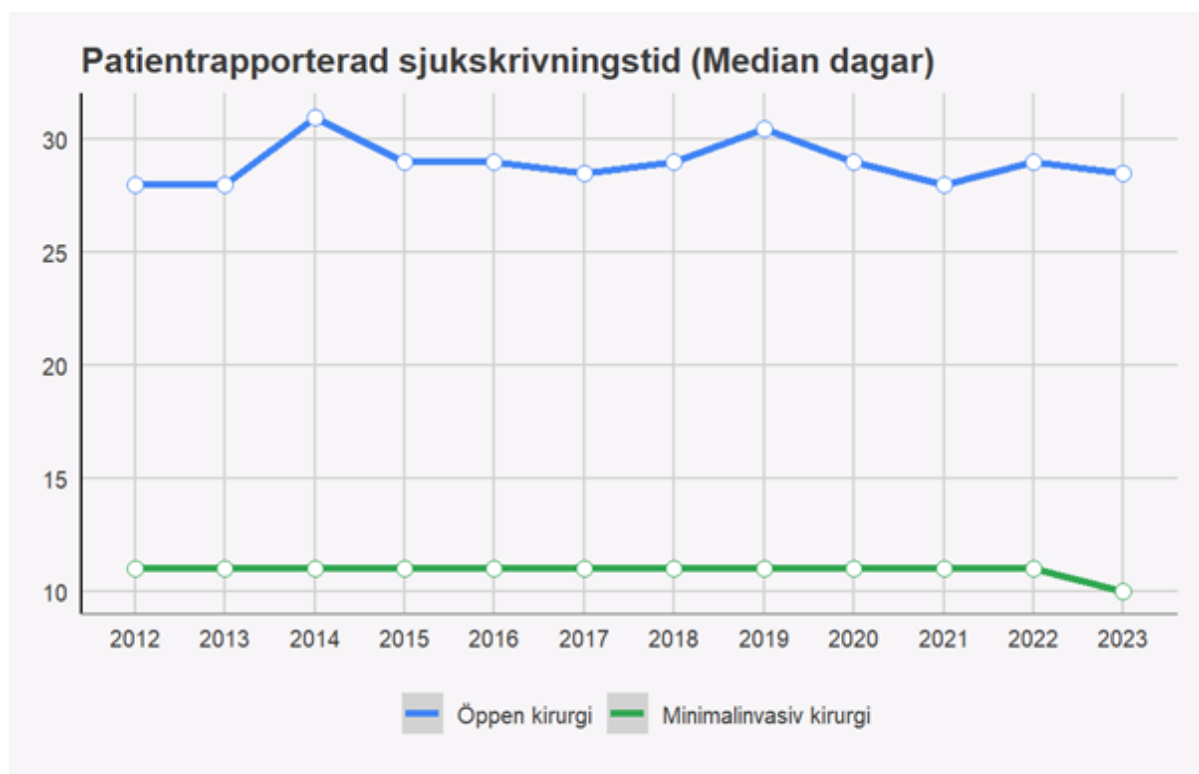
I många tidigare årsrapporter har data avseende skillnader i utfall för de som genomgått minimalinvasiv kirurgi jämfört med öppen bukkirurgi redovisats. Det känns som att slå in öppna dörrar att göra det igen - men det var ett tag sedan de patientrapporterade uppgifterna avseende hur lång tid det tog att nå normal ADL, hur länge smärtlindring användes och hur länge de var hemma från arbetet presenterades. Därför bjuds det på bilder om detta nu. Inga förändringar alls ses över tid för de som är laparoskopiskt opererade, viss variation finns bland de öppet opererade mellan åren. Det är viktigt att tänka på att det är en till antalet liten grupp varför även små variationer får genomslag.



Figur 4. Tid till normal ADL efter adnexoperationer beroende på operationssätt, förändring över tid.



Figur 5. Användning av smärtstillande läkemedel efter operation beroende på operationssätt, över tid

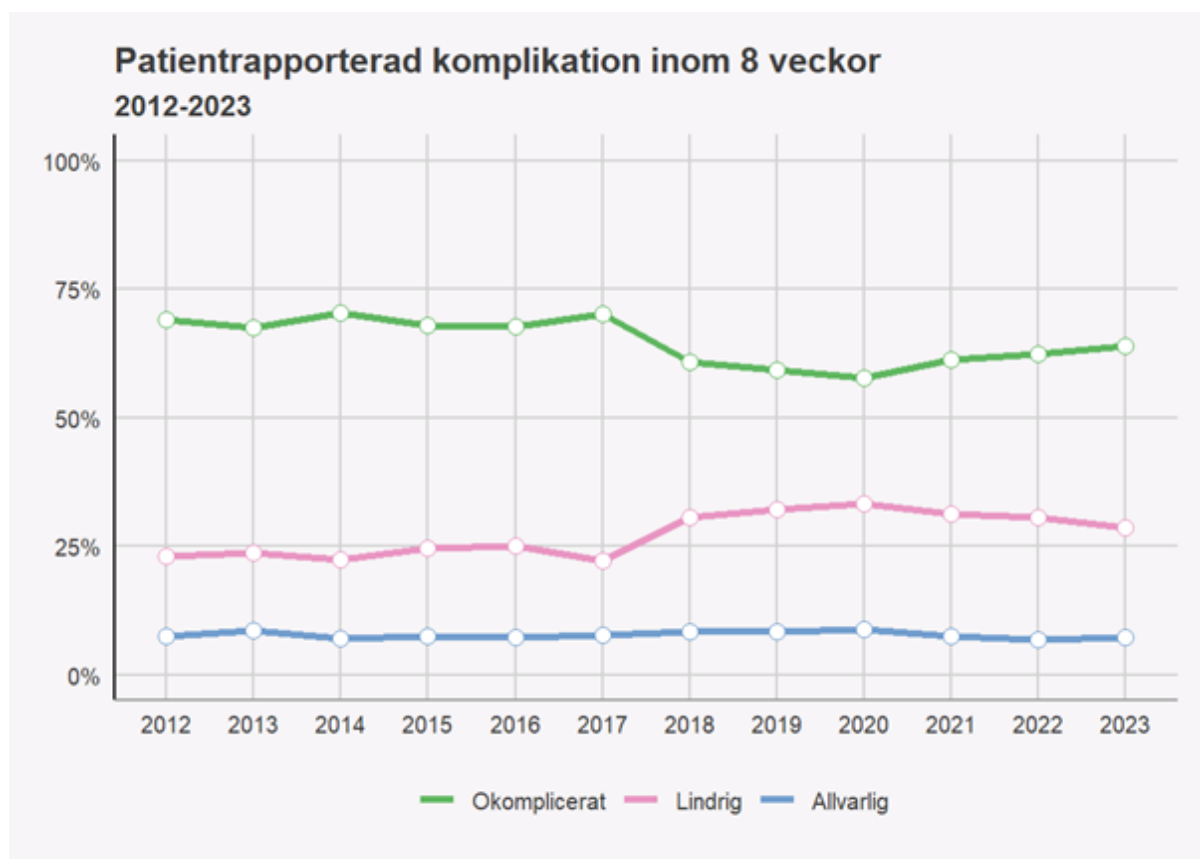


Figur 6. Patientrapporterad sjukfrånvaro efter operation beroende på operationssätt, över tid.

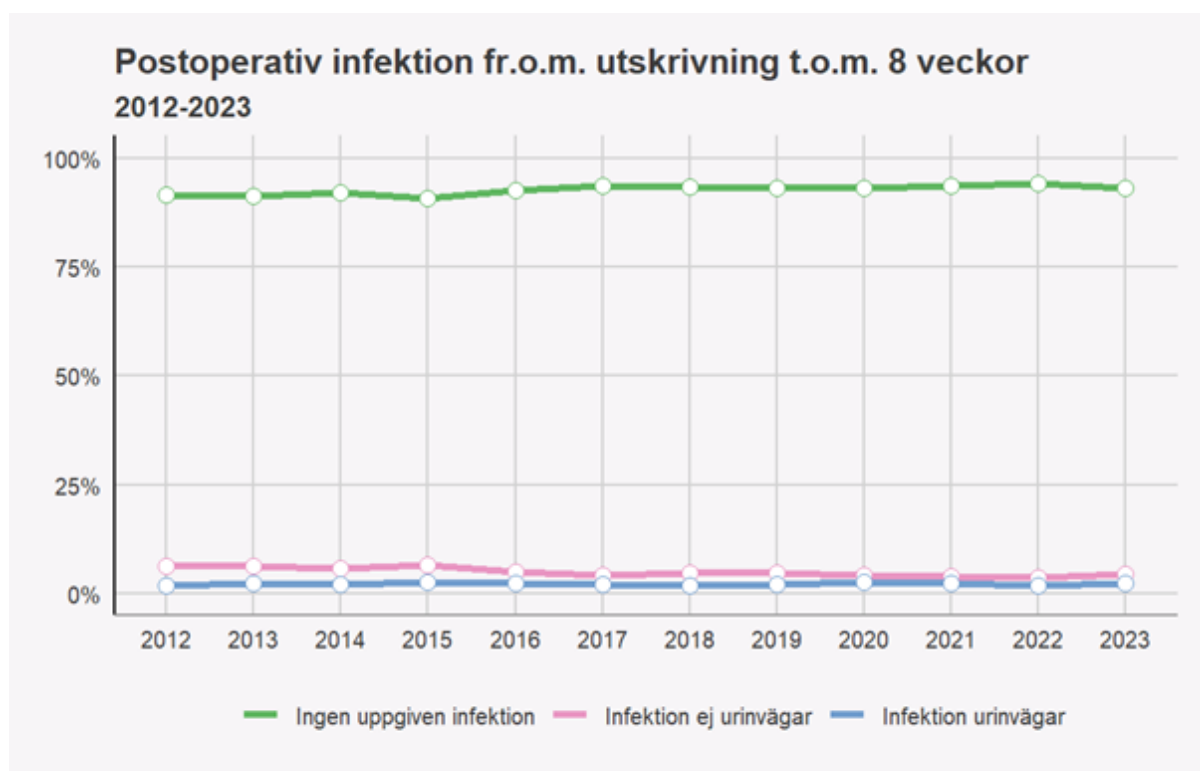
Komplikationer

Figuren som visar hur patienterna rapporterar oförväntade besvär visar en del svängningar som är svåra att förstå med tanke på att andelen laparoskopi ökat medan de rapporterar fler lindriga oförväntade besvär. En delförklaring ligger i att det blev en ändring mellan 2017–2018 då förstoppning gick att registrera för patienten och plötsligt ökade de postoperativa besvären. Successivt ser vi sedan en återgång mot tidigare andel okomplicerade operationer vad patienterna anbelangar i takt med ökande andel laparoskopi. Ibland är det viktigt att komma ihåg historien för att förstå samtiden!

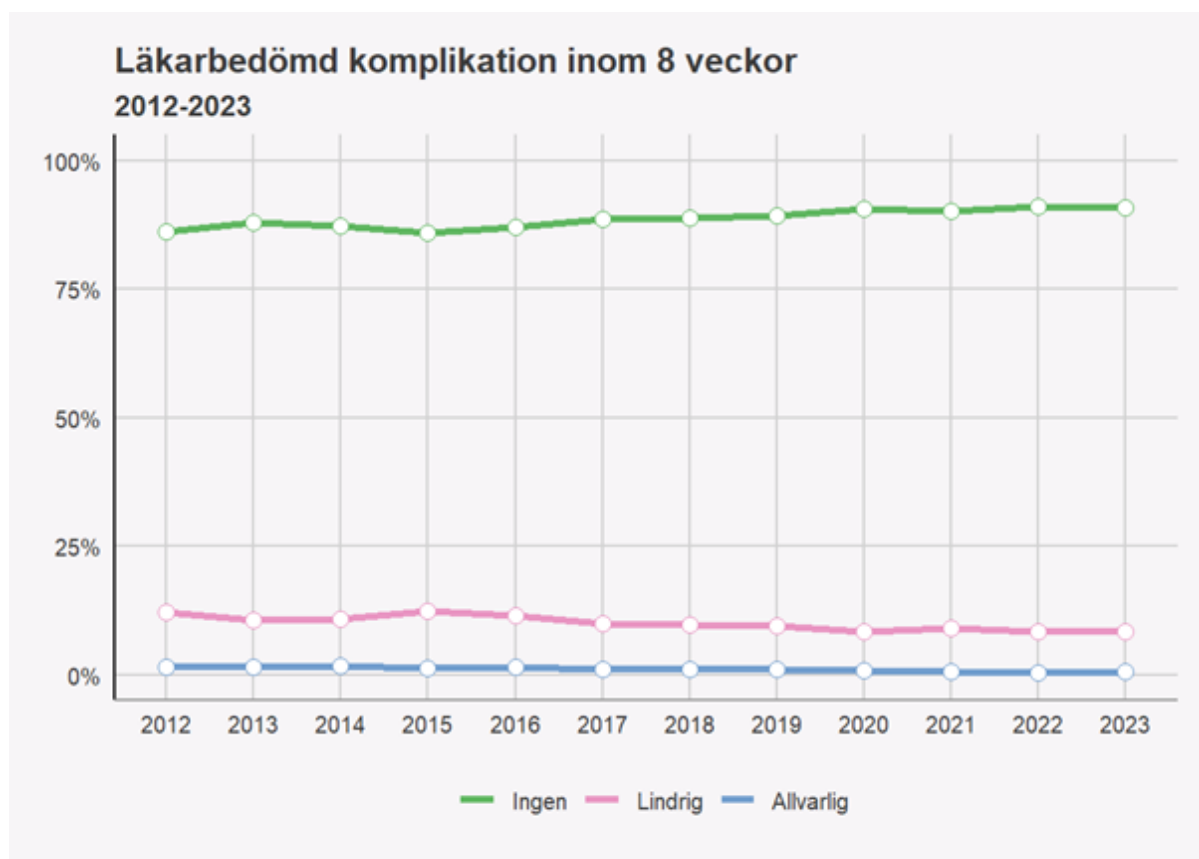
Andelen postoperativa infektioner har alltid varit låg i Adnexregistret och andelen har sjunkit i takt med att andelen minimalinvasiv kirurgi ökat (figur 8). Även läkarnas komplikationsbedömning uppvisar samma mönster och även om det inte är så många procentenheter i skillnad mellan år 2012 och år 2023 så representerar en halvering av andelen komplikationer drygt 200 individer som inte drabbats av en komplikation på ett år.



Figur 7. Patientrapporterade oförväntade besvär inom 2 månader efter operationen, förändring över tid.



Figur 8. Andel postoperativa infektioner efter adnexkirurgi, förändring över tid.



Figur 9. Läkarbedömda komplikationer fram till och med 2 månader efter operation, förändring över tid.

Datakvalitet/validitet

Ett kvalitetsregisters rapporter är aldrig bättre än de data som matats in. Ännu mer är kvaliteten beroende på den data som *inte* matas in.

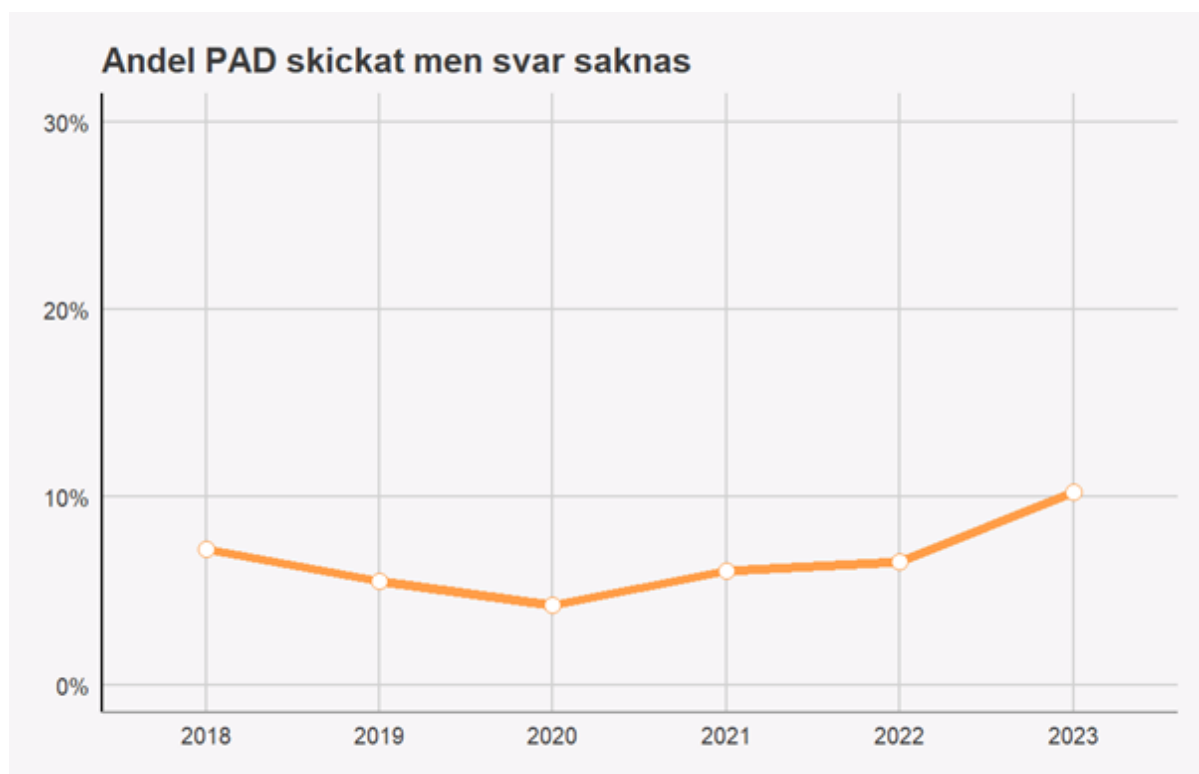
Alla som gjort ett vetenskapligt arbete vet hur allvarlig förlust av eller avsaknad av data är. Det minskar trovärdigheten att kunna applicera de resultat som studien visar på den population man avser att beskriva. När det gäller att få patienterna att svara på enkäterna så är vi lyckligt lottade i GynOp. En stor andel av patienterna besvarar enkäterna bara de får möjlighet till det. Oftast ligger svarsfrekvensen i Adnexregistret runt 75–80% vilket i enkätsammanhang får anses vara väldigt bra.

Det finns dock ingen anledning att ifyllnadsgraden från sjukvårdens sida ska vara något annat än närmare 100%. Det är den inte!

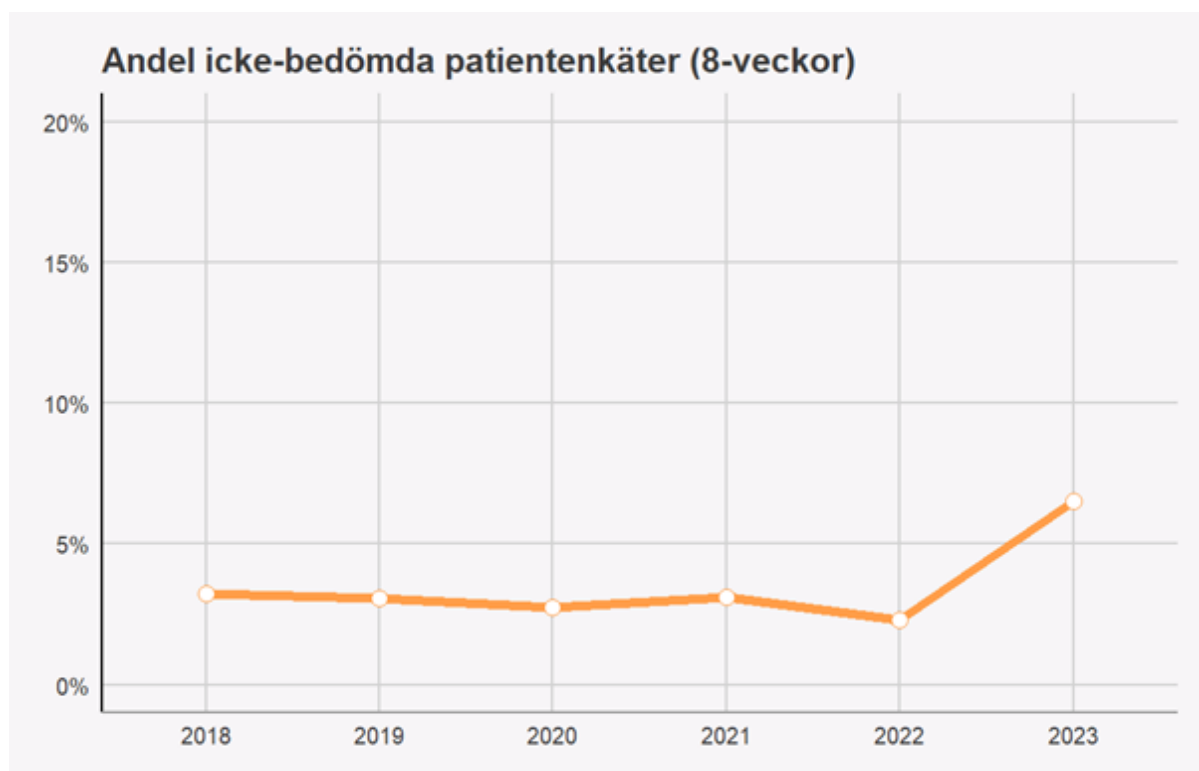
När det gäller formulären Anamnes, Operation och Utskrivning så brukar det vara i det närmaste hundra procentigt, de senaste åren har rikssnittet legat på 98%. År 2023 visar en något störande nedgång till 95%, men det får fortfarande anses acceptabelt.

Riktigt lika bra är det inte med att fylla i PAD när vävnad faktiskt skickats för analys. År 2023 saknas 10%.

När väl våra patienter skickat in svar på enkäterna efter operation är det rimligt att alla bedöms. Det lyckas vi bättre med på riksnivå jämfört med att fylla i PAD och vanligtvis är missade bedömningar mindre än 5%. Eftersom hela komplikationsbedömningen, som ju en av de viktigaste kvalitetsparametrarna att följa i ett kirurgiskt register, bygger på 8-veckorsenkäterna så är det av synnerlig vikt att bevara bra siffror här. Senare i den här rapporten så kommer klinikjämförelser av dessa parametrar visas. Kliniker som ligger under 90% bör absolut prioritera att se över rutiner och arbetssätt. På GynOps interaktiva statistiksida (<https://statistik.incanet.se/gynop/>) går det utmärkt att följa dessa kvalitetsvariabler på bland annat kliniknivå. Databasen uppdateras varje månad.



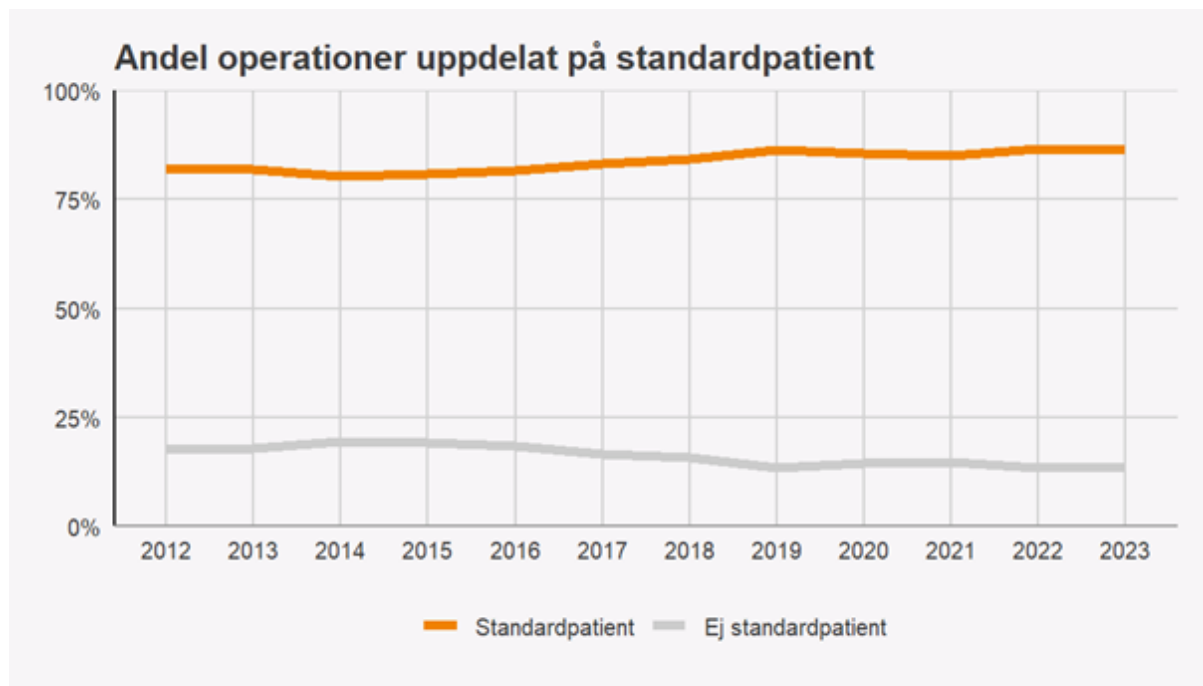
Figur 10. Andel PAD där svar infört i GynOp saknas trots att vävnad skickats för PAD, över tid.



Figur 11. Andel 2-månadersenkäter från patienterna som inte bedömts av opererande klinik, över tid.

Som avslutning av den här exposén av förändringar över tid så visas en figur som beskriver andelen standardpatienter i Adnexregistret. Begreppet standardpatient togs fram för ett tiotal år sedan i syfte att komma ifrån osäkerheten att skillnader i resultat mellan kliniker beror på skillnader i patientpopulationerna. En standardpatient ansågs kunna bli opererad på vilket sjukhus som helst och inget en klinik valde att remittera vidare till exempelvis universitetskliniker.

Nu, sedan NHV Endometrios infördes så kommer de fyra kliniker som bedriver NHV-kirurgin absolut ha en annan patientpopulation än vi andra och det är viktigt att komma ihåg. Endometriospatienterna hamnar i Adnex- eller Hysterektomiregistret beroende på vilket ingrepp de genomgått. Drygt 80% av de vi opererar kategoriseras som standardpatient.



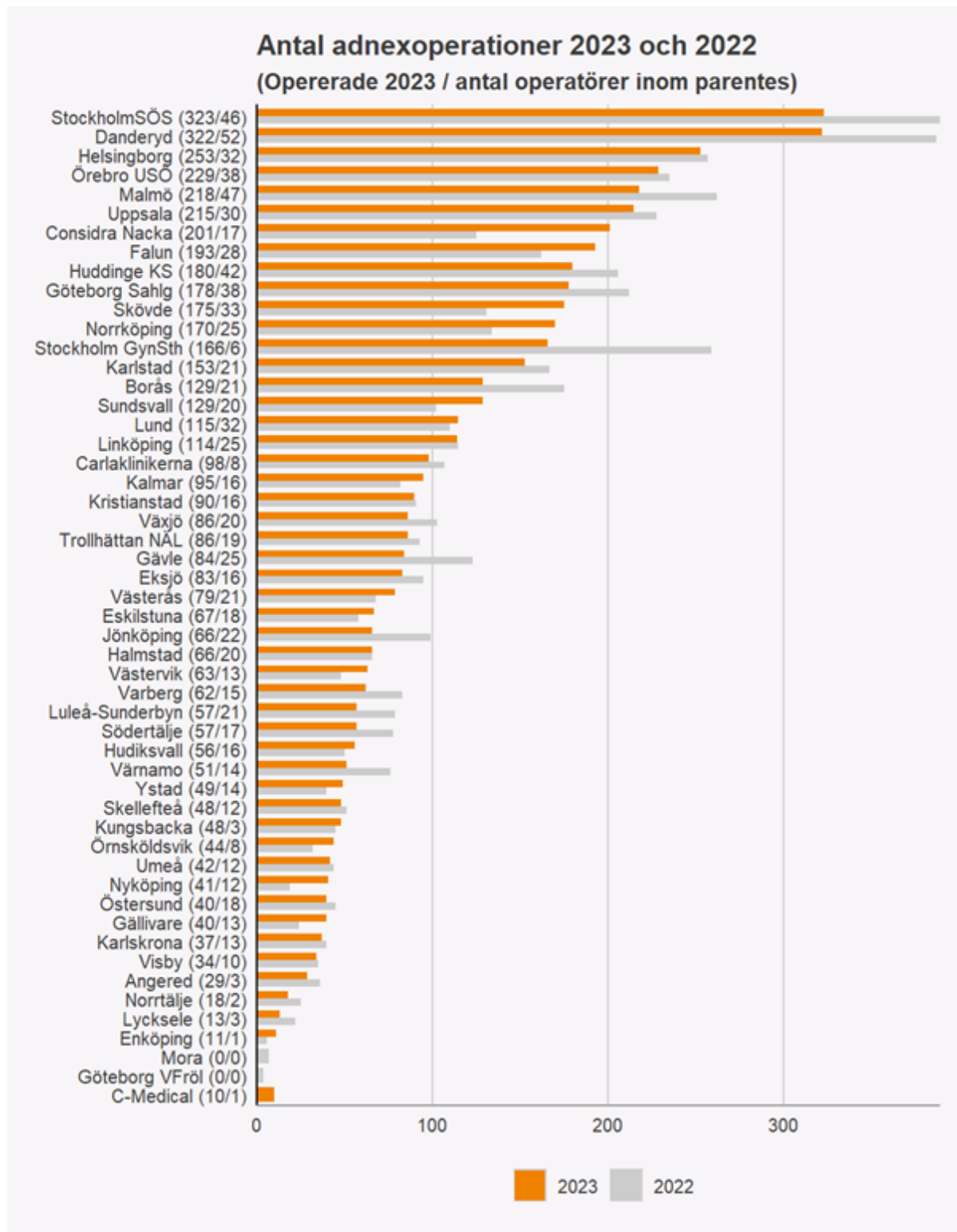
Figur 12. Andel standardpatienter Adnex på riksnivå, förändring över tid.

Reglerna för standardpatient Adnex:

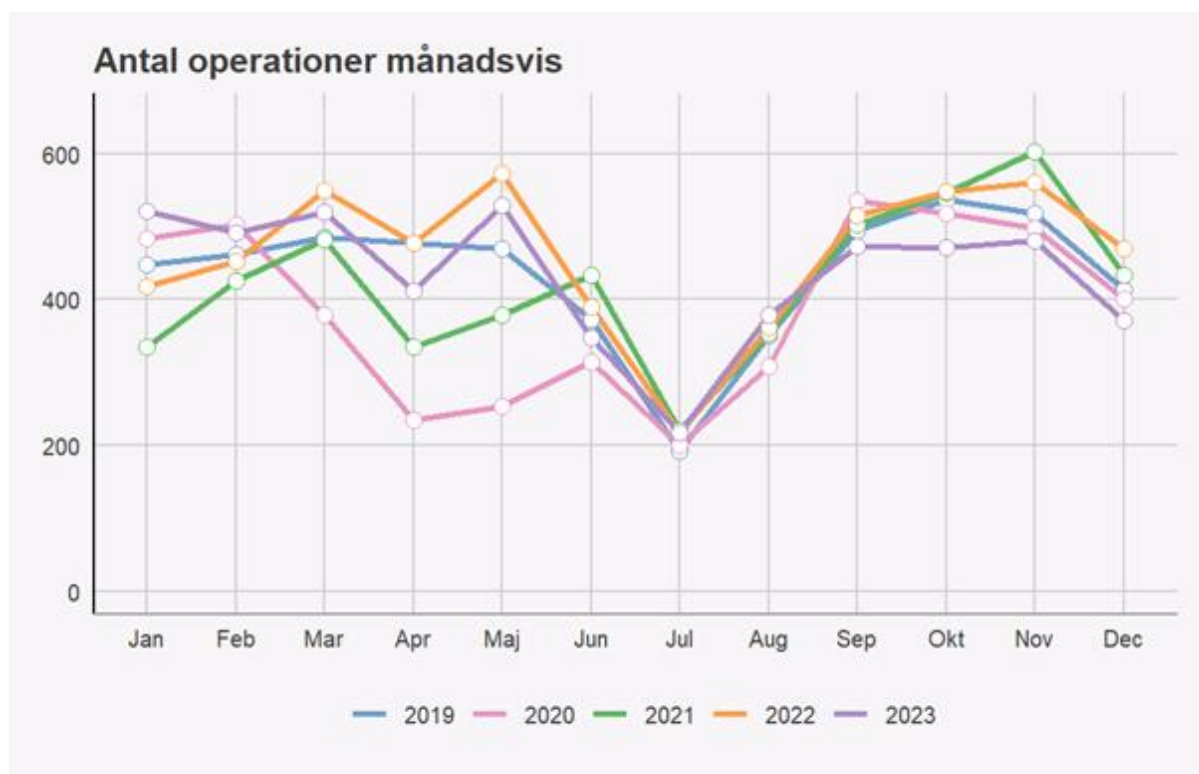
- Endast utförts adnexoperation
- Benign indikation peroperativt
- Ej indikation endometrios
- Adnexresistens ≤ 10 cm
- Ultraljud cysta ≤ 100 mm
- ASA-klass 1–2
- Ålder <70 år

Utförda operationer 2023

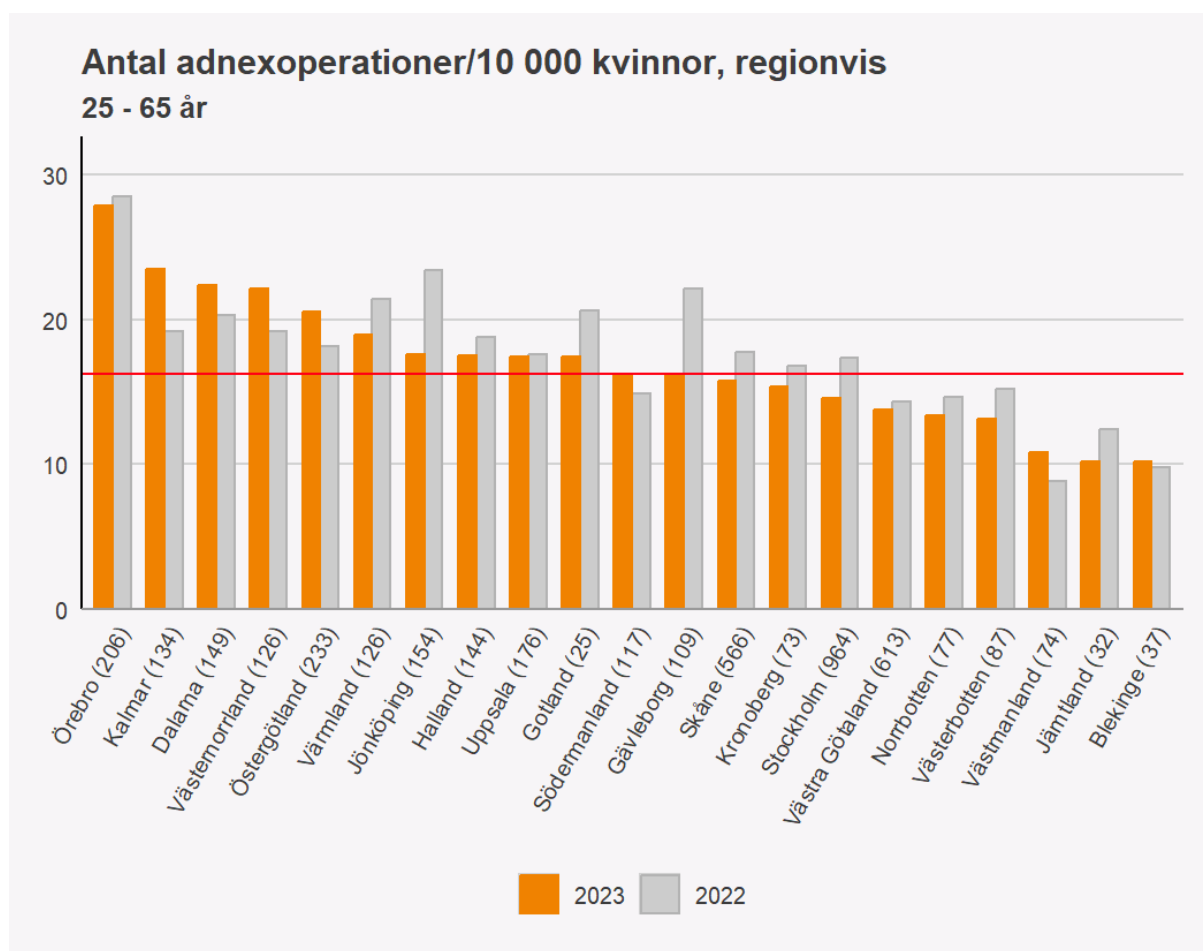
I figur 13 presenteras hur många operationer varje klinik, som registrerat fler än 10 operationer under ett år, har gjort. Det är betydande volymsskillnader. I figur 14 ser vi hur antalet operationer fluktuerar över året, under juli månad är det rimligt att anta att det nästan bara är akuta operationer som registreras. Det var bara i början av 2023 som det utfördes fler operationer än år 2022. Den tydliga post-covid-upphämtningen ser alltså ut att ha mattats av. Totalantalet år 2023 matchar dock år 2019 som vi haft som referens pre-covid.



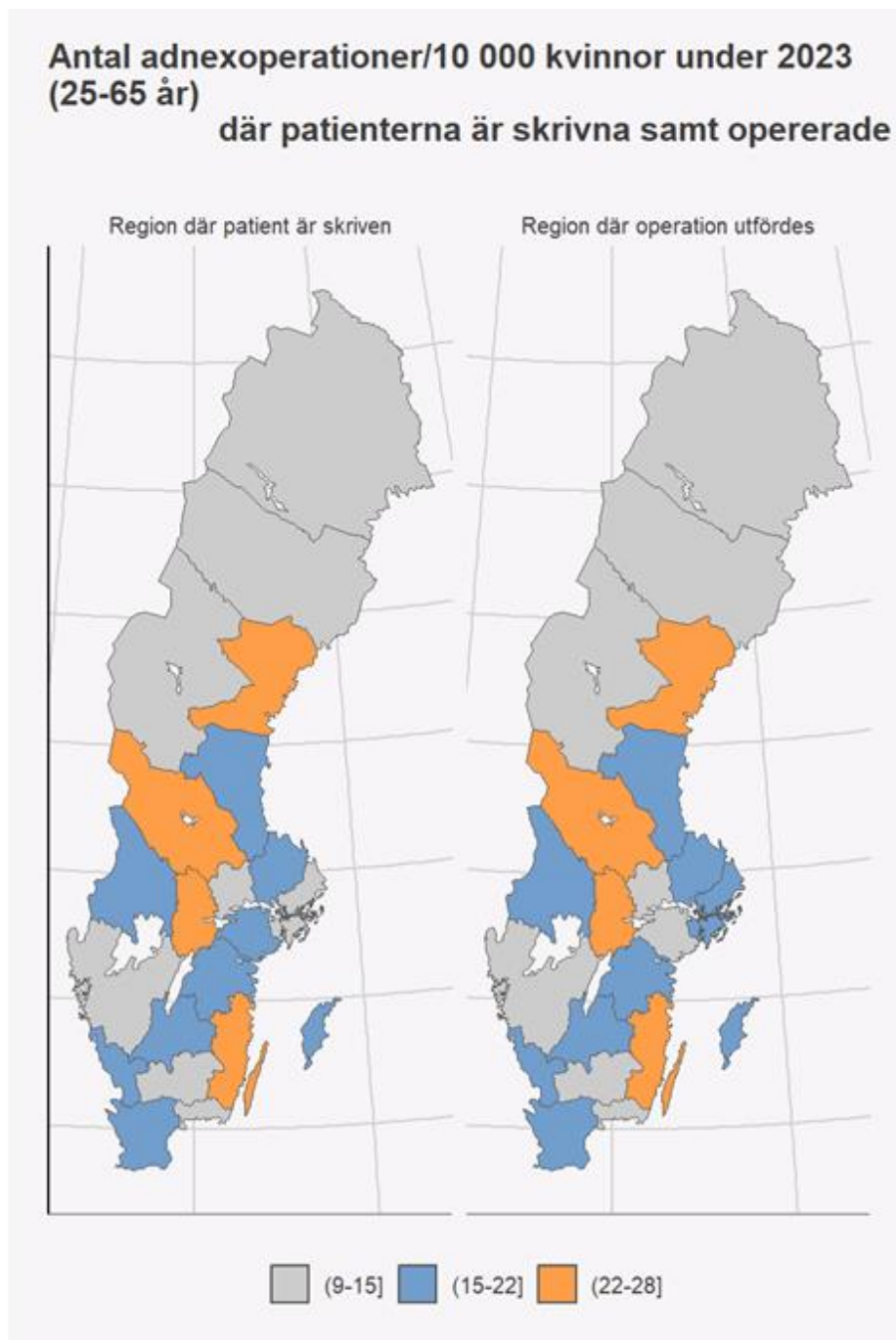
Figur 13. Antal adnexoperationer per klinik, år 2023 orange stapel och år 2022 grå stapel som jämförelse. Inom parentes anges antal utförda operationer fördelat på antalet operatörer.



Figur 14. Antal operationer per månad från 2019 och framåt.



Figur 15. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor (ålder 25–65 år) där de är skrivna, hämtat från GynOp-registret och SCB år 2023. Inom parentes visas antalet opererade för 2023. Den röda horisontella linjen är medianen av antal adnexoperationer/10000 kvinnor 2023 för riket.



Figur 16. Antal adnexoperationer/10 000 kvinnor under 2023 (25–65 år) där patienterna är skrivna samt opererade hämtat från GynOp-registret och SCB år 2022 och 2023.

Figur 15 och 16 visar regionala skillnader i hur många som genomgår en adnexoperation per 10 000 kvinnor i respektive region. Den första Sverigekartan visar samma sak som figur 15 fast annorlunda visualiserat. Den andra kartan visar antalet operationer/10 000 kvinnor där operationen utfördes. Den finns med för att kontrollera operationsmigrationen. Vi kan konstatera att förutom att Stockholm verkar operera patienter från Södermanlands län så verkar de flesta mest operera sina egna patienter.

Akuta operationer

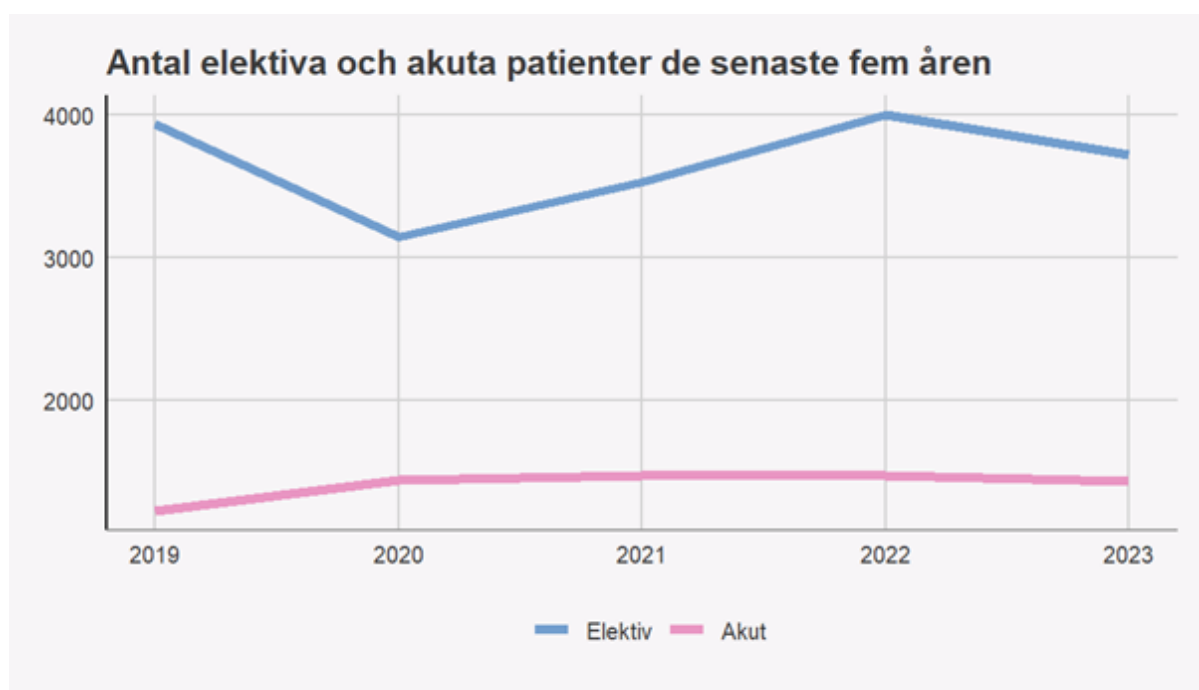
Det har registrerats ungefär lika många akuta operationer år 2023 (1436 stycken) jämfört med föregående år (1455). Andelen akut kirurgi har dock ökat något eftersom antalet elektiv kirurgi minskat något (figur 14).

Det är 34 kliniker som registrerat fler än 10 akuta patienter, men alla kliniker i Sverige anslutna till GynOp-registret och som bedriver akut gynekologisk vård har registrerat patienter (titta under fliken Operation-Adnex-Akut/Elektiv-2023 på statistiksidan, <https://statistik.incanet.se/gynop/>).

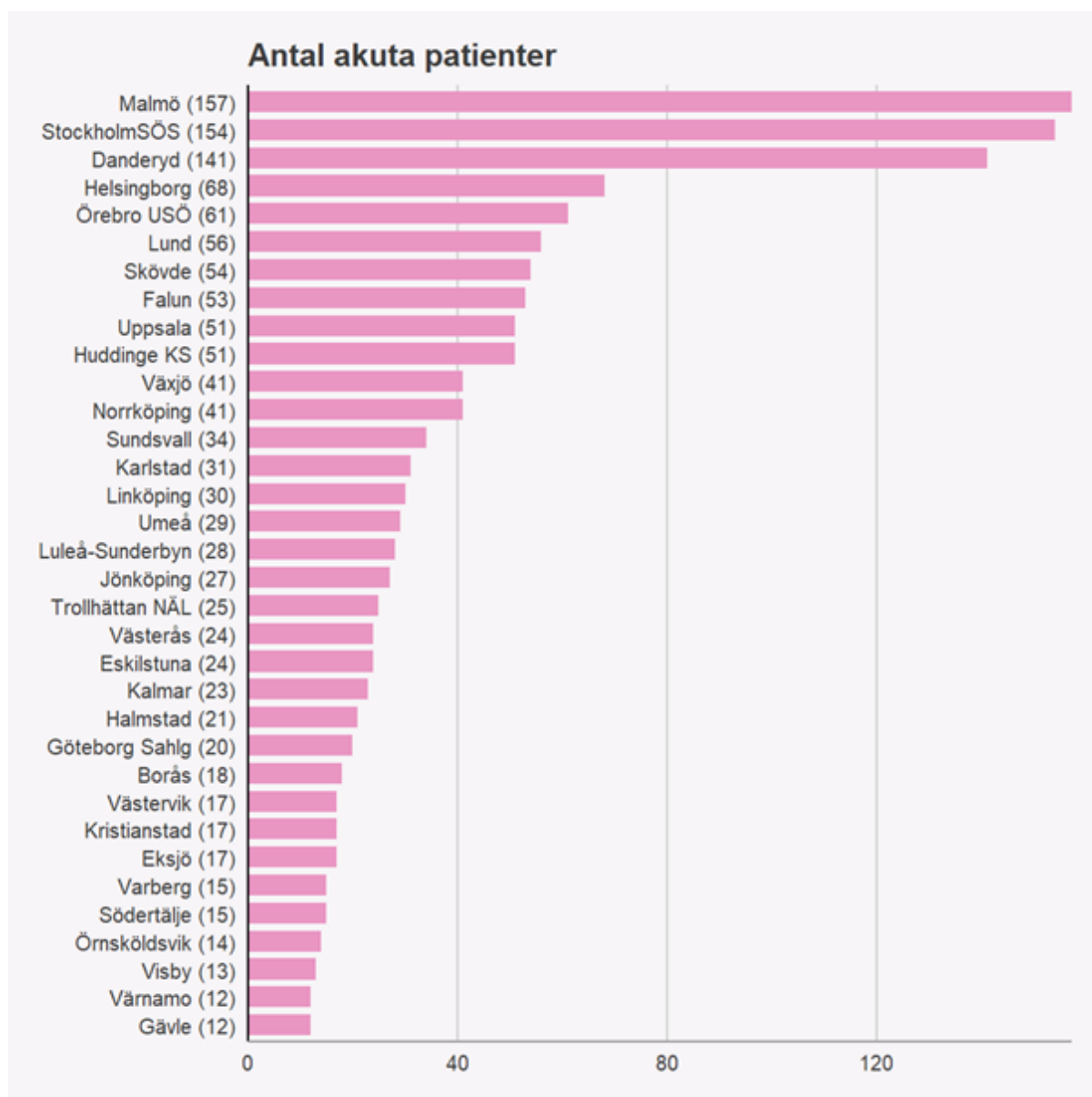
Det är tack vare den ökade registreringen av akuta operationer Adnexregistret äntligen nått täckningsgradsmålet över 85%. Det är väldigt roligt och viktigt, lika viktigt är det att fortsätta arbetet på klinikerna att få med de akuta operationerna för att bibehålla en god täckningsgrad. För storstadsklinikerna Södersjukhuset och Danderyd utgör de akuta operationerna hälften av alla registrerade och i Malmö, detta föredöme, utgör de akuta operationerna 70% av alla registrerade!

Det finns med andra ord en ordentlig förbättringspotential för kliniker med akutvårduppdrag i storstadsregioner med stort upptagningsområde att öka registreringen av akuta patienter.

Den vanligaste indikationen vid akut adnexkirurgi är graviditetsrelaterade problem, det vill säga extrauterina graviditeter. Det finns nog betydande skillnader hur extrauterina graviditeter behandlas vid olika kliniker. En del kliniker behandlar de flesta med kirurgi, andra har sannolikt en hög andel som behandlas med Methotrexate eller aktiv exspektans. Behandlingstraditioner finns det gott om och det påverkar naturligtvis hur många akuta operationer som en given klinik gör på ett år. Oaktat detta så kan med säkerhet flera kliniker förbättra andelen akuta patienter i GynOp.



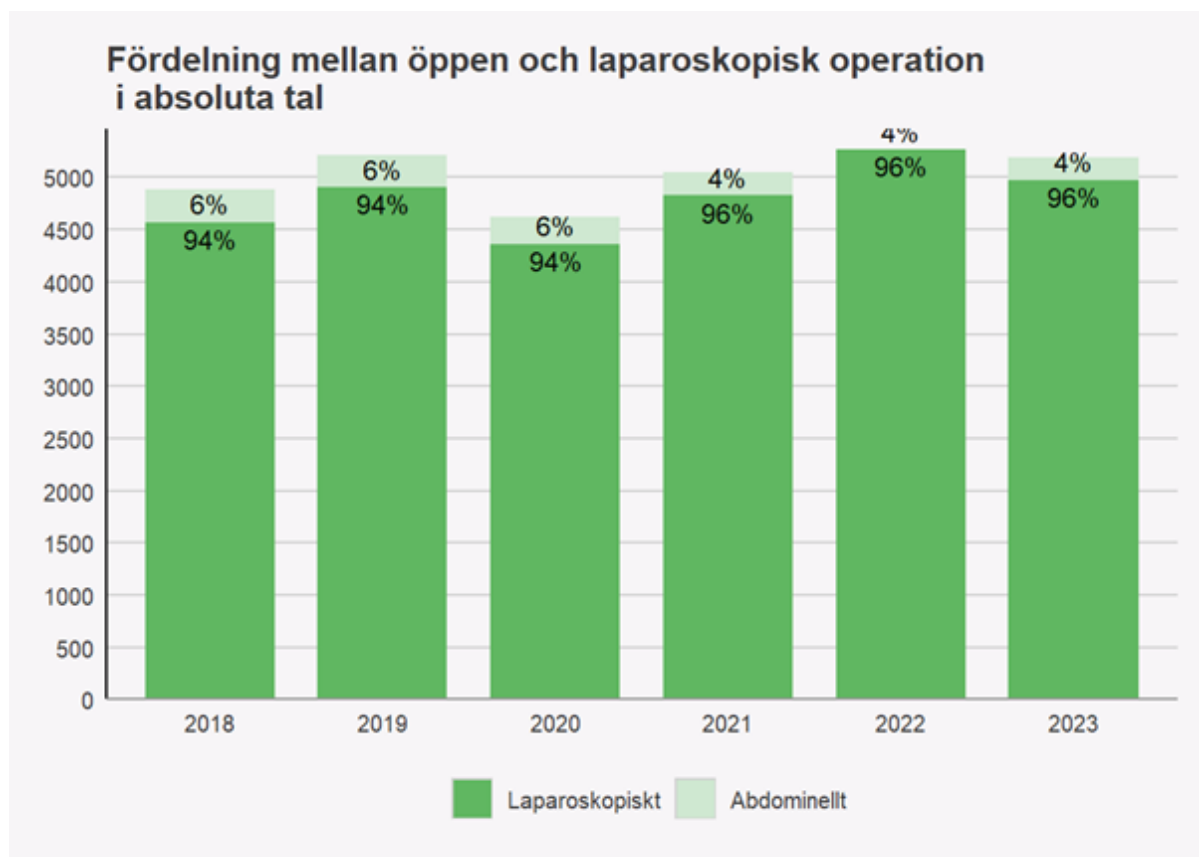
Figur 17. Fördelning planerade (elektiva)/akuta operationer i Adnexregistret över tid.



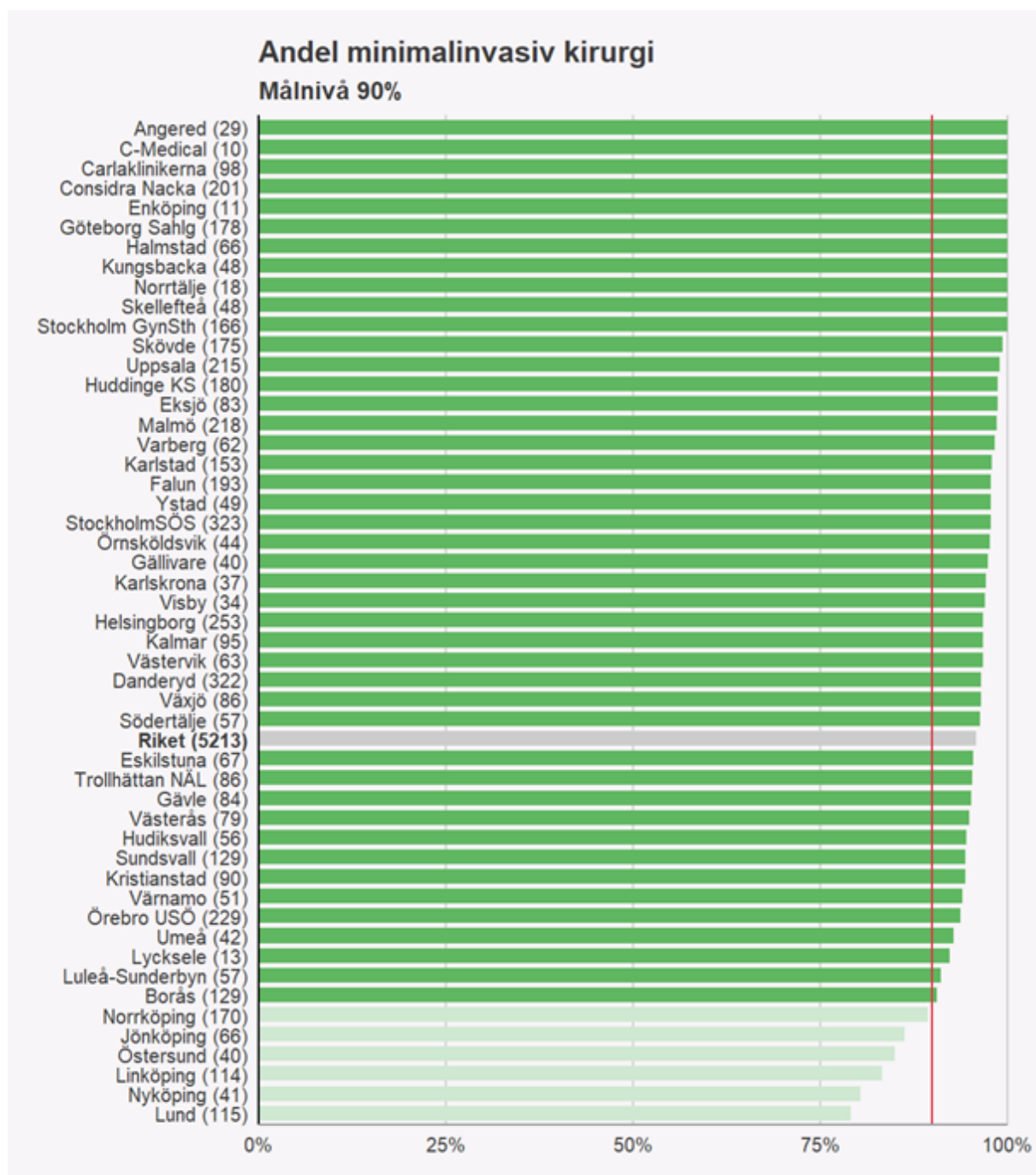
Figur 18. Antal registrerade akuta operationer, kliniker med över 10 registrerade patienter för år 2023.

Operationssätt

Den inledande delen av denna rapport har visat hur andelen minimalinvasiv (=laparoskopi) har ökat på ett väldigt fint sätt över tid för att sedan plana ut. Att 96% av alla adnexoperationer som har förväntad benign indikation utförs minimalinvasivt är bra och rimligt. De allra flesta klinikerna uppfyller målnivån 90%, kanske dags att höja den? En ny figur för den här rapporten är kartan som visualiserar vilka sjukvårdsregioner som uppfyller målet och vilka som inte gör det.



Figur 19. Fördelning mellan öppen och laparoskopisk kirurgi i absoluta tal år 2023, förändring över tid.



Figur 20. Andel minimalinvasiv kirurgi vid adnexkirurgi år 2023, uppdelat per klinik.

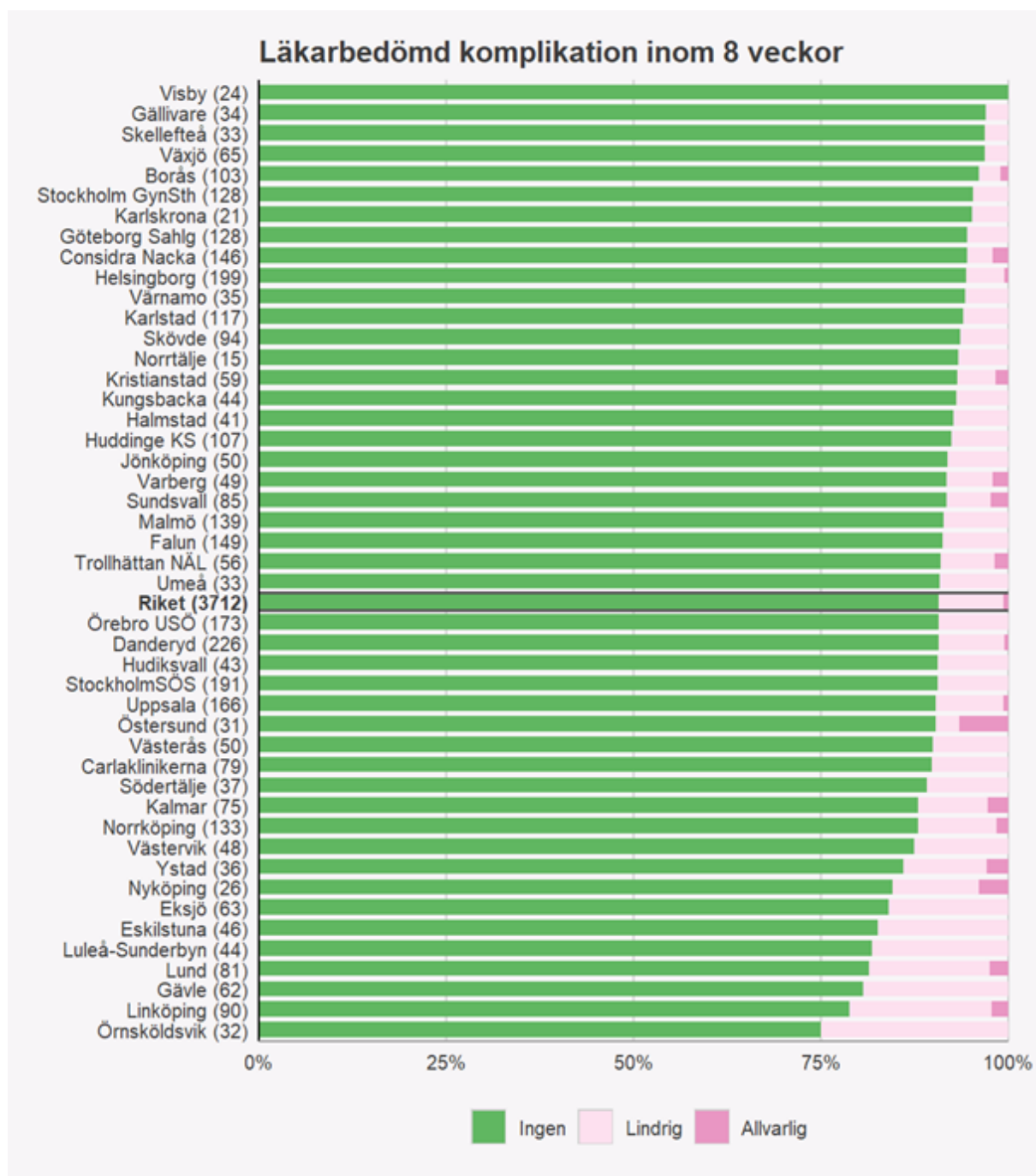
Komplikationer

Komplikationsregistreringen i GynOp bygger på att operatören bedömer om det förelegat någon per- eller postoperativ komplikation. Bedömningen baseras dels på operatörens omedelbara kunskap om vad som hänt under operation och vårdtid. Journaluppgifter från egen eller annan klinik där patienten eventuellt sökt för en komplikation ger också information. Ofta är dock den enda tillgängliga information den patienten lämnar i 8-veckorsenkäten. Det är naturligtvis av stor vikt att det finns samsyn mellan olika vårdgivare vad som räknas som en komplikation. I en studie publicerad under år 2023 har just detta studerats. Collins et al kunde visa att det råder en god överensstämmelse mellan olika gynekologer vad som ska räknas som komplikation, framför allt vid svårare komplikationer. Även graderingen av komplikationer med Clavien-Dindos klassificeringssystem visade god överensstämmelse. Däremot var diskrepansen större när det gällde lindriga komplikationer som gränsar mot normalt, förväntat postoperativt förlopp. Studien utfördes på Hysterektomi- och Adnexregistret (1).

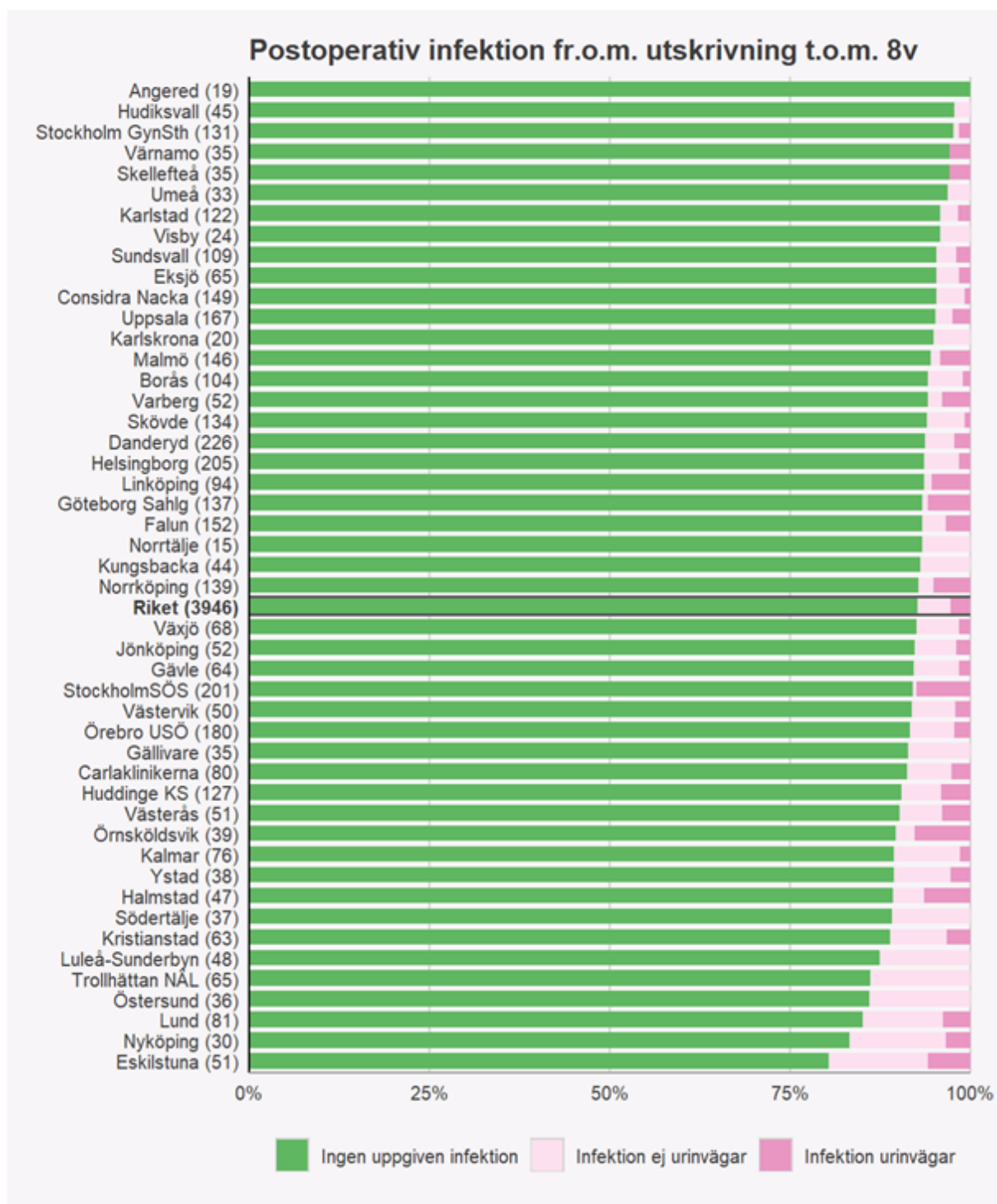
Att det råder viss tveksamhet i bedömningen ser vi i figurerna över läkarbedömda komplikationer (figur 22) och andelen postoperativa infektioner (figur 23). Det finns kliniker som har lägre andel komplikationer totalt än andelen patienter som fått antibiotika i det postoperativa förloppet. Just den variabeln är dessutom validerad och vi vet att om patienten uppgivit att de använt antibiotika i det postoperativa förloppet så stämmer det. Skillnaderna kan förstås bero på att enkäterna inte blivit bedömda och att det därför inte kommit till klinikens vetskap, eller så bedömer kliniken helt enkelt att det inte förelegat en komplikation trots att patienten fått antibiotika.

Patienterna uppger alltid en högre grad av oförväntade postoperativa besvär än vad sjukvården klassar som komplikation. Under år 2023 så skattar patienterna att det var 20% av operationerna som föranlett ett oförväntat förlopp där de kontaktat sjukvården medan klinikernas komplikationsbedömning hamnar på 10% för riket (figur 24). Det innebär att patienterna dubbelt så ofta som sjukvården anser att en komplikation uppstått. En stor andel av klinikerna har ungefär den kvoten mellan patienternas uppgifter och den egna bedömningen, men det finns en del variation i denna kvot mellan olika kliniker. En kan också spekulera i att det kan finnas skillnader mellan klinikers utfall i den här variabeln beroende på hur svårt eller enkelt det upplevs av patienten att komma i kontakt med opererande klinik när frågor om efterförloppet dyker upp. Detta har GynOp dock ingen möjlighet att mäta. Under alla omständigheter är just komplikationsbedömningen central för vårt kvalitetsregister och det pågår fler valideringsarbeten avseende detta.

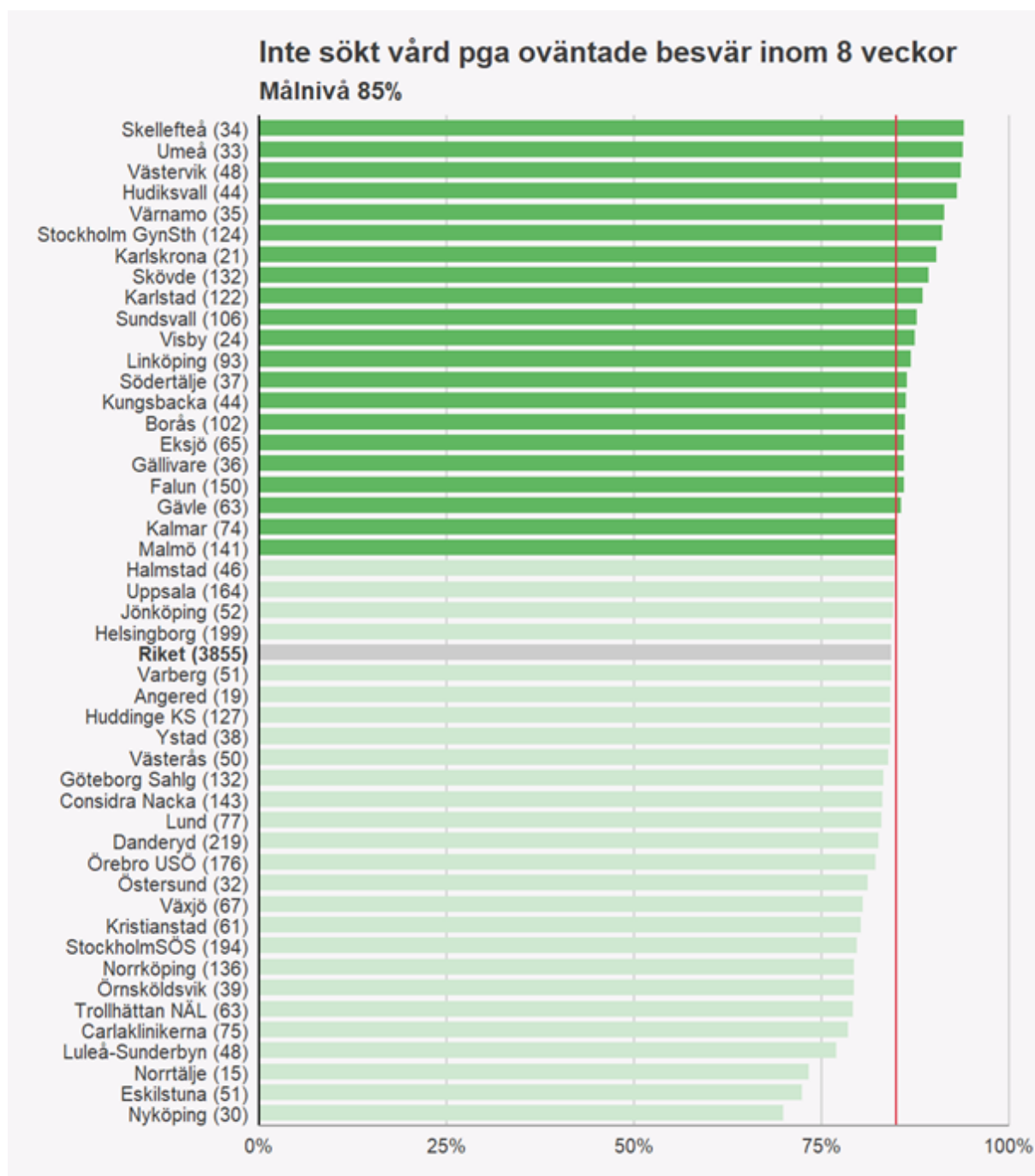
Det är ovanligt med allvarliga komplikationer vid adnexoperationer. Klassificeringssystemet Clavien-Dindo mäter vilken påverkan en komplikation får för patienten, Grad 1 är en markör för ett postoperativt förlopp som inte bedöms vara helt normalt, men har inte krävt några större åtgärder. Grad 2 innebär att medicinsk behandling krävts (vanligen antibiotika). Grad 3a innebär reoperation i lokalbedövning, grad 3b i generell narkos. Grad 4 innebär i princip IVA-vård och grad 5 död. Av de 5169 operationer som registrerades i Adnexregistret 2023 är det 27 stycken som har en Clavien-Dindo-klass 3a (hälften) eller sämre. Det utgör 0.7% av alla operationer.



Figur 22. Läkarbedömda komplikationer upp till 8 veckor efter operationen.



Figur 23. Andel postoperativa infektioner fram till och med 8 veckor efter operation, uppdelat på UVI och övriga infektioner, per klinik.



Figur 24. Andel patienter som angivit att de inte tagit kontakt med sjukvården på grund av oförväntade besvär.

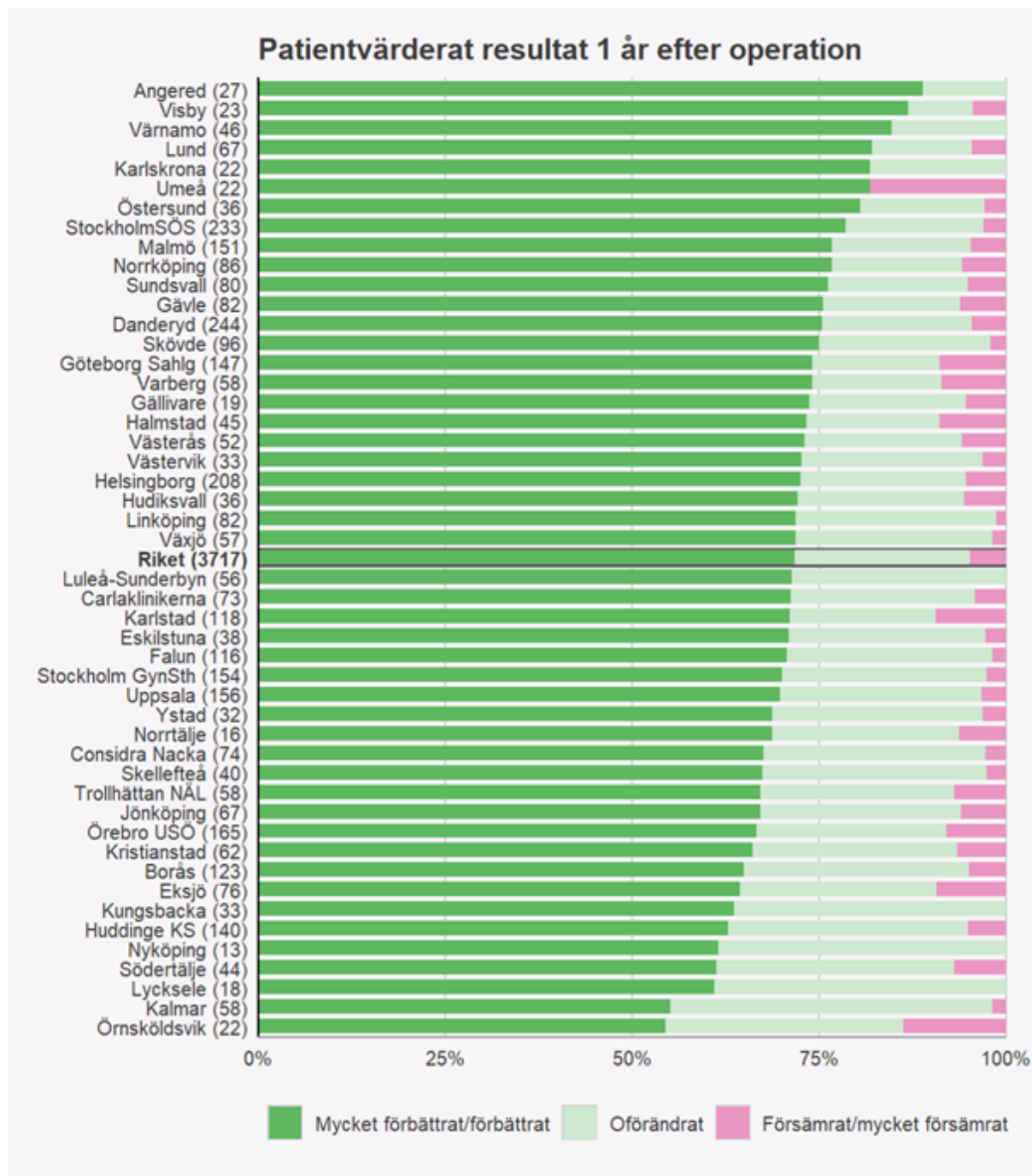
Tabell 1. Komplikationsklassificering enligt Clavien-Dindo

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop*.
Grad 1	178	342	52.0%	4.6%
Grad 2	132	342	38.6%	3.4%
Grad 3a	14	342	4.1%	0.4%
Grad 3b	12	342	3.5%	0.3%
Grad 4a	1	342	0.3%	0.0%
Uppgift saknas	5	342	1.5%	91.4%

Andel i population, dvs andel av totala antalet patienter som opererats med adnexkirurgi.

Patientvärderat resultat

Det ser ut som det brukar göra i Adnexregistret. En relativt stor andel av patienterna upplever ingen särskild förbättring av den genomgångna operationen.



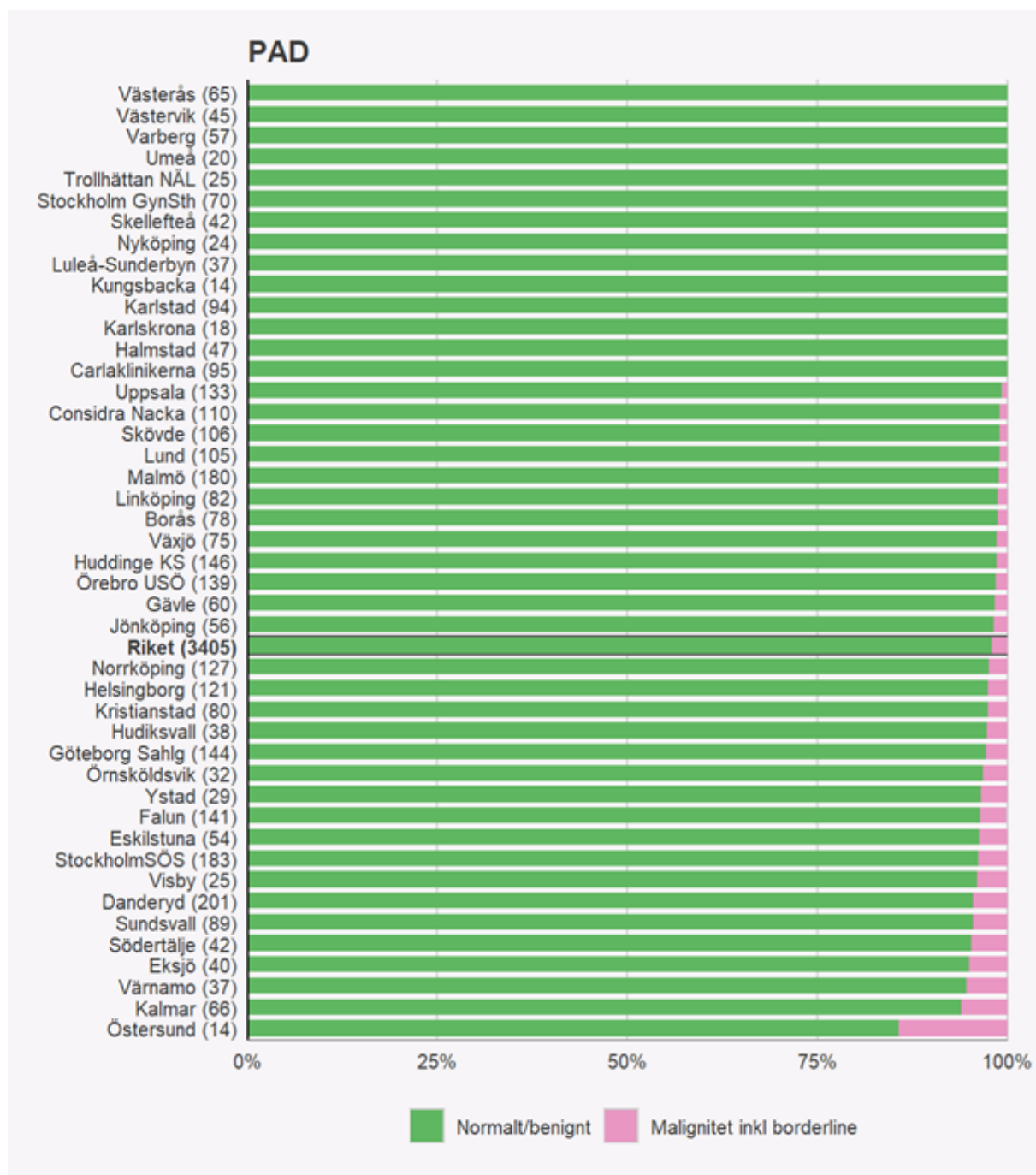
Figur 25. Patientvärderat resultat ett år efter operationen, baseras på operationer utförda år 2022.

Datakvalitet

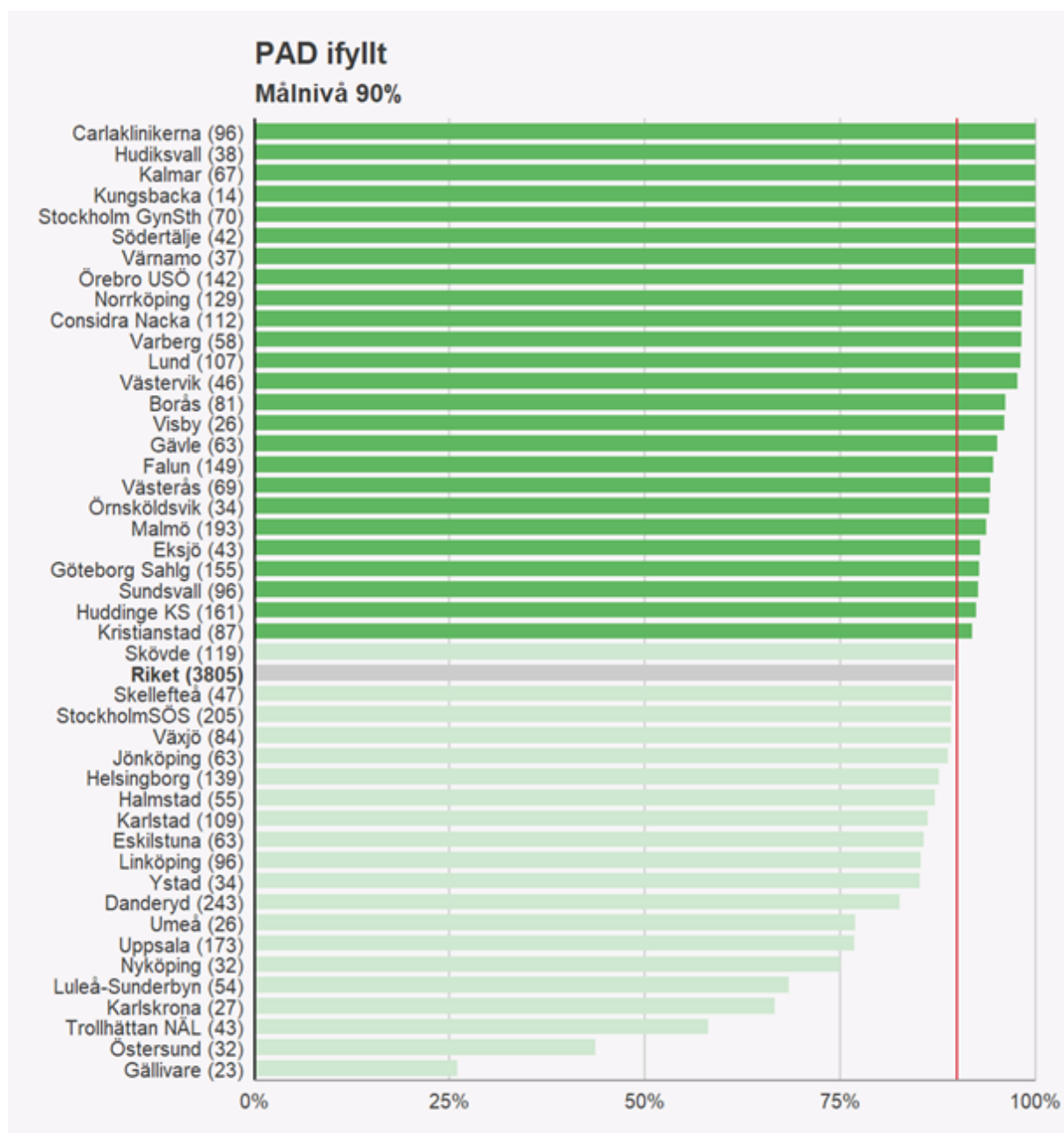
Att formulären fylls i, både av våra patienter och av oss själva är viktigt för att vi ska kunna lita på resultaten vi får fram. Är bortfallet för stort blir helt enkelt resultaten så osäkra att det inte går att dra några slutsatser av dem. Vi vet att patienterna i hög grad besvarar sina enkäter. I Adnexregistret är svarsfrekvensen sämre än i till exempel delregistret Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi. Vid analyser har vi sett att yngre patienter svarar mindre ofta än äldre. Medelåldern i Adnexregistret är lägst i GynOp, förutom i Bristningsregistret. Ändå är svarsfrekvensen god i Adnexregistret.

Jag har under några år använt PAD efter adnexoperation som ett exempel på hur svårt det kan vara att lita på resultaten om bortfallet är för stort. Andelen benigna PAD är mycket högt efter adnexoperationer, 97,1%. Men, eftersom det på riksnivå saknas 10,2% ifyllda PAD så vet vi inget om det egentliga utfallet. Om samtliga patienter i bortfallet skulle ha ett malignt PAD så ser ju helt plötsligt vår bedömningsförmåga före operationen helt annorlunda ut. Det måste bli bättre! Figur 27 borde lyfta på ögonbryn och föranleda åtgärder. Det är inte svårt. Dra ut listor på ofullständiga läkarformulär två gånger per år och be era läkare komplettera det som saknas. Numer är det inte ens jobbigt att fylla i GynOp även vid maligniteter, så det finns ingen anledning att det ska se ut på det här viset.

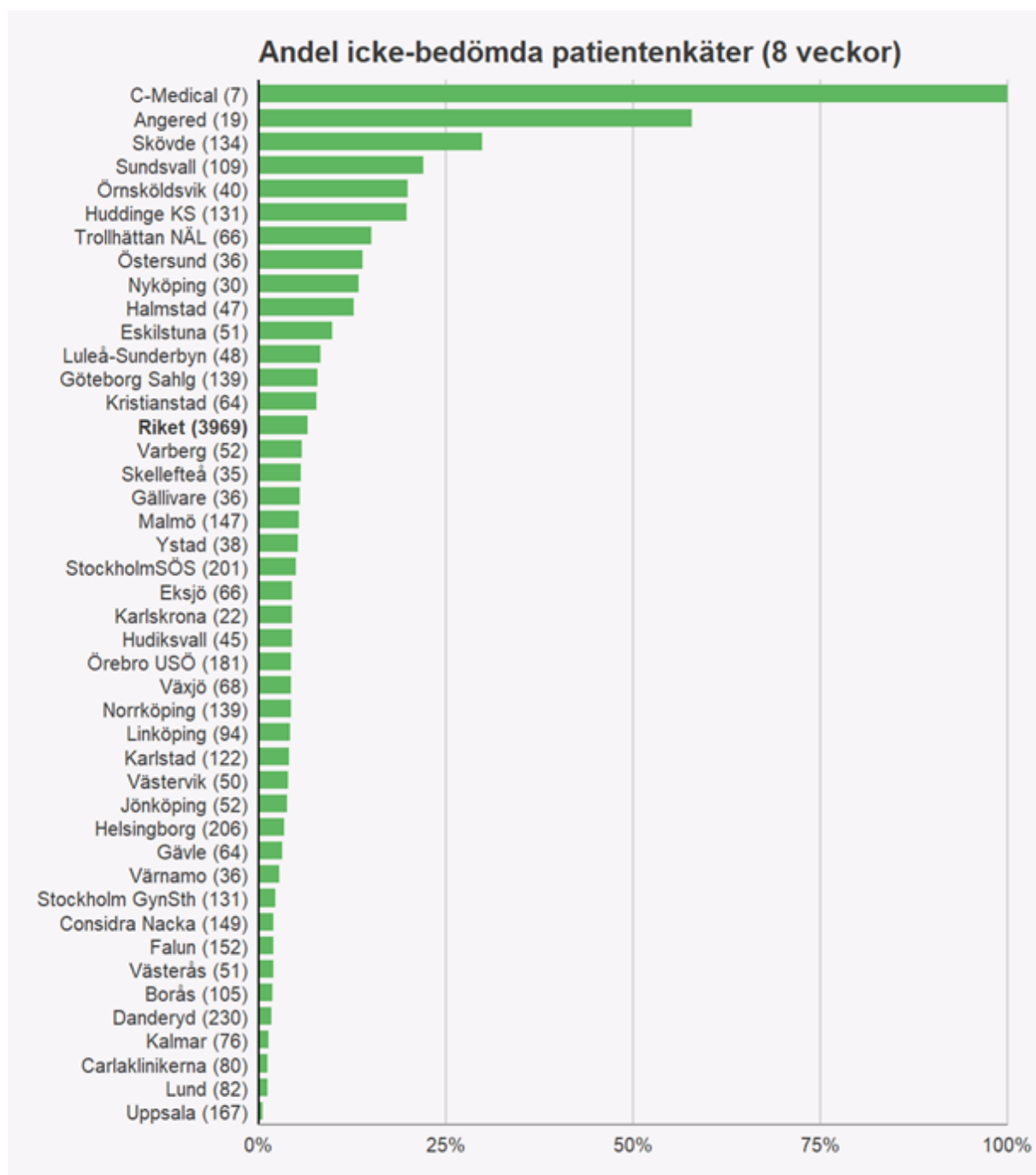
Utan att verka alltför självgod så kan jag ta min egen klinik som exempel (Carlaklinikerna). År 2022 noterade jag med förskräckelse att vi hade ett oacceptabelt högt bortfall på 15%. Efter den enkla åtgärden ovan, utförd vid ett tillfälle i höstas, är nu bortfallet nästan borta. GynOps interaktiva statistiksida GynOp Direkt är ett utmärkt instrument att följa sin klinik avseende detta samt hålla koll på utskick och svarsfrekvenser på patientenkäterna.



Figur 26. Utfall av PAD efter adnexoperationer 2023. Andel maligna/borderline är 2.1% på riksnivå.



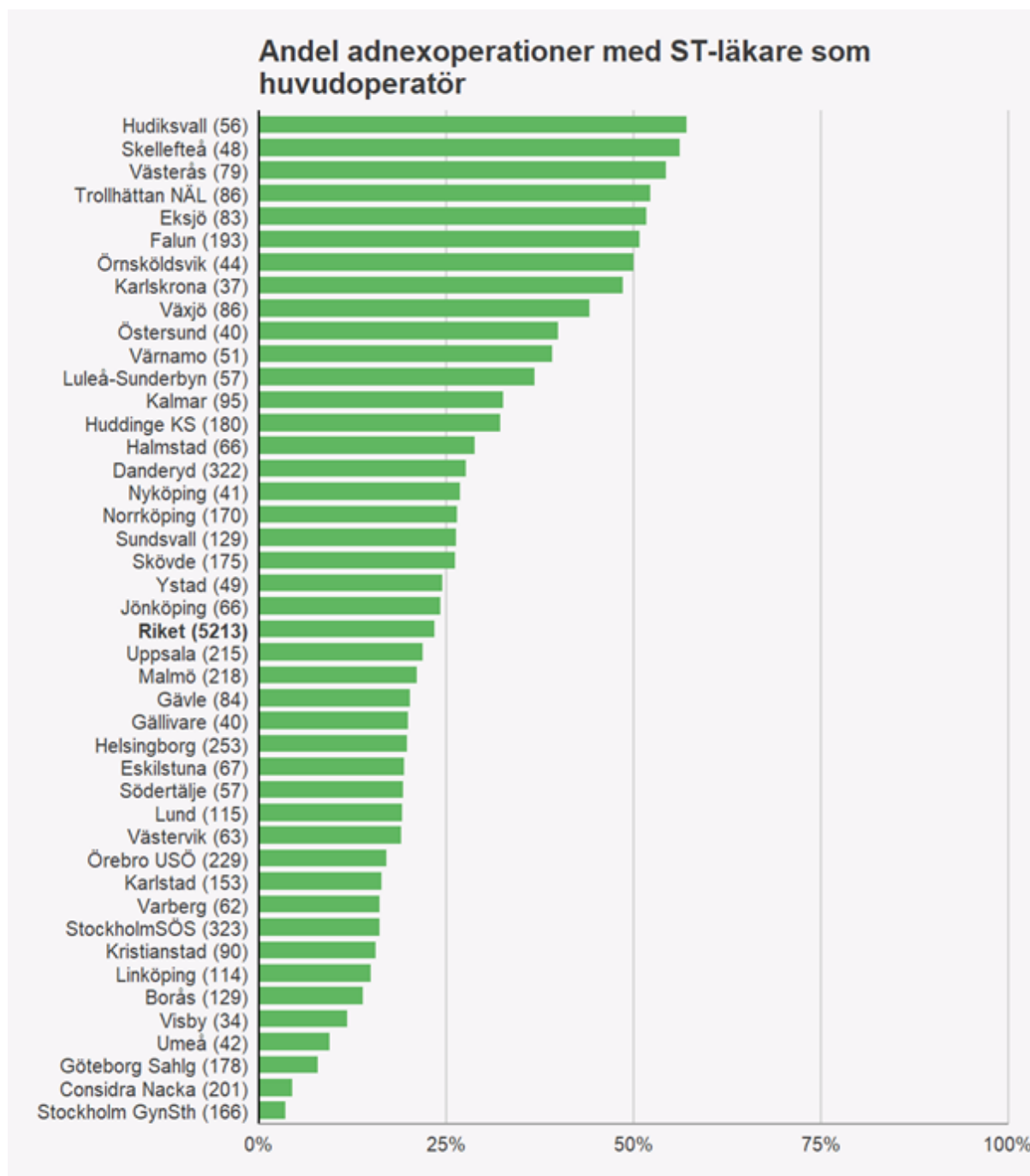
Figur 27. Andel ifyllda PAD i GynOp efter adnexoperation (operationer där vävnad skickats på PAD).



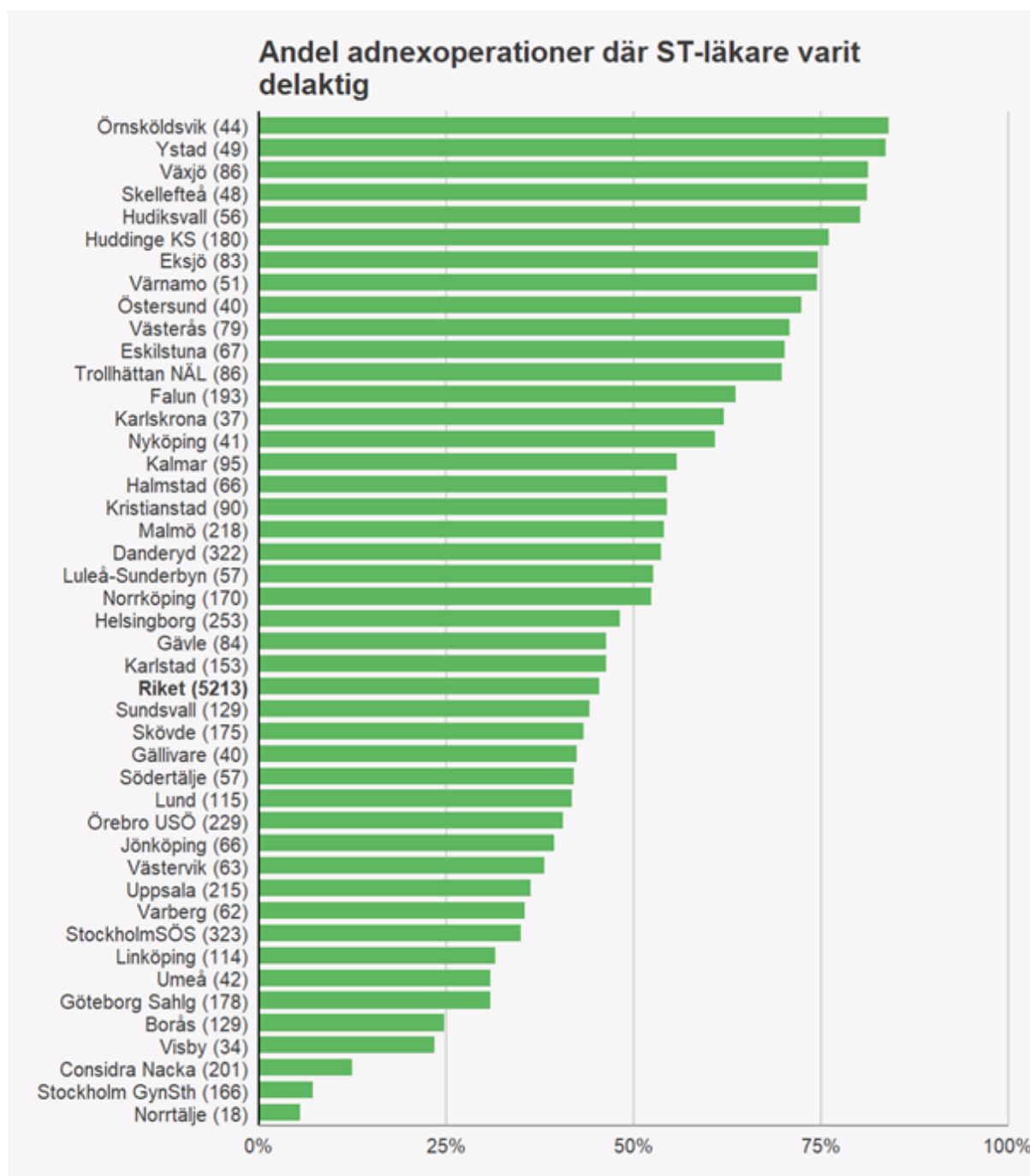
Figur 28. Andel 8-veckorssenkäter som inte är bedömda, per klinik under 2023.

Operationer där ST-läkare är huvudoperatör eller deltar

I snart två år har vi haft en variabel som anger om operationen är utförd av en ST-läkare som huvudoperatör eller där de deltagit. Från ST-läkare under utbildning finns ett stort intresse av att jämföra hur väl man lyckas med den kirurgiska träningen på olika kliniker. GynOp kan här ge ett visst bidrag. Det finns uttalade skillnader i hur ofta ST-läkare är med på adnexoperationer mellan klinikerna. Från över 50% som huvudoperatör och delaktighet i över 75% av alla registrerade adnexoperationer till 10% som huvudoperatör och 25% delaktighet. Nu är detta bara ett sätt att mäta kirurgisk träning, dessa uppgifter säger inget om kvaliteten på den träning som bedrivs. Kanske är tre operationer med exemplarisk handledning, före under och efter ett ingrepp bättre än sex operationer med dålig handledning? Om så är fallet kan inte GynOp svara på det.



Figur 29. Andel adnexoperationer där en ST-läkare är angiven som huvudoperatör under år 2023, uppdelat per klinik.

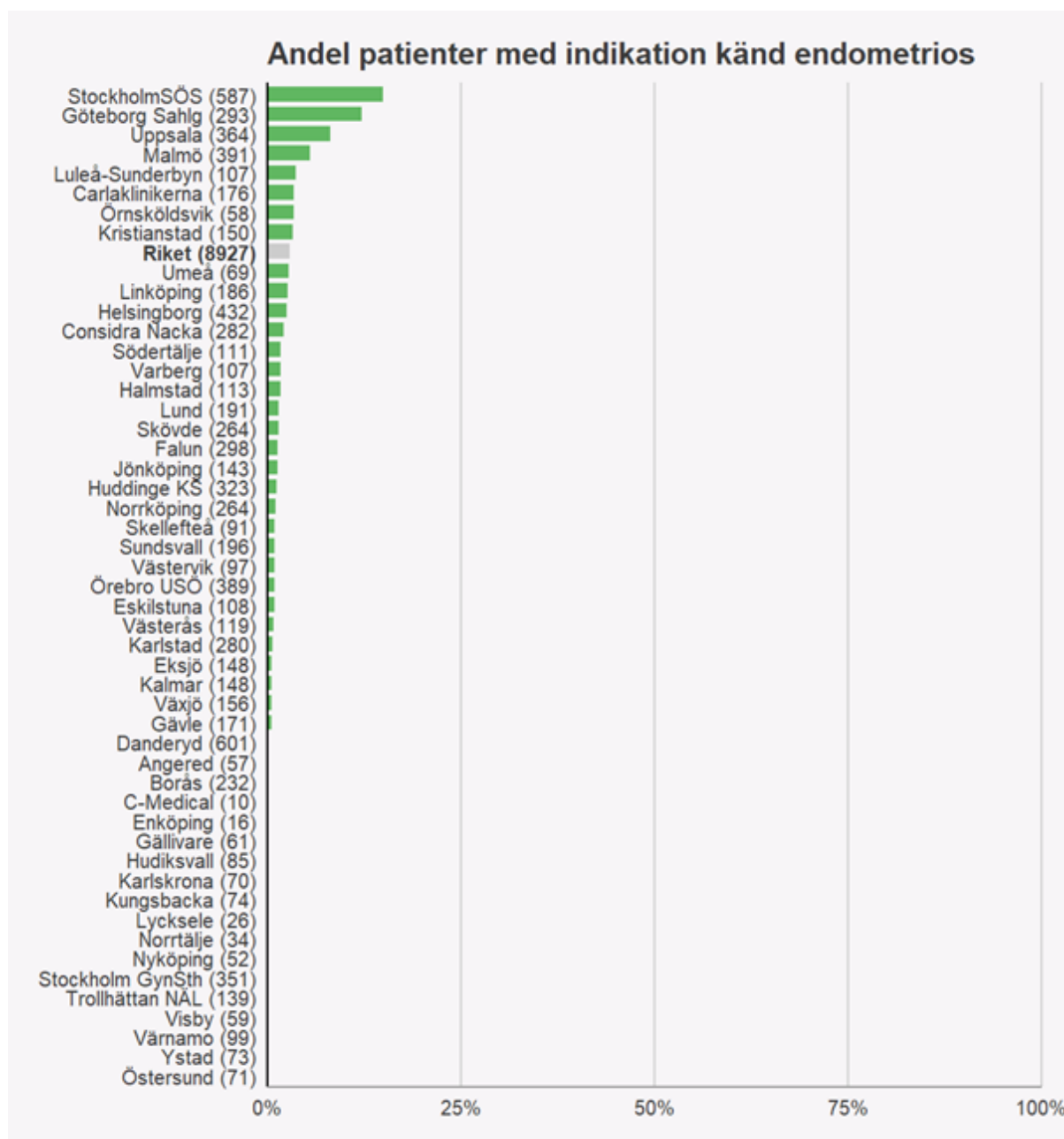


Figur 30. Andel adnexoperationer där ST-läkare varit delaktig (som huvudoperatör eller assistent) under år 2023, uppdelat per klinik.

Endometriosoperationer

I april 2022 infördes nya indikationer för operation i GynOp. I Adnexregistret kom då indikationerna "känd endometrios" och "misstänkt endometrios" med. Detta för att lättare kunna skilja ut dem från övriga adnexpopulationen. Nu tittar vi lite närmare på dessa indikationer. Hur ser fördelning ut per klinik av operationer utförda på indikationen "känd endometrios"? Sedan NHV Endometrios blev centraliserat till fyra centra borde väl de toppa listan? Hur många konstaterar vi endometriosdiagnos på när vi opererar dem på indikationen "misstänkt endometrios"? Ha i åtanke att hur vi sätter indikation kan variera, ett endometriom som ska opereras bort kan också hamna i indikationen "adnexförändring". En diagnostisk laparoskopi på misstänkt endometrios kanske återfinns under indikationen "smärta". Men, indikationerna är ändå ett sätt att försöka särskilja varför vi opererar våra patienter.

Figurerna i det här avsnittet är kumulativt sedan indikationerna infördes så det finns operationer genomförda från april 2022 till sista december 2023.



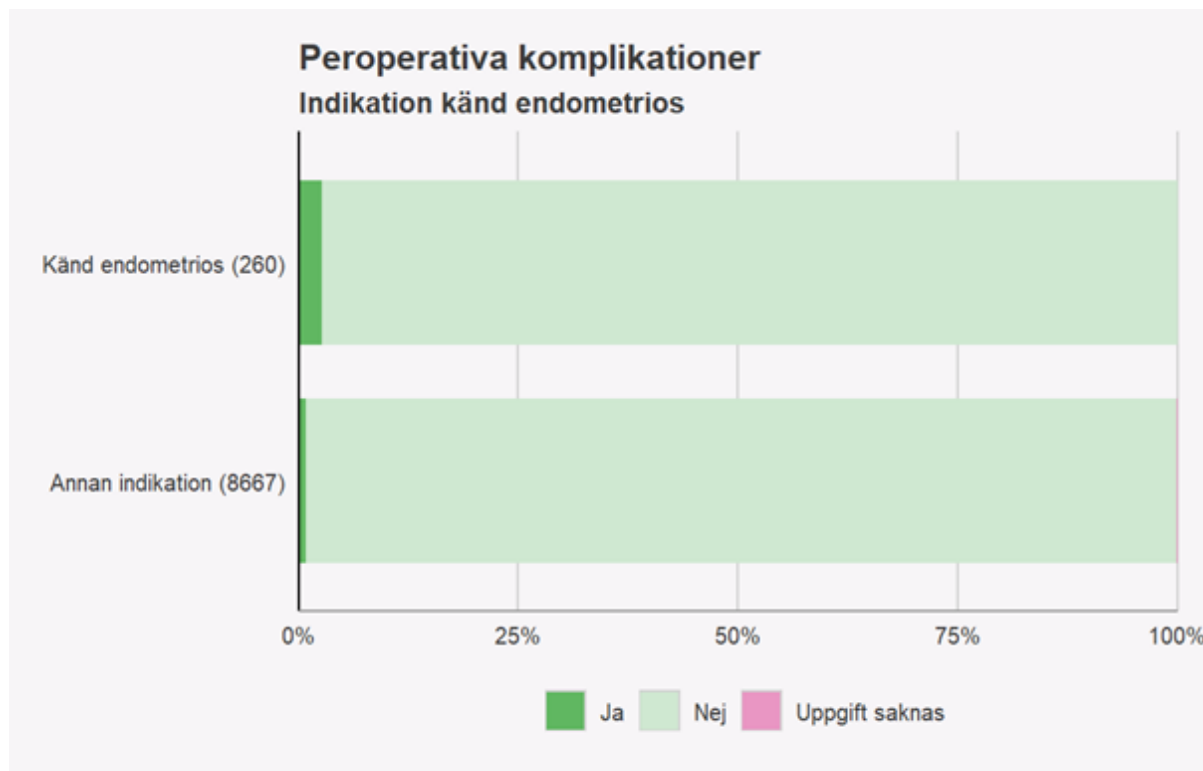
Figur 31. Andel av adnexoperationer utförda vid respektive klink där indikationen "känd endometrios" har angivits.

Som förväntat ligger de fyra NHV-centren i topp, där Södersjukhuset har störst andel på 15%. Här behöver vi ha i minnet att dessa kliniker också utför akut adnexkirurgi där just Södersjukhuset och Malmö har en väldigt stor andel akuta patienter. Under 2023 så hade Sahlgrenska en andel på 11% procent akuta adnexoperationer, Uppsala 24%, Södersjukhuset 49% och Malmö hela 72% akuta patienter i Adnexregistret. För Södersjukhuset och Malmö blir det akuta patienterna en rejäl utspädningseffekt när det gäller andelen i figur 31, medan för Sahlgrenska påverkar de mycket mindre. Vilka operationer som ska utföras på NHV-center återfinns i följande länk:

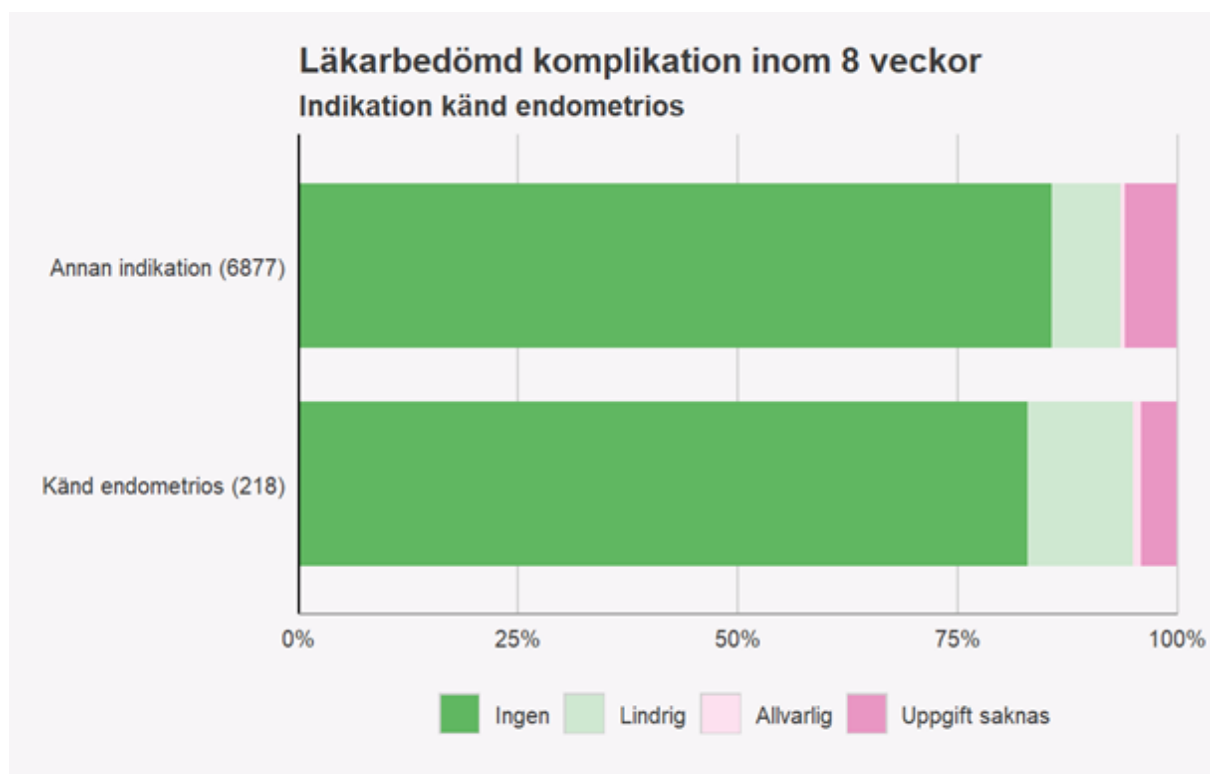
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationell-hogspecialiserad-varld-endometrios-beslut.pdf>

Det finns skillnader i utfall för de patienter som opereras med indikationen Endometrios. Lite fler per- och postoperativa komplikationer och patientrapporterade postoperativa besvär (figurer 32-34). Gruppen som opereras på indikation "känd endometrios" har längre vårdtid (1 dygn jämfört 0 dygn övriga), längre tid till normalt ADL (5 dygn jämfört 3 dygn) och längre behov av postoperativ smärtlindring (7,5 dygn jämfört 5 dygn).

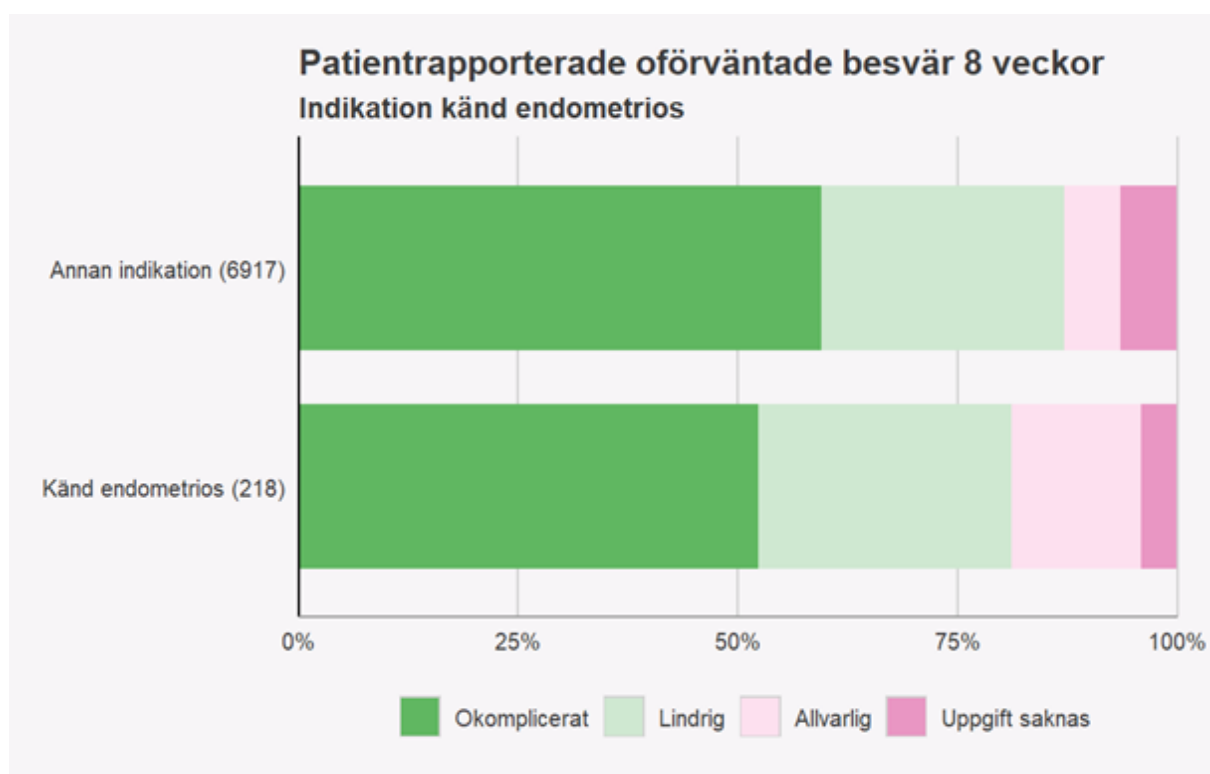
Detta är förväntat. Gruppen som opereras för endometrios är heterogen, det finns stora skillnader, allt ifrån stora operationer med omfattande adherenslösning, tarmkirurgi och borttagande av djupt infiltrerande endometrios till kvinnor med ensidigt endometriom som skalas ut och där det kanske inte finns så mycket mer. Skillnaden i risken för komplikationer för dessa ytterligheter är naturligtvis stor.



Figur 32. Jämförelse i andel peroperativa komplikationer mellan indikationen "känd endometrios" och övriga adnexoperationer.



Figur 33. Skillnad i läkarbedömda komplikationer efter 8 veckor mellan indikation "känd endometrios" och övrig adnexkirurgi.

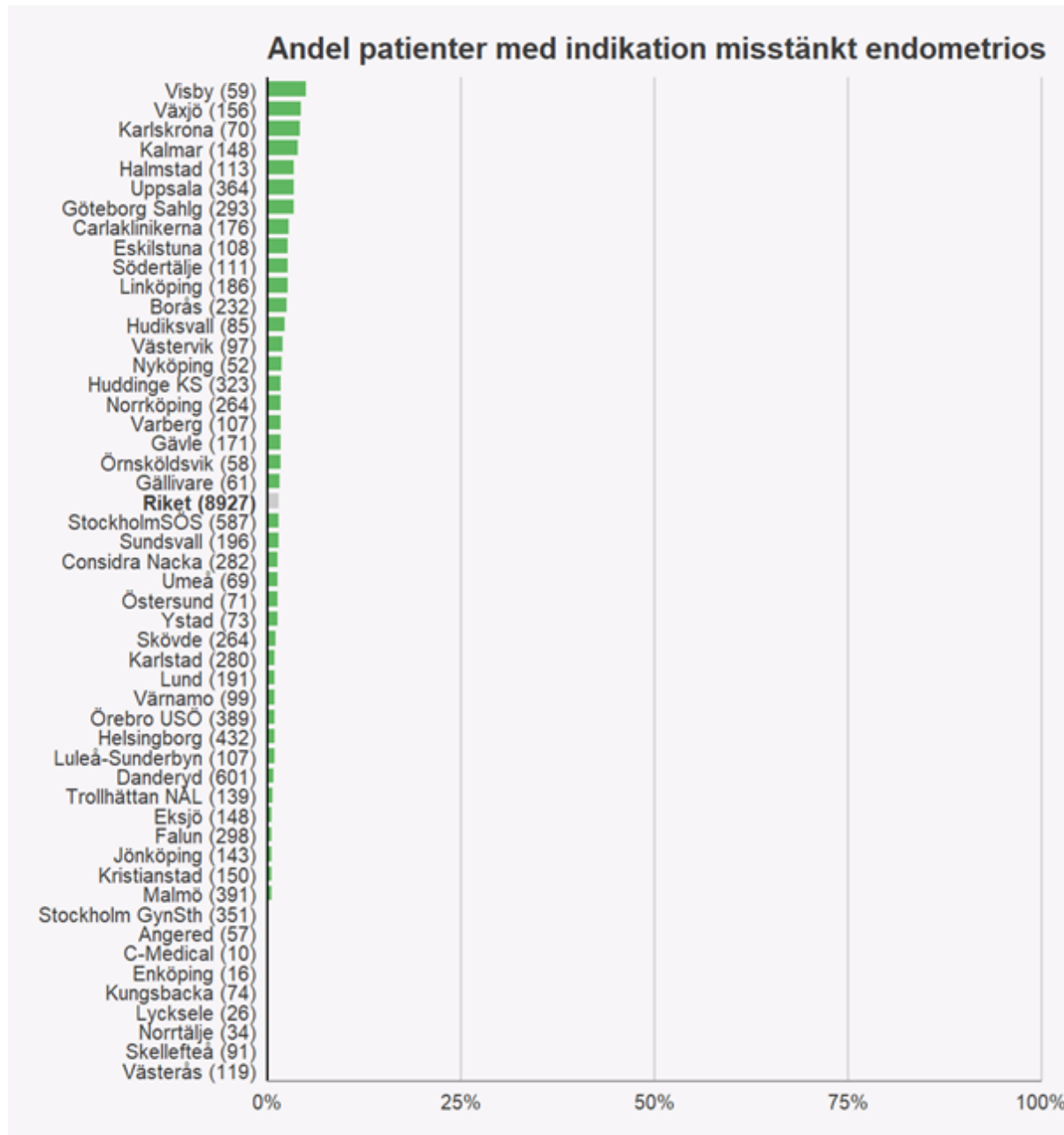


Figur 34. Skillnad i patientrapporterade oförväntade besvär mellan indikation "känd endometrios" och övrig adnexkirurgi.

När det gäller indikationen "misstänkt endometrios" så ser vi att det för de flesta kliniker utgör en väldigt liten andel av den adnexkirurgi som utförs. Vi vet inte hur detta sett ut historiskt så det går inte att jämföra. Men det är inte osannolikt att diagnostiska laparoskopier på misstanke om endometrios har prioriterats ned under tider av bristande resurser (Covid-pandemi).

Det har också skett en glidning och endometriosdiagnos sätts numer ofta med kvalificerat ultraljud eller MR. Studier har visat att MR och ultraljud är bättre att påvisa ovariell och djup endometrios jämfört med laparoskopi som alltid ansetts vara "golden standard" för endometriosdiagnostik (2). Det finns också salivprovskit framtagna som med hög sensitivitet och specificitet ska kunna avgöra om en person har endometrios eller inte (3). Andra resonerar fortsatt om behovet att utföra laparoskopier för att säkerställa endometriosdiagnos samtidigt som den behandlas kirurgiskt (4).

Av de patienter som opererades med indikationen "misstänkt endometrios" var det 71% som sedan fick endometrios i någon form som diagnos.



Figur 35. Andel patienter per klinik som opererats med indikationen "misstänkt endometrios".

Det har skett en ordentlig ombyggnad i GynOp för registreringen av endometrioskirurgi. NHV-centrumen har testat den sedan hösten 2023 men snart blir den tillgänglig för alla kliniker. NHV-centrumen kommer producera årliga rapporter avseende utfall av den kirurgi de bedriver och en god del av informationen kommer hämtas från GynOp.

Sammanfattning

Den här årsrapporten har varit fokuserad på att visa förändringar över tid när det gäller utfall och variabler som rör adnexkirurg. Den viktigaste förändringen över tid är att Adnexregistret nu kommit över målnivån för täckningsgrad (85%).

Andelen registrerade akuta operationer ökar och det är den viktigaste förklaringen till den förbättrade täckningsgraden.

Datakvaliteten är viktig. Flera projekt som validerar GynOp har genomförts och pågår. Grunden för en bra datakvalitet är hög svarsfrekvens på patientenkäterna och komplett ifyllda läkarformulär. Mycket är bra men det kan definitivt bli bättre.

Förhoppningsvis inspirerar läsandet av denna rapport eller analyser av sin klinik via GynOp Direkt att förbättringsåtgärder vidtas om det behövs.

Tack för uppmärksamheten och synpunkter tas gärna emot. Både avseende innehållet i rapporten och förslag för framtida teman. Om något inte verkar stämma så uppskattas också synpunkter på det.

Undertecknad riktar ett stort tack till GynOp-kansliet för all ovärderlig hjälp med framtagandet av rapporten.

Vänligen, Mathias Pålsson
Ansvarig för delregister Adnex
Kontakta via: Mathias@carlakliniken.se

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament.
Aktiv exspektans	Att behandling eller kirurgi inte sätts in direkt för en sjukdom eller sjukdomsprocess utan den övervakas på ett regelbundet sätt för att se om den avtar av sig själv.
Benign	Godartad
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 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.
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.
Methotrexate	Läkemedel som används vid behandling av extrauterin graviditet, dvs när fostret växer utanför livmodern.
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, till exempel via titthålsoperation (laparoskopi), eller vaginalt.
NHV	Nationell högspecialiserad vård (NHV) definieras som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter, men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas. Det görs också för att kunna uppnå ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Postoperativ	Efter operationen.
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.

Referenser

1. Collins, Elin, et al. "Physicians' assessment of complications after gynecological surgery in Sweden: The GYNCOM survey." *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* 102.11 (2023): 1479-1487.
2. Goncalves, Manoel Orlando, et al. "Systematic evaluation of endometriosis by transvaginal ultrasound can accurately replace diagnostic laparoscopy, mainly for deep and ovarian endometriosis." *Human Reproduction* 36.6 (2021): 1492-1500.
3. Bendifallah, Sofiane, et al. "Salivary MicroRNA signature for diagnosis of endometriosis." *Journal of Clinical Medicine* 11.3 (2022): 612.
4. Mak, Jason, Mathew Leonardi, and George Condous. "'Seeing is believing': arguing for diagnostic laparoscopy as a diagnostic test for endometriosis." *Reproduction and Fertility* 3.3 (2022): C23-C28.