

Inkontinensregistret

Årsrapport 2016

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN MAJ 2017

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Maud Ankardal, registeransvarig för inkontinensregistret, Hallands sjukhus
Halmstad

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	1
Årsrapport Inkontinens 2016.....	2
Antal operationer.....	2
Täckningsgrad 2015.....	3
Olikheter i riket.....	4
Svarsfrekvens.....	6
Standardpatient.....	7
Vilka patienter har opererats?	7
Vilken ålder har de som opererats?	8
Vilket BMI har de som opererats?	10
Blandinkontinens och trängningar.....	12
Vilka operationsmetoder används?.....	14
Peroperativa data	16
Anestesimetod	16
Operationstid	17
Cystoskopi	18
Vårdtid.....	18
Infektioner	18
8-veckorsenkäten	20
Komplikationer	20
2016 års rapporterade allvarliga komplikationer.....	21
Blåstömningsbesvär	22
ADL.....	22
Öppna Jämförelser/Vården i siffror	24
Patientens önskemål om kontakt	26
Inkontinensoperationer utförda år 2015 - 1-årsresultat.....	27
Läckage	27
Nöjdhet	29
Förbättring.....	31
Kommentarer	33

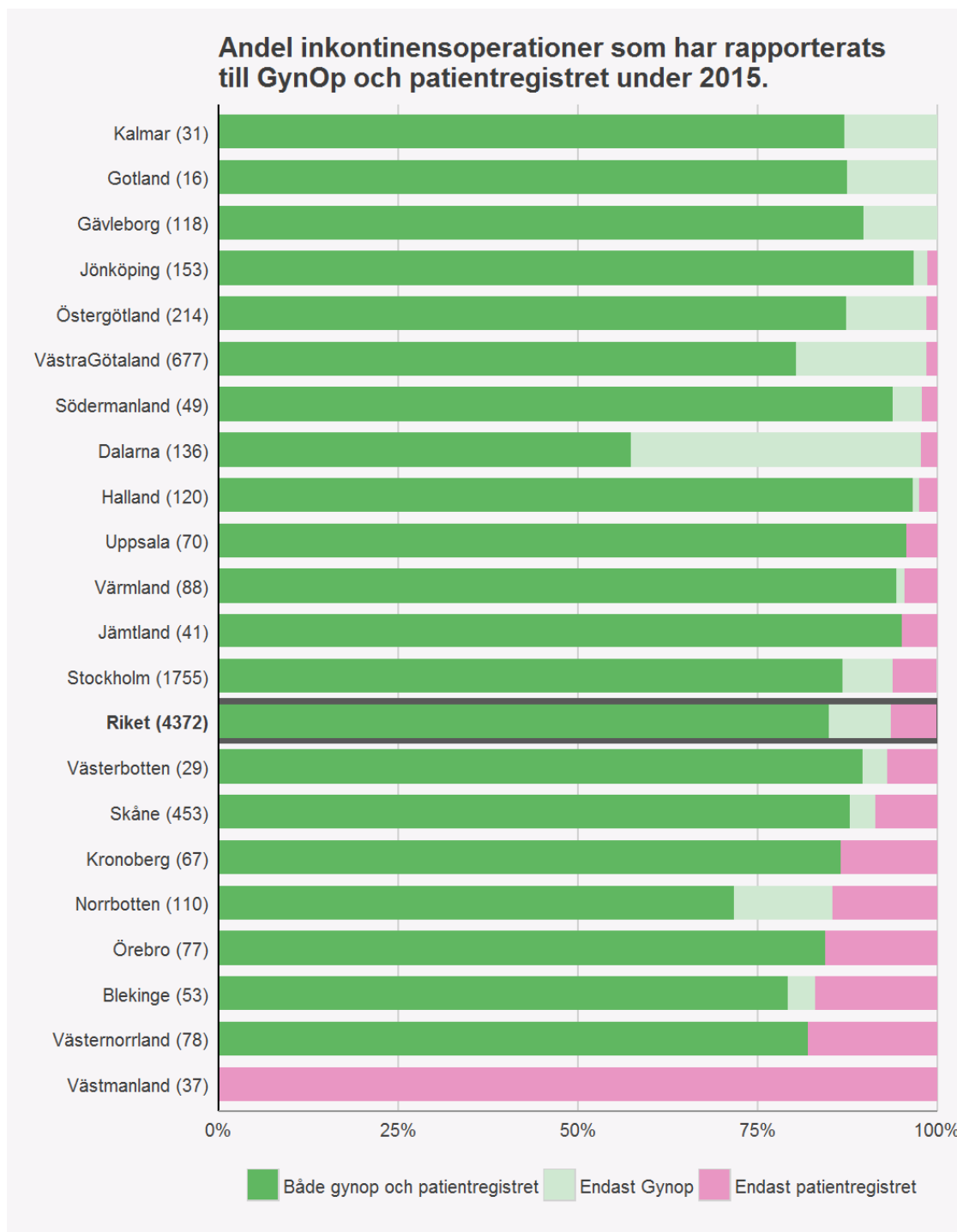
Årsrapport Inkontinens 2016

Antal operationer

Under kalenderåret 2016 registrerades 4530 inkontinensoperationer i GynOp. Vid analys av 8-veckorsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2015-09-01 och 2016-09-01 för att så många som möjligt skulle ha hunnit svara på enkäten. Under denna period opererades 4342 kvinnor för inkontinens. Vid analys av 1-årsenkäten har vi valt att analysera de patienter som var opererade mellan 2014-09-01 och 2015-09-01. Under denna period opererades 3990 kvinnor för inkontinens.

För att mäta ett registers täckningsgrad av de utförda operationerna, görs en jämförelse med hälsodataregister. Socialstyrelsen utför årligen denna analys där GynOp-data inklusive GKR-data jämförs med patientregistret. Den andel av alla patienter som finns i båda registren är matchande och med tillägg av dem som endast finns i GynOp och GKR beräknas täckningsgraden. För patienter som opererades under 2015 var Inkontinensregistrets (GynOp + GKR) nationella täckningsgrad 89 %, men denna andel varierade mellan landstingen enligt följande figur (figur 1).

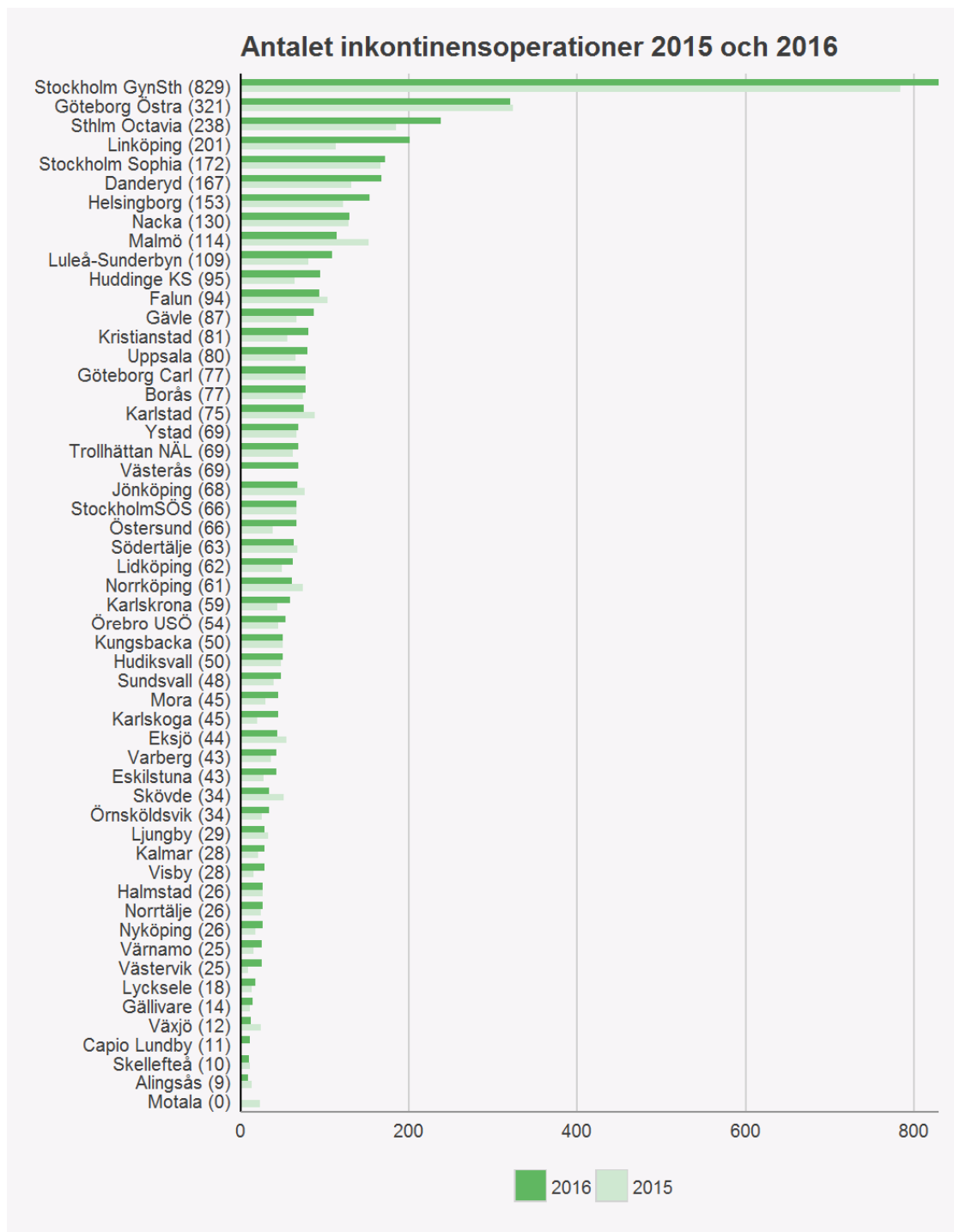
Täckningsgrad 2015



Figur 1. Andel inkontinensoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under år 2015.

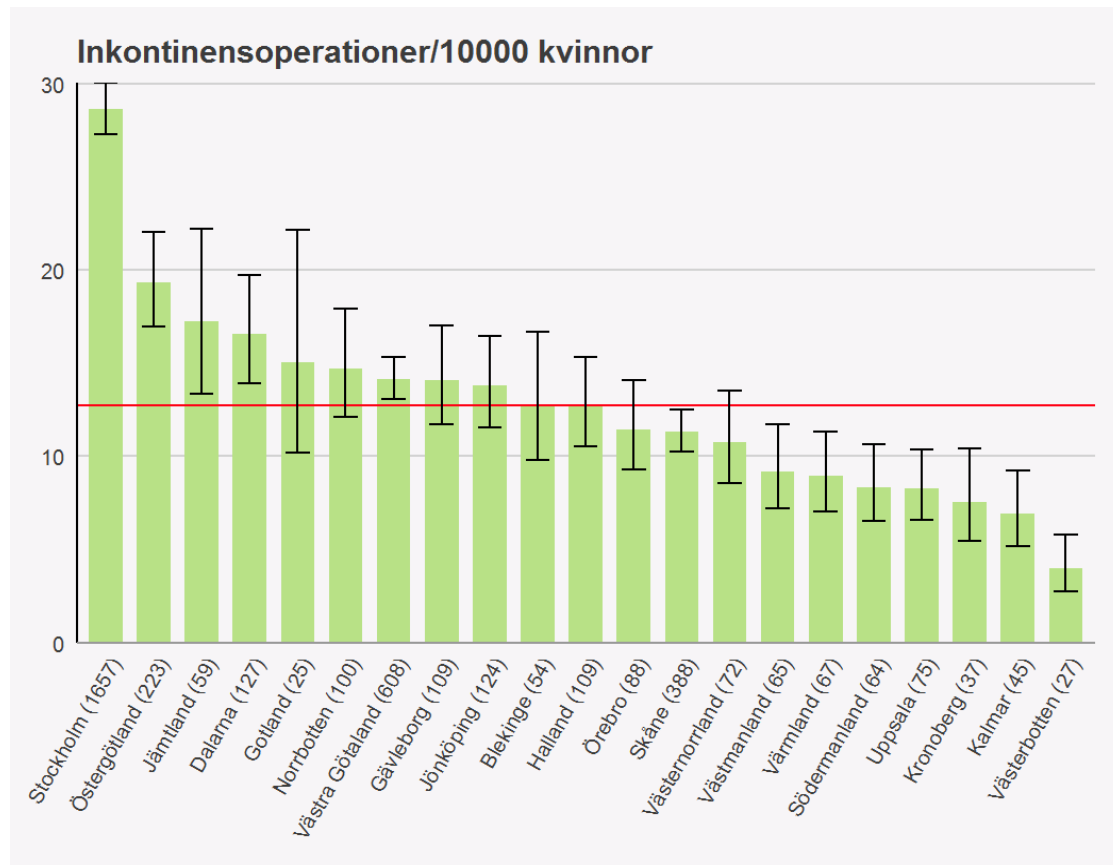
Olikheter i riket

Som tidigare registrerar klinikerna en inbördes stor variation (3 – 348) av hur många inkontinensingrepp som utförs årligen. Enligt NMI bör >20 inkontinensoperationer/år vara ett minimum på kliniknivå utifrån effekt och säkerhetsaspekt och dessa bör fördelas på så få operatörer som möjligt. Enligt nedanstående figur som avspeglar de senaste två årens operationsvolym av inkontinens bör tiotalet kliniker allvarligt fundera över hur de skall förhålla sig framöver med tanke på detta. Hur ska man åstadkomma en ökning av de egna volymerna av inkontinensoperationer? Eller är den bästa lösningen för patienterna att de som gör för få slutar helt med denna kirurgi?



Figur 2. Antal utförda inkontinensoperationer år 2015 och 2016, per klinik. Antalet opererade 2016 inom parentes.

Det råder också som tidigare år stora skillnader mellan antalet operationer/10 000 kvinnor i olika geografiska områden, där en fyrfaldig skillnad råder. Nedanstående figur är baserad på inkontinensingrepp redovisade i GynOp och GKR under 2016. Det finns fortsatt mycket att jobba med för att uppnå en jämlik inkontinensvård.



Figur 3. Antal inkontinensoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35-75, år), hämtat från GynOp och SCB år 2016.

Svarsfrekvens

Svarsfrekvensen är väsentlig för validiteten, både för registret som helhet och för de olika formulären och de enskilda frågorna. Om den varierar för mycket mellan klinikerna innebär det att jämförelserna inte riktigt håller. För den preoperativa enkäten var svarsfrekvensen 76 % för riket.

Standardpatient

För några år sedan introducerades begreppet standardpatient med avsikten att kunna göra rättvisare jämförelser mellan klinikerna. En standardpatient inkontinens är < 70 år, har ett BMI < 35 och ASA 1 eller 2. Hon genomgår en primär operation för urininkontinens med någon av de tre slyngteknikerna TVT, TVT-O eller TOT. Det innebär att hon förväntas att inte behöva remitteras vidare av medicinska skäl, från någon av de kliniker som opererar inkontinens. Kliniker med stor andel "icke standardpatienter" kan tolkas som att de är "remissmottagande" från andra kliniker. Om så inte är fallet, tål det att fundera över.

Standardpatienterna för inkontinenskirurgi enligt definitionen utgör 60.6 % av alla inkontinensopererade 2016.

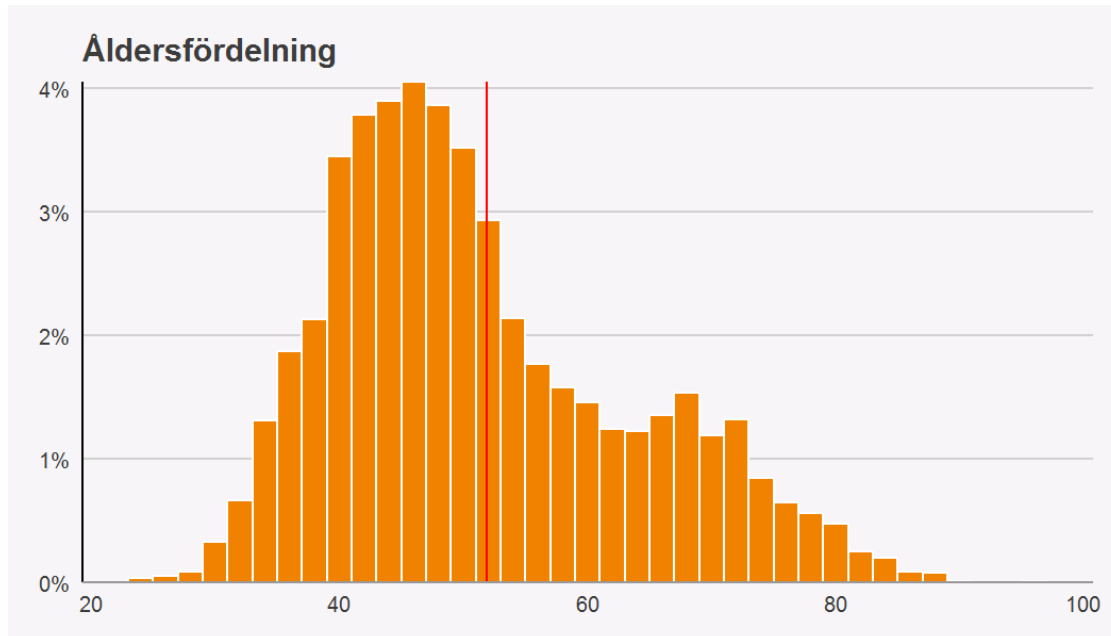
Vid en jämförelse mellan alla kliniker blir värdet för mediankliniken 69.1%, kliniken på 10:e percentilen 43.26 % och på 90:e percentilen 87.96 %.

Om det mer eller mindre systematiskt saknas redovisning av någon eller flera av de parametrar som enligt ovanstående ingår i definitionen för standardpatient, kan uppgifterna från dessa kliniker inte värderas korrekt på grund av bortfallet som tyvärr är relativt stort. Endast 72.5% av patienterna hade data för att kunna bedömas som standardpatient eller ej. Jämförelser mellan de olika klinikernas standardpatienter har därför ett mindre värde och är färre i årets rapport.

Vilka patienter har opererats?

Av de kvinnor som opererades under 2016 så har 275 (12 % av de tillfrågade) kvinnor uppgett att de tidigare har opererats för inkontinens, medan antalet recidiv uppgivet av läkare är 239 (5.4%). Det är såväl läkarens som patientens uppgifter som ligger till grund för eventuell exklusion som standardpatient.

Vilken ålder har de som opererats?



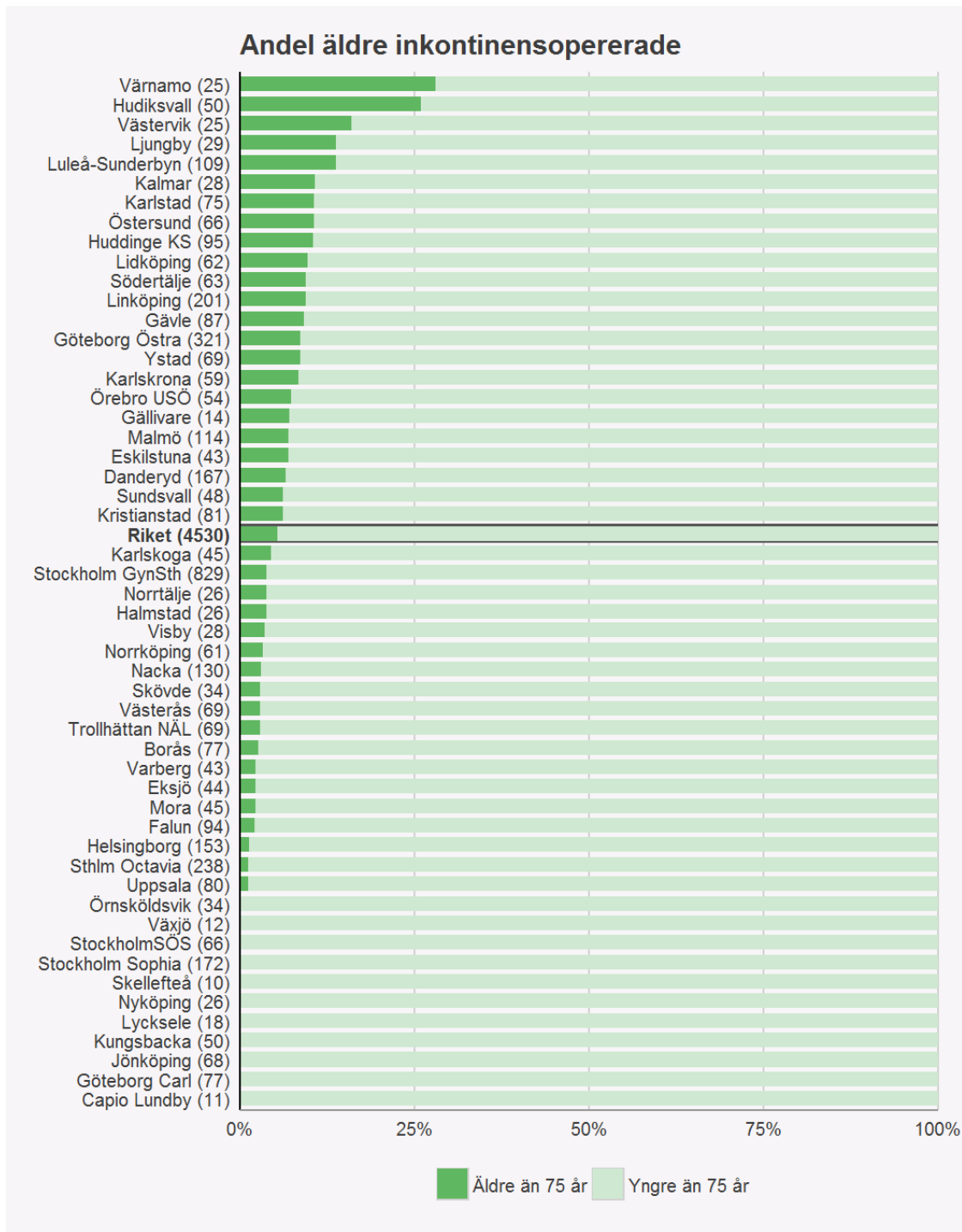
Figur 4. Åldersfördelning (röd linje markerar medelvärdet).

Spridningen av åldern på kvinnorna som opererats framgår av ovanstående figur.

Uppdelat i 10-årskategorier kan gruppen beskrivas som brukligt att i hela riket är det 3.6 % som är <35 år vid inkontinensoperationen och att gruppen 35-54 år utgör huvudparten med nära 62.8 % av de opererade.

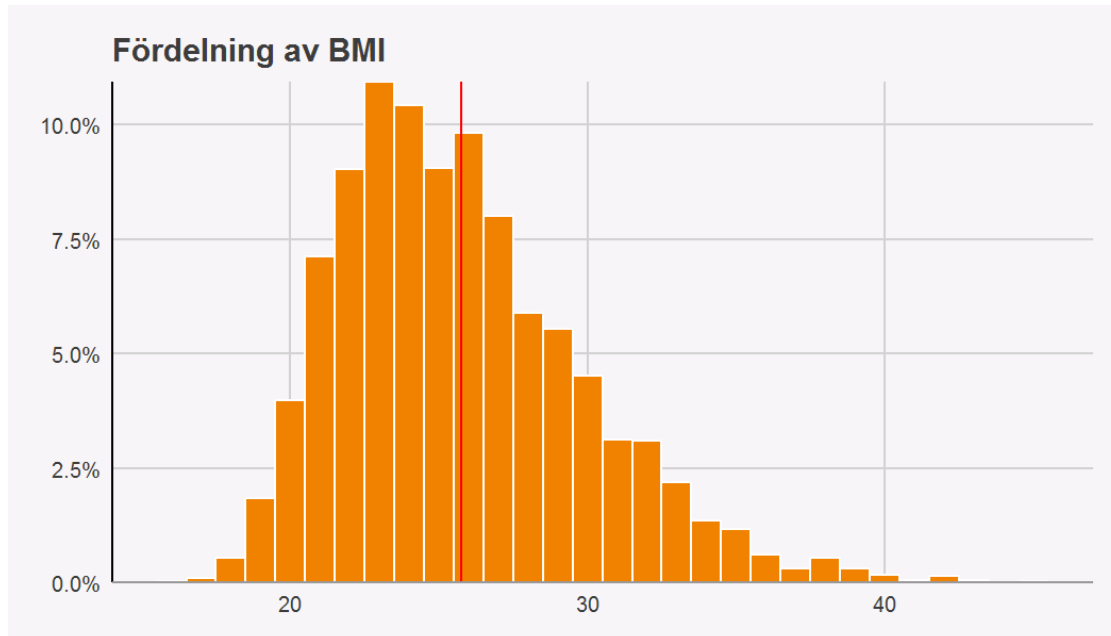
Kvinnor mellan 55 - 74 år utgör 28.2 %. De som är >74 år utgör 5.4 %.

Det skiljer sig fortsatt en del mellan olika sjukhus. Är det rimligt att andelen patienter som är > 74 år varierar mellan 0 och 25 %? Hur skall man tänka när det gäller kvinnor <35 år? Det bör inte finnas så stora skillnader i åldersfördelningen mellan upptagningsområdena utan det måste vara indikationsglidningar?



Figur 5. Åldersfördelning inkontinensopererade år 2016.

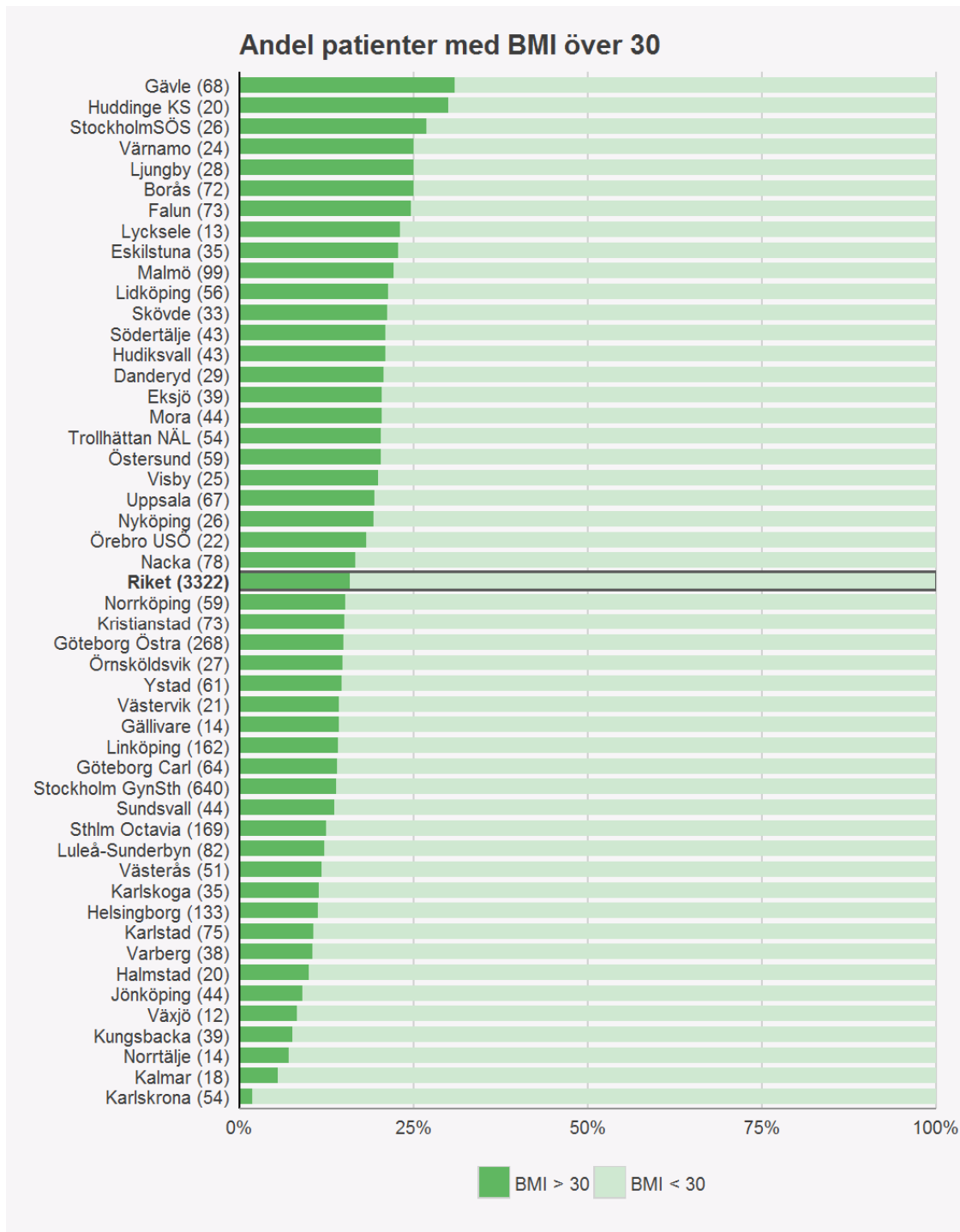
Vilket BMI har de som opererats?



Figur 6. Fördelning av BMI (röd linje markerar medelvärdet).

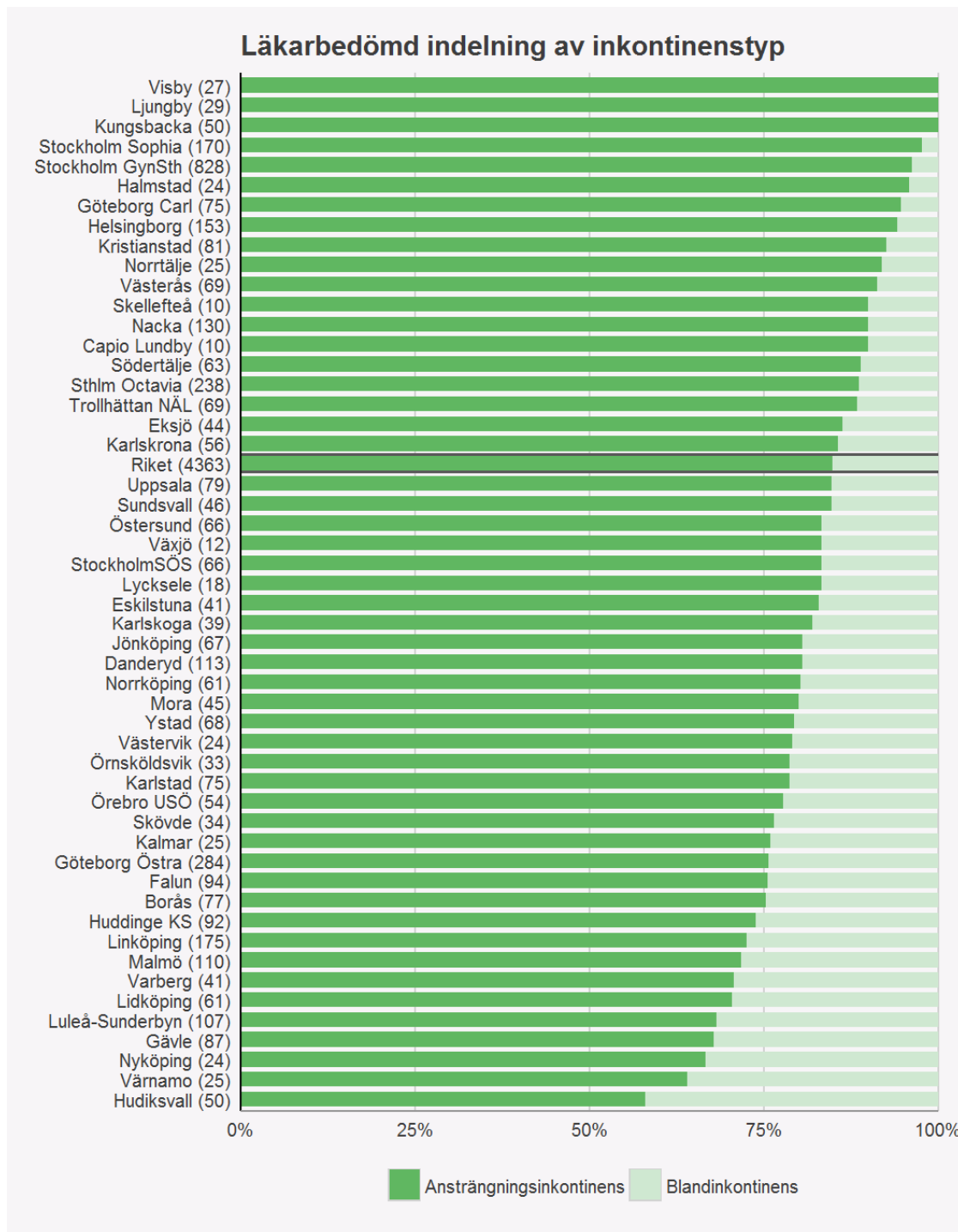
Uppgift om BMI finns för de flesta patienterna och den fördelar sig enligt ovanstående figur.

Uppdelat på BMI > 30/sjukhus ser man följande fördelning. Även här finns påtagliga skillnader mellan de kliniker som nästan inte har några patienter med högt BMI (är det ett uttalat krav på viktreduktion inför operationen?) och de kliniker där >25 % av patienterna har BMI >30. Det blir underlag till ytterligare diskussioner om hur vi selekterar och informerar patienter inför inkontinenskirurgi.



Figur 7. Andel patienter med BMI över 30.

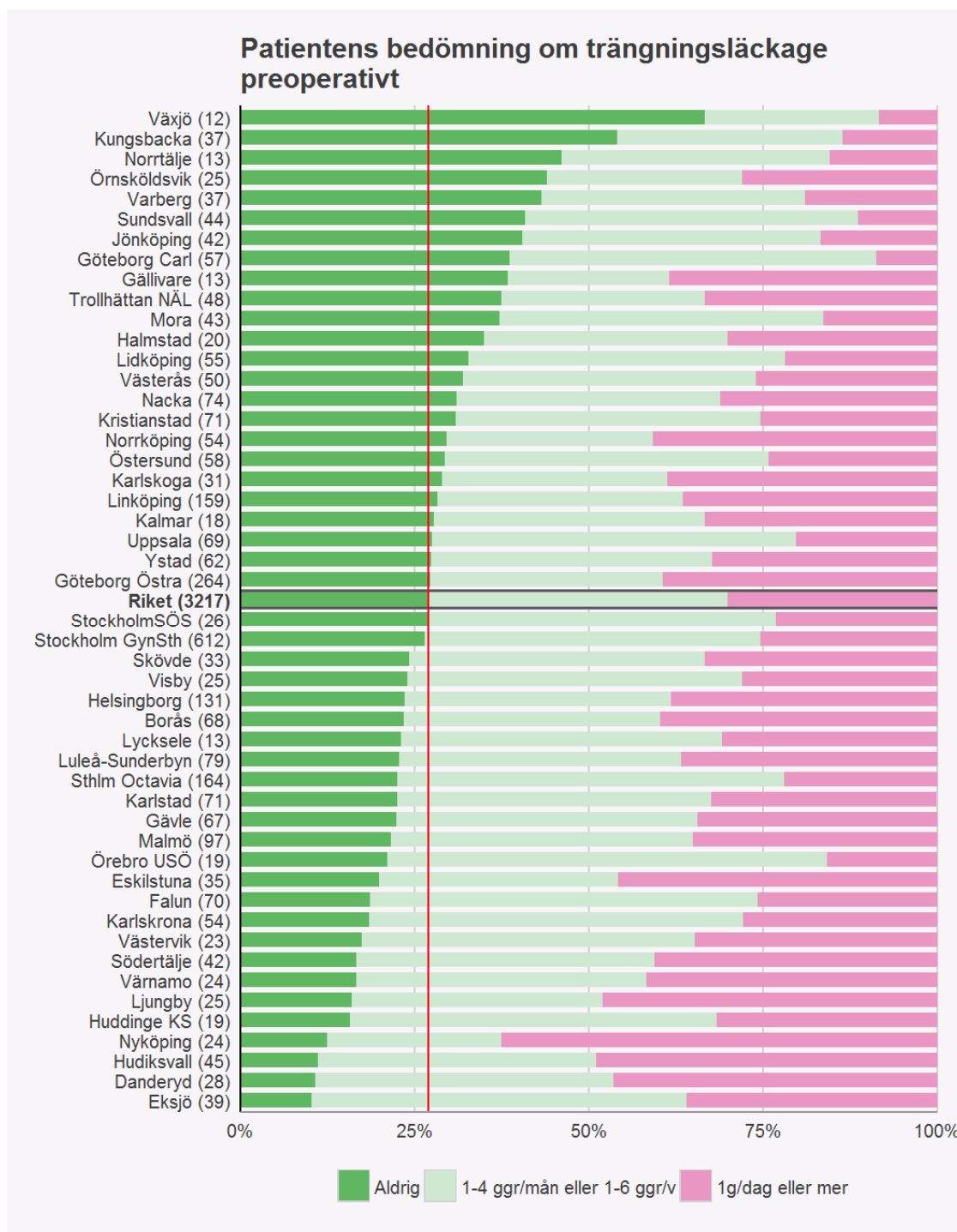
Blandinkontinens och trängningar



Figur 8. Inkontinenstyp, läkarbedömd inför operation.

I likhet med föregående år är det en stor spridning mellan sjukhusen när det gäller hur stor andel av kvinnorna, som enligt läkarens bedömning har blandinkontinens. Värdet för riket är 15% men några kliniker anger att alla patienter har ren ansträngningsinkontinens, medan i andra ytterkanten anges nära hälften av patienterna ha blandinkontinens.

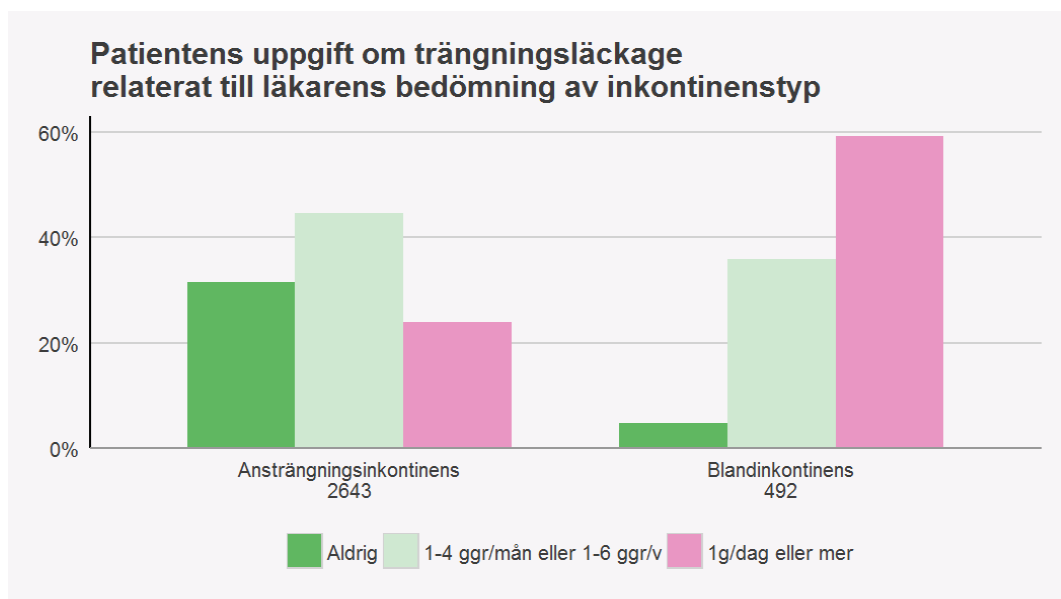
Patienternas egen redovisning ger en något annorlunda bild enligt figuren nedan.



Figur 9. Patientens uppgift om trängningsläckage från preoperativa enkäten.

73 % av alla patienter uppger att de i någon grad har upplevt ett blandat läckage och 30 % anger dagligt blandläckage. Även här ses en stor spridning mellan klinikerna.

Vid jämförelse mellan patientens och läkarens beskrivning råder det en större samstämmighet i de fall där läkaren angivit blandinkontinens. I den största gruppen, som har läkarbedömd ansträngningsinkontinens finns däremot ingen tydlig korrelation med patienternas egen beskrivning av sina preoperativa läckagebesvär, se nedan.



Figur 10. Patientens uppgift om trängningsläckage preoperativt relaterat till läkarens bedömning preoperativt.

Vilka operationsmetoder används?

Som tidigare är det slyngplastikerna som dominerar. Den klassiska, retropubiska TVT är vanligast förekommande med 48.7 % av alla inkontinensoperationer. Av obturator-metoderna står TVT-O för 19.2% och TOT för 26.5 % av alla inkontinensingrepp. Minislyngorna (enbart i vagina) utgör 1.3 %. Utöver inkontinensslyngorna registrerades 59 periuretrala injektioner under 2016. De utgör 1.3 % av inkontinensingreppen.

Botox

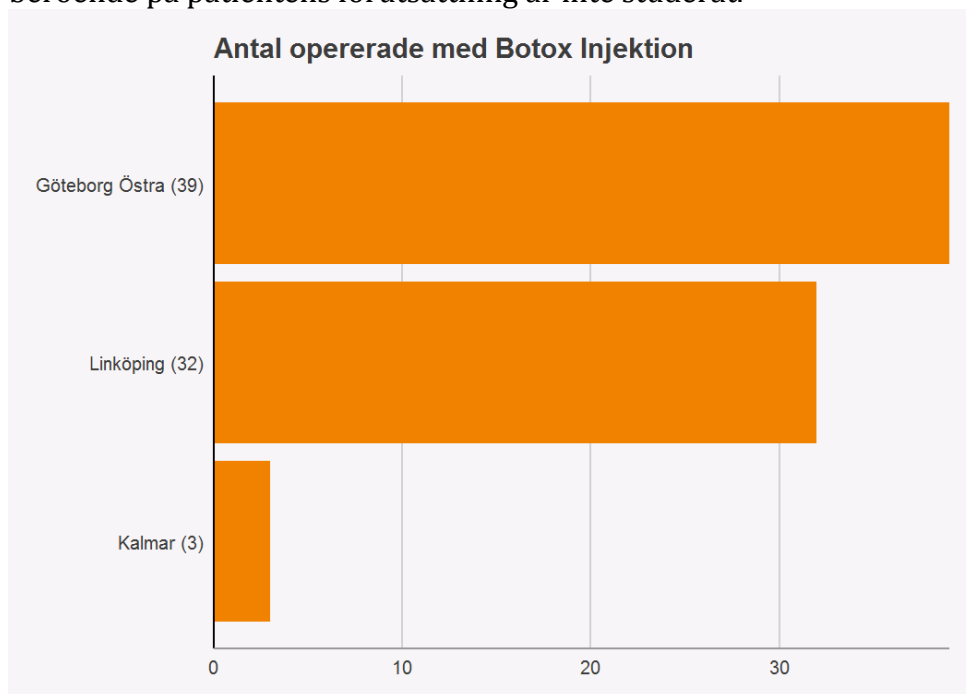
Botoxinjektion intravesikalt vid idiopatisk överaktiv blåsa är år 2016 registrerat för 74 patienter vid tre kliniker. Denna grupp skiljer sig från övrig inkontinenskirurgi och registret är nu utbyggt med ett antal nya variabler, främst i operationsformuläret. En bättre uppföljning och återkoppling planeras till nästa rapport.

Uppgift om vilken metod som använts saknas för 1.4%.
En jämförelse med föregående år visas nedan

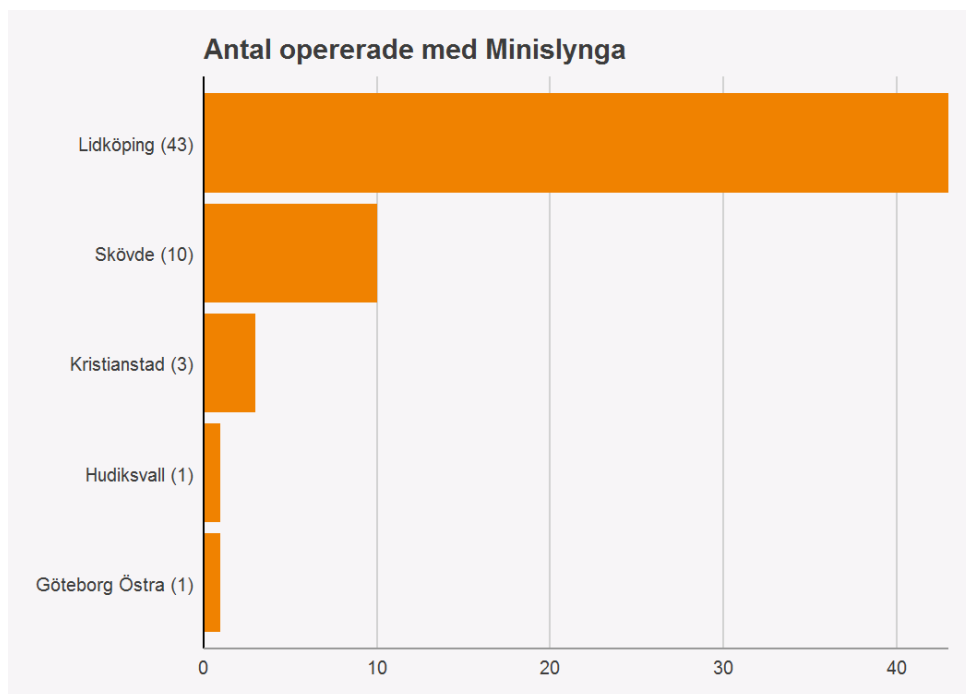
Tabell 1. Operationstyper mot föregående år

Operationstyp	Antal 2016	Andel(%) 2016	Antal 2015	Andel(%) 2015
TVT	2204	48.7	1911	47.6
TVT-O	870	19.2	815	20.3
TOT	1201	26.5	1072	26.7
Minislynga	58	1.3	70	1.7
Periuretral injektion	59	1.3	43	1.1
Botoxinjektion	74	1.6	44	1.1
Uppgift saknas	64	1.4	61	1.5

De olika metoderna fördelar sig oftast på de ingående sjukhusen så att det finns en dominerande metod av slyngteknikerna. Relativt få operationer utförs med andra metoder på dessa sjukhus. Endast ett tiotal sjukhus har en jämnare fördelning mellan två likvärdigt vanliga tekniker, men vad som utgör fördelningsgrund här, operatörens erfarenhet eller beroende på patientens förutsättning är inte studerat.



Figur 11. Antal opererade med Botoxinjektion vid inkontinensoperation år 2016.



Figur 12. Antal opererade med minislynga vid inkontinensoperation år 2016.

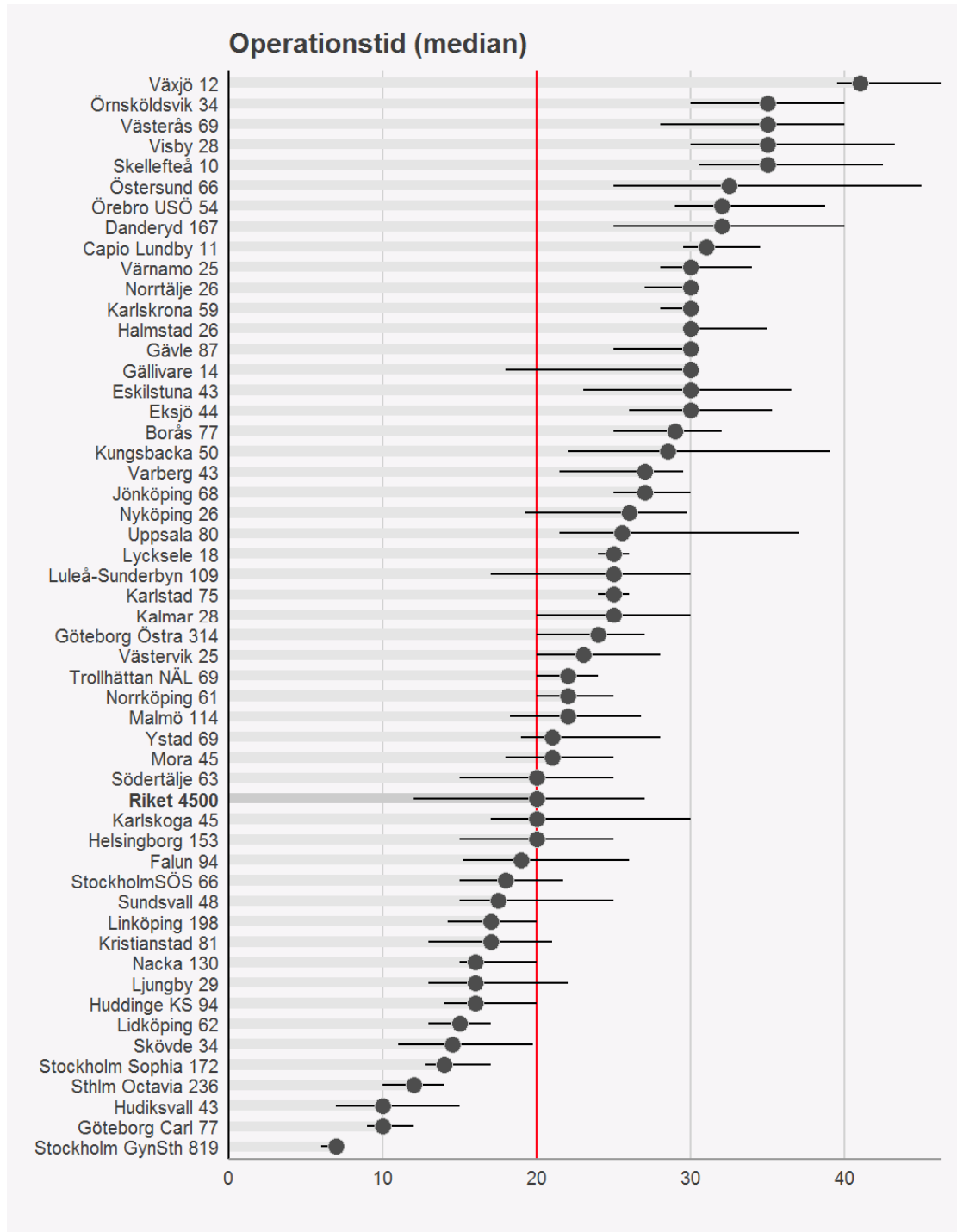
Peroperativa data

Anestesimetod

Variabeln för anestesimetod skiljer sig mellan GynOp och GKR, främst genom att det i GynOp går att särskilja intubationsnarkos, larynxmask och masknarkos, medan dessa i GKR slås samman till en gemensam grupp "narkos". Vid överföring av data från GKR till GynOp redovisas "narkos" som "intubationsnarkos" vilket lett till en felaktig övertolkning i tidigare årsrapport. Detta år redovisas ingen figur för anestesimetod vid inkontinenskirurgi.

Lokalanestesi, oftast i kombination med sedering användes vid 87 % av operationerna, men i cirka 13 % gavs någon form av narkos, intubation, larynxmask eller masknarkos. Även enstaka fall av spinalbedövning finns rapporterat. På flera kliniker i landet sker alla inkontinensoperationer i lokalanestesi med eller utan sedering. Förhoppningsvis är de flesta narkoser mindre "invasiva" än intubationsnarkos och skillnader i utfall bör fortlöpande evalueras.

Operationstid



Figur 14. Medianoperationstiden för inkontinensoperationer år 2016. Intervallet anger den 25:e samt den 75:e percentilen.

Vid jämförelse av operationstiderna väcks en del frågor. Vi mäter antagligen likadant, men hur kan den klart största och även snabbaste kliniken, där lokal anestesi används som rutin, ha en operationstid under 10 minuter? När medianoperationstiden för riket är 20 min, hur kan det ta 35 minuter på några kliniker? Vi fortsätter diskussionen och lär av varandra. Vilken tid är optimal?

Cystoskopi

Det är som tidigare klart relaterat till operationsmetod om cystoskopi har utförts eller ej. Cystoskopi rekommenderas alltid vid retropubisk TVT.

Tabell 2, Cystoskopi relaterat till operationsmetod

	TVT	TVT-O	TOT	Minislynga	Periuretral injektion	Sum
Cytoskopi utfört	1993	21	40	1	55	2110
Cytoskopi ej utfört	208	849	1161	57	4	2279
Sum	2201	870	1201	58	59	4389

Vårdtid

Vårdtiderna 2016 är i flertalet fall mindre än 24 tim och 93.4 % av patienterna skrivs ut på operationsdagen.

Tabell 3. Vårdtid efter operation, klassindelad.

Vårdtid	antal	(%)
Utskriven operationsdagen	4230	93.4
Utskriven dagen efter	151	3.3
Två eller tre vårddygn	18	0.4
Vårdtid längre än tre dygn	5	0.1
Uppgift saknas	126	2.8

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd efter 8 veckor, för 2283 patienter som fick frågan och opererats 2016, var att över 84.9 % ansåg att vårdtiden var lagom lång, 5.4 % ansåg att den var för kort, 2.2 % att den var för lång och uppgift saknades från 7.4 %.

Infektioner

Av de 2746 standardpatienter som opererats 2016 fick 91 % antibiotikaproylax och 9 % fick det inte.

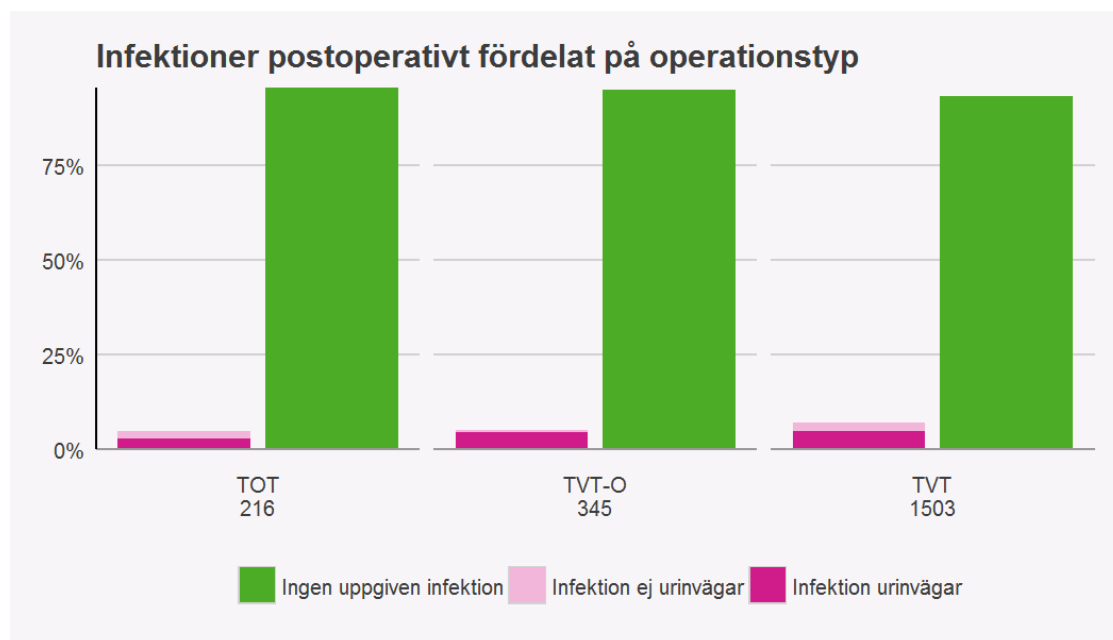
Skillnaden beror huvudsakligen på skiftande rutiner mellan klinikerna. De flesta kliniker ger antibiotikaproylax regelbundet, men 5 kliniker utmärker sig genom att ge antibiotikaproylax i färre än 30 % av fallen.

Leder profylaxen till en lägre andel postoperativa infektioner? Först redovisas de olika slyngteknikerna mot varandra avseende förekomst av infektion eller ej och härfter de två grupperna profylax mot ej profylax för att jämföra hur ofta patienterna drabbades av infektion.

De försiktiga slutsatser som kan dras är att det är ovanligt med postoperativa infektioner. Endast 2.6 % fick UVI och 1.5% fick övrig infektion.

Det tycks inte vara någon skillnad mellan operationsmetoderna.

Det går inte se någon säker skillnad mellan profylax och icke profylaxgruppen (Chi2 = 1.93, p = 0.17). Detta påstående behöver verifieras i en något större kohort över åren, men skulle kunna leda till en förändrad rekommendation.



Figur 15. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.

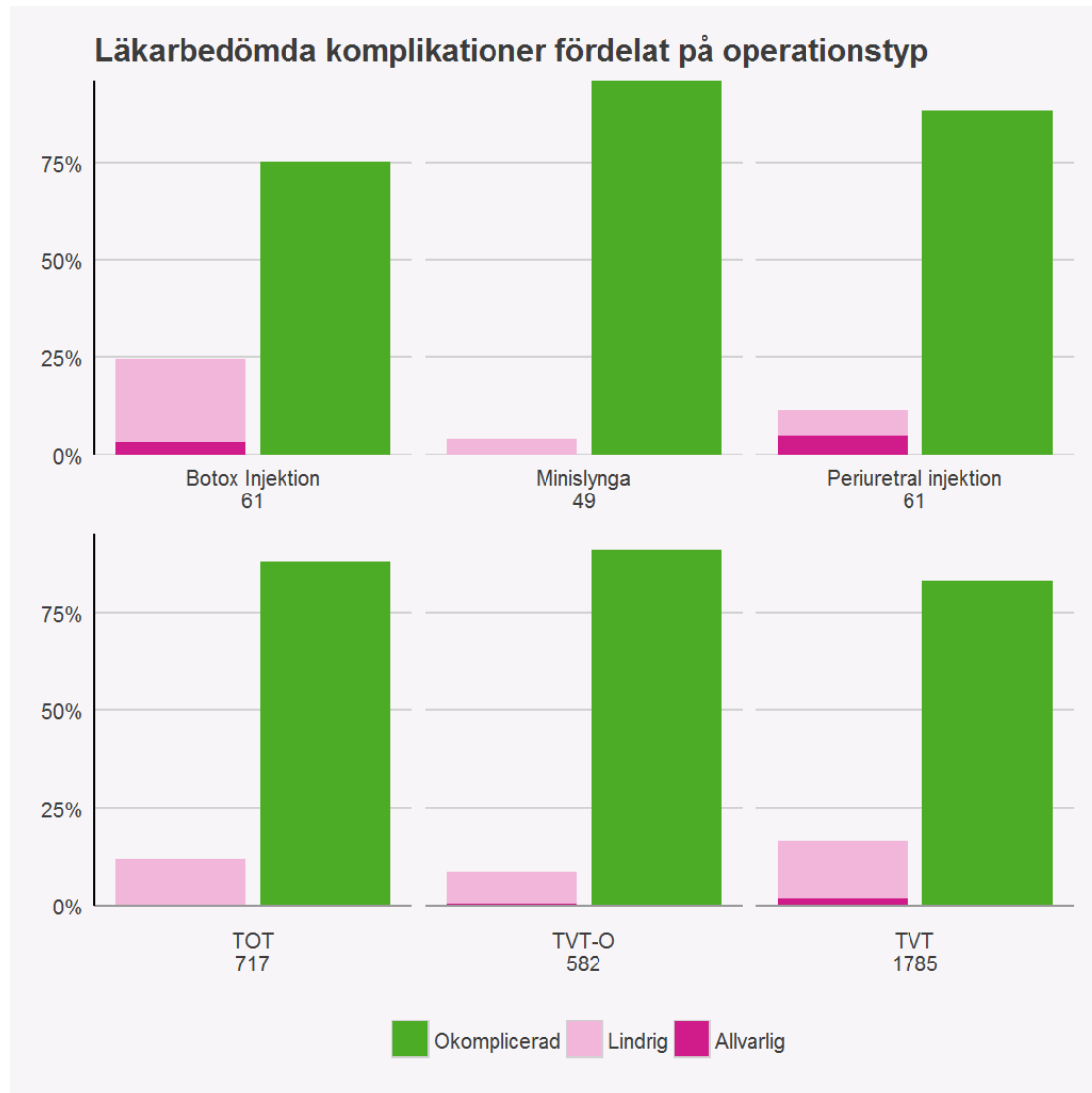
Tabell 4. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.

Infektion	Antibiotikaprofylax given	Antibiotikaprofylax ej given
Ingen uppgiven infektion	1799 (93.7%)	312 (91.5%)
Uppgiven infektion	121 (6.3%)	29 (8.5%)

8-veckorsenkäten

Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten var 75 % för riket.

Komplikationer



Figur 16. Per- och postoperativ komplikation vid inkontinensoperation 2016 (sammantagen bedömning vid 8 veckor).

En jämförelse mellan operationsmetoderna beträffande komplikationer enligt ovanstående figur visar fler komplikationer, både lindriga och allvarliga vid TVT jämfört med obturator-teknikerna.

2016 års rapporterade allvarliga komplikationer

De patienter som fått allvarliga komplikationer som registretats under 2016 var 52 stycken (1,15 %) Efter en mer detaljerad granskning av dessa kan några fakta presenteras.

Fritextuppgifter som just i dessa fall kan vara värdefulla, saknades ofta för dessa patienter. En vädjan inför framtiden är att fylla i alla textfält när en allvarlig komplikation skett, för möjlighet till bättre återrapportering.

4 av operationerna utfördes vid recidivinkontinens.

Noteras bör att de flesta allvarliga komplikationerna, 41 fall (79 %) uppkom vid TVT-teknik, 4 fall (8 %) vid TVT-O, 4 fall (8 %) vid TOT och 2 fall (4 %) vid periuretral injektion och ett fall (2 %) efter Botoxbehandling.

Endast 2 av fallen noterades peroperativt och 13 (25 %) av dem under vårdtiden.

I år rapporterades 2 patienter med allvarlig blödning, varav en fick transfunderas med 3 enheter.

Organskador som rapporterades var 3 allvarliga tarmkomplikationer, varav en patient reopererades ca 4 mån efter en TVT för ileus, där bandet gick igenom tarmmesenteriet. En patient fick uttalad obstipation, möjligen relaterat till morfinkrävande smärtor och fick återinläggas på sjukhus för utredning och kraftigt förlängd sjukskrivning.

Dessutom rapporterades 2 uretärskador, 5 vaginala skador, 7 nervskador och flera allvarliga blåsperforationer.

Det fanns 4 fall med allvarlig infektion som krävt sjukhusvård varav 1 fall med sepsis hos en patient som behandlades med Botox intravesikalt pga trängningsinkontinens.

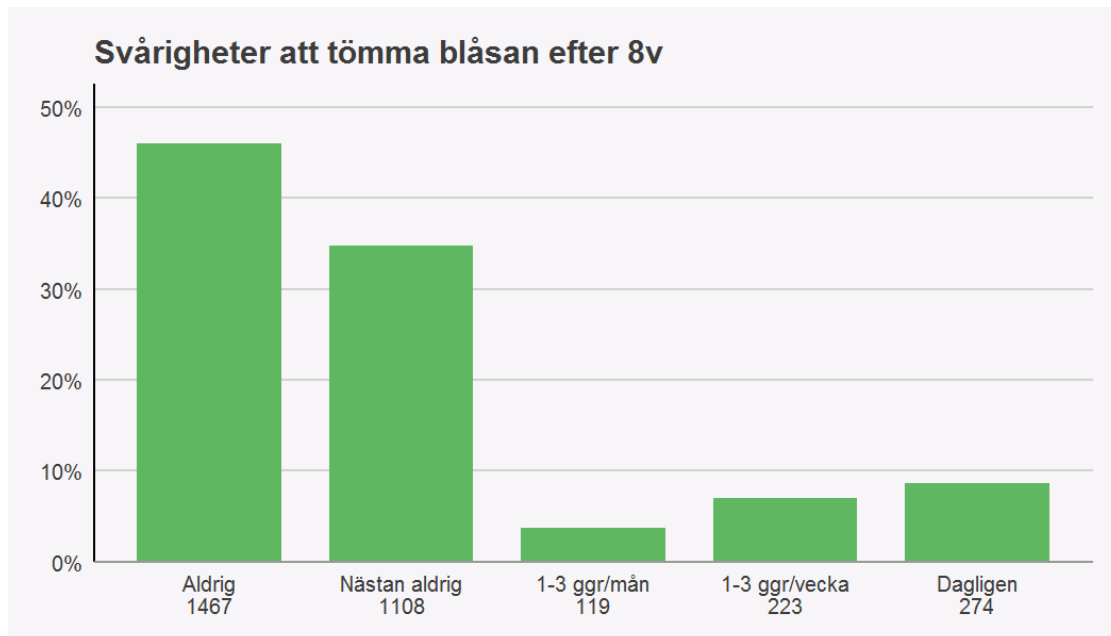
2 patienter fick lungembolier några veckor postoperativt

1 patient fick kvarstanna för uttalad bradykardi.

En större andel av patienterna som beskrivits ha en allvarlig komplikation har haft urinretention som medfört reoperation, långdragen RIK (8 pat) eller KAD-behandling (12 pat). En kom åter 2 dagar postoperativt med nära 2 liter resturin.

Postoperativa smärtor utgör också en del av denna patientkategori som "enda" besvär eller i kombination med någon av ovanstående komplikationer.

Blåstömningsbesvär



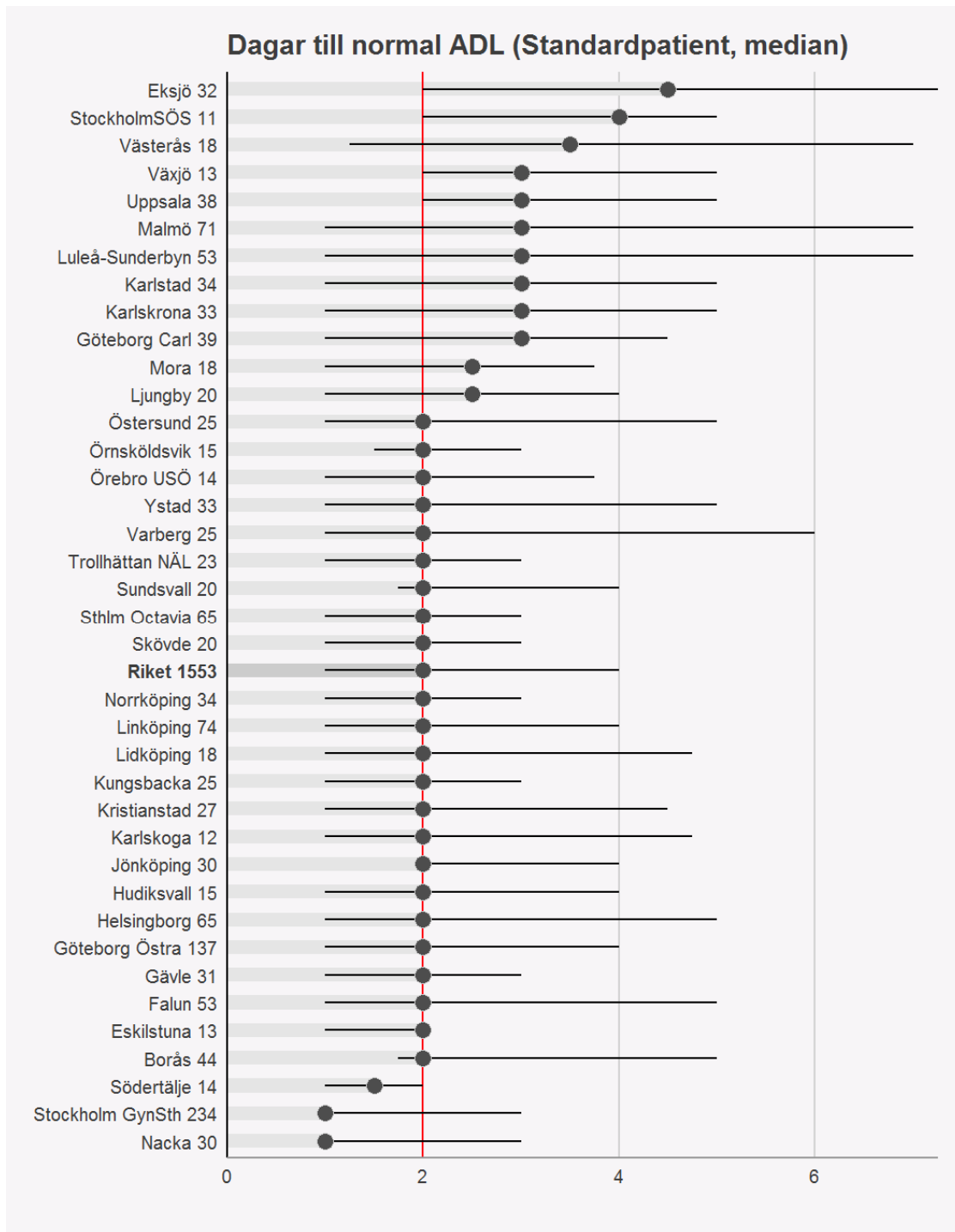
Figur 17. Svårigheter att tömma blåsan 8 veckor efter operation.

En uppgift som efterfrågats var en redovisning av hur många patienter som haft postoperativa blåstömningsbesvär. Ovanstående figur redovisar detta och väcker samtidigt ytterligare frågor. Fanns det skillnad mellan operationsmetoderna? Finns skillnader mellan sjukhusen? Hur behandlades besvären? Hur länge kvarstod de?

Här får gärna intresserade kollegor fördjupa sig och sprida informationen vidare.

ADL

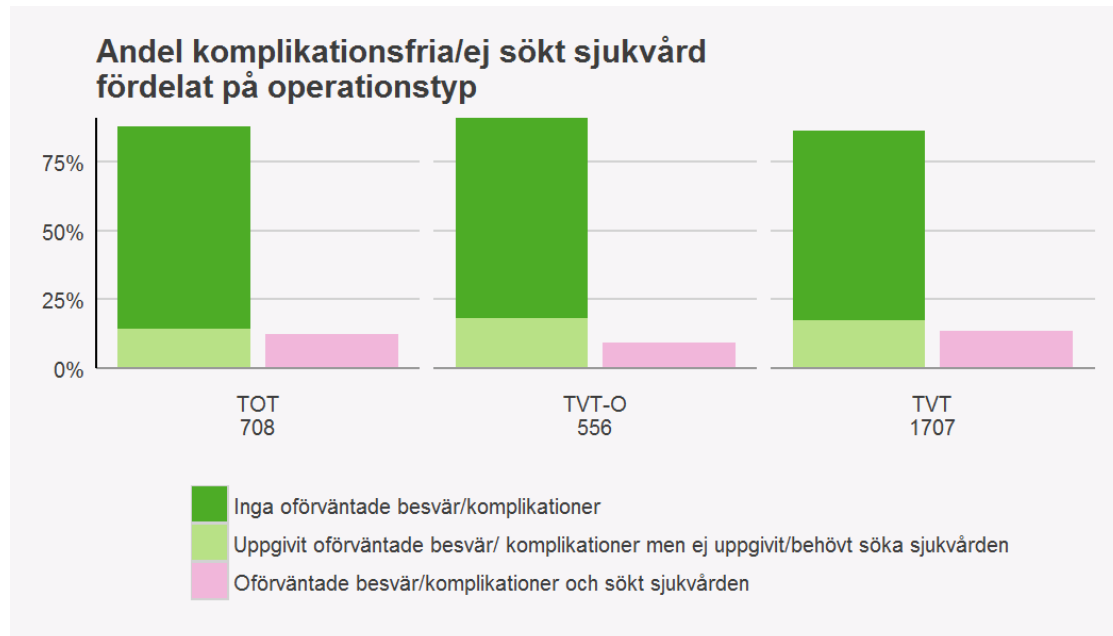
I 8-veckorsenkäten tillfrågas patienterna också om när de återfick sin normala ADL. Medelvärdet för återkommande av normalt ADL var 2 dagar, med klinikvariation på 1-5 dagar. 34.9 % hade redan första postoperativa dagen återgått till det normala, 89.2 % inom en vecka och 96.6 % inom två veckor. Fördelningen gällande standardpatienter på respektive sjukhus utföll enligt figur 18:



Figur 18. Dagar till normal ADL (median) för standardpatienter. Intervallet anger 25:e samt 75:e percentilen.

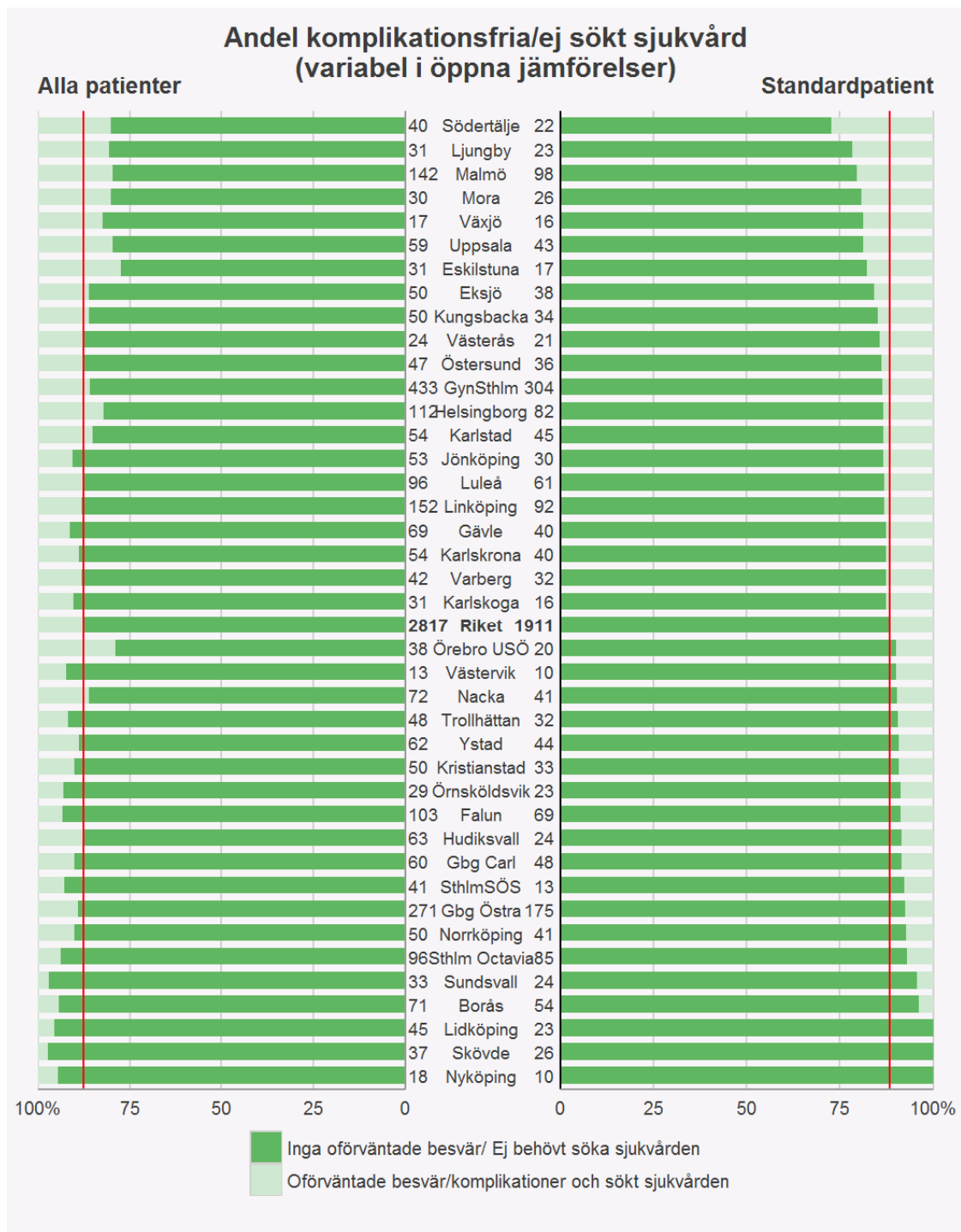
Öppna Jämförelser/Vården i siffror

En variabel som redovisas i Öppna Jämförelser är andelen som antingen varit komplikationsfria eller haft komplikation/oväntade besvär som de ej sökt sjukvård för. Det motsvarar summan av de ljus- och mörkgröna fälten i nedanstående figur. I figuren nedan ses fördelning för respektive operationsmetod.



Figur 19. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten har varit komplikationsfri och ej behövt söka sjukvård efter utskrivning.

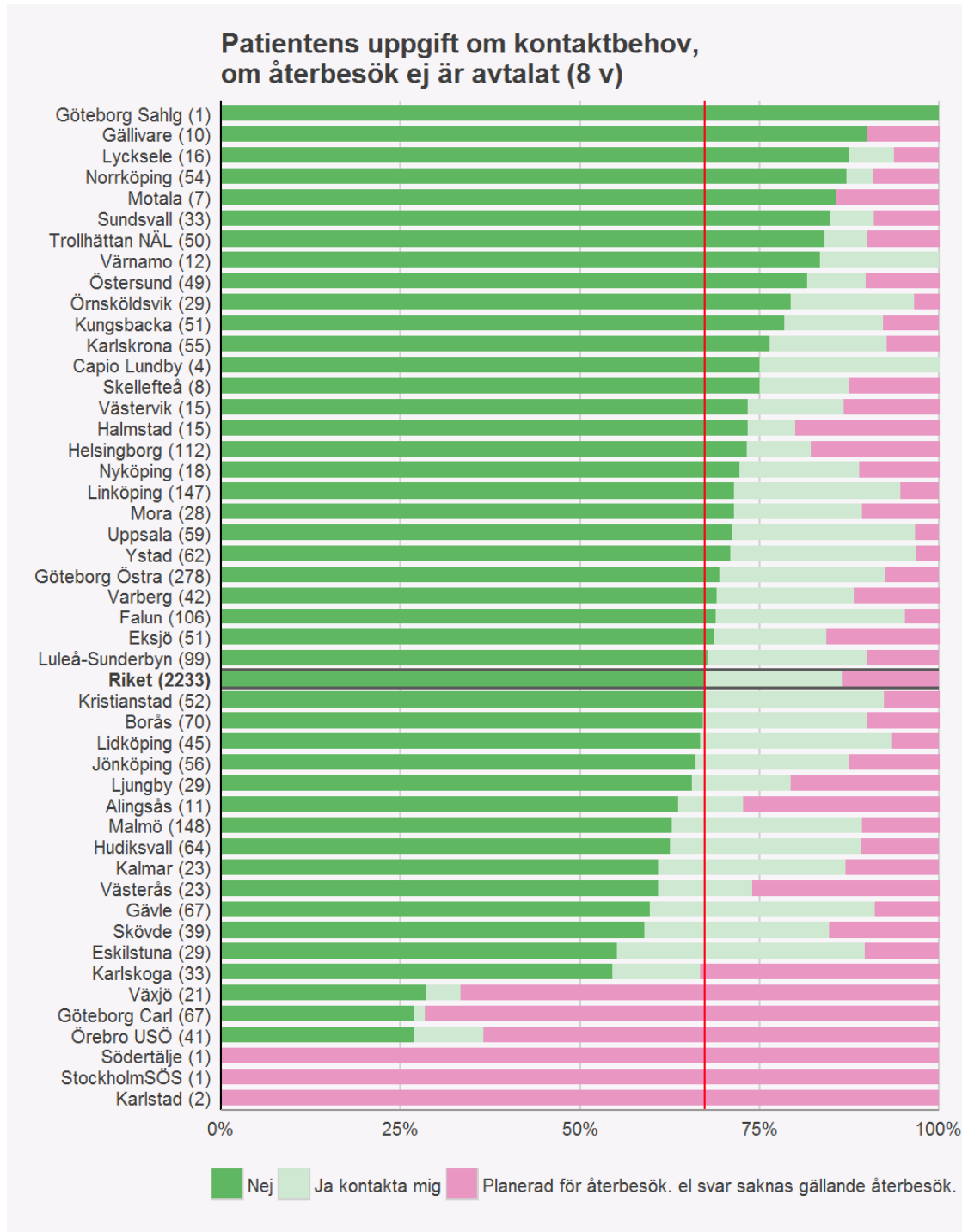
I nästa figur ser vi hur variabeln är fördelad på sjukhus för såväl totalantal patienter som standardpatienter.



Figur 20. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten behövt söka sjukvård efter utskrivning. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Patientens önskemål om kontakt

En annan möjlig variabel till Öppna Jämförelser är hur de patienter som önskar kontakt får respons på detta önskemål. Det som redovisas i figuren nedan är hur många av patienterna som inte har återbesök inplanerat och som önskar någon typ av kontakt.



Figur 21. Patientens önskemål om kontakt efter 8 veckor, för de som ej har planerat återbesök efter operationen.

Inkontinensoperationer utförda år 2015 - 1-årsresultat

Svarsfrekvensen för 1-årsenkäten var 65 % för riket.

Resultatet av operationen utvärderas främst vid 1-årsenkäten och vi redovisar här tre utfallsmått från GynOp där två av dem även finns i GKR.

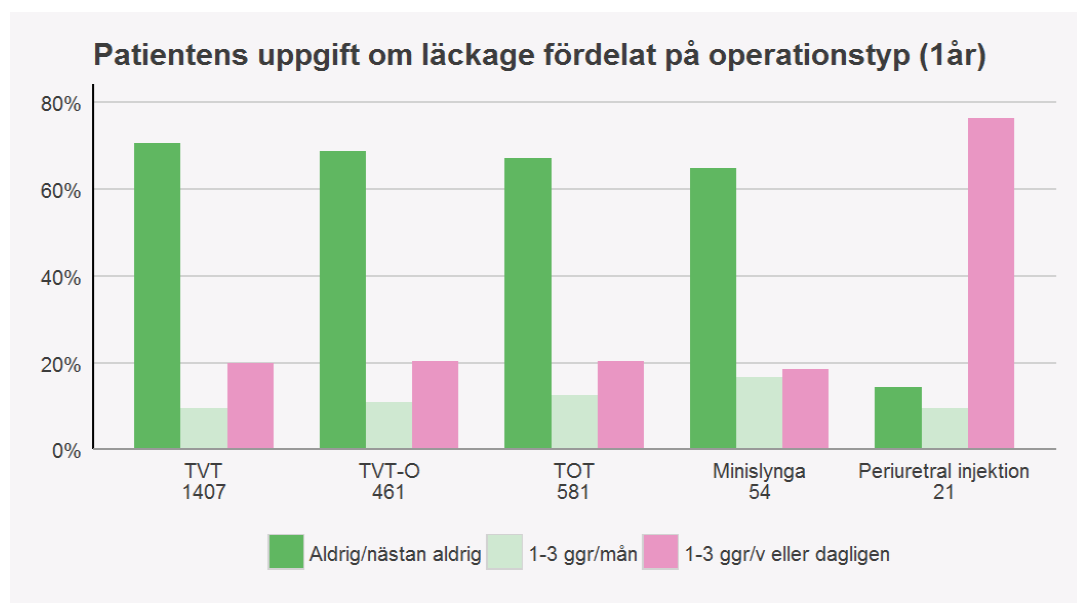
Läckage

Det första måttet gäller om kvinnan har något urinläckage och i så fall hur ofta, indelat i tre kategorier: aldrig/nästan aldrig, 1-3 ggr/månad eller 1 gång/vecka-dagligen.

Denna variabel ingår också i Öppna Jämförelser och då är det värdet på den mörkgröna stapeln som gäller.

Det totala utfallet för alla opererade 2015 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2250) är 73 % aldrig/nästan aldrig, 8 % 1-3 ggr/månad och 19 % 1 gång/vecka-dagligen.

När vi jämför de olika metoderna syns de olika slyngorna TVT, obturator-teknikerna och minislyngor leda till likvärdigt resultat, medan kontinensen 1 år efter periuretrala injektioner inte alls på något sätt uppnår motsvarande resultat.

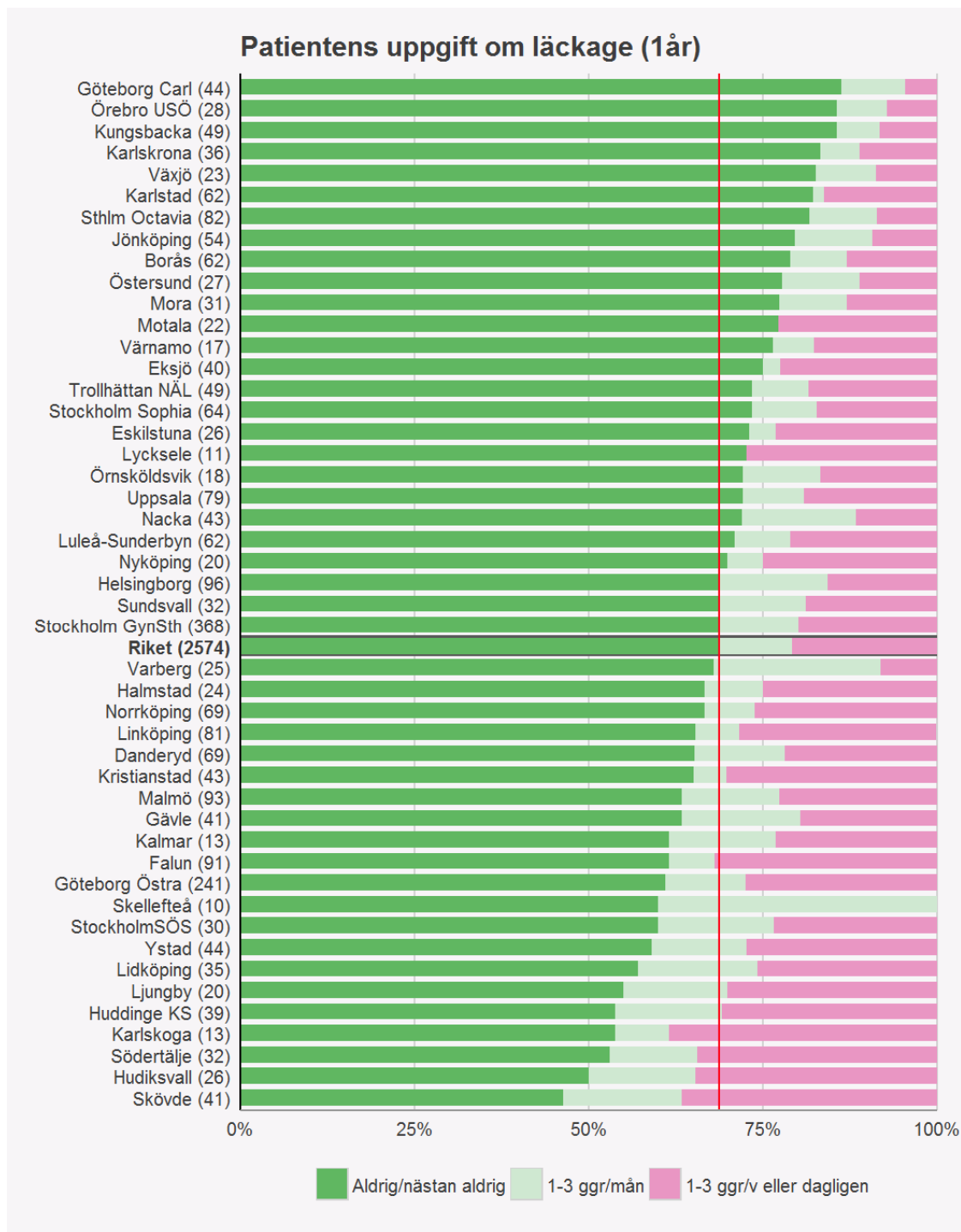


Figur 22. Resultat 1 år efter operation, patienter opererade år 2015.

Tabell 5. Uppgift om läckage fördelat på operationstyp.

Operation	Aldrig/nästan aldrig	1-3 ggr/mån	1-3 ggr/v eller dagligen	Totalt
TVT	991 (70%)	135 (10%)	281 (20%)	1407
TVT-O	317 (69%)	50 (11%)	94 (20%)	461
TOT	390 (67%)	73 (13%)	118 (20%)	581
Minislynga	35 (65%)	9 (17%)	10 (19%)	54
Periuretral injektion	3 (14%)	2 (10%)	16 (76%)	21
Totalt	1736 (69%)	269 (11%)	519 (21%)	2524

Resultaten jämfört mellan klinikerna visas nedan.



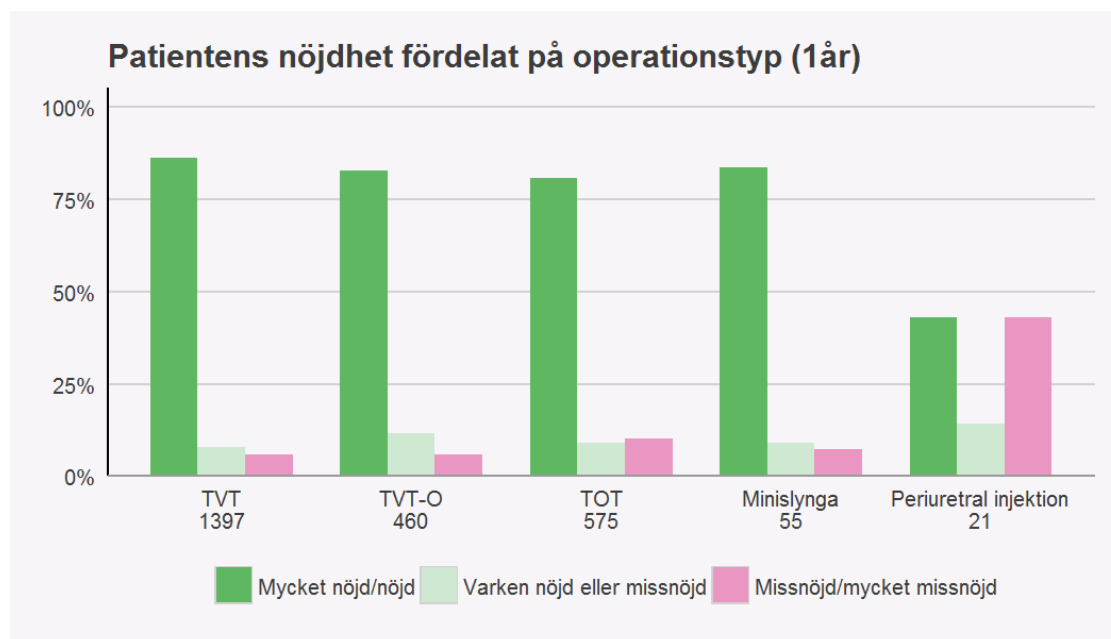
Figur 23. Urinläckage ett år efter operation, patienter opererade år 2015.

Nöjdhet

Det andra utfallsmåttet uttrycker patienternas nöjdhet med ingreppet efter ett år. Dessa resultat är också kategoriserade i tre grupper och resultaten innebär som tidigare år en större andel nöjda än andelen täta.

Det totala utfallet för alla opererade 2015 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2234) är 85 % mycket nöjd/nöjd, 8 % varken nöjd eller missnöjd och 7 % missnöjd/mycket missnöjd.

Fördelat på de olika operationsmetoderna ser vi ingen säker skillnad i andelen nöjda efter TVT jämfört med obturator teknikerna men ett drastiskt mycket sämre resultat för periuretral injektion.

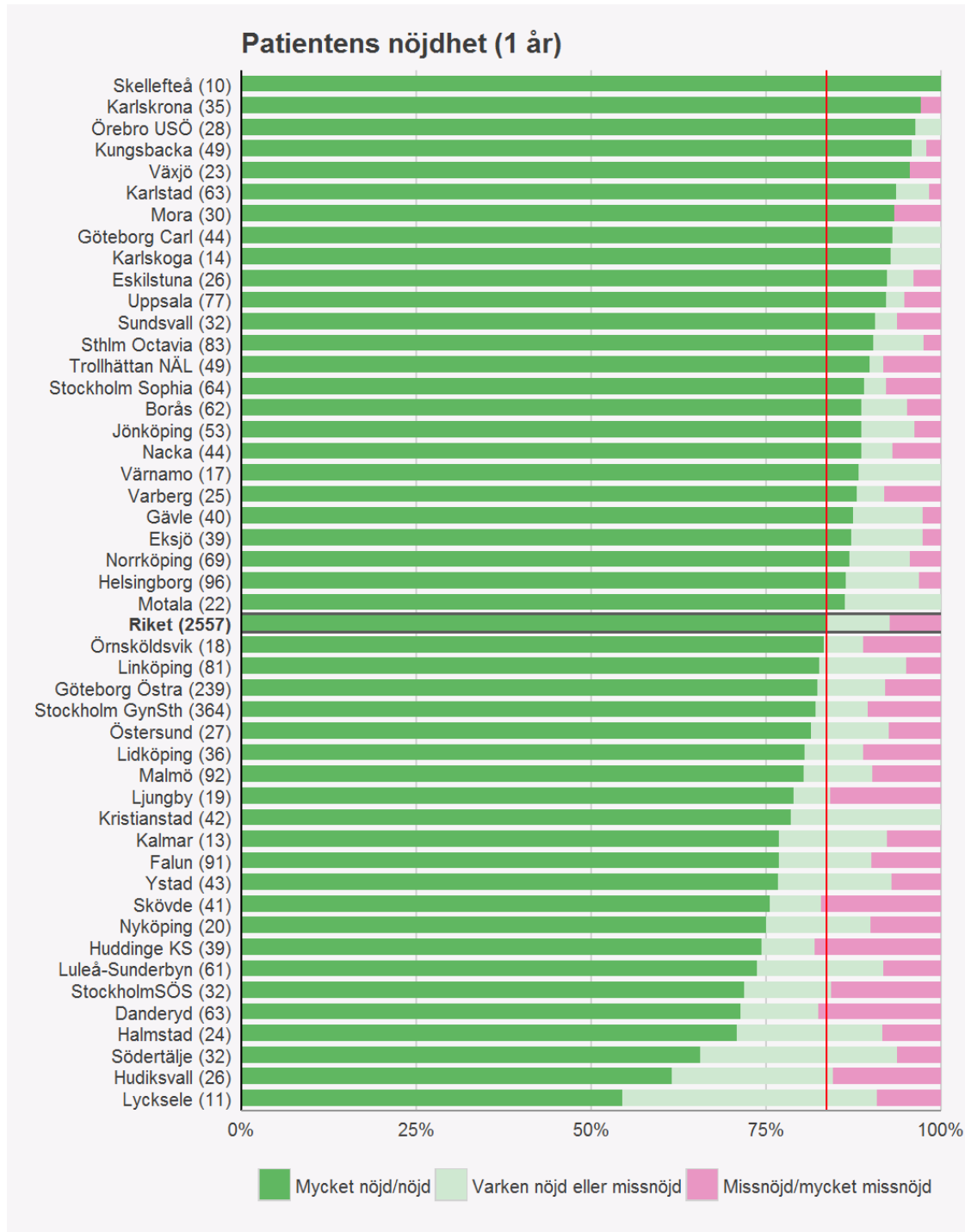


Figur 24. Patientens nöjdhet med resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2015.

Tabell 6. Patientens nöjdhet fördelat på operationstyp.

Operation	Mycket nöjd/nöjd	Varken nöjd eller missnöjd	Missnöjd/mycket missnöjd	Totalt
TVT	1204 (86%)	112 (8%)	81 (6%)	1397
TVT-O	380 (83%)	53 (12%)	27 (6%)	460
TOT	464 (81%)	52 (9%)	59 (10%)	575
Minislynga	46 (84%)	5 (9%)	4 (7%)	55
Periuretral injektion	9 (43%)	3 (14%)	9 (43%)	21
Totalt	2103	225	180	2508

Resultaten för nöjdhet jämfört mellan klinikerna visas nedan.



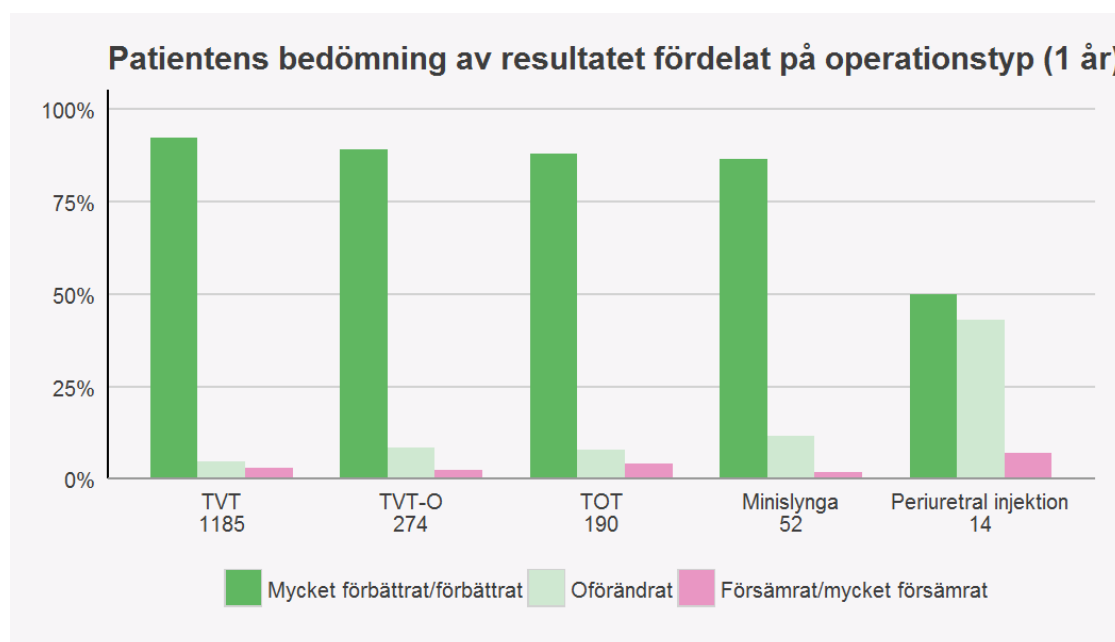
Figur 25. Patientens nöjdhet med resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2015.

Förbättring

Det sista utfallsmåttet anger i hur stor andel patienterna tycker att de blivit förbättrade. Denna fråga saknas i GKR varför underlaget är mindre och GKR-klinikerna inte kan återfinnas i klinikjämförelsen.

Även detta mått redovisas i tre kategorier och för hela gruppen (n=1515) patienter opererade 2015 som besvarat frågan efter 1 år uppger 91 % att de är mycket förbättrade/förbättrade, 6 % att det är oförändrat och 3 % att de blivit försämrade/mycket försämrade.

När man jämför de olika operationsmetoderna ser vi störst andel förbättrade med TVT, TVT-O och minislynga medan en något lägre andel svarar så efter en TOT. Sämst resultat ser vi även här efter periuretral injektion.

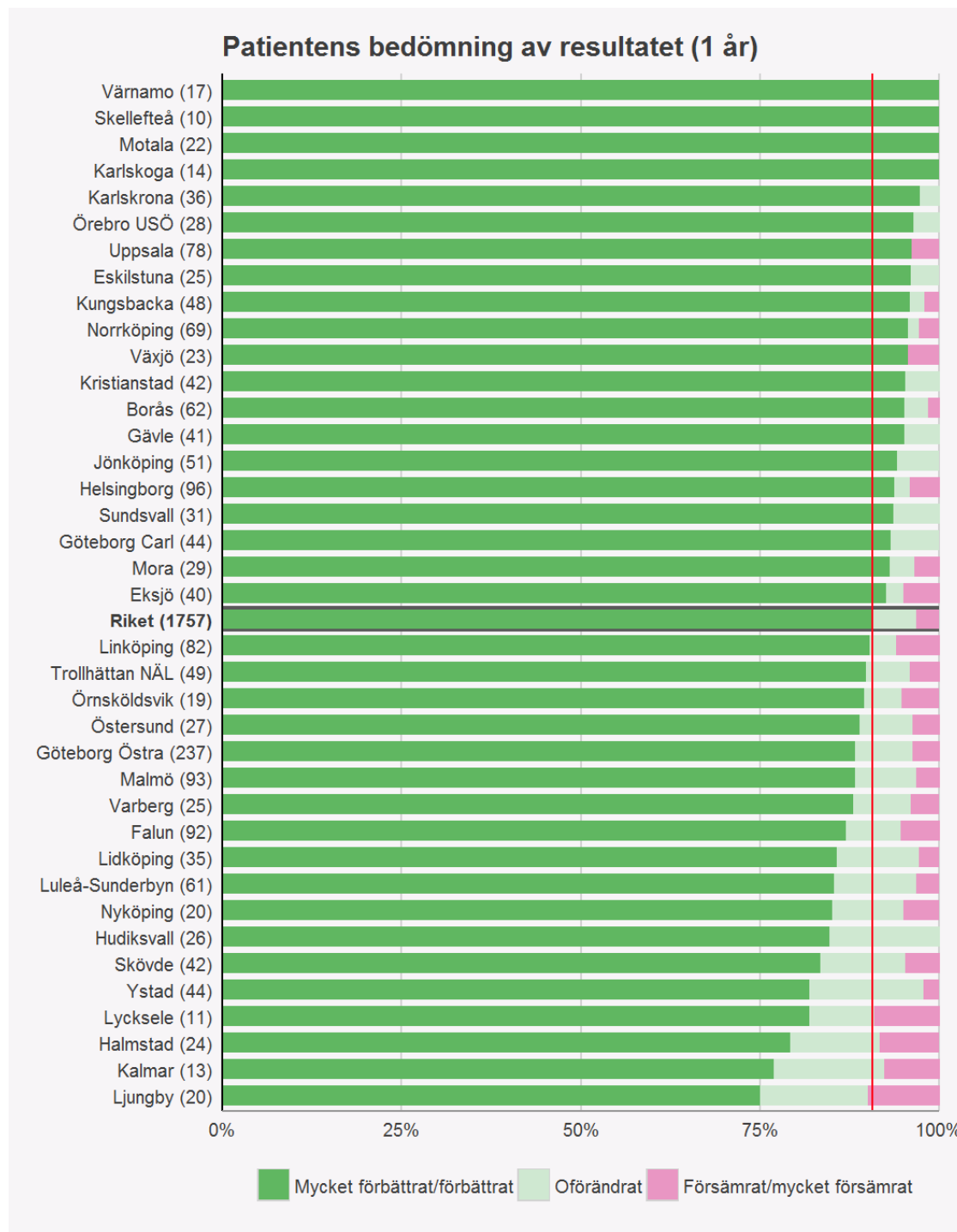


Figur 26. Patientens resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2015.

Tabell 7. Patientens resultat fördelat på operationstyp.

Operation	Mycket förbättrat/förbättrat	Oförändrat	Försämrat/mycket försämrat	Totalt
TVT	1094 (92%)	55 (5%)	36 (3%)	1185
TVT-O	244 (89%)	23 (8%)	7 (3%)	274
TOT	167 (88%)	15 (8%)	8 (4%)	190
Minislynga	45 (87%)	6 (12%)	1 (2%)	52
Periuretral injektion	7 (50%)	6 (43%)	1 (7%)	14
Totalt	1557 (45%)	105 (3%)	53 (2%)	1715

Fördelat på klinik ser resultatet ut enligt nedanstående figur:



Figur 27. Patientens bedömning av resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2015.

Kommentarer

Liksom föregående års inkontinensrapport bjuder inte heller årets på några dramatiska överraskande resultat, utan ger en bild av hur inkontinenskirurgin i Sverige fortsatt fungerar relativt väl. Några enheter har fått lite bekymmer medan andra utvecklas mycket positivt.

Standardpatienterna inom inkontinenskirurgin har fått stå ytterligare tillbaka i årets rapport - jag skulle vilja understryka vikten av att höja och fortsätta att hålla höga svarsfrekvenser, för en ökad validitet av data. Svarsfrekvenserna har dessvärre tenderat att sjunka. Sammanslagningen av GynOp och GKR kommer förhoppningsvis att leda till mer likformiga rutiner och därmed successivt högre svarsfrekvenser.

Vi har fått anledning att fokusera på olikheter och att vi har en ojämlig vård i landet. Samtidigt har vi inom professionen ett öppet och prestigelöst diskussionsklimat.

Vilken slyngmetod som används tycks inte vara så betydelsefullt, utan ett fortsatt fokus på patienturval, information och fungerande kringrutiner är det som gäller.

Frågor som är aktuella; skall vi mer systematiskt utvärdera antibiotikaproylax? Hur stor andel postoperativ tömningsproblematik skall vi tolerera? Och hur får vi in fler Botox-behandlade patienter i registret, speciellt nu när det är utbyggt?

Avslutar som vanligt med goda råd för att nå en god kvalitet, från de bästa klinikerna, summerade efter ett användarmöte:

- Att göra en noggrann preoperativ utredning så att man väljer "rätt" patienter
- Att informera patienterna väl, speciellt de med blandinkontinens
- Att samla operationerna, inklusive beslut om operation, på ett fåtal läkare med störst erfarenhet
- Att lära av och ta råd från kliniker med goda resultat

Uppslagsord	Förklaring
Anestesi	Bedövning
Blåsp perforation	En oavsiktlig stickskada genom urinblåsans vägg i samband med att TVT-bandet appliceras
Botoxinjektion	Används som behandling vid svår trängningsinkontinens (urinläckage orsakat av ökad motorisk aktivitet i blåsans muskelvägg – överaktiv blåsa). Botox sprutas in i urinblåsans muskel vilket gör att den slappnar av.
Cystoskopi	Undersökning av urinblåsans inre med hjälp av ett kateterformat instrument
Intravesikalt	I urinblåsan
NMI	Nationella medicinska indikationer: NMI ge hälso- och sjukvårdspersonal vägledning i beslut om att erbjuda en aktuell åtgärd till en enskild patient. Beslutsstöden bygger på bästa tillgängliga kunskap om nytta och risk med den aktuella åtgärden. Beslut om att erbjuda en åtgärd ska kunna fattas på lika grunder över hela landet. Stöd för beslut om behandling bidrar på så sätt till en kunskapsbaserad, säker och jämlik vård.
Periuretral injektionsbehandling	Under slemhinnan runt urinröret injiceras ett ämne som förtränger urinröret och på så sätt kan förbättra dess slutningsförmåga.
Pre- per- & post-	Latinska termer för innan, under & efter (t.ex. operation)
Recidiv	Att samma besvär återkommer igen.
Retropubisk	Bakom blygdbenet
SFOG	Svensk Förening för obstetrik och gynekologi.
TOT	TransObturatorius vaginal Tape. Från hudsnitt i lårets insida placeras det nätliknande bandet under mitturetra via en kanal genom en bäckenöppning (foramen obturatum) enligt "outside-in" teknik.
Transobturatorisk	Genom foramen obturatorius, en 2 x 4 cm stor öppning i sidan på lilla bäckenet
TVT	Tensionfree Vaginal Tape. Ett nätliknande plastband placeras med stadigt införningsinstrument i en slynga runt mitten av urinröret i en kanal som på båda sidor går bakom symfyssen ut genom bukväggen (inside-out teknik)
TVT-O	Transobturatorisk metod där bäckenbensöppningen penetreras från slidan (inside-out-teknik). Bandet får samma placering som vid TOT.
Uretra	Urinrör
Uretär	Urinledare