

Adnexregistret

Årsrapport 2017

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN JULI 2018

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Mathias Pålsson, registeransvarig för adnexregistret, Carlanderska
Göteborg

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

Operation.....	2
Täckningsgrad.....	2
Operationsvolym.....	4
Operationssätt.....	5
PAD.....	10
Vårdtid.....	12
Komplikationer.....	14
Patientvärderat resultat.....	20
Validitet.....	21
Sammanfattning.....	23
Ordlista.....	24

Årsrapport Adnex 2017

Rapporten beskriver ett urval utfall för patienter opererade i Adnexregistret under år 2017. Till Adnexregistret sorteras kvinnor som opereras för förväntat benigna tillstånd i äggstockar och äggledare, utan samtidig uterusoperation. Diagnostiska laparoskopier och endometriiskirurgi hör också till adnex.

Avseende direkta operationsrelaterade variabler har kalenderåret 2017 använts.

I de utfall som använder data från 8-veckorsenkäten har operationer som gjorts under perioden 2016-09-01 till 2017-09-01 använts. Resultat från 1-årskäten har använts operationer gjorda under perioden 2015-09-01 till 2016-09-01.

I en del figurer presenteras resultat både för standardpatienter jämfört med icke standard-patient. Standardpatienterna utgörs av den normala adnexselektionen (ej samtidig hysterektomi, preoperativt bedömt som benign) samt att BMI inte får överstiga 35, ålder inte överstiga 70 år, om cysta opereras får den inte överstiga 10 cm och patienter exkluderas om indikationen är endometrios. Icke-standardpatienter är följaktligen de som inte uppfyller standardkriterierna.

Under år 2017 skedde ett sammangående mellan GynOp och GKR. För operationsåret 2017 innebär det att de forna GKR-klinikerna delvis har registrerat i GKR och delvis i GynOp. Under andra halvåret 2017 har samtliga registrerat i GynOp.

För alla figurer i den här rapporten så krävs att minst 10 patienter från en klinik finns med i utfallet för att kliniken ska vara med i figuren. Undantag är i kombinationsfigurerna där standard/icke-standard jämförs där vi har accepterat att man har färre än 10 icke standard-patienter.

Operation

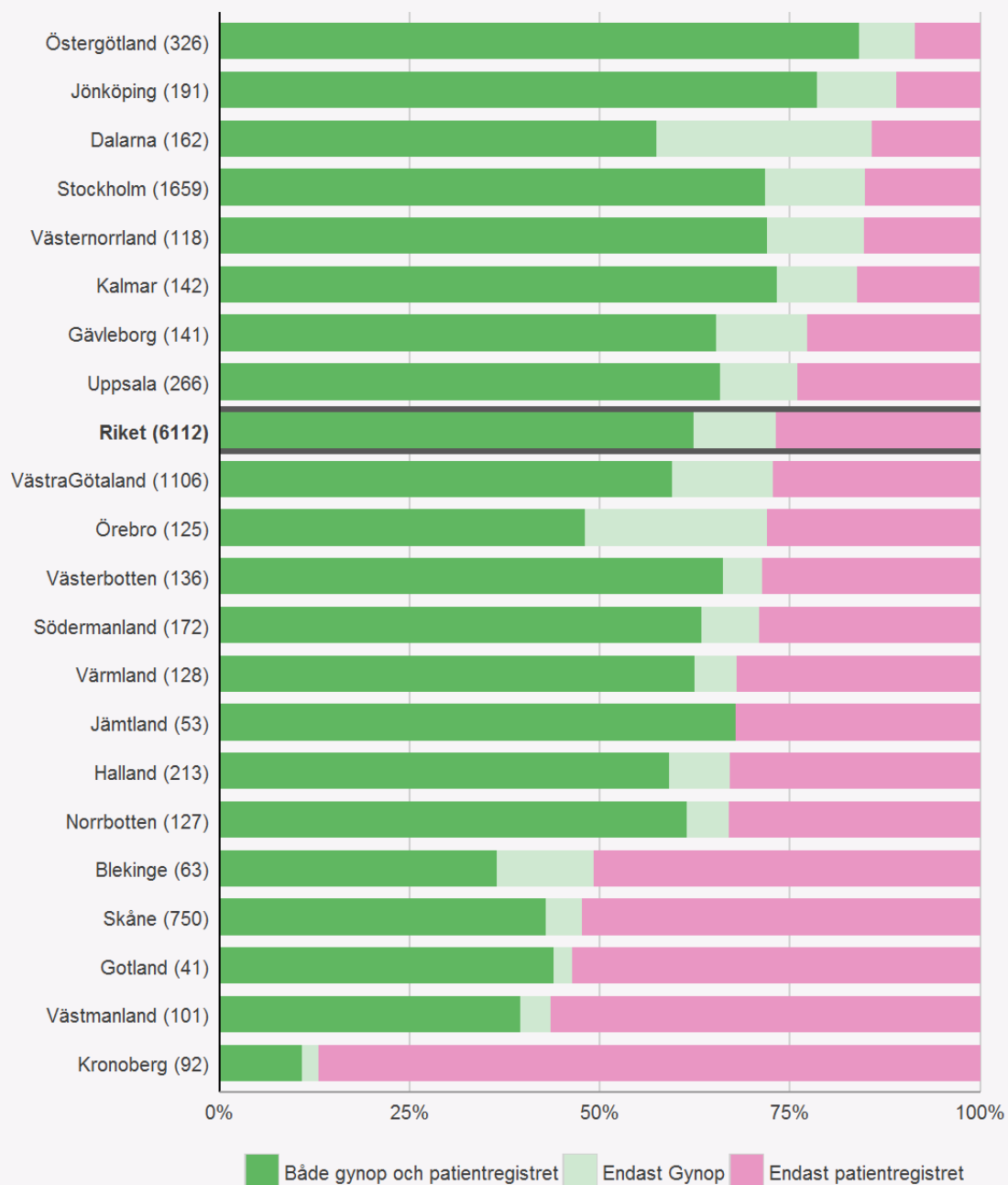
Täckningsgrad

Adnexregistret är det register som har sämst överensstämmelse med patientregistret (under 60 %). En delförklaring till det är den relativt höga andel av adnexoperationer som utförs akut. De landsting som har bäst täckningsgrad har kliniker med en andel akuta operationer som ligger runt 30 % (exempel är Södersjukhuset i Stockholm, Linköping, Jönköping och Falun). Landsting som har sämre täckningsgrad, till exempel Skåne har bara en klinik med i listan över de kliniker som registrerat akuta operationer och en andel akuta patienter på cirka 10 %. Malmö är å andra sidan riktigt bra på att registrera akuta patienter, nästan 60 % av alla registrerade adnexoperationer utgörs av akuta patienter. Det finns naturligtvis andra förklaringar också, som att elektiva patienter inte kommer med i GynOp.

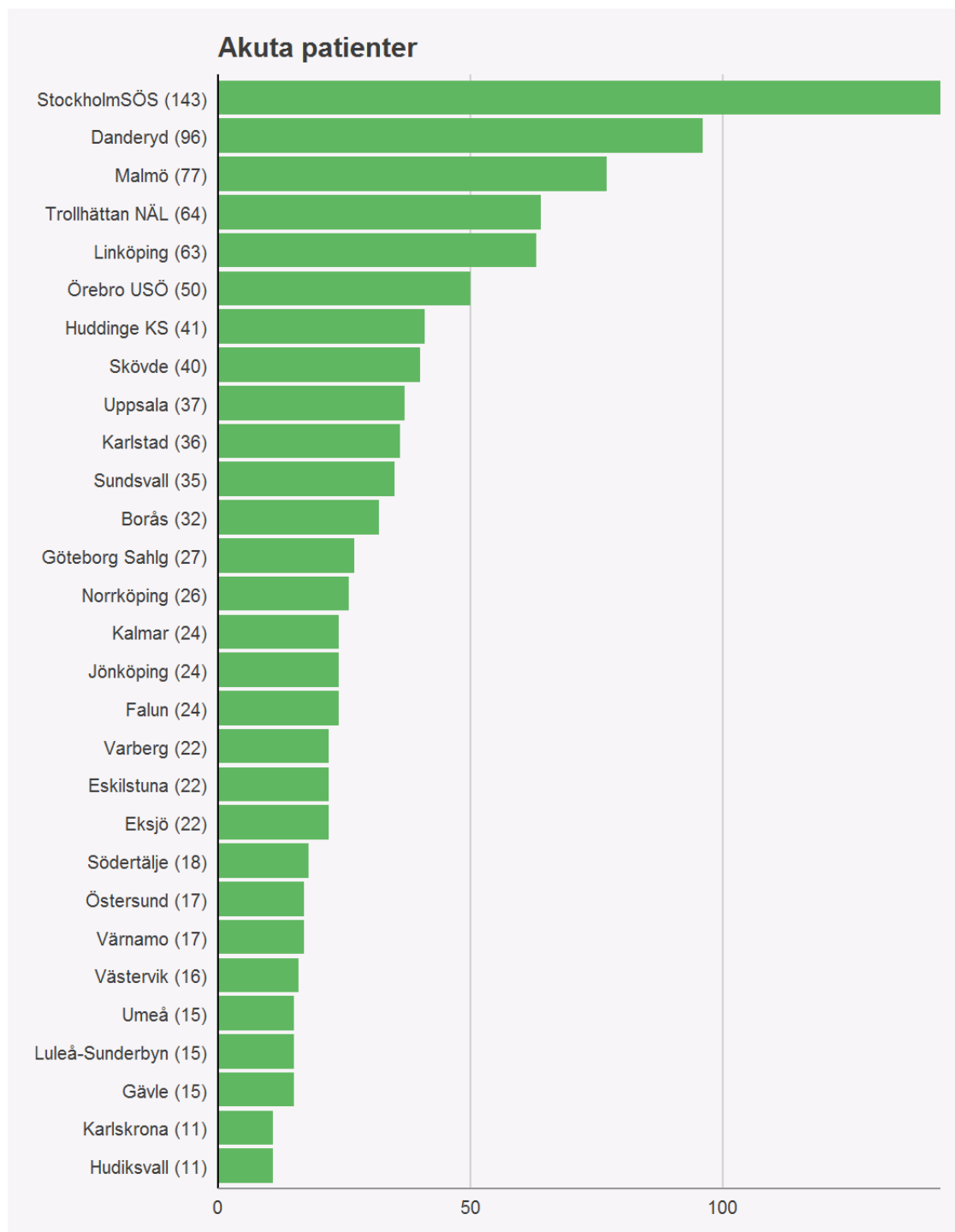
I Adnexregistret är bestämning om patienten vårdas akut eller elektivt en obligatorisk variabel och det enda sätt vi kan få fram om det är en akut operation. Det är mycket möjligt att kliniker tar med akuta patienter i registret som inte finns redovisade eftersom man inte fyllt i denna obligatoriska variabel.

Även akuta patienter är viktiga att följa upp och det är önskvärt att öka registreringen av dem.

Andel adnexoperationer som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2016.



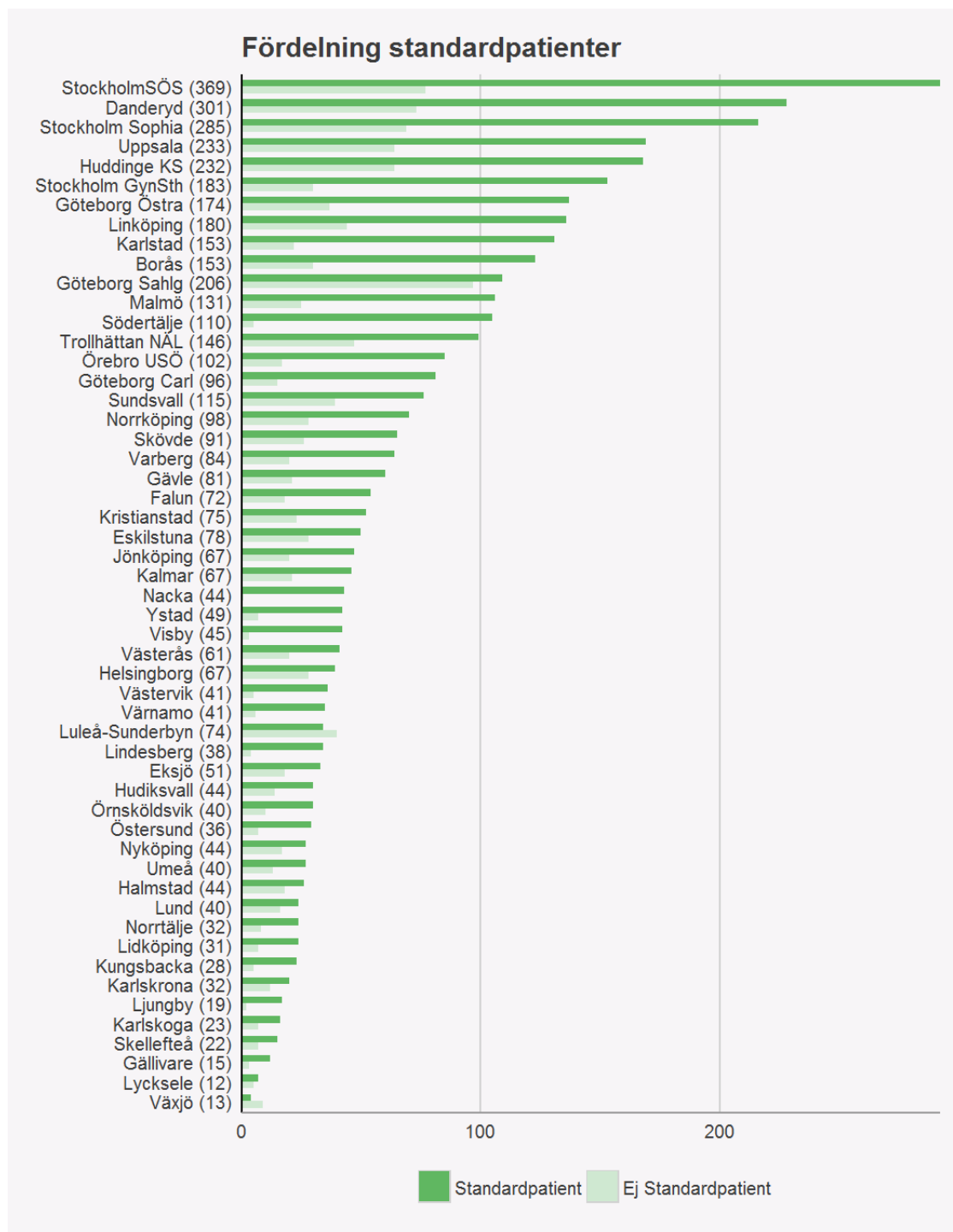
Figur 1. Andel adnexoperationer som rapporterats i GynOp och Patientregistret.



Figur 2. Antal akuta patienter registrerade i GynOp.

Operationsvolym

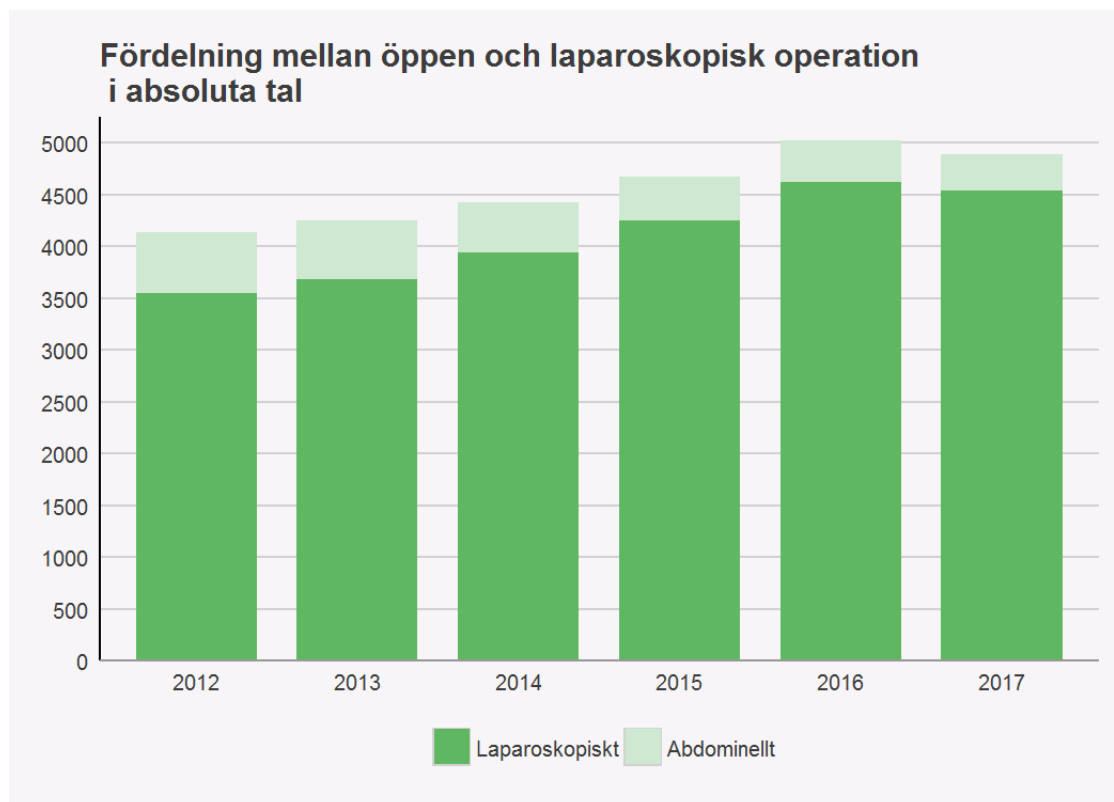
Under 2017 har 4891 patienter registrerats i Adnexregistret. Av dem uppfyllde 3644 kriterierna för standardpatient, 1247 gjorde det inte. Standardpatienterna motsvarar därmed 75 % av de opererade patienterna. Det finns en viss variation i klinikernas fördelning mellan standard/icke-standardpatienter. Sahlgrenska och Luleå-Sunderbyn har ungefär lika stor andel standard och icke-standardpatienter medan till exempel Nacka, Visby och Södertälje har i princip bara opererat standardpatienter.



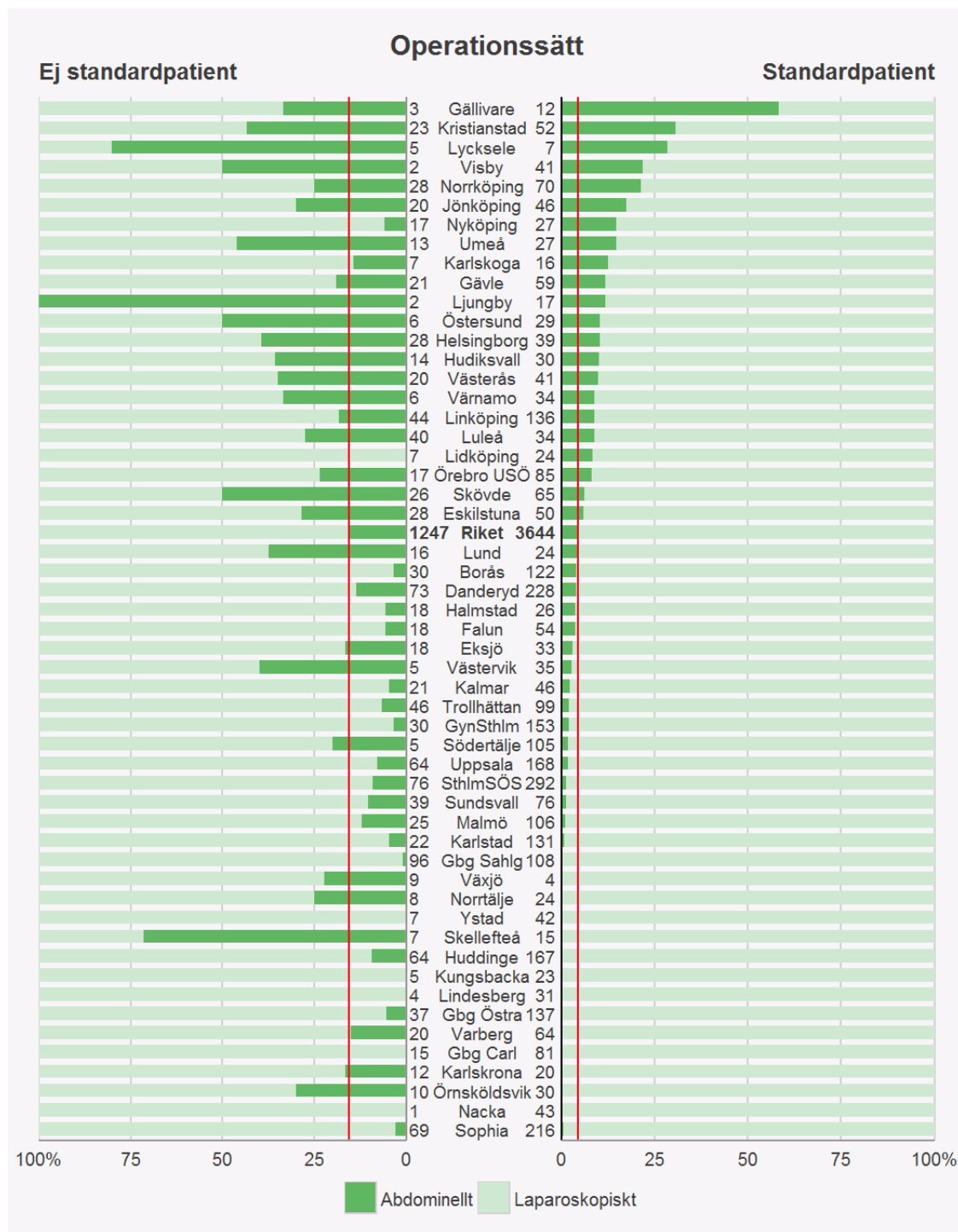
Figur 3. Fördelning standardpatienter/ej standardpatienter per klinik

Operationssätt

Laparoskopisk teknik är en synnerligen lämplig operationsmetod för adnexkirurgi och är den helt dominerande formen. Sammantaget har 93 % opererats med laparoskopisk teknik. Det är en, om än minimal, ökning mot 2016 då drygt 91 % opererades laparoskopiskt. Standardpatienter opereras nästan uteslutande med laparoskopisk teknik (96 %). En något mindre andel av icke-standardpatienterna opereras laparoskopiskt, 85 %, vilket är att förvänta då till exempel riktigt stora cystor oftare laparotomeras.



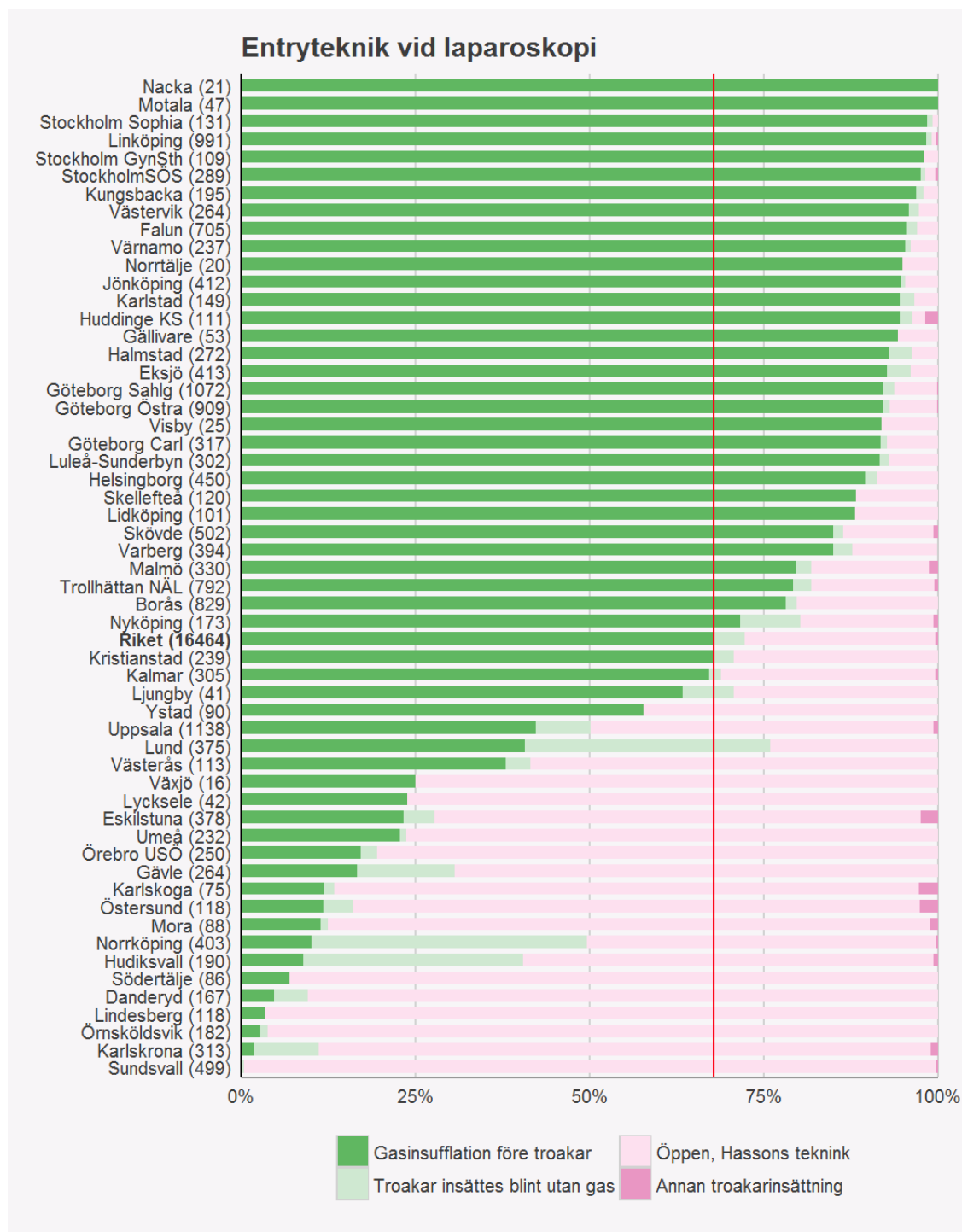
Figur 4. Fördelning mellan öppen och laparoskopisk operation i absoluta tal under de senaste åren.



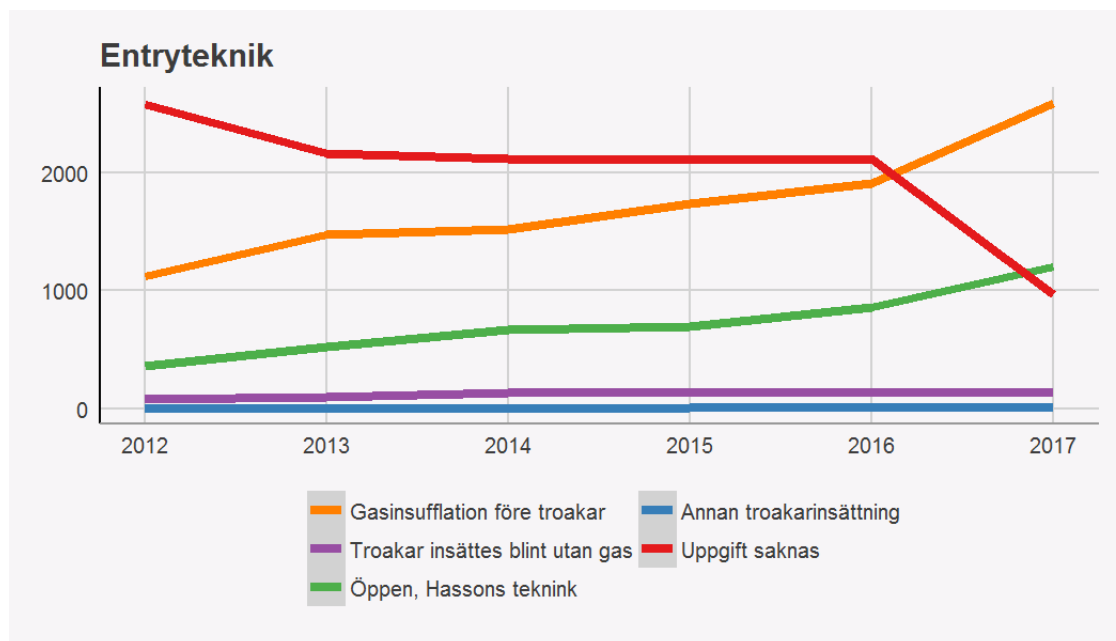
Figur 5. Operationssätt uppdelat per klinik

Någon tydlig koppling mellan andelen standardpatienter vid en klinik och andel abdominal kirurgi kan man inte utläsa. Det betyder att antingen är registret inte tillräckligt känsligt för att kunna utläsa hur en patient egentligen är och hur det styr val av operationsteknik eller så finns det kliniker som sannolikt har ytterligare utvecklingspotential att göra fler operationer minimalinvasivt. Det finns ingen optimal gräns för fördelningen öppen/minimalinvasiv kirurgi. Det finns dock åtskilliga studier som visar en fördel för patienterna om de opereras med minimalinvasiv teknik när så är möjligt, avseende återhämtning och komplikationer.

Det finns som bekant olika tekniker att etablera pneumoperitoneum vid laparoskopiska operationer. Den dominerande metoden i Sverige är att användas Verres nål för att fylla bukhålan med koldioxid innan första troakar introduceras (68 %). Som tidigare ser man att det oftast finns en förhärskande teknik vid en klinik, man verkar vara överens hur man ska göra. Det är inte så konstigt eftersom entryteknik är något man lär sig "lärlingsvis". Nu finns också data från de kliniker som tidigare registrerade i GKR. Varför är det intressant att registrera? I de studier man gjort för att försöka komma fram till vad som skulle vara bästa metod har samtliga stupat på alltför små studiepopulationer för att dra några säkra slutsatser. Med tiden kan det kanske finnas ett så stort antal patienter i GynOp att det kan vara värt en djupare undersökning och möjligen få fram data som skulle kunna antyda en skillnad i metoderna. Därför är undertecknad tacksam om ni användare fortsätter fylla i denna variabel!



Figur 6. Entryteknik vid laparoskopi uppdelat per klinik.

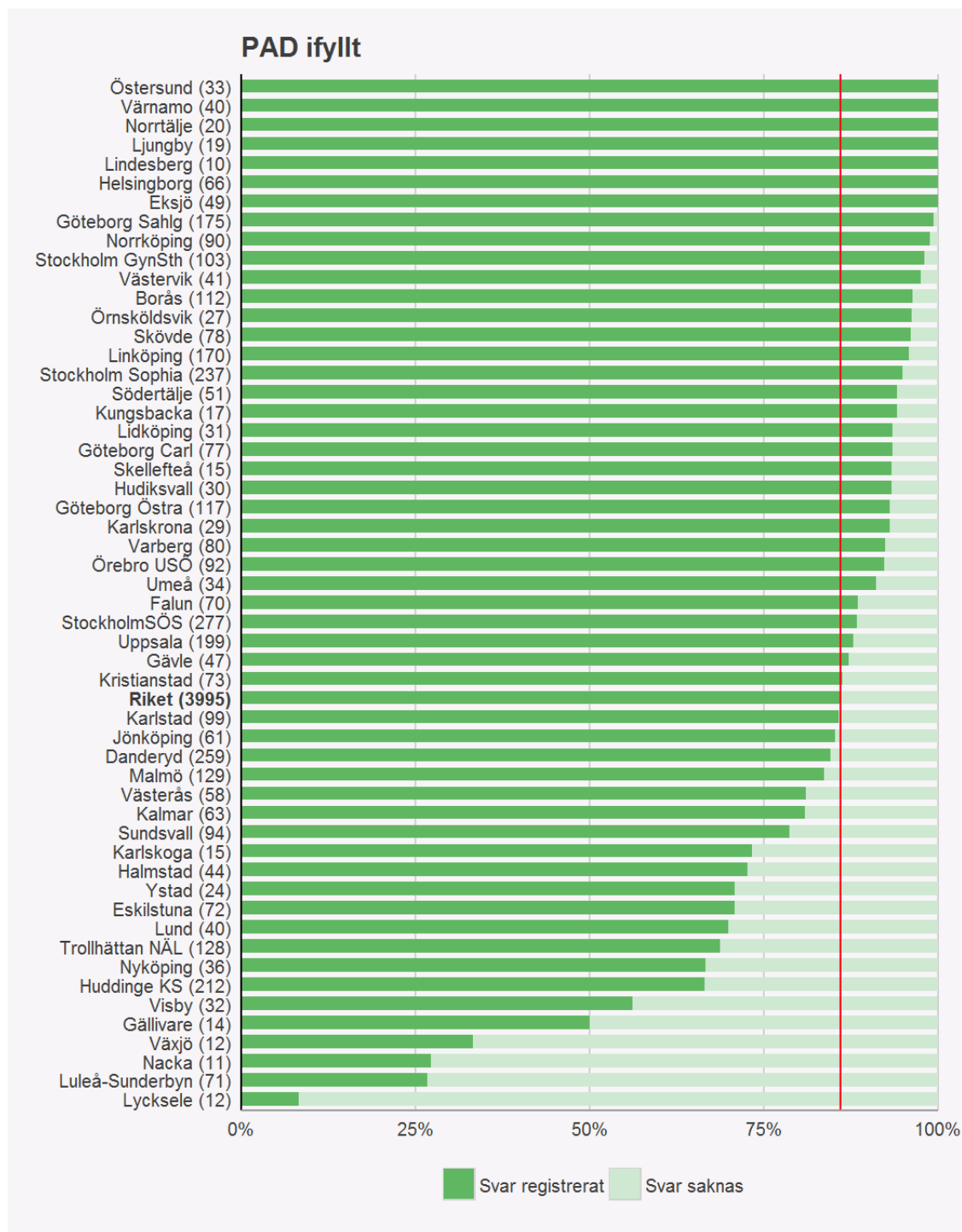


Figur 7. Entryteknik, rikets siffror över de senaste åren

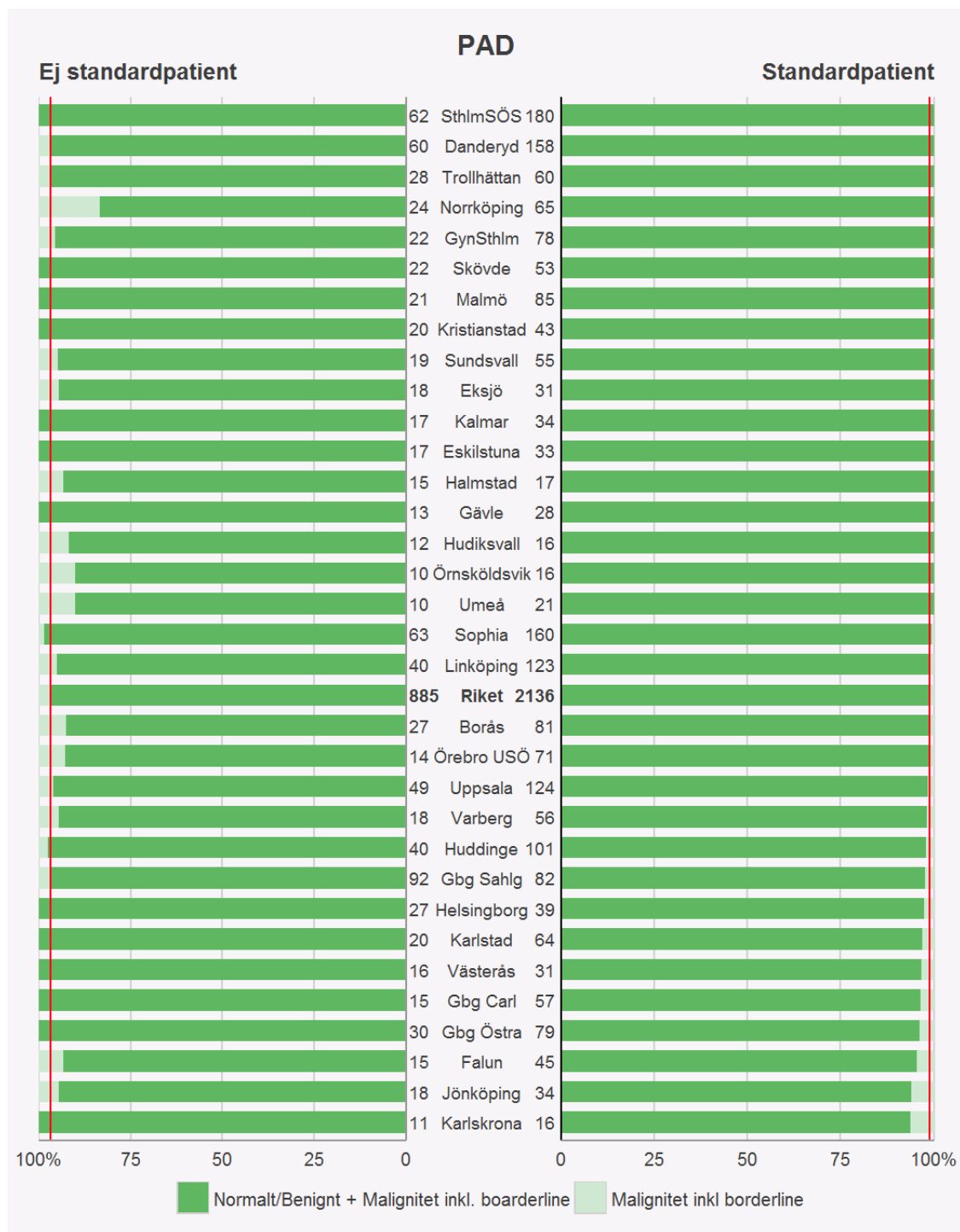
PAD

Tanken med Adnexsträngen är att där samlar man förväntat benigna adnexoperationer. Följden av det är att endast en liten andel av patienterna har PAD som inte är benigna. Det är ett relativt stort bortfall i registreringen av PAD vilket absolut påverkar tillförlitligheten. PAD finns bara infört i 86 % av fallen (där man i operationsformuläret angivit att material skickats för PAD). Flera kliniker har en stor förbättringspotential.

Utgår man från de operationer där PAD är känt så är det en tydlig skillnad i frekvens av maligna PAD (som inkluderar borderlinecystor) mellan standardpatienter (1,2 %) och icke-standardpatienter (3,2 %).



Figur 8. Ifyllnadsgrad av PAD.

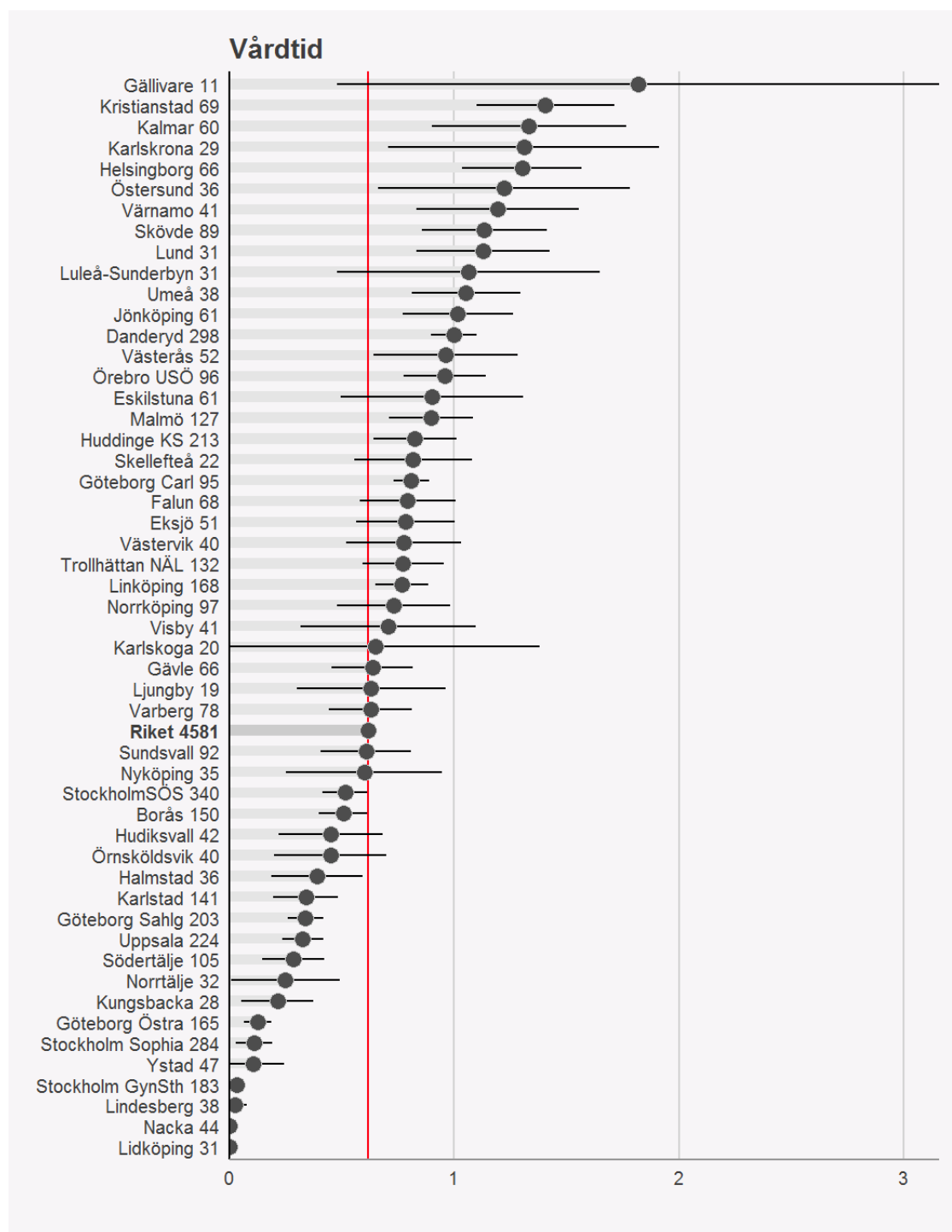


Figur 9. PAD

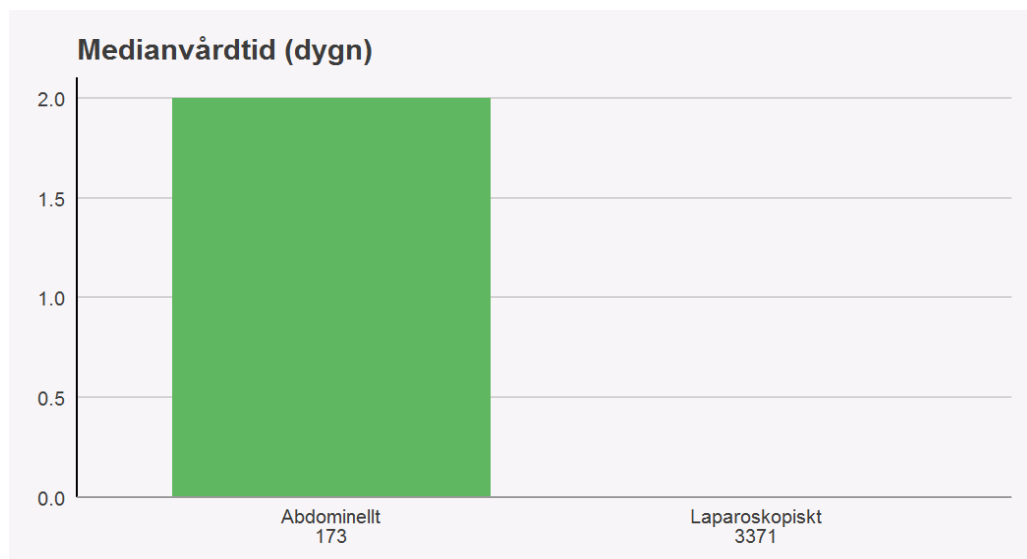
Vårdtid

Patienter i Adnexregistret har generellt korta vårdtider med ett stort inslag av operationer i dagkirurgi. Dagkirurgi innebär i GynOp att patienten går hem samma dag som operationen skett. Ett vårddygn innebär att patienten stannat över en natt, två vårddygn två nätter och så vidare.

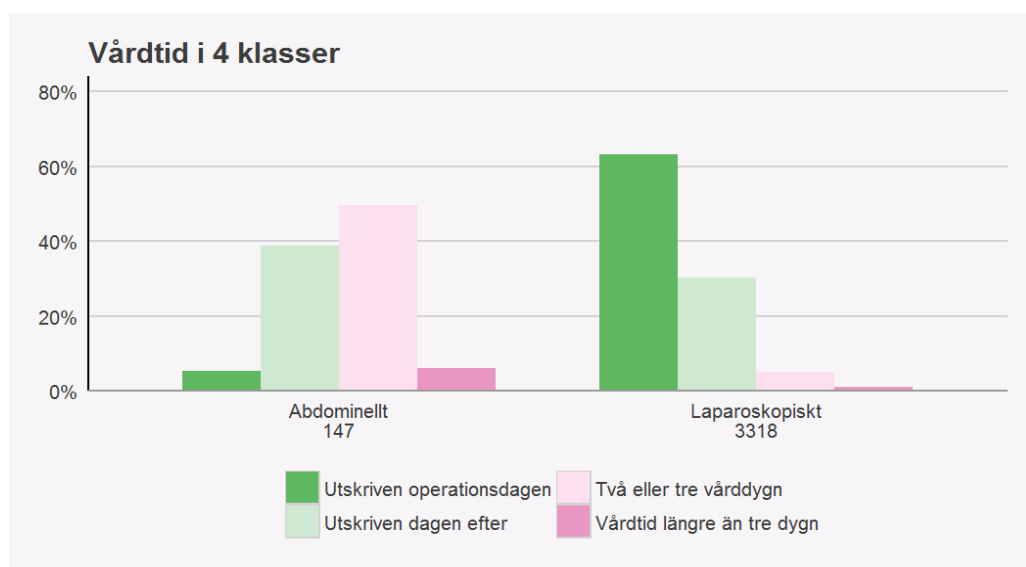
Det är ingen särskilt stor skillnad i vårdtid mellan standardpatienter och icke standardpatienter, däremot är det ganska stora skillnader mellan kliniker och naturligtvis har det stor betydelse mellan abdominell och laparoskopisk operation. Medelvårdtiden för standardpatienter är strax över 0.5 vårddygn och för icke standardpatienter 0.65 vårddygn. Median vårdtid vid laparoskopi är 0 dygn och vid öppen operation 2 vårddygn. Sammantaget alla patienter så går 94 % av de laparoskopiskt opererade hem senast dagen efter att jämföra med 44 % vid laparatomi.



Figur 10. Medelvårdtid



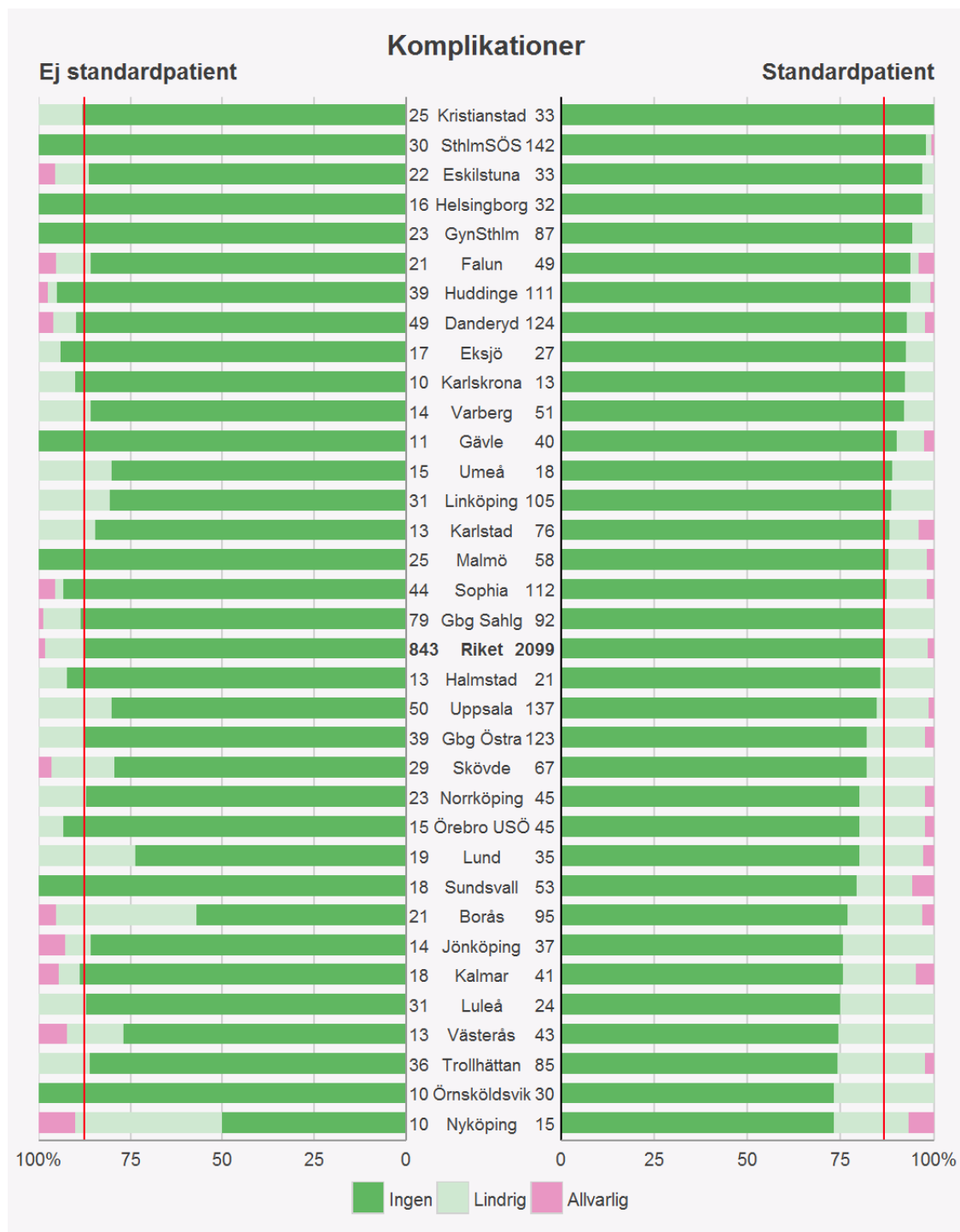
Figur 11. Medianvårdtid beroende på operationssätt



Figur 12. Vårdtid i fyra klasser beroende på operationssätt

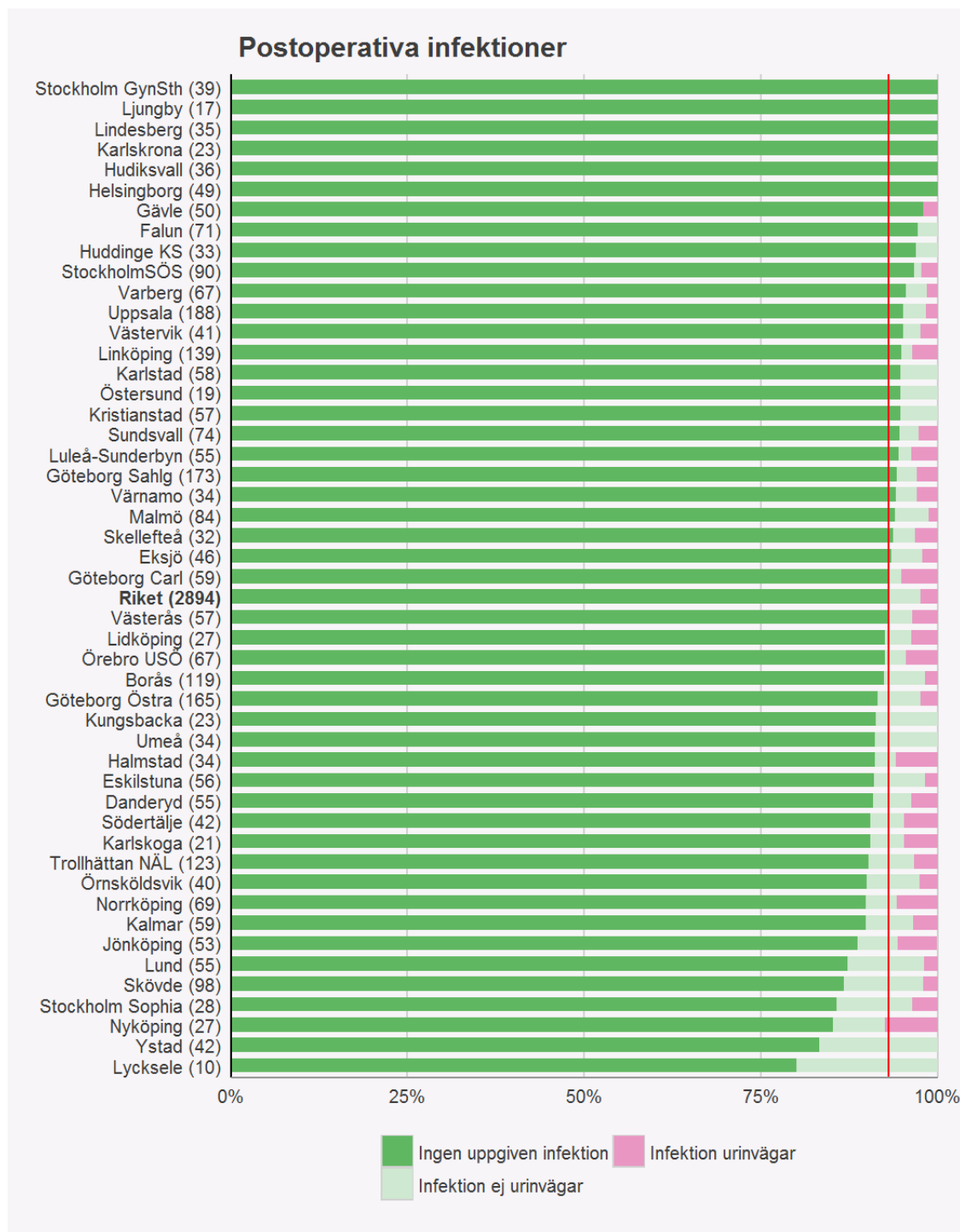
Komplikationer

Totalt har 13 % av patienterna i Adnexregistret bedömts ha drabbats av en komplikation i samband med eller efter sin operation. Det är ingen skillnad mellan standardpatienter och icke standardpatienter. Hos standardpatienterna har 1,6% drabbats av en allvarlig komplikation jämfört med 2% av icke standardpatienterna. Komplikationer totalt så har standardpatienterna fått en komplikation i 13% av fallen och icke standard i 12%.

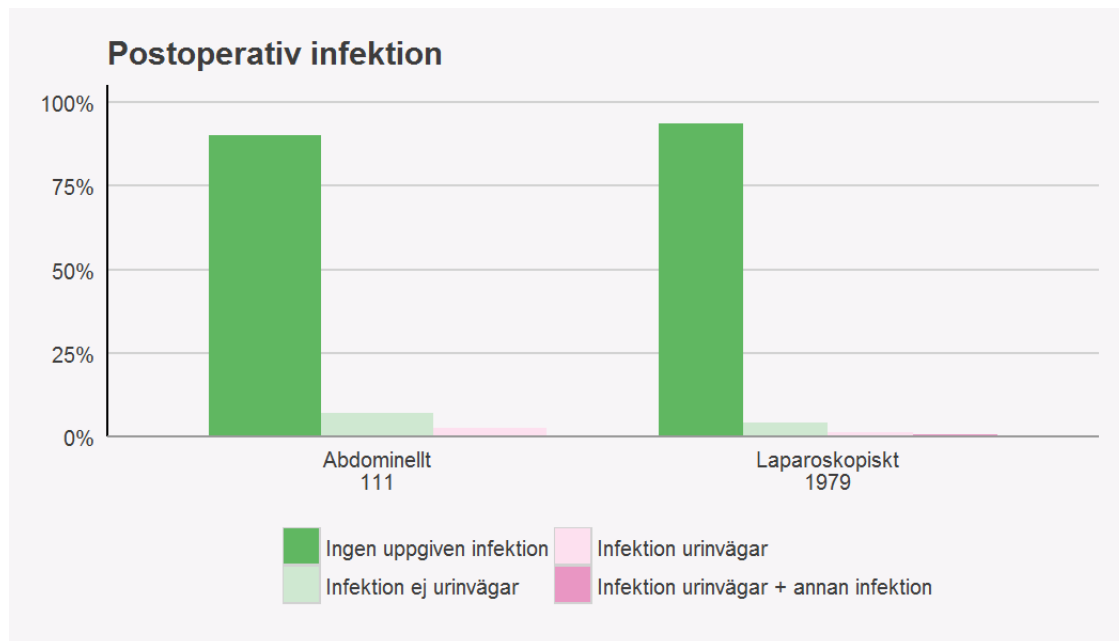


Figur 13. Komplikationer

Knappt 7 % av komplikationerna utgörs av infektioner. Infektioner andra än urinvägsinfektion (till exempel sårinfektion) är dubbelt så vanligt som urinvägsinfektion (4,5 respektive 2,4 %). Öppna operationer har en infektionsfrekvens på 10% att jämföra med 6,5% av de laparoskopiskt opererade.

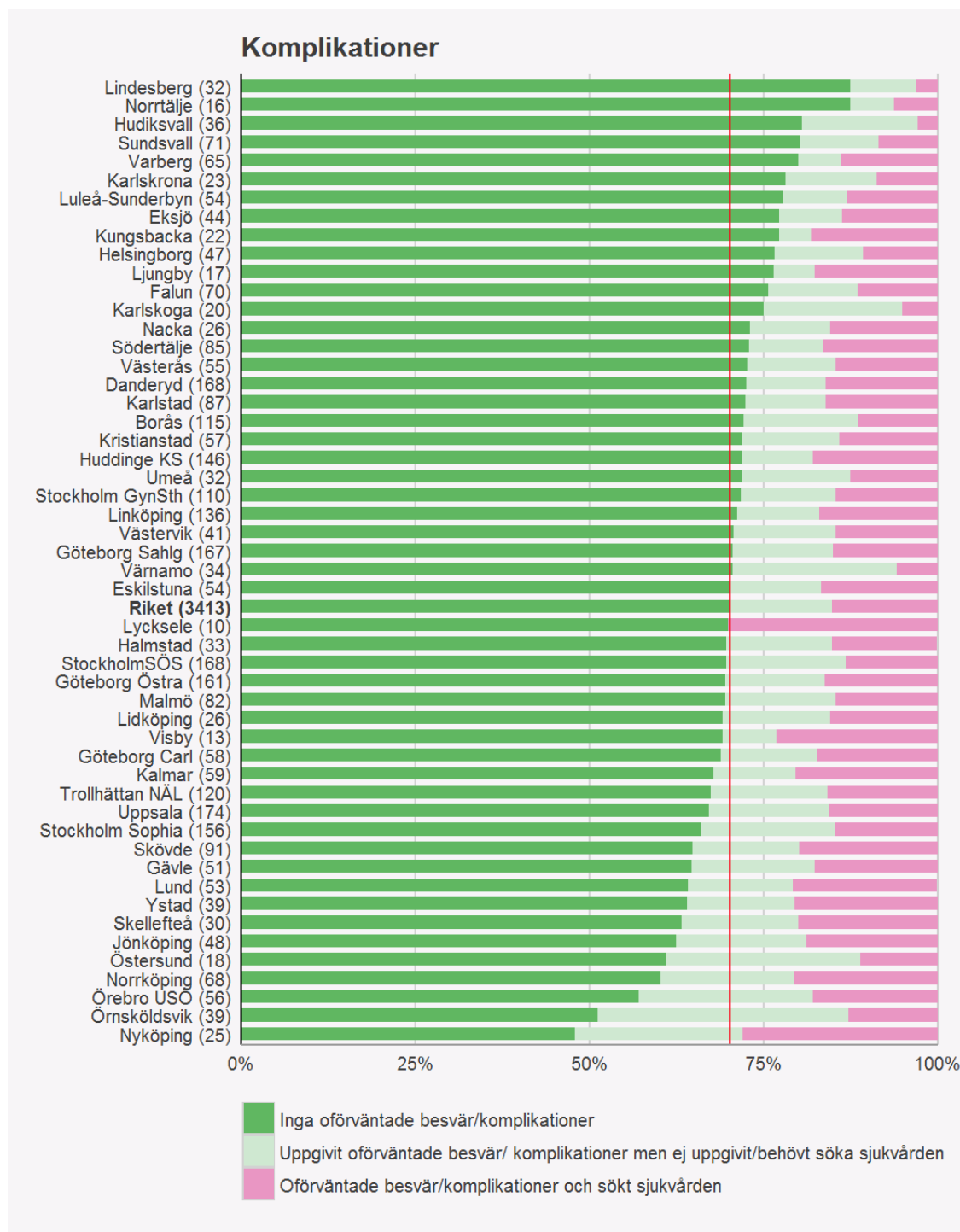


Figur 14. Postoperativa infektioner.



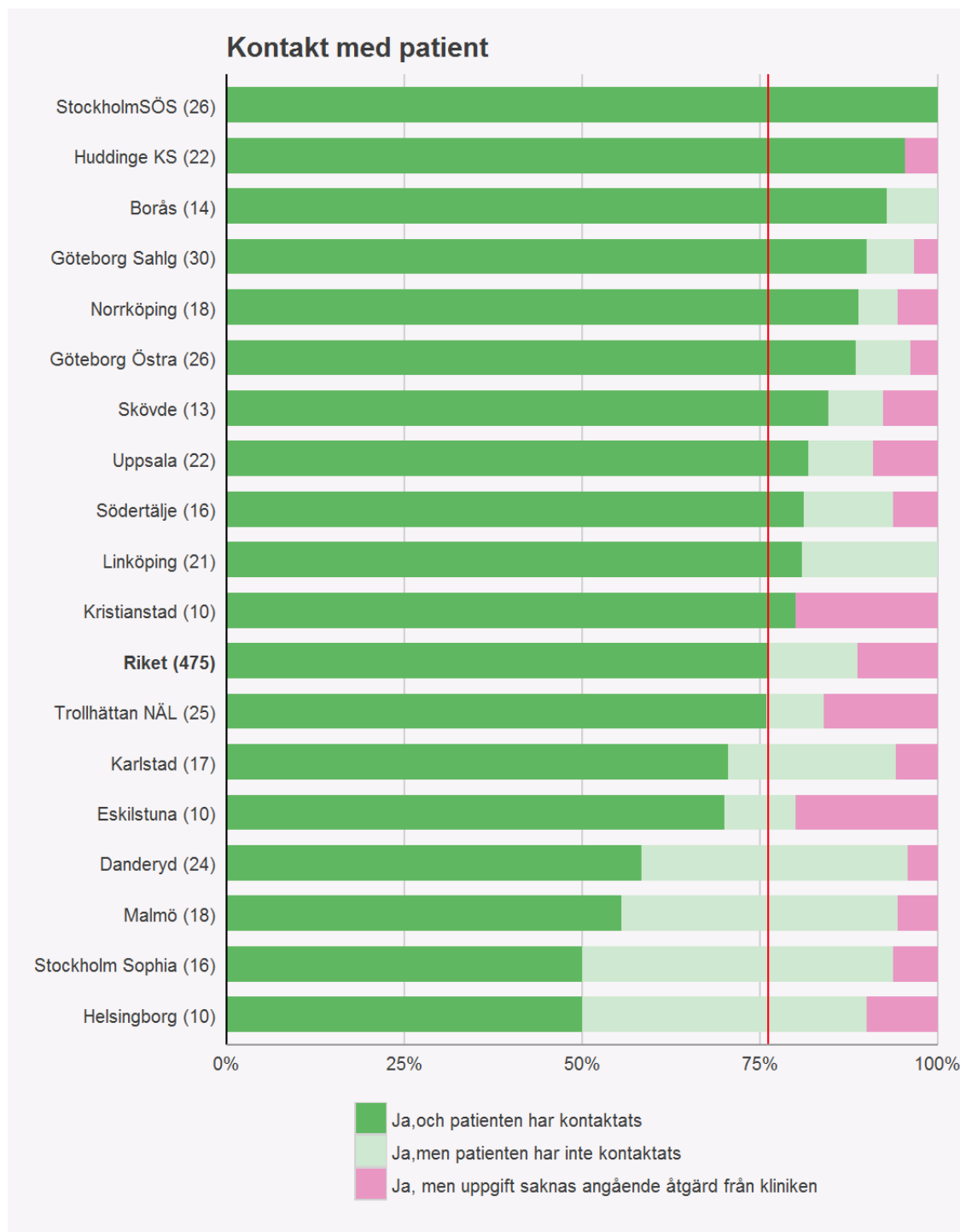
Figur 15. Postoperativa infektioner beroende av operationsätt.

Tittar man enbart på patienterna uppgifter så ser vi att knappt 30 % angivit att de drabbats av oförväntade besvär efter operationen. Professionens syn på komplikationer skiljer sig från patientens. Om patienten angivit oförväntade besvär efter operationen och sökt sjukvård så stämmer de 15% bra överens med vad läkarna bedömt som komplikation (13%).



Figur 16. Patientrapporterade oförväntade besvär/komplikationer

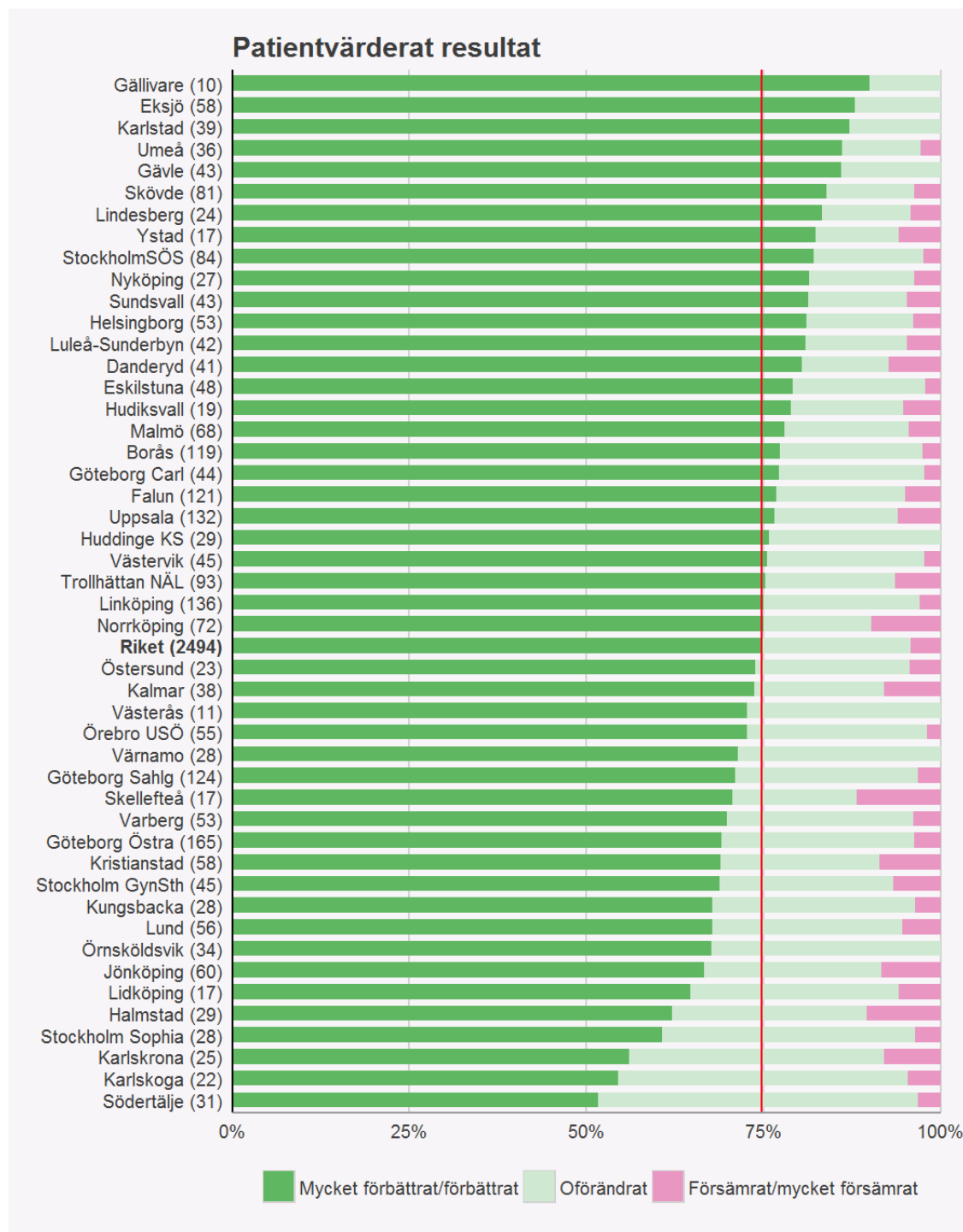
I 8-veckorsenkäten frågar vi de patienter som inte har återbesök planerat om de önskar kontakt med kliniken efter sin operation. De patienter som anger att de önskar kontakt får det i 75 % av fallen (riksgenomsnitt). Vissa kliniker är 100-procentiga eller nästintill i detta, andra inte. Det är rimligt att en nyopererad patient har möjlighet att kontakta den opererande kliniken. Organisation för att tillgodose det behovet är viktigt.



Figur 17. Hur patientens kontaktönskan har hanterats

Patientvärderat resultat

75 % av adnexpatienterna uppger sig vara förbättrade eller mycket förbättrade efter sin operation. Det är samma siffra som i fjol. En liten andel uppger sig vara försämrade (4,2%). Det gör att 21 % inte upplever någon skillnad mot före operationen.

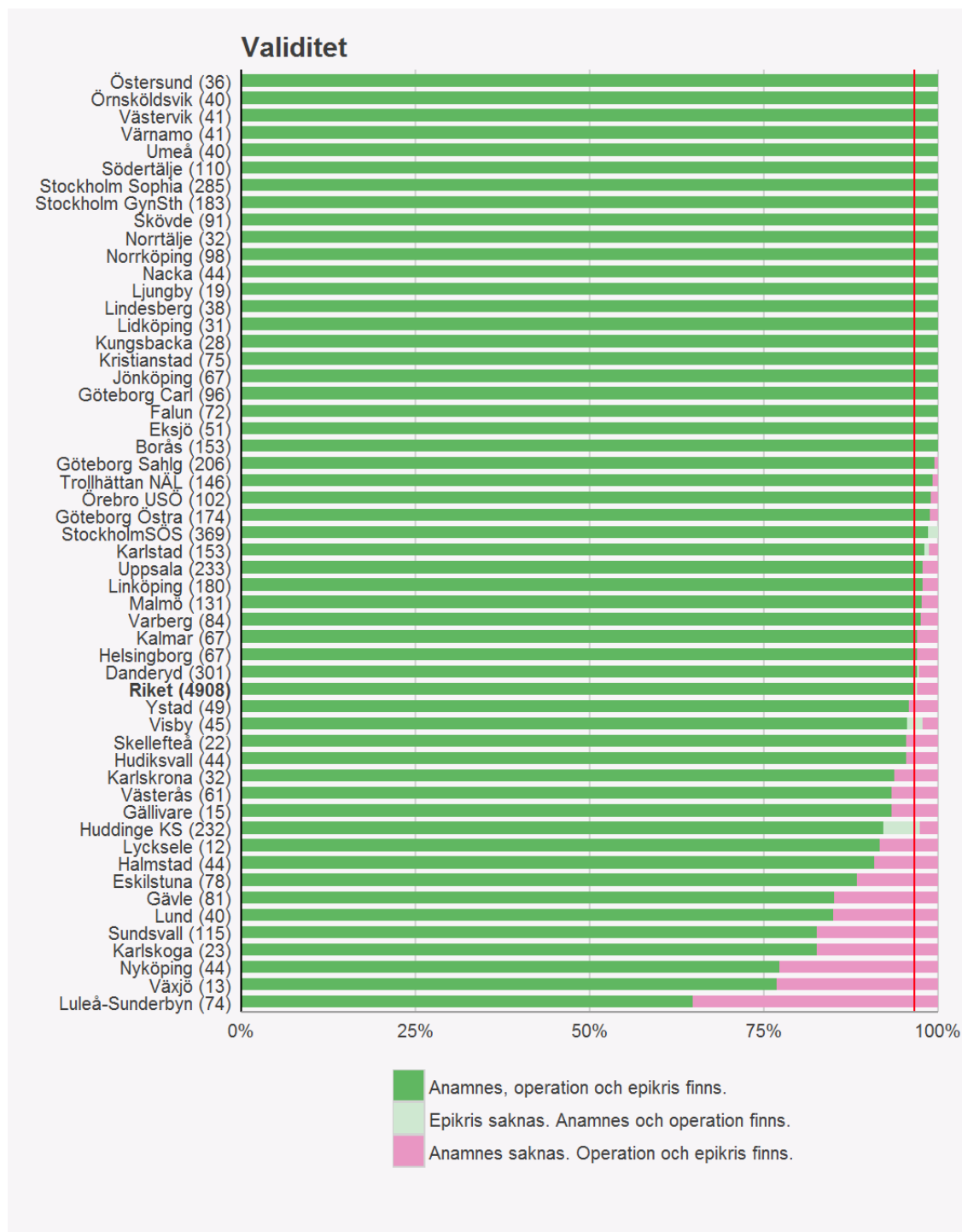


Figur 18. Patientvärderat resultat

Validitet

Hur mycket vi kan lita på resultaten som visas i den här rapporten beror på hur valida data är. Validiteten beror av flera saker. Patientpopulationen måste vara representativ för att vi ska kunna dra generella slutsatser. Representativiteten säkras vi genom att registrera alla patienter i GynOp. I och med att alla forna GKR-kliniker nu använder GynOp har vi en mycket god anslutningsgrad och vi säkras data från *hela* Sverige. Täckningsgraden kan dock vara bättre i Adnexregistret. Genom att aktivt arbeta för att inkludera alla patienter, inklusive akuta patienter, kan vi uppnå en täckningsgrad som säkerställer validiteten. Nästa viktiga del är att såväl operatörer som patienter fyller i sina formulär och enkäter. Att patienter fyller i enkäterna i hög grad vet vi, de måste dock få chansen. Alltså är organisationen kring detta en viktig del. GynOp försöker underlätta så mycket som möjligt, det mesta sker med automatik bara man trycker på knappen. I första hand aviseras patienten genom 1177 om hon är ansluten till det. I andra hand använder GynOp registrerade e-postadresser för att skicka ut inloggningsuppgifter. Det är alltså smart att se till att få in en korrekt e-postadress redan från början. I sista hand är det upp till klinikens administratörer eller operationsplanerare att skicka ut pappersenkät, om varken 1177 eller e-postadress finns eller använts av patienten.

Sist så hänger validiteten på att vi som operatörer fyller i registret fullständigt. Det gör vi bra, i genomsnitt 94 % av alla operationer har ifyllda anamnes-, operations- och epikrisformulär. Däremot finns kliniker som inte gör detta i tillräckligt hög grad.



Figur 19. Validitet

Sammanfattning

Andelen minimalinvasiv kirurgi (laparoskopi) vid adnexoperationer är mycket hög i Sverige. Det har den varit i ganska många år nu och fortsätter faktiskt att öka lite grann. Det är eftersträvansvärt. Traditionell laparoskopisk operationsteknik kommer ha en fortsatt viktig plats inom gynekologin. Efter den robotassisterade laparoskopiska teknikens införande, där allt fler kliniker har tillgång till detta, ser vi en ökande andel minimalinvasiva hysterektomier i Sverige. Tekniken är dock så dyr att det knappast kommer vara ett seriöst alternativ till den stora bulken adnexkirurgi. Alltså är fortsatt utbildning av våra yngre kollegor i laparoskopisk operationsteknik synnerligen viktigt för att bibehålla en hög andel minimalinvasiv kirurgi.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament
BMI	Mått som underlättar bedömningen av en persons eventuella övervikt (eng. Body Mass Index). BMI beräknas genom formeln: $\text{kg/längd} \times \text{längd}$, där kroppsvikt anges i kilo och längd anges i meter. Normal BMI 18,5 – 25, enligt WHO (Världshälsoorganisationen).
Borderlinetumör	Borderlinetumörer kan bildas på äggstocken. De är varken godartade eller cancer utan ligger någonstans mittemellan. Borderlinetumörer sprider sig oftast inte i kroppen men behandlingen är ungefär densamma som vid äggstockscancer.
Elektiv	Planerad (operation, motsatsen till akut kirurgi).
Endometriosis	Endometriosis innebär att livmodersslemhinna växer utanför livmodern. Ett vanligt symptom är att ha mycket ont i samband med mens.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Laparoskopi	Operation i buken via titthål
Laparotomi	Operation i buken via större buksnitt
Malign	Elakartad (cancer)
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, t ex via titthålsoperation
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Pneumoperitoneum	Vid laparoskopisk operation fyller man buken med gas (koldioxid) för att organen ska synas tydligare. Efter operationen töms buken på gas.
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativt	Före operationen
Selektion	Urval
Troakar	Här i betydelsen av en rörformad port genom vilken titthålskamera och instrument förs in i buken
Validitet	Anger i vilken omfattning data och fynd är sanna för det studerade datamaterialet. För att data ska vara valida krävs hög datakvalitet. Data av hög kvalitet är relevanta, fullständiga, korrekta och konsekventa.