



Årsrapport Adnexkirurgi på benign indikation utförd år 2013

**FRÅN GYNOP-REGISTRET
Delregister: Adnexregistret**

**Författare: Mathias Pålsson
Delregisteransvarig adnexregistret**

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

RAPPORTEN DISTRIBUTERAD september 2014

Innehållsförteckning

Urval.....	2
Standardpatient.....	2
Regionala skillnader.....	5
PAD.....	7
Operationssätt.....	8
Vårdtid	10
Komplikationer	13
Postoperativa infektioner	14
Patientvärderat resultat.....	16
Avslutning.....	19
Ordlista.....	20

Årsrapport Adnex för 2013

Föreliggande rapport syftar till att presentera en del utfall av de data som registreras i våra register, fördelat på respektive kliniker. Det innebär en möjlighet att jämföra kliniker med varandra till skillnad från om Rapportgeneratoren används. Då kan bara den egna kliniken jämföras med riket som helhet. Som vanligt finns det skäl att påpeka att när det gäller jämförelser mellan kliniker anslutna till GynOp respektive GKR finns det skäl att vara försiktig. Det beror på att det i grunden är två ganska olika register där man genom konverteringsmatriser översätter GKR-data till GynOp-data. Man bör vara medveten om att en sådan konvertering kan förvanska de faktiska förhållandena något. Att jämföra GynOp-kliniker med andra GynOp-kliniker innebär däremot inget hinder, liksom inte heller GKR-kliniker emellan. I de presenterade figurerna uppmärksammas inte detta på något särskilt vis utan läsaren får härmed anses medvetandegjord om problematiken.

Urval

Ambitionen för adnexregistret är att redovisa data för patienter som genomgått en adnexoperation utan samtidig hysterektomi, inkontinens- eller prolapsoperation och där man gjort en bedömning preoperativt att det rör sig om ett benign tillstånd.

I figurerna har kliniker med färre än tio patienter avseende den specifika variabeln exkluderats.

Standardpatient

En nyhet i den här rapporten är lanseringen av ”standardpatient Adnex”. Det har länge funnits ett behov att definiera en standardpatient som likt Robsonklassificeringen inom den obstetriska verksamheten möjliggör jämförelse utan att diskussionen hänfaller åt att skillnader i resultat beror på ”case-mixproblematik”.

GynOps styrgrupp har fört diskussioner och tagit fram förslag på standardpatienter för Hysterektomi, Adnex, Inkontinens och Prolaps. Dessa förslag har sedan remitterats ut till samtliga kliniker för att få synpunkter på innehållet. Utgångspunkten har varit att standardpatienten är en patient som inte remitteras till en sekundär klinik utan opereras på samtliga kliniker.

När det gäller adnexsträngen landade förslaget på standardpatient där man utfört en adnexoperation utan samtidig hysterektomi, inkontinens- eller prolapsoperation och att tillståndet är förväntat benign.

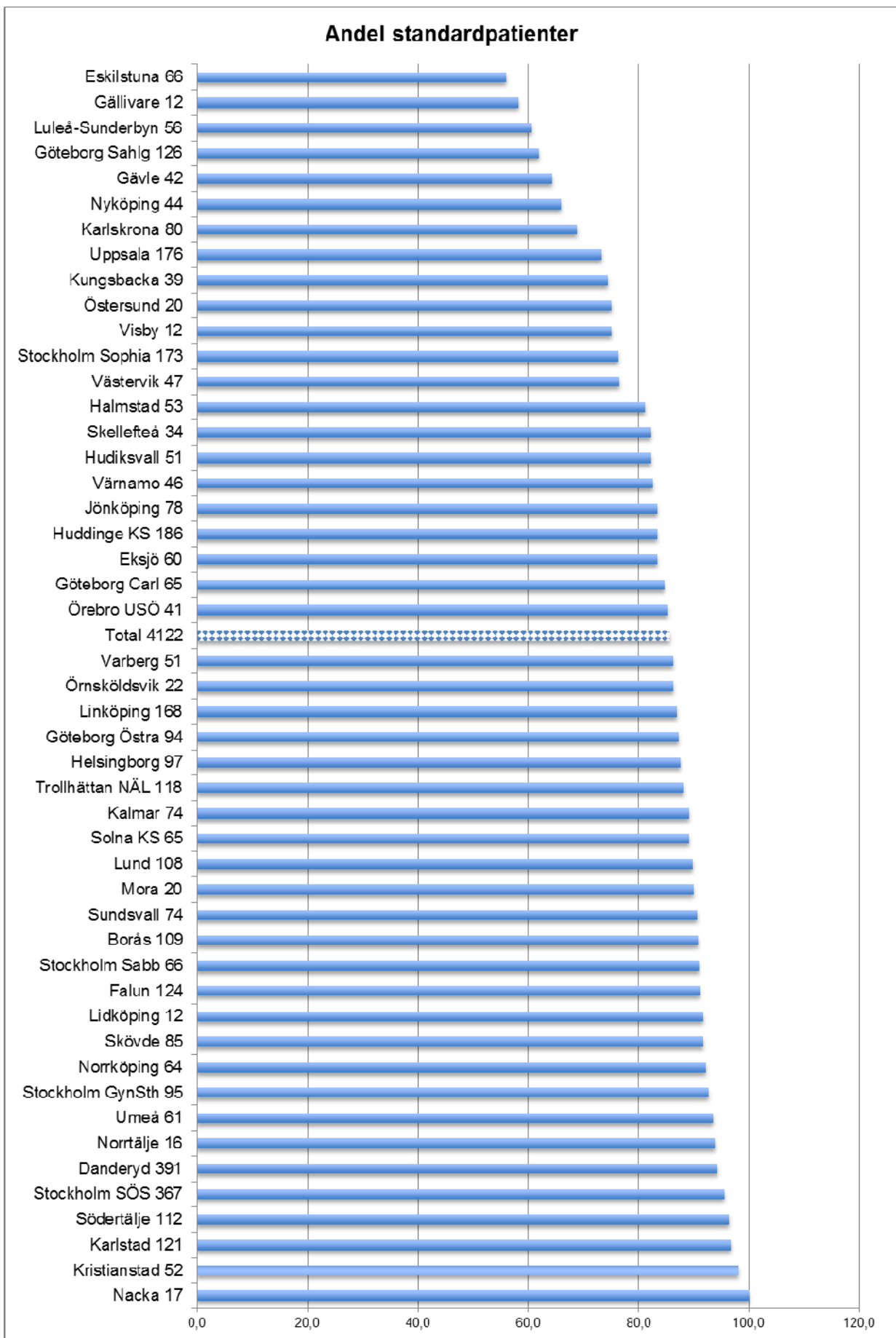
Exklusionskriterier blev ålder över 70 år, BMI över 35, ASA-klass >2 och om ovarialcysta fanns närvarande exkluderades alla över 10 cm (bedömt med preoperativ palpation eller ultraljud eller peroperativ uppskattning). Patienter vars operationsindikation var endometriosis exkluderades också.

För 2013 blev med denna selektion och exklusion antalet patienter som då hänförs till standardpatient Adnex 3533 stycken. Om selektionen hade gjorts som tidigare, att det ska vara en adnexoperation utförd utan samtidig hysterektomi, samt att tillståndet bedömts benign, skulle patientantalet för år 2013 uppgå till 4122 patienter. Det innebär att standardpatienten utgör 86 % av de patienter som tidigare utgjort underlag för årsrapporten för adnexsträngen.

I och med att GKR inte har preoperativa enkäter eller fyller i preoperativ anamnes på andra operationer än inkontinens och prolaps går det inte att selektera på den *preoperativa* bedömningen för dessa patienter. Som undertecknad har förstått GKR:s funktion, borde det inte spela någon roll eftersom till deras registersträng Inre Genitalia (motsvarar GynOps Hysterektomi + Adnex) får bara inkluderas (vilket sker *peroperativt*) förväntat benigna tillstånd.

Då standardpatienterna utgör en så stor del av det som betraktas som adnexpatient har vi valt att enbart presentera resultaten för standardpatienter adnex för att minska risken för sammanblandning.

Det är inte helt enkelt att förklara de stora skillnaderna i andelen standardpatienter mellan klinikerna. Vi vet sedan tidigare att det är stora skillnader i hur väl klinikerna inkluderar akuta patienter (den typiska akuta adnexpatienten är ju allra oftast en standardpatient) så det kan få ganska stor betydelse. Likaså kan vissa kliniker ha en sekundär eller tertiär funktion avseende kirurgi vid endometriosis vilket också kan förklara en del av skillnaderna. Från Patientregistret vet vi att det inte är några massiva skillnader i antalet adnexoperationer per capita varför inte indikationsskillnader torde utgöra förklaring till skillnaderna i andelen standardpatienter.



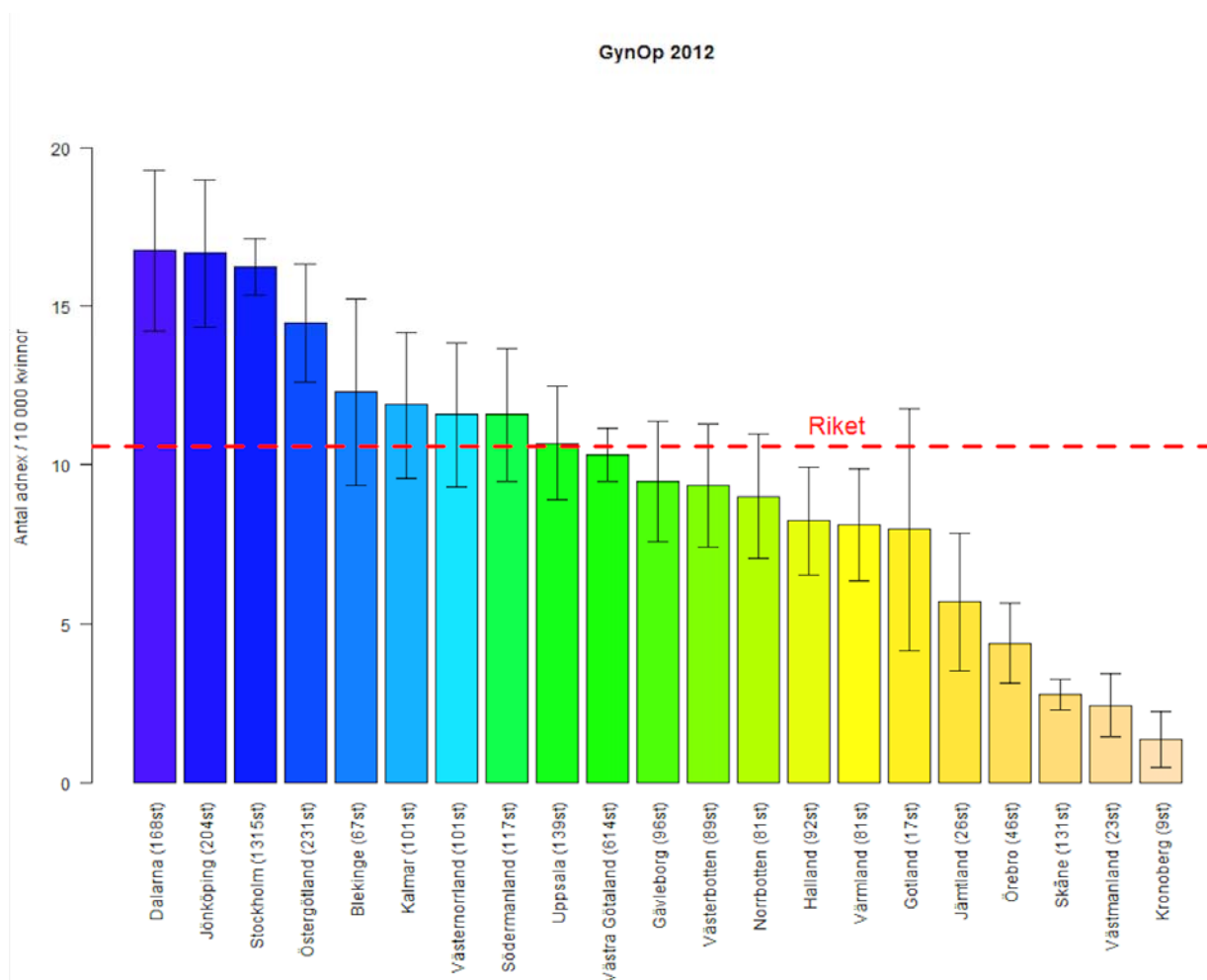
Figur 1 Andel standardpatienter per klinik.

Regionala skillnader

Mats Löfgren har i ett samarbete med Socialstyrelsen analyserat regionala likheter och skillnader i antalet kvinnor som opereras per capita (kvinnor) länsvis.

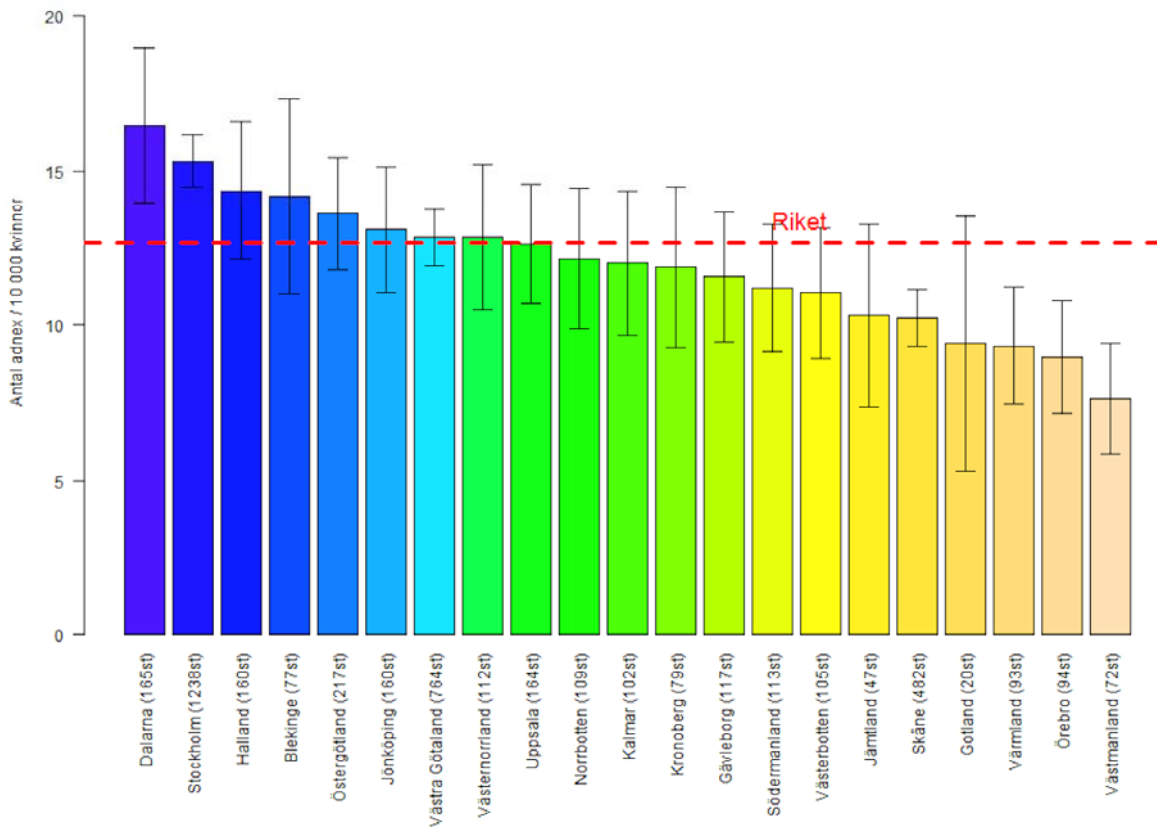
Skillnaderna är ganska små i antalet adnexoperationer per 10 000 kvinnor mellan länen. Detta framgår i figur 3. Däremot är det klart större skillnader i hur mycket som registreras i GynOp. Vi vet sedan tidigare att en del kliniker knappt registrerar några akuta operationer alls, vilket delvis kan förklara de större skillnader som ses mellan länen i figur 2.

Data registrerade under 2012 har använts.



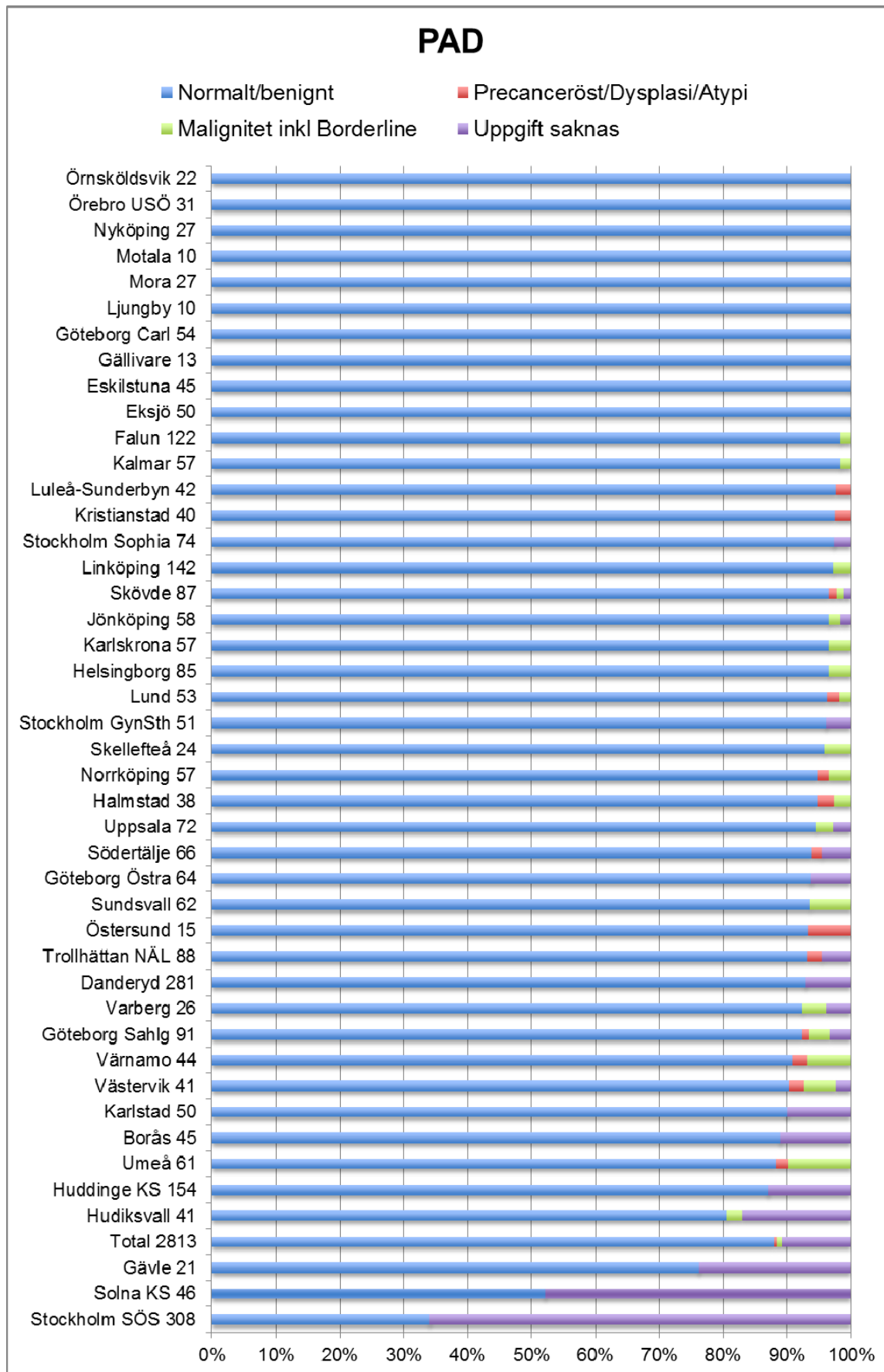
Figur 2 Skillnader i antal adnexoperationer registrerade i GynOp per 10 000 kvinnor fördelat länsvis.

Patientregistret 2012



Figur 3 Skillnader i antal adnexoperationer per 10 000 kvinnor registrerade i Patientregistret fördelat länsvis.

PAD



Figur 4 Fördelningen av benigna/maligna PAD vid respektive klinik.

I figuren visas förutom fördelningen benignt/malignt även i vilken grad uppgifter saknas. Detta får anses vara ett mycket viktig kvalitetsmått på klinikens interna validitet. Uppgift saknas blir det när det i operationsberättelsen är markerat att material till PAD tagits men det har inte införts något resultat i PAD-formuläret.

I riket som helhet är det mycket ovanligt med något annat än benigna PAD. Om beräkning sker på de patienter där det finns uppgifter så är hela 98,7 % av alla PAD benigna. Av detta dras slutsatsen att vi har tillfredsställande metoder att bedöma huruvida en adnexförändring är benign eller inte.

Operationssätt

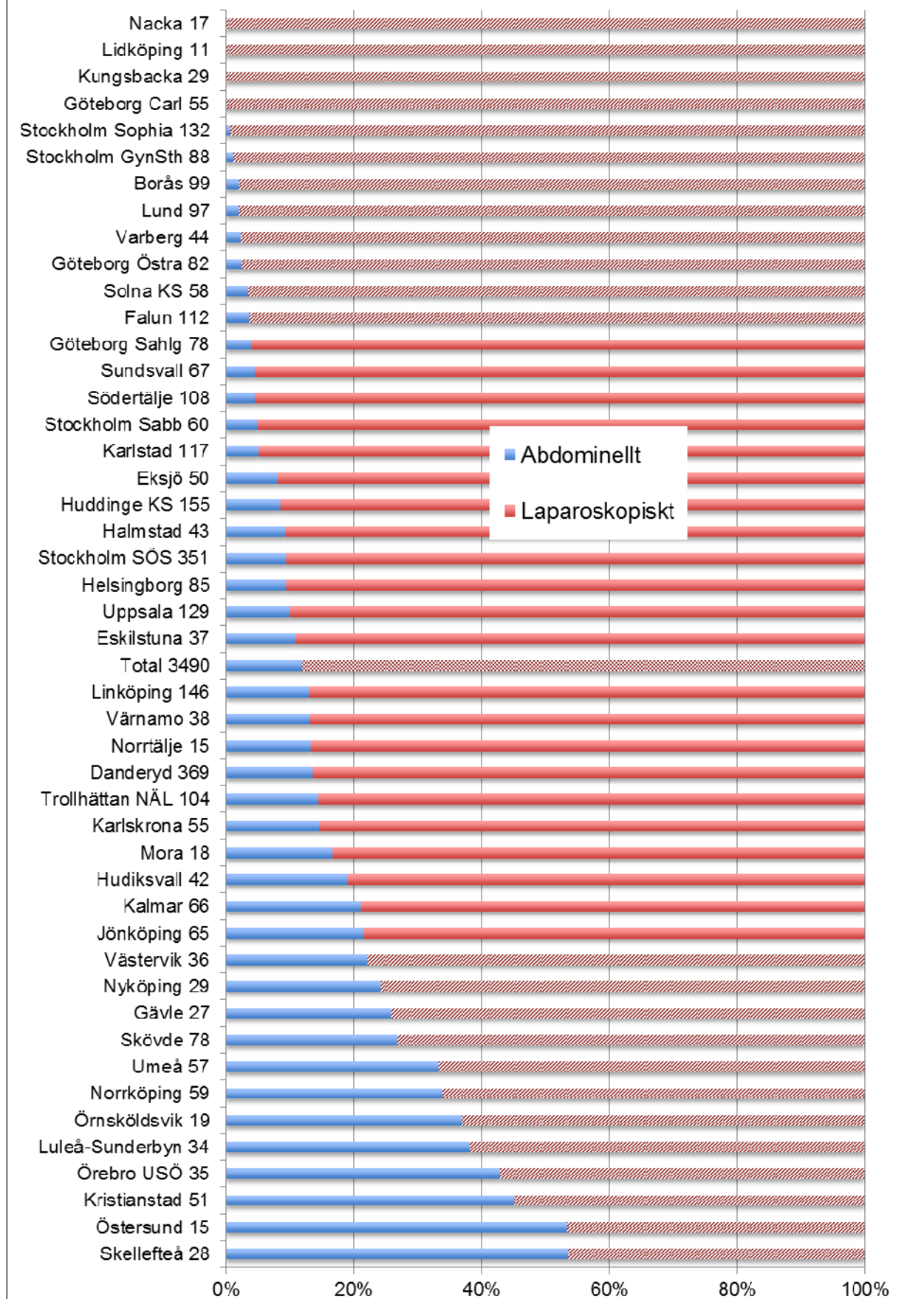
I den nyligen publicerade specialrapporten "Kirurgi på benigna cystor" ägnades mycket uppmärksamhet åt utfallet hos patienterna beroende på om de blivit opererade laparoskopiskt eller med öppen bukkirurgi. Resultaten visade tydligt att det är stora fördelar för patienten om minimalinvasiv teknik använts. Komplikationerna är färre. Tid till normal ADL och sjukskrivningstid är kortare, färre dagar med smärtlindring behövs. Fördelen för vårdgivaren är att vårdtiderna är betydligt kortare efter laparoskopisk kirurgi än efter öppen.

I princip all förväntat benign adnexkirurgi lämpar sig ofta mycket väl för laparoskopisk kirurgi.

Under 2013 så ser det ungefär ut som det brukar göra. Trots att resultatet som visas är baserat på standardpatient Adnex (där de sjuka, kraftigt överviktiga och om indikationen är endometriosis är borttagna liksom de riktigt stora cystorna) så har en del kliniker en fortsatt hög andel öppen kirurgi.

I diagrammet presenteras de 25 % av klinikerna som har högst respektive lägst andel laparoskopisk kirurgi med avvikande färg (randiga). Rikets laparoskopifrekvens är 87,7 % vilket är en något högre siffra jämfört föregående år. Den positiva trenden de senaste åren håller i sig.

Laparoskopisk/öppen kirurgi



Figur 5 Fördelning av laparoskopi/öppen kirurgi. De 25 % kliniker med högst resp. lägst andel laparoskopisk kirurgi har markerats med avvikande färg liksom rikets snitt.

Vårdtid

Det valda operationssättet påverkar den postoperativa vårdtiden. Medelvårdtiden efter öppen kirurgi 2013 låg på 2,2 dygn jämfört med 0,7 dygn efter en laparoskopisk operation.

Tabell 1. Vårdtid i klasser beroende på operationssätt

	Abdominellt	Laparoskopiskt
Utskriven operationsdagen	1,9 %	44,6 %
Utskriven dagen efter	24,3 %	43,5 %
Två eller tre vård dygn	60,7 %	10,0 %
Vårdtid längre än tre dygn	13,0 %	1,9 %

Nu är det inte bara operationssätt som styr vårdtiden. Det finns flera kliniker med mycket hög andel laparoskopisk kirurgi som ändå har en liten andel dagkirurgiska patienter (jämför figur 5 och 6). Alltså beror det på fler faktorer. Man kan spekulera i att det är tradition och möjligen incitament som styr detta. På flera håll har man dock börjat intressera sig för dagkirurgi som vårdform. Ur det perspektivet är det intressant att titta på utfallet hos de dagkirurgiska patienterna.

Tabell 2. Patientens uppfattning av vårdtidens längd

	Lagom	För lång	För kort
Utskriven operationsdagen	87,8 %	1,1 %	11,0%
Utskriven dagen efter	88,0 %	0,9 %	11,1 %
Två eller tre vård dygn	86,0 %	1,2 %	12,8 %
Vårdtid längre än tre dygn	85,1 %	7,4 %	7,4 %

Det är ingen kliniskt relevantskillnad i hur patienten upplever vårdtidens längd mellan dagkirurgiska patienter och de patienter som går hem dagen efter. Det är heller ingen påtaglig skillnad mellan dagkirurgiska patienter och de som vårdas 2-3 dagar i hur de upplever vårdtiden.

Att de dagkirurgiskt opererade patienterna har lägst andel *peroperativa* komplikationer är föga förvånande.

Tabell 3. Andel *peroperativa* komplikationer beroende på vårdtid

	Ja	Nej
Utskriven operationsdagen	0,7 %	99,3 %
Utskriven dagen efter	1,2 %	98,0 %
Två eller tre vård dygn	2,4 %	97,6 %
Vårdtid längre än tre dygn	4,8 %	95,2 %

Komplikationsmönstret fortsätter sedan även under uppföljningen där de dagkirurgiskt opererade patienterna anger högsta andelen okomplicerade ingrepp.

Tabell 4. Patientens uppgift om komplikationer i 8-veckorsenkäten beroende på vårdtid

	Okomplicerat	Lindrig	Allvarlig	Allvarlig och lindrig
Utskriven operationsdagen	73,5 %	23,2 %	2,4 %	0,9 %
Utskriven dagen efter	70,6 %	23,9 %	3,6 %	1,8 %
Två eller tre vårddygn	64,5 %	28,1 %	4,4 %	3,0 %
Vårdtid längre än tre dygn	55,7 %	29,7 %	12,7 %	1,9 %

Även den bedömning läkarna gjort följer samma spår.

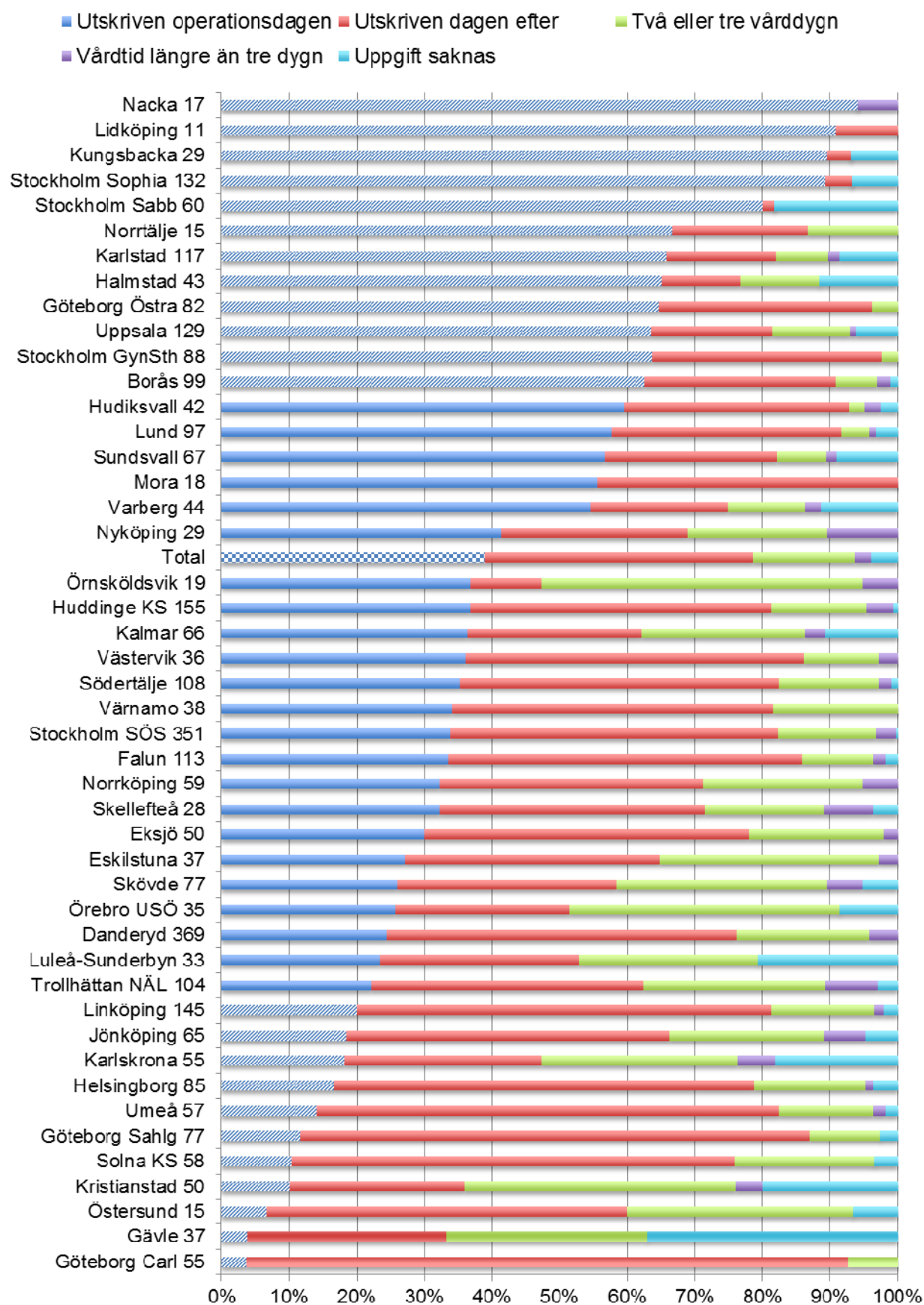
Tabell 5. Läkarebedömda komplikationer beroende på vårdtid.

	Ingen	Lindrig	Allvarlig	Lindrig och allvarlig
Utskriven operationsdagen	91,2 %	8,3 %	0,6 %	0,0 %
Utskriven dagen efter	89,3 %	9,7 %	1,0 %	0,1 %
Två eller tre vårddygn	86,8 %	11,4 %	1,8 %	0,0 %
Vårdtid längre än tre dygn	78,4 %	14,0 %	7,2 %	0,5 %

Konklusionen blir således att patienten är nöjd och det är ingen ökad risk för sena komplikationer trots den korta vårdtiden.

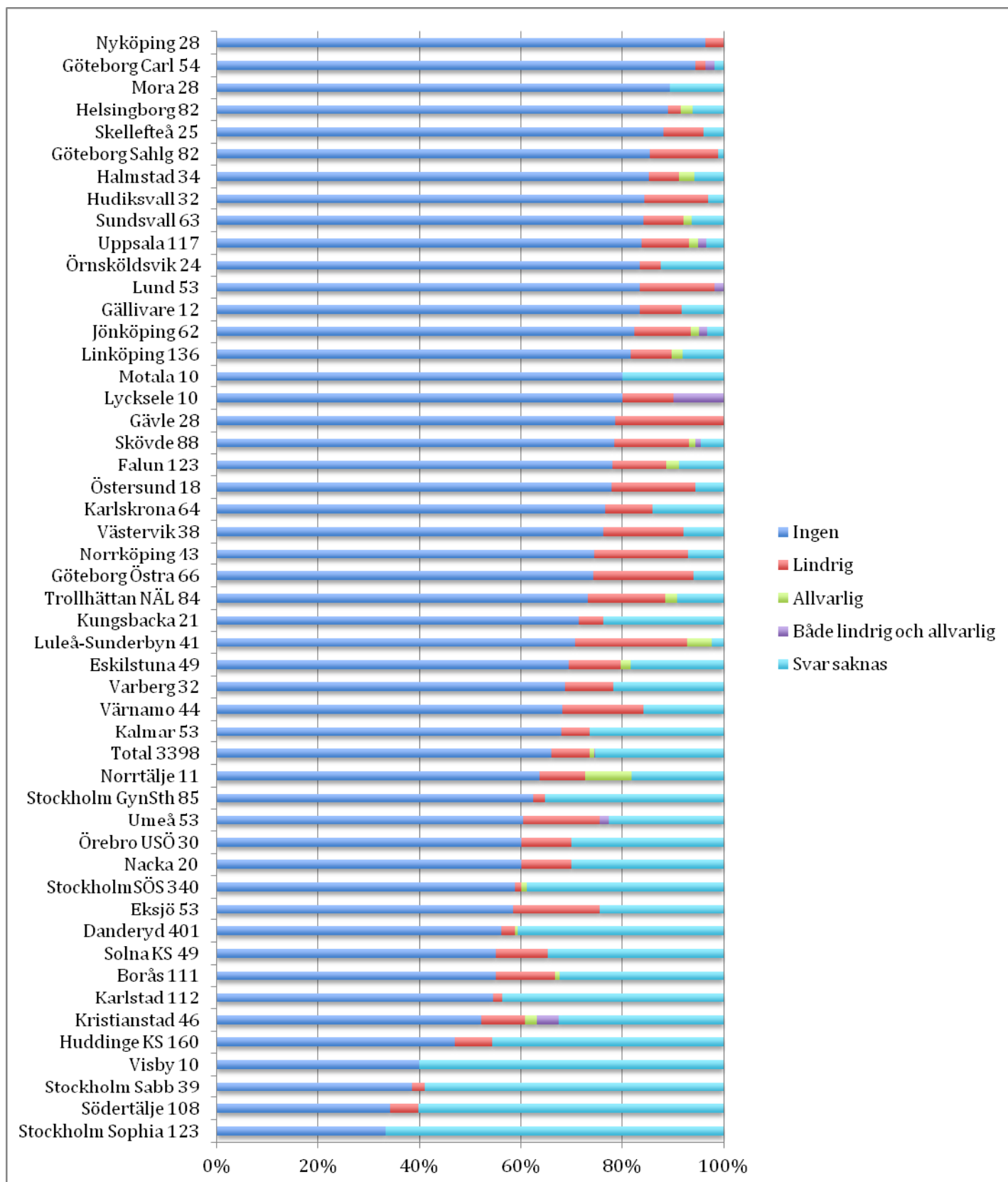
Det är en påfallande skillnad i patientupplevd komplikation/oväntade besvär och av läkaren bedömd komplikation. Det är ett återkommande fynd inom samtliga delar av Gynop-registret.

Vårdtid klassindelad



Figur 6 Vårdtider indelat i fyra klasser. De 25 % av klinikerna med högst respektive lägst andel dagkirurgi är markerade med avvikande blå färg liksom rikets värde.

Komplikationer



Figur 7 Andel okomplicerade ingrepp per klinik, fr.o.m. utskrivning tom. enkät 8 v.

Notera att i figur 7 så är ingår även den andel av operationer där det inte skett någon uppföljande bedömning av inkomna svar eller så har patienten inte skickat in någon enkät som kan bedömas.

För att få en god validitet i en kliniks siffror avseende komplikationsfrekvensen så bör minst 90 % av enkäterna ha blivit bedömda. Med tanke på att svarsfrekvensen inom GynOp är ca 95 % bara patienten fått en enkät så är det fullt uppnåeliga mål. Kliniker som har en lägre andel än så bör se över sina rutiner. Inom GKR är generellt sett andelen ej bedömda/besvarade enkäter mycket högt. Förklaringen kan delvis vara att man inom GKR enbart använder webb-enkät.

Det finns som tidigare en viss skillnad i komplikationsfrekvensen beroende på operationssätt.

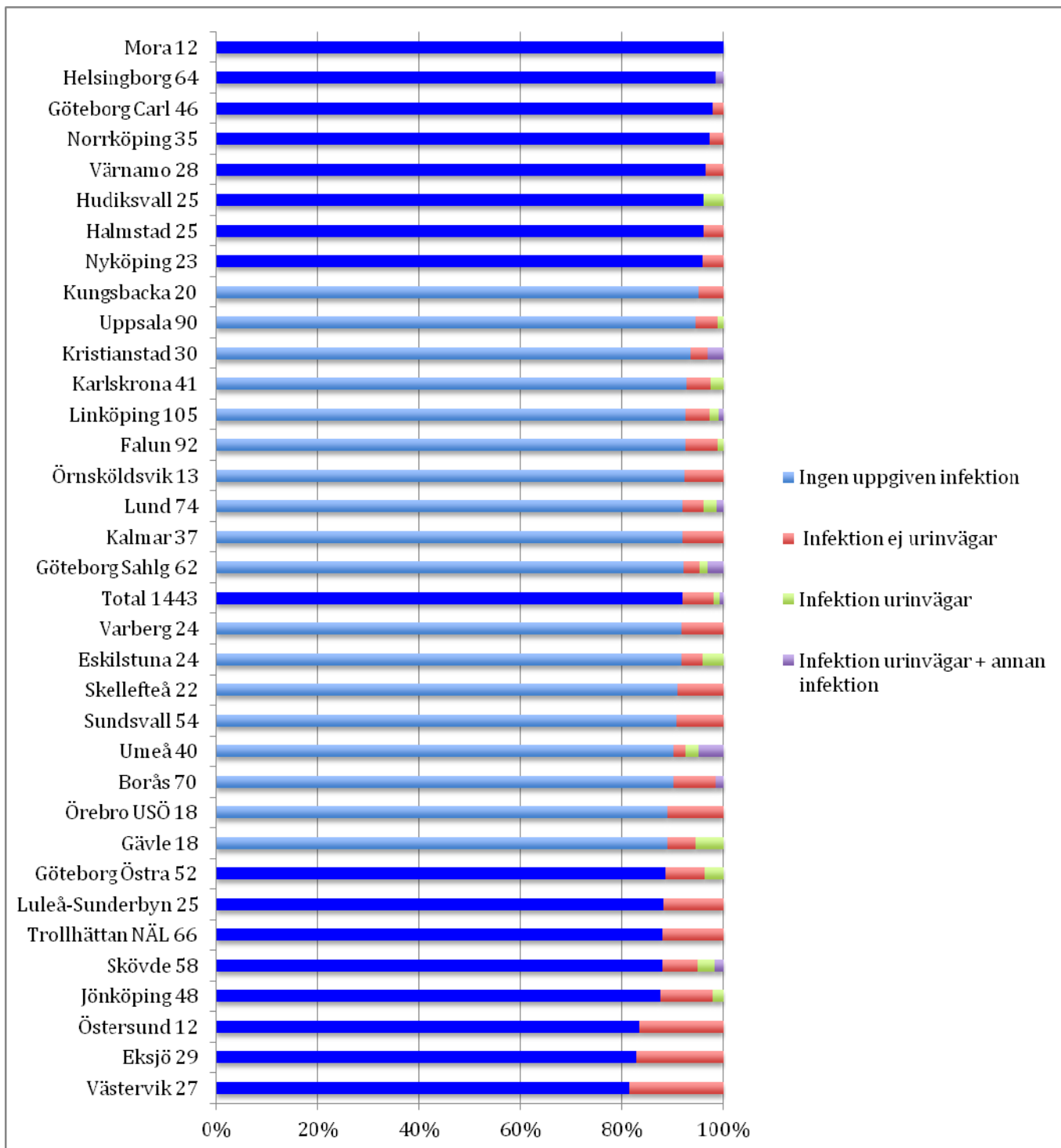
Tabell 6. Andel komplikationer beroende på operationssätt

	Abdominell	Laparoskopisk
Peroperativa	1,2 %	1,3 %
Under vårdtiden	5,9 %	2,3 %
Läkarbedömd 8 v	13,3 %	10,4 %

För riket så är 8,7 % av alla (bedömda) operationer komplicerade, med en total övervikt för lindriga komplikationer på 7,6 %. Det är en lägre andel jämfört föregående år (2011 11,7 % och 2012 10,4 %).

Postoperativa infektioner

I figur 8 framgår andelen infektioner postoperativt. Variabeln som använts väger samman att läkare angivit att en infektion förekommit till och med åttaveckorsuppföljningen samt de fall då patienten angivit att de fått antibiotika utskrivet postoperativt. Notera att det här bara är möjligt att få fram data från Gynop-registret.



Figur 8 Infektioner postoperativt till och med åttaveckorsuppföljningen. Andelen infektionsfria patienter hos de 25 % kliniker med högst resp. lägst värden har angivits i avvikande färg liksom totalvärdet.

Det rör sig om 260 patienter där läkare angivit att en infektion uppstått eller patienten angivit att de fått antibiotika utskrivet. Den vanligaste infektionstypen är i bukväggen som utgör 22 % av alla infektioner. Näst vanligast är urinvägsinfektioner som står för knappt 10 % av alla infektioner. En liten andel patienter, strax under 4 %, har vårdats på sjukhus på grund av infektionen.

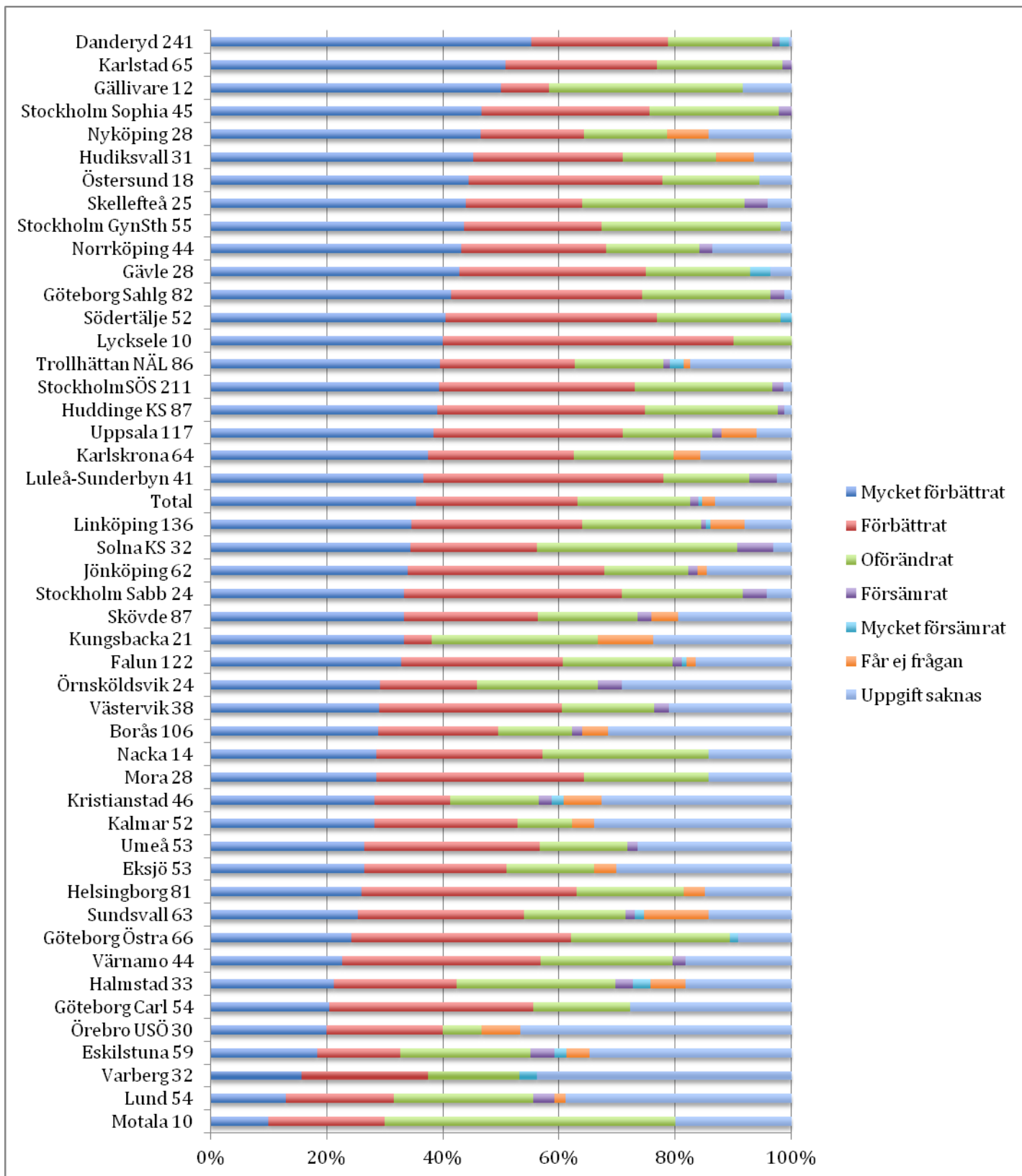
Sett över hela riket (eller i varje fall alla GynOp-kliniker) så drabbas 8,2 % av alla som opererats i adnexsträngen av en infektion.

Om laparoskopisk teknik använts så drabbas 7,4 % av någon infektion fram till uppföljningen jämfört med när en öppen operation använts där motsvarande siffra är 12 %.

Patientvärderat resultat

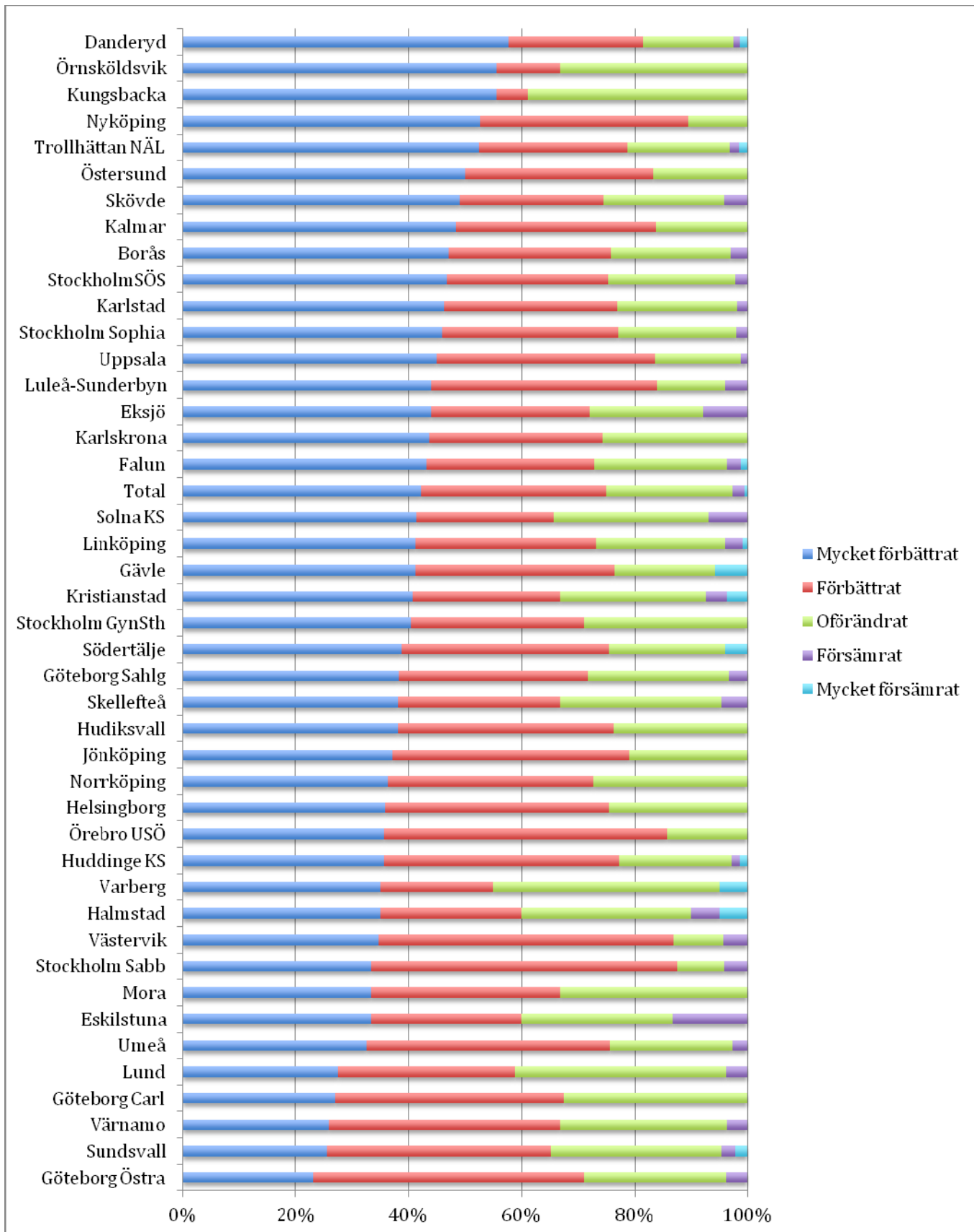
Att 63 % av alla adnexopererade kvinnor anser sig mycket förbättrade/förbättrade får anses som en fullt acceptabel siffra. Relativt många kvinnor som opereras för t.ex. ovarialcystor har inga specifika besvär utan operationen föranleds av att cystan påvisats i något läge och beslut om exstirpation har tagits. Man får vara medveten att då saknas uppgifter från 15 %, markerat med ljusblå färg i figuren.

Enbart 2,1 % av alla opererade kvinnor anser sig försämrade/mycket försämrade (2,4 % om de kvinnor där det saknas uppgifter exkluderats).



Figur 9 Patientens tillstånd två månader efter operationen

För att underlätta läsandet av figuren så presenteras i figur 10 samma variabel men saknade svar/ej fått frågan har exkluderats.



Figur 10 Patientens tillstånd två månader efter operation, saknade svar exkluderade.

Avslutning

Föreliggande resultat är inte särskilt avvikande jämfört med tidigare presenterade resultat. Vi ser en fortsatt ökning av andelen minimalinvasiva ingrepp vid adnexoperationer, vilket är eftersträvansvärt.

Det nya med denna rapport är att standardpatient Adnex har lanserats och vars resultat presenterats i denna rapport. I inledningen beskrivs standardpatienten och utformningen har påverkats av klinikerna. Det är mycket välkommet med synpunkter på hur standardpatient är utformad.

Det pågår ett GynOp-gemensamt utvecklingsarbete i hur figurer och diagram ska presenteras i rapporterna.

En fingervisning om hur det sannolikt kommer att se ut framöver ser ni i årets inkontinensrapport.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Adnex	Äggstock och äggledare
GKR	GynKvalitets-registret, lokalt register i Stockholms län, Visby samt Karlstad.
Case mix	Patientsammansättning. Skillnad i resultat efter t ex operation kan påverkas av case mix, t ex ålder, sjukdomstillstånd, vikt m m.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Prolaps	Framfall
Inkontinens	Urinläckage
BMI	Mått som underlättar bedömningen av en persons eventuella övervikt (eng. Body Mass Index). BMI beräknas genom $BMI = \frac{\text{ kroppsvikt}}{\text{ längd} \times \text{ längd}}$ formeln: $\frac{\text{ kroppsvikt}}{\text{ längd} \times \text{ längd}}$, där kroppsvikt anges i kilo och längd anges i meter. Normal BMI 18,5 – 25, enligt WHO (Världshälsoorganisationen).
Preoperativt	Före operation
Peroperativt	I samband med operation
Endometrios	Kallas även chokladcysta. Sjukdomstillstånd där livmodersslemhinnan växer utanför livmodern och orsakar bl a svåra smärta.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos: mikroskopisk undersökning av vävnadsprov för att fastställa diagnoser.
ADL	Activities of daily living = att kunna sköta normala vardagliga aktiviteter
Dysplasi/Atypi	Cellförändringar
Postoperativt	Efter operation
Abdominell	Operation via snitt i buken
Laparoskopisk	Titthålsoperation