



Norsk gynekologisk endoskopiregister

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

Årsrapport for 2023

Toril Råknes¹, Steinar Fritzner Rafalsen Holmsen ¹ Lena Ringstad Olsen²

¹Sykehuset i Vestfold, HF, Tønsberg (SiV)

²Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

15. juni 2024

Innhold

1	Sammendrag	7
2	Resultater	8
2.1	Kvalitetsindikatorer	8
2.1.1	Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon	8
2.1.2	Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon	11
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	14
2.2.1	Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon	14
2.2.2	Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon	18
2.2.3	Pasienttilfredshet - PREM	22
2.2.4	Pasientens helsegevinst - PROM	25
2.3	Andre analyser	34
2.3.1	Konvertering	34
2.3.2	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi	37
2.3.3	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved laparoskopi	39
2.3.4	Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige	41
2.3.5	Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige	44
2.3.6	Pasientkarakteristika: BMI	46
2.3.7	Pasientkarakteristika: Alder	49
2.3.8	Hyppigste diagnoser	51
2.3.9	Hyppigste prosedyrer	53
2.3.10	Operasjonsparametre: Dagkirurgiske inngrep	55
2.3.11	Operasjonsparametre: Operasjonstid	57
2.3.12	Laparoskopisk hysterektomi LCD01/LCD04	59
3	Registerbeskrivelse	65
4	Datakvalitet	67
4.1	Tilslutning og antall registreringer	67
4.2	Dekningsgrad og responsrate	70
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	70
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	73
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	76
4.3	Vurdering av datakvalitet	77
4.3.1	Kompletthet	77
4.3.2	Korrekthet	77
4.3.3	Reliabilitet	77
4.3.4	Andre tiltak	78
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	80
5.1	Identifiserte forbedringsområder	80
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	81
6	Formidling av resultater	85
7	Samarbeid og forskning	86
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	86
7.2	Datautlevering fra registrene	86
7.2.1	Forskning	86
7.2.2	Kvalitetsforbedring og styringsformål	86
7.2.3	Andre formål	87
7.3	Vitenskapelige artikler	87
8	Referanser til vurdering av stadium	89
8.1	Vurderingspunkter	89

9	Utvikling av registeret	91
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra Ekspertgruppen	91
9.2	Planer og behov	91
9.2.1	Dekningsgrad	91
9.2.2	Vitenskapelig arbeid	91
9.2.3	Korrekthetsstudie	91
9.2.4	Nye krav i stadielinndeling	91
9.2.5	Revidering av registreringsveileder	91
9.2.6	Endring av PREM	91
9.2.7	Nasjonale kvalitetsindikatorer	92
10	Litteratur	93
11	Vedlegg	93
11.1	Vedlegg 1: Reliabilitetsanalyse	93

Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
ePROM	En nasjonal løsning som gir mulighet for å nå ut til innbyggere på en sikker måte
HNIKT	Helse Nord IKT
LH	Laparoskopisk Hysterektomi NCSP kode LCD01/LCD04
LIS	Lege i spesialisering
NGER	Norsk gynekologisk endoskopiregister
NHN	Norsk Helsenet
NKIR	Norsk kvinnelig inkontinensregister
NPR	Norsk pasientregister
PREM	Patient Experience Measures. Skjema som måler pasientens tilfredshet med registrerende enhet.
PROM	Patient-reported Outcome Measures. Pasientrapport helsegevinst.
RAND-36	Skjema som måler pasientens helsegevinst (PROM)
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
TSS-2	Treatment Satisfaction Scale versjon 2. Skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM)



Resultater 2023

Antall forløp: 14063

Laparoskopi: 8650

Hysteroskopi: 5359

Hysterektomier: 2660

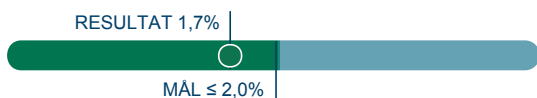


Median alder ved inngrep 44 år

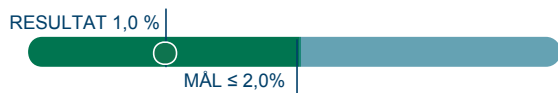


Resultater kvalitetsindikatorer

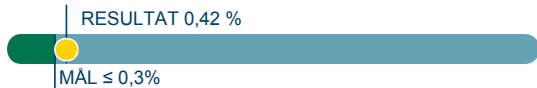
Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjonen



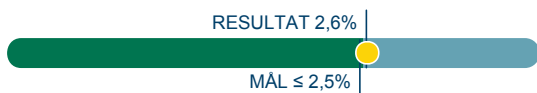
Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjonen



Hysteroskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon



Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon



Pasienttilfredshet



Dekningsgrad

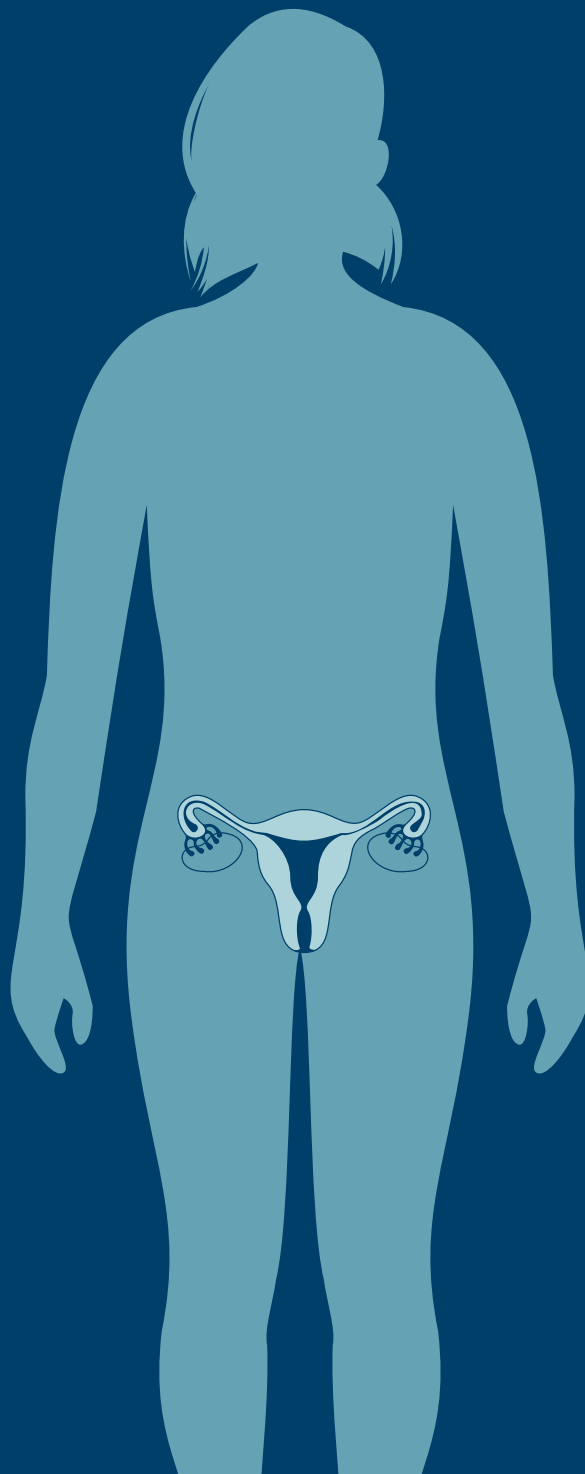
Dekningsgrad: Totalt 82%



Dekningsgrad: Laparoskopi 82%



Dekningsgrad: Hysteroskopi 85%



Del 1
Resultater fra registeret

1 Sammendrag

Resultatene i årets rapport viser igjen jevnt over god kvalitet ved den gynekologiske kirurgien som utføres. Det er lite peroperative komplikasjoner. Som tidligere er det de postoperative infeksjonene som er den vanligste komplikasjonen ved gynekologisk kirurgi. Det er fremdeles spesielt i forbindelse med laparoskopiske hysterektomier at de postoperative infeksjonene er mest vanlig. Noen sykehus viser en tydelig reduksjon i forekomsten av postoperative infeksjoner etter hysterektomier, mens andre har en nokså uendret høy forekomst. Det er således et bilde med potensiale for forbedringsarbeider der man sannsynligvis kan hente informasjon og erfaringsgrunnlag fra sykehus som har klart å redusere sine komplikasjoner.

Antall utførte laparoskopiske hysterektomier øker fra 1609 i 2022 til 2105 i 2023. Det sees ingen økt bruk av diagnosekoder som omfatter endometriose.

Noe overraskende er det å se at andelen dagkirurgiske inngrep går noe ned. I lys av stadig økt behov for effektivisering i helsetjenesten skulle man forvente en annen utvikling på dette feltet.

Som tidligere år ser vi på flere områder at det er en tendens til økt forekomst av komplikasjoner ved sykehus som utfører få prosedyrer. Det er et kjent fenomen at volum er viktig for kvaliteten på kirurgien. Det skal riktignok understrekes at et sykehus med lite volum kan ha spredt kirurgien på få hender, slik at det totale antallet ikke alltid speiler hvor mange kirurger som er involvert i materialet. I denne sammenheng er det også viktig å presisere at man skal være forsiktig med tolkningen av noen av resultatene på sykehusnivå der antall utførte prosedyrer er få.

Registeret jobber kontinuerlig med å øke og opprettholde dekningsgrad, og er svært fornøyd med at vi i år kan vise til en nasjonal dekningsgrad på 82%.

Det blir svært viktig for registeret i tiden som kommer å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskapelig arbeid. Registeret har hatt to utleveringer i 2023 til vitenskapelig formål, og planlegger en utlevering i 2024. Registeret håper å se resultater av utleveringene i nær fremtid.

2 Resultater

Resultatene i årets rapport bygger på uttrekk gjort den 18.04.2024.

Måltallene som NGER presenterer ble første gang utarbeidet i 2020 etter en gjennomgang av aktuell litteratur. NGER har basert på resultatene i registeret og oppdatert litteratur, (Bradley, 2024) og (Pryor mfl., 2024), ikke funnet grunnlag for å justere disse måltallene.

2.1 Kvalitetsindikatorer

De etablerte kvalitetsindikatorerne til NGER med tilhørende måltall representerer en rettesnor for de ulike sykehusene og fagmiljøet som helhet i forhold til det endoskopiske arbeidet som utføres og hvorvidt dette er i samsvar med forventet nivå. Resultatene presenteres på sykehusnivå og gir således en konkret indikasjon på kvaliteten og forekomsten av komplikasjoner ved de ulike foretakene. Registeret fungerer som en varslingsinstans i forhold til avvikende forekomst av komplikasjoner ved det enkelte sykehus.

Norsk Gynekologisk Forening - NGF har en lang og sterk tradisjon for utarbeidelse av faglige retningslinjer innen gynekologi og obstetikk. Veilederen innen gynekologi er ikke en direkte guide i forhold til kirurgiske prosedyrer. NGER ser ikke behov for å utarbeide parallelle retningslinjer i tillegg til disse, og det er heller ikke ønskelig fra NGF sin side. I Veilederen i gynekologi er det påpekt at alle endoskopiske gynekologiske inngrep skal registreres i Norsk gynekologisk endoskopiregister, og det er lagt inn direkte link til registerets nettside siv.no/nger.

Kvalitetsindikator	Definisjon	Måloppnåelse
Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon	Forekomsten av komplikasjon ved hysteroskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,0\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Laparoskopi: Komplikasjon under operasjon	Forekomsten av komplikasjon ved gynekologisk laparoskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,0\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Hysteroskopi: Pasientrapportert postoperativ komplikasjon	Forekomsten av middels alvorlig og alvorlig komplikasjon etter hysteroskopisk inngrep.	Høy: $\leq 0,3\%$ Moderat: $\leq 0,6\%$ Lav: $> 0,6\%$
Laparoskopi: Pasientrapportert postoperativ komplikasjon	Forekomsten av middels alvorlig og alvorlig komplikasjon etter gynekologisk laparoskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,5\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Pasienttilfredshet	Grad av tilfredshet etter behandling ved gynekologisk avdeling. Skala 0-3 hvor 3 er best	Høy: $\leq 2,6\%$ Moderat: $\leq 2,3\%$ Lav: $> 2,3\%$
Dekningsgrad	Dekningsgraden angir hvor fullstendig registeret er, det vil si hvor stor andel av de endoskopiske inngrepene utført ved gynekologiske avdelingen i Norge som er registret i NGER.	Høy: $\geq 80\%$ Moderat: $\geq 60\%$ Lav: $> 60\%$

Tabell 1: Alle kvalitetsindikatorer

2.1.1 Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon

Peroperative opplysninger registreres av kirurg etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.

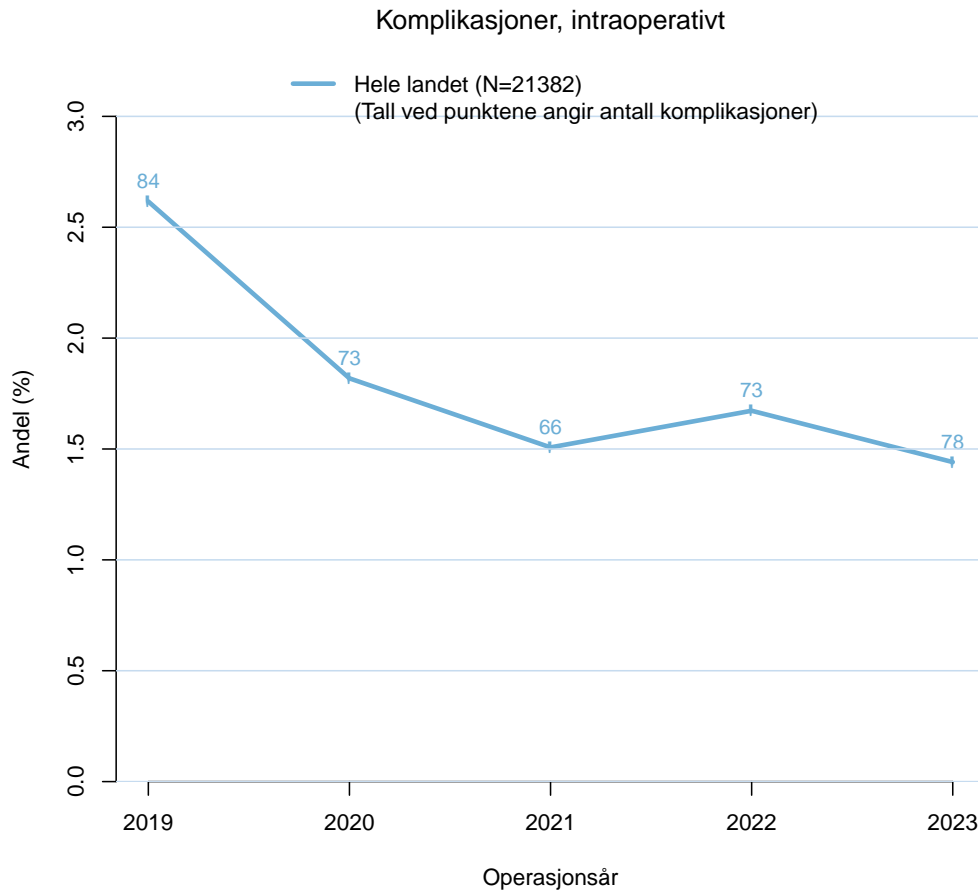
Forekomsten av komplikasjoner ved hysteroskopi er lav. Når vi ser på tallene for hele landet er det en stabil forekomst av komplikasjoner på rundt 1,7%. Dette er innenfor grensen for høy måloppnåelse satt til under 2,0%. Når vi ser på tallene på sykehusnivå er det en del variasjon mellom de ulike sykehusene. Det er en tendens til at enhetene som har rødt måltall med over 4% komplikasjonsrate, har få utførte prosedyrer. Motsatt ser vi at enhetene med flere enn 300 prosedyrer ligger innenfor eller tett på grønt måltall på under 2% komplikasjonsrate.

Den vanligste peroperative komplikasjonen ved hysteroskopi er perforasjon av uterus. Det skjer i 1,1% av inngrepene. Via falsa (falsk kanal) er registrert i 0,8% av tilfellene, mens blødning er mer sjeldent og er registrert som komplikasjon ved 0,1% av prosedyrene. Hele 95,4% av de hysteroskopiske inngrepene er registrert som fullstendig gjennomførte prosedyrer. Dette vitner om god kvalitet ved kirurgien.

Definisjon/beskrivelse	Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,0\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Bradley, 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte komplikasjoner under operasjon Nevner: Alle hysteroskopier

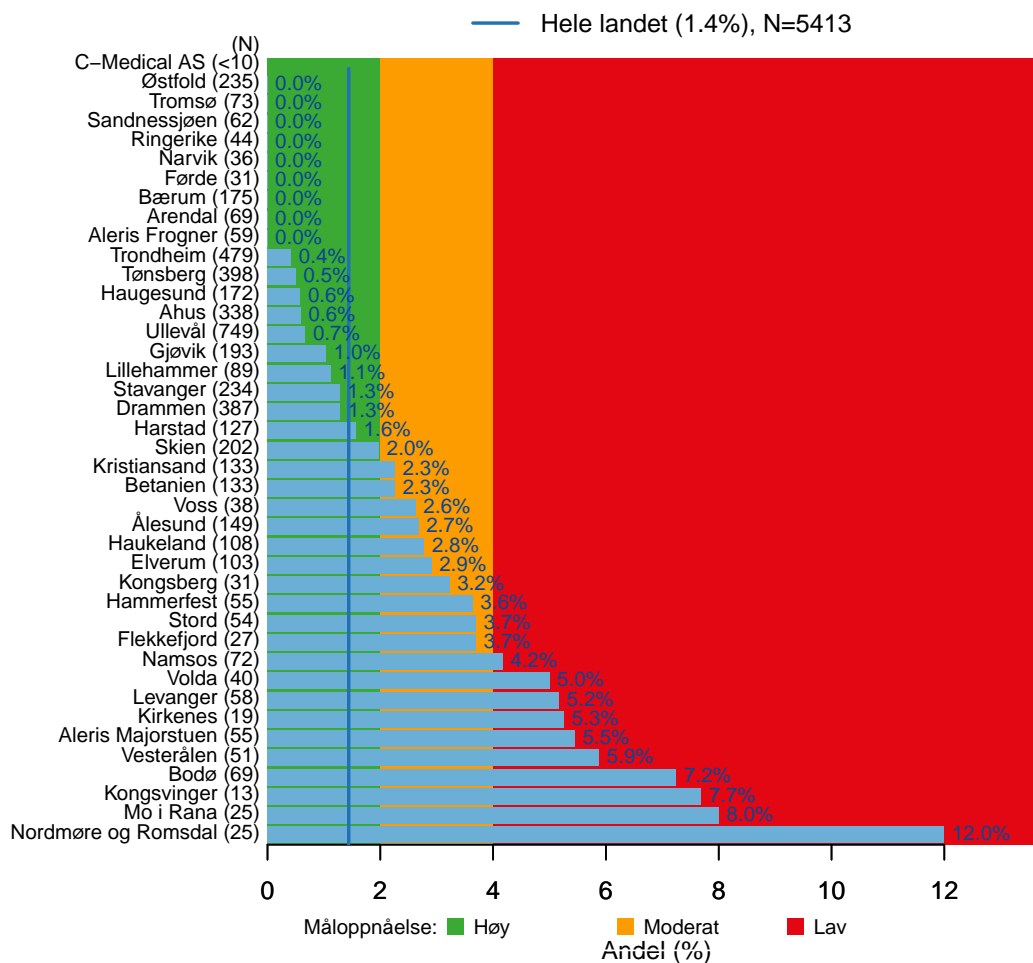
Tabell 2: Hysterskopi: Komplikasjoner under operasjon

Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 1: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år

Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 2: Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi på enhetsnivå

2.1.2 Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon

Peroperative opplysninger registreres av kirurg etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.

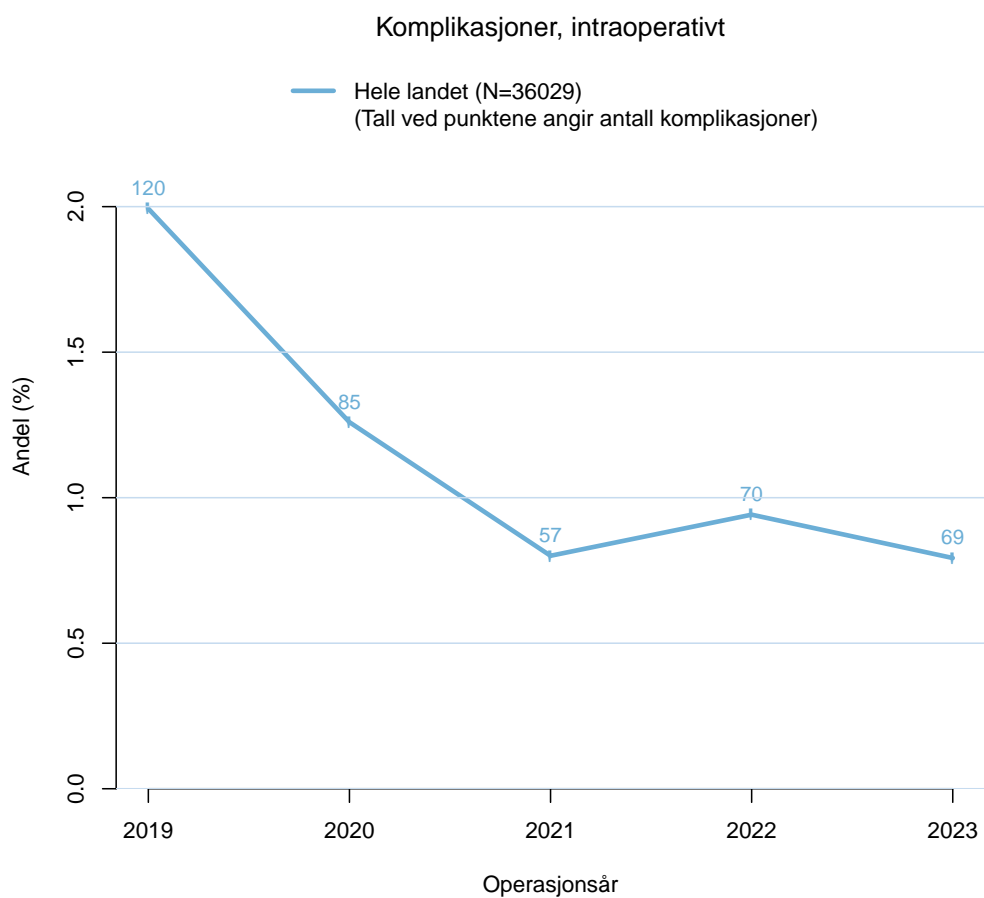
Grønt måltall for komplikasjonsraten ved laparoskopi er satt til 2,0%. Når vi ser på tallene for landet generelt er vi godt innenfor dette med en total forekomst av intraoperative komplikasjoner på 0,9%. Siste tre årene har det vært en stabil rate her på under 1,0 %, Sammenliknet med perioden fra 2016 til 2019 der tilsvarende tall var over 2,0%. På sykehusnivå er det store flertallet innenfor grønt måltall. Ved laparoskopiske inngrep er det ikke en like tydelig tendens til at enheter med få registrerte inngrep har høyere komplikasjonsrate, slik bildet tegnet seg ved hysteroskopi. Dette kan være betinget i at de sykehusene som har et stort volum ofte utfører mer vanskelige laparoskopiske inngrep der komplikasjonsraten kan være noe større.

Når det kommer til organskade er det registrert en forekomst av blæreskade på 0,20%, tarmskade 0,13%, karskade 0,13% og ureterskade 0,07%. I 50% av tilfellene er det anført disseksjon som årsak til organskaden. 16,7% av skadene er relatert til etablering av laparoskopisk tilgang.

Definisjon/beskrivelse	Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,0\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Pryor mfl., 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte komplikasjoner under operasjon Nevner: Alle laparoskopier

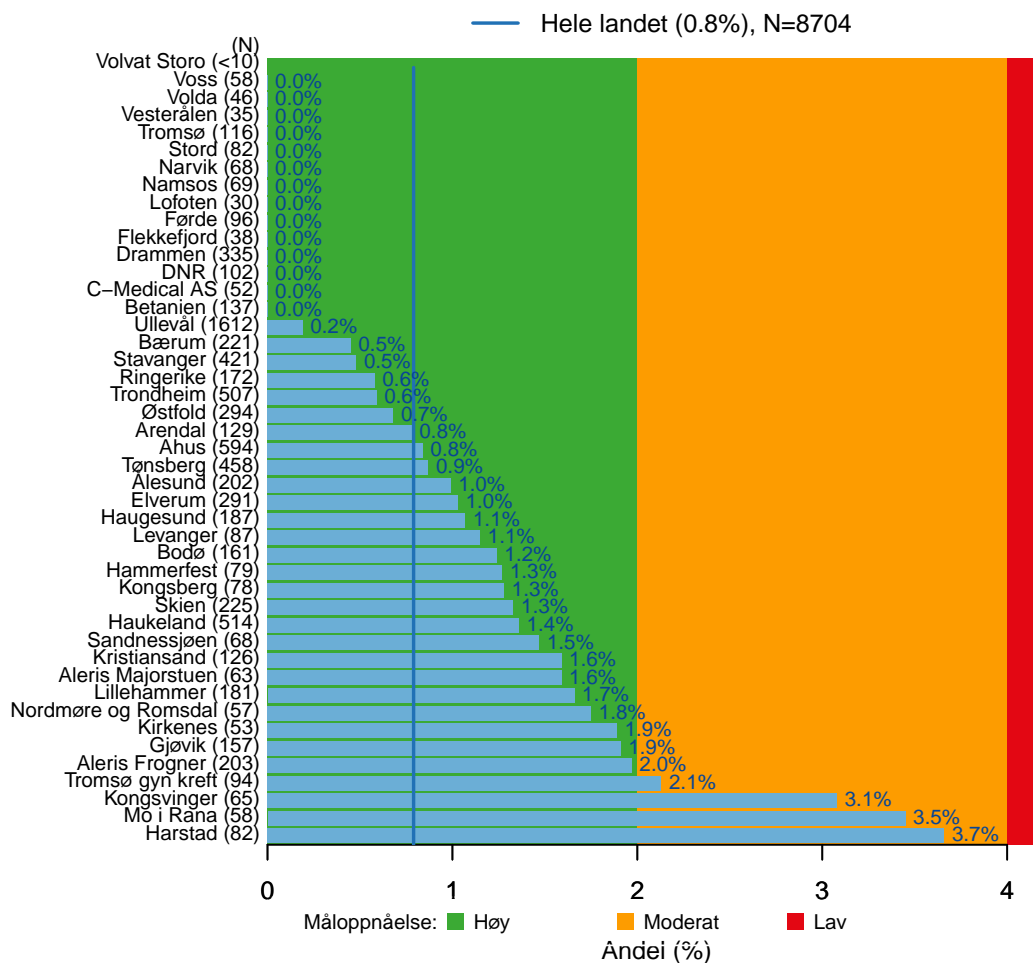
Tabell 3: Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon

Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi



Figur 3: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi siste 4 år

Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 4: Intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi på enhetsnivå

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

2.2.1 Hystersokopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon

De postoperative komplikasjonene er pasientrapporterte data. Oppfølgingskjema, for kartlegging av postoperative komplikasjoner som reoperasjon, infeksjon, blødning og organskade, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.

Alle postoperative komplikasjoner klassifiseres etter en modifisert variant av Clavien-Dindo klassifikasjonen.

- Lite alvorlig: Ingen varige mén. Behandling, men ikke behov for innleggelse i sykehus.
- Middels alvorlig: Ingen varige mén, men reinnleggelse var nødvendig, eventuelt ble det utført reoperasjon.
- Alvorlig: Truende for livet eller varige mén utover operasjonsarr.
- Dødelig: Komplikasjonen er dødelig.

NGER har definert et måltall for de middels alvorlige- og alvorlige komplikasjonene. Bakgrunnen er at det er dette utvalget som oftest presenteres i internasjonal litteratur. Disse tallene er derfor mest egnet som en nasjonal kvalitetsindikator. Alle meldte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner kvalitetskontrolleres mot pasientjournal før publisering.

De lite alvorlige komplikasjonene er også viktig i evaluering av kvaliteten ved kirurgien både nasjonalt og lokalt, og presenteres i kapittel 2.3.4

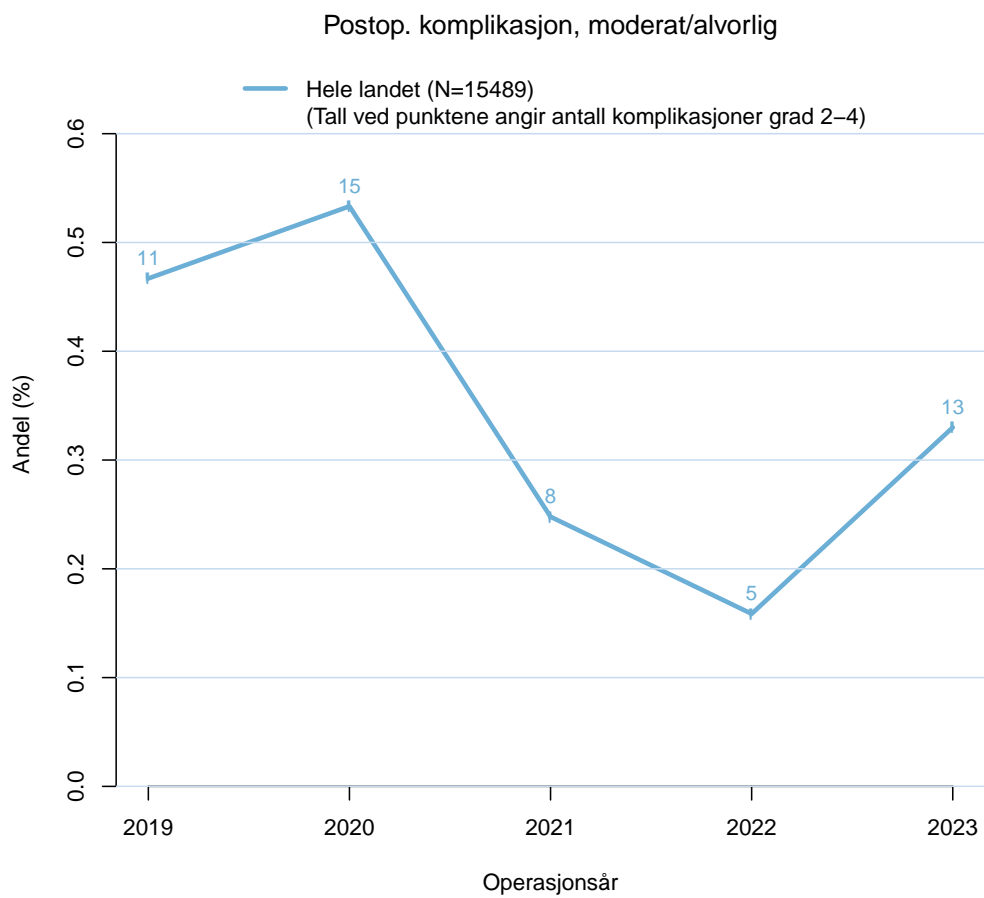
Forekomsten av middels og alvorlige postoperative komplikasjoner etter hysteroskopi er lav. På nasjonalt nivå har det vært en økning siste året fra rett under 0,2% i 2022 til rett over 0,4% i 2023. På sykehusnivå er det snakk om svært små tall og vanskelig å tolke bildet basert på dette. Det er likevel verdt å merke seg at det blant sykehusene med rødt måltall sees en blanding av sykehus med både mange og få utførte prosedyrer.

I likhet med tidligere år er det blødning som er den vanligste postoperative komplikasjonen med 75% av de totalt 16 registrerte middels og alvorlige komplikasjonene. Dette er etterfulgt av infeksjon som forekommer ved 37,5% av komplikasjonene. Endometritt og urinveisinfeksjon er de vanligste formene for postoperativ infeksjon.

Definisjon/beskrivelse	Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 0,3\%$ Moderat: $\leq 0,6\%$ Lav: $> 0,6\%$
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Bradley, 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter hysteroskopi Nevner: Alle hysteroskopier som har svart på oppfølging

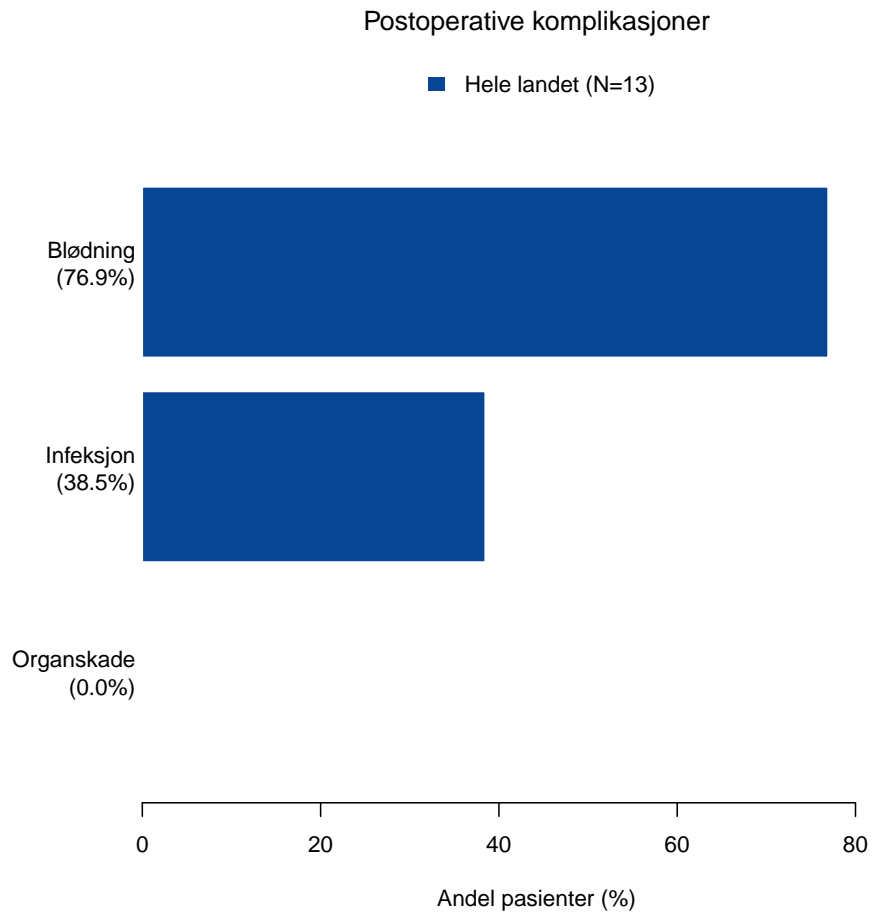
Tabell 4: Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner

Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Hysteroskopi



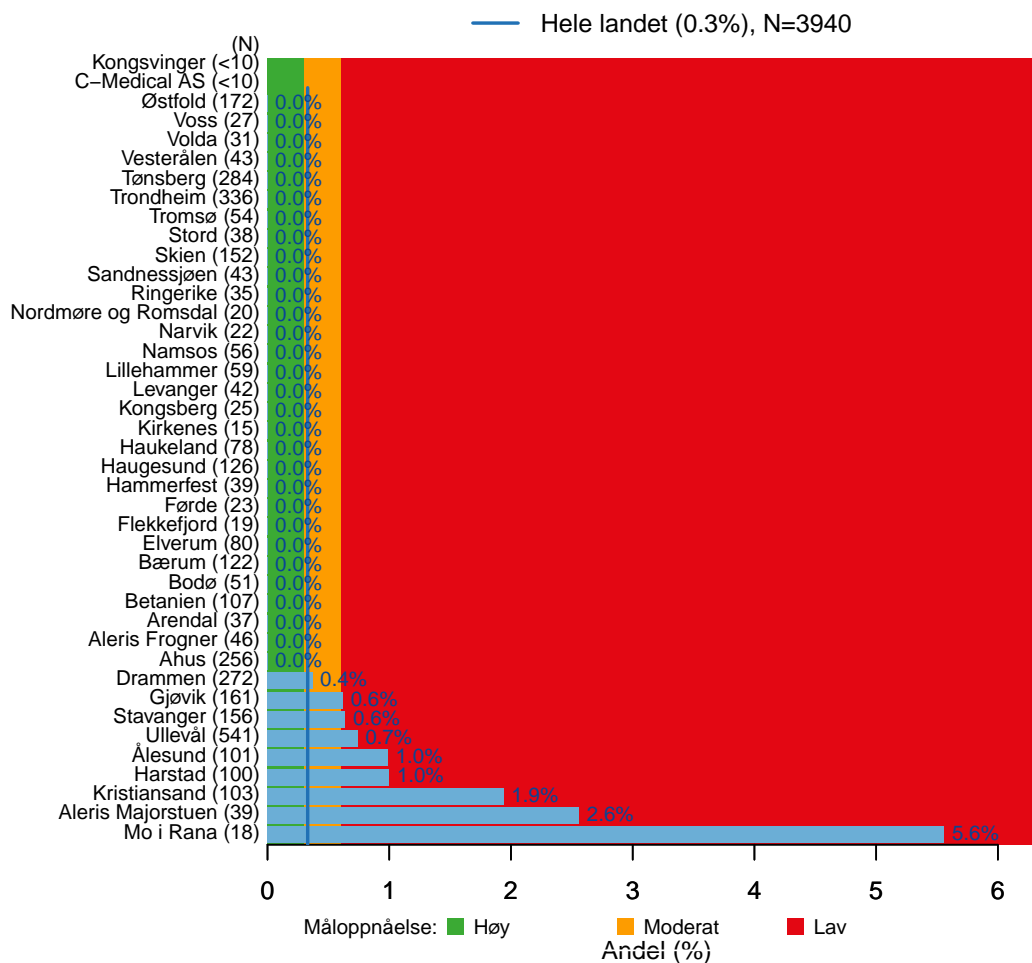
Figur 5: Utvikling moderat alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-02-07 til 2023-12-05
Operasjonstype: Hysteroskopi
Alvorlighetsgrad: Middels,Alvorlig,Dødelig



Figur 6: Fordeling postoperative komplikasjoner, moderat alvorlig og alvorlige, ved laparoskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 7: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved hysteroskopi på enhetsnivå

2.2.2 Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon

De postoperative komplikasjonene er pasientrapporterte data. Oppfølgingskjema, for kartlegging av postoperative komplikasjoner som reoperasjon, infeksjon, blødning og organskade, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorger gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.

Alle postoperative komplikasjoner klassifiseres etter en modifisert variant av Clavien-Dindo klassifikasjonen.

- Lite alvorlig: Ingen varige mén. Behandling, men ikke behov for innleggelse i sykehus.
- Middels alvorlig: Ingen varige mén, men reinnleggelse var nødvendig, eventuelt ble det utført reoperasjon.
- Alvorlig: Truende for livet eller varige mén utover operasjonsarr.
- Dødelig: Komplikasjonen er dødelig.

NGER har definert et måltall for de middels alvorlige- og alvorlige komplikasjonene. Bakgrunnen er at det er dette utvalget som oftest presenteres i internasjonal litteratur. Disse tallene er derfor mest egnet som en nasjonal kvalitetsindikator. Alle meldte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner kvalitetskontrolleres mot pasientjournal før publisering.

De lite alvorlige komplikasjonene er også viktig i evaluering av kvaliteten ved kirurgien både nasjonalt og lokalt, og presenteres i kapittel 2.3.5

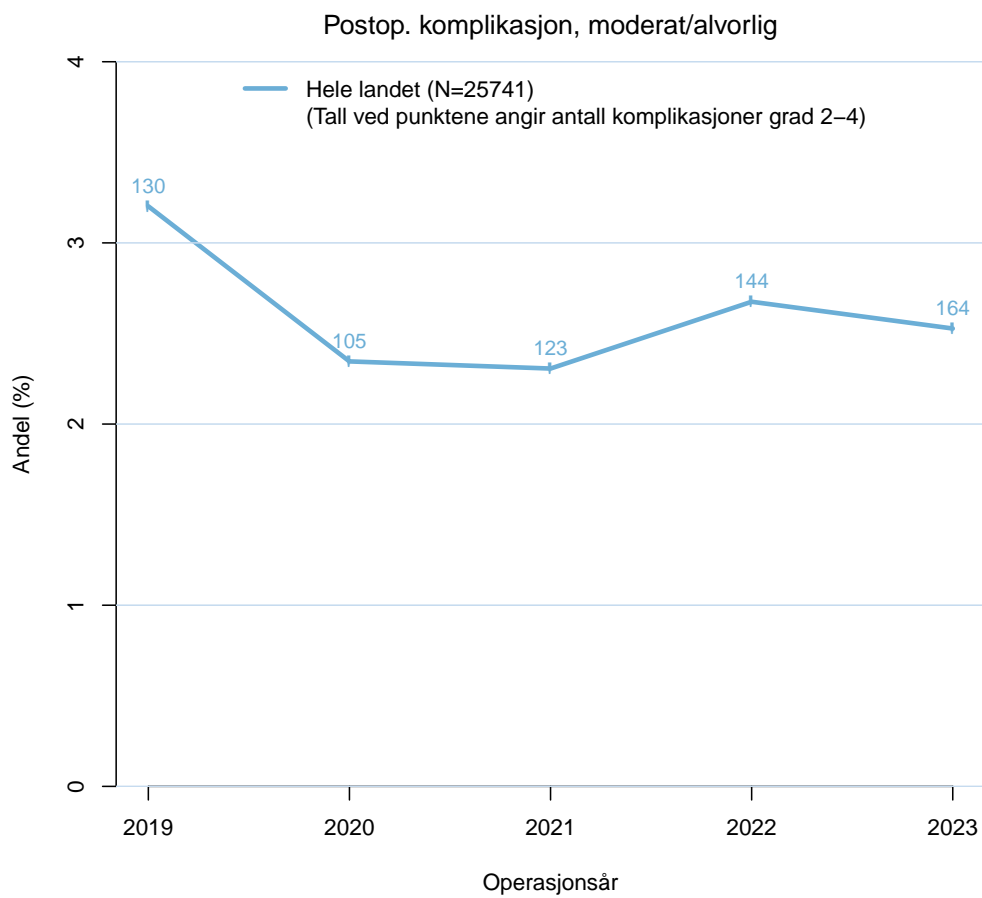
Forekomsten av moderate og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi har vært stabil rundt 2,5% de siste 4 årene. På sykehusnivå er det variasjoner i tallene uten et entydig mønster. En ser likevel at flertallet av sykehusene innenfor rødt måltall har under 100 utførte prosedyrer. Det er infeksjoner som utgjør det store volumet av moderate til alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi med 65,5%. Av disse er 53,7% intraabdominale infeksjoner, 6,7% er urinveisinfeksjon og 3,0% er sårinfeksjon i operasjonssår.

Det er ved laparoskopisk hysterektomi man ser den høyeste forekomsten av postoperative infeksjoner. Dette omtales i et eget kapittel, se 2.3.12.

Definisjon/beskrivelse	Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,5\%$ Moderat: $\leq 4\%$ Lav: $> 4\%$
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Pryor mfl., 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon Nevner: Alle laparoskopier som har svart på oppfølging

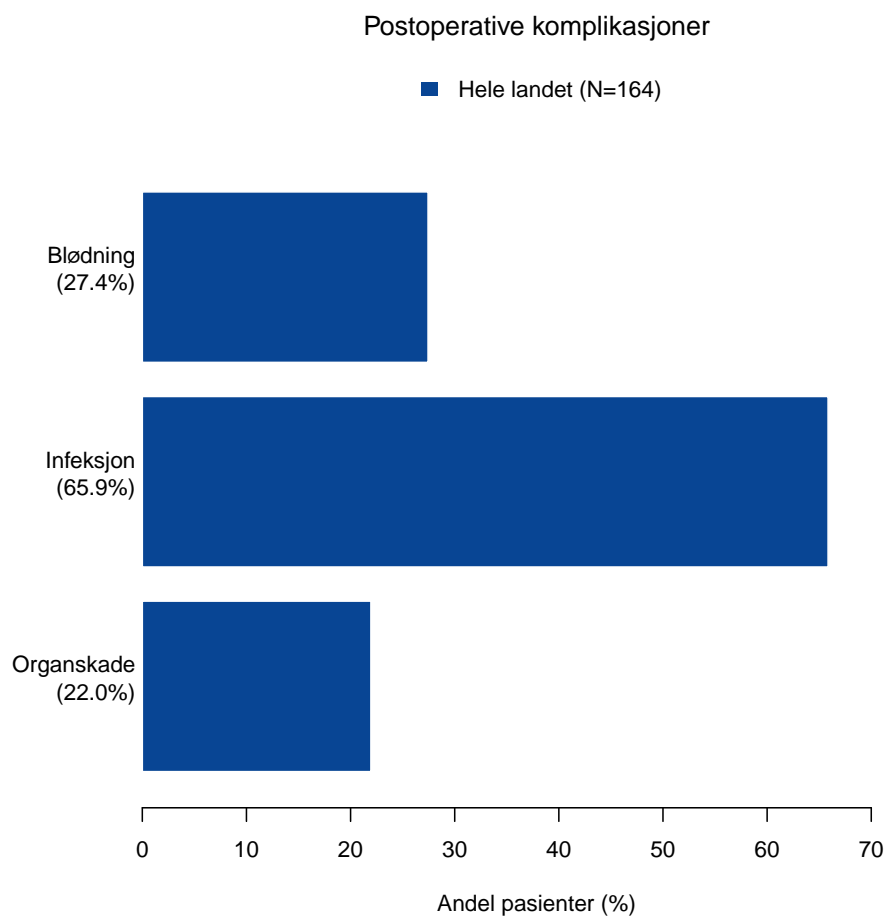
Tabell 5: Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner

Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi



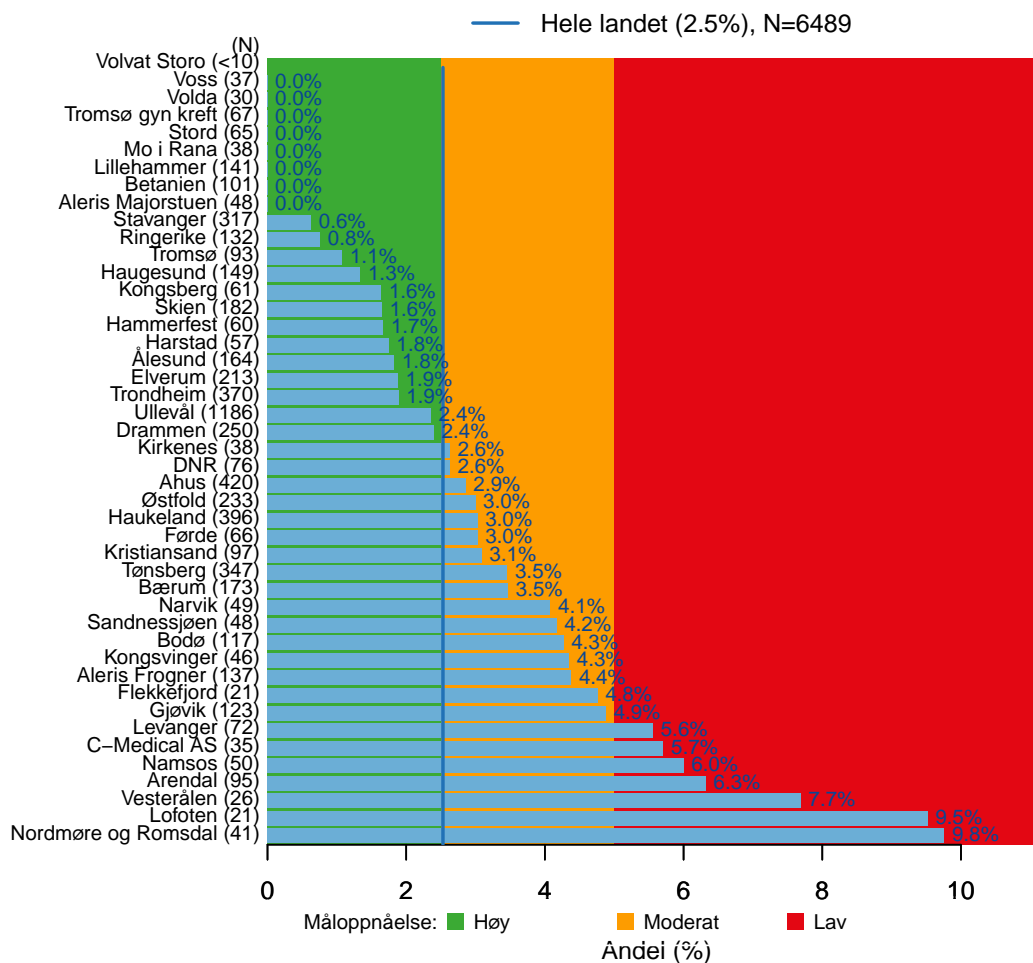
Figur 8: Utvikling moderat alvorlig og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-04 til 2023-12-19
Operasjonstype: Laparoskopi
Alvorlighetsgrad: Middels,Alvorlig,Dødelig



Figur 9: Fordeling postoperative komplikasjoner, moderat alvorlig og alvorlige, ved laparoskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 10: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopi på enhetsnivå

2.2.3 Pasienttilfredshet - PREM

Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS2 er et skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM).

Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS2 inneholder 6 spørsmål hvor hvert spørsmål har svaralternativer fra 0 til 3:

- Hvordan synes du at du ble møtt på gynekologisk avdeling?
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg?
- Synes du at din behandler på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen?
- Hadde du tillit til din behandler på gynekologisk avdeling?
- Synes du at du og din behandler på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling?
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt?

I det overveiende antallet av innsendte svar krysser pasienten av for det mest positive alternativet uansett spørsmålstilling.

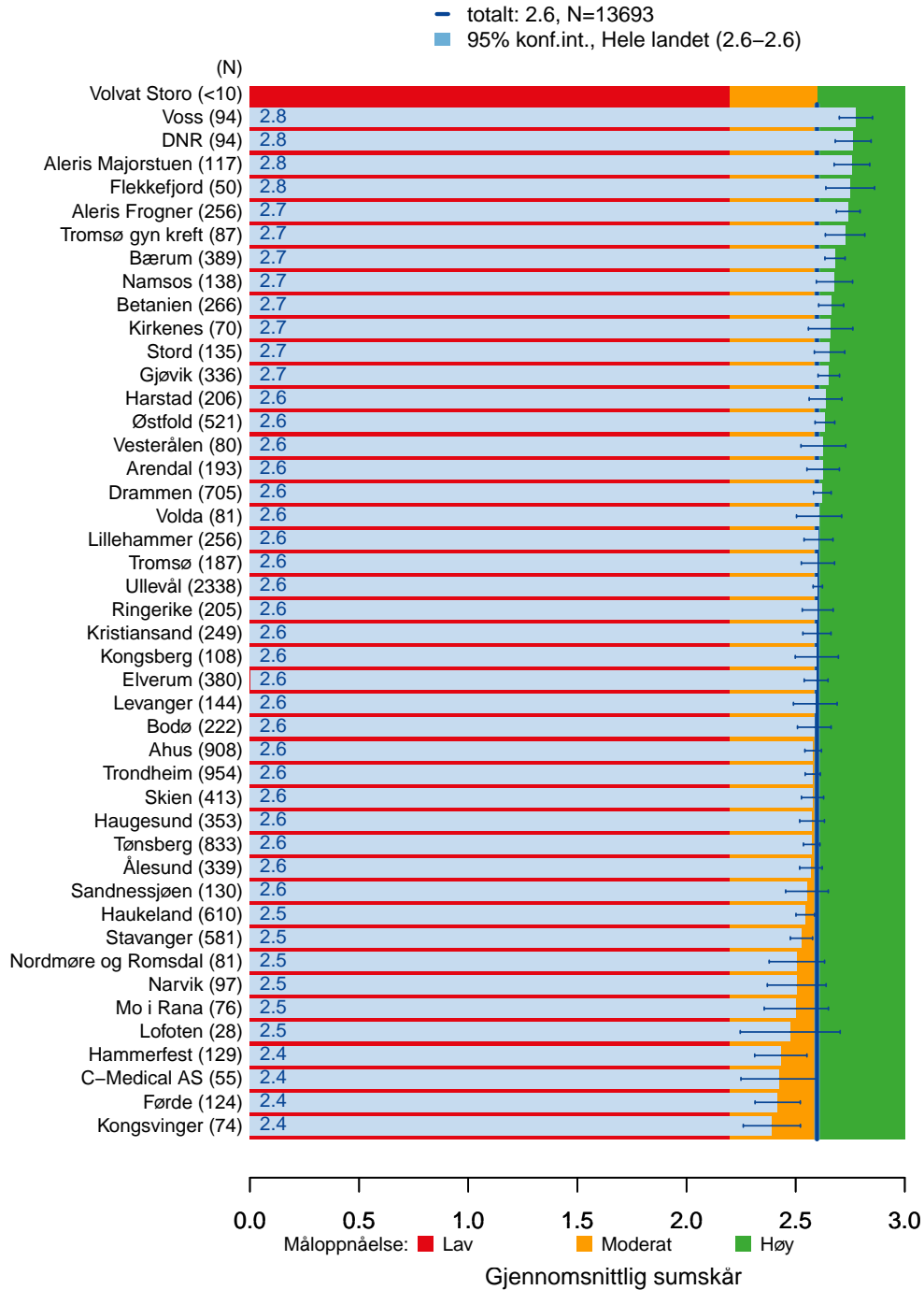
TSS2 dataene presenteres derfor som i årsrapporten fra 2022 ved en prosentfordeling for det beste alternativet på hvert spørsmål. Ved presentasjon av avdelingsvise utfall, presenteres disse som en sumskår for hvert spørsmål målt mot gjennomsnitt og med 95% konfidensintervaller.

Definisjon/beskrivelse	Pasienttilfredshet
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,6$ Moderat: $\leq 2,3$ Lav: $> 2,3$
Kunnskapsgrunnlag	TSS-2 - Treatment Satisfaction Scale
Beregning	Teller: Sum av skårer Nevner: Antall svar

Tabell 6: Pasienttilfredshet

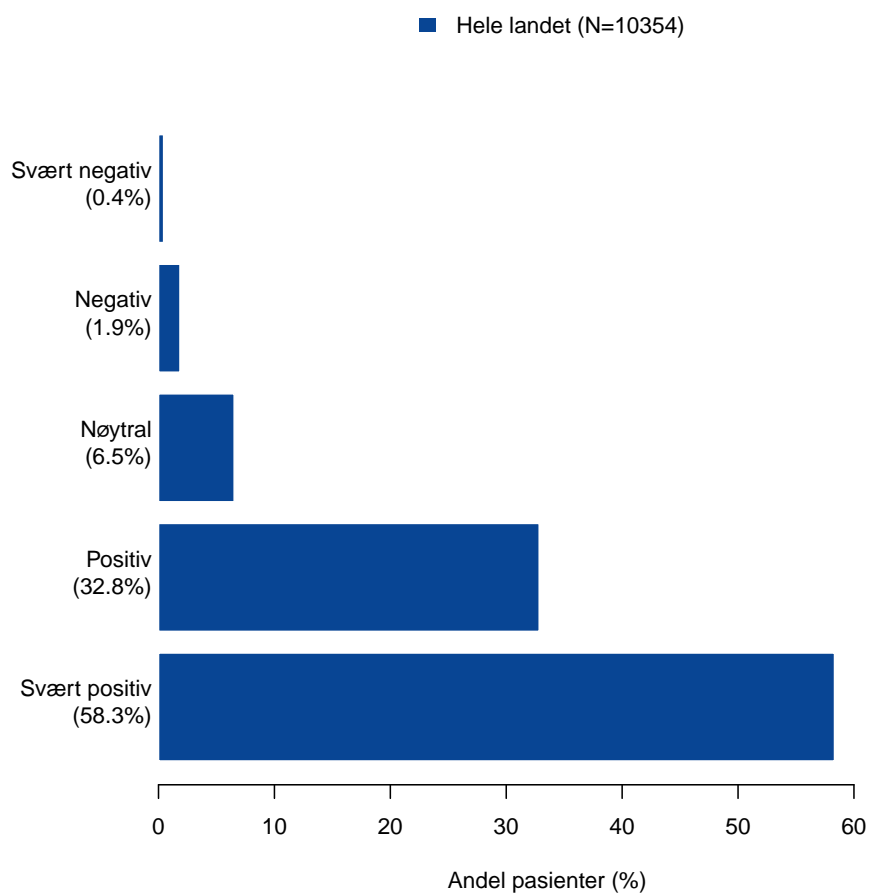
Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31

Gjennomsnittlig TSS2, gjennomsnittlig sumskår



Figur 11: Gjennomsnittlig sumskår

Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt?



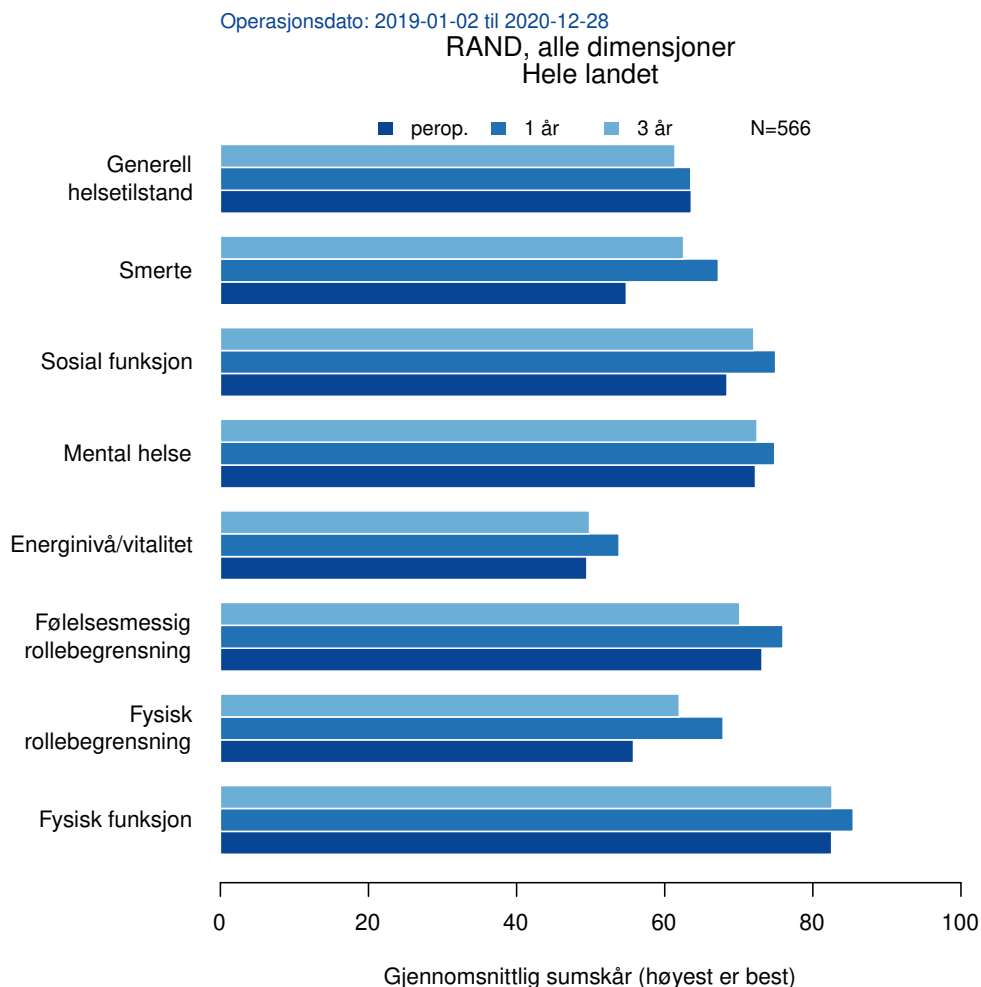
Figur 12: Fordeling svaralternativer oppfatning av gynekologisk avdeling

2.2.4 Pasientens helsegevinst - PROM

Norsk gynekologisk endoskopiregister benytter det standardiserte skjemaet RAND36 for å kartlegge pasientrapporterte utfallsmål (PROM). I 2019 startet NGER med å registrere RAND36 hos pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterektomi med benign indikasjon ved 5 sykehus i Norge: Ullevål Sykehus, Haugesund sykehus, Bodø sykehus, St Olavs Hospital og Sykehuset i Vestfold. Dette gjøres ved at pasientene fyller ut RAND36 før inngrepet samt 1 år og 3 år etter operasjonen.

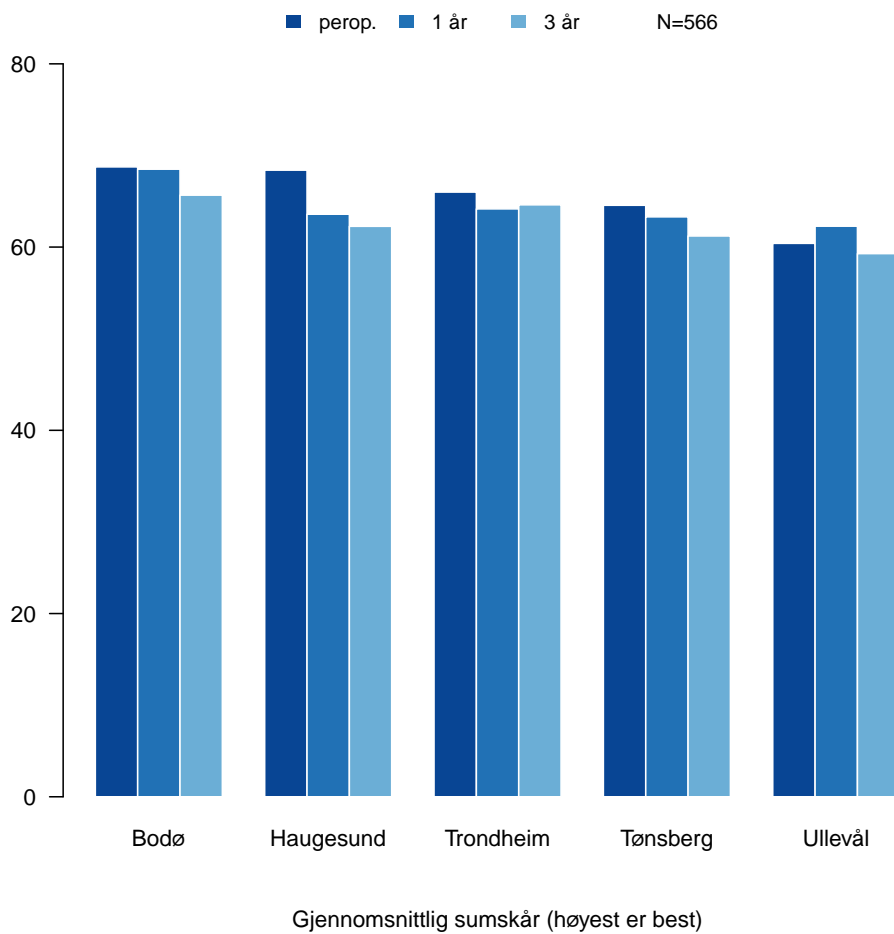
NGER har komplett data fra før inngrepet, ett år og 3 år etter inngrep utført 2019 og 2020.

NGER og fagmiljøet ser med stor interesse på dataene i dette materialet. Vi er således veldig positive til at disse dataene brukes i en pågående studie. Dette er et materiale som må presenteres og bearbeides i en helhetlig ramme. Ettersom dette er et arbeid som finner sted i den pågående studien presenteres tallene bare med grafer uten ytterligere kommentarer her i årsrapporten.



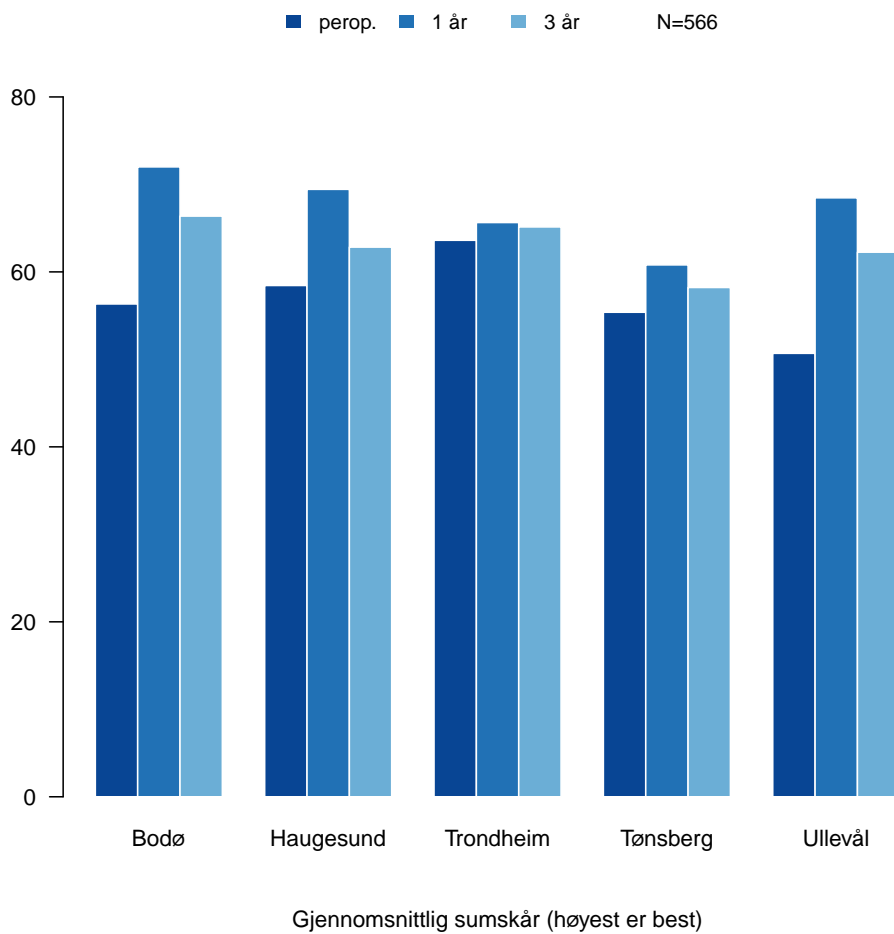
Figur 13: Generell helsetilstand etter hysterektomi

Generell helsetilstand



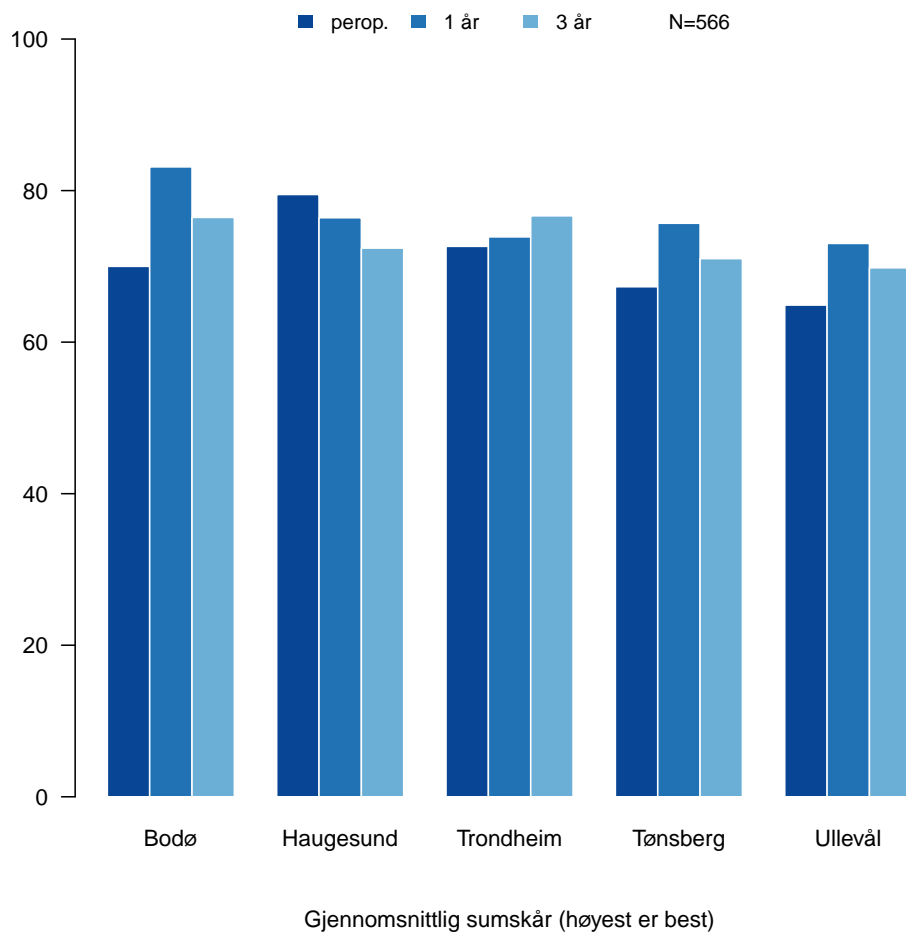
Figur 14:

Smerte



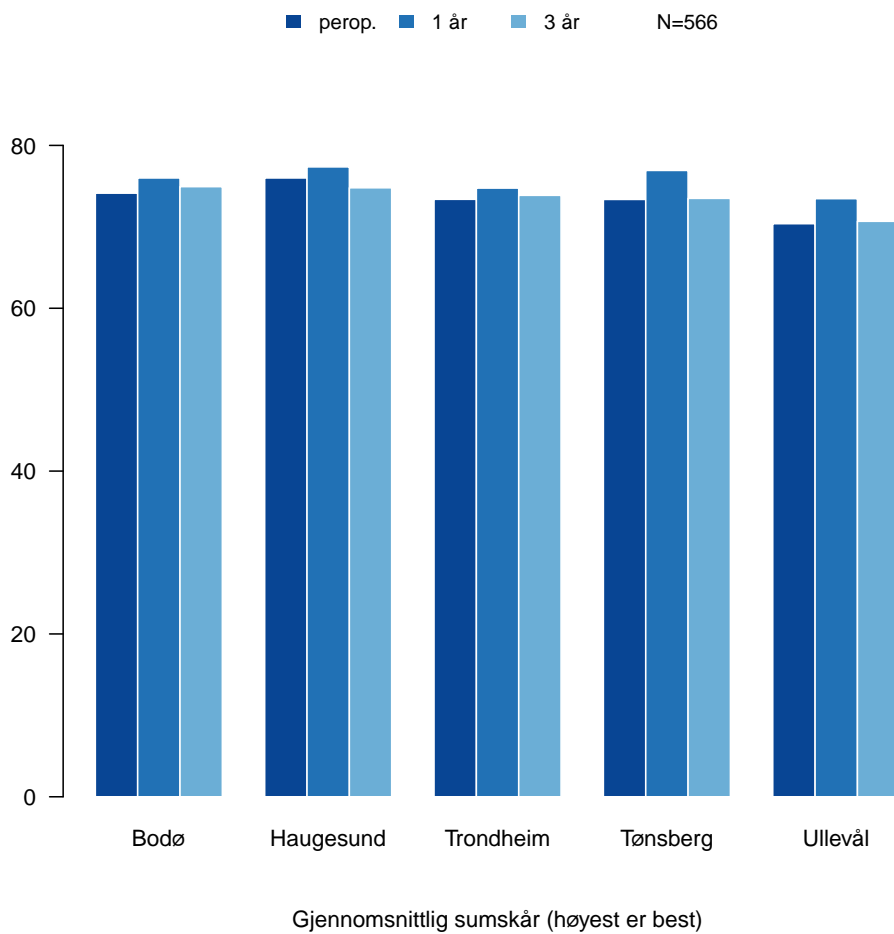
Figur 15:

Sosial funksjon



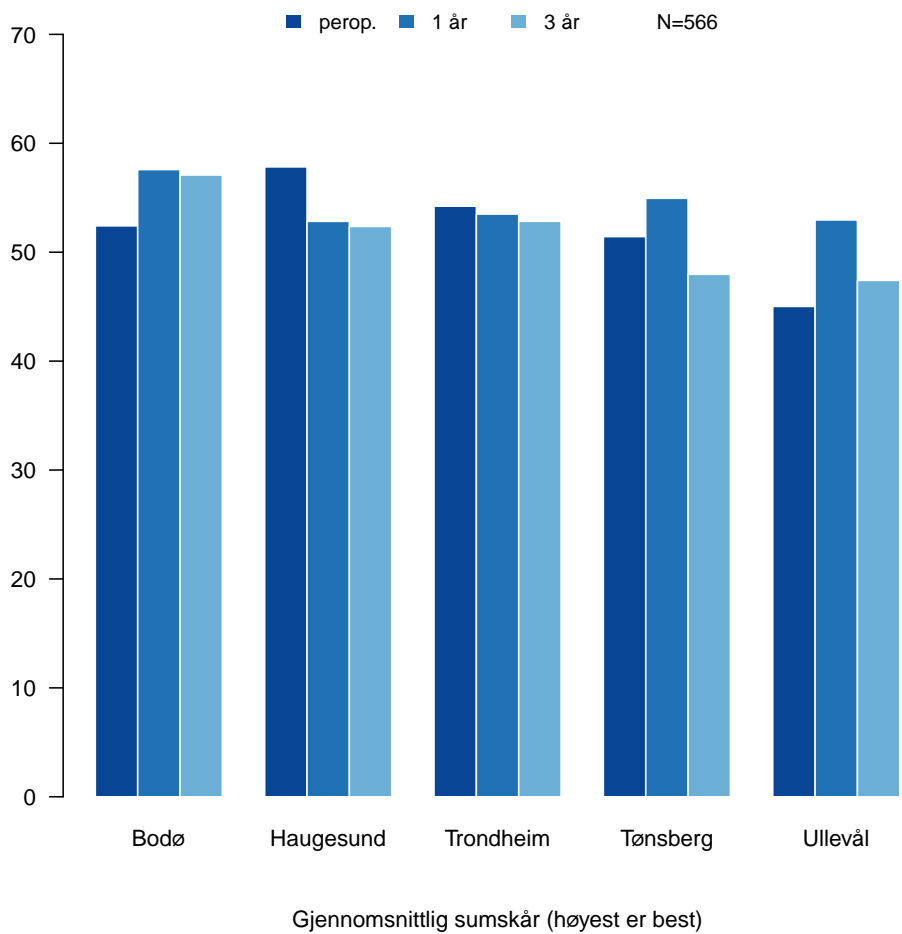
Figur 16:

Mental helse



Figur 17:

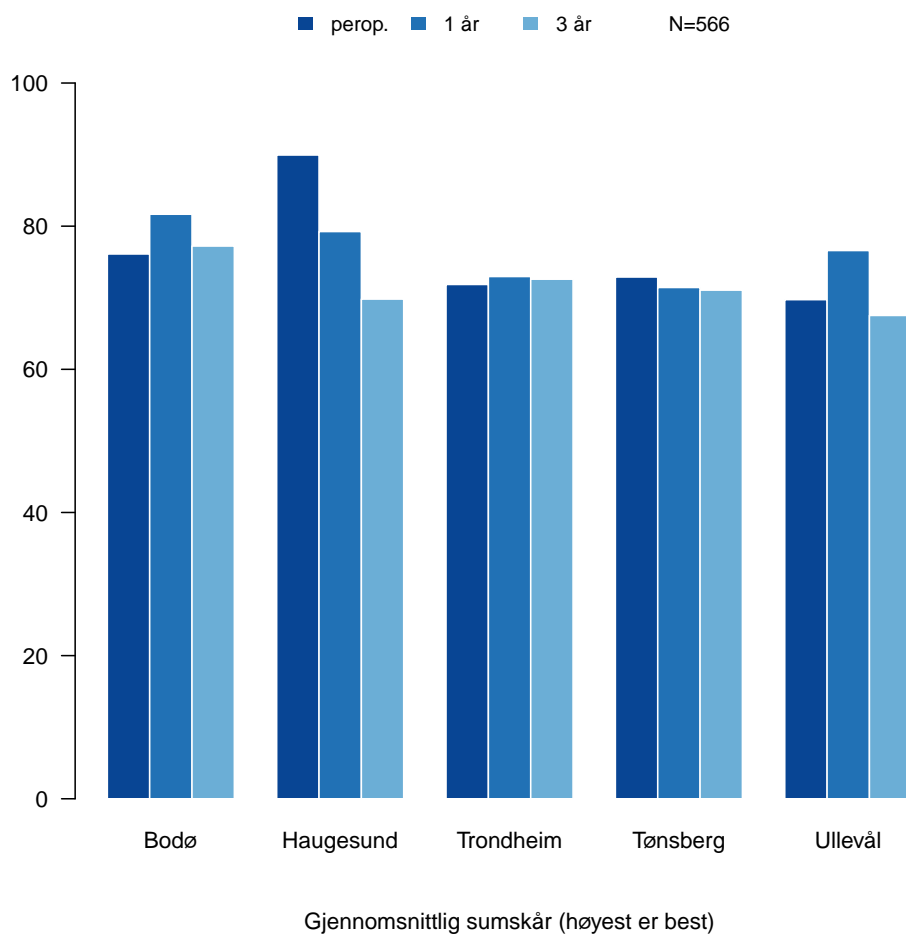
Energinivå/vitalitet



Figur 18:

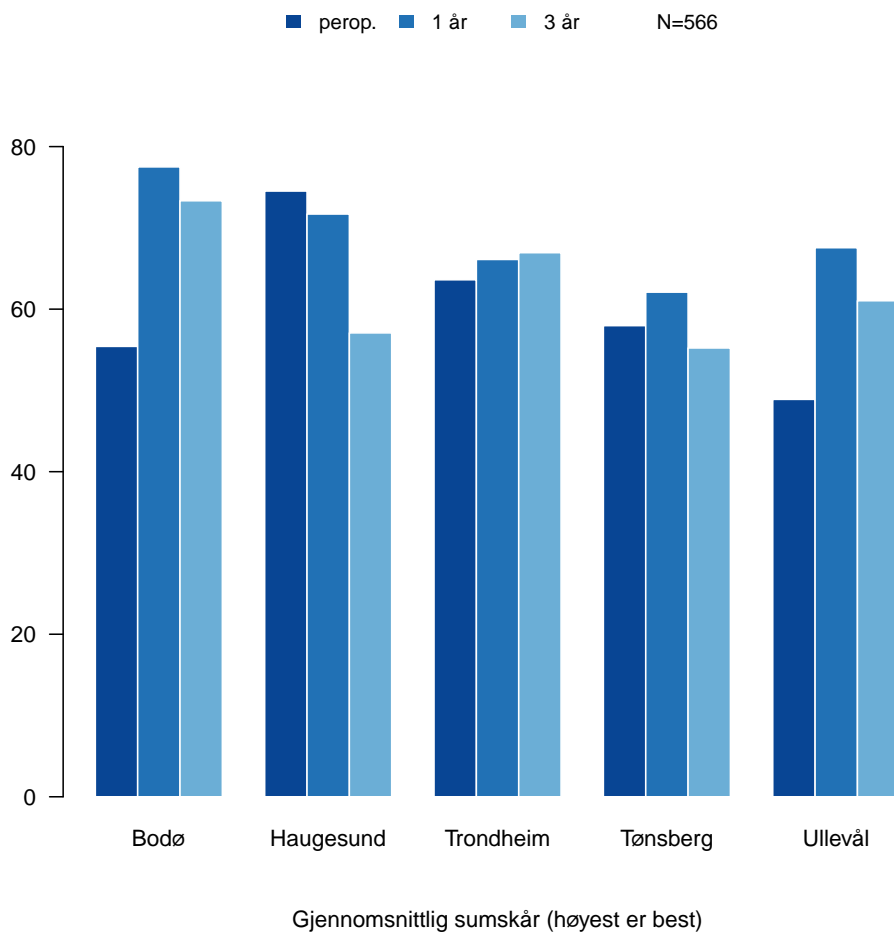
Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2020-12-28

Følelsesmessig rollebegrensning



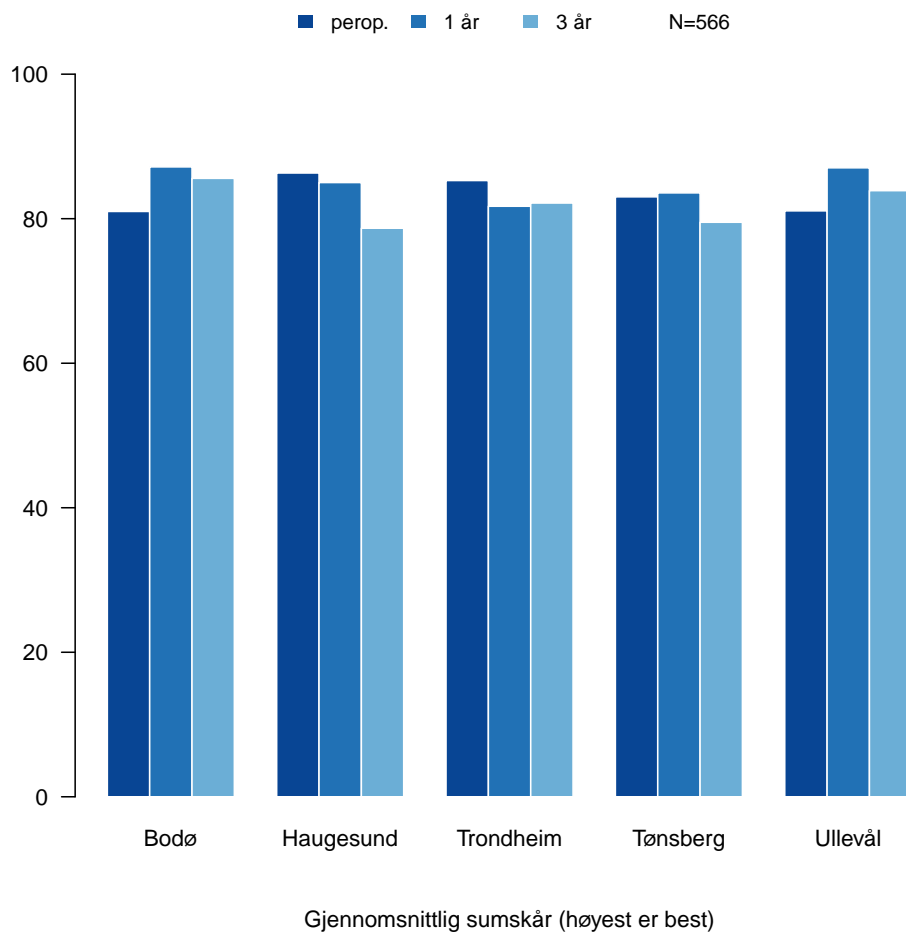
Figur 19:

Fysisk rollebegrensning



Figur 20:

Fysisk funksjon



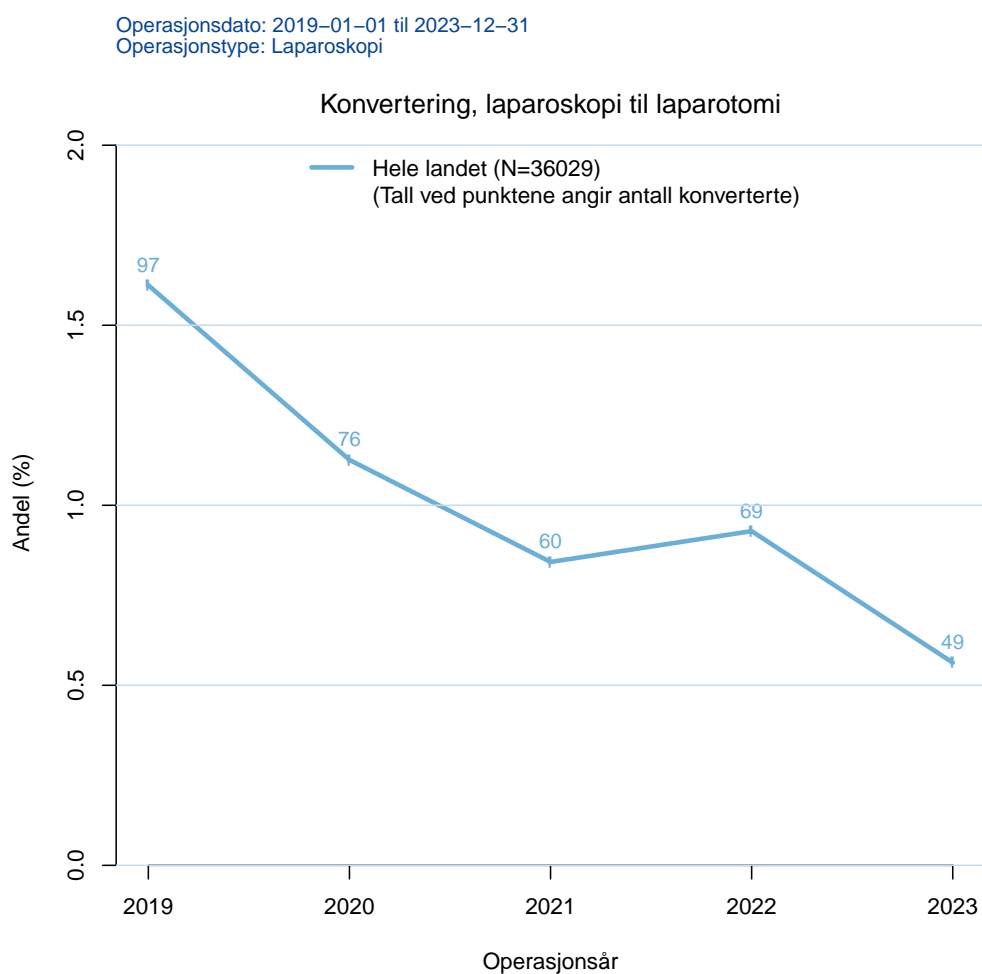
Figur 21:

2.3 Andre analyser

2.3.1 Konvertering

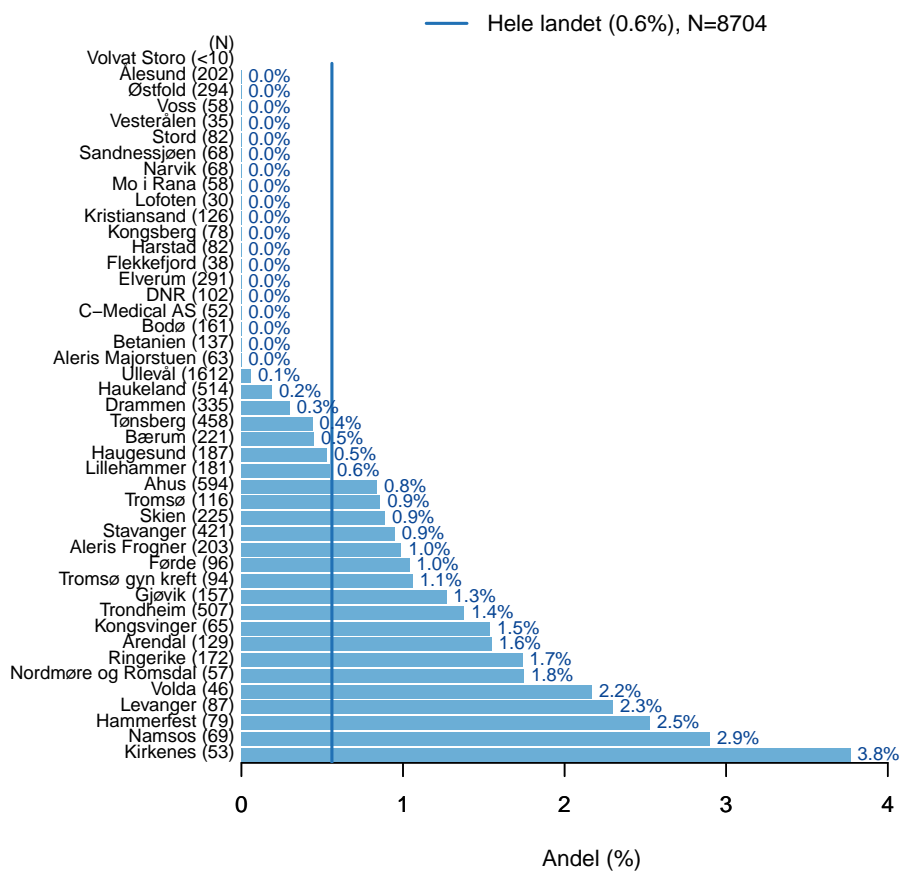
NGER har ikke definert et eget maltall for raten av konverteringer, og kan derfor ikke presentere konvertering som en kvalitetsindikator.

Forekomsten av konvertering fra laparoskopi til laparotomi har vært jevnt fallende de siste årene. I 2023 var den rett over 0,5%. Dette vitner om både en høy kompetanse innen laparoskopisk kirurgi og en god seleksjon av pasienten preoperativt. Også her ser vi en tendens til at det er sykehus med få utførte prosedyrer som har den høyeste andelen konverteringer. Av sykehusene med en konverteringsrate på over 2,0% har alle sykehusene mindre enn 100 utførte laparoskopiske prosedyrer. Av sykehusene med en høy konverteringsrate er majoriteten av disse klassifisert som såkalt uventet konvertering.



Figur 22: Konvertert laparoskopi til laparotomi utvikling siste 4 år

Konvertering, laparoskopi til laparotomi

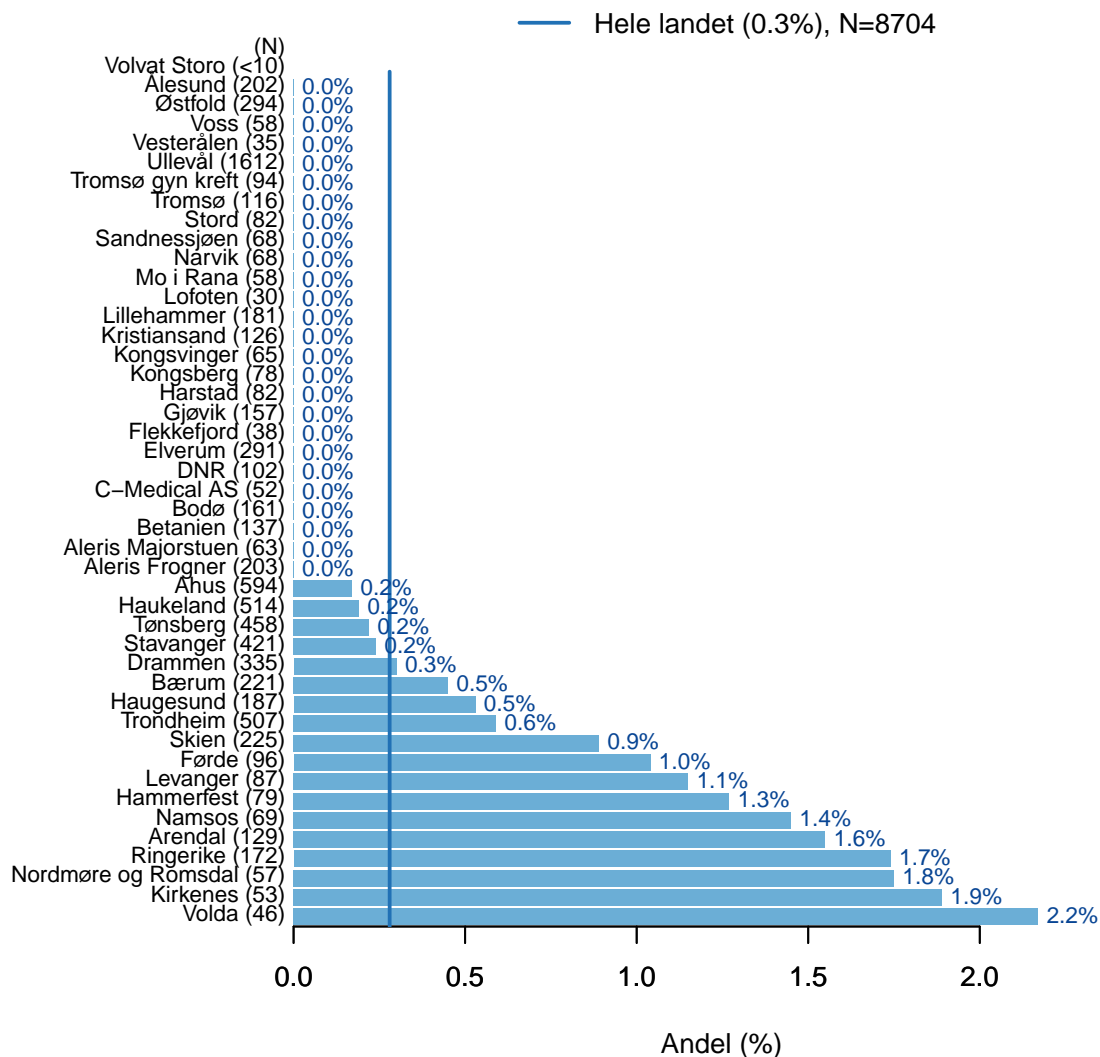


Figur 23: Konvertering på enhetsnivå

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31

Operasjonstype: Laparoskopi

Uventet konvertering, laparoskopi til laparotomi

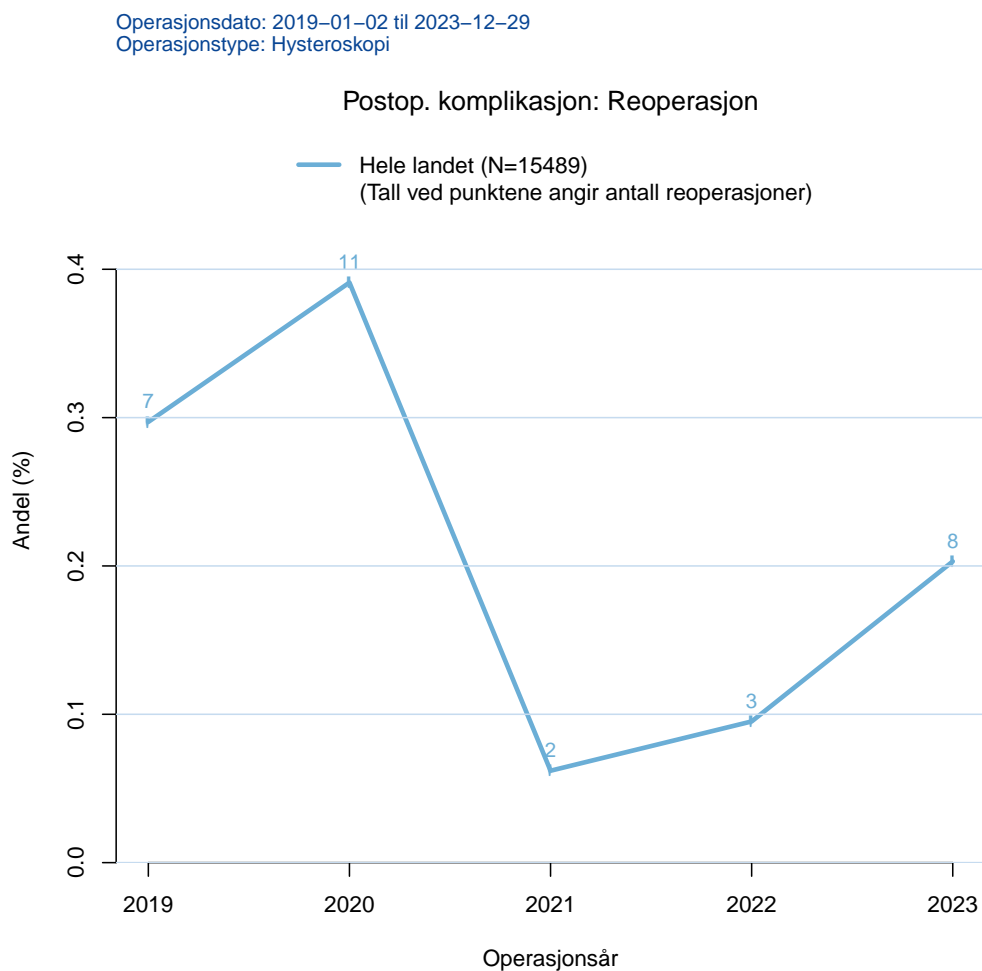


Figur 24: Ikke forventet konvertering på enhetsnivå

2.3.2 Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi

NGER har ikke definert et eget måltall for raten av reoperasjoner ved hysteroskopi, og kan derfor ikke presentere den som kvalitetsindikator.

Forekomsten av reoperasjoner på grunn av komplikasjoner innen 4 uker etter hysteroskopi var opp fra 0,10% i 2022 til 0,23% i 2023. Dette er små tall med totalt 9 reoperasjoner nasjonalt. På sykehusnivå er det derfor vanskelig å tolke tallene.

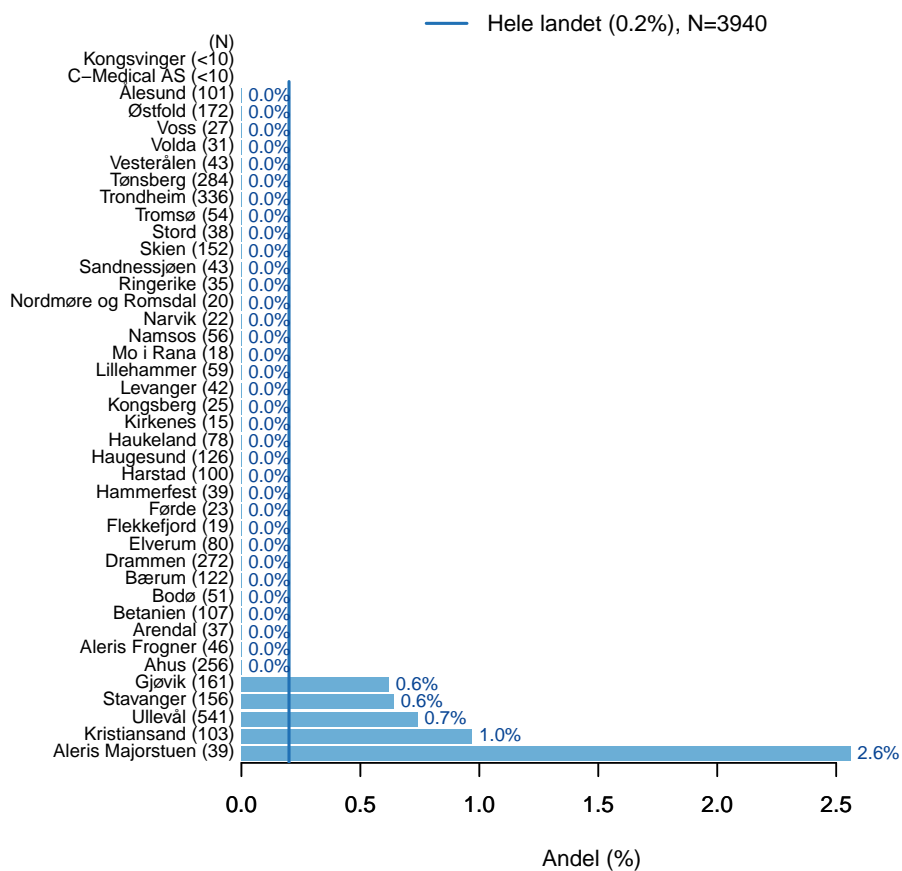


Figur 25: Utvikling reoperasjon ved hysteroskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29

Operasjonstype: Hysteroskopi

Postop. komplikasjon: Reoperasjon

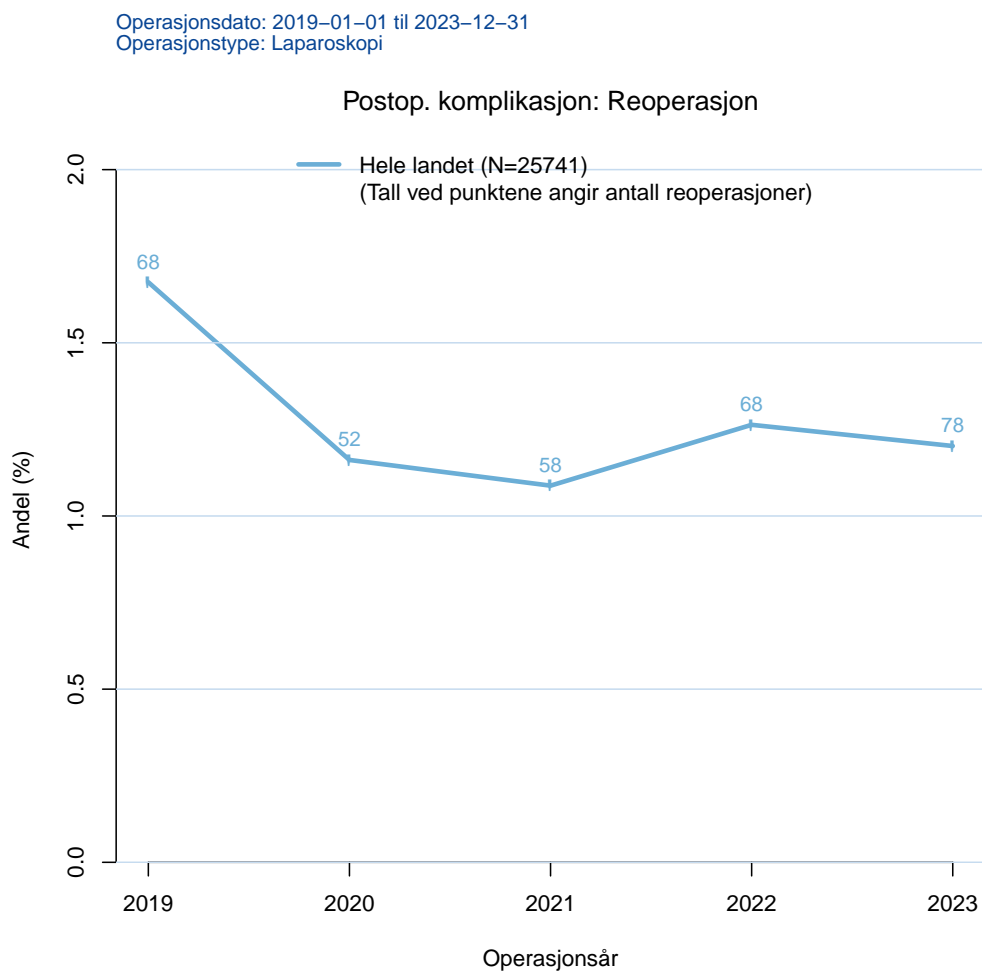


Figur 26: Reoperasjon for komplikasjon ved hysteroskopi innen 4 uker på enhetsnivå

2.3.3 Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved laparoskopi

På tilsvarende måte som ved hysteroskopi har ikke NGER definert et måltall for raten av reoperasjoner ved laparoskopi, og kan derfor ikke presentere den som en kvalitetsindikator.

Antall reoperasjoner på grunn av postoperative komplikasjoner innen 4 uker etter en laparoskopi er stabil på rundt 1,2%. Også her er det sykehus med få prosedyrer som har høyest forekomst av reoperasjoner. Ved postoperative infeksjoner og utvikling av en intraabdominal abcess kan ofte større sykehus få hjelp av radiologisk intervensjon til drenering av disse. Den tjenesten er det flere mindre sykehus som ikke har tilgjengelig og dette kan være en medvirkende årsak til at reoperasjoner blir noe mer vanlige på mindre sykehus

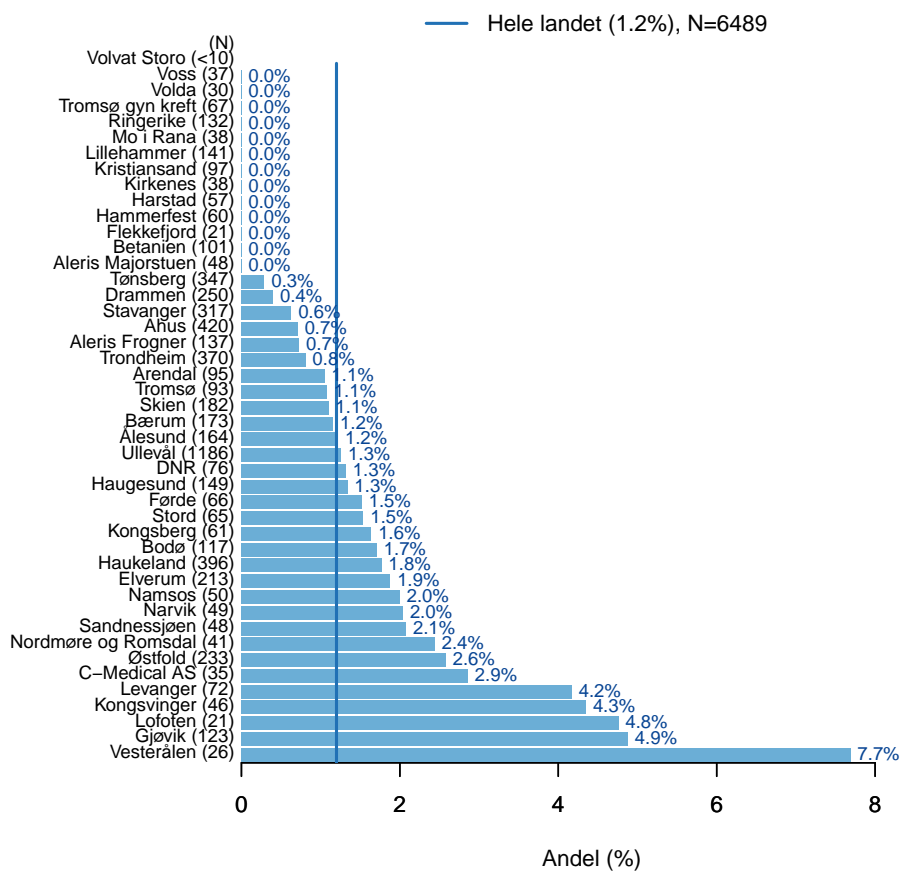


Figur 27: Utvikling reoperasjon ved laparoskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31

Operasjonstype: Laparoskopi

Postop. komplikasjon: Reoperasjon

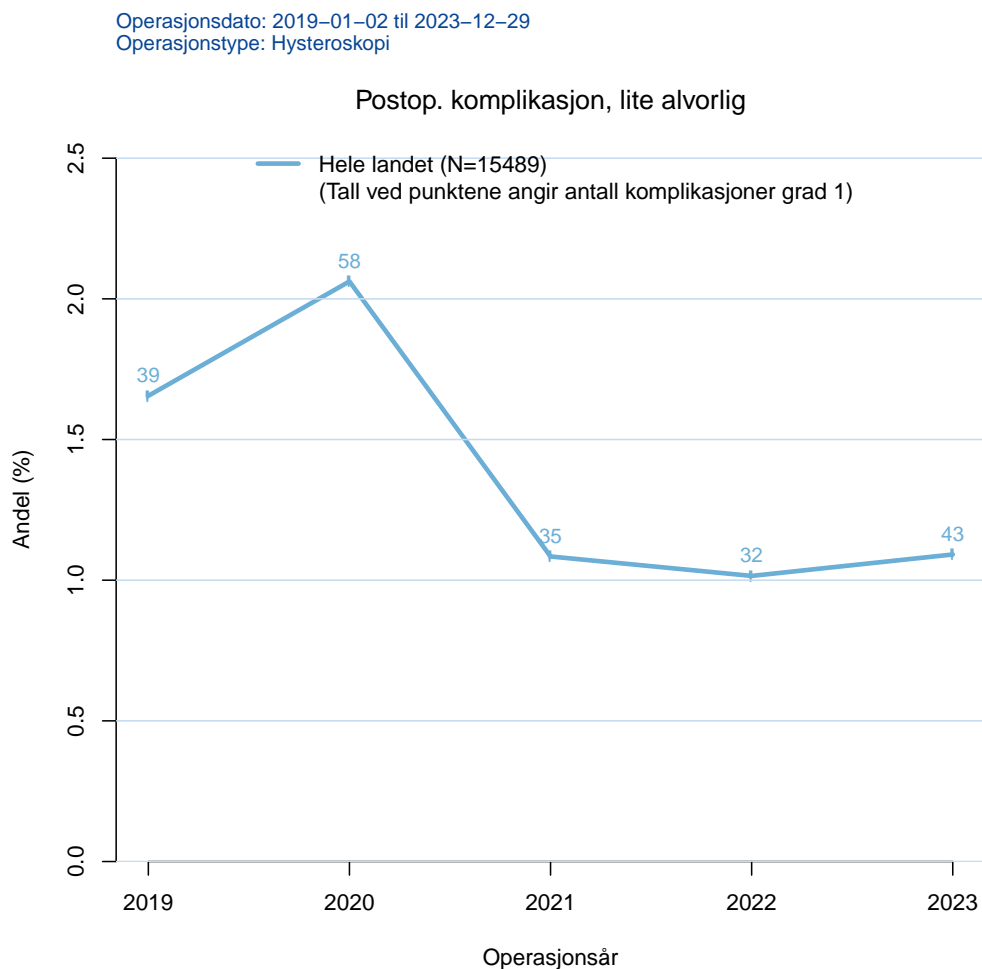


Figur 28: Reoperasjon for komplikasjon ved laparoskopi innen 4 uker på enhetsnivå

2.3.4 Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige

Som nevnt tidligere er det de middels og alvorlige postoperative komplikasjonene som presenteres som kvalitetsindikator. Det er likevel mye interessant og viktig informasjon man kan hente ut fra dataene på de lite alvorlige komplikasjonene. Spesielt gjelder dette ved lokale kvalitetsarbeider.

Det er lite endring i forekomsten av de mindre alvorlige postoperative komplikasjonene ved hysteroskopi. De ligger rett over 1,0% slik de har gjort de siste tre årene. Det er fremdeles blødning som er den vanligste komplikasjonen etterfulgt av infeksjoner.

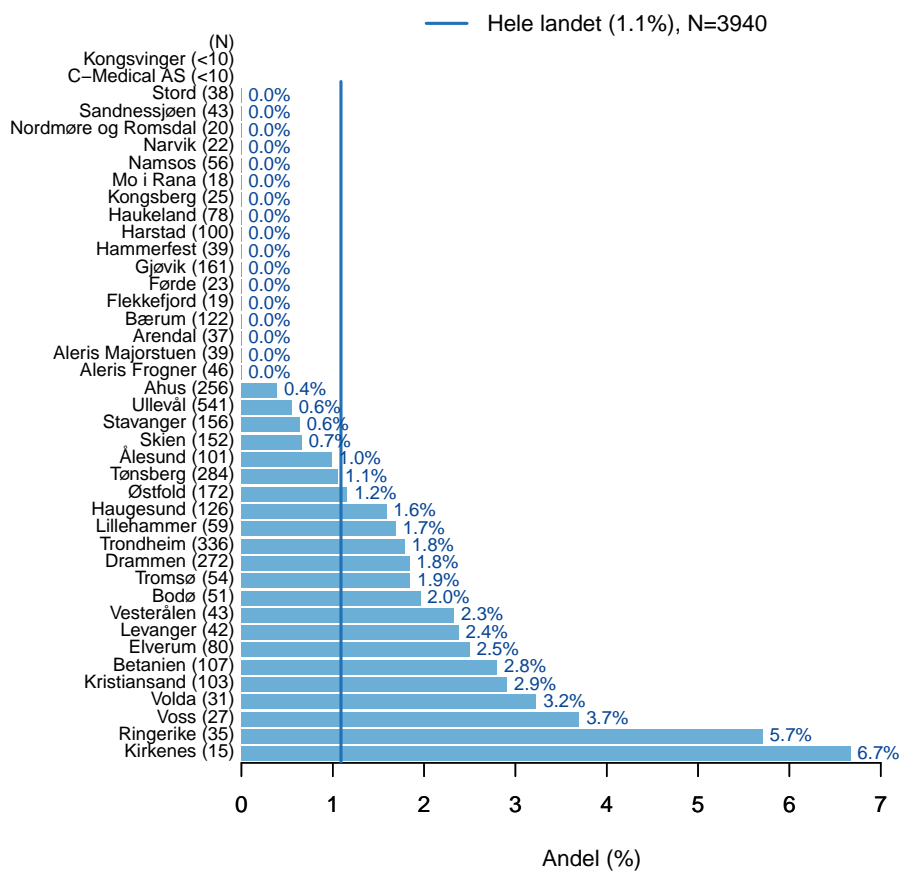


Figur 29: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29

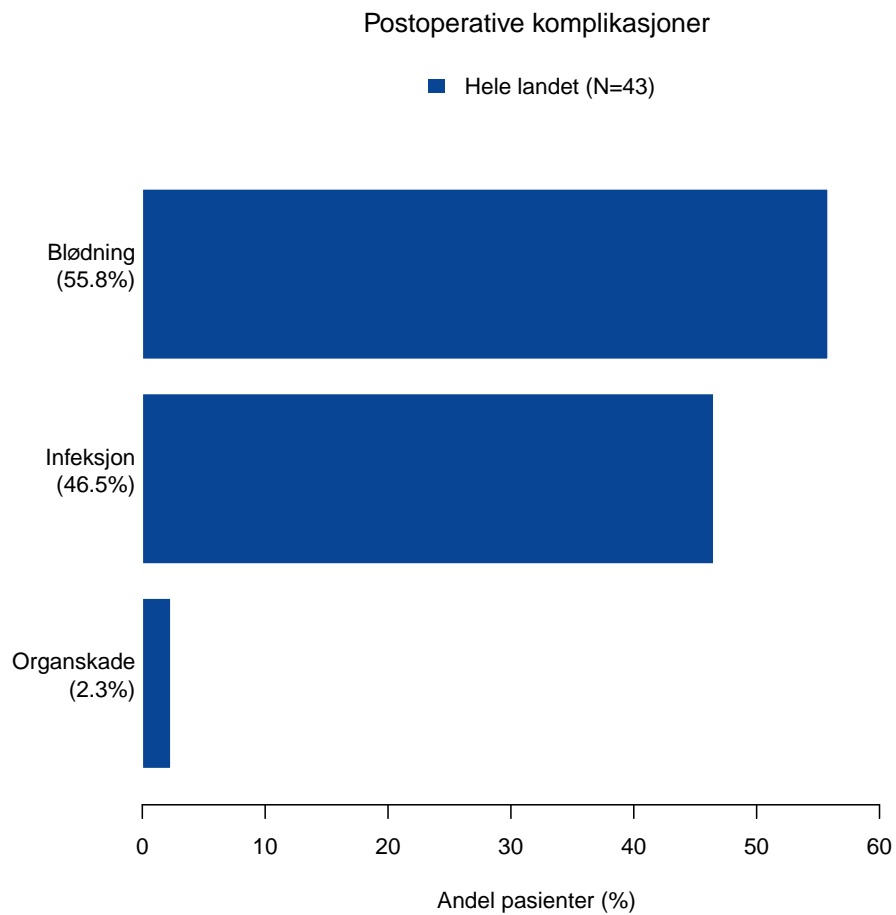
Operasjonstype: Hysteroskopi

Postop. komplikasjon, lite alvorlig



Figur 30: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi på enhetsnivå

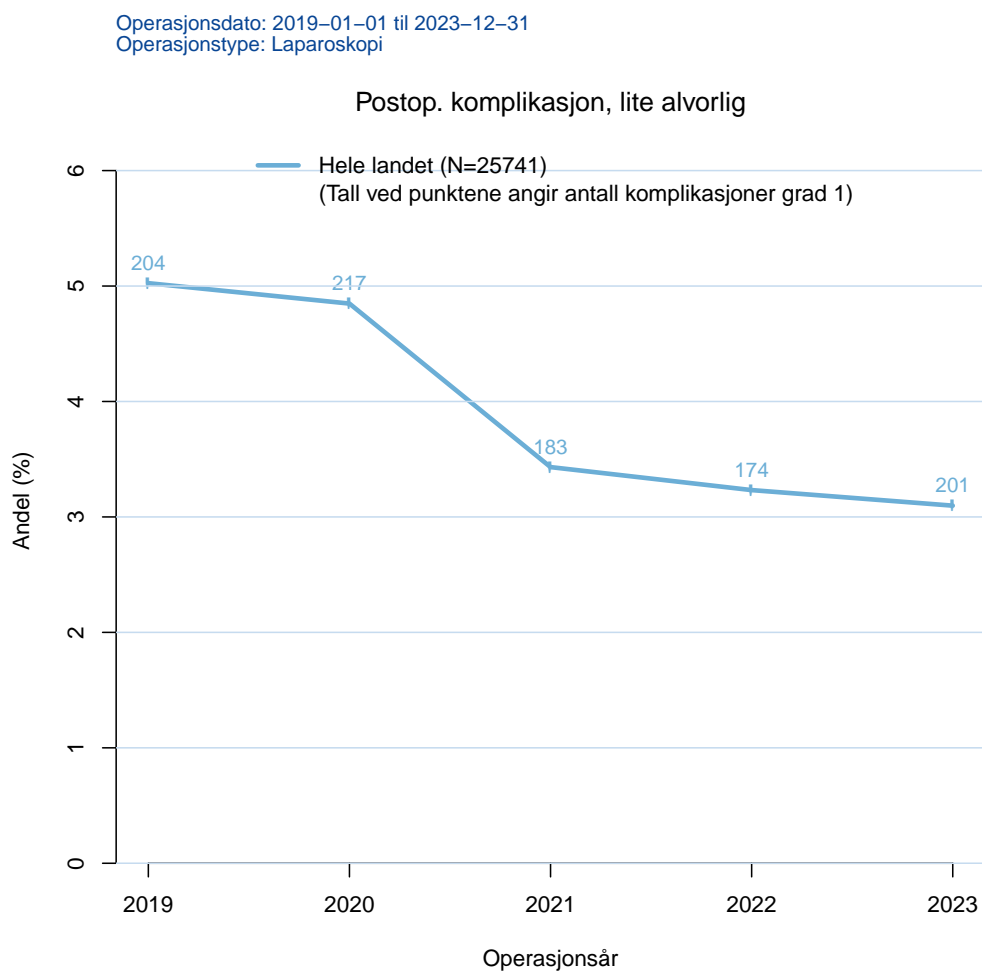
Operasjonsdato: 2023-01-05 til 2023-12-20
Operasjonstype: Hysteroskopi
Alvorlighetsgrad: Liten



Figur 31: Fordeling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

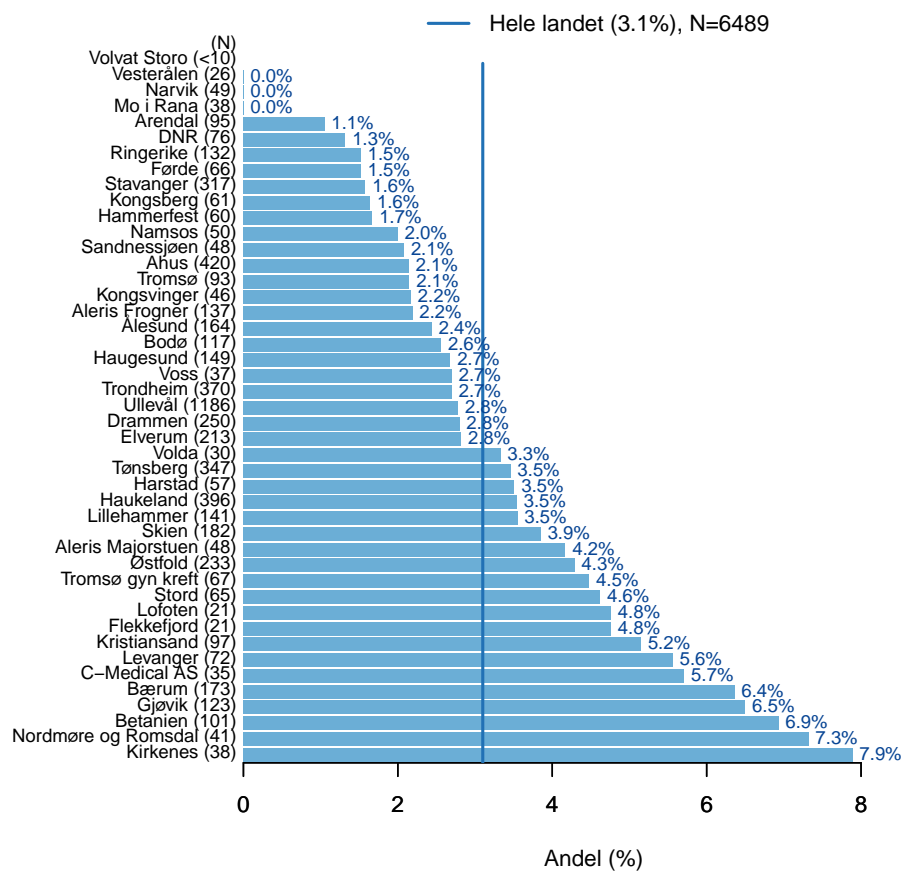
2.3.5 Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige

De mindre alvorlige komplikasjonene etter laparoskopi viser ytterligere noe nedgang i 2023 og ligger rett over 3,0%. Det er sårinfeksjon som er den vanligste lite alvorlige postoperative komplikasjonen med 39,3% av tilfellene, etterfulgt av urinveisinfeksjon med 32,3%



Figur 32: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi

Postop. komplikasjon, lite alvorlig

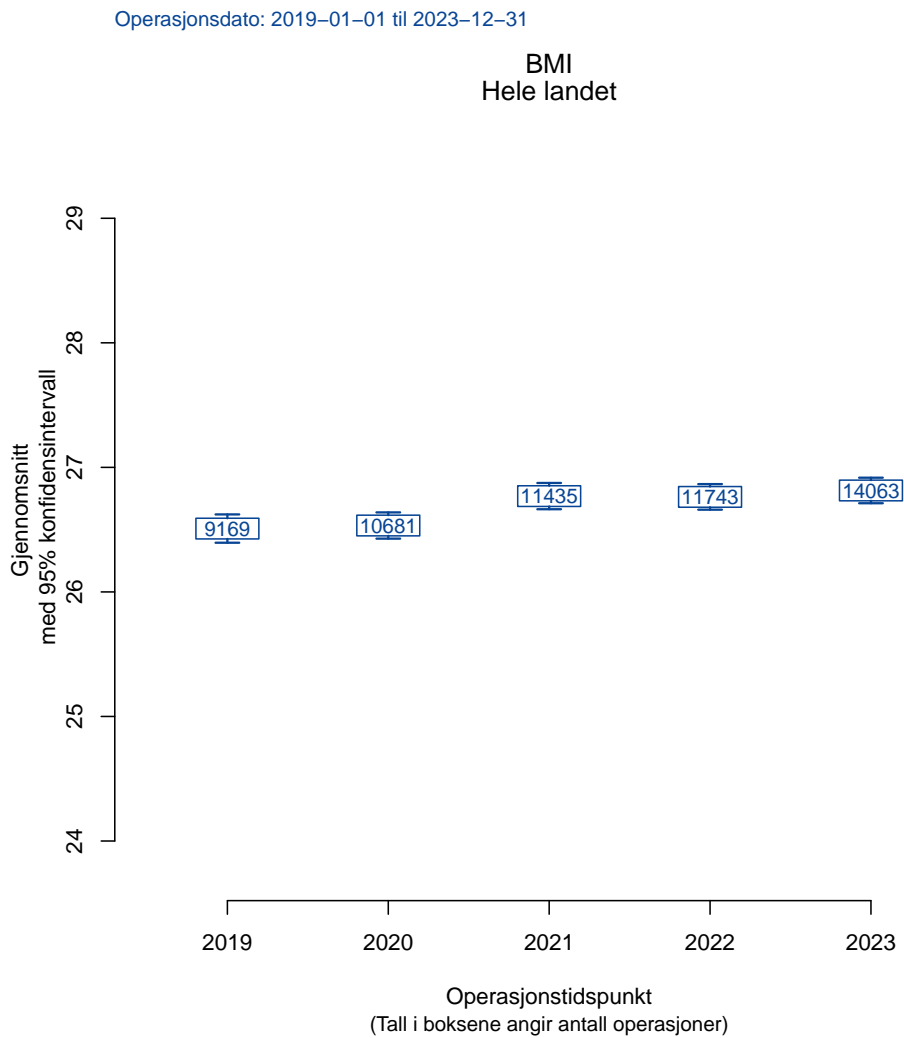


Figur 33: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi på enhetsnivå

2.3.6 Pasientkarakteristika: BMI

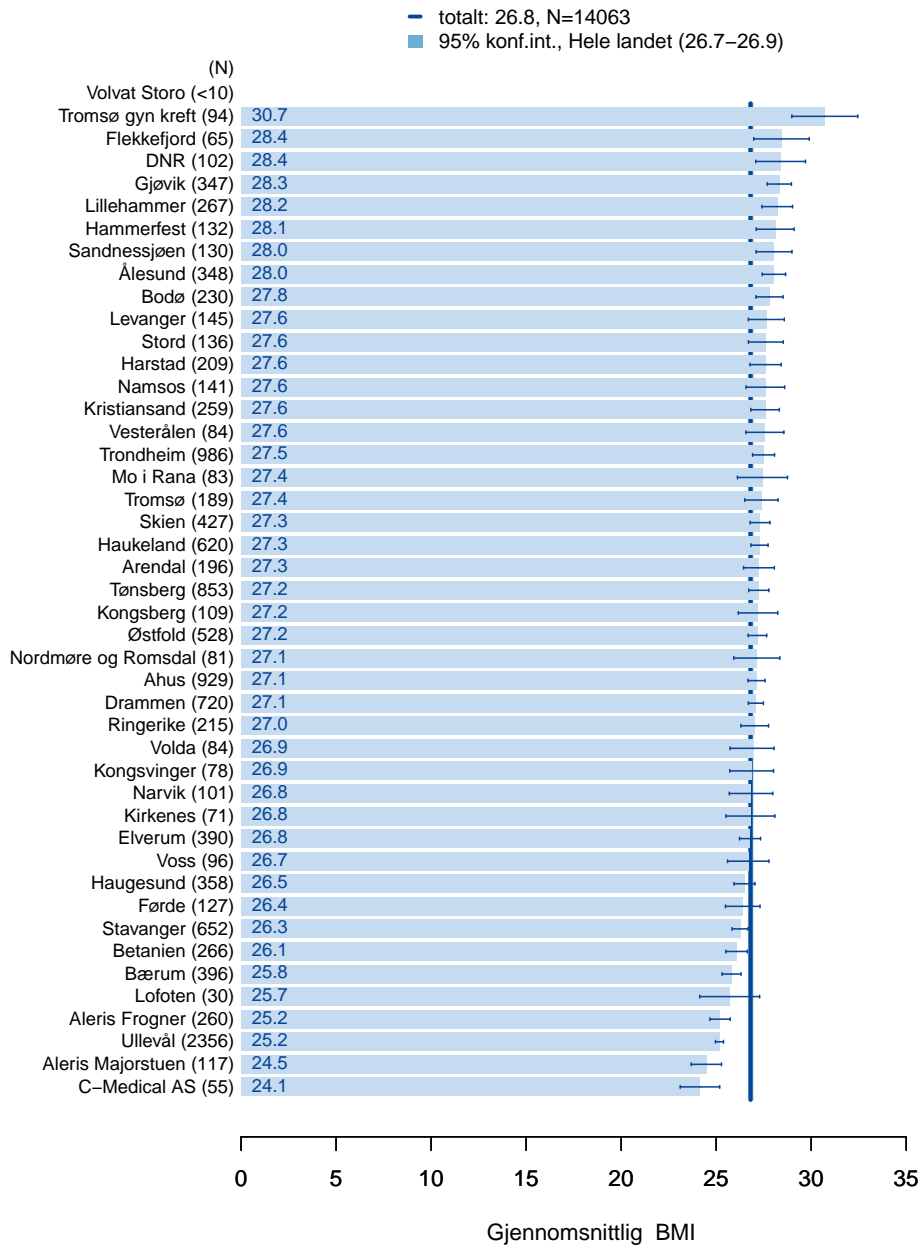
NGER har flere variabler relatert til pasientkarakteristika.

Når det kommer til gjennomsnittlig BMI hos pasientene har den vært stabil siste tre årene på rundt 26,8. Det er 42,4% av pasientene som er normalvektige med en BMI mellom 20 og 25. Videre tilhører 31,8% av pasientene kategorien overvekt med en BMI mellom 25 og 30, og 15,7% som er i kategorien fedme klasse 1 med en BMI mellom 30 og 35.

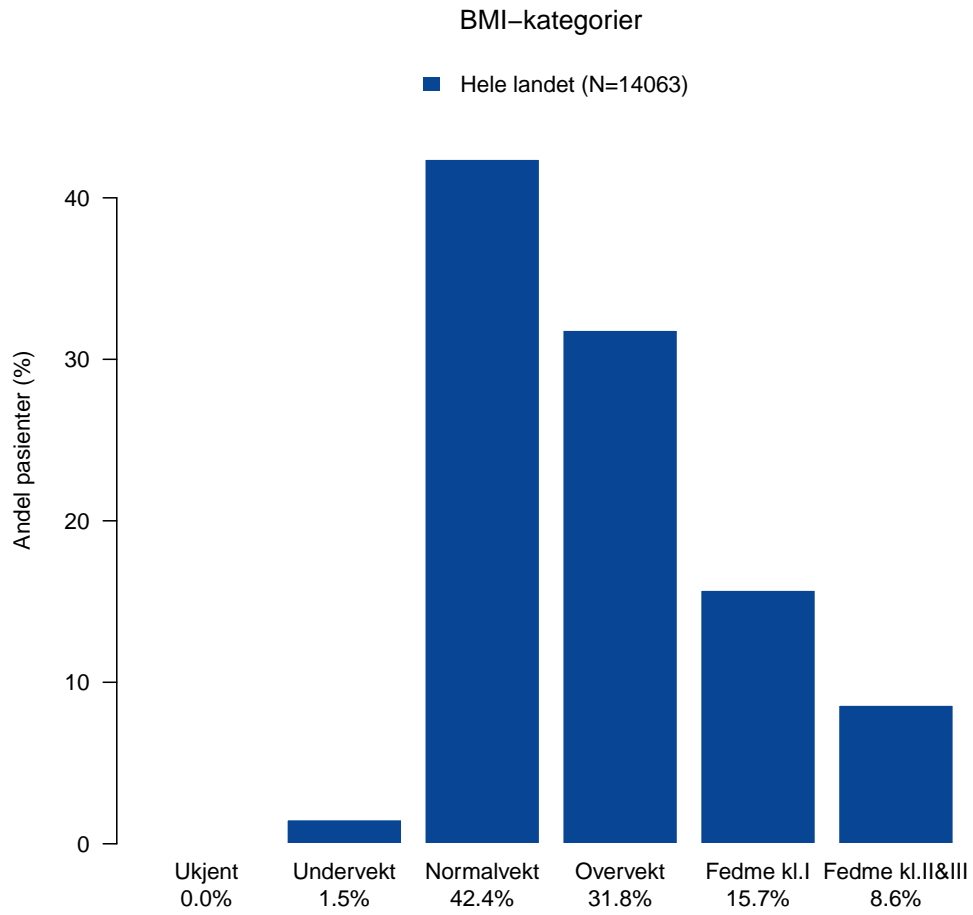


Figur 34: Fordeling BMI kategorier

Gjennomsnittlig BMI



Figur 35: Gjennomsnitt BMI på enhetsnivå

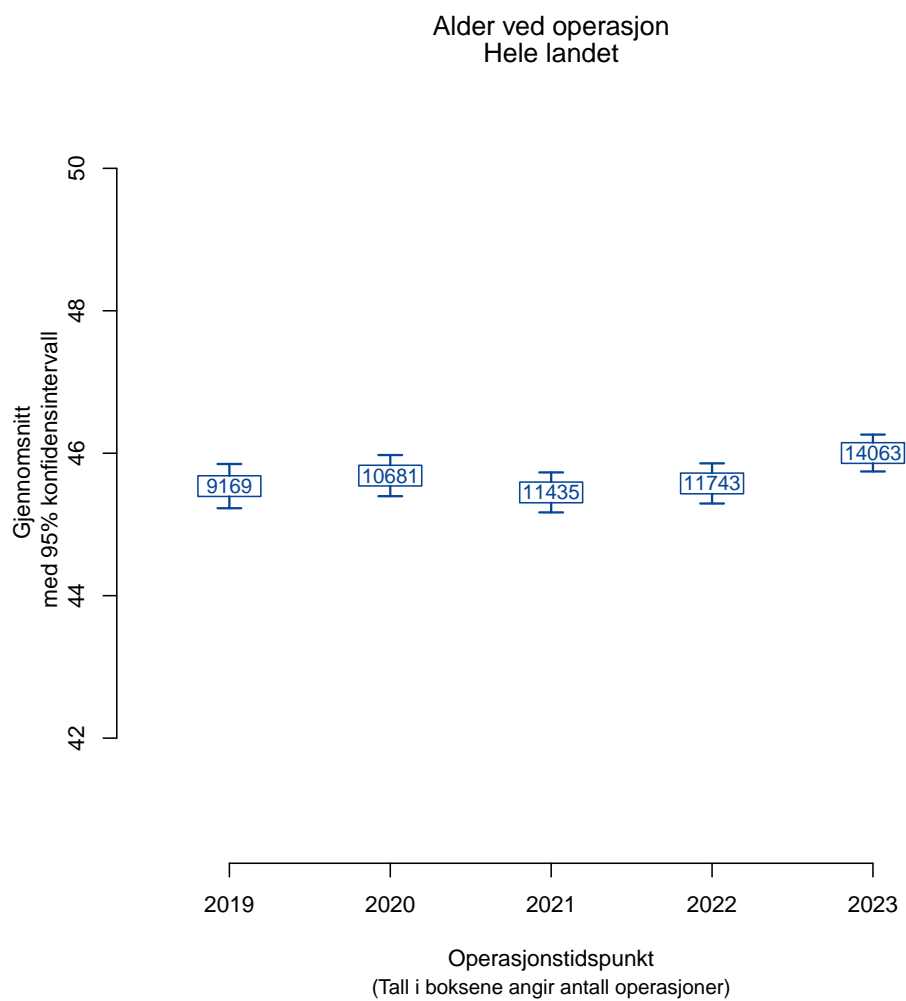


Figur 36: Fordeling BMI kategorier

2.3.7 Pasientkarakteristika: Alder

Det er ingen større endringer når det kommer til gjennomsnittlig alder hos pasientene. Den er beskjedent opp i 2023 til 46 år. Det er noen variasjoner mellom de ulike sykehusene. Enhetene med mye kreftkirurgi vil naturlig nok ha en høyere gjennomsnitts alder hos pasientene.

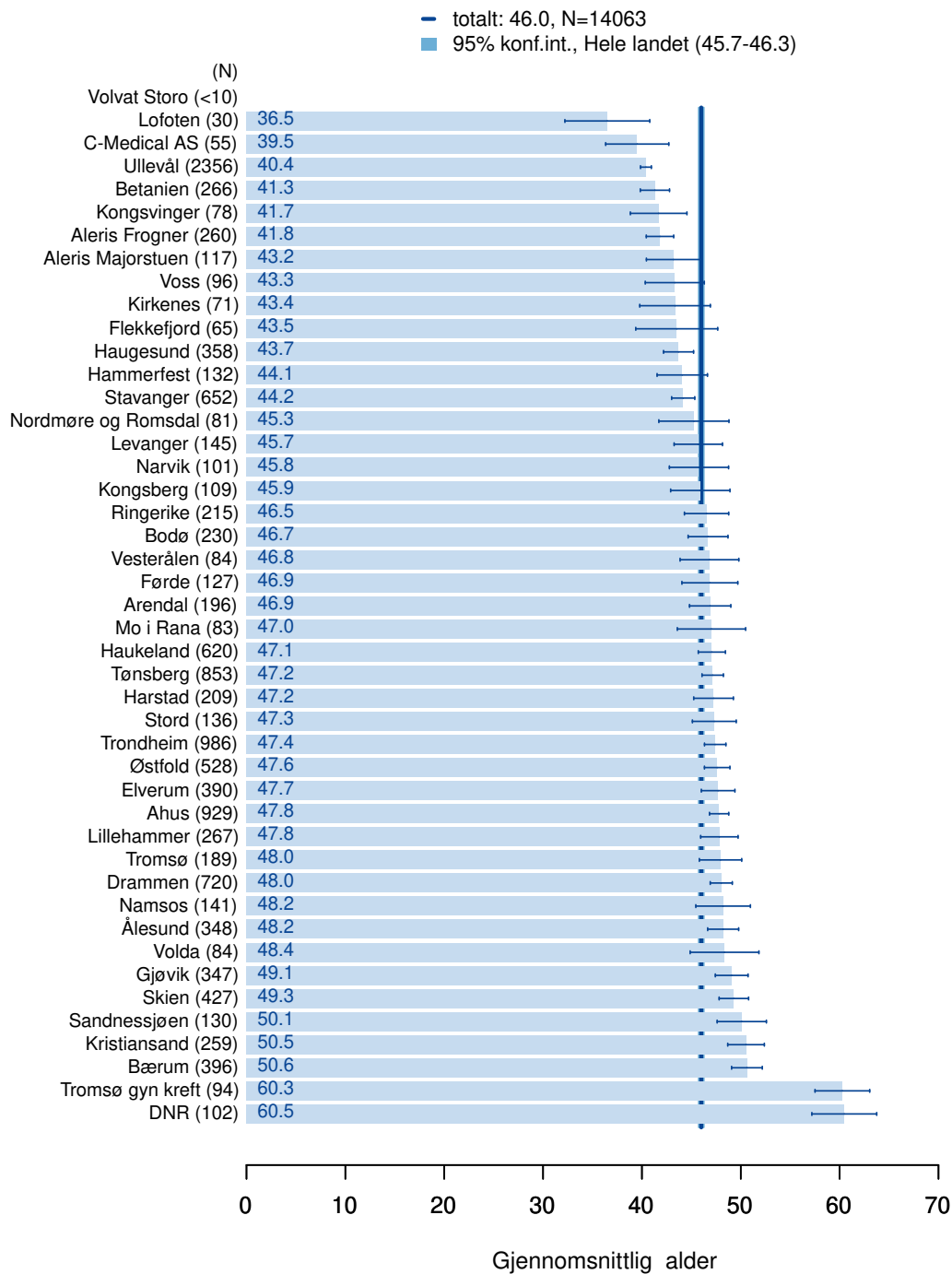
Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2023-12-31



Figur 37: Gjennomsnitt alder ved operasjon siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31

Gjennomsnittlig alder ved operasjon

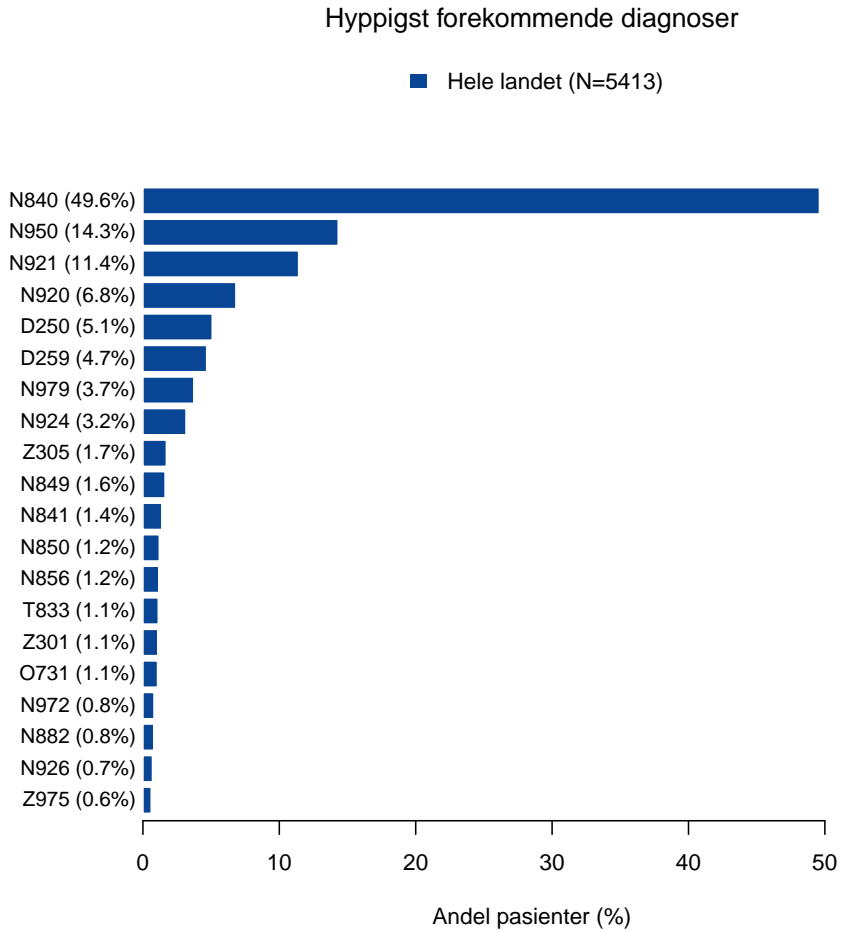


Figur 38: Gjennomsnitt alder ved operasjon på enhetsnivå

2.3.8 Hyppigste diagnoser

Det er ingen endringer når det kommer til de vanligste registrerte diagnosene ved hysteroskopiske inngrep. Det er fremdeles endometriepolypp som er den vanligste diagnosen ved en hysteroskopi. Det er viktig å huske på at en pasient/inngrep kan være registrert med flere diagnoser.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Hysteroskopi



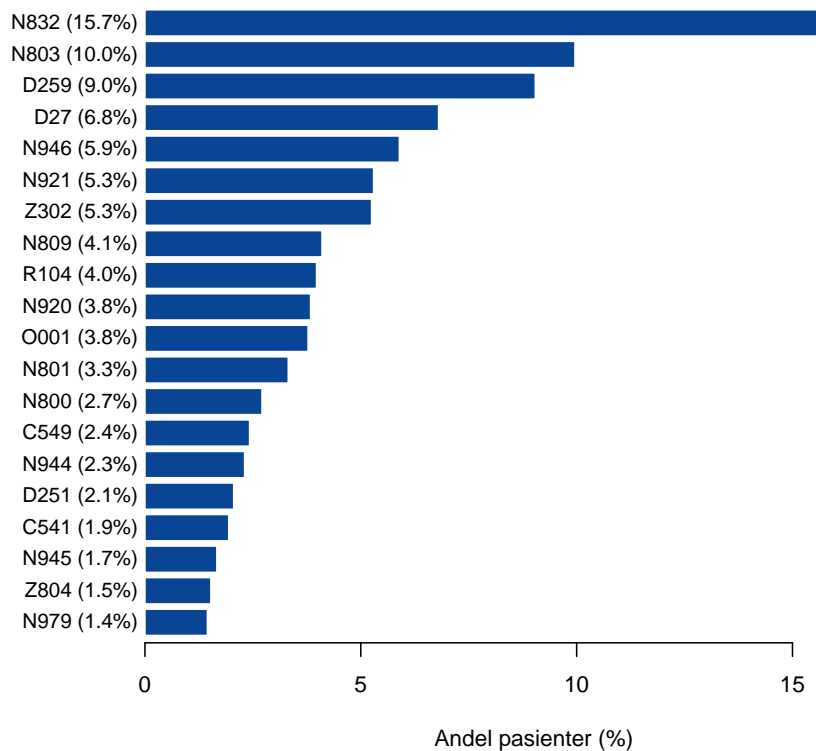
Figur 39: Hyppigst forekommende diagnose ved hysteroskopi. N840 Polypp i livmorlegeme N950 Postmenopausal blødning N921 Kraftig og hyppig menstruasjon med uregelmessig syklus

Det er ingen større endringer på de vanligste registrerte diagnosene ved laparoskopi. Diagnosekode N803 Endometriose i bekkenbukhinnen er gått forbi D259 Leiomyom i livmor uspesifisert sammenliknet med tallene fra 2022. Slår vi sammen diagnosekodene for endometriose (N80X) blir det en samlet prosent på 20,1%. I 2022 var tilsvarende tall 20,9%. Det er således ingen økning i registrerte endometriosekoder.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

Hyppigst forekommende diagnoser

■ Hele landet (N=8704)

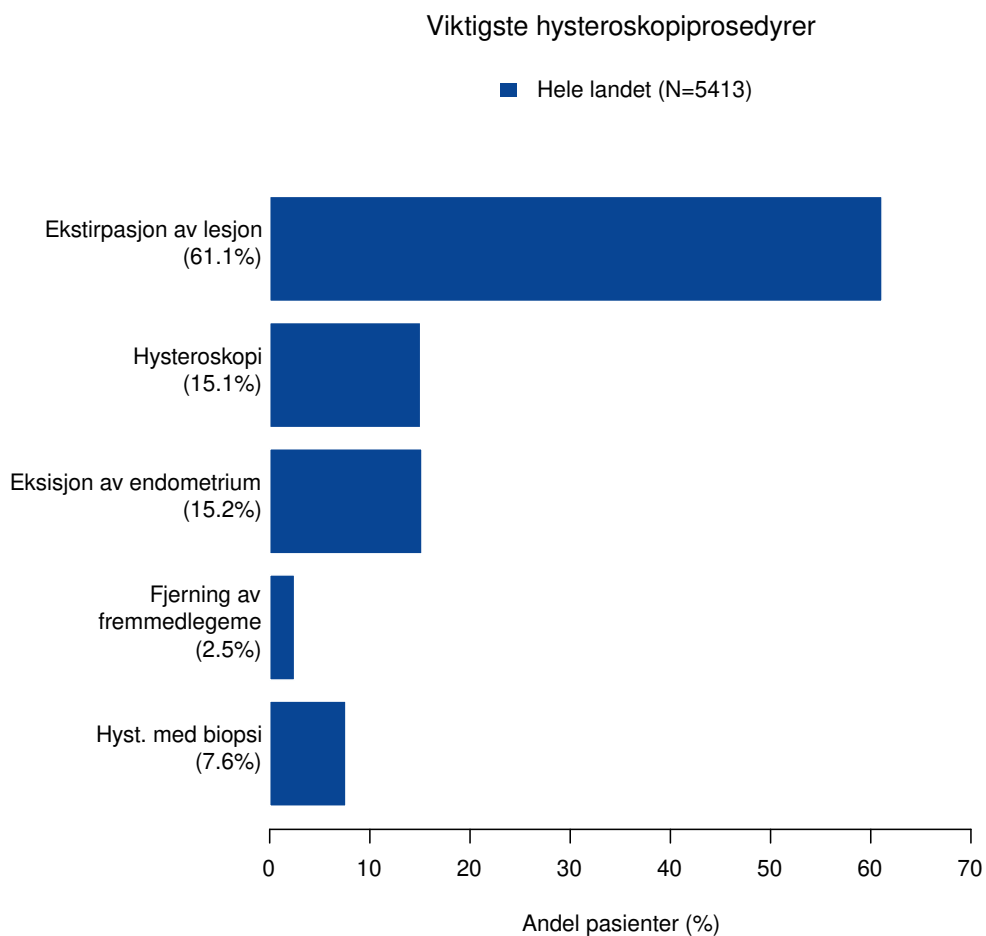


Figur 40: Hyppigst forekommende diagnose ved laparoskopi. N832 Andre og uspesifiserte ovarialcyster D259 Leiomyom i livmor uspesifisert N803 Endometriose i bekkenbukhinne

2.3.9 Hyppigste prosedyrer

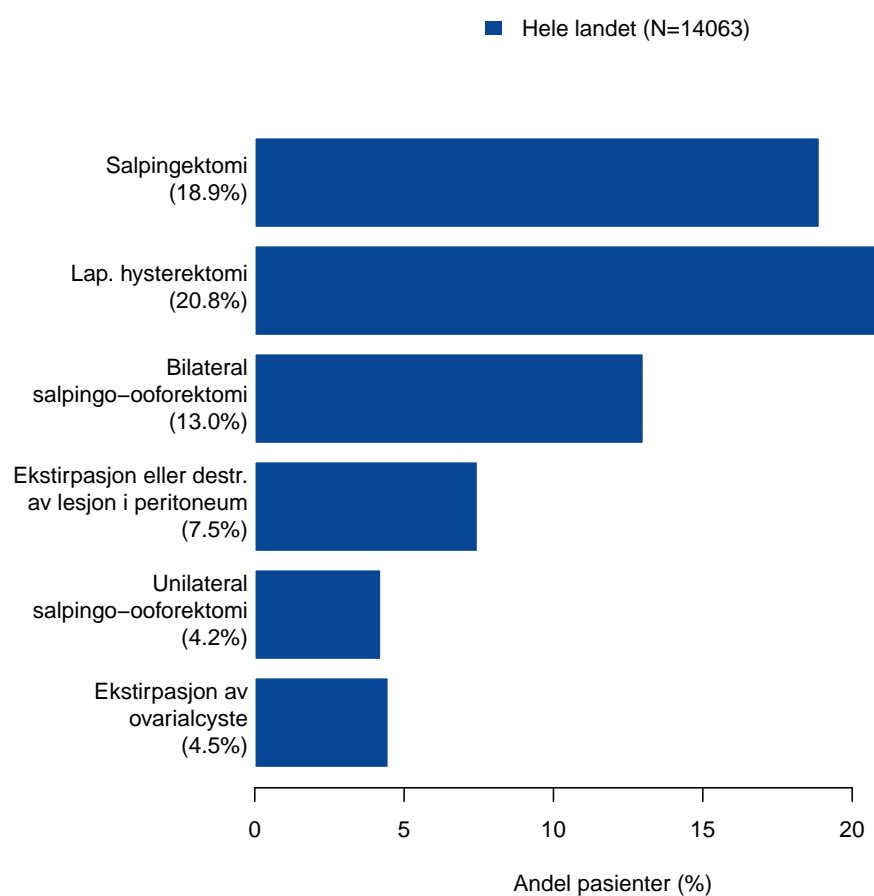
I samsvar med at endometriepolypp var den vanligste diagnosen ved hysteroskopi er Ekstirpasjon av lesjon den vanligste utførte prosedyren.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 41: Fem hyppigste forekommende prosedyrer ved hysteroskopi.

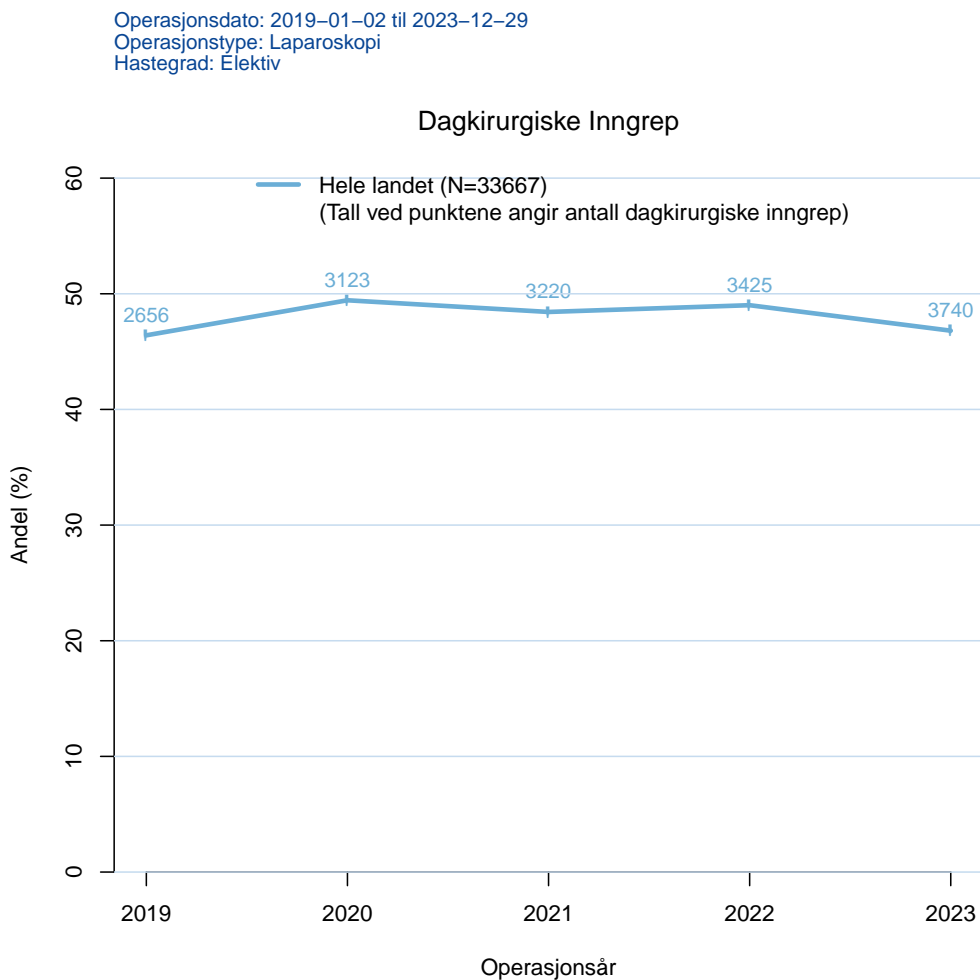
Viktigste laparoskopiprocedyrer



Figur 42: Fem hyppigste forekommende prosedyrer ved laparoskopi.

2.3.10 Operasjonsparametre: Dagkirurgiske inngrep

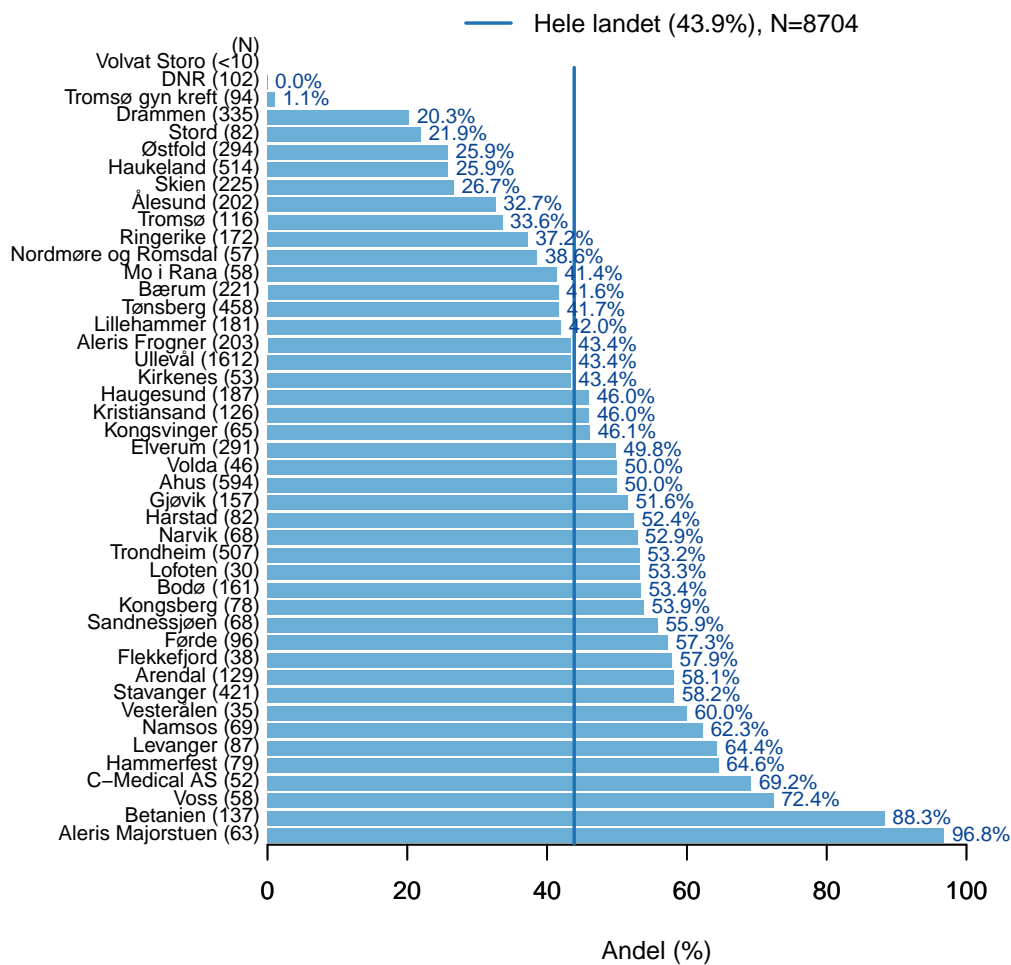
Andelen dagkirurgiske inngrep ved laparoscopi gikk ned fra 46,5% i 2022 til 43,9% i 2023. På sykehusnivå er det individuelle variasjoner der noen har økt sin andel med 10-15% mens andre sykehus har redusert sin andel tilsvarende. Det er således ikke bilde av noen nasjonal trend der laparoskopien i større grad sideforskyves til dagkirurgiske sløyfer. Bildet bærer mere preg av at det er lokale administrasjons og logistikk forhold som styrer utviklingen ved det enkelte sykehus.



Figur 43: Utvikling dagkirurgiske inngrep ved laparoscopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

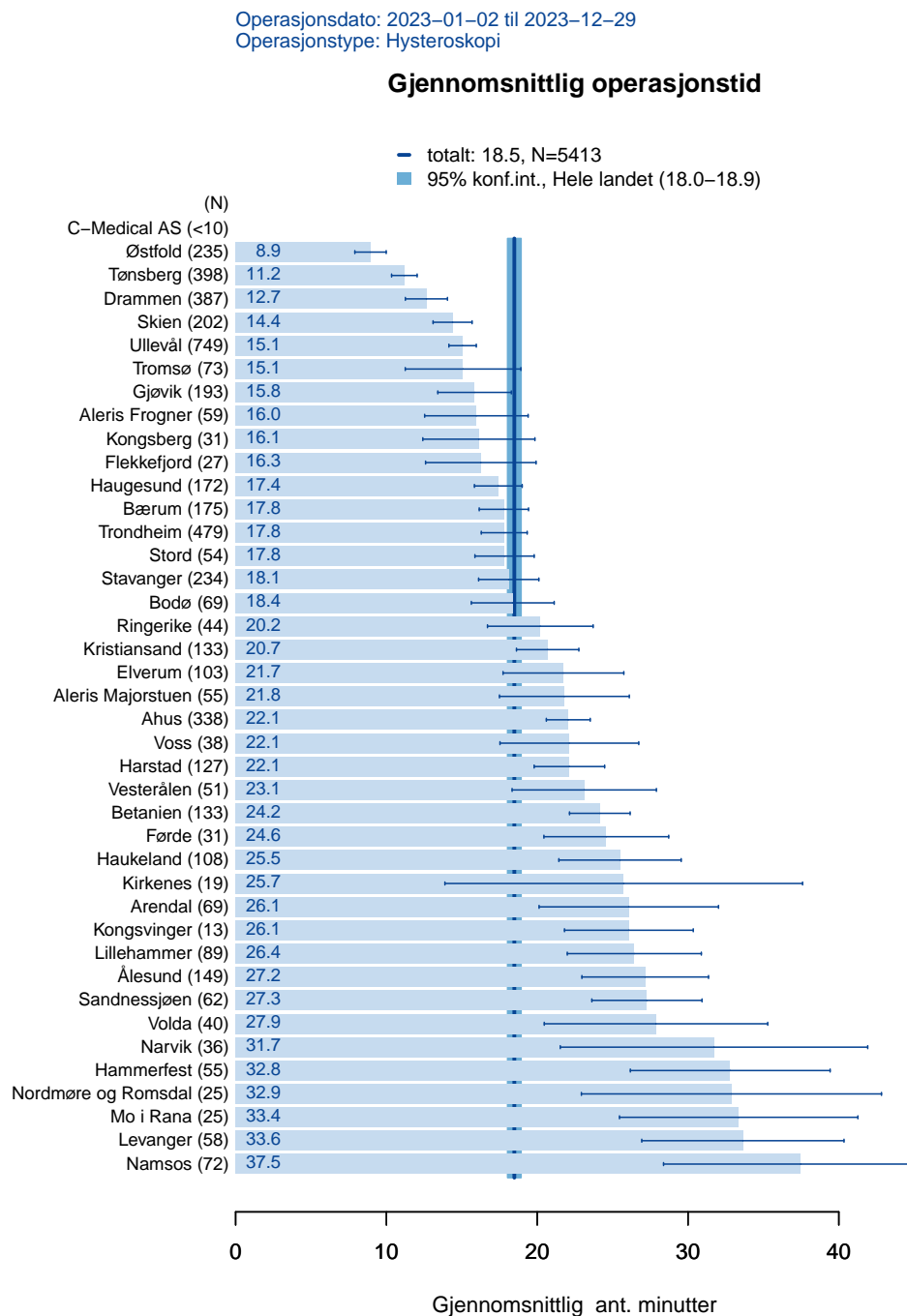
Dagkirurgiske Inngrep



Figur 44: Andel dagkirurgiske inngrep ved laparoskopi på enhetsnivå

2.3.11 Operasjonsparametre: Operasjonstid

Det er en tydelig tendens at gjennomsnittlig operasjonstid ved hysteroskopi er lengere ved sykehus som har få utførte prosedyrer. Gjennomsnittet for landet som helhet er stabilt på 18,5 minutter.

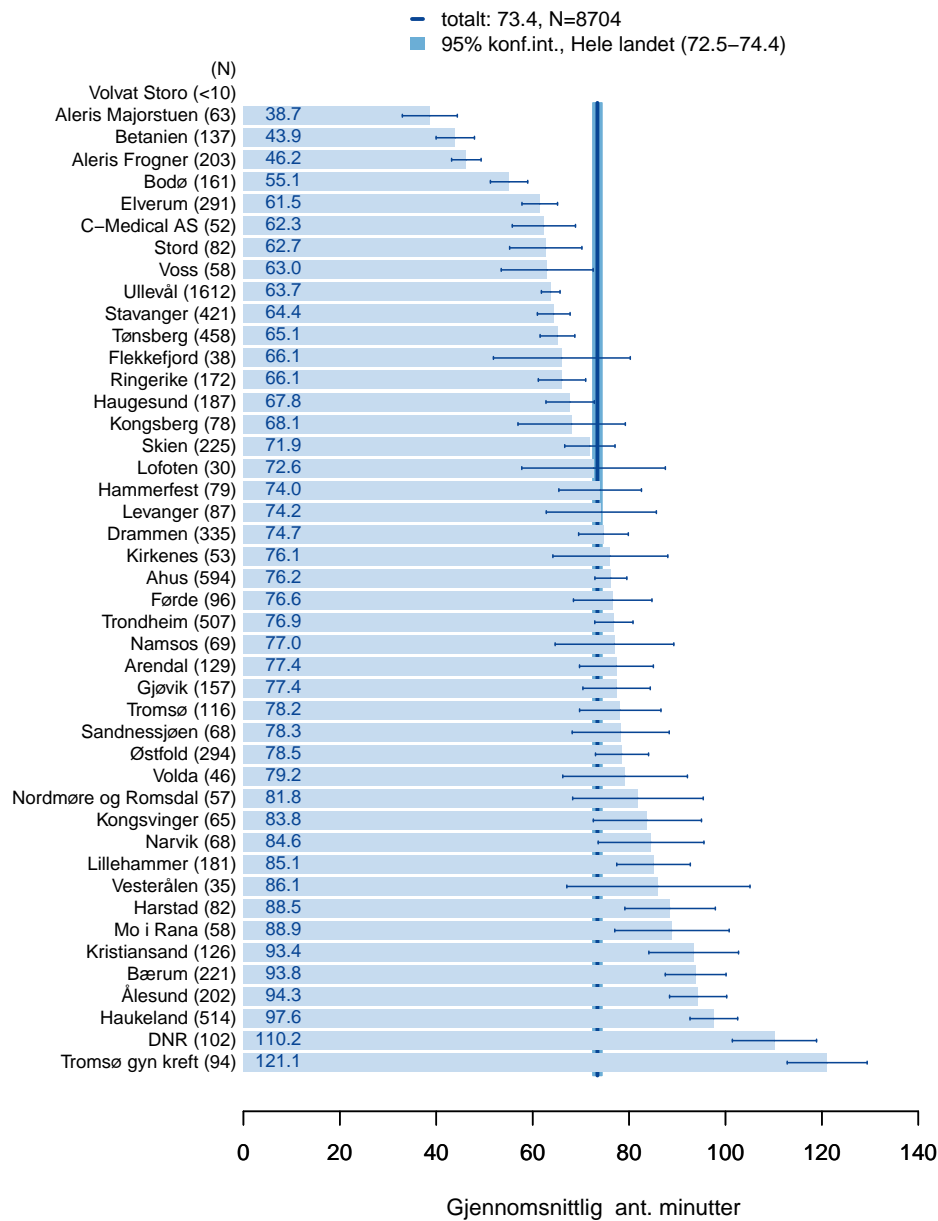


Figur 45: Gjennomsnitt operasjonstid for hysteroskopi på enhetsnivå

Det er ingen større endringer nasjonalt eller lokalt når det kommer til gjennomsnittlig operasjonstid ved laparoskopi. I 2023 var gjennomsnittet 73,4 minutter nasjonalt mot 71,7 minutter i 2022.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

Gjennomsnittlig operasjonstid

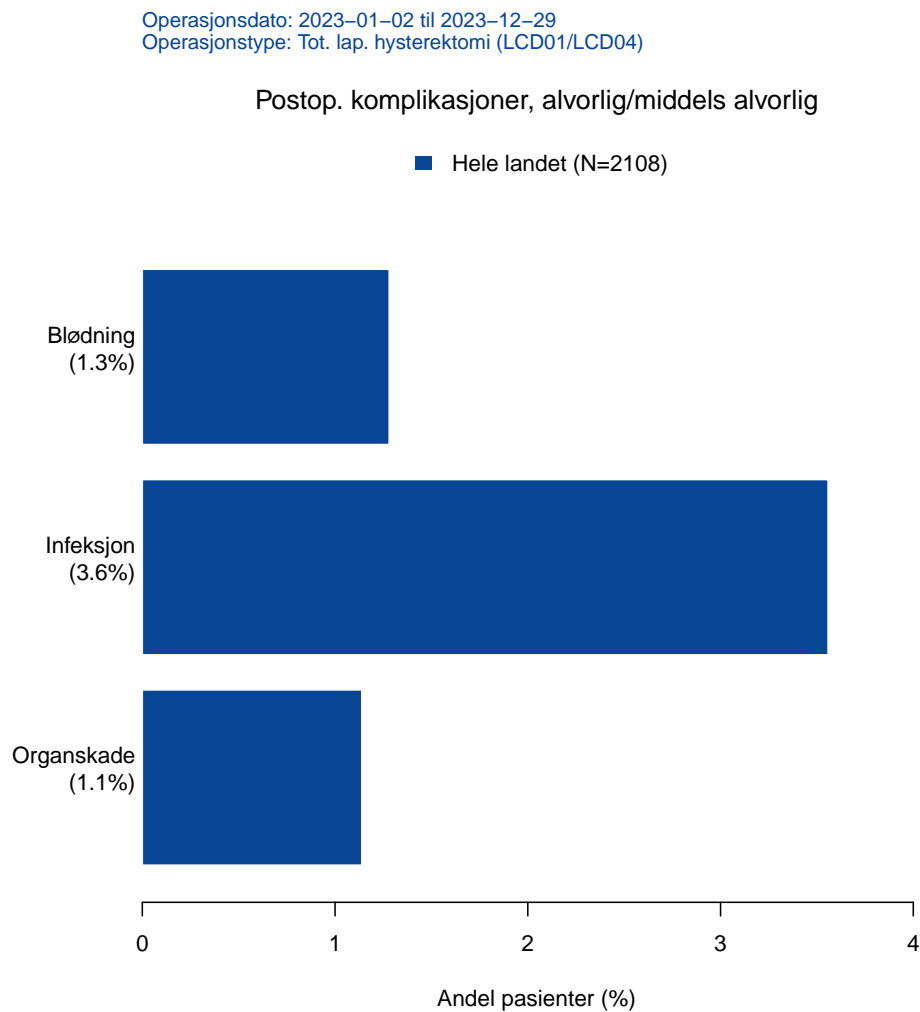


Figur 46: Gjennomsnitt operasjonstid for laparoskopi på enhetsnivå

2.3.12 Laparoskopisk hysterektomi LCD01/LCD04

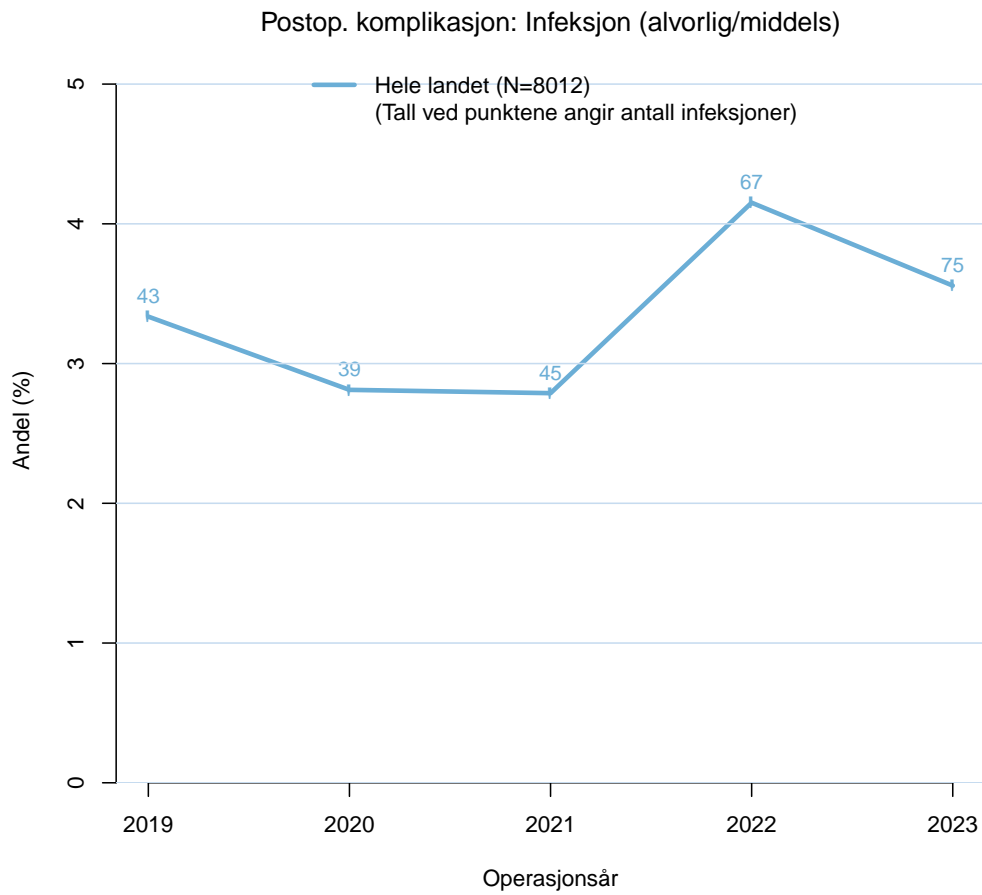
Som tidligere nevnt i kapitlet om postoperative komplikasjoner er det ved laparoskopiske hysterektomier man ser den største forekomsten av postoperative komplikasjoner. Årsrapporten presenterer derfor disse tallene i et eget avsnitt slik som tidligere.

Det var i 2023 en økning til 2105 registrerte totale laparoskopiske hysterektomier mot 1609 i 2022. Andelen postoperative infeksjoner registrert som en middels eller alvorlig komplikasjon gikk ned til 3,6% nasjonalt i 2023 mot 4,2% i 2022. Tallene for registrert blødning og organskade er stabilt sammenliknet med tall fra 2022. På sykehusnivå er det noen sykehus som har redusert sin andel postoperative infeksjoner i stor grad, mens andre har nokså uendrede tall.



Figur 47: Fordeling type middels alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopisk hysterektomi

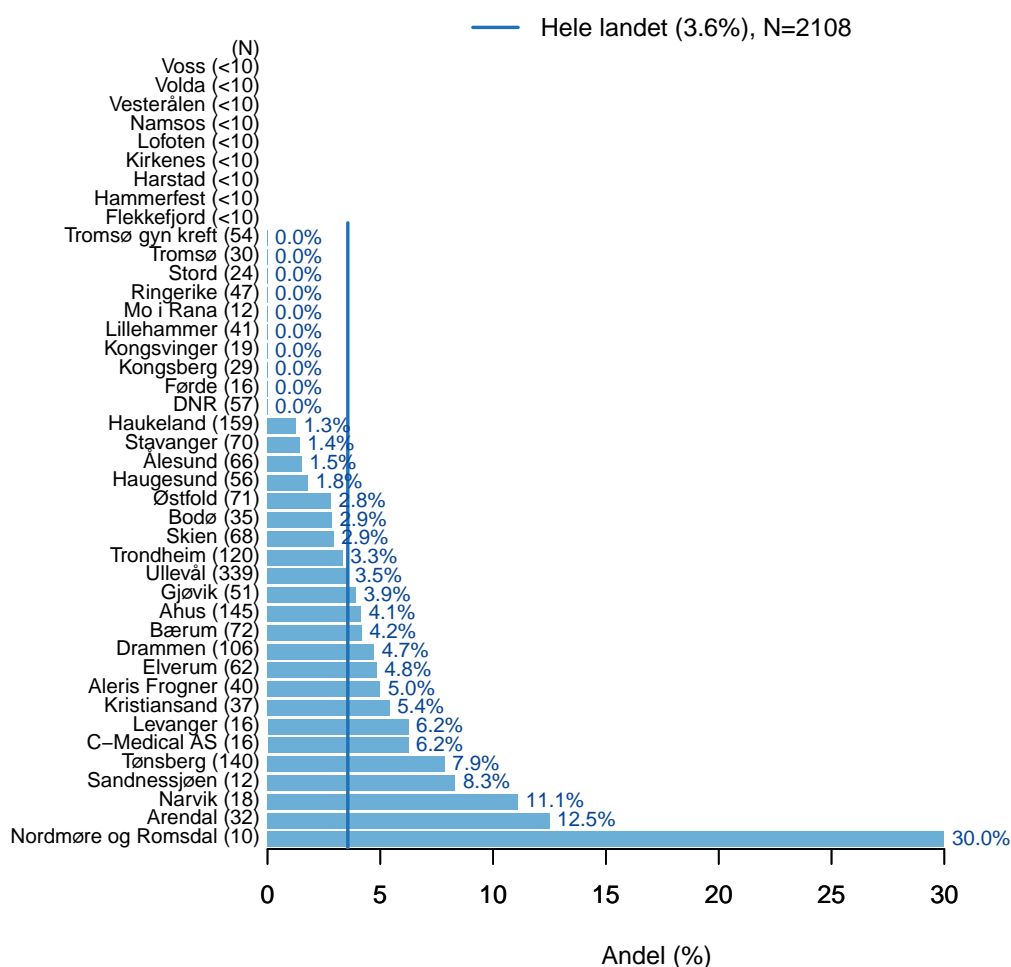
Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)



Figur 48: Utvikling moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterektomi

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29
 Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

Postop. komplikasjon: Infeksjon (alvorlig/middels)

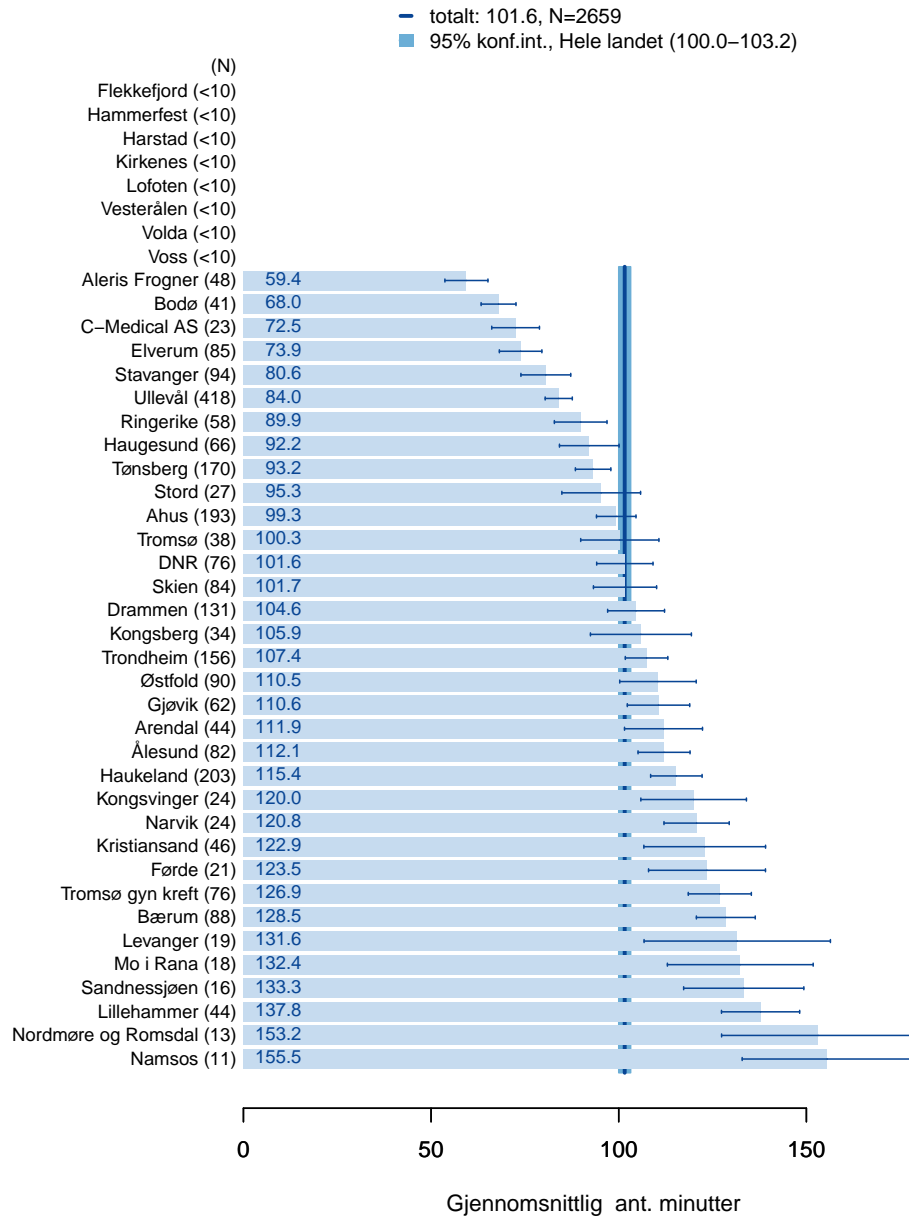


Figur 49: Moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterektomi på enhetsnivå

Gjennomsnittlig operasjonstid nasjonalt er uendret fra 2022 på 101 minutter. Der er noen små endringer ved enkelte sykehus men totalt sett snakk om minimale variasjoner. Det er ikke noe tydelig mønster at sykehus med lange operasjonstider har de høyeste komplikasjonsratene.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

Gjennomsnittlig operasjonstid

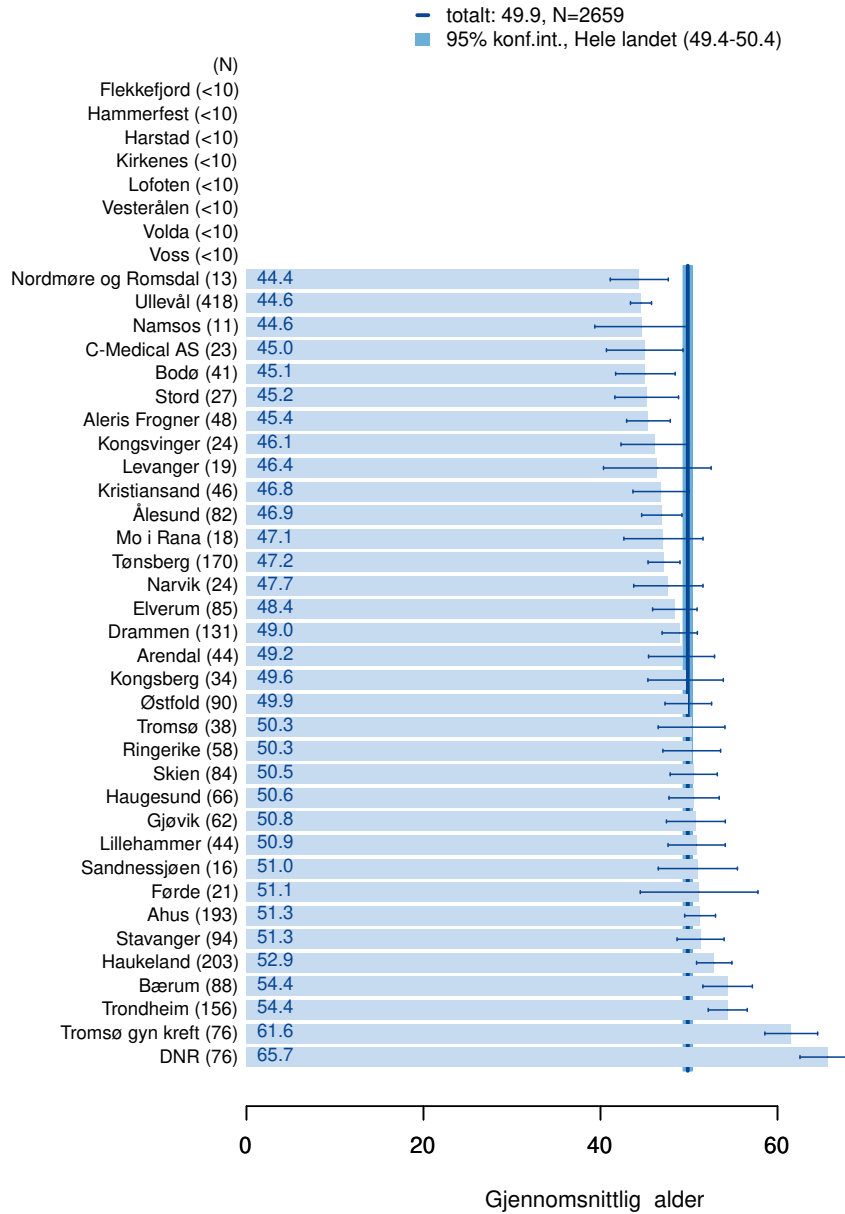


Figur 50: Operasjonstid for laparoskopisk hysterektomi på enhetsnivå

Når det gjelder gjennomsnittlig alder er det naturlig nok de enhetene med mest kreftkirurgi som har den høyeste snitt alderen. Det er ikke noe tydelig geografisk forskjeller når det kommer til alder på pasientene som får utført hysterektomi.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-29
 Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

Gjennomsnittlig alder ved operasjon



Figur 51: Gjennomsnitlig alder ved laparoskopisk hysterectomi

Del 2

Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Utviklingen av minimal-invasiv kirurgi var i sin tid viktig for å redusere liggetid, redusere antall infeksjoner, redusere sykemeldingstid og bedre pasienttilfredsheten. De senere årene har kompleksiteten og vanskelighetsgraden ved den minimal-invasive kirurgien økt betydelig. Derfor har det blitt stadig viktigere å sikre en nasjonal oversikt over aktiviteten og forekomsten av komplikasjoner knyttet til denne typen kirurgi. Dette kan bidra til å øke kvaliteten ved det arbeidet som utføres og den opplæringen og videreutdanningen som tilbys. I tillegg kan det legge grunnlag for nasjonale anbefalinger innen gynekologisk minimal-invasiv kirurgi.
Type register	Kvalitetsregister for gynekologiske endoskopiske prosedyrer.
Årstall etablert	2012
Årstall nasjonal godkjenning	2012
Årstall for start av datainnsamling	2013
Registerets formål	Sikre kvaliteten på laparoskopi og hysteroskopi som utføres ved norske sykehus. Målgruppen er alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. Hensikten er at det enkelte behandlingssted skal kunne holde oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede behandlingseffekter). Informasjonen bør komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste.
Analysér som belyser registerets formål	Intra- og postoperativ komplikasjonsrate er de parameterne som i størst mulig grad gjenspeiler kvaliteten på gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier. Disse 4 kvalitetsindikatorerne publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se oversikt over alle kvalitetsindikatorere tabell 1. PREM - Pasienttilfredshet: Resultatene skal kunne gi bakgrunn til å forbedre planlegging og gjennomføring av inngrepene, og forbedre kommunikasjon med pasientene. Denne kvalitetsindikatoren publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se oversikt over alle kvalitetsindikatorere tabell 1. PROM - Pasientens helsegevinst: Gjennomføres på utvalgte sykehus og utvalgte pasientgrupper i en begrenset periode. Resultatene publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se kapittel 2.2.4.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	I oktober 2012 ble Norsk gynekologisk endoskopiregister godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet som et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. NGER fikk konsesjon for behandling av helseopplysninger gitt av Datatilsynet 01. juni 2012. Data innhentet etter 1. oktober 2019 reguleres av Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. Frem til 1. November 2022 ble opplysningene i NGER innhentet med deltage-rens samtykke. NGERs samtykke gir behandlingsgrunnlag etter Personvernforordningen Artikkel 6 nr. 1 bokstav a og adgang til å behandle helseopplysninger etter artikkel 9 nr 2 bokstav a. Fra 01. November 2022 fikk registeret på plass reservasjonsløsning for pasientene gjennom Helsenorge.no. Registeret behandler nå opplysninger uten den registrertes samtykke etter Forskrift om medisinske kvalitetsregistre §3-2.
Databehandler	Sykehuset i Vestfold HF har databehandleravtale med Norsk helsenett (NHN)
Databehandlingsansvarlig	Administrerende direktør ved Sykehuset i Vestfold HF. Daglig leder har det utøvende, administrative og daglige forvaltningsansvar for NGER.

Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	<p>Daglig leder: Toril Råknes, sykepleier, klinisk spesialist, Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Faglig leder: Steinar Fritznar Rafaelsen Holmsen, overlege Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Registermedarbeider: Helene Aagesen Røed, helsesekretær og barnepleier, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Kontaktinformasjon: Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg. Nettside: siv.no/nger Epost: NGER@siv.no Telefon: +46 90614685</p>
Fagrådets medlemmer	<p>Helse Nord og leder for fagråd: Stine Andreassen / Nordlandssykehuset Bodø</p> <p>Helse Vest: Klaus Audun Oddenes / Haugesund Sykehus</p> <p>Helse Sør øst: Thomas Fredrik Thaulow / Oslo universitetssykehus Ullevål</p> <p>Helse Midt: Elisabeth Haugen / Ålesund sykehus.</p> <p>Brukerrepresentant: Elisabeth Raasholm Larby / styreleder Endometrioseforeningen</p>
Aktivitet i fagrådet	Fagrådsmøte 13. april: Ny versjon av NGERs database, omfattende variabelendringer, og gjennomgang av Årsrapport 2022
Inklusjonskriterier	Alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. For inkluderte prosedyre- og diagnosekoder se kapittel 4.2.1
Metode for datafangst	<p>Personopplysninger og peroperative opplysninger (fra 2013) registreres etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.</p> <p>Oppfølgings skjema, PROM(fra 2013), for kartlegging av postoperative komplikasjoner, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p> <p>TSS-2, PREM (fra 2016) sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p> <p>RAND36, PROM (fra 2019): Før operasjon innhentes RAND36 på papir fra utvalgt gruppe, med returkonvolutt til Norsk gynekologisk endoskopiregisters kontor. Returnert skjema blir registrert direkte inn i NGER med innlogging via FALK.no. 1 og 3 år etter operasjon tilsendes RAND36 via Helsenorge.no gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p>
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	OpenQReg, 2013
Metadata	NGER er i gang med prosjektet, og forventer å være på helsedata.no i løpet av 2024
Innsynsløsning	NGER er i gang med prosjektet, og forventer å ha dette på plass i løpet av 2024
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	Unike pasienter: 13526 Operasjoner: 14063
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Unike pasienter: 81 046 Operasjoner: 91 569 pr 18.04.2024
Stadium og nivå	3A

Tabell 7: Registerbeskrivelse

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Alle offentlige sykehus med gynekologisk endoskopisk virksomhet i Norge, og fire private klinikker, registrerte til NGER i 2023. Det er til sammen **14 063** registrerte inngrep i 2023.

	2019	2020	2021	2022	2023
Ahus	458	629	614	675	929
Aleris Frogner	0	162	211	370	260
Aleris Majorstuen	0	0	0	0	117
Arendal	163	144	167	167	196
Betanien	240	235	273	241	266
Bodø	259	201	229	223	230
Bærum	233	267	340	358	396
C-Medical AS	0	0	0	0	55
DNR	135	146	107	118	102
Drammen	544	567	658	646	720
Elverum	254	243	376	368	390
Flekkefjord	16	86	70	94	65
Førde	121	116	134	110	127
Gjøvik	296	258	279	337	347
Hammerfest	148	99	99	114	132
Harstad	65	132	214	206	209
Haugesund	294	318	251	295	358
Haukeland	388	388	354	310	620
Kirkenes	48	6	9	52	71
Kongsberg	112	92	101	99	109
Kongsvinger	60	89	107	78	78
Kristiansand	228	230	265	234	259
Levanger	0	87	81	147	145
Lillehammer	190	177	161	259	267
Lofoten	14	23	21	26	30
Mo i Rana	68	53	72	62	83
Namsos	0	3	80	98	141
Narvik	0	96	63	89	101
Nordmøre og Romsdal	111	104	95	94	81
Ringerike	89	154	193	182	215
Sandnessjøen	109	117	125	128	130
Skien	291	463	450	429	427
Stavanger	392	416	483	460	652
Stord	196	205	168	176	136
Tromsø	137	152	190	181	189
Tromsø gyn kreft	0	0	0	0	94
Trondheim	612	819	879	716	986
Tønsberg	755	694	729	676	853
Ullevål	1569	1891	1932	2080	2356
Vesterålen	46	49	64	47	84
Volda	21	51	55	55	84
Volvat Storo	0	41	4	2	1
Voss	120	142	132	149	96
Østfold	295	266	363	353	528
Ålesund	92	270	237	239	348
Sum	9169	10681	11435	11743	14063

Tabell 8: Antall registrerte inngrep siste 5 år

	Lap	Hys	Begge
Ahus	591	335	3
Aleris Frogner	201	57	2
Aleris Majorstuen	62	54	1
Arendal	127	67	2
Betanien	133	129	4
Bodø	161	69	0
Bærum	221	175	0
C-Medical AS	52	3	0
DNR	102	0	0
Drammen	333	385	2
Elverum	287	99	4
Flekkefjord	38	27	0
Førde	96	31	0
Gjøvik	154	190	3
Hammerfest	77	53	2
Harstad	82	127	0
Haugesund	186	171	1
Haukeland	512	106	2
Kirkenes	52	18	1
Kongsberg	78	31	0
Kongsvinger	65	13	0
Kristiansand	126	133	0
Levanger	87	58	0
Lillehammer	178	86	3
Lofoten	30	0	0
Mo i Rana	58	25	0
Namsos	69	72	0
Narvik	65	33	3
Nordmøre og Romsdal	56	24	1
Ringerike	171	43	1
Sandnessjøen	68	62	0
Skien	225	202	0
Stavanger	418	231	3
Stord	82	54	0
Tromsø	116	73	0
Tromsø gyn kreft	94	0	0
Trondheim	507	479	0
Tønsberg	455	395	3
Ullevål	1607	744	5
Vesterålen	33	49	2
Volda	44	38	2
Volvat Storo	1	0	0
Voss	58	38	0
Østfold	293	234	1
Ålesund	199	146	3
Sum	8650	5359	54

Tabell 9: Antall registrerte inngrep fordelt på type inngrep for rapporteringsåret

4.2 Dekningsgrad og responsrate

Definisjon/beskrivelse	Dekningsgrad
Type indikator	Struktur
Måloppnåelse	Høy: $\geq 80\%$ Moderat: $\geq 60\%$ Lav: $> 60\%$
Kunnskapsgrunnlag	Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
Beregning	Sammenstilling mellom registrerte gynekologiske endoskopiske inngrep i NPR og NGER Teller: kun NGER + begge registrene Nevner: kun NGER + kun NPR + begge registrene

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Ved beregning av dekningsgrad mottar NPR opplysninger om registrerte inngrep for gjeldende år fra NGER. Det blir trukket ut opplysninger fra NPRs nasjonale data for aggregerte sykehusopphold fra aktuelle behandlingssteder for gjeldende år til sammenligning med data fra NGER, se formel i figur 52. Uttrekket er basert på kodeoversikten i tabell 10 og 11. Koblingsnøkkelen mellom registrene er: Fødselsnummer (eller i praksis NPRid) og helseforetak.

$$\frac{\text{kun NGER + begge registre}}{\text{kun NGER + kun NPR + begge registre}}$$

Figur 52: Formel for dekningsgrad

ICD10-kapittel	ICD10-kode
Kap II Svulster	C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0-C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C57.0-C57.4, C57.7-C57.9, C58, C76.2, C76.3, C77.2, C77.5, C77.8, C77.9, C79.6
Kap XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	N32.1, N32.2, N39.3, N39.4, N70.0, N70.1, N70.9, N71.0, N71.1, N71.9, N72, N73.0-N73.6, N73.8, N73.9, N74.0, N74.1-N74.4, N74.8, N80.0-N80.5, N80.8, N80.9, N81.0-N81.6, N81.8, N81.9, N82.0-N82.5, N82.8, N82.9, N83.0-N83.9, N84.0, N84.1, N84.8, N84.9, N85.0-N85.9, N86, N87.0-N87.2, N87.9, N88.0-N88.4, N88.8, N88.9, N91.0-N91.5, N92.0-N92.6, N93.0, N93.8, N93.9, N94.0-N94.6, N94.8, N94.9, N95.0, N95.1, N96, N97.0-N97.4, N97.8, N97.9, N98.0-N98.3, N98.8, N98.9, N99.0-N99.4
Kap XV Svangerskap, fødsel og barseltid	O00.0-O00.2, O00.8, O00.9, O01.0, O01.1, O01.9, O02.0, O02.1, O02.8, O02.9, O03.0-O03.9, O04.0-O04.8, O05.0-O05.8, O07.0, O07.1
Kap XVII Svangerskap, fødsel og barseltid	Q50.0-Q50.6, Q51.0-Q51.9, Q52.0
Kap XVIII Symptomer, tegn	R10.0-R10.4
Kap XIX Skader	T81.0-T81.4, T81.7-T81.9, T83.3-T83.6, T83.8, T83.9

Tabell 10: ICD-10 koder

NCSP-kapittel (2-tegn)	NCSP-kode*
JA Bukvegg, peritoneum, mesenterium og store oment	JAH 01, JAL 01, JAL 11, JAL 21, JAL 24, JAL 31, JAL 97, JAP 01
JE Appendiks	JEA 01, JFA 71, JFA 81, JGB 01, JGB 04, JGB 31
KC Urinblære	KCD 97, KCH 01
LA Ovarium	LAA 01, LAA 11, LAA 97, LAB 01, LAB 11, LAB 21, LAB 96, LAB 97, LAC 01, LAC 11, LAC 21, LAC 31, LAC 97, LAD 01, LAE 11, LAE 21, LAF 01, LAF 11, LAG 01, LAG 11, LAG 21, LAG 97, LAW 97
LB Eggleder	LBA 01, LBB 01, LBB 11, LBC 07, LBC 11, LBC 21, LBC 97, LBD 01, LBE 01, LBF 01, LBF 11, LBF 31, LBF 41, LBF 52, LBF 61, LBF 97, LBW 97
LC Uterus med ligamenter	LCA 01, LCA 22, LCB 01, LCB 11, LCB 14, LCB 25, LCB 28, LCB 32, LCD 31, LCF 01, LCF 11, LCF 97, LCG 02, LCG 11, LCG 21, LCG 31, LCB 97, LCC 01, LCC 05, LCC 11, LCC 97, LCD 01, LCD 04, LCD 11, LCG 41, LCG 97, LCW 97, LCW 98
LE Vagina	LEF 41, LEF 51, LEF 97, LEW 97
LG Kvinnelig sterilisasjon	LGA 11, LGA 21, LGA 22, LGA 97
LU Transluminal endoskopi av kvinnelige genitalia	<i>LUC 02, LUC 05</i>
LW Reoperasjoner ved gynekologisk kirurgi	LWC 01, LWE 01, LWF 01, LWW 97
MA Prosedyrer under svangerskap og ved forløsning	MAW 97
MW Reoperasjoner etter obstetriske inngrep	MWC 01, MWE 01, MWF 01, MWW 97
PJ Lymfesystemet	PJD 63, PJD 64, PJD 97

Tabell 11: NCSP koder

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

Dekningsgrad er basert på uttrekk gjort 14.04.2024 med 14048 registrerte opphold. Nasjonal dekningsgrad er beregnet til **82%**. Dekningsgrad for hysteroekopi er 85%, og dekningsgrad for laparoskopier er 82%. Fullstendig dekningsgradsrapport fra NPR kan dere finne på vår nettside siv.no/nger.

Registrerende enhet	DG_NGER %
OUS, Radiumhospitalet	50,7
OUS, Ullevål	86,1
Aleris Helse AS avd Oslo	100
Aleris Helse AS Colosseum	100
Volvat Medisinske Senter AS	100
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	74,3
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	78,4
Helse Bergen, Haukeland	79,6
Helse Bergen, Voss	97,9
Helse Fonna, Haugesund	78,2
Helse Fonna, Stord	91,9
Helse Førde, Førde	98,4
Helse Stavanger, Stavanger	63,2
C-MEDICAL AS	100
Betanien sykehus, Bergen	97,1
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	92,2
Helse Møre og Romsdal, Nordmøre og Romsdal	47,6
Helse Møre og Romsdal, Volda	67,7
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	99,7
St. Olavs Hospital HF	81,9
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	79,7
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	93,3
Sykehuset Innlandet, Elverum	93,8
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	88,7
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	91,4
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	91,2
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	98,5
Nordlandssykehuset, Bodø	94,3
Nordlandssykehuset, Gravdal	90,9
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	71,8
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	90,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	90,9
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	82,7
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	95
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	89,9
Sykehuset Østfold HF	66,1
Sørlandet sykehus, Arendal	62,2
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	46,4
Sørlandet sykehus, Kristiansand	64,4
Vestre Viken, Bærum	87,4
Vestre Viken, Drammen	89,6
Vestre Viken, Kongsberg	56,2
Vestre Viken, Ringerike	97,3
Sykehuset Telemark HF	76,8
TOTAL	81,9

Tabell 12: Total dekningsgrad

Registrerende enhet	DG_NGER %
OUS, Ullevål	91,3
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	52
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	85,6
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	95
Sykehuset Innlandet, Elverum	97,1
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	94,1
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	92,5
Sykehuset Østfold HF	74,5
Sørlandet sykehus, Arendal	63,8
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	53,5
Sørlandet sykehus, Kristiansand	78,7
Vestre Viken, Bærum	90,2
Vestre Viken, Drammen	90,8
Vestre Viken, Kongsberg	79,5
Vestre Viken, Ringerike	95,6
Sykehuset Telemark HF	74,5
Helse Bergen, Haukeland	79,1
Helse Bergen, Voss	97,4
Helse Fonna, Haugesund	78,8
Helse Fonna, Stord	90
Helse Førde, Førde	93,9
Helse Stavanger, Stavanger	56,5
Betanien sykehus, Bergen	97,7
Helse Møre og Romsdal, Nordmøre og Romsdal	41,4
Helse Møre og Romsdal, Volda	61,3
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	99,3
St. Olavs Hospital HF	84,4
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	87,9
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	94,7
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	100
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	96,9
Nordlandssykehuset, Bodø	95,8
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	75,4
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	89,4
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	80
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	90,1
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	96,4
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	94,7
Aleris Helse AS avd Oslo	100
Aleris Helse AS Colosseum	100
C-MEDICAL AS	100
TOTAL	84,6

Tabell 13: Dekningsgrad hysteroskopi

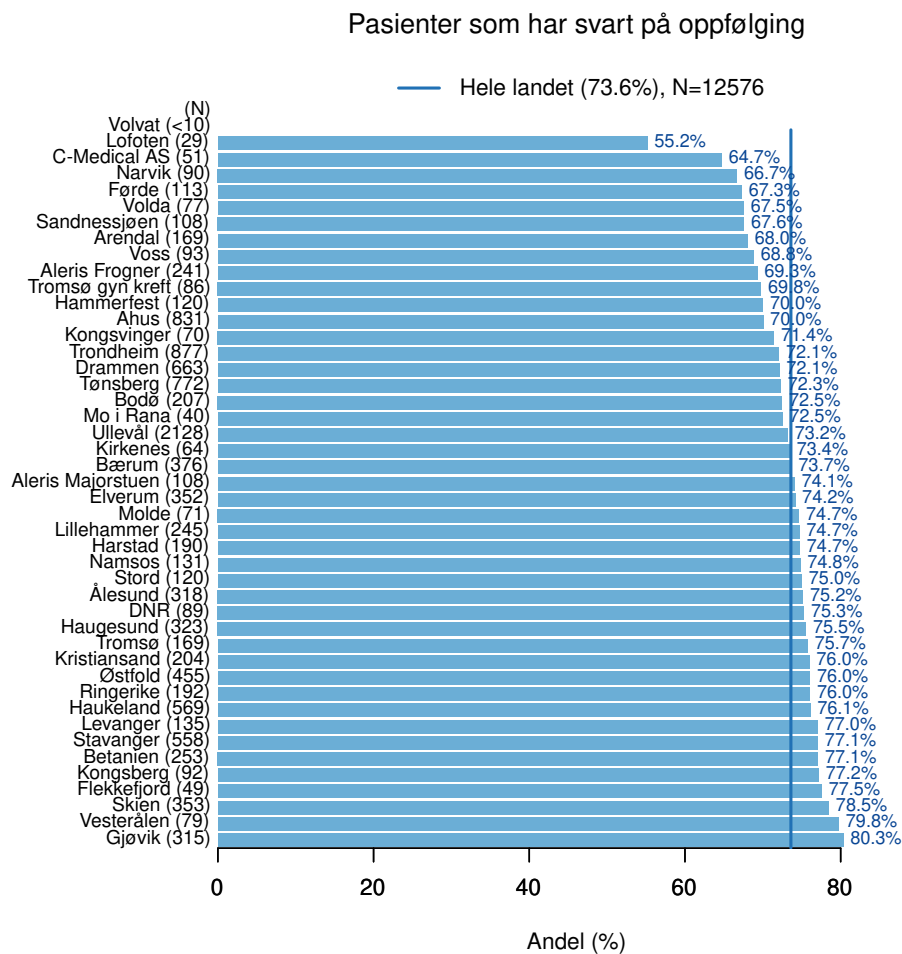
Registrerende enhet	DG_NGER %
OUS, Radiumhospitalet	58,6
OUS, Ullevål	84,4
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	80,2
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	77,2
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	93,1
Sykehuset Innlandet, Elverum	93,9
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	83,5
Sykehuset Innlandet, Lillehammer	90,5
Sykehuset Østfold HF	65,4
Sørlandet sykehus, Arendal	63,5
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	44,4
Sørlandet sykehus, Kristiansand	59,2
Vestre Viken, Bærum	86
Vestre Viken, Drammen	89,1
Vestre Viken, Kongsberg	53,8
Vestre Viken, Ringerike	97,2
Sykehuset Telemark HF	82,1
Helse Bergen, Haukeland	81,8
Helse Bergen, Voss	98,3
Helse Fonna, Haugesund	80,6
Helse Fonna, Stord	95,3
Helse Førde, Førde	100
Helse Stavanger, Stavanger	70,2
Betanien sykehus, Bergen	95,8
Helse Møre og Romsdal, Nordmøre og Romsdal	55,3
Helse Møre og Romsdal, Volda	78
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	100
St. Olavs Hospital HF	81,8
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	77
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	93,2
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	87,9
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	100
Nordlandssykehuset, Bodø	93,6
Nordlandssykehuset, Gravdal	93,8
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	67,3
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	91,1
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	93,2
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	83,3
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	92,9
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	89,8
Aleris Helse AS avd Oslo	100
Aleris Helse AS Colosseum	100
Volvat Medisinske Senter AS	100
C-MEDICAL AS	100
Total	82,3

Tabell 14: Dekningsgrad laparoskopi

4.2.3 Responsrate for pasientrapporterte data

Svarprosent på tilsendte pasientskjema 4 uker etter utført inngrep var hele 74% nasjonalt, og anses som tilfredstillende.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-11-24



Figur 53: Responsrate på enhetsnivå

4.3 Vurdering av datakvalitet

4.3.1 Kompletthet

Alle sentrale variabler, og variabler som inngår i kvalitetsindikatorer er obligatoriske.

Av totalt 222 variabler i personopplysningsskjema, registreringsskjema for inngrep, og kartlegging av postoperative komplikasjoner, er det 9 variabler som er frivillige, eller kan besvares med ukjent/vet ikke. Tross store variabelendringer i registeret i 2023, og rask økning av dekningsgrad, er komplettheten tilfredstillende. Da sivilstatus og utdanning ikke er en naturlig del av pasientjournal, ser vi at det er disse variablene som besvares mest med ukjent. Registeret jobber med å innhente denne informasjonen på annet vis

Variabel besvart som kan besvares med Ukjent, Vet ikke, eller er valgfrie	Kompletthet
Norsktalende	99%
Sivilstatus	85%
Utdanning	72%
Tidligere vaginale inngrep	98%
Tidligere laparoskopiiinngrep	98%
Tidligere laparotomiinngrep	99%
Preparatuttak	100%
Laparoskopiske instrumenter benyttet	95%
Hysteroskopi Behandlingsdetaljer (variabelen er endret i 2023)	73%

Tabell 15: Kompletthet på variabler som kan besvares med ukjent, vet ikke, eller er valgfrie

4.3.2 Korrekthet

Registeret har ikke gjennomført en korrekthetsstudie. Men under kvalitetskontroll av 2022 registreringer ble det gjort kontroll av 2 stk tilfeldig utvalgte registreringer pr sykehus, med et resultat på 99% korrekthet i forhold til sentrale variabler, og variabler som inngår i kvalitetsindikatorene. Dette ble ikke satt i system, og kvalifiserer ikke som en korrekthetsstudie. Registeret er i dialog med servicemiljøet i HSØ for å bli enig om en gjennomførbar metode og håper å komme i gang med dette i 2024.

NGER har hvert år siden 2019 kvalitetskontrollert alle peroperative komplikasjoner, konverteringer, pasientrapporterte reoperasjoner og postoperative komplikasjoner av moderat og alvorlig grad før publisering. Dette gjøres gjennom direkte dialog mellom registeret og representant fra den registrerende enhet. De ulike tilfellene er kontrollert opp mot aktuelle journal. Eventuelle tilfeller som har vært feil registrert eller klassifisert, har blitt rettet opp.

For å øke nøyaktigheten i dataene er dette et viktig bidrag. Ikke bare får man rettet opp i de konkrete tallene for resultatene i årets rapport, men det legger også til rette for en opplæringsarena der vi kan instruere representanter ved de ulike enheter til en så korrekt og samstemt registrering som mulig. Dette kan den enkelte enhet bygge videre på internt, og sammen med registreringsveilederen sørge for at alle enheter registrerer så likt som mulig.

Kvalitetskontroll viser at kvalitetsindikatordataene er av god kvalitet.

4.3.3 Reliabilitet

Analysen er gjort i 2023 av Naomi Azulay og Kjetil Holm, Servicemiljøet i Helse Sør-Øst, se vedlegg 11.1

Resultatene viser jevnt over en tilfredstillende presisjon ved dataregistreringen i NGER. Slik den overstående presentasjonen viser er det først og fremst bruken av diagnosekoder og prosedyrekoder som er utfordrende. Dette er et punkt som er noe krevende å endre praksis på for å oppnå større grad av enhetlig registrering. Dette fordi man ønsker å beholde mulighet for registrering av flere koder i samme registreringen. Dette gjør det mulig å registrere mere komplekse kirurgiske prosedyrer på en funksjonell og godt beskrivende måte. Samtidig ser man at dette kan oppleves som potensielt

unødvendig merarbeid der kirurgien inneholder flere koder men hvor den likevel oppleves som mindre komplisert.

Videre ligger det en del føringer i tradisjon og kulturelle forhold ved den enkelte avdeling i forhold til hvordan man venter fordelingen mellom ulike diagnosekoder og prosedyrekoder. Der hvor man nøyer seg med å registrere en kode kan den lokale tradisjonen derfor medføre at det ved et sykehus blir registrert en kode mens ved et annet sykehus velger man en annen kode. Ingen av kodene er feil, men det at man registrerer kun en kode gjør at registreringen blir stående som forskjellig.

Når det gjelder operasjonstid og bruken av uterusmanipulator er dette variabler der veilederen bør gi et godt grunnlag for en enhetlig praksis. Variasjonen vi ser på disse punktene vitner derfor om at veilederen må gjøres bedre kjent i fagmiljøet. NGER ser det derfor som viktig å prioritere videre distribusjon av veilederen og legge til rette for effektiv introduksjon og opplæring i forhold til nye registrerende kirurger. NGER er også av den oppfattelse at stedlig besøk og oppfølging er viktig for å sikre kunnskap og kjennskap til registeret og dermed sikre en så god kvalitet i registreringsarbeidet som mulig.

Hele prosjektrapporten kan dere finne på vår nettside siv.no/nger.

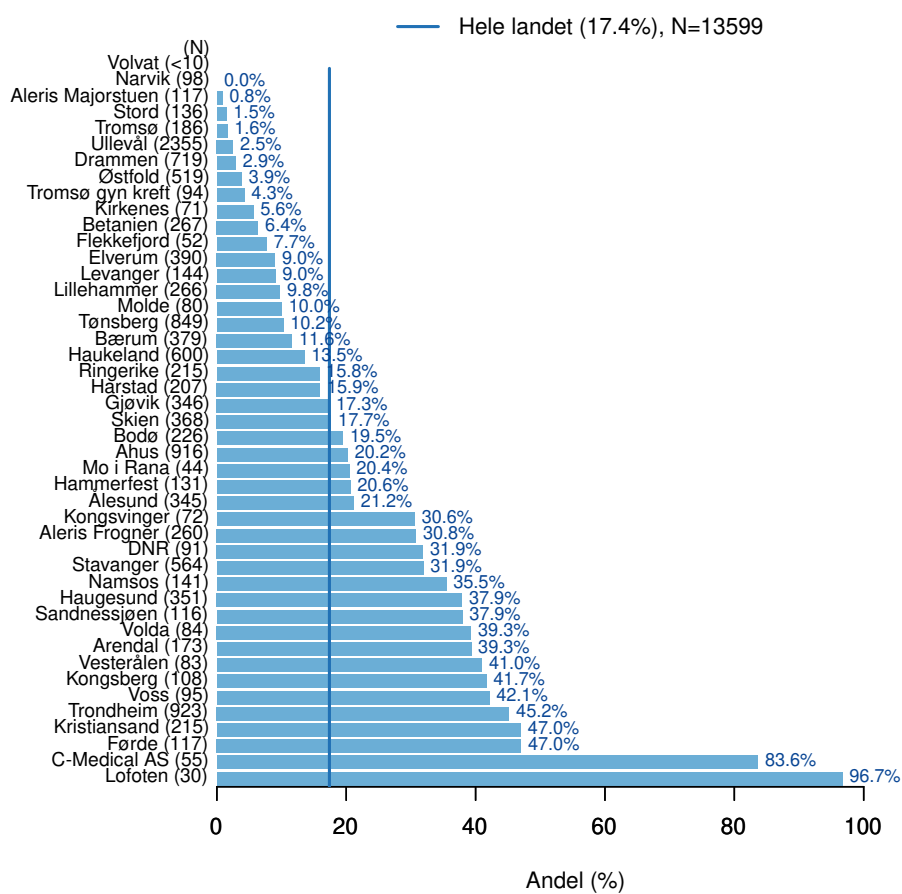
4.3.4 Andre tiltak

Registreringsforsinkelser

83% av registreringen gjøres innenfor gitte frist på 4 uker. Dette er godt nivå totalt sett. Men når man ser på tallene på enhetsnivå er det store individuelle forskjeller og således tydelig rom for forbedring. Spesielt sykehus der man ser en negativ utvikling fra året før, bør man lokalt være bevisst på rutiner for registrering, og ved behov sette inn tiltak for å redusere forekomsten av registreringsforsinkelser. Gode rutiner for rask registrering er gjerne et uttrykk for kvaliteten på de lokale rutinene, og en forutsetning for at man kan øke dekningsgraden lokalt ved den registrerende enheten.

Operasjonsdato: 2023-01-02 til 2023-12-31

Mer enn 4 uker fra operasjon til registrering



Figur 54: Registreringsforsinkelser på enhetsnivå

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Det er jevnt over høy kvalitet ved kirurgien som utføres. Alle komplikasjoner av moderat og alvorlig grad er gjennomgått på kvalitetskontroll med hvert enkelt sykehus. Tilbakemeldinger herfra og resultatene for 2023 gir noen aktuelle forbedringsområder:

- Postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterectomi. Se figur 49. Man ser for eksempel at Haukland har redusert sin forekomst av postoperative infeksjoner fra 8,6% i 2022 til 1,3% i 2023. Erfaringer de har gjort seg i dette arbeidet kan være verdifullt for andre sykehus som har uendret høy forekomst av postoperative infeksjoner etter laparoskopisk hysterectomi.

Tønsberg sykehus er en av sykehusene som i 2024 setter igang kvalitetsforbedringsprosjekt på bakgrunn av disse tallene.

- Perforasjon ved hysteroskopi. Se figur 2.
- Konvertering laparoscopi til laparotomi. Sykehus med en høy konverteringsrate kan se på interne rutiner i preoperativ selektering og vurdering av den lokale laparoskopiske kompetansen.
- Andel laparoscopi som går som dagkirurgi. En negativ utvikling som bør utredes da effektivisering av helsetjenesten er nødvendig med tanke på fremtidig ressursituasjon. En hovednøkkel vil være å utvikle velfungerende sløyfer for dagkirurgisk laparoskopisk hysterectomi. I 2023 var det 9,1% av de laparoskopiske hysterectomiene som ble utført som dagkirurgi.

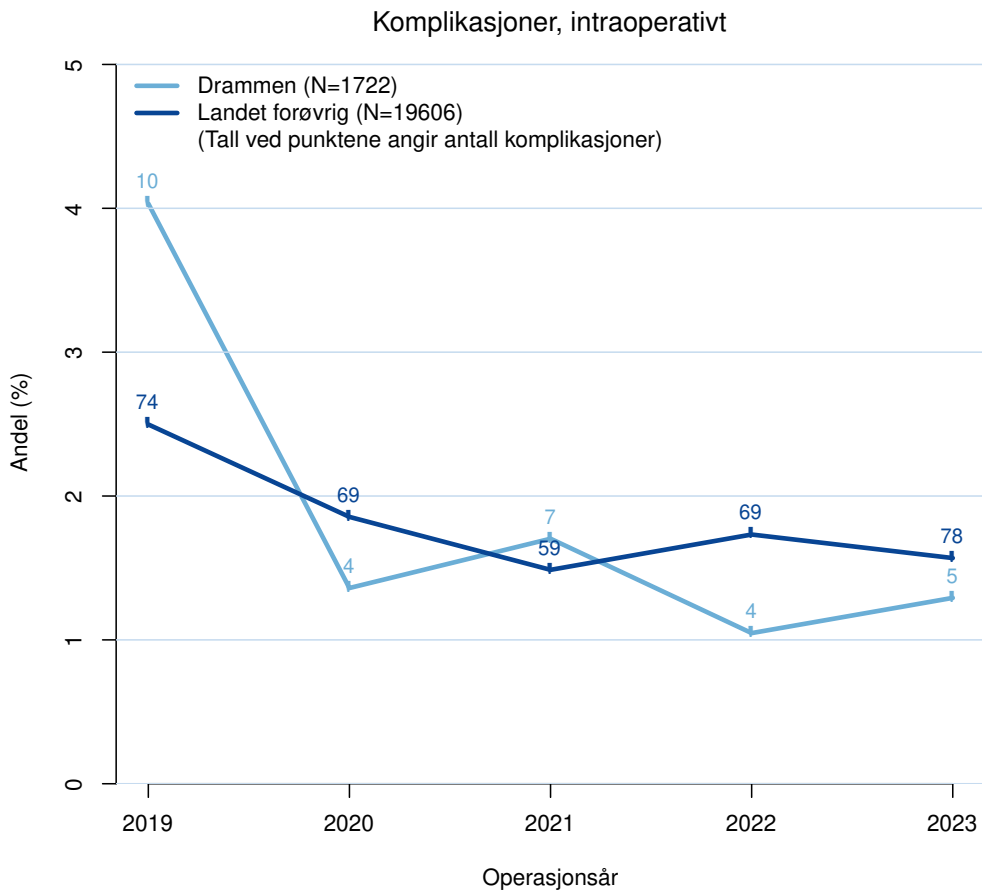
5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Tiltak og resultat

Aktuelt forbedringsområde	Tiltaksperiode	Hva ble gjort av hvem?	Hvilke resultater ble oppnådd?
Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon	2020	Drammen Sykehus, overlege Sigrid Vingerhagen Pethick. Det ble satt fokus på trygg tilgang ved hysteroskopi i opplæringen og internundervisning ved seksjonen.	Resultatet var en tydelig forbedring med 4% komplikasjoner i 2019 til 1,4% fra 2020. Se figur 55
Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner	2021 pågående	Vestre Viken HF arbeider målrettet med reduksjon av alvorlig postoperativ infeksjon etter ulike kirurgiske inngrep. Smittevernsoverlege Mette Walberg og spesialrådgiver Ellen Brustad tok i 2021 kontakt med registeret for et samarbeid med årlig utlevering av data for middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterectomier ved alle sykehusene i Vestre Viken HF (Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike sykehus).	Gjennomsnitt alvorlige infeksjoner etter hysterektomi siden samarbeidet startet i 2021 er for Bærum 4%, Drammen 3,1%, Kongsberg 1%, Ringeriket 1,4%.
Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon	2022	Lillehammer sykehus, seksjonsoverlege Kristin Floberghagen. Økt fokus på kvaliteten ved hysteroskopier, inkl. færre operatører, mer strukturert opplæring og økt oppmerksomhet på at alle hysteroskopipasienter forbehandles med Cytotec.	Tiltakene har ført til en tydelig forbedring fra 11,6% i 2021 til 2,6% i 2022. Se figur 56
Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner	2022	Sandnessjøen sykehus, LIS Kristine B. Olafsen. Gjennomgang av alle hysterektomier med middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 2020. Disse viste seg å hovedsaklig være infeksjoner. Tiltakene var en bevisgjøring rundt 2. dose antibiotika ved inngrep over 90 minutter, bevisgjøring rundt bruk av kateter og tidlig fjerning, og faste operasjonsteam.	Tiltakene har ført til en reduksjon fra 5,8% i 2021 til 2% i 2022. Se figur 57

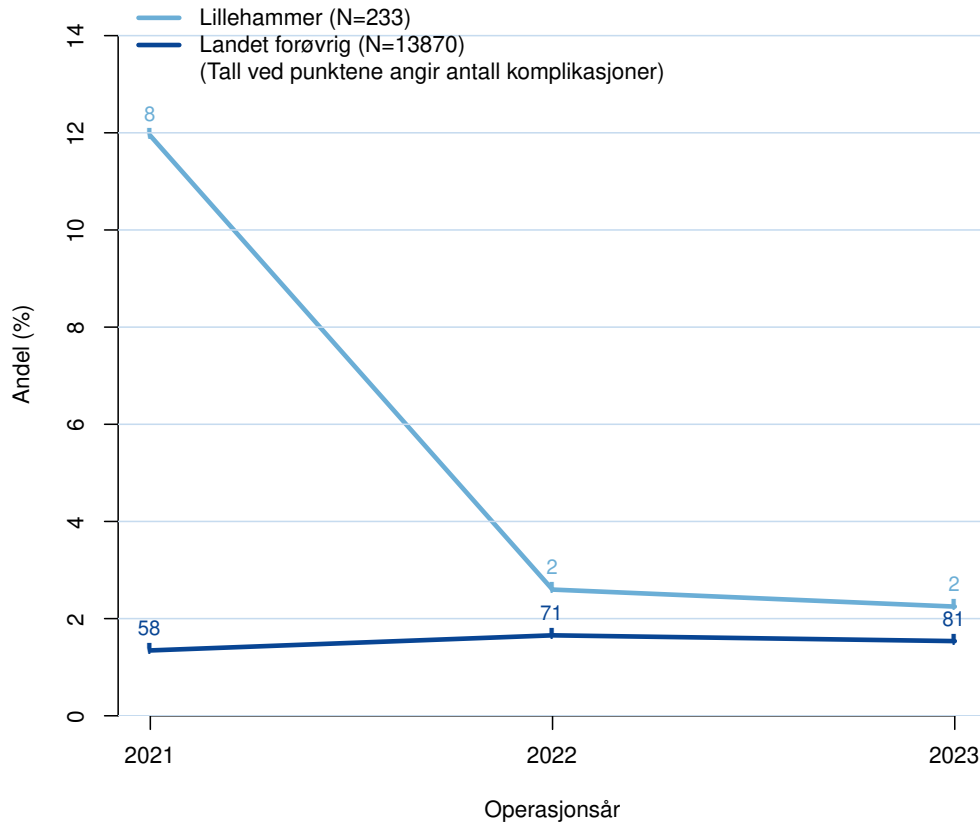
Tabell 16: Forbedringstiltak

Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2023-12-29
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 55: Forbedringsarbeid Peroperative komplikasjoner ved hysteroskopi, Drammen sykehus

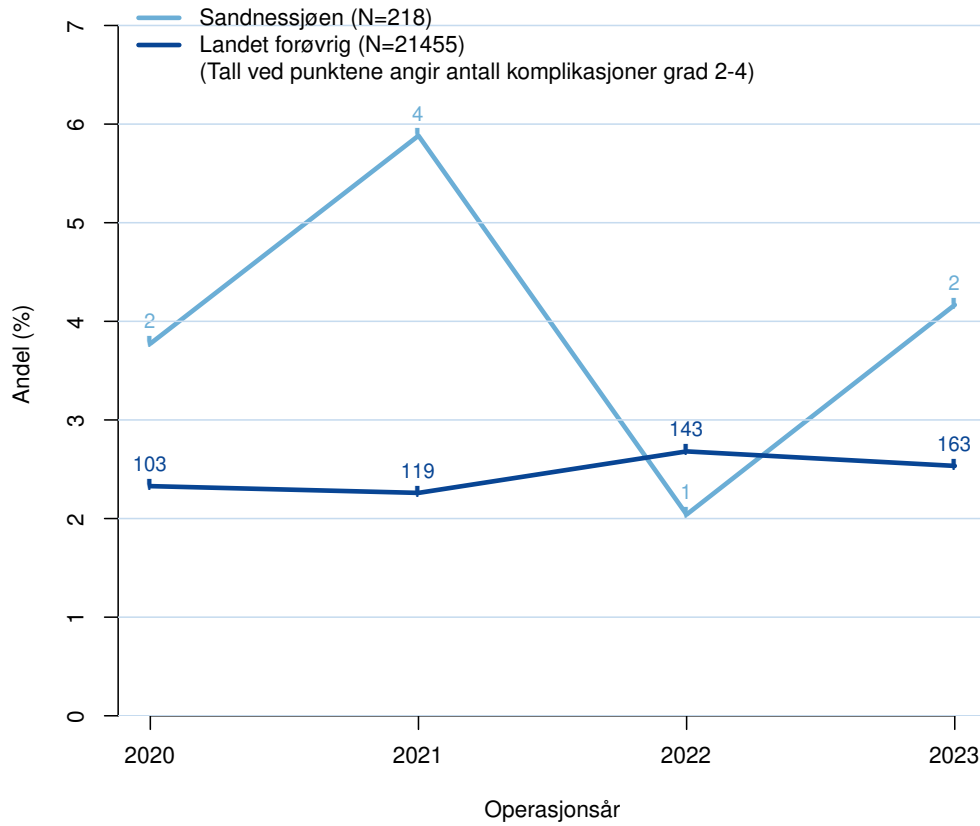
Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 56: Forbedringsarbeid Peroperative komplikasjoner ved hysteroskopi, Lillehammer sykehus

Operasjonsdato: 2020-01-02 til 2023-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 57: Forbedringsarbeid Laparoskopi: middels alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner, Sandnessjøen sykehus

6 Formidling av resultater

1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Fagmiljø, brukerorganisasjon, pasienter, ledelse enheter
2.	Kvalitetsregistre.no	Halvårlig/ 2 x pr. år	Fagmiljø, brukerorganisasjon, pasienter, ledelse enheter
3.	Rapporteket -Kontinuerlig oppdaterte resultater til registrerende enheter -Rapporter tilpasset hver enkelt enhet	Månedlig	Fagmiljø, ledelse enheter
4.	Kvalitetskontroll med journalgjennomgang av alle innregistrerte peroperative komplikasjonr, konverteringer og postoperative komplikasjoner inkludert reoperasjoner.	Årlig, og etter behov/forespørsel	Ledelse enhet
5.	Gynekologen -Publisering av årsrapport sammendrag	Årlig	Fagmiljø
6.	Norsk gynekologisk forenings årsmøte -Tilstedeværelse på stand	Årlig	Fagmiljø

Tabell 17: Formidling av resultater

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

Norsk gynekologisk endoskopiregister har tett samarbeid med Helse nord-IKT og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering - SKDE.

NGER samarbeider med Norsk kvinnelig inkontinensregister, NKIR rundt felles ny PREM som beskrevet i kapittel 9.2.6 NGER og NKIR har gjennom 2023 hatt to samarbeidsmøter.

Drammen sykehus, Lokalt kvalitetsregister for fremfallskirurgi, ønsker å samarbeide i forhold til å innhente PREM, og har tatt i bruk TSS2 for å kartlegge pasienttilfredshet. Et slik samarbeid ser NGER positivt på med tanke på å kunne sammenligne data i fremtiden. Registerne er i dialog også med tanke på NGER og NKIRs samarbeid rundt innhenting av PREM.

NGER er i tett dialog med Annette Slettnes, leder for Den Danske database indenfor hysterectomier, for sammenligning av infeksjonstall, og diskuterer potensielle samarbeidsområder.

Anna Lund Rasmussen ved Kolding Sygehus i Danmark tok i 2023 kontakt med registeret da de ikke har hysteroskopiregister i Danmark. Hun har et ønske om å starte opp et lokalt prosjekt for å få oversikt over sine hysteroskopier, og har fått oversendt NGERs parametre for å innhente samme datasett.

NGER har et samarbeid med Vestre Viken HF, smittevernavdelingen.

7.2 Datautlevering fra registrene

Utlevering av data til følgende formål:	2023	2022	2021
Forskning	2	0	0
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	2	3	2
Andre formål (f.eks. til media)	0	1	0
Totalt	4	3	2

¹Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

7.2.1 Forskning

Høsten 2023 utleverte registeret data til **SEE-Endo studien** i to omganger. Social and Ethnic Equity in Use of Healthcare Services for Endometriosis, Assisted Reproductive Technologies, and Hysterectomy in Norway. Sukhjeet Bains PhD, kontaktet i 2021 registeret med spørsmål om bekrefteelse på samarbeid i forbindelse med PostDoc hvor hun vil inkludere data fra Norsk gynekologisk endoskopiregister. Prosjektet ønsker å kartlegge betydningen av sosiale og etniske forskjeller i forhold til helsehjelp ved endometriose, IVF-behandling og hysterektomi i Norge.

LAPCOMP studien har blitt utsatt, og NGER vil utlevere data til denne i løpet av høsten 2024. Silje Eilertsen Denstad, legespesialist ved Kvinneklinikken St. Olavs Hospital, har startet ett PhD prosjekt med tittel: Laparoskopisk hysterektomi i Norge- Komplikasjoner og pasient rapporterte utfallsmål. Tre til fire artikler planlagt, to av disse inneholder data fra NGER. Prosjektet ønsker å identifisere risikofaktorer for moderat alvorlige og alvorlige komplikasjoner til laparoskopisk hysterektomi i Norge, samt å undersøke endringen i livskvalitet i forbindelse med inngrepet og hvilke faktorer som er med på å påvirke den. Det langsiktige målet med studien er å gi ny informasjon som kan bidra til at kvinner som skal hysterektomeres får mulighet til i større grad å gjøre informerte valg om behandling.

7.2.2 Kvalitetsforbedring og styringsformål

Deltagende miljø kan til en hver tid hente ut egne og nasjonale resultater i Rapporteket-NGER. I løpet av 2023 har 26 unike brukere utenfor registeradministrasjonen vært innlogget.

Viser forøvrig til kapittel 5.2 for utleveringer til forbedringstiltak.

7.2.3 Andre formål

I 2022 har vi utlevert data til en hovedoppgave for 5. års medisinerstudent Sara K. H. Foss ved NTNU. Hun brukte data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister for å se på postoperative infeksjoner innen fire uker etter laparoskopisk hysterektomi for de forskjellige sykehus i Norge. Hvilke infeksjoner som rapporteres, og hvilke pre-, peri- og postoperative risikofaktorer som finnes hos de som utvikler postoperative infeksjoner.

7.3 Vitenskapelige artikler

Ingen siste 3 år.

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

Tabell: Vurderingspunkter for [Navn på register] og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [årstall]	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgrads-analyser	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.2, 7.3	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå A, B eller C				
Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller			Ja	
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret	5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nivå B				

18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har 5.2, 5.2
identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt el-
ler kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedrings-
arbeid

Nivå C

19 Oppfyller ikke krav til nivå B

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra Ekspertgruppen

Vurdering 2022: *Dekningsgrad i 2021 var 73%. Registeret var ikke prioritert til dekningsgradsanalyse i 2022. Basert på innrapporterte inngrep i 2022 er dekningsgrad estimert til 75% med forventet økning til 80% i 2023. Registeret benyttes aktivt i kvalitetsforbedrende arbeid ved at registeret kontakter avdelinger som har flere komplikasjoner enn forventet. Kompletthet for sentrale variabler er dokumentert. Alle kvalitetsindikatorvariabler er obligatoriske å fylle ut. Det er ikke utført formelle undersøkelser av korrekthet (validitet) og man rapporterer ikke verdier for sensitivitet, spesifisitet, PPV og NPV, men en del sentrale variabler er kontrollert opp mot journal, og feilregistreringer er rettet opp. Reliabilitet er testet ved at samme fiktive sykehistorier er kodet av 29 sykehus. Det er foreløpig ikke publisert noen vitenskapelige publikasjoner, men flere er planlagt. Registeret vurderes fortsatt til å være i stadium 3A, men kan oppnå stadium 4A ved å øke dekningsgraden og den vitenskapelige utnyttelsen av registeret. Dette burde være mulig allerede i 2023. Ekspertgruppen vurderer at registeret er i stadium 3A*

9.2 Planer og behov

NGER takker for positiv tilbakemeldingen på Årsrapport 2022.

9.2.1 Dekningsgrad

Registeret jobber kontinuerlig med å øke og opprettholde dekningsgrad, og er svært fornøyd med at vi i år kan vise til en dekningsgrad på 82%.

9.2.2 Vitenskapelig arbeid

Det blir svært viktig for registeret i tiden som kommer å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskapelig arbeid. Norsk gynekologisk forening, NGF, ønsker også å bidra aktivt til dette.

9.2.3 Korrekthetsstudie

NGER jobber kontinuerlig med datakvalitet, og håper å gjennomføre en korrekthetsstudie i 2024. NGER ønsker å påpeke at registeret kontrollerer sentrale variabler opp mot journal gjennom kvalitetskontroll før publisering årlig som beskrevet i kapittel 4.3.2. Registeret jobber med å finne en effektiv metode for å gjøre dette hyppigere da det er ønskelig å publisere kvalitetskontrollert data to ganger i året.

9.2.4 Nye krav i stadielinndeling

Registeret forbereder seg til å kunne møte de nye kravene i stadielinndelingen som blir gjeldende fra 2024. Metadata og Innsynsløsning er prosjekter registeret er i ferd med å avslutte våren 2024 som nevnt i kapittel 3, nederst i tabell 7.

9.2.5 Revidering av registreringsveileder

På grunn av omfattende endringer i variabler i 2023 må registeret oppdatere sin registreringsveileder.

9.2.6 Endring av PREM

NGER har gjennom flere år brukt Treatment Satisfaction Scale 2 - TSS2 for å måle pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM), men har et ønske om å bytte ut dette skjema. NGER, i samarbeid med Norsk kvinnelig inkontinensregister - NKIR, er i dialog med Fag-senter for pasientrapporterte data for veiledning i valg av et felles skjema for våre to gynekologiske registre. NGER regner med å ha nytt skjema på plass i løpet av 2025.

9.2.7 Nasjonale kvalitetsindikatorer

NGERs etablerte kvalitetsindikatorer ønskes etablert som nasjonale kvalitetsindikatorer. NGER har vært i kontakt med Helsedirektoratet angående etablering av nye indikatorer, og fått tilbakemelding om at Norsk gynekologisk endoskopiregister, i nåværende ressursituasjon, ikke vil bli prioritert til etablering av nye indikatorer. NGER starter allikevel jobben med å definere kvalitetsindikatorene etter mal fra Helsedirektoratet.

10 Litteratur

- Bradley, L. (2024). Hysteroscopy: Instruments and procedure, Retrieved May 01, 2024. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/hysteroscopy-instruments-and-procedure?search=hysteroscopy&source=search_result&selectedTitle=1%7E99&usage_type=default&display_rank=1
- Pryor, A., Mann, W., & Bates, A. (2024). Complications of laparoscopic surgery. Retrieved May 01, 2024. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/complications-of-laparoscopic-surgery?search=complications%20of%20laparoscopic%20surgery&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

11 Vedlegg

11.1 Vedlegg 1: Reliabilitetsanalyse

Reliabilitetsstudie Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) gjennomførte høsten 2022 sin første reliabilitetsstudie. Det ble sendt ut to fiktive caser til 29 sykehus som rapporterer til NGER. En av casene omhandlet laparoskopi og den andre omhandlet hysteroskopi. Hvert sykehus registrerte sin tolkning av casene inn i MRS, og data ble deretter klargjort av NGER for analyse og oversendt til Servicemiljøet.

Metode

Ettersom det kun ble sendt ut én case per operasjonstype, er datagrunnlaget for lite til å utføre en fullstendig analyse. Det er ikke mulig å regne ut usikkerheten til estimatene og vi kan derfor ikke trekke noen generelle konklusjoner basert på disse. Fem variabler var felles for begge casene, og vi kunne derfor analysere disse sammen og slik få et mål på usikkerheten (konfidensintervall). Det er likevel vanskelig å konkludere også her, ettersom variasjonen blir veldig stor med så få caser. Ett sykehus leverte ikke inn casen for laparoskopi.

For noen variabler har alle sykehusene svart likt, og da vil observert enighet være 1. I disse tilfellene er det ikke mulig å gjøre en analyse og Gwet's AC_1 kan derfor ikke regnes ut. Ofte brukes Cohen's kappa som et mål på enighet i reliabilitetsstudier. I denne analysen har vi valgt å bruke Gwet's AC_1 istedenfor, ettersom Cohen's kappa vil få en kunstig lav verdi når det er en stor overvekt av ett svaralternativ.

For Gwet's AC_1 kategoriseres resultatet basert på verdien til den enkelte variabelen (Figur 1) [1].

Coefficient		Interpretation	
	below	0.00	Poor
0.0	to	0.20	Slight
0.21	to	0.40	Fair
0.41	to	0.60	Moderate
0.61	to	0.80	Substantial
0.81	to	1	Almost Perfect

Tabell 1: Tolkning basert på verdien til Gwet's AC_1

For diagnosekoder har vi definert svar som ulike hvis det enten er oppgitt

Naomi Azulay, Oslo University Hospital, naoazu@ous-hf.no
Kjetil Holm, Oslo University Hospital, hokjet@ous-hf.no

ulikt antall diagnosekoder eller det er oppgitt ulik diagnosekode som ikke faller innenfor samme kategori. Kategoriene er definert av registeret.

Resultat

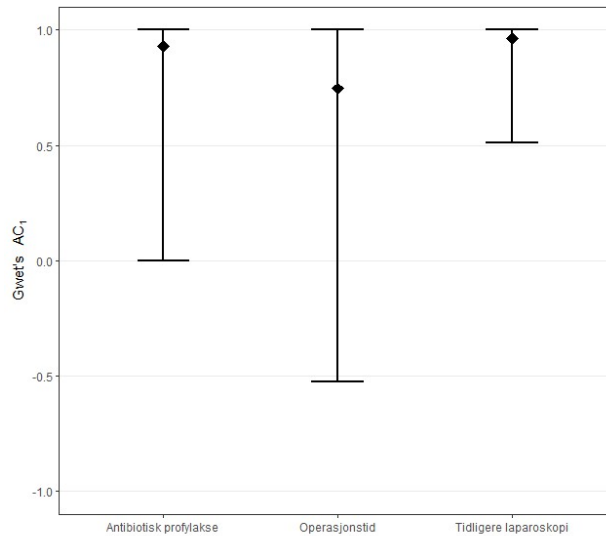
Observert enighet og Gwet's AC_1 for laparoskopi og hystereskopi er vist i henholdsvis Tabell 2 og 3. De første fem variablene er felles for begge operasjonstypene og resultatet for disse er derfor likt i begge tabellene. Gwet's AC_1 med konfidensintervall er vist i Figur 1 for de tre variablene der dette kunne beregnes.

Variabler laparoskopi	Obs. Enighet	Gwets AC_1 (95 % CI)
Norsktalende	1	
Tidligere laparoskopi inngrep	0,97	0,96 (0,51-1,00)
Blodfortynnende	1	
Operasjonstid	0,78	0,75 (-0,53-1,00)
Anatibiotisk profylakse	0,97	0,93 (0,00-1,00)
Diagnose	0,25	0,15
Prosedyre	0,34	0,27
Tilgang	0,93	0,92
Singel port	1	
Bipolar diatermi	0,93	0,92
Unipolar diatermi	1	
Ultralyd Scalpell	1	
Intelligent kombinert koagulasjon og klipping	0,86	0,84
Intelligent bipolar koagulasjon og klipping	0,93	0,92
Morcellator uten pose	1	
Morcellator med pose	1	
Laparoskopisk sutur	0,75	0,66
Clips	1	
Nett	1	
Adheranseprofylakse	1	
Stapler/endoGiA	1	
Preparatpose	0,93	0,92
Uterusmanipulator	0,55	0,20
Robotkirurgi	0,93	0,92
Annet	1	
Komplikasjoner	0,93	0,92

Tabell 2: Observert enighet mellom 28 registrarer og Gwet's AC_1 med 95 % konfidensintervall for 26 utvalgte parametere. (Laprasikopi)

Variabler hysteroskopi	Obs. Enighet	Gwets AC_1 (95 % CI)
Norsktalende	1	
Tidligere laparoskopi inngrep	0,97	0,96 (0,51-1,00)
Blodfortynnende	1	
Operasjonstid	0,78	0,75 (-0,53-1,00)
Anatibiotisk profylakse	0,97	0,93 (0,00-1,00)
Diagnose	0,93	0,93
Prosedyre	0,68	0,66
Distensjonsmiddel	1	
Bipolar diatermi	0,93	0,93
Unipolar diatermi	1	
Morcellator	1	
Medikamentell cervixmodning	1	
Gjennomføringsgrad	1	
Komplikasjonsårsak	1	

Tabell 3: Observert enighet mellom 29 registrarer og Gwet's AC_1 med 95 % konfidensintervall for 14 utvalgte parametere.



Figur 1: Gwet's AC_1 med 95 % konfidensintervall for 3 variabler. For tolkning av Gwet's AC_1 se Tabell 1.

References

- [1] Landis, J. Richard, and Gary G. Koch. “The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data.” *Biometrics*, vol. 33, no. 1, 1977, pp. 159–74. JSTOR, <https://doi.org/10.2307/2529310>. Accessed 21 Feb. 2023.