

Inomregionala skillnader i antalet inkontinensoperationer

Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Västra Götalandsregionen, februari 2007

Bakgrund

I "Hälso- och sjukvård i Västra Götaland, Verksamhetsanalys 2005" presenteras beräkningar av konsumtion av ett flertal väntetidsoperationer för de 12 hälso- och sjukvårdsnämndsområdena. För flera typer av operationer är det stor variation mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna i hur många operationer som utförs i förhållande till befolkningens storlek. Särskilt stor variation ses för konsumtion av inkontinensoperationer. Konsumtionen i den hälso- och sjukvårdsnämnd som har flest operationer är fem gånger högre än i den nämnd som har lägst konsumtion.

I samband med presentation av verksamhetsanalys 2005 har hälso- och sjukvårdsutskottet rekommenderat en fortsatt analys av den inomregionala variationen och hälso- och sjukvårdsdirektören har givit ett sådant uppdrag till analysenheten vid hälso- och sjukvårdsavdelningen. Uppdraget innebär att orsaker till variationen skall beskrivas.

Ärendets beredning:

Studien har genomförts av Staffan Björck och Marianne Förars vid analysenheten, hälso- och sjukvårdsavdelningen. Arbetssättet har bestämts i samråd med ordföranden för sektorsrådet för kvinnosjukvård, Sonja Kvint. Studien har gjorts genom insamling av statistik och bakgrundsmaterial och genom analys av verksamheten vid SkaS och NU-sjukvården som representerar hög respektive låg operationsfrekvens. Intervjuer har gjorts med verksamhetsföreträdare för kvinnosjukvården vid sjukhusen i Uddevalla, NÄL, Skövde och Lidköping. Vetenskaplig bakgrund har hämtats från verksamhetsföreträdarna, från slutrapport från arbetsgruppen för nationella indikationer för gynekologi (SKL 2006) och från ett antal publikationer som refererats i den skriften. Synpunkter har efterfrågats från hälso- och sjukvårdskanslierna i Mariestad och Uddevalla.

Om Urininkontinens

I detta arbete kommer endast inkontinens hos kvinnor att beröras.

De viktigaste typerna av urinläckage hos kvinnor är:

- ansträngningsinkontinens
- trängningsinkontinens

Vid ansträngningsinkontinens som också kallas stressinkontinens sker läckaget i samband med ökat buktryck som till exempel vid hostningar, skratt och rörelser och det är denna typ som kan behandlas med operation. Vid trängningsinkontinens är det kraftiga blåssammandragningar som ger läckaget och ren trängningsinkontinens är inte lämpad för operation. Det är vanligt med blandformer.

Ofrivilligt läckage av urin är mycket vanligt. Upp till hälften av alla kvinnor anger att de någon gång upplevt urinläckage¹. I en internationell undersökning hade 23-44% av de tillfrågade kvinnorna haft läckage senaste månaden. Problemet ökade med åldern och nådde en plåtå mellan 50-70 års ålder. I en svensk undersökning av 1000 40-åriga kvinnor från Östergötland rapporterade 42% att de haft besvär med inkontinens någon gång och 17% att de

¹ Slutrapport från arbetsgruppen för nationella indikationer för Gynekologi, 2006, SKL.

hade besvär någon gång i månaden eller oftare. Av de som haft inkontinensbesvär hade 11% sökt hjälp för detta. Det har beskrivits att över 70% kan förbättras av ett strukturerat omhändertagande i primärvården².

Behandling.

Bäckenbottenträning med hjälp av sjukgymnast eller uroterapeut har en bevisad effekt, som dock är begränsad. Bäckenbottenträning har angetts vara basen för behandling³ och vissa patienter kan uppleva god effekt. Ca 80% bedöms kunna bli förbättrade men bara ca 20-25% helt besvärsfria. Bäst effekt ses vid litet eller måttligt läckage men effekten kvarstår i endast 50% av fallen i fem år. För de som inte uppnår en acceptabel förbättring finns det kirurgiska metoder.

Operationsmetoder:

Operationsmetoderna har utvecklats mycket under det senaste 10 åren. På 70-80 talet var den dominerande metoden så kallad abdominell kolposuspension ad modum Burch. Det är ett ingrepp genom bukväggen i narkos och där patienten vårdades ca 7 dagar på avdelningen. Ca 50-70% av patienterna blev botade.

Med laparoskopins intåg utvecklades en variant av Burchoperationen. Den är teknisk svårare och har inte gett lika bra resultat som den ursprungliga operationen. På 90 talets början utvecklades i Uppsala en ny betydligt enklare metod som kunde göras i lokalbedövning, tension free vaginal tape (TVT). Metoden innebär att man lägger upp en litet band under urinröret och drar fram det på bukväggen. Operationen tar endast ca 20-30 min och kan göras polikliniskt. Operationen fick sin spridning i Sverige under 90 talets mitt och har även spridits i hela världen. Det har tills idag gjort över 1 miljon TVT operationer. I och med att det inte behövs narkos kan även äldre och sjukare patienter opereras. Som alla operationer finns det komplikationer. Så även med TVT och det finns beskrivet ca 10 dödsfall bland dessa 1 miljon operationer varför en ny variant lanserades för ca 4 år sedan i Frankrike (TVT-O). Fördelen är att man inte går ut med bandet genom bukväggen utan ut genom lårets insida. Risken för blås och kärlkomplikationer blir mindre då. Under 2006 presenterades ytterligare en ny variant.

Resultatet efter TVT-operation är som regel mycket bra och 81% har rapporterats bli helt kontinenta och 11% förbättrade. Det finns också en nyare metod, sk periurethral injektionsbehandling som ännu inte funnit sin plats som innebär injektion av ett medel som komprimerar urinröret. Denna metod har diskuterats inom sektorsrådet för kvinnosjukvård i dagsläget anser de att metoden inte är färdigutvecklad att tas i allmänt bruk för den stora gruppen patienter med ansträngningsinkontinens Enligt den regionala vårddatabasen har den metoden endast använts av SkaS och SU vid 14 respektive 17 tillfällen 2005.

Den kirurgiska tekniken har således förenklats. Resultaten är mycket bra och behandlingen skonsam. Enklare operationsmetoder innebär att man kan operera sjukare patienter. Den enklare och bättre tekniken har lett till att fler kvinnor kan behandlas och fler kvinnor vill behandlas.

² Vårdprogram för inkontinens nådde inte sitt syfte. Läkartidningen 2006, nr 49, sid 3941

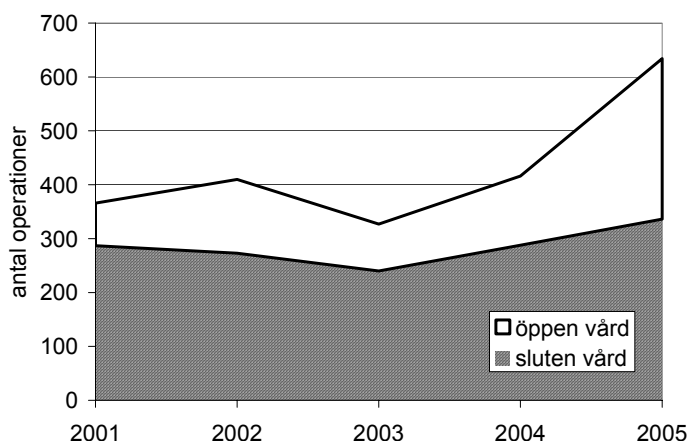
³ SBU 2002

Inkontinens kan också medicineras. Efter klimakteriet provas ofta östrogenpreparat som kan vara gynnsam för slemhinnorna. I övrigt är det framförallt trängningsinkontinens som får medicinsk behandling med medel som minskar blåsans sammandragningar men det finns numera ett preparat som är registrerat för användning vid ansträngningsinkontinens. Det är en typ av psykofarmaka, som i högre dos än vid depressionsbehandling, har viss effekt men det är behäftat med biverkningar som följer med den typen av preparat. Behandlingen har inte utvärderats under längre än tre månader och man har inte visat effekt vid lättare grad av inkontinens varför värdet torde vara ringa jämfört med träning och kirurgi. Kostnaden för medicinering är ca 5 500 kronor per år.

Det finns ingen definierad gräns för hur långt konservativ behandling med bäckenbottenträning skall drivas och när operation skall ske. Arbetsgruppen för nationella indikationer för gynekologi anger ingen grad av inkontinens som inte skall opereras utan gradering används endast för prioriteringsanvisning. Hur urinläckaget påverkar livskvalitén är mycket individuellt och avgör operationsindikationen. Man rekommenderar dock i första hand bäckenbottenträning vid lindriga besvär och avråder från operation vid icke avslutad familjebildning.

Behov av operationer och utveckling:

Antalet inkontinensoperationer har nära fördubblats på fyra år. År 2005 gjordes 643 inkontinensoperationer på kvinnor i VGR. Allt fler görs i öppen vård.



Figur 1. Totalt antal inkontinensoperationer på personer i VGR, uppdelat på ingrepp i sluten och öppen vård.

Arbetsgruppen för nationella indikationer för gynekologi har kortfatta beskrivit att det aktuella operationsbehovet är större än det antal operationer som görs idag. Man baserar detta på att det i en norsk undersökning bedömts att 10% av den kvinnliga befolkningen kunde vara i behov av operativ åtgärd av inkontinens. Men arbetsgruppen är mycket vag i bedömningen av behovet och ger inget tydligt måttal för operationsbehovet. Används den norska studien som måttal innebär det 5000 operationer i Sverige istället för de 3000 som gjordes år 2003. En ökning med knappt 70%.

Men operationsmetoderna har ännu inte fått sin slutliga form. Det kan vara så att även vissa former av blandinkontinens med större inslag av trängningsinkontinens kan opereras vilket ger en ökning av antalet ingrepp för inkontinens, dock med risk för försämrat operationsresultat.

För VGR skulle den föreslagna nivån innebära ca 900-1000 operationer per år istället för drygt 600 eftersom varje ettårsgrupp av kvinnor i VGR över 45 år är ca 9-10 000 individer.

Behovsskattningar dock mycket ungefärliga

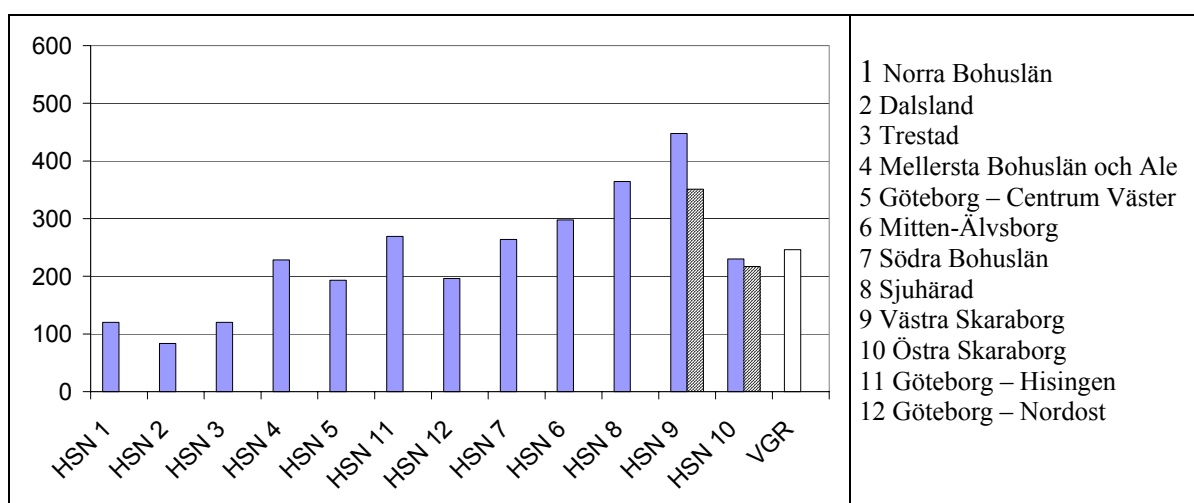
Behovet av operationer för ansträngningsinkontinens är svårbedömt. Det är inte en farlig sjukdom och en individs önskan att opereras beror mycket på graden av besvär, individens kunskap om möjlighet att bli botad, om operationsmetodernas kvalitet och om hur besvärliga operationerna är. Kunskapen om behandling förmedlas av media, omgivning, bekanta som behandlats och av alla led av vårdgivare. Det tillsammans med att behandlingsarsenalen utvecklats kraftigt de senaste 10 åren gör att variationen av operationer är mycket stor.

Arbetets genomförande.

Efter diskussion med sektorsrådet har arbetet genomförts genom närmare studie av inkontinensoperationer på kvinnor vid NU-sjukvården och Skaraborg eftersom de har lägst respektive högst operationsfrekvens i regionen.

Framtagen Statistisk bakgrund

All statistik baseras på den regionala vårddatabasen (VEGA). Data har kontrollerats av verksamheterna vid SkaS och NU. När data avviker marginellt från VEGA har detta lämnats utan kommentar. Vid mer markant avvikelse från verksamheternas egen uppfattning har det kommenterats. Bilden nedan visar den betydande regionala variationen i inkontinensoperationer från verksamhetsanalys 2005 som är utgångspunkten för denna genomgång.

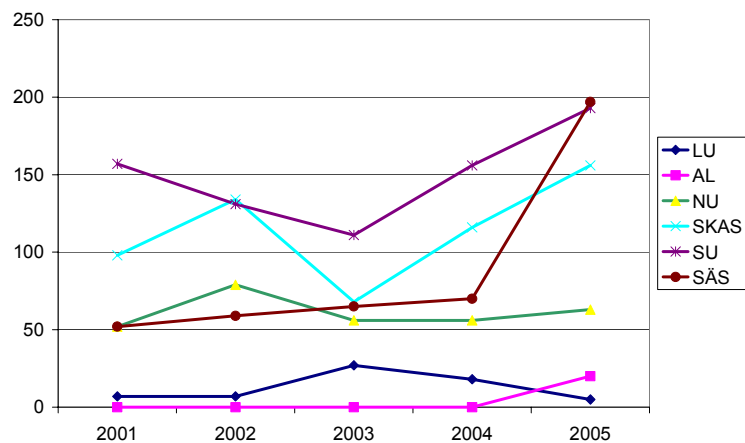


Inkontinensoperationer per 100 000 kvinnor 45-74 år 2005. (från verksamhetsanalys, Källa VEGA). De streckade staplarna är värdet efter korrigering som beskrivs på sidan 8 avsnitt operationer per enhet.

I samband med projektet har konstaterats att tidigare publicerade data har felaktigheter i registreringen vilket framgår av figuren och som kommenteras senare. Lägst antal operationer sker inom NU-sjukvårdens område (HSN 1-3) där HSN 2 är lägst och högst i HSN 8 där det skett kösatsningar 2005. Om man bortser från denna satsning 2005 är antalet operationer högst Skaraborg (HSN 9).

Utveckling av antalet inkontinensoperationer

Genom introduktionen av skonsammare teknik och operationer i öppen vård har antalet operationer i regionen ökat med tiden för alla sjukhus utom Lundby sjukhus. Särskilt kraftig är ökningen vid SÄS vilket avspeglar en tillfällig kösatsning.



Hur inkontinensoperationer utvecklats över tid för sjukhusen mellan 2001 och 2005. Källa VEGA

Antalet inkontinensoperationer i regionen har ökat från ca 300 till drygt 600 på fyra år. Skillnaden i antalet operationer mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna är mycket stor vilket inte kan förklaras av skillnader i sjuklighet. Flest operationer ses i Skaraborg och minst runt NU-sjukvården. Vid SÄS ses en kraftig ökning 2005 som speglar en kösatsning.

Jämförelse av inkontinensoperationer vid NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus

Upptagningsområden

Upptagningsområdena är ungefär likartade där NU-sjukvårdens område är endast 7% större vilket ger en god grund för jämförelse.

1 HSN	Kvinnor 45-74 år
1 Norra Bohuslän	14 146
2 Dalsland	8 382
3 Trestad	26 607
Summa 1-3	49 135
9 Västra Skaraborg	22 786
10 Östra Skaraborg	23 043
Summa 9+10	45 829

Antal kvinnor i åldern 45-74 år 2005.

Till NU-sjukvården kan också hänföras del av HSN 4 som har 2000 kvinnor i åldern 45-74 år. Men endast åtta av 46 inkontinensoperationer år 2005 för kvinnor från HSN 4 gjordes inom NU-sjukvården. De flesta kvinnor från det området opereras i Göteborg. Åtta procent av operationerna vid NU-sjukvården gjordes på kvinnor utanför HSN 1-4 och 3% av operationerna vid SkaS gjordes på kvinnor utanför HSN 9-10.

Inom SkaS har Lidköping och KSS egna upptagningsområden, HSN 9 och HSN 10 som är ungefär lika stora. Vid Lidköping har dock en del operationer gjorts även på kvinnor från Östra Skaraborg.

Operationer per enhet

Av statistiken i tabellen nedan framgår att SkaS gör väsentligt fler operationer än NU-sjukvården. SÅS, som dock hade en särskild könsatsning, har gjort fler operationer än SkaS.

	Sluten vård	Öppen vård	summa	%ÖV
Lundby	5		5	0
Alingsås	0	20	20	100
NU	59	4	63	6
SkaS*	39*	117*	156*	75*
SU	169	24	193	12
SÅS	64	133	197	68
	336	298	634	47

Inkontinensoperationer 2005. Källa VEGA.

* felaktig statistik vilket beskrivs nedan.

Vid en genomgång av antalet operationer har det under detta arbete konstaterats att det finns dubletter i datafilerna för Lidköping. I ett signifikant antal fall förekommer samma individ registrerad i såväl öppen som sluten vård samma dag. Felet finns såväl i SkaS egen databas som i den regionala vårddatabasen. Vid en genomgång av samtliga sjukhus så är antalet

operationer väsentligt större vid SkaS än antalet individer. Felet gäller enbart Lidköping och inte verksamheten vid KSS och återfinnes även för tidigare år.

	2002	2003	2004	2005
operationer	48	57	98	114
individer	36	40	74	89
differens	12	17	24	25

Antalet operationer för inkontinens vid Lidköpings sjukhus och antalet individer som opererats.

Eftersom det är ovanligt att en individ opereras två gånger ett år för inkontinens kommer i fortsättningen att användas antalet individer som opererats som mått på antalet operationer för Lidköpings sjukhus.

Även efter denna korrektion görs merparten av inkontinensoperationer inom SkaS vid Lidköpings sjukhus.

	2002	2003	2004	2005
KSS	76	11	18	44
Lidköping	36	40	74	89
summa	112	51	92	133

Bedömt antal inkontinensoperationer 2003-2005. Källa VEGA.

Till dessa operationer kommer injektion av bulksubstans runt urinröret där det 2005 gjordes 14 ingrepp vid KSS och 17 inom SU enligt den regionala vårddatabasen.

Vi har dock valt att inte lägga till dessa ingrepp i de kommande tabellerna över inkontinensoperationer eftersom det är ett ingrepp som inte alls är likvärdigt med den vanligaste operationstypen (TVT).

SkaS har ett betydligt större antal besök för ansträngningsinkontinens än NU-sjukvården. I tabellen nedan ges antalet *individer* som haft besök för ansträngningsinkontinens som förstadiagnos. Individer har valts eftersom efterkontroll kan variera och antalet besök per behandlad patient kan variera. NU-sjukvården har registrerat 1,1 och SkaS 1,3 besök per patient med stressinkontinens under 2005. Endast besök där inkontinens är förstadiagnos har använts.

	2003	2004	2005
NU	2003	2004	2005
Läkarbesök, individer	120	118	168
opererade	56	56	63
andel opererade (%)	46	48	37
SkaS			
Läkarbesök, individer	163	212	283
opererade	51	92	133
andel opererade (%)	32	43	48

Antal individer med läkarbesök för N393 (stressinkontinens) vid kvinnokliniker, som förstadiagnos och antal opererade.

Tabellen indikerar att, sett över alla åren, en likartad andel av patienterna opereras vid båda sjukhusen. Det talar för att indikationerna för operation är relativt likartade men det kan dock inte uteslutas att en större benägenhet att tolka besvär som ansträngningsinkontinens också leder till att fler opereras.

Inom SkaS finns det stora skillnader mellan KSS och Lidköping.

	2003	2004	2005
KSS			
Besök individer	84	113	149
operationer	11	18	44
Andel op	13	16	30
Lidköping			
Besök individer*	75	99	128
operationer	40	74	89
Andel op *	53	75	70

*Andel av operationer i förhållande till antal individer som haft besök för diagnos N393, stressinkontinens som förstadiagnos. * osäkra data. Se text.*

Uppgifter för besök skiljer något för olika datakällor. Individer med besök enligt Lidköpings egen statistik är 138 för 2005 vilket ger ett förhållande mellan antalet individer med besök och operationer på 64% istället för 70 vilket kan jämföras med 41% för KSS om även injektion av bulkmedel räknas som operation.

Det skulle kunna finnas skillnader i hur man sätter diagnosen ansträngningsinkontinens. Även om antalet operationer ställs i relation till det antalet individer för båda inkontinensdiagnoser så kvarstår skillnaden mellan KSS och Lidköping.

	2003	2004	2005
KSS			
N393 Stressinkontinens, individer	88	113	155
N394 Annan specificerad urininkontinens	146	223	199
op	8	18	44
andel av 393+394	5	5	13
Lidköping*			
N393 Stressinkontinens, individer	75	99	128
N394 Annan specificerad urininkontinens	88	108	92
op	40	74	89
andel op av 393+394	25	36	40

*Andel av operationer i förhållande till antal individer som haft besök med, förstadiagnos N393 och N394. * osäkra data, se text.*

Även här skiljer uppgifterna mellan olika källor för antalet besök. Enligt Lidköpings egen statistik är det 272 individer som haft besök för inkontinens vilket ger ett förhållande mellan antalet individer med besök och operationer på 33% istället för 40 vilket kan jämföras med 18% för KSS om även injektion av bulkmedel räknas som operation.

Antalet väntande på inkontinensoperation var 282 i VGR i slutet av 2005. Det motsvarar knappt en halv årsproduktion.

Antal väntande dec 2005				
	≤ 90 dagar	91 - 180	≥ 180	Total
AL	24	0	0	24
NU	23	10	2	35
Skas	45	0	0	45
SU	55	1	77	133
Säs	41	2	2	45
Totalt	188	13	81	282

Antal väntande till inkontinensoperation.

En observation som kan påpekas är att antalet väntande i NU-sjukvården är lägre än väntande till SkaS trots den mindre operationsvolymen.

Det finns ett preparat Yentreve (Duloxetin) registrerat för användning vid ansträngningsinkontinens. Det tillhör en preparatgrupp som framförallt används för behandling för depression men det kan också påverka muskulaturen i urinröret. Preparatet tas förebyggande som tabletter två gånger dagligen.

DDD, Kvinnor ålder 45 - 64 år	
VGR	238
HSN 01	260
HSN 02	529
HSN 03	171
HSN 09	204
HSN 10	151

Försäljning av Yentreve (Duloxetin) i DDD/1000 individer, kvinnor 45-64 år

Försäljningen är högst inom HSN 2 som samtidigt har lägst operationsfrekvens.

Antalet operationer för inkontinens är lägst i regionen inom NU-sjukvårdens upptagningsområde och högst inom upptagningsområdet för SkaS. Inom Skaraborg är operationsfrekvensen högst i västra Skaraborg där operationerna sker vid Lidköpings sjukhus. Det finns inget säkert samband mellan kö till operationer och antal operationer.

Intervjuer med verksamhetsföreträdare

NU-sjukvården

Alla operationer utförs på NÄL men remisspatienter tas emot både på NÄL och vid öppenvårdsmottagningen i Uddevalla. Båda enheterna har uroterapeuter. Det finns inga flaskhalsar i kapacitet för att ta emot fler inkontinenspatienter

Det finns ingen säker statistik över äkta nybesök. Det inkom dock 279 remisser för inkontinens 2005. Bara enstaka kom från annan specialistklinik, resten kom från primärvården. Ca 25 kom via direktkontakt med kvinnokliniken. Ofta förekommer ingen utredning i primärvården. Från primärvården kan patienterna ha fått medicinsk behandling.

Alla nybesök får sitt första besök hos uroterapeut. Uroterapeuten utreder enligt program och kan själv inleda behandling med bäckenbottenträning hos sjukgymnast. Det viktigaste i utredningen är anamnes och att inkontinens verifieras. Många gör också cystoskopi och cystometri. Tillgången till specialiserad sjukgymnast upplevs som väsentlig men kapaciteten är för låg på grund av frånvaro av en specialiserad gymnast och annan kapacitet delas med andra behov. Man bedömer att antalet som kan färdigbehandlas utan operation kan ökas så att det antal som färdigbehandlas av uroterapeut fördubblas. Ca 25 patienter per år färdigbehandlas av uroterapeut.

Operationerna görs främst av 5 gynekologer och de utförs alltid vid NÄL. Patienterna skrivs oftast in på vårdavdelning och klassificeras därmed som slutenvård men går så gott som alltid hem samma dag vilket gör att det i praktiken är frågan om dagkirurgi. Förfarandet görs av praktiska skäl då det inte finns kapacitet att handlägga dem på en dagkirurgisk enhet. Det gör att 59 av 63 patienter registreras som slutenvård 2005. Förfarandet överensstämmer med den beställning som sjukhuset har. Möjligheterna kommer att öka för att genomföra operationerna helt i öppen vård.

Det finns ett lokalt vårdprogram "inkontinensutredning i primärvård" utarbetad inom kvinnokliniken.. Det har skickats till flera samordningssjuksköterskor inom primärvården. Det har arrangerats seminarier för primärvården. Intresset har inte varit så stort som man önskat. Bara ett fåtal läkare har kommit från primärvården till mötena som främst besökts av andra personalkategorier. Det har inte skett någon kommunikation med primärvården om gemensam strategi.

Verksamheten har fått följande beställning av operationer. Det har rört sig om 50-60 operationer.

	Beställning	Opererade en egen statistik
2003	50	55
2004	40 (+10)	50
2005	59	59
2006	59	60 tom augusti

Beställning och operationer. Källa: sjukhusets egna data

Beställningen har upplevts som styrande och utökning av operationsantalet har endast gjorts En egen bedömning är att beställningen skulle vara 80-90 operationer per år.

Uppföljning:

Alla patienter intervjuas två månader och ett år efter operationen. Återbesök vid behov. Statistik finns över komplikationer. Efter 386 operationer har 90% blivit besvärsfria

Företrädarna anser att det kan finnas ett ej tillgodosett behov av operationer. Om de skulle "missionera" (vilket beställningen anses förhindra) skulle de få "massor av patienter".

SkaS

Operationer görs både på KSS och på sjukhuset i Lidköping som är självständiga kliniker med egna geografiska upptagningsområden.

De flesta patienter kommer på remiss från primärvården. I primärvården har en första utredning gjorts. Där ingår miktionslistor. Det är en patientdagbok över vattenkastningar och läckage under två dagar. Om det saknas miktionslistor så begär man från KSS att det görs. Alla remisspatienter kommer först till läkare för diagnos och planering.

Operationen görs som regel i öppen vård. 117 av 158 (74%)

Det finns ett lokalt vårdprogram. Det har utarbetats tillsammans med primärvården. Kvinnokliniken har bedrivit uppsökande verksamhet där de träffat alla vårdcentraler. Två läkare och två uroterapeuter har deltagit i utbildningarna.

Beställningen av inkontinensoperationer har varit mer än dubbelt så stor som i NU-sjukvården. Vi har intrycket att beställd volym inte är exakt styrande på samma sätt som vid NU-sjukvården. Den låga beställda volymen 2005 har lett till en tilläggsbeställning

	Beställning	Opererade en egen statistik
2002	125	134
2003	110	68
2004	110	116
2005	70	158
2006	70	

Beställning och operationer. Källa: sjukhusets egna data

KSS:

Patienten träffar alltid en läkare först. Denna kan inleda bäckenbottenträning genom sjukgymnast. Principen vid KSS är att alla patienter skall träffa uroterapeut. Även de som redan primärt bedöms som operationsfall, för information. För uppföljning av patienterna har gjorts en enkätundersökning. Denna har inte upprepats då den ansågs för resurskrävande. Bidragande till det beslutet var att det nationella kvalitetsregistret ställt i utsikt att uppföljning skall kunna ske förenklat genom det. KSS hade mycket låg produktion av inkontinensoperationer 2003. Det berodde på vakanser, ombyggnad av operationsavdelningen och att man prioriterade prolapsoperationer.

Lidköping

Uroterapeut saknas i Lidköping sedan förlossningen flyttades till KSS. En ny terapeut har just utbildats. Vid behov utnyttjar man ibland uroterapeuter vid KSS efter remiss dit. Man upplever att patienterna oftast inte behöver genomföra blåstråning. Antingen har de gjort det tidigare eller så är de så klara operationsfall att det inte görs. Patientens inkontinens verifieras av läkaren. Den utredning som behövs före utredning kan redan ha gjorts av privatläkare i området som svarar för ca 20% av remisserna. Uppföljning har tidigare gjorts med läkarbesök men sista 2-3 åren har patienten bara uppmanats höra av sig vid behov. Man planerar att återuppta efterkontrollerna eftersom man skall modifiera operationstekniken.

Man framhåller att flyttningen av förlossningen 2003 har gett betydligt bättre kapacitet för elektiva operationer och antalet inkontinensoperationer har ökat efter 2003 . Men även före detta fanns ingen kö till operationer. Det förekom medialt intresse för omställningen av Lidköpings sjukhus och den ökade kapaciteten för den elektiva kirurgin.

Slutsatser om skillnader mellan sjukhusgrupperna

- SkaS har ett utförligare vårdprogram än NU-sjukvården. Det har kommunicerats intensivare mot primärvården vilket kan vara orsaken till att SkaS har fler mottagningspatienter med diagnosen ansträngningsinkontinens. En sådan utveckling har nyligen beskrivits från Uppsala⁴ där den enda effekten av implementering av ett vårdprogram var en 50% ökning av remisser från allmänläkare.
- Fler opererade kvinnor på SkaS kan också leda till att resultaten blir kända och att fler efterfrågar behandling inom Skaraborg.
- Någon genomgång av i vilken utsträckning primärvården genomför diagnostik och behandling har inte gjorts men det förefaller som om merparten av patienterna får såväl diagnostik som behandling först inom den specialiserade vården vid båda enheter. SkaS kontakter med primärvården har sannolikt ökat kunskapen hos de som remitterar men det är tveksamt om SkaS därmed avlastats diagnostik och behandling.
- Sannolikt finns det ett generellt ej tillgodosett behov av operationer som är störst inom NU-sjukvården på grund av att för få patienter remitteras eller söker för behandling.
- NU-sjukvården har en tydlig uppföljning av medicinska resultat som förefaller mycket goda. Om båda enheterna hade haft samma typ av uppföljning hade det förbättrat möjligheterna att jämföra inte bara resultat utan också indikation för operation. Båda enheter saknar kontinuerlig uppföljning av hur stor andel som behandlas konservativt och resultat av denna.
- De finns felaktigheter i operationstalen vid sjukhuset i Lidköping med en viss dubbelregistrering av operationer. Även efter korrektion för detta är deras operationstal relativt högst i regionen 2005 om man bortser från tillfällig kösatsning vid SÄS.
- Genom nedläggningen av förlossningen har Lidköping fått kapacitet att operera en större andel av patienterna.
- Indikationerna för operation kan skilja sig mellan enheterna eftersom antalet operationer i förhållandet till antalet läkarbesök för inkontinens är högre vid Lidköping än övriga enheter. Med hänsyn till storleken på enheten kan man anta att deras operatörer har störst erfarenhet med dessa ingrepp i regionen. Vi har intrycket att andelen som behandlas med bäckenbottenträning sannolikt är lägst vid Lidköping lasarett, även om enheterna inte har statistik över detta.
- De beställda volymerna av operationer har periodvis varit dubbelt så höga vid SkaS som vid NU-sjukvården. På verksamhetsnivå har beställningen upplevts som starkare styrande inom NU-sjukvården. Det saknas medicinska skäl att anta att det finns skillnader för inkontinensproblematik i befolkningen.
- Ingen enhet upplever nämnvärda fysiska hinder mot att öka antalet operationer. Kapaciteten för ickekirurgisk behandling upplevs som för låg inom både NU-sjukvården och SkaS men det pågår aktiviteter för ökad kapacitet hos vi alla tre opererande enheter.

⁴ Vårdprogram för inkontinens nådde inte sitt syfte. Läkartidningen 2006, nr 49, sid 3941

Sammanfattning och Slutsatser

Denna genomgång berör endast ansträngningsinkontinens. Ansträngningsinkontinens kan behandlas med bäckenbottenträning, operation och medicinering. Bäckenbottenträning förordas allmänt som förstabehandling trots att den har måttlig och ofta övergående effekt. Operation av inkontinens har utvecklats och kan idag oftast genomföras i öppen vård med mycket goda resultat. Det saknas data över effekt och biverkningar av operation på mycket lång sikt och antalet operationer som behöver utföras har ännu inte funnit sin slutliga nivå. Avgörande för om operation skall ske är hur patienten upplever sina besvär eftersom sambandet är svagt mellan hur omfattande urinläckaget är och den försämring i livskvalitet det innebär. Benägenheten att söka vård och kräva effektiv behandling kan komma att öka om kunskapen om behandlingsmöjligheter hos såväl allmänheten som primärvård förbättras. Det är svårt att ange en önskvärd nivå i antal operationer men i det nationella arbetet med gemensamma indikationer har nivån skattats till att ligga 70% över det antal operationer som gällde i Sverige 2003. Det finns sannolikt ett ej tillgodosett vårdbehov och ett mycket osäkert men ändå riktvärde är att antalet operationer kan komma att behöva öka från dagens 640 operationer till 1000 operationer per år för kvinnor i VGR. Puckeleffekter kan också uppstå vid ökad efterfrågan.

NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus har studerats som enheter med låg respektive hög operationsfrekvens. Båda enheterna uppfyller vårdgarantin och behandlar de patienter de får, konservativt eller med operation inom rimlig tid.

Vi har konstaterat att det sannolikt finns ett generellt ej tillgodosett vårdbehov som dock inte visar sig som köproblematik.

Sannolikt beror den låga operationsnivån inom NU-sjukvården på att få patienter remitteras för behandling därför att behandlingsmöjligheterna och de goda resultaten inte är allmänt kända.

Den högre operationsfrekvensen inom SkaS beror sannolikt på effektivare kommunikation om behandling och resultat med primärvården vilket gör att fler patienter remitteras för behandling. Större produktion med fler nöjda patienter ger i sin tur fler patienter. Den högre operationsfrekvensen inom SkaS beror sannolikt också på att indikationerna för operation är liberalare vid Lidköpings sjukhus där kapacitet tillskapats för elektiv kirurgi genom flyttning av förlossningsverksamheten. Någon undersökning med granskning av indikationer för enskilda patienter har dock inte gjorts.

Inkontinensoperationer med den metod som har använts är relativt nytt. Därför är det viktigt att resultatet följs upp vilket görs inom NU-sjukvården. Det ger möjlighet att värdera resultat och indikationer. Om den gjorts på ett likartat sätt vid alla enheterna hade det varit ett sätt att bedöma om indikationerna varit desamma. Båda enheter saknar kontinuerlig uppföljning av hur stor andel som behandlas konservativt och resultat av denna.