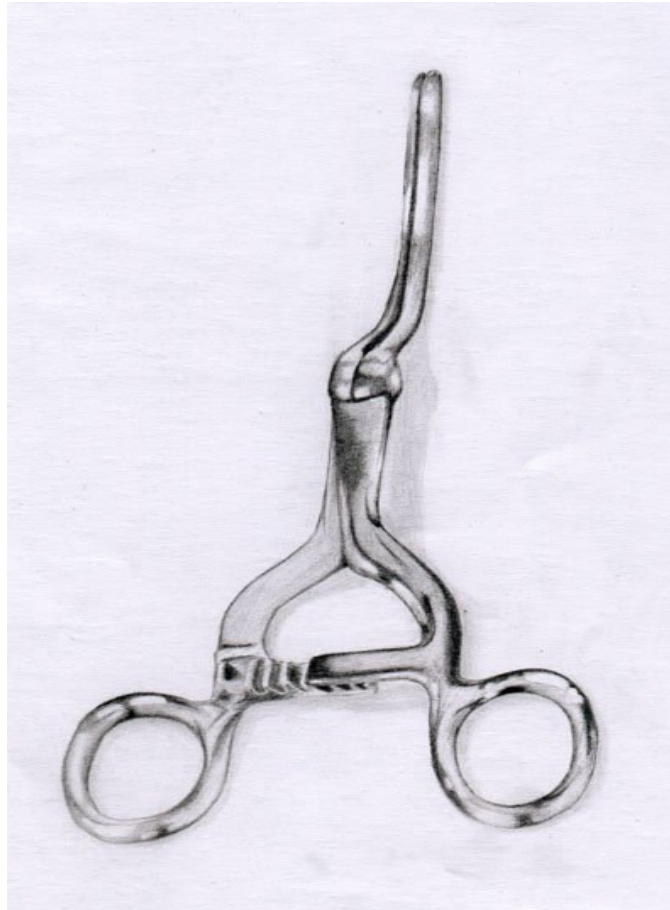


Inomregional variation avseende vissa planerade operationer



April 2008



**Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Analysenheten
Dnr RSK 732-2007**

| | |
|---|----|
| Sammanfattning | 3 |
| Bakgrund och uppdrag | 4 |
| Livmoderframfall eller prolaps | 4 |
| Godartad prostataförstoring..... | 5 |
| Arbetets genomförande | 6 |
| Resultat livmoderframfall | 7 |
| Åldersfördelning i befolkningen | 7 |
| Öppenvårdsbesök | 7 |
| Antal operationer..... | 7 |
| Ålder vid operation..... | 9 |
| Antal väntande på operation..... | 9 |
| Icke operativ behandling | 10 |
| Diskussion med verksamhetsföreträdare..... | 10 |
| NU-sjukvården | 10 |
| Södra Älvsborgs Sjukhus | 10 |
| Resultat godartad prostataförstoring | 11 |
| Åldersfördelning i befolkningen | 11 |
| Öppenvårdsbesök | 11 |
| Antal operationer..... | 12 |
| Ålder vid operation..... | 13 |
| Antal väntande på operation..... | 13 |
| Läkemedelsbehandling..... | 14 |
| Diskussion med verksamhetsföreträdare..... | 15 |
| Alingsås lasarett | 15 |
| Sahlgrenska Universitetssjukhuset..... | 15 |
| Diskussion och slutsatser | 16 |
| Vad är sanning? | 16 |
| Prolaps – att skära eller inte skära? | 16 |
| Prostataproblematiken | 17 |
| Fortsatt arbete..... | 17 |

Sammanfattning

I *Verksamhetsanalys 2006* redovisades konsumtionen av ett antal planerade kirurgiska ingrepp uppdelat på de 12 HSN-områdena. För vissa diagnoser/operationer, t ex operation för godartad prostataförstoring och livmoderframfall, förelåg en betydande variation. Som en följd av detta gav hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att studera såväl kirurgiska som icke-kirurgiska behandlingsalternativ vid godartad prostataförstoring och livmoderframfall liksom eventuella skillnader i indikationsställning och antal väntande.

I föreliggande rapport har fokus lagts på de nämndområden där högst respektive lägst antal operationer per invånare utfördes under år 2006. Antalet operationer för livmoderframfall var lägst i HSN 1 och 2 (Norra Bohuslän och Dalsland) och högst i HSN 8 (Sjuhärad). Framfallsoperationer i HSN 1 och 2 genomfördes huvudsakligen inom NU-sjukvården medan Södra Älvsborgs Sjukhus stod för operationerna i HSN 8. Då operationsfrekvensen var låg även i HSN 3 (Trestad) och denna nämnd är stor del av NU-sjukvårdens upptagningsområde ingår också den i analysen. Antalet operationer vid godartad prostataförstoring var lägst i HSN 5, 11, 12 (Göteborg) och 7 (Södra Bohuslän) och högst i HSN 6 (Mittenälvsborg). Prostataoperationerna i HSN 5, 11, 12 och 7 utfördes huvudsakligen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset och i HSN 6 vid Alingsås lasarett.

Skillnaden i frekvensen av operationer för livmoderframfall under 2006 kan huvudsakligen hänföras till två faktorer, dels extrabeställningar till SäS, dels en medveten satsning på ringbehandling inom NU-sjukvården. År 2007 är situationen i stort oförändrad inom NU-sjukvården, medan SäS minskat sitt opererande då inga extrabeställningar av framfallsoperationer gjorts. När det gäller operationer för godartad prostataförstoring kan rapporten inte spåra någon avgörande skillnad i förhållningssättet till indikationerna för kirurgisk behandling. Snarare framstår kapacitetsskillnader mellan enheterna som en viktig bidragande orsak till variationen i operationsfrekvens.

Både när det gäller behandlingen av godartad prostataförstoring och av livmoderframfall finns det nationella indikationer framtagna via Sveriges kommuner och landsting. Vidare föreligger ett uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören att under 2008 kartlägga implementeringen av dessa genom att undersöka hur berörda verksamheter arbetat med att göra dem kända och hur man säkerställer att de efterlevs eftersom hälso- och sjukvårdsutskottet tidigare beslutat att de nationella medicinska indikationerna också skall gälla i Västra Götalandsregionen. Dessutom pågår ett arbete med att ta fram regionala riktlinjer för behandling av prostataförstoring och livmoderframfall.

Det pågår således ett flertal nationella och regionala aktiviteter avseende behandlingsriktlinjer för godartad prostataförstoring och livmoderframfall. Mot bakgrund av detta och nu aktuella fynd finner vi det rimligt att låta föreliggande rapport utgöra diskussionsunderlag för sektorsråden i urologi och kvinnosjukvård, dels inför arbetet med regionala vårdprogram, dels i samband med kartläggningen av mottagande och efterlevnad av de nationella medicinska indikationerna.

Bakgrund och uppdrag

I *Verksamhetsanalys 2006* redovisades konsumtionen av ett antal planerade kirurgiska ingrepp uppdelat på de 12 HSN-områdena. För vissa diagnoser/operationer, t ex operation för godartad prostataförstoring och livmoderframfall, förelåg en betydande variation inom Västra Götaland.

I ett tjänsteutlåtande från hälso- och sjukvårdsavdelningen (Dnr RSK 391-2007) bedömdes det som osannolikt att medicinska sakförhållanden kunde motivera dessa inomregionala skillnader. Som en konsekvens av detta gav hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att studera såväl kirurgiska som icke-kirurgiska behandlingsalternativ vid godartad prostataförstoring och livmoderframfall liksom eventuella skillnader i indikationsställning och antal väntande.

Kristina Narbro och Jarl Torgerson vid hälso- och sjukvårdsavdelningens analysenhet har genomfört uppdraget. Avstämningar har gjorts med berörda verksamhetschefer och ordförande i sektorsråd. Resultaten har även redovisats för sjukvårdsgruppen i april 2008.

Livmoderframfall eller prolaps

Livmoderframfall (prolaps) drabbar huvudsakligen kvinnor efter menopausen. Prolaps är en folksjukdom. I studier har man visat att upp till 50 % av vuxna kvinnor har anatomiska framfall, vilket dock inte innebär att alla dessa kvinnor har en symtomgivande prolaps. Såväl svenska som internationella undersökningar indikerar att i storleksordningen 8 % av kvinnorna har symtomgivande framfall.

Med prolaps menas i princip att urinblåsan, ändtarmen och/eller livmodern buktar in i slidan. Själva uttrycket livmoderframfall är alltså inte heltäckande. Prolaps och urininkontinensproblem förekommer ofta tillsammans och som gemensam nämnare finns en svaghet i bäckenbottens muskulatur och bindvävsupphängning så kallad bäckenbotteninsufficiens. Problemet uppstår vanligen i samband med förlossning och förvärras sedan i samband med menopausen då nivåerna av muskel- och bindvävsstärkande kvinnligt könshormon sjunker kraftigt. En tredjedel av alla kvinnor med prolaps har också symtom på urininkontinens.

Symtomen vid prolaps varierar beroende på vilken/vilka delar som buktar in i slidan men domineras av mekaniska besvär dvs en knöl i underlivet eller en känsla av att något buktar in i slidan. Problem med vattenkastning, avföring och samliv är inte ovanliga. Det finns ingen entydig koppling mellan framfallets rent anatomiska omfattning och patientens upplevda symtom. Vid misstanke om prolaps genomgår patienten en klinisk undersökning som innefattar sjukhistoria och gynekologisk undersökning.

Behandlingsalternativen vid prolaps innefattar dels ringbehandling dels kirurgisk åtgärd. Kvinnor som inte har symtom utan endast ett anatomiskt framfall brukar inte bli föremål för dylik behandling. Lokalbehandling med kvinnligt könshormon samt sjukgymnastisk bäckenbottenträning ingår också i behandlingsarsenalen. Det finns ingen säker vetenskaplig bevisning för vilken behandling som lämpar sig bäst vid olika typer av framfall eller om ringbehandling eller kirurgisk behandling är att föredra. På nationell nivå räknar man med ett totalt årligt behov av operation eller ringbehandling på 5 000 ingrepp/åtgärder. Minst 20 % av alla opererade patienter får återfall och kan då komma att behöva förnyade åtgärder.

Ringbehandling kan vara aktuell för kvinnor som inte vill bli opererade eller där en operation av medicinska skäl inte anses lämplig. Det finns ringar av olika utformning och syftet med behandlingen är att hålla den buktande delen (urinblåsa, ändtarm, livmoder) på plats.

Den kirurgiska prolapsbehandlingen syftar till att återställa läget hos den del som buktar in i slidan och därmed reducera symtomen. Det finns ett flertal olika kirurgiska tekniker beskrivna. Idag används i högre grad än tidigare individuellt anpassade operationsmetoder med målsättningen att specifikt korrigera den enskilda patientens anatomiska svagheter i bäckenbotten.

Nationella indikationer för behandling av urininkontinens och prolaps har, via Sveriges kommuner och landsting, utarbetats av Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi under 2006.

Godartad prostataförstoring

Förekomsten av godartad prostataförstoring eller benign prostatahyperplasi (BPH) ökar med stigande ålder för att vara i det närmaste 100 % vid 80-90 års ålder. Orsaken till att prostatakörteln tillväxer i storlek är inte känd i detalj men ålder och manligt könshormon är de dominerande riskfaktorerna. Ärftlighet spelar roll och risken att bli opererad för BPH är fyra gånger högre för nära släktingar till män som själva genomgått behandling. Etnisk bakgrund verkar inte vara av betydelse.

När prostatakörteln tillväxer i storlek leder detta till att urinröret, som går genom prostatakörteln, kommer i kläm, vilket kan ge upphov till symptom i form av svag urinstråle, avbruten urinstråle, frekvent vattenkastningsbehov, behov av att krysta för att tömma blåsan etc. Från epidemiologiska studier vet vi att 20-30 % av männen över 50 års ålder har måttliga eller uttalade vattenkastningsbesvär. Det finns också risk för allvarliga komplikationer i form av totalstopp för vattenkastningen (urinstämning), urinvägsinfektioner med allmän blodförgiftning (urosepsis) samt påverkan på njurfunktionen.

Det är viktigt att betona att ospecifika symptom från urinvägarna med stigande ålder blir vanligare hos både män och kvinnor utan att detta (i männens fall) behöver hänga ihop med en förstoring av prostata. I brist på bättre svensk terminologi kallas detta för LUTS (lower urinary tract symptoms). Alla män med symptom från urinvägarna har således inte BPH och alla män med BPH har heller inte symptom, framförallt inte av den arten att aktiv behandling krävs. Exempelvis var i slutet av 1990-talet den kumulativa livstidsrisken i Uppsala län att genomgå prostatakirurgi 10 % men därefter har den sjunkit betydligt. I Sverige har antalet opererade minskat från 15 000 till 5 000 per år under de senaste 15 åren.

Vid misstanke om BPH genomgår patienten en klinisk undersökning innefattande en detaljerad symptomskattning, ändtarmsundersökning, blod- och urinprover, mätning av urinflödets hastighet samt ofta också transrektalt ultraljud för bestämning av prostatakörtelns storlek. Ändtarmsundersökning och blodprov (PSA) är av betydelse för att skilja BPH från prostatacancer.

Behandlingen vid BPH syftar till symtomlindring samt till att minska risken för allvarliga komplikationer t ex urinstämning, urinvägsinfektioner och försämrad njurfunktion. Aktuella behandlingsalternativ kan spaltas upp i farmakologiska, minimalinvasiva och kirurgiska.

De läkemedel som är aktuella syftar antingen till att slappna av muskulaturen i blåshals och urinrör (alfablockerare) så att urinflödet underlättas eller till att minska mängden manligt könshormon (5-alfa-reduktashämmare), som ju är en betydande riskfaktor för prostataförstoring. Dessa läkemedelstyper kan ges var för sig eller kombineras.

Kirurgisk behandling är den i särklass mest effektiva behandlingsstrategin vid BPH med en symtomreduktion på 75-85 %. Det finns ett flertal olika kirurgiska tekniker varav TURP (transuretral resektion av prostata) anses vara golden standard.

Bland de många minimalinvasiva behandlingsmetoderna kan nämna mikrovågsbehandling (TUMT), som i princip innebär en värmebehandling av den förstörade vävnaden. Resultatmässigt verkar mikrovågsbehandling vara något mindre effektivt än TURP. Ingreppet görs huvudsakligen polikliniskt och har möjligen en gynnsammare biverkningsprofil.

Nationella indikationer för behandling av prostatahyperplasi har under 2006, via Sveriges kommuner och landsting, utarbetats av Svensk Urologisk Förening. Dessa utgörs de facto av de behandlingsindikationer som sektorsrådet i urologi tog fram för Västra Götalandregionen under 2004.

Arbetets genomförande

I denna studie har fokus legat på de nämndområden där högst respektive lägst antal operationer per invånare utfördes under år 2006. Antalet operationer för livmoderframfall var lägst i HSN 1 och 2 (Norra Bohuslän och Dalsland) samt högst i HSN 8 (Sjuhärad). Antalet operationer vid godartad prostataförstoring var lägst i HSN 5, 11, 12 (Göteborg) och 7 (Södra Bohuslän) och högst i HSN 6 (Mittenälvsborg), (Tabell 1).

Tabell 1. Antal operationer per invånare uttryckt som index där Västra Götaland=100.
Källa: Verksamhetsanalys 2006.

| HSN | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|-----------------------------|-----|----|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Framfallsoperation | 55 | 67 | 87 | 99 | 111 | 83 | 92 | 126 | 114 | 94 | 103 | 113 |
| Prostataoperation, godartad | 119 | 93 | 119 | 114 | 72 | 140 | 63 | 101 | 126 | 126 | 64 | 55 |

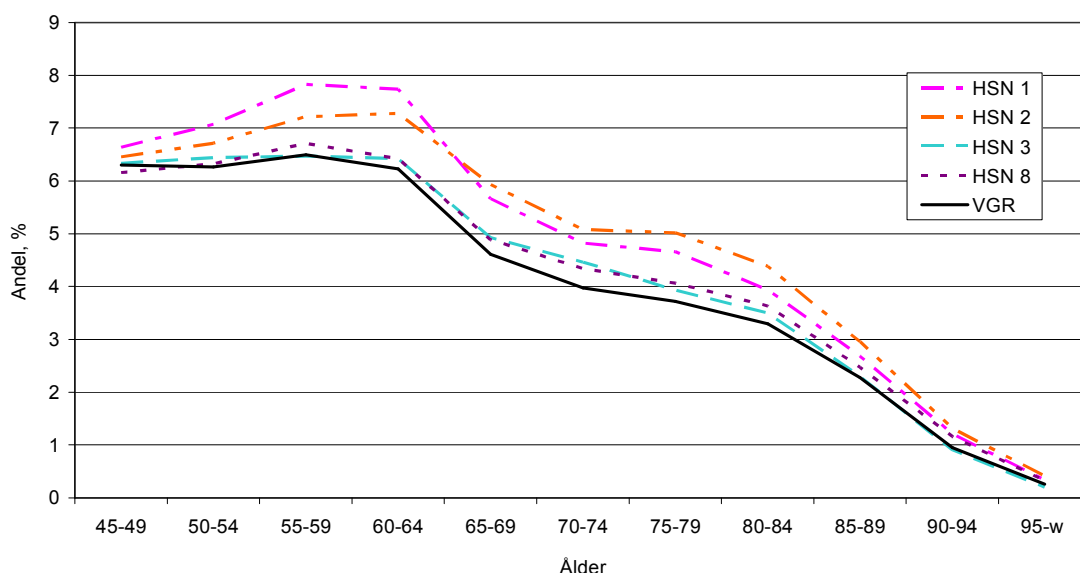
Framfallsoperationer i HSN 1 och 2 genomfördes huvudsakligen inom NU-sjukvården medan Södra Älvsborgs Sjukhus (SäS) stod för operationerna i HSN 8. Eftersom operationsfrekvensen var låg, dock inte bland de allra lägsta, även i HSN 3 (Trestad) och denna nämnd utgör en stor del av upptagningsområdet för NU-sjukvården ingår även den i analysen av framfallsoperationer. Prostataoperationerna i HSN 5, 11, 12 och 7 utfördes huvudsakligen vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) och i HSN 6 vid Alingsås lasarett. Diskussioner angående praxis, läkartillgång, syn på alternativa behandlingsmetoder, kösituation etc har förts med verksamhetsföreträdare för kvinnokliniken respektive kirurgkliniken/urologkliniken vid dessa sjukhus.

Åldersfördelning i respektive nämndområde har hämtats från befolkningsregistret. Antal operationer, ålder vid operation samt registrerad förekomst av alternativa behandlingsmetoder har tagits fram ur vårddatabasen VEGA. Antal väntande på operation har erhållits från regionens väntetidsuppföljning. Uppgifter om läkemedelsförsäljning har hämtats ur Apotekets försäljningsstatistik.

Resultat livmoderframfall

Åldersfördelning i befolkningen

Av nedanstående figur framgår att HSN 1 och 2 hade en större andel kvinnor i åldern 45-89 år jämfört med Västra Götaland. I HSN 3 och 8 är åldersfördelningen relativt lik fördelningen i hela regionen. Dock är det i dessa nämnder en något högre andel kvinnor i åldrarna 65-84 år.



Figur 1. Åldersfördelning bland kvinnor år 2006.

Öppenvårdsbesök

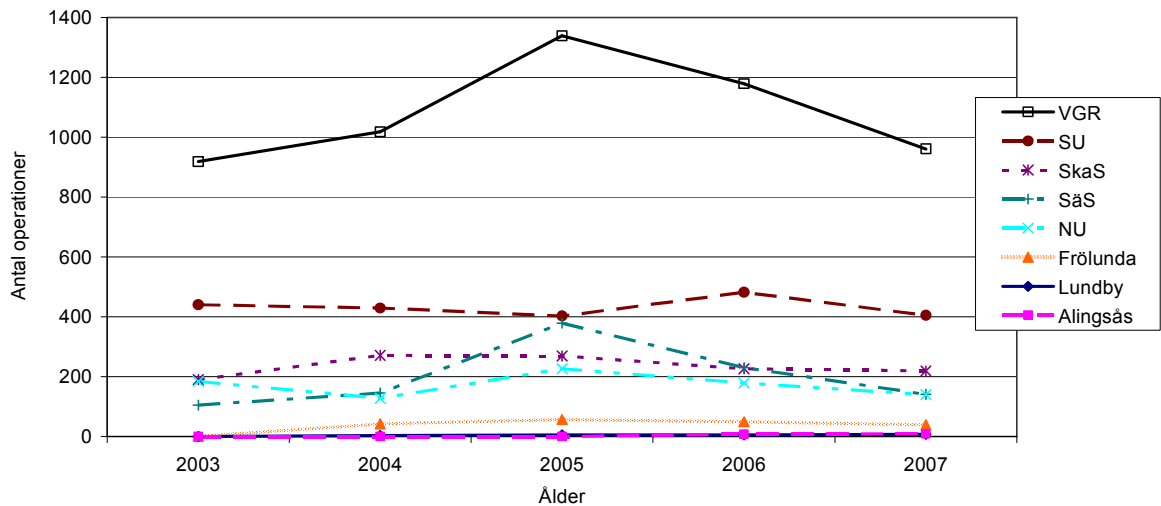
Antalet kvinnor som vid läkarbesök (primärvård och specialistvård) fått diagnosen livmoderframfall, per 100 000 kvinnor i åldern 45-84 år, var högst i HSN 2 och lägst i HSN 1 både under 2006 och 2007. Antalet patienter är i stort sett lika under de båda åren i HSN 1, 2 och 3 medan HSN 8 har färre patienter 2007.

Tabell 2. Antal individer med livmoderframfall som förstadiagnos vid läkarbesök i öppen vård, totalt samt per 100 000 kvinnor 45-84 år under 2006 och 2007.

| | Antal individer | | Antal individer per 100 000 kvinnor 45-84 år | |
|-------|-----------------|------|--|------|
| | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 |
| HSN 1 | 217 | 203 | 1233 | 1142 |
| HSN 2 | 174 | 175 | 1660 | 1674 |
| HSN 3 | 502 | 508 | 1530 | 1538 |
| HSN 8 | 640 | 543 | 1599 | 1353 |

Antal operationer

Av figuren nedan framgår att det totala antalet operationer i Västra Götaland ökade från 2003 till 2005 för att sedan minska successivt. Ökningen var kraftigast under 2005. SÄS svarade för två tredjedelar av denna ökning och NU-sjukvården för en tredjedel. För övriga sjukhus i regionen har det endast varit smärre variationer i antalet operationer över åren.



Figur 2. Antal operationer för livmoderframfall under 2003-2007.

I nedanstående tabeller redovisas för HSN 1, 2, 3 och 8 totalt antal framfallsoperationer oavsett ålder vid operation, referenstal beräknat utifrån genomsnittligt antal operationer i riket bland kvinnor 45-84 år samt hur stor andel av referenstalet som opererats. Antal operationer per 100 000 kvinnor 45-84 år redovisas i form av ett index där Västra Götaland=100.

Tabell 3. Operationer av livmoderframfall år 2006.

| | Antal operationer | Referenstal | Antal utförda operationer i relation till referenstal % | Index, VGR=100 |
|-------|-------------------|-------------|---|----------------|
| HSN 1 | 36 | 52 | 69,2 | 55 |
| HSN 2 | 26 | 31 | 83,9 | 67 |
| HSN 3 | 105 | 96 | 109,4 | 87 |
| HSN 8 | 188 | 117 | 160,7 | 126 |
| VGR | 1179 | 926 | 127,3 | 100 |

Tabell 4. Operationer av livmoderframfall år 2007.

| | Antal operationer | Referenstal | Antal utförda operationer i relation till referenstal % | Index, VGR=100 |
|-------|-------------------|-------------|---|----------------|
| HSN 1 | 31 | 52 | 59,6 | 58 |
| HSN 2 | 19 | 31 | 61,3 | 60 |
| HSN 3 | 84 | 97 | 86,6 | 84 |
| HSN 8 | 119 | 118 | 100,9 | 99 |
| VGR | 961 | 932 | 103,1 | 100 |

I HSN 1, 2 och 3 utfördes totalt 167 framfallsoperationer under 2006 och 134 operationer under 2007. NU-sjukvården svarade under båda åren för 95 % av dessa operationer. Endast en mindre del, 2-6 %, av operationerna utfördes i öppen vård. Bland kvinnor tillhörande hälso- och sjukvårdsnämnd 8 utfördes 188 operationer av framfall under år 2006 och 119 operationer under 2007. Huvuddelen av operationerna, 98 % under båda åren, gjordes på Säs.

Alder vid operation

Genomsnittlig operationsålder för alla framfallsopererade i Västra Götaland under 2006 var 63,3 år. I HSN 1, 2 och 3 sammantaget var medelåldern vid operation 64,8 år medan den i HSN 8 var 2 år lägre, 62,8 år. Denna skillnad är dock inte statistiskt säkerställd.

Medianåldern för alla framfallsopererade kvinnor i regionen under 2006 var 63 år, dvs hälften av de opererade var 63 år eller äldre. I HSN 1+2+3 var vid operationstillfället 62 % av de opererade kvinnorna 63 år eller äldre mot endast 49 % av de opererade i HSN 8 (statistiskt säkerställd skillnad).

Antal väntande på operation

Antalet väntande till operation registreras den siste i varje månad med undantag för juni då ingen statistik förs. Av nedanstående tabell framgår att antalet som väntat på operation mer än de enligt vårdgarantin stipulerade tre månaderna är relativt få under de flesta av årets månader vid båda vårdenheterna. I augusti och september är det dock en större andel av patienterna som fått vänta mer än 90 dagar.

Tabell 5. Antal väntande till operation för livmoderframfall vid NU-sjukvården och SäS. I kolumnen ≤ 90 dagar ingår även de patienter som själva valt att vänta samt väntande av medicinska skäl. Dessa patienter kan dock ha väntat >90 dagar.

| | NU-sjukvården | | | SäS | | |
|-------------|-----------------|--------------|--------|-----------------|--------------|--------|
| | ≤ 90 dagar | > 90 dagar | Totalt | ≤ 90 dagar | > 90 dagar | Totalt |
| 2006 | | | | | | |
| jan | 23 | 16 | 39 | 70 | 7 | 77 |
| feb | 40 | 0 | 40 | 61 | 3 | 64 |
| mar | 37 | 0 | 37 | 45 | 2 | 47 |
| apr | 28 | 0 | 28 | 35 | 3 | 38 |
| maj | 26 | 0 | 26 | 39 | 0 | 39 |
| jun | | | | | | |
| jul | 42 | 8 | 50 | 46 | 4 | 50 |
| aug | 47 | 11 | 58 | 43 | 16 | 59 |
| sep | 46 | 22 | 68 | 45 | 12 | 57 |
| okt | 52 | 2 | 54 | 45 | 4 | 49 |
| nov | 38 | 0 | 38 | 33 | 1 | 34 |
| dec | 25 | 5 | 30 | 38 | 2 | 40 |
| 2007 | | | | | | |
| jan | 33 | 0 | 33 | 28 | 2 | 30 |
| feb | 32 | 0 | 32 | 36 | 2 | 38 |
| mar | 43 | 0 | 43 | 33 | 0 | 33 |
| apr | 36 | 0 | 36 | 29 | 0 | 29 |
| maj | 19 | 4 | 23 | 35 | 1 | 36 |
| jun | | | | | | |
| jul | 47 | 2 | 49 | 41 | 4 | 45 |
| aug | 42 | 11 | 53 | 34 | 12 | 46 |
| sep | 31 | 8 | 39 | 35 | 4 | 39 |
| okt | 58 | 5 | 63 | 34 | 3 | 37 |
| nov | 70 | 0 | 70 | 33 | 2 | 35 |
| dec | 54 | 2 | 56 | 42 | 9 | 51 |

Icke operativ behandling

Enligt registrerade uppgifter, i form av åtgärds-koder och ICD-koder, i den regionala vårddatabasen har mindre än 1 % av kvinnorna > 40 år i HSN 1+2+3 erhållit prolapsring inom NU-sjukvården under år 2006/2007. Vid Säs har endast enstaka personer erhållit prolapsring. Detta kan vara den faktiska behandlingen vid bägge enheterna men det troliga är att registreringen av ringbehandling är bristfällig på båda sjukhusen.

Diskussion med verksamhetsföreträdare

NU-sjukvården

Alla operationer av livmoderframfall görs på NÄL. Kapaciteten är god för att ta emot de patienter som söker och för att utföra operationer. Vanligast är att patienterna själva söker till kliniken (egenremiss), näst vanligaste kontaktvägen är remiss från primärvården. Ett mindre antal patienter kommer på remiss från privata vårdgivare.

Till följd av en medveten satsning på alternativa behandlingar har sedan 2003 antalet operationer av livmoderframfall minskat, med undantag för år 2005 då sjukhuset fick en relativt stor beställning av operationer.

Kliniken strävar mot att allt fler patienter ska pröva ringbehandling före en eventuell operation. I behandlingen ingår också bäckenbottenmuskelträning och lokal östrogenbehandling. För närvarande får cirka hälften av patienterna prolapsring som första alternativ. Av dessa blir i ett senare skede ungefär 20 % opererade. Prolapsringen provas ut av gynekolog. Återbesök sker efter en månad till undersköterska och efter tre månader till läkare. Den fortsatta uppföljningen sköts huvudsakligen via en undersköterskebemannad mottagning.

I en uppföljning av patienter, behandlade av en och samma läkare under 2002-2004, ingick 115 av 139 patienter (83 %). Av de framfallsopererade patienterna var 81 % nöjda med resultatet av behandlingen. Motsvarande siffra för dem som erhållit prolapsring var 79 %. Hälften av patienterna som varken opererats eller fått prolapsring var nöjda. De vanligaste orsakerna till att patienterna inte var nöjda med behandlingen var, oavsett typ av behandling, urinläckage eller urinträngningar, att framfallet hade ökat eller återkommit, förstoppning eller smärtor vid samlag. För behandlade med prolapsring var smärtor av ringen även en orsak till missnöje.

Södra Älvsborgs Sjukhus

Verksamhetsföreträdare för kvinnokliniken vid Säs anger att kliniken följer de vedertagna indikationerna för operation men under 2005, i samband med att vårdgarantin skulle införas, fick man en extrabeställning av operationer för livmoderframfall. Ovanligt många operationer gjordes därför detta år samt en bit in på 2006, inte bara för befolkningen i det egna upptagningsområdet utan även från andra sjukhus i regionen. Siffrorna för denna period är därför inte jämförbara med övriga sjukhus.

Beträffande prolapsringar anges att kliniken inte avviker från grundläggande policy men det kan tänkas finnas en underrapportering av det faktiska antalet utförda behandlingar. Hanteringen sköts till stor del av uroterapeut. Varje gynekolog har dock självständigt ansvar och befogenhet även om riktlinjer och evidensbaserade indikationer följs. Därför kan frekvensen variera något från år till år följd av personalomsättning.

Huvudfynd

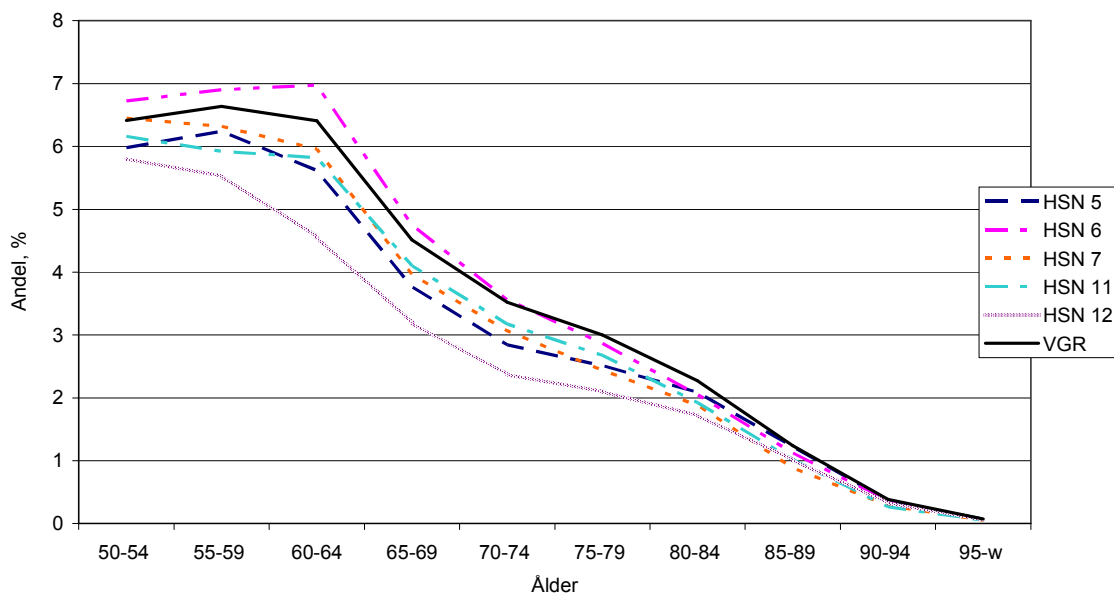
NU-sjukvården satsar medvetet på behandling med prolapsring, vilket leder till relativt låg operationsfrekvens.

SäS opererade ett stort antal patienter under 2005 och 2006 för att korta köerna. Under 2007 var operationsfrekvensen i balans.

Resultat godartad prostataförstoring

Åldersfördelning i befolkningen

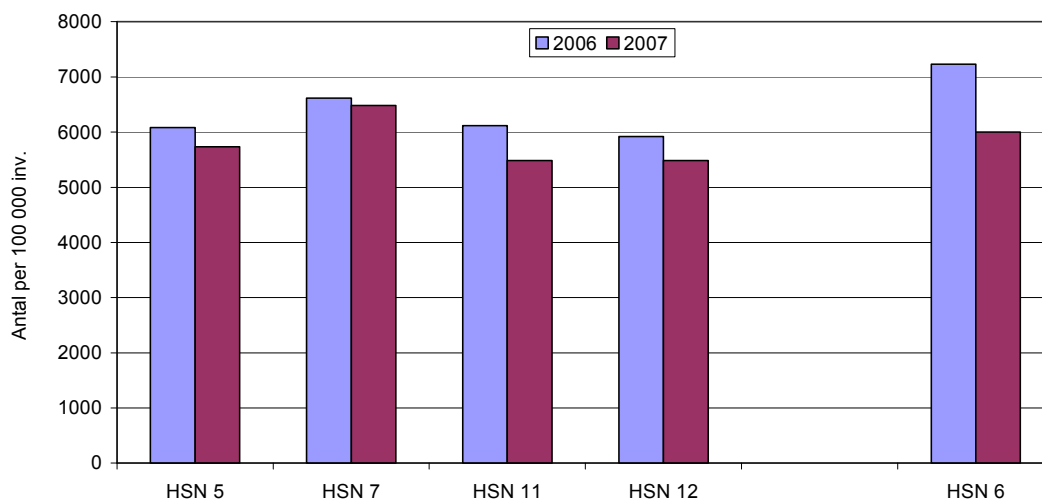
HSN 12 har den yngsta befolkningen men även i HSN 5, 7 och 11 är det en lägre andel män i åldern 50-85 år jämfört med hela Västra Götaland. I HSN 6 är det något större andel män i åldern 50-69 år men i övrigt skiljer sig inte åldersfördelningen nämnvärt från åldersfördelningen i regionen (Figur 3).



Figur 3. Åldersfördelning bland män år 2006.

Öppenvårdsbesök

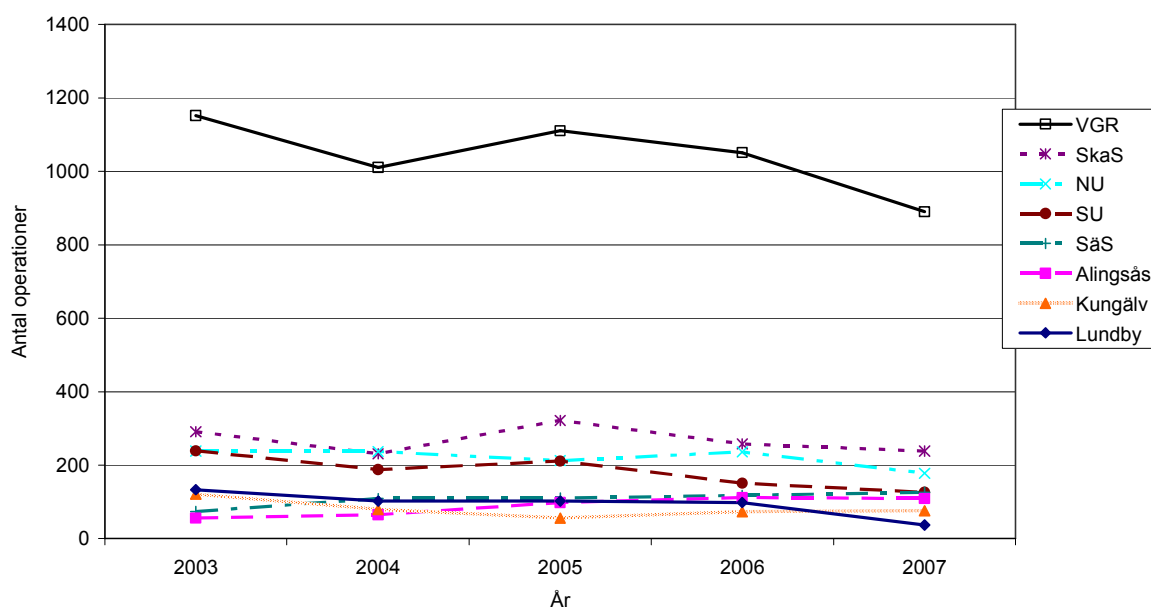
Av nedanstående figur framgår att antalet män som vid läkarbesök (primärvård och specialistvård) fått diagnosen godartad prostataförstoring var högst i HSN 6 under år 2006. I samtliga områden var andelen lägre 2007 jämfört med 2006. Lägst andel under 2007 återfinns i HSN 11.



Figur 4. Antal män med förstadiagnos godartad prostataförstoring vid läkarbesök i öppen vård per 100 000 män \geq 65 år under 2006 och 2007.

Antal operationer

Det totala antalet operationer för godartad prostataförstoring har successivt sjunkit i regionen från 2003 till 2007. Vid Alingsås lasarett och Säs utfördes fler operationer under 2007 jämfört med 2003 medan övriga sjukhus i regionen utförde färre operationer under 2007.



Figur 5. Antal operationer för godartad prostataförstoring under 2003-2007.

I nedanstående tabeller redovisas för HSN 5, 11, 12, 7 och 6 totalt antal operationer för godartad prostataförstoring oavsett ålder vid operation, referenstal beräknat utifrån genomsnittligt antal operationer i riket bland män 65 år och äldre samt hur stor andel av referenstalet som opererats. Antal operationer per 100 000 män \geq 65 år redovisas i form av ett index där Västra Götaland=100.

Tabell 6. Operationer för godartad prostataförstoring år 2006.

| | Antal operationer | Referenstal | Antal utförda operationer i relation till referenstal % | Index, VGR=100 |
|--------|-------------------|-------------|---|----------------|
| HSN 5 | 90 | 117 | 76,9 | 72 |
| HSN 11 | 50 | 73 | 68,5 | 64 |
| HSN 12 | 39 | 65 | 60,0 | 55 |
| HSN 7 | 45 | 67 | 67,2 | 63 |
| HSN 6 | 87 | 59 | 147,5 | 140 |
| VGR | 1051 | 985 | 106,7 | 100 |

Tabell 7. Operationer för godartad prostataförstoring år 2007.

| | Antal operationer | Referenstal | Antal utförda operationer i relation till referenstal % | Index, VGR=100 |
|--------|-------------------|-------------|---|----------------|
| HSN 5 | 76 | 119 | 63,9 | 72 |
| HSN 11 | 52 | 74 | 70,3 | 79 |
| HSN 12 | 34 | 66 | 51,5 | 60 |
| HSN 7 | 47 | 69 | 68,1 | 77 |
| HSN 6 | 75 | 62 | 121,0 | 137 |
| VGR | 890 | 1006 | 88,5 | 100 |

I HSN 5, 11, 12 och 7 utfördes totalt 224 operationer för godartad prostataförstoring under 2006. SU svarade för 55 % av operationerna, Lundby för 29 %, Alingsås för 13 % och övriga 2 % var utspridda i regionen. Knappt en fjärdedel av operationerna utfördes i öppen vård. Under 2007 utfördes 209 operationer varav 54 % vid SU, 19 % vid Alingsås lasarett, 14 % vid Lundby sjukhus, 11 % vid Kungälv's sjukhus och 2 % vid SkaS. Endast 13 % av operationerna under 2007 utfördes i öppen vård. Bland männen i HSN 6 utfördes 87 operationer av godartad prostataförstoring under år 2006 och 75 operationer under 2007. Huvuddelen av operationerna, 89 % år 2006 och 85 % år 2007, gjordes vid Alingsås lasarett.

I hela Västra Götaland gjordes färre operationer per invånare under 2007 jämfört med 2006. År 2006 utfördes 7 % fler operationer än förväntat medan under 2007 endast 89 % av förväntat antal utfördes.

Alder vid operation

Genomsnittlig operationsålder för alla opererade i regionen under 2006 var 71,1 år. Under samma år var medelåldern vid operation i HSN 6 69,9 år och i HSN 5+11+12+7 var den 70,8 år. Denna skillnad är inte statistiskt säkerställd.

Medianålder vid samtliga operationer för godartad prostataförstoring i Västra Götaland under 2006 var 71 år. I HSN 6 var 41 % av de opererade över medianåldern medan motsvarande andel i HSN 5+7+11+12 var 47 %. Skillnaden mellan områdena är inte statistiskt säkerställd.

Antal väntande på operation

Antalet väntande till operation vid SU ligger under år 2006 mellan 65 och 100 per månad. Under andra hälften av året har drygt hälften av patienterna väntat mer än tre månader. Andelen långtidsväntande minskar under 2007 och vid slutet av året har endast enstaka

individer väntat mer än tre månader. I början av 2006 har en stor andel av patienterna vid Alingsås lasarett väntat mer än tre månader. Denna andel sjunker dock under andra kvartalet. I slutet av året och under hela 2007, med undantag för januari månad, uppfylls vårdgarantin.

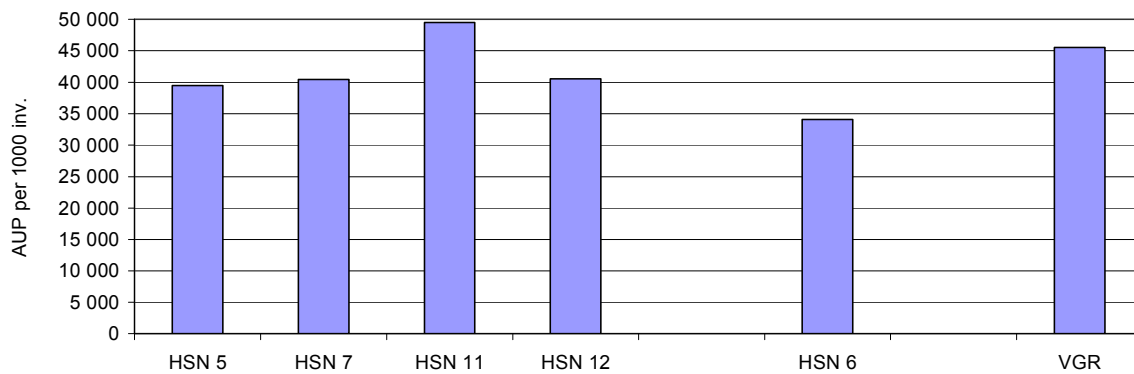
Tabell 8. Antal väntande till operation för godartad prostataförstoring vid SU och Alingsås lasarett. I kolumnen ≤ 90 dagar ingår även de patienter som själva valt att vänta samt väntande av medicinska skäl. Dessa patienter kan dock ha väntat >90 dagar.

| | SU | | | Alingsås lasarett | | |
|-------------|-----------------|--------------|--------|-------------------|--------------|--------|
| | ≤ 90 dagar | > 90 dagar | Totalt | ≤ 90 dagar | > 90 dagar | Totalt |
| 2006 | | | | | | |
| jan | 43 | 22 | 65 | 19 | 11 | 30 |
| feb | 53 | 17 | 70 | 11 | 26 | 37 |
| mar | 48 | 23 | 71 | 13 | 18 | 31 |
| apr | 57 | 15 | 72 | 10 | 15 | 25 |
| maj | 46 | 28 | 74 | 16 | 6 | 22 |
| jun | | | | | | |
| jul | 51 | 50 | 101 | x ¹ | x | x |
| aug | 45 | 59 | 104 | 31 | 7 | 38 |
| sep | 37 | 62 | 99 | 30 | 3 | 33 |
| okt | 36 | 59 | 95 | 24 | 0 | 24 |
| nov | 40 | 49 | 89 | 15 | 0 | 15 |
| dec | 36 | 48 | 84 | 15 | 0 | 15 |
| 2007 | | | | | | |
| jan | 57 | 27 | 84 | 11 | 4 | 15 |
| feb | 53 | 17 | 70 | x | 0 | x |
| mar | 55 | 6 | 61 | 38 | 0 | 38 |
| apr | 53 | 0 | 53 | 42 | 0 | 42 |
| maj | 49 | 0 | 49 | 26 | 0 | 26 |
| jun | | | | | | |
| jul | 73 | 7 | 80 | 14 | 0 | 14 |
| aug | 63 | 19 | 82 | 22 | 0 | 22 |
| sep | 60 | 9 | 69 | 29 | 0 | 29 |
| okt | 53 | 2 | 55 | 21 | 0 | 21 |
| nov | 63 | 0 | 63 | 18 | 0 | 18 |
| dec | 60 | 1 | 61 | 16 | 0 | 16 |

1) x anger att uppgifter saknas.

Läkemedelsbehandling

I HSN 5, 7 och 12 är försäljningen av läkemedel mot godartad prostataförstoring, räknat som apotekets försäljningspris per 1 000 invånare (män), något under den genomsnittliga nivån i regionen medan försäljningen är högre än genomsnittet i HSN 11. I HSN 6 är läkemedelsförsäljningen klart lägre än genomsnittet i regionen (Figur 6).



Figur 6. Apotekets utförsäljningspris (AUP) för läkemedel mot godartad prostataförstoring per 1000 invånare (män), 2006.

Diskussion med verksamhetsföreträdare

Alingsås lasarett

Såväl operations- som mottagningskapaciteten är god och planerade operationer behöver inte ställas in på grund av platsbrist. Kliniken har möjlighet att utföra ungefär 100 operationer per år. Utöver de operationer som utförs för befolkningen i det egna upptagningsområdet finns avtal om operationer för Sahlgrenska Universitetssjukhusets räkning.

Antalet remisser ligger runt 60-80 per månad. Huvuddelen av remisserna kommer från primärvården. Kliniken har regelbundet återkommande möten med upptagningsområdets allmänläkare för diskussion av remissindikationer. Läkemedel sätts sällan in. Detta beror huvudsakligen på att en stor del av patienterna redan prövat läkemedel innan de remitterats till urologkliniken. Kliniken följer etablerade indikationer för kirurgisk behandling.

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Klinikens beställning av operationer ligger runt 200 i år men endast hälften av dessa kommer att kunna utföras. Huvudanledningen till det låga antalet operationer vid kliniken anges vara resursbrist. Under de senaste åren har ett antal specialistläkare slutat. Urologerna vid kliniken ingår i den allmänna kirurgjouren, vilket leder till problem med bemanningen dagtid vid urologkliniken. Brist på bemannade operationssalar och såväl postoperativa som allmänna vårdplatser anges också vara en begränsande faktor för antalet operationer. Även om kliniken följer etablerade operationsindikationer kan den relativa resursbristen ha lett till skärpta operationsindikationer.

Farmakologisk behandling inleds oftast inte av primärvården utan sätts in av urologerna. Läkemedelsbehandling provas i så stor utsträckning som möjligt.

Kliniken skickar patienter till andra kliniker i regionen, framförallt Alingsås lasarett och Lundby sjukhus, i så stor utsträckning som möjligt. Bedömning och utredning av dessa patienter görs dock vid SU.

Huvudfynd

Bägge sjukhusen verkar följa etablerade operationsindikationer. Snarare framstår kapacitetsskillnader mellan enheterna som en viktig bidragande orsak till variationen i operationsfrekvens.

Diskussion och slutsatser

Vad är sanning?

I en dikt av Gustaf Fröding från 1891 återfinns följande tankevärda strof:

*Dock syns mig sällsamt, att det enda sanna
så underbart kan byta form och färg.
Det, som är sanning i Berlin och Jena,
är bara dåligt skämt i Heidelberg.*

Frödings träffande drift med inomakademiska trätor mellan olika lärosäten har nog sin relevans ännu idag. Ett av syftena med den evidensbaserade medicinen är just att minimera inflytandet av sådana motsättningar, genom att tillämpa en formaliserad och enhetlig bedömning av det vetenskapliga underlaget. Detta innebär givetvis inte att entydiga och bestående sanningar merendels kan fastslås, däremot att kunskapsläget tydligare kan beskrivas och att bakomliggande vetenskapliga undersökningars bevisvärde klarare kan definieras. Detta ger en bättre grund för behandlingsrekommendationer och kliniska val.

Både när det gäller behandlingen av godartad prostatahyperplasi (BHP) och av prolaps finns det nationella indikationer framtagna via Sveriges kommuner och landsting. Framförallt det gynekologiska dokumentet är tydligt med att lyfta fram den vetenskapliga osäkerhet som råder kring vad som kan uppfattas som en korrekt medicinsk handläggning. Samtidigt föreligger ett uppdrag från hälso- och sjukvårdsdirektören att under 2008 kartlägga implementeringen av de nationella medicinska indikationerna genom att undersöka hur berörda verksamheter arbetat med att göra dessa kända och hur man säkerställer att de efterlevs (Dnr RSK 273-2008). Detta eftersom hälso- och sjukvårdsutskottet tidigare beslutat att de nationella medicinska indikationerna också skall gälla i Västra Götalandsregionen (Dnr RSK 228-2004).

Sektorsråden för urologi och kvinnosjukvård fick vidare i samband med den *Handlingsplan gynekologi och urologi* som togs fram 2007 (Dnr RSK 549-2006) i uppdrag att arbeta fram regionala riktlinjer för behandling av BHP och prolaps.

Det pågår således ett flertal nationella och regionala aktiviteter med avseende på behandlingsriktlinjer för godartad prostataförstoring och prolaps.

Prolaps – att skära eller inte skära?

Den inomregionala skillnaden i frekvensen av operationer för livmoderframfall under 2006 kan, som vi sett ovan, huvudsakligen hänföras till två faktorer, dels extrabeställningar till SäS (fler operationer), dels en medveten satsning på ringbehandling inom NU-sjukvården (färre

operationer). År 2007 är situationen i stort oförändrad inom NU-sjukvården, medan Säs minskat sitt opererande då inga extrabeställningar av prolapsoperationer gjorts.

Givet de nationella behandlingsriktlinjerna verkar evidensläget kring operation eller ringbehandling vid prolaps i viss mån vara oklart. I diskussionen med NU-sjukvårdens företrädare hänvisades dessutom till ett färskt dokument från den amerikanska gynekologföreningen (The American Collage of Obstetricians and Gynecologists) där ringbehandling ges ett stort utrymme i behandlingsrekommendationerna (*ACOG practice bulletin. Obstetrics and Gynecology 2007; 109: 461-73*).

Man bör betona att ringbehandling inte utesluter en senare kirurgisk åtgärd för de kvinnor som inte blir tillräckligt hjälpta. NU-sjukvårdens egna siffror indikerar också att så blir fallet för cirka 20 % av patienterna. Den interna kontrollen visade lika hög andel nöjda patienter bland de ringbehandlade som bland de opererade kvinnorna.

En brasklapp i sammanhanget är att den exakta frekvensen av ringbehandling på bägge enheterna inte låter sig definitivt fastslås då det sannolikt föreligger en viss underrapportering av åtgärden.

Prostataproblematiken

När det gäller operationer för godartad prostataförstoring (BPH) har vi i diskussioner med berörda verksamhetsföreträdare inte kunnat spåra någon avgörande skillnad i förhållningssättet till indikationerna för kirurgisk behandling. Dessa har ju också, som diskuterats ovan, ett ursprung i Västra Götaland och sektorsrådet för urologi och torde därför vara väl kända och förankrade i regionen.

Snarare framstår kapacitetsskillnader mellan enheterna som en viktig bidragande orsak till variationen i operationsfrekvens. Något som ju är väl känt från den tidigare regionala *Handlingsplan gynekologi och urologi* (Dnr RSK 549-2006). I en uppföljning av handlingsplanen, som redovisades för hälso- och sjukvårdsutskottet vårvintern 2008, framgick bland annat att situationen totalt i Västra Götaland, inte minst i Göteborg, är fortsatt bekymmersam när det gäller antal operationer, väntetider och behandlingsgaranti för BPH. Bland glädjeämnen noterades att arbetet med att ta fram en regiongemensam strategi för utbildningen av ST-läkare i urologi har påbörjats.

Vi finner det intressant att försäljningen av läkemedel mot godartad prostataförstoring är så pass låg i HSN 6, samtidigt som frekvensen där av kirurgiska ingrepp ligger högst i Västra Götaland. Kopplingen verkar alls inte lika klar när de gäller HSN 5,7, 11 och 12. I *Verksamhetsanalys 2007* kommer detta att diskuteras i större detalj men redan nu kan förutskickas att de finns ett samband på nämndnivå i Västra Götaland mellan antalet operationer och läkemedelskonsumtionen mätt som DDD; ju högre läkemedelskonsumtion desto färre operationer och vice versa.

Fortsatt arbete

Mot bakgrund av ovanstående nationella och regionala arbeten och beslut, liksom den inomregionala operationsvariabilitetens troliga orsaker, finner vi det lämpligt och rimligt att låta föreliggande rapport utgöra diskussionsunderlag för sektorsråden i urologi och

kvinnosjukvård, dels inför arbetet med regionala vårdprogram, dels i samband med kartläggningen av mottagande och efterlevnad av de nationella medicinska indikationerna.

Att återföra resultaten av denna rapport till den medicinska professionen, som grund för ett fortsatt samtal, ter sig som den enda vägen framåt.