



## Årsrapport for *2022* med plan for forbedringstiltak

TORIL RÅKNES<sup>1</sup> AND STEINAR FRITZNER RAFAELSEN  
HOLMSEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Sykehuset i Vestfold*

14. juni 2023

# Innhold

<b>I</b>	<b>Årsrapport</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Sammendrag/Summary</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Registerbeskrivelse</b>	<b>8</b>
2.1	Bakgrunn og formål . . . . .	8
2.1.1	Bakgrunn for Norsk gynekologisk endoskopiregister - NGER	8
2.1.2	Norsk gynekologisk endoskopiregisters formål . . . . .	8
2.1.3	Analyser som belyser registerets formål . . . . .	9
2.2	Juridisk hjemmelsgrunnlag . . . . .	10
2.3	Faglig ledelse og dataansvar . . . . .	10
2.3.1	Aktivitet i fagråd . . . . .	11
<b>3</b>	<b>Resultater</b>	<b>12</b>
3.1	Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM . . . . .	14
3.1.1	Konvertering . . . . .	15
3.1.2	Intraoperative komplikasjoner hysteroskopi . . . . .	18
3.1.3	Intraoperative komplikasjoner laparoskopi . . . . .	22
3.1.4	Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, moderat alvorlige og alvorlige . . . . .	27
3.1.5	Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige . . . . .	31
3.1.6	Postoperative komplikasjoner laparoskopi, middels alvorlig og alvorlig . . . . .	34
3.1.7	Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige . . . . .	39
3.1.8	Postoperative infeksjoner laparoskopisk hysterektomi . . . . .	41
3.1.9	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi	47
3.1.10	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved laparoskopi	49
3.1.11	Pasientens helsegevinst - PROM . . . . .	51

3.1.12	Tilfredshet med behandlende enhet - PREM . . . . .	53
3.2	Andre analyser . . . . .	62
3.2.1	Pasientkarakteristika . . . . .	62
3.2.2	Hyppigste diagnose . . . . .	67
3.2.3	Hyppigste prosedyre . . . . .	69
3.2.4	Operasjonsparametre . . . . .	71
<b>4</b>	<b>Metoder for fangst av data</b>	<b>76</b>
<b>5</b>	<b>Datakvalitet</b>	<b>77</b>
5.1	Antall registreringer . . . . .	77
5.2	Metode for beregning av dekningsgrad . . . . .	80
5.3	Tilslutning . . . . .	83
5.4	Dekningsgrad . . . . .	83
5.4.1	Dekningsgrad 2021 . . . . .	83
5.4.2	Dekningsgrad 2022 . . . . .	84
5.5	Metode for intern sikring av datakvalitet . . . . .	84
5.6	Metoder for vurdering av datakvalitet . . . . .	84
5.7	Vurdering av datakvalitet . . . . .	84
5.7.1	Kompletthet . . . . .	84
5.7.2	Kvalitetskontroll . . . . .	85
5.7.3	Reliabilitet . . . . .	85
5.7.4	Korrekthet . . . . .	87
5.7.5	Inkonsistensanalyser . . . . .	87
5.7.6	Registreringsforsinkelser . . . . .	87
<b>6</b>	<b>Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring</b>	<b>90</b>
6.1	Pasientgruppe som omfattes av NGER . . . . .	90
6.2	Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer . . . . .	90
6.2.1	Første gruppe kvalitetsindikatorer . . . . .	90
6.2.2	Andre gruppe kvalitetsindikatorer . . . . .	92
6.2.3	Variabeloversikt . . . . .	93
6.3	Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)	93
6.4	Sosiale og demografiske ulikheter i helse . . . . .	93
6.5	Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l. . . . .	93
6.6	Etterlevelse av faglige retningslinjer . . . . .	94
6.7	Pasientrettet kvalitetsforbedring . . . . .	94

6.7.1	Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret (TABELL) . . . . .	95
6.7.2	Tiltak og resultater . . . . .	96
6.8	Pasientsikkerhet . . . . .	98
<b>7</b>	<b>Formidling av resultater</b>	<b>99</b>
7.1	Resultater tilbake til deltakende fagmiljø . . . . .	99
7.2	Resultater til administrasjon og ledelse . . . . .	99
7.3	Resultater til pasienter . . . . .	99
7.4	Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no . . . . .	100
<b>8</b>	<b>Samarbeid og forskning</b>	<b>101</b>
8.1	Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre . . . . .	101
8.2	Vitenskapelige arbeider . . . . .	102
8.2.1	Utlevering av data . . . . .	102
8.2.2	Oral presentasjoner: . . . . .	102
8.2.3	Pågående vitenskapelig arbeid . . . . .	102
<b>II</b>	<b>Plan for forbedringstiltak</b>	<b>104</b>
<b>9</b>	<b>Videre utvikling av Norsk gynekologisk endoskopiregister</b>	<b>105</b>
9.1	Forbedring av dekningsgrad i Norsk gynekologisk endoskopiregister	105
9.1.1	Planlagt oppstart for ikke registrerende sykehus og avdelinger . . . . .	105
9.1.2	Reservasjonsregister . . . . .	106
9.2	Forbedring av metoder for fangst av data . . . . .	106
9.2.1	Variabelendringer . . . . .	106
9.2.2	Nytt skjema for måling av PREM . . . . .	106
9.3	Datakvalitet . . . . .	106
9.3.1	Validering mot eksterne kilder . . . . .	106
9.3.2	Datakvalitetsforbedringsprosjekt: Registreringsveileder . .	107
9.3.3	Forbedring av Norsk gynekologisk endoskopiregisters komplettethet . . . . .	107
9.4	Økt bruk av resultater til pasientrettet kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon/enhet . . . . .	107
9.5	Bidrag til etablering nasjonale kvalitetsindikatorer . . . . .	108
9.6	Formidling av resultater . . . . .	108
9.6.1	Forbedring av resultatformidling til deltakende fagmiljø .	108
9.6.2	Forbedring av resultatformidling til pasienter . . . . .	108

9.6.3	Forbedring av hvordan resultater på institusjonsnivå publiseres . . . . .	108
9.7	Samarbeid og forskning . . . . .	109
<b>III</b>	<b>Stadievurdering</b>	<b>110</b>
<b>10</b>	<b>Referanser til vurdering av stadium</b>	<b>111</b>
10.1	Vurderingspunkter . . . . .	111
10.2	Norsk gynekologisk endoskopiregisters oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen . . . . .	113
10.2.1	Ekspertgruppens vurdering av årsrapport 2021: . . . . .	113
10.2.2	Oppfølging . . . . .	113
<b>11</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>114</b>
11.1	Vedlegg 1: Reliabilitetsanalyse . . . . .	114
11.2	Vedlegg 2 Komplette variabeloversikt . . . . .	119
11.2.1	Personopplysningsskjema . . . . .	119
11.2.2	Operasjonsopplysningsskjema . . . . .	120
11.2.3	Laparoskopiskjema . . . . .	123
11.2.4	Hysteroskopiskjema . . . . .	125
11.2.5	Oppfølgingskjema for kartlegging av postoperative komplikasjoner og reoperasjon innen 4 uker etter inngrepet . . . . .	126
11.2.6	RAND 36-Item Short Form Health Survey . . . . .	128
11.2.7	TSS-2 - Treatment Satisfaction Scale . . . . .	134
11.3	Vedlegg 3: Norsk gynekologisk endoskopiregister-Nyttig for oss alle!	136

Del I

Årsrapport

# Kapittel 1

## Sammendrag/Summary

Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) er et web-basert nasjonalt kvalitetsregister i Helse Sør-Øst, godkjent av Helse- og Omsorgsdepartementet i oktober 2012. Registeret omfatter data fra gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier. NGER skal være et redskap for å sikre kvalitet og fagutvikling, samt styrke forskning og ressursplanlegging i helsevesenet.

Det har vært en klar målsetning for NGER å øke dekningsgraden. Derfor er det gledelig at det har vært en positiv utvikling i forhold til dekningsgraden de siste årene. I 2022 er dekningsgraden forventet å ligge på 75%. Med innføring av samtykkefritak for registrering i 2023 er det håp om at neste år kan bli første gang dekningsgraden kommer over 80%. En god dekningsgrad er viktig for registerets legitimitet i fagmiljøet, samt mulighet for bruk av registerdata til nasjonale og lokale forbedringsprosjekter.

Resultatene i årets rapport viser jevnt over god kvalitet på den gynekologiske kirurgien som utføres. Som tidligere er det de postoperative infeksjonene etter hysterektomi som er den vanligste komplikasjonen. Vi ser at det er noen sykehus, med et høyt antall utførte inngrep, som har en høy postoperativ infeksjonsrate etter hysterektomi. Dette skiller seg litt fra de øvrige tendensene der det ofte er en sammenheng mellom få utførte prosedyrer og en høy forekomst av komplikasjoner.

NGER skal overvåke hvorvidt det er sykehus som har høy komplikasjonsrate relatert til sin gynekologiske endoskopiske kirurgi. Registeret kontakter sykehus som har en høy forekomst av komplikasjoner og gjør de oppmerksomme på det aktuelle. Det er derfor gledelig å se at sykehus har klart å forbedre sine resultater etter at registeret har informert de om konkrete avvikende resultater fra tidligere år.

Registeret leverer ut data til flere pågående forskningsprosjekter. Det vil derfor i løpet av de kommende årene bli publisert flere forskningsarbeider som benytter data fra NGER. Registeret, og fagmiljøet generelt, setter pris på at det systematiske arbeidet som har vært utført de siste årene for å øke dekningsgraden er medvirkende til en økt bruk av data fra NGER i vitenskaplige arbeider. NGER vil derfor igjen takke alle som bidrar til registrering av gynekologisk endoskopisk kirurgi i registeret.

## Summary in English

Norwegian gynecological endoscopic register (NGER) is a web based national register for quality in Helse Sør-Øst, approved by Ministry of Health and Care in October 2012. The register includes data from gynecological laparoscopies and hysteroscopies. NGER is meant to be a tool to ensure quality and professional development, as well as to strengthen research and resource planning in healthcare.

For NGER the vision is to increase the extent of coverage. In that sense it is gratifying to see the positive evolution over the past few years. The coverage is expected to be 75% in 2022. With the exemption from consent related to registering, implemented in 2023, next year might be the first time this coverage reaches over 80%. A good level of coverage is important for the legitimacy of the register in the professional field, and also the possibility to use the registered data in national and local improvement projects.

The results of this year's report show an even overall good quality on the gynecological surgery that is being done. As before, the most common complications after hysterectomy are post operative infections, with a high occurrence at some hospitals that perform a great number of interventions. This slightly differs from the other tendencies where we often see a relation between a low number of interventions and a high occurrence of complications.

NGER shall monitor whether the hospitals have a high complication rate related to their gynecological endoscopic surgery. The register contacts the hospital with a high complication rate, and makes them aware of this. It is therefore gratifying to see improved results after they have been notified about the specific deviating results from earlier years.

The register delivers data to several ongoing research projects. Thus more research works using data from NGER will be published the next coming years. The register, and the professional field in general, appreciates that the last few years' systematical work to increase the coverage rate is contributing to an increased use of data from NGER in science work. NGER wants to thank everyone who contributes to the registration of gynecological endoscopic surgery in the register.



## Kapittel 2

# Registerbeskrivelse

### 2.1 Bakgrunn og formål

#### 2.1.1 Bakgrunn for Norsk gynekologisk endoskopiregister - NGER

En rekke gynekologiske tilstander og sykdommer kan behandles kirurgisk. 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.

#### 2.1.2 Norsk gynekologisk endoskopiregisters formål

Nasjonalt kvalitetsregister for gynekologisk endoskopi har som formål å 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).

Nasjonale, aggregerte registerdata vil være referansen for det enkelte sykehus. Faglige prioriteringer, føringer og beslutninger for drift og forvaltning av NGER, inkludert beslutning om utlevering av opplysninger og utforming av faglig årsrapport, gjøres av registeret og registerets fagråd.

Informasjonen bør komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste.

### 2.1.3 Analyser som belyser registerets formål

#### Første gruppe kvalitetsindikatorer presenterer resultater av behandlingen:

- Konvertering til laparoskopi (ut fra hysteroskopi)/laparotomi(ut fra hysteroskopi, laparoskopi)

Konvertering til åpen operasjonsteknikk må tolkes med forsiktighet. I mange tilfeller vil en starte med en form for minimal invasiv kirurgi for å vurdere om det er mulig å løse problemet på denne måten. Dette gjelder i all hovedsak laparoskopi. En evt konvertering kan da være uttrykk for at en operatør gir seg før det har oppstått en komplikasjon og således representere god praksis. Der konverteringer er uforventet er det gjerne betinget i at det har oppstått en intraoperativ komplikasjon som ikke var mulig å håndtere med minimal invasiv kirurgi, eller at inngrepet overraskende ikke lot seg gjennomføre ved endoskopisk tilgang. I disse tilfellene representerer denne variabelen i større grad en indikator på den endoskopiske kvaliteten. For bedre å kunne skille mellom disse ulike årsakene til en konvertering ble denne variabelen endret i 2021. Nå fordeles den på om konverteringen er forventet eller uforventet.

- Intraoperative komplikasjoner
- Postoperative komplikasjoner
- Reoperasjon for komplikasjoner innen 4 uker

Intra- og postoperativ komplikasjonsrate og andelen reoperasjoner er de parameterne som i størst mulig grad gjenspeiler kvaliteten på gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier og er NGERs kvalitetsindikatorer.

#### Andre gruppe kvalitetsindikatorer er:

- Pasientens helsegevinst

For å måle pasient rapporterte utfallsmål bruker NGER Norsk RAND36 (pasientens helsegevinst). Resultat av måling beskrives i kapittel 3.1.11

- Tilfredshet med behandlende enhet

For å måle tilfredshet med behandlende avdeling bruker NGER Treatment Satisfaction Scale versjon 2. (tilfredshet med behandling) Spørsmålene i spørreskjema er presentert i kapittel 3.1.12

Resultatene skal kunne gi bakgrunn til å forbedre planlegging og gjennomføring av inngrepene, og forbedre kommunikasjon med pasientene.

## 2.2 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.

Sykehuset i Vestfold har driftsansvar for NGER med administrerende direktør som dataansvarlig. Opplysningene i NGER vil bli oppbevart så lenge registeret er godkjent som et Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister.

Frem til 1. November 2022 ble opplysningene i NGER innhentet med deltagerens 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.

## 2.3 Faglig ledelse og dataansvar

**Dataansvarlig:** Administrerende direktør ved Sykehuset i Vestfold HF

**Daglig leder:** Toril Råknes, sykepleier, klinisk spesialist, Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.

**Medisinfaglig rådgiver:** Steinar Fritzner Rafaelsen Holmsen, overlege Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.

**Registermedarbeider:** Helene Aagesen Røed, helsesekretær og barnepleier, Sykehuset i Vestfold.

Daglig leder har det utøvende, administrative og daglige forvaltningsansvar for NGER.

### Fagråd:

**Helse Nord og leder for fagråd:** Stine Andreassen / Nordlandssykehuset Bodø

**Helse Vest:** Klaus Audun Oddenes / Haugesund Sykehus

**Helse Sør øst:** Thomas Fredrik Thaulow / Oslo universitetssykehus Ullevål

**Helse Midt:** Risa Lonne-Hoffmann / St. Olavs hospital. Elisabeth Haugen / Ålesund sykehus tok over for Risa i November 2022

**Brukerrepresentant:** Karen Bertelsen (Endometrioseforeningen). Elisabeth Raasholm Larby / styreleder Endometrioseforeningen tok over for Karen November 2022

**Personvernombud:** Ida Mollerud, Sykehuset i Vestfold

### 2.3.1 Aktivitet i fagråd

Registerets fagrådsmedlem Risa Lonne-Hoffmann / St. Olavs hospital, har i 2022 gitt sin plass i fagrådet som representant for Helse Midt HR til Elisabeth Haugen / Ålesund sykehus.

Risa har med sin innsats for Norsk gynekologisk endoskopiregister bidratt til at registeret har fått et sterkt fotfeste i fagmiljøet ved Helse Midt, og har stimulert til bruk av registerdata både ved St. Olavs Hospital og gjennom sin stilling ved NTNU. Norsk gynekologisk endoskopiregister ønsker å takke Risa for sin betydelige innsats og engasjement i registeret siden 2017.

Elisabeth Haugen ble foreslått av Norsk gynekologisk forening som nytt fagrådsmedlem fra Helse Midt. Elisabeth har de siste årene vært registerets kontaktperson ved Ålesund sykehus, og har på den måten god kjennskap til registeret. Elisabeth deltok på Fagrådets årssamling 2022. Norsk gynekologisk endoskopiregister ønsker Elisabeth velkommen, og ser frem til godt samarbeid.

#### Møter:

Fagrådsmøte 12. mai 2022:

- Reservasjonsløsning og innføring høsten 2022
- Gjennomgang av Variabelendringer i ny versjon av NGER
- Årsrapport 2021

Fagrådsmøte 1. Juni 2022:

- Årsrapport 2021

Fagrådsmøte 28. Oktober 2022 (NGF årsmøte)

- Gjennomgang av Variabelendringer i ny versjon av NGER

Årssamling for fagrådet på Gardermoen 14. November.

- Ønsker nytt fagrådsmedlem Elisabeth Haugen velkommen.
- Ny Brukerrepresentant, styreleder i endometrioseforeningen Elisabeth Raasholm Larby.
- Gjennomgang av variabelendringer i ny versjon av NGER
- Bruk av registerdata.
- Diskutere innhold i fremtidige årsrapporter.

## Kapittel 3

# Resultater

Resultatene i årets rapport bygger på et uttrekk gjort 19.04.2023. Måltallene som Norsk gynekologisk endoskopiregister presenterer ble utarbeidet i 2020 etter en gjennomgang av aktuell litteratur. NGER har ikke funnet behov for å endre disse måltallene i relasjon til årets rapport basert på oppdatert litteratur eller resultatene i foregående årsrapporter utarbeidet etter 2020.

Den økningen vi har sett i dekningsgraden til NGER de siste årene har ikke resultert i noen systematiske endringer i registreringene. Det er heller ikke tegn til at pandemien har påvirket type kirurgiske inngrep som er registrert på noen systematisk gjennomgående måte. Resultatene for de siste årene kan derfor sammenliknes mot hverandre.

Kvalitetskontrollen som er gjort av alle de peroperative komplikasjoner for årsrapporten i 2021 og nå 2022 har vært medvirkende til at antallet registrerte peroperative komplikasjoner har blitt redusert. Dette viser viktigheten av nøyaktighet i dataene for å kunne tolke og sammenligne resultater. Det viser også viktigheten av en tett dialog mellom NGER og de registrerende enheter for å optimalisere nøyaktigheten i registreringspraksisen. Den elektroniske veilederen som ble utarbeidet i 2021 har nok også bidratt positivt til kvaliteten i registreringene. Reliabilitetsstudien NGER gjennomførte høsten 2022/våren 2023 viser likevel at veilederen må gjøres enda bedre kjent i fagmiljøet for å sikre en enhetlig registrerings praksis.

Enkelte av resultatene som presenteres er variabler med svært små tall. Det er derfor viktig å være forsiktig med tolkningen av disse dataene. Dette gjelder spesielt på sykehusnivå der en enkelt komplikasjon kan påvirke resultatene i stor grad. Likevel er det viktig å presenterer disse resultatene da det å fange opp en systematisk sammenheng mellom få utførte prosedyrer og en høy komplikasjonsrate er en av hovedfunksjonene til et nasjonalt kvalitetsregister som NGER.

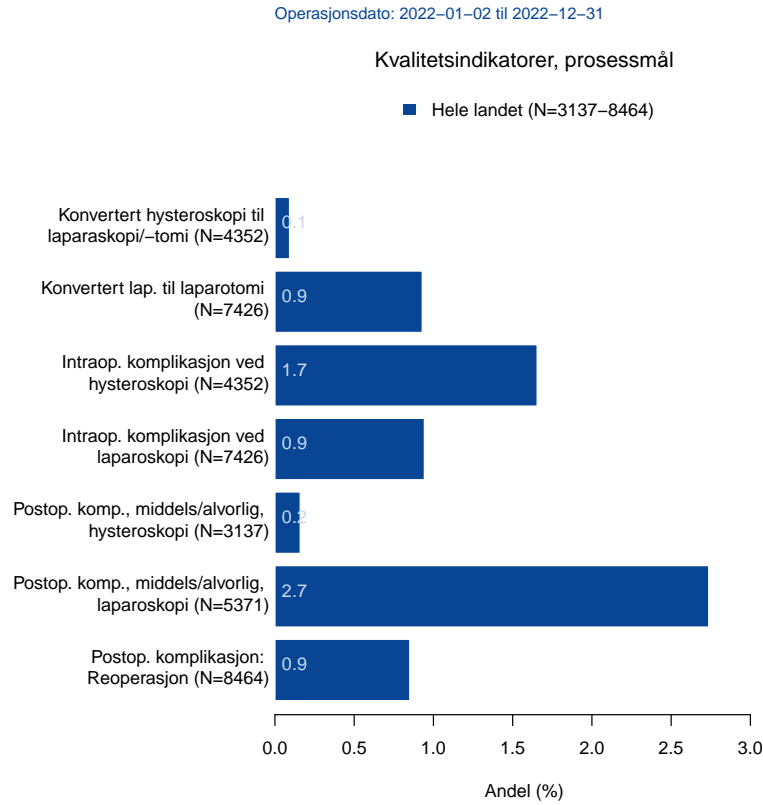
Diagnosekoder og operasjonskoder vil ikke alltid illustrere kompleksiteten ved et kirurgisk inngrep. Derfor kan to inngrep med samme diagnosekode og tilsvarende to inngrep med samme operasjonskode dreie som om teknisk svært ulik kirurgi. For eksempel vil størrelsen på livmor være av stor betydning for hvor vanskelig en hysterektomi er og påvirke variabler som operasjonstid og kompli-

kasjonsrisiko uten at kodene får dette frem. På samme måte vil ikke kodene skille mellom et bekken med beskjedent utbredelse av endometriose og et bekken med uttalt endometriose. Dette er spesielt viktig å huske på når man sammenligner forskjellige sykehus.

Postoperative infeksjoner ved hysterektomi er den vanligste komplikasjonen ved laparoskopi. Dette har vært tilfellet i mange år og er kjent i litteraturen. Dette ansees derfor som et viktig område å følge med på resultatene år for år, og vi omtaler derfor disse resultatene i et eget kapittel også i årets rapport.

På tilsvarende måte som i rapporten fra 2021 kan man generelt si at tallene på landsbasis er veldig gode og ikke inneholder de store endringene i 2022. Dette vitner om et generelt høyt nivå på den gynekologiske endoskopiske aktiviteten i Norge. Enkelte sykehus skiller seg ut negativt på noen parametre. Og som nevnt over er det å identifisere og kommunisere slike observasjoner en av de viktigste funksjonene til NGER. På den måten kan dette sykehus målrettet identifisere problemstillinger og jobbe med kvalitetsforbedring.

### 3.1 Kvalitetsindikatorer og PROM/PREM

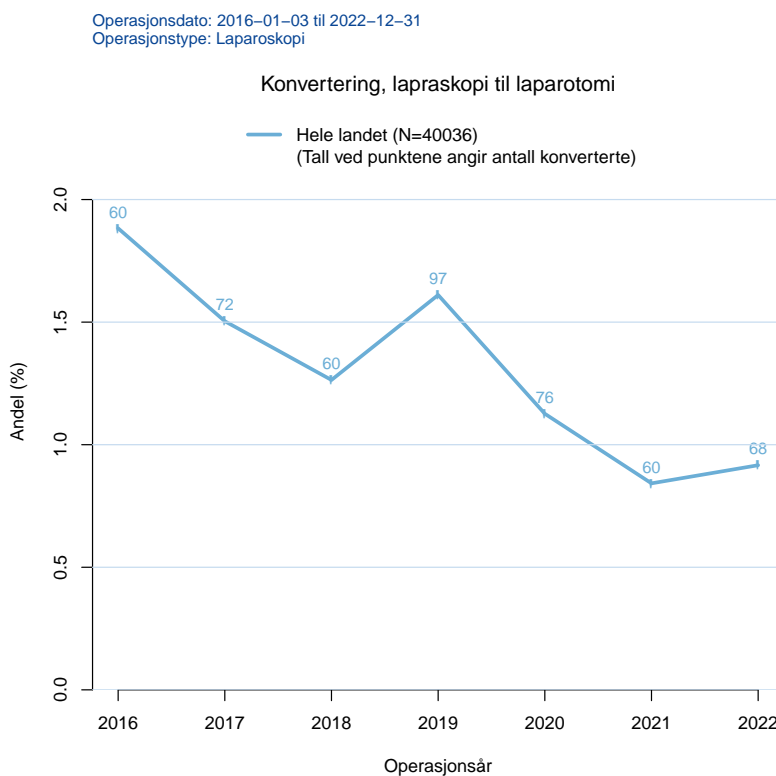


Figur 3.1: Kvalitetsindikatorer

### 3.1.1 Konvertering

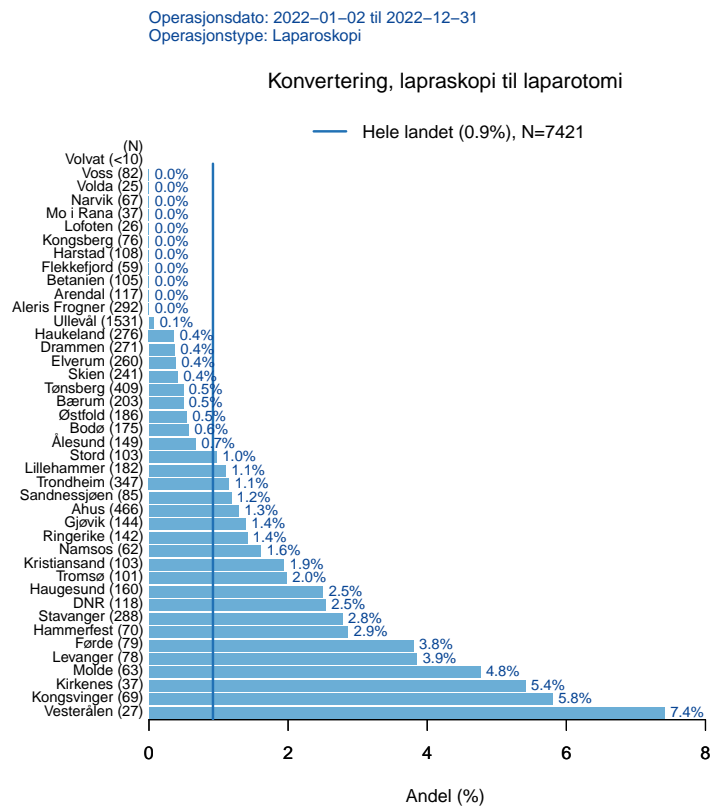
Konvertering fra hysteroskopi til laparoskopi/laparotomi forekom ved 0.1% av hysteroskopiene på landsbasis i 2022. Det er stabile lave tall på dette området med et resultat på 0,1% i 2020 og 0,2% i 2021. Siden tallene er små har vi valgt å ikke presentere disse på sykehusnivå. Av samme grunn har ikke NGER satt et måltall for denne indikatoren.

Tilsvarende er det en stabil lav forekomst av konvertering fra laparoskopi til laparotomi. I 2022 så man en forekomst på 0,9% mot 0,8% i 2021. På grunn av den lave forekomsten har ikke NGER utarbeidet et eget måltall for denne variabelen heller. Men vi presenterer en graf på sykehusnivå. Den lave raten for konvertering fra laparoskopi til laparotomi vitner om høy kvalitet både på den preoperative vurderingen og gjennomføringen av det laparoskopiske inngrepet. De sykehusene som har en konverteringsrate over 3% har alle et antall prosedyrer på under 80 i året. Av disse er det kun et sykehus som har klassifisert alle konverteringene som uventet.

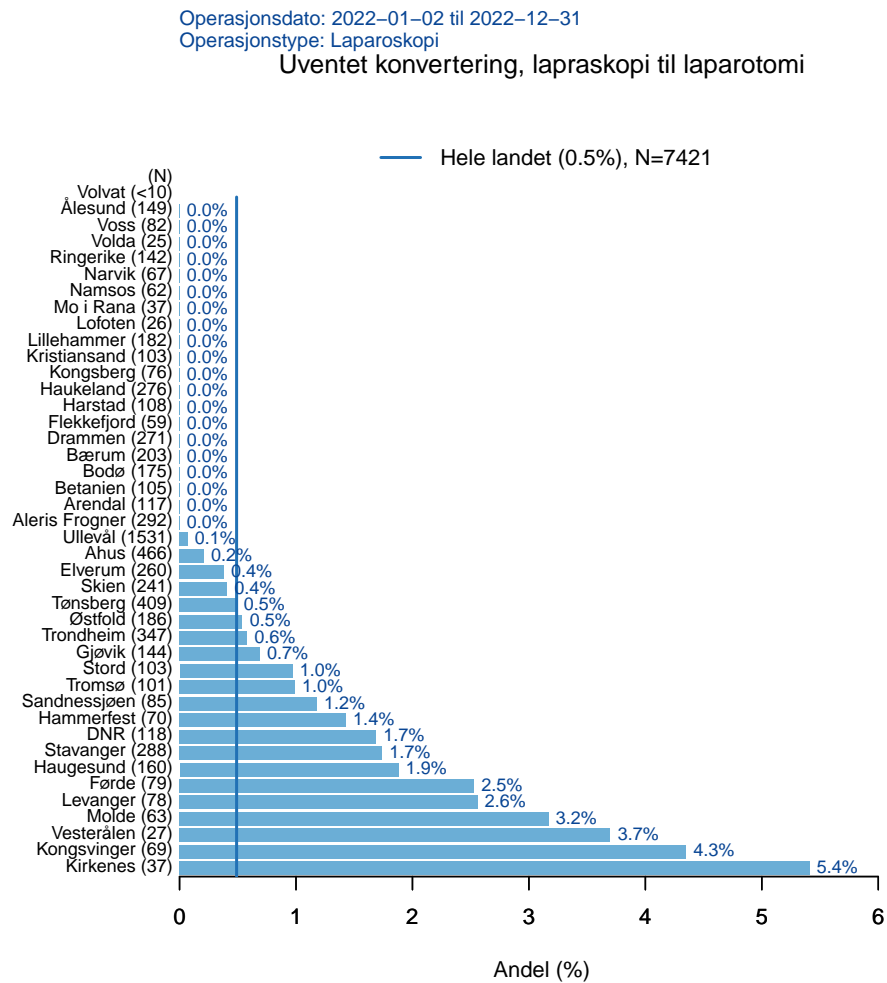


Figur 3.2: Konvertert laparoskopi til laparotomi utvikling siste 4 år





Figur 3.3: Konvertering på sykehusnivå



Figur 3.4: Ikke forventet konvertering på sykehusnivå

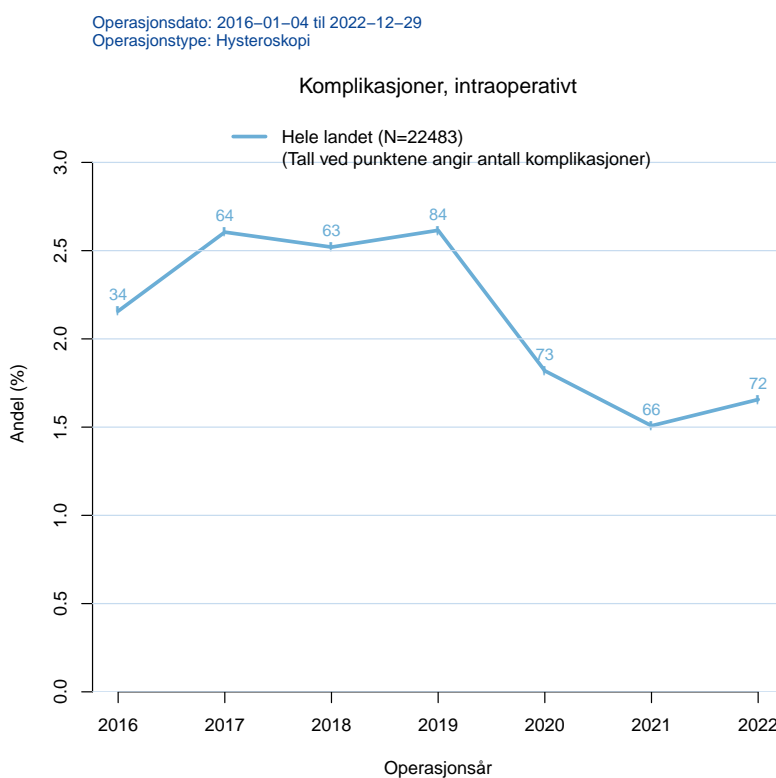
### 3.1.2 Intraoperative komplikasjoner hysteroskopi

**Grønt måltall 2,0**

**Gult måltall: 4,0**

Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi er sjeldne. NGER har definert grønt måltall som en komplikasjonrate på 2,0% og gult måltall på 4,0%. I internasjonal litteratur er uterus perforasjon angitt som vanligste komplikasjon ved hysteroskopi med en forekomst på 0,8% - 1,6% ved operativ hysteroskopi (UpToDate: Bradley L.D., Overview of hysteroscopy, 2023).

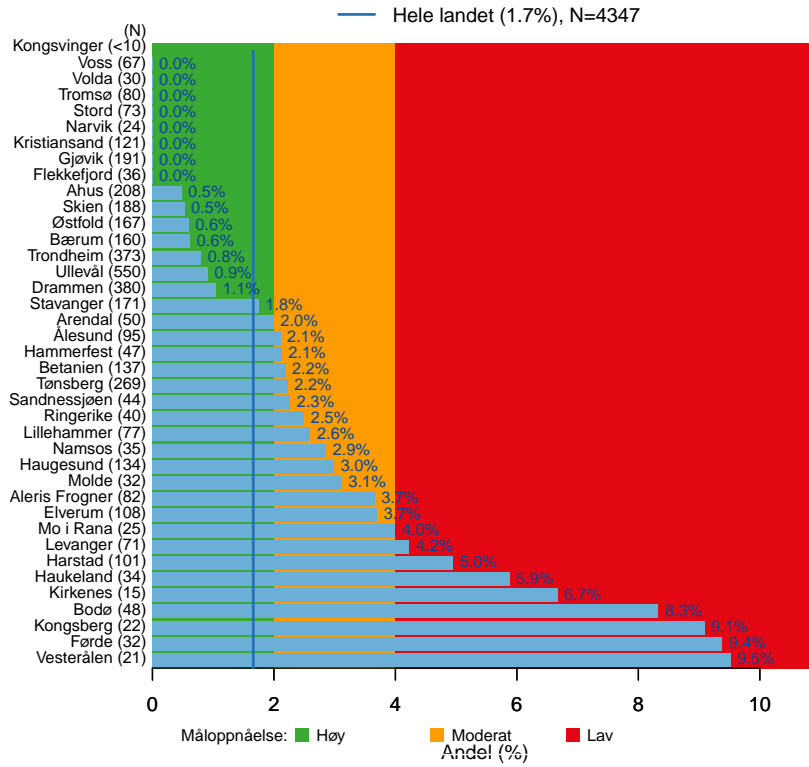
Forekomsten av intraoperative komplikasjoner i 2022 ligger stabilt lavt på 1,6% som er i tråd med overnevnte tall fra litteraturen. Av sykehusene som har en komplikasjonsrate på 4,0% eller høyere har 7 av 9 sykehus mindre enn 50 utførte prosedyrer. Perforasjon av uterus er den vanligste komplikasjonen med en forekomst på 1,4%. Gjennomføringsgraden av hysteroskopi er høy på 96,5%, et tall som spiller den lave intraoperative komplikasjonsraten.



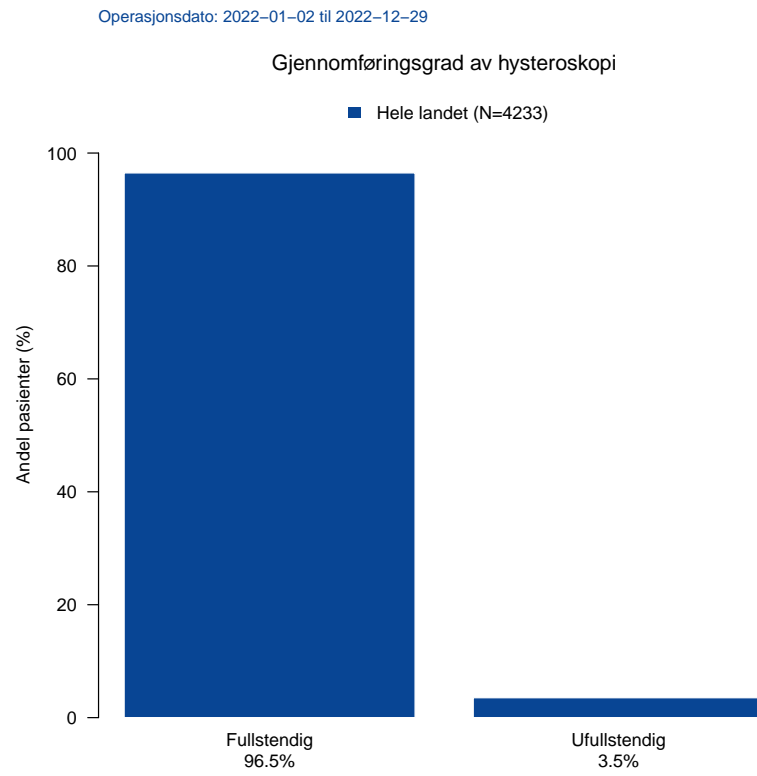
Figur 3.5: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-29  
 Operasjonstype: Hysteroskopi

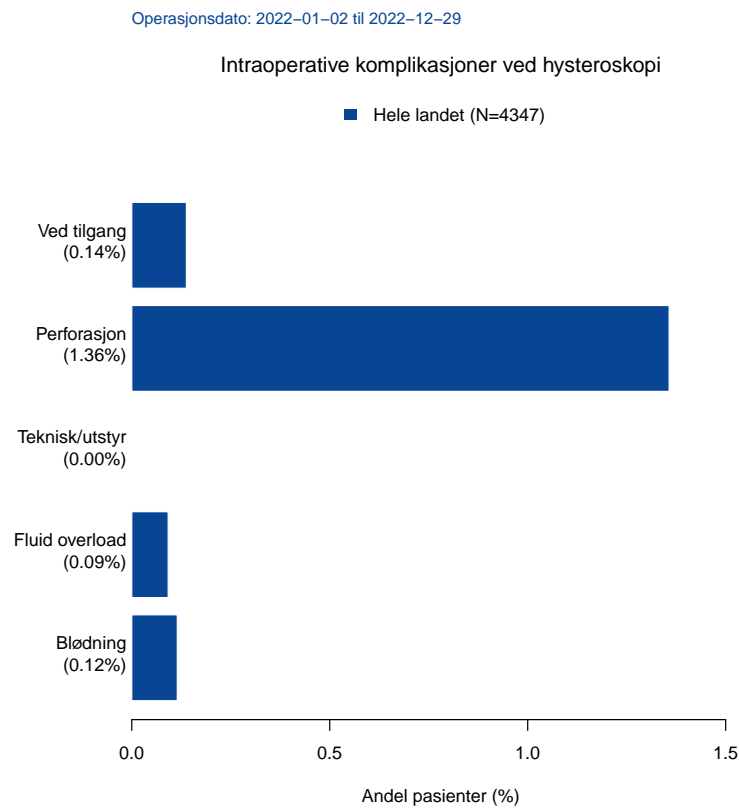
Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 3.6: Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi på sykehusnivå



Figur 3.7: Gjennomføringsgrad av hysteroskopi



Figur 3.8: Fordeling intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

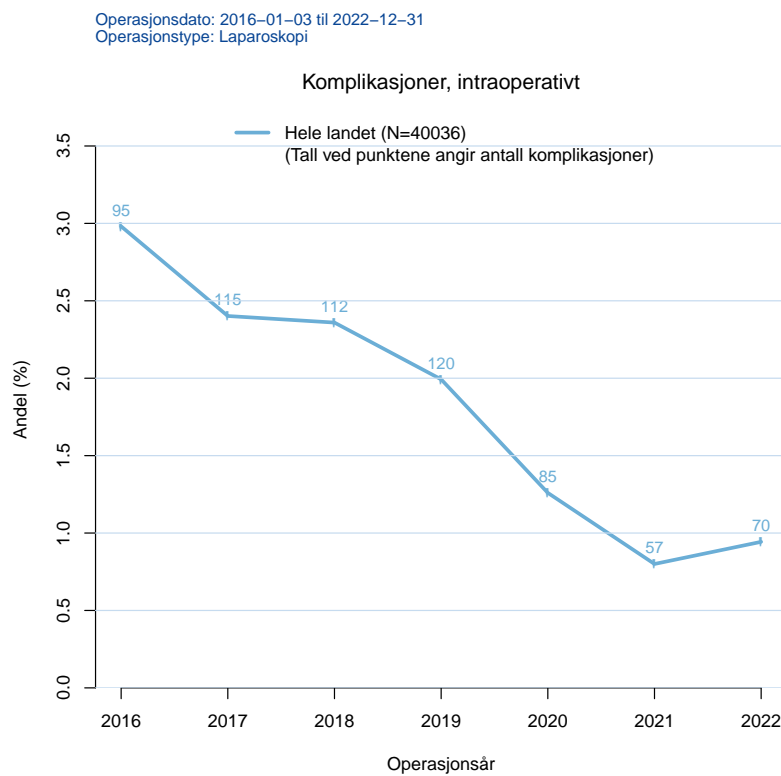
### 3.1.3 Intraoperative komplikasjoner laparoscopi

**Grønt måltall 2,0**

**Gult måltall: 4,0**

NGER har definert grønt måltall for intraoperative komplikasjoner ved laparoscopi på 2,0% og gult måltall på 4,0%. I litteraturen varierer angitte komplikasjonsrate noe men ligger omtrent rundt 3% (UpToDate: Pryor A et al. Complications of laparoscopic surgery, 2022). Dette er selvfølgelig avhengig av hvor avansert kirurgi som er inkludert i materialet. Så de angitte måltallene til NGER er ment å inkludere et generelt materiale med både diagnostiske prosedyrer og avanserte operative inngrep. Men det er likevel viktig å ha disse forskjellene med seg når man sammenligner de ulike sykehusene.

Forekomsten av de intraoperative komplikasjonene ved laparoscopi var i 2022 på 0,95% som er tilnærmet uforandret fra året før da tallet var 0,90%. Dette er et meget godt resultat som gir uttrykk for god kvalitet på den laparoskopiske kirurgien som utføres. Alle de fire sykehusene som har over 3,0% komplikasjonsrate peroperativt har under 80 registrerte laparoskopiske prosedyrer. Det er fremdeles de intraabdominale komplikasjonene som er mest vanlige. Av disse er det karskade med resulterende blødning som er den vanligste komplikasjonen med 0,22%. Forekomsten av peroperativt erkjent ureterskade er lav og uforandret fra 2021 med en rate på 0,03%. Komplikasjoner relatert til tilgangsmetode ved laparoscopi er fremdeles lav med 0,11% mot 0,08% i 2021.

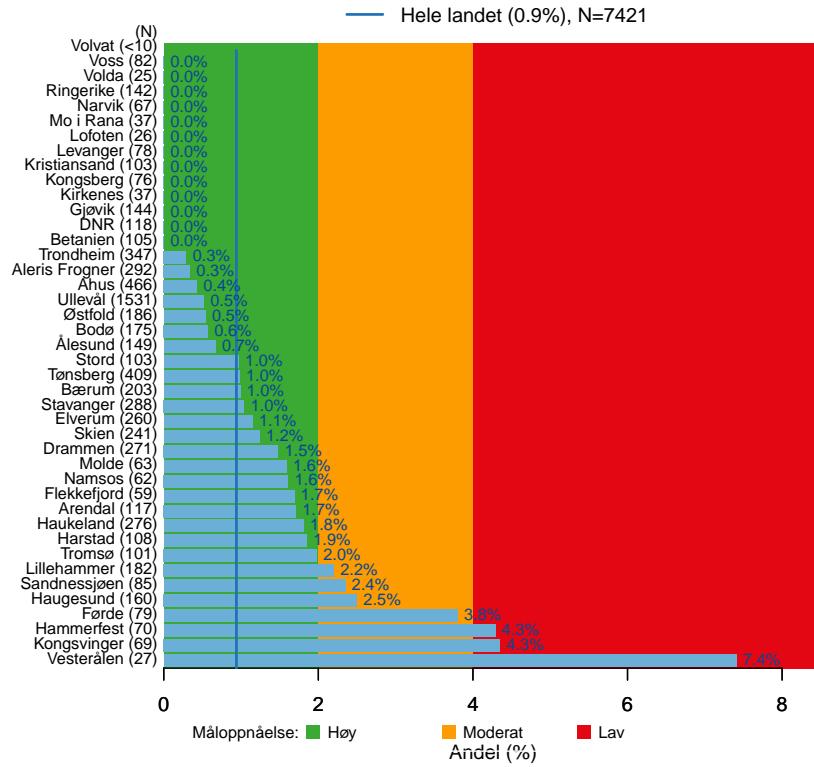


Figur 3.9: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi siste 4 år

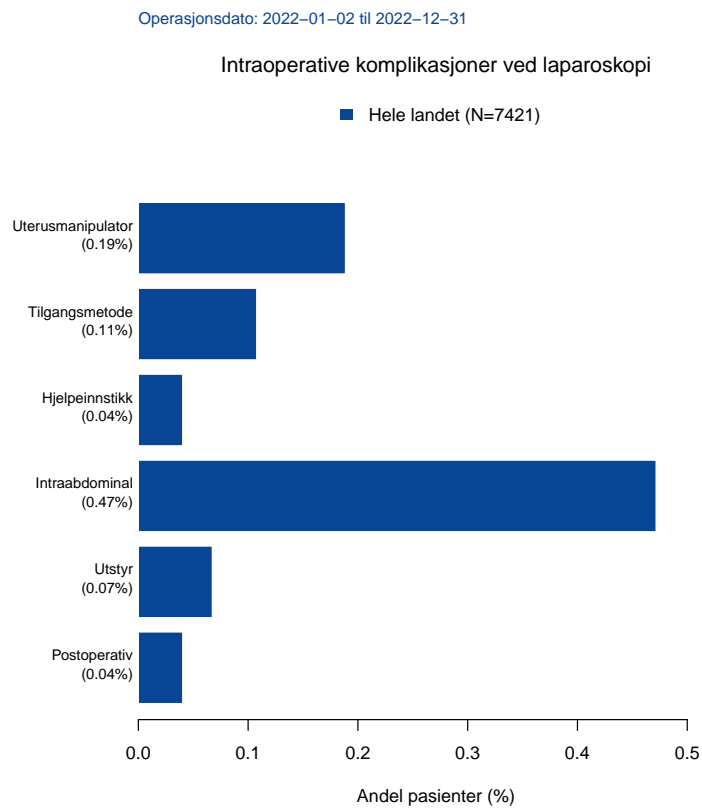


Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31  
 Operasjonstype: Laparoskopi

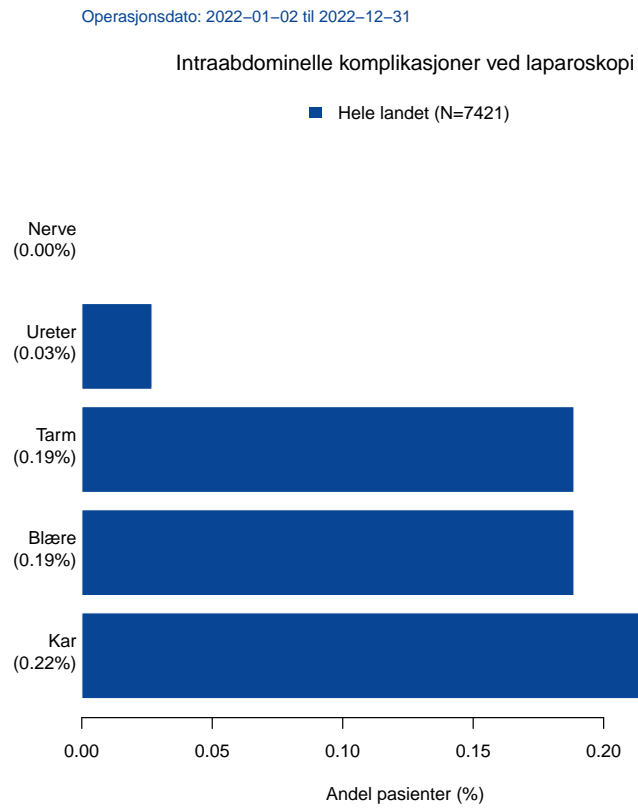
Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 3.10: Intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi pr sykehus



Figur 3.11: Fordeling intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi



Figur 3.12: Fordeling intrabdominelle komplikasjoner ved laparoskopi

### 3.1.4 Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, moderat alvorlige og alvorlige

**Grønt måltall 0,3**

**Gult måltall: 0,6**

Alle de postoperative komplikasjonene 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.

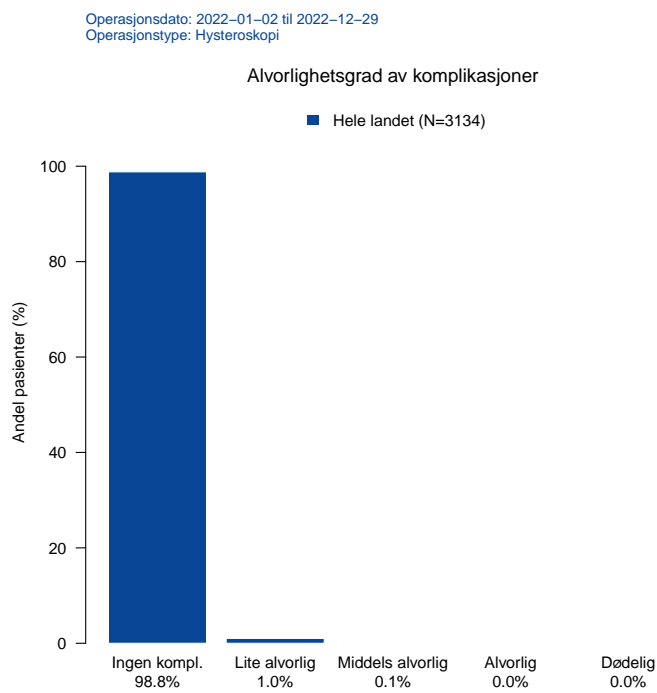
De postoperative komplikasjonene er pasientrapporterte data. NGER har definert et måltall for de middels alvorlige- og alvorlige komplikasjonene. Det grønne måltallet er her satt til 0,3% og det gule måltallet til 0,6%. I litteraturen angir man en forekomst av infeksjon etter hysteroskopi på mellom 0,1% til 0,9% (UpToDate: Bradley L.D., Overview of hysteroscopy, 2023).

Lite alvorlige komplikasjoner ved hysteroskopi presenteres separat i 3.1.5

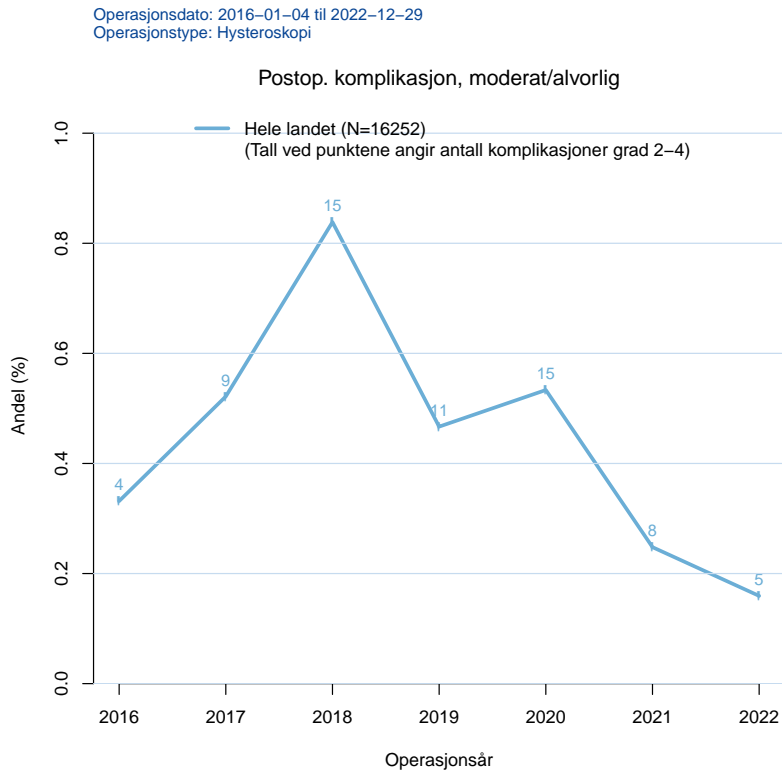
Bakgrunnen for at man har valgt å definere måltallet som de middels alvorlige og alvorlige komplikasjonene er fordi dette er det utvalget som oftest presenteres i internasjonal litteratur. Disse tallene er derfor mest egnet som en nasjonal kvalitetsindikator. De mindre alvorlige komplikasjonene er også viktig i evaluering av kvaliteten ved kirurgien både nasjonalt og lokalt.

De postoperative komplikasjonene ved hysteroskopi er på samme måte som de intraoperative komplikasjonene sjeldne. Forekomsten har vært stabil lav over de siste årene. I 2022 var det 98,8% av hysteroskopiene som foregikk uten noen form for komplikasjon. Ved 1,0% av de registrerte hysteroskopiske prosedyrene inntraff en lite alvorlig komplikasjon, i 0,1% av tilfellene en middels alvorlig komplikasjon. Det var ett tilfelle av en alvorlig komplikasjon. Totalt blir derfor summen for de middels og alvorlige komplikasjonene 0,2% når dette slås sammen og rundes av til en desimal. Det er derfor ikke så mye mer å si om disse tallene enn at det er uttrykk for en høy kvalitet ved den hysteroskopiske aktiviteten. Ettersom frekvensen av middels og alvorlige komplikasjoner ved hysteroskopi er så sjelden blir tallene veldige små, og må derfor tolkes med forsiktighet.

For definisjon av postoperativ komplikasjonsgrad se kapittel 6.2.1



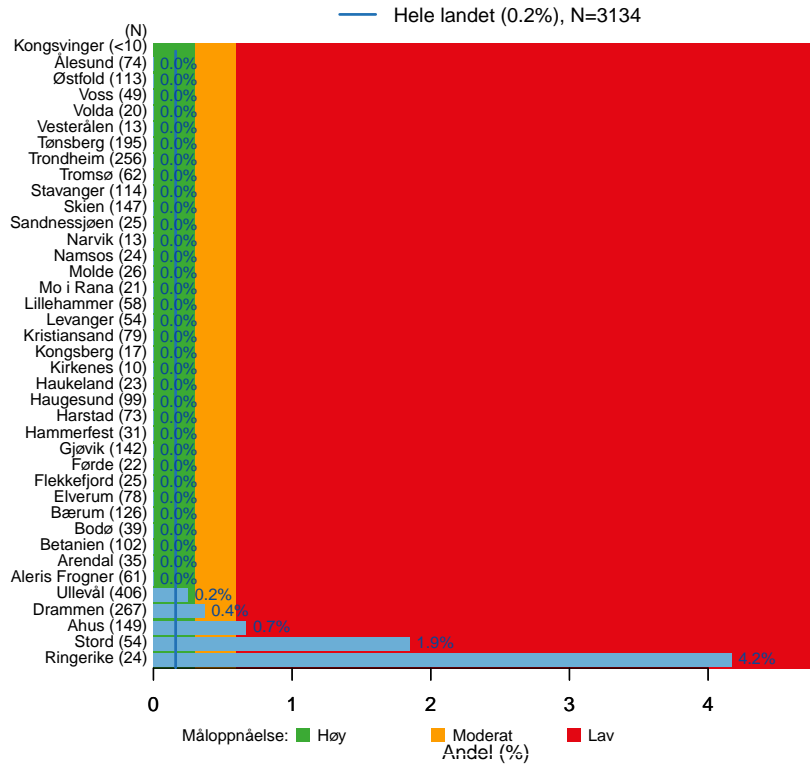
Figur 3.13: Alvorlighetsgrad av postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi



Figur 3.14: Utvikling moderat alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-29  
 Operasjonstype: Hysteroskopi

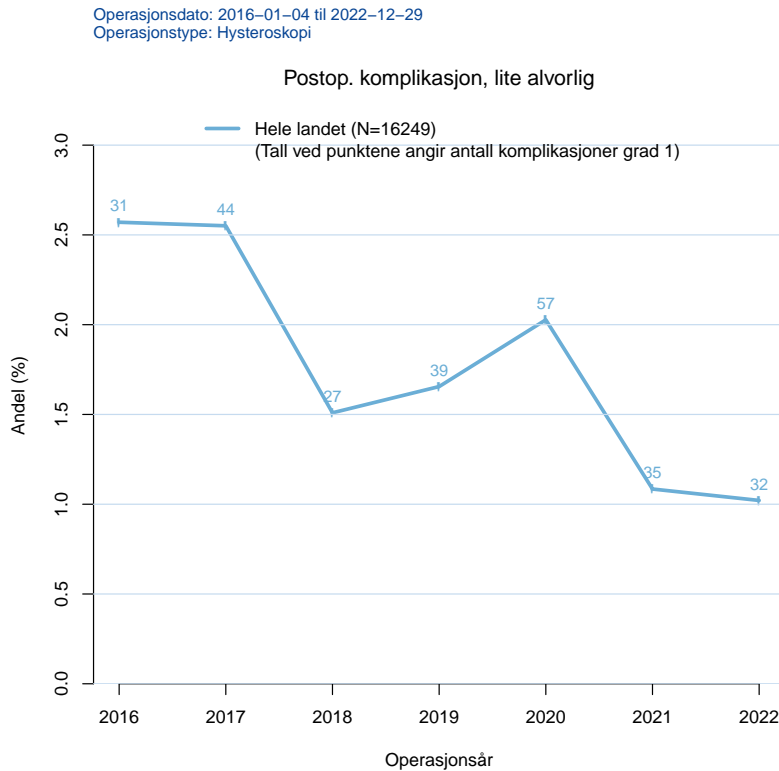
Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 3.15: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved hysteroskopi pr. sykehus

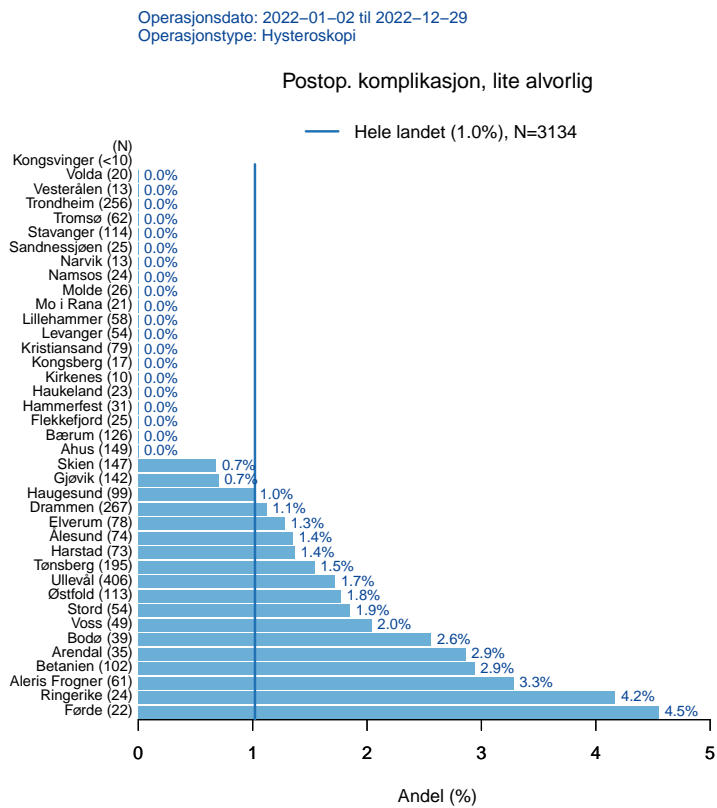
### 3.1.5 Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige

De lite alvorlige komplikasjonene ved hysteroskopi ligger stabilt på rett over 1,0%. Infeksjon og blødning er den vanligste årsaken til de lite alvorlige postoperative komplikasjonene ved hysteroskopi.

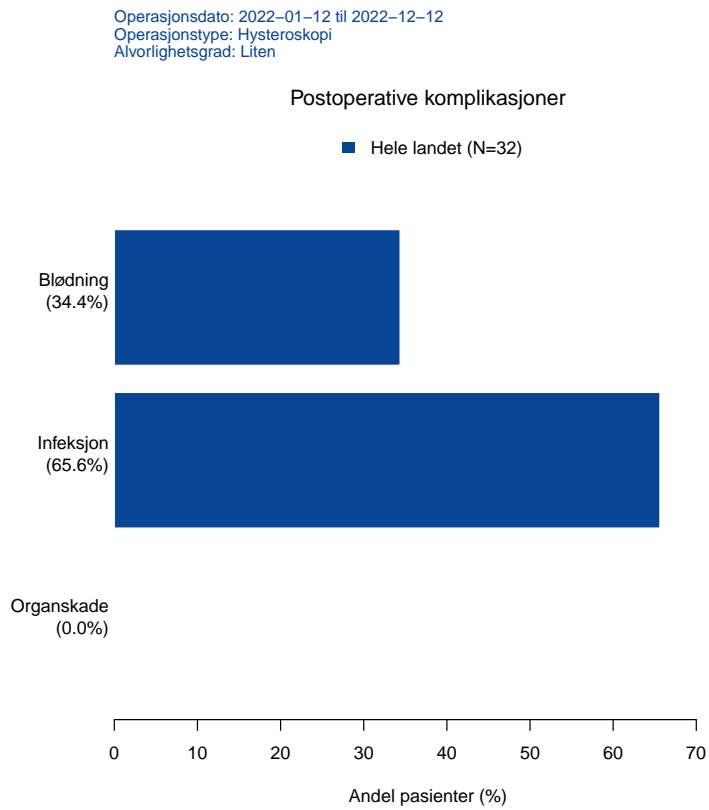


Figur 3.16: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi siste 4 år





Figur 3.17: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi pr. sykehus



Figur 3.18: Fordeling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved Hysteroskopi

### 3.1.6 Postoperative komplikasjoner laparoskopi, middels alvorlig og alvorlig

**Grønt måltall 2,5**

**Gult måltall: 5,0**

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

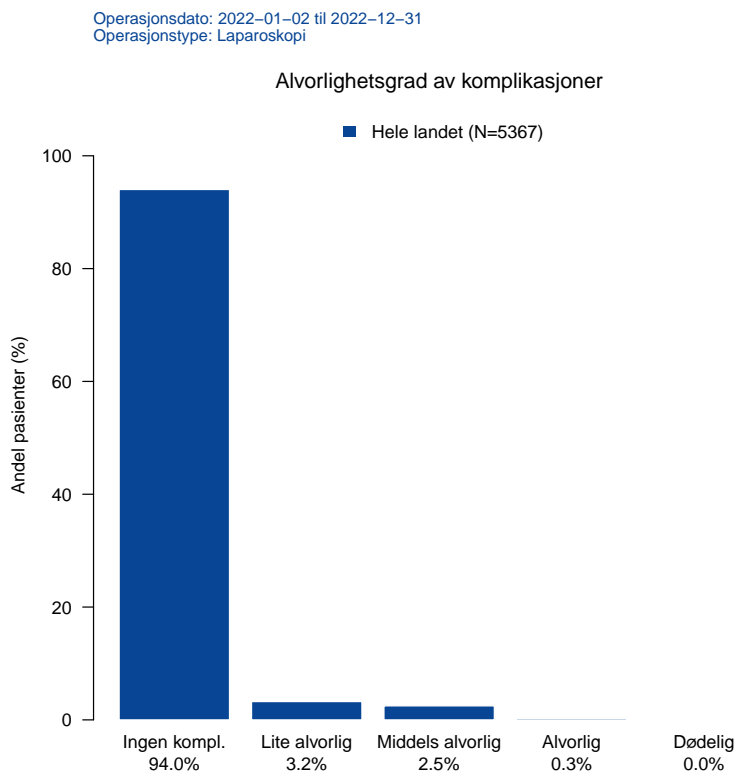
- Lite alvorlig: Ingen varige mén. Behandling, men ikke behov for innleggelse i sykehus.
- Middels alvorlig: Ingen varige mén, men reinnleggelse var nødvendig, eventuelt ble det utført reoperasjon.
- Alvorlig: Truende for livet eller varige mén utover operasjonsarr.
- Dødelig: Komplikasjonen er dødelig.

Tallene for postoperative komplikasjoner ved laparoskopi er også pasientrapporterte data. Registerter har definert grønt måltall som 2,5% og gult måltall som 5,0%. I litteraturen varierer angitt forekomst av middels og alvorlige postoperative komplikasjoner etter laparoskopi men ligger omkring 3% (UpToDate: Pryor A et al. Complications of laparoscopic surgery, 2022). På tilsvarende måte som ved de postoperative komplikasjonene ved hysteroskopi har man valgt å definere variabelen for måltallet som de middels alvorlige og de alvorlige komplikasjonene.

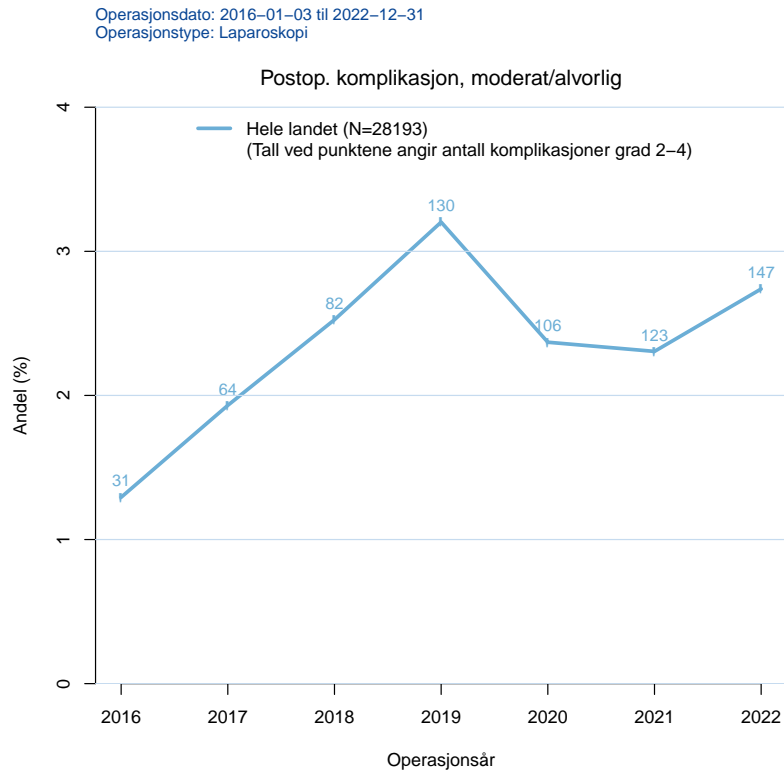
Lite alvorlige komplikasjoner ved laparoskopi er presentert i kapittel 3.1.7

Den totale forekomsten av komplikasjoner når alle alvorlighetsgrader er inkludert er i 2022 litt opp fra 2021 med 9,0% i år mot 8,4% i fjor. Her ser vi ikke den samme tendensen til sammenheng mellom få utførte prosedyrer og en høy komplikasjonsrate. Flere sykehus med et høyt antall prosedyrer har over 10% postoperativ komplikasjonsrate når man inkluderer både de mindre alvorlige, middels alvorlige og alvorlige komplikasjonene ved laparoskopi. Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner ved laparoskopi gikk opp fra 2,3% i 2021 til 2,7% i 2022. Av de 6 sykehusene som har rødt måltall, det vil si en komplikasjonsrate over 5,0%, varierer antall registrerte prosedyrer fra 35 til 314. Her er det således ingen entydig sammenheng mellom komplikasjonsraten og antall utførte prosedyrer. Infeksjon utgjør den klart største andelen av de middels og alvorlige komplikasjonene ved laparoskopi med 69,4%. Det er beskjedent opp fra 66,7% i 2021. Det er ved laparoskopisk hysterektomi man ser den høyeste forekomsten av postoperative infeksjoner. Dette omtales i et eget kapittel, se 3.1.8.

For definisjon av postoperativ komplikasjonsgrad se kapittel 6.2.1



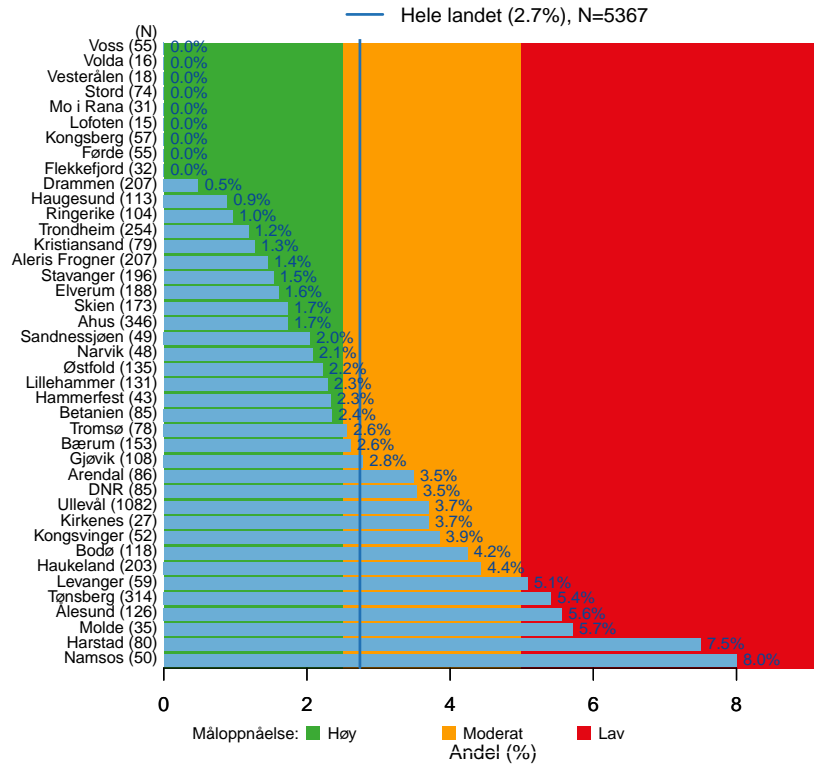
Figur 3.19: Fordeling alvorlighetsgrad av komplikasjoner ved laparoskopi



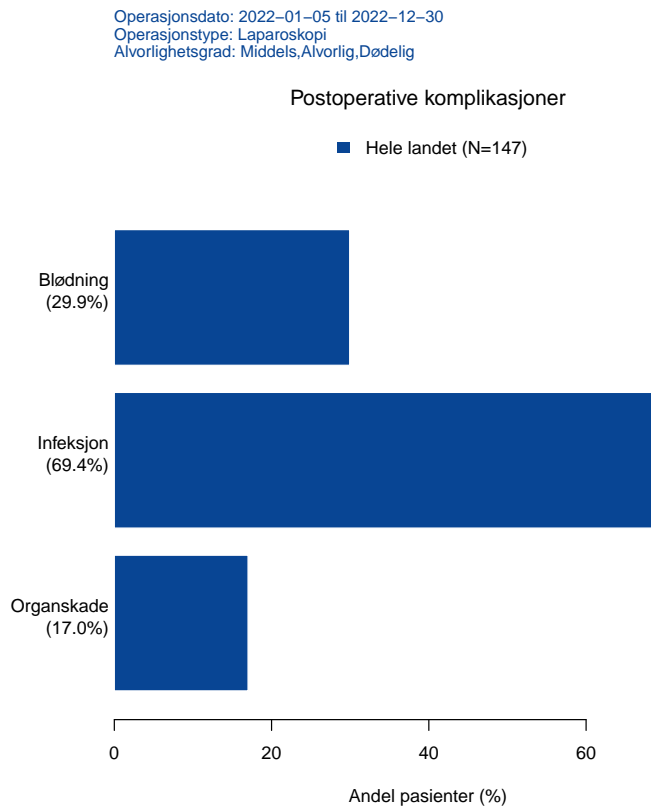
Figur 3.20: Utvikling moderat alvorlig og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi siste 4 år

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31  
Operasjonstype: Laparoskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



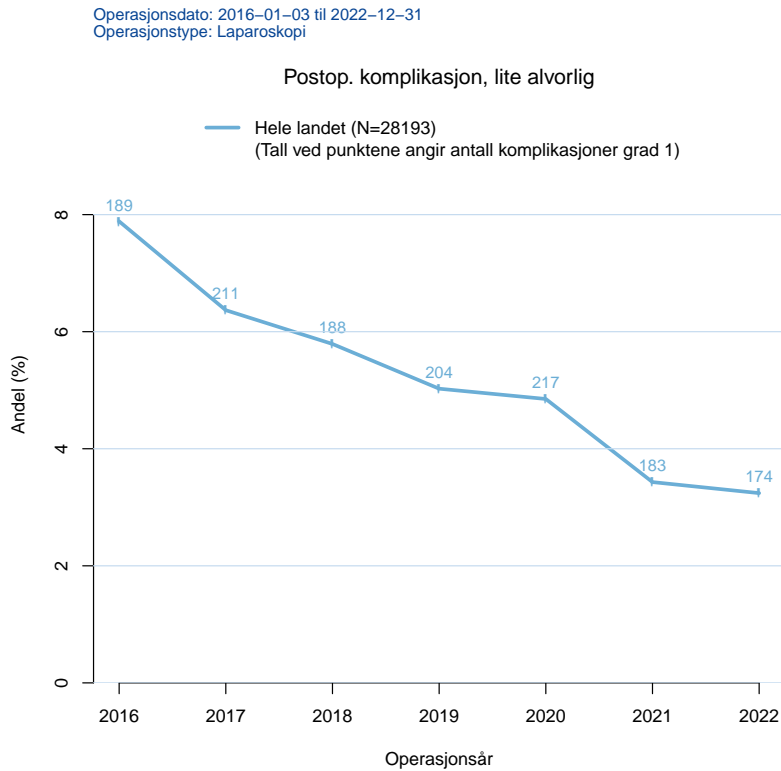
Figur 3.21: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopi pr. sykehus



Figur 3.22: Fordeling postoperative komplikasjoner, moderat alvorlig og alvorlige, ved laparoskopi

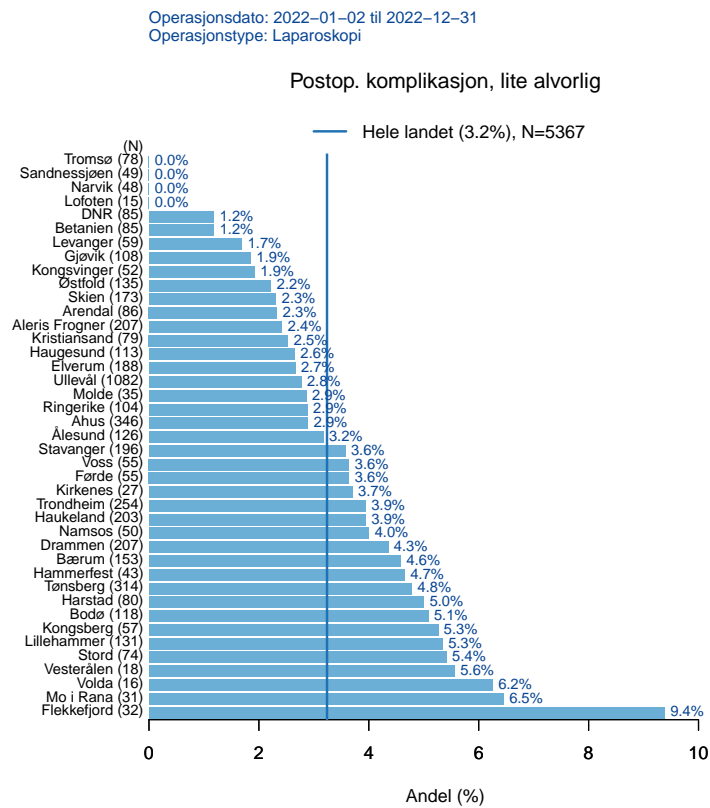
### 3.1.7 Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige

Utviklingen av de lite alvorlige komplikasjonene synker ytterligere og lå i 2022 på 3,2% mot 3,4% i 2021.



Figur 3.23: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi





Figur 3.24: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi pr. sykehus

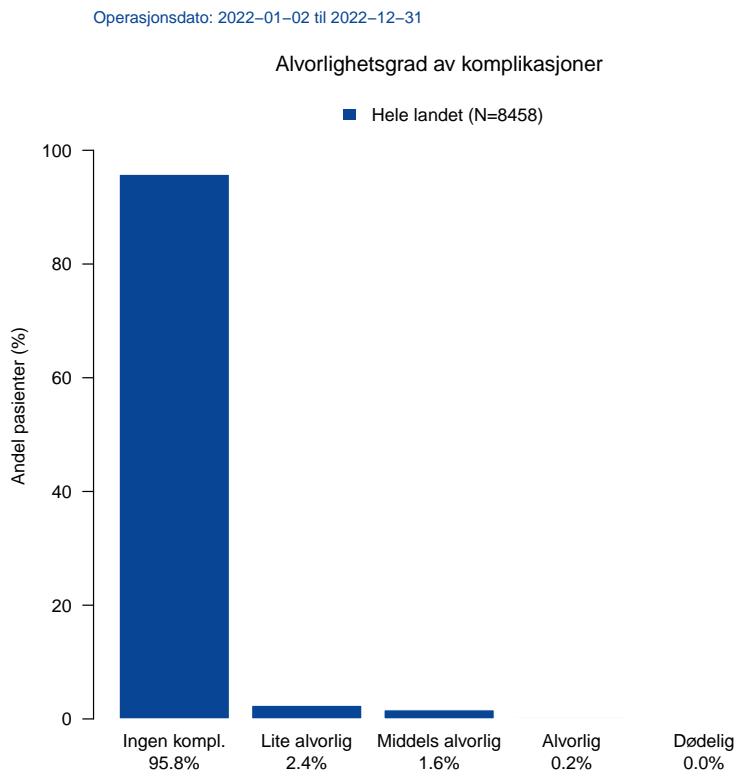
### 3.1.8 Postoperative infeksjoner laparoskopisk hysterektomi

Total laparoskopisk hysterektomi kodet med operasjonskode LCD01 og LCD04 utgjør det største volumet av laparoskopiske hysterektomier i registeret med 1610 utførte prosedyrer i 2022 mot 1613 i 2021. Laparoskopisk subtotale hysterektomie (LCC11) er registrert utført 179 ganger i 2022 mot 204 i 2021. Laparoskopisk assistert vaginal hysterektomi (LCD11) er registrert 41 ganger i 2022 mot 39 i 2021. De neste grafene presenterer tall for laparoskopisk total hysterektomi siden det er den vanligste metoden som benyttes ved laparoskopisk hysterektomi.

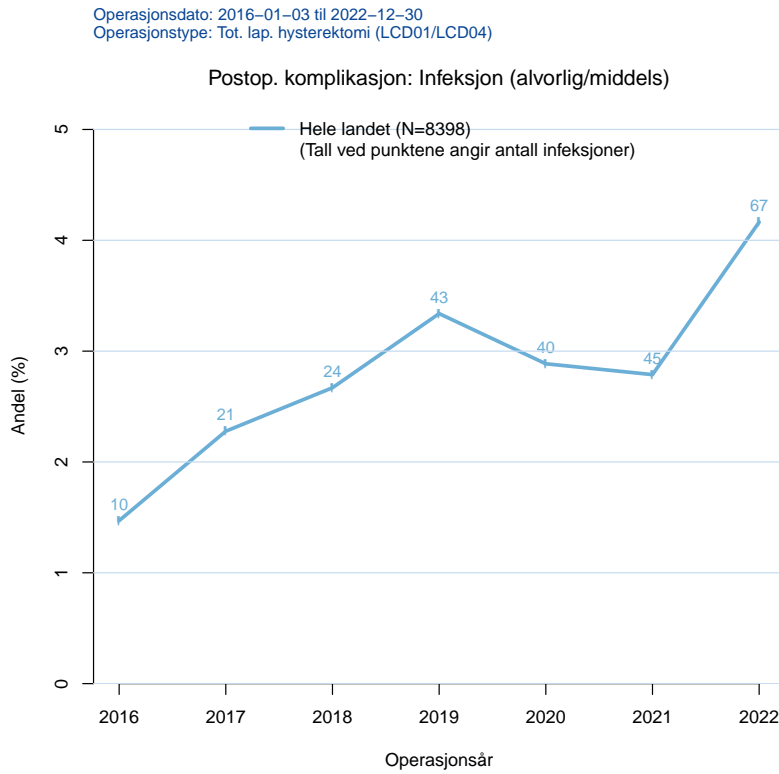
Forekomsten av middels og alvorlige komplikasjoner ved laparoskopisk total hysterektomi var i 2022 på 5,5%. I 2021 var dette tallet 4,3%. Forekomsten er således økende. De 4 sykehusene som har registrert flest utførte laparoskopiske totale hysterektomier har alle over 4,1% komplikasjonsrate postoperativt. To av disse sykehusene har over 9,7% forekomst av moderate og alvorlige postoperative komplikasjoner. Dette er en endring sammenlignet med tallene for 2021 der alle sykehusene med over 4,0% komplikasjonsrate av middels og alvorlig karakter ved total laparoskopisk hysterektomi hadde under 53 registrerte prosedyrer.

Infeksjon er den klart vanligste postoperative komplikasjonen av moderat og alvorlig karakter etter total laparoskopisk hysterektomi. I 2022 var tallet for infeksjoner 4,2% mot 2,8% i 2021.

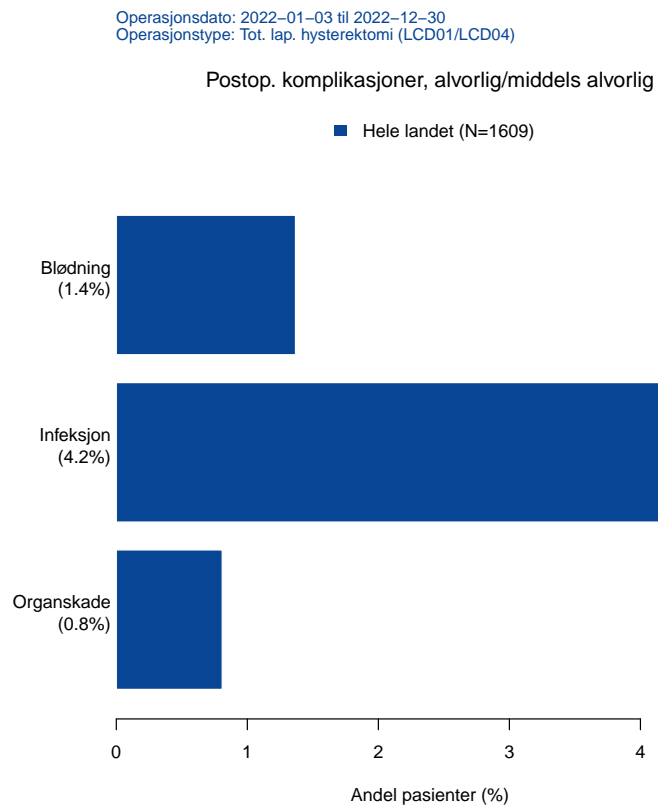
Den lave forekomsten av registrert organskade vitner om god kvalitet på den utførte kirurgien.



Figur 3.25: Fordeling middels alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopisk hysterektomi



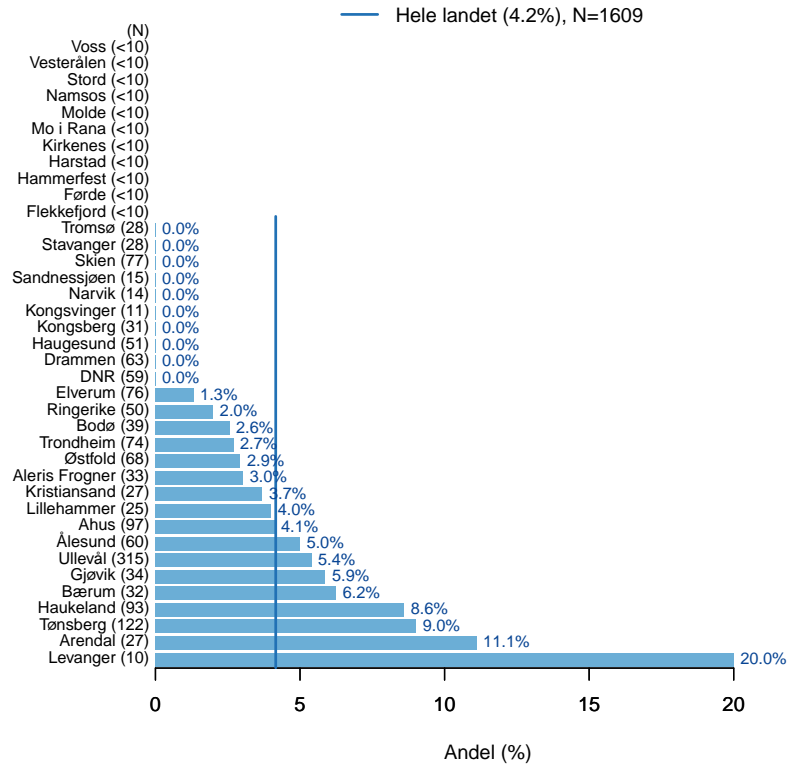
Figur 3.26: Utvikling moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterektomi



Figur 3.27: Fordeling type middels alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopisk hysterektomi

Operasjonsdato: 2022-01-03 til 2022-12-30  
 Operasjonstype: Tot. lap. hysterectomi (LCD01/LCD04)

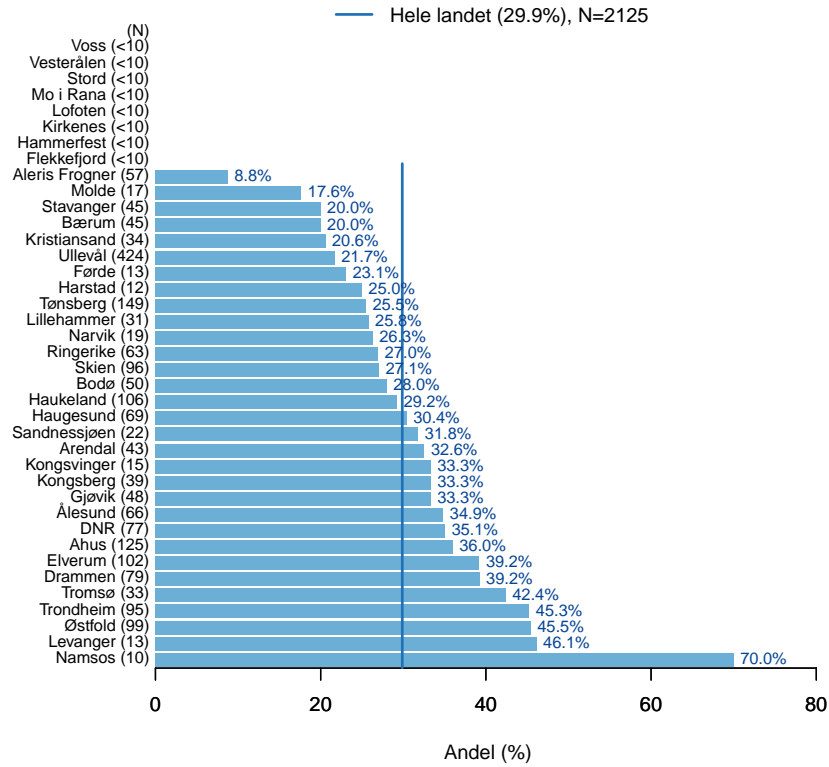
Postop. komplikasjon: Infeksjon (alvorlig/middels)



Figur 3.28: Moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterectomi pr sykehus

Operasjonsdato: 2022-01-03 til 2022-12-30  
 Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

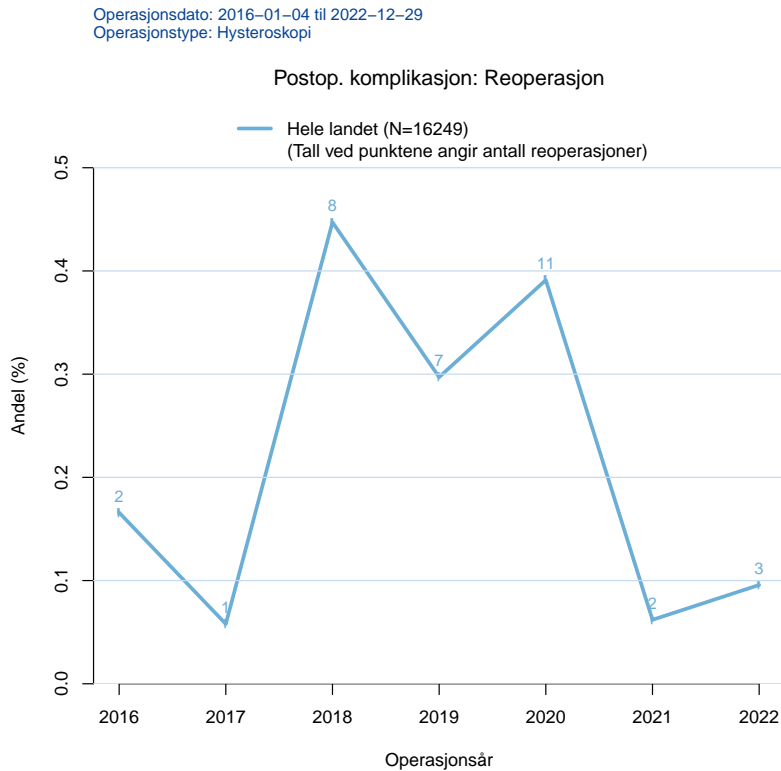
Pasienter med fedme (BMI > 30)



Figur 3.29: BMI for pasienter som har fått utført laparoskopisk hysterektomi, pr sykehus

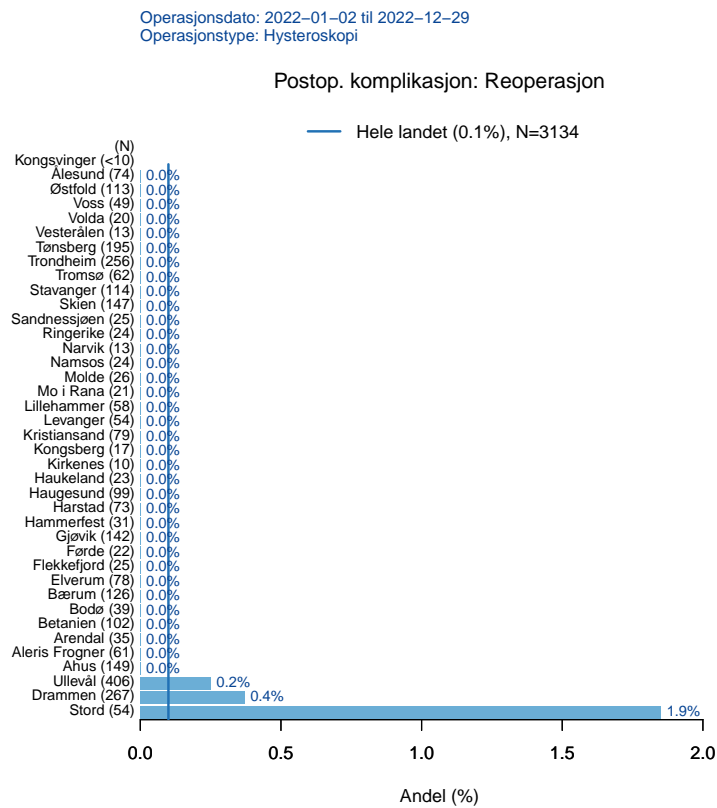
### 3.1.9 Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi

NGER har ikke definert et eget måltall for raten av reoperasjoner ved hysteroskopi. Antallet reoperasjoner er svært lavt. Det var i 2022 registrert 3 reoperasjoner i hele landet mot tilsvarende 2 reoperasjoner i 2021.



Figur 3.30: Utvikling reoperasjon ved hysteroskopi siste 4 år

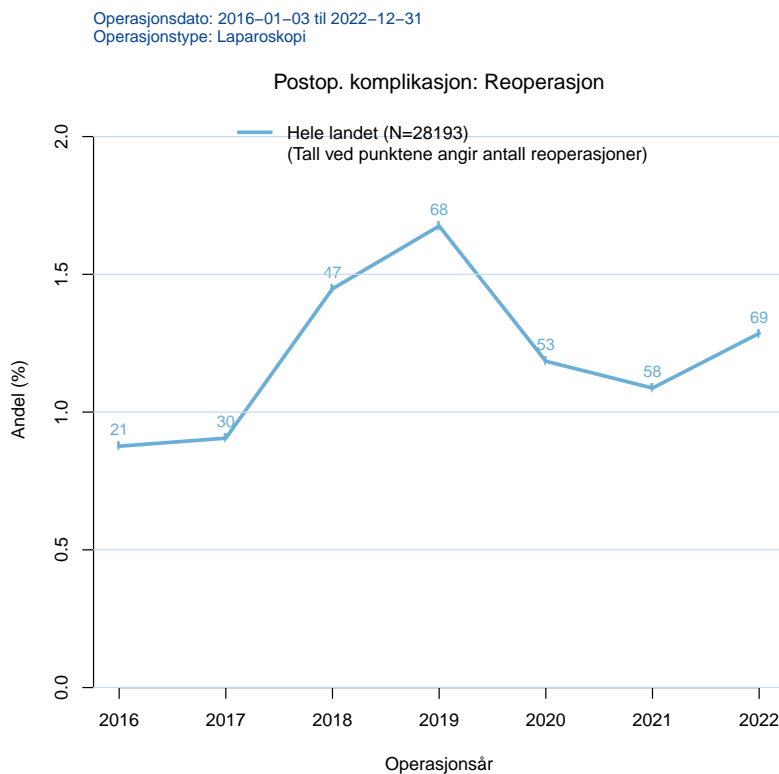




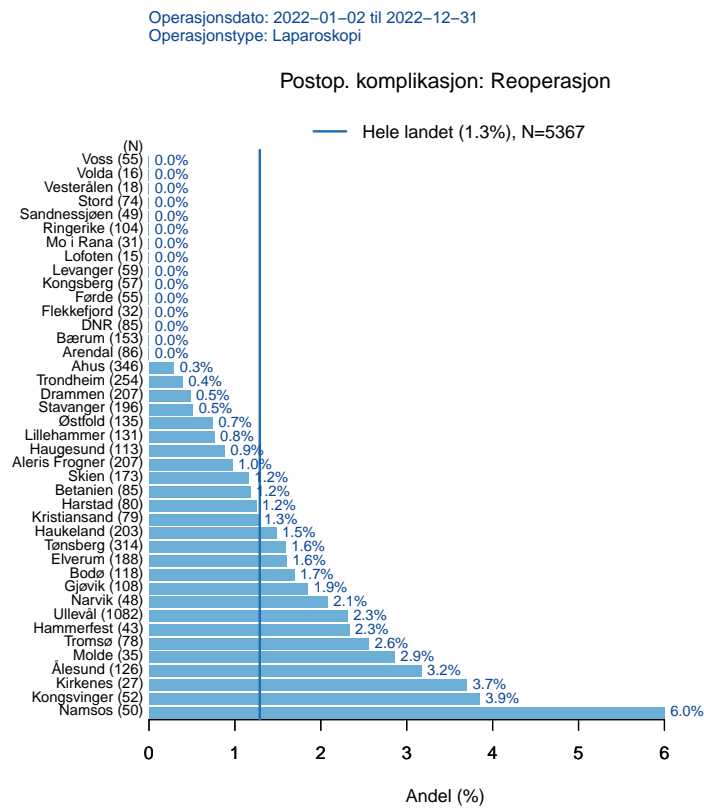
Figur 3.31: Reoperasjon for komplikasjon ved hysteroskopi innen 4 uker pr. sykehus

### 3.1.10 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. Det var i 2022 en økning til 1,3% mot 1,1% i 2021. Ser man bare på de totale laparoskopiske hysterektomiene var reoperasjonsraten på 1,9% i 2022. Det viser at det er få av de moderate og alvorlige komplikasjonene her som krever reoperasjon.



Figur 3.32: Utvikling reoperasjon ved laparoskopi siste 4 år



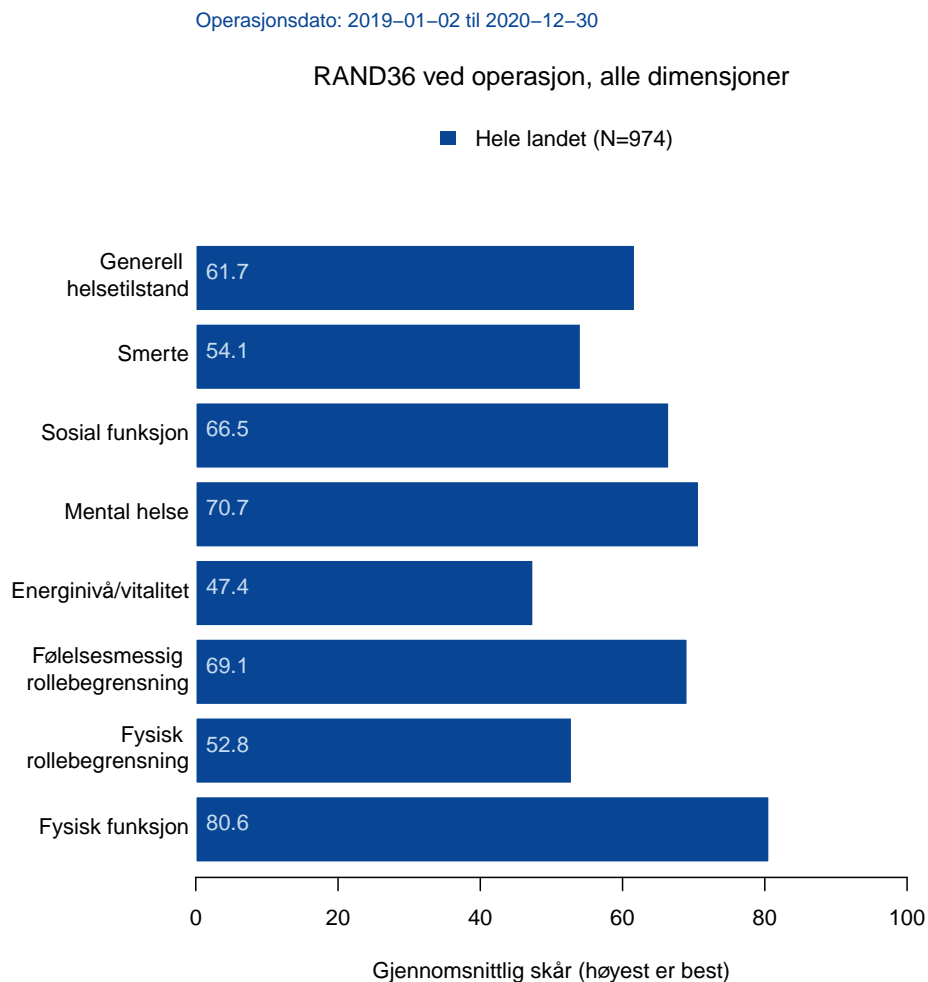
Figur 3.33: Reoperasjon for komplikasjon ved laparoskopi innen 4 uker pr. sykehus

### 3.1.11 Pasientens helsegevinst - PROM

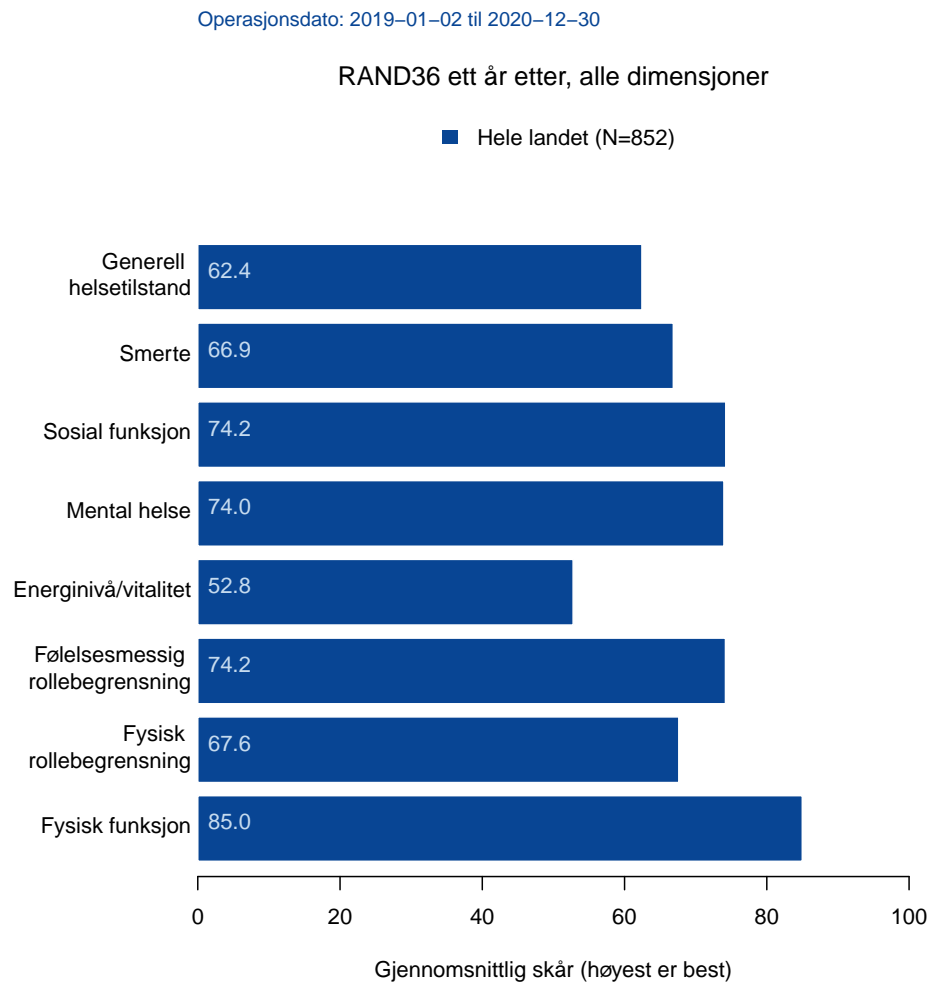
Norsk gynekologisk endoskopiregister benytter det standardiserte skjemaet RAND36 for å kartlegge pasientrapporterte utfallsmål (PROM). I 2019 startet NGER med å registrere RAND36 hos pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterektomi med benign indikasjon ved 5 sykehus i Norge: Ullevål Sykehus, Haugesund 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 og ett år etter inngrep fra 2019 og 2020. Data for 3 års oppfølging vil være klomplett i 2023 og vil publiseres i årsrapport for 2023.

Da disse dataene brukes i pågående studie har NGER valgt å presentere grafer uten ytterligere kommentarer.



Figur 3.34: RAND 36, alle dimensjoner før operasjon utført i 2019 og 2020



Figur 3.35: RAND 36, alle dimensjoner ett år etter operasjon utført i 2019 og 2020

### 3.1.12 Tilfredshet med behandlende enhet - PREM

Med intensjonen om et «Pasientens helsevesen» skal de medisinske kvalitetsregistrene gi rapporter på pasientens opplevelse av helsevesenet og pasientens medvirkning under behandlingsforløpet. Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS2 er et skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM). TSS2 skjemaet sendes ut 4 uker etter inngrepet. Dersom ikke svar mottas, vil det gå ut purringer 8 og 12 uker etter inngrepet. Deretter avsluttes videre oppfølging og skjemaene anses som «ikke besvart».

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

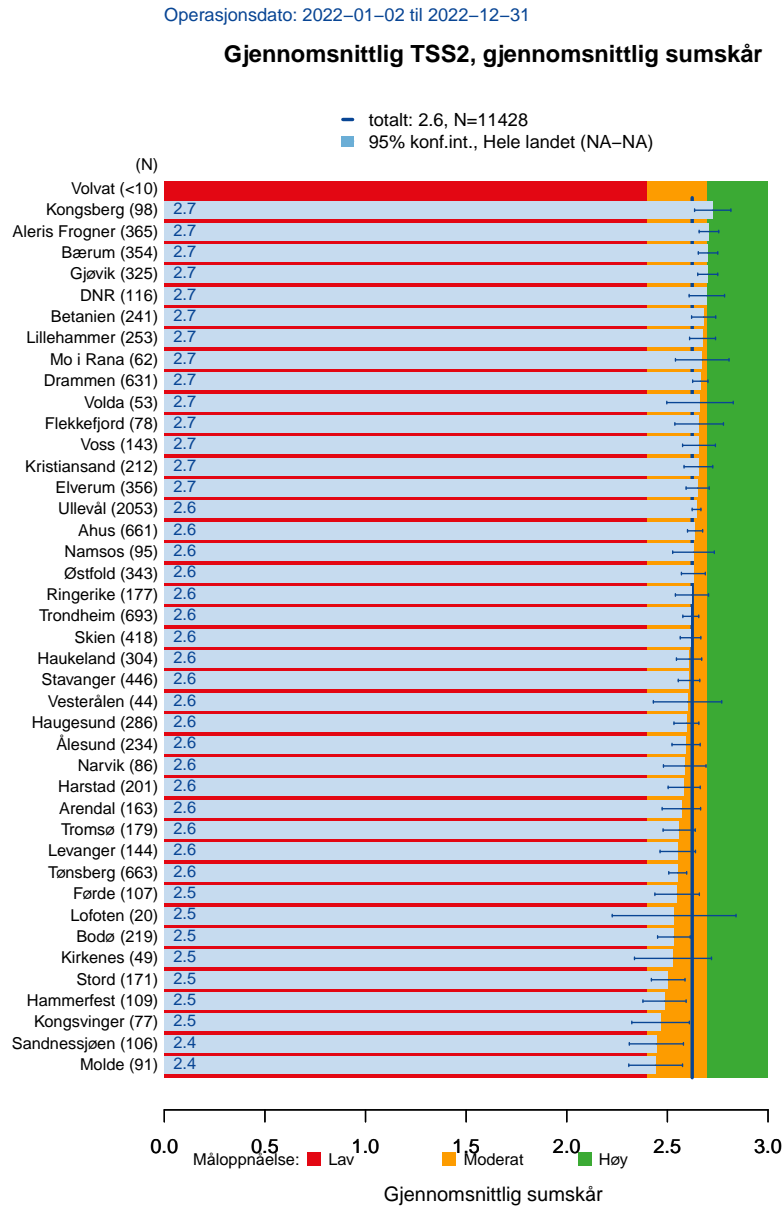
- Hvordan synes du at du ble møtt på gynekologisk avdeling?
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg?
- Synes du at din behandler på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen?
- Hadde du tillit til din behandler 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 (svært bra) uansett spørsmålstilling. Eksempelvis hadde 92% av pasientene en positiv eller svært positiv oppfatning av behandlingen ved den gynekologiske enheten. TSS2 dataene presenteres derfor som i årsrapporten fra 2021 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. Generelt er pasientene svært godt fornøyd med de behandlende avdelingene. Andelen med svært positiv oppfatning av gyn. avdeling er på 61,2% i 2022.

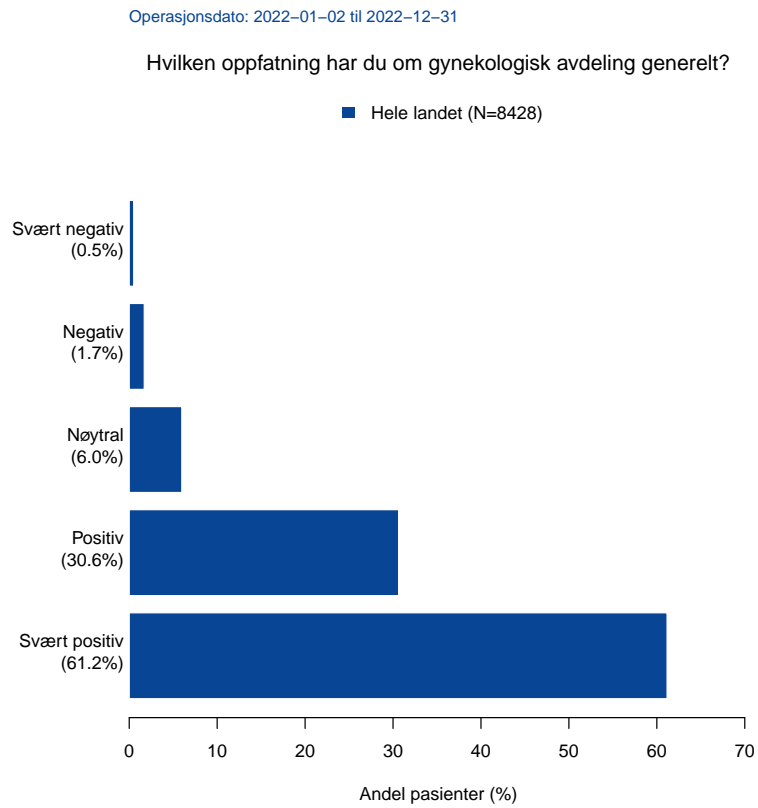
NGER har satt måltallene til:

**Grønt måltall 2,7**

**Gult måltall: 2,4**

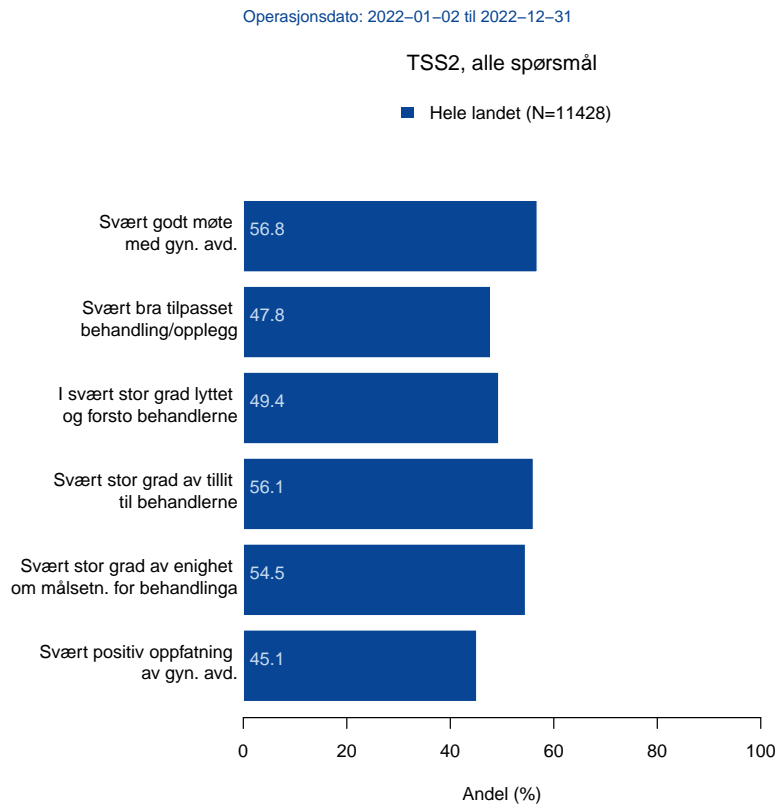


Figur 3.36: Gjennomsnittlig sumskår

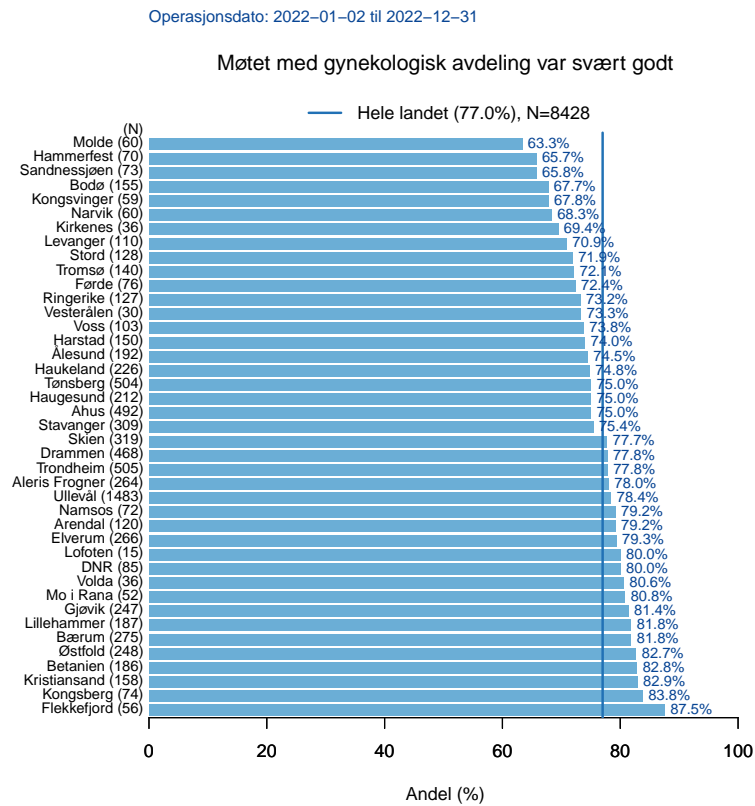


Figur 3.37: Fordeling svaralternativer oppfatning av gynekologisk avdeling

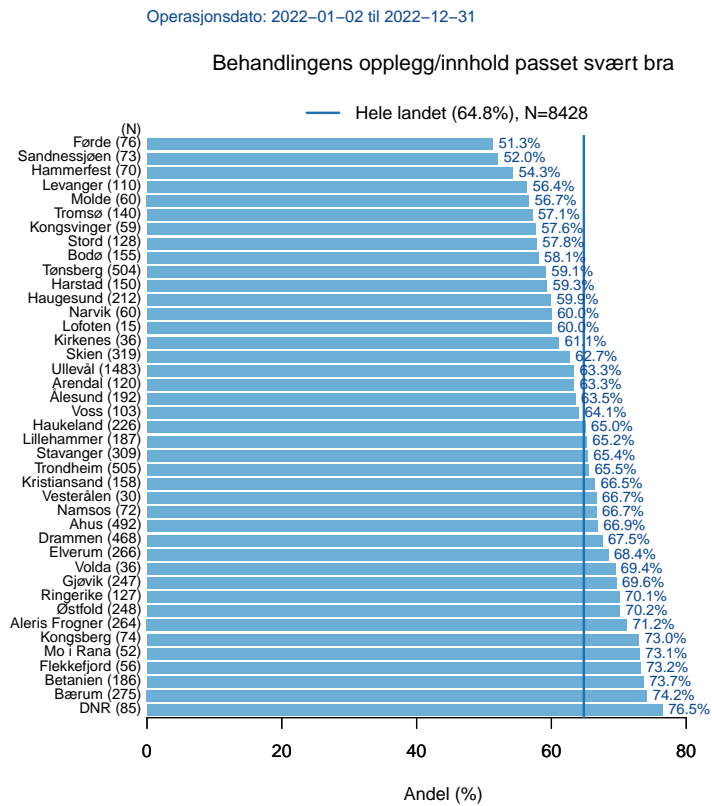




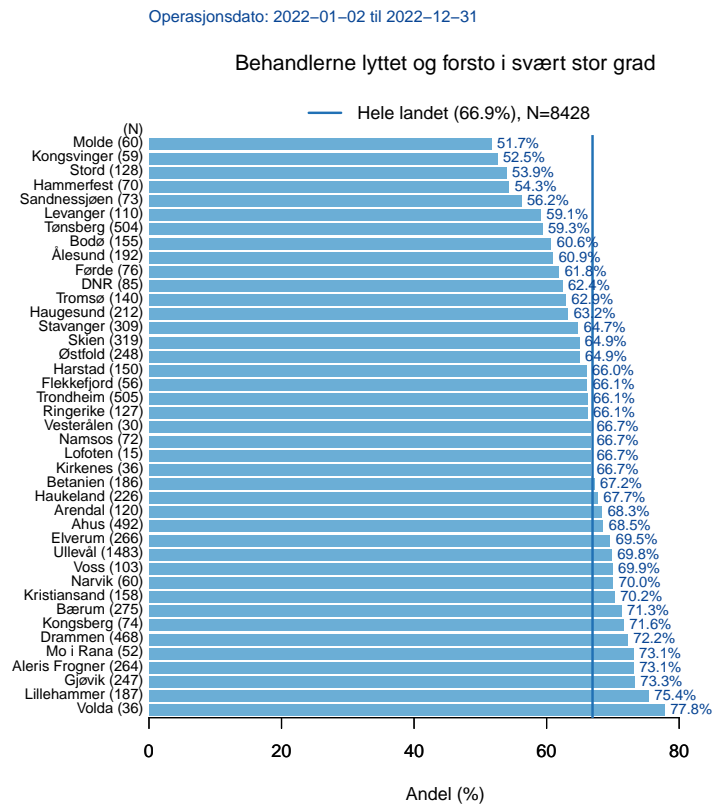
Figur 3.38: Andel svært positiv



Figur 3.39: Hvordan synes du at du ble møtt på gynekologisk avdeling?



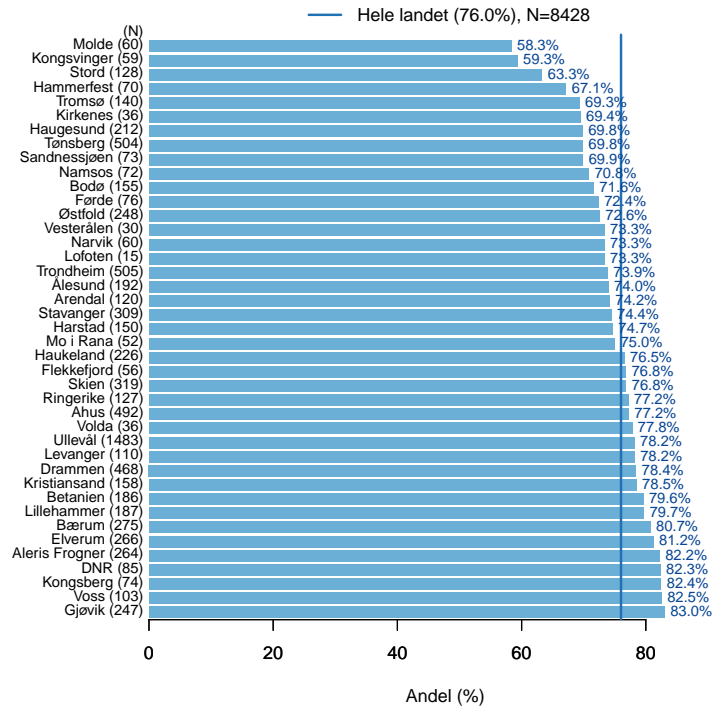
Figur 3.40: Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg?



Figur 3.41: Synes du at din behandler på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen?

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31

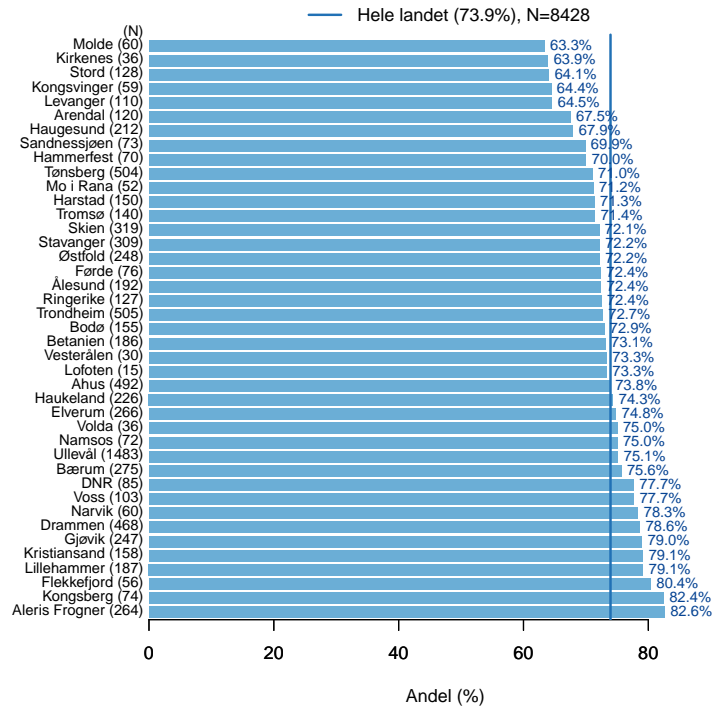
## Pasienten hadde svært stor tillit til sine behandlere



Figur 3.42: Hadde du tillit til din behandler på gynekologisk avdeling?

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31

Pasient og behandlere svært enige om målsetn. for behandlinga

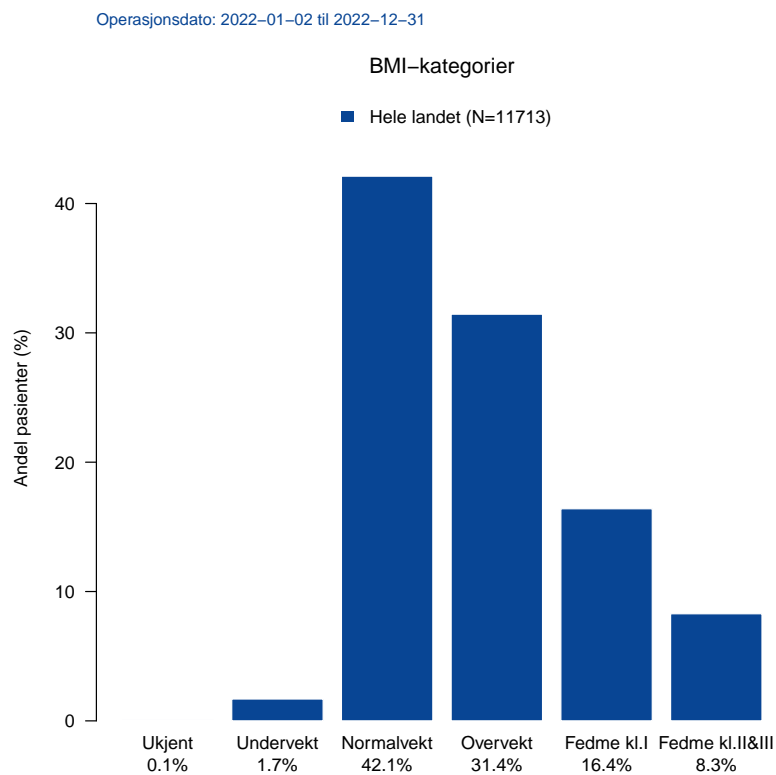


Figur 3.43: Synes du at du og din behandler på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling?

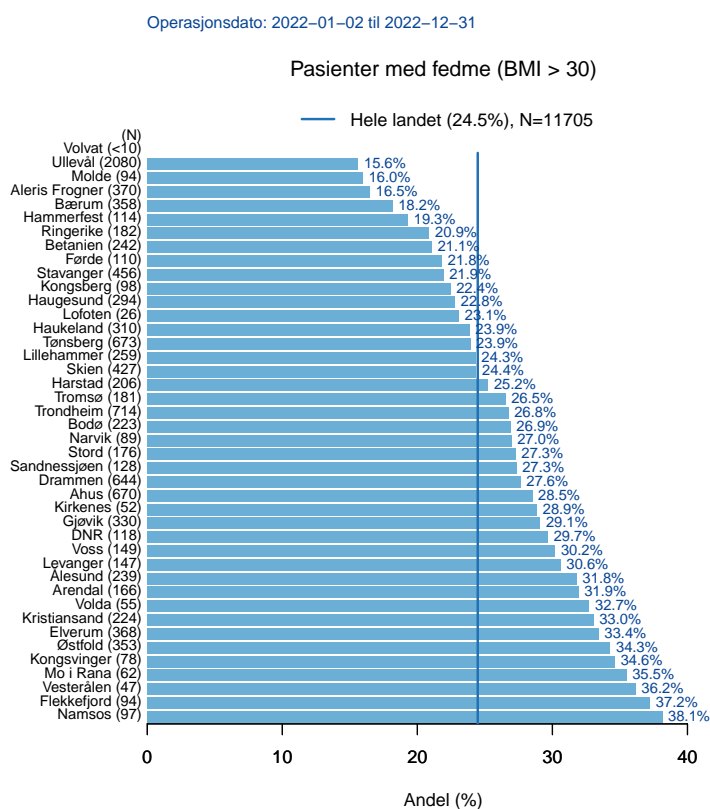
## 3.2 Andre analyser

### 3.2.1 Pasientkarakteristika

NGER har flere variabler relatert til pasientkarakteristika. Når det gjelder BMI er flertallet av pasientene som opereres med 42,1% normalvektige. Dette vil si en BMI mellom 20 og 25. Det er 31,4% som har en BMI mellom 25-30 klassifisert som overvekt. Disse tallene har vært helt stabile de siste årene. På sykehusnivå varierer andelen pasienter med BMI over 30 fra 15,6% til 38,1%. Disse tallene viser ikke noe tydelig mønster i forhold til antall utførte inngrep eller hvor i landet sykehuset ligger.



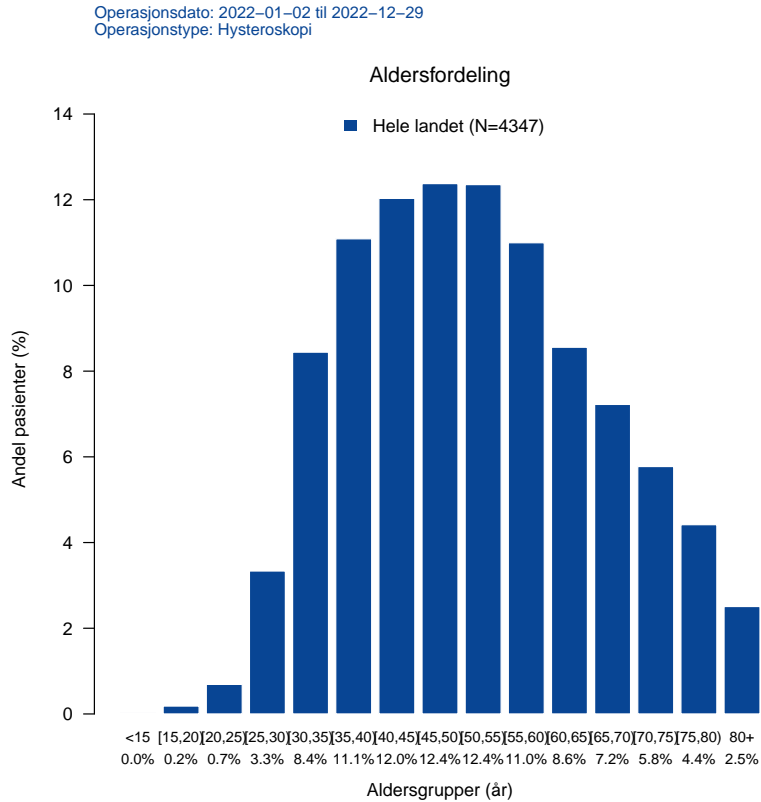
Figur 3.44: Fordeling BMI kategorier



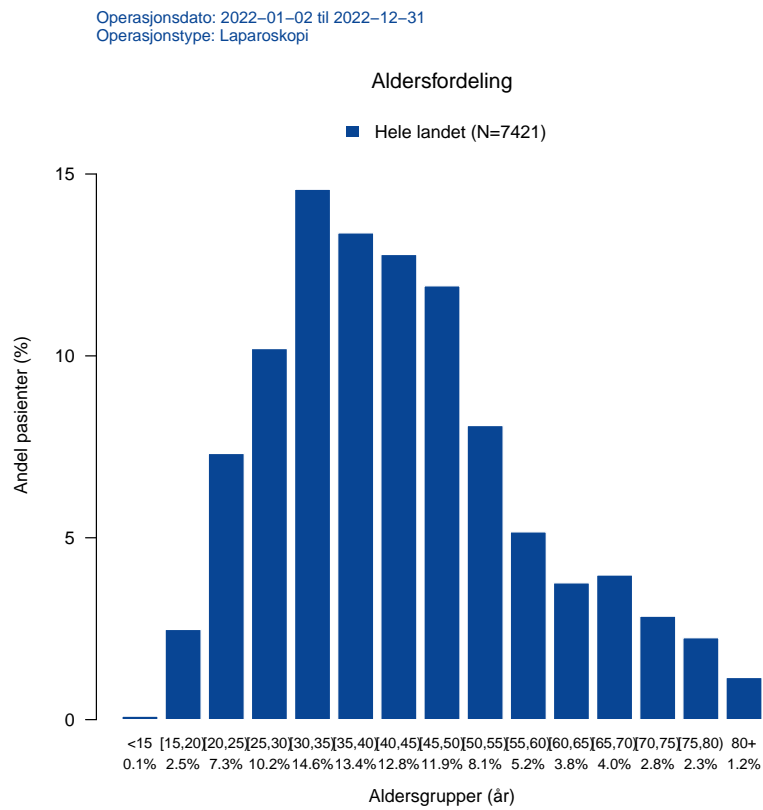
Figur 3.45: Fordeling BMI over 30 på sykehusnivå



Når det gjelder aldersfordeling er det ingen store endringer fra tidligere år. Ved hysteroskopi er det flest som er i alderen 45-50 år og 50-55 år. Det er heller ingen større endringer i aldersfordelingen ved laparoskopi. Her ser vi flest registrerte inngrep i aldersgruppen 30-35 år.

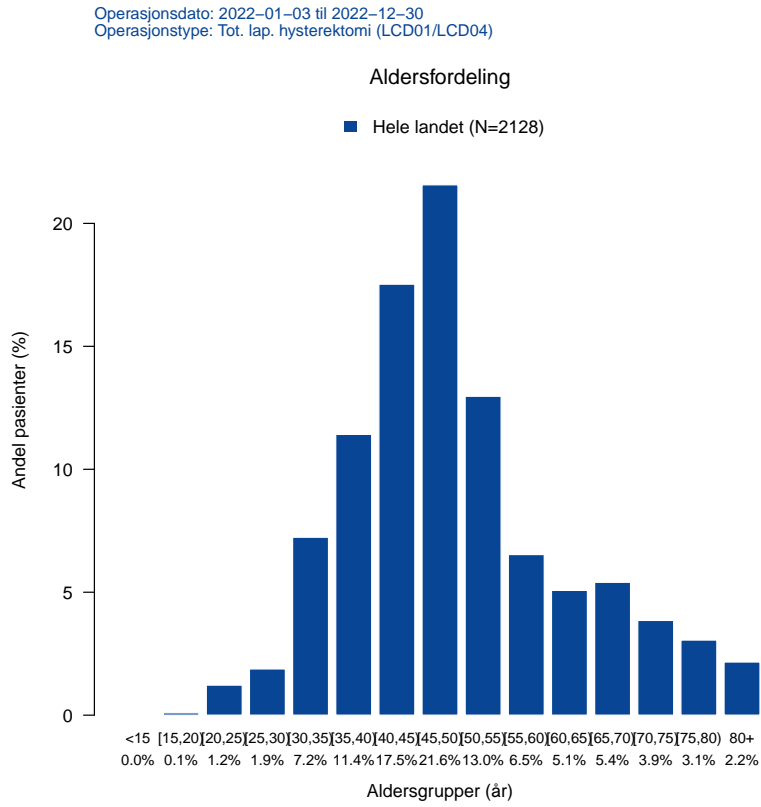


Figur 3.46: Aldersfordeling ved hysterskopi



Figur 3.47: Aldersfordeling ved laparoskopi

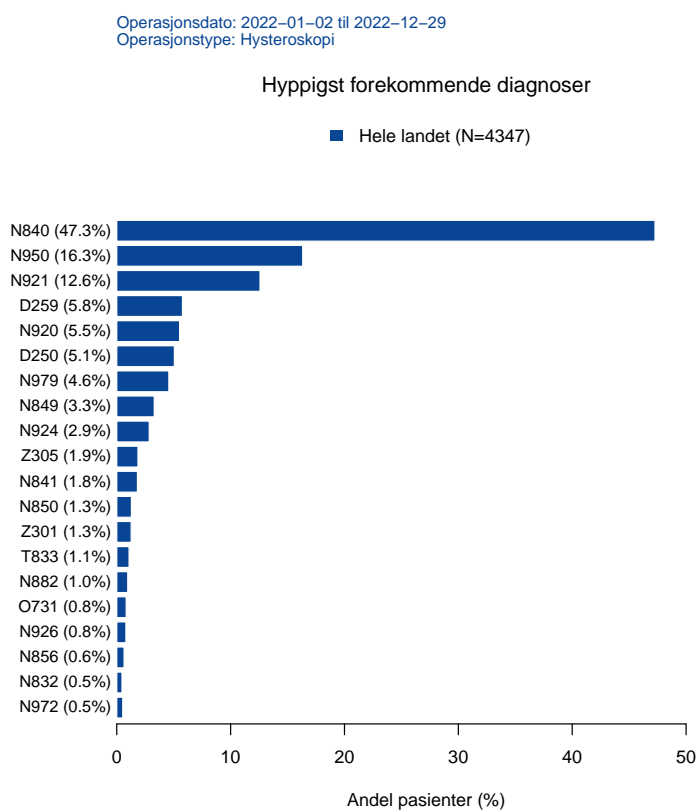
Aldersfordelingen ved laparoskopisk hysterektomi er også stabil. Det er flest pasienter i alderen 45-50 år med 21,6% som er registrert med dette inngrepet.



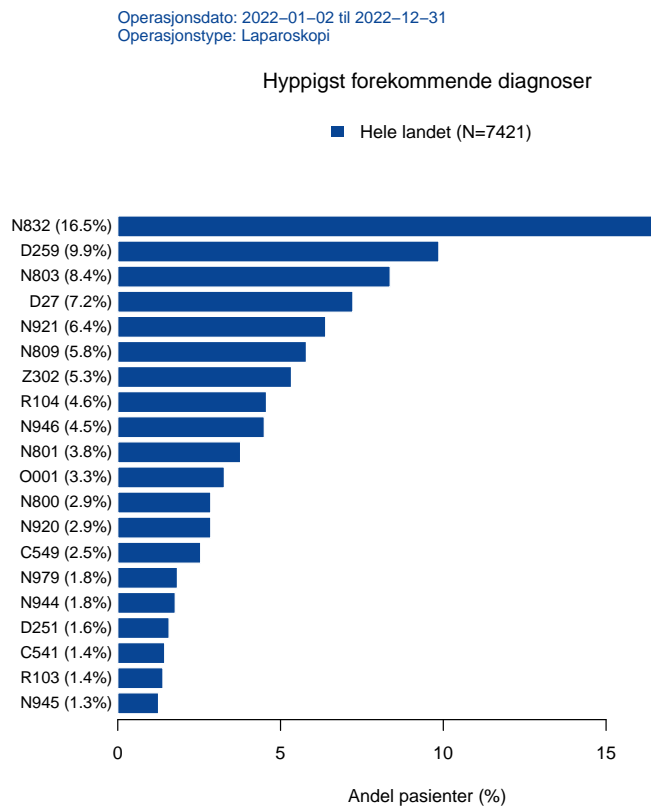
Figur 3.48: Aldersfordeling ved laparoskopisk hysterektomi

### 3.2.2 Hyppigste diagnose

Det er de samme tre diagnosene som er hyppigste indikasjon for hysteroskopi i 2022 som i 2021. Polypp i livmorlegeme er den vanligste med 47,3%. Når det gjelder laparoskopi er fremdeles Andre og uspesifiserte ovarialcyster og Leiomyom i livmor uspesifisert de to vanligste registrerte diagnosene. Endometriose i bekkenbukhinne har gått fra å være den fjerde vanligste diagnosen til den tredje vanligste med en økning fra 6,7% til 8,4%. Slår vi sammen alle diagnosekodene som omfatter endometriose (NOX) blir den totale forekomsten 20,9% i 2022 mot 18,3% i 2021. Det er viktig å huske på at en pasient/inngrep kan være registrert med flere diagnoser.



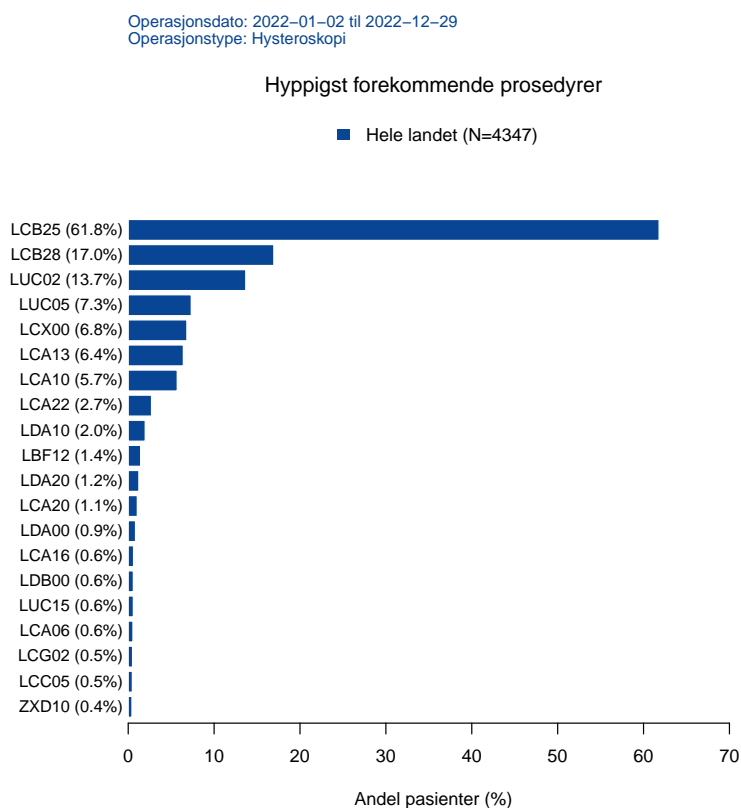
Figur 3.49: Hyppigst forekommende diagnose ved hysteroskopi. N840 Polypp i livmorlegeme N950 Postmenopausal blødning N921 Kraftig og hyppig menstruasjon med uregelmessig syklus



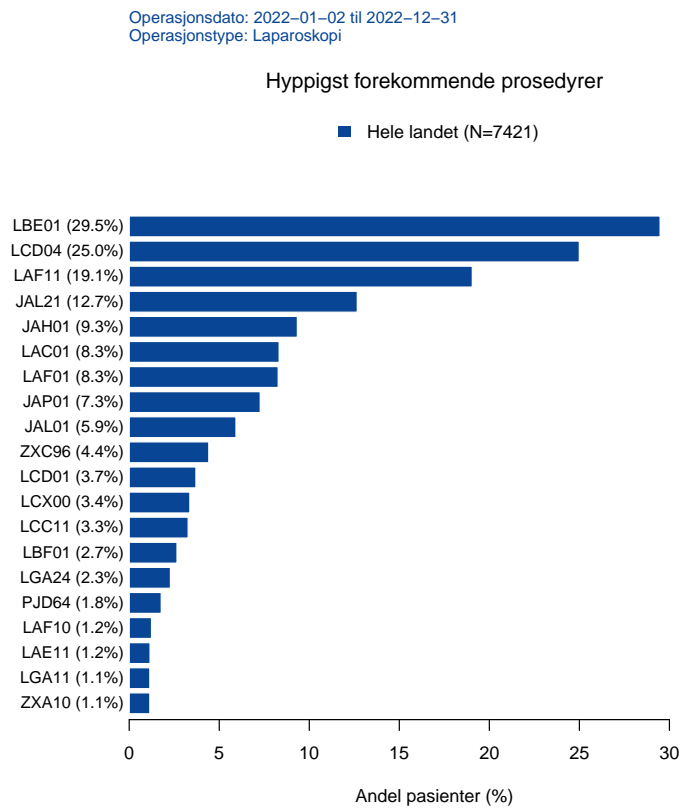
Figur 3.50: Hyppigst forekommende diagnose ved laparoskopi. N832 Andre og uspesifiserte ovarialcyster D259 Leiomyom i livmor uspesifisert N803 Endometriose i bekkenbukhinne

### 3.2.3 Hyppigste prosedyre

Når vi ser på de vanligste registrerte prosedyrekodene er det også her viktig å huske på at samme pasienten kan være registrert med flere koder. Ved hysteroskopi er det de samme tre kodene som er mest brukt i 2022 som i 2021 med Hysteroskopisk ekstirpasjon av lesjon som den vanligste med 61,8%. Ved laparoskopiske inngrep er salpingektomi den hyppigste registrerte prosedyrekoden med 29,5%. Laparoskopisk hysterektomi er registrert både med koden LCD04 og LCD01 med totalt en forekomst på 28,7% som er uforandret fra året før.



Figur 3.51: Hyppigst forekommende prosedyrer ved hysteroskopi. LCB25 Hysteroskopisk ekstirpasjon av lesjon LCB28 Hysteroskopisk eksisjon av endometrium LUC02 Hysteroskopi

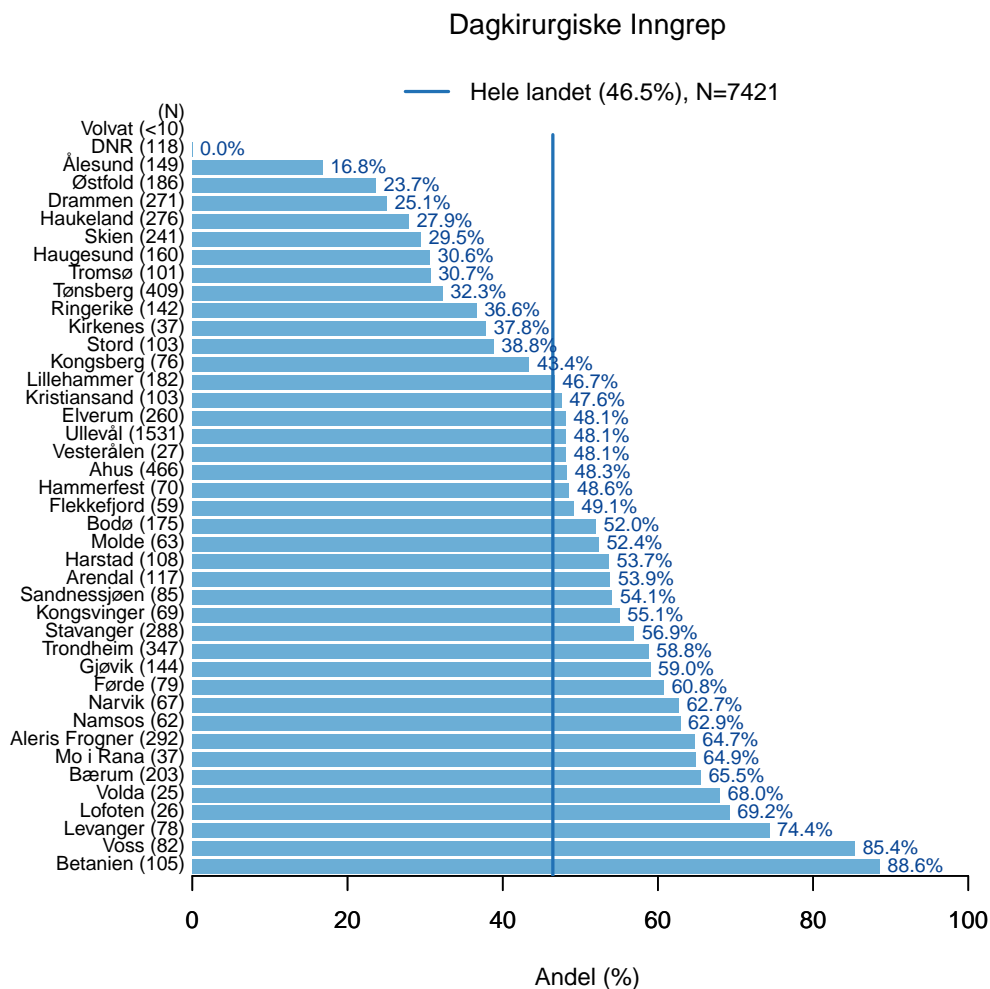


Figur 3.52: Hyppigst forekommende prosedyrer ved laparoskopi. LBE01 Laparoskopisk salpingektomi LCD04 Laparoskopisk hysterektomi LAF11 Laparoskopisk bilateral salpingo-ooforektomi

### 3.2.4 Operasjonsparametre

På landsbasis ligger andelen laparoskopier som er utført som dagkirurgi på 46,5% i 2022 mot 45,8% i 2021. Dette er således ikke tegn til at denne andelen er stigende. Det er fremdeles store variasjoner mellom de ulike sykehusene.

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31  
Operasjonstype: Laparoskopi

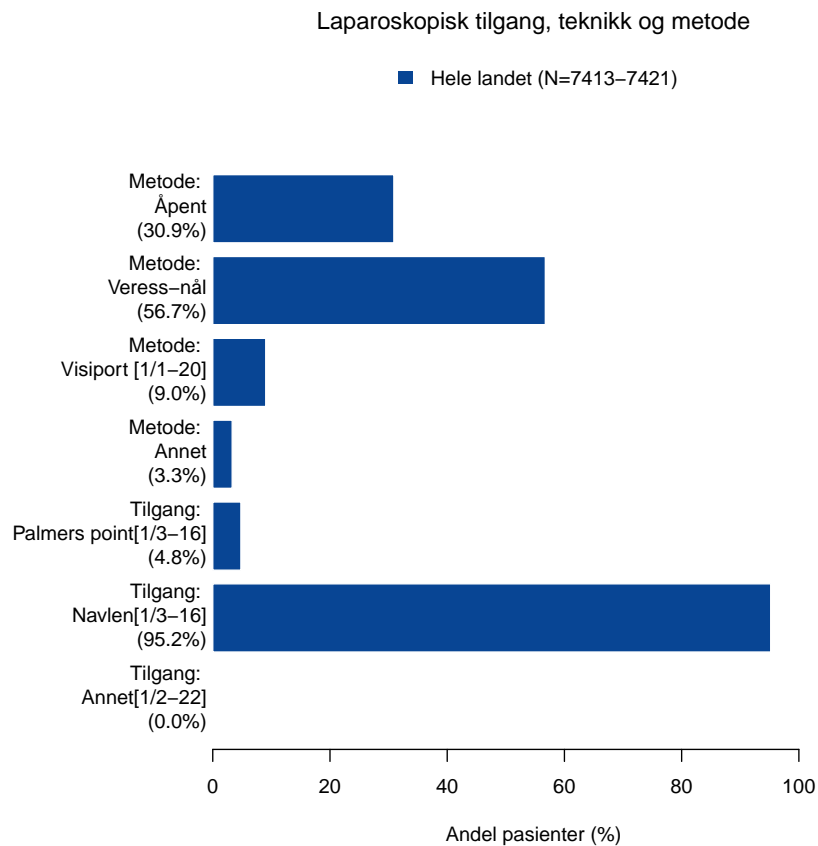


Figur 3.53: Andel dagkirurgiske inngrep ved laparoskopi pr. sykehus



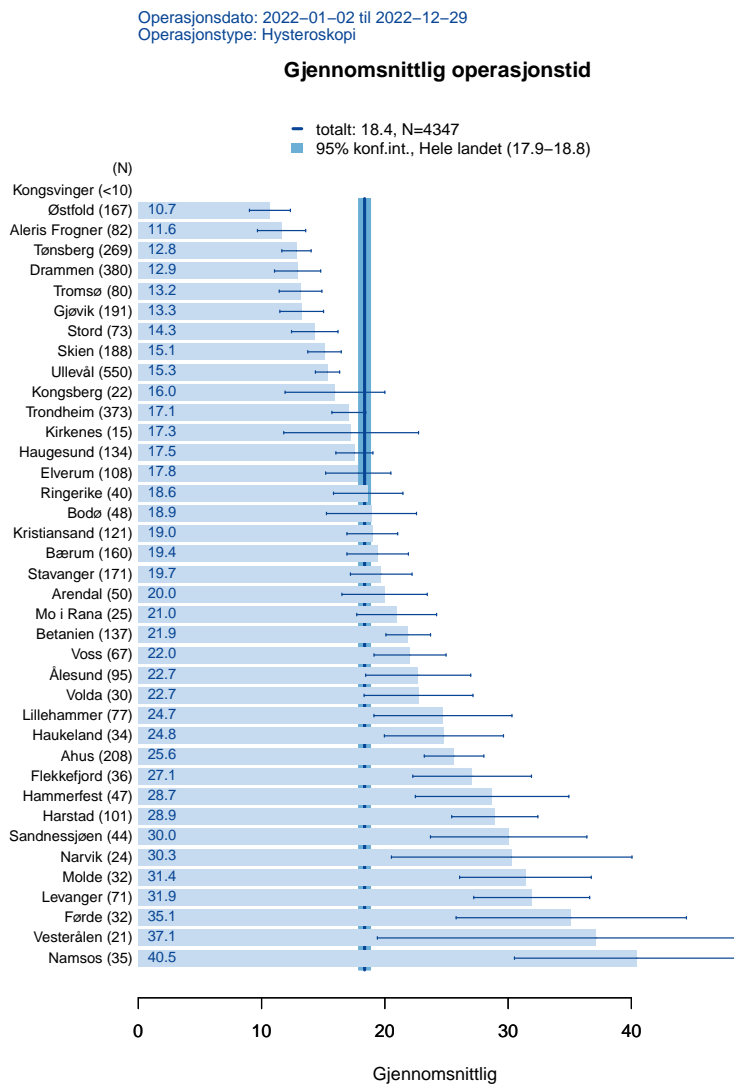
Det er kun mindre endringer i forhold til bruk av navel og palmers point for etablering av laparoskopisk tilgang. Navel brukes i 95,2% av tilfellene mens Palmers point brukes i 4,8% av tilfellene. Verres-nål er den vanligste teknikken som benyttes. Bruken av Verres nål er opp fra 54,8% i 2021 til 56,7% i 2022.

Operasjonsdato: 2022-01-02 til 2022-12-31

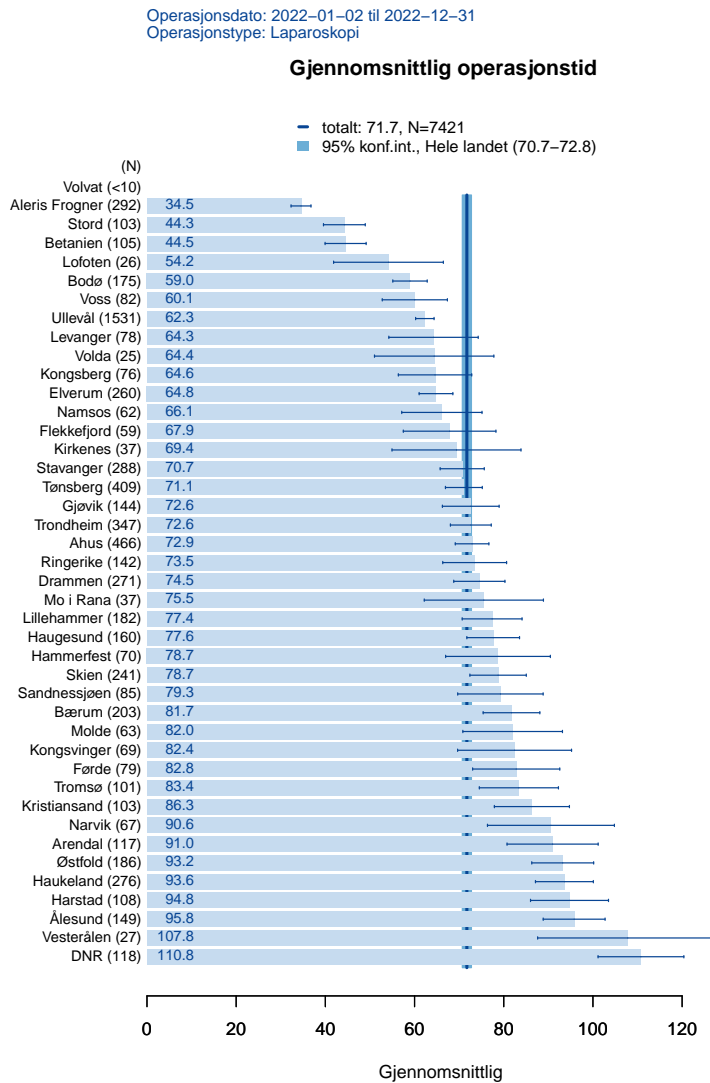


Figur 3.54: Laparoskopisk tilgang teknikk og metode

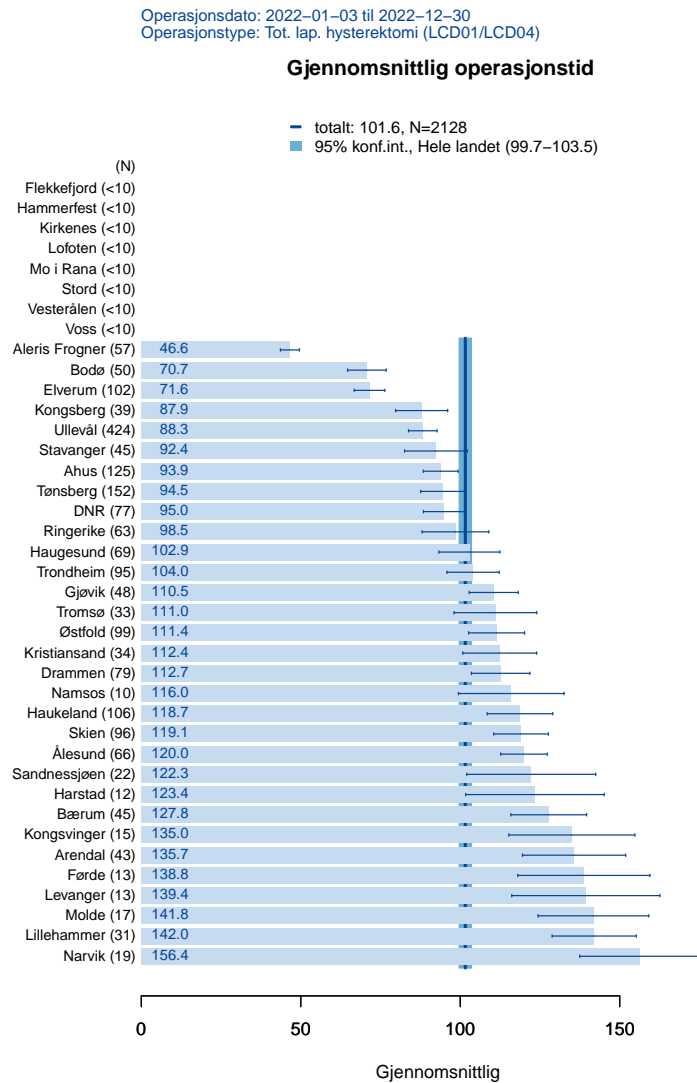
De gjennomsnittlige operasjonstidene både ved hysteroskopi og laparoskopi er stabile på landsbasis. Det er store individuelle forskjeller mellom sykehusene. Det tegner seg ikke et tydelig mønster basert på størrelse eller aktivitet når det gjelder disse forskjellene. Når man ser på gjennomsnittlig operasjonstid ved laparoskopisk hysterektomi er totaltiden for landet nokså uendret. I 2020 var denne på 100,8 minutter mens den i 2021 var på 97,2 minutter. Nå i 2022 er tallet beskjedent opp igjen til 101,6 minutter. For det enkelte sykehus er det også nokså stabilt med kun mindre endringer.



Figur 3.55: Gjennomsnitt operasjonstid for hysteroskopi pr. sykehus



Figur 3.56: Gjennomsnitt operasjonstid for laparoskopi pr. sykehus



Figur 3.57: Operasjonstid for laparoskopisk hysterektomi på sykehusnivå

## Kapittel 4

# Metoder for fangst av data

Registrering av personopplysninger skjer elektronisk etter inngrepet ved at det enkelte sykehus gjennomfører registreringen på kvalitetsregisterportalen <https://helseregister.no> via Norsk Helsenett. Ved noen sykehus gjør kirurgen dette selv, mens ved andre sykehus fyller kirurgen ut et papirskjema som deretter registreres elektronisk av en sekretær.

Pålogging til Norsk gynekologisk endoskopiregister foregår ved en 2-faktor autorisering av brukerne. Kun autorisert sykehuspersonale (leger, sykepleier og helsesekretærer) kan bli registrert som brukere.

Fire uker etter operasjonen sender Norsk gynekologisk endoskopiregisters kontor ut et spørreskjema på papir til pasienten. Ved manglende respons får pasienten en purring pr brev etter 8 uker og pr SMS etter 12 uker. Returnert spørreskjema registreres direkte inn i registerportalen <https://helseregister.no> via Norsk Helsenett.

Siden 1. juni 2021 har skjemaene blitt sendt ut elektronisk via Helsenorge med en påminnelse etter 20 dager. De som ikke nås elektronisk får tilsendt skjema på papir.

For innhenting av Pasientrapporterte resultatmål- PROM, fikk en utvalgt pasientgruppe i 2019 og 2020 utdelt spørreskjemaet RAND36 før operasjon sammen med returkonvolutt til Norsk gynekologisk endoskopiregisters kontor. Returnert skjema ble registrert direkte inn i registerportalen på [Helseregister.no](https://helseregister.no). 1 år etter operasjon fikk pasientene som har besvart RAND36 før operasjon tilsendt spørreskjema pr brev, etter 1 juni 2021 via [Helsenorge.no](https://helsenorge.no). 1 års oppfølging ble samlet inn i 2020 og 2021. 3 år etter operasjon får pasienter som har besvart RAND36 1 års oppfølging, tilsendt spørreskjema via [Helsenorge.no](https://helsenorge.no). De som ikke nås elektronisk får de tilsendt spørreskjema pr brev. Innhenting av 3 års oppfølging er innsamlet i 2022, og vil foregå ut 2023.

## Kapittel 5

# Datakvalitet

### 5.1 Antall registreringer

Uttrekk til årsrapport er gjort 19.04.2023. I 2022 er 11713 forløp fullstendig registrert i NGER. Dette er en liten økning fra 11436 registreringer i 2021.

	2018	2019	2020	2021	2022
Ahus	637	458	628	614	671
Aleris Frogner	0	0	162	211	370
Arendal	137	163	144	167	166
Betanien	237	240	235	274	242
Bodø	187	259	201	229	223
Bærum	274	233	267	340	358
DNR	132	135	146	107	118
Drammen	483	544	567	658	644
Elverum	105	254	243	376	368
Flekkefjord	33	16	86	70	94
Førde	63	121	116	134	110
Gjøvik	308	296	258	279	330
Hammerfest	82	148	99	99	114
Harstad	0	65	132	214	206
Haugesund	325	294	318	250	294
Haukeland	292	388	388	354	310
Kirkenes	38	48	6	9	52
Kongsberg	6	112	92	101	98
Kongsvinger	63	60	89	107	78
Kristiansand	212	228	230	265	224
Levanger	0	0	87	81	147
Lillehammer	73	190	177	161	259
Lofoten	0	14	23	21	26
Mo i Rana	76	68	53	72	62
Molde	58	111	104	95	94
Namsos	0	0	3	80	97
Narvik	0	0	96	63	89
Ringerike	80	89	154	193	182
Sandnessjøen	98	109	117	126	128
Skien	183	291	463	450	429
Stavanger	285	392	416	483	456
Stord	0	196	205	168	176
Tromsø	132	137	152	190	181
Trondheim	292	612	819	879	715
Tønsberg	708	755	694	729	677
Ullevål	1380	1571	1891	1932	2080
Vesterålen	1	46	49	64	47
Volda	19	21	51	55	55
Volvat	0	0	41	4	2
Voss	67	120	142	132	149
Østfold	74	295	265	363	353
Ålesund	50	92	270	237	239
Sum	7190	9171	10679	11436	11713

Tabell 5.1: Antall registrerte opphold

	Lap	Hys	Begge
Ahus	463	205	3
Aleris Frogner	288	78	4
Arendal	116	49	1
Betanien	105	137	0
Bodø	175	48	0
Bærum	198	155	5
DNR	118	0	0
Drammen	264	373	7
Elverum	260	108	0
Flekkefjord	58	35	1
Førde	78	31	1
Gjøvik	139	186	5
Hammerfest	67	44	3
Harstad	105	98	3
Haugesund	160	134	0
Haukeland	276	34	0
Kirkenes	37	15	0
Kongsberg	76	22	0
Kongsvinger	69	9	0
Kristiansand	103	121	0
Levanger	76	69	2
Lillehammer	182	77	0
Lofoten	26	0	0
Mo i Rana	37	25	0
Molde	62	31	1
Namsos	62	35	0
Narvik	65	22	2
Ringerike	142	40	0
Sandnessjøen	84	43	1
Skien	241	188	0
Stavanger	285	168	3
Stord	103	73	0
Tromsø	101	80	0
Trondheim	342	368	5
Tønsberg	408	268	1
Ullevål	1530	549	1
Vesterålen	26	20	1
Volda	25	30	0
Volvat	2	0	0
Voss	82	67	0
Østfold	186	167	0
Ålesund	144	90	5
Sum	7366	4292	55

Tabell 5.2: Antall registrerte fordelt på hystersokopi og laparoskopi 2022



## 5.2 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 5.1. Uttrekket er basert på kodeoversikten i tabell 5.3 og 5.4. Koblingsnøkkelen mellom registrene er: FNR (eller i praksis NPRid) og helseforetak.

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

Figur 5.1: 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 5.3: 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
LÜ 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 5.4: NCSP koder

## 5.3 Tilslutning

Norsk gynekologisk endoskopiregister samler data fra HF i alle regioner. Det er 41 offentlige institusjoner med hysteroskopisk og laparoskopisk virksomhet i Norge. 40 institusjoner (98%) av disse har registrert inn data til i 2022.

### **Sykehus og avdeling som ikke registrerte i 2022:**

- UNN Tromsø Gyn kreft (startet registrering januar 2023)
- Kristiansund sjukehus

### **Oppfølging**

Svarprosent på tilsendte pasientskjema 4 uker etter utført inngrep var hele 73%. Postoperativ oppfølging anses tilfredsstillende registrert i NGER.

## 5.4 Dekningsgrad

NGER er ikke prioritert for dekningsgrad av 2022. Da heller ikke tallene for 2021 ble gitt før etter publisering av Årsrapport 2021, gjør vi en redegjørelse for disse tallene her.

### **5.4.1 Dekningsgrad 2021**

Grunnlaget for dekningsgradsanalysen i 2021 var 11424 registrerte inngrep. Dekningsgraden 2021 for Norsk gynekologisk endoskopiregister - NGER var beregnet til **73%**. Dekningsgrad for hysteroskopier var 76%, og dekningsgrad for laparoskopier var 75%

Fullstendig dekningsgradsrapport finner dere på NGERs nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger).

### 5.4.2 Dekningsgrad 2022

Datauttrekk til årsrapport er gjort 19.04.2023. I 2022 har NGER 11713 registrerte inngrep. Inngrep som kvalifiserer for registrering i NGER er i følge Nasjonal tjeneste for validering og dekningsgradsanalyser 2021 beregnet til 15576. Ut ifra disse tallene forventer NGER en positiv utvikling på dekningsgraden også i 2022. Estimert til **75%**..

## 5.5 Metode for intern sikring av datakvalitet

NGER dataene blir koblet opp mot Folkeregister og NPR. Kobling mot Folkeregister med personnummer og mottak av navn og adresse skal kvalitetssikre pasientens identitet og adresse. Kobling mot NPR med personnummer og valgte inklusjonsvariabler kvalitetssikrer dekningsgradanalysene.

Innregistrerte data fra registrerende enheter blir systematisk vurdert gjennom kvalitetskontroll. Alle innregistrerte peroperative komplikasjoner og konverteringer blir kontrollert mot journal før publisering.

Pasientrapporterte komplikasjoner vurderes i 2 ledd. Først av helsesekretær og/eller daglig leder for NGER, som vurderer om det er behov for å innhente flere opplysninger fra pasient eller tilhørende sykehus. Deretter vurderes opplysningene av medisinsk faglig rådgiver som fastsetter alvorlighetsgrad. Alle middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner blir kvalitetskontrollert mot journal før publisering.

Etter kvalitetskontroll forsikrer registeret seg om at registrerende enhet er enig i tellene som publiseres.

Se også kapittel 4 Metoder for fangst av data, og kapittel 5.7 Vurdering av datakvalitet.

## 5.6 Metoder for vurdering av datakvalitet

Se kapittel 5.7 Vurdering av datakvalitet.

## 5.7 Vurdering av datakvalitet

### 5.7.1 Kompletthet

Med et par unntak er alle variablene i NGER obligatoriske. Alle kvalitetsindikatorvariablene er obligatoriske.

Registeret har bare fem variabler som kan besvares med "Ukjent", og tre variabler hvor man gjør et utvalg som ikke er obligatorisk. Veilederen som ble utarbeidet i 2021 er ment til å styrke forståelsen av de ulike variablene og dermed sikre innholdet i registreringen. Komplettheten er høy.

	2022
Utdanning	84 %
Sivilstatus	92 %
OpTidVagInngrep	99 %
OpTidLapsko	99 %
OpTidLaparotomi	99 %
LapInstrumenter hjelpemidler benyttet.	100 %
HysInstrumenter benyttet.	74 %
Hysteroskoptype.	98 %

Tabell 5.5: Kompletthet 2022

### 5.7.2 Kvalitetskontroll

**NGER har før publisering av 2022 data kvalitetskontrollert alle peroperative komplikasjoner, konverteringer, pasientrapporterte reoperasjoner og postoperative komplikasjoner av moderat og alvorlig grad.**

Dette er gjort 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.

Også årets kvalitetskontroll viser en overregistrering av peroperative komplikasjoner. Dette er et forhold som er kjent, og noe av bakgrunnen for at man så behovet for registreringsveilederen som har blitt laget, se kapittel 9.3.2.

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 av pasientrapporterte postoperative komplikasjoner, middels alvorlig og alvorlig viser at de pasientrapporterte dataene er av god kvalitet.

### 5.7.3 Reliabilitet

Registeret har i 2023 gjort en reliabilitetsanalyse.

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

Resultatene viser at diagnosekoder og prosedyrekoder er de variablene med størst variasjon i registreringspraksisen. Videre er operasjonstid og bruken av uterusmanipulator de variablene med mest sprikende registrering. Laparoskopi casen gir mer rom for tolkning enn det som er tilfellet med hysteroskopi casen. Dette gjenspeiler også den virkelige registreringspraksisen og har sammenheng med at kompleksiteten ved laparoskopi gjerne er større enn det som er tilfellet ved hysteroskopi. Dette gjelder spesielt i forhold til diagnosekoder og prosedyrekoder.

### Operasjonstid

I forhold til operasjonstid er det lite variasjon i forbindelse med hysteroskopi. Det er lite rom for diskusjon i forhold til når et hysteroskopisk inngrep starter. Ved laparoskopi og spesielt der det appliseres en uterusmanipulator før man starter hudincisjonen, har det over tid vært varierende praksis om inngrepet starter i forbindelse med applikasjonen av uterusmanipulatorne eller om inngrepet først starter når man etablerer tilgangen med den første hudincisjon. Veilederen som kom i 2021 ønsket derfor å rydde opp i denne variasjonen ved å definere starttidspunktet til tidspunktet for hudincisjon. Basert på resultatet i denne studien er det tydelig at dette ikke er godt nok kjent i det registrerende miljøet, og at NGER derfor må jobbe videre med å gjøre veilederen kjent for både allerede registrerende kirurger og nye kirurger som kommer til.

### Diagnose

I forhold til diagnosekoder sees det også her størst variasjon i forbindelse med laparoskopi casen. Det er mange som ikke registrerer alle de oppgitte diagnosekodene i casen men kun en eller to av de. Dette er kjent fra registreringspraksisen i NGER. Dette dreier seg nok først og fremst om at mange opplever det å registrere flere koder som merarbeid. Dette begrenser selvfølgelig noe av presisjonen i datamaterialet i registeret når man ønsker å trekke frem resultater basert på diagnosekoder. NGER forsøker hele tiden å balansere antall variabler og hvor mye arbeid dette genererer i registreringsarbeidet opp mot ønsket om fylde og presisjon i datamaterialet.

### Prosedyre

På samme måte som ved diagnosekoder varierer praksisen ved registrering av prosedyrekoder. Også her er dette mest vanlig i forbindelse med laparoskopi. Det dreier seg igjen om at der det er mulig å registrere flere prosedyrer ved en operasjon er det noen som registrerer bare en. Årsaken ligger nok først og fremst som nevnt over at dette oppleves som tidkrevende i forbindelse med registreringen.

### Uterusmanipulator

Når det kommer til variablene i forbindelse med utstyr er det spesielt uterusmanipulator som er mangelfullt registrert. Dette er noe overraskende ettersom dette er vanlig ved gynekologisk laparoskopi og da spesielt ved hysterektomi. Mest sannsynlig dreier dette seg om at de som registrerer ikke er kjent med alle alternativene under utstyr og derfor glemmer å registrere uterusmanipulator.

### Diskusjon

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 kirurgisek 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 vekter 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 som god kvalitet i registreringsarbeidet som mulig.

Hele prosjektrapporten kan dere finne på vår nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger).

#### 5.7.4 Korrekthet

Registeret har ikke gjennomført en korrekthetstudie. Men under kvalitetskontroll, som er beskrevet i kapittel 5.7.3, ble det gjort kontroll av 2 stk tilfeldig utvalgte registreringer pr sykehus, med et resultat på 99% korrekthet i forhold til kvalitetsindikatorvariablene.

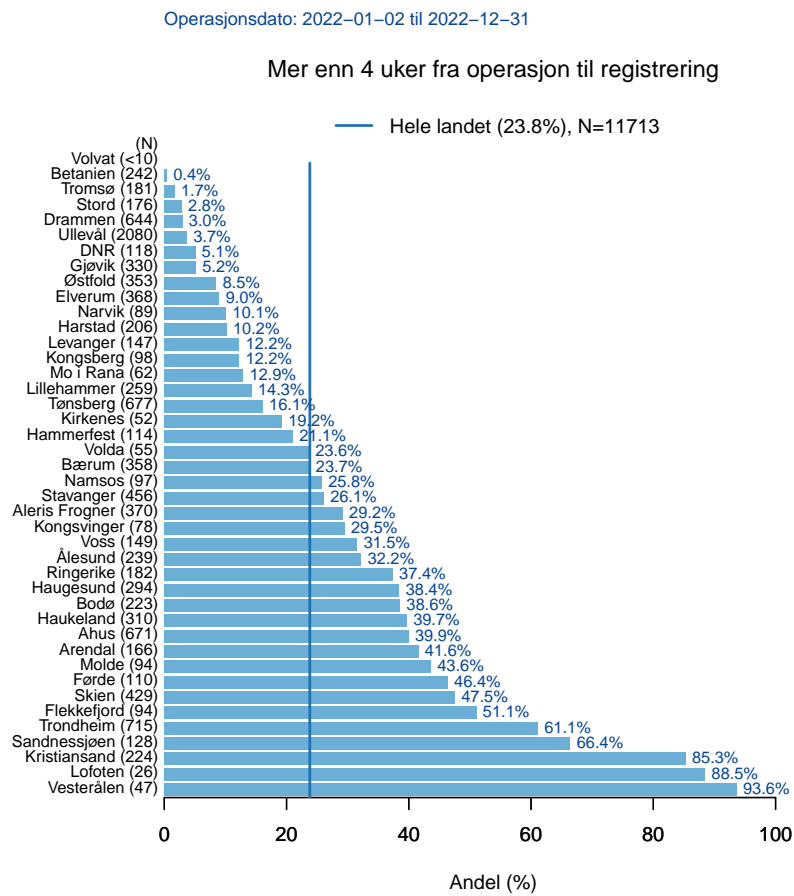
#### 5.7.5 Inkonsistensanalyser

NGER har sammen med Helse Nord IKT iverksatt rutiner for kvalitetssikring av innregistrerte data ved automatiske inkonsistensanalyser. Ved potensielle feil melder NGER fra til innregistrerende sykehus for feiloppretting.

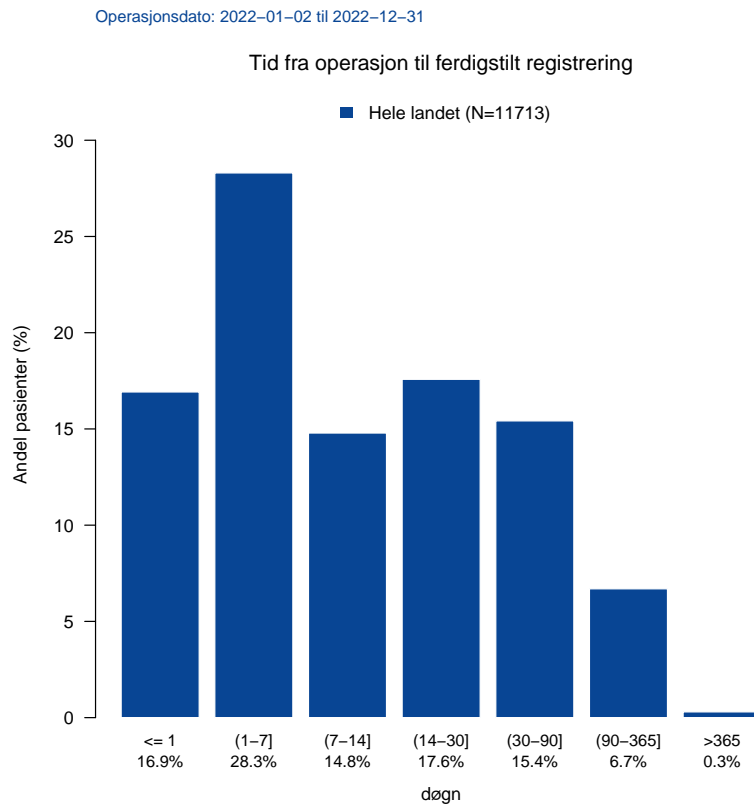
#### 5.7.6 Registreringsforsinkelser

76% av registreringen gjøres innenfor gitte frist på 4 uker. Dette er akseptabelt nivå totalt sett. Men når man ser på tallene på sykehusnivå 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.





Figur 5.2: Registreringsforsinkelser. Andel registreringer gjort mer enn 4 uker etter operasjon



Figur 5.3: Tid fra operasjon til registrering sendes inn til NGER

## Kapittel 6

# Fagutvikling og pasientrettet kvalitetsforbedring

### 6.1 Pasientgruppe som omfattes av NGER

Alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. Se tabeller 5.3 og 5.4

### 6.2 Registerets variabler og spesifikke kvalitetsindikatorer

#### 6.2.1 Første gruppe kvalitetsindikatorer

##### Intraoperative laparoskopiske komplikasjoner (legerapporterte)

- Med uterusmanipulator
- Ved tilgang
- Ved hjelpeinnstikk
- Intraabdominal
- Med utstyr

Når registrerende bruker har lagt inn en eller flere komplikasjoner kan man skille mellom skadete organer.

- Kar

- Blære
- Tarm
- Ureter
- Nerver

For detaljer i skjema se: Laparoskopiskjema 11.2.3

#### **Intraoperative hysteroskopiske komplikasjoner (legerapporterte)**

- Ved tilgang
- Med utstyr/teknisk
- Perforasjon
- Blødning
- Fluid overload

For detaljer i skjema se: Hysteroskopiskjema 11.2.4

#### **Konvertering til laparoskopi (ut fra hysteroskopi)/laparotomi(ut fra hysteroskopi, laparoskopi)**

Konvertering fra hysteroskopi til laparoskopi eller laparotomi er stort sett alltid uttrykk for at det har oppstått en peroperativ komplikasjon. Det dreier seg da stort sett om perforasjon av uterus med ledsagende spørsmål om intraabdominal skade andre strukturer eller akutt blødning. Konvertering til åpen operasjonsteknikk ved laparoskopi må tolkes med større forsiktighet. I mange tilfeller vil en starte med skopi for å vurdere om det er mulig å løse problemet på denne måten. En evt konvertering kan da være uttrykk for at operatør gir seg før det har oppstått en komplikasjon og således representere god praksis. Men konvertering kan også vise at det har oppstått en intraoperativ komplikasjon, som ikke var mulig å behandle med laparoskopi, eller at inngrepet var uventet ikke gjennomførbart ved endoskopisk tilgang. For å kunne skille mellom disse ulike formene for konvertering kan denne kvalitetsindikatoren skilles mellom:

- Planlagt/forventet konvertering
- Ikke planlagt forventet konvertering

#### **Pasientrapportert postoperative komplikasjoner og pasientrapportert reoperasjon for komplikasjoner, innen 4 uker**

Fire uker etter operasjonsdato vil NGER sende ut oppfølgingskjema til pasienter for å kartlegge:

- Reoperasjon

## 6.2. REGISTERETS VARIABLER OG SPESIFIKKE KVALITETSINDIKATORER<sup>92</sup>

- Infeksjon
- Blødning
- Organskade

For detaljer i skjema se: Oppfølgings skjema for kartlegging av postoperative komplikasjoner og reoperasjon innen 4 uker etter inngrepet 11.2.5

Ved uklare svar kontaktes pasienten pr tlf. Ofte kontaktes tilhørende sykehus for kvalitetskontroll mot journal.

### Hvor alvorlig anses komplikasjonen?

Alvorlighetsgrad av komplikasjonen settes av faglig leder i NGER. Alternativene er en modifisert variant av Clavien-Dindo Classification:

- Lite alvorlig: Ingen varige mén. Behandling, men ikke innleggelse nødvendig.
- 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.

## 6.2.2 Andre gruppe kvalitetsindikatorer

### Pasientens helsegevisnst - PROM

NGER benytter det standardiserte skjemaet RAND36 for å kartlegge pasientrapporterte utfallsmål (PROM). Utvalgt pasientgruppe i utvalgte helseforetak får RAND36 til utfylling før inngrepet, 1 år og 3 år etter inngrepet.

For detaljer i skjema se: RAND36-Item Short Form Health Survey 11.2.6

Resultat beskrives i kapittel 3.1.11

### Tilfredshet med behandelende enhet - PREM

Med intensjonen om et «Pasientens helsevesen» skal de medisinske kvalitetsregistre gi rapporter på pasientens opplevelse av helsevesenet og pasientens medvirkning under behandlingsforløpet. Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS er et skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandelende enhet (PREM). TSS2 skjemaet sendes ut 4 uker etter inngrepet. Dersom ikke svar mottas, vil det gå ut på 8 og 12 uker etter inngrepet. Deretter avsluttes videre oppfølging og skjemaene anses som «ikke besvart».

For detaljer i skjema se: TSS2 Treatment Satisfaction Scale 11.2.7

Resultater beskrives i kapittel 3.1.12

Resultatene skal kunne gi bakgrunn til å forbedre planlegging og gjennomføring av inngrepene, og forbedre kommunikasjon med pasientene.

### 6.2.3 Variabeloversikt

For komplett variabeloversikt se vedlegg 11.2

Alle NGERs variabler presenteres i klokebok som ligger under filer i innregistreringsløsningen, og på NGERs nettside: [siv.no/nger](http://siv.no/nger). I klokeboken er alle variablene godt definert. Definisjonen av variablene kommer også frem i innregistreringsløsningen som hjelpetekst.

## 6.3 Pasientrapporterte resultat- og erfaringsmål (PROM og PREM)

Se kapittel 2.1.3 Analyser som belyser NGERs formål. Variablene er listet opp i kapittel 11.2.5. Resultatene er presentert i kapittel 3.1.11

## 6.4 Sosiale og demografiske ulikheter i helse

NGER inneholder data på sosiale variabler i form av utdanningsnivå og sosial status. Disse registreres i operasjonsopplysningsskjema, se variabelliste i vedlegg 11.2.2. Det ligger således anledning i registerdataen til å koble dette opp mot andre utfallsmål.

## 6.5 Bidrag til utvikling av nasjonale retningslinjer, nasjonale kvalitetsindikatorer o.l.

### Nasjonale retningslinjer

Norsk Gynekologisk Forening - NGF har en lang og sterk tradisjon for utarbeidelse av faglige retningslinjer innen gynekologi og obstetrikk. NGER ser ikke behov for å utarbeide parallelle retningslinjer i tillegg til disse, og det er heller ikke ønskelig fra NGF sin side. Veilederen innen gynekologi er ikke en direkte guide i forhold til kirurgiske prosedyrer.

Veilederen i gynekologi kom i ny revidert utgave i 2021. I kapittelet om muskelknuter er det et avsnitt angående nasjonale kvalitetsregistre der det påpekes at alle endoskopiske gynekologiske inngrep skal registreres i Norsk gynekologisk endoskopiregister. Det er lagt inn direkte link til registerets nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger).

### Nasjonale kvalitetsindikatorer

Norsk gynekologisk endoskopiregister sine kvalitetsindikatorer er godt etablert, og det er planlagt å etablere disse som nasjonale kvalitetsindikatorer. Se kapittel 9.5. Kvalitetsindikatorerne representerer et viktig bidrag til vurdering av kvalitet

og effekt av konkrete behandlingstiltak. Måltallene for kvalitetsindikatorerne representerer en enkel måte å kontrollere hvorvidt et sykehus sin praksis er i tråd med forventet nivå.

## 6.6 Etterlevelse av faglige retningslinjer

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.

## 6.7 Pasientrettet kvalitetsforbedring

Utvikling av en postoperativ infeksjon er den vanligste formen for en komplikasjon av moderat til alvorlig karakter etter en laparoskopisk hysterektomi. Det å redusere denne forekomsten vil være blant de mest effektive tiltakene for å justere den totale forekomsten av moderate og alvorlige komplikasjoner etter laparoskopi i en positiv retning. Spesielt vil det være vesentlig at de sykehuse- ne som har en høy infeksjonsrate gjennomgår sine rutiner. Det gjelder både i forhold til bruk av antibiotikaproylaks, oppdekking og kirurgisk vask på operasjonsstuen, kirurgisk teknikk, postoperativ pleie og informasjon til pasienten. I alle disse leddene kan det ligge et potensiale til å redusere infeksjonsraten. Det å gjennomføre lokale forbedringsprosjekter og sammenligne praksis med andre sykehus som har en lavere infeksjonsrate vil være viktig. Slike lokale prosjekter kan videre kommuniseres til resten av fagmiljøet slik at flere kan lære av det. Det er sykehus som har redusert sin forekomst av postoperative infeksjoner etter laparoskopiske hysterektomier siste tre årene og således kan være viktige kilder til forbedringstiltak hos de sykehusene der man ser en økende forekomst av infeksjoner.

Andelen av de laparoskopiske inngrepene som ble utført som dagkirurgi i 2022 var på 46,5%. NGER vurderer at det ligger et potensiale til å øke denne andelen ved mange sykehus. En nøkkel for å få til dette er å utføre laparoskopiske hysterektomier som dagkirurgi. I 2022 var denne andelen under 10% på landsbasis. Etersom man vet at de fleste postoperative komplikasjoner etter en laparoskopisk hysterektomi først manifesterer seg etter 5-6 dager er det medisinsk fullt mulig å lage dagkirurgiske sløyfer for pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterektomi.

NGER vil anbefale flere sykehus å gjennomføre kvalitetsforbedringsprosjekter som en del av de obligatoriske oppgavene i ny ordning for spesialistutdanning. Dette er et egnet forum for lokale kvalitetsforbedringsprosjekter og en fin anledning til å bruke data fra NGER i prosjekter og forskning. Eksempler på problemstillinger for slike prosjekter kan være tiltak for å redusere forekomsten av postoperative infeksjoner etter laparoskopisk hysterektomi, tiltak for å

redusere forekomsten av perforasjoner ved hysteroskopi, tiltak for å øke andelen dagkirurgi blant de laparoskopiske inngrepene og da særlig laparoskopiske hysterektomier.

NGER ønsker også å vise til innlegg i Gynekologen, Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening 2, 2020, hvor 3 sykehus i landet uttaler seg om hvordan NGER blir brukt til kvalitetsforbedring. Se vedlegg 11.3.

### 6.7.1 Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret (TABELL)

<b>Identifiserte pasientrettede forbedringsområder:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon</li><li>• Laparoskopi: Postoperative komplikasjoner etter operasjon, midtels alvorlig og alvorlig</li></ul>
---	--

Tabell 6.1: Forbedringsområder identifisert med utgangspunkt i registerets resultat i rapporteringsåret



## 6.7.2 Tiltak og resultater

Aktuelt forbedringsområde	Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon
Hva ble gjort, av hvem/hvor og når?	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="651 533 1232 786">1. Drammen Sykehus: NGER identifiserte i 2019, en peroperativ komplikasjonsrate på 4% ved hysteroskopi. I forbindelse med kvalitetskontroll ble overlege Sigrid Vingerhagen Pethick gjort oppmerksom på dette, og satte i gang forbedringsprosjekt. Det ble satt fokus på trygg tilgang ved hysteroskopi i opplæringen og internundervisning ved seksjonen.</li> <li data-bbox="651 808 1232 1189">2. Lillehammer sykehus: NGER identifiserte i 2021, en peroperativ komplikasjonsrate ved hysteroskopi på 11,6%. I forbindelse med kvalitetskontroll ble seksjonsoverlege Kristin Floberghagen gjort oppmerksom på dette, og satte i gang forbedringsprosjekt. Gynekologisk avdeling ved Lillehammer sykehus har i 2022 generelt hatt økt fokus på kvaliteten ved hysteroskopier, inkl. færre operatører, mer strukturert opplæring og økt oppmerksomhet på at alle hysteroskopipasienter forbehandles med Cyto-tec.</li> </ol>
Hvilke resultater ble oppnådd?	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="651 1265 1232 1391">1. Resultatet var en tydelig forbedring med 4% komplikasjoner i 2019 til 1,4% i 2020. De fortsetter den gode jobben inn i 2021 med 1,7%, og i 2022 med 1,1%</li> <li data-bbox="651 1413 1232 1480">2. Tiltakene har ført til en tydelig forbedring fra 11,6% i 2021 til 2,6% i 2022.</li> </ol>

Tabell 6.2: Tiltak og resultater

Aktuelt forbedringsområde	Laparoskopi: Komplikasjoner etter operasjon, middels alvorlig og alvorlige
Hva ble gjort, av hvem/hvor og når?	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="644 568 1262 981">1. Vestre Viken HF arbeider målrettet med reduksjon av alvorlig postoperativ infeksjon etter ulike kirurgiske inngrep. Arbeidet er basert på samarbeid mellom skjærende spesialiteter og smittevern-avdelingen. Smittevernsoverlege Mette Walberg og spesialrådgiver Ellen Brustad tok i mai 2021 kontakt med registeret for å få til et samarbeid med utlevering data for middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterectomier ved alle sykehusene i Vestre Viken HF (Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike sykehus). Samarbeidet har gått som planlagt gjennom hele 2022, og vil fortsette i 2023.</li> <li data-bbox="644 1003 1262 1323">2. Helgelandssykehuset Sandnessjøen, med seksjons- overlege Liv Einmo, har i 2022 startet et kvalitetsforbedringsprosjekt for å se på sine postoperative komplikasjoner, spesielt infeksjoner, i forbindelse med laparoskopi. Dette prosjektet ble igangsatt på bakgrunn av data innhentet av NGER, og gjennomført kvalitetskontroll. Det er lege i spesialisering Marte M.N. Kaland og Kristine B. Olafsen som skal gjennomføre prosjektet. Prosjektet er pågående.</li> </ol>
Hvilke resultater ble oppnådd?	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="644 1400 1262 1525">1. Prosjektet er pågående, men man ser allerede resultater av fokuset som er satt på postoperative infeksjoner med en reduksjon fra 5,8% i 2021 til 2% i 2022.</li> <li data-bbox="644 1547 1262 1704">2. Pågående samarbeid. Drammen, Ringeriket og Kongsberg viser en jevn god kvalitet som ligger under NGERs måltall for postoperative komplikasjoner som er på 2,5%. Bærum ligger litt over på 2,6%.</li> </ol>

Tabell 6.3: Tiltak og resultater

## 6.8 Pasientsikkerhet

Alle brukere ved registrerende avdelinger fører enten selv eller via lokal sekretær data direkte inn i databasen etter det utførte endoskopiske inngrepet. Alle pasientrapporterte postoperative komplikasjoner innen fire uker blir registrert inn av Norsk gynekologisk endoskopiregisters kontor på bakgrunn av tilsendt oppfølgingskjema. I tilfelle der pasientens svar ikke er entydig, blir pasienten ringt opp for et telefonintervju.

NGERs komplikasjoner og/eller uønskede hendelser i forbindelse med den behandling som NGER omfatter er beskrevet i kapittel 6.2.

## Kapittel 7

# Formidling av resultater

### 7.1 Resultater tilbake til deltagende fagmiljø

Deltagende miljø har til en hver tid on-line tilgang til oppdaterte egne og nasjonale aggregerte resultater via Rapporteket-NGER. Rapporteket-NGER oppdaterer seg daglig. Man kan også melde seg som mottaker av månedsrapport. Se oversikt over bruk av Rapporteket-NGER i kapittel 8.2.1

Det utarbeides årsrapport som publiseres via kvalitetsregistre.no. Årsrapporten sendes også ut via e-post til brukere av NGER. Sammendrag av årsrapport formidles til deltagende miljø via Gynekologen - Medlemsblad for Norsk gynekologisk forening, Årsrapportutgaven.

Norsk gynekologisk endoskopiregister er synlig ved Årsmøte for gynekologisk forening i form av orale presentasjoner eller poster. NGER er også synlig ved internasjonale konferanser.

NGER har opprettet en nettside, [siv.no/nger](http://siv.no/nger), hvor man kan finne all informasjon om NGER. Blant annet kan man finne årsrapporter, dekningsgradsrapporter, klokebok med variabeloversikt og variabelbeskrivelse, og siste utgave av diverse skjema.

### 7.2 Resultater til administrasjon og ledelse

Se kapittel 7.1

### 7.3 Resultater til pasienter

NGER publiserer via kvalitetsregisteret.no en gang per år. Pasienter blir informert om registeret og henvist til registeret nettside, [siv.no/nger](http://siv.no/nger), i innkallingsbrev til operasjon, og i brevet de får tilsendt når registeret innhenter pasientrapporterte postoperative komplikasjoner og pasienttilfredshet.

## 7.4 Publisering av resultater på kvalitetsregistre.no

I Resultatportalen publiseres kvalitetsindikatorer på enhetsnivå med måltall for:

- Dekningsgrad.  
Høy måloppnåelse: 80%  
Moderat måloppnåelse: 60%
- Pasienttilfredshet  
Høy måloppnåelse: 90%  
Moderat måloppnåelse: 80%
- Intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi  
Høy måloppnåelse: 2,0%  
Moderat måloppnåelse: 4,0%
- Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi  
Høy måloppnåelse: 2,0%  
Moderat måloppnåelse: 4,0%,
- Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner ved laparoskopi, middels alvorlig og alvorlig  
Høy måloppnåelse: 2,5%,  
Moderat måloppnåelse: 5,0%,
- Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi, middels alvorlig og alvorlig  
Høy måloppnåelse: 0,3%,  
Moderat måloppnåelse: 0,6%,

Resultatene oppdateres en gang pr år.

Når man tolker dataene er det viktig å huske på at datakvaliteten kan variere. Dataene er ikke bedre enn det som blir rapportert inn fra hvert behandlingssted. Veileder for registrering i NGER, se kapittel 9.3.2, er tenkt å skulle redusere denne variasjonen og dermed øke kvaliteten på dataene.

## Kapittel 8

# Samarbeid og forskning

NGER har de siste årene jobbet systematisk for å øke dekningsgraden. Nå som dekningsgraden har ligget over 70% de siste tre årene er det en forventning om at dataene i større grad skal kunne benyttes i vitenskapelig arbeid. Registeret ser med spenning på tiden som kommer i forhold til aktiv bruk av registerdataene, og de pågående studiene referert i kapittel 8.2.3

### 8.1 Samarbeid med andre helse- og kvalitetsregistre

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

NGER har i 2021 etablert kontakt med Norsk kvinnlig inkontinensregister, NKIR, for å se om man kan få til et samarbeid rundt PROM og PREM. NGER og NKIR har gjennom 2022 hatt to samarbeidsmøter.

I 2020 tok Kristina Blomseth Halvorsen, LIS ved Drammen sykehus, avdeling for gynekologi og fødselshjelp, kontakt angående opprettelsen av lokalt kvalitetsregister for fremfallskirurgi. Hun ønsket å samarbeide i forhold til å innhente PREM. Lokalt kvalitetsregister for fremfallskirurgi i Drammen er nå i bruk, og bruker 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 planlagt endring av skjema for innhenting av PREM, se kapittel 9.2

NGER var i 2019 i kontakt med Den Danske database indenfor hysterectomier, og ser på et samarbeid rundt måling av PROM. Et samarbeid er ikke satt igang enda, men NGER er i dialog med leder for Den Danske database indenfor hysterectomier, som er svært interessert i NGERs funn. NGER har også i 2022 vært i kontakt med Den Danske database indenfor hysterectomier for å se på infeksjonstill.

NGER har et samarbeid med Vestre Viken HF, smittevernavdelingen. Se kapittel 6.7.2 eller 9.4.

## 8.2 Vitenskapelige arbeider

Mangelfull dekningsgrad har tidligere vært et hinder for igangsetting av vitenskapelig arbeid basert på NGER sine data. Den økte dekningsgraden de siste tre årene gjør nå at dette stiller seg annerledes. Det blir derfor svært viktig i tiden som kommer å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskapelig arbeid.

Viser til pågående studier referert i kapittel 8.2.3.

### 8.2.1 Utlevering av data

Deltagende miljø kan til en hver tid hente ut egne og nasjonale resultater i Rapporteket-NGER. I løpet av 2022 har 38 unike brukere vært innlogget, og man ser en jevn aktivitet gjennom hele året.

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.

Våren 2023 skal NGER utlevert data til SEE-Endo studien, se kapittel 8.2.3. Høsten 2023 skal NGER utlevere data til LAPKOMP studien, se kapittel 8.2.3.

### 8.2.2 Oral presentasjoner:

- Norsk gynekologisk forenings årsmøte 2022: Infeksjoner etter laparoskopisk hysterektomi i Norge basert på data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Foss, Sara Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU; Denstad, Silje Gynekologisk avdeling, St Olav Hospital; Lonnee-Hoffmann, Gynekologisk avdeling, St Olav Hospital og Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU.
- Norsk gynekologisk forenings årsmøte 2019: Ledermøte: Utviklingen i faget med tanke på kompetanseutvikling i bredden versus subspecialisering. Lieng M , Andreassen S
- Norsk gynekologisk forenings årsmøte 2019: Mothakesutur vs. avbrutt monofilament sutur av vaginaltoppen ved hysterektomi, ingen signifikant forskjell i infeksjonsrate 2019. Thorarinsdottir S, Holmsen SG

### 8.2.3 Pågående vitenskapelig arbeid

I 2019 startet NGER med å registrere PROM ved hjelp av RAND36 hos pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterektomi med benign indikasjon ved 5 sykehus i Norge: Ullevål Sykehus, Haugesund Sykehus, Nordlandssykehuset, St Olavs Hospital og Sykehuset i Vestfold. Dette gjøres ved at pasientene fyller ut

RAND36 før inngrepet samt 1 og 3 år etter operasjonen. Innhenting 3 år etter operasjon fortsetter ut 2023. Se kapittel 3.1.11.

**LAPCOMP studien.** 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 alvorlige og moderat 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.

**SEE-Endo studien.** 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 bekreftelse 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.



**Del II**

**Plan for forbedringstiltak**

## Kapittel 9

# Videre utvikling av Norsk gynekologisk endoskopiregister

### 9.1 Forbedring av dekningsgrad i Norsk gynekologisk endoskopiregister

NGER jobber kontinuerlig for å øke og vedlikeholde dekningsgrad, og ser i 2022 at registreringene har fortsatt å øke. NGER ser at hovedutfordringen har vært ressursene det krever å innhenta samtykke. NGER ble fritatt fra samtykke 1. November 2022. Pasientene må nå reservere seg via Helsenorge. For nærmere beskrivelse se 9.1.2

Kvinneklinikken, Helse Stavanger HF, ved Marianne Ydstebø, Sara Brown og Eva Næss er i gang med et prosjekt for å forbedre dekningsgraden.

NGER utførte i 2023 kvalitetskontroll av innregistrert data 2022, og har før publisering kvalitetskontrollert innregistrert data ved alle registrerende sykehus, se kapittel 5.7.4. Disse kvalitetskontrollene ønsker NGER å videreføre da det fører til økt bevissthet rundt riktig registrering, og en tettere dialog mellom NGER og fagmiljøet. Dette håper NGER igjen stimulerer til økt interesse for registerdata, og økt dekningsgrad.

#### 9.1.1 Planlagt oppstart for ikke registrerende sykehus og avdelinger

Rekrutteringen til NGER går bra. I 2022 har registeret blitt kontaktet av to privatsykehus som ønsker å registre til NGER. Registeret jobber med å få med flere private sykehus med gynekologisk endoskopisk virksomhet.

Det er bare ett offentlig sykehus og en avdeling som ikke registrerte til NGER i 2022:

- Kristiansund. Ikke klart å etablere en plan for oppstart av registrering.
- Unn Tromsø, startet registrering Januar 2023.

### 9.1.2 Reservasjonsregister

NGER ble 1. november 2022 et reservasjonsregister med mulighet for reservasjon via Helsenorge.

NGERs nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger) ble i 2022 oppdateres i forhold til at registeret går fra å være samtykkebasert til reservasjon. Pasienter henvises i innkallingsbrev til denne siden for informasjon om hvordan man kan reservere seg, og sine rettigheter til innsyn, sletting og retting.

## 9.2 Forbedring av metoder for fangst av data

### 9.2.1 Variabelendringer

Registeret planlegger en betydelig endring av variabler.

Datakvalitetsforbedringsprosjektet Registreringsveileder, se kapittel 9.3.2, har avdekket behov for en opprydding i variabler. Registerets fagråd har sammen gått igjennom alle variabler med den ambisjon og avklare uklarheter og redusere antall unødvendige variabler. Dette for å sikre så gode og nøyaktige data som mulig i registeret. Det er også viktig å oppdatere variablene i forhold til det som er dagens bilde innen det gynekologiske kirurgiske arbeidet.

Dette arbeidet er omfattende, og vil fortsette gjennom 2023 i samarbeid med statistiker i SKDE for tilpasninger i Rapporteket, og med Helse Nord IKT.

### 9.2.2 Nytt skjema for måling av PREM

NGER har gjennom flere år brukt Treatment Satisfaction Scale 2 - TSS2 for å måle pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM). I TSS2 er det mulighet for kommentarer/ fritekst og denne muligheten ønsker NGER å eliminere. NGER har vært i dialog med Fagsenter for pasientrapporterte data, og planlegger å utforme en individualisert kortversjon av brukeropplevd kvalitet fra Folkehelseinstituttets spørreskjemabank. NGER vil se på kommentarer i TSS2 for å få et godt tilpasset skjema. Gjennomgang av kommentarer er startet, og NGER regner med å ha nytt skjema på plass i løpet av 2025.

## 9.3 Datakvalitet

### 9.3.1 Validering mot eksterne kilder

NGER har allerede gjennomført og ønsker å videreføre kontroll av innregistrerte peroperative komplikasjoner, og pasientrapporterte postoperative komplikasjo-

#### 9.4. ØKT BRUK AV RESULTATER TIL PASIENTRETTET KVALITETSFORBEDRING I HVER ENKEL

ner middels alvorlig og alvorlig, opp mot pasientjournal som beskrevet i kapittel 5.7.4.

#### 9.3.2 Datakvalitetsforbedringsprosjekt: Registreringsveileder

I 2021 utformet NGER en registreringsveileder for å øke datakvaliteten i registeret. Veilederen vil til en hver tid holdes oppdatert i forhold til de variabelendringer registeret planlegger, se kapittel 9.2.1.

Registreringsveilederen kan finnes på registerets nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger).

#### 9.3.3 Forbedring av Norsk gynekologisk endoskopiregisters komplettethet

Kvalitetsindikatorvariablene i NGER er obligatoriske.

Vi har fem variabler i NGER som kan besvares med ”Ukjent”, og tre variabler hvor man gjør et utvalg som ikke er obligatorisk. Komplettheten er høy, men vi ser at det er forbedringspotensiale ved registrering av Hysteroskopiske instrumenter benyttet, se tabell 5.7.1

### 9.4 Økt bruk av resultater til pasientrettet kvalitetsforbedring i hver enkelt institusjon/enhet

NGER ser en økning i bruk av Resultatportalen. Etterspørselen etter kvalitetsindikatordata til fremlegg i kvalitetsutvalg i helseforetakene har økt, og NGER ser at jobben som gjøres i forbindelse med kvalitetskontroll også stimulerer til bruk av registerdata.

NGER opplever også en økt interesse for webbaserte kurs i bruk av data fra kvalitetsregistre arrangert av Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre - SKDE. I 2022 var det 2 representanter fra fagmiljøet som deltok, og som bidro med innspill til NGER i etterkant. NGER forventer at dette også vil stimulere til bruk av registerdata.

I Vestre Viken HF arbeider de målrettet med reduksjon av alvorlig postoperativ sårinfeksjon etter ulike kirurgiske inngrep. Arbeidet er basert på samarbeid mellom skjærende spesialiteter og smittevern avdelingen. Smittevernoverlege Mette Walberg og spesialrådgiver Ellen Brustad tok i mai 2021 kontakt med registeret for å få utlevert data for middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterectomier ved alle sykehusene i Vestre Viken HF (Bærum sykehus, Drammen sykehus, Kongsberg sykehus og Ringerike sykehus). Samarbeidet er pågående og det er lagt plan for utlevering av data årlig til dette arbeidet.

## 9.5 Bidrag til etablering nasjonale kvalitetsindikatorer

NGERs etablerte kvalitetsindikatorer er resultatindikatorer, se kapittel 6.2. Også i 2022 publiserer NGER måltall for utvalgte kvalitetsindikatorer, se kapittel 7.4. NGERs fagråd konkluderer med at disse kvalitetsindikatorene egner seg godt 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.

## 9.6 Formidling av resultater

### 9.6.1 Forbedring av resultatformidling til deltagende fagmiljø

I samarbeid med statistiker i SKDE jobber NGER kontinuerlig med innholdet i publisering via [kvalitetsregisteret.no](http://kvalitetsregisteret.no) og [www.skde.no](http://www.skde.no). Vi samarbeider også kontinuerlig med å forenkle uttrekk i Rapporteket-NGER etter ønsker fra fagmiljøet. Her ligger det et stort arbeid forran registeret i forhold til variabelendringene registeret planlegger, se kapittel 9.2.1.

NGERs nettside [siv.no/nger](http://siv.no/nger) vedlikeholdes slik at all informasjon om registeret og publiseringer enkelt kan finnes på en plass.

NGER planlegger å ta i bruk filoverføringstjenesten til helseanalyseplattformen. Registeret har satt av tid til å arbeide med å definere metadata, men vet ikke når registeret er prioritert til teknisk tilrettelegging i registerplattformen.

### 9.6.2 Forbedring av resultatformidling til pasienter

I samarbeid med statistiker i SKDE jobber NGER kontinuerlig med innholdet i publisering via [kvalitetsregisteret.no](http://kvalitetsregisteret.no) og [www.skde.no](http://www.skde.no).

Teknisk tilrettelegging i registerplattformene for innsyn i kvalitetsregistre er under utvikling, og registret har definert og levert variabler som skal eksponeres for innbyggerne. NGER er ikke forespeilet at når denne jobben skal ferdigstilles.

### 9.6.3 Forbedring av hvordan resultater på institusjonsnivå publiseres

I samarbeid med statistiker i SKDE jobber NGER kontinuerlig med innholdet i publisering via [kvalitetsregisteret.no](http://kvalitetsregisteret.no) og [www.skde.no](http://www.skde.no).

## 9.7 Samarbeid og forskning

Mangelfull dekningsgrad har tidligere vært et hinder for igangsetting av vitenskapelig arbeid basert på NGER sine data. Den økte dekningsgraden de siste par årene gjør nå at dette stiller seg annerledes. Det blir derfor svært viktig i tiden som kommer å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskaplig arbeid. Norsk gynekologisk forening, NGF, ønsker også å bidra aktivt til dette.

NGER har i 2023 kontaktet NGF med tanke på tettere samarbeid mellom de forskjellige gynekologiske registrene. Det planlegges et møte for å avklare hvordan NGF kan bidra til å stimulere til samarbeid i 2023.

Måling av PROM fortsetter ut 2023, se kapittel 8.2.3.

NGER samarbeider nå med to studier, se kapittel 8.2.3.

Dialog med Den Danske database indenfor hysterectomier fortsetter. Se kapittel 8.1

**Del III**

**Stadievurdering**

# Kapittel 10

## Referanser til vurdering av stadium

### 10.1 Vurderingspunkter

Tabell 10.1: Vurderingspunkter for stadium. Norsk gynekologisk endoskopieragisters egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [2019]	
			Ja	Nei
<b>Stadium 2</b>				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	3, 5.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgradsanalyser	5.2	<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	7.1, 7.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	Del II, 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 3</b>				
6	Kan dokumentere komplettethet av kvalitetsindikatorer	5.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	7.4	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Tabellen fortsetter på neste side*



Tabell 10.1: forts.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [2019]	
			Ja	Nei
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	7.1, 7.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	3, 6.6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	Del II, 9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stadium 4</b>				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert at innsamlede data er korrekte og reliable	5.6, 5.7	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80% i løpet av siste to år	5.2, 5.4	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
14	Registrerende enheter har tilgang til oppdaterte egne personentydige resultater og aggregerte nasjonale resultater	7.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registerets data anvendes vitenskapelig	8.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater for PROM/PREM på enhetsnivå (der dette er mulig)	3.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nivå A</b>				
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	??	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nivå B</b>				
18	Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt eller kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedringsarbeid	6.7, 6.7.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nivå C</b>				
19	Oppfyller ikke krav til nivå B		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 10.2 Norsk gynekologisk endoskopiregisters oppfølging av fjorårets vurdering fra ekspertgruppen

### 10.2.1 Ekspertgruppens vurdering av årsrapport 2021:

*Registeret har hatt en positiv utvikling siden 2018, og ble i 2019 flyttet opp fra stadium 2 til stadium 3A. Denne vurderingen ble opprettholdt i 2020 siden dekningsgraden fremdeles var lavere enn 80%. Ekspertgruppen påpekte i tillegg manglende dokumentasjon på validitet av innsamlet data, og manglende vitenskapelig anvendelse av data fra registeret. Selv om dekningsgraden er økende, er den fremdeles lavere enn 80%. Registeret er i fremgang, og kan i år vise resultater fra kvalitetskontroll av data knyttet til peroperative komplikasjoner. Dette er positivt. Den vitenskapelige anvendelsen av registeret er fremdeles lav, men forventes å øke i takt med bedring av dekningsgraden. Dermed kan data fra registeret aksepteres som representative for den populasjonen som omfattes av registeret. Det er utlevert data til hovedoppgave, det har vært muntlige og posterpresentasjoner av registerdata, og det er igangsatt 3 vitenskapelige arbeider. Den vitenskapelige anvendelsen av registeret er dermed fortsatt svak. Registeret har identifisert flere pasientrettede forbedringsområder, og omtaler på side 100 prosjekt ved enkeltsykehus som har ført til nedgang i peroperative komplikasjoner. Det er viktig at registeret fortsetter å ha fokus på pasientrettede kvalitetsforbedrende tiltak, og kan dokumentere effekten av slike. Registeret dokumenterer at man fortsatt arbeider aktivt for å forbedre dekningsgrad på enhetsnivå og individnivå, og det er igangsatt tiltak for å forbedre datafangst og kontrollere datakvalitet. Dette er positivt.*

### 10.2.2 Oppfølging

NGER takker for positiv tilbakemeldingen i 2021. Registeret jobber fortsatt aktivt med å øke og opprettholde dekningsgrad se kapittel 9.1 Registeret har, som i årsrapport 2021, kvalitetskontrollert alle innregistrerte **peroperative og postoperative komplikasjoner, samt konverteringer**, og endret avvik før publisering. Det ble samtidig gjort en kontroll av to tilfeldig utvalgte registreringer per sykehus med gode resultater, se kapittel 5.7.4.

Registeret har i 2023 gjennomført en reliabilitetsanalyse gjennom å undersøke inter-rate reliabiliteten ved at utvalgte sykehus registrerer et antall caser utarbeidet av registeret. Resultatet er presentert i kapittel 5.7.3, og vedlegg 11.1.

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. Ønsker å fremheve at det pågår to studier som bruker data fra NGER, se kapittel 8.2.3.

# Kapittel 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

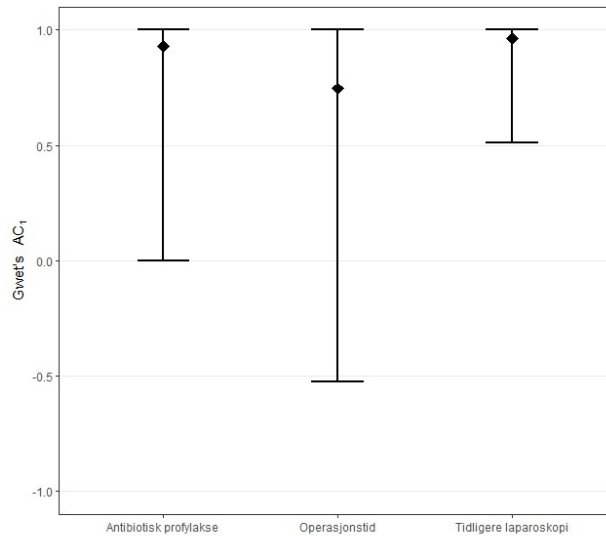
Observert enighet og Gwet's  $AC_1$  for laparoskopi og hystereskopi er vist i henholdsvis Tabell 2 og 3. De første fem variablene er felles for begge operasjonstypene og resultatet for disse er derfor likt i begge tabellene. Gwet's  $AC_1$  med konfidensintervall er vist i Figur 1 for de tre variablene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

## 11.2 Vedlegg 2 Komplette variabeloversikt

### 11.2.1 Personopplysningskjema

- Dato for innhenting av opplysninger
- Pasient ID
- Fødselsnummer. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Etternavn. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Fornavn. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Fødselsdato
- Morsmål Norsk
- Morsmål Dansk/svensk
- Morsmål Engelsk
- Morsmål Tysk
- Morsmål Fransk
- Morsmål Annet
- Hvilket annet morsmål?
- Norsktalende Ja
- Norsktalende Delvis
- Norsktalende Nei
- Norsktalende Ukjent
- Sivilstatus Enslig
- Sivilstatus Særboer
- Sivilstatus Samboer
- Sivilstatus Gift
- Sivilstatus Skilt
- Sivilstatus Enke
- Sivilstatus Ukjent
- Utdanning Grunnskole
- Utdanning Videregående skole, studieforbereende program
- Utdanning Videregående skole, yrkesfaglig program
- Utdanning Høgskole eller universitetet, mindre enn 4 år



- Utdanning Høgskole eller universitet, 4 år eller mer
- Utdanning Ukjent
- Død Nei
- Død Ja
- Dødsdato
- Adresstype Norsk. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Adresstype Annet. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Adresse. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Postnummer og poststed. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Poststed. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Kommunenummer. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Kommunnavn. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Fylke. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Fritekstadresse. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Mobilnummer. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Alternativt telefonnummer. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Alternativt telefonnummer 2. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Epost-adresse. Lagres separat, kobles med Pasient ID.
- Kommentar

### 11.2.2 Operasjonsopplysnings skjema

- Høyde
- Vekt
- BMI
- Antall graviditeter
- Antall pariteter
- Tidligere vaginale inngrep Nei
- Tidligere vaginale inngrep Ja
- Tidligere vaginale inngrep Vet ikke
- Revisio/Abrasio
- Hysteroskopi

- Konisering
- Descensoperasjoner
- Tidligere laparoskopi inngrep Nei
- Tidligere laparoskopi inngrep Ja
- Tidligere laparoskopi inngrep Vet ikke
- Laparoskopi
- Tidligere laparotomiinngrep Nei
- Tidligere laparotomiinngrep Ja
- Tidligere laparotomiinngrep Vet ikke
- Gynekologisk kirurgi
- Sectio
- Annen kirurgi
- Blodfortynnende Nei
- Blodfortynnende Ja
- Hjerte / kar
- Diabetes
- Hypertensjon
- Kreft
- Cervix uteri
- Cavum uteri
- Ovar/tube
- Tarm
- Blære
- Mamma
- Annen type kreft
- Annet
- Spesifiser:
- Dato
- Type Primæringrep
- Type Reoperasjon

- Er årsak til reoperasjon en komplikasjon? Nei
- Er årsak til reoperasjon en komplikasjon? Ja
- Angi operasjonen som forårsaket denne reoperasjon, dette for korrekt oppfølging av pasient. Ingen av disse operasjonene
- Komplikasjon Blødning
- Komplikasjon Organskade
- Komplikasjon Infeksjon
- Komplikasjon Annet
- Merknad vedr komplikasjon
- Kategori Elektiv
- Kategori Akutt
- Kategori Øyeblikkelig hjelp
- I vakttid
- Metode Laparoskopi
- Metode Hysteroskopi
- Metode Begge
- Dagkirurgi Nei
- Dagkirurgi Ja
- Indikasjon
- Indikasjon 2
- Indikasjon 3
- Anestesi Ingen
- Anestesi Lokal
- Anestesi Generell
- Anestesi Spinal
- Anestesi Annet
- ASA-grad (fra anestesi) Grad I
- ASA-grad (fra anestesi) Grad II
- ASA-grad (fra anestesi) Grad III
- ASA-grad (fra anestesi) Grad IV
- ASA-grad (fra anestesi) Grad V

- Operasjonstid
- Er det gitt antibiotisk profylakse? Nei
- Er det gitt antibiotisk profylakse? Ja
- Overlevde pasienten inngrepet? Nei
- Overlevde pasienten inngrepet? Ja
- Generell merknad
- Ferdigstille skjema?

### 11.2.3 Laparoskopiskjema

- Diagnose 1
- Diagnose 2
- Diagnose 3
- Prosedyre 1
- Prosedyre 2
- Prosedyre 3
- Kombinert med ikke-endoskopisk operasjon? Nei
- Kombinert med ikke-endoskopisk operasjon? Ja
- Tilgangsmetode Åpent
- Tilgangsmetode Veress-nål
- Tilgangsmetode Visiport
- Tilgangsmetode Annet
- Tilgang Venstre Palmers point
- Tilgang Navlen
- Antall hjelpeinnstikk
- Singel port
- Bipolar diatermi
- Unipolar diatermi
- Ultralyd Scalpell
- Intelligent kombinert bipolar og ultralyd koagulasjon og klipping
- Intelligent bipolar koagulasjon og klipping
- Morcellator uten pose

- Morcellator med pose
- Sutur
- Clips
- Nett
- Adheranseprofylakse
- Stapler/endoGiA
- Preparatpose
- Uterusmanipulator
- Robotkirurgi
- Annet
- Preparatuttak Vaginalt
- Preparatuttak Abdominalt/mini-laparotomi
- Preparatuttak Trokar
- Preparatuttak Intet preparat
- Preparatuttak Ukjent
- Komplikasjoner Nei
- Komplikasjoner Ja
- Uterusmanipulator
- Tilgang
- Hjelpeinnstikk
- Intraabdominell
- Teknisk/Utstyr
- Postoperativ
- Kar(blødn.)
- Tarm
- Blære
- Ureter
- Nevrologisk
- Merknader
- Konvertert til laparotomi? Nei

- Konvertert til laparotomi? Ja
- Konverteringsstatus Planlagt/Forventet
- Konverteringsstatus Ikke planlagt/forventet
- Kommentar
- Ferdigstille skjema?

#### 11.2.4 Hysteroskopiskjema

- Diagnose 1
- Diagnose 2
- Diagnose 3
- Prosedyre 1
- Prosedyre 2
- Prosedyre 3
- Kombinert med ikke-endoskopisk operasjon? Nei
- Kombinert med ikke-endoskopisk operasjon? Ja
- Distensjonsmiddel CO2
- Distensjonsmiddel NaCl
- Distensjonsmiddel Dextrane/Glycin
- Bipolar diatermi
- Unipolar diatermi
- Morcellator
- Medikamentell forbehandling for Cervixmodning Nei
- Medikamentell forbehandling for Cervixmodning Ja
- Fleksibel, mindre eller lik 4mm
- Fleksibel, større enn 4mm
- Rigid, mindre eller lik 4mm
- Rigid, større enn 4mm
- Gjennomføringsgrad Fullstendig
- Gjennomføringsgrad Ufullstendig
- Gjennomføringsgrad Mislykket
- Komplikasjonsårsak: Nei

- Komplikasjonsårsak: Ja
- Tilgang
- Teknisk
- Perforasjon
- Blødning
- Fluid overload
- Merknader
- Konvertert? Nei
- Konvertert? Ja
- Konvertert til laparoskopi? Nei
- Konvertert til laparoskopi? Ja
- Konvertert til laparotomi? Nei
- Konvertert til laparotomi? Ja
- Kommentar
- Ferdigstille skjema?

#### **11.2.5 Oppfølgingskjema for kartlegging av postoperative komplikasjoner og reoperasjon innen 4 uker etter inngrepet**

- Oppfølgingsmetode: Oppfølging pr post/brev
- Oppfølgingsmetode: Oppfølging pr telefonintervju
- Oppfølgingsmetode: Oppfølging ikke mulig
- Har det oppstått komplikasjoner? Nei
- Har det oppstått komplikasjoner? Ja
- Reoperasjon? Nei
- Reoperasjon? Ja
- Laparoskopi
- Hysteroskopi
- Laparotomi
- Vaginal
- Infeksjon? Nei

- Infeksjon? Ja
- Operasjonssår
- Intraabdominal
- Endometritt/Saplingitt
- UVI
- Annet
- Blødning? Nei
- Blødning? Ja
- Bukveggen
- Vaginal
- Intraabdominal
- Organskade? Nei
- Organskade? Ja
- Tarm
- Blære
- Ureter
- Kar
- Annet
- Merknad
- Komplikasjonens alvorlighetsgrad Lite alvorlig
- Komplikasjonens alvorlighetsgrad Middels alvorlig
- Komplikasjonens alvorlighetsgrad Alvorlig
- Komplikasjonens alvorlighetsgrad Dødelig
- Kommentar
- Ferdigstille skjema?



### 11.2.6 RAND 36-Item Short Form Health Survey

- Oppfølgingsmetode Oppfølging pr post/brev
- Oppfølgingsmetode Oppfølging pr telefonintervju
- Oppfølgingsmetode Oppfølging ikke mulig
- 1. Stort sett, vil du si at helsen din er: Utmerket
- 1. Stort sett, vil du si at helsen din er: Veldig god
- 1. Stort sett, vil du si at helsen din er: God
- 1. Stort sett, vil du si at helsen din er: Nokså god
- 1. Stort sett, vil du si at helsen din er: Dårlig
- 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå Mye bedre nå enn for ett år siden
- 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå Litt bedre nå enn for ett år siden
- 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå Omtrent som for ett år siden
- 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå Litt dårligere nå enn for ett år siden
- 2. Sammenlignet med for ett år siden, hvordan vil du si at helsen din stort sett er nå Mye dårligere nå enn for ett år siden
- 3 a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett Ja, begrenser meg mye
- 3 a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett Ja, begrenser meg litt
- 3 a. Anstrengende aktiviteter som å løpe, løfte tunge gjenstander, delta i anstrengende idrett Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid Ja, begrenser meg mye
- 3 b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid Ja, begrenser meg litt
- 3 b. Moderate aktiviteter som å flytte et bord, støvsuge, gå en spasertur eller drive med hagearbeid Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 c. Løfte eller bære poser med dagligvarer Ja, begrenser meg mye
- 3 c. Løfte eller bære poser med dagligvarer Ja, begrenser meg litt
- 3 c. Løfte eller bære poser med dagligvarer Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt

- 3 d. Gå opp trappen flere etasjer Ja, begrenser meg mye
- 3 d. Gå opp trappen flere etasjer Ja, begrenser meg litt
- 3 d. Gå opp trappen flere etasjer Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 e. Gå opp trappen en etasje Ja, begrenser meg mye
- 3 e. Gå opp trappen en etasje Ja, begrenser meg litt
- 3 e. Gå opp trappen en etasje Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 f. Bøye deg eller gå ned på kne Ja, begrenser meg mye
- 3 f. Bøye deg eller gå ned på kne Ja, begrenser meg litt
- 3 f. Bøye deg eller gå ned på kne Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 g. Gå mer enn to kilometer Ja, begrenser meg mye
- 3 g. Gå mer enn to kilometer Ja, begrenser meg litt
- 3 g. Gå mer enn to kilometer Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 h. Gå flere hundre meter Ja, begrenser meg mye
- 3 h. Gå flere hundre meter Ja, begrenser meg litt
- 3 h. Gå flere hundre meter Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 i. Gå hundre meter Ja, begrenser meg mye
- 3 i. Gå hundre meter Ja, begrenser meg litt
- 3 i. Gå hundre meter Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 3 j. Dusje eller kle på deg Ja, begrenser meg mye
- 3 j. Dusje eller kle på deg Ja, begrenser meg litt
- 3 j. Dusje eller kle på deg Nei, begrenser meg ikke i det hele tatt
- 4 a. Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter  
Ja
- 4 a. Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter  
Nei
- 4 b. Fått gjort mindre enn du ønsket Ja
- 4 b. Fått gjort mindre enn du ønsket Nei
- 4 c. Vært begrenset i type arbeidsoppgaver eller andre aktiviteter Ja
- 4 c. Vært begrenset i type arbeidsoppgaver eller andre aktiviteter Nei
- 4 d. Hatt problemer med å utføre arbeidet eller andre aktiviteter (for eksempel at det krevde en ekstra innsats av deg) Ja

- 4 d. Hatt problemer med å utføre arbeidet eller andre aktiviteter (for eksempel at det krevde en ekstra innsats av deg) Nei
- 5 a. Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter Ja
- 5 a. Kuttet ned på hvor mye tid du brukte på arbeid eller andre aktiviteter Nei
- 5 b. Fått gjort mindre enn du ønsket Ja
- 5 b. Fått gjort mindre enn du ønsket Nei
- 5 c. Utført arbeid eller andre aktiviteter mindre grundig enn vanlig Ja
- 5 c. Utført arbeid eller andre aktiviteter mindre grundig enn vanlig Nei
- 6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker? Ikke i det hele tatt
- 6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker? Litt
- 6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker? Moderat
- 6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker? Ganske mye
- 6. I løpet av de siste fire ukene, i hvilken grad har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine vanlige sosiale aktiviteter med familie, venner, naboer eller andre grupper mennesker? Ekstremt mye
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Ingen
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Veldig svake
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Svake
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Moderate
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Sterke
- 7. Hvor mye kroppslige smerter har du hatt i løpet av de siste fire ukene? Veldig sterke

- 8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? Ikke i det hele tatt
- 8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? Litt
- 8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? Moderat
- 8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? Ganske mye
- 8. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye har smerter påvirket det vanlige arbeidet ditt (gjelder både arbeid utenfor hjemmet og husarbeid)? Ekstremt mye
- 9 a. Har du følt deg full av liv? Hele tiden
- 9 a. Har du følt deg full av liv? Mesteparten av tiden
- 9 a. Har du følt deg full av liv? En god del av tiden
- 9 a. Har du følt deg full av liv? Noe av tiden
- 9 a. Har du følt deg full av liv? Litt av tiden
- 9 a. Har du følt deg full av liv? Aldri
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? Hele tiden
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? Mesteparten av tiden
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? En god del av tiden
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? Noe av tiden
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? Litt av tiden
- 9 b. Har du vært veldig nervøs? Aldri
- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? Hele tiden
- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? Mesteparten av tiden
- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? En god del av tiden
- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? Noe av tiden
- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? Litt av tiden

- 9 c. Har du følt deg så langt nede at ingenting kunne gjøre deg glad? Aldri
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? Hele tiden
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? Mesteparten av tiden
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? En god del av tiden
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? Noe av tiden
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? Litt av tiden
- 9 d. Har du følt deg rolig og avslappet? Aldri
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? Hele tiden
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? Mesteparten av tiden
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? En god del av tiden
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? Noe av tiden
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? Litt av tiden
- 9 e. Har du hatt mye overskudd? Aldri
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? Hele tiden
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? Mesteparten av tiden
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? En god del av tiden
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? Noe av tiden
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? Litt av tiden
- 9 f. Har du følt deg nedfor og deprimert? Aldri
- 9 g. Har du følt deg utslitt? Hele tiden
- 9 g. Har du følt deg utslitt? Mesteparten av tiden
- 9 g. Har du følt deg utslitt? En god del av tiden
- 9 g. Har du følt deg utslitt? Noe av tiden
- 9 g. Har du følt deg utslitt? Litt av tiden
- 9 g. Har du følt deg utslitt? Aldri
- 9 h. Har du følt deg glad? Hele tiden
- 9 h. Har du følt deg glad? Mesteparten av tiden
- 9 h. Har du følt deg glad? En god del av tiden
- 9 h. Har du følt deg glad? Noe av tiden
- 9 h. Har du følt deg glad? Litt av tiden

- 9 h. Har du følt deg glad? Aldri
- 9 i. Har du følt deg sliten? Hele tiden
- 9 i. Har du følt deg sliten? Mesteparten av tiden
- 9 i. Har du følt deg sliten? En god del av tiden
- 9 i. Har du følt deg sliten? Noe av tiden
- 9 i. Har du følt deg sliten? Litt av tiden
- 9 i. Har du følt deg sliten? Aldri
- 10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)? Hele tiden
- 10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)? Mesteparten av tiden
- 10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)? En del av tiden
- 10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)? Litt av tiden
- 10. I løpet av de siste fire ukene, hvor mye av tiden har den fysiske helsen din eller følelsesmessige problemer påvirket dine sosiale aktiviteter (som å besøke venner, slektninger osv.)? Aldri
- 11 a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre Helt riktig
- 11 a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre Stort sett riktig
- 11 a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre Vet ikke
- 11 a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre Stort sett galt
- 11 a. Det virker som om jeg blir syk litt lettere enn andre Helt galt
- 11 b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner Helt riktig
- 11 b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner Stort sett riktig
- 11 b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner Vet ikke
- 11 b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner Stort sett galt
- 11 b. Jeg er like frisk som de fleste jeg kjenner Helt galt
- 11 c. Jeg regner med at helsen min blir dårligere Helt riktig
- 11 c. Jeg regner med at helsen min blir dårligere Stort sett riktig

- 11 c. Jeg regner med at helsen min blir dårligere Vet ikke
- 11 c. Jeg regner med at helsen min blir dårligere Stort sett galt
- 11 c. Jeg regner med at helsen min blir dårligere Helt galt
- 11 d. Helsen min er utmerket Helt riktig
- 11 d. Helsen min er utmerket Stort sett riktig
- 11 d. Helsen min er utmerket Vet ikke
- 11 d. Helsen min er utmerket Stort sett galt
- 11 d. Helsen min er utmerket Helt galt
- Internkommentar
- Ferdigstille skjema?

### 11.2.7 TSS-2 - Treatment Satisfaction Scale

- Oppfølgingsmetode Oppfølging pr post/brev
- Oppfølgingsmetode Oppfølging pr telefonintervju
- Oppfølgingsmetode Oppfølging ikke mulig
- Hvordan synes du at du ble møtt på vår gynekologiske avdeling? Jeg ble mindre godt møtt
- Hvordan synes du at du ble møtt på vår gynekologiske avdeling? Jeg har ingen mening om det
- Hvordan synes du at du ble møtt på vår gynekologiske avdeling? Jeg ble ganske godt møtt
- Hvordan synes du at du ble møtt på vår gynekologiske avdeling? Jeg ble svært godt møtt
- Kommentar
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg? Passet ikke for meg
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg? verken eller
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg? passet meg ganske bra
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg? passet meg svært bra
- Kommentar

- Synes du at din/e behandlere på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen? Nei
- Synes du at din/e behandlere på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen? Ja, til en viss grad
- Synes du at din/e behandlere på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen? Ja, i ganske stor grad
- Synes du at din/e behandlere på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen? Ja, i svært stor grad
- Kommentar
- Hadde du tillit til din/e behandlere på gynekologisk avdeling? Nei, ikke tilstrekkelig
- Hadde du tillit til din/e behandlere på gynekologisk avdeling? Ja, til en viss grad
- Hadde du tillit til din/e behandlere på gynekologisk avdeling? Ja, i ganske stor grad
- Hadde du tillit til din/e behandlere på gynekologisk avdeling? Ja, i svært stor grad
- Kommentar
- Synes du at du og din/e behandlere på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling? Nei
- Synes du at du og din/e behandlere på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling? Ja, til en viss grad
- Synes du at du og din/e behandlere på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling? Ja, i ganske stor grad
- Synes du at du og din/e behandlere på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling? Ja, i svært stor grad
- Hva var det dere ikke var enige om?
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt? Svært negativ
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt? Negativ
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt? Nøytral, verken eller
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt? Positiv
- Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt? Svært positiv
- Kommentar
- Internkommentar
- Ferdigstille skjema?



### **11.3 Vedlegg 3: Norsk gynekologisk endoskopiregister-Nyttig for oss alle!**

**Innlegge i Gynekologen 2-2020**

# Norsk Gynekologisk Endoskopiregister – Nyttig for oss alle!

Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) er et av 53 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet for pasienten og minske uønsket variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet. Resultater fra registrene skal brukes til kvalitetsforbedring og være kilde til kvalitetssikring og forskning.



**Steinar Holmsen**

Faglig leder for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister



**Toril Råknes**

Daglig leder for Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

**NGER ble etablert i 2013.** Daglig leder og administrasjonen har sitt kontor ved Sykehuset i Vestfold, men alle sykehus i Norge har samme tilgang til registeret og resultater. Dette gir like muligheter for kvalitetssikring og forskning på alle sykehusene som registrerer. Registerets fagråd består av en fagperson fra hver helseregion i Norge, og er representativt for det endoskopiske miljøet i Norge. Fagrådet er aktivt deltagende i alle avgjørelser som tas i registeret.

**Registeret har en robust struktur og plattform.** Dekningsgraden har imidlertid vært og er den største utfordringen for å øke verdien av registeret. Det er viktig at dekningsgraden er høy slik at resultatene som presenteres er representative.

**Registeret har jobbet målrettet siste årene for å øke dekningsgraden.** Dette har resultert i en positiv tendens. I 2019 kom insentivordningen der et beløp i ISF (Innsatsstyrt finansiering) holdes tilbake for så å fordeles til helseforetakene ved et fast beløp, omtrent 200 kroner, per registrering. I tillegg har man fått «Forskrift om medisinske kvalitetsregistre» der helsepersonell pålegges å registrere i relevante nasjonale kvalitetsregistre. Men, hovednøkkelen for at NGER skal kunne nå en dekningsgrad på over

80% er likevel at alle gynekologer som jobber innen endoskopi har et personlig eierskap til og en interesse for registeret.

**For å komme dit er det viktig å kommunisere de muligheter som ligger i registerets database, både med tanke på forskning og kvalitetsforbedringsarbeid.** Alle data ligger i dag lett tilgjengelig via Rapporteket, en webbasert database der alle brukere av registeret kan få tilgang. Her kan man hente ut data og enkelt få frem grafiske fremstillinger av resultater for eget sykehus sammenlignet med gjennomsnittet for landet. I samråd med NGER kan man også hente ut større tallmaterialer for hele landet.

**Det har vært flere mindre prosjekter siste årene med NGER-data som har vært presentert nasjonalt og internasjonalt.** Ved St. Olavs hospital planlegger Silje Eilertsen Denstad en Phd. med PROM (Patient Reported Outcome Measures)-data fra registeret i et materiale fra hysterektomier med benign indikasjon ved 5 ulike sykehus i Norge.

**NGER og Servicemiljøet for medisinske kvalitetsregistre kan bistå og veilede i både planlegging og gjennomføring av forskning- og kvalitetsforbedringsprosjekter.** Servicemiljøet kan også tildele økonomiske midler til slikt arbeid, og NGER bistår gjerne i søknader om slike midler. I 2019 ser registeret en positiv tendens til bruk av registerdata ved flere sykehus i landet. Sykehusene kontakter gjerne registeret for gjennomgang av lokale rapporter, og i 2019 har fire sykehus gjennomført kvalitetskontroll av registrerte komplikasjoner i NGER sammenlignet med pasientjournal. En slik gjennomgang gir en god oversikt over konkrete kvalitetsforbedringsområder, og registeret håper at flere i fremtiden ønsker å dra nytte av en slik gjennomgang.

*Vi har spurt tre av sykehusene som aktivt bruker registeret i sitt kvalitetsarbeid om å bidra med sine erfaringer, og gleder oss over at de har valgt å dele informasjon med Gynekologens lesere om hvordan de har dratt nytte av registeret.*



### **Sigrid Vingerhagen Pethick**

Overlege Gyn.avd. Drammen sykehus og kontaktperson for NGER

## **Erfaringer fra Drammen sykehus**

I Drammen ble NGER implementert i 2013. Vår erfaring er at det kreves et kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid for å øke og vedlikeholde god dekningsgrad. Dette har vi løst ved å utpeke en kontaktperson mot registeret som også har hovedansvaret for den overordnede logistikken i avdelingen. Fra 2019 innførte vi dekningsgrad i NGER som eget punkt på gyn.avdelingens måltavle, og vi har gledet oss over økende dekningsgrad til 70% i 2019. Målet er å komme over 80%.

Et kjennetegn ved våre endoskopiske prosedyrer er at pasientene vanligvis har kort liggetid og få blir etterkontrollert. Dette betyr i praksis at vi har lite kunnskap om pasientenes postoperative forløp og opplevelser av kontakten med sykehuset. I en travel klinisk hverdag opplever vi derfor NGER sitt tilbud om sentral oppfølging av alle registrerte pasienter en måned postoperativt som meget verdifullt. Vi får fortløpende informasjon om bl.a. komplikasjonsfrekvenser og pasientopplevelser.

Med økende dekningsgrad får vi dermed rask tilgang til validerte og etter hvert mer og mer representative data til vårt kvalitetsforbedringsarbeid gjennom hele det perioperative forløpet. Siden mai 2019 har vi hatt fokus på pasientenes tilbakemeldinger. Dataene fra NGER har gitt oss mange gode og konkrete angrepspunkt å jobbe videre med. Med Rapportekets fortløpende tilbakemeldingsfunksjon ser vi frem til at vi enkelt vil kunne følge med på effekten av tiltakene våre.



### **Guillermo Rebolledo**

Med. Overlege ved Kvinneklubben UNN

## **Erfaringer fra Universitetssykehuset Nord-Norge**

Jeg begynte å jobbe som overlege ved gynekologisk avdeling i 2015.

På den tiden hadde vi ikke noe register over utførte endoskopiske operasjoner. Jeg husker veldig godt min tid som assistentlege ved avdelingen. Overlegene som utførte de endoskopiske operasjoner registrerte de ulike inngrepene manuelt i en grønn operasjonsprotokoll. Det var lite eller ingen registrering over komplikasjonene etter inngrepene.

Heldigvis har dette endret seg. Siden 2016 har vi benyttet oss av Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER). Det er en

annen verden nå. Nå er det obligatorisk, og nå registreres alle de endoskopiske inngrep som vi utfører via laparoskopi, robot eller hysteroskopisk. Dette gir oss god oversikt over vår aktivitet.

Vi har årlig presentasjon fra registeret der vi gjennomgår resultatene av våre endoskopiske operasjoner. Da demonstreres antall pasienter som er operert, hvilken metode som er benyttet og effekten av den kirurgiske behandlingen. Ikke mist gir dette en bedre oversikt over komplikasjonene ved inngrepene, noe som er viktig for oss i det videre kvalitetsforbedrende arbeidet i avdelingen. Dette gir oss økt kunnskap om vår aktivitet, og den formidles til gynekologene i avdelingen og våre leger i spesialisering (LIS) som utdannes her ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Nytt i år er at vi får kunnskap om pasientenes opplevelse gjennom NGER. Det gjelder pasienter som er behandlet i tidsrommet 2016-2018. Dette er nyttig informasjon for gynekologene, anestesilegene og sykepleierne som arbeidet med disse pasientene, og det bidrar til bedre pasientbehandling.

Jeg vil med dette bare takke NGER for den kunnskap det gir i vårt kvalitetsforbedringsarbeid.



### Liv Einmo

Seksjonsoverlege på Føde/gyn avd. ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen

## Erfaringer fra Sandnessjøen sykehus

Vi startet å registrere i Norsk gynekologisk endoskopiregister i 2014. Vår erfaring er at vi gjennom registeret får økt fokus på kvalitet.

I 2014 startet vi med totale laparoskopiske hysterektomier etter at vi i 2-3 år hadde gjort supravaginal uterusamputasjon. Til tross for en dårlig dekningsgrad så vi ut fra registrets tall at vi hadde en høyere komplikasjonsrate enn sykehus vi kunne sammenligne oss med. Gjennomgang av tallene viste at blødning gikk igjen som komplikasjon, og vi fikk vi mistanke om at dårlig suturering over vaginaltoppen var årsaken. Vi satte i gang tiltak ved å lære oss bedre sutureringsteknikk, og etter dette falt komplikasjonsraten.

I fjor fikk vi igjen en høyere komplikasjonsrate postoperativt. Vi inviterte da Toril Råknes til oss, og vi gikk gjennom tallene sammen og så at infeksjoner var hovedårsak. Vi holder nå på å kartlegge årsak til dette, og kateter fjernes f.eks. nå på stue.

Registeret har hjulpet oss til å få oversikt over komplikasjoner samt starte forbedringsarbeid. Dette forbedringsarbeidet hadde vært vanskeligere å utføre hvis man ikke hadde hatt tilgang til opplysningene fra registeret.

Vi er en liten avdeling, slik at antall registrerte pasienter og dekningsgrad er spesielt viktig for at statistikk skal bli korrekt. Vi har derfor hatt fokus på å øke dekningsgraden vår. Dette har vi klart ved at det kun er én person som har ansvar for registrering og innsending av skjema til registeret.

Til slutt vil jeg gi honnør til Toril Råknes. Hun er svært hjelpsom. Hun har guidet oss flere ganger gjennom registerets tall og gjør all statistikk mer leselig.

### Hvordan kan du og din avdeling få tilgang til NGER og Rapporteket?

Du søker enkelt om tilgang via [helseregister.no](http://helseregister.no). Følg instruksene, så er du raskt inne.

Det er også enkelt å få tilgang til *Rapporteket* når du er innlogget i [Helseregister.no](http://Helseregister.no), via fanen *Søk ny tilgang*. Når dette er gjort vil tilgangen til *Rapporteket* legges seg under fanen «Prosjektoversikt».

I rapporteket kan du laste ned lister over pasienter som ditt sykehus har registrert i gitt periode, samt laste ned datadump av all data registrert ved ditt sykehus. Du kan få rask oversikt over utvalgte kvalitetsindikatorer og sammenligne ditt sykehus med resten av landet med hensyn på disse.

*Kontakt gjerne Toril Råknes ved spørsmål eller behov for hjelp.*

The screenshot shows the homepage of [Helseregister.no](http://Helseregister.no). At the top, there is a navigation bar with links for 'Forside', 'Tjenesteoversikt', 'Om helseregister', 'Ofte stilte spørsmål', and 'Br'. Below this is a 'Logg inn' section with input fields for 'Brukernavn:' and 'Passord:', a 'Logg inn' button, and links for 'Ny bruker', 'Glemt passord', and 'Glemt brukernavn'. A red arrow points to the 'Logg inn' button. To the right, there is a 'Driftsmeldinger' section with a date 'Torsdag 12.03.2020 kl 12.00' and a status 'Helse Nord IKT: Oppdatert kl 16:00: Probl Berørt: Alle'. Below the login section, there is a grid of circular icons, with a red arrow pointing to the 'Søk ny tilgang' button in the bottom navigation bar. The bottom navigation bar also includes 'Prosjektoversikt' and 'Abonnement'. At the bottom, there is a section titled 'Velkommen til Rapporteket - Norsk Gynekologisk Endoskopiregister!' with a brief description of the service and a note about data filtering.