

# Rapport från ÖNH-kvalitetsregister

Supplement 1 2015



SVENSK ÖNH-TIDSKRIFT

*Svensk förening för Cochlear Implantologi  
och Kirurgi*



Taylor & Francis  
Taylor & Francis Group

**ORL**

Nationellt kvalitetsregister för  
öron-, näs- och halssjukvård

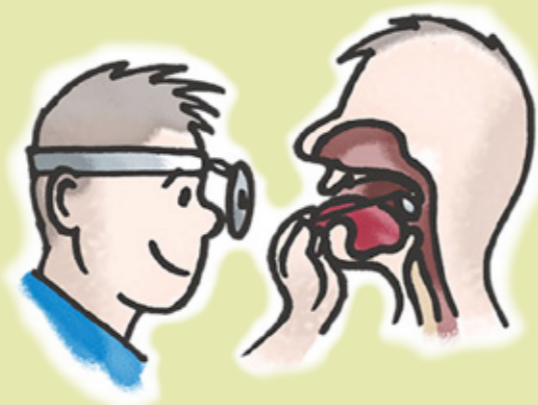


## MEDARBETARE TILL DETTA EXTRANUMMER:

Redaktör: Joacim Stalfors

## MEDFÖRFATTARE:

Anna Borgström  
Annika Stenberg-Elmqvist  
Cecilia Ahlström Emanuelsson  
Cecilia Alexandersson  
Charlotta Sjöstedt  
Claes Hemlin  
Danielle Friberg  
Elisabeth Ericsson  
Erik Odhagen  
Eva Karltorp  
Ewa Westman  
Helle Thulesius  
Henrik Passmark  
Joakim Grendin  
Johan Hellgren  
Karin Strömbäck  
Kjell Ydreborg  
Lisa Hellgård  
Lotta Hessén Söderman  
Malin Nordwall Berglund  
Malou Hultcrantz  
Ola Sunnergren  
Per-Inge Carlsson  
Per-Olof Eriksson  
Pia Nerfeldt  
Rut Florentzon  
Serge Padoan  
Simon Blank  
Tomas Nordlander  
Zule Sicardi



## SVENSK ÖNH-TIDSKRIFT

är officiell tidskrift för  
Svensk Förening för Otorhinolaryngologi,  
Huvud- och Halskirurgi.  
ISSN: 1400-0121  
Volym 22, Nr S1/2015

## REDAKTION

Serge Padoan – redaktör  
Annette Almquist – korrektur  
Erika Eldenhed – korrektur

Kontaktinfo – redaktion  
Skr. Christina Lilja  
ÖNH-kliniken  
Centralsjukhuset  
291 85 Kristianstad  
Tel: 044-309 17 59  
Fax: 044-309 11 07  
sergio.padoan@skane.se

## FÖRLAG

Svensk ÖNH-tidskrift utges av  
Taylor & Francis AB

Kontaktinfo – förlag  
Per Sonnerfeldt  
Box 3255  
103 65 Stockholm  
Tel: 08-440 80 40  
Fax: 08-440 80 50  
per.sonnerfeldt@informa.com

# INNEHÅLL

## REDAKTÖREN HAR ORDET

Förord *Serge Padoan* 4

## ORDFÖRANDE HAR ORDET

Specialistföreningens ordförande om att  
kontrollera och kontrolleras *Charlotta Sjöstedt* 5

Fem år som styrgruppsordförande *Claes Hemlin* 6

Röstvila efter stämbandsoperation  
verkar inte behövas *Charlotta Sjöstedt* 7

Förbättringsarbete gav färre  
blödningar efter tonsilloperation *Charlotta Sjöstedt* 8

Nu finns unik prevalenssiffra  
för grav hörselnedsättning *Charlotta Sjöstedt* 10

Tydligt vad som ger  
hörselrehabilitering kvalitet *Charlotta Sjöstedt* 11

Registerdata om rör i trumhinnan  
blev ögonöppnare för klinikchef *Charlotta Sjöstedt* 12

Nu registreras cochleaimplantat i  
Hörselbarnsregistret *Eva Karltorp* 13

Näsandningsförbättrande kirurgi  
- vem och varför skall vi operera?  
*Referensgrupp för septumoperation* 14

Goda resultat och få komplikationer  
efter myringoplastik *Eva Westman et al* 17

"Så här väljer svenska öronkirurger att  
operera" *Malou Hultcrantz et al* 18

"Vad sa Doktorn - egentligen?" *Karin Strömbäck* 19

Hur bra blir det efter otoskleros-kirurgi *Karin Strömbäck* 20

Hur många vuxna patienter med grav  
hörselnedsättning finns det i Sverige? *Per-Inge Carlsson* 22

TVÅ BLEV EN i Tonsillregistret *Lisa Hellgård* 24

Smärtbehandling efter  
tonsilloperation på Sabbatsberg *Zule Sicardi* 25

Stora skillnader i blödningsfrekvens  
efter tonsillektomi i Sverige *Joacim Stalfors et al* 26

Nytta med tonsilloperation *Ola Sunnergren et al* 30

OSA hos barn. Tonsillektomi eller tonsillotomi  
*Lotta Hessén Söderman et al* 33

"Bra att veta för dig som registrerar" *Lisa Hellgård* 34

Vad händer i tonsillregistret? *Joacim Stalfors* 35

Referensgrupper 36

Vill du uppdateras med vårt nyhetsbrev? 38

# Förord

**Svensk ÖNH-tidskrift**, vår förenings stolta husorgan har sedan snart 21 år varit en av de främsta informationskällorna för Sveriges ÖNH-läkare. Innehållet har utökats under åren. Viktigast och alltid återkommande är vetenskapliga rapporter och föreningsinformation men efterhand har annat tillkommit av vikt och intresse. Främst bland dessa tillskott är informationen från våra kvalitetsregister.

Sedan dessa började utvecklas i början på 90-talet, har de blivit allt fler, allt bättre och allt omfångsrikare och är idag omistliga verktyg för att beskriva, jämföra och förbättra kvaliteten i den vård specialiteten kan erbjuda patienter med ÖNH-sjukdomar i hela landet. Just det faktum att de medicinska kvalitetsregistren i Sverige är landsomfattande, är in-

ternationellt sett närmast unikt. Att de dessutom i så hög grad utvecklas och kontrolleras av företrädare för de medicinska specialiteterna, borgar för en hög grad av medicinsk relevans, dvs att vi verkligen gör det vi avser att göra. Många av ÖNH-registren innehåller dessutom viktiga data rörande patienternas nöjdhetsgrad och frekvensen biverkningar.

Det är således med stolthet Svensk ÖNH-tidskrift ägnar ett helt specialnummer åt våra kvalitetsregister. Jag hoppas att detta kan bli något som återkommer och framförallt att vi alla därmed stimuleras till att ständigt förbättra vården av våra patienter. ■



Serge Padoan,  
Redaktör – Svensk ÖNH-tidskrift

## Vill du se din kliniks kvalitetsregisterdata?

Data finns att tillgå på olika sätt, här kan du läsa lite om alternativen.

### HEMSIDA

Registerdata presenteras på hemsidan, [www.entqualitysweden.se](http://www.entqualitysweden.se)

Registerdata kan presenteras helt öppet (publikt) eller bakom en inloggning. Strävan är att så mycket data som möjligt skall visas öppet och den utvecklingen kommer fortsätta när den nya hemsidan lanseras i en nära framtid.

Varje delregister presenterar resultat helt öppet av utvalda variabler, ofta i realtid, på hemsidan. Efter inloggning kan oftast fler presentationer ses på en lägre detaljnivå. All inloggning sker med hjälp av SITHS-kort och är personlig. För att kunna ta del av personuppgifter (personnummer) krävs särskild

behörighet. Genom att ladda hem en CSV-fil fås tillgång till all data för en klinik inklusive personnummer. Varje klinik bestämmer själv vem som ska ges denna behörighet.

Kontakta [onh@registercentrum.se](mailto:onh@registercentrum.se) för hjälp med behörighet!

### ÅRSRAPPORT

Årsrapporten för 2014 från Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård består i år av två separata delar. Dels detta extranummer av svensk ÖNH-tidskrift, som kompletteras med en elektronisk del i form av en PDF-fil. PDF-filen innehåller endast presentationer av delregistrens data för 2014. Filen laddar du enkelt ner från registrets hemsida.

# Specialistföreningens ordförande om att kontrollera och kontrolleras

Johan Hellgren är ordförande för Svensk förening för otorhinolaryngologi, huvud- och halskirurgi, den specialistförening som styr Nationellt Kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård. Här ger han sin bild av relationen mellan föreningen och kvalitetsregistret och sin syn på myndighetskontroll av vården och framtiden.



Johan Hellgren

CHARLOTTA SJÖSTEDT

*Hur utövar specialistföreningen sin kontroll över kvalitetsregistret?*

Vi får rapporter några gånger om året om hur registergruppen arbetar. De yttersta frågorna om innehållet i delregistren, de äger vi, inte registerhållaren. Vår styrelse kan säga, vi ska ändra på det här innehållet. I slutet av 90-talet tänkte föreningen att det fanns anledning att ha självkontroll av det vi sysslar med och då instiftade man registren i en slags pionjärande. Det är inte så konstigt att de behöver revideras. De data man får in kanske inte är tillräckligt relevanta. Då kan specialistföreningen besluta att man ska ändra på innehållet. Det är en sund process. Det är så det bör gå till. Man måste se vad vi har och vad det ger och ger det inte det vi har tänkt oss, så får man antingen lägga ner registret eller revidera det.

*Så det gäller för ÖNH-registret att kontinuerligt kolla att det de gör är förankrat hos specialistföreningen?*

Precis, att de har ett mandat, för om vi av någon anledning inte skulle stötta systemet, inte promota det och se till att folk tycker det här är bra, då finns en risk att verksamhetscheferna prioriterar bort registerarbetet.

*Olika delregister befinner sig på olika utvecklingsstadier. Vad krävs för att de register som inte kommit så långt ska utvecklas?*

Mycket handlar om att öka täckningsgraden. Det är först när man fått upp den som man ser värdet av registret. Det gäller att jobba mycket med implementeringen. När folk säger, nej det här är för jobbigt, det funkar inte hos oss, då måste man komma runt det genom att visa på de goda exemplen. Som man gör till exempel på användarmöten. När någon säger det här går inte, reser sig någon annan upp och säger så här har vi gjort, det går att implementera.

*Internationellt sett är det sällan läkarnas specialistföreningar som styr kvalitetsregister. Vad har det för betydelse att det är så i Sverige?*

Mitt svar måste entydigt bli att det är en patientsäkerhetsfråga i slutändan. Det finns ingen aktör, vågar jag påstå, varken i Sverige eller utomlands som har ett så givet intresse för patientens väl. Det ligger i professionens natur att vilja

utveckla, vilja komma vidare. Om företag äger kvalitetsregister har de ett syfte och det är nästan alltid att tjäna pengar. Jag ser också stora risker i att statliga myndigheter äger kvalitetsregister. Vi jobbar rätt mycket ihop med Socialstyrelsen i olika frågor. Jag upplever dem som kompetenta i det de gör, men de har väldigt lite egen medicinsk expertis. Jag tror att det är själva själen i kvalitetsregistren att vi kan uppdatera dem. Vi träffar patienterna varje dag. Vi tar hand om våra egna patienter och andras när det har gått bra och när det har gått dåligt. Det är väldigt svårt att göra register med vettigt innehåll om man inte har det perspektivet.

*Ni styr ÖNH-registret, men Karolinska Universitetssjukhuset har centralt personuppgiftsansvar och beslutsgruppen för nationella kvalitetsregister avgör pengatilldelningen. Kan inte läkarna på golvet ändå uppleva registret som myndighetskontroll?*

Absolut, där finns en fara. Så länge vi fick en ganska blygsam ekonomisk tilldelning var det nog ingen som såg på registren som något annat än en framtida utvecklingspotential. Vi hade tagit initiativet till självkontroll. När alla pengarna kom in och det kom motkrav, då blev det ju en del av en myndighetskontroll. Men vi vet ju att myndighetskontroll kommer vare sig vi vill eller inte. Då är frågan ska vi sitta passivt och titta på eller ska vi vara med och utveckla systemen själva och fortsätta ha ett initiativ kvar? Vi har tyckt att det senare är att föredra.

*Hur ser framtiden ut?*

Vårt stora problem nu är att fler register vill in. Det finns flera initiativtagare som vill starta register för andra sjukdomsgrupper, men vi vet att varje register för med sig en väldig massa arbete och kostnader och då måste detta ställas mot behoven hos de register vi redan har. Innan fler register startas måste vi ha standardiserade journaler och nya nomenklatursystem. Om 20-25 år kanske vi har en massa kvalitetsregister som automatiskt dammsuger journalerna efter data. Väldigt mycket av vården kanske kan skraddarsys för enskilda patienter med hjälp av data från registren om grupper av liknande patienter. Det blir något annat än det masstänkande vi har idag. ■

# Fem år som styrgruppsordförande

CLAES HEMLIN

Avgående registerhållare och ordförande i Styrgruppen för Nationellt kvalitetsregister för Öron-, Näs- och Halssjukvård

I maj 2010 fick jag SFOHHs förtroende att leda föreningens kvalitetsregisterarbete som registerhållare och ordförande för kvalitetsregistrens styrgrupp. Jag hade då ingen aning om att Måns Rosén och hans medarbetare knappt ett halvår senare skulle publicera rapporten "Guldgruvan i hälso- och sjukvården". Denna rapport som lyfte fram kvalitetsregistrens stora potential låg sedan till grund för den stora satsningen på kvalitetsregistren från regeringen och SKL under perioden 2012-2016. När jag nu lämnar över ansvaret till Joacim Stalfors kan jag därför se tillbaka på en mycket dynamisk period med en betydande utveckling av ÖNH-specialitetens kvalitetsregister.

För alla register har det skapats stabila förutsättningar för framtiden och för möjligheten att använda registren till det som är deras huvudsakliga mål, att förbättra sjukvården. Inom flera register har data redan börjat användas i förbättringsarbetet. Tydligast mätbara resultat av detta arbete ses inom det förbättringsprojekt som genomförs inom tonsilloperationsregistret och som presenteras i denna rapport. Förutsättningarna för att även de andra delregistren i framtiden ska kunna stimulera till och påvisa förbättringar av ÖNH-sjukvården är mycket goda.

Arbete med kvalitetsregister kräver ett stort engagemang från deltagande kliniker. För att analys av kliniska data ska bli meningsfull krävs att så stor andel av patienterna som möjligt registreras. Endast från kvalitetsregister med hög täckningsgrad är det möjligt att dra korrekta slutsatser. För att upprätthålla engagemanget på klinikerna är det av största vikt att insamlade data används, analyseras och återrapporteras till klinikerna. Ett sätt att göra det på är med denna årsrapport vars texter kompletteras med en omfattande datafil, tillgänglig enbart på nätet.

En fortsatt god dialog mellan företrädare för kvalitetsregistren och specialiteten är av största vikt för en professionell utveckling av kvalitetsregistren och för möjligheten att stimulera att dessa används i verksamhetsutveckling. Det är därför glädjande att externa bedömare ser positivt på samverkan inom ÖNH-specialiteten. En utredning av Svenska Läkaresällskapet har framhållit att samverkan mellan specialitetsföreningen och kvalitetsregistren inom ÖNH som ett särskilt gott exempel och Expertgruppen

för Nationellt Kvalitetsregister bedömer att vi har ett öppet register med exemplarisk återkoppling, bra nationell plattform och dialog med verksamheten.

Värt att lyfta fram från 2014 förutom det som presenteras på andra platser i denna rapport är registrens internationella genombrott och ST-arbeten baserade på kvalitetsregister. Under de senaste åren har det skett ett internationellt genombrott för ÖNH-registren i form av flera inbjudningar till internationella kongresser och ett etablerat samarbete med ÖNH-företrädare i Norge och Danmark vilket väntas leda till ett gemensamt nordiskt tonsilloperationsregister. Antalet ST-arbeten baserade på kvalitetsregister ökar och för första gången var det 2014 konkurrens om priset för bästa ST-arbete baserat på kvalitetsregister. Priset gick till Karolina Elinder för arbetet "Blödning efter tonsilloperation". Dessutom gick SFOHHs pris för bästa vetenskapliga ST-arbete till Carolina Sundh för ett annat arbete baserat på kvalitetsregister, "Long-term symptom relief after septoplasty".

Under 2015 har ÖNH-registren inlett ett spännande samarbete med Socialstyrelsen kring indikatorer inom hjälpmedelsområdet genom att presentera data från Kvalitetsregistret för hörselrehabilitering. Hörapparater är det hjälpmedel som har störst volym i landet och kvalitetsregistret har möjlighet att tillföra unik kunskap som möjliggör en kartläggning och som via Socialstyrelsen visar exempel på nyttan av kvalitetsregistersatsningen.

Med stor tillförsikt om att Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård står väl rustat att möta framtidens utmaningar ser jag tillbaka på fem innehållsrika och stimulerande år och tackar för att jag fått förtroende att leda Nationellt kvalitetsregister för ÖNH-sjukvård under denna dynamiska period. ■

# Röstvila efter stämbandsoperation verkar inte behövas

CHARLOTTA SJÖSTEDT

**Fonokirurgiregistret presenterar helt nya data om röstvilans roll för utfallet när stämbandspolyper opereras bort. - Det är intressant att se att den gamla dogmen att total röstvila ska följa efter stämbandsoperation inte verkar hålla, säger Gunnar Björck, registrets referensgruppsordförande.**

I Fonokirurgiregistret finns data om stämbandsoperationer vid sex olika diagnoser. De data som nu sammanställs angående röstvila gäller operation av stämbandspolyper som är den vanligaste diagnosen. Patienterna fyller i enkäter före operation och cirka fyra månader efter. I den senare enkäten anger de i vilken mån de talade efter operationen och hur pass mycket bättre eller sämre de blivit. Det varierar vilka råd de får om röstvila av sina läkare. En del säger att man ska vara tyst en vecka, några säger två dagar och andra att man ska prata som vanligt.

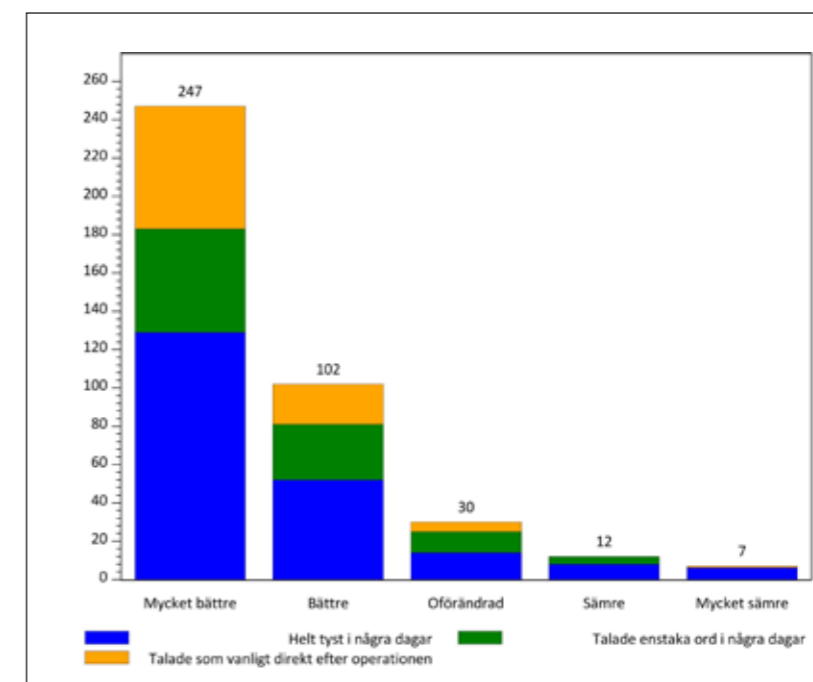
- Det har varit väldigt mycket tyckande. Nån säger si till patienterna och nån annan är övertygad om att man ska säga så. Därför är det intressant att kunna använda registret till att ta reda på hur det egentligen är, säger Gunnar Björck.

Data visar att en stor majoritet av patienterna blir bättre, de flesta till och med mycket bättre, men det är svårt att se att röstvilan skulle spela någon roll för resultatet. En ansevärd andel av dem som blev mycket bättre hade talat åtminstone i viss mån direkt efter operationen. Gunnar Björck menar att resultat kan bero på att den totala röstvilan egentligen inte existerar.

- Även om jag säger åt en patient att vara helt tyst i två dagar, så vet vi att man harklar sig, man hummar, man kanske pratar i sömnen, man hostar till och då vibrerar stämbanden. Det kanske inte spelar någon roll vad vi säger för stämbanden är ändå aldrig helt stilla. ■



Gunnar Björck, referensgruppsordförande för Fonokirurgiregistret och överläkare på foniatrika avdelningen Karolinska universitetssjukhuset i Solna.



# Förbättringsarbete gav färre blödningar efter tonsilloperation

CHARLOTTA SJÖSTEDT

**Sex ÖNH-kliniker deltog 2013-2014 i förbättringsprojekt kring tonsillektomi med syftet att få ner antalet blödningar efter operation. Nya data visar att de har sänkt blödningens frekvensen signifikant. Den viktigaste framgångsfaktorn var att gå över till kall teknik.**

Tonsillektomi, det vill säga att man tar bort hela halsmandlarna, utförs främst när indikationen är återkommande infektioner. Under 2014 gjordes 7261 tonsillektomier i Sverige. 514 patienter, 7,08 %, drabbades efter operationen av en blödning som krävde återinläggning. Tonsilloperationsregistret har visat att man har lägst risk för efterblödningar när man använder kallt stål för dissektion och kall hemostas. Varma tekniker ger fler blödningar. Ultracission ger 5,6 gånger högre risk, diatermisax 4,3 och coblation 3,2.

## TVÅ OMGÅNGAR FÖRBÄTTRINGSPROJEKT

Med start 2013 fick Tonsilloperationsregistret medel från satsningen på nationella kvalitetsregister för att genomföra förbättringsarbete kring tonsillektomi och få ner blödningarna. Sex kliniker deltog i en första omgång 2013-2014 och sju kliniker i en andra 2014-2015. Varje klinik utsåg en läkare som med hjälp av medlen från kvalitetsregistersatsningen kunde frigöras från annat arbete i sammanlagt två veckor. Joacim Stalfors projektledde.

Arbetet började med att läkarna från de olika klinikerna samlades för en workshop i Göteborg under två dagar. De inventerade själva möjliga faktorer bakom efterblödningar, de fick en genomgång av vad forskning och registerdata säger och de fick lära sig analysera sina egna registerdata. Den andra dagen ägnade de åt att skapa handlingsplaner för sina respektive kliniker.

Arbetet på hemmakliniken handlade först om att förankra planerna hos verksamhetschefen och informera alla inblandade. Sedan gällde det att genomföra förändringarna. För att byta operationsteknik kanske man behövde köpa in ny utrustning och hålla utbildningar i den nya tekniken. Joacim Stalfors höll hela tiden kontakt med var och en av de lokala projektledarna och följde utvecklingen. Efter sju månader hölls ett uppföljningsmöte där man tittade på alla de deltagande klinikernas data. Det var egentligen för tidigt för att man skulle se några tydliga resultat, men den officiella projekttiden med särskilda medel var nu slut.

## GODA RESULTAT

Nyligen kom uppgifter för 2014 om blödningens frekvens efter tonsillektomi där Tonsilloperationsregistrets data parats med Patientregistrets. De visar att klinikerna som

deltog i den första omgången förbättringsprojekt signifikant hade sänkt blödningens frekvens mellan 2013 och 2014. Landets övriga kliniker låg kvar på samma nivå som tidigare. Forskning och registerdata har visat att kall teknik ger färre blödningar och det gav alltså goda resultat att tillämpa denna kunskap i den kliniska vardagen.

- Vi känner oss alltmer stärkta i att de här slutsatserna stämmer med verkligheten och vi uppmanar andra kliniker att följa efter, säger Joacim Stalfors.

Än så länge är det för tidigt att säga hur det gått för de kliniker som deltog i förbättringsprojekt 2014-2015. Till exempel gick Sahlgrenska över till kall teknik den 1 september 2015 och det kommer att dröja innan detta ger utslag i registerdata.

## TYDLIGA FRAMGÅNGSFAKTORER

Joacim Stalfors pekar ut ett antal framgångsfaktorer bakom de lyckade resultaten. Först och främst handlar det alltså om att gå över till kall operations- och hemostatisk teknik.

- Det finns de som kan operera med de riskfyllda teknikerna och få bra resultat, men då har de hög operationsvolym och gedigen erfarenhet, säger Joacim Stalfors.

Med det utbildningssystem och den sjukvårdsorganisation vi har i Sverige är det sällsynt att man når de höga operationsvolymerna som krävs för att lyckas med varma tekniker. Därför ger de kalla teknikerna nästan alltid bäst resultat.

En annan framgångsfaktor är att man har en verksamhetschef som ger sitt fulla stöd till förbättringsarbetet och vågar ta radikala beslut om förändringar. Dessutom krävs bra registreringsrutiner och hög svarsfrekvens på patientenkäterna, så att man kontinuerligt kan följa sina resultat. Ytterligare en viktig faktor är engagerade lokala projektledare som har möjlighet att avsätta tid för förbättringsarbete.

## STORSKALIG FÖRÄNDRING BEHÖVS

Joacim Stalfors och hans kollegor i Tonsilloperationsregistret verkar för att ÖNH-klinikerna generellt ska gå över till att operera tonsiller med kall teknik. Tidigare har

registret framgångsrikt verkat för att minska antalet blödningar på ett annat sätt. Då gällde det de operationer som görs på indikationerna snarkning och sömnapné. I dessa fall räcker det med att avlägsna de utskjutande delarna av de förstörade tonsillerna. Man tonsillotomerar istället för att tonsillektomera då hela tonsillerna tas bort. Registret har visat att tonsillotomi ger färre efterblödningar och ÖNH-klinikerna har också i hög utsträckning gått över till tonsillotomi när indikationen är obstruktion. Blödningens frekvens har sänkts för riket.

- Vi slipper 35 återinläggningar i Sverige på grund av blödning varje år för att vi gör tonsillotomi istället för tonsillektomi, säger Joacim Stalfors, ordförande i referensgruppen för Tonsilloperationsregistret. ■

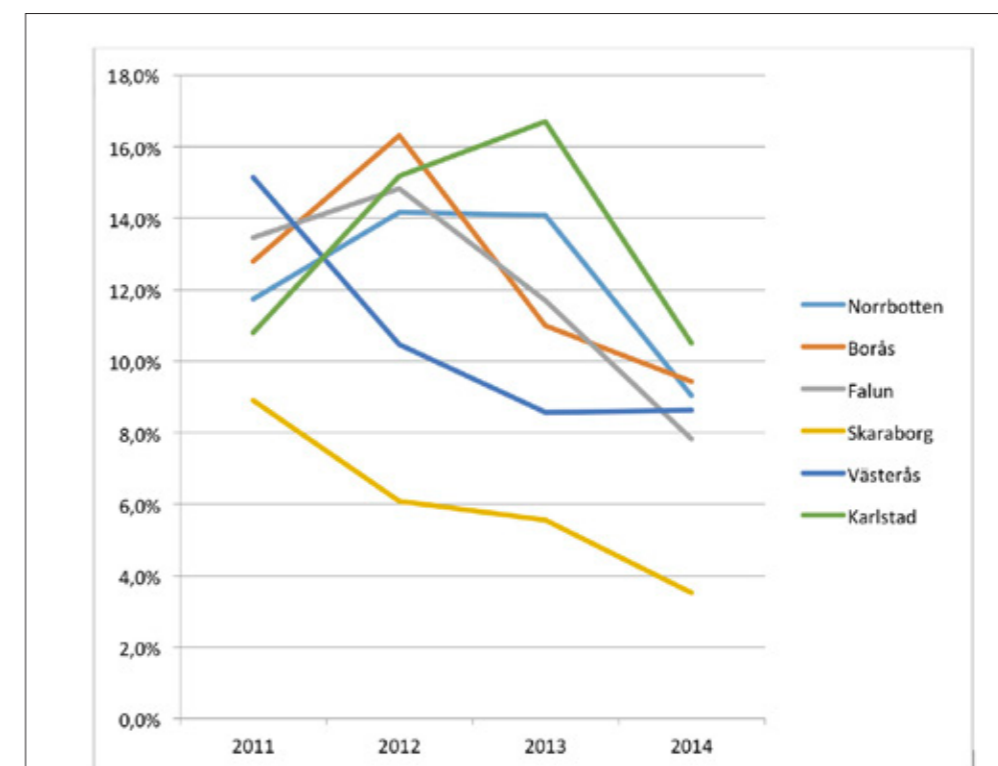
## Deltagande kliniker i förbättringsprojekt

### 2013-2014

Borås  
Falun  
Karlstad  
Norrbotten  
Skaraborg  
Västerås

### 2014-2015

Akademiska  
Helsingborg  
Jönköping  
Kalmar  
Sahlgrenska  
Sundsvall  
Visby



Figur. Grafen visar andel patienter som opererats med tonsillektomi och blivit återinlagda på sjukhus för blödning. Sammantaget visade de kliniker som deltog i förbättringsprojekt 2013-2014 en förbättring som är signifikant. Motsvarande analys av de kliniker som inte deltog visade ingen signifikant förbättring.

# Nu finns unik prevalenssiffra för grav hörselnedsättning

CHARLOTTA SJÖSTEDT

**0,2 % av alla vuxna i Sverige har en grav hörselnedsättning. Prevalenssiffran är unik och har tagits fram på initiativ av Registret för grav hörselnedsättning hos vuxna. Patienterna är identifierade och registret planerar en nationell insats för hela gruppen.**

Det finns cirka 22 000 personer över 19 år i Sverige som i hörseltest får tonmedelvärde 70 dB eller sämre på bästa örat eller har taluppfattning som är sämre än 30 %. Detta står klart sedan Registret för grav hörselnedsättning hos vuxna uppdragit åt företaget Auditdata att ta fram alla patienter som uppfyller kriterierna ur databasen AuditBase. Alla landsting och regioner i Sverige utom Gotland och Jämtland har data om sina hörselnedsatta patienter lagrade i AuditBase.

- Sverige är ju lite unikt med sina personnummer och såna här system har man ju inte nationellt överallt. För oss är det egentligen mest tur att det bara har funnits ett företag som nästan utan konkurrens lagrat data, säger Per-Inge Carlsson, referensgruppsordförande för registret.

Prevalenssiffran för Sverige får man enkelt fram genom att extrapolera värdena för Gotland och Jämtland. Det är unikt i världen att man har en säker prevalenssiffra för grav hörselnedsättning och den kommer med all säkerhet att uppmärksammas internationellt.

## UTSATT PATIENTGRUPP

Det handlar om en patientgrupp i Sverige som generell sett inte ställer högljudda krav.

- Det här är en oerhört utsatt grupp som faktiskt behöver hörselvårdens stöd. Ett antal av dem har säkerligen inte varit hos hörselvården på 10-15 år, vilket är helt befängt, säger Per-Inge Carlsson.

Genom utsökningen i AuditBase är nu alla personer i landet som ingår i patientgruppen identifierade. Det betyder att det finns en möjlighet att kontakta dem och fånga upp dem i registret. Några landsting har redan tidigare med hjälp av Auditdata sökt fram sina patienter och skickat registrets karläggningenkät till dem, men de flesta har inte gjort det. Idag är 3800 patienter av de cirka 22 000 registrerade. Nu planerar Registret för grav hörselnedsättning hos vuxna en stor nationell satsning. Först måste respektive landsting eller region ge sitt tillstånd, men sedan kommer registret att skicka brev till alla patienter med grav hörselnedsättning som inte redan är registrera-



Per-Inge Carlsson är referensgruppsordförande för Registret för grav hörselnedsättning hos vuxna, öronläkare i Karlstad och verksam på Audiologiskt forskningscentrum i Örebro.

de. De kommer att få kartläggningenkäten och man kan räkna med att drygt hälften svarar på den. Men det kanske viktigast av allt, de kommer att uppmanas att kontakta hörselvården om de har behov av insatser. Hur stor tillströmning det kommer att skapa är omöjligt att veta.

- Det är inte riktigt kvalitetsregistrets uppgift att hindra det. Det är en verksamhetsfråga, men att sticka huvudet i sanden och inte vilja veta vilka patienter man har, det är på gränsen till oförsvarbart, säger Per-Inge Carlsson.

## VÅRDREKOMMENDATION FINNS

Registret har tagit fram en vårdrekommendation som beskriver hur patienter med grav hörselnedsättning bör rehabiliteras. De behöver ett antal klart definierade insatser och individuellt avpassad hjälp beroende på livssituation och förutsättningar. Hörselvården måste organiseras i team med läkare, audionom, kurator, tekniker och pedagog för att klara detta. Bara knappt 40 % av de idag registrerade patienterna har fått det man kallar utvidgad rehabilitering. Det innebär att man träffat tre eller fler yrkespersoner eller deltagit i grupprehabilitering. Målvärdet är 80 %. Någon förbättring kan inte noteras mellan 2013 och 2014. Per-Inge Carlsson säger att de flesta vårdgivare vet vad man bör göra, men de har ännu inte kommit igång med teamarbetet. Han är övertygad om att den nationella insats för hela patientgruppen som registret nu planerar kommer att göra att teamarbetet får fart.

- Om man vet att vi har så här många patienter som vi borde ta hand om och det finns en uttalad vårdrekommendation som bygger på forskning och långvarig klinisk erfarenhet, då borde de flesta landsting försöka bygga upp teamen. ■

# Tydligt vad som ger hörselrehabilitering kvalitet

CHARLOTTA SJÖSTEDT

**Kvalitetsregistret för hörselrehabilitering kan nu visa vilka de tyngsta faktorerna är bakom att patienter får god nytta av sina hörapparater. Apparaterna måste ställas in på ett bra sätt. Patienterna måste få bra information och hörapparater till båda sina öron.**

Idag deltar 13 landsting i registret och fler är på väg in. Både privat och offentligt drivna audionommottagningar finns med. Data till registret kommer dels från journaler genom direktöverföring och dels från patientenkäter. Den automatiska överföringen från journaler gör att täckningsgraden i de deltagande landstingen är 100 %. Patienterna får en enkät 3-6 månader efter att de fått sina hörapparater och svarsfrekvensen är cirka 60 %. De svarar på frågor om vilken nytta de har av hörapparaterna, hur väl de fungerar, hur informationen och bemötandet var under utprovningen med mera. Två gånger om året ger registret ut rapporter som visar hur landstingen står sig i förhållande till varandra och hur olika enheter ligger till. Självklart vill alla klara jämförelserna bra. Registret kan med stöd i data ge råd om vad man ska göra för att förbättra sig.

## INSTÄLLNINGAR ÄR VIKTIGA

- När det gäller hur väl hörapparaten fungerar kan vi se skillnader mellan olika verksamheter i landet. Audionomen påverkar hur hörapparaten ställs in sen finns det även variation mellan olika modeller, säger Peter Nordqvist, ordförande i referensgruppen för Kvalitetsregistret för hörselrehabilitering.

En annan viktig faktor för hur väl rehabiliteringen faller ut är informationen till patienterna.

- Vi ser i våra data nu att har man en bra informationsmetodik så får man i slutändan ett mycket bättre resultat av rehabiliteringen, säger Peter Nordqvist.

En vårdgivare behöver ha enhetliga informationsrutiner som anger vid vilka tillfällen och hur patienterna ska informeras. Registret kan ge vägledning om bra upplägg och vårdgivare som redan har väl fungerande informationsrutiner kan fungera som förebilder.

Att patienter med hörselnedsättningar på båda öronen hör bättre med två än med en hörapparat är ganska självklart. Peter Nordqvist menar att det ändå spelar roll att registret kan slå fast detta med hårda data.



Peter Nordqvist

## KOMPETENS SPELAR TROLIGEN STOR ROLL

Registret har alltså pekat ut tre faktorer bakom graden av nytta som patienterna har av sina hörapparater. Funktionen hos apparaterna, informationen till patienterna och om de får en eller två hörapparater. Men det verkar finnas ytterligare en. Det kan finnas landsting som ligger sämre till både när det gäller funktion hos hörapparaterna och information till patienterna. Ändå klarar de sig ganska bra i jämförelsen med andra landsting.

- Då förstår vi att det är en annan faktor som spelar in och vi misstänker att kompetensen hos audionomerna har väldigt stor betydelse, men detta är otroligt svårt att mäta, säger Peter Nordqvist.

Registret håller på att undersöka möjligheterna att mäta den här faktorn. En sak som inte alls spelar roll för nyttan är hur stor patientens hörselnedsättning är.

- I vissa landsting har man kvar gränser för när man får hörapparat, men våra data visar att det inte går att sätta en sådan gräns. Även de som har väldigt lätta nedsättningar anger hög nytta efter rehabilitering, säger Peter Nordqvist. ■

# Registerdata om rör i trumhinnan blev ögonöppnare för klinikchef

CHARLOTTA SJÖSTEDT

**Följsamheten till nationella rekommendationer om rör i trumhinnan var dålig i Kristianstad 2014. Få av dem som hade vätska i mellanörat hörselundersöktes. Fler rörbehandlades än vad som borde behandlats. Registerdata fick klinikchefen Serge Padoan att sätta igång diskussioner om förbättringar.**

Enligt nationella rekommendationer ska barn med vätska i mellanörat hörselundersökas före och efter rör sätts in. Men långt ifrån alla patienter hörselundersöktes i Kristianstad under 2014 även om en uppräckning verkar ha skett på senare tid. Cirka en tredjedel av barnen som hörselundersöktes och rörbehandlades hade inte en så stor hörselnedsättning att de borde fått rör insatta. Detta om man skulle följa de nationella rekommendationerna. I Kvalitetsregistret för rör i trumhinnan kan man utläsa hur väl rekommendationerna följs. Serge Padoan, chef för ÖNH-klinikerna i östra Skåne, har djupdykt i registerdata för Kristianstad och han blev förvånad över resultaten.

- Jag trodde faktiskt att vi hade mycket större följsamhet efter att vi gått igenom de nationella rekommendationerna på möten och så vidare, säger han.

Han har initierat en diskussion bland kollegorna om resultaten. Det har fått till följd att Ystadkliniken, som tidigare inte registrerat rörbehandlingar, nu ska börja göra det.

- Vi ska bli duktiga på att fylla i registret. Vi ska följa upp och se om vi blir bättre på att följa de nationella rekommendationerna, säger Serge Padoan.

Han menar att det är viktigt att som chef motivera läkarna att följa rekommendationerna.

- Jag kan ju besluta som chef att detta ska du göra, men vad som händer i varje enskilt möte med patienterna vet man inte.

Serge Padoan har också tagit upp frågan i chefsgruppen för södra regionens ÖNH-kliniker och fler kommer nu att gå med i Kvalitetsregistret för rör i trumhinnan.

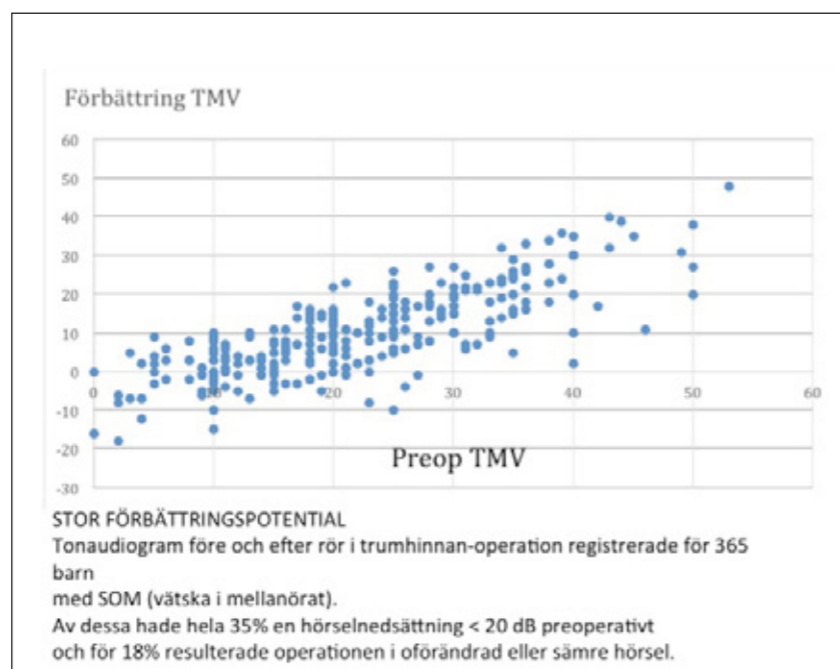
- Jag tycker att det här registret, liksom andra register, har ett begränsat värde om vi inte lyckas få majoriteten av landets kliniker att delta.

Det är meningen att data från Kvalitetsregistret för rör i trumhinnan ska kunna ge underlag för framtida ändringar av de nationella rekommendationerna. Serge Padoan menar att det är gott syfte och betonar att varje enskild läkare behöver ta ett ansvar för processen genom att samlas in data.

- Jag tror att man på många ställen i landet ser kvalitetsarbete och vetenskapligt arbete som nåt som ska skötas av andra. Men jag tror att vi, var och en av oss som enskilda läkare och på nationell nivå, borde ta ett större ansvar för att utveckla verksamheten, säger Serge Padoan.

Han är självkritisk, men han tror att det finns brister även på många andra ÖNH-kliniker.

- Vi i Kristianstad sköter oss inte alls så bra som jag i min enfald trodde. Men jag tror inte vi är en buse nationellt sett. Jag befarar att det är många andra kliniker som i likhet med oss lever i villfarelsen att de ligger bra till. ■



# Nu registreras cochleaimplantat i Hörselbarnsregistret

EVA KARLTORP

**Under det redan existerande Hörselbarnsregistret har en ny flik skapats, där alla barn som genomgått CI (cochleaimplantat)-operation kan registreras. Då det historiskt sett har varit omstritt med CI-operation av dövödda barn och då tekniken och rehabiliteringen är kostsam, har ett nationellt kvalitetsregister länge efterfrågats. Här kan man utvärdera hörsel och talspråks-resultaten efter CI-operationen och analysera om operationsåldern påverkar resultaten m.m. Resultaten för CI-opererade barn med missbildade temporalben, som nu innefattas av rikssjukvård, kan också granskas.**

Alla fem CI-center som utför CI-operation på barn har enats om att delta och mata in de nya barn som CI-opereras. I detta åtagande ingår även att mata in uppföljande kontroller som sker varje halvår. Dessutom är planen att data från alla barn som har CI-opererats tidigare under åren, ska läggas in i registret.

Hur har det gått? De flesta av de fem barn-CI-centren har påbörjat inmatning till det nya, nationella registret. Från ett center är data från alla barn inmatade, i andra fall pågår arbetet.

Det första barnet som fick CI i Sverige implanterades 1990. Sedan dess, t o m 2014, har 921 svenska personer opererats med CI under barnåren. Av dessa, har mer än 20 % hunnit uppnå vuxen ålder, dvs vid början av 2015 fanns drygt 700 barn med CI i åldrarna 0-19 år i Sverige. Hittills är operationsdata från ca 540 barn inmatade dvs täcknings-graden är 77 %, men den kommer snabbt att öka.

I Sverige tillkommer varje år ytterligare drygt 60 barn som erhåller sitt första CI. ■



# Näsandningsförbättrande kirurgi - vem och varför skall vi operera?

Referensgruppen för septumoperation

**Nästäppa är ett mycket vanligt symtom och en frekvent orsak till att patienter söker vård. Förenklat kan man säga att nästäppans orsaker är mekaniska hinder av luftflödet, infektioner, allergi eller annan sjukdom i slemhinnan. Vanligen behandlas nästäppa medicinskt, men vid säkerställd anatomisk avvikelse kan kirurgi tillämpas. Den vanligaste kirurgin är septumplastik.**

Noggrann anamnes är viktig; konstant, episodisk, sidoväxlande eller lägesberoende nästäppa, eller tidigare trauma mot näsan efterfrågas. Andra faktorer är överkonsumtion av nässpray, liksom bostads- och arbetsmiljön, allergi samt symtom från de nedre luftvägarna.

Inspektion av näsan med främre och bakre rhinoskopi bör ingå i diagnostiken. Näsan undersöks före och efter avsvällning av slemhinnan. Man bör även göra en mera objektiv bedömning av nästäppan inför ställningstagande till eventuell operativ åtgärd. Rhinomanometri, akustisk rhinometri och peak nasal inspiratory flow (PNIF) mäter olika dimensioner av näsans funktion. Rhinomanometri innebär att luftflödet och lufttrycket mäts i en näskavitet i taget, och därefter beräknas näsandningsmotståndet. Vid akustisk rhinometri använder man akustisk reflektion för att bestämma näskavitets geometrisk utseende. PNIF är en enklare metod där man mäter det maximala inspiratoriska luftflöde via näsan.

Från det gamla nationella kvalitetsregistret från 1997 för septumplastik såg vi att 75 % av de patienter vi opererade med septumplastik var nöjda eller ganska nöjda med sin operation 6 månader postoperativt. Det gör att det bör finnas en förbättringspotential i vår hantering av denna patientgrupp.

Septumplastik, med eller utan konkakirurgi, är den viktigaste och dominerande operationsmetoden vid "näsandningsförbättrande kirurgi". I dagens septumplastikregister registreras förutom hur nästäppan förändras efter septumoperationen, även andra slemhinnesjukdomar, olika operationstekniker, eventuella postoperativa infektioner, bestående komplikationer och antibiotikabehandling.

Vi bör bedöma patienterna utifrån problemet att "ej kunna andas tillfredsställande med näsan". Frågan är vilka förbättringar som kan göras vad gäller urval/utredning av patienter för näsandningsförbättrande kirurgi, som inte enbart innebär septumplastik, men även konkakirurgi, alarplastik, ytternäsplastik, kolumellplastik mm.

Septumplastik är en rutinoperation på de flesta kliniker, men är ingen enkel operation.

Operationstekniken är svår att lära ut pga trångt operationsfält. Träning i så kallade wet lab bör vara tillgängligt.



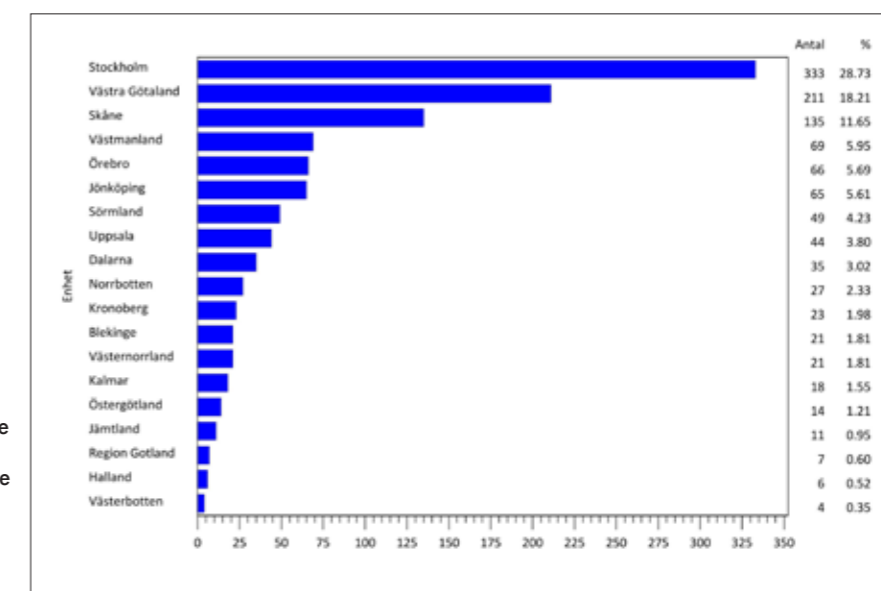
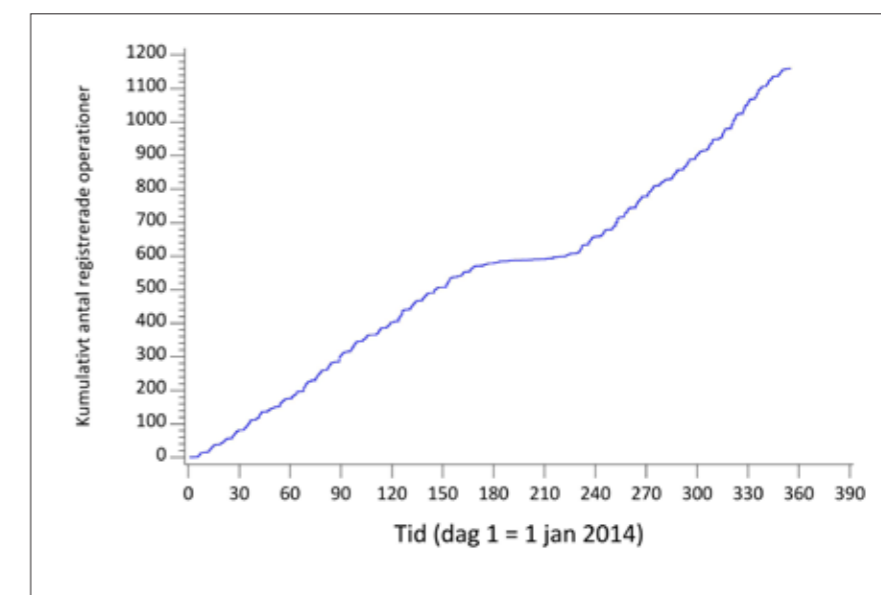
Objektiva bedömningsmetoder korrelerar ej till 100 % med kliniskt status och är ej alltid tillgängliga. Majoriteten av studier visar dock en signifikant korrelation mellan objektiva tester och subjektiva besvär. Korrelationen mellan kliniskt undersökningsresultat och de subjektiva besvaren är dock dålig.

Slemhinnesjukdomar (allergisk rinit, icke allergisk rinit, polyper, granulomatös polangit, sarkoidos mm) kan uppträda samtidigt med septumdeviationen och göra utvärderingen av patientens nästäppa komplicerad. En del av dessa kan även försämra resultatet vid septumplastik.

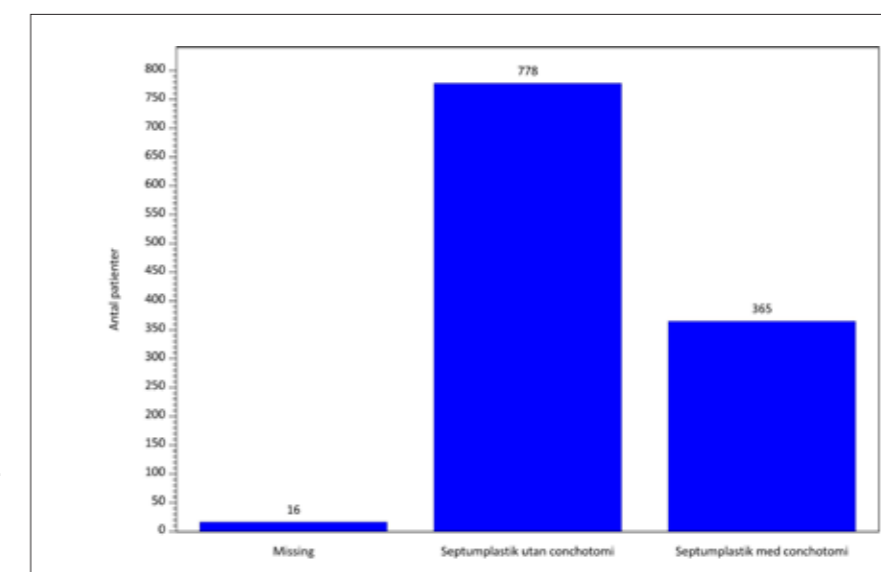
Det är även viktigt att patienten har realistiska förväntningar på ingreppet, att operatören har tagit upp det med patienten. På flera kliniker är det inte samma läkare som har fattat beslutet om operationen och informerat patienten, som sedan utför operationen. Detta är av flera skäl olämpligt.

Vi hoppas med dagens septumplastikregister att få fram bättre urvalskriterier och tekniker för operativ åtgärd av nästäppa och därmed bättre resultat. Detta i kombination med bättre tränade kirurger bör kunna ge nöjdare patienter.

## HUR MÅNGA OCH VILKA OPERERADES OCH REGISTRERADES I SEPTUMPLASTIKREGISTRET UNDER 2014?

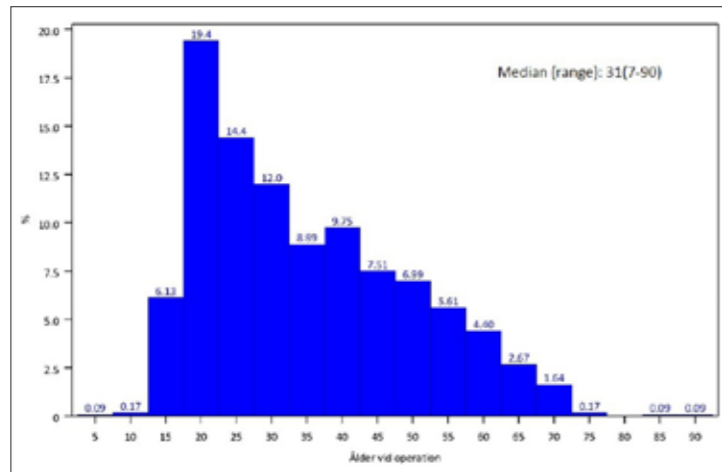


Antalet registrerade operationer varierade mellan olika landsting men kan till stor del förklaras med landstingens varierande befolkningensmängd.

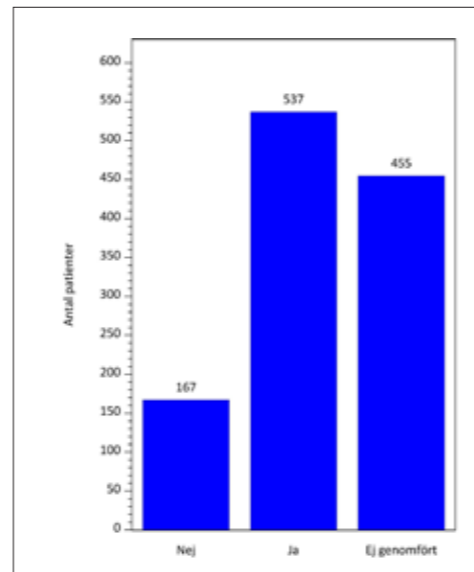


31 % av patienterna som opererades med septumplastik genomgick samtidig någon form av cochareducerande kirurgi. Conchareduktionen kan vara gjord med RF-teknik, kallt stål eller shaver.

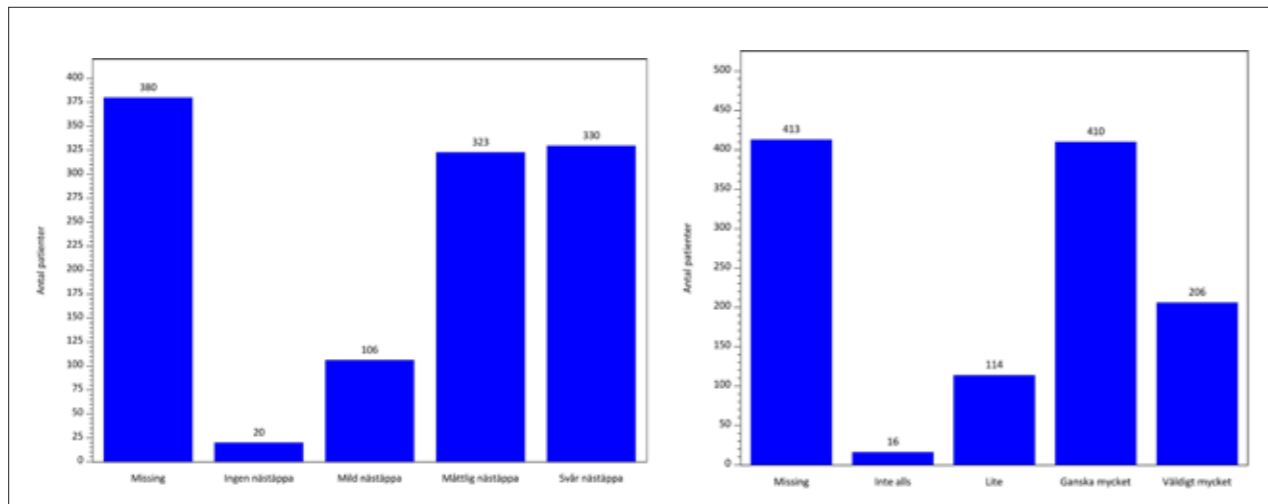




Medianålder på patienten som opererades med septumplastik var 32 år. Det fanns ingen skillnad i åldersfördelningen mellan män och kvinnor



Som ett led i utredningen av nästärpebesvär rekommenderas att någon form av rhinometri görs. Under 2014 så var det så mycket som 39 % av patienterna som inte hade undersökts med någon form av rhinometri före operation.



För ett stort antal patienter finns ingen registrerad uppgift om graden av nästäppa (stapel längst till vänster) före operation. En trolig orsak till det är att patientens del i blankett A inte fyllts i preoperativt. Läkaren har fyllt i sin del A och hela blankett B (peroperativa blanketten) vid operationstillfället och då har patientdelen missats att fyllas i. Även uppgifter angående nästäppans påverkan på livskvaliteten före operation saknas för ett stort antal patienter, av samma orsak som för graden av nästäppa.

Anmärkningsvärt är att så mycket som 11% av patienterna har uppgivit inga eller milda nästäppebesvär preoperativt. Lika stor andel har uppgivet inga eller liten påverkan på livskvaliteten. Dessa patienter borde kanske egentligen inte blivit uppsatt för operation. (se artikel här bredvid).

För de uppföljande blanketterna, 1 respektive 12 månader postoperativt, finns det ännu för lite registrerad data. De följande åren kommer vi få in mer fakta. Förhoppningsvis kan från den datan förbättra urvalskriterierna och tekniker för operativ åtgärd av nästäppa och därmed bättre resultaten och ge nöjdare patienter.

## Goda resultat och få komplikationer efter myringoplastik

EVA WESTMAN, ÖNH-kliniken Sundsvall, MALIN NORDWALL BERGLUND, ÖNH-kliniken NÄL Båda i referensgruppen för delregistret Öronkirurgi: Myringo- och ossikuloplastik. PER OLOF ERIKSSON, Akademiska sjukhuset.

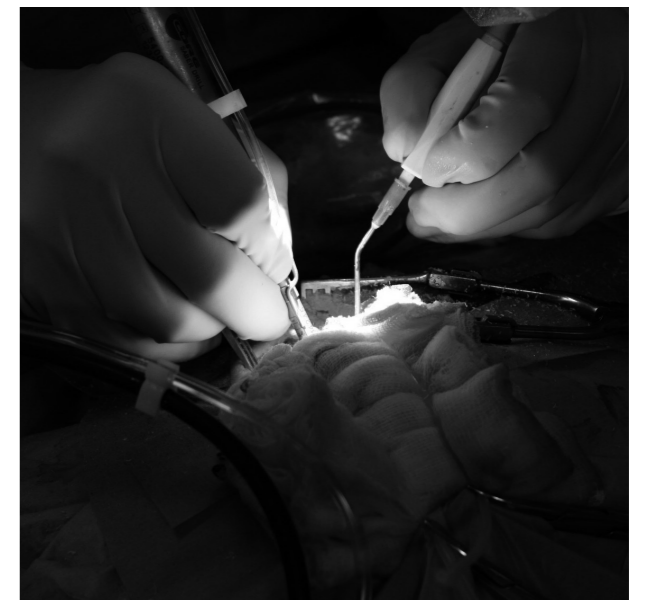
Hur går det för patienterna som opereras med myringoplastik i Sverige? Blir hörseln bättre? Hur många får tinnitus? Hur ofta behövs en re-operation? Det är några frågor som kan få svar med hjälp av de data som finns samlade i kvalitetsregistret för myringoplastik.

Från kvalitetsregistrets data under 12 år kan flera intressanta uppgifter tas fram efter analys av ca 4200 opererade patienter. Vid val av operationsmetod väljer flertalet otokirurger konventionell myringoplastik (83%) och resterande operationer är sk fettpluggning. Av alla operationer är det en mindre del (13%) som är reoperationer. De allra flesta som opereras får en hel trumhinna efter operationen, vid konventionell myringoplastik 89%. Det är lika många kvinnor som män som blivit opererade och nästan hälften är under 19 år vid tidpunkten för operation.

Ett år efter operationen samlas information in om örat varit infekterat efter operationen, om det finns nytillkommen eller förvärrad tinnitus eller nytillkommen smaknedsättning. Den vanligaste komplikationen efter en operation är infektion, 4 av 100 patienter drabbas. Tinnitus är ovanligare där 1 av 100 opererade patienter besvärats vid återbesöket. Smaknedsättning är ännu ovanligare och endast 1 av 200 patienter anger dessa besvär. Män drabbas i större utsträckning av tinnitus medan kvinnor är överrepresenterade vad gäller smaknedsättning, men båda könen får i lika stor utsträckning infektion efter operationen.

Hörseln förbättras hos ca tre fjärdedelar av alla som opereras, med störst hörselvinst hos de som opereras med hörsel förbättring som mål. De med störst ledningshinder förbättras i högre grad. Risken att drabbas av försämrad hörsel är ca 17% - här måste resultaten analyseras ytterligare innan vi kan dra slutsatser.

Större delen av alla som opereras är nöjda eller mycket nöjda efter operationen (80%). Bland de som är missnöjda efter operationen finns större andel där trumhinnan inte har läkt, som har fått sämre hörsel eller någon komplikation. Dessa patienter är också mer missnöjda med informationen och har mer besvär efter operationen. ■



Goda resultat



# ”Så här väljer svenska öronkirurger att operera”

MALOU HULTCRANTZ, Karolinska sjukhuset, RUT FLORENTZSON, Sahlgrenska sjukhuset, Båda i referensgruppen för delregistret Öronkirurgi: Myringo- och ossikuloplastik. MATTIAS FRANSSON Malmö/Lund.

Sedan uppstarten av myringo-ossikuloplastikregistret oktober 2013 har knappt 1600 ingrepp registrerats fram t o m juli 2015. Här visas en sammanfattning av data där typ av operation som utförs, målsättning med operation, fördelning av lagningsmaterial samt material vid ossikuloplastik beskrivs.

Fig 1 Procentuell fördelning av registrerade ingrepp i myringo- ossikuloplastikregistret.

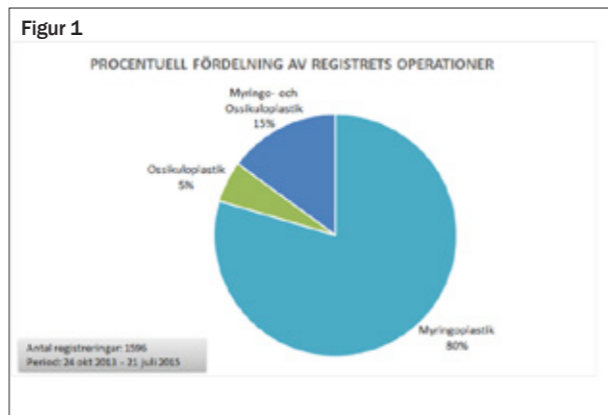


Fig 2. Målsättning med de operationer som ingår i registret. För myringoplastik är den vanligaste målsättningen att förhindra infektion, för ossikuloplastik hörsel förbättring och för kombinationen myringo-ossikuloplastik infektionsprofylax.

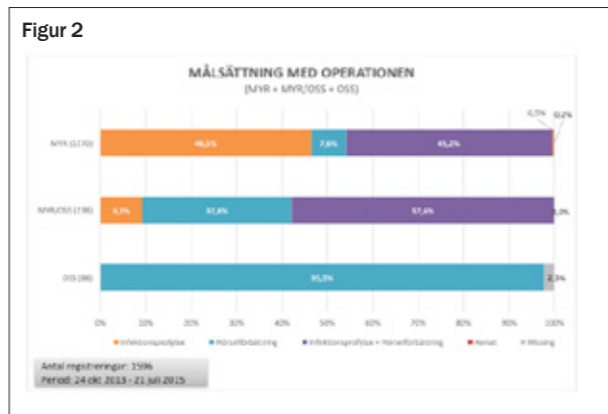


Fig 3. När det gäller trumhinneingrepp utgörs majoriteten av konventionell myringoplastik. Material för dessa är till övervägande del (85%) fascia, följt av brosk enbart eller i kombination med annat bindvävsmaterial.

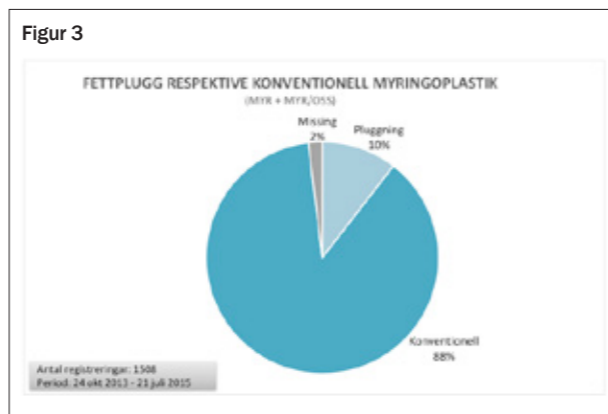
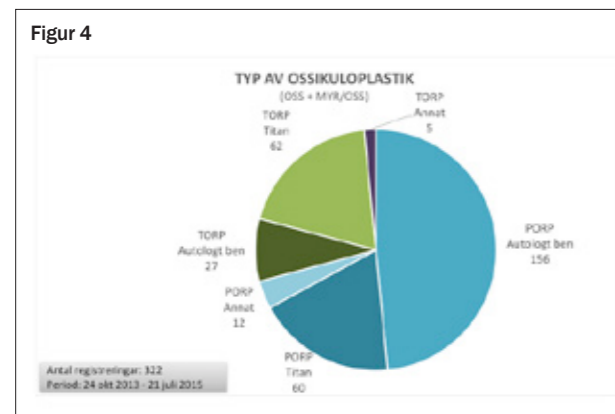


Fig 4. Vid alla ingrepp där en hörselbensplastik utförs används autologt ben i mer än hälften av fallen. Därefter kommer titanproteser jämnt fördelat vid både partiell och total ossikuloplastik. Vid totalprotesingreppet används i största utsträckning titanproteser.



# ”Vad sa Doktorn - egentligen?”

Av: KARIN STRÖMBÄCK

Unga fröken Andersson söker för ett lätt sus samt nedsatt hörsel i vänster öra på Doktor Stigbygelsons mottagning. Förväntansfull inför mötet men mycket stressad, träffar hon doktorn i 15-20 minuter, blir undersökt och informerad om den troliga diagnosen. Väl utanför rummet frågar hon sig ”Men vad sa Doktorn”.

Inom referensgruppen har vi följt upp hur många kliniker som ger en skriftlig information till sina patienter. De kliniker som ger flest missnöjda patienter saknade skriftlig information. Därför skapades en nationell patientinformation som finns tillgänglig för allmänheten samt behandlande doktor på hemsidan. Syftet är att ge alla otoskleros patienter oberoende av bostadsort en likvärdig och grundlig information.

Patienterna har idag stora möjligheter att få information via nätet. Trots detta är det av stor vikt att vi ger en lätt förståelig och tydlig information.

Detta är ett bra exempel hur man med hjälp av ett kvalitetsregister kan upptäcka och åtgärda brister inom sjukvården. ■

Otosklerosregistret har en uppföljningsenkät för patienten ett år efter kirurgi. Patienterna får skatta doktors preoperativa information inför det kirurgiska ingreppet, på en fyrgradig skala. I genomsnitt var en stor andel av patienterna – 92,7% – mycket nöjda medan endast 0,4% var mycket missnöjda.

VAD SA DOKTORN EGENTLIGEN...?



# Hur bra blir det efter otoskleros-kirurgi

Av: KARIN STRÖMBÄCK

Tio procent av Sveriges befolkning lider av hörselnedsättning. Otoskleros är en av de vanligaste orsakerna till förvärvad hörselnedsättning. Sjukdomen drabbar ca 0,5% av befolkningen, huvudsakligen i medelåldern och fler kvinnor än män. Hörselnedsättningen beror på stapesfixation men även innerörat kan drabbas på längre sikt. Idag erbjuds två olika behandlingar, hörapparat och/eller kirurgi. Varje år behandlas ca 450 patienter i Sverige med kirurgi med syfte att förbättra hörseln eller möjliggöra användning av hörapparat. Under den senaste tioårsperiod har antalet stapesoperationer i Sverige varit relativt konstant med en variation på 380 - 580 operationer/år.

Otosklerosregistret startade 2004-01-01 och syftet var att utforska behandlingsresultaten och få underlag för att förbättra behandlingen. Målen som ställdes upp var att mäta hörselresultat och patientnöjdheten efter kirurgi och jämföra dessa mellan de olika rapporterade klinikererna.

Otosklerosregistret samlar data vid operationen samt efter ett år. Vid sammanställningen av årsrapporten för 2014 visas därför resultaten för 2013. Under 2013 flyttade hela ÖNH-registret till Registercentrum i Göteborg. Pga tekniska svårigheter kunde endast 232 av totalt 421\* utförda operationer registreras. Under 2014 utfördes 387\* operationer varav 333 registrerats. Således uppgick täckningsgraden\* till 86 % 2014 och till 55 % 2013.  
\* Källa: Svensk Öronkirurgisk Förening).

Figur 1. Hur bra blir det efter otoskleros-kirurgi?

Data utgår från ett års resultat från besvarade patientenkäter samt hörselprov för patienter opererade 2013. Figur 1 till vänster visar patientens subjektiva upplevelse av hörseln ett år efter kirurgi. På gruppnivå överensstämmer de uppmätta hörselresultaten med patienternas subjektiva upplevelse av hörselresultat.

Figur 2 visar hörselförändring efter kirurgi utifrån hörselproven. Majoriteten av operationerna (96 %) resulterade i mycket bättre hörsel. Endast i 4 % kunde en försämring konstateras. Ett fall av dövhet till följd av kirurgin rapporterades. Diagrammet utgår från hörselprovet utfört före operationen jämfört med efter och baseras på luftledningströsklarnas tonmedelvärde (TMV) för frekvenserna 500, 1000, 2000 och 4000Hz. Mycket bättre innebär en förbättring av TMV med mer än 20 dB, Bättre en förbättring med 11-20 dB, Oförändrad en förändring med 0-10dB och Försämring en försämring med mer än 1 dB (Fig 3).

Figur 4. Patienternas uppmätta hörsel förbättrades i medeltal med 25 dB (25 ±16,1 dB). Vid operation för otoskleros är slutresultatet också beroende av om innerörat påverkats negativt i samband med operationen. Detta kan visa sig i en försämring av den sk benledningströskeln. Benledningen är ett ungefärligt mått på

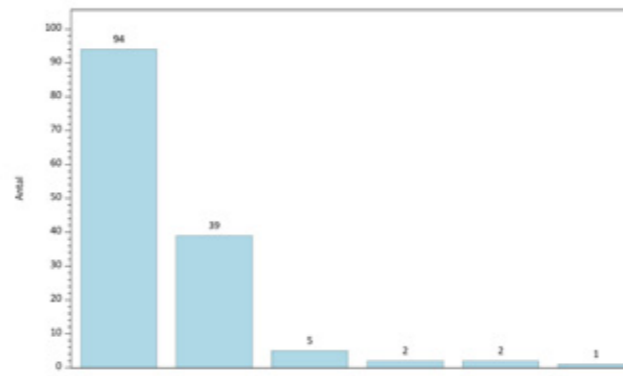
innerörats funktion. Figur 4 visar att 96 % inte fick påverkan på innerörats funktion (mindre än 5dB försämring).

Figur 5. Ett annat mått på resultat av en otosklerosoperation, är att mäta hur mellanörats förstärkningsfunktion fungerar. En nedsättning av denna funktion kallas ledningshinder. Ledningshindret storlek är lika med skillnaden mellan luftledningströsklarnas tonmedelvärde och benledningströsklarnas tonmedelvärde.

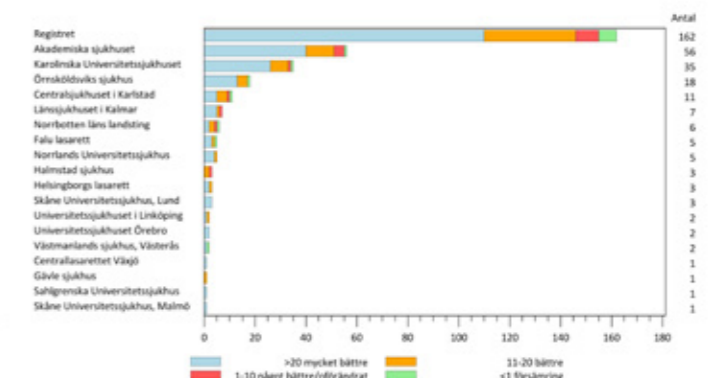
I medeltal var ledningshindret 31 dB före operation och 9 dB (9± 9,2 dB) efter operation. Figur 5 visar att 63% av patienterna fick ett ledningshinder lika med eller bättre än 10 dB, vilket är det man strävar efter vid operationen.

Figur 6. Slutligen visar figur 6 betydelsen av hörseln påverkan på det dagliga livet. Som framgår upplever de stora flertalet patienter en uttalat förbättrad livskvalitet.

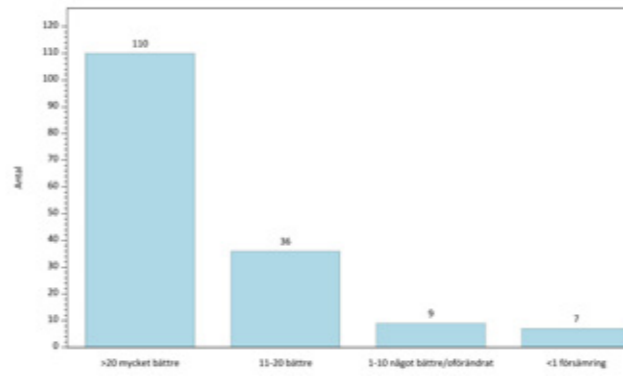
Hur upplever du hörseln på det opererade örat ett år efter kirurgi



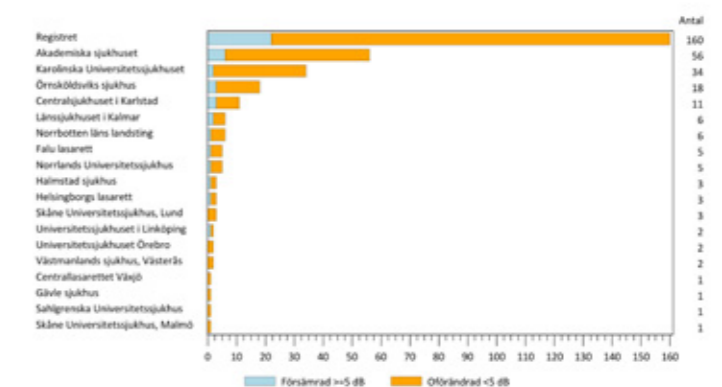
Luftledningsvinst ett år efter operation



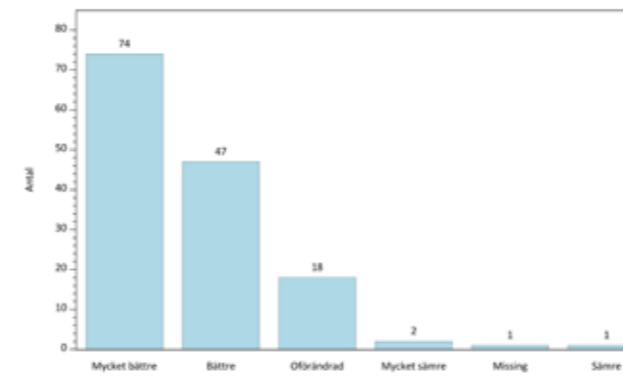
Hur blev hörseln efter operation



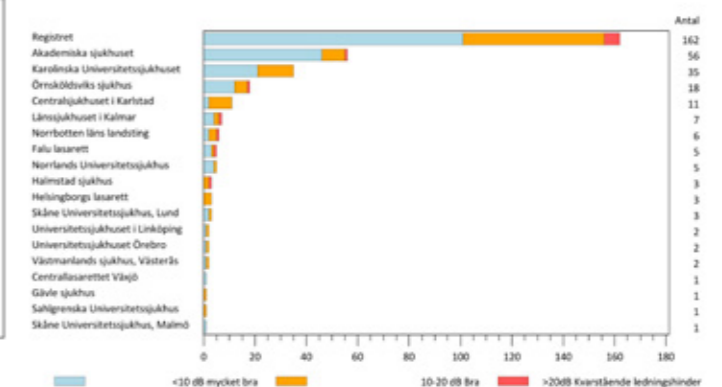
Benledningsförändring ett år efter operation



Jämfört med innan operationen är din förmåga att genomföra dagliga aktiviteter (tex arbete, studier, fritidsaktiviteter)



Kvarvarandeledningshinder ett år efter operation



# Hur många vuxna patienter med grav hörselnedsättning finns det i Sverige?

PER-INGE CARLSSON, Överläkare, med dr  
Ordförande i referensgruppen

## TÄCKNINGSGRAD

Täckningsgraden kan definieras på olika sätt. I registret har vi definierad den till: antalet registreringar / antalet patienter som uppfyller hörselkriterierna i Audit-Base, där hörseldata finns lagrade. System är det absolut dominerande inom hörselvården i Sverige och täcker in över 90 % av de aktuella klinikerna. Flera kliniker har aktivt sökt fram sina patienter i Audit-Base och skickat ut enkäter varför täckningsgraden på dessa kliniker ligger på 70-80%. De kliniker som ännu inte gjort denna sökning har en lägre täckningsgrad eftersom de registrerar patienterna då de kommer på ett ordinarie besök, vilket kan ske med långa tidsintervall.

Ett samarbetsprojekt med AuditData, som tillhandahåller Audit-Base, har nu slutförts. Vi har kunnat identifiera samtliga patienter som uppfyller hörselkriterierna för en grav hörselnedsättning (HNS) i Sverige förutom i två län (Jämtland och Gotland) som inte har Audit-Base. Tjugoentusentahundra (21 800) patienter är identifierade och extrapolerar man för Jämtland och Gotland får man drygt 22 000 patienter. I dag finns 3 900 registreringar i registret. Med den nya kunskapen avseende antalet patienter i Sverige med grav HNS blir täckningsgraden endast 18 %.

## PREVALENS

Vi utgår från att det finns 22 000 vuxna patienter som har en grav HNS i Sverige. Det är inte liktydigt med att det finns 22 000 personer med grav HNS. Ett visst bortfall finns avseende personer där senaste kontakten med hörselvården ligger 25-30 år tillbaka i tiden. Majoriteten av den här gruppen utgörs av barndomshörselskadade/döva. Även den gruppen har dock oftast kontakt med hörselvården av och till och börjar nu också diskuteras när det gäller rehabilitering med cochlea implantat, så bortfallet kommer att minska framledes. Totalt sett är det dock ovanligt att personer med grav HNS inte har någon kontakt med hörselvården eftersom den absoluta majoriteten är rehabiliterade tekniskt med hörapparater, cochlea implantat och andra tekniska hjälpmedel.

Prevalensen i olika länder har alltid varit osäker i den internationella litteraturen. I Finland finns en studie av Hannula och medarbetare (2010) som beräknat prevalensen till 0,2 % och i England är motsvarande siffra beräknad till 0,7 % (Turton & Smith, 2013). Det är dock inte helt likvärdiga hörselkriterier och åldersgrupper i dessa



två studier. Utifrån vår nya kunskap skulle en relativt säker prevalens i Sverige hamna på 0,2 %, vilket överensstämmer med den beräknade prevalensen i Finland.

## ÖKNING AV TÄCKNINGSGRADEN

När vi nu har identifierat antalet patienter med grav hörselnedsättning i Sverige fortsätter arbetet med att öka täcknings-

graden. Vi har sammanställt ett material med det antal patienter som finns på varje klinik och ett utskick går nu till klinikerna så att man med hjälp av AudiData kan ta fram personuppgifter på patienterna, som redan finns i Audit-Base. Vi förutsätter att alla kliniker medverkar i detta.

Vi i referensgruppen erbjuder oss sedan att hjälpa till med utskick av kartläggningsenkäten till de patienter som inte redan är registrerade i kvalitetsregistret och vi kan också vara behjälpliga med att lägga in enkätsvaren i registret. Genom denna insats räknar vi med att drastiskt kunna öka täckningsgraden för varje klinik och i registret. För den enskilda kliniken är det också mycket viktigt att på detta sätt få en bättre kontroll på patientgruppen med en grav hörselnedsättning som ofta behöver mer rehabiliteringsinsatser än gruppen som inte har en lika uttalad hörselnedsättning.

## EN NY DEFINITION AV TÄCKNINGSGRADEN

Täckningsgraden har alltså hittills definierats som: antalet registreringar / patienter som uppfyller hörselkriterierna i Audit-Base. I arbetet med att öka täckningsgraden enligt ovan skickas ett foljebrev, tillsammans med kartläggningsenkäten, till patienterna som inte är registrerade i kvalitetsregistret. I foljebrevet uppmanas man att kontakta sin lokala hörselvård om man önskar ytterligare rehabiliteringsinsatser.

Utifrån ett patientperspektiv anser vi i referensgruppen att den kanske viktigaste uppgiften för kvalitetsregistret är att identifiera patienterna med grav HNS och erbjuda

ytterligare rehabiliteringsinsatser vid behov. Genom det beskrivna arbetet med att öka täckningsgraden skulle en ny definition på täckningsgrad för registret kunna vara:

Antalet identifierade patienter med hörseldata i kvalitetsregistret som erbjudits kontakt med hörselvården /

Antalet patienter som uppfyller hörselkriterierna i Audit-Base

Detta ligger också i linje med att kartläggningsenkäten, som varit basen för ett diagnosregister, kommer att stängas efter den insats som beskrivits för att öka täckningsgraden är genomförd. Vi räknar då med att ha cirka 13 000 registrerade kartläggningsenkäter som kommer att vara ett viktigt underlag för fortsatta forskningsinsatser.

Registret kommer efter detta att övergå i ett interventionsregister med en baseline- och en uppföljningsenkät, där baseline-enkäten redan nu är i drift.

## Referenser

Hannula S, Maki-Torkko E, Majamaa K, Sorri M. Hearing in a 54- to 66-year-old population in northern Finland. *International Journal of Audiology* 2010;49:920-7.

Turton L, Smith P. Prevalence & characteristics of severe and profound hearing loss in adults in a UK National Health Service clinic. *International Journal of Audiology* 2013;52:92-7. ■



# TVÅ BLEV EN i Tonsillregistret

Av: LISA HELLGÅRD

Tonsillregistret har från 1 juni 2015 slagit ihop de två första enkäterna till EN ny enkät. Detta för att förenkla registreringen. Dessutom stryks några frågor och några läggs till på den nya enkäten.

## VAD HAR TAGITS BORT FRÅN PRE- RESPEKTIVE POSTOPENKÄTEN?

”Sekundärindikation” har tagits bort eftersom detta har fyllts i så sällan att analyser inte tillfört värde. ”Dagkirurgi konverterad till slutenvård” har tagits bort eftersom detta registreras mycket sällan. ”Slutenvård som förlängts” har tagits bort eftersom detta registreras mycket sällan. Opteknik och hemostasteknik ”laser” har tagits bort eftersom det knappt används i Sverige idag.

## VAD HAR LAGTS TILL?

Nytt är att ”dissektion med bipolär diatermi” går att registrera som operationsteknik. Nytt är att fler alternativ går att registrera för postoperativ blödning: cyklokapron/octostim, transfusion, stilandande av blödning i narkos respektive annat.

The image shows three overlapping forms related to tonsillectomy. The top-left form is the 'Tonsilloperation Preoperativ Enkät', the top-right is the 'Tonsilloperation Postoperativ Enkät', and the bottom-center is the 'Tonsilloperation pre- och postoperativ enkät'. The combined form includes sections for patient information, indications, operation method, technique, complications, and blood transfusion.

De två enkäterna "Preoperativ enkät" och "Postoperativ enkät" ersattes av en ny i juni 2015. Härifrån är det bara en enkät - "Pre- och postoperativ enkät" som ska fyllas i av vårdgivaren och det görs i samband med operation.

# Smärtbehandling efter tonsilloperation på Sabbatsberg

Av: ZULE SICARDI, anestesilog

De nationella riktlinjerna för smärtbehandling efter tonsilloperation hos barn introducerades våren 2013. Här är ett exempel från en stor privatverksamhet i Stockholm på hur man sedan dess smärtlindrar barn och vuxna i praktiken.

Kortfattat: Vi följer de Nationella riktlinjerna för farmakologisk behandling av smärta i samband med tonsilloperation, d.v.s. multimodal smärtbehandling med paracetamol, NSAID samt catapresan/klonidin.

## REKOMMENDERAD SMÄRTLINDRING EFTER TONSILLOPERATION (BARN)

Tonsillotomi: NSAID + Paracetamol, behandlingstid: 3-5 dagar.  
Tonsillektomi: NSAID + Paracetamol + Klonidin, behandlingstid: 5-8 dagar, därefter vid behov.

PARACETAMOL: Dag 1-3: 24mg/kg x 4. Dag 4-8: 24mg/kg x 3 alt. 18mg/kg x 4

NSAID: Ibuprofen: 5-7mg/kg x 4 p.o./p.r. eller Diklofenak 1-1,5mg x 3 p.o./p.r.

Cox-2 hämmare kan användas vid besvärlig blodstillning peroperativt eller vid ökad risk för blödningskomplikationer postoperativt (Tabl. Celebra 2-4 mg x 1 p.o.). OBS! Ej vid sulfa allergi

KLONIDINMIXTUR alt T. CATAPRESAN 1mikrog/kg x 3

## PREOPERATIVT:

Mixtur Klonidin 2 mikrog/kg p.o. som premedicinering, alternativt inj. Catapresan 1mikrog/kg iv så fort man satt infart på operationssalen. I vissa fall (t.ex. oroligt barn som behöver premedicinering men inte vill dricka medicin eller om man vill ge sedering med snabbare anslagstid) används Dexmedetomidin nasalt i premedicinering och ersätter då Klonidin/Catapresan peroperativt.

## POSTOPERATIVT:

ÖNH-kirurgen skriver recept på paracetamol och NSAID och delar ut ett behandlingsschema för detta. Då oral beredning är att föredra förskrivs oftast Alvedon mixtur 24mg/ml, i andra hand Brustablett Alvedon eller munsönderfallande Alvedon tablett. I sista hand används supp Alvedon pga dålig biotillgänglighet. Ibuprofen förskrivs som mixtur 20mg/ml eller supp Ipren (OBS att ibuprofen finns i en ny starkare beredning: Nurofen apelsin 40mg/ml). Alternativt kan man välja tablett eller supp Voltaren.

Narkosläkaren ansvarar för postoperativ behandling med Klonidin/Catapresan (normaldos: 1 mikrog/kg x 3 vid behov) tillsammans med ett särskilt informationsblad. (OBS! Kontraindikationer: hjärtsjukdom, rytmrubbningar) Klonidinmixtur (20 mikrog/ml) är en ex-tempore beredning som inte kräver licens. Vi har tidigare delat ut mixturen i

engångsdoser (uppdragna i sprutor) alternativt lämnat ut större volym och skickat med doseringsspruta. Vi har nyligen övergått till att förskriva Klonidinmixtur 20 mikrog/ml, 100ml flaska, på recept. Vi har ett avtal med vårt lokala sjukhusapotek som ser till att det finns ett buffertförråd. Större barn/tonåringar får tablett Catapresan 75mikrog. Tabletten går att dela. Tablett Catapresan kan inte förskrivas på recept då Läkemiddelsverket kräver individuell licens för varje patient. Vi har därför ansökt och fått en generell licens för operationsavdelningen. Patienterna får med sig tabletter för ca 10-14 dagars behandling. Vid behov av förlängd smärtbehandling kan föräldrarna hämta fler tabletter på operationsavdelningen.

## SMÄRTBEHANDLING EFTER TONSILLEKTOMI PÅ SABBATSBERG (VUXNA)

Basen utgörs av paracetamol/ NSAID (oftast Voltaren) vilket ÖNH kirurgen förskriver. Ev. opiater förskrivs av ansvarig kirurg, vilket dock är mycket sällsynt.

Om det inte finns kontraindikationer behandlas även vuxna med tabl. Catapresan postoperativt. Tablett Catapresan kan inte förskrivas på recept då Läkemiddelsverket kräver individuell licens för varje patient. Vi har därför ansökt och fått en generell licens för operationsavdelningen. Narkosläkaren delar ut tabletter för ca 10-14 dagars behandling tillsammans med en skriftlig patientinformation. Normaldos: Tabl. Catapresan 75 mikrog 1x3 (-5) vid behov. Patient eller anhörig kan hämta fler tabletter på operationsavdelningen vid behov av förlängd smärtbehandling.

## HUR VÄL FUNGERAR BEHANDLINGEN?

Pga av dålig svarsfrekvens på 30-dagarsenkäten är det svårt att veta hur många av våra patienter som behöver kontakta sjukvården p.g.a. otillräcklig smärtlindring. De osäkra siffror vi har för Sabbatsberg från kvalitetsregistret visar dock en minskning av kontakt pga smärta från 24 % 2013 till 13 % 2014. Uppfattningen stöds av att sjuksköterskorna på mottagningen rapporterar att de får betydligt färre samtal angående smärtlindringsproblem sedan introduktionen av klonidin/catapresan för ca 2 år sedan. Grovt gissat är det sedan ca 1/3-1/4 av föräldrarna och vuxna patienter som kommer för att hämta mer klonidin då medskickad dos inte har räckt. Vi tror att det problemet kommer att minska då vi har börjat förskriva Klonidin på recept och en 100 ml flaska räcker även vid mer långdragen smärtproblematik. ■

# Stora skillnader i blödningsfrekvens efter tonsillektomi i Sverige

Av: JOACIM STALFORS, ELISABETH ERICSSON, CLAES HEMLIN, LOTTA HESSÉN SÖDERMAN, ERIK ODHAGEN, PIA NERFELDT, HENRIK PASSMARK och OLA SUNNERGREN

## SAMMANFATTNING

Genom att samköra uppgifter från Patientregistret och tonsillregistret har en sammanställning gjorts som visar antal återinlagda patienter för blödning med stor noggrannhet.

I Sverige återinlades totalt 513 patienter efter tonsillektomi eller tonsillektomi+abrasio år 2014. Eftersom 7 261 tonsillektomier eller tonsillektomier+abrasio utfördes 2014, var den genomsnittliga återinläggningsfrekvensen pga blödning efter dessa operationer 7,08%.

Resultat togs även fram för treårs perioden 2012-2014. I denna sammanställning ses stora skillnader i blödningsfrekvens, på de kliniker med lägst frekvens blödningskomplikationer återinlades 1-3% medan de kliniker med högst blödningsfrekvens hade siffror på över 10%.

## HUR TOGS RESULTATEN FRAM?

Genom att matcha uppgifter om vilka som genomgått tonsillektomi från både Patientregistret (PAR) och tonsillregistret erhöles en så fullständig sammanställning som möjligt av vilka som opererats 2012-2014. Närmare beskrivning hur denna matchning utförts finns i detalj i avsnittet om täckningsgrad. Totalpopulationen som användes i denna sammanställning innefattar de patienter som genomgått tonsillektomi eller tonsillektomi med samtidig abrasio.

Uppgifter om återinläggning pga blödning togs fram på ett liknande sätt.

Från tonsillregistret identifierades de patienter som i patientenkäten angivit att de återinlagts pga blödning. Från PAR togs fram vilka patienter som återinlagts med blödningsrelaterad diagnoskod inom trettio dagar efter operationstillfället, se faktaruta för detaljer. Genom att slå ihop uppgifterna om blödning från båda registren kunde en lista av antalet patienter som blivit återinlagda från varje enhet för 2012-2014 sammanställas.

Blödningsdata för perioden 2012-2014 presenteras i en graf för att visa trenden för respektive klinik över tiden, med konfidensintervall.

Analyserna har utförts i samarbete med Henrik Passmark, Registerservice på Socialstyrelsen. Kvalitetsregisterdata inmatat fram till 150818 har använts för de patienter som opererades 2014. Från Patientregistret användes data som inkommit till Socialstyrelsen fram till 150813 för kalenderåret 2014.

## RESULTAT

Totalt identifierades 7 261 tonsillektomier med eller utan abrasio under 2014. Av dessa patienter förekom flertalet i både PAR och tonsillregistret, men det förekom patienter som endast kunde identifieras i ett av registren: 341 identifierades i PAR medan 173 bara hittades i tonsillregistret.

Enligt PAR återinlades 855 patienter inom trettio dagar efter operation. Efter att de patienter som inte hade en blödningsrelaterad diagnoskod exkluderats återstod 514 patienter, dvs 7,08 %. Bland dessa 514 patienterna förekom uppgift om blödning i PAR enbart för 340 patienter och i tonsillregistret enbart för 24 patienter.

I tabellen visas respektive kliniks antal rapporterade antal operationer och blödningsfall för 2012, 2013 och 2014.

I figuren visas att vissa kliniker årligen ligger inom intervall som avviker positivt eller negativt från riksgenomsnittet.

## BETYDELSE

Metoden att hämta uppgifter från två nationella register är unik och ger möjlighet till en så korrekt sammanställning som möjligt av hur många operationer som utförts samt hur många som återinlagts för blödning. Tyvärr kan inte tonsillregistret användas ensamt då svarsfrekvensen för 2014 var 41 %, vilket är en för låg andel för att data skall kunna vara tillförlitliga. PAR anses vara ett komplett register, men täckningsgradsanalysen mot tonsillregistret visar att 3 % av tonsilloperationerna som utfördes 2014 inte fanns med i Patientregistret, se kapitlet om täckningsgrad. Därmed kräver en så komplett sammanställning som möjligt att resultat från både PAR och tonsillregistret matchas.

Blödningsresultat från 2012-14 visas med konfidensintervall, gränserna indikerar det intervall som med 95 % sannolikhet innehåller den riktiga procentandelen. Konfidensintervallet är beroende av antalet operationer vilket är skälet till att kliniker med stor volym (operationer) har snävare intervall. Konfidensintervallet kan användas för att uttala sig om det finns en signifikant skillnad mellan två kliniker. En skillnad föreligger om konfidensintervallet för två kliniker inte överlappar varandra.

Möjliga felkällor som kan påverka denna sammanställning är brister i överrapportering av data, både avseende PAR och tonsillregistret. En annan felkälla är felaktiga



diagnoskoder i epikriser när patienter varit inlagda för blödning. Enligt PAR återinlades oavsett orsak 855 (11,8 %) patienter efter tonsillektomi. Denna andel återinlagda är hög och innefattar förutom blödning även smärta, illamående eller svårigheter att äta eller dricka. I denna genomgång valde vi att endast kategorisera de med blödningsrelaterad diagnoskod som blödning. Det är möjligt att det i gruppen återinlagda under annan diagnos än blödning finns de som varit inlagda för blödning. Därför bedömer vi att de siffror som presenteras för blödning i sammanställningen, sannolikt är i underkant för riket. Genom att vara noggrann med rätt diagnoskoder och även påminna patienterna om att svara på enkäterna kan vi få mer korrekta uppgifter i framtiden.

De kliniker som avviker negativt från riksgenomsnittet rekommenderas att se över sina rutiner och resultat mer detaljerat. I artikeln om förbättringsprojekt beskrivs erfarenheter som finns kring denna typ av arbete. Naturligtvis är man välkommen att kontakta referensgruppen för tips och hjälp.

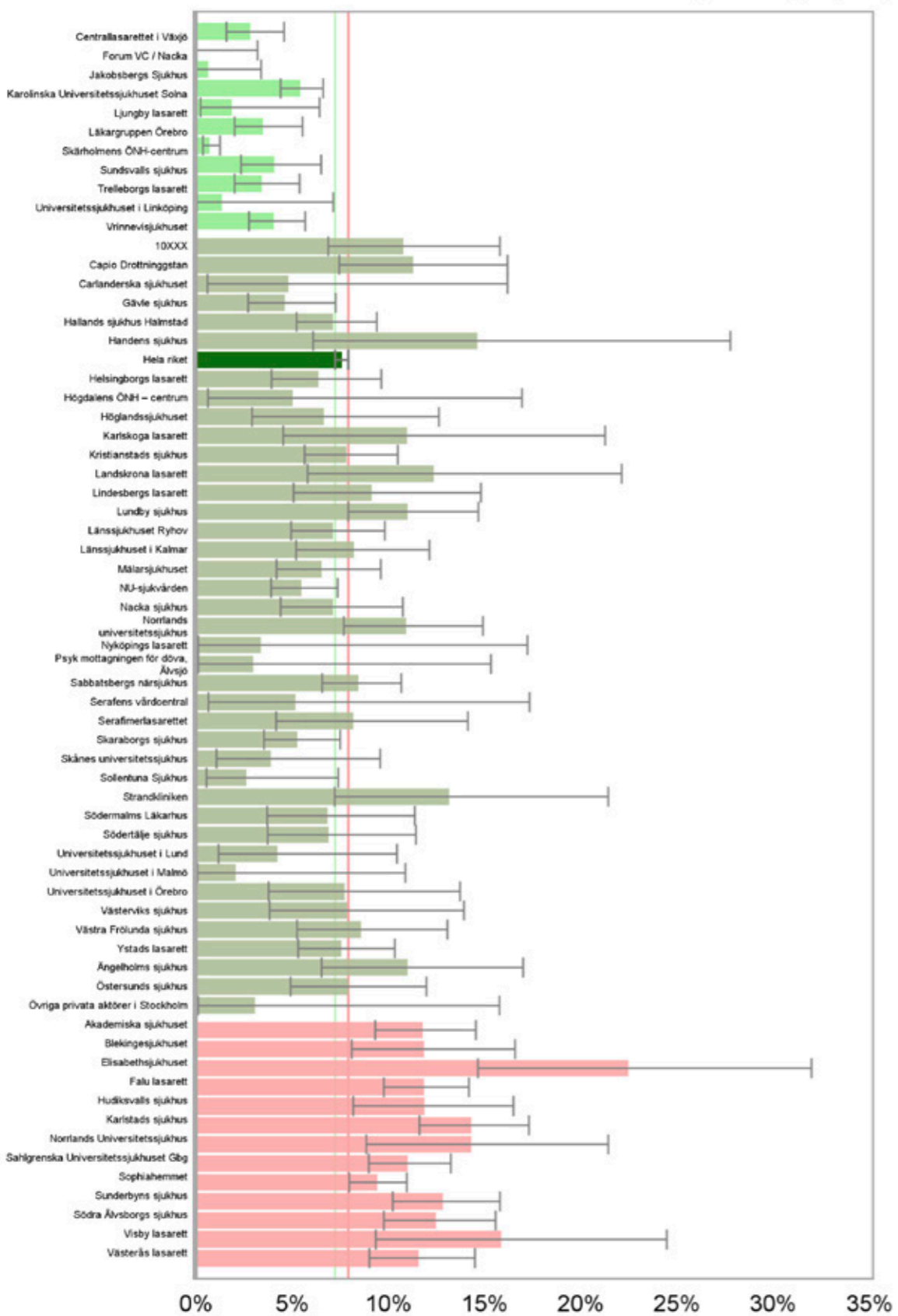
## FAKTARUTA

Vid identifiering av tonsillektomier i PAR söktes efter alla som genomgått EMB10 eller EMB20 och från denna grupp exkluderades patienter med C eller D0-48 diagnoser då dessa är tumörrelaterade diagnoser. Även patienter med R22, R59 eller Q18 diagnoser exkluderades för att säkerställa att endast patienter med benigna indikationer inkluderades. Därefter identifierades samtliga patienter som återinlagts på sjukhus inom trettio dagar från operationsdagen. Återinläggningar med någon av följande diagnoskod kategoriserades som återinläggning för blödning: T810, T811, T812, T817, R041, R042, R048, R049, S090, S015, S118, S119, S150, S157, S158, S159.

FIGUR

Återinlagd för blödning efter tonsillektomi med eller utan samtidig abrasio. Figuren är uppdelad i tre kategorier: de kliniker med blödningfrekvens som var signifikant lägre respektive högre än genomsnittet samt en grupp med blödningfrekvens kring rikets medelvärde. Kliniken med namn 10XXX är okända privata kliniker i Stockholm.

Data for 2012-2014, data from 150818 (>=30 operations)



2015-08-26 Uppdrag\_20150820\_indikatorbetyg.sas

Återinlagd för blödning Matchade uppgifter PAR+tonsillregistret Endast tonsillektomi, tonsillektomi+abrasio		År 2014			År 2013			År 2012		
		Antal op	Antal blödning	Andel blödning	Antal op	Antal blödning	Andel blödning	Antal op	Antal blödning	Andel blödning
<b>Riket</b>		<b>7261</b>	<b>514</b>	<b>7.08%</b>	<b>7615</b>	<b>629</b>	<b>8.26%</b>	<b>7924</b>	<b>580</b>	<b>7.32%</b>
Stockholms läns landsting	Okända privata kliniker i Stockholm	205	22	10.73%	33	1	3.03%			
	Capio Drottningstan	153	15	9.80%	69	10	14.49%			
	Forum VC / Nacka	43	0	0.00%	50	0	0.00%	21	0	0.00%
	Handens sjukhus	37	6	16.22%	11	1	9.09%			
	Jakobsbergs Sjukhus	51	0	0.00%	63	0	0.00%	49	1	2.04%
	Karolinska universitetssjukhuset	530	15	2.83%	462	17	3.68%	711	60	8.44%
	Nacka sjukhus	73	5	6.85%	88	8	9.09%	121	7	5.79%
	Doctorekliniken Älvsjö ÖNH	34	1	2.94%						
	Sabbatsbergs närsjukhus	231	17	7.36%	306	30	9.80%	211	16	7.58%
	Serafimerlasarettet	52	3	5.77%	58	5	8.62%	64	5	7.81%
	Skärholmens ÖNH-centrum	558	5	0.90%	551	4	0.73%	484	2	0.41%
	Sollentuna Sjukhus	47	3	6.38%	55	0	0.00%	14	0	0.00%
	Sophiahemmet	491	56	11.41%	557	52	9.34%	489	36	7.36%
	Strandkliniken	12	1	8.33%	76	11	14.47%	11	1	9.09%
	Södermalms Läkarhus	46	3	6.52%	116	7	6.03%	29	3	10.34%
Södertälje sjukhus	51	3	5.88%	68	6	8.82%	71	4	5.63%	
Täby Närsjukhus	6	0	0.00%	1	0	0.00%	1	0	0.00%	
Landstinget i Sörmland	Mälarsjukhuset	102	4	3.92%	103	11	10.68%	149	8	5.37%
	Nyköpings lasarett	7	0	0.00%	10	1	10.00%	13	0	0.00%
Landstinget i Östergötland	Universitetssjukhuset i Linköping	15	1	6.67%	28	0	0.00%	33	0	0.00%
	Vrinnevisjukhuset	201	10	4.98%	251	10	3.98%	320	11	3.44%
Region Jönköpings län	Högländssjukhuset	36	1	2.78%	52	5	9.62%	33	2	6.06%
	Länssjukhuset Ryhov	155	5	3.23%	171	18	10.53%	140	10	7.14%
Landstinget Kronoberg	Centrallasarettet i Växjö	164	5	3.05%	154	4	2.60%	218	6	2.75%
	Ljungby lasarett	28	2	7.14%	35	0	0.00%	47	0	0.00%
Landstinget i Kalmar län	Länssjukhuset i Kalmar	84	5	5.95%	75	9	12.00%	110	8	7.27%
	Västerviks sjukhus	48	2	4.17%	35	3	8.57%	45	5	11.11%
Region Gotland	Visby lasarett	31	7	22.58%	32	4	12.50%	38	5	13.16%
Landstinget Blekinge	Blekingesjukhuset	78	15	19.23%	75	11	14.67%	92	3	3.26%
Region Skåne	Helsingborgs lasarett	82	4	4.88%	114	7	6.14%	120	9	7.50%
	Kristianstads sjukhus	163	10	6.13%	173	11	6.36%	177	19	10.73%
	Skånes universitetssjukhus	49	2	4.08%	12	0	0.00%	43	2	4.65%
	Trelleborgs lasarett	212	6	2.83%	162	6	3.70%	129	5	3.88%
	Ystads lasarett	141	13	9.22%	161	14	8.70%	163	8	4.91%
Hallands läns landsting	Ångelholms sjukhus	72	8	11.11%	46	5	10.87%	37	4	10.81%
	Hallands sjukhus Halmstad	194	17	8.76%	220	15	6.82%	220	13	5.91%
Västra Götalandsregionen	Carländerska sjukhuset	21	1	4.76%	21	1	4.76%			
	Lundby sjukhus	95	11	11.58%	125	15	12.00%	136	13	9.56%
	NU-sjukvården	228	12	5.26%	196	14	7.14%	293	13	4.44%
	Sahlgrenska universitetssjukhuset	218	23	10.55%	283	39	13.78%	366	33	9.02%
	Skaraborgs sjukhus	142	5	3.52%	162	9	5.56%	230	14	6.09%
	Södra Älvsborgs sjukhus	159	15	9.43%	182	20	10.99%	190	31	16.32%
	Västra Frölunda sjukhus	62	6	9.68%	93	11	11.83%	67	2	2.99%
Landstinget i Värmland	Karlstads sjukhus	181	19	10.50%	192	32	16.67%	237	36	15.19%
	Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Karlskoga lasarett	27	4	14.81%	31	3	9.68%	6	0
Uppsala-Örebro sjukvårdsregion	Lindesbergs lasarett	68	8	11.76%	51	4	7.84%	35	2	5.71%
	Läkargruppen Örebro	179	7	3.91%	129	3	2.33%	158	6	3.80%
	Universitetssjukhuset Örebro	35	0	0.00%	42	1	2.38%	53	9	16.98%
	Akademiska sjukhuset	199	33	16.58%	216	20	9.26%	207	20	9.66%
	Elisabeths sjukhuset	24	6	25.00%	38	12	31.58%	36	4	11.11%
Landstinget Västmanland	Västerås lasarett	174	15	8.62%	228	33	14.47%	153	16	10.46%
Landstinget Dalarna	Falu lasarett	243	19	7.82%	282	33	11.70%	337	50	14.84%
Landstinget Gävleborg	Gävle sjukhus	120	4	3.33%	114	9	7.89%	136	4	2.94%
	Hudiksvalls sjukhus	80	10	12.50%	75	13	17.33%	98	7	7.14%
Landstinget Västernorrland	Sundsvalls sjukhus	130	7	5.38%	144	7	4.86%	122	2	1.64%
	Örnsköldsviks sjukhus	1	0	0.00%	9	1	11.11%	11	0	0.00%
Jämtlands läns landsting	Östersunds sjukhus	101	9	8.91%	66	5	7.58%	86	6	6.98%
Västerbottens läns landsting	Norrlands Universitetssjukhus	147	15	10.20%	133	19	14.29%	165	19	11.52%
	Skellefteå lasarett	1	0	0.00%	4	0	0.00%	1	0	0.00%
Norbottens läns landsting	Sunderbys sjukhus	144	13	9.03%	205	29	14.15%	237	33	13.92%

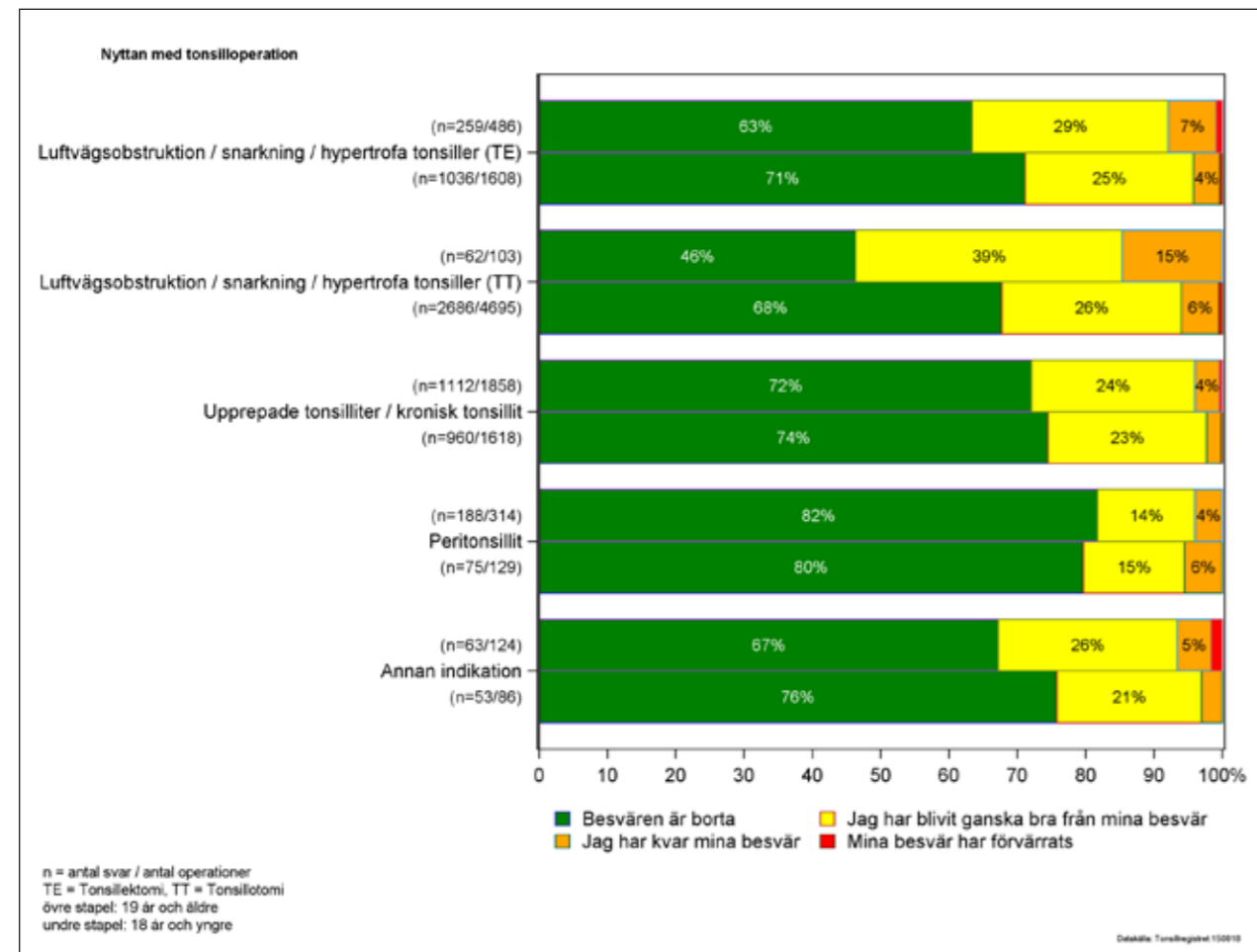
# Nytta med tonsilloperation

Av: OLA SUNNERGREN, ELISABETH ERICSSON, CLAES HEMLIN, LOTTA HESSÉN SÖDERMAN, ERIK ODHAGEN, PIA NERFELDT och JOACIM STALFORS

I kvalitetsregistret mäts nyttan av varje tonsilloperation genom en enkät. Enkäten skickas till samtliga registrerade patienter sex månader efter operationen. Patienten eller vårdnadshavaren ombeds bedöma hur situationen blivit genom att ange ett av följande alternativ: "Besvären är borta", "Jag har blivit ganska bra från mina besvär", "Jag har kvar mina besvär" eller "Mina besvär har förvärrats".

Vilket svar som väljs avgörs förhoppningsvis främst av "hur bra det blev" men kan även påverkas av en rad andra faktorer såsom styrkan i indikationen, eventuella komplikationer efter operation och kvalitén i den information som patienten erhållit före och efter operationen.

Andelen patienter som svarar "Besvären är borta" eller "Jag har blivit ganska bra från mina besvär" har de sista åren legat stabilt runt 96 % och var 95 % för 2014. Skillnaderna mellan klinikerna är liten (91–100%) och utan statistiskt signifikanta skillnader.



OM DOKTORN NU VILL TA UT HALSMANDLARN  
 FÖR ATT JAG HAR ONT I HALSEN,  
 VAD HÄNDER OM JAG FÅR HUVUDVÄRK?



I år väljer vi att presentera "Nytta av tonsilloperation" på flera olika sätt:

- Uppdelat på indikation och ålder. Indikationerna recidiverande tonsillit och kronisk tonsillit har lagts ihop. För indikationen luftvägsobstruktion/ snarkning/ tonsillhypertrofi redovisas tonsillotomi och tonsillektomi separat. Indikationen Systemkomplikation till tonsillit redovisas inte då indikationen är mycket ovanlig
- Klinikvis och för hela riket. Här redovisas data samlat för alla indikationer eftersom låg svarsfrekvens inte tillåter presentation på mer detaljerad nivå.
- I kliniktabeller, som finns presenterade i pdf-fil för nedladdning på hemsidan.

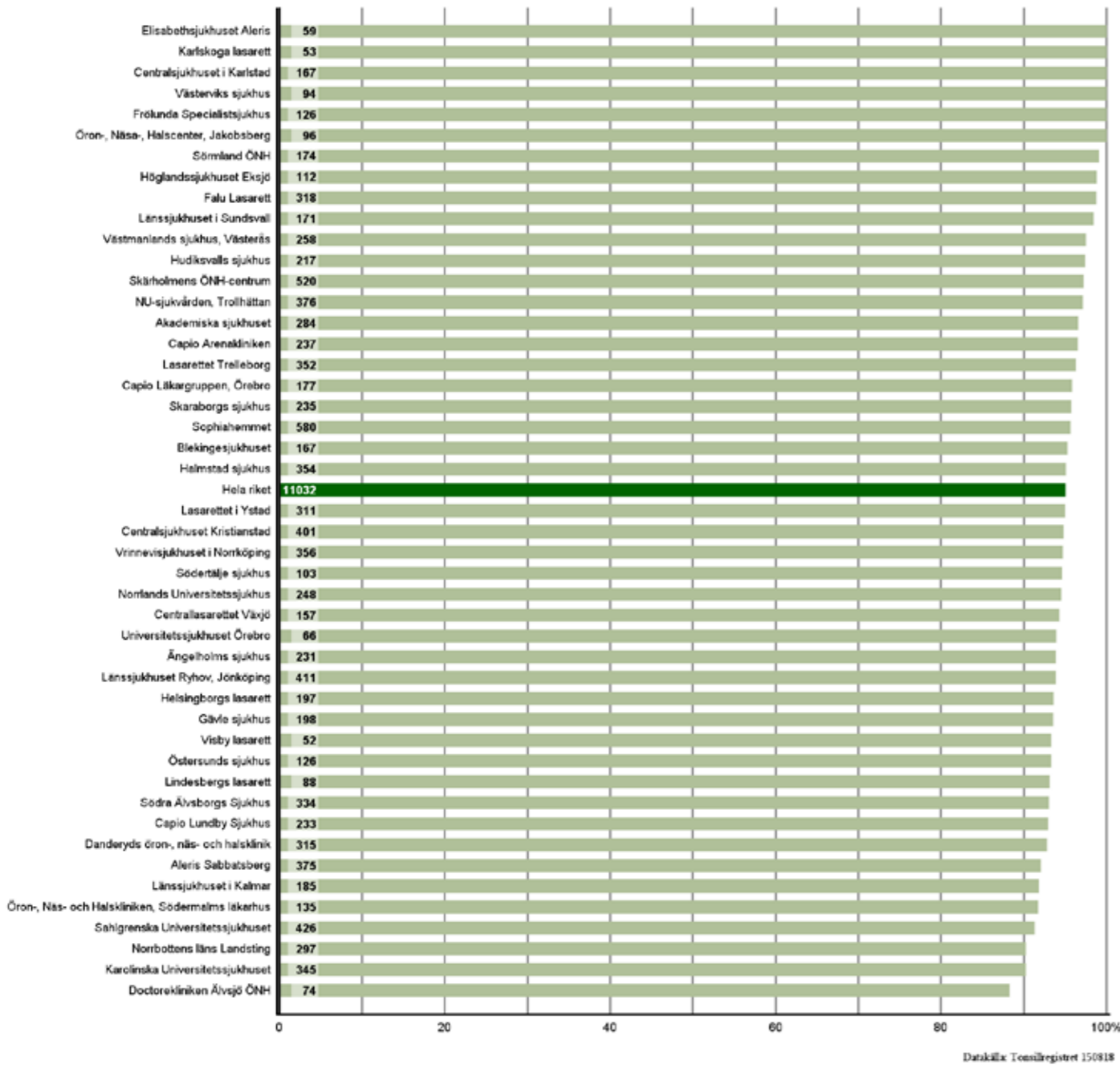
Vi rekommenderar samtliga kliniker att jämföra sina siffror med riksgenomsnittet. En lägre andel nöjda patienter än snittet bör föranleda en fördjupad lokal analys.

I årets rapport vill vi lyfta fram att tonsillektomi och tonsillotomi tycks ge likvärdiga resultat vid indikationen luftvägsobstruktion/ snarkning/ tonsillhypertrofi hos barn och ungdomar. Detta skiljer sig från hur situationen ser ut för åldersgruppen >19 år där tonsillektomi tycks ge en högre grad av besvärsfrihet än tonsillotomi vid samma indikation.

Vi vill också lyfta fram att de patienter som enligt registret opererats för "annat" rapporterar en hög grad av besvärsfrihet. Det rör sig dock om ganska få patienter och vilka indikationer det varit går inte att utläsa ur registerdata.



Andel patienter som rapporterat 'Besvären är borta' eller 'Jag har blivit ganska bra från mina besvär' 6 månader efter tonsilloperation 2014. Data för kliniker med färre än 50 registrerade svar redovisas ej.



# OSA hos barn. Tonsillektomi eller tonsillotomi

Av: LOTTA HESSÉN SÖDERMAN, ANNA BORGSTRÖM, DANIELLE FRIBERG och JOACIM STALFORS

Detta är en sammanfattning av kunskapsläget, som det redovisades på ett symposium under ÖNH-dagarna 2015. I panelen satt Danielle Friberg, Joacim Stalfors (moderatorer) samt Lotta Hessén Söderman och Anna Borgström.

I Sverige utförs cirka 14 000 tonsilloperationer per år, varav ungefär hälften hos barn under 15 år på grund av obstruktion. Detta vet vi genom att matcha uppgifter från både Socialstyrelsens patientregister (PAR,) och tonsillregistret. Vi vet från dessa register att det numera är betydligt vanligare att kirurgen väljer att göra tonsillotomi, TT, (partiell tonsillektomi) istället för en tonsillektomi, TE, (där målet är att avlägsna all tonsillvävnad) vid indikationen övre luftvägsobstruktion hos barn.

Förenklat kan man säga att när operationsmetod skall väljas så är det framförallt tre saker som behöver beaktas:

- Blir patienten befriad från sina symtom?
- Hur stor är risken för komplikationer?
- Hur stor är risken för att patienten behöver genomgå en reoperation?

I tidigare publicerade studier har kvalitetsregisterdata visat att TT medför signifikant lägre risk för både tidiga och sena blödningar, samt färre oplanerade kontakter med sjukvården efter operationen på grund av blödning, smärta eller infektion. Resultaten visar också att smärtlindrande medicin används kortare tid efter TT än efter TE. Patienter som genomgått TE anger i något högre utsträckning fullständig symtombefrielse 6 månader efter operationen, men om man dikotomiserar resultaten (helt/nästan helt symtombefriade jämfört med oförändrade/försämrade symtom) skiljer sig inte TE från TT. (1)

I Sverige används huvudsakligen två metoder för TT, antingen coblation eller någon annan typ av radiofrekvens, huvudsakligen Ellum Surgitron eller Sutter Curis. Metoderna är ungefär lika vanliga. En jämförande studie har visat att metoderna är likvärdiga rörande såväl postoperativa komplikationer som symtombefrielse. (2).

Sammanfattningsvis visar kvalitetsregisterdata att komplikationer förekommer betydligt mer sällan efter TT jämfört med TE. Symtombefrielsen är likvärdig.

För att ytterligare belysa skillnaderna mellan TE och TT har två andra svenska studier initierats. Ingen av dessa studier är publicerad och data är preliminära. Dessa studier använder andra källor än kvalitetsregisterdata.

Kontrollerade randomiserade studier anses vara den säkraste metoden för att påvisa eventuella skillnader i behandlingseffekt mellan grupper. En sådan studie har nu genomförts på Karolinska universitetssjukhuset av Anna Borgström och medarbetare. Denna studie är inte avslutad eller publicerad och data är preliminära.

Barn som vid sömnregistrering (PSG) haft måttligt till gravt förhöjt apné-hypopné index (AHI) har inkluderats i

studien. De har randomiserats till TE eller TT. Själva operationen har varit blindad för alla utom kirurgen. Barnen har sedan följts upp med ny PSG efter ett år. Vid denna uppföljning var det ingen skillnad mellan grupperna, i princip alla har tydligt förbättrat sitt AHI. Däremot skiljer sig grupperna rörande komplikationer. TE-gruppen blöder mer både per- och postoperativt. Vad gäller postoperativ smärta behövde TE-gruppen analgetika någon dag mer än TT-gruppen. Flera av TT-barnen har genomgått en reoperation senare.

En annan studie av risken för reoperation efter tonsillkirurgi har genomförts på Sahlgrenska universitetssjukhuset av Erik Odhagen och medarbetare.

Han har använt PAR-data och valt ut hela kohorten barn med obstruktiva besvär som genomgått TT eller TE 2007-2012, och sedan kontrollerat huruvida samma kohort barn blivit opererad med ytterligare en tonsilloperation. Resultatet visar att reoperationsrisken är väsentligt högre hos barn som var 1-2 år vid första operationen och att risken är mindre efter 3-4 års ålder. Problemet gäller alltså huvudsakligen 2-åringarna, där risken för reoperation inom 3 år efter TT ligger upp mot 20 %.

Symposiet sammanfattades med att jämföra TT och TE:

1. Sannolikheten att bota obstruktionen är god och likvärdig mellan metoderna.
2. Risken för komplikationer (blödning och smärta) är mindre efter TT.
3. Risken för reoperation är liten efter TE och måttlig efter TT, om man bortser från barn som genomgår sin första operation före 3-4 års ålder.
4. Vi saknar kunskap om:
  - a. Hälsoekonomi
  - b. Risken för reoperation på grund av infektioner senare i livet
  - c. Vilken metod (TE eller TT) som ska användas vid re-operation
  - d. Hur vi ska operera barn med gravt sömnapné syndrom

## Referenser

1. Hultcrantz E, Ericsson E, Hemlin C, Hessén Söderman A-C, Roos K, Sunnergren O and Stalfors J Paradigm shift in Sweden from tonsillectomy to tonsillotomy for children with upper airway obstructive symptoms due to tonsillar hypertrophy Eur Arch Otorhinolaryngol. 2013 Feb 6
2. Sunnergren, O, Hemlin C, Ericsson E, Hessén Söderman A-C, Hultcrantz E, Odhagen E, Stalfors J: Radiofrequency tonsillotomy in Sweden 2009-2012. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2014 Jun;271(6):1823-7

# ”Bra att veta för dig som registrerar”

Av: LISA HELLGÅRD



Lisa Hellgård,  
koordinator för ÖNH-registret

Varje enhet som anslutit sig till registret har gjort det med förankring hos sin verksamhetschef, och den förankringen ska fortsätta i det dagliga arbetet. Det ska finnas tid till att registrera samt möjligheter att arbeta fram rutiner som passar alla inblandade utan att ta mer tid än nödvändigt. Genom att arbeta med registret regelbundet kan man sina data. Det ger en bättre bild av verkligheten och kan inspirera till vad man kan göra med sina resultat.

Alla enheter har en ansvarig läkare och en ansvarig sekreterare, och tillsammans med verksamhetschef har man möjlighet att planera för arbetet på bästa möjliga sätt.

Verksamhetschefen ser till att det finns förutsättningar att arbeta med registreringsarbetet och att resultaten kan användas till förbättringsprojekt. Ansvarig läkare är kontaktperson med registret och följer upp data som kommer in i databasen.

## SEKRETERARENS NYCKELROLL FÖR REGISTRERING

Som sekreterare på klinik har man en nyckelroll i att få in registreringar och data i kvalitetsregistren. Från första början är det sekreteraren som har bäst överblick över registret och det kan ta en tid innan övriga professioner förstår vad registerarbetet innebär och kan leda till i utveckling och förbättring. Det kan därför kännas otacksamt att driva på sina kollegor med att få in enkäter, mailadresser och uppföljningar. Men det är viktigt och arbetet syns!

Många register står idag i det spännande läget att tillräckligt med data har samlats in för att analyser kan börja göras – man kan äntligen se resultat av det man matat in!

## VAD INNEBÄR DET ATT VARA ANSVARIG SEKRETERARE FÖR ENHETEN I REGISTRET?

Som ansvarig sekreterare är du registrets första kontaktperson i alla frågor som rör registreringar och datakontroller i journal. Du är den som har totalbild på vem som har och ges behörighet till era data. Du är den som håller enheten uppdaterad med nya versioner av enkäter och olika handhavande. I samarbete med registret löser du frågor om registreringar och rutiner.

## REGISTRET TAR FRAM VERKTYGEN

Från registrets sida försöker man minimera arbetsinsatsen med registrerande och ta fram bra verktyg som underlättar varje steg. Verktøygen finns på hemsidan där man matar in data och är enkla att nå och använda.

Exempel på verktyg är *Registreringsöversikten* och *Att göra – Patientenkäter*. *Registreringsöversikten* visar alla registreringar på enheten och vad som finns registrerat på varje personnummer i utvalda nyckelfrågor. Här ska man snabbt kunna se vad som eventuellt bör kompletteras.

*Att göra – Patientenkäter* ser till att alla enkäter som ska skickas per post flaggas för i tid. Verktøyget kan också användas till att sortera i den egna registrerade patientgruppen. Man kan t.ex. plocka fram alla som har fått sin enkät via mail eller post, eller alla som har svarat på enkäten. Allt är kopplat till datum för att flöden ska kunna följas.

Databasen Stratum har en funktion som gör att varje patient som lämnat sin e-postadress får patientenkäter via ett mail med en länk. Ingen manuell uppföljningsinsats krävs från kliniken och svaren behöver inte heller matas in. Genom att samla in e-postadresser till alla patienter i registret och därigenom använda funktionen sparas tid och resurser.

När det automatiska utskicket ska göras måste det finnas en registrering att följa upp i databasen. Därför är det viktigt att mata in svaren från första enkäten i tid. Annars görs inget utskick och patienten får ingen enkät. Särskilt viktigt är det i registren för Septumplastik och Tonsilloperation, där första patientenkäten ska besvaras 30 dagar efter operationen. Här måste alltså patienten finnas registrerad i databasen senast 30 dagar efter operation.

Från registrets hemsida [www.entqualitysweden.se](http://www.entqualitysweden.se) kan man klicka sig fram till respektive delregisters manualer och instruktioner. Där finns också en FAQ-rubrik för vanliga frågor, med ambitionen att ingen ska fastna i ett problem utan så enkelt och fort som möjligt komma vidare. Registrets koordinator kan man ringa eller maila med alla frågor och funderingar som kan dyka upp kring registret.

Kontaktuppgifter finns på hemsidan.

Enkätfördet för ÖNH-registren under årsrapportperioden 2014:

Tid(månad)	Fono	Oto	Rör	Septum	Tonsill	Myringo	GravHNSV	Hörselbarn
1:a registrering	Preop	Perop	Preop	Preop	Preop <sup>1</sup>	Postop	Kartläggning <sup>2</sup>	Nyregistrering CI-operation
	Postop			Perop	Postop <sup>1</sup>			
30 dagar				Patientenkät	Patientenkät			
3 månader			Återbesök					
4 månader	Patientenkät							
6 månader			Patientenkät		Patientenkät			
12 månader		Patientenkät Återbesök		Patientenkät		Patientenkät Återbesök	Uppföljning	Uppföljning av CI-operation

Svartmarkerad enkät = fylls i av vårdgivare

Rödmarkerad enkät = skickas av vårdgivaren till patient med e-post eller av vårdgivaren som pappersenkät.

1 = enkäterna har sedan 2015-06-01 ersatts av en ny enkät, Pre-och postoperativ enkät.

2 = Kartläggningsenkäten kompletteras under hösten 2015 av den nya Baseline-enkäten.

## Vad händer i tonsillregistret?

Av: JOACIM STALFORS, Ordförande för referensgruppen för tonsilloperation

Det viktigaste syftet med ett kvalitetsregister är att bidra till att vården blir bättre. Därför är det glädjande att vi nu får resultat som visar att de kliniker som 2013-2014 deltog i strukturerade förbättringsprojekt har signifikant färre återinläggningar. På dessa kliniker har man arbetat på olika sätt, och detta beskrivs närmare i en annan artikel i denna skrift. Det viktiga är att resultatet går att förbättra, och att resultaten kan följas med hjälp av registret.

Tonsillregistret har börjat sprida sig till de nordiska grannländerna. I både Norge och Danmark kommer det snart finnas tonsillregister som kopierar det svenska konceptet. I Norge kommer ett nationellt register starta i början av januari medan det danska registret startar som pilot i Midt-Jylland redan under hösten. I arbetet med detta projekt har det visat sig att vi i Norden, i vissa avseenden, opererar tonsiller på mycket olika sätt. Det skall bli riktigt spännande att jämföra resultaten och se vad vi kan lära av varandra.

För att data från registret skall kunna användas för att beskriva en verksamhet behöver både så många patienter som möjligt inkluderas i registret (täckningsgrad) och svarsfrekvensen för patientenkäterna vara hög. Täckningsgraden var för 2014 80,7%, vilket är bra, men det går att nå högre täckningsgrad. Det finns flera kliniker som valt att inte delta i registret, och vi hoppas att resultaten i denna rapport kan locka dem att börja registrera. Vi ser tyvärr en sjunkande svarsfrekvens för patientenkäterna, jämfört med tidigare år. Vi vill påminna alla om att informera patienterna om att de behöver besvara enkäterna så att deras erfarenhet kan användas för att göra vården bättre.

I år har uppgifter om återinläggning pga blödning efter tonsillektomi tagits fram på ett helt nytt sätt. Genom att

matcha uppgifter från Patientregistret och tonsillregistret har en sammanställning kunna göras, baserad på alla kända patienter som opererats på respektive enhet. Efter som uppgifter även hämtas från Patientregistret, kan även blödningssiffror presenteras för kliniker som inte är med i tonsillregistret. Även kliniker som är med i tonsillregistret, men har låg svarsfrekvens på patientenkäten, får på så vis en komplett sammanställning.

Kvalitetsregistren är en resurs för hela specialiteten och vi vill uppmuntra att registren används för ST-arbeten. Under 2015 startade 9 ST-arbeten med utgångspunkt från tonsillregistret. Det finns mycket kvar att arbeta med, och det är bara att höra av sig om förslag behövs för ett projekt!

Jag vill framföra ett tack till alla som arbetat för att fylla in enkäter och skicka in data. Utan ert arbete hade vi inte haft några kvalitetsregister. Det är viktigt att det är smidigt att vara med i registret, vilket är skälet till att de pre-och postoperativa enkäterna slogs samman till en enkät våren 2015.

Under 2016 kommer ni se stora förändringar på registrets hemsida. Den kommer bli enklare att hitta på och framförallt kommer resultat att snabbare och tydligare presenteras. ■

# Referensgrupper

Referensgrupperna har till uppgift att förvalta och utveckla respektive kvalitetsregister. Genom att mer än 50 personer, från olika professioner, är delaktiga i referensgrupperna möjliggörs lokal förankring i verksamheterna.

## 1 HÖRSELBARNREGISTRET

Från vänster: Magnus Järvholm, Irene Nordhblad, Eva Karltorp, Åsa Jansson samt Birgitta Johansson.



## 2 KVALITETSREGISTRET FÖR OTOSKLEROSKIRURGI

Namn fr vänster nedre raden: Anna Stjernquist-Desatnik, Joakim Grendin, Karin Strömbäck, Ylva Dahlin-Redfors, Lars Lundman, Andreas Björsne.



## 3 SEPTUMLASTIKREGISTRET

Från vänster: Kjell Ydreborg, Tomas Norlander, Simon Blank, Cecilia Ahlström Emanuelsson, Helle Thulesius, Cecilia Alexandersson. Saknas på bilden: Annika Stenberg-Elmqvist.



## 4 REGISTER FÖR GRAV HÖRSELNEDSÄTTNING VUXNA

Från vänster: Per-Inge Carlsson, Elisabeth Ternevall, Satu Turunen-Taheri, Margareta Edén, Åsa Skagerstrand. Saknas på bild: Jennie Hjalldahl, Radi Jönsson.



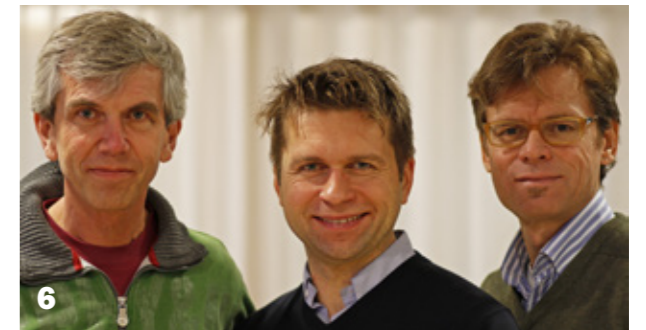
## 5 KVALITETSREGISTRET FÖR RÖR I TRUMHINNAN

Claes Hemlin, Karin Stenfeldt, Ingrid Augustsson, Anna Granath, Sten Hellström, Finn Jørgensen. Ej med på bild: Alexander Kamali.



## 6 FONOKIRURGIREGISTRET (FONO)

Bo Alkestrand, Stefan Skrtic, Gunnar Björk.



## 7 ÖRONKIRURGI: MYRINGO- OCH OSSIKULOPLASTIK (MYRINGO)

Från vänster: Mattias Fransson, Malou Hultcrantz, Malin Nordwall Berglund, Rut Florentzson, P.O. Eriksson, Eva Westman.



## 8 NATIONELLT KVALITETSREGISTER HÖRSELREHABILITERING (BASAL)

Från vänster till höger: Mikael Andersson, Mie Claesson Magnell, Roshanak Kiani, Emad Zand, Sten Hellström, Peter Nordqvist (ordf.). Ej med på bild: Claes Möller, Stig Arlinger, Marie Öberg, Åsa Skagerstrand.



## 9 TONSILLREGISTRET

Claes Hemlin, Ola Sunnergren, Erik Odhagen, Pia Nerfeldt, Elisabeth Ericsson, Joacim Stalfors och Lotta Hessén Söderman.



# Vill du uppdateras med vårt nyhetsbrev?

Nyhetsbrevet kommer till din mail några gånger per år och visar vad som hänt i ÖNH-registret senaste tiden. Brevet är avsett att underlätta registreringsförfarandet samt att ge information och inspiration till vad kvalitetsregisterdata visar och kan användas till.

För att få nyhetsbrevet till din inkorg - skicka en intresseanmälan till [onh@registercentrum.se!](mailto:onh@registercentrum.se)



## Komplikationer

Vi har inte mycket att lära från våra framgångsrika operationer utan snarare från våra komplikationer. Bakomliggande orsaker till komplikationer är ofta inte särskilt smickrande: felaktig organisation, bristande engagemang eller brådskan. Genom att ha modet att studera våra komplikationer och orsakerna bakom kan vi förbättra vården.

J. Stalfors

På en vårdinrättning informeras enkelt patienter om kvalitetsregister genom att hänga upp nedanstående poster i lokalerna. Postern går att beställa hos Lisa Hellgård.

## Du kan vara med och förbättra vården

För att förbättra vården har denna vårdenhet valt att registrera uppgifter om sina patienter i kvalitetsregister. Kvalitetsregister gör det möjligt att följa upp och förbättra vården till nytta för dig och andra patienter. Detta görs bland annat genom att jämföra resultaten från denna enhet med resultaten från andra enheter i landet. Uppgifterna i registret kan också användas i forskningen för att vinna ny kunskap om samband mellan hälsa, vård och sjukdom.

**Du bidrar till bättre vård!**  
Genom att lämna ditt bidrag till kvalitetsregistren är du med och förbättrar vården. Ju fler som är med desto säkrare och effektivare blir förbättringsarbetet.

**Vilka uppgifter registreras och hur bearbetas de?**  
I kvalitetsregistren finns data om din hälsa och om den vård som du fått vid denna vårdenhet. Dessa data bearbetas tillsammans med uppgifter från andra patienter och sammanställs på gruppnivå. Detta betyder att det inte går att identifiera eller spåra enskilda individer i det sammanställda materialet. All sammanställning för forskningsändamål har föregåtts av godkännande från en etikprövningsnämnd. Data används också för samkörning med andra register för att bättre klarlägga frågor om vårdens kvalitet och effekterna av given behandling.

**Vilket skydd och vilka rättigheter har du?**  
Uppgifterna som finns om dig i kvalitetsregistret skyddas av flera lagar<sup>1</sup>. Detta betyder att uppgifterna har samma skydd som journaluppgifter. När uppgifterna inte längre behövs tas de bort från registret. Du har rätt att få information om vilka uppgifter som lagrats om dig och hur uppgifterna har använts. Du kan också få veta vilka andra källor utöver din journal som bidragit till uppgifter om dig i registret. Du kan få denna information kostnadsfritt en gång om året. Du kan när som helst begära att alla uppgifter som finns lagrade om dig utplånas från registret. Du har också rätt att slippa bli registrerad i kvalitetsregister. Din medverkan i ett kvalitetsregister påverkar inte din vård eller medicinska behandling.

**Vem ansvarar för uppgifterna som finns om dig i ett kvalitetsregister?**  
För varje kvalitetsregister finns en centralt personuppgiftsansvarig myndighet, oftast ett landsting. Vårdenheten kan lämna besked om vilken myndighet som ansvarar för det kvalitetsregister som är aktuellt för din del. Om du önskar mer information om registren kan du kontakta vårdenhetens personuppgiftsombud eller personuppgiftsombudet för respektive kvalitetsregister. Verksamhetsansvariga för denna enhet kan lämna upplysning om hur du kan göra.

<sup>1</sup> Offentlighets- och sekretesslagen, patientdatalagen och personuppgiftslagen.

**B**

Returadress

**Taylor & Francis**  
Taylor & Francis Group

PO Box 3255, SE-103 65 Stockholm, Sweden

Betalningsansvarig: Åtta.45 Tryckeri AB  
Karlsrogatan 2, 170 65 SolnaNationellt kvalitetsregister för  
öron-, näs- och halssjukvård

## Välkommen till ÖNH-kvalitetsregisters användardag 2016



12 februari 2016

Stockholm City Conference Center, Folkets hus

- Användardagen riktar sig till alla yrkesgrupper som är involverade i kvalitetsregistret – läkare, sekreterare, sjuksköterskor, verksamhetschefer m.fl.
- Det senaste från ÖNH-registret kommer att presenteras och diskuteras under olika programpunkter – gemensamma generella och även mer riktade i mindre grupper.
- Passa på att nyttja möjligheten att utbyta värdefulla erfarenheter mellan registrerande kliniker!
- Användardagen med lunch och fika är kostnadsfri

Program för dagen och anmälan hittas på kvalitetsregistrets hemsida, [www.entqualitysweden.se](http://www.entqualitysweden.se)