

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport 2016

RAPPORT FRÅN GYNOP UTGIVEN JUNI 2017

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG

Författare: Mathias Pålsson, SU Sahlgrenska, Göteborg och Stefan Zacharias,
Hudiksvall, registeransvariga för hysterektomiregistret

Figurer och dataanalys: Gabriel Granåsen, statistiker GynOp



Innehållsförteckning

Innehållsförteckning.....	2
Inledning.....	3
Operationsvolym.....	4
Täckningsgrad.....	6
Patientens uppgivna besvär inför operation samt indikationer	8
Operationsmetod	9
Total/subtotal hysterektomi.....	13
Uterusstorlek	14
Operationstid.....	17
Vårdtid	18
Planerad och faktisk sjukskrivning.....	20
Komplikationer	28
Patientrapporterat resultat ett år efter operation	34
Validitet.....	38
Ordlista	40

Årsrapport hysterektomi 2016

Inledning

Årets rapport baseras på data avseende patienter där man utfört total eller subtotal hysterektomi på benign indikation, dvs. cancer och misstänkt elakartade tillstånd har inte tagits med liksom patienter som har fått livmodern avlägsnad i samband med framfallsoperation.

Sammanlagt innehåller rapporten data från 51 kliniker för 2016. För 1-årsenkäten är det 52 kliniker. Viss data inkluderas via konvertering från GKR-registret. Kliniker som rapporterat 10 eller färre patienter har som tidigare exkluderats ur figurerna.

Underlaget för rapporten är 4091 patienter opererad under år 2016. För 8-veckorsenkäten innehåller urvalet 4064 patienter och för 1-årsenkäten 4318 patienter.

Vi har använt samma rapporteringssätt som tidigare år, vilket innebär att de patienter som ingår i redovisningen av 8-veckorsresultaten utfördes september 2015 till september 2016 och för redovisningen av 1-årsresultaten utfördes en del av operationerna i slutet av år 2014. Orsaken är att så många som möjligt skulle ha hunnit svara på resp. uppföljningsenkät.

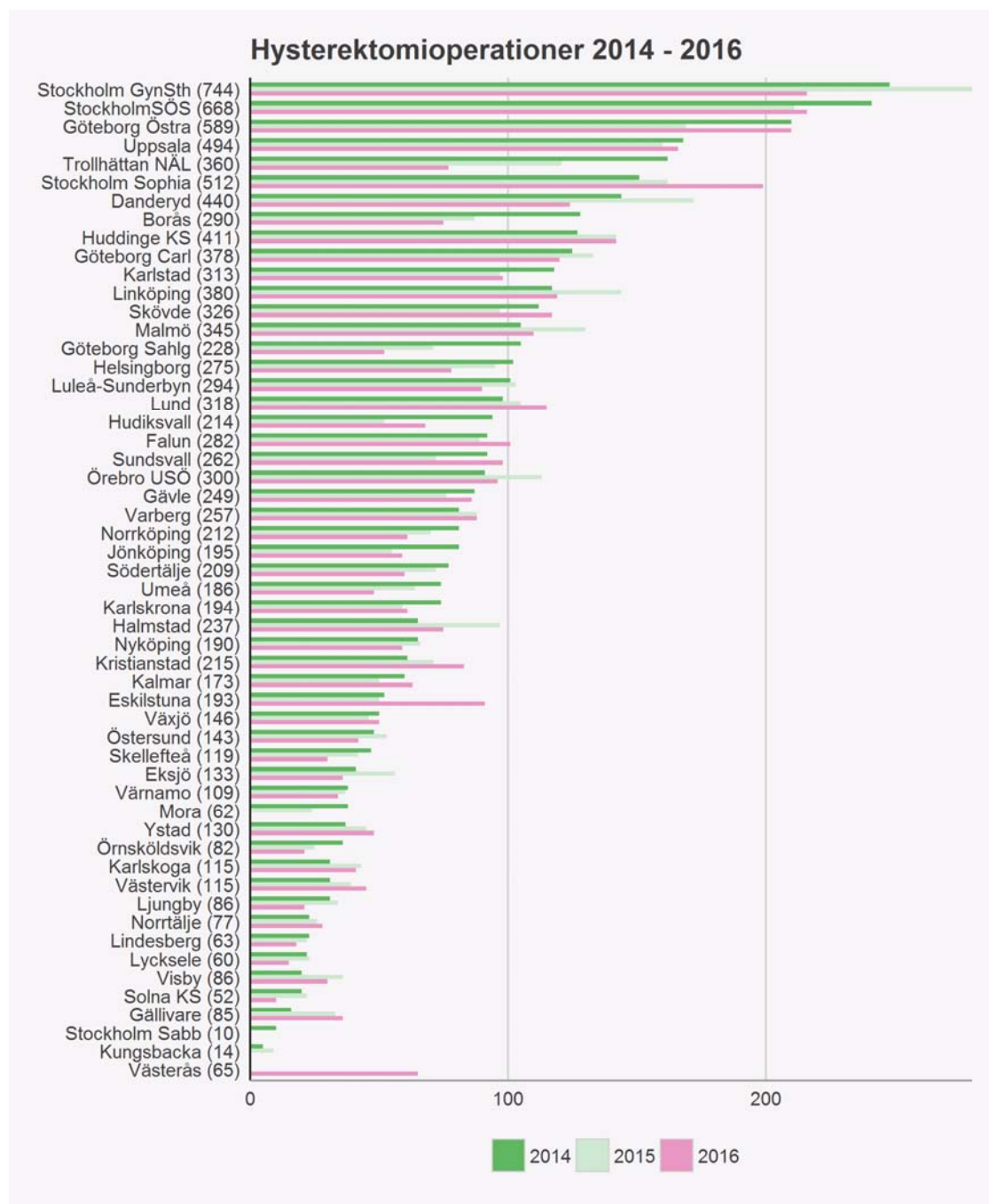
Vi använder begreppet "standardpatient" för att mera rättvist göra jämförelser mellan enstaka kliniker, eftersom patientmaterialet kan skilja sig åt mellan klinikerna i viktiga avseenden som kan påverka resultatet.

Kriterierna för standardpatienterna är oförändrade och utformade så att ingen av dessa patienter skall behöva remitteras till annat sjukhus av medicinska skäl för att genomgå hysterektomi på benign indikation. Följande kriterier gäller: ASA1-2, BMI <35, ålder 30-60 år, ej indikation prolaps eller endometrios. Dessa kriterier har accepterats av representanter från en majoritet av landet kliniker.

Liksom tidigare är vi tacksamma om rapporten läses med kritiska ögon utifrån den lokala kunskapen. Vi är tacksamma för återkoppling så att felaktigheter kan korrigeras och framtida rapporter förbättras.

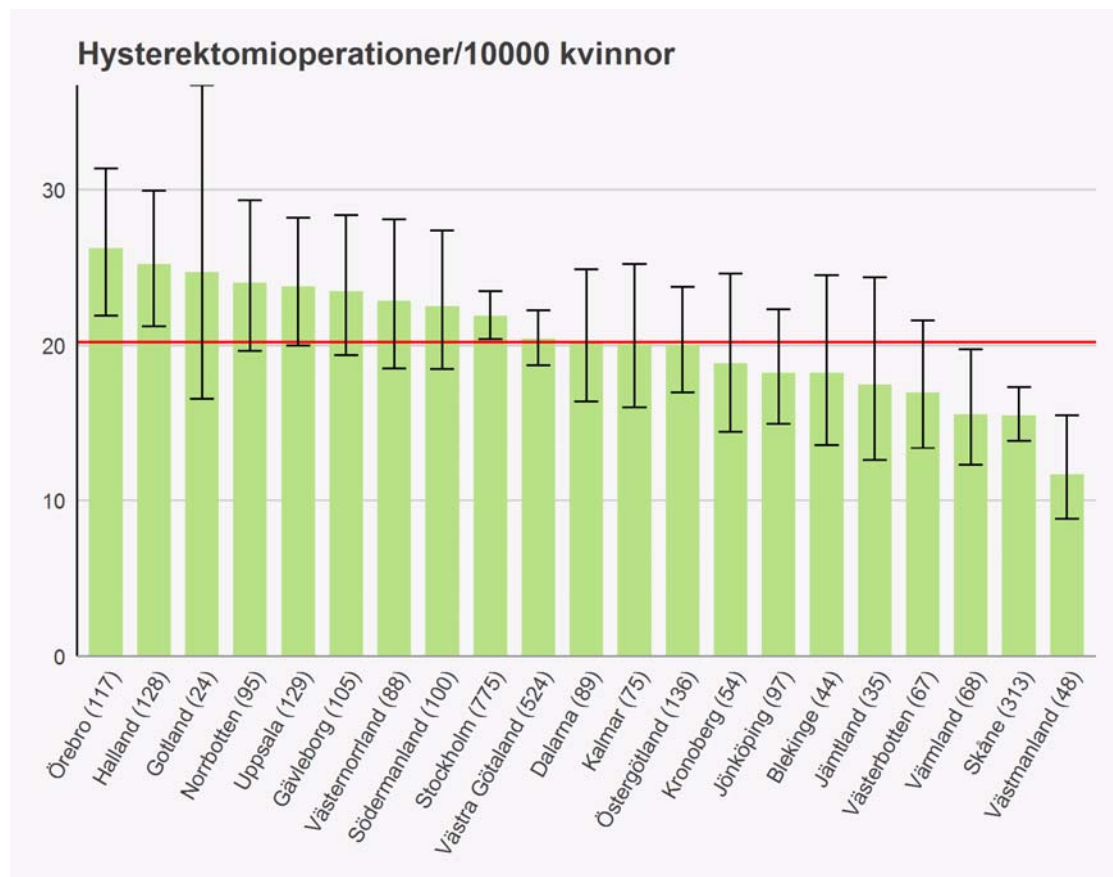
Om du har frågor eller kommentarer om årsrapporten skicka ett mail till mathias.palsson@vgregion.se eller stefan.zacharias@regiongavleborg.se.

Operationsvolym



Figur 1. Hysterektomioperationer 2014 – 2016. Beräknas på åldersspannet 40-60 år vilket motsvarar 10:e och 90:e percentilen.

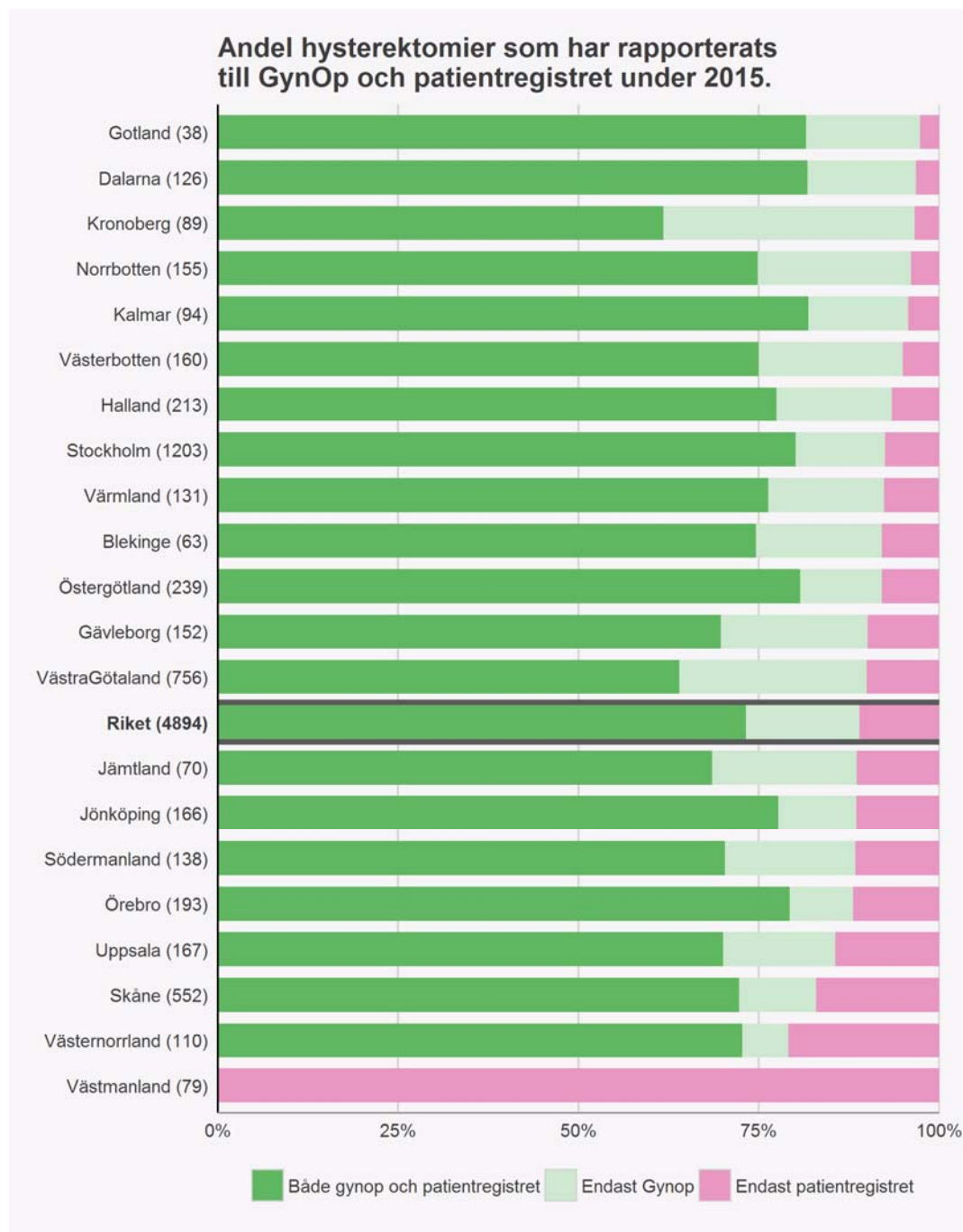
Generellt sett verkar andelen hysterektomier på benign indikation minska i landet. Större variationer avseende operationsvolym förekommer framför allt i storstäderna. I hela landet minskade antalet hysterektomier jämfört med förra året med 104 patienter eller ca 2,5%.



Figur 2. Antal hysterektomioperationer/10 000 kvinnor (ålder 40-60 år), hämtat från GynOp och SCB år 2016

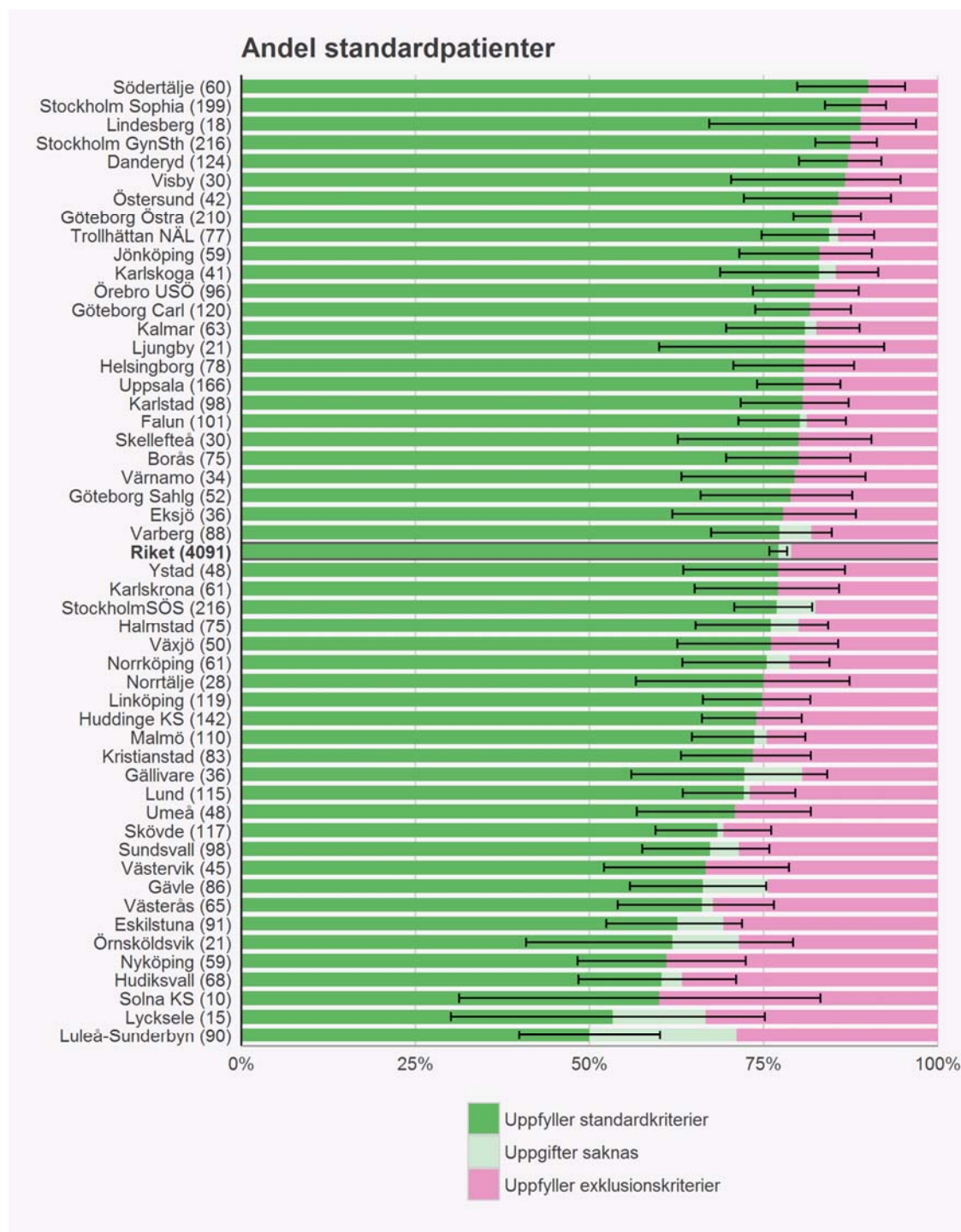
Incidensen hysterektomier inom åldersspannet 40-60 år skiljer sig inte avsevärt över landet vilket borde tala för en likvärdig tillgänglighet och likvärdiga operationsindikationer nationellt.

Täckningsgrad



Figur 3. Andel hysterektomier som har rapporterats till GynOp och patientregistret under 2015. Västmanland började registrera i GynOp först år 2016, därför finns de enbart i patientregistret.

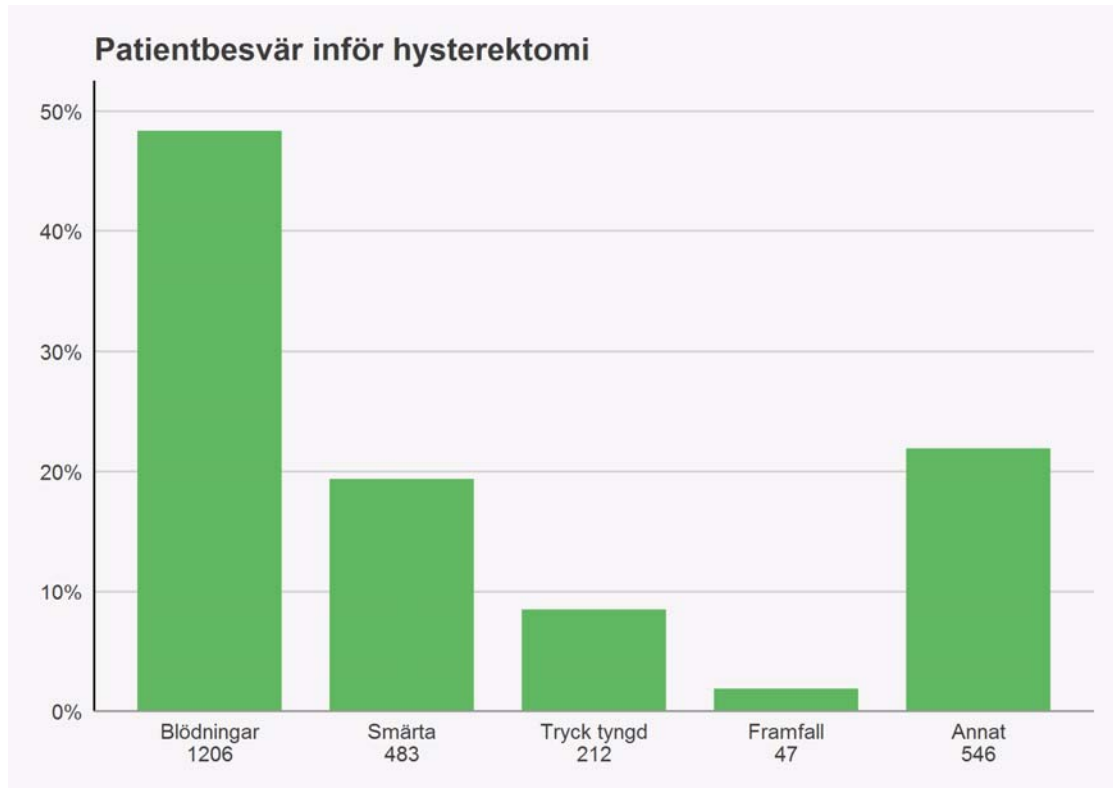
I 15 av länen har GynOp bättre registrering av hysterektomier jämfört med patientregistret. Det är endast i fyra län som Patientregistret är bättre än GynOp. Med andra ord så sköter kvalitetsregisteranvändarna sig bättre än sjukhusen när det gäller inrapportering.



Figur 4. Andel standardpatienter

Andelen standardpatienter ligger mellan 50% och 90%. Spridningen är som tidigare år oberoende av klinikens storlek. Detta tyder på att skillnaden i andelen standardpatienter betingas av lokala skillnader och inte av medicinska faktorer.

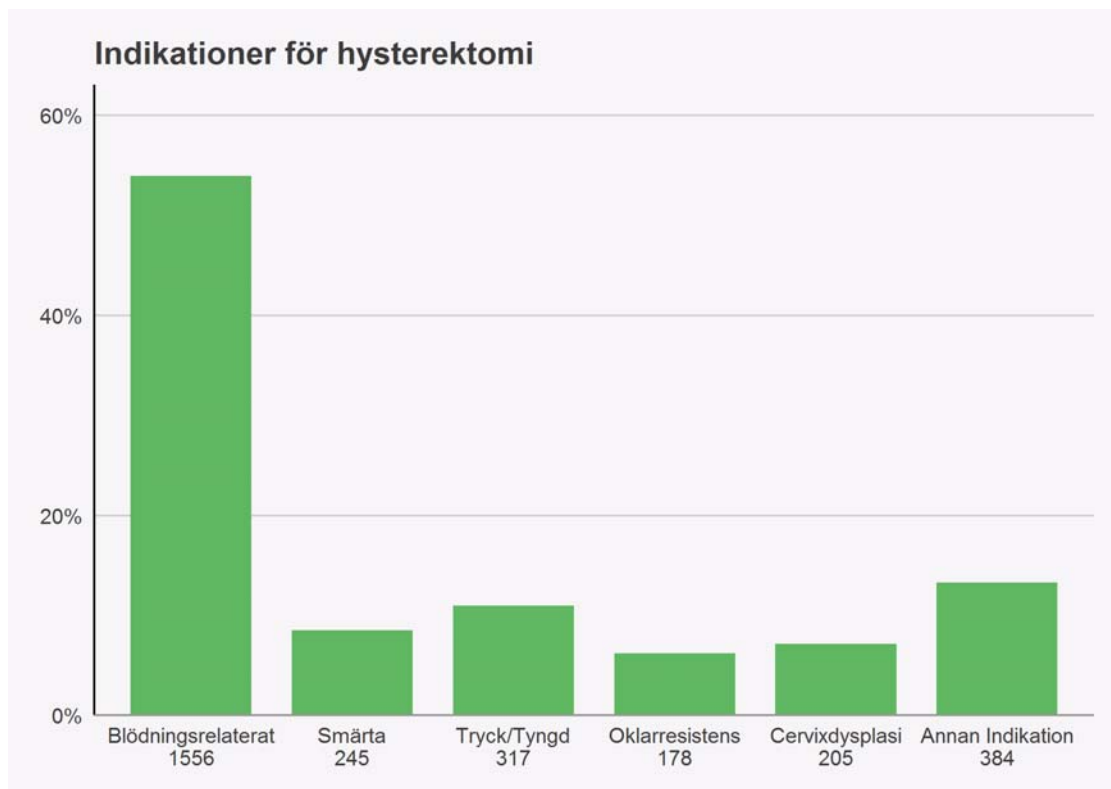
Patientens uppgivna besvär inför operation samt indikationer



Figur 5. Patientbesvär inför hysterektomi.

Det vanligaste förekommande besvär som patienten uppger inför hysterektomi är som förväntat blödningsbekymmer. Andelen av standardpatienterna som har blödningar varierar mellan 33.3% och 87.5% mellan klinikerna. Riksmedel är 48.4%.

Redan på andra plats kommer "annat" följd av en stor grupp, nästan 20% med smärta som huvudsakliga besvär inför operationer. Tryck/tyngd följer och sist ligger som förväntat framfallsbesvär, eftersom patienter med denna indikation huvudsakligen borde hamna i prolapsregistret.



Figur 6. Indikationer för hysterektomi

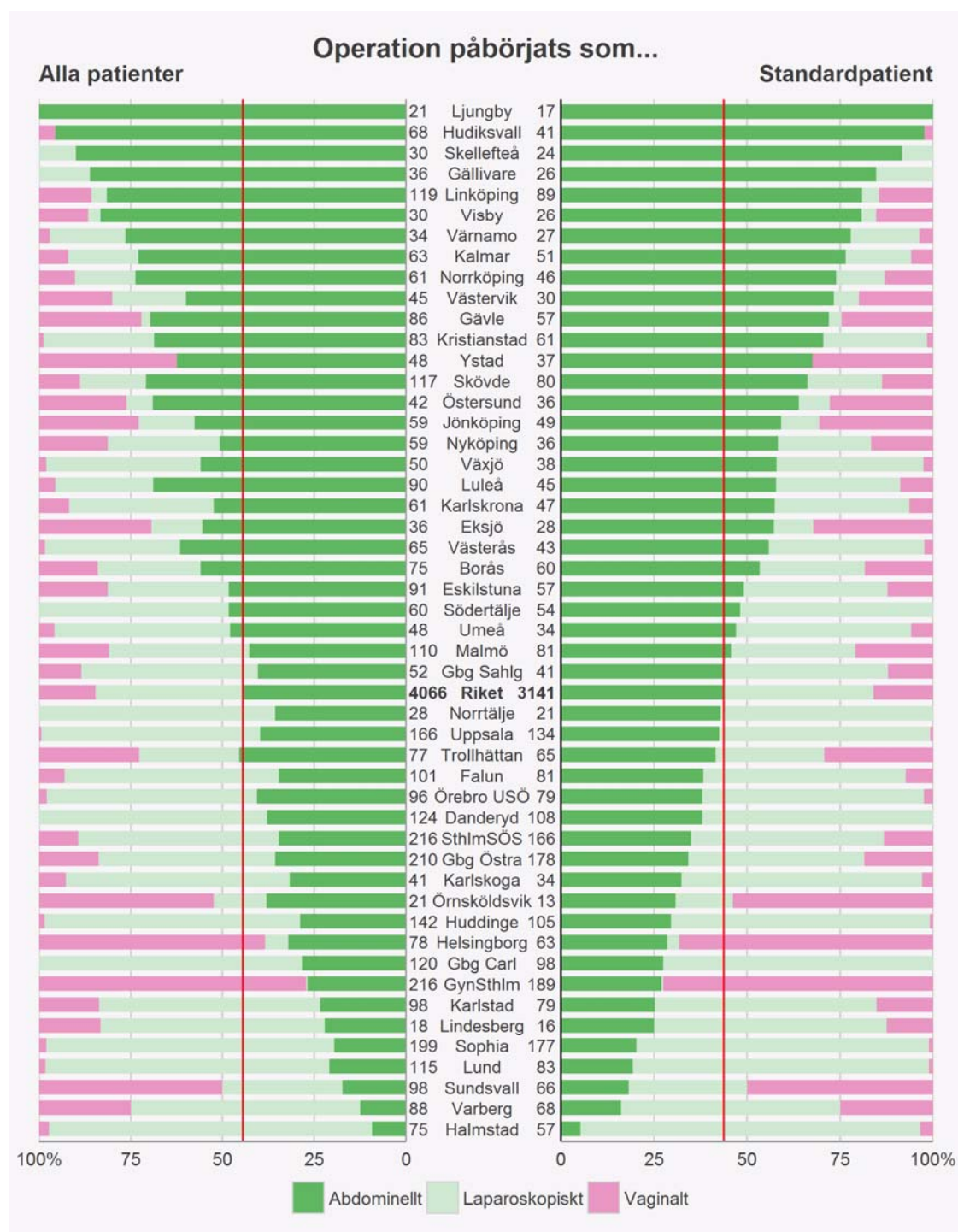
Överensstämmande med patientbesvären utgör blödningsrelaterade diagnoser mer än hälften av operationsindikationer. Även här är gruppen "annan indikation" med 15% ganska stor.

Operationsmetod

Hysterektomi utförs i princip med tre olika metoder: abdominellt, vaginalt eller laparoskopiskt. Den abdominella metoden har varit dominerande men minskar glädjande nog stadigt de senaste åren till förmån för de minimalinvasiva teknikerna. Relativt nytt i sammanhanget är att en växande del av laparoskopiska hysterektomier på benign indikation nu utförs med robot. Fortfarande är den abdominella tekniken vanligast sett över hela landet, men den har minskat från 49% till 45% sista året. Laparoskopiska tekniken ligger på andra plats med 40% (+8%) och sist ligger den vaginala tekniken med 15% (-4%)

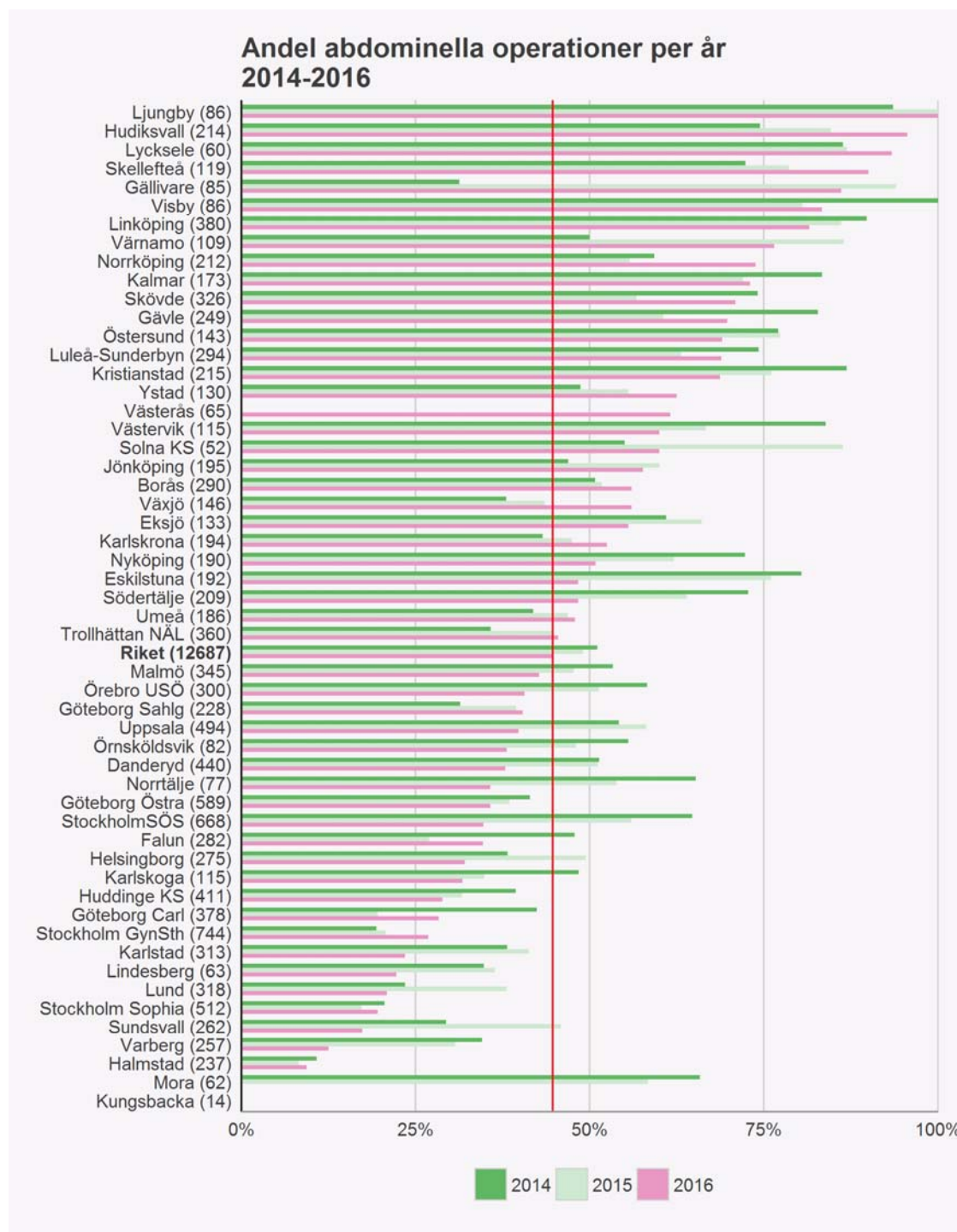
Den laparoskopiska tekniken ökar alltså på de två andra metodernas bekostnad, vilket känns befogat angående minskningen av den abdominella tekniken, men den lika stora minskningen av den vaginala tekniken kan ifrågasättas. Beror detta på minskad tillgång till operatörer som behärskar tekniken eller på en ökad tillgång och därmed ökat behov av att lära sig de laparoskopiska metoderna?

Skillnaderna mellan andelen abdominella operationer på standardpatienter mellan klinikerna ligger på otroliga 97%! (Allt mellan 100% abdominella och 97% minimalinvasiva operationer förekommer). Vissa kliniker har uppenbarligen stor förbättringspotential gällande minimalinvasiv kirurgi.

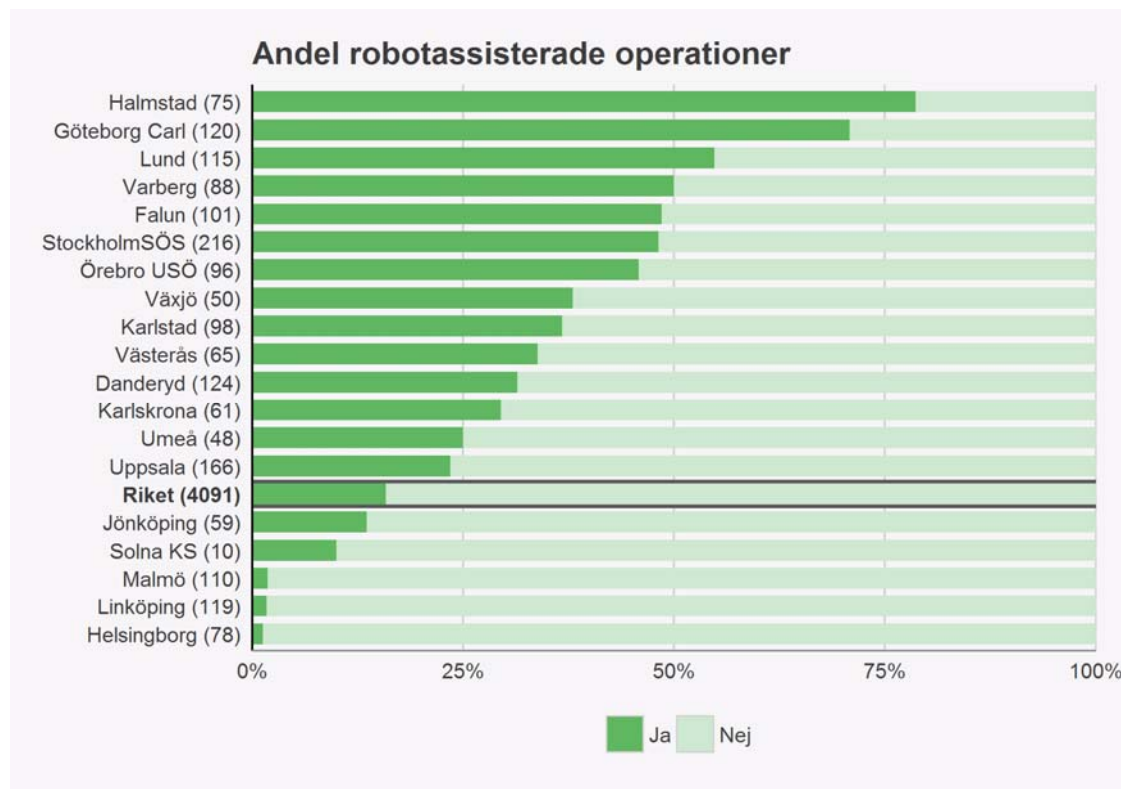


Figur 7. Figuren visar hur operationen har påbörjats. Klinikerna är rangordnade efter andel abdominella operationer för standardpatienter.

För att kunna följa förändringar över tid presenteras i nedanstående figur de senaste 3 årens resultat.



Figur 8. Andel abdominella operationer per år 2014-2016. Klinikerna är rangordnade efter andel abdominella år 2016.

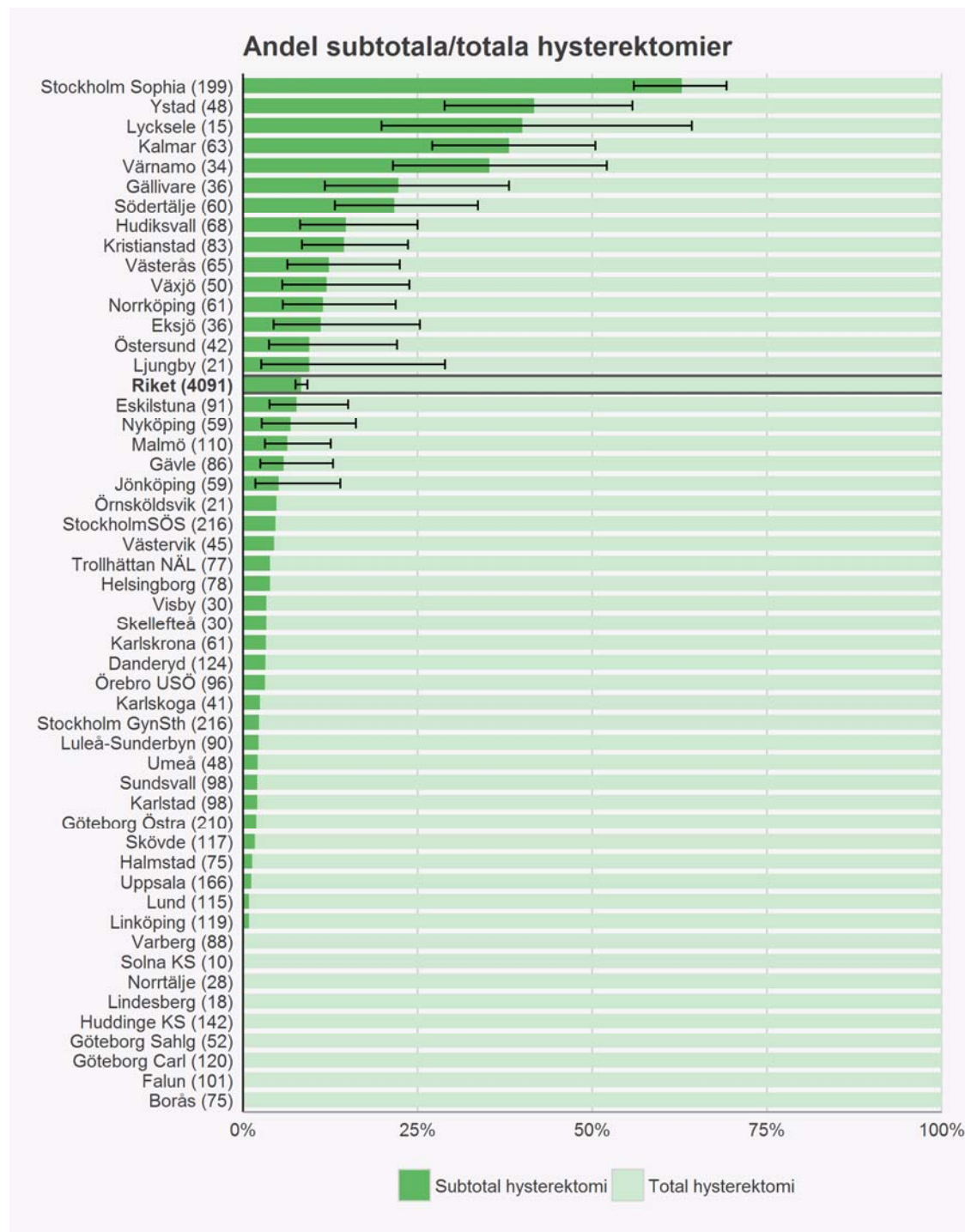


Figur 9. Andel robotassisterade operationer bland alla hysterektomier.

Av registrets 51 kliniker hade 19 kliniker tillgång till robot under år 2016. Vissa kliniker tillämpar denna operationsmetod i stor utsträckning vid benign hysterektomi.

Total/subtotal hysterektomi

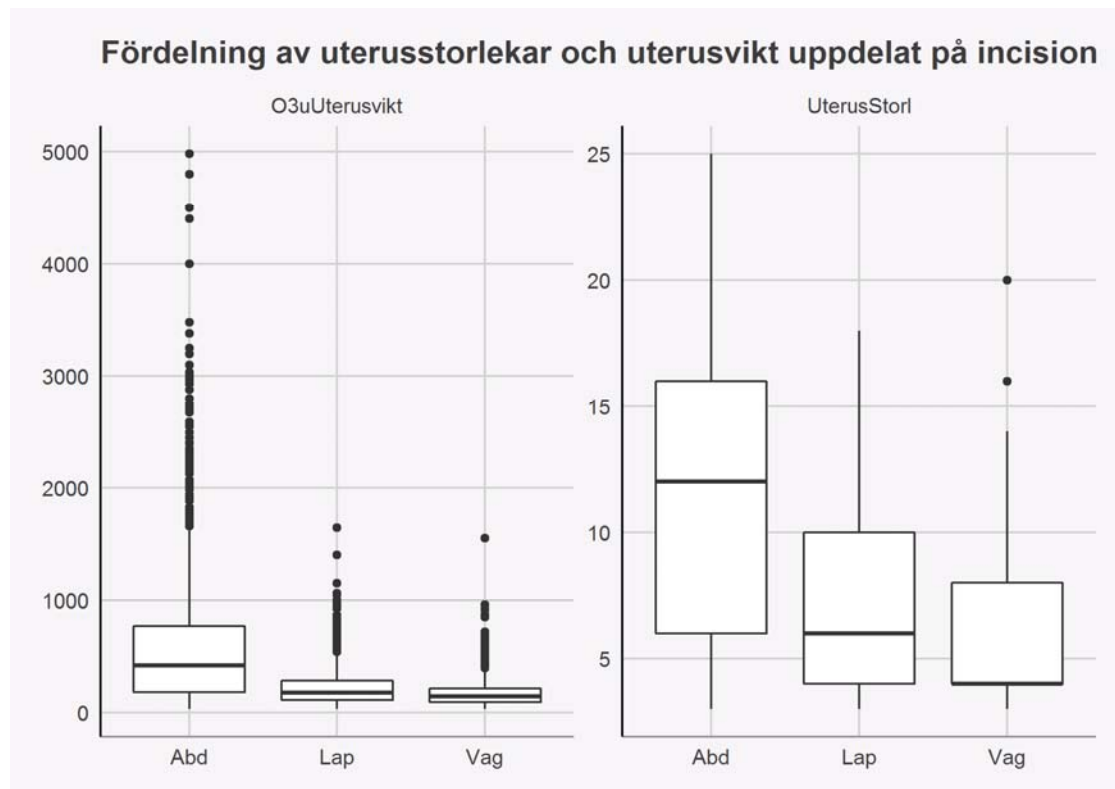
Nytt för i år är nedanstående figur som visar andelen subtotal hysterektomi. Spridningen i användandet av metoden är mycket stor och lämnar utrymme för diskussion.



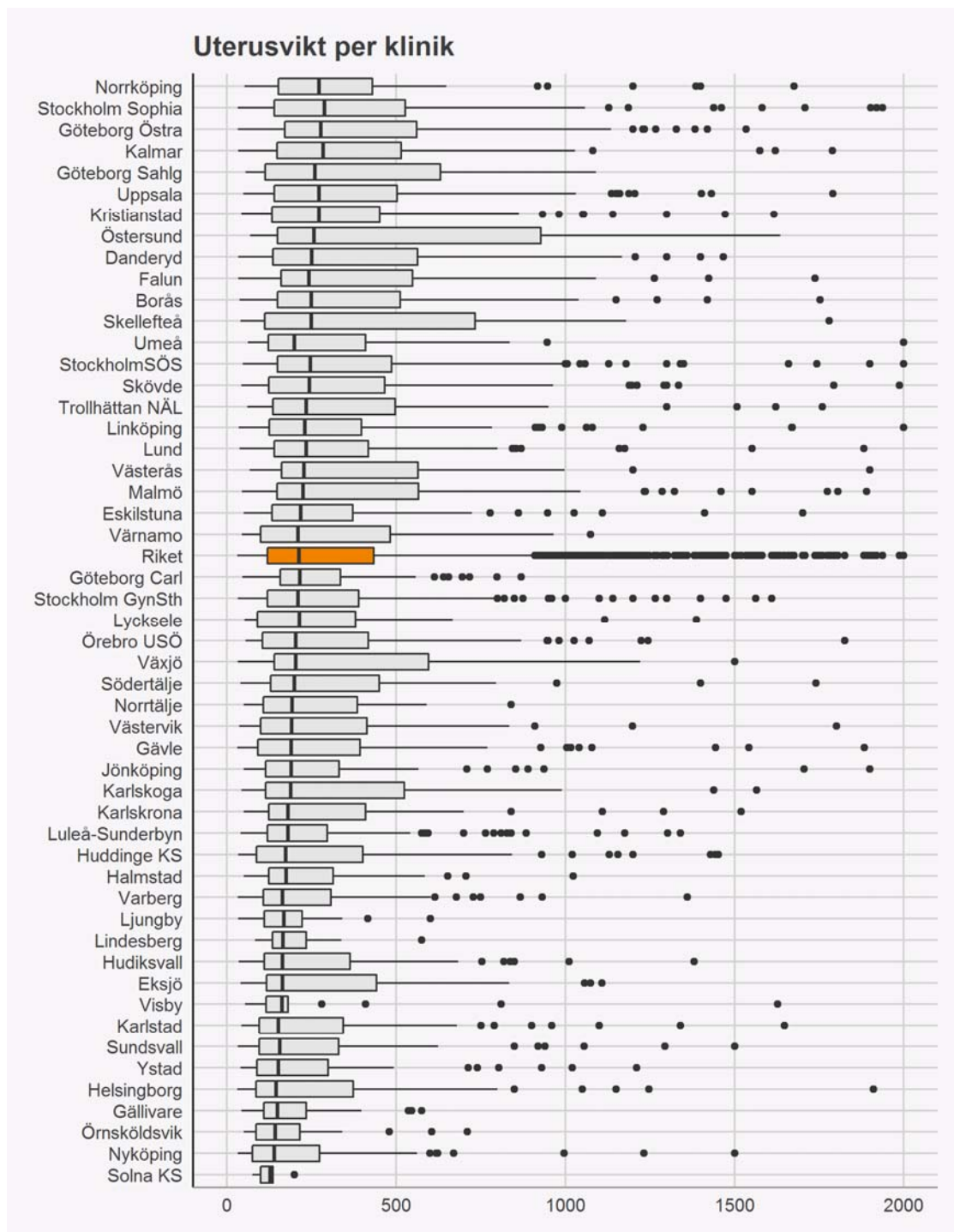
Figur 10. Andel subtotal/total hysterektomier

Uterusstorlek

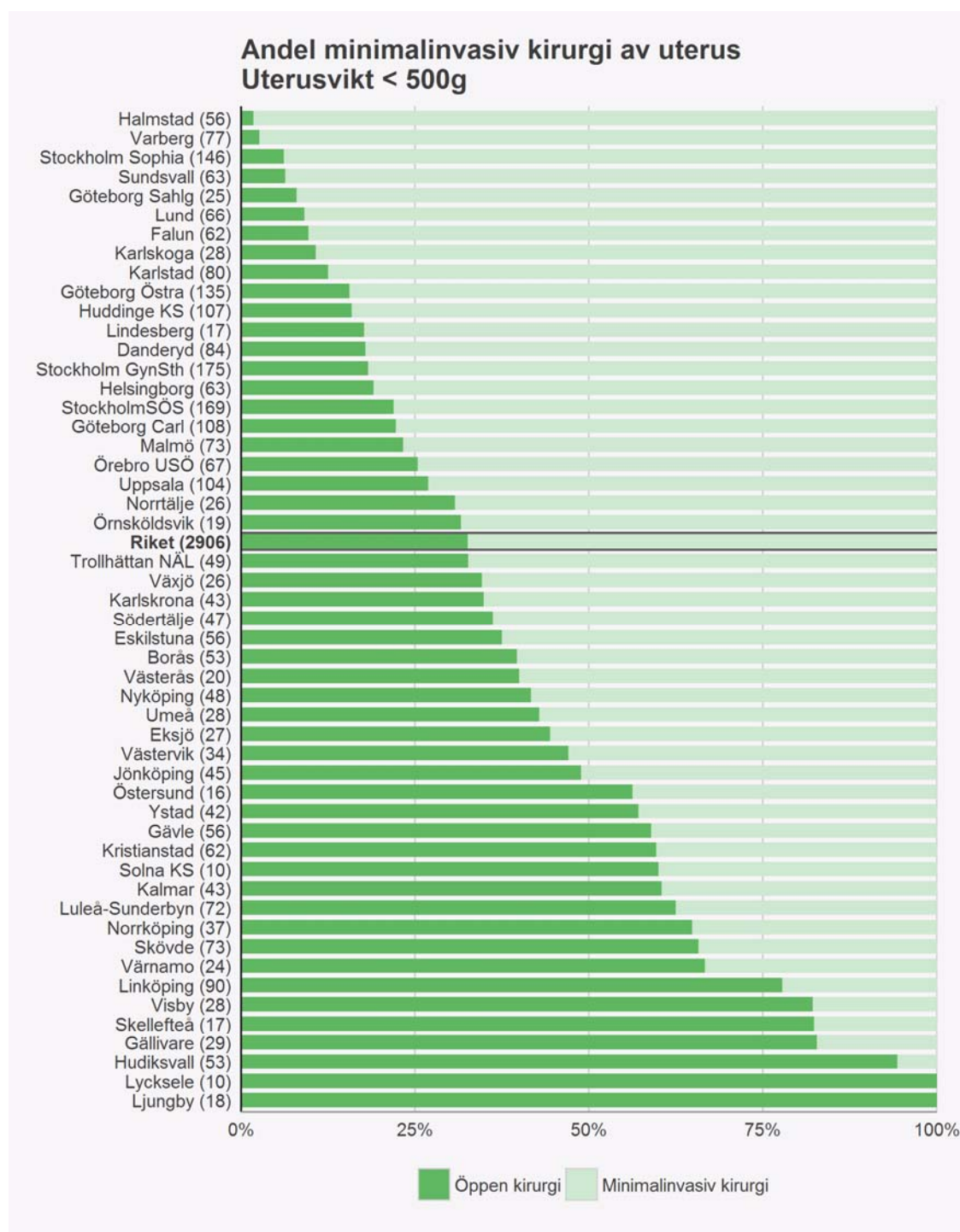
Storleken på livmodern påverkar i hög grad hur vi väljer att operera bort den. Stora livmödrar tas främst bort via öppen kirurgi, små livmödrar vaginalt. Laparoskopisk metod används inte för de allra största. I GynOp har vi en variabel där vi anger preoperativ uppskattning av livmoderns storlek genom att jämföra den mot hur stor livmodern brukar vara under olika veckor i graviditeten. Det är naturligtvis ett trubbigt och oexakt mått, men ger ändå en fingervisning om livmodern uppfattas som normal i storleken eller mer eller mindre förstorad. Troligen skulle en standardiserad ultraljudsmätning ge en bättre uppfattning av den preoperativa storleken, som ju till stor del styr val av operationsmetod. Nu är det inte bara storleken som styr. Faktorer som hur rörlig livmodern är, placeringen av ev. myom, tidigare kirurgi, förekomst av endometrios med flera faktorer, påverka också valet av operationsmetod. Dessa variabler är dock svåra att få fram ur registret och då blir preoperativt skattad storlek och faktiskt vikt hos den borttagna livmodern det mest användbara när det gäller att jämföra andelen minimalinvasiv kirurgi mellan klinikerna. Om enbart storlek och vikt på livmodern skulle förklara valet av operationsmetod så borde ju klinikerna med "största" livmödrarna ha högst andel öppen kirurgi och tvärtom. Så är det dock inte.



Figur 11. Fördelning av uterusvikt och preoperativt uppskattad uterusstorlek (i jämförbara graviditetsveckor) uppdelat på incision.

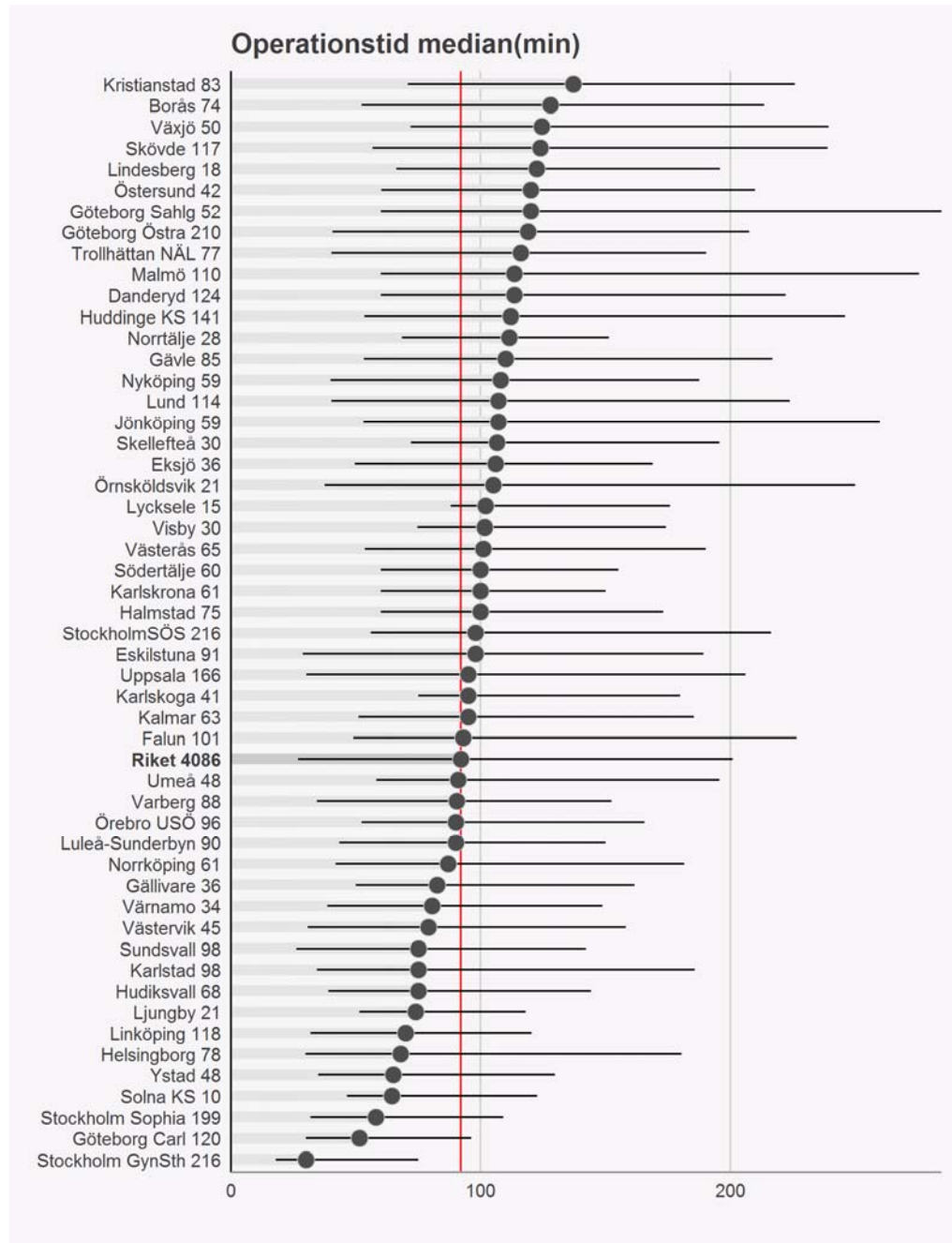


Figur 12. Uterusvikt per klinik. Medianvikten framgår av den tjocka linjen i boxarna.



Figur 13. Andel öppen kirurgi där uterusvikten understiger 500 g.

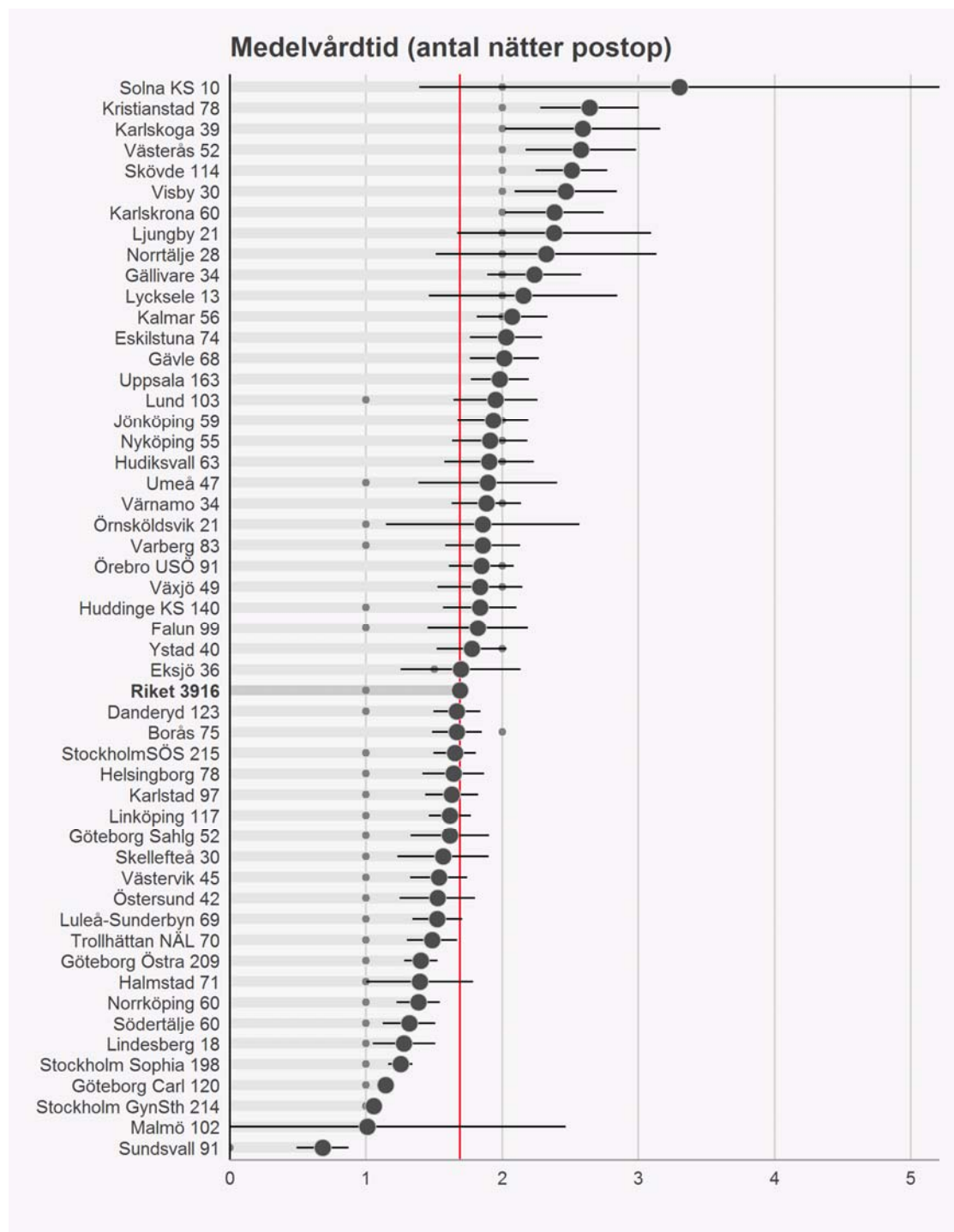
Operationstid



Figur 14. Operationstid median(min)

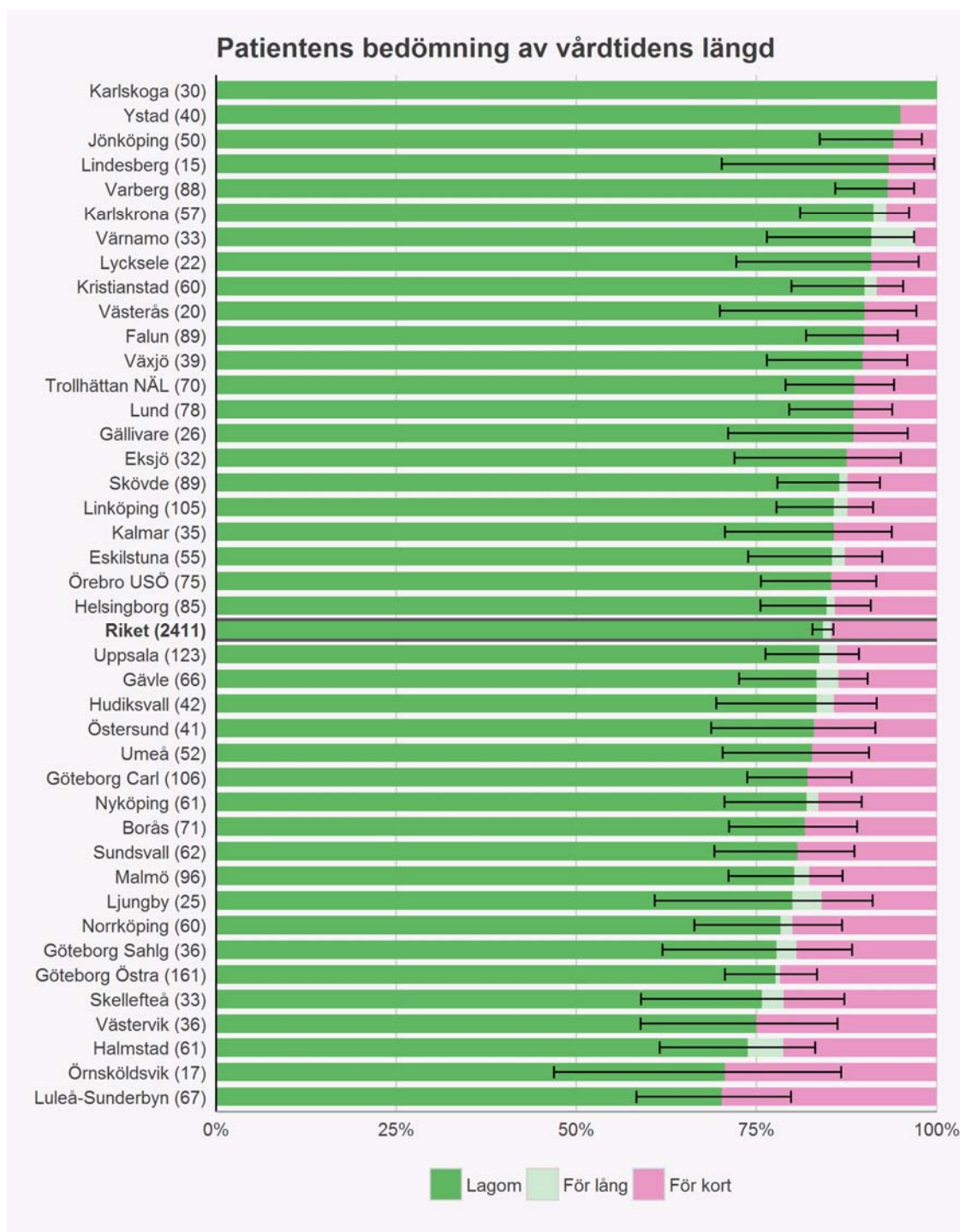
Huruvida operationstiden är en kvalitetsparameter är diskutabelt. Som i tidigare rapporter visas tiden avseende standardpatienter. Parametern är önskad av vårdgivarna. Medeloperationstiden varierar fortfarande mycket kraftigt mellan klinikerna. Det bör beaktas att det kan finnas skillnader hur operationstiden definieras på olika kliniker. Inför kommande GynOp-baserade studier (till exempel HOPPSA) måste en samsyn uppnås om vad som är operationstid. Det finns anledning att återkomma i den här frågan.

Vårdtid



Figur 15. Medelvårdtid (antal nätter postoperativt).

Vårdtiden tenderar att minska över åren men den varierar fortfarande kraftigt mellan klinikerna i landet. Jämfört med förra året ligger variationen konstant på ca 1-3 dagar.



Figur 16. Patientens bedömning av vårdtidens längd

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd avser standardpatienter. Spridningen ligger mellan 70% och 100%, andelen patienter som tyckte att vårdtiden varit för kort varierar alltså mellan 0 och 30%. Karlskoga, som lyckades öka patienternas nöjdhet till 100% låg även förra året bäst till i denna mätning. Priset har i detta fall varit en ökat vårdtid från riksnorm (under 2 nätter) till närmare 3 nätter postoperativ vård.

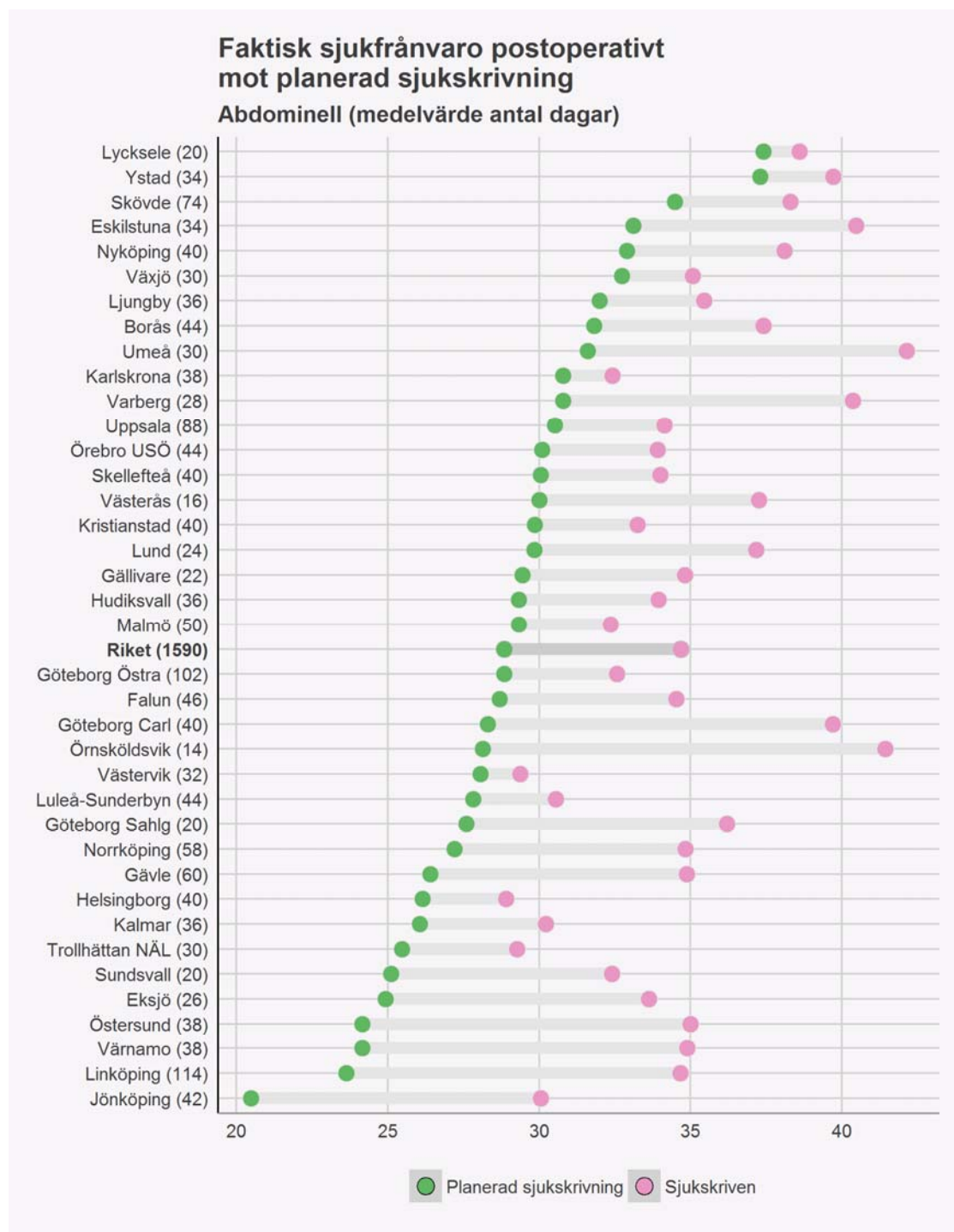
Planerad och faktisk sjukskrivning

Baserat på vad figur 17 (nästa sida) visar så kan man konstatera att patienterna är hemma så länge efter sin operation som sjukvården informerat dem om, plus ett antal dagar till. Med tanke på tillkomst av postoperativa komplikationer som uppstår efter hemgång är det helt naturligt att det ska vara en diskrepans mellan planerad och faktiskt sjukskrivning. I medeltal planeras en kvinna som genomgått en hysterektomi att vara borta från arbete i cirka 27 dagar. I verkligheten blir det cirka 30 dagar. Det som är mer påtagligt är skillnader i planerad sjukskrivning mellan de olika klinikerna. Bryr man sig inte om konfidensintervallen så skiljer det 15 dagars planerad sjukskrivning mellan kliniken med kortast planerad sjukskrivningstid och den med längst. Skillnaden kvarstår i den faktiska sjukskrivningstiden. I figur 17 är planerad och faktisk sjukfrånvaro införd i samma figur. Det är påtagliga skillnader i faktisk sjukfrånvaro hos vissa kliniker. Vad finns det för förklaringar till detta?



Figur 17. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning.

I figur 18-20 presenteras planerad och faktisk sjukfrånvaro för respektive operationssätt.



Figur 18. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning, vid abdominell kirurgi



Figur 19. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning, vid laparoskopisk kirurgi.



Figur 20. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning, vid vaginal kirurgi.

I figur 21 ser vi att efter vaginal och laparoskopisk hysterektomi så planeras en kortare sjukskrivningstid jämfört med om ingreppet gjordes med öppen teknik, vilket är föga förvånande. Med ett visst mått av generalisering ser man att kliniker med en låg andel abdominella hysterektomier också tenderar att ha kortare planerad och faktiskt sjukskrivning. Det omvända gäller vid hög andel abdominell hysterektomi.

Det är påtagligt att skillnader i planerad och faktisk sjukskrivning kvarstår. Oavsett operationsteknik så har vissa kliniker kortare och andra längre planerad sjukfrånvaro.

Komplikationsfrekvensen spelar roll. Sannolikt har också tradition betydelse. Utifrån Socialstyrelsen rekommendationer för sjukskrivning så rekommenderas generellt längre sjukskrivningar vid fysiskt krävande arbete jämfört med ett arbete med ringa belastning. Någon analys avseende om det skiljer mellan klinikerna i arbetstyngd hos de opererade kvinnorna har vi inte gjort.

Ungefär 3 av 4 kvinnor är nöjda med sjukskrivningens längd, en mycket liten andel tycker den är för lång och resterande skulle egentligen ha velat ha längre sjukskrivning. Kliniken med längst planerad (och faktisk) sjukfrånvaro har de patienter som är mest nöjda med sjukskrivningens längd (figur 22).

Operationsteknik styr dock inte allt. År 1996 registrerades de första laparoskopiska hysterektomierna i GynOp. De 8 kvinnorna var sjukskrivna 15 dagar i genomsnitt. Tio år senare, år 2006, var de 107 kvinnor som genomgått en laparoskopisk hysterectomi hemma nästan 25 dagar. Gör vi ännu ett 10-årshopp så var de drygt 1400 kvinnor som hysterektomerats med laparoskopisk teknik borta från arbetet i 27 dagar. Således ser vi en tydlig trend med längre frånvaro från arbetet.

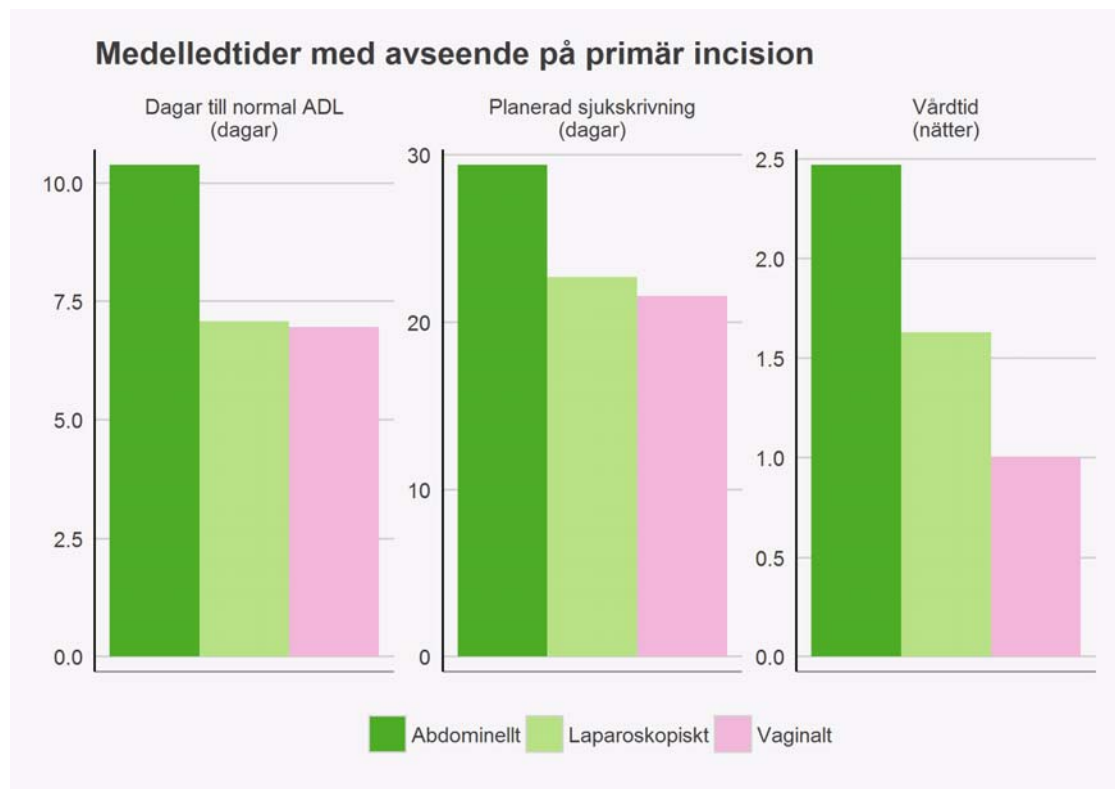
Någon konsensus över hur lång sjukskrivning som är lämplig finns inte utifrån hur det ser ut mellan klinikerna.

Det finns däremot utarbetade riktlinjer från Socialstyrelsen gällande lämplig sjukskrivningstid efter hysterectomi för de vanligaste indikationerna.

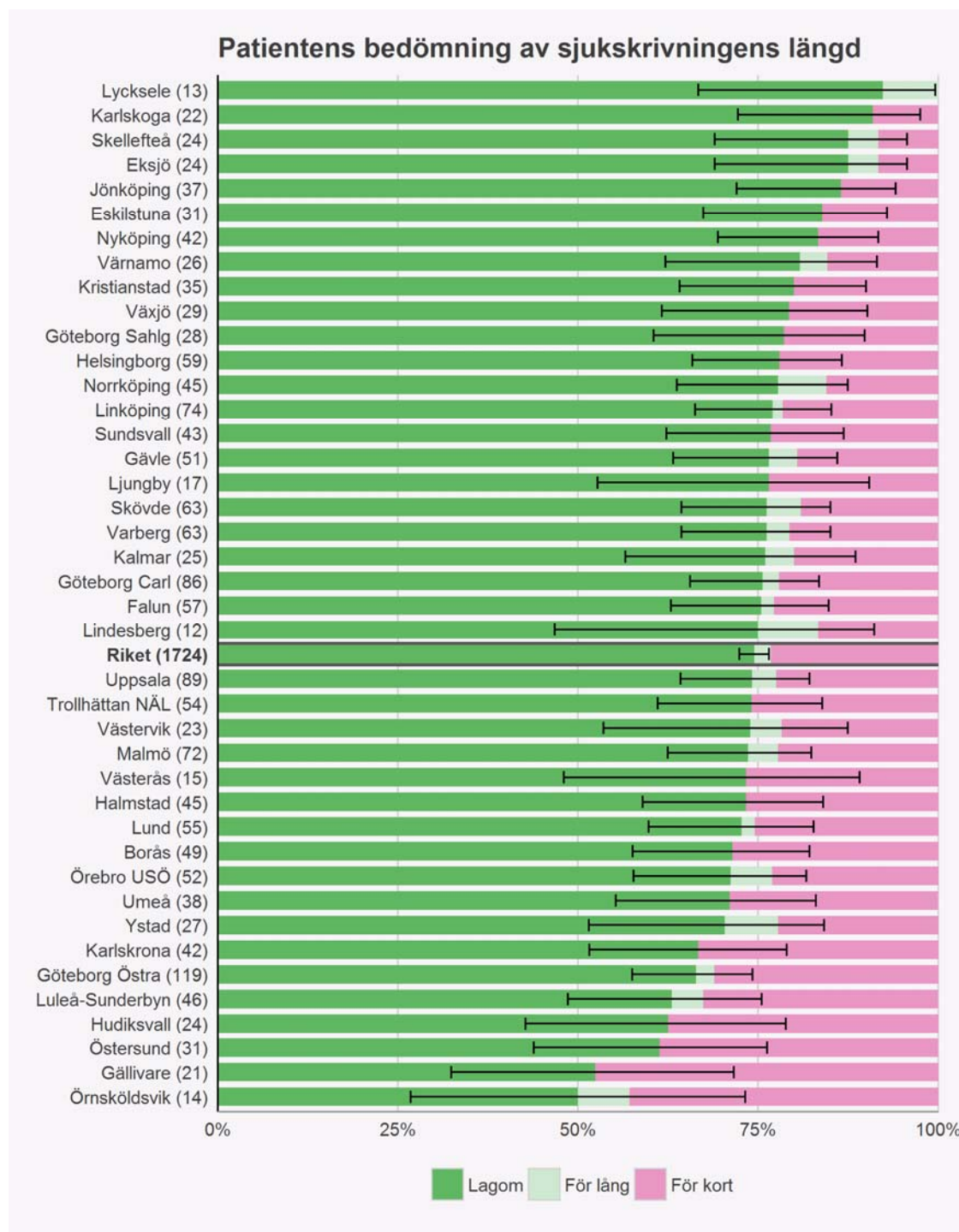
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod/hysterektomi-d25-n80-n850-n851>

Sammanfattningsvis rekommenderas där:

- Vid fysiskt lättare arbete och kombinerad laparoskopisk/vaginal hysterectomi upp till 3 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt tyngre arbete och kombinerad laparoskopisk/vaginal hysterectomi upp till 4 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt lättare arbete och abdominell hysterectomi (traditionell kirurgi) upp till 4 veckors sjukskrivning.
- Vid fysiskt tyngre arbete och abdominell hysterectomi (traditionell kirurgi) upp till 5-6 veckors sjukskrivning.



Figur 21. Medelledningstider med avseende på primär incision.



Figur 22. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd.

Komplikationer

Ungefär 40 % av alla patienter som genomgått en hysterektomi på benign indikation uppger någon form av komplikation. Det är åtskilligt mer än vad som rapporteras i de flesta studier på området. Det skiljer sig också kraftigt mot vad operatörerna i sin tur klassar som komplikation. Läkarbedömd komplikation är 25% för riket.

När det gäller läkarnas bedömning avseende det postoperativa förloppet så har det alltid varit en diskrepans jämfört med patientens upplevelse. Det som professionen uppfattar som ett normalt och förväntat postoperativt besvär kan av patienten uppfattas som ett oförväntat sådant, alltså en komplikation. Enda vägen till samsyn torde vara den pre- och postoperativa informationen. Tittar man på den andel patienter som sökt sjukvård i någon form efter sin operation (25 %) så överensstämmer det väl med operatörernas klassning av komplicerat förlopp.

Det verkar också finnas en olikhet i vad som bedöms vara en komplikation mellan olika kliniker. Jämför man figuren som beskriver andelen komplikationsfria ingrepp och postoperativt förlopp med andelen postoperativa infektioner (som ju är att betrakta som en komplikation) så går det inte riktigt ihop. Möjligen kommer det nya komplikationsverktyget Clavien-Dindo hjälpa till att minska svårigheten att tolka vad som är komplikation och inte. Clavien-Dindo-verktyget är fokuserat på att bedöma i hur stor utsträckning en komplikation har påverkat patienten.

Clavien-Dindo är en åtgärdsbaserad klassificering. (Annals. of Surgery Volume 240, Number 2, August 2004). Fördelen med den här klassificeringen av komplikationer är att den är förhållandevis enkel att använda och att den är internationellt erkänd. Nackdelen kan vara att till synes likartade komplikationer eller händelser får olika svårighetsgradering beroende på vilken åtgärd man valt att använda. Oavsett hur många komplikationer patienten har, är det alltid den högsta graderingen som ska anges.

I skärmdumpen nedan visas hur komplikationsverktyget ser ut i GynOp och vad de olika graderna innebär.

Liksom tidigare år så är frekvenserna av komplikationer likartade såväl bland patienterna som bland doktorer för standardpatienterna som för alla patienter sammantaget.

Allmänna kompl. 

☐ Visa

Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo: 

Komplikations- och åtgärdskommentarer:

Urinvägar (prolaps-eller inkontinen

KAD efter utskrivning: ☐ Nej ☐ Vet ej

Urinretention efter utskrivning: ☐ Nej ☐

Residualurinmätning: ☐ Nej ☐ Vet ej

Inkontinens: 

Enkät bedömd av: ☐ Läkare ☐ Sekrete

Datum: 

☐ Till "sammanfattande text" enbart be

Kompletterande upplysningar:

Grad 1: Onormalt postoperativt förlopp utan specifik åtgärd, dock ingår yttlig sårinfektion som öppnas utan anestesi samt diuretika, elektrolyter, analgetika och sjukgymnastik

Grad 2: Krävt en farmakologisk åtgärd, tex. antibiotika, blodtransfusion eller TPN

Grad 3A: Krävt en intervention av operativ, endoskopisk, röntgenologisk art i lokal anestesi

Grad 3B: Motsvarande intervention som i 3a, men utförd i generell anestesi. Alla komplikationer som krävt reoperation har minst grad 3b

Grad 4A: Singelorgansvikt som krävt intensivvård

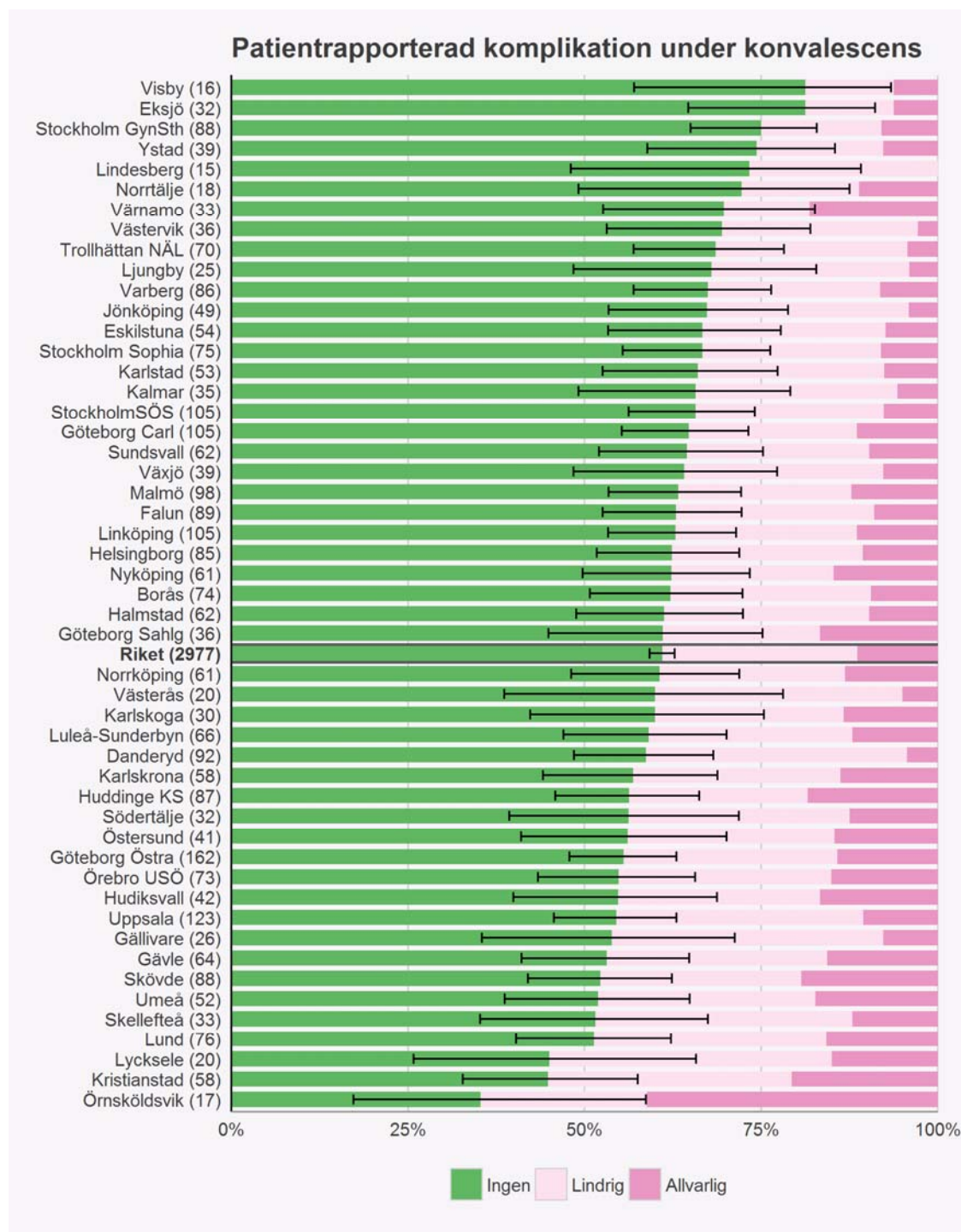
Grad 4B: Multiorgansvikt som krävt intensivvård. IVA-vistelse i enbart övervakningssyfte, t.ex. efter en operation föranleder ej grad 4-gradering

Grad 5: Komplikation som leder till död

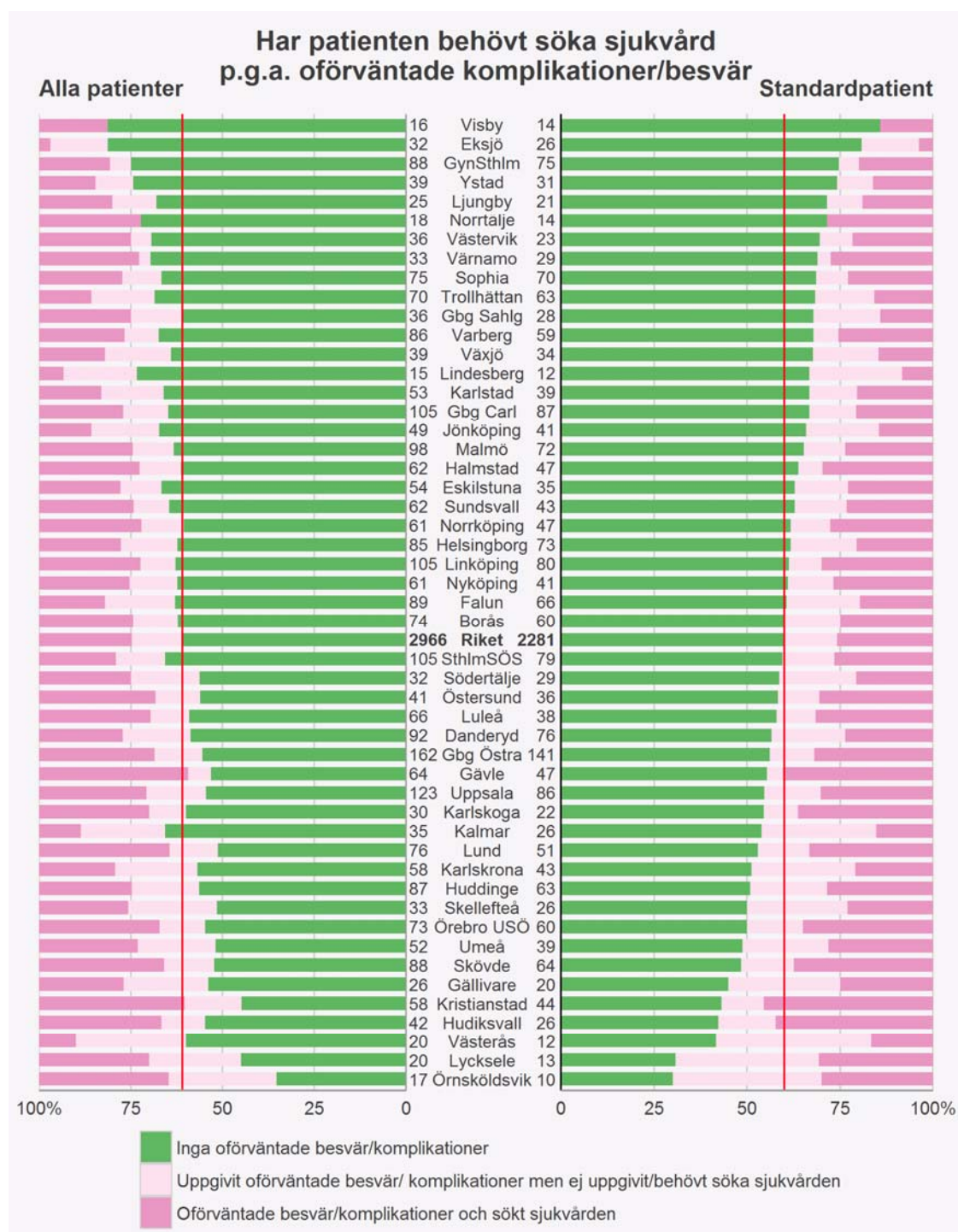
Föregående

Nästa

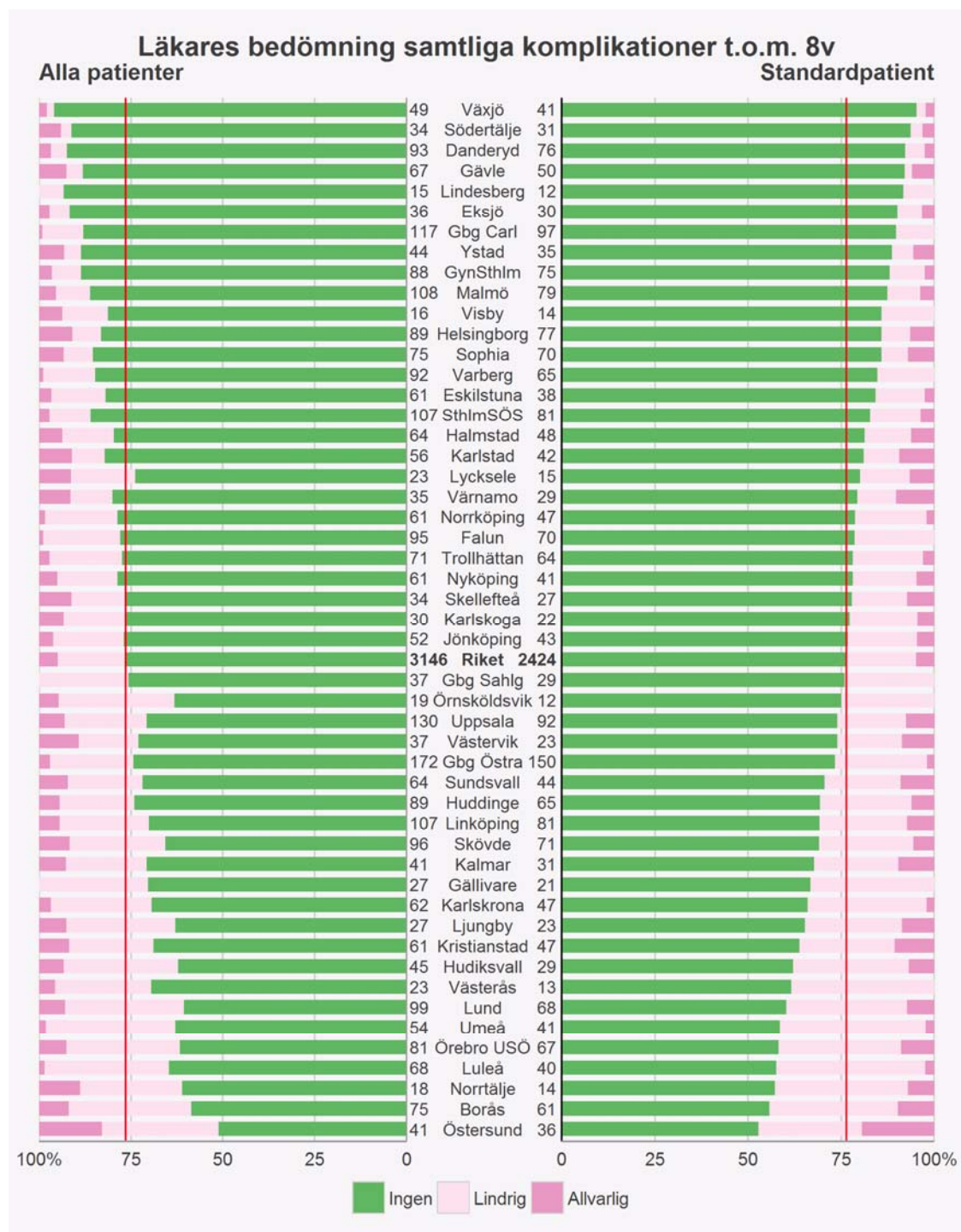
Figur 23. Skärmdump från GynOp. Komplikationsverktyget Clavien-Dindo bygger på en bedömning av i vilken utsträckning patienten påverkats av en komplikation.



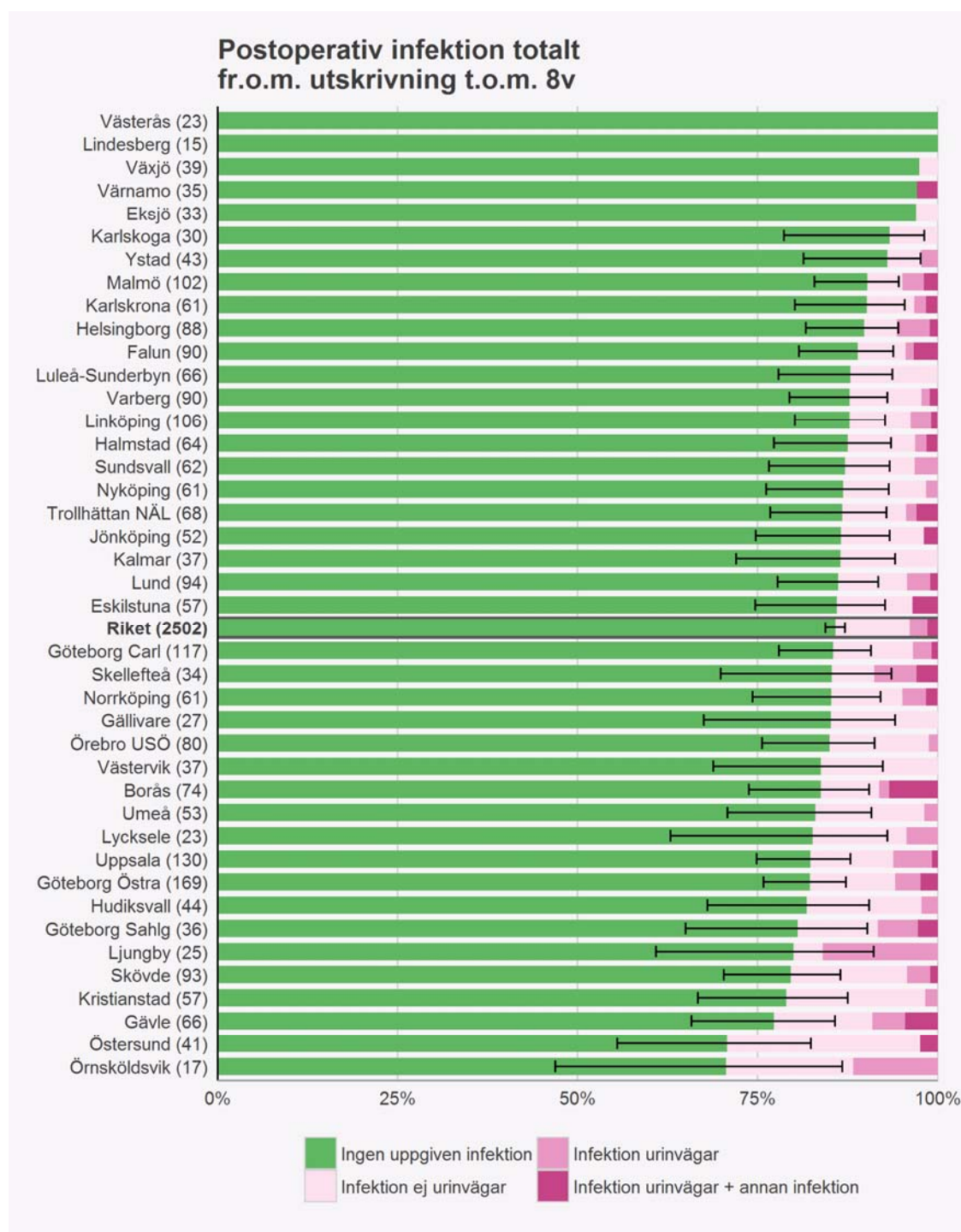
Figur 24. Patientrapporterad komplikation under konvalescensen.



Figur 25. Har patienten behövt söka sjukvård p.g.a. oförväntade komplikationer/besvär.



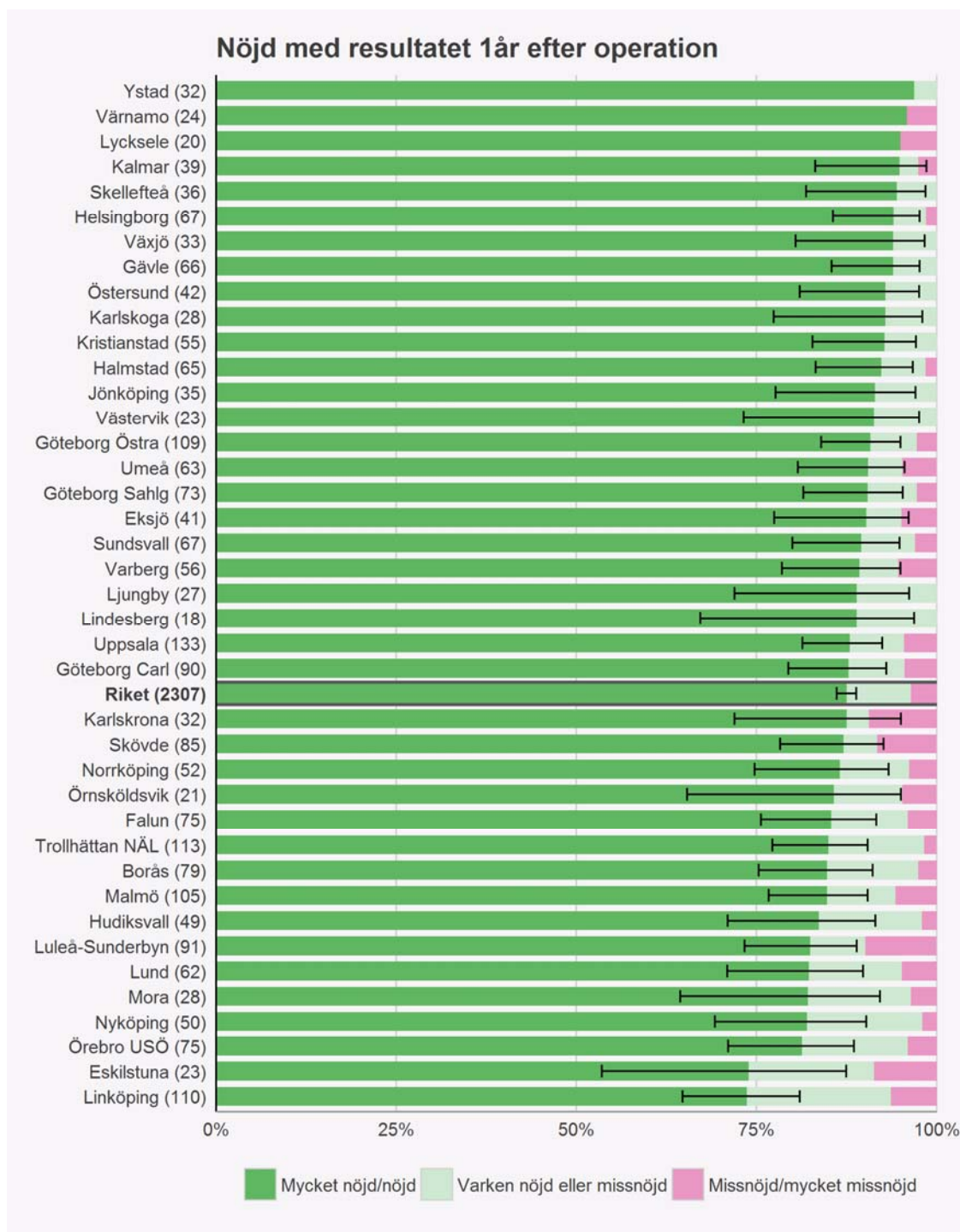
Figur 26. Läkares bedömning samtliga komplikationer t.o.m. 8 veckor.



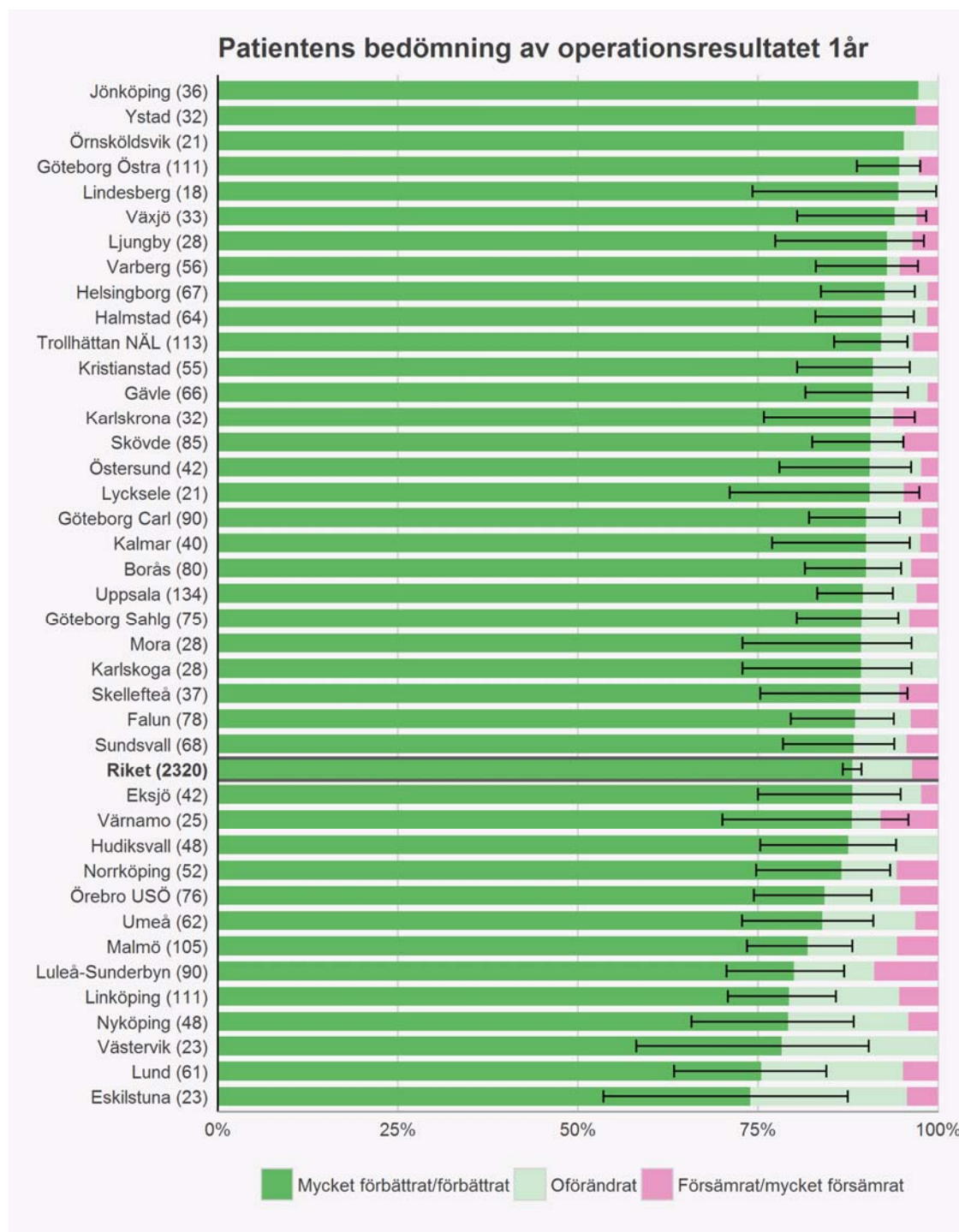
Figur 27. Postoperativ infektion totalt fr.o.m. utskrivning t.o.m. enkät 8 veckor efter operation.

Patientrapporterat resultat ett år efter operation

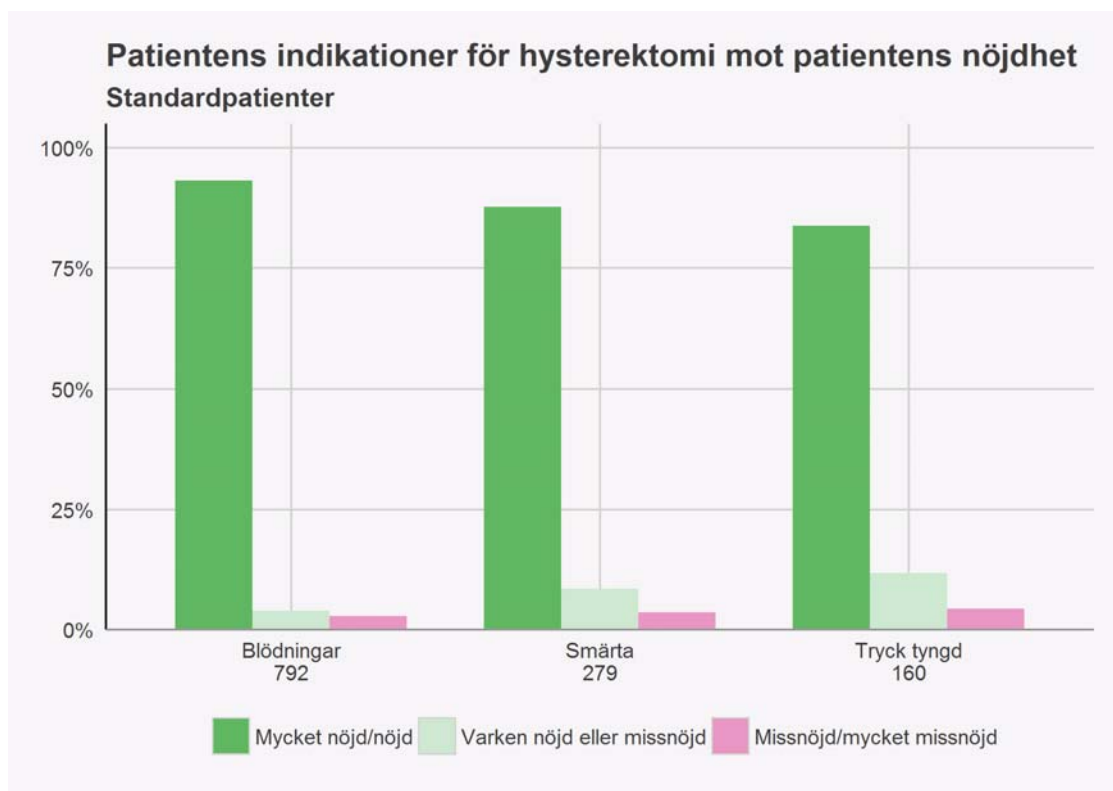
Liksom tidigare så är de kvinnor som genomgår en hysterektomi nöjda med operationsresultatet. De allra flesta upplever sig också förbättrade. Det är ingen stor skillnad mellan de olika besvär patienterna uppgett före operation och hur nöjda de är efteråt. Mest nöjda är de som angett blödningar som största problem. Något förvånande är att de som angett smärta som största besvär är nästan lika nöjda. Mest sannolikt beror det ändå på att den allra största andelen kvinnor som angett smärta som största besvär beskriver blödningskopplad dysmenorré vilket ju också tenderar att försvinna när livmoder avlägsnats.



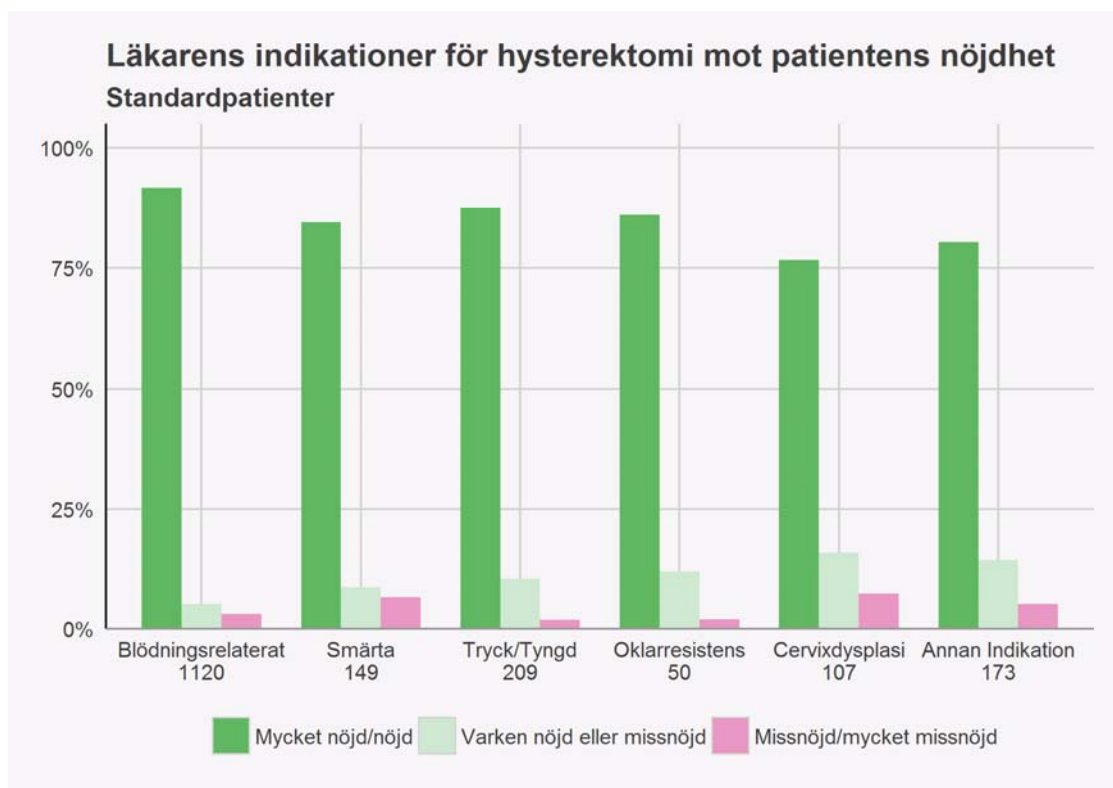
Figur 28. Nöjd med resultatet 1 år efter operation.



Figur 29. Patientens bedömning av operationsresultatet ett år efter operation.



Figur 30. Patientens uppgivna besvär inför hysterektomin mot patientens nöjdhet postoperativt.



Figur 31. Läkarens indikationer för hysterektomi mot patientens nöjdhet

Validitet

För att kunna dra rimligt säkra slutsatser av de resultat som visas i rapporterna från GynOp eller när man som enskild operatör eller klinik använder Rapportgeneratorn för att titta på sina resultat, krävs det att data har en hög validitet. En god validitet uppnås genom att både patient och operatör fyller i enkäter och formulär fullständigt och riktigt. Enkäterna och formulären måste vara utformade så att de inte upplevs tvetydiga eller svåra att förstå. Frågorna som besvaras ska vara ställda så att svaren reflekterar verkligheten.

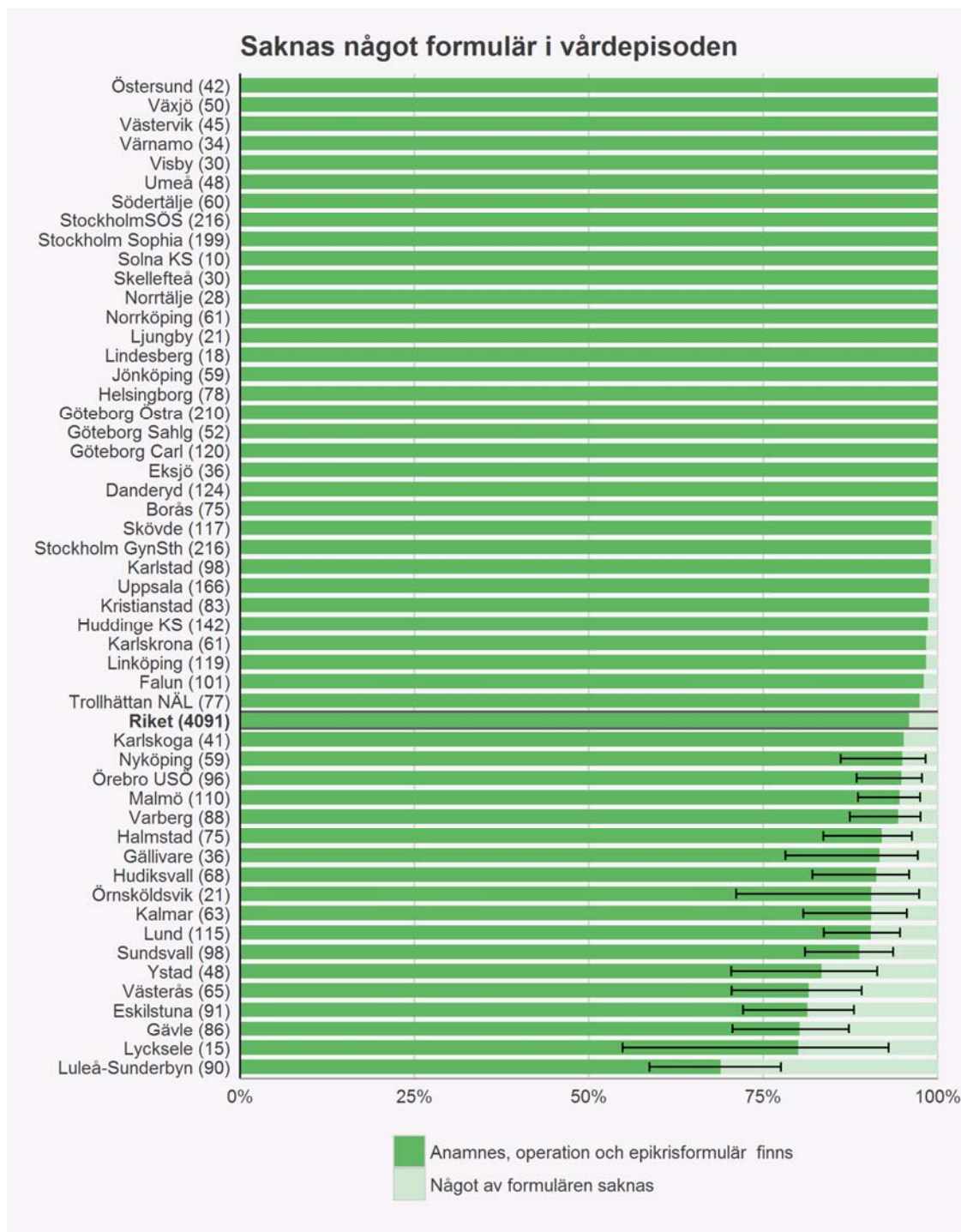
Att validera frågor är komplicerat. I GynOp funderar vi fortlöpande på om en fråga är nödvändig och besvarar det vi vill ha svar på. Det innebär också att en del frågor rensas bort eller görs om när det står klart att de inte fungerar perfekt. Detta är en helt nödvändig process och är viktig för att man som användare ska känna att det är meningsfullt att fylla i sin enkät eller sitt formulär. En annan nödvändighet för att känna motivation att fylla i är att man får återkoppling. De återkommande rapporterna är en sådan återkoppling, men glöm heller inte att gå in i Rapportgeneratorn, där går det att följa sina resultat dygnet runt, året om. Det går bra att göra en "selfie", det vill säga ta fram sina egna resultat jämfört mot riket.

Vi vet att patienterna i hög grad besvarar enkäter före och efter sin operation om de får enkäten. Det är god idé att regelbundet se över rutinerna för hur patienterna får sina enkäter. Ett sätt att säkerställa att de får enkäterna är att se till att registrera patientens e-postadress. GynOp är numer utformat så att enkäterna efter operation går ut automatiskt utan att någon behöver se till att så sker, bara det finns en aktuell e-postadress. Detsamma gäller om patienten är ansluten till 1177/Mina Vårdkontakter. Att skicka enkäterna elektroniskt är det snabbaste, mest effektiva och mest arbetsbesparande sättet att se till att patienterna får sina enkäter och vi därmed deras svar.

När det gäller vårdgivarnas insats så kan vi i figur 32 se att vi sköter oss överlag mycket bra. Anamnes, operation och utskrivning finns ifyllt för 95 % av alla operationer när man slår ihop hela riket. När något saknas är det oftast anamnesformuläret.

Däremot saknas det oftare PAD-bedömning och bedömning av patienternas postoperativa enkäter. De kliniker som är bäst på bedömning av de uppföljande enkäterna har ofta en administratör eller sköterska som gör den första bedömningen. Samma sak gäller de kliniker som är bra på att ta hand om patienternas kontaktförfrågan.

En annan anledning att se till att de postoperativa enkäterna blir bedömda inom rimlig tid är att det kommer att bespara den kollega som är satt att ta hand om "Vårdhändelser att granska". Om en patient fyllt i att det skett en allvarlig komplikation, vilket nödvändigtvis inte behöver betyda att det gjorts det, kommer den falla ut som en vårdhändelse att granska om ingen bedömer patientens inskickade svar inom 3 veckor.



Figur 32. Saknas något formulär i vårdepisoden.

Ordlista

Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
ADL	Activities of Daily Living = att kunna sköta normala vardagliga aktiviteter
Analgetika	Smärtlindrande medicin
Antibiotikaproylax	Förebyggande infektionsbehandling
Benign	Godartad
Case mix	Skillnader i patientsammansättning. Skillnader i t ex ålder och att några patienter har andra sjukdomar men andra inte kan påverka det man mäter. Därför tar man hänsyn till "case mix" vid analyser av resultat efter operation.
Dysmenorré	Menssmärta
Endometriosis	Endometriosis innebär att det finns livmoderslemhinna på andra ställen än inuti livmodern. Livmoderslemhinna på andra ställen än i livmodern orsakar ofta inflammation. Inflammationen kan leda till smärta och ibland till att det bildas ärrvävnad och sammanväxningar.
HOPPSA	Hysterektomi med opportunistisk salpingektomi. Klinisk studie för att bl a undersöka om risken för cancer i äggstockarna minskar om äggledaren opereras bort.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incidens	Förekomst, frekvens, t ex risken att få en viss sjukdom under en viss period
Incision	Snitt i t ex. huden vid operation
Konvalescens	Tiden för återhämtning och läkning efter operation
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Malign	Elakartad
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Myom	Muskelknutor i eller utanpå livmodern
PAD	Patologisk anatomisk diagnos: mikroskopisk undersökning av vävnadsprov för att fastställa diagnoser
Postoperativ	Efter operation
Preoperativ	Före operation
Prolaps	Framfall
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
Subtotal hysterektomi	Livmoderhalsen lämnas kvar vid borttagande av livmoderkroppen
Total hysterektomi	Både livmoderkroppen och livmoderhalsen opereras bort
Uterus	Livmoder (från latin)