



Årsredovisning avseende hysterektomi utförd på benign indikation år 2015

Återrapport från Gynop-registret

**Sammanställning av nationella data inrapporterade till Gynop-registret
avseende patienter som blivit opererade under år 2015 och fått livmodern
avlägsnad p.g.a. godartade besvär/sjukdomar**

Jan-Henrik Stjerndahl, docent, överläkare, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Mats Löfgren, docent, universitetslektor, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Gabriel Granåsen, registerstatistiker, Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MARS 2016**

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Datakvalitet	4
Patienternas uppgivna värsta besvär som orsak till operation.....	6
Operationsindikationer	7
Operationsmetoder	8
Operationstider	13
Vårdtid.....	14
Sjukskrivning efter operation	16
Planerade återbesök och kontaktbehov	19
Tid till normal ADL	21
Besvär och komplikationer efter hysterektomi	23
Infektion postoperativt	28
Patienternas bedömning av resultatet	29
2 mån efter operationen.....	29
1 år efter operationen.....	30
Sammanfattande konklusion	33
Ordlista	34

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 fått livmodern avlägsnad i samband med framfallsoperation. Sammanlagt innehåller rapporten data från 52 kliniker inklusive vissa data från 10 kliniker som levererat data till GKR (Gyn-Kvalitets-Registret), dvs. kliniker belägna i Stockholmsområdet samt Karlstad och Visby. Kliniker som rapporterat 10 eller färre patienter har exkluderats eftersom slumpvariationen skulle påverka redovisningen allt för mycket avseende dessa kliniker.

Underlaget för rapporten är 4195 patienter opererade under 2015. För den enkät patienten erhåller 8 veckor efter operationen innehåller urvalet 4290 patienter och för enkäten 1 år efter operationen 4397 patienter. När det gäller data angående 8-veckors- och 1-årsenkäter som registrerats under år 2015 avses operationer som delvis blivit utförda tidigare än 2015 pga. den fördröjning som med nödvändighet sker innan man erhåller dessa data. Därmed finns skillnader i patientunderlaget. Relationerna mellan klinikerna bör dock inte påverkas men eventuellt de absoluta talen.

Förutom 2015 års data finns i flera diagram data med från år 2013 och 2014. Detta för att ha möjlighet att upptäcka trender och förändringar de senaste tre åren. Således finns möjlighet att både jämföra den egna klinikens resultat i förhållande till andra kliniker och över tidsperiod. Båda aspekterna är naturligtvis viktig information i allt kvalitetsarbete.

För att ytterligare göra jämförelser mellan kliniker mer rättvis har vi, liksom i tidigare årsrapporter, använt begreppet "standardpatient". Detta eftersom patientmaterialet kan skilja sig åt mellan klinikerna i viktiga avseenden som kan påverka resultaten. En universitetsklinik har sannolikt ett annorlunda patientklientel än ett mindre lokalsjukhus.

Kriterierna för standardpatienterna är utformade så att ingen av dessa patienter skall behöva remitteras till annat sjukhus av medicinska skäl för att genomgå hysterektomi dvs. patienter med komplicerande faktorer räknas inte som standardpatienter. För standardpatienten gäller följande kriterier: ASA 1-2, BMI <35 och ålder 30-60 år. Säkerligen kan standardpatienten ytterligare likformas men ovanstående kriterier har accepterats av representanter från en kvalificerad majoritet av landets kliniker.

Med dessa kriterier innefattar standardpatienterna drygt $\frac{3}{4}$ av hela patientmaterialet med en spridning mellan klinikerna från 48-93 % (se figur nedan). Förhoppningsvis kommer standardpatienternas resultat härmed bli mer rättvisande än hela patientmaterialet när de olika parametrarna jämförs mellan klinikerna.

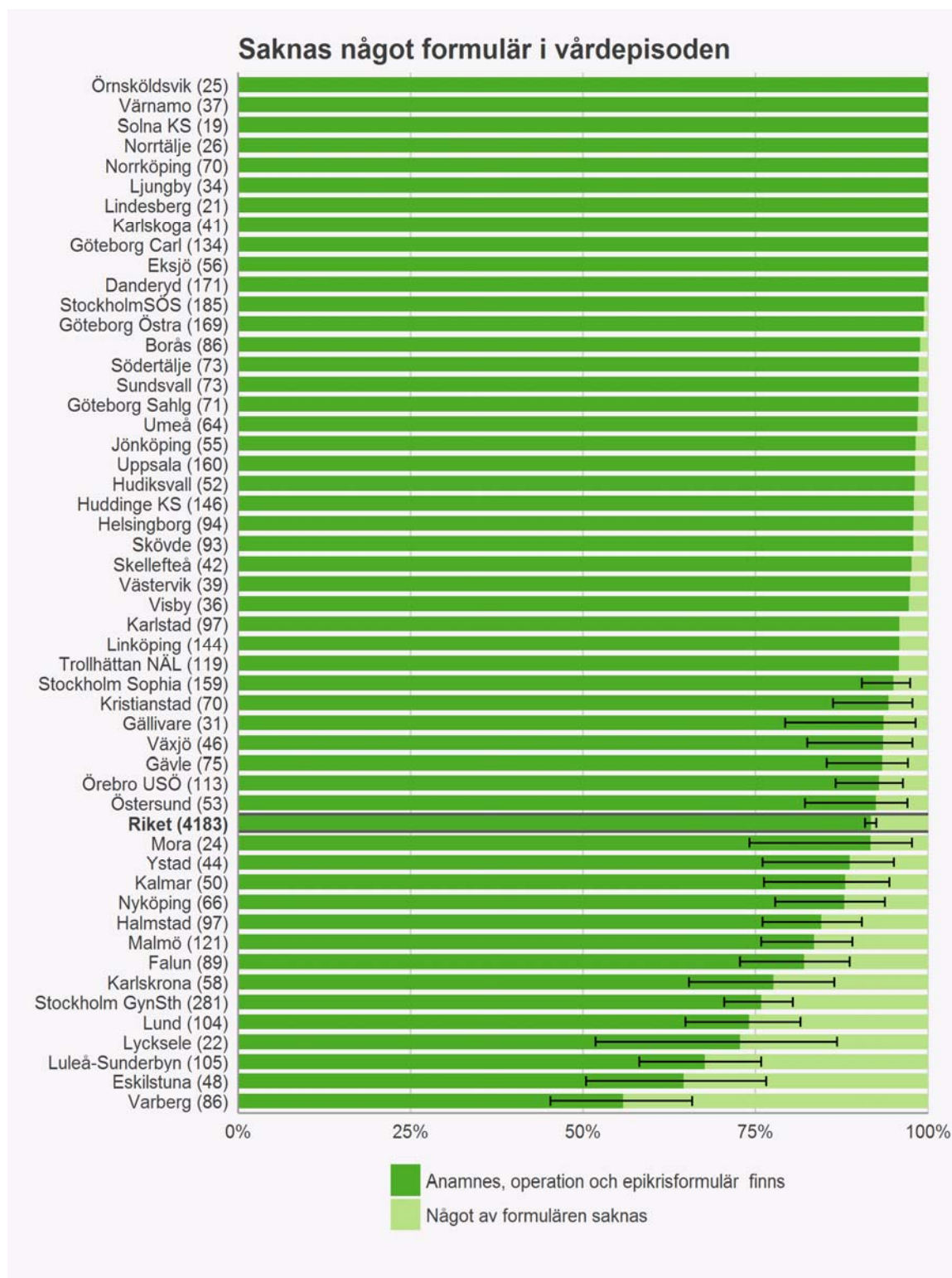
Eftersom hysterektomi som utförs på benign indikation framför allt gäller relativt friska patienter med subjektiva symtom som saknar medicinskt tvingande orsaker till operationen, torde behovet av att remittera dessa patienter till sjukhus med mera resurser vara begränsad. Fördelningen av standardpatienter kan därför spegla inte bara eventuell medicinsk case mix utan även i hög grad skillnader i indikation för ingreppet.

Liksom tidigare är vi tacksam om rapporten läses med kritiska ögon utifrån den lokala kunskapen hur det borde se ut och att det sker en återkoppling så att ev. felaktigheter kan korrigeras.

Vi har bett några kliniker som i något avseende ligger bland de högsta eller de lägsta bland landets kliniker kommentera sina registrerade resultat avseende figurerna om operationsmetod, operationstid, vårdtid, planerad sjukskrivning samt om patient som önskat kontakt har blivit kontaktad. Vi lägger ingen värdering i om resultaten är bra eller dåliga utan ser mer till att kommentarerna kan vara till nytta och hjälp för andra kliniker i deras vårdkvalitetsarbete. De svar vi har fått från klinikerna har vi lagt in vid resp. figur.

Datakvalitet

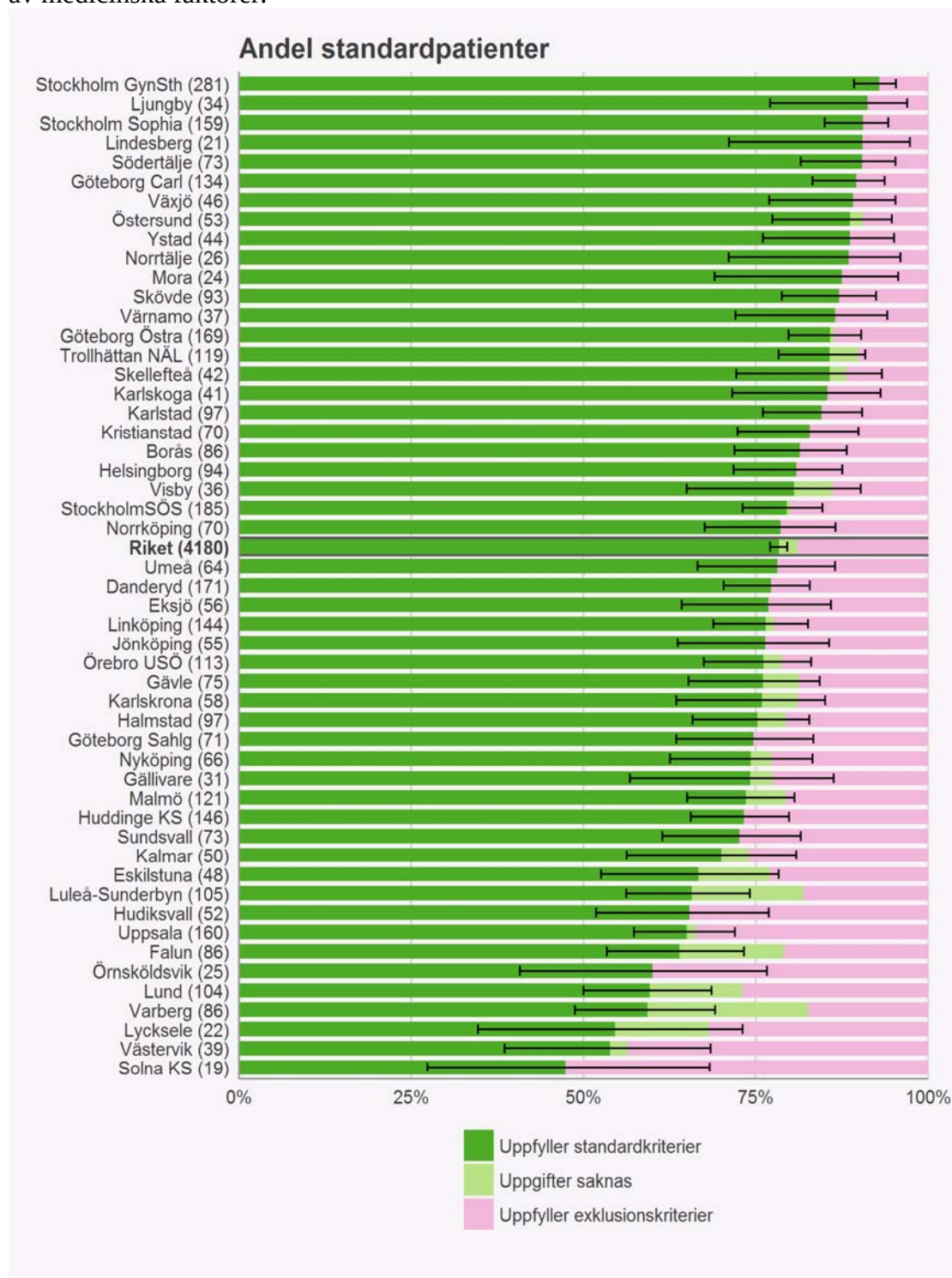
Kvaliteten på registerdata bestäms bland annat av hur fullständiga data är. Ett mått på detta är i vilken utsträckning dataformulär har blivit ifyllda. I nedanstående figur visas andelen komplett ifyllda formulär och i hur stor andel av vårdepisoderna något formulär saknas. För hela riket har 93 % av patienterna komplett ifyllda formulär.



Figur 1 Saknas något formulär i vårdepisoden.

”Standardpatienterna” utgör drygt ¾ av hela patientmaterialet med en spridning mellan klinikerna från 47-93 %.

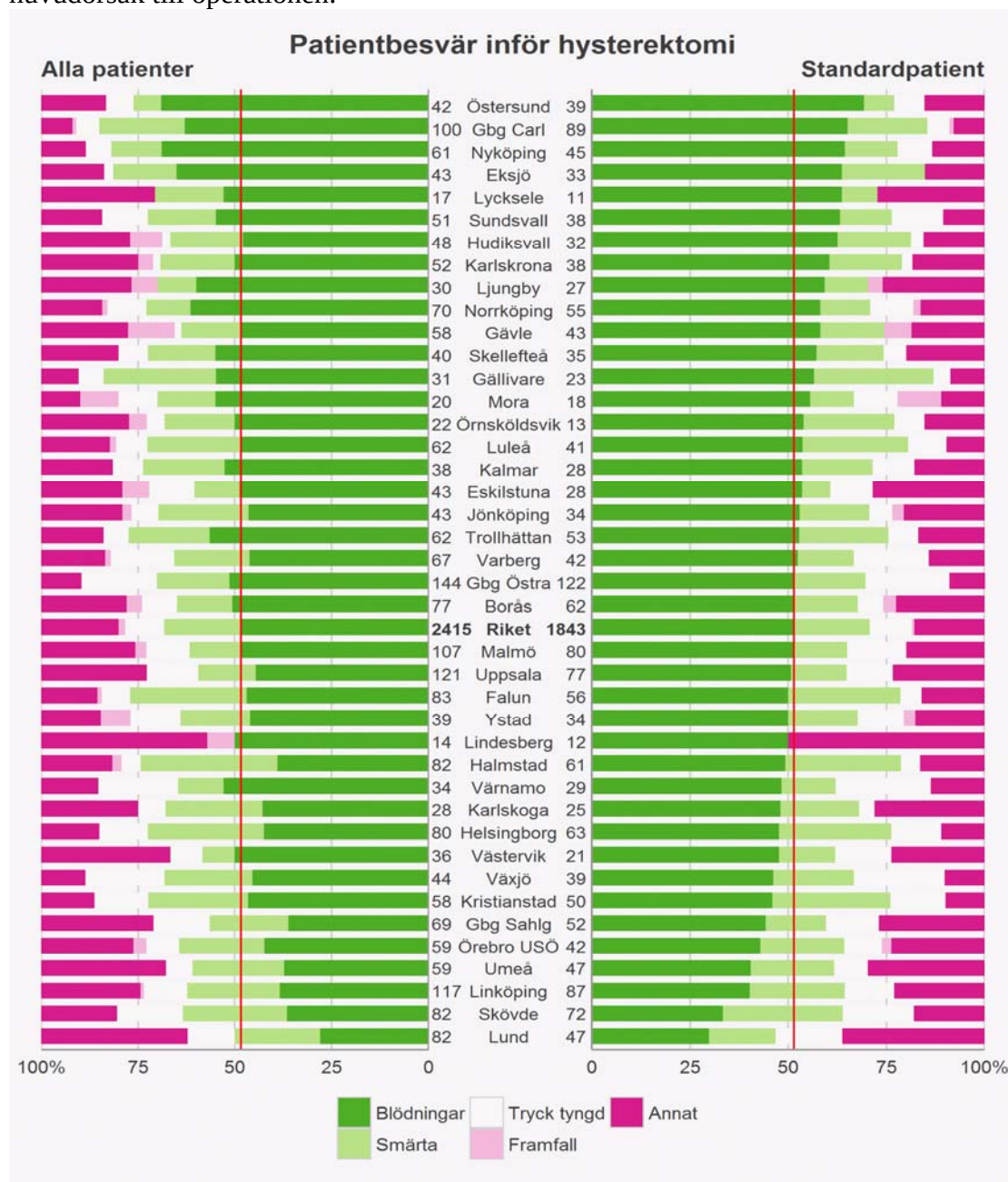
Närmare analys visar att andelen standardpatienter är oberoende av huruvida kliniken klassificeras som länsdelssjukhus eller universitet-/regionsjukhus, dvs. det förefaller inte som att de stora sjukhusen med ökade medicinska resurser tar emot ”svårare patienter” och därmed har lägre andel standardpatienter. Detta tyder på att skillnaden i andelen standardpatienter mellan klinikerna, case mix, betingas av lokala skillnader i indikationen till ingreppet och inte av medicinska faktorer.



Figur 2 Andel standardpatienter.

Patienternas uppgivna värsta besvär som orsak till operation

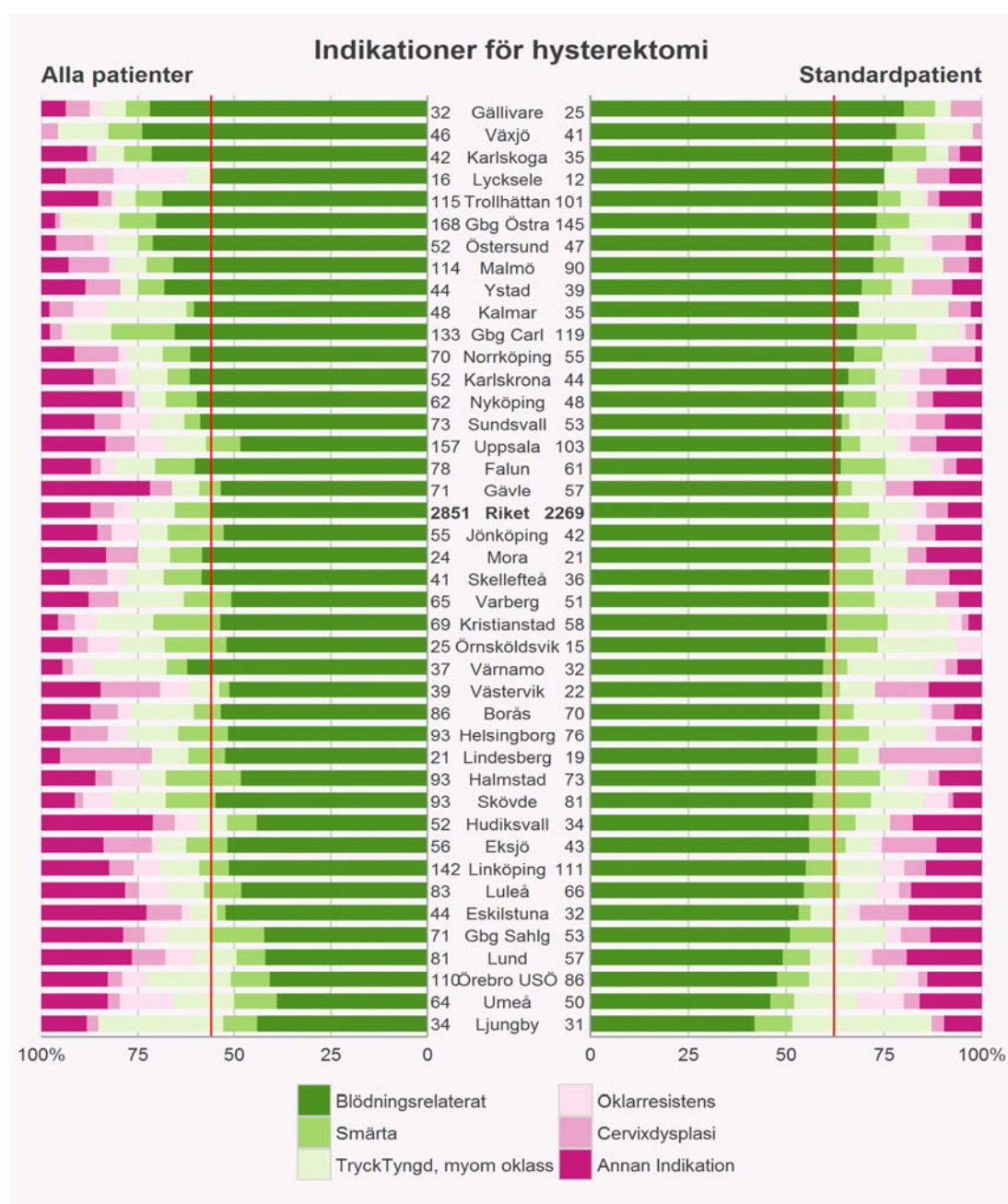
Nedanstående figur visar vilka besvär som patienterna angett vara den huvudsakliga orsaken till att livmodern avlägsnats. Såväl samtliga patienters och standardpatienternas uppgivna orsaker visas. För båda patientgrupperna gäller att blödningsbesvär är den vanligaste orsaken till att man önskat livmodern avlägsnad och anges av ca hälften av patiententerna. Det kan synas märkligt att spridningen mellan klinikerna är så stor som 30-69 % när det gäller ”standardpatienternas” andel av blödningsbesvär som orsak till operationen med ett riksgenomsnitt på 53 %. Troligen speglar spridningen en olika syn vid klinikerna på hysterektomins nytta vid andra besvär än blödningsrubbnig, dvs. indikationsskillnader. Det är även notabelt att trots att alla patienter sållats bort där den läkarangivna indikationen till ingreppet har varit prolaps, anger vissa av patienterna ändå att framfall i underlivet är en huvudorsak till operationen.



Figur 3 Patienternas besvär inför hysterektomi

Operationsindikationer

När man tittar närmare på de läkarangivna indikationerna till utförda hysterektomier kan man notera att blödning, liksom för de besvär patienterna angivit, är den vanligaste indikationen/orsaken till att livmodern opererats bort. Drygt 50 % av patienterna i hela materialet har av läkare getts blödning som indikation medan motsvarande andel av standardpatienterna är 67 %. Att blödning hos dessa är vanligare som läkarangiven indikation till ingreppet än patientangivet besvär kan tyda på en viss diskrepans mellan vad patienterna och läkarna anser vara huvudanledningen till att operationen utförs. Kanske det också finns en viss glidning till att hellre ange blödning som indikation till ingreppet än något annat inte lika vedertaget besvär. Data angående indikation för ingreppet registreras inte i GKR.



Figur 4 Operationsindikation

Operationsmetoder

Hysterektomi utförs med i princip tre olika operationsmetoder: abdominellt, vaginalt eller laparoskopiskt. Den abdominella metoden, dvs. livmodern avlägsnas via öppen kirurgi genom en större incision genom bukväggen, är den traditionella metoden som varit den dominerande under hela 1900-talet. Det är fortfarande den vanligaste operationsmetoden i Sverige vid hysterektomi och användes under 2015 vid 49 % av operationerna i denna rapport.

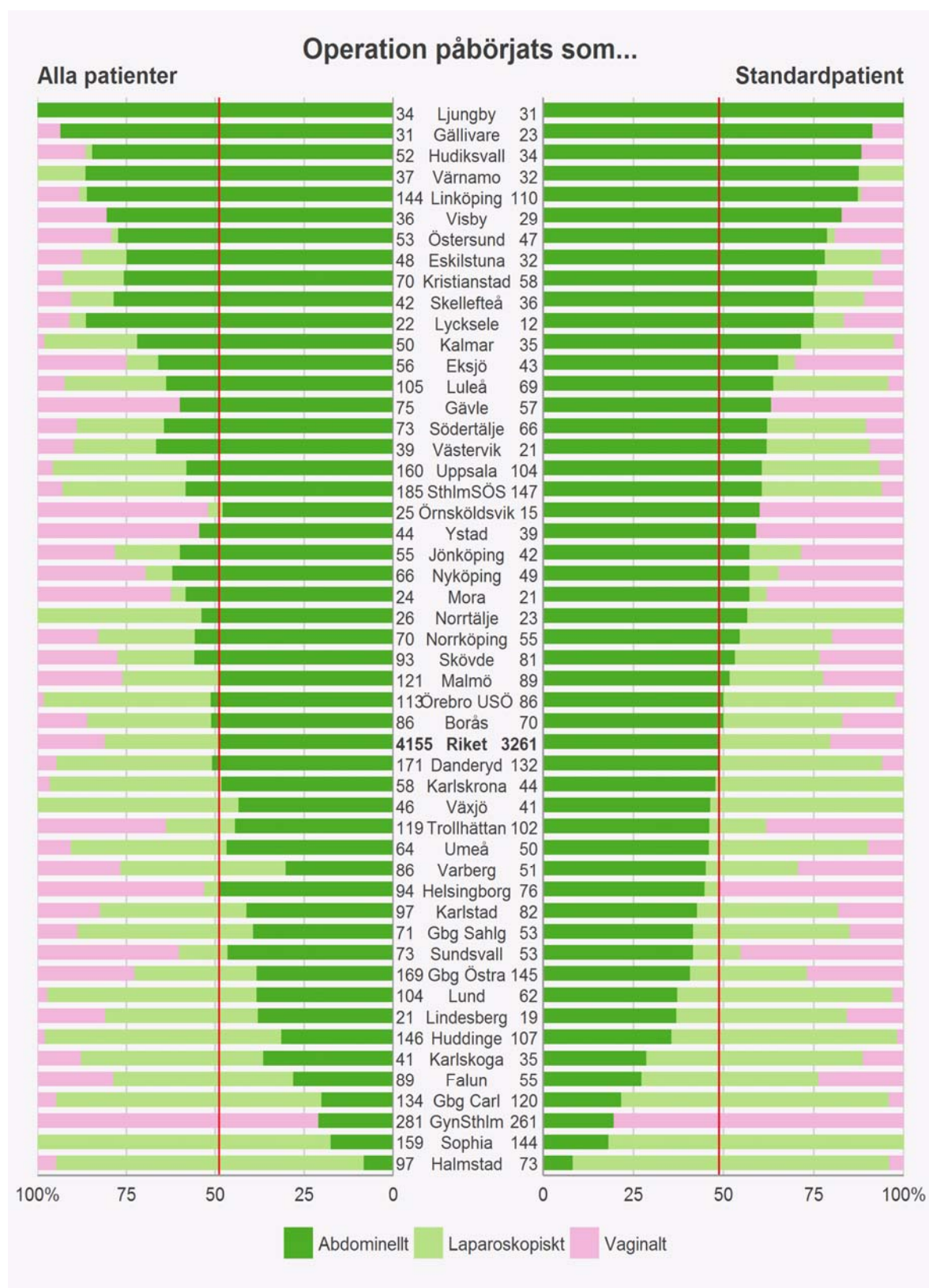
Sedan 25 år har dock den vaginala metoden, där livmodern avlägsnas via operation från slidan, blivit allt vanligare och användes vid 19 % av operationerna. Metoden innebär fördelar framför den abdominella genom att operationsärr i bukväggen helt kan undvikas och därmed minskat operationstrauma samt minskad risk för ärrbräck och sårinfektion. Den vaginala metoden innebär dock begränsningar i åtkomlighet och möjlighet att undersöka förändringar i lilla bäckenet.

Den laparoskopiska metoden, s.k. titthålskirurgi, har den vaginala metodens fördelar med sin minimalinvasiva teknik samtidigt som den vaginala teknikens nackdelar med begränsad åtkomlighet och möjlighet att undersöka och åtgärda patologi i lilla bäckenet saknas. Flera studier har dokumenterat att den innebär kortare konvalescens, kortare tid till fullgod ADL-funktion och färre komplikationer, typ sårinfektion och ärrbräck, jämfört med den abdominella metoden. Nackdelen är att den är svårare att utföra. Denna nackdel kan till viss del undvikas genom robotkirurgi, som är en variant av den laparoskopiska metoden och som har börjat användas allt mer. Den laparoskopiska metoden har sedan sitt införande i Sverige för ca 25 år sedan successivt etablerats och användes under 2015 vid ca 1/3 (32 %) av alla hysterektomier i denna rapport, dock med stor variation mellan klinikerna.

Om enbart hysterektomier som utförs på "standardpatienter" beaktas, där skillnader i patientmaterialet mellan klinikerna torde vara minimalt, ser man ändå skillnader i hur klinikerna använder sig av de olika operationsmetoderna. Skillnaden i andelen hysterektomier som utfördes med öppen kirurgi under år 2015 varierar mellan klinikerna hos dessa patienter från 8 till 100 %!! Frekvensen för riksgenomsnittet har successivt sjunkit de senaste åren men fortfarande utförs hälften av operationerna via öppen bukkirurgi. Frågan är hur länge det är försvarbart att vissa kliniker på "standardpatienter" i huvudsak fortsätter använda en operationsmetod som dokumenterat innebär större risk för sårinfektion, ärrbräck och längre konvalescenstid än andra etablerade och välbeprövade operationsmetoder. Här finns uppenbarligen en stor förbättringspotential hos flera kliniker som använder den öppna kirurgin i stor utsträckning trots att för patienten mer skonsamma väldokumenterade metoder finns tillgängliga.

Operationsmetoder vid hysterektomi

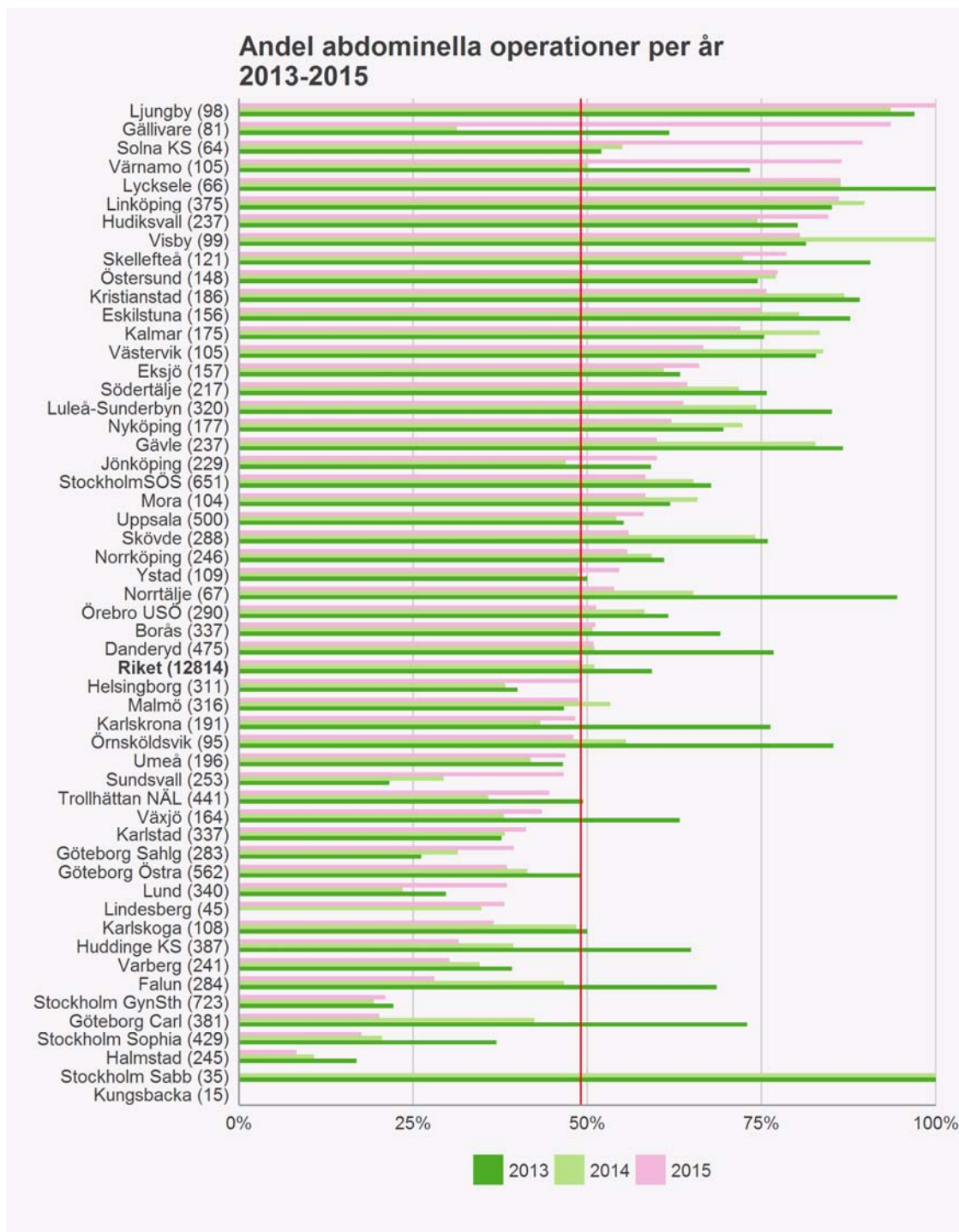
I nedanstående figur visas andelarna av de olika operationsmetoderna så som de använts på de olika klinikerna vid hysterektomi på respektive kliniks hela patientmaterial och dess "standardpatienter" under år 2015.



Figur 5 Operationen påbörjats som...

Kommentar från Hallands sjukhus Halmstad ang figur 5: Halland har varit mycket tidiga med att investera i operationsrobot och är nu inne på sin andra generation i både Varberg och Halmstad. I Halmstad har intresset och kompetensen beträffande laparoskopisk kirurgi varit mer välutvecklad än motsvarande för vaginal kirurgi och just nu är fokus på robotassisterad laparoskopi möjligen något större än vad som är optimalt. Gynekologin har haft god tillgång till såväl operationstid med "robot" på både malign och benign indikation som på operatörer med denna kompetens. Detta förklarar den fortsatt ledande positionen i Halland på icke-abdominell teknik vid hysterektomi.

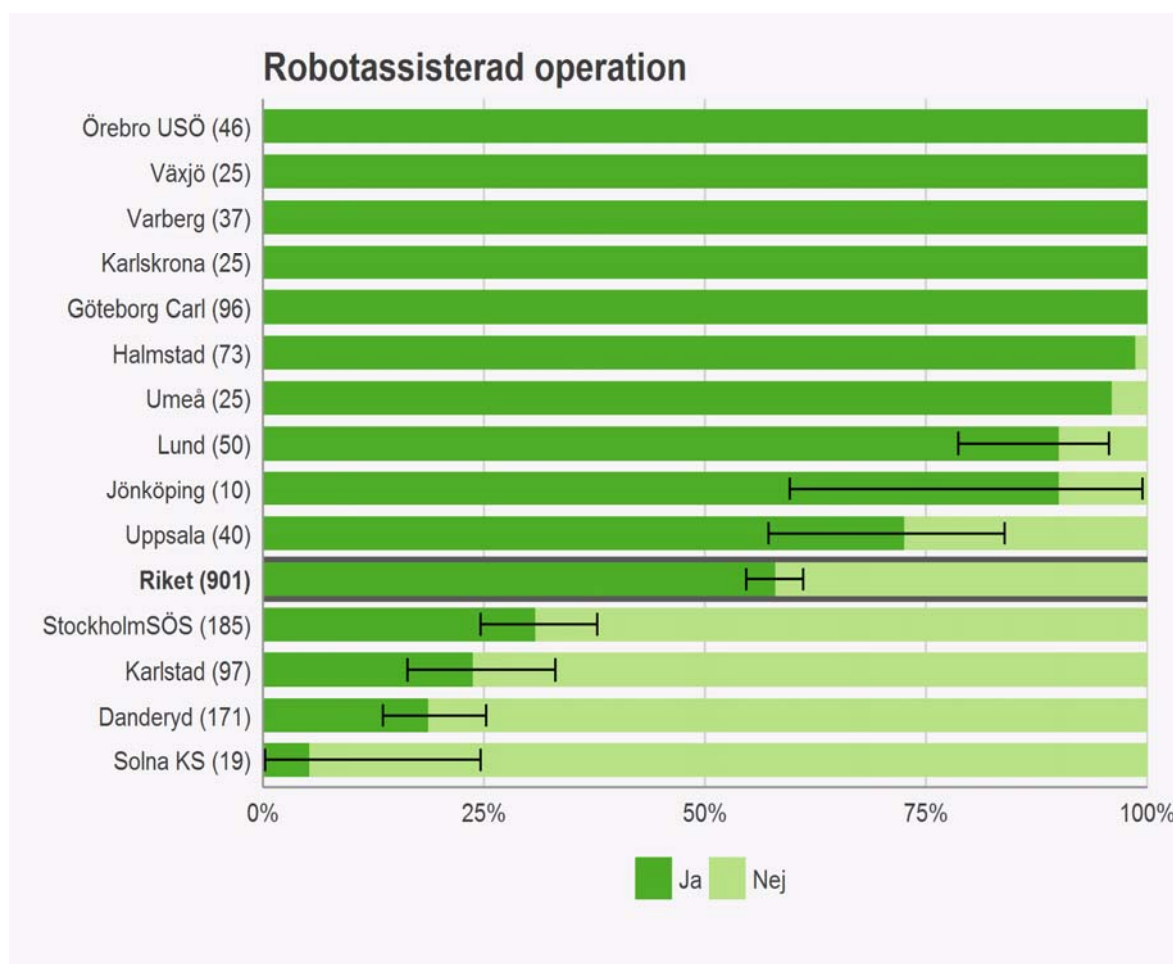
För att kunna följa förändringar över tid, i vilken utsträckning de olika operationsmetoderna vid hysterektomi har används, presenteras i nedanstående figur de senaste 3 årens resultat. För att göra jämförelser mellan kliniker rättvisa visas operationsmetoderna såsom de används hos respektive kliniks "standardpatienter". Man kan konstatera att flera kliniker allt mer gått över till minimalinvasiv operationsmetod vid hysterektomi och att andelen öppen kirurgi totalt sett successivt har minskat. Fortfarande görs dock nära hälften av hysterektomierna på dessa patienter via ett större buksnitt. Rangordning mellan klinikerna har gjorts utifrån andelen abdominell hysterektomi under år 2015.



Figur 6 Andel abdominella operationer per år från 2013 till 2015.

Robotkirurgi är en variant av laparoskopisk kirurgi som utförs med kirurgen placerad i en operationskonsoll och som underlättar utförandet för kirurgen i och med tredimensionellt seende av operationsfältet och där utförandet mer liknar den öppna kirurgins. Nackdelen är den relativt stora ekonomiska investeringskostnaden och kostnader för kirurgiska instrument. Man kan förvänta sig att robotkirurgin vid hysterektomi successivt kommer att användas allt mer. Vissa kliniker använder redan idag denna teknik i stor utsträckning vid hysterektomi, även vid godartade tillstånd.

I nedanstående figur visas andelen hysterektomier som skett med robotassistans hos de kliniker som tillämpar denna operationsmetod vid benign hysterektomi. Totalt omfattas 52 kliniker. Av dessa har 15 (29 %) kliniker utfört robotassisterade operationer under 2015.

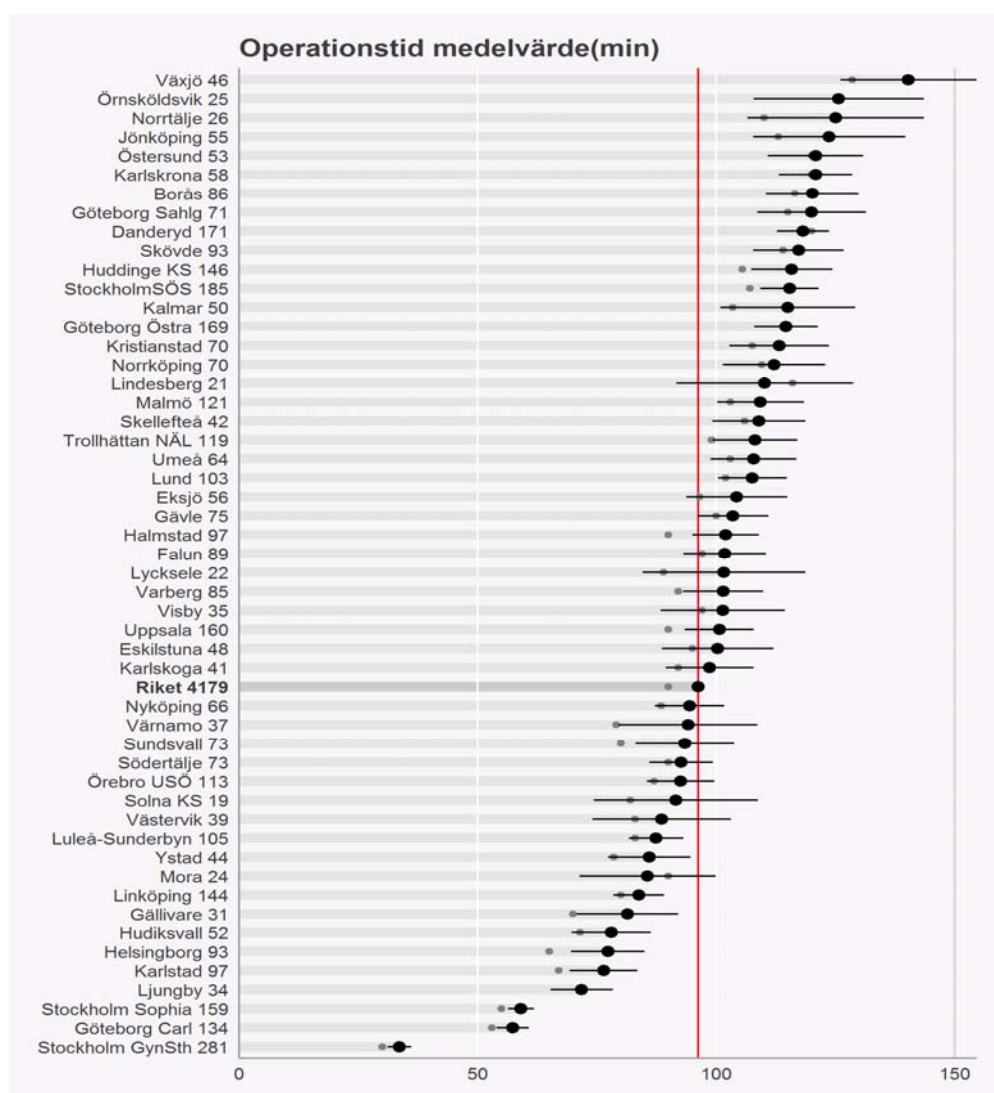


Figur 7 Robotassisterade operationer.

Operationstider

Den tid det tar för att utföra operationen är som kvalitetsparameter diskutabel. Naturligtvis kan den som en ekonomisk parameter vara värdefull men det är inte nödvändigtvis så att en snabbt utförd operation innebär en med hög säkerhet utförd operation med låg risk för komplikationer. Ur ekonomiskt perspektiv har den ändå tagits med i denna rapport avseende ”standardpatienterna” som en av sjukhusekonomer och av vårdgivare önskad parameter.

För hela riket är medeloperationstiden ca 1½ timme. Det som är mycket anmärkningsvärt är att medeloperationstiden varierar så kraftigt mellan klinikerna, från 30 minuter till nära 2 ½ timme, dvs. 5 gånger så lång tid för samma standardingrepp med liknande svårighetsgrad!! Det kan finnas skillnader hur operationstid definieras, den som används är ”knivtid” definierad som den tid under vilken man orsakat patienten sådan smärta att anestesi har krävts. Även om den totala narkostiden rapporterats är skillnaderna alltför stora.

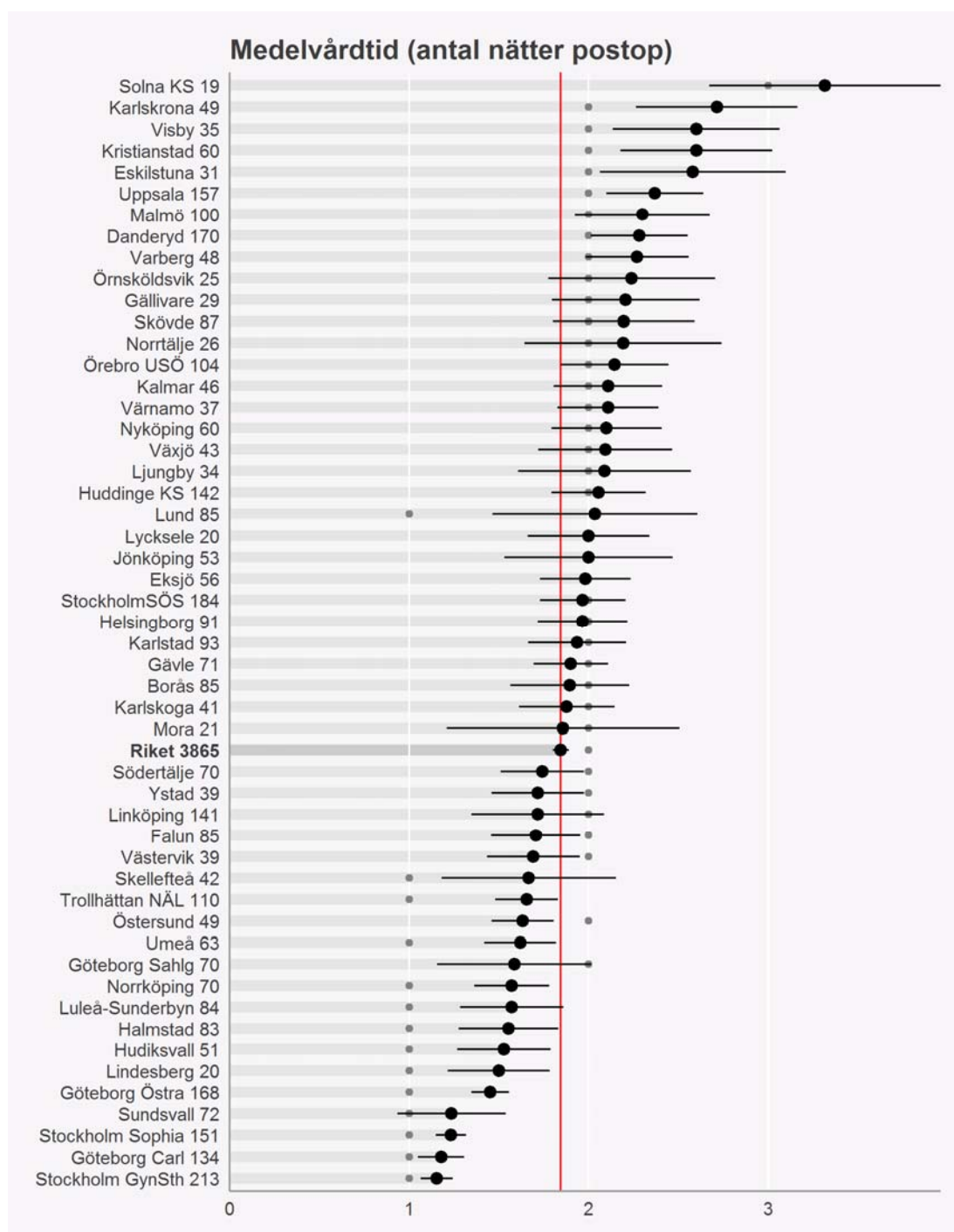


Figur 8 Operationstid medelvärde. Medelvärdet presenterat med konfidensintervall och medianen angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.

Vårdtid

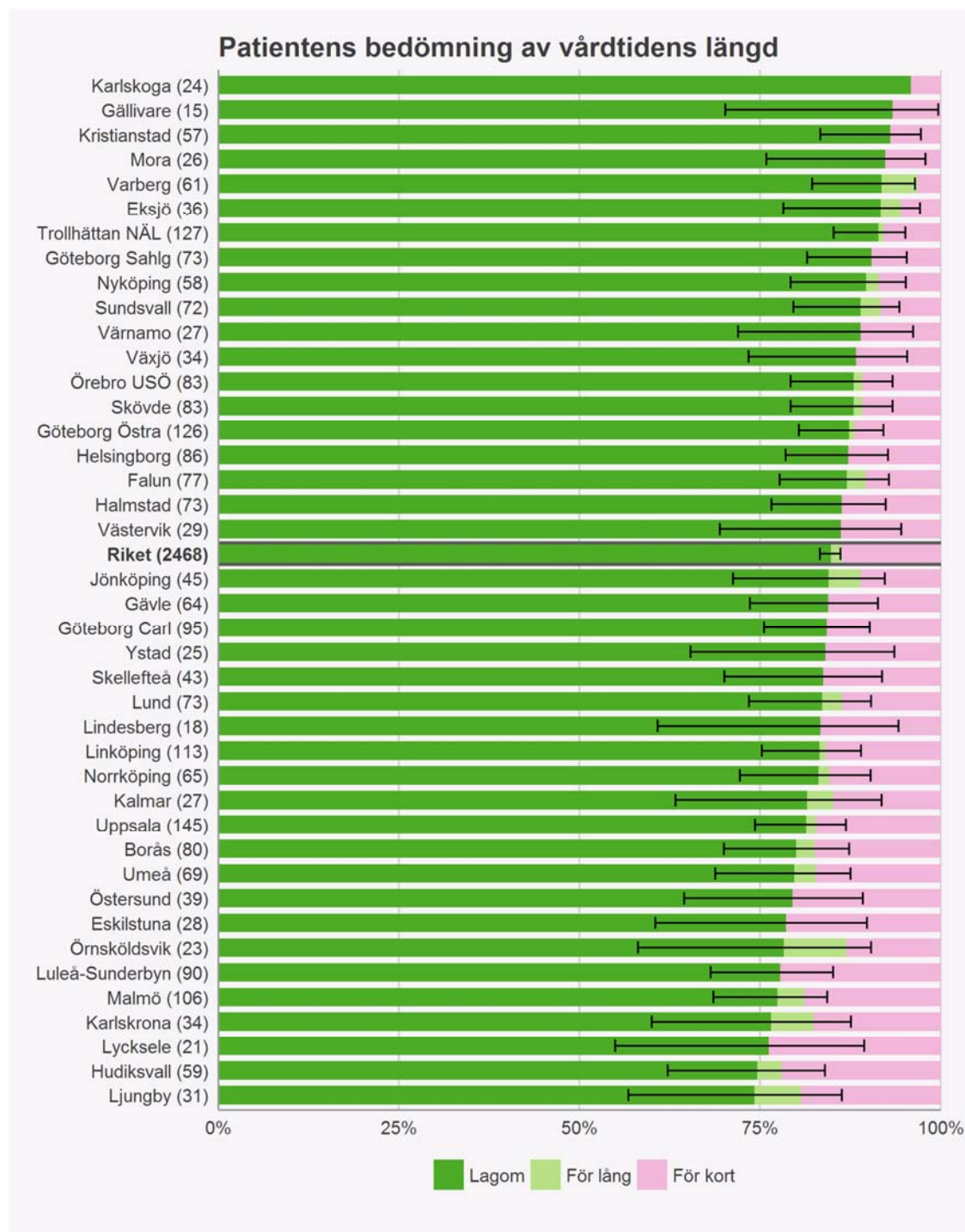
Vårdtiden efter hysterektomi varierar kraftigt mellan klinikerna i landet även om man bara inkluderar ”standardpatienter”, där operationstraumat borde kunna vara någorlunda likartad för respektive kliniks patienter.

I nedanstående figur visas genomsnittsvårdtiden (medelvärde) i dagar efter utförd hysterektomi på ”standardpatienter” för respektive klinik. Denna varierar mellan klinikerna från drygt 1 till drygt 3 dagar.



Figur 9 Vårdtid (antal nätter postoperativt), medel. Medelvärde presenterat med konfidensintervall och medianen angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd, om den var lagom, för lång eller för kort är presenterat i nedanstående figur. Bedömningen gäller "standardpatienterna". Spridningen mellan klinikerna avseende andelen som tyckte vårdtiden var lagom lång varierar från 75-95 % och andelen patienter som tyckte vårdtiden var för kort varierar från 4-24 %. Patienternas bedömning av vårdtidens längd korrelerar inte med den faktiska vårdtiden.

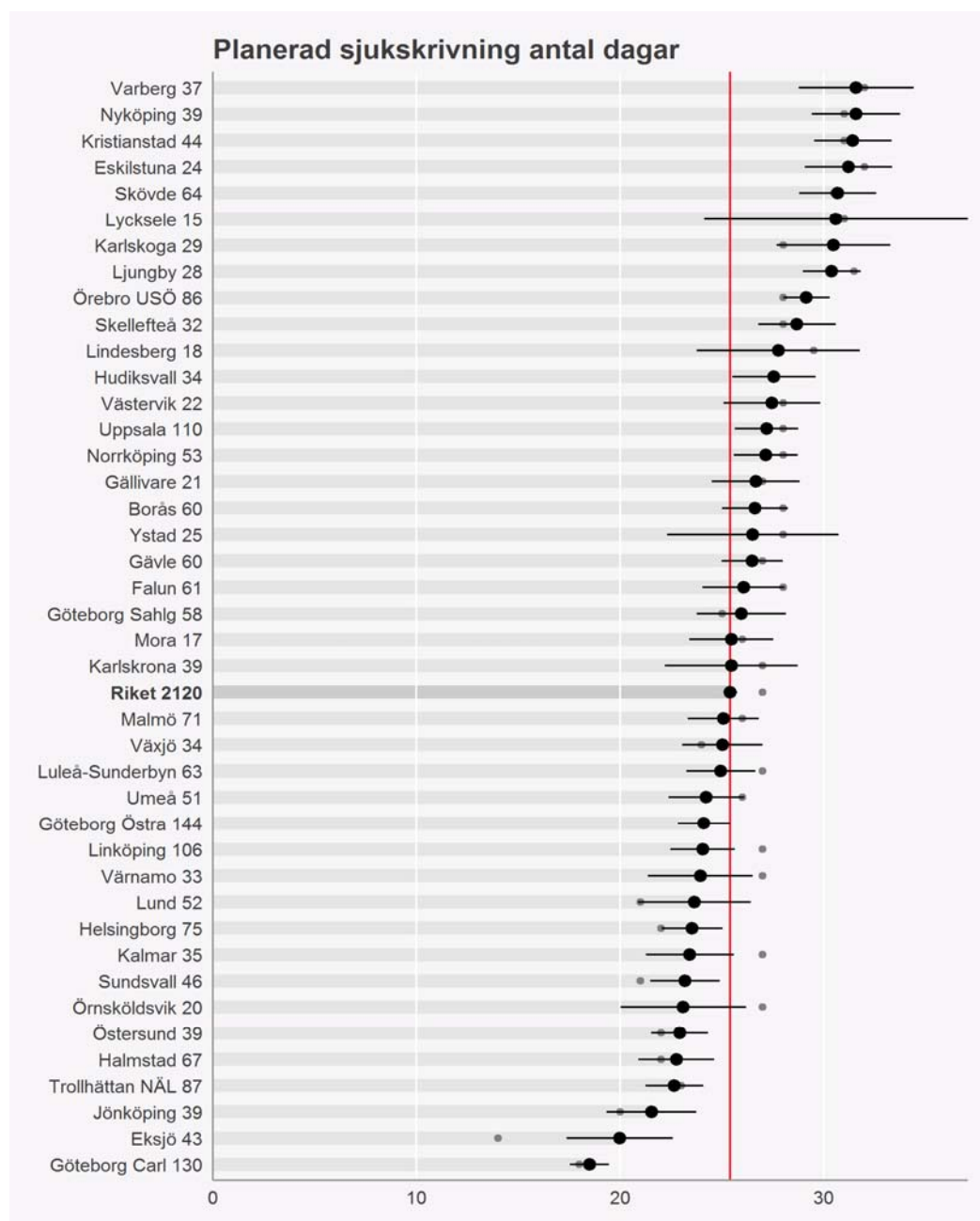


Figur 10 Patientens uppfattning om vårdtidens längd.

Sjukskrivning efter operation

När det gäller den genomsnittligt planerade sjukskrivningstiden efter hysterektomi på "standardpatienter" under år 2015 varierar den mellan klinikerna från knappt 3 till knappt 5 veckor, vilket är en mindre spridning jämfört med föregående år. Det kan tyckas märkligt att samma typ av ingrepp på "standardpatienter" fortfarande leder till så stora skillnader i planerad sjukskrivningstid men en del av förklaringen torde vara att andelen öppen bukkirurgi vid dessa ingrepp varierar kraftigt mellan klinikerna. En annan förklaring är skillnader i lokala traditioner när det gäller planerad sjukskrivning oavsett operationsmetod.

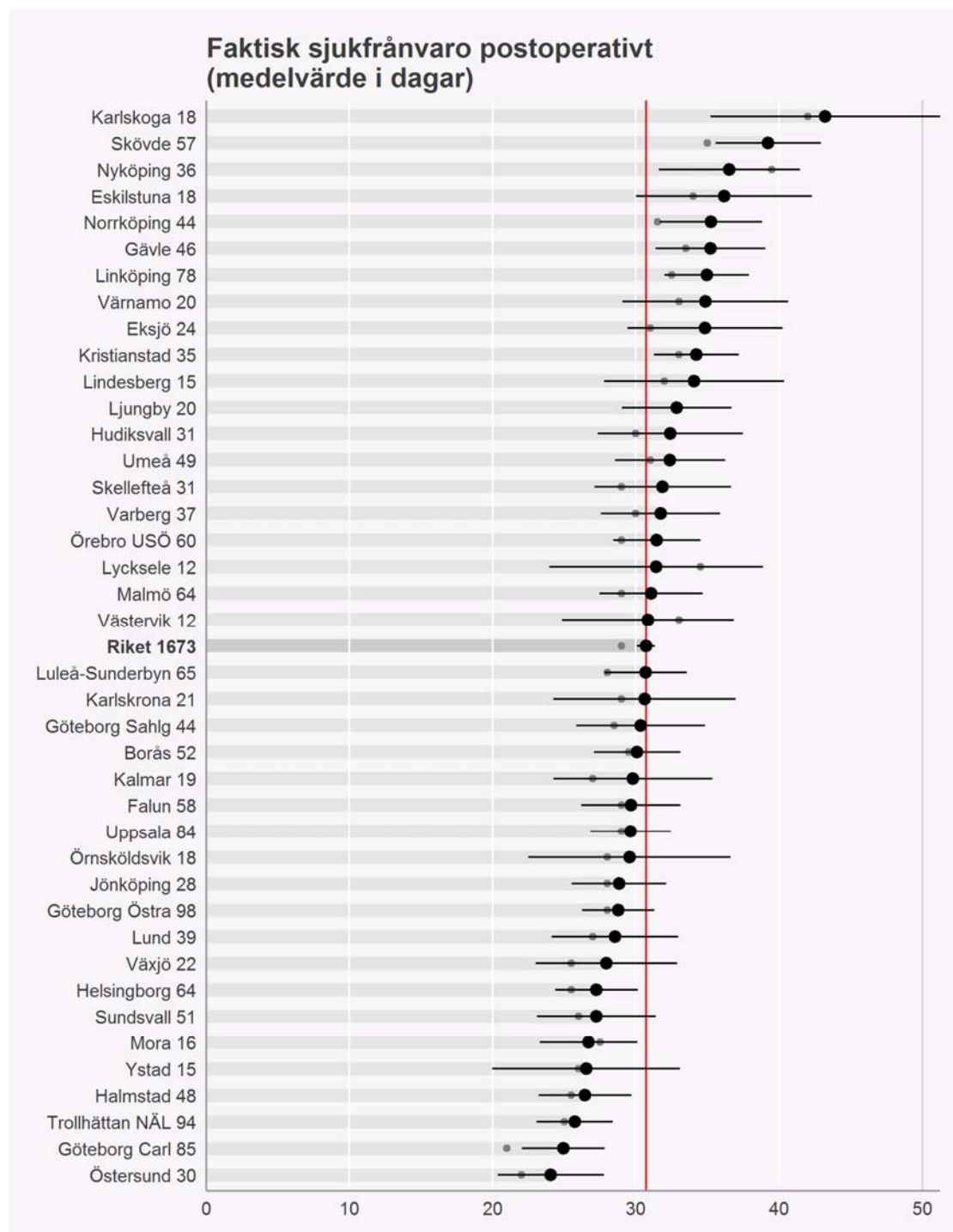
I nedanstående figur visas den från operationsdatum givna sjukskrivningstiden avseende klinikernas "standardpatienter". Dessa data registreras inte i GKR.



Figur 11 Planerad sjukskrivning. Medelvärde presenterat med konfidensintervall och medianen angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.

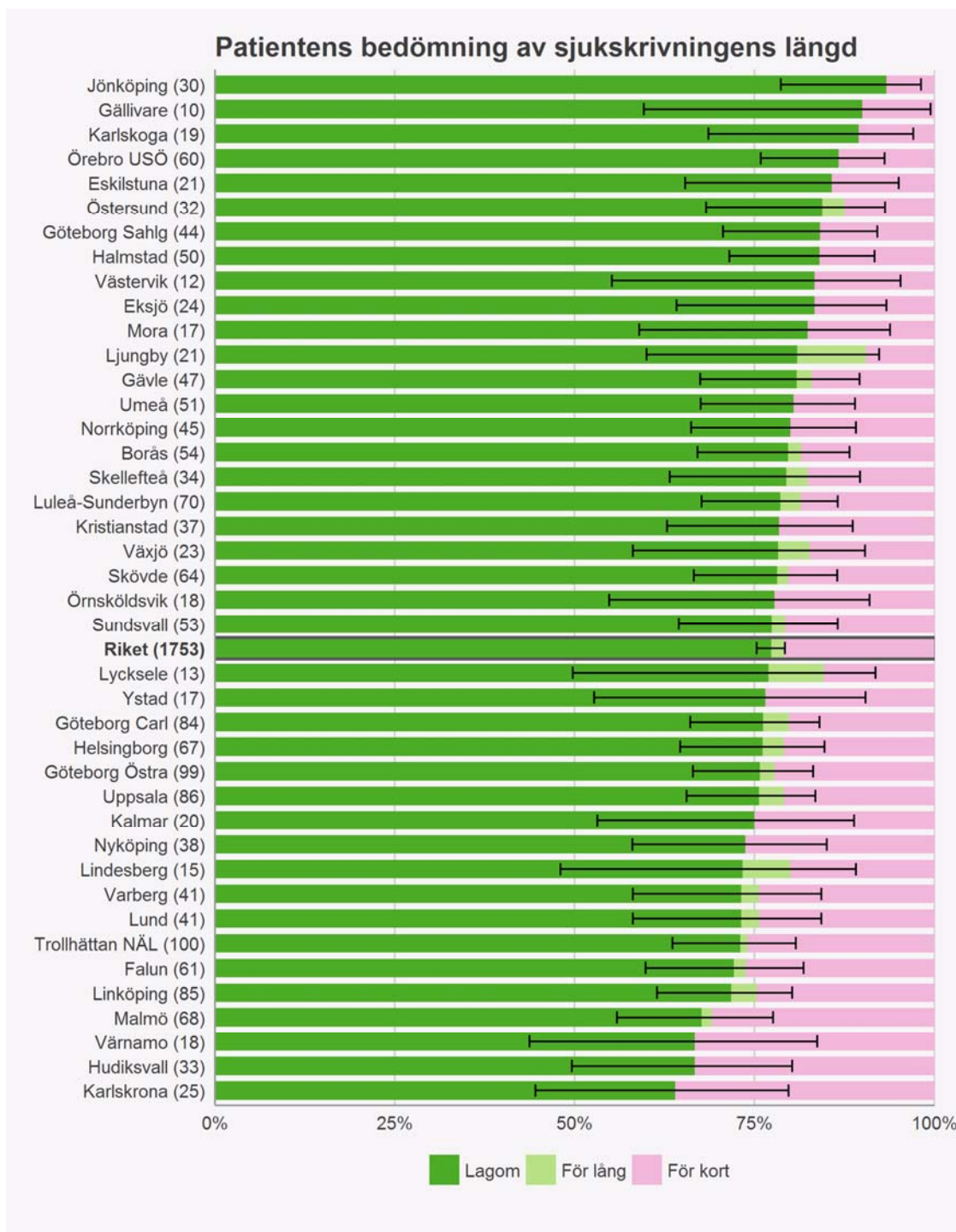
Den faktiska sjukskrivningstiden är som förväntat något längre än den som getts vid utskrivningstillfället. Med undantag av en "outlier" är det drygt 2 veckors spridning mellan klinikerna.

I nedanstående figur visas den faktiska sjukskrivningstiden som behövdes hos klinikernas "standardpatienter" efter hysterektomi. Dessa data registreras inte i GKR.



Figur 12 Faktisk sjukskrivning. Medelvärdet presenterat med konfidensintervall och medianen angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.

De allra flesta ”standardpatienterna”, med ett riksgenomsnitt på 77 %, tycker att den givna sjukskrivningstiden var lagom lång. Dock är det en förvånande stor spridning mellan klinikerna när det gäller andelen patienter som tycker den givna sjukskrivningen var för kort, där andelen varierar från 7 till 35 %. Det tycks inte finnas något klart samband mellan given sjukskrivningslängd och andel av patienterna som tycker den var lagom lång. Således är det nog snarare vilken information patienten har fått före operationen och med vilken metod hon har opererats som förklarar den stora spridningen.

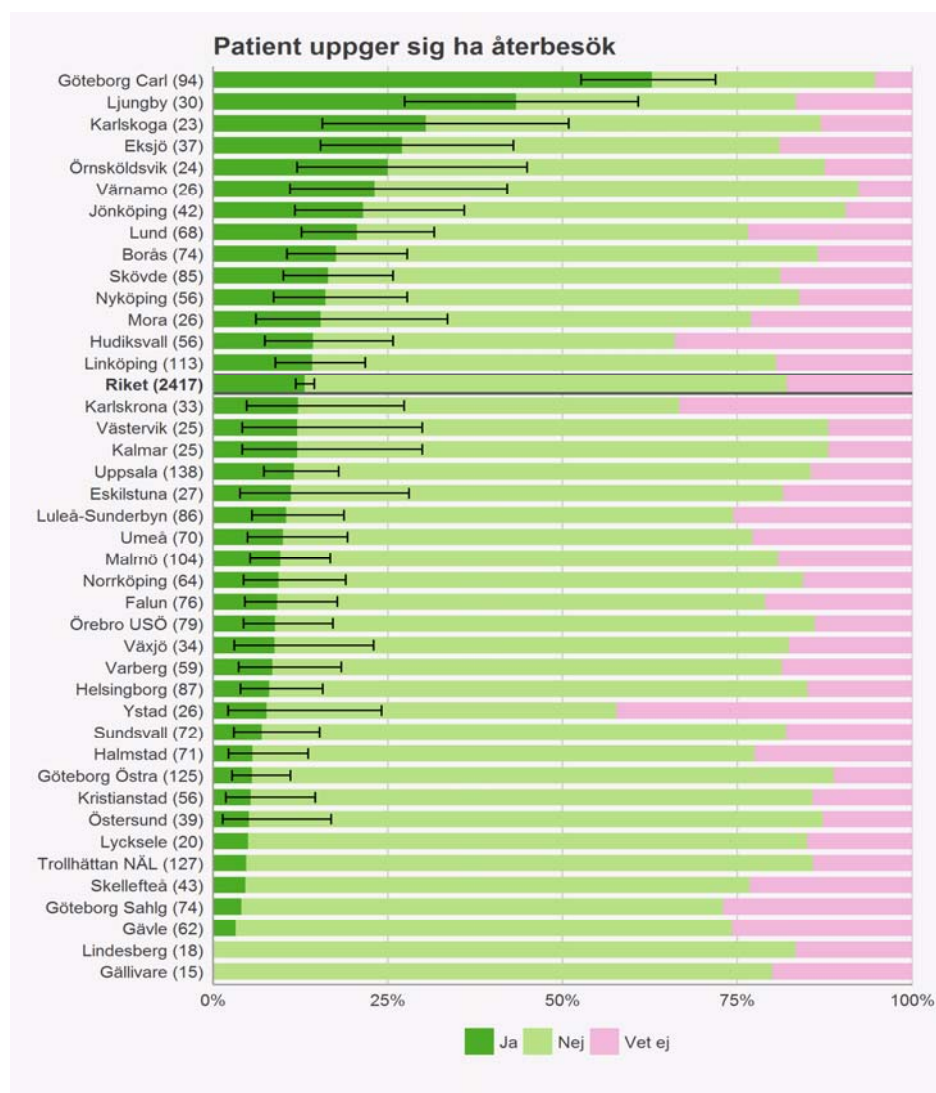


Figur 13 Patientens uppfattning om sjukskrivningens längd.

Planerade återbesök och kontaktbehov

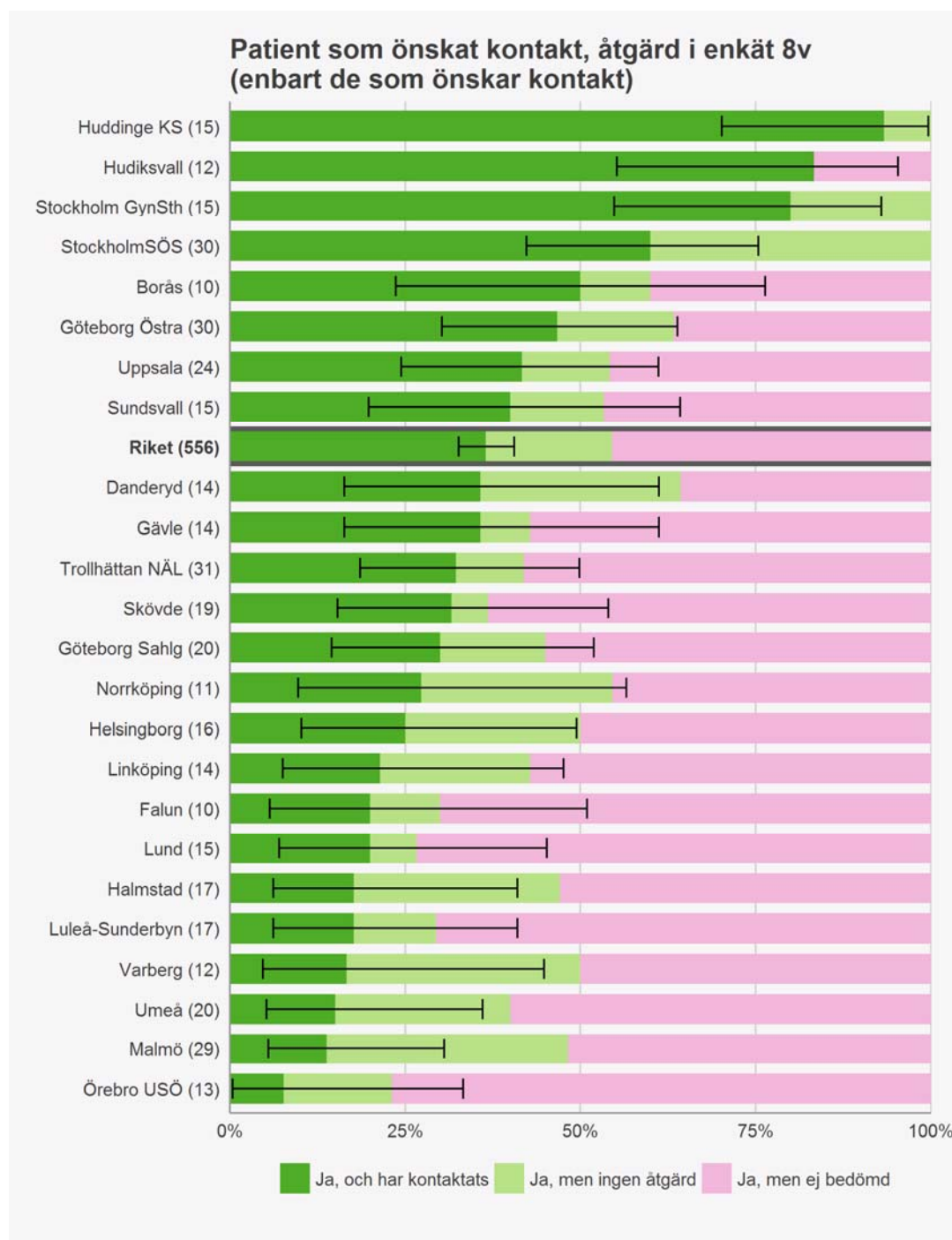
Planerade återbesök efter hysterektomi på ”standardpatienter”, där vårdförloppet varit okomplicerat, kan synas onödigt och är i stor utsträckning en resursfråga. Flertalet kliniker väljer idag att inte per automatik erbjuda återbesök i normala fall. Detta kräver dock att patienterna före ingreppet får fullgod information om vad som kan förväntas vad gäller besvär under konvalescenstiden, vad som är normalt och vad som är att betrakta som komplikation. Dessutom vart man kan vända sig om något oväntat inträffar eller om man behöver längre sjukskrivningstid eller mer medicin. Härvidlag spelar den enkät patienterna får 8 veckor efter operationen en stor roll att fånga upp behovet av kontakt i någon form.

I nedanstående figur visas andelen av alla patienter per klinik som angivit att de fått ett planerat återbesök vid utskrivningstillfället. I riksgenomsnittet rör det sig om drygt 10 % av patienterna. Det kan konstateras att det råder stor variation mellan klinikerna. Om det planerade återbesöket sker på bekostnad av fullgod information till patienterna före ingreppet går inte att uttala sig om. Drygt 15 % av patienterna känner inte till om det planerades ett återbesök med spridning mellan klinikerna från 10 till 40 %.



Figur 14 Har patienten ett planerat återbesök

I nedanstående figur visas vilken åtgärd som vidtagits hos de patienter som i enkäten efter 8 veckor begärt att bli kontaktade. Detta är patienter som efter genomgången hysterektomi inte fått eller varit på något återbesök. Det måste anses som en synnerligen rimlig begäran att dessa patienter får någon form av kontakt. "Svar saknas" innebär oftast att patientens enkätsvar inte ens bedömts. Det förekommer även att patienten har kontaktats men detta har ej registrerats i registret. Nedan visas samtliga kliniker där patient begärt kontakt. I internationella undersökningar framkommer att svensk sjukvård har tillgänglighetsproblem. Dessa patienter är så få till antalet att det knappast kan vara enbart en resursfråga.



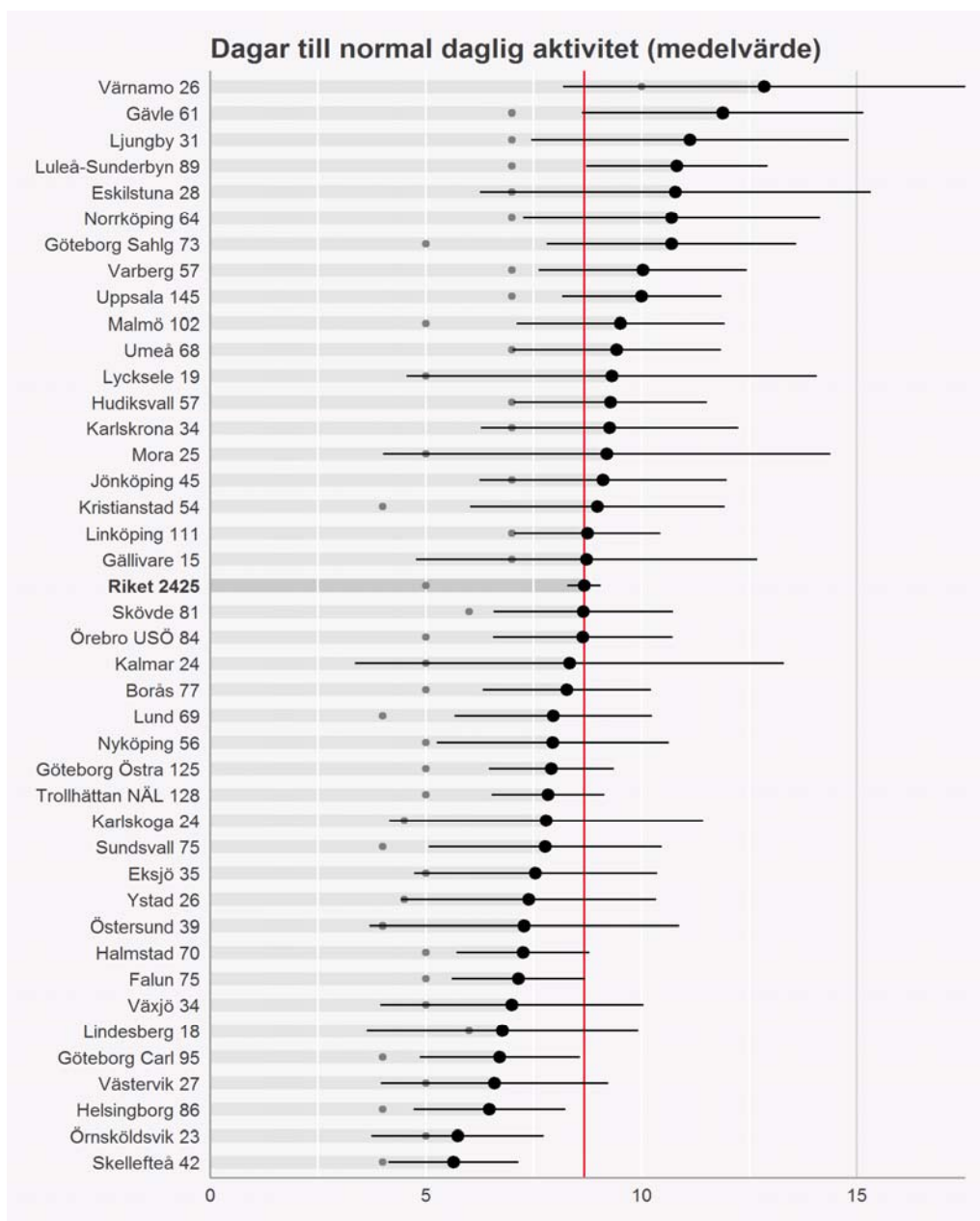
Figur 15 Har patienter som önskat kontakt via 8-veckorsenkäten blivit kontaktade

Tid till normal ADL

Tiden det tar för patienten att återhämta sig efter en operation kan mätas i hur lång tid det tar innan hon i samma utsträckning som före operationen klarar av dagliga rutiner som att sköta egen hygien, handla, laga mat etc. Dessa funktioner brukar benämnas ADL (Activities of Daily Living). Uppgiften inhämtas ur patientenkäten.

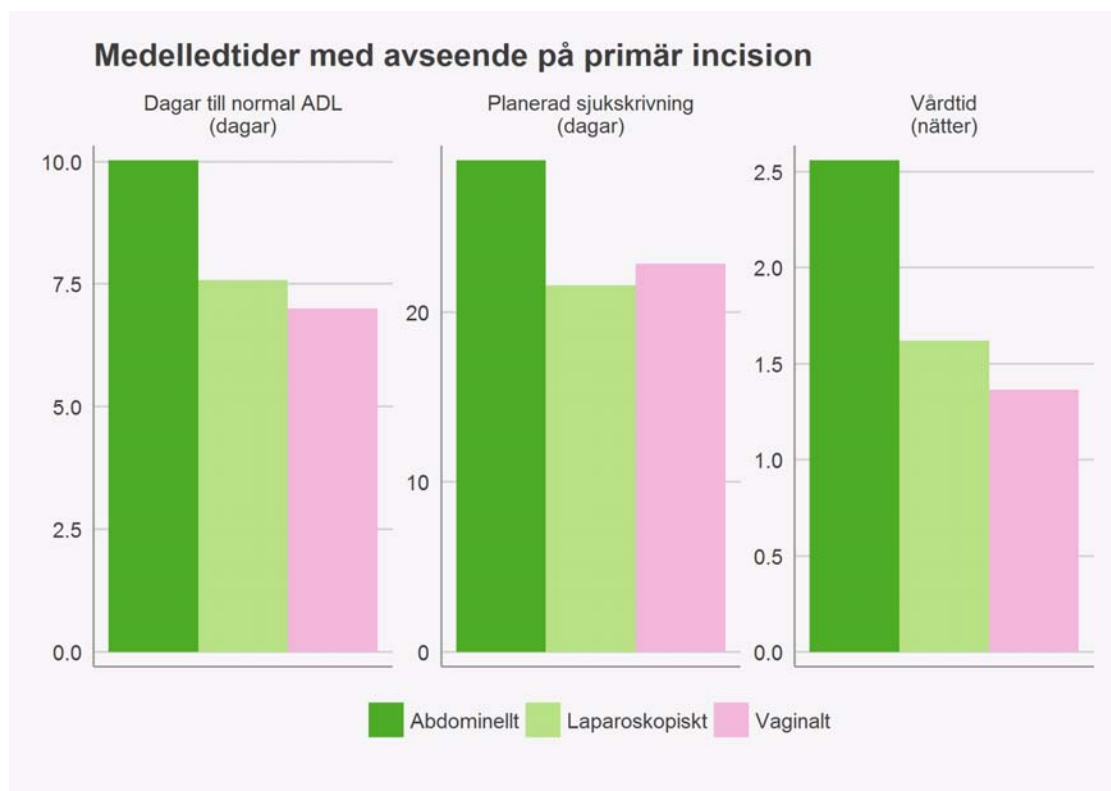
Då tiden till normal ADL torde vara påverkad av operationstraumats storlek, patienternas ålder och hälsostatus, så avses i nedanstående figur enbart "standardpatienter", dvs. förutsättningarna inför operationen är tämligen lika medan själva operationstraumat kan variera beroende på operationsmetod.

Det kan konstateras att det råder en tämligen stor spridning mellan klinikerna avseende den tid det tar för "standardpatienterna" att nå normal ADL. Denna typ av data registreras inte i GKR.



Figur 16 Dagar till normal daglig aktivitet (ADL)

I nedanstående figur ges en sammanfattande presentation av tiden till normal daglig aktivitet (ADL), planerad sjukskrivningstid och vårdtiden för de olika operationsmetoderna vid hysterektomi (abdominellt, laparoskopiskt och vaginalt). Jämfört med abdominal hysterektomi har de minimalinvasiva operationsmetoderna klart kortare tider.

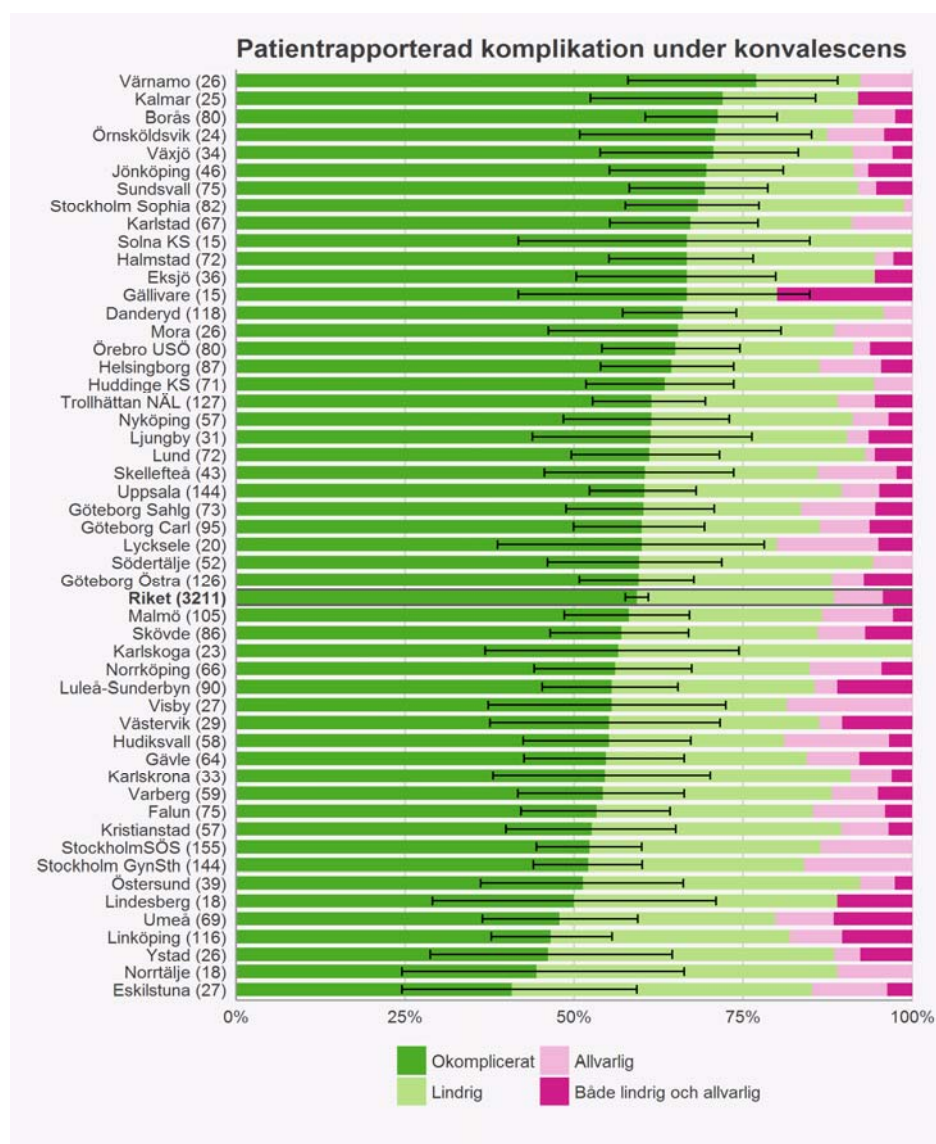


Figur 17 Ledtider för ADL, planerad sjukskrivning och vårdtid kontra operationsmetod.

Besvär och komplikationer efter hysterektomi

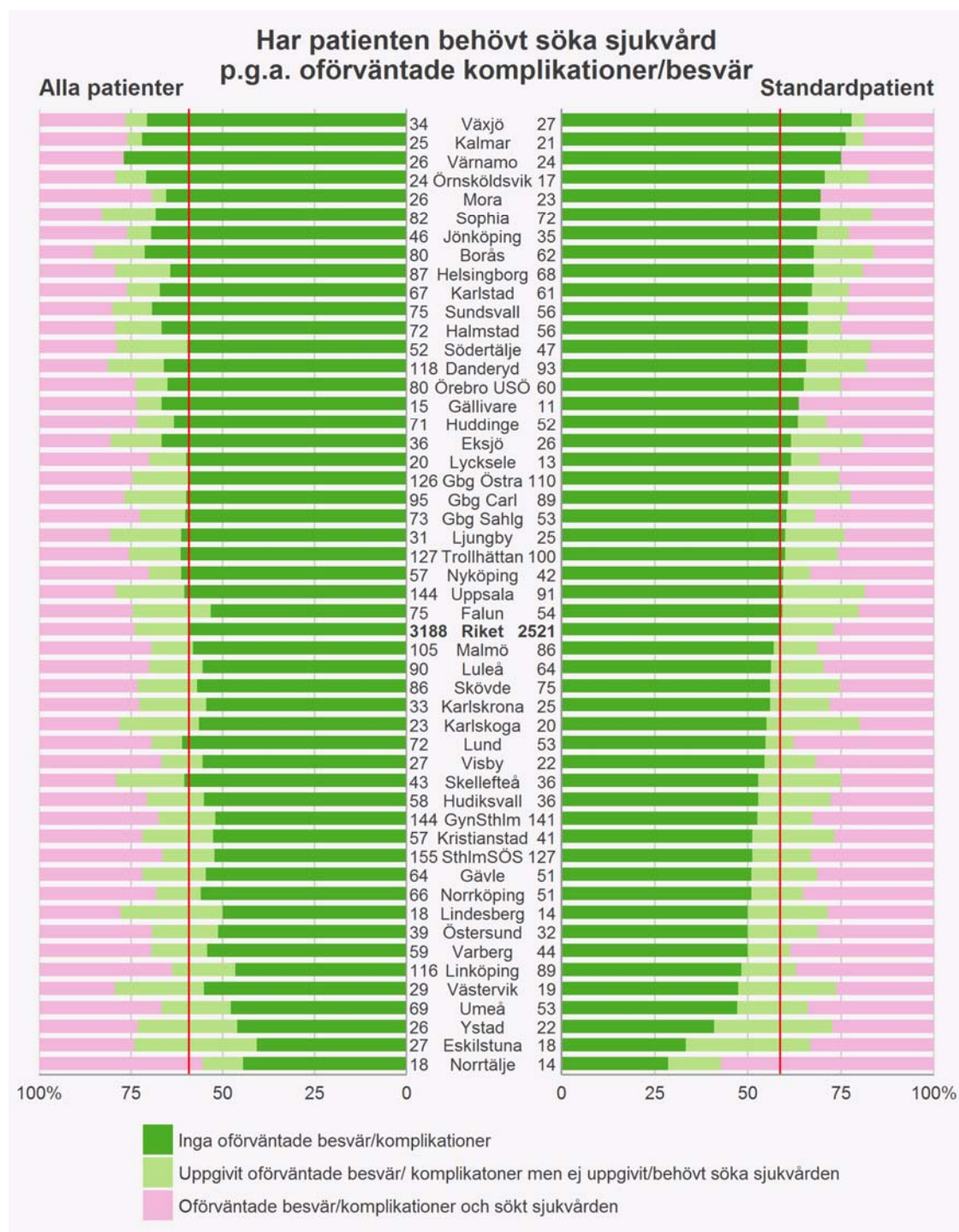
I den postoperativa enkäten som patienten får 8 veckor efter operationen uppmanas hon uppges om några oförväntade besvär uppkommit och om i så fall dessa föranlett sjukhusvård. I nedanstående figurer presenteras "standardpatienternas" svar samt hur läkarna bedömt de patientrapporterade besvären. Även överensstämmelsen mellan de patientrapporterade och läkarbedömda besvären/komplikationerna presenteras. Slutligen visas summan av samtliga läkarbedömda komplikationer som skett under operationen, vårdtiden och konvalescensen tom. 8-veckorsenkäten.

I nedanstående figur visas standardpatienternas rapporterade besvär enligt 8-veckorsenkäten. Andelen patienter som inte rapporterat några som helst oförväntade besvär postoperativt varierar per klinik från 40 till 77 %, vilket är ungefär samma spridning som den avseende samtliga patienter (data ej visade). Spridningen mellan klinikerna kan nog delvis förklaras av vilka förväntningar och vilken information patienterna har fått före och efter operationen.



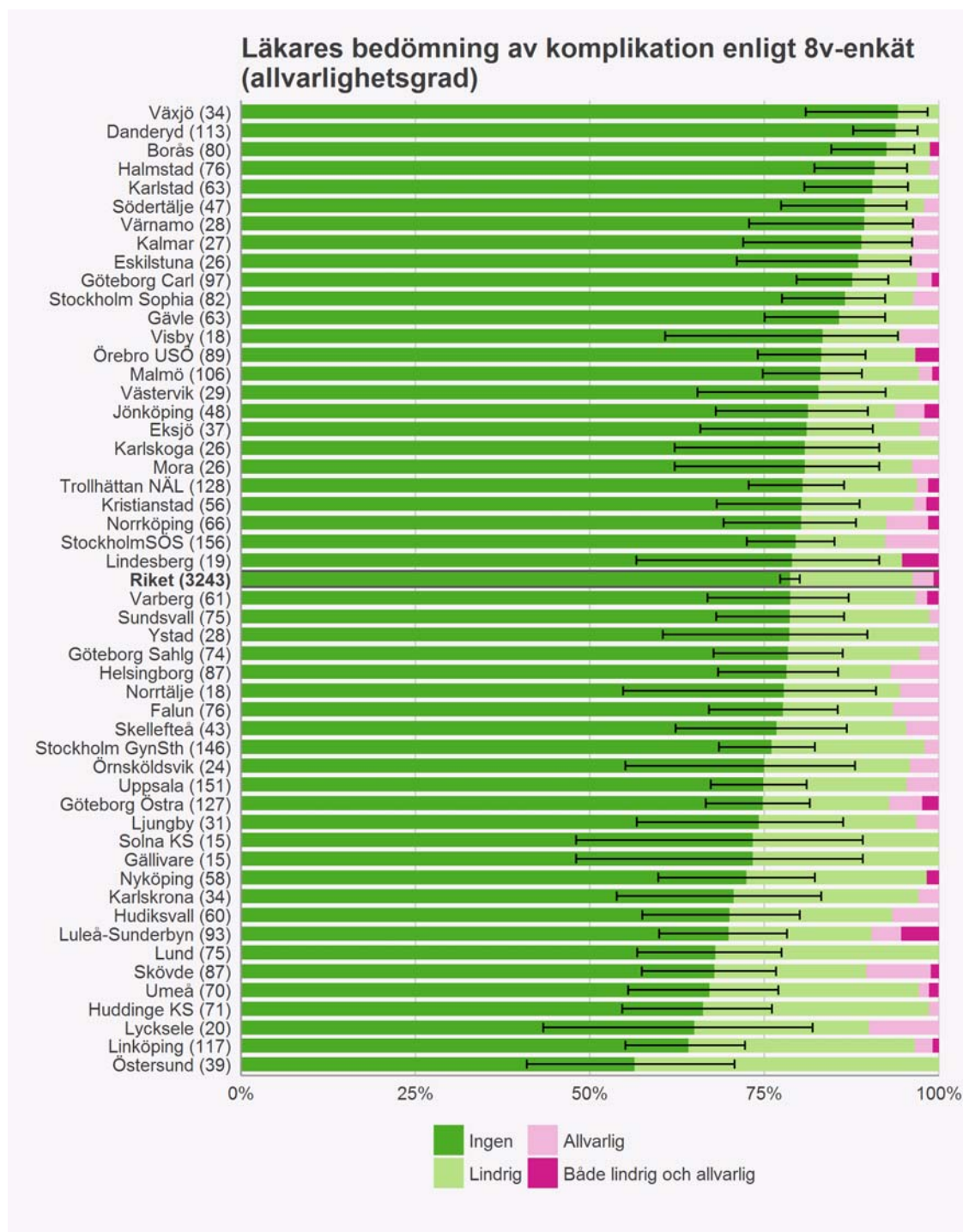
Figur 18 Patientrapporterad komplikation under konvalescensen.

Ett mått på komplikationsfrekvens och komplikationens allvarlighetsgrad är hur ofta de opererade patienterna behövt söka sjukvård på grund av besvär som inte är förväntade efter genomgången operation. I nedanstående figur visas andelen av samtliga patienter samt av "standardpatienter" som behövt söka sjukvård såsom patienterna har angivit i enkät 8 v efter operationen. För såväl samtliga patienter som "standardpatienterna" har ca ¼ behövt söka sjukvård pga. oförväntade besvär/komplikationer. Spridningen mellan klinikerna är tämligen låg.



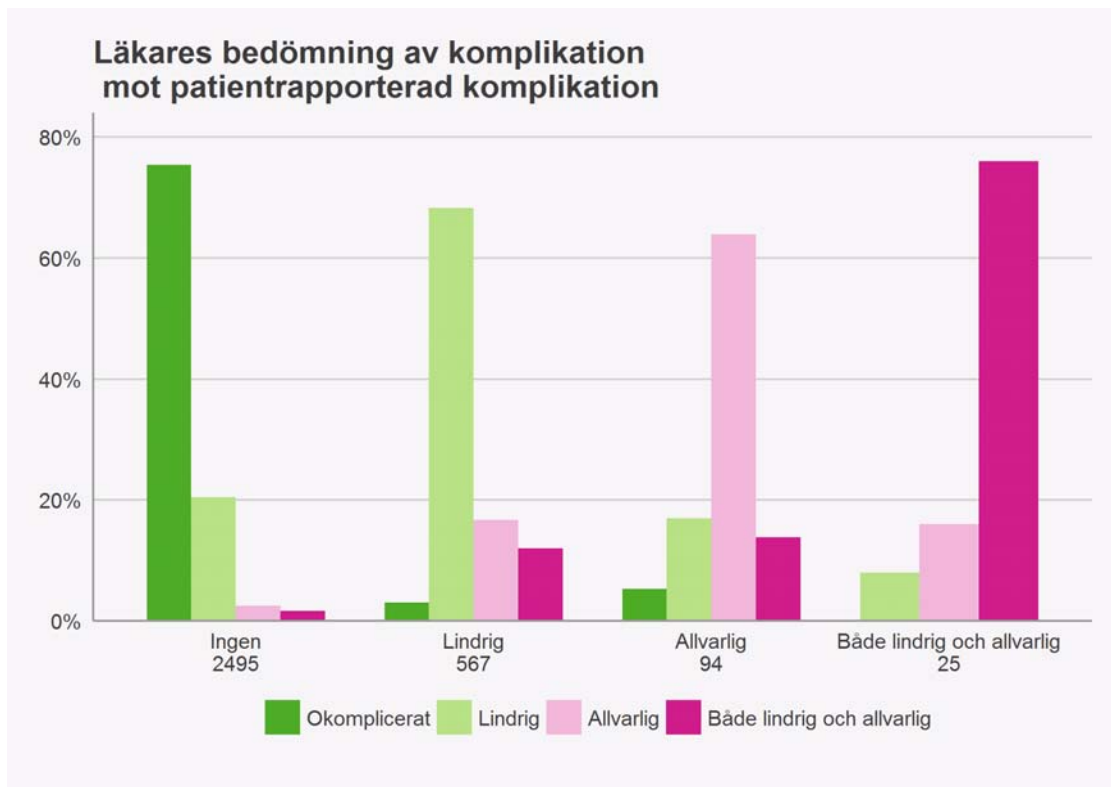
Figur 19 Har patienten behövt söka sjukvård pga oförväntade besvär

I nedanstående figur visas vilken bedömning läkare har gjort av de besvär som ”standardpatienterna” angivit i 8-veckorsenkäten. Besvären har klassats som allvarliga respektive lindriga komplikationer eller som förväntade besvär som inte skall klassificeras som komplikation.



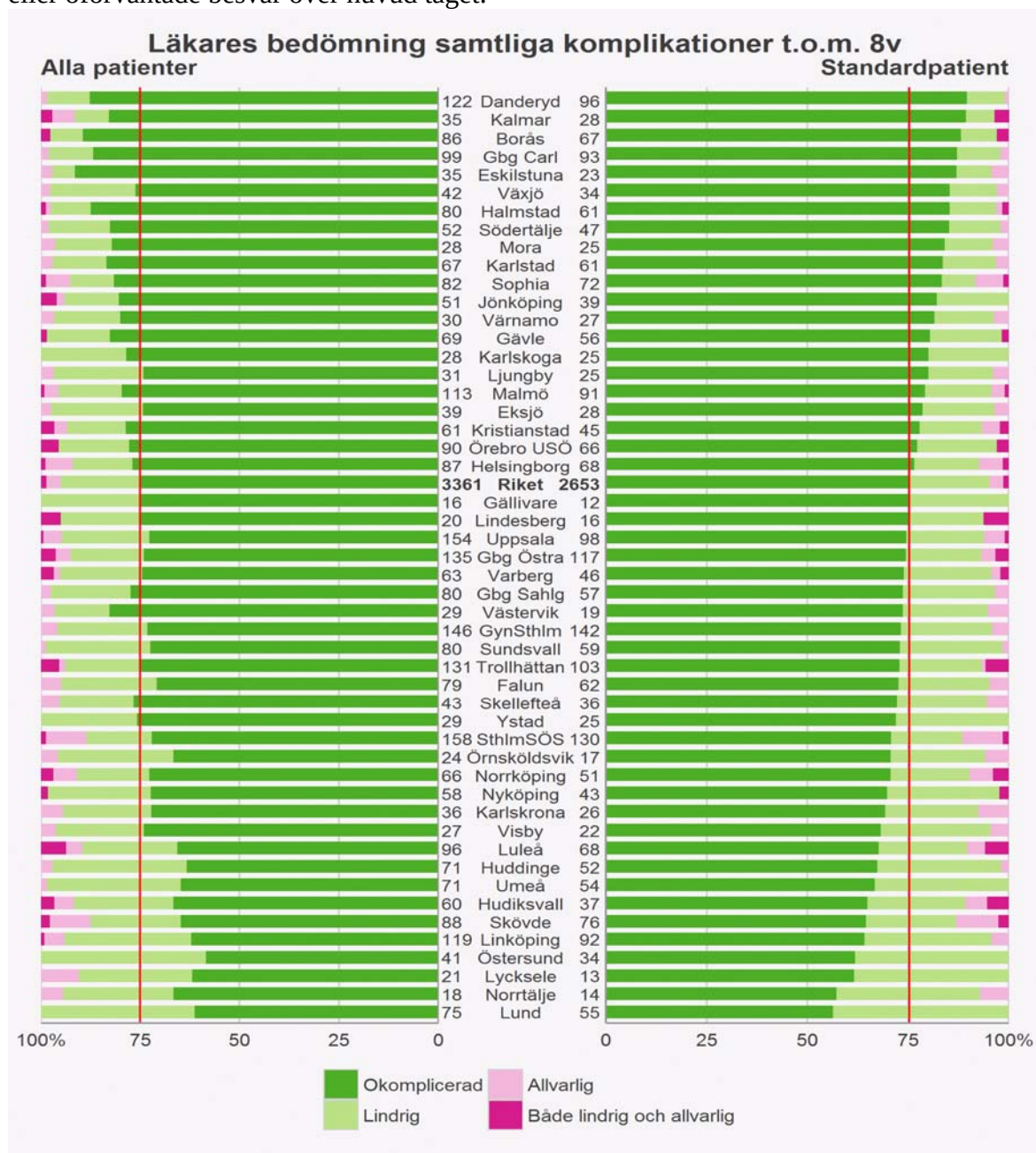
Figur 20 Läkarbedömning av komplikation enkät 8 veckor efter operation

I nedanstående figur ställer vi läkarnas bedömning av de komplikationer patienterna har angivit i 8-veckorsenkäten. Staplarna representerar läkarnas bedömning och färgerna patienternas rapporterade komplikationer. Överensstämmelsen är i de flesta fall god där den största avvikelserna gäller patientuppfattade lindriga komplikationer som av läkarna bedömts som okomplicerade. I de flesta fall kan nog detta förklaras av bristande information till patienten av vad som skall uppfattas som förväntade besvär efter genomgången operation och som inte skall uppfattas som komplikation.



Figur 21 Läkarbedömd komplikation kontra patientrapporterad komplikation enkät 8 veckor efter operation.

I nedanstående figur visas såväl samtliga patienters som "standardpatienters" **totala** antal komplikationer. Det som således efter läkarbedömning klassats som komplikation har lagts till de komplikationer som registrerats under operationen, utskrivningstillfället och fram till och med 8-veckorsenkäten. Härmed minimeras risken för att komplikationer "glöms bort". Dubbelregistreringar som har identifierats, dvs. komplikation registrerad av både läkare och patient presenteras endast som en komplikation och allvarlighetsgraden har bedömts av läkare. Även de av läkarna registrerade komplikationer som inte blivit registrerade av patienterna är medräknande. Lindriga respektive allvarliga komplikationer presenteras var för sig där bedömningen av allvarlighetsgraden har gjorts enligt de definitioner som finns i Gynop-registret vad som är att betrakta som allvarlig respektive lindrig komplikation. Det kan konstateras att andelen patienter som drabbats av allvarlig komplikation på riksnivå ligger på endast några få procent och att 3/4 av patienterna inte har drabbats av några komplikationer eller oförväntade besvär över huvud taget.

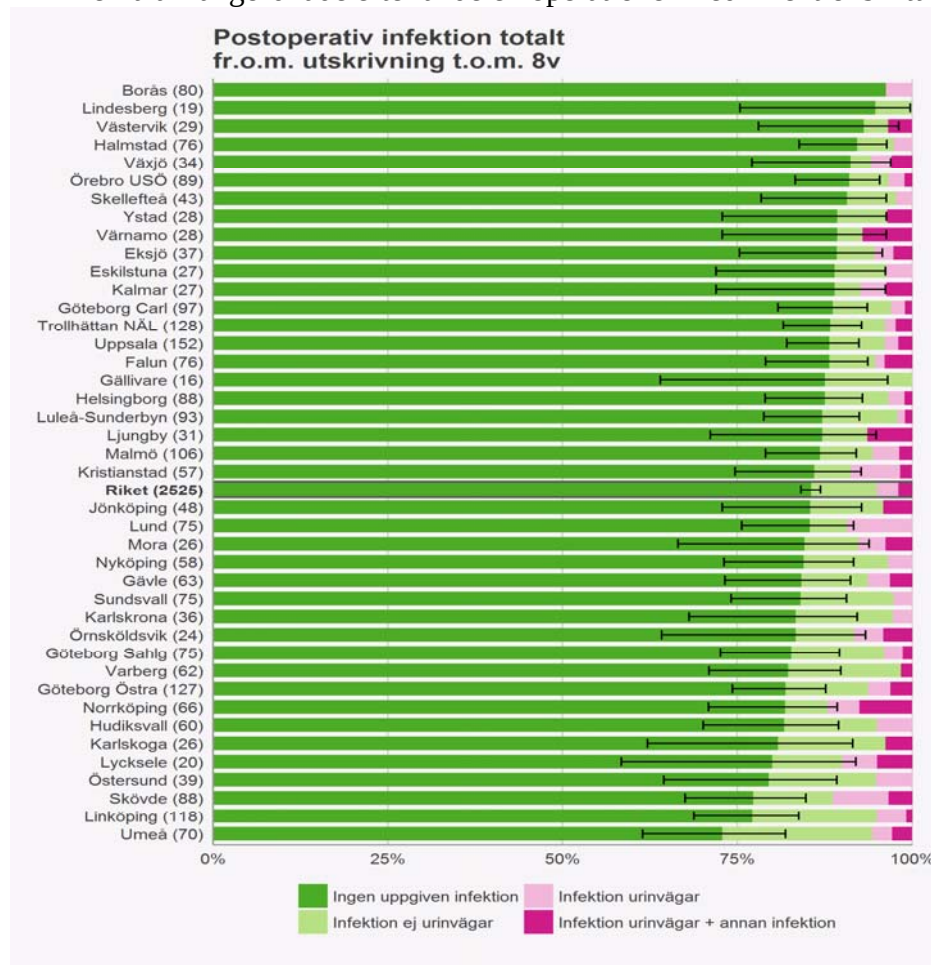


Figur 22 Läkarbedömd komplikation fr o m operation t o m enkät 8 veckor

Infektion postoperativt

Infektion postoperativt är den enskilt vanligaste komplikationen varför den redovisas separat. Liksom i förra årets rapport har postoperativ infektion registrerats om patienten har fått antibiotikabehandling. Antibiotika förskrivs av läkare och indikerar således att en läkare har bedömt att patienten har haft en infektion, eller så stark misstanke om sådan att antibiotika ordinerats. Detta behöver således inte nödvändigtvis alltid innebära en säkerställd infektion varför andelen rapporterade infektioner i nedanstående figur kan vara överskattad. Kliniker med hög frekvens registrerade infektioner kan vara ett uttryck för en överförskrivning av antibiotika, vilket också är ett kvalitetsproblem. Ökande problem med infektionsbehandling pga. tilltagande antibiotikaresistens visar på nödvändigheten av att antibiotika inte skall förskrivas för "säkerhets skull" utan enbart om infektion bedöms som sannolik. Jämförande studie har gjorts där rapporterad antibiotikabehandling i postoperativa enkäten jämförts med journalhandling. Vid diskrepans mellan journal (landsting där samma journalsystem används i primär- och slutenvården) och patientenkät kontaktades patienten. Av patienten uppgiven antibiotikabehandling bedömdes som mer korrekt än i journalen uppgiven behandling. Vanligaste orsaken till diskrepansen var att antibiotika förskrivits i annat landsting.

I nedanstående figur visas per klinik andelen av operationer utförda på "standardpatienter" med respektive utan infektion i det postoperativa förloppet tom. 8-veckorsenkäten. Infektion i urinvägar visas separat som enskild infektion eller i kombination med annan infektion. Klinikerna är rangordnade efter andelen operationer med infektionsfritt efterförlopp.

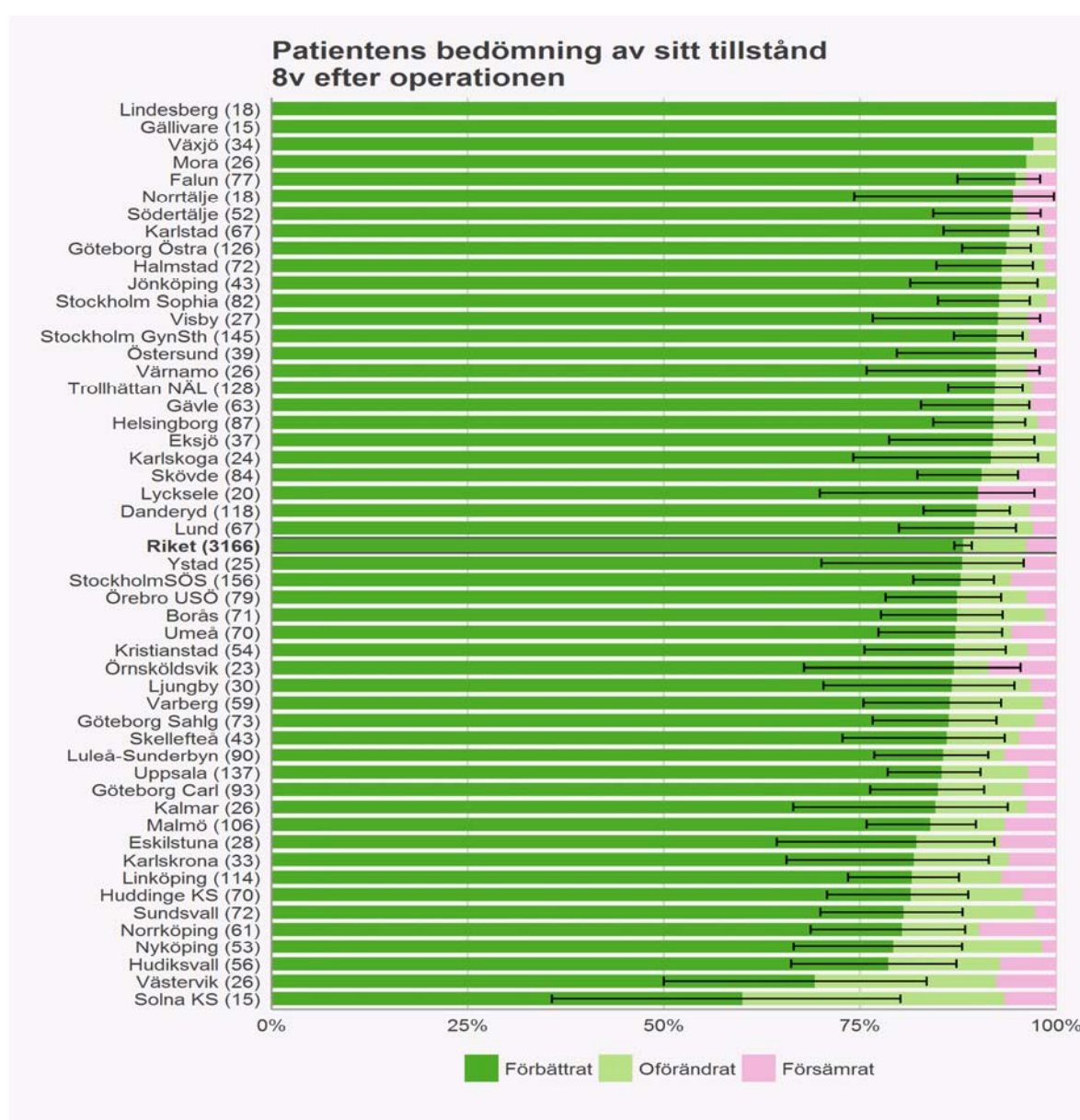


Figur 23 Postoperativ infektion from utskrivning t o m enkät 8 v.

Patienternas bedömning av resultatet

2 mån efter operationen

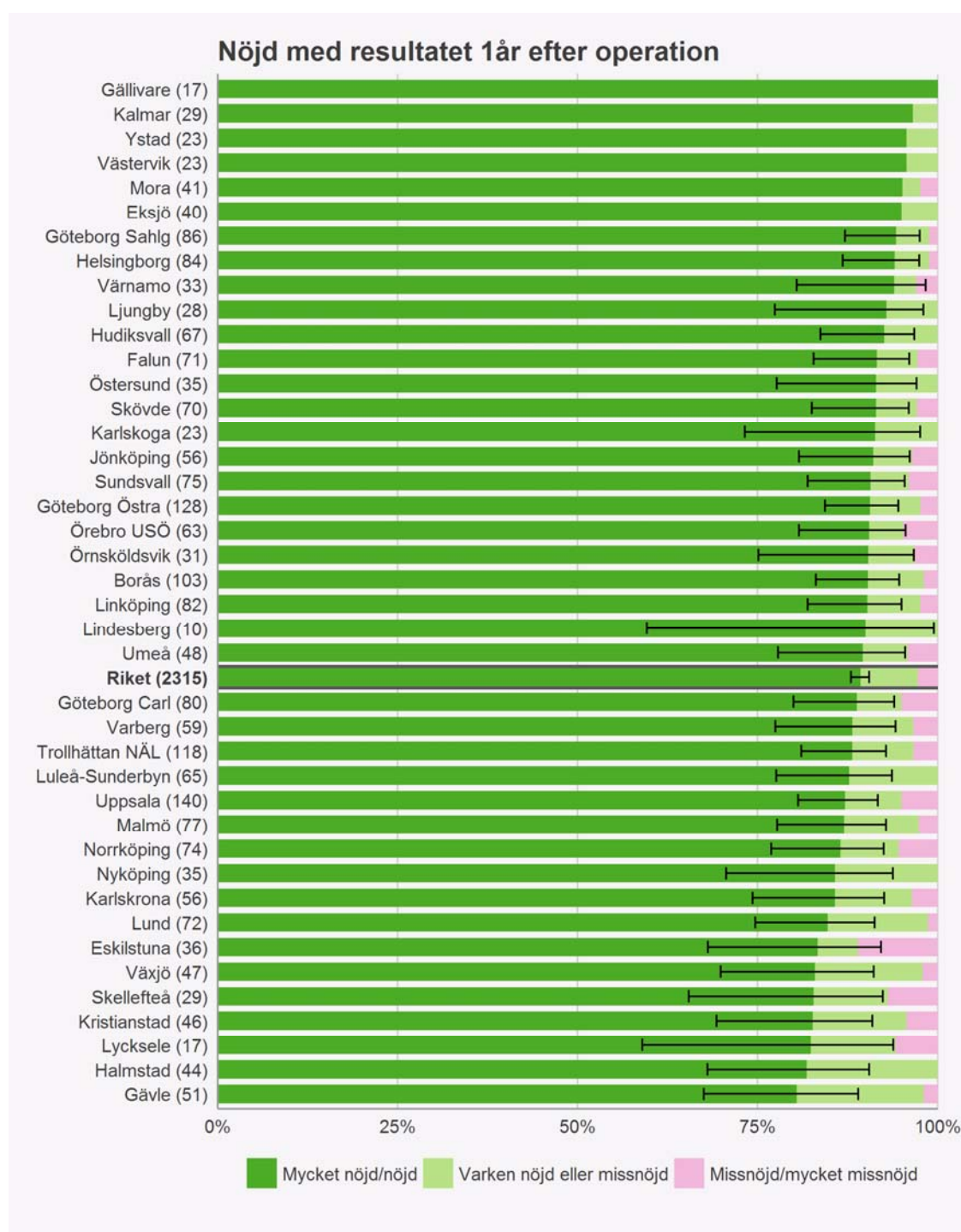
En av de viktigaste kvalitetsparametrarna är vad patienterna tycker om operationsresultatet. I den enkät alla patienter får fylla i ca 8 veckor efter operationen ställs frågan om tillståndet efter operationen har blivit "mycket försämrat", "försämrat", "oförändrat", "förbättrat" eller "mycket förbättrat". I nedanstående figur har kategorierna "försämrat, mycket försämrat" respektive "förbättrat, mycket förbättrat" slagits ihop för att göra figuren mer lättåskådlig. För att göra jämförelser mellan kliniker så stor rättvisa som möjligt avses här endast operationer utförda på "standardpatienter". Det kan glädjande nog konstateras att resultaten efter att livmodern har blivit bortopererad på dessa patienter är förbluffande bra enligt vad patienterna själva tycker, åtminstone i det korta perspektivet efter operationen. Spridningen mellan klinikerna är dessutom liten och samtliga kliniker, förutom ett par "outliers", har resultat där >80 % av patienterna anger ett förbättrat tillstånd.



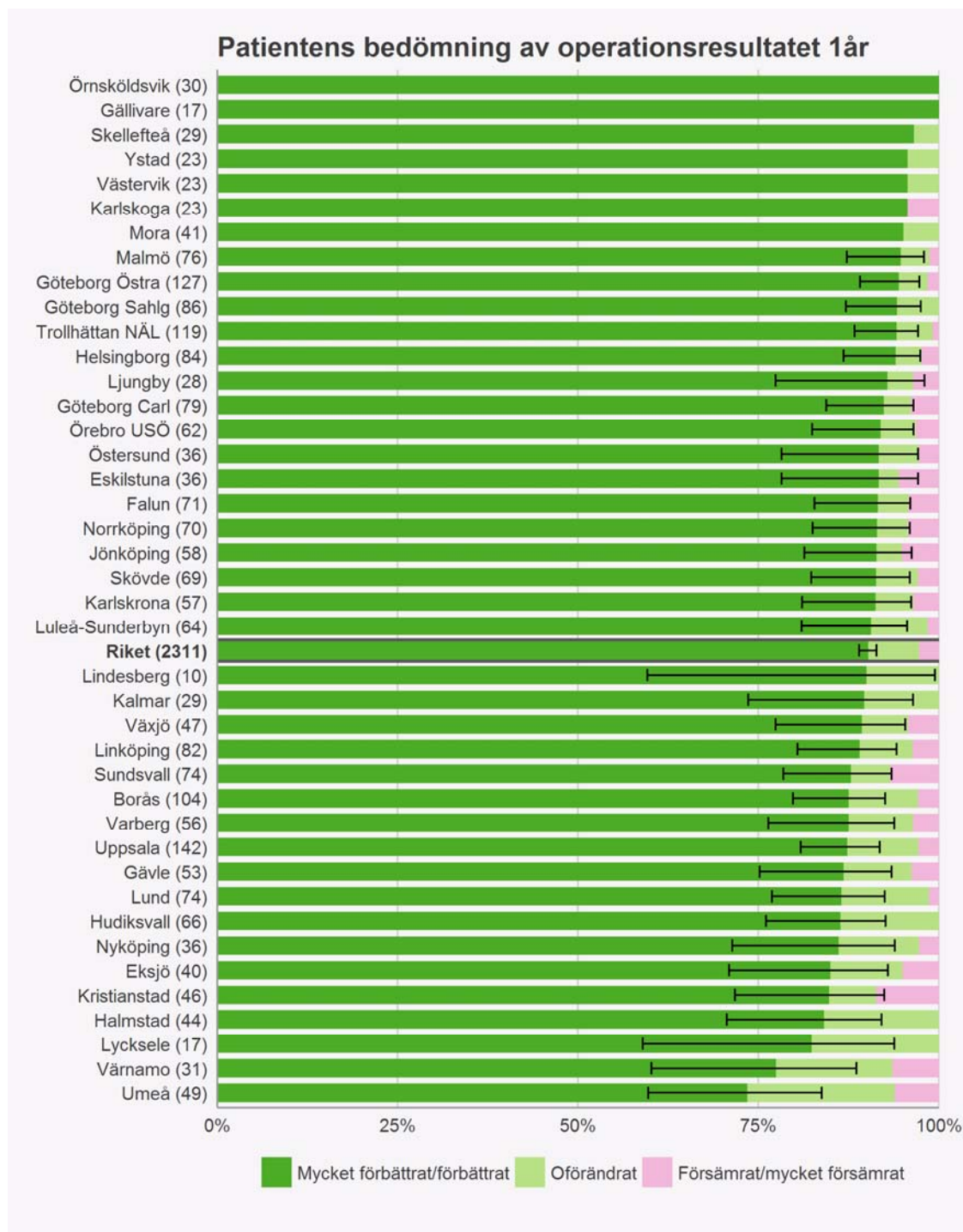
Figur 24 Patientens bedömning av sitt tillstånd 8 veckor efter operation.

1 år efter operationen

Även 1 år efter operationen får patienten en enkät med frågor där hon kan värdera hur nöjd hon känner sig med resultatet efter operationen och hur hennes tillstånd har förändrats jämfört med före operationen. I nedanstående figurer visas resultatet oberoende av vilken indikation som föranlett operationen. I riksgenomsnitt är nästan 90 % av patienterna mycket nöjda med resultatet med en spridning från 80 till 100 % mellan klinikerna och nästan 90 % anger att deras tillstånd blivit förbättrat eller mycket förbättrat jämfört med före operationen. Dessa uppgifter efterfrågas inte i GKR.

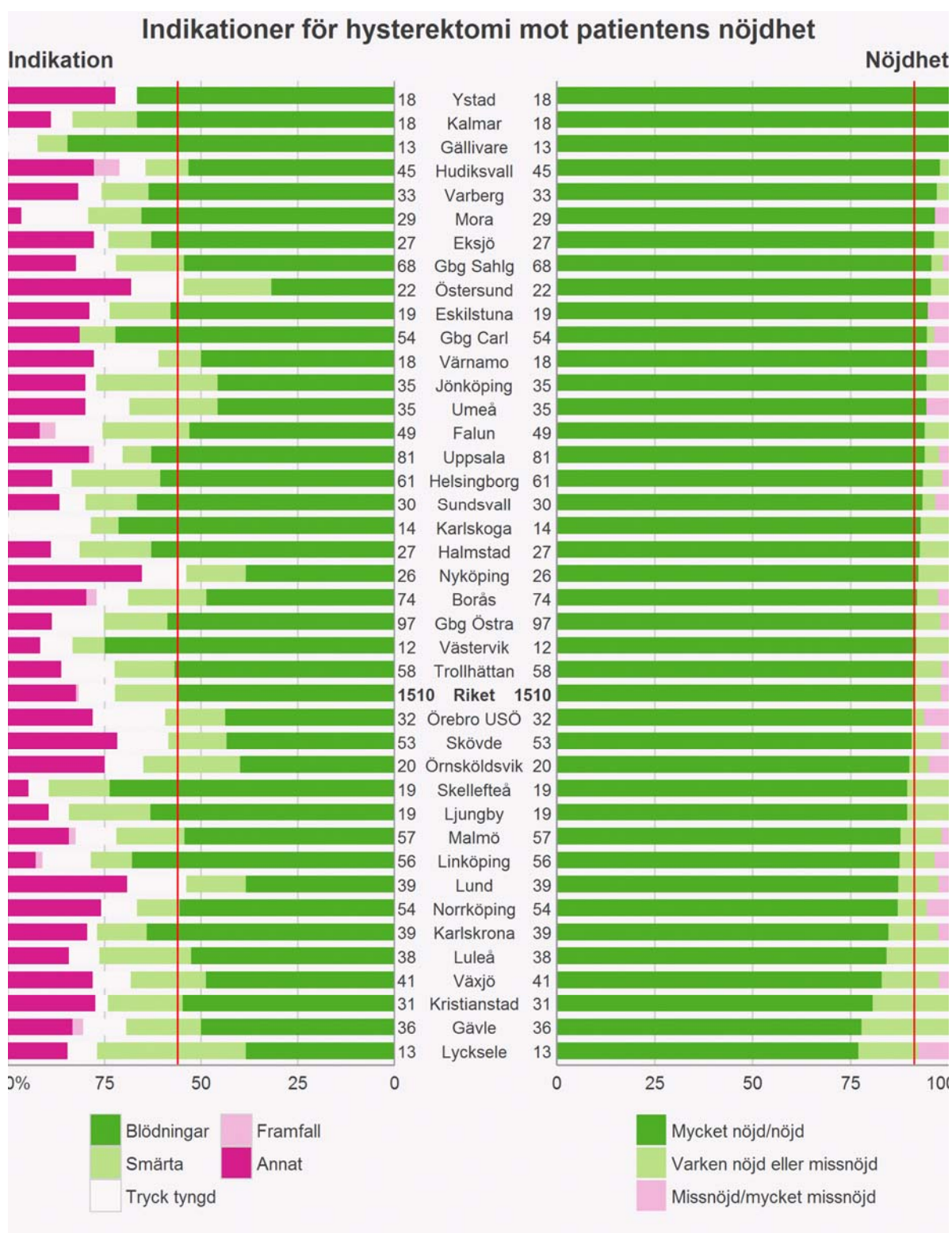


Figur 25 Patientens nöjdhet med resultatet ett år efter operation.



Figur 26 Patientens bedömning av operationsresultatet ett år efter operation.

Nöjdhet i relation till indikation illustreras i figuren nedan. Figurunderlaget baseras på standardpatienter och data från 1-årsuppföljningen, där uppgifter finns både för indikation samt nöjdhet. Det förefaller inte som att andelen av de olika indikationerna påverkar patientens nöjdhet med operationen. Riksgenomsnittet nöjda/mycket nöjda standardpatienter 1 år efter operationen är 92 % oberoende av indikationen för ingreppet.



Figur 27 Indikation för hysterektomi jämfört med nöjdhet.

Sammanfattande konklusion

Generellt i denna rapport gäller att inga patienter har tagits med som opererats på grund av konstaterad eller misstänkt malignitet eller med prolaps. Man kan utifrån denna selektion, liksom i föregående årsrapporter, konstatera att det fortfarande råder stor olikhet med vilken operationsmetod livmödrar opereras bort på de olika klinikerna i landet. De flesta hysterektomier utfördes under år 2015 via öppen bukkirurgi även om enbart de patienter medräknas som uppfyller kriterierna för att vara "standardpatient" dvs. hälsotillstånd motsvarande ASA-klass 1-2, BMI <35 och ålder 30-60 år. Dock kan en trend skönjas där andelen laparoskopiska operationer, robotassisterade inräknade, successivt ökar och 1/3 av samtliga operationer i denna rapport utfördes med denna teknik. Var 5:e patient opererades vaginalt vilket sammantaget gör att ca hälften av patienterna opererades med minimalinvasiv kirurgi. Detta ligger i linje med den Cochrane-rapport som visat att då livmodern bedöms väga under 300 gram borde operationen kunna utföras med minimalinvasiv kirurgi, vilket i det här fallet innebär vaginalt eller laparoskopiskt. Önskar man minimera operationstraumat för patienten finns här goda möjligheter att göra detta genom att ytterligare öka andelen patienter som opereras med minimalinvasiv kirurgi. Detta kommer patienten direkt tillgodo i form av kortare vårdtid och konvalescens. Som tidigare visar denna rapport tämligen stora skillnader i vårdtider och sjukskrivningstider, vilket hänger samman med valet av operationsmetod.

Patienter som inte fått återbesök tillfrågas två månader postoperativt om de önskar kontakt. Denna önskan hos patienterna varierar kraftigt mellan klinikerna och anledning finns att se över utskrivningsrutiner där högt kontaktbehov finns. Andelen patienter där någon åtgärd vidtagits hos de som begärt detta efter operationen varierar från 10 – 90 % mellan klinikerna. Att en patient som ej haft återbesök inte får någon kontakt om hon begär det kan inte betecknas som acceptabelt eller som vård med "patienten i centrum".

Glädjande är den låga andelen komplikationer, framför allt allvarliga komplikationer och infektioner, samt den höga andelen patienter som är förbättrade och nöjda med operationsresultatet 1 år efter operationen. Kombinationen med den i internationell jämförelse låga frekvensen hysterektomier per år och invånare tyder på en mycket hög relevans i jämförelse med flera andra länder när det gäller indikationerna för att operera bort livmodern.

Ordlista

Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
ADL	Activities of Daily Living = att kunna sköta normala vardagliga aktiviteter
Analgetika	Smärtlindrande medicin
Antibiotikaprofylax	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.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
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
Outlier	Avvikande värde, som ligger mycket högre eller mycket lägre än övriga mätvärden.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos: mikroskopisk undersökning av vävnadsprov för att fastställa diagnoser
Postoperativ	Efter operation
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi