



Årsredovisning avseende hysterektomi utförd på benign indikation år 2014

Återrapport från Gynop-registret

**Sammanställning av nationella data inrapporterade till Gynop-registret
avseende patienter som blivit opererade under år 2014 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

Birgitta Renström, registerkoordinator, Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUTERAD MAJ 2015**

Innehållsförteckning

Inledning.....	2
Patienternas uppgivna värsta besvär som orsak till operation.....	4
Operationsindikationer vid hysterektomi	5
Operationsmetoder vid hysterektomi	6
Operationstider vid hysterektomi	10
Vårdtid efter hysterektomi.....	11
Sjukskrivning efter hysterektomi	12
Planerade återbesök och kontaktbehov efter hysterektomi	15
Tid till normal ADL efter hysterektomi	17
Besvär och komplikationer efter hysterektomi	19
Infektion postoperativt	23
Patienternas bedömning av resultatet efter hysterektomi.....	24
2 mån efter operationen.....	24
1 år efter operationen.....	25
Sammanfattande konklusion	27
Ordlista	28

Inledning

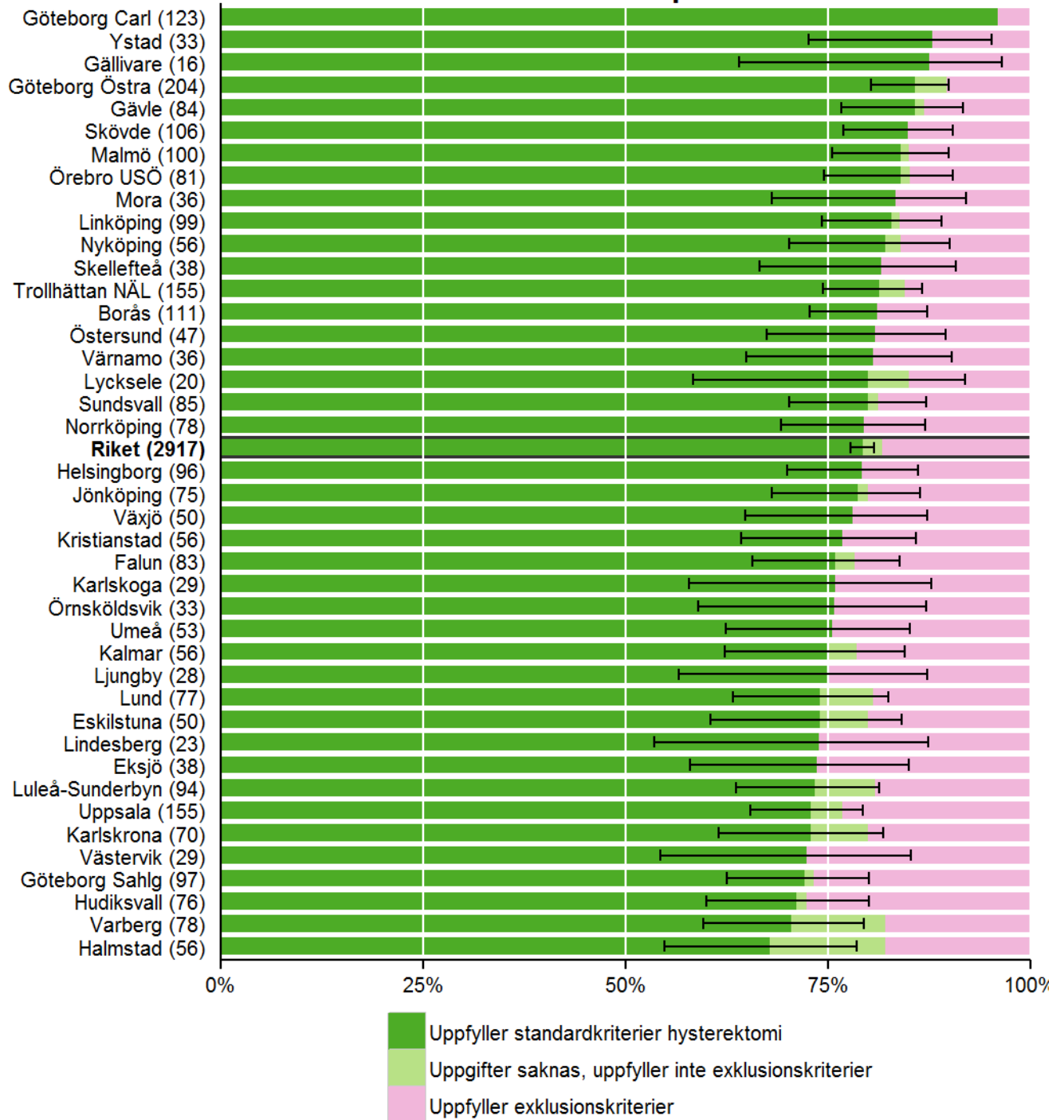
Årets rapport innehåller data från 54 kliniker registrerade under 2014 avseende patienter där man utfört total eller subtotal hysterektomi på benign indikation, men där patienter som fått livmodern avlägsnad i samband med prolapsoperation inte har tagits med. Sammanlagt innehåller rapporten data från över 7000 patienter inklusive vissa data från patienter registrerade i GKR (Gyn-Kvalitets-Registret), dvs. de 11 klinikerna belägna i Stockholmsområdet samt Karlstad och Visby.

Förutom 2014 års data finns i flera diagram data med från år 2012 och 2013. Detta för att kunna upptäcka trender och förändringar de senaste tre åren. Således finns möjlighet att både jämföra den egna klinikers 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, liksom i tidigare årsrapport, införts begreppet ”standardpatient”. Detta eftersom patientmaterialet kan skilja sig åt mellan klinikerna i viktiga avseenden som kan påverka resultaten. En universitetsklinik har med stor sannolikhet ett annorlunda patientklientel än ett mindre lokalsjukhus. Kriterierna för standardpatienterna är utformade så att ingen skall behöva remitteras till annat sjukhus av medicinska skäl för att genomgå hysterektomi dvs. patienter med komplicerande faktorer tas inte med. Kriterierna har underställts alla kvinnokliniker i landet för bedömning och en kvalificerad majoritet har godkänt dessa och ingen klinik har begärt strängare kriterier (exklusion av fler grupper). Förutom ovan nämnda inklusioner och exklusioner angående patientmaterialet har standardpatienten inklusionen ASA 1-2, BMI <35 och ålder 30-60 år. Säkerligen kan standardpatienten ytterligare likformas men ovanstående kriterier har accepterats även vid användarmöte med representanter från en majoritet av landets kliniker. Med dessa kriterier innefattar standardpatienterna drygt $\frac{3}{4}$ av hela patientmaterialet med en spridning mellan klinikerna från 63-95 % (se figur nedan). Förhoppningsvis kommer standardpatienternas resultat härmed bli mer rättvisande än hela patientmaterialet när de olika parametrarna jämförs mellan klinikerna.

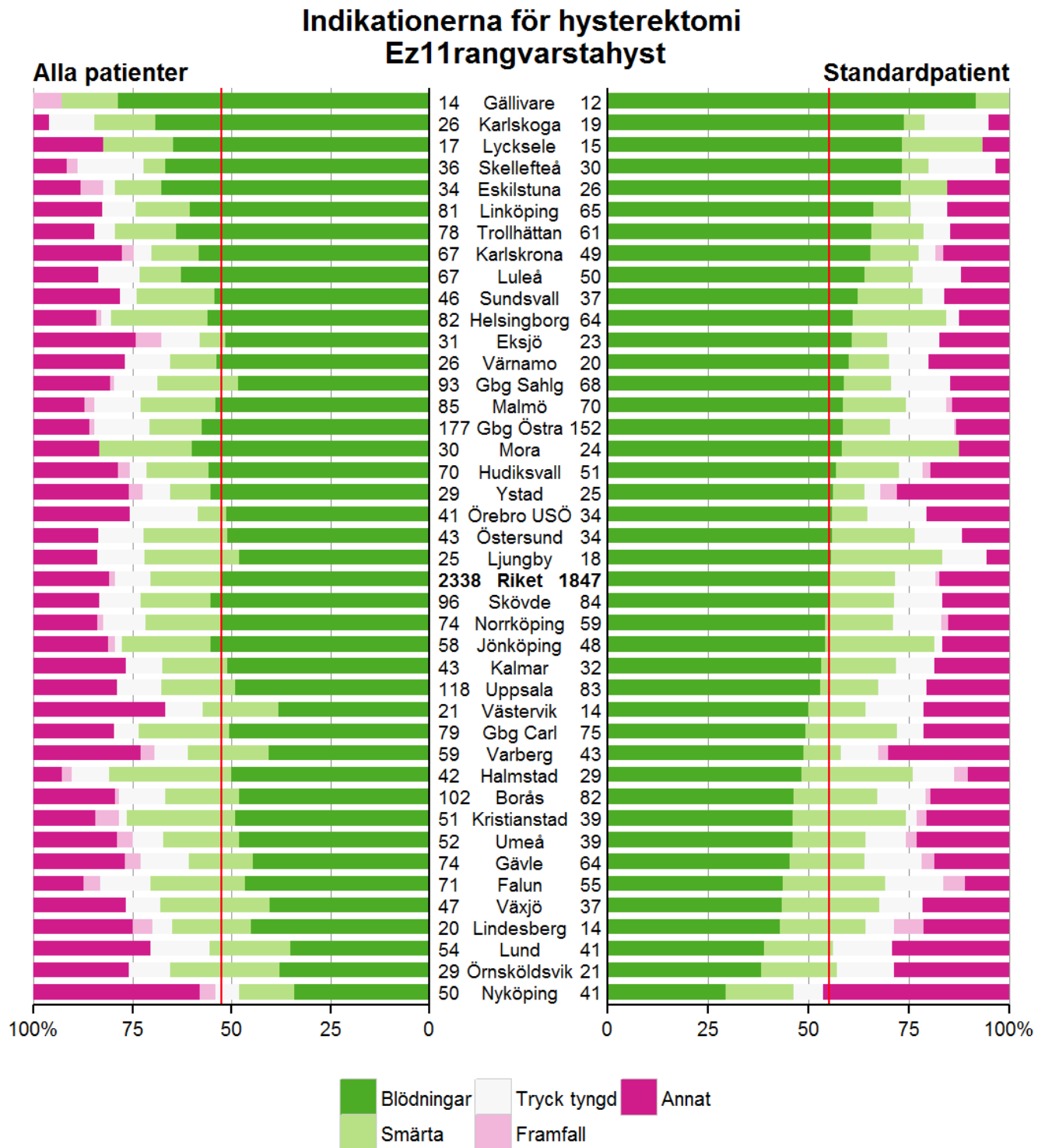
När det gäller data angående PAD, 8-veckors- och 1-års enkäter som registrerats under år 2014 avses operationer som delvis blivit utförda tidigare än 2014 pga. den fördröjning som med nödvändighet sker innan man erhåller dessa data. Relationerna mellan klinikerna bör inte påverkas men eventuellt de absoluta talen. 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.

Andel standardpatienter



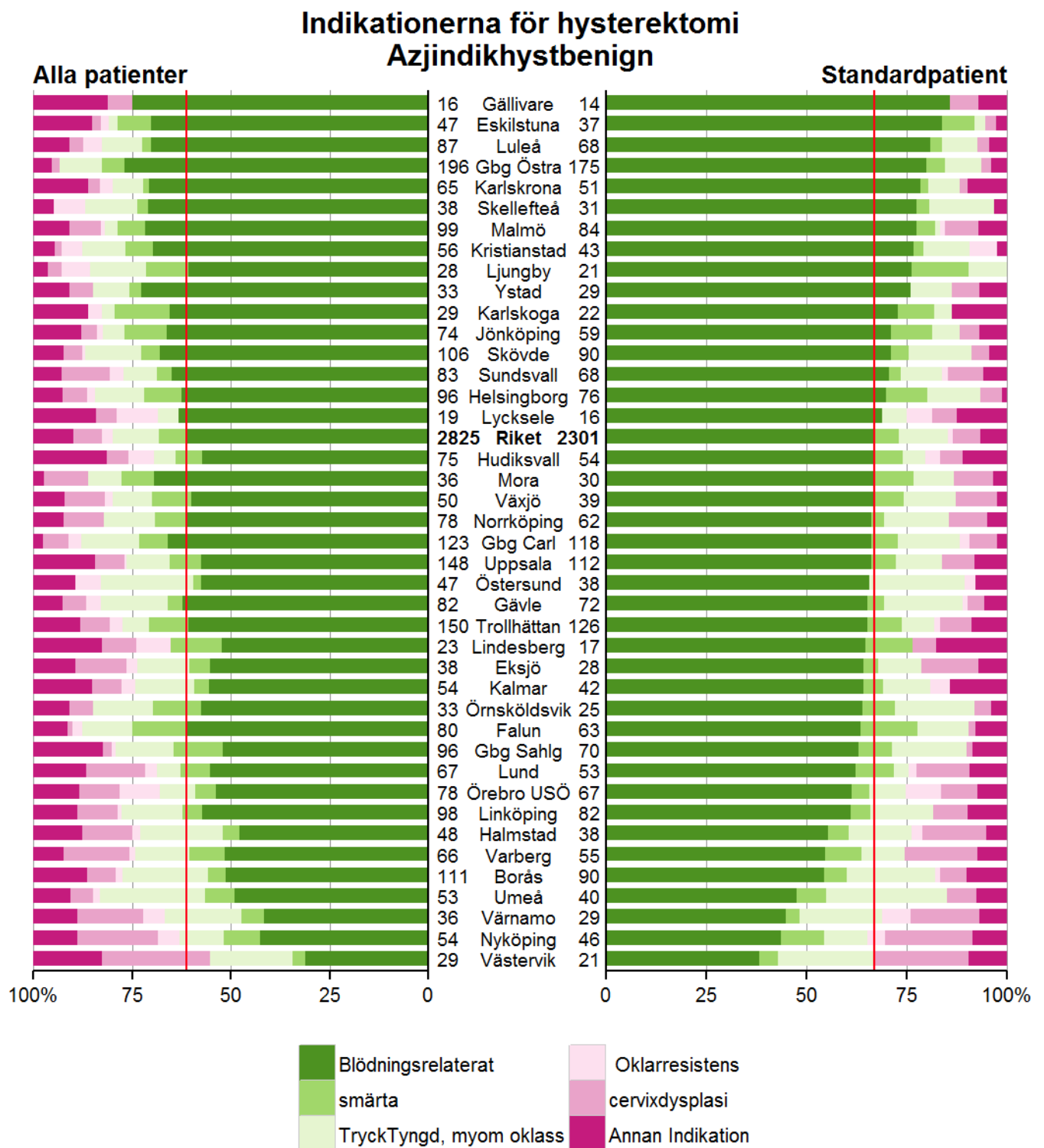
Patienternas uppgivna värsta besvär som orsak till operation

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 patienterna. Det kan synas märkligt att spridningen mellan klinikerna är så stor som mellan 27 till 95 % när det gäller ”standardpatienternas” andel av blödningsbesvär som orskat till operationen. Troligen speglar detta en olika syn vid de olika klinikerna på hysterektomins nytta vid andra besvär än blödningsrubbnig. 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 prolaps som en huvudorsak till operationen.



Operationsindikationer vid hysterektomi

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 60 % av patienterna i hela materialet har av läkare getts blödning som indikation medan motsvarande andel av standardpatienterna är drygt 70 %. 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 operera bort livmodern. 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.



Operationsmetoder vid hysterektomi

Hysterektomi utförs med tre olika operationsmetoder: abdominellt, vaginalt eller laparoskopiskt. Den abdominella metoden, dvs. livmodern avlägsnas via öppen kirurgi genom ett större incision genom bukväggen, är den traditionella metoden som varit den dominerande under hela 1900-talet och är fortfarande den vanligaste operationsmetoden i Sverige vid hysterektomi. Sedan 20 år har dock den vaginala metoden, där livmodern avlägsnas via operation från slidan, blivit allt vanligare. Metoden innebär fördelar framför den abdominella genom att operationsärr i bukväggen helt kan undvikas och därmed risken för ärrbräck och sårinfektion. Den vaginala metoden innebär dock begränsningar i åtkomlighet och möjlighet att undersöka förändringar i lilla bäckenet.

Laparoskopisk metod 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. Metoden har sedan sitt införande i Sverige för drygt 20 år sedan haft ett långsamt etablerande och används fortfarande endast vid 5-10 % av alla hysterektomier i Sverige, dock med stor variation mellan klinikerna.

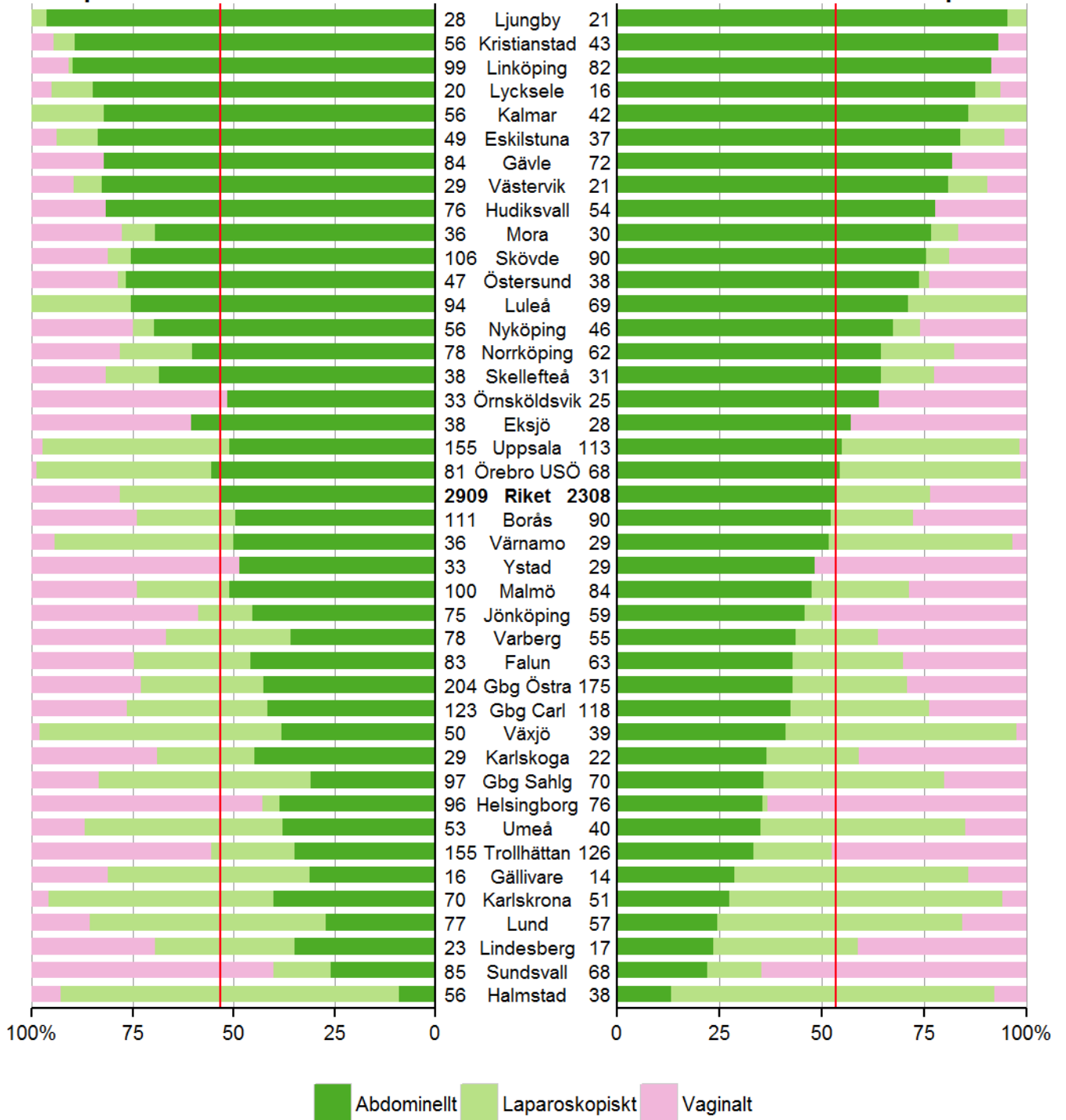
Om enbart hysterektomier som utförs på ”standardpatienter” beaktas, där skillnader i patientmaterialet mellan klinikerna torde vara minimalt, ser man ändå stora skillnader i hur klinikerna använder sig av de olika operationsmetoderna. Skillnaden i andelen hysterektomier som utfördes med öppen kirurgi under år 2014 varierar mellan klinikerna hos dessa patienter från 15 till 95 %!! Frekvensen för riksgenomsnittet har succesivt sjunkit de senaste åren men är fortfarande drygt 50 %. Frågan är hur länge det är försvarbart att vissa kliniker på ”standardpatienter” i huvudsak försätter 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.

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 2014.

Operation påbörjats som...

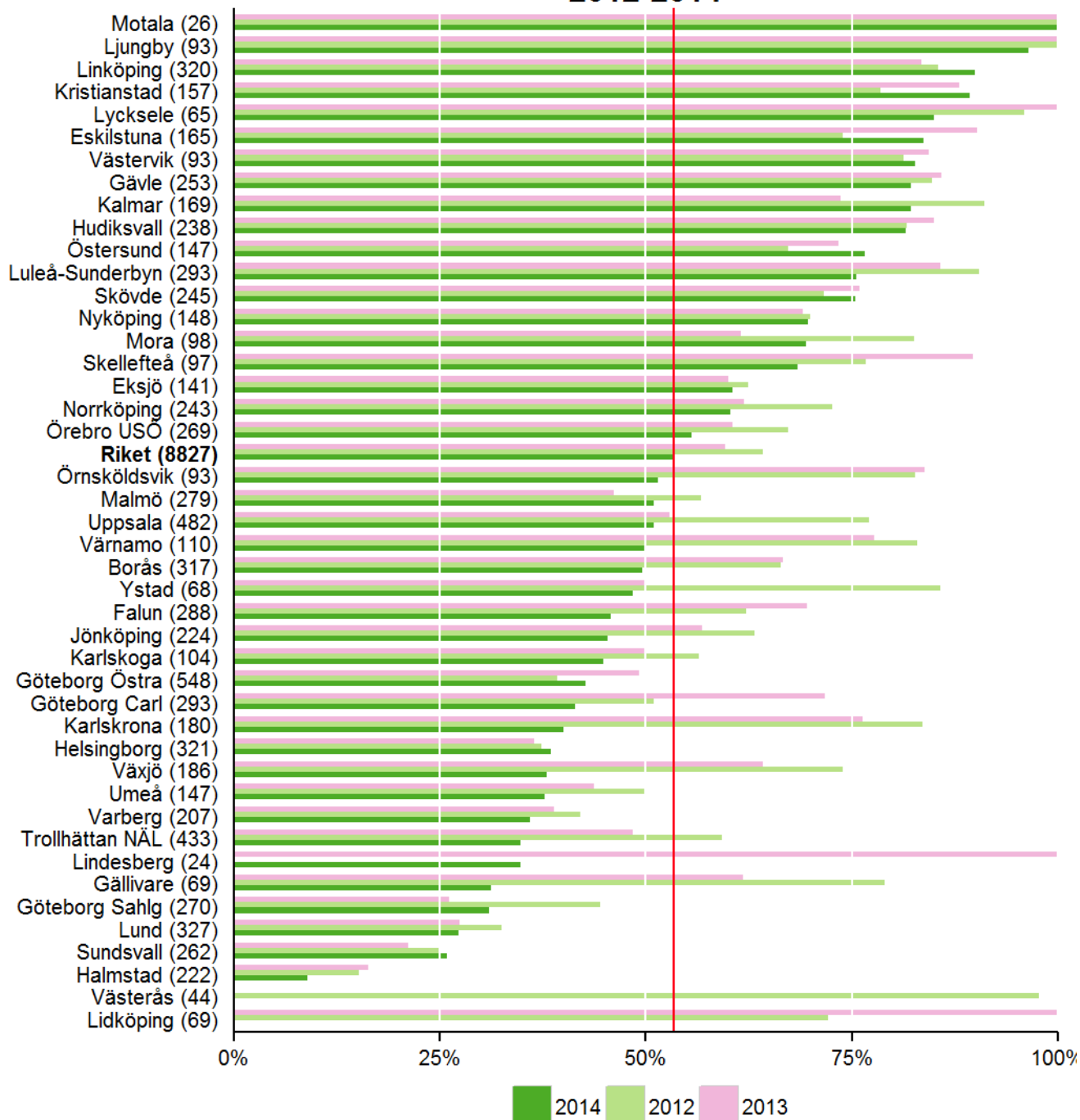
Alla patienter

Standardpatient



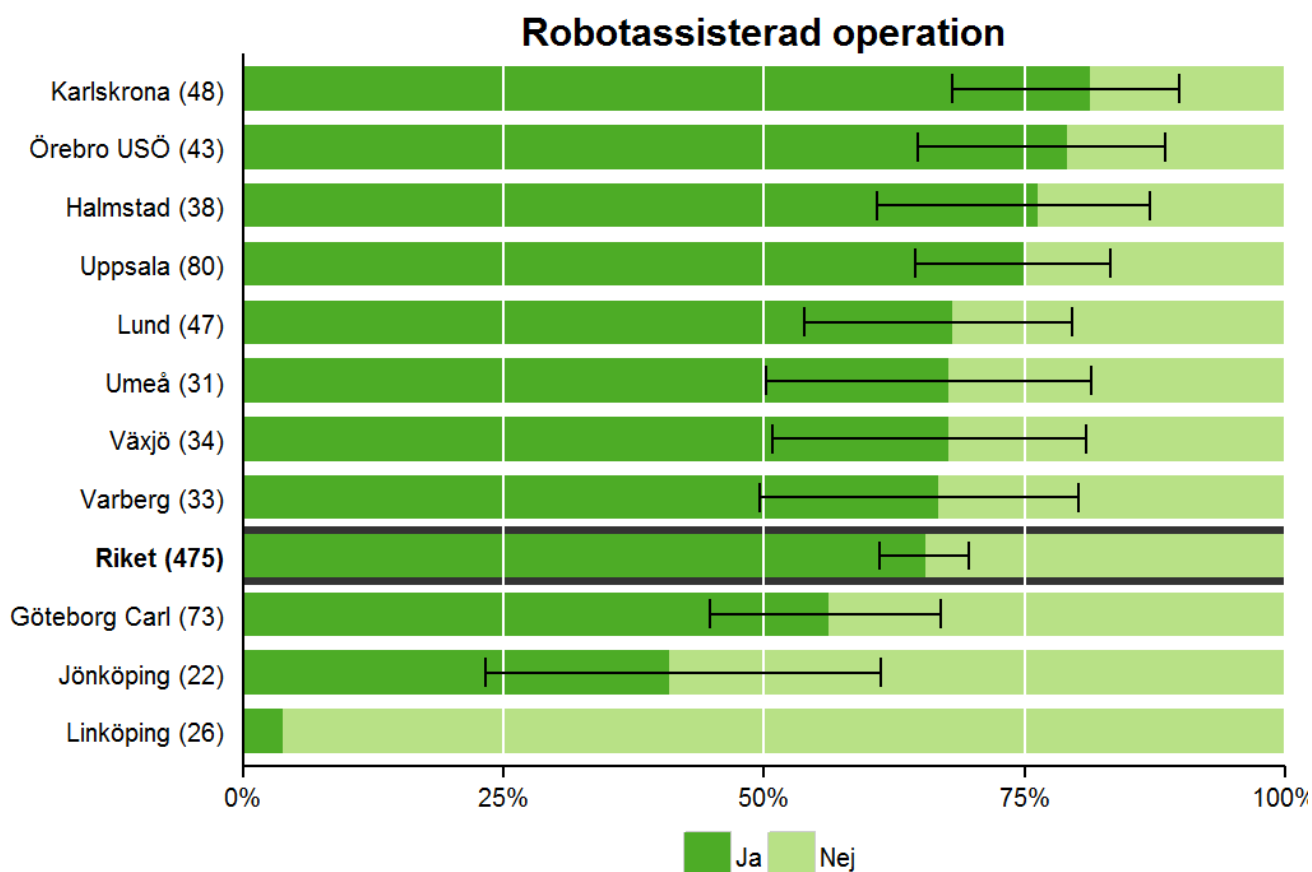
För att kunna följa förändringar över tid, i vilken utsträckning de olika operationsmetoderna vid hysterektomi har används, presenteras i nedanstående figur de senaste tre årens resultat. För att göra jämförelser mellan kliniker rättvisa visas operationsmetoderna såsom de används vid respektive kliniks "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. Fortförande görs dock drygt hälften av hysterektomierna på dessa patienter via ett större buksnitt. Rangordning mellan klinikerna har gjorts utifrån andelen abdominell hysterektomi under år 2014. Kliniker med färre än 20 registrerade patienter har inte tagits med.

Andel abdominella operationer per år 2012-2014



Robotkirurgi är en variant av laparoskopisk kirurgi som underlättar utförandet för kirurgen i och med tredimensionellt seende av operationsfältet i en operationskonsoll 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 succesivt kommer att användas allt mer. Vissa kliniker använder redan idag denna teknik i stor utsträckning vid hysterektomi, även vid godartade tillstånd.

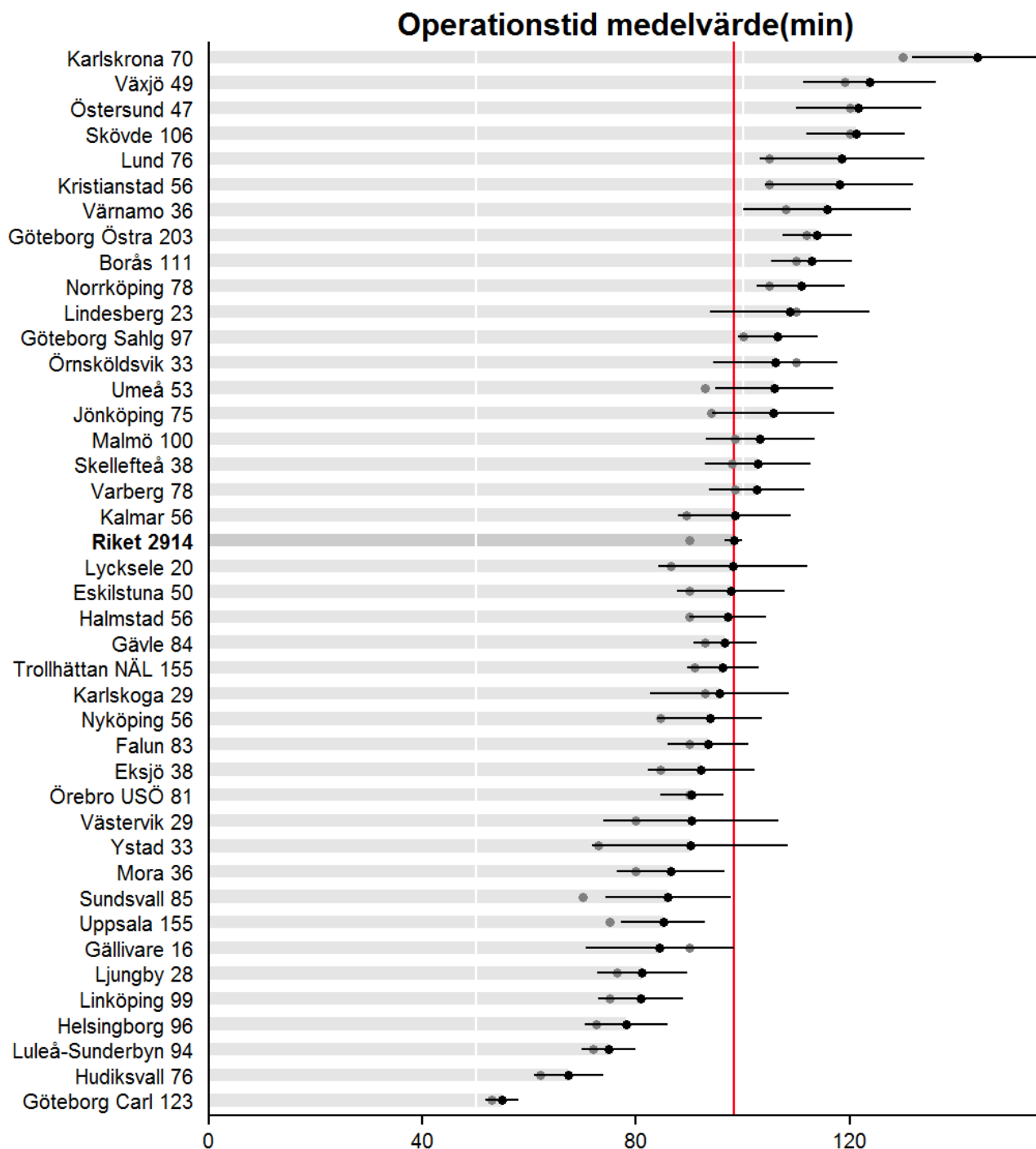
I nedanstående figur visas andelen hysterektomier som skett med robotassistans hos de kliniker som tillämpar denna operationsmetod vid benign hysterektomi. Totalt omfattas 43 kliniker. Av dessa har 11 (26 %) kliniker utfört robotassisterade operationer under 2014.



Operationstider vid hysterektomi

Den tid som åtgår 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 mindre 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.

Operationstiden för ”standardpatienter” är i nedanstående figur presenterad som medelvärdet för operationstiden i minuter med konfidensintervall. För hela riket är medeloperationstiden ca en och en halv timma. Det som är mycket anmärkningsvärt är att medeloperationstiden varierar så kraftigt mellan klinikerna, från knappt 1 till 2 ½ timma, för samma standardingrepp med liknande svårighetsgrad!! I figuren så är medianen angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.

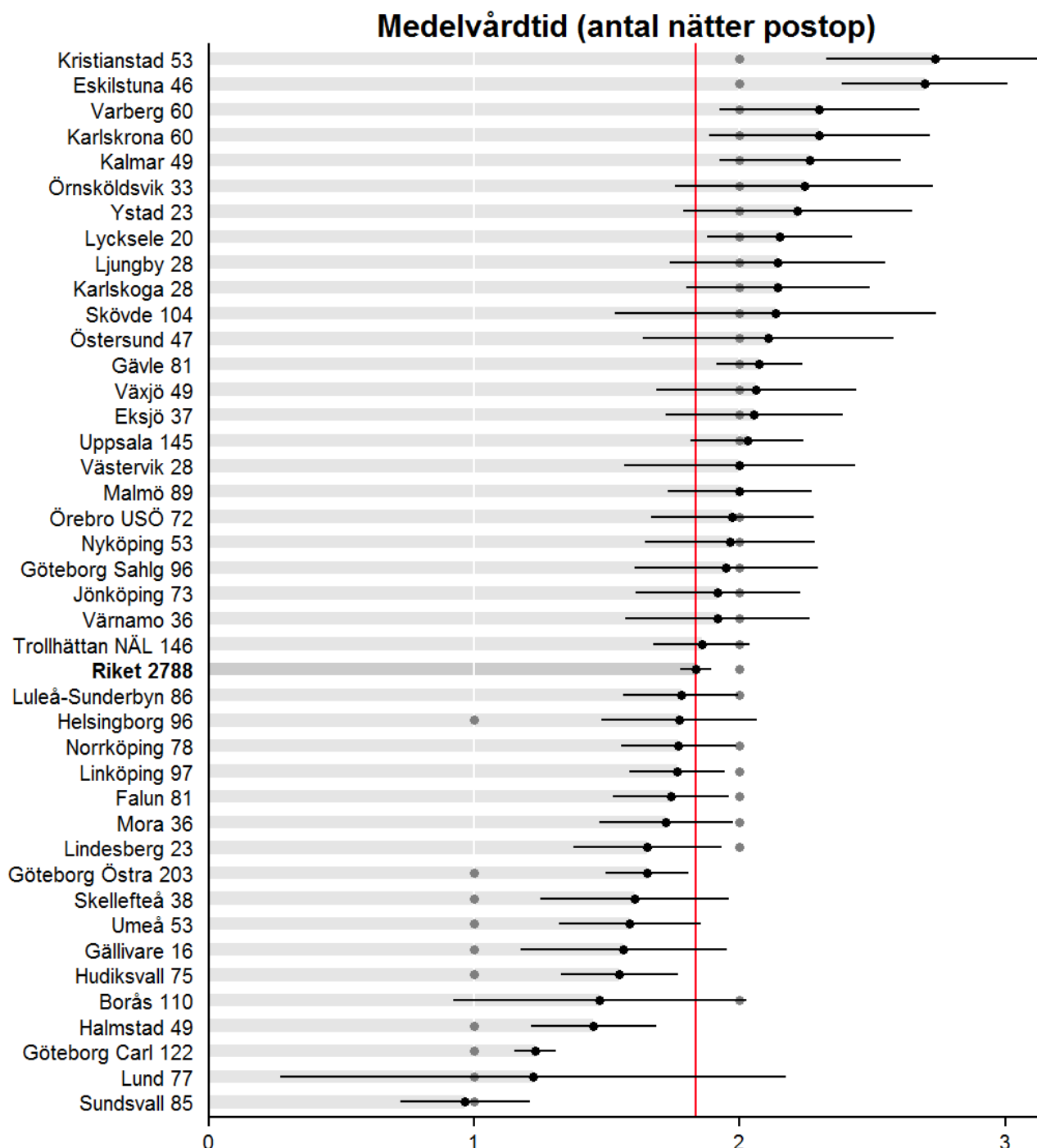


Vårdtid efter hysterektomi

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 (mean) i dagar efter hysterektomi på ”standardpatienter” för respektive klinik. Denna varierar mellan klinikerna från knappt 1 dag till knappt 3 dagar.

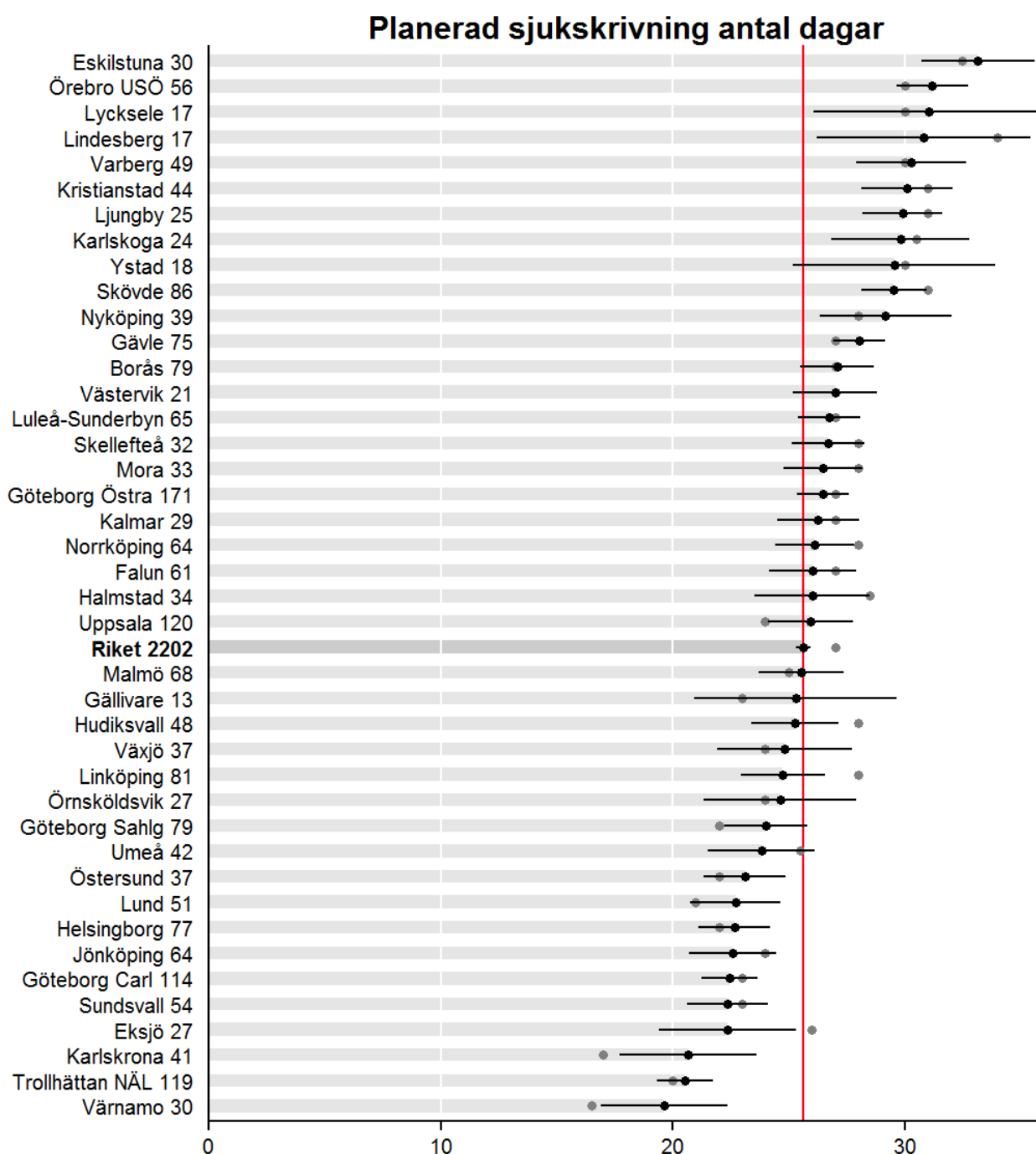
Medianen är angiven som en grå punkt utan konfidensintervall.



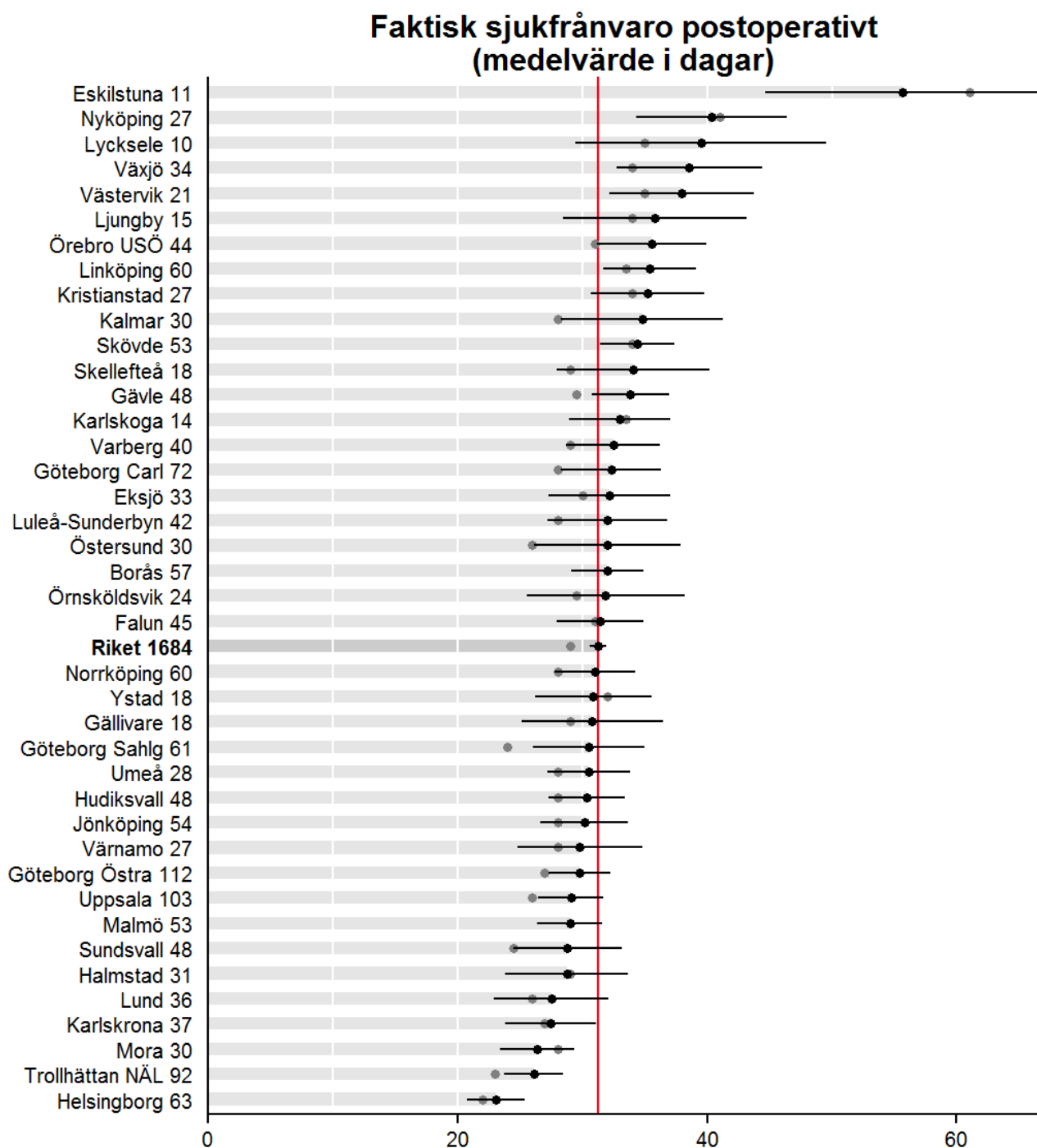
Sjukskrivning efter hysterektomi

När det gäller den genomsnittligt planerade sjukskrivningstiden efter hysterektomi under år 2014 varierar den mellan klinikerna från 2 till 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 efter hysterektomi oavsett operationsmetod. Den faktiska sjukskrivningstiden är som förväntat något längre än den som getts vid utskrivningstillfället. Med undantag av en ”outlayer” är det ca 2 veckors spridning mellan klinikern.

I nedanstående figur visas avseende klinikernas ”standardpatienter” den från operationsdatum givna sjukskrivningstiden (mean) med konfidensintervall samt medianen som en grå punkt utan konfidensintervall. Ovanstående data registreras inte i GKR.

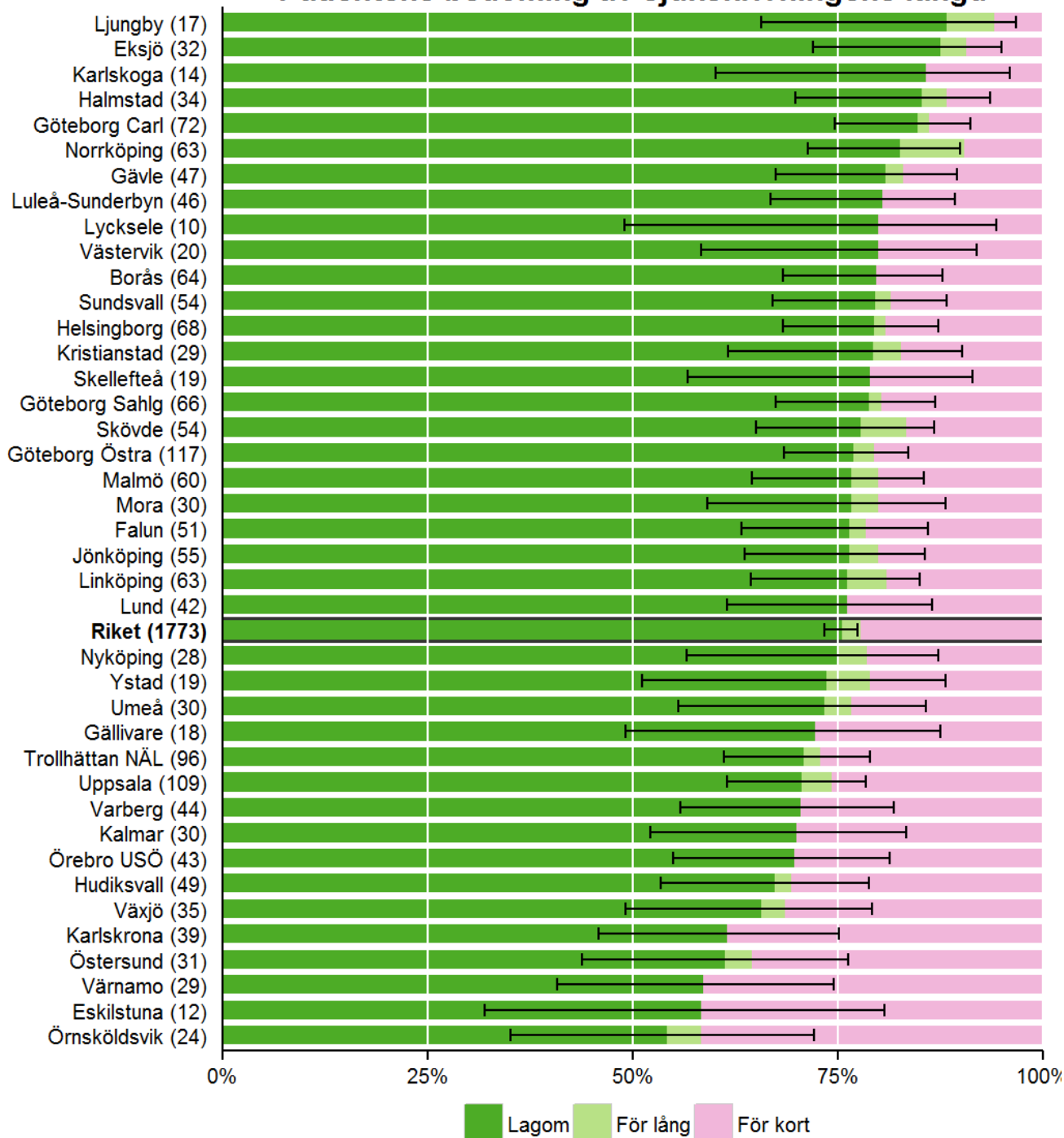


I nedanstående figur visas avseende klinikernas ”standardpatienter” den faktiska sjukskrivningstiden (mean) med konfidensintervall samt medianen som en grå punkt utan konfidensintervall. Ovanstående data registreras inte i GKR.



De allra flesta patienterna, med ett riksgenomsnitt på 75 %, tycker att den givna sjukskrivningslängden var lagom lång. Dock är det en förvånande stor spridning mellan klinikerna från endast drygt 50 % till nästan 90 %. 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.

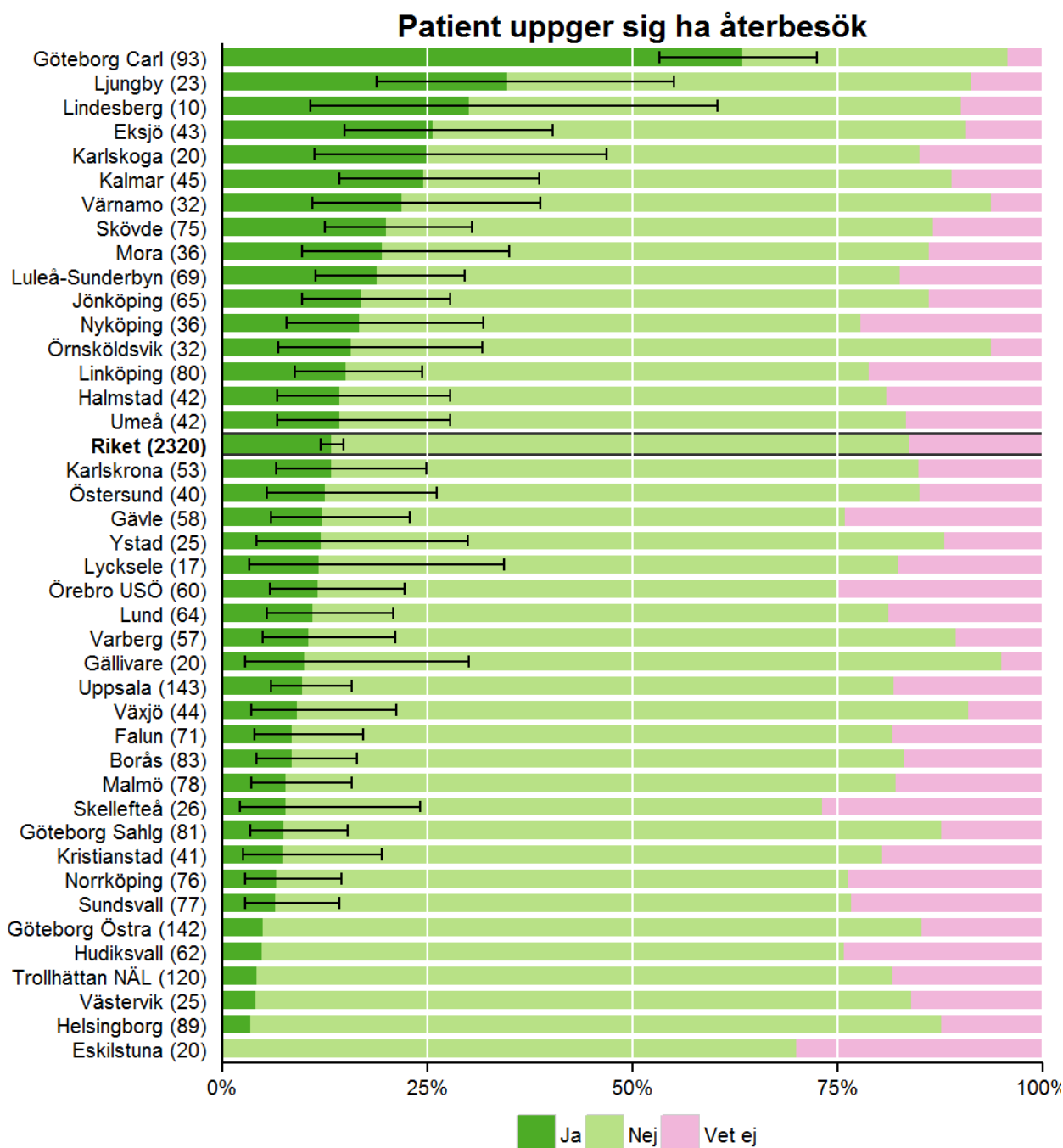
Patientens bedömning av sjukskrivningens längd



Planerade återbesök och kontaktbehov efter hysterektomi

Planerade återbesök efter hysterektomi på ”standardpatienter” där vårdförloppet varit okomplicerat och normalt 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 att fullgod information ges angående vad som kan förväntas ske efter operationen, vart man kan vända sig om något oväntat inträffar eller man behöver längre sjukskrivningstid eller mer medicin. Härvidlag spelar den enkät patienterna får 8 v efter operationen en stor roll att fånga upp behovet av kontakt i någon form.

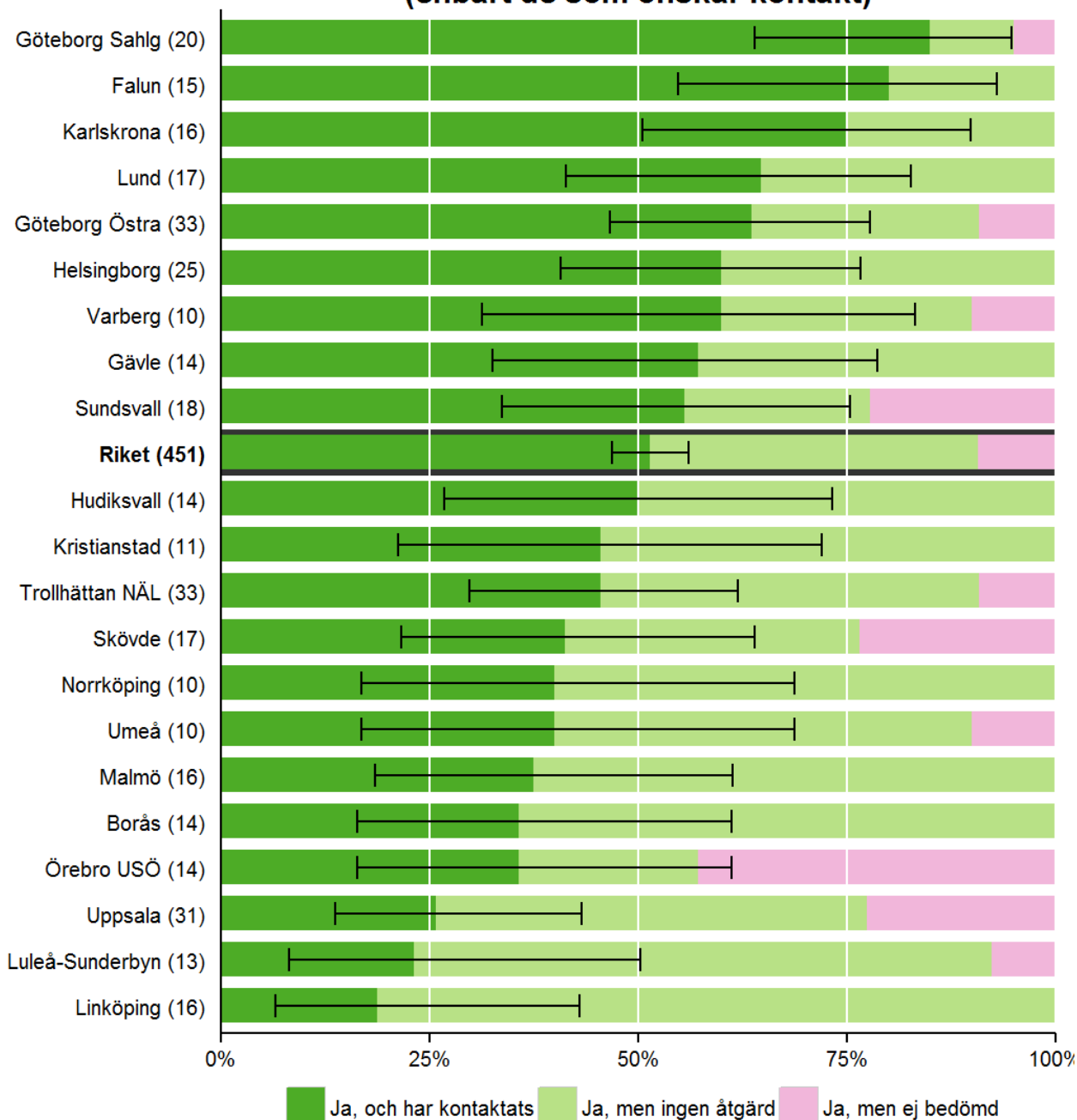
I nedanstående figur visas andelen av alla patienter per klinik som angivit att de fått ett planerat återbesök vid utskrivningstillfället. Det kan konstateras att det råder stor variation mellan klinikerna i hur stor andel av patienterna som vid utskrivningen erbjuds återbesök. Om det planerade återbesöket vid kliniker som tillämpar det för merparten av sina patienter 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 5 till 30 %!



Alla patienter som angivit att de inte blivit kallade till återbesök får frågan ”Behöver du kontakt med kvinnokliniken?” Ca 80 % av såväl ”alla patienter” som ”standardpatienter” väljer alternativet ”Nej, jag hör av mig om det blir några problem.” Ca 10 % vardera väljer antingen svarsalternativet ”Ja, jag har några frågor, kontakta mig om möjligt.” eller ”Ja, jag vill bli kallad till ett återbesök om möjligt”. Uppdelningen i de två ”Ja”-alternativen härstammar från slutet 90-talet, när den förhärskande uppfattningen var att alla patienter önskade ett återbesök, vilket gynopregistrets data klart kunde vederlägga. Relationen mellan de tre svarsalternativen har varit stabil sedan dess.

I nedanstående figur visas vilken åtgärd som vidtagits hos de patienter som i 8v-enkäten begärt att bli kontaktade. I siffrorna bakom ortsnamnen syns totalantalet patienter som önskat någon form av kontakt, inklusive återbesök. Detta är patienter som efter genomgången hysterektomi inte varit på något återbesök. Det måste anses som en synnerligen rimlig begäran att dessa patienter får någon form av kontakt. Dessa patienter är så få till antalet att det knappast kan vara en resursfråga. ”Svar saknas” innebär oftast att patientens enkätsvar inte ens bedömts. Nedan visas samtliga sjukhus där patient begärt kontakt, även om det för en del sjukhus varit enstaka patienter. I internationella undersökningar framkommer att svensk sjukvård har tillgänglighetsproblem. Nedanstående diagram visar att det inte enbart är en resursfråga.

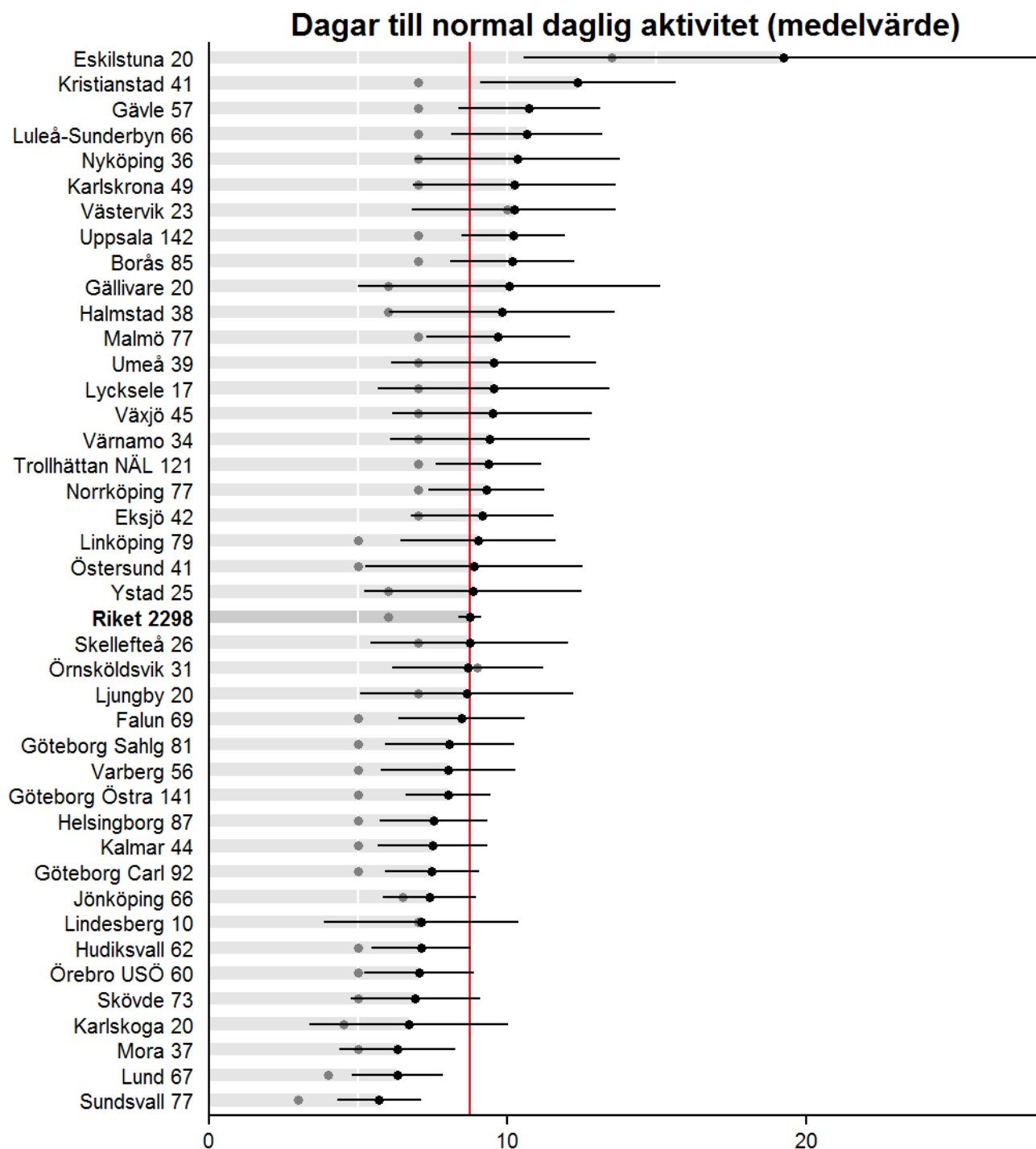
Patient som önskat kontakt, åtgärd i enkät 8v (enbart de som önskar kontakt)



Tid till normal ADL efter hysterektomi

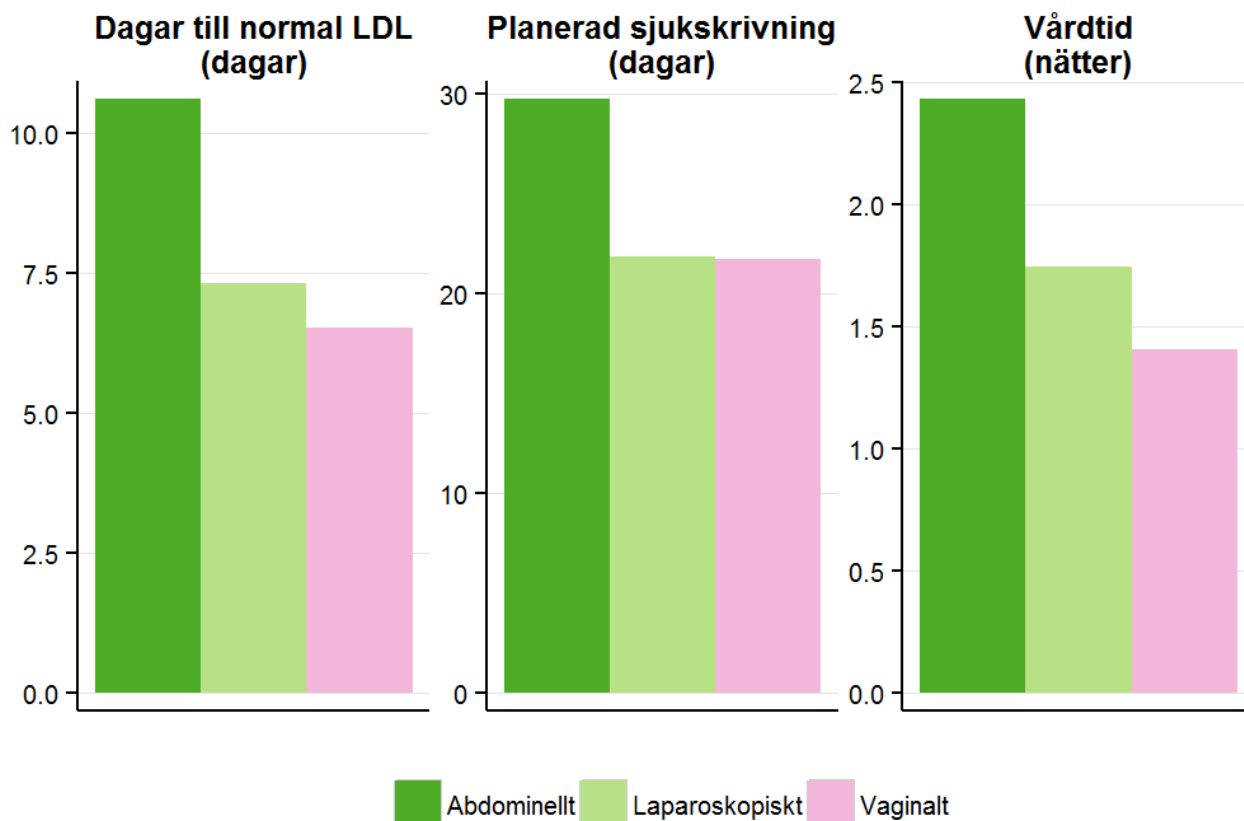
Tiden det tar för patienten att återhämta sig efter en operation kan mätas i hur lång tid det tar innan hon i samma utsträckning som före operationen klarar av dagliga rutiner som att sköta egen hygien, handla, laga mat etc. Dessa funktioner brukar benämnas ADL (Activities of Daily Living). Uppgiften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

Då tiden till normal ADL torde vara påverkat av operationstraumats storlek och patienternas ålder och hälsostatus, 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 klar skillnad mellan klinikerna avseende den tid som åtgår för ”standardpatienterna” att nå normal ADL. Denna typ av data registreras inte i GKR.



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.

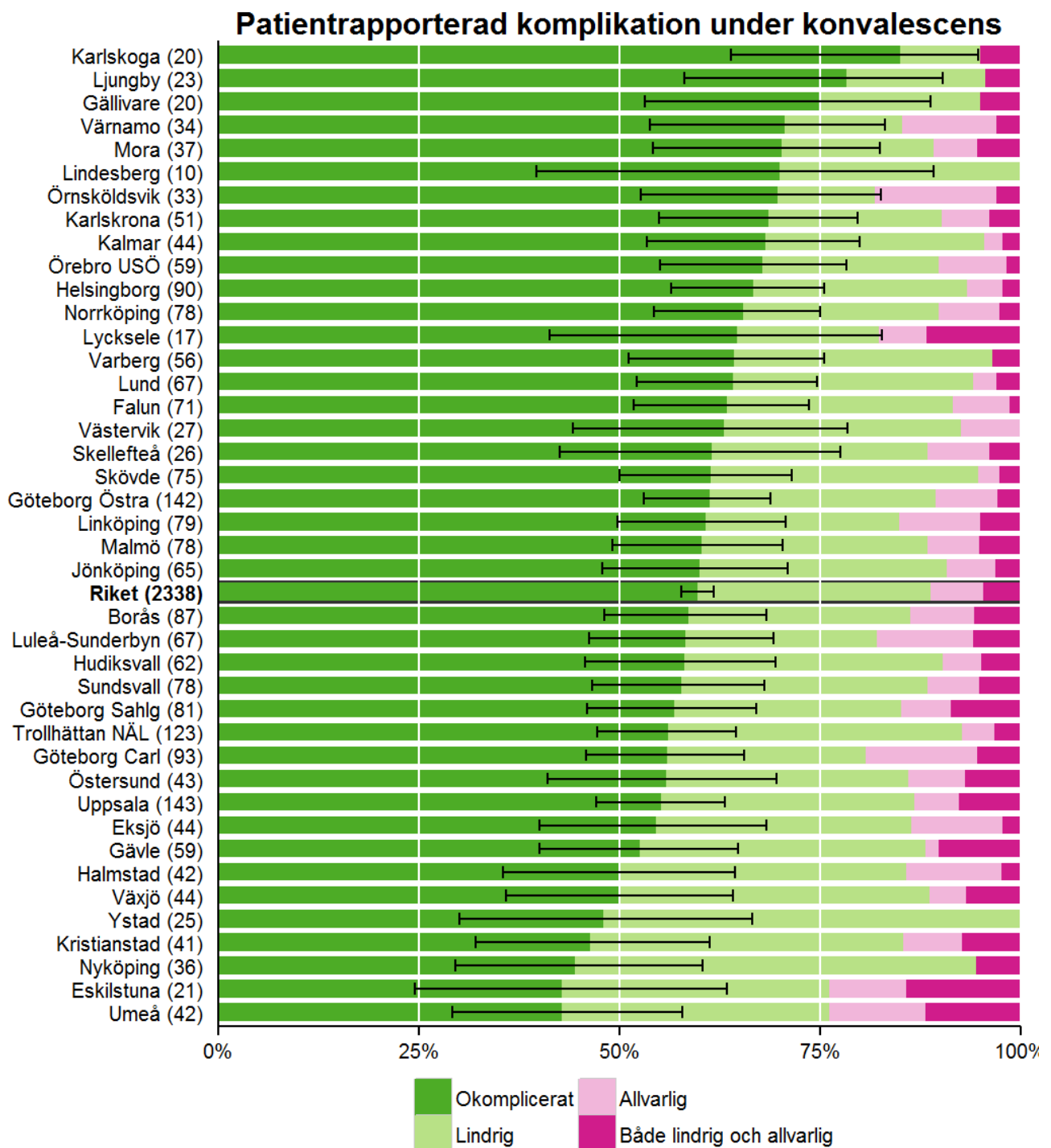
Medellettider med avssende på primär incision



Besvär och komplikationer efter hysterektomi

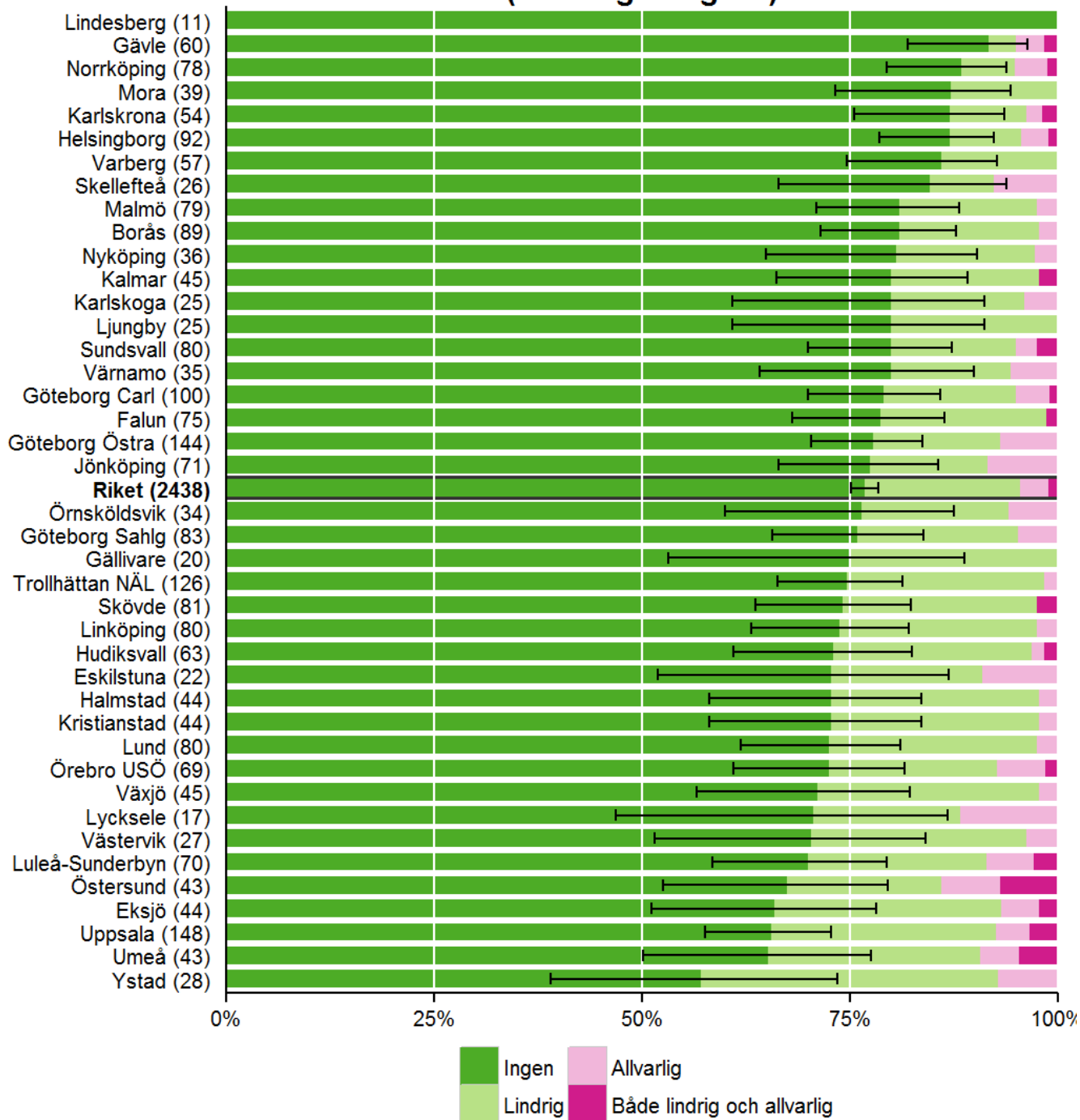
I den postoperativa enkäten som patienten får 8 veckor efter operationen uppmanas hon uppge om några oförväntade besvär uppkommit och om i så fall dessa föranlett sjukhusvård. I nedanstående figurer presenteras ”standardpatienternas” svar samt hur läkarna bedömt de patientrapporterade besvären. I den tredje figuren överensstämelsen mellan de patientrapporterade och läkarbedömda besvären/komplaktionerna. Slutligen visas i den fjärde figuren summan av samtliga läkarbedömda komplikationer som skett under operationen, vårdtiden och konvalescensen tom 8v enkäten.

I nedanstående figur visas standardspatienternas rapporterade besvär enligt 8v-enkäten. Andelen patienter som inte rapporterat några som helst oförväntade besvär postoperativt varierar från 45 till 85 %, vilket är ungefär samma spridning mellan klinikerna som den avseende samtliga patienter (data ej visade). Skillnaden mellan sjukhusen när det gäller patienternas postoperativa besvär kan förklaras av vilka förväntningar och vilken information patienterna har fått före och efter operationen.

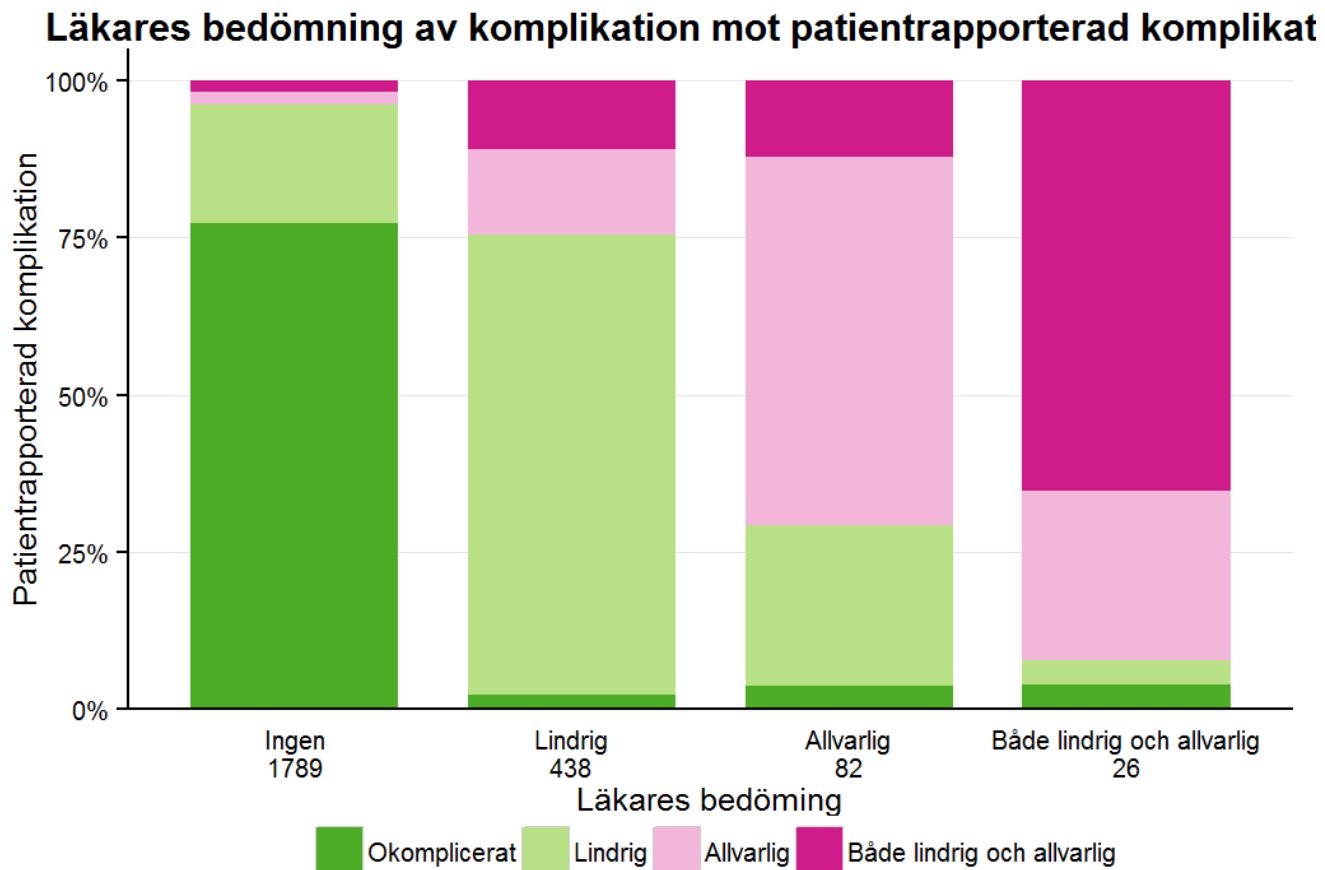


I nedanstående figur visas vilken bedömning läkare har gjort av de besvär som ”standardpatienterna” angivit i 8v-enkäten. Besvären har klassats som allvarliga respektive lindriga komplikationer eller som förväntade besvär som inte skall klassificeras som komplikation.

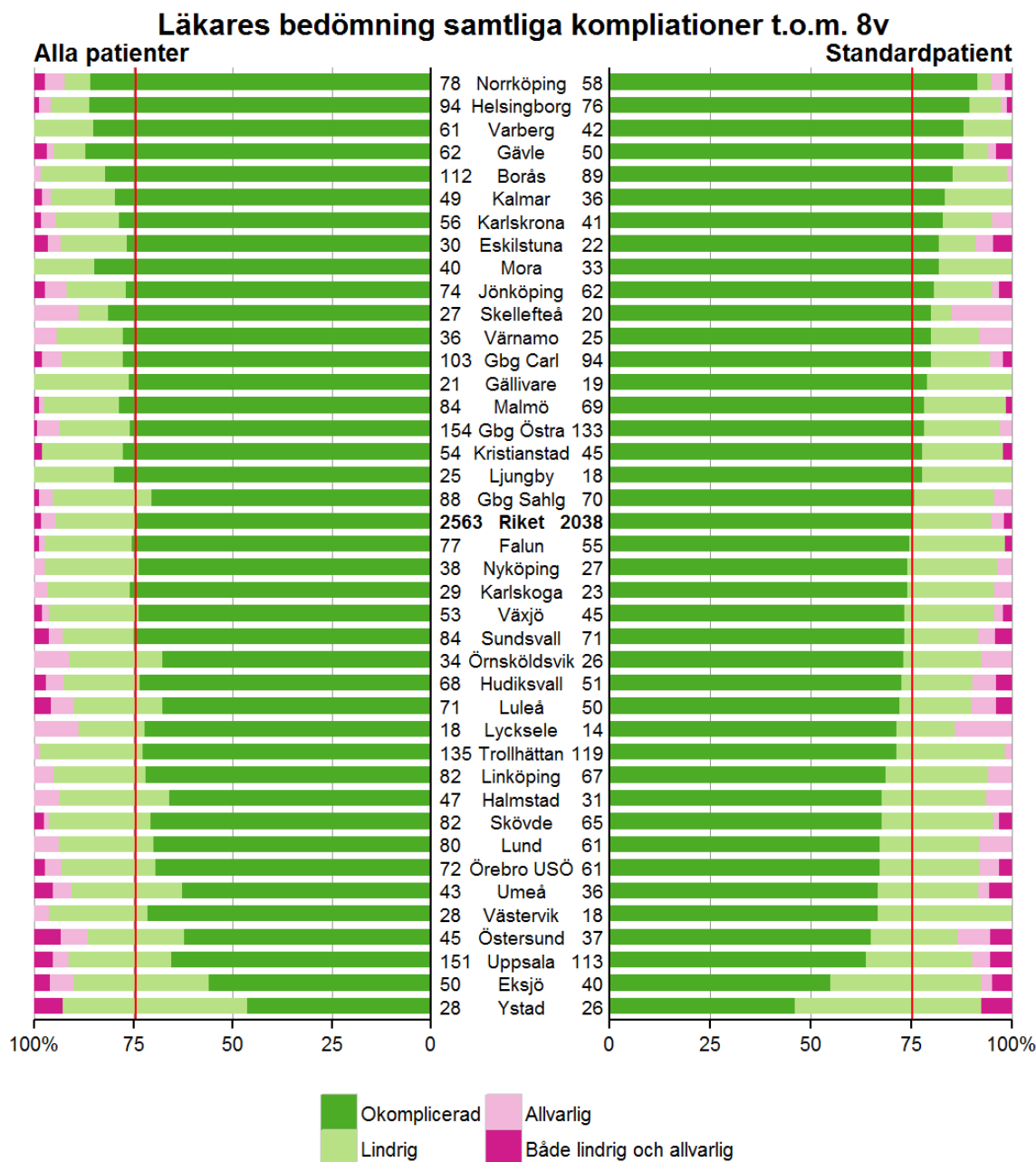
Läkares bedömning av komplikation enligt 8v-enkät (allvarlighetsgrad)



I nedanstående figur visas samstämmigheten mellan de patientrapporterade besvären och hur resultatet i lindriga respektive allvarliga komplikationer blev efter läkarbedömning.



I nedanstående figur visas såväl samtliga patienter som ”standardpatienter”. Det som efter läkarbedömning klassats som komplikation har lagts till de komplikationer som registrerats under operationen och fram till utskrivningstillfället. Härmed minimeras risken för att komplikationer ”glöms bort”. Dubbelregistreringar 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 komplikationerna 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.

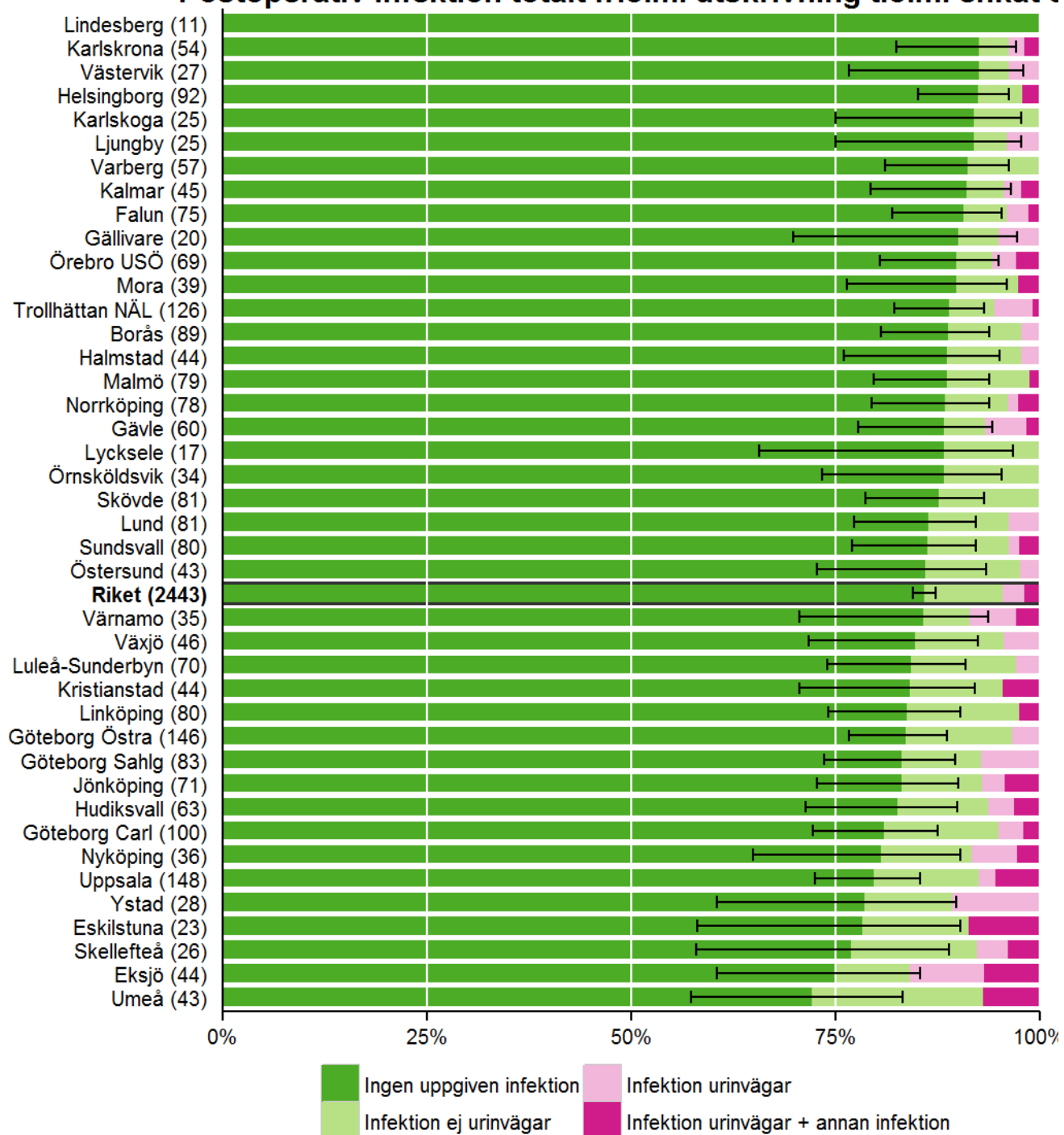


Infektion postoperativt

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. För kliniker med hög frekvens registrerade infektioner kan detta vara ett uttryck för en överförskrivning av antibiotika, vilket också är ett kvalitetsproblem. Ökande problem med infektionsbehandling p.g.a. tilltagande antibiotikaresistens visar på nödvändigheten av att antibiotika inte skall förskrivas om inte infektion är säkerställd.

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

Postoperativ infektion totalt fr.o.m. utskrivning t.o.m. enkät 8



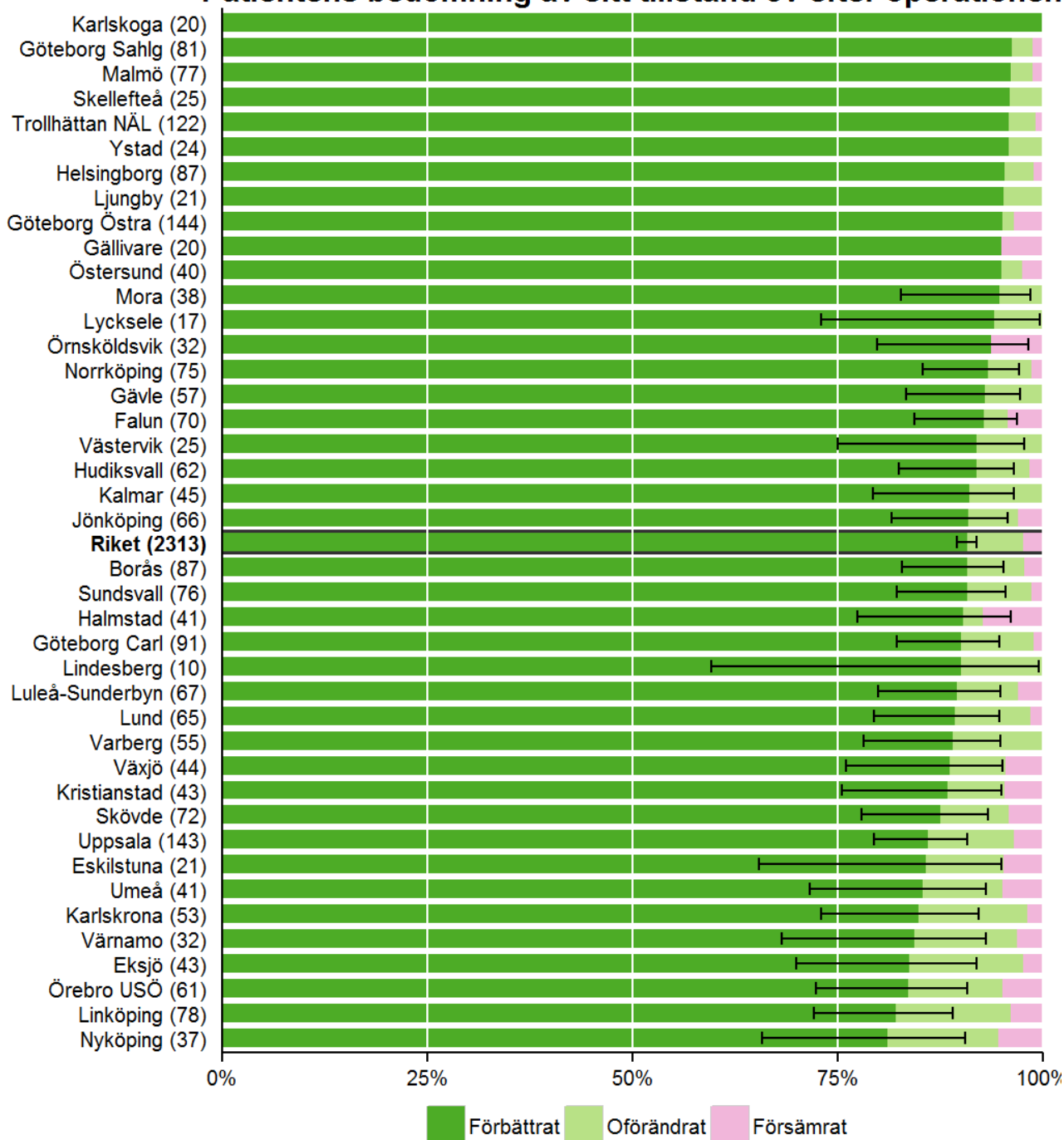
Patienternas bedömning av resultatet efter hysterektomi

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 ”mkt försämrat”, ”försämrat”, ”oförändrat”, ”förbättrat” eller ”mkt förbättrat”. I nedanstående figur har kategorierna ”försämrat, mkt försämrat” respektive ”förbättrat, mkt förbättrat” slagits ihop för att göra figuren mer lättåskådligt. 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. Dessa uppgifter efterfrågas inte i GKR.

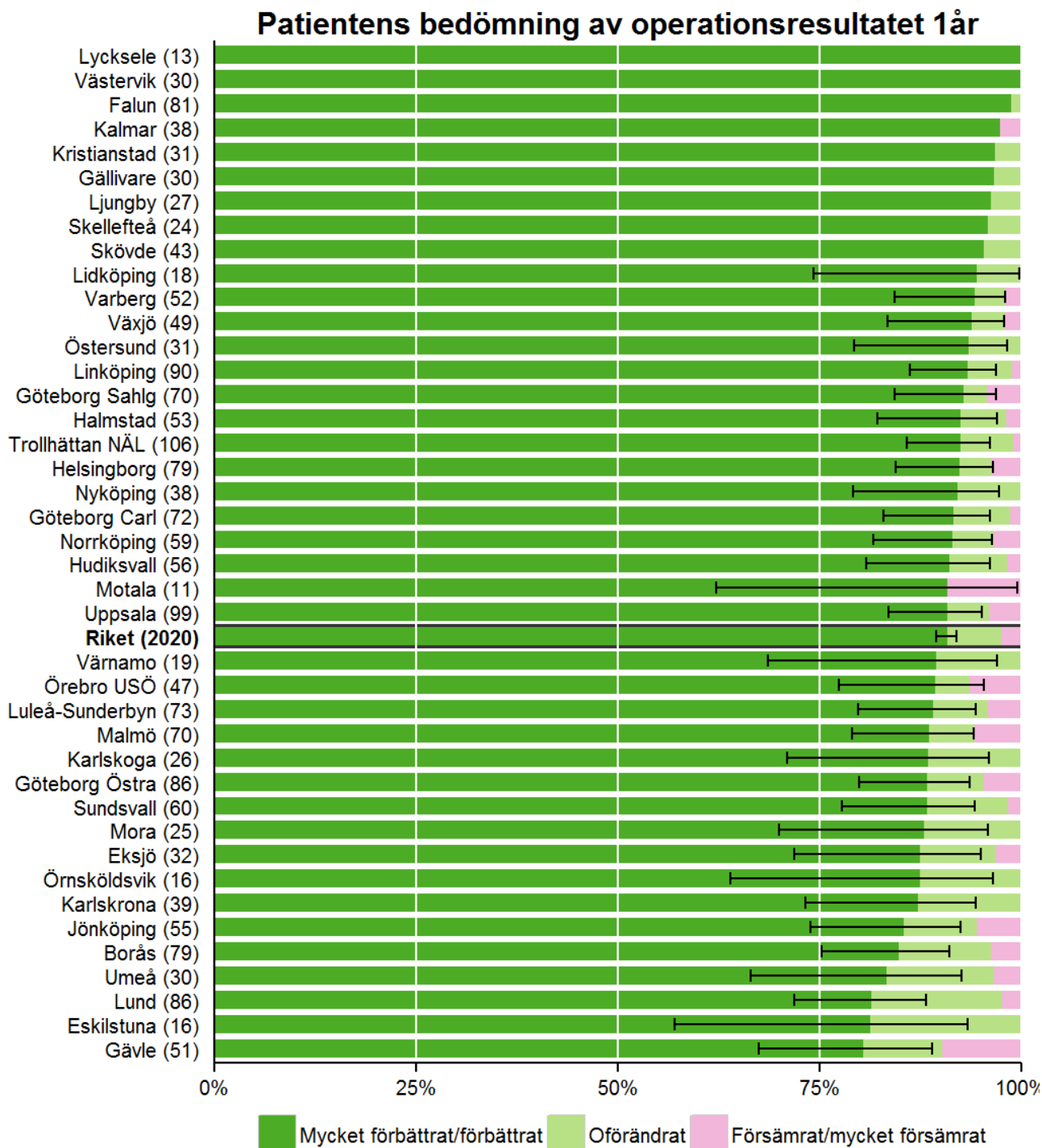
Patientens bedömning av sitt tillstånd 8v efter operationen



1 år efter operationen

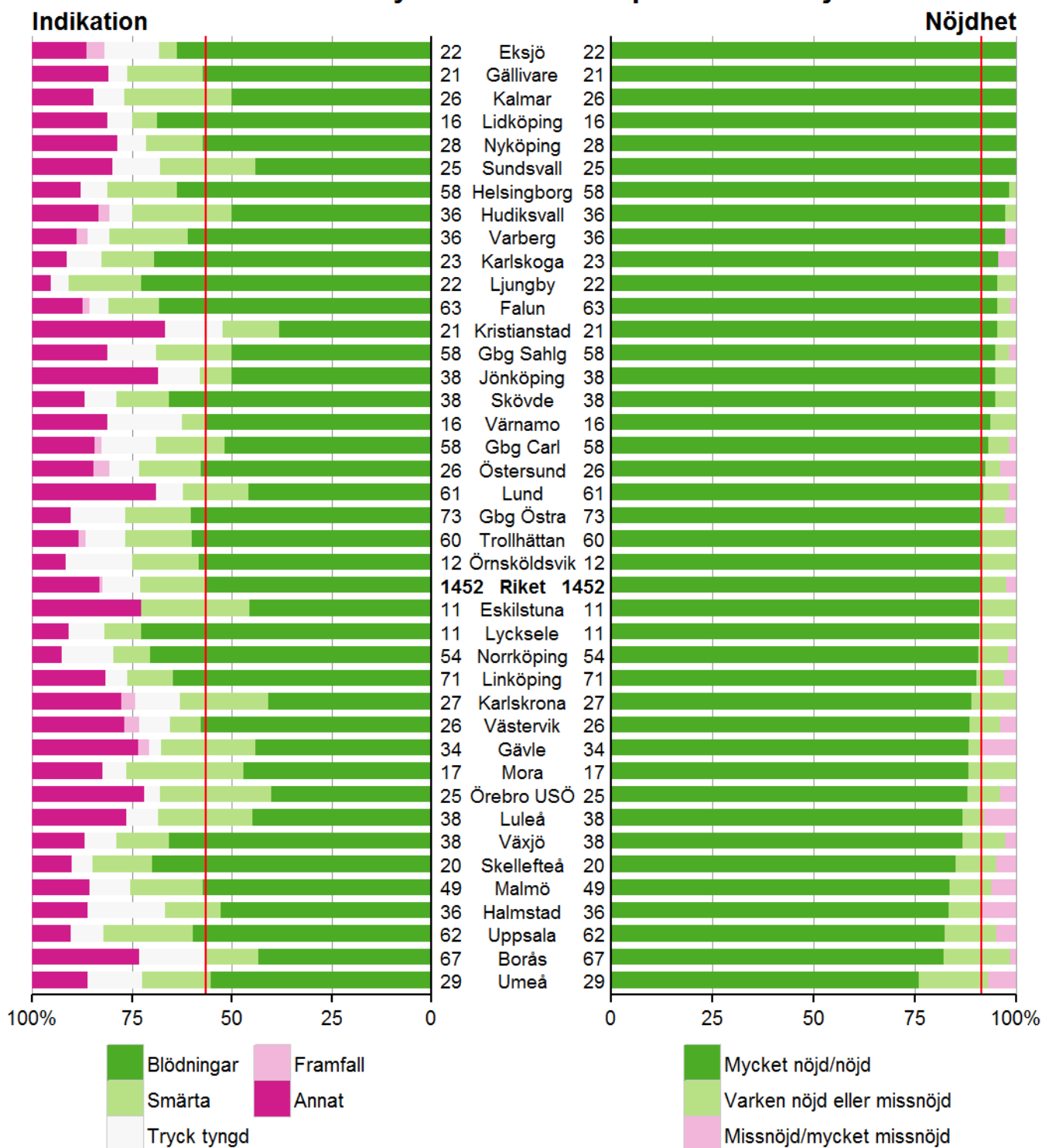
Även ett år efter operationen får patienten en enkät med frågor där hon kan värdera hur nöjd hon känner sig med resultatet efter operationen. I nedanstående figur visas resultatet oberoende av vilken indikation som föranlett operationen. I riksgenomsnitt är nästan 90 % av patienterna mkt nöjda med resultatet med en spridning från 80 till 100 % mellan klinikerna.

Dessa uppgifter efterfrågas inte i GKR.



I nedanstående figur har operationsresultatet bedömd utifrån patientens nöjdhet 1 år efter operationen ställts mot indikationen för ingreppet. Det tycks inte finnas ngt klart samband mellan andelen operationer som utförts pga. blödningsbesvär och operationsresultatet. Totalt, oberoende av indikation för ingreppet, är ca 90 % av alla patienter mkt nöjda med operationsresultatet med en spridning mellan klinikerna från 75 till 100 %. Dessa uppgifter efterfrågas inte i GKR.

Indikationer för hyserektormi mot patientens nöjdhet



Sammanfattande konklusion

Generellt i denna rapport gäller att inga patienter har tagits med som opererats på grund av eller med 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 2014 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. Detta trots att Cochrane-rapport visat att då livmodern bedöms väga under 300 gr borde operationen kunna utföras med minimalinvasiv kirurgi, vilket i det här fallet innebär vaginalt eller laparoskopiskt. Skulle man följa den rekommendationen skulle i praktiken alla kliniker utföra minst hälften av sina hysterektomier med minimalinvasiv teknik. Vill man minska operationstraumat finns här stora vinster att göra som direkt kommer patienterna till godo i form av kortare vårdtid och konvalescens. Likaså ser man liksom tidigare 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 20 – 80 % 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
Antibiotikaproylax	Förebyggande infektionsbehandling
Benign	Godartad
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
PAD	Patologisk anatomisk diagnos: mikroskopisk undersökning av vävnadsprov för att fastställa diagnoser.
Postoperativ	Efter operation
SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi.