



Postoperativa komplikationer vid hysterektomi – vari består skillnaden när patienten anser sig drabbad men läkaren anser det komplikationsfritt?

En registerstudie ur Gynop-registret

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUTERAD JULI 2014**

Författare

Marielle Sandström, studerande T10 läkarprogrammet

Mats Löfgren, docent, överläkare

Enheten för klinisk vetenskap, Obstetrik och gynekologi, Umeå Universitet, Umeå

Abstrakt

Målsättning

Att undersöka de fall där patienterna upplevt sig drabbade av allvarliga komplikationer eller besvär men där läkarna bedömt att dessa patienter var komplikationsfria.

Metod

Patienterna besvarar en enkät om det postoperativa förloppet 8 veckor efter operationen. Ansvarig läkare erhåller enkätsvaret och bedömer det. Patienternas svar och läkarnas bedömningar registreras i det Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp). I registret finns 705 patienter som genomgått hysterektomi på benign indikation som markerat att de drabbats av allvarliga komplikationer eller besvär, där läkarna bedömt deras postoperativa förlopp som komplikationsfria. Dessa 705 enkätsvar och bedömningar granskades och analyserades i studien. I analysen baserades bedömningen av komplikationer på om en medicinsk (inte symptomatisk) diagnos kunde ställas. Analysen av besvär/problem byggde på konsekvenser för patienterna, till exempel förlängd sjukskrivning och långvarig behov av smärtstillande medel.

Resultat

Vid vår granskning av enkätsvaren bedömdes 10% av patienterna ha haft allvarliga komplikationer, 22% ha haft lindriga komplikationer, 41% bedömdes som komplikationsfria men att det hade tagit längre tid att återhämta sig efter operationen, de hade fått förlängda sjukskrivningar, blivit återinlagda på sjukhus, reopererade eller behövt använda smärtstillande länge. 27% bedömdes komplikationsfria och utan påtaglig orsak till att ha markerat att de drabbats av en allvarlig komplikation eller allvarligt besvär. Patienterna rapporterade ofta flera olika symptom, de mest frekventa var smärta, trötthet, tarm- och urineringsrelaterade problem. Antalet patienter som uttryckte missnöje med bemötande från sjukvårdspersonal, postoperativ vård eller vårdkontakter var få.

Konklusion

Det stora antalet faktiska komplikationer som av läkare bedömts som komplikationsfria talar för att det förekommit negligering och eller felregistrering vid läkarbedömning. Antalet patienter utan uttalade postoperativa besvär var också betydande.

Trots besvär och komplikationer ger få patienter uttryck för missnöje. Studiegruppen avvek negativt avseende konvalescens gentemot kontrollgrupp där både läkare och patient var samstämmiga avseende frånvaro av komplikation. Analyserna ger fog för att patienterna lika ofta har rätt i sin bedömning som läkarna. Patienten som uppger allvarliga besvär bör tas på allvar och kontaktas om hon så önskar vilket inte sker i adekvat omfattning.

Introduktion

Det finns risker med operationer och operationsresultatet motsvarar inte alltid patientens förväntningar. Komplikationer efter en operation kan ha stor inverkan på den enskilda patientens liv men även postoperativa symptom som inte klassas som komplikationer kan orsaka stort lidande för en individ. Anmälningar avseende felbehandling förekommer. I PubMed finns mer än 30 000 publikationer avseende "malpractice". Mellan år 2005-2012 anmäldes totalt 4019 misstänkta vårdskador beträffande operativa ingrepp till Landstingens ömsesidiga försäkringsbolag (LÖF), varav 2168 ersattes (LÖF, ej publicerade). Följaktligen är det inte ovanligt att patient och läkare har skilda uppfattningar om vad som inträffat postoperativt.

Frekvensen av allvarliga medicinska komplikationerna vid hysterektomi är studerad, exempelvis tarmskador 0,1-1%, och skador på urinblåsa eller uretär 1-2%, pneumoni 0-2,2% och venös tromboembolism 1-12% beroende på definition och mätmetod (1). En annan översiktsartikel rapporterar frekvensen av skador på tarm, urinblåsa och uretär som krävt operativ åtgärd till 1,8-5% samt frekvensen av venös tromboembolism till 0,2-2,4% (2). Patienternas egna upplevelser av det postoperativa förloppet efter att ha genomgått hysterektomi är delvis studerat. En översiktsartikel har kommit fram till att trötthet är mycket vanligt efter operationen, vanligare än smärta som är det näst vanliga symptomet som tas upp. Tröttheten kan vara långdragen och sitta i veckor till månader efter operationen (3). Den kan även bidra till depression och nedsatt koncentrationsförmåga (4). En tvärsnittsstudie rapporterar att kvinnor är övervägande nöjda med operationen och att de inte förekommer någon ökning av gruppens genomsnitt av depressionspoäng utifrån skattningsformulär jämfört med en kontrollgrupp. Studier avseende sexualitet visar snarast på förbättrad funktion för majoriteten av patienterna (5, 6). Vid sökning i PubMed har ingen tidigare forskning hittats som belyser skillnader i synen på komplikationer eller besvär efter hysterektomi utifrån patienternas och läkarnas perspektiv. Till vår kännedom finns ingen artikel om detta sedan tidigare.

Studien, där vi har försökt belysa skillnaderna mellan läkares och patienters bedömning, baseras på information som hämtats från Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp). Registret omfattar hittills drygt 30 000 hysterektomier som utförts på benign indikation. I uppföljningen av dem ingår enkäter 2 och 12 månader postoperativt som patientens läkare också bedömer. (7, 8)

Syfte

Att analysera de patienter som uppgett att de har haft postoperativa, allvarliga besvär eller komplikationer, men som av läkare bedömts ha haft ett komplikationsfritt postoperativt förlopp.

Material & metod

I den postoperativa patientenkäten två månader efter operation frågades "Har du fått besvär som du ej förväntat dig eller komplikationer som beror på operationen? Svartalternativen var: nej, ja lindriga och ja allvarlig. De allvarliga postoperativa besvären eller komplikationerna som angetts av patienterna var totalt 2641 stycken (8,7%). Enkätsvaren bedömdes och värderades vanligtvis av ansvarig läkare. Av dessa 2641 patienter som uppgett allvarlig komplikation hade läkarna bedömt 705 stycken som komplikationsfria. Dessa var den primära studiepopulationen och utgjorde 2,3% av hysterektomierna på benign indikation. Se tabell 1 nedan.

Tabell 1: I tabellen visas hur patienterna och läkarna besvarat frågan om en komplikation inträffat och om den i så fall varit lindrig eller allvarlig, alt. om patienten haft både en lindrig och en allvarlig komplikation. I 5904 fall (19,2%) hade läkaren bedömt komplikationen som mer lindrig än patienten och i 359 fall (1,2%) hade läkaren bedömt komplikationen som mer allvarlig än patienten. Uppgift saknas från 2870 patienter och 2278 läkare, varav 1517 saknar svar från både läkare och patient. "Uppgift saknas" har exkluderats från tabellen.

Patientrapporterad komplikation under konvalescens

Läkarbedömd komplikation under konvalescens	Ingen	Lindrig	Allvarlig och lindrig*	Totalt
Ingen	16480	4081	705	21266
Lindrig	191	3545	1118	4854
Allvarlig och lindrig*	39	129	668	836
Totalt	16710	7755	2491	26956

* Det finns patienter där både läkare och patient bedömt att både allvarlig och lindrig komplikation förekommit. Dessa få patienter har inkluderats i gruppen allvarlig komplikation.

Om patienten svarade ja avseende oförväntade besvär eller komplikationer ombads hon besvara fasta komplikationsalternativ, specificerade av professionen och utifrån vad patienter uppgivit i tidigare enkäter. Därefter fick de uppmaningen "Beskriv de besvär/compikationer du kryssat i ovan" samt frågan "Har du några ytterligare problem som hänger samman med operationen", vilket 77,1% respektive 49,2% hade gjort. En tematisk analys gjordes av dessa fritexter, dvs. texterna studerades för att identifiera olika symptom som återkom hos flera patienter. De patienter som uppgivit symptom av liknande karaktär grupperades under ett "tema".

Kategoriseringen omfattade totalt 42 kategorier och subkategorier utifrån besvärens karaktär och lokalisation. Utifrån fritexterna bedömdes om det fanns underlag för bedömningen medicinsk komplikation. Vid den tematiska analysen bildades en egen grupp för patienter som uttryckte kraftigt missnöje med bemötande, vårdkontakter eller given information.

Det kontrollerades om det som patienterna beskrivit även återfanns bland de fasta svarsalternativ som de kryssat för. Ett fåtal sällan förekommande teman fanns inte representerade i de fasta svarsalternativen, detta gäller sexuell funktion och psykisk ohälsa. Stickprov gjordes för det omvända, om det patienterna svarat bland de fasta svarsalternativen också återfanns i patientens eventuella fritextbeskrivning.

De fritextkategorier som hade en motsvarighet bland de fasta svarsalternativen bildade nya grupper där samtliga patienter som kryssat för eller benämnt besväret ingick. Frekvenser beräknades på dessa samt de kategorier som inte fanns representerade bland de fasta svarsalternativen. Grupper innehållande färre än 17 patienter redovisas inte, med undantag för de patienter som uttryckte missnöje med bemötande, vård eller kontakten med vården.

Patienternas angivna symptom analyserades. Materialet har även parallellt indelats utifrån komplikationer resp. besvär. Komplikationer: olika kriteriekombinationer användes för att bedöma förekomst av lindriga och allvarliga behandlingskrävande komplikationer. Kriterierna baserades på kompletterande information från svaren på olika enkätfrågor (se tabell 2 nedan).

Tabell 2 De kombinationer av kriterier som har använts för bedömning av förekomst av lindrig och allvarlig komplikation.

Allvarliga komplikationer	
Drabbat organ urinblåsa	Återinläggning minst två nätter
Drabbat organ tarm eller uretär	Återinläggning minst två nätter eller reoperation
Sårruptur	Återinläggning minst två nätter
Blödning från vagina, bukvägg eller intraabdominell blödning	Återinläggning minst två nätter
Feber, intraabdominell eller annan infektion	Antibiotikabehandling och återinläggning minst två nätter
Inlagd för infektion	Antibiotikabehandling och återinläggning minst två nätter
Ileus	Återinläggning minst två nätter
Trombos	Waranbehandling
Sepsis	Antibiotikabehandling och återinläggning minst två nätter
Lindriga komplikationer	
UVI	Antibiotikabehandling
Sårinfektion	Antibiotikabehandling eller sårvård
Förstopning	Adekvata läkemedel Adekvat läkemedelsbehandling
Depression eller ångest	eller samtalsterapi
Anemi	Järnbehandling
Magkatarr	Syrähämmande läkemedel
Pneumoni eller pyelonefrit	Antibiotikabehandling
Övriga infektioner eller feber	Antibiotikabehandling

Besvär: gradering gjordes av konsekvenserna av avvikande postoperativt förlopp, innefattande inverkan på allmänna välbefinnandet, rehabilitering, olägenheter och lidande. Patienterna blev indelade i svår, medel, lindrig eller oklassificerade besvärsggrad (patienter som inte uppfyllde något besvärskriterium) (se tabell 3 under Resultat).

Det analyserades hur de patienter som bedömts ha haft en allvarlig komplikation fördelade sig gentemot besvärsggraderingen. Vid förekomst av flera olika besvär eller komplikationer har patienterna indelats utifrån den allvarligaste.

Avsaknad av uppgift har analyserats som negation. Komplikationer och besvär i fritext som saknat stödbevisning från andra svar på frågor i enkäten har generellt exkluderats. Ett fåtal patienter som i fritext på ett övertygande sätt beskrivit händelser av allvarlig karaktär, kvalificerade in i gruppen med allvarliga komplikationer utan att kompletterande information från fasta svarsalternativ krävts. Det generella förhållningssättet har varit att hellre exkludera en komplikation än inkludera vid tveksamhet.

Patienterna tillfrågas i enkäten om de behöver kontakt med kvinnokliniken. I slutet av den bedömning läkarna gör av patientenkäten finns även en lista på åtgärder som omfattar kontakt via brev eller telefon, återbesök eller utredning samt ingen åtgärd. För att undersöka om de ansvariga läkarna reagerat och agerat efter att ha läst enkätsvaren gjordes en analys av givna åtgärder.

Enkätens första del består av generella frågor om det postoperativa förloppet som alla får besvara. Jämförelser gjordes mellan studiegruppen och en kontrollgrupp bestående av patienterna från GynOp som markerat ingen komplikation och även bedömts som komplikationsfria av läkare, n=16480.

De 25 senaste patienterna som besvarat enkäten med att allvarliga besvär/komplikaioner uppstått och läkare markerat inga komplikationer har kontaktats för telefonintervju, var 24 har intervjuats av forskningssköterska. Alla enkäter var besvarade inom 6 månader från intervjutillfället. Patienternas åldrar varierade från 37 till 89 år och de var bosatta spritt över landet. Patienterna informerades om att intervjun var för att validera enkäten. Patienterna informerades inte om urvalskriterierna, dvs om de skilda bedömningarna av det postoperativa förloppet.

Statistik

SPSS 20.0 har användes för statistiska bearbetningar. Independent samples T-test, chi-square, Cohen d och phi eller Cramer's V användes. Ett värde betecknats som signifikant när $p < 0.05$. För att värdera klinisk betydelse har effect size (ef) använts. De gränsvärden som använts är över 0,6 för kliniskt relevant, över 0,8 för stark klinisk relevans och under 0,6 betecknas som svag relevans.

Resultat

Fasta svarsalternativ kombinerade med fritexter

Kontrollen av huruvida de teman patienterna uppgett i fritexterna återfanns bland de fasta svarsalternativ som samma patienter kryssat för, visade hög överensstämmelse för samtliga ämnen utom UVI (39,2%). Exempel på dem som överensstämde i hög grad är trötthet 78,7%, smärta 85,9%, feber och infektion exkluderat UVI 84,2%. Stickprov gjordes för trötthet och UVI för att kontrollera om svaren från de fasta svarsalternativen återfanns bland samma patienters fritextbeskrivningar. Både UVI och trötthet hade låg överensstämmelse 22,5% resp. 23,6% medan smärta hade högre överensstämmelse, 48,6%.

Fritexterna fristående

Exempel på övertygande fritexter där komplikationen accepteras utan krav på stödbevisning från svaren på andra enkätfrågor:

”Bristning av operationsåret till bukhålan. Jag lider fortfarande av mardrömmar om det som skedde när såret öppnades och inälvorna ramlade ut.”

”I 10 dagar efter operationen hade jag så svår smärta att jag inte kunde sitta. Då jag även börjat må dåligt kontaktade jag 28/3 kvinnokliniken natten 28-29 började gasbinda?? att tränga fram. Jag kunde själv dra ut åtskilligt med "kvarglömd gasbinda".

”Fått nefrostomi p g a avflödes hinder uretär r/t blåsskada sutur? Haft mkt ont i ryggen vid nefrostomin, ont i njuren, huden runt stomin, ont i ljumskar, invärtes smärta vä flank, fått Flegmoni, haft nefrostomi i fyra veckor. Fått antibiotika intravenöst i samband med kontrast-röntgen. Pyelonefrit, reagerat med allergi, fick klåda i mun, ansikte, hårbotten samt bröstet och halsen. Långdraget förlopp från det upptäcktes att jag hade hydronefros innan jag fick avlastning på njuren”

Exempel på fritexter som ej accepterats som allvarliga komplikationer pga. avsaknad av stödbevisning från svaren på andra enkätfrågor.

”Urinledaren skars av under operationen. Detta medförde extra sjukhusbesök och röntgen samt undersökning av njurfunktionen på urologen. Ovisst om det blir några framtida besvär.”

”3 veckor efter op fick jag tendens till tarmvred. Låg på sjukhus 4 dgr för detta.”

”Jag kunde efter operationen inte kissa själv och hade kateter till och från i 3 veckor och tappades på urin flera gånger. Jag fick också en besvärlig urinvägsinfektion och jag fick allergi mot Trimetoprim. Jag fick då äta Betapred i 6 dagar + Atarax.”

”Ascites, svårt att andas, svårt att ventilera, svårt att röra sig, svårt att sova, svårt att äta, smärta.”

Patienternas symptom

Patienterna har i snitt uppgett 5,7 olika symptom eller komplikationer i enkäten. När det gäller symptom eller tillstånd var de största grupperna i fallande ordning smärta, trötthet, symptom från blödning och olika tarm- eller avföringsproblem. Frekvenserna var följande. 573 patienter (81,2%) uppger smärta. Trötthet uppger 323 patienter (45,8%). 190 patienter (26,9%) uppger blödning och 98 stycken (13,9%) uppger tarm- eller avföringsproblem. Tillsammans omfattade grupperna med smärta, trötthet, blödning och tarm- eller avföringsproblem 90,5%.

73 stycken (10,3%) uppger urininkontinens eller andra urineringsrelaterade symptom. 27 stycken (3,8%) uppger klimakteriesymtom, 26 stycken (3,7%) uppger smärta från underliv eller slida och 17 stycken (2,4%) uppger huvudvärk.

Patienternas komplikationer

Av markerade allvarliga komplikationerna accepterades 2 av 10 som uppgett trombos (blodpropp) och 4 av 39 som uppgett ileus (tarmvred) p.g.a. stöd i kompletterande svar på andra frågor. De två patienter som markerat sepsis (blodförgiftning) uppfyllde inte övriga kriterier för allvarlig komplikation. Av 265 patienter som uppger infektion eller feber hade 158 stycken (59,6%) fått antibiotika. Den vanligaste uppgivna infektionen var UVI, men av 99 patienter hade 57% fått antibiotika. För klassifikationen komplikation (infektion) fordrades att både infektion och adekvat behandling angivits.

68 patienter bedömdes ha haft allvarliga komplikationer (9,6%) och 169 patienter ha haft lindriga medicinska komplikationer (23,9%). Totalt 226 patienter har klassats som lindrig eller allvarlig komplikation (32,0%). 11 patienter bedömdes ha haft både lindrig och allvarlig komplikation (Se bild 1 och tabell 3).

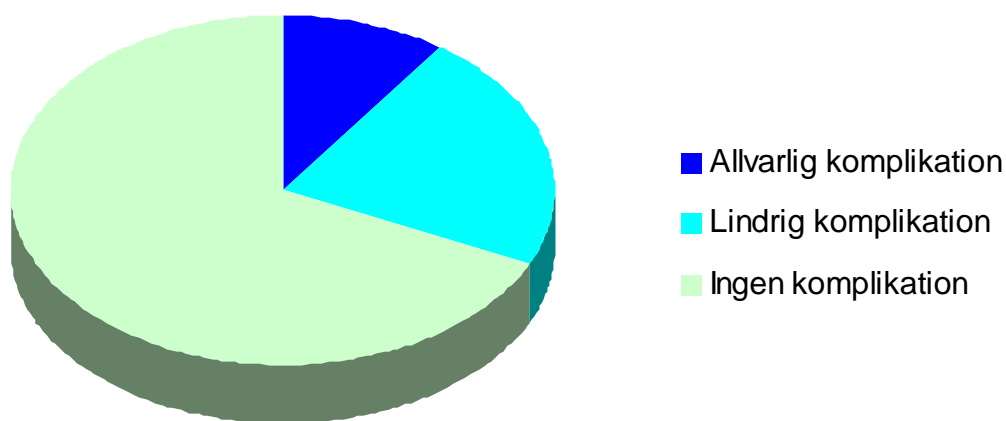


Bild 1 *Fördelningen av komplikationer i studiegruppen. Patienter med både lindrig och allvarlig komplikation räknas som allvarlig.*

Tabell 3: Komplikationsklassificering för lindriga och allvarliga komplikationer samt frekvenser. Patienterna räknas bara en gång i vardera gruppen. 11 patienter bedömdes ha haft både lindrig och allvarlig komplikation. Ett fåtal patienter har bedömts ha haft allvarlig komplikation (fistelgång, stämbandsskada och kvarglömd gasbinda) utifrån beskrivningar i fritext men ej kunnat styrkas med kompletterande data.

Allvarliga komplikationer	Antal	Lindriga komplikationer	Antal
Organskada tarm eller uretär	22	UVI	56
Infektionsrelaterad komplikation	16	Övriga infektioner eller feber	53
Blödningrelaterad komplikation	9	Sårinfektion	39
Sårruptur	7	Anemi, blodbrist	5
Ileus, tarmvred	4	Pneumoni, lunginflammation	4
Organskada blåsa	3	Depression eller ångest	4
Lungemboli	2	Magkatarr	4
Kvarglömd gasbinda	2	Förstoppning	3
Fistelgång	1	Pyelonefrit, njurbäckeninf	1
Stämbandsskada	1	Total	169
Total	68		

Patienternas besvär

Fördelningen av patienterna i studiegruppen över de olika besvärsgraderna blev följande. Tabell 4, bild 2. 199 patienter (28,2%) klassades som svår besvärsgrad. 305 patienter (43,3%) klassades som måttlig. 119 patienter (16,9%) klassades som lindrig besvärsgrad och 82 patienter (11,6%) uppfyllde inget av kriterierna och blev därmed oklassificerade. Av patienterna som bedömts som komplikationsfria (n=479) bedömdes 289 stycken ha haft allvarliga eller måttliga besvär, 41,0% av studiepopulationen.

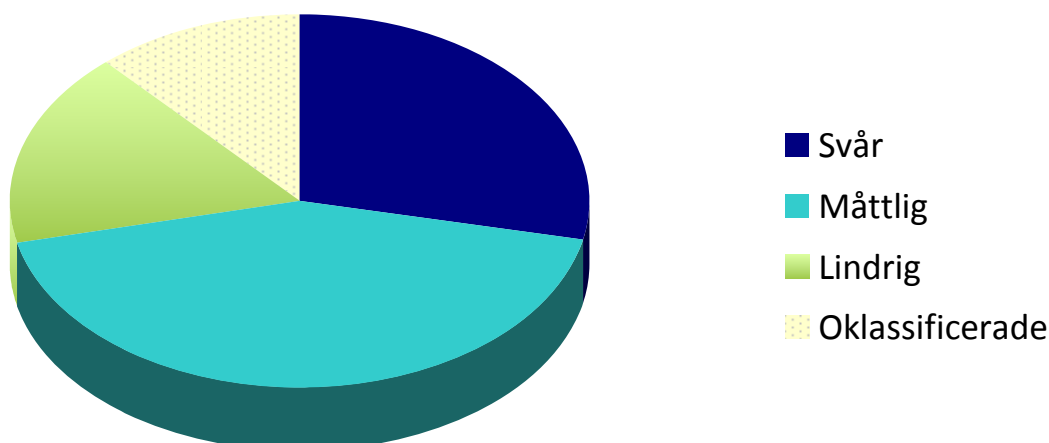


Bild 2 Fördelningen av patienternas besvärsgrader.

De allvarliga behandlingskrävande komplikationerna följer väl besvärskriterierna svår och måttlig (Tabell 4).

Tabell 4: Vart och ett av kriterierna är rangordnade efter allvarlighetsgrad med det mest allvarliga högst upp. I den tredje och fjärde kolumnen från vänster ses antal patienter och procent som uppfyllt vart och ett av kriterierna. Kolumnen näst längst åt höger är organiserad så att varje patient förekommer endast en gång. I kolumnen längst till höger syns hur patienterna med allvarliga komplikationer fördelar sig över de olika besvärsgraderna.

Gradering av patienternas uppgivna besvär

Besvär, fallande gradering*	Besvärsgrad	Antal	%	Antal där patienten rapporterat endast en komplikation**	Allvarliga komplikationer*** Antal
Förlängd sjukskrivning minst 4v	Svår	108	17,4	108	19
Reoperation och återinläggning minst två nätter	Svår	22	3,2	14	11
Återinläggning minst två nätter	Svår	57	8,1	26	18
Minst 30 dagar till normal ADL	Svår	83	11,8	51	4
Förlängd sjukskrivning 2-3v	Måttlig	102	14,5	73	4
Återinläggning minst en natt	Måttlig	105	14,9	48	5
Reoperation	Måttlig	80	11,3	17	4
Antibiotikabehandling	Måttlig	177	25,1	66	0
Smärtlindrande minst 21 dagar	Måttlig	162	23	48	0
Minst 14 dagar till normal ADL	Måttlig	201	28,5	53	0
Förlängd sjukskrivning 1v	Lindrig	44	6,2	12	0
Sårömläggning	Lindrig	57	8,1	3	0
Annan åtgärd	Lindrig	199	28,2	47	2
Sökt sjukvård	Lindrig	491	69,6	57	1
Oklassificerade	Ingen	82	11,6	82	1
Total		1862	281,5	705	69

*De av patienten uppgivna besvären graderade utifrån bedömd grad av besvär och olägenhet, ej utifrån behandlingsbehov. Kriterierna graderas i fallande grad.

** Flera patienter har mer än ett besvär. Patienterna räknade en gång utifrån allvarligaste graderade besvär.

*** De allvarliga behandlingskrävande komplikationerna inlagda för att illustrera överensstämmelsen.

Jämförelser mellan studiegruppen och kontrollgruppen där läkare och patient båda markerat ingen komplikation

Studiegruppen och kontrollgruppen jämfördes utifrån olika karaktäristika så som ålder, yrkesverksamhet, body mass index (BMI) och preoperativt hälsostatus utifrån ASA-klassifikation¹. Studiegruppen visade sig i genomsnitt vara lite yngre (47,9 mot 50,9 år) $p=0,000$ $ef^2=0,29$, svagt. De under 66 år var i mindre grad yrkesverksamma (80,9% jämfört med 85,5%) $p=0,002$ $ef=0,13$, svagt. Ingen klinisk relevant skillnad hittades gällande BMI eller ASA-klassifikation.

¹ ASA-klass: Indelning av patienter för klassificering av risk vid t ex operation.

1 = Frisk, medicinfri patient

2 = Patienter med mindre allvarlig allmänsjukdom, t ex väl balanserad hypertoni, diabetes, lindrig astma..

² Ef= effect size

Jämförelse av det postoperativa förloppet mellan studiegruppen och kontrollgruppen visad en skillnad i användning av smärtstillande postoperativt (93 % respektive 84%) $p=0,000$, $ef=0,26$, svagt. Studiegruppen uppgav antal dagar med smärtstillande (15,3 jämfört med 8,2) $p=0,000$ $ef=0,64$, kliniskt relevant. Återhämtningstiden till normalt ADL³ efter operationen var längre för studiegruppen (medel 13, respektive 7,1 dagar) $p=0,000$ $ef=0,62$, kliniskt relevant. Undersökningar gällande sjukskrivning gällde endast de patienter som var i arbetsför ålder. Det var ingen skillnad mellan grupperna gällande hur lång sjukskrivning patienterna först fick vid utskrivningen, men när man räknar med förlängd sjukskrivning fick studiegruppen i genomsnitt längre sjukskrivning (37 mot 29 dagar) $p=0,000$ $ef=0,35$, svagt.

Åtgärder p.g.a. enkätsvaret

Patienterna besvarade även en fråga om de önskade kontakt med opererande klinik. Se tabell 5. Av 251 patienter som önskade kontakt eller återbesök blev 96 stycken (38%) kallade till återbesök, 55 stycken (22%) blev kontaktade med brev eller telefon och 3 patienter uppsatta för utredning. För 97 patienter (39%) markerades ”ingen åtgärd”.

Tabell 5 Andel av patienterna som begärt förnyad kontakt med kvinnokliniken.

	Antal	%
Nej*	315	44,7
Ja kontakta mig	100	14,2
Ja, återbesök	151	21,4
Planerad för återbesök	22	3,1
Svar saknas	117	7,7
Totalt	705	

*Två månader postoperativt är många besvär och komplikationer åtgärdade och avslutade.

Grupper ej representerade i enkätens alternativ

Ett mindre antal patienter har i fritexterna uppgett problem som inte berördes av frågor i enkäten. 18 patienter har uppgett att operationen har haft en negativ inverkan på sexuellt samliv. 28 patienter uppger psykisk ohälsa i form av depression eller ångest. Utifrån deras fritexter identifierades 7 patienter som var missnöjda med bemötande från sjukvårdspersonal, kontakter med sjukvården eller vården de erhållit efter operationen.

Telefonvalidering

Under telefonintervjun informerades inte patienten om hur hon svarat på frågorna tidigare innan hon besvarade frågorna igen. För 20 av de 24 intervjuerna överensstämde svaren med enkäten alternativt att det framkom mer besvär än det som rapporterats i enkäten. Fyra patienter hade markerat komplikationer som ej verifierades. Markerat var; en fistel, en ileus en urinvägsinfektion samt en tarmskada. Alla fyra saknade stödbevisning som tex att antibiotika eller annan behandling givits, inläggning, reoperation etc. Med den stödbevisning som krävdes i analyserna skulle ingen av de fyra accepterats som komplikation. De patienter som begärt kontakt men ej fått det uttryckte ett klart missnöje.

³ ADL = Activity of daily life, dvs normala dagliga aktiviteter som t ex att sköta hygien, laga mat, handla.

Diskussion

Vid vår genomgång av enkätsvaren har vi gjort bedömningen att det funnits en komplikation i ungefär en tredjedel av fallen där patienten rapporterat allvarlig komplikation eller oförväntat besvär och läkaren markerat bedömningen ”ingen komplikation”. Därtill har en stor andel av patienterna haft postoperativa besvär som föranlett åtgärder från sjukvården så som exempelvis återinläggningar och förlängda sjukskrivningar. Förekomsten av symptom var hög och det var vanligt att patienterna uppgav flera symptom. Mest frekvent var i fallande ordning smärta, trötthet, blödning och olika tarmbesvär, vilka tillsammans omfattade 90,5% av patienterna.

Frekvenserna av allvarliga och lindriga komplikationer uppgår till 9,7% resp. 24,0%. Vi har inte hittat någon annan studie att jämföra med som redovisar den sammanlagda frekvensen av olika typer av allvarliga komplikationer sammantaget. Studiegruppens frekvens av allvarliga komplikationer kan nog betecknas som hög, trots att dessa patienter av behandlande läkare bedömts som komplikationsfria. Gällande de enskilda komplikationstyperna överensstämmer skada på urinblåsa, tarm eller uretär med vad andra studier visat (1, 2). Förekomsten av infektioner överensstämmer med tidigare studier(1), venös tromboembolism överensstämmer med vad som kan förväntas enligt en översiktsstudie (2) men lägre än förväntat enligt en annan (1).

Patienternas besvär klassificerades utifrån erhållna medicinska åtgärder och postoperativ konvalescens. 28% bedömdes ha haft stora besvär. Tre av fyra kriterier för den klassifikationen krävde aktiv läkarinsats. 108 patienter (15%) uppgav förlängd sjukskrivning med minst fyra veckor, vilket i sig indikerar en svår komplikation. Det fjärde kriteriet baseras på patientens egen bedömning av antalet dagar till normal ADL-funktion, (≥ 30 dagar), vilket kan anses som ett mindre objektiva kriterium.

Ytterligare 43% av patienterna klassificerades till måttliga besvär utifrån insatta medicinska åtgärder och/eller substantiellt förlängd återhämtningstid jämfört med en kontrollgrupp. 17% av patienterna klassades som lindrig besvärsgrad utifrån sjukvårdskontakter och mindre behandlingar. Resterande 12% av patienterna uppfyllde inget av våra uppsatta kriterier för besvärsvärdering. Då de inte uppgivit att de sökt kontakt med sjukvård så förefaller det osannolikt att de skulle ha drabbats av något som skulle betecknas som allvarligt.

Sammantaget har 2/3 av patienterna, de två övre besvärsgraderna, haft ett så pass avvikande postoperativt förlopp att läkarbedömningen komplikationsfritt inte framstår som rimlig.

Någon studie där man tidigare jämfört när läkares och patienters bedömning är motstridiga har vi inte funnit, varför inga jämförelser kan göras.

Smärta var det vanligaste symptomet hos studiegruppen (81,2%), överstigande andra studier som visat 63% (4) och 72% (3). Studiegruppen använde smärtstillande i närmast dubbelt så lång tid som kontrollgruppen, där både läkare och patient bedömt konvalescensen som komplikationsfri.

Trötthet var det näst vanligaste symptomet (45,8%), andelen som uppgett trötthet var dock klart lägre jämfört med två andra studier som visade 74% (4) respektive 91% (3).

Däremot tog det i genomsnitt sex dagar längre för studiegruppen att återfå sin tidigare ADL-funktion än för kontrollgruppen. Denna skillnad för smärta och trötthet jämfört med kontrollgruppen är även av klinisk betydelse och motsäger att studiegruppen som helhet skulle vara komplikationsfri.

18 patienter uppgav att operationen inverkat negativt på deras sexuella samliv, detta 2 månader postoperativt när läkningsförloppet inte kan anses som avslutat. 28 patienter (6%) uppgav depression eller ångest i enkäten, vilket överensstämmer med den generella prevalensen hos kvinnor. Sju patienter uttryckte missnöje med bemötandet från sjukvårdspersonal, kontakter med vården eller den vård de fått efter operationen. Detta var oväntat få med hänsyn till selektionen av studiepopulationen.

Enkätens frågebänk bedöms som adekvat eftersom genomgången av alla patientkommentarer inte detekterat någon större problemkategori som saknar fasta svarsalternativ.

Trots att 251 av patienterna som uppgav allvarliga besvär eller komplikationer och begärde att kontaktas, markerades för 35% i läkarbedömningen att ingen åtgärd skulle göras vilket kan betecknas som anmärkningsvärt.

Studien har sina begränsningar. Metoden att komplikationen som patienten angivit skulle kombineras med att även rimliga åtgärder angivits valdes i syfte att uppnå större tillförlitlighet att patientens tillstånd verkligen varit en komplikation. Detta försvårades av att patienterna ej besvarat alla enkätfrågor, exempelvis så hade 24% av patienter i studiegruppen ej besvarat frågan om återinläggning. Svar som saknas har analyserats som passiv negation, snarast medförande underskattning än överskattning av komplikationer eller besvär. I denna studie har inga stickprov gjorts där patienternas uppgifter kontrollerats mot andra källor. Detta har utförts tidigare och patienternas enkätsvar hade hög tillförlitlighet samt att ej besvarade frågor påfallande ofta innebar ett passivt negerande (8). 24 patienter har telefonintervjuats och för ingen av dessa framkom uppgifter som ändrade vår bedömning av enkätsvaren. Enkätsvaren bedöms som tillförlitliga.

Det professionella nätverket runt GynOp har ingående diskuterat användningen av termen komplikation i en patientenkät. Frågeformuleringen i patientenkäten ”Har du fått besvär som du ej förväntat dig eller komplikationer som beror på operationen” grundas i att lekmän inte förväntas förstå innebörden av den medicinska termen komplikation eller med säkerhet kunna bedöma förekomst av detta, därför användes en bredare formulering. Detta kan vara en bidragande orsak till skillnaderna i patienternas rapportering av besvär/komplikationer gentemot läkarnas. Med beaktande av de svagheterna dras nedanstående slutsatser.

Slutsatser

Andelen där patienter och läkare gör diametralt motsatta bedömningar av postoperativa förloppet vid hysterektomi på benign indikation är liten. Komplikationer förekommer dock i 1/3 av fallen (10% allvarliga och 22% lindriga) där patienten uppgett allvarligt besvär eller allvarlig komplikation men läkaren markerat komplikationsfritt. Antingen har en felbedömning eller felregistrering skett av läkaren i de fallen. Talande för inslag av negligering är att av patienter som önskade bli kontaktade negligerades i 1/3 av fallen.

Totalt har 73% haft postoperativt förlopp avvikande från det normala. Frånsett de som ej bedömts ha haft en komplikation har 41% haft ett avvikande postoperativt förlopp med fördröjd återhämtning och medicinska åtgärder. Detta tolkar vi som att patienten delvis gör sin bedömning utifrån de besvär hon erfarit.

Referenser

1. Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol.* 2013;121(3):654-73
2. Harris WJ. Complications of hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol.* 1997;40(4):928-38.
3. Rock JA. Quality-of-life assessment in gynecologic surgery. *J Reprod Med.* 2001;46(5 Suppl):515-9.
4. DeCherney AH, Bachmann G, Isaacson K, Gall S. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. *Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. Obstet Gynecol.* 2002;99(1):51-7.
5. Ferroni P, Deeble J. Women's subjective experience of hysterectomy. *Aust Health Rev.* 1996;19(2):40-55.
6. Fram KM, Saleh SS, Sumrein IA. Sexuality after hysterectomy at University of Jordan Hospital: a teaching hospital experience. *Arch Gynecol Obstet.* 2013;287(4):703-8.
7. Ladfors M, Lofgren, M, Gabriel B, Olsson J-H. Patient accept questionnaires integrated in clinical routine; a study by the Swedish National Register for Gynecological Surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand.*2002;81:437-43
8. Pakbaz M, Mogren I, Lofgren M. Outcomes of vaginal hysterectomy for uterovaginal prolapse: a population-based, retrospective, cross-sectional study of patient perceptions of results including sexual activity, urinary symptoms, and provided care. *BMC Women's Health.* 2009;9(1):9. (Open Journal)