



Årsrapport för operationer
utförda år 2019

Hysterektomi

Författare:
Sophia Ehrström
registeransvarig för Hysterektomiregistret
Södermalms läkarhus Nacka

Figurer och dataanalys:
Jessica Edlund och Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2020-05-27

Innehåll

Inledning	2
Besvär som föranleder operation.....	4
Operation	5
ST-läkare som huvudoperatör	5
Operationsmetod	8
Uterusvikt	20
Säkerhetsaspekter	21
Ledtider	25
Sjukskrivning.....	28
Komplikationer.....	31
Patientrapporterade resultat 1 år efter operation	35
Sammanfattning	37
Ordlista	38
Referenser	39

Inledning

Under 2010-talet har en stor förändring skett i val av operationsmetoder mot användning av mer minimalinvasiva metoder vid hysterektomi i Sverige. Utvecklingen i Sverige följer den internationella med några års eftersläpning. Minimalinvasiv teknik i denna rapport definieras som hysterektomi utförd vaginalt (VH), laparoskopiskt (LH) eller robotassisterat laparoskopiskt (RALH). År 2019 registrerades 4180 hysterektomier på benign indikation i GynOp. Sammantaget skedde registrering vid 47 kliniker. Antalet hysterektomier på benign indikation fördelar sig enligt nedanstående figur (figur 1), där antalet hysterektomier per 10 000 kvinnor beräknas över åldersspannet 40–60 år, vilket ungefär motsvarar 10:e till 90:e percentilen.



Figur 1. Antal hysterektomioperationer/10 000 kvinnor (ålder 40–60 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2019

Sedan 2018 registrerar alla deltagande kliniker enbart i GynOp-registret, efter övergången från GKR (GynKvalitetsRegistret) för klinikerna i Stockholms-/Gotlandsregionen samt Karlstad under 2017. Rapporten baseras på data avseende patienter där det har utförts total eller subtotal hysterektomi på benign indikation med eller utan samtidig operation av adnex (äggstockar/äggledare). Hysterektomier vid känd eller misstänkt malignitet samt de som gjorts på prolapsindikation ingår inte i rapporten.

Uppgifter om operationer är hämtade från kalenderåret 2019. Figurer som baseras på uppgifter från 8-veckorsenkäten kommer från de operationer som är utförda under perioden första oktober 2018 till sista september 2019. Figurer som baseras på uppgifter från 1-årsenkäten kommer från operationer utförda under perioden första oktober 2017 till sista september 2018.

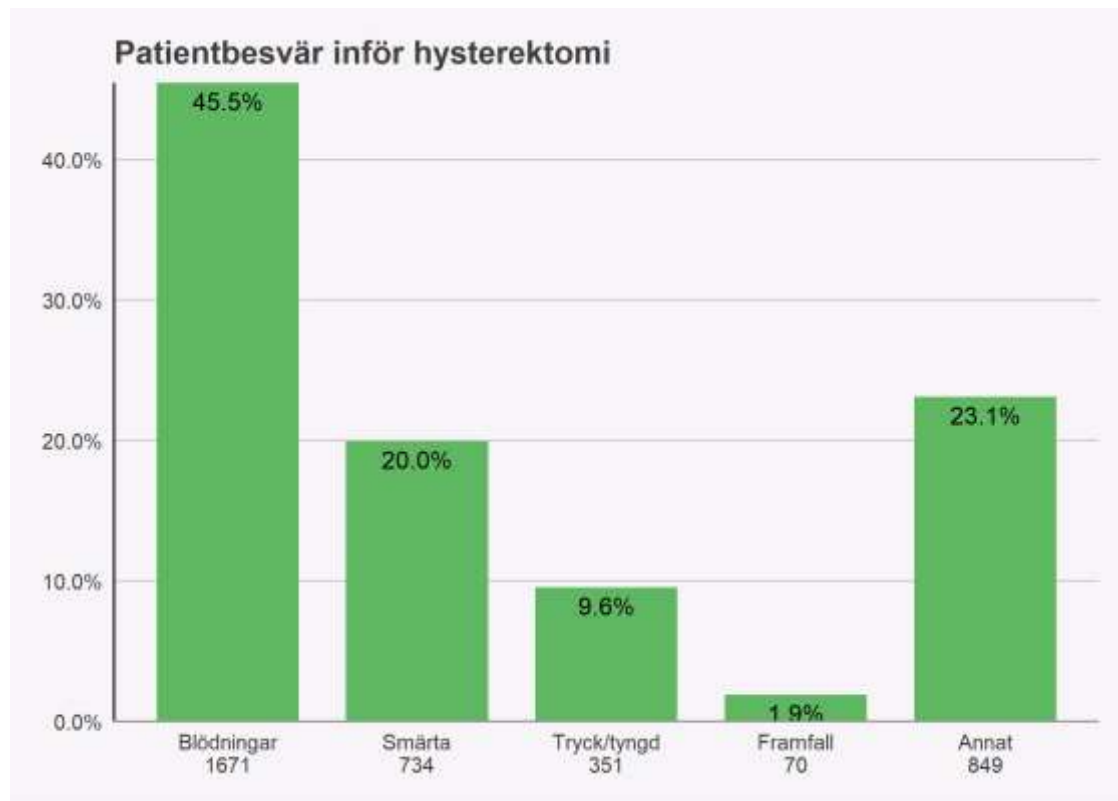
Kliniker som rapporterar färre än 10 operationer/uppgifter exkluderas ur figurerna.

Begreppet "standardpatient" användes i tidigare årsrapporter (BMI mindre än 35, ASA 1–2, ålder 30–60 år och indikation ej prolaps/ej endometrios). Uppdelning av patient i standardpatient/icke standardpatient har inte visat några stora skillnader i resultat. Vetenskapliga evidens finns tvärtom för att till exempel vid höga BMI över 35 är minimalinvasiv teknik att föredra. Figurer med begreppet "standardpatient" utgår därför i årets rapport. Däremot presenteras liksom föregående år en figur som visar andelen patientrapporterad tidigare genomgången bukkirurgi (figur 15), vilket skulle kunna vara en faktor som kan påverka svårighetsgraden vid kirurgi. En genomgång av val av kirurgisk teknik vid endometrios registrerad som indikation för hysterektomin presenteras också (figur 16).

Täckningsgrad och ifyllandegrad av enkäterna framgår av separat samlade dokument på GynOp-s hemsida. Täckningsgraden är god (89,7 % år 2018). Täckningsgrad för 2019 års operationer kan tidigast fås från Socialstyrelsen i juli månad.

Finns synpunkter på innehållet eller utformningen av rapporten tas dessa tacksamt emot:
sophia.ehrstrom@gmail.com

Besvär som föranleder operation

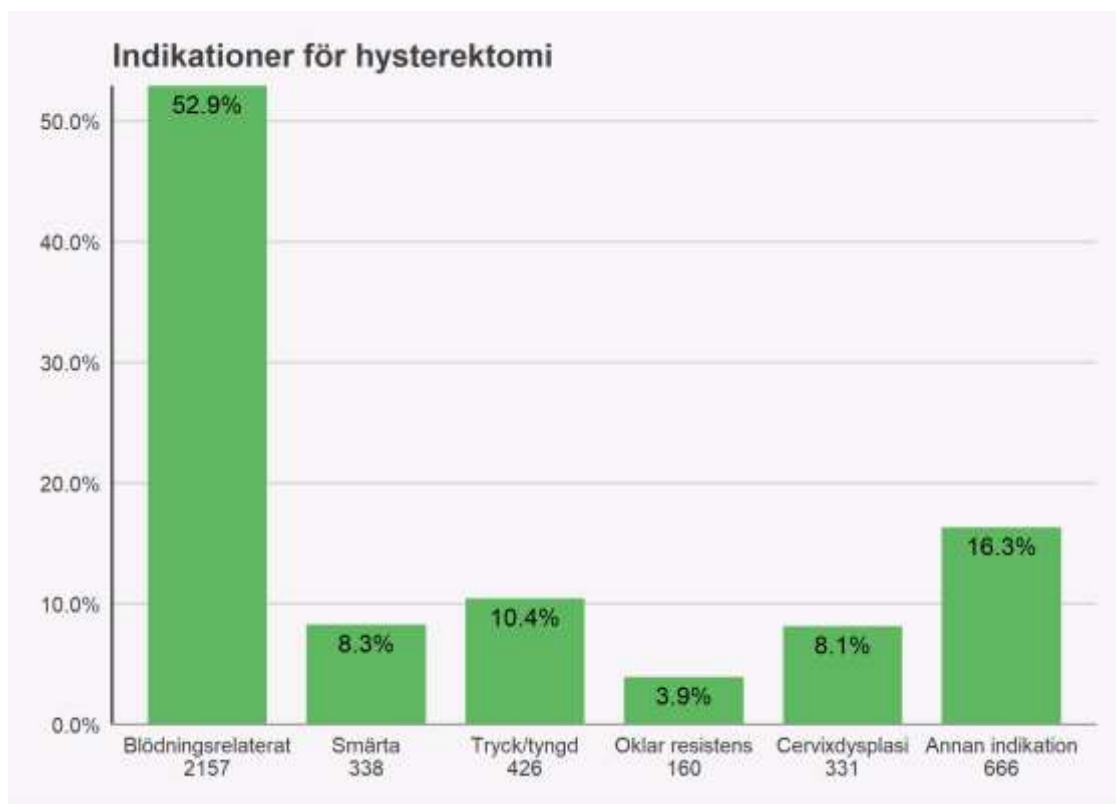


Figur 2. Patientrapporterade besvär inför hysterektomi.

Patientrapporterade besvär inför hysterektomi (figur 2) är baserad på patientens svar i enkäten inför operation kring vilka besvär som rankades som viktigast för att vård söktes.

Blödningsrubbningar är den vanligaste orsaken till hysterektomi på benign indikation. Patienter rapporterar även smärta, som vanlig huvudorsak till hysterektomi, i 20% av fallen jämfört med 8% som läkarrapporterad huvudindikation. Ett liknande mönster har setts i andra årsrapporter, vilket talar emot att man ska behöva vara tveksam till att utföra hysterektomi om kvinnan uppger smärta som indikation. Aktsamhet bör dock vidtas för kirurgi i allmänhet, hos patienter med risk för utveckling av smärtsyndrom. Vad gäller den dominerande orsaken till hysterektomi på benign indikation, nämligen blödningsrubbningar (både patient- och läkarangivet) är det förstås av yttersta vikt att tillgängliga konservativa metoder (tranexamsyra, p-piller, hormonspiral, gestagener, TCR-P/M/E, Novasure, myomembolisering mm) har prövats där så är görligt, innan beslut om hysterektomi fattas i samråd med kvinnan.

Tillgången till exempel hysteroskopiska åtgärder vid blödningsrubbningar varierar över riket, var god se separat delregisterrapport. Forskrivningsmönstret av tranexamsyra, LARC och p-piller/gestagener skulle vara intressant att jämföra mellan olika delar av landet.



Figur 3. Indikationer för hysterektomi på benign indikation

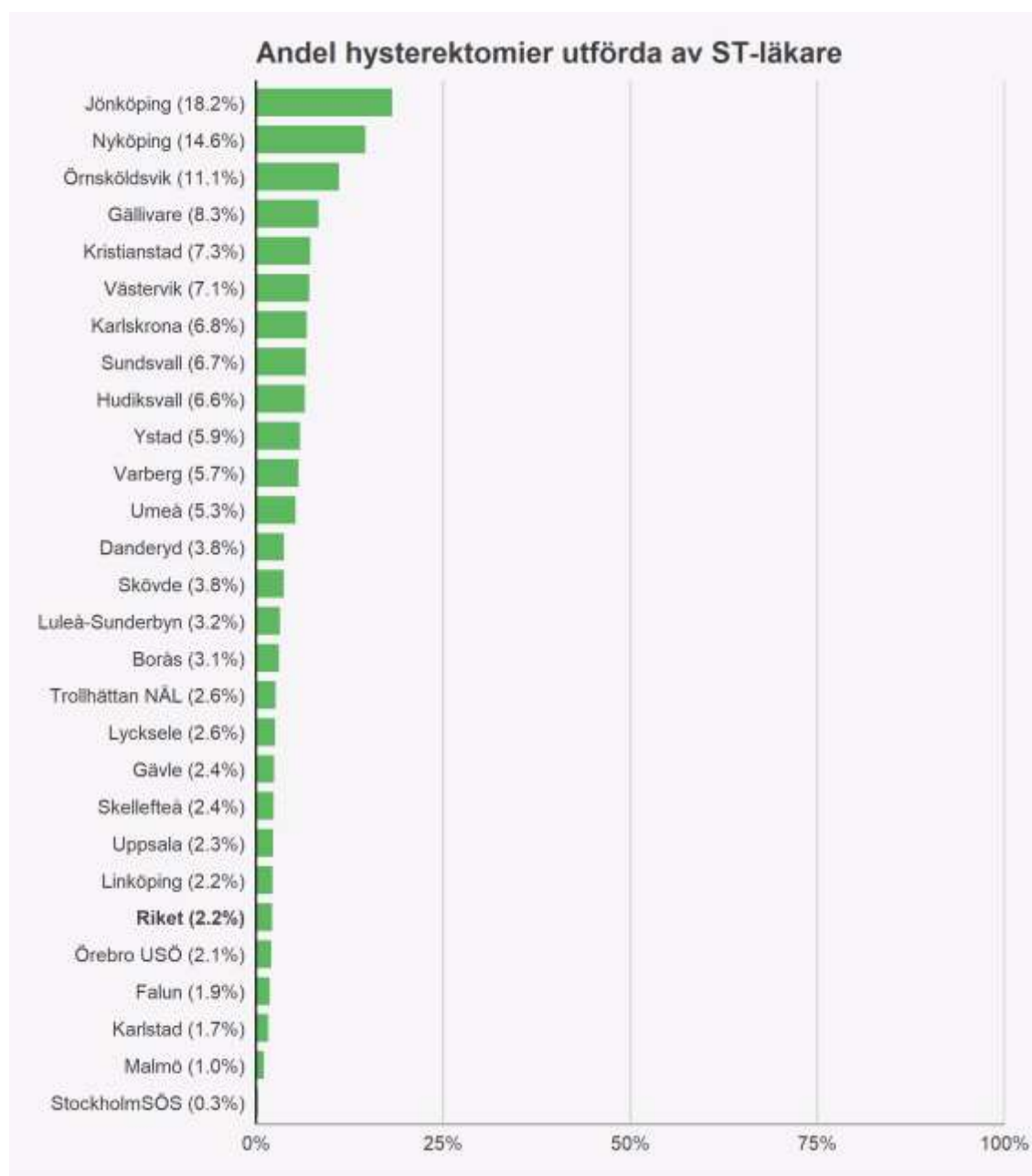
Läkarrapporterad indikation för hysterektomi skiljer sig från patientrapporterad indikation. Smärta anges i lägre grad av läkarna som orsak till hysterektomin.

Operation

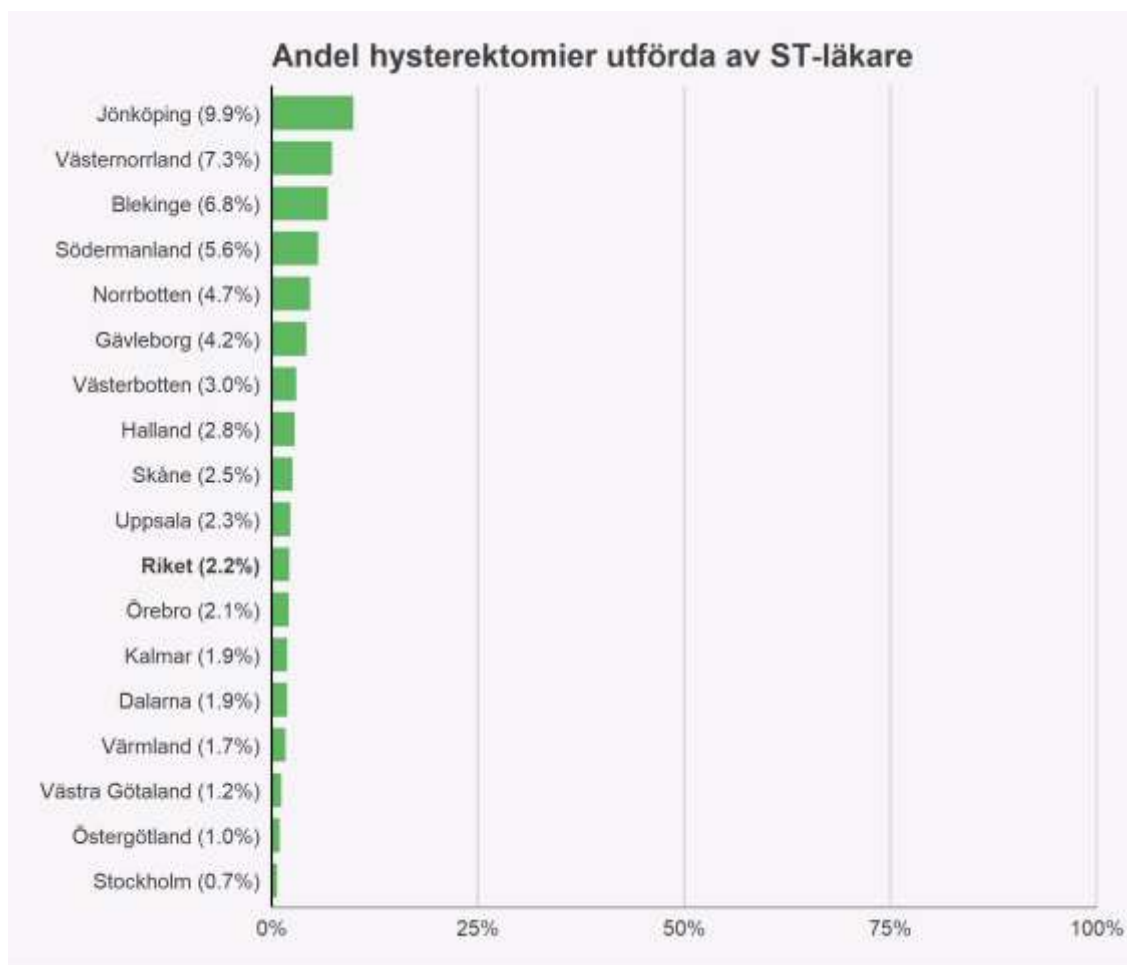
ST-läkare som huvudoperatör

Variabeln "Huvudoperatör ST-läkare" infördes i GynOp 2018-02-25.

Man får hoppas att variabeln är ofullständigt ifylld, med tanke på det låga antalet ST-läkare som huvudoperatör. Den största kliniken i Sverige- som också är en undervisningsklinik ligger lägst i frekvens hysterektomi utförd av ST-läkare (figur 4). Detta gäller även på regionnivå (figur 5). Bäst registrerad frekvens rapporteras från Jönköping. GynOp-registret rekommenderar att man använder möjligheten att fylla i operation utförd av ST-läkare inför kommande rapporter, för att få fram tillförlitliga data.



Figur 4. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på klinik

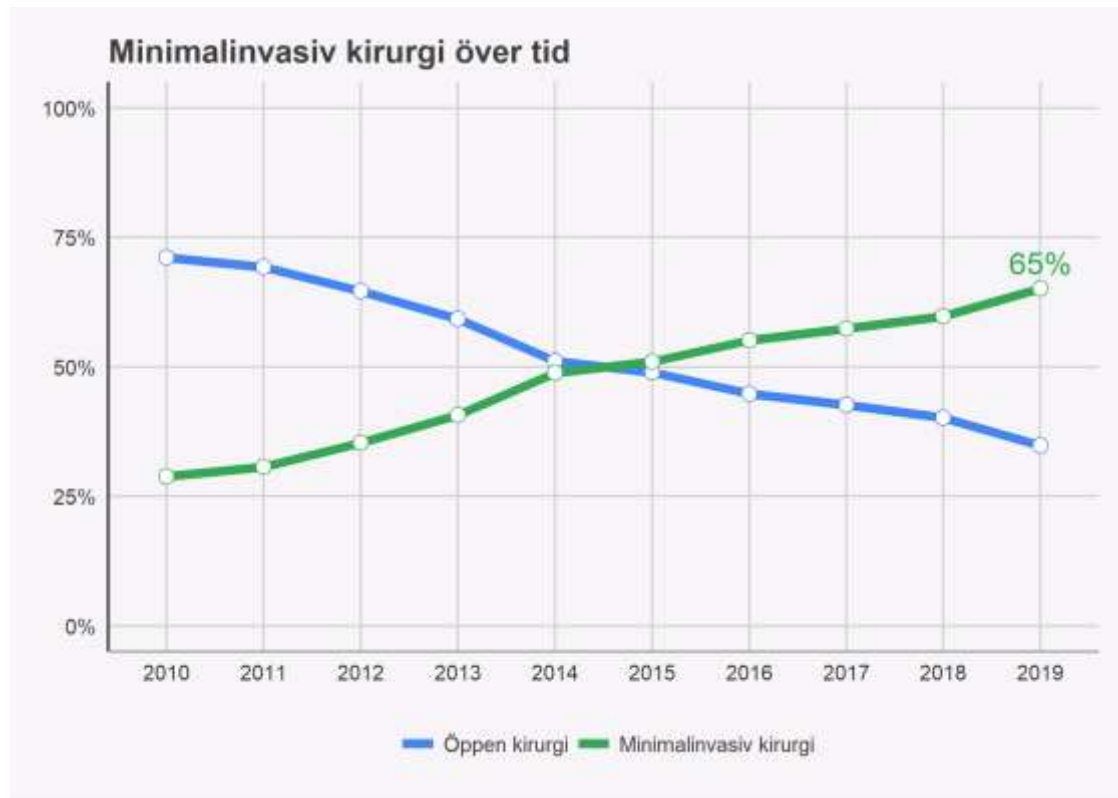


Figur 5. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på region



Figur 6. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, riket.

Operationsmetod

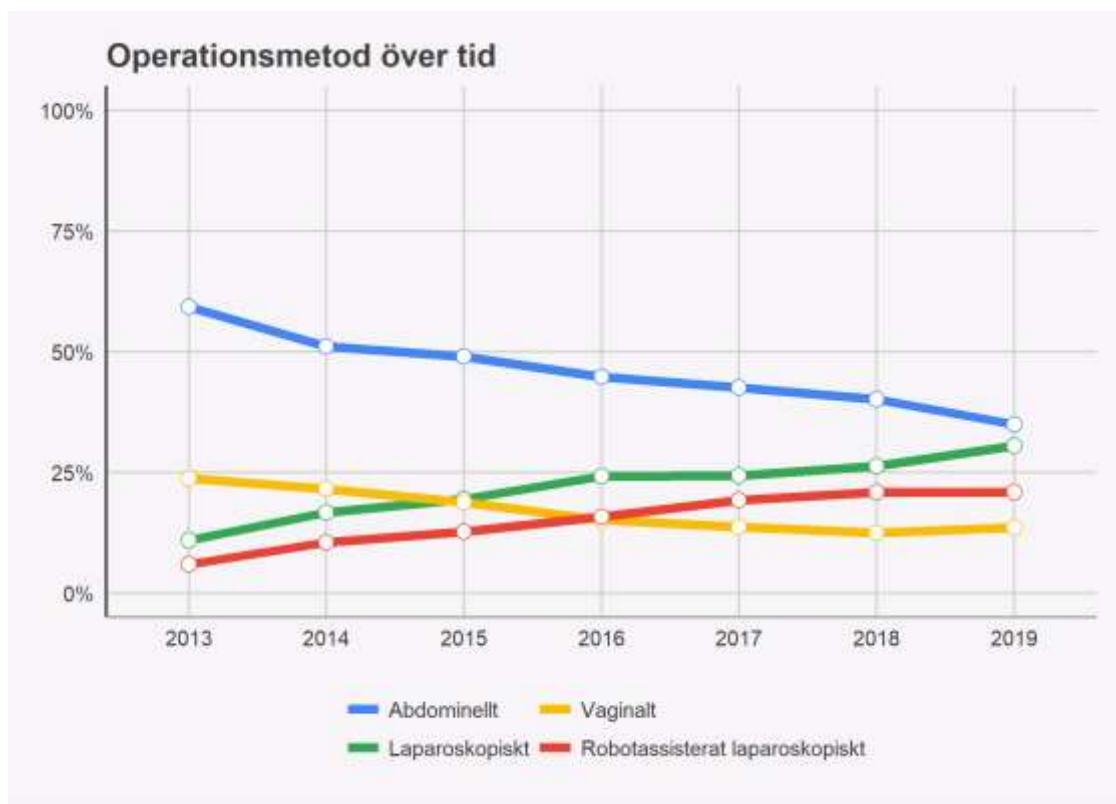


Figur 7. Minimalinvasiv kirurgi över tid

Andelen minimalinvasiv hysterektomi 2019: 65%.

Glädjande nog har andelen minimalinvasiv hysterektomi på benign indikation ökat med ytterligare sex procent i riket, jämfört med 2018. SFOG har satt ett riktvärde på 70 % minimalinvasiv kirurgisk teknik vid hysterektomi, vilket borde vara möjligt att uppnå. Minimalinvasiva tekniker kortar i hög grad både återhämtning, sjukskrivningstid och återgång till normalt ADL för kvinnan. Kliniker med företrädesvis abdominell approach bör således sträva efter att ändra sin profil. Nyckeln till detta utgör utbildning. Verksamhetschefer uppmanas att möjliggöra utbildning i tjänstgöringen, till exempel genom att auskultera på högvolymskliniker med hög andel minimalinvasiv kirurgi.

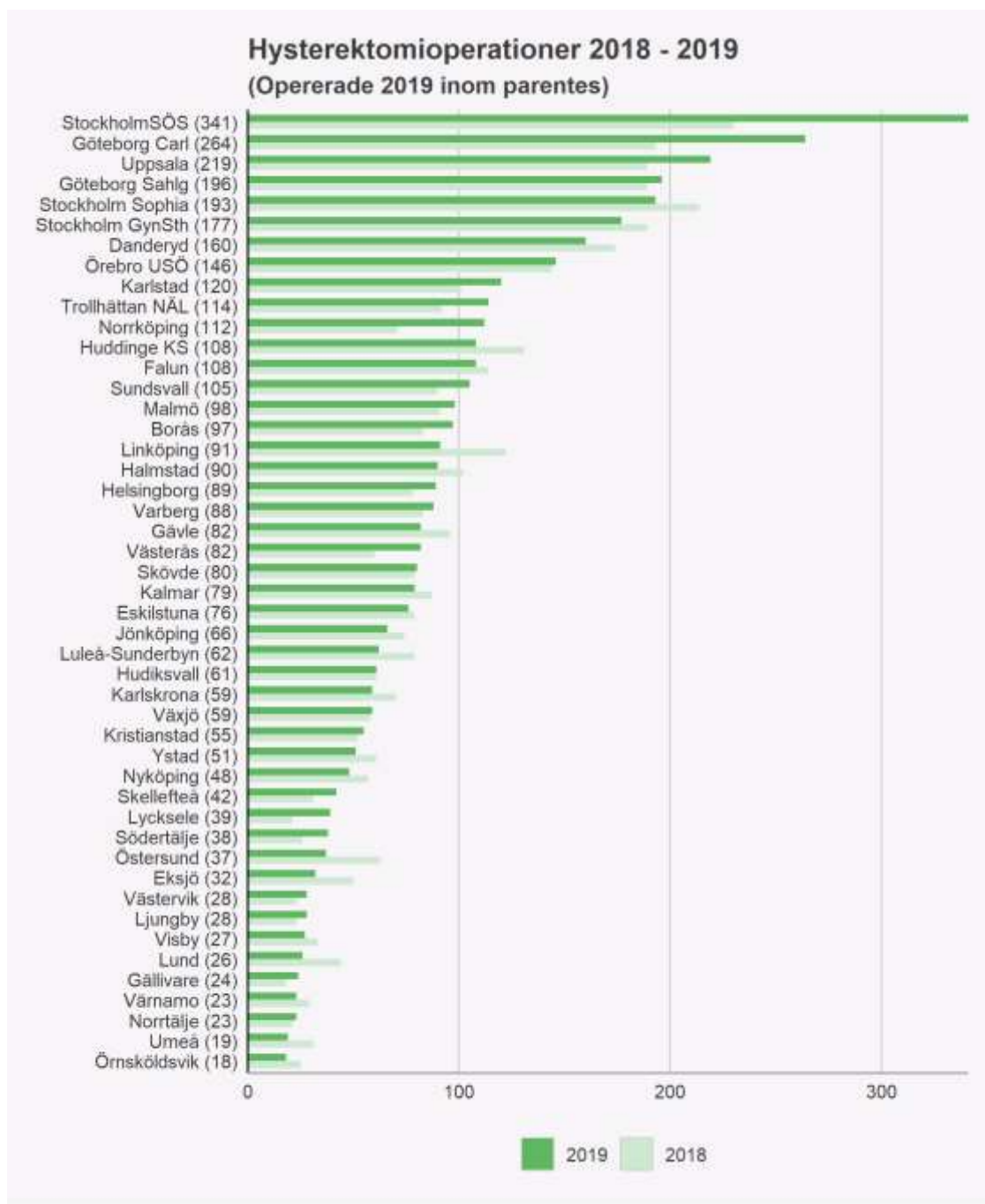
Variabeln "Huvudoperatör ST-läkare" utgör en möjlighet för ST-läkare, att trycka på vikten av mer utbildning, beroende på om operationsvolymerna inom minimalinvasiva tekniker visar sig vara otillfredsställande låga på den egna kliniken. Det förutsätter dock att variabeln fylls i på korrekt sätt.



Figur 8. Operationsmetod över tid

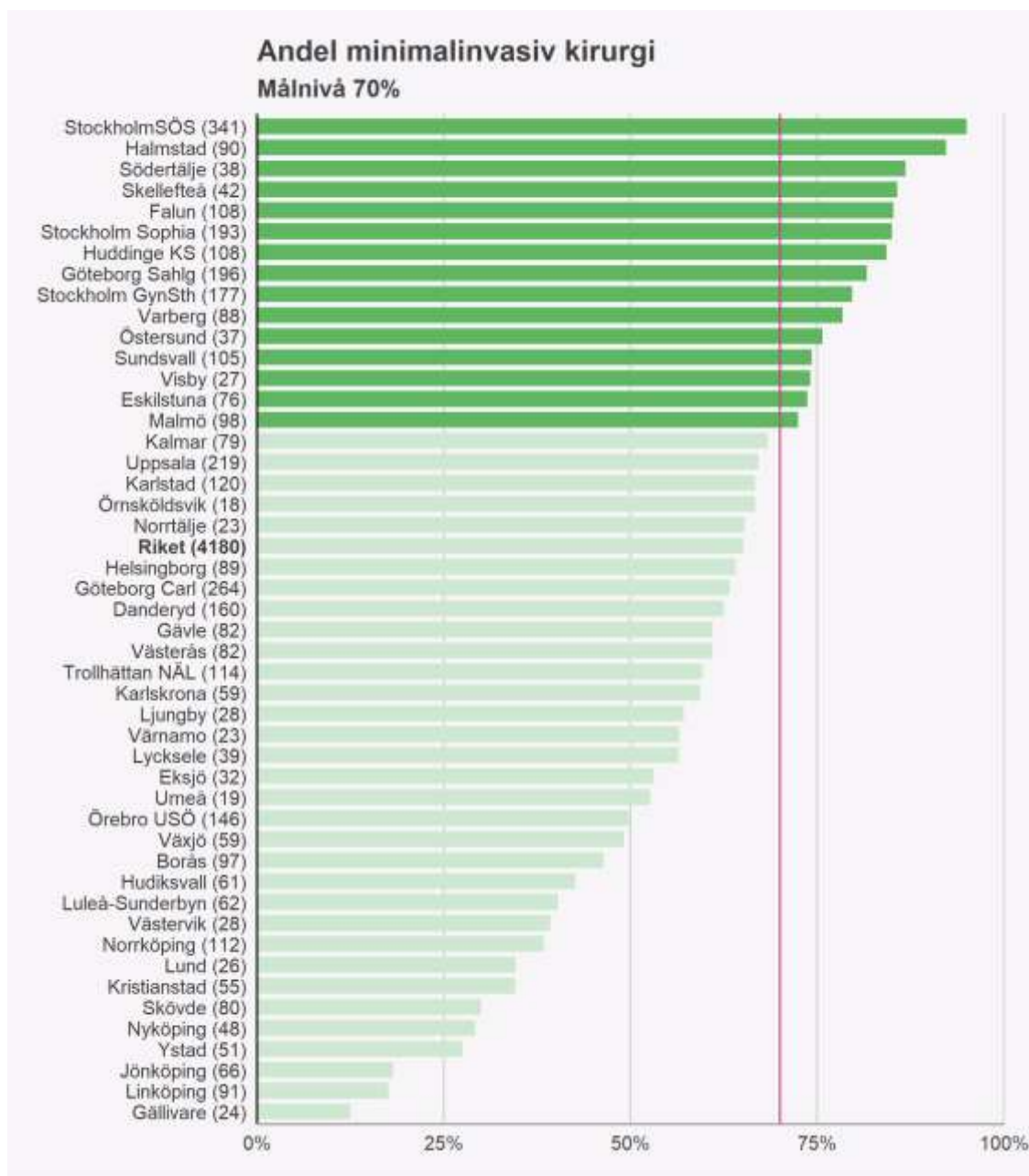
Vid uppdelning av operationsmetoderna ser man att laparoskopisk hysterektomi år 2019 utgör den vanligaste minimalinvasiva metoden (30%), följd av robotassisterad (22 %) och vaginal hysterektomi (13 %). Abdominell hysterektomi utförs vid 35% av operationerna i riket.

Det breda införandet av robotassisterad laparoskopisk hysterektomi i Sverige har troligen bidragit med kunskap och högre teknisk förmåga, vilket pga. tillgänglighetsskäl (det kan vara trångt att få en operationstid i roboten) gjort att laparoskopisk hysterektomi är den teknik som har ökat mest volymmässigt. Det kan också ha synliggjort att många hysterektomier kan utföras med vaginal eller laparoskopisk teknik. Tråkigt nog har den vaginala hysterektomin i det närmaste halverats i volym på ett fåtal år, sannolikt beroende på att möjligheten till utbildning inom tekniken är låg. En liknande utveckling har setts i många andra länder. Dock utgör vaginal hysterektomi den utan tvekan billigaste operationsmetoden, men det faktum att ingreppet utförs utan möjlighet till att visualisera bukhålan under och efter hysterektomin skulle kunna vara ett mindre säkert alternativ ur hemostassynpunkt. Dock syns inte några signifikanta skillnader mellan de tre minimalinvasiva teknikerna, vid en vetenskapligt publicerad genomgång av material från GynOp-registret (1).



Figur 9. Antal hysterektomioperationer på benign indikation 2018 – 2019

På de flesta kliniker ligger volymen hysterektomi relativt konstant från år till år. År 2019 har två kliniker ökat sina volymer med ca 35–40 % vardera.



Figur 10. Andel minimalinvasiv kirurgi.

Av de kliniker som deltar i GynOp klarar 15 av 47 (31,9 %) kliniker Socialstyrelsens mål om 70 % minimalinvasiv operationsmetod vid hysterektomi. En förbättring har skett jämfört med 2018, då 25 % av klinikerna klarade det målet.

Riksgenomsnittet för användning av minimalinvasiv hysterektomi som visades i figur 7 är cirka 65 %, men figur 10 visar att 11 av de 47 deltagande klinikerna utför mer än 75% av sina hysterektomier med minimalinvasiv kirurgi. Bland dessa kliniker återfinns även fyra av de volymmässigt största klinikerna. Troligen kommer en successiv utveckling mot högre andel minimalinvasiv teknik vid hysterektomi att ske de närmaste åren, eftersom potential finns.

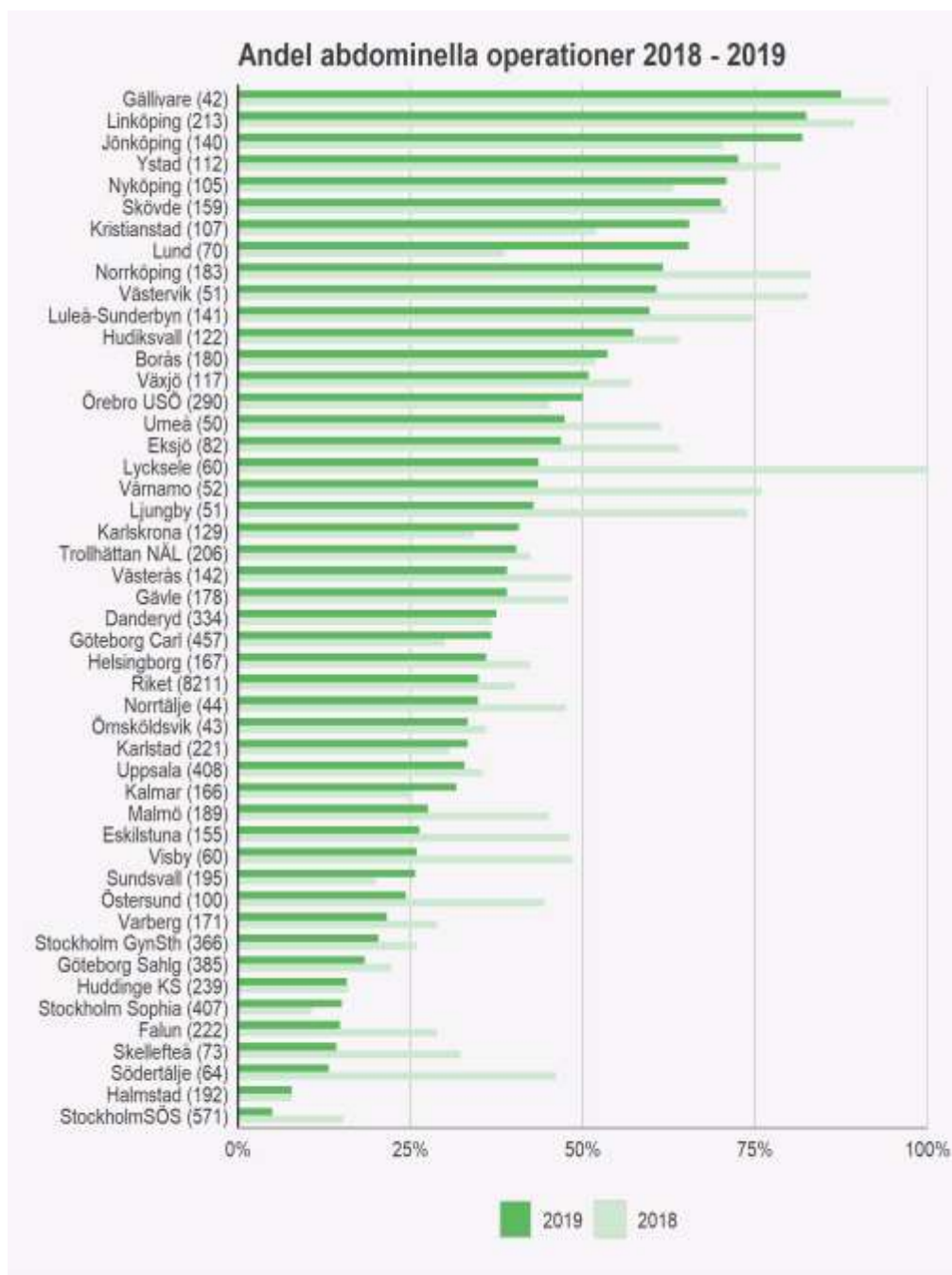
Det finns en del goda exempel att lyfta fram. De sex kliniker som har minskat andelen abdominella hysterektomier på benign indikation mest är:

Tabell 1. Procentuell förändring abdominella

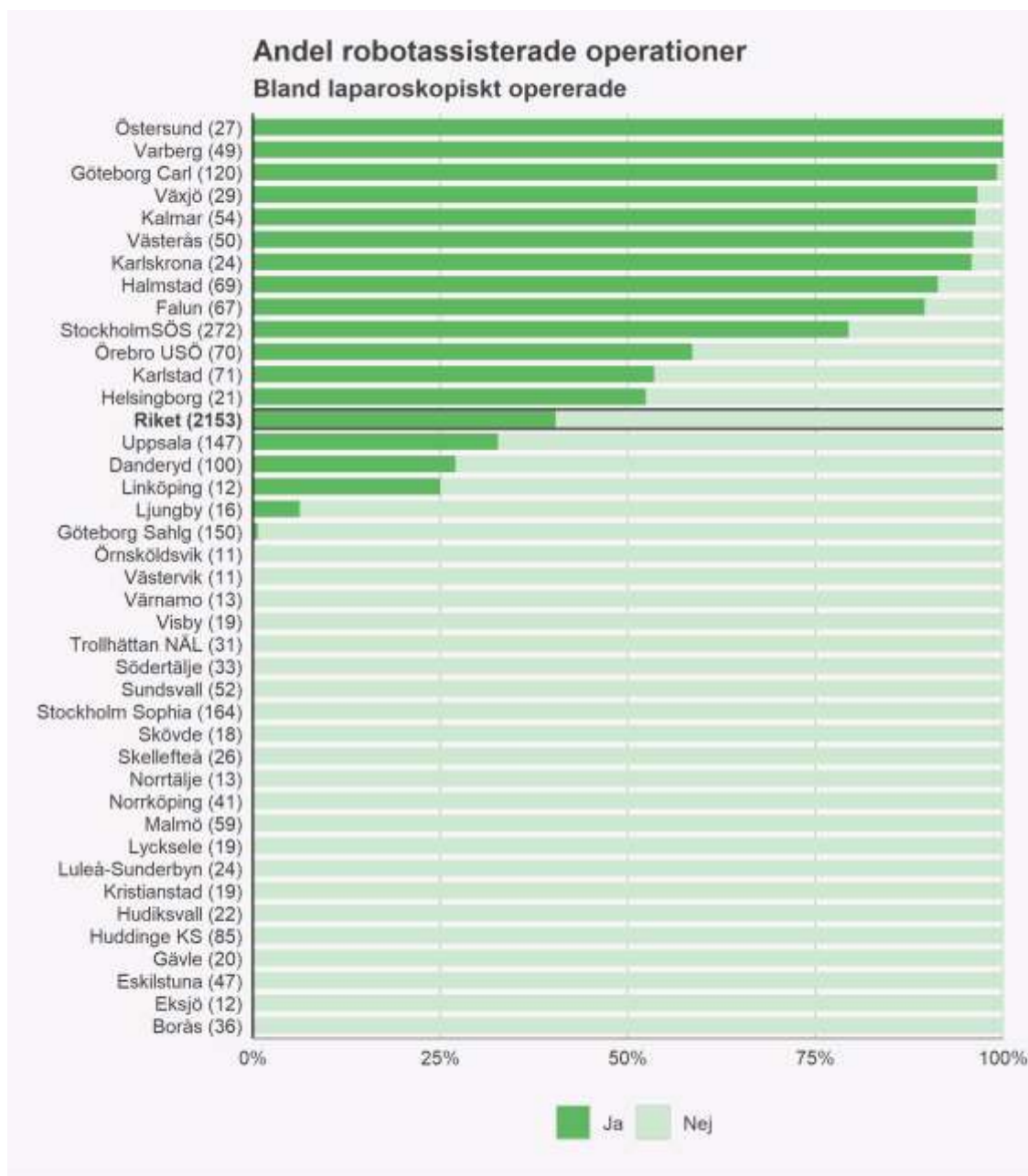
Sjukhus	Abdominella 2018 (%)	Abdominella 2019 (%)	Procentuell minskning
Södertälje	46,2	13,2	71,5%
Stockholm SÖS	15,2	5,0	67,2 %
Lycksele	100,0	43,6	56,4%
Skellefteå	32,3	14,3	55,7%
Falun	28,9	14,8	48,8%
Visby	48,5	25,9	46,5%

De flesta av ovan listade kliniker (tabell 1) klarar Socialstyrelsens målvärde för andel minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi på benign indikation (70%).

Sammantaget rör det sig om ett drygt tiotal kliniker i Sverige (20%) som på ett år har lyckats ändra sin dominerande laparotomiprofil till en dominerande minimalinvasiv profil. Grattis till väl utfört arbete!



Figur 11. Andel abdominella operationer 2018 – 2019

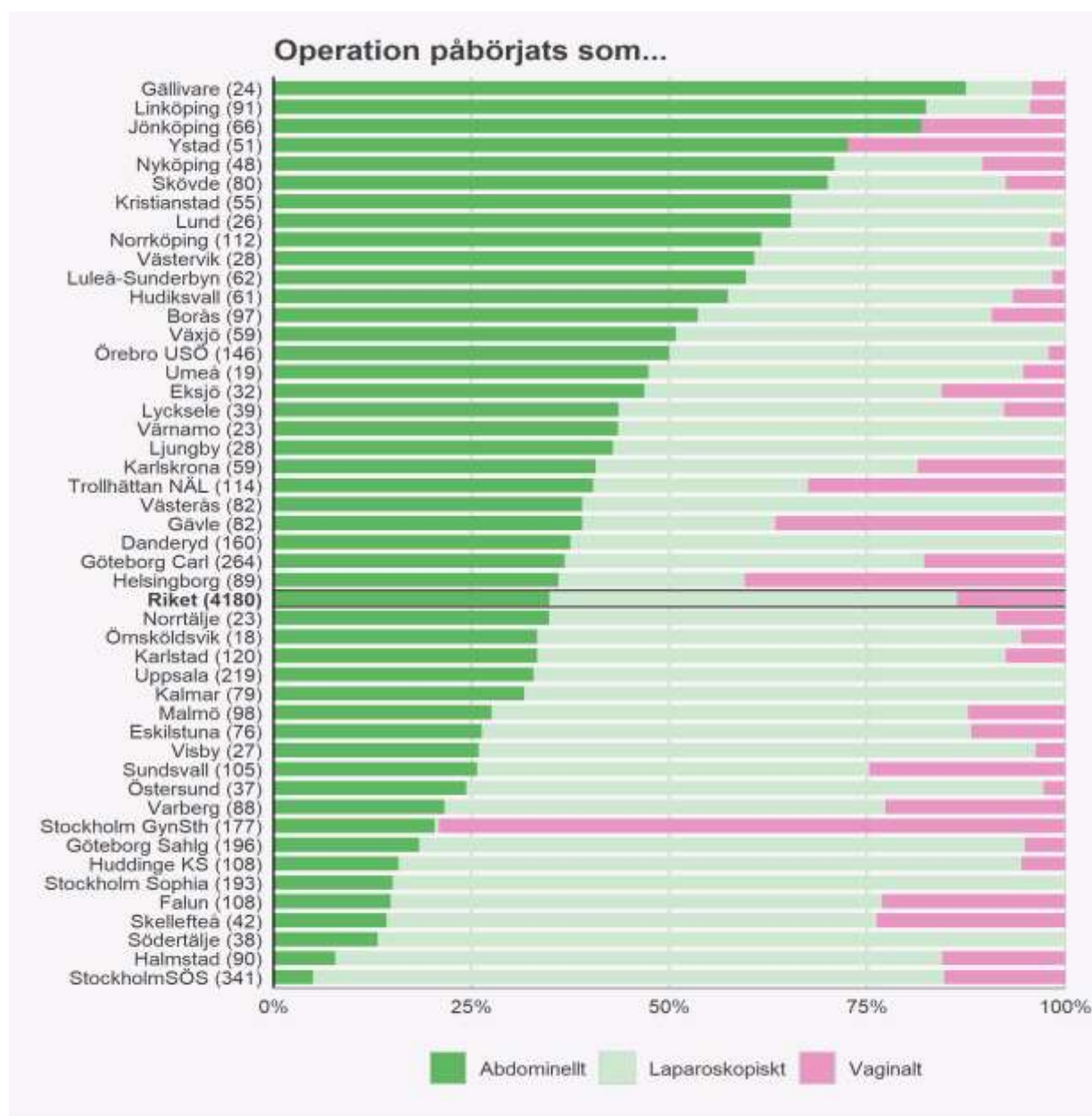


Figur 12. Andel robotassisterade operationer

Tabell 2. Andel minimalinvasiva uppdelat på om robot finns

	Minimum	Median	Maximum
Robot saknas	12%	57%	87%
Robot finns	18%	64%	95%

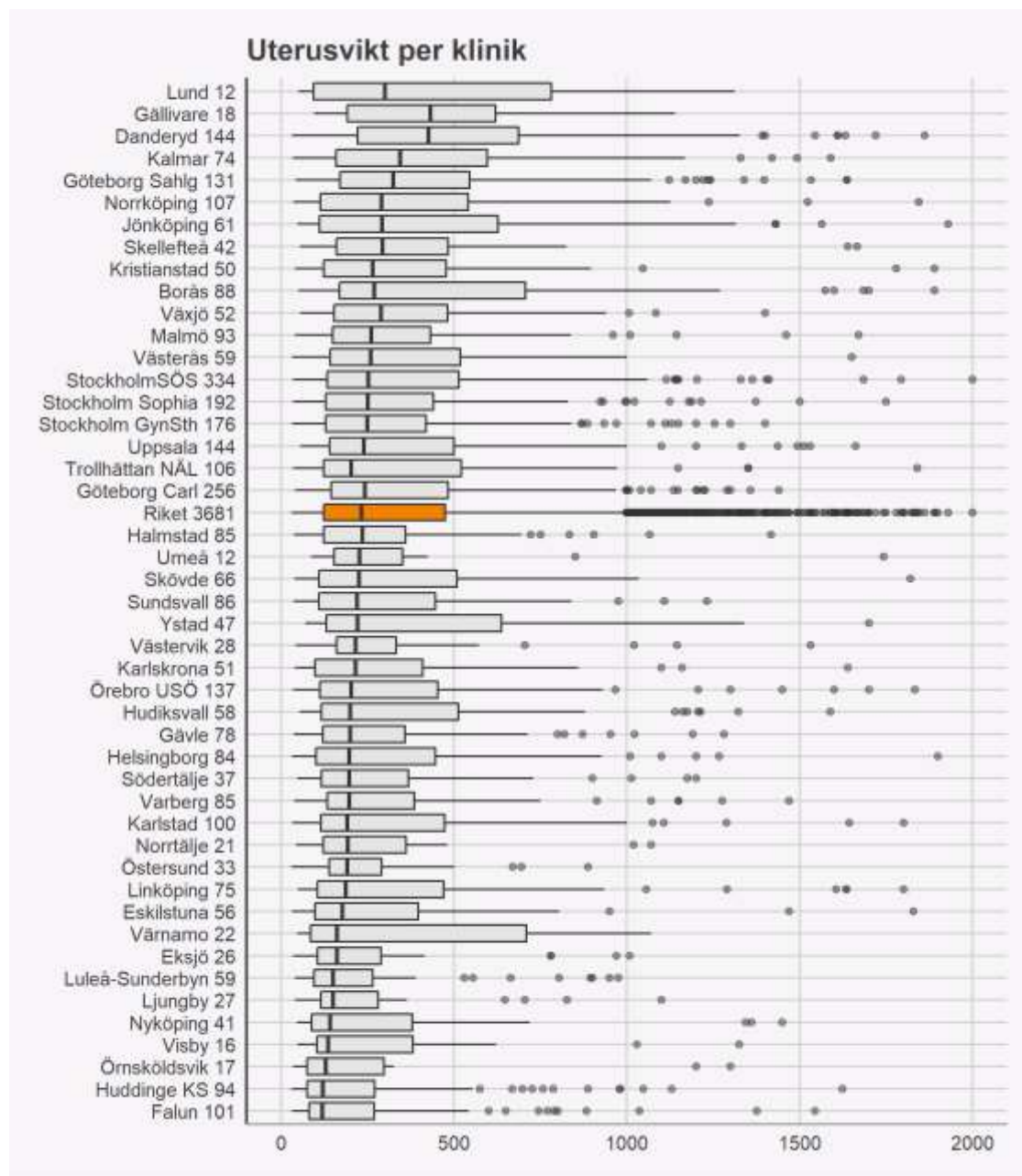
Under 2019 har 20 av 47 kliniker (43 %) utfört robotassisterade operationer. Det föreligger ingen skillnad i minimalinvasiv profil, om robot finns på kliniken eller inte.



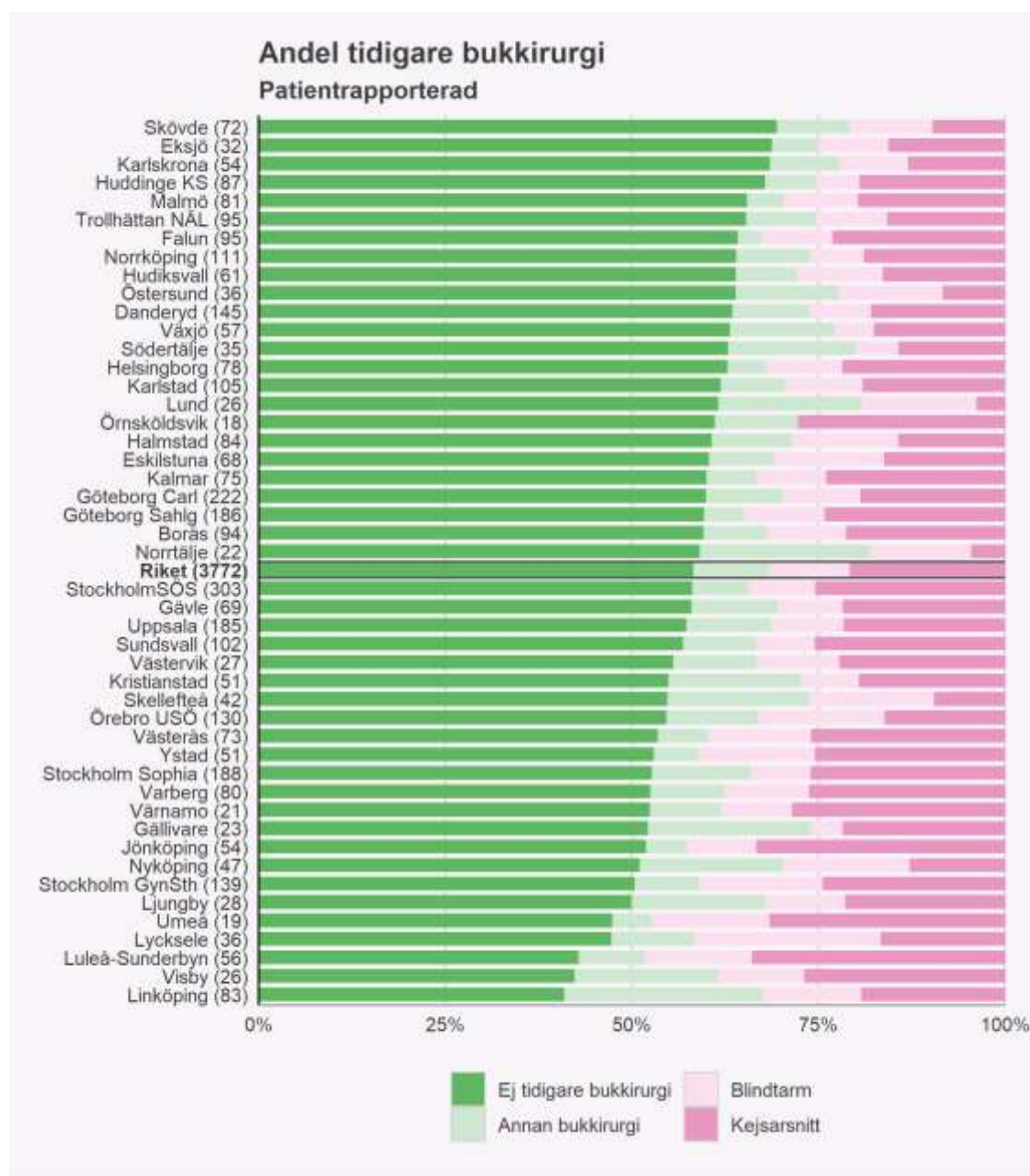
Figur 13. Operation påbörjats som...2019. Många kliniker behärskar flera kirurgiska tekniker, andra är mer profilerade.

Det förefaller vara andra faktorer än uterusvikt som styr valet av operationsteknik. Kliniker som nästan enbart utför robotassisterad laparoskopisk hysterektomi på benign indikation har inte större uterusvikt (figur 14) eller större andel patienter som i högre grad har genomgått annan bukkirurgi (figur 15). Robotassisterad laparoskopisk hysterektomi har nu funnits i flera år i Sverige och inlärningskurvan torde i de flesta fall vara passerad och även ha bidragit i positiv bemärkelse till att öka vår förmåga att utföra laparoskopisk hysterektomi utan robot. Tillgången till robot kan nog vara en viktig faktor till att man föredrar den laparoskopiska tekniken.

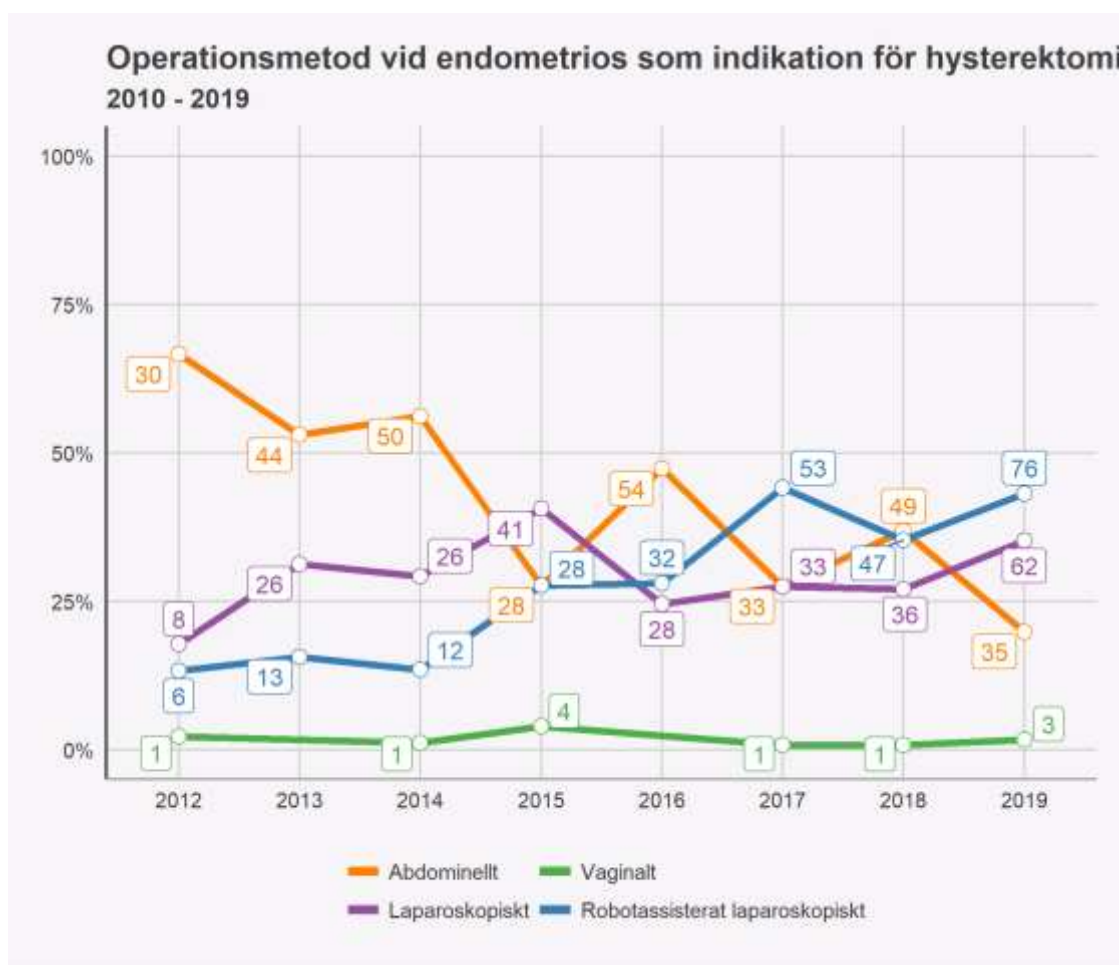
Det finns inte heller några tydliga rekommendationer när man ska använda robot och när man ska använda en annan minimalinvasiv teknik. Figur 14 nedan illustrerar detta väl, där den genomsnittliga uterusvikten är densamma (och över riksgenomsnittet) på tre kliniker som vardera domineras av vaginal hysterektomi, laparoskopisk hysterektomi respektive robotassisterad hysterektomi, Gyn Sthlm S:t Göran, Ultragyn Sophia, och Södersjukhuset (SÖS).



Figur 14. Uterusvikt per klinik



Figur 15. Andel tidigare bukkirurgi



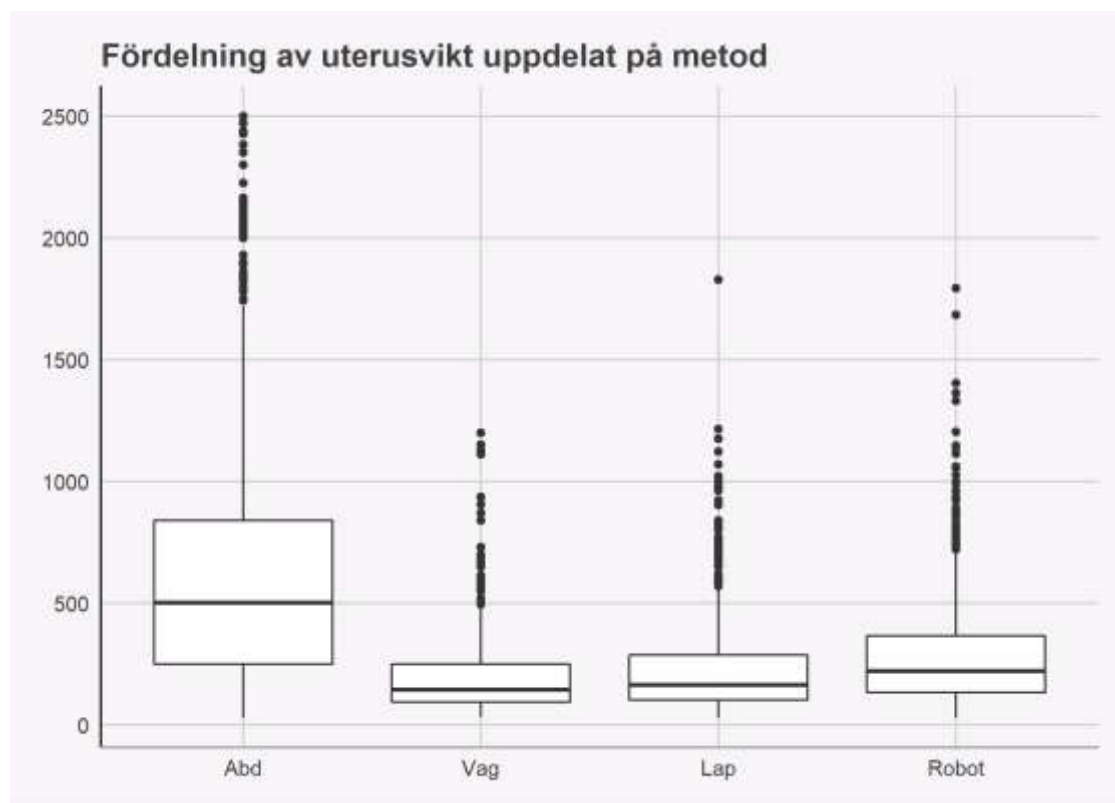
Figur 16. Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi

Figuren "Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi" (figur 16) baseras på både huvud- och biindikationer. Inkluderade indikationer är:

Indikation	Antal
Endometrios UNS	314
Endometrios UNS med dysmenorré	268
Endometrios ovarium	224
Endometrios, peritoneum	49
Endometrios med dyspareuni	6

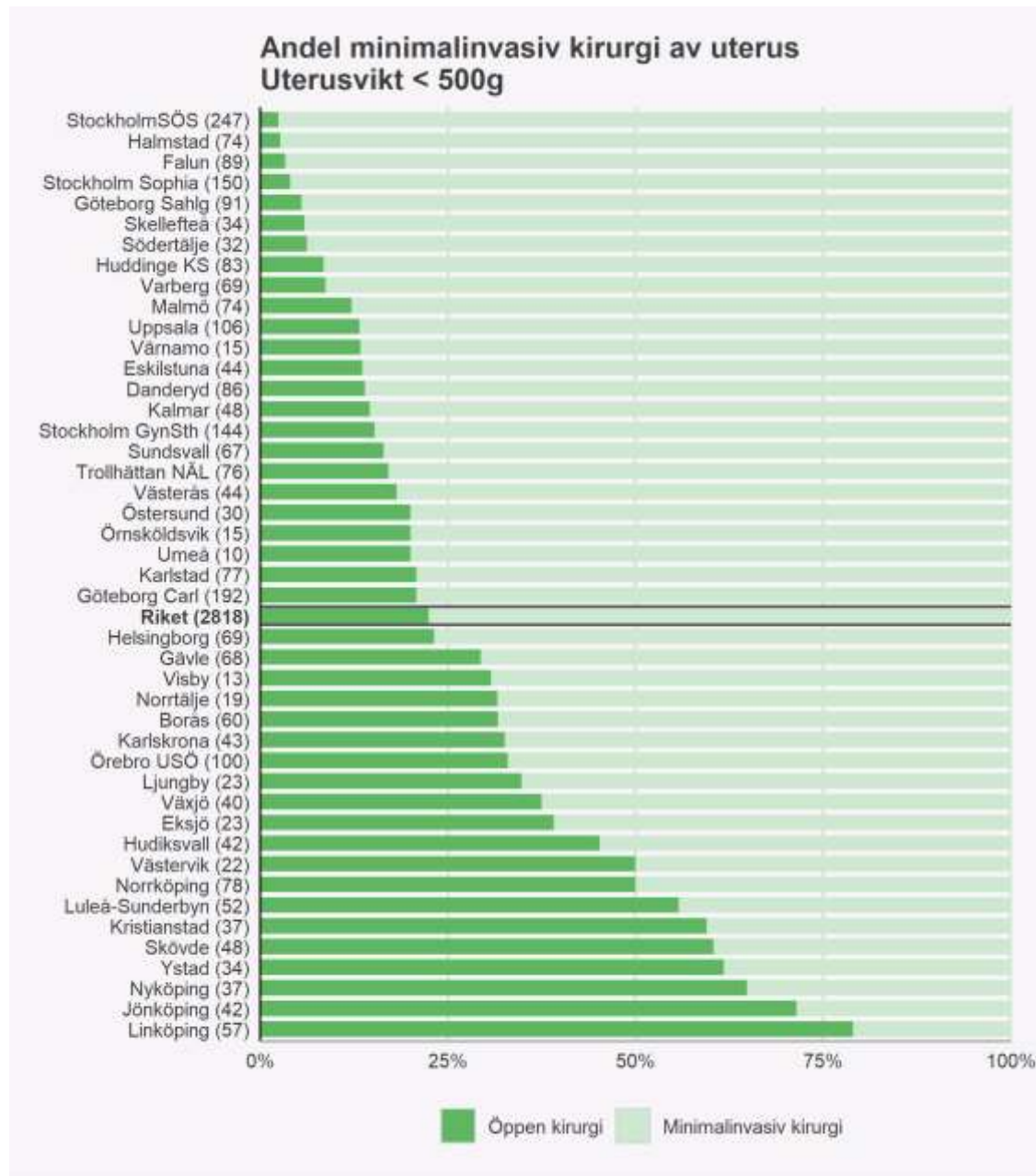
Laparoskopisk och robotassisterad laparoskopisk hysterektomi dominerar vid hysterektomi på indikationer med diagnos N80.1-N80.9. Notera att antalet hysterektomier som utförs med N80.1-N80.9 i detta material är relativt litet. Man kan dock se tendenser till val av operationsmetod under de senaste tio åren.

Tekniska innovationer är nödvändiga för att föra den medicintekniska utvecklingen vidare. Det är även dyrt för samhället. Dock är det av största vikt att operatören väljer den teknik som man är mest förtrogen med, ur patientsäkerhetssynpunkt. Även här kommer utbildningsfrågan in. Vill vi att robotföretaget Intuitive ska styra framtida val av operationsmetod eller vill vi styra detta själva som profession? Skall fördyrande tekniker få användas och i så fall till vilka patientfall? Ergonomi för operatören måste också vägas in. Här kan robot- och vaginal kirurgi ha fördelar framför laparoskopisk och abdominell hysterektomi. En framtidsvision kan vara att man framöver i första hand väljer laparoskopisk eller vaginal teknik vid de flesta hysterektomier, där det bedöms som tekniskt möjligt och använder roboten till de fall där bättre teknik och access behövs. Det skulle kunna ge fördelar både samhällsekonomiskt och utbildningsmässigt.



Figur 17. Fördelning av uterusvikt uppdelat på metod.

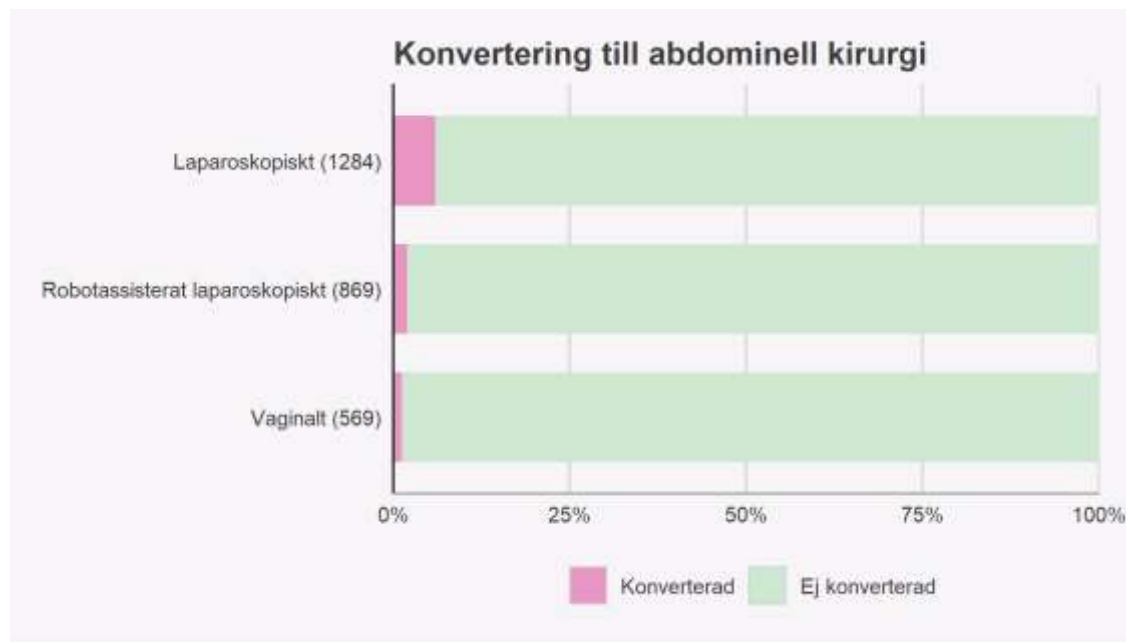
Uterusvikt



Figur 18. Andel minimalinvasiv kirurgi av uterus. Uterusvikt <500g

Figur 17 och 18 tydliggör det faktum att de flesta livmödrar med vikt mindre än 500 g med fördel kan opereras med minimalinvasiv metod. Riksgenomsnittet visar att knappt 80% av alla hysterektomier med uterusvikt lägre än 500 g opereras med en minimalinvasiv metod.

Säkerhetsaspekter

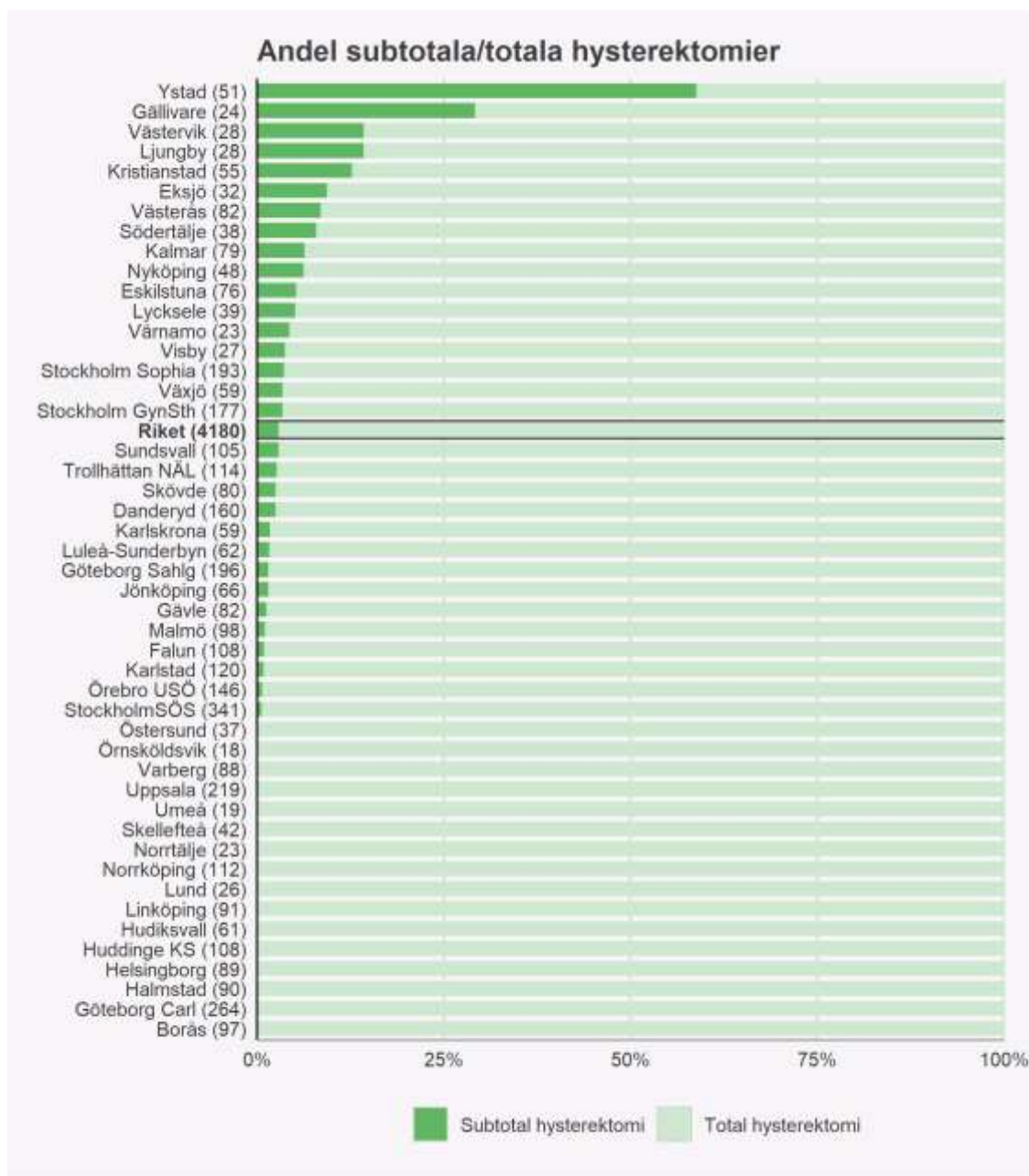


Figur 19. Konvertering till abdominell kirurgi

Tabell 4. Operationer konverterade till abdominell kirurgi

Primär incision	Antal	Andel
Laparoskopiskt	77	6.00%
Robotassisterat laparoskopiskt	17	1,96%
Vaginalt	7	1.23%

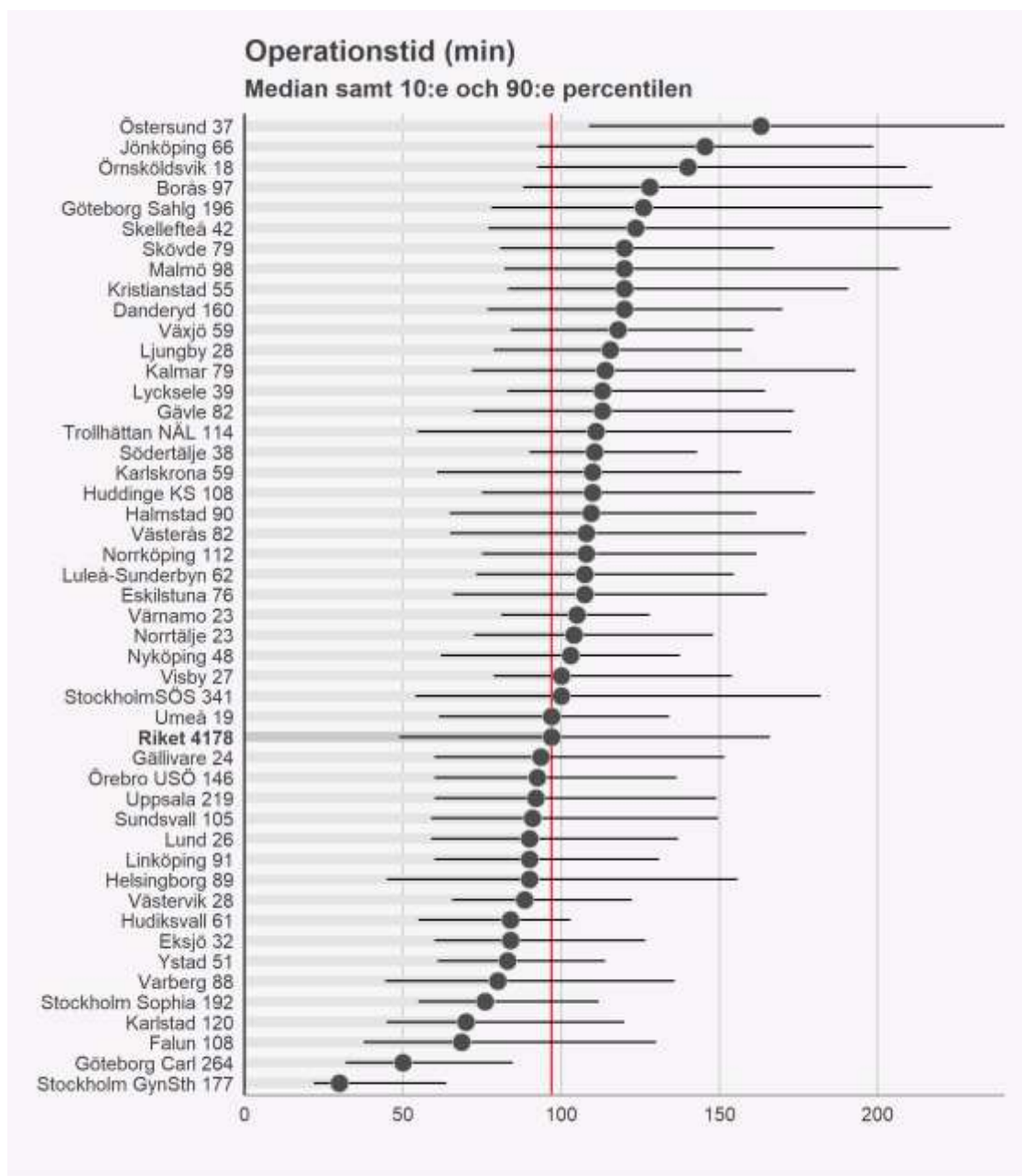
En procentuellt liten del konverteringar till laparotomi (1,23–6,00 %) sker vid val av minimalinvasiv metod som primär incision. Konvertering till laparotomi sker då man som opererande läkare bedömer att det är säkrare för patienten att opereras med öppen teknik.



Figur 20. Andel subtotala/totala hysterektomier

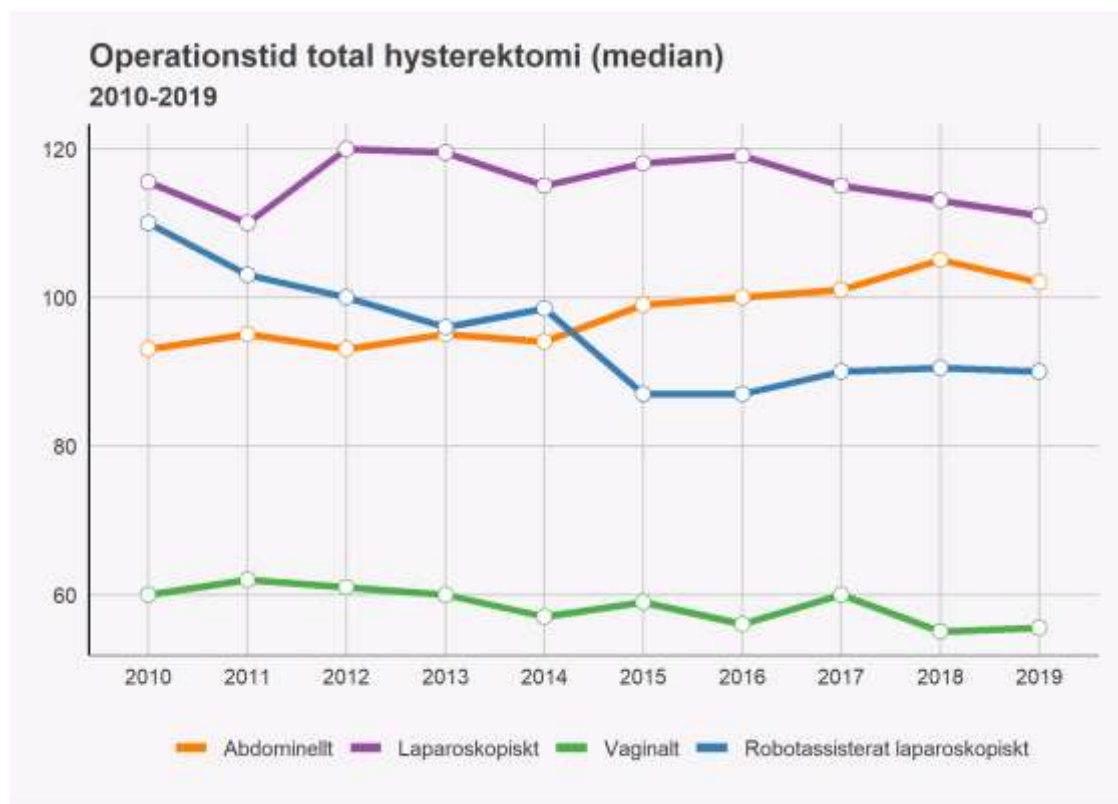
Enligt Cochrane föreligger inga skillnader mellan subtotal och total teknik, vad gäller utfall och patientnöjdhet efter hysterektomi på benign indikation. Subtotal hysterektomi kan vara en utväg om operationen är tekniskt svår. Patienten måste upplysas om att hon efter subtotal hysterektomi i en mindre del av fallen kan ha kvarstående mindre mens efter operation, att hon behåller sin risk för att utveckla cellförändringar och måste gå på sina cervixdysplasi kontroller, enligt gällande vårdprogram.

Patientgrupper som är olämpliga för subtotal hysterektomi utgör till exempel postmenopausala blödningar, oklara blödningsrubbnings, cervixdysplasi i anamnesen, patienter med endometrieatypier. Yngre patienter under 40 år, patienter med endometrios och smärtproblematik.



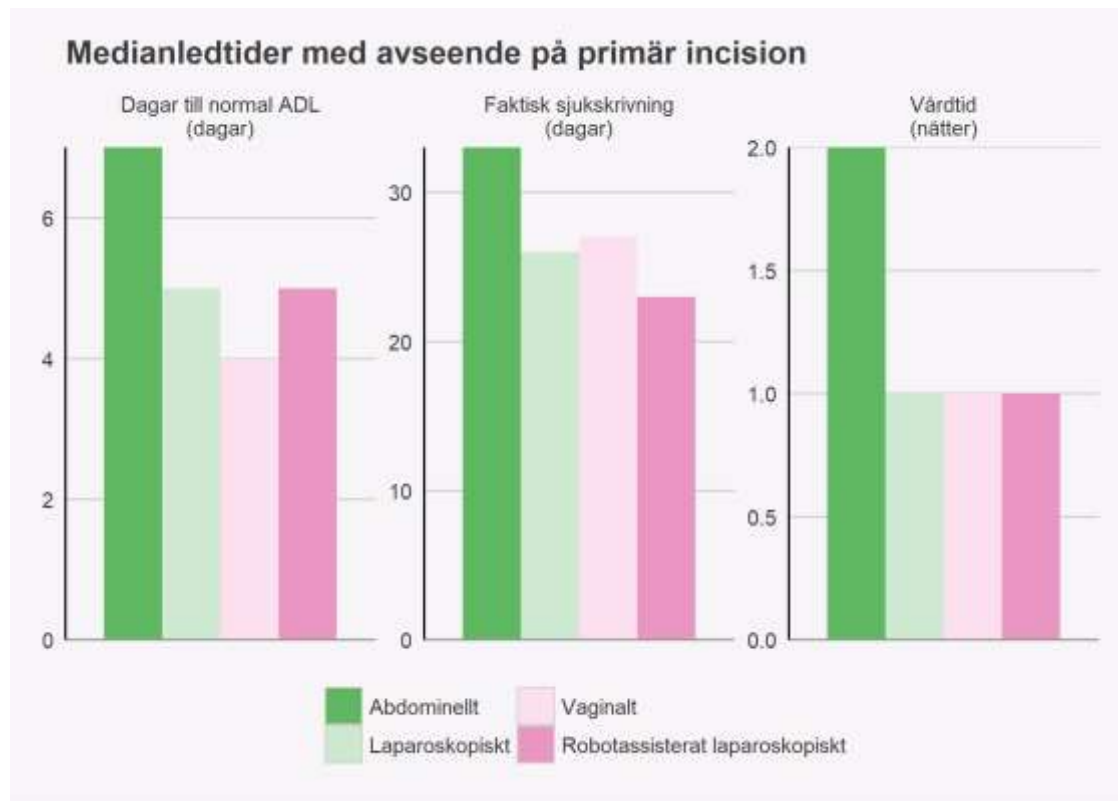
Figur 21. Operationstid (min)

Riksgenomsnittet för att utföra en hysterektomi ligger på ungefär 100 minuter. Två tredjedelar av klinikerna har en genomsnittstid om 100–170 minuter, dvs två-tre timmars operationstid. Peroperativa komplikationer torde inte helt kunna förklara den långa operationstiden på vissa kliniker. Det är oklart om lång operationstid leder till fler tromboemboliska komplikationer eller infektioner. De flesta kliniker torde ge både antibiotika preoperativt och trombosprofylax postoperativt. Flera högvolymskliniker har kortare operationstider. Operationstiden (figur 22) är kortast för vaginal teknik, vilket är känt sedan tidigare.



Figur 22. Operationstid total hysterektomi (median)

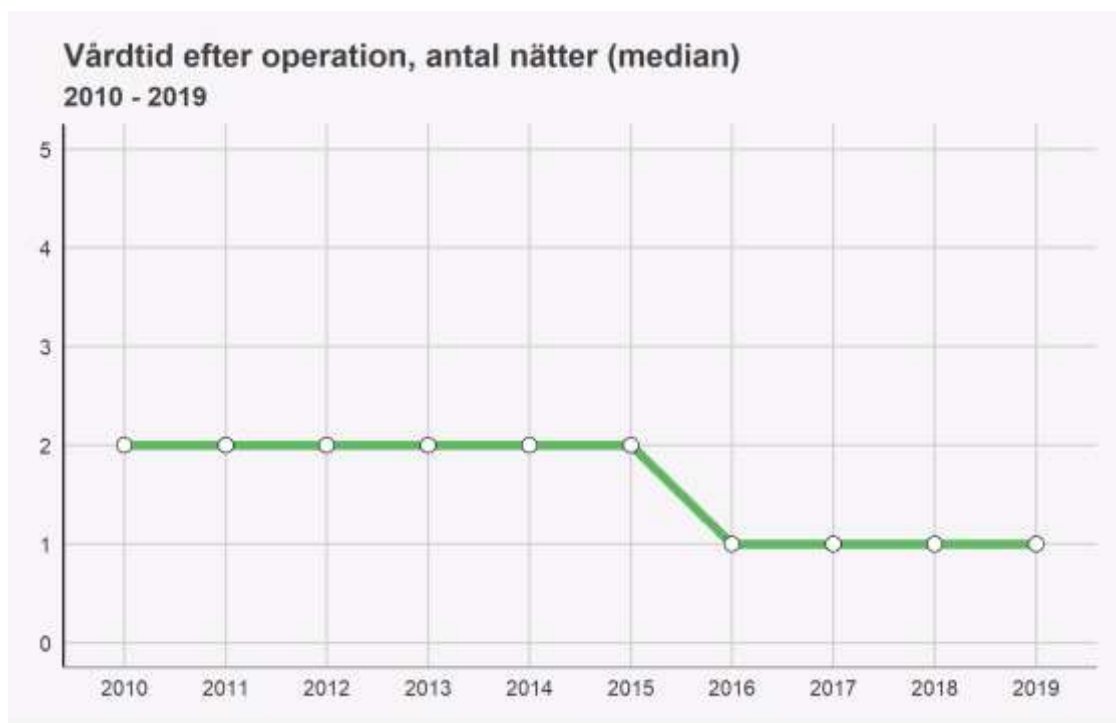
Ledtider



Figur 23. Medianledtider med avseende på primär incision

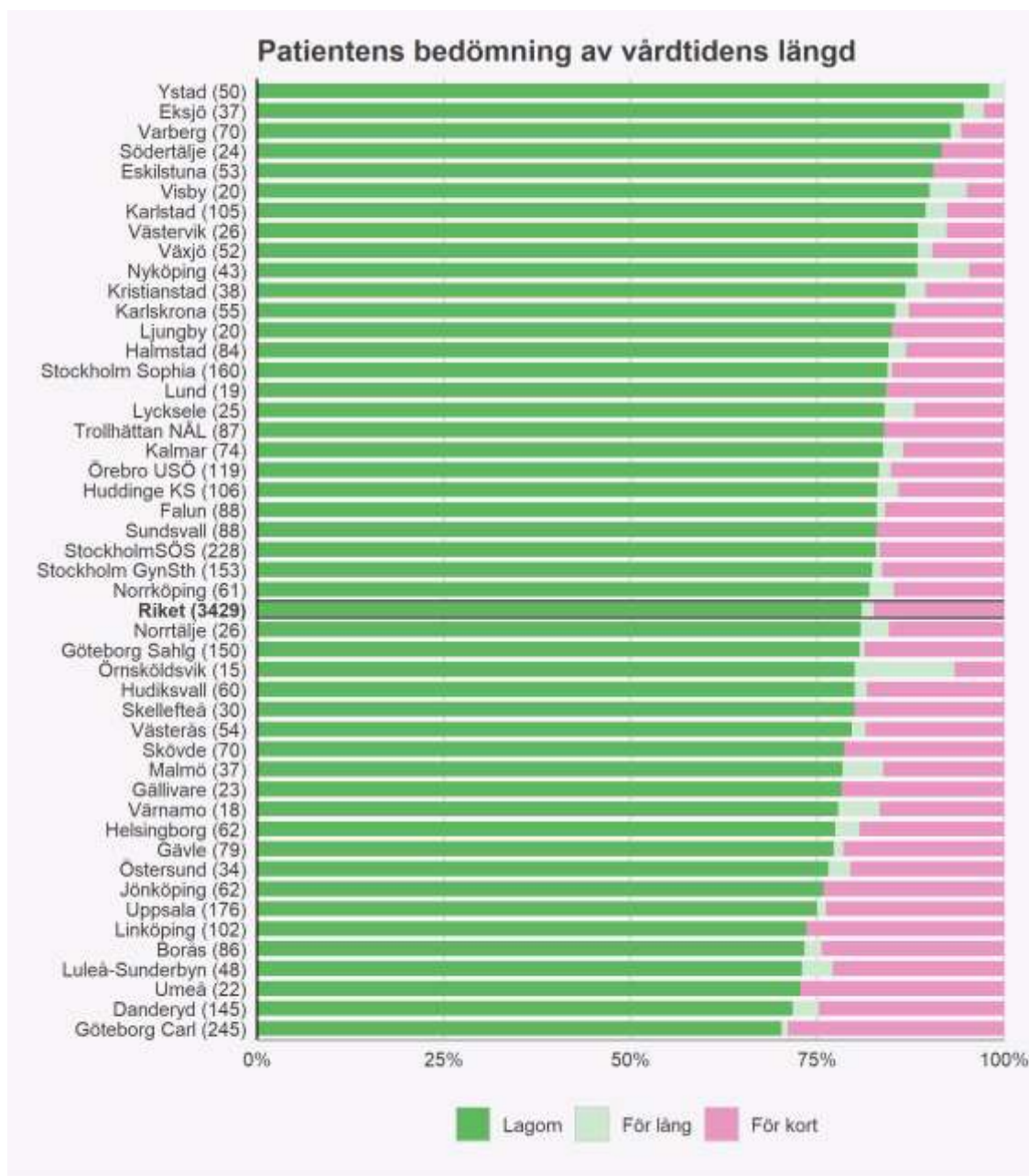
Figur 23 utgör huvudskälen till att delregistret förespråkar minimalinvasiva tekniker vid hysterektomi. Patienten vinner i återgång till arbete, normal ADL och sjukskrivningslängd, jämfört med vid laparotomi.

Många kliniker (ca 2/3) har i genomsnitt ett dygns vårdtid efter operation, jämfört med drygt 50% föregående år. För patienten handlar det till stor del troligen om förväntningar på vårdtiden. För professionen tillkommer även lokala traditioner. Med hjälp av en enhetlig patientinformation kan man troligen komma ner ytterligare i vårdtid, vilket har betydelse i dagens läge, då brist på personal och vårdplatser är ett återkommande problem.



Figur 24. Vårdtid efter operation, antal nätter (median, riket)

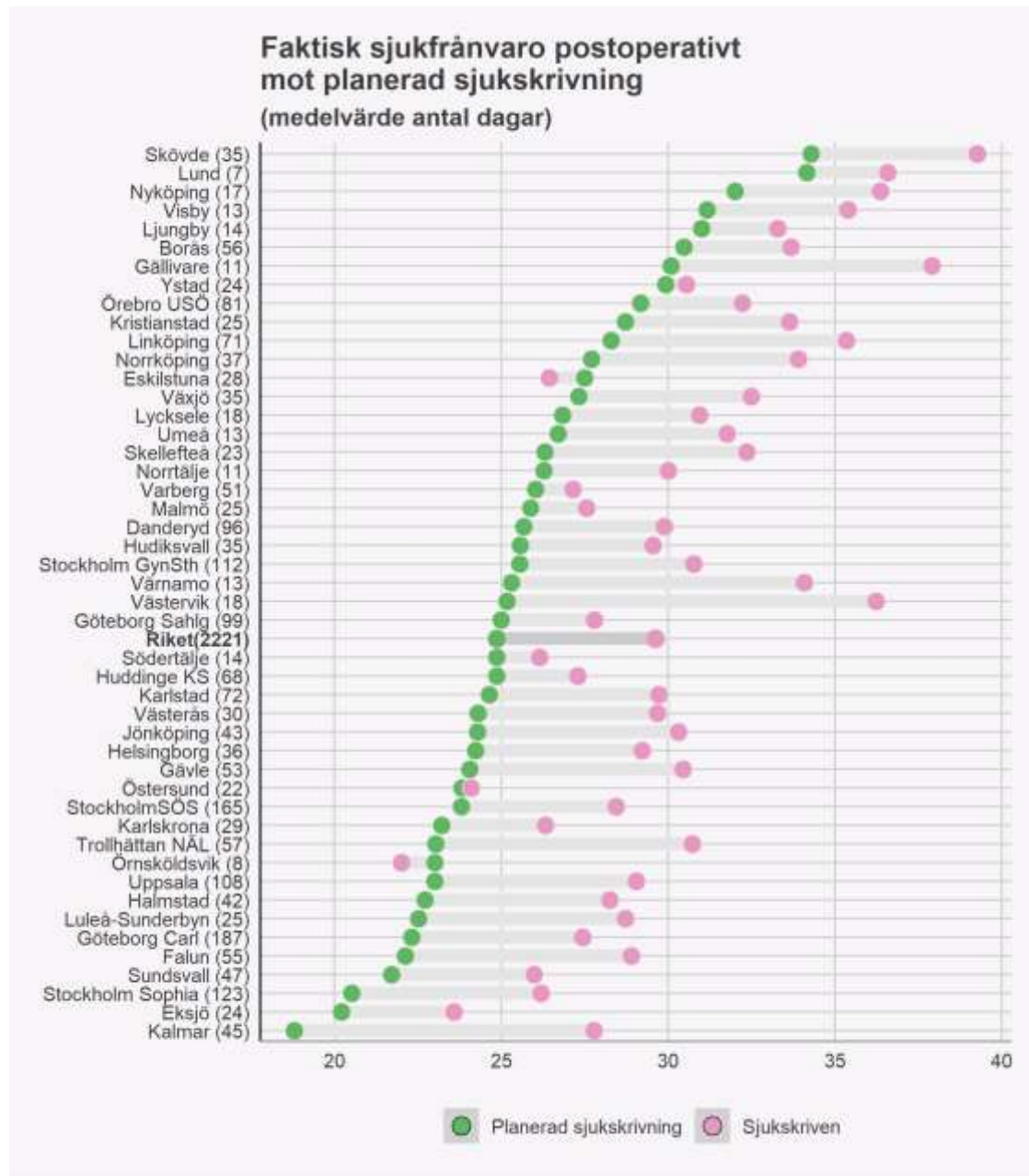
Vid allt fler kliniker utgör ett dygn den genomsnittliga vårdtiden efter hysterektomi. Utvecklingen kan eventuellt styras mot dagkirurgi (att patienten kan gå hem samma dag som operationen utförts) för lämpliga fall, men förutsätter en organisation för att ta hand om patienten i hemmet.



Figur 25. Patientens bedömning av vårdtidens längd

I 80 % av fallen är patienterna nöjda med vårdtiden.

Sjukskrivning



Figur 26. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning

De flesta högvolymsklinikerna sjukskriver kortare än riksgenomsnittet, 29 dagar, gäller samtliga operationstekniker.

En jämförelse av riksgenomsnittet för faktisk sjukskrivning mellan VH (26 dagar), LH (27 dagar) och RALH (24 dagar) skiljer sig inte markant åt, men däremot föreligger det skillnader mellan olika kliniker (figur 26). Vid AH är kvinnor i riksgenomsnittet sjukskrivna i 34 dagar, dvs 7 till 10 dagar längre.

Socialstyrelsen ger riktlinjer avseende sjukskrivning:

https://roi.socialstyrelsen.se/fmbsok?search_api_fulltext=hysterektomi

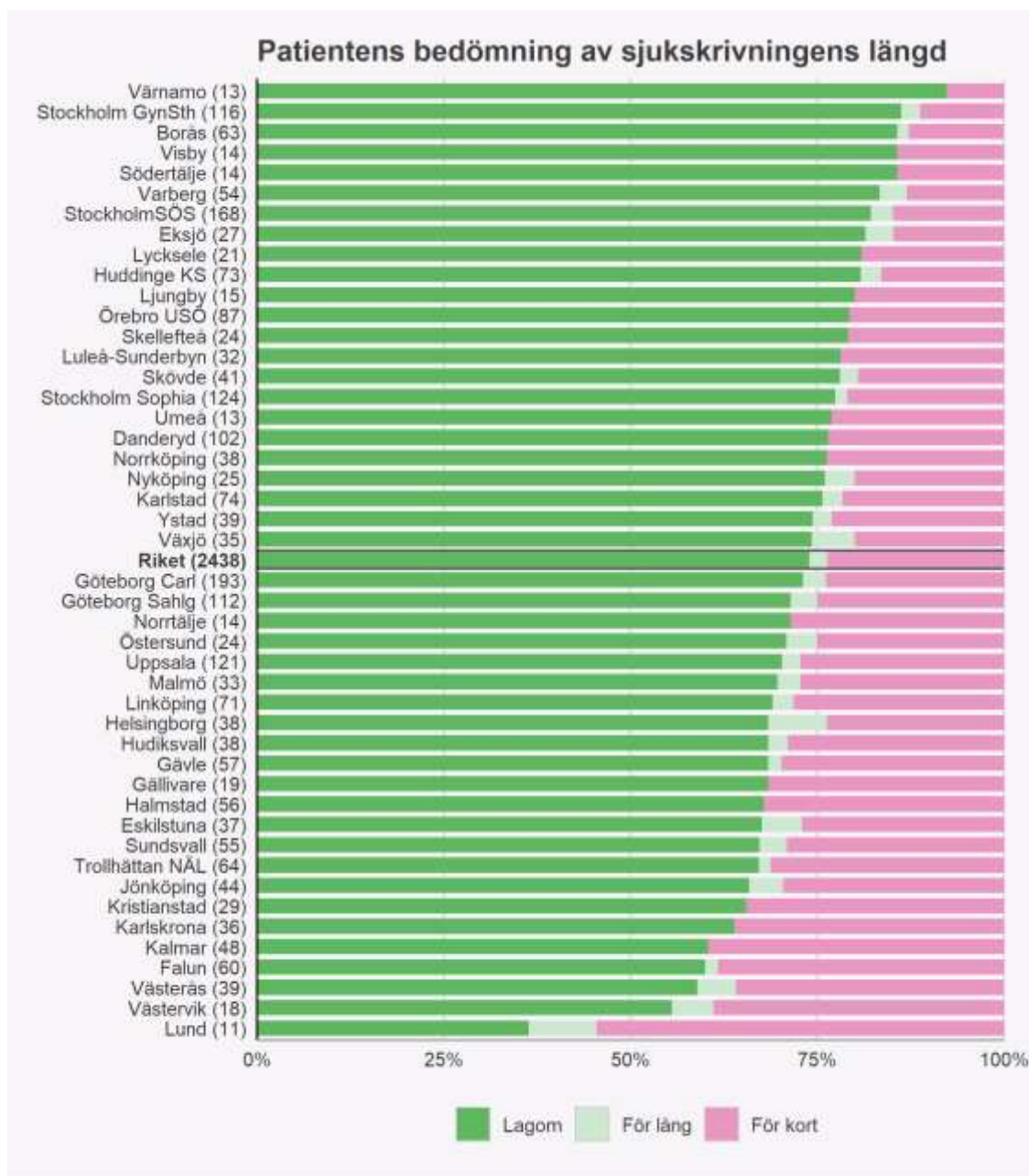
Sammanfattningsvis rekommenderas följande:

- Vid fysiskt lättare arbete och laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 3 veckors sjukskrivning (14–21 dagar).
- Vid fysiskt tyngre arbete och laparoskopisk/vaginal hysterektomi upp till 4 veckors sjukskrivning (upp till 28 dagar).
- Vid fysiskt lättare arbete och abdominell hysterektomi upp till 4 veckors sjukskrivning (upp till 28 dagar).
- Vid fysiskt tyngre arbete och abdominell hysterektomi upp till 5–6 veckors sjukskrivning (35–42 dagar).



Figur 27. Sjukskrivningslängd (medelvärde)

Hur kan det trots införandet av en allt mer dominerande minimalinvasiv kirurgi, vara så att sjukskrivningstiden inte har gått ner mer än i genomsnitt cirka tre dagar i riket de senaste tio åren? Sjukskrivningslängden är längre jämfört med Socialstyrelsen rekommendation.

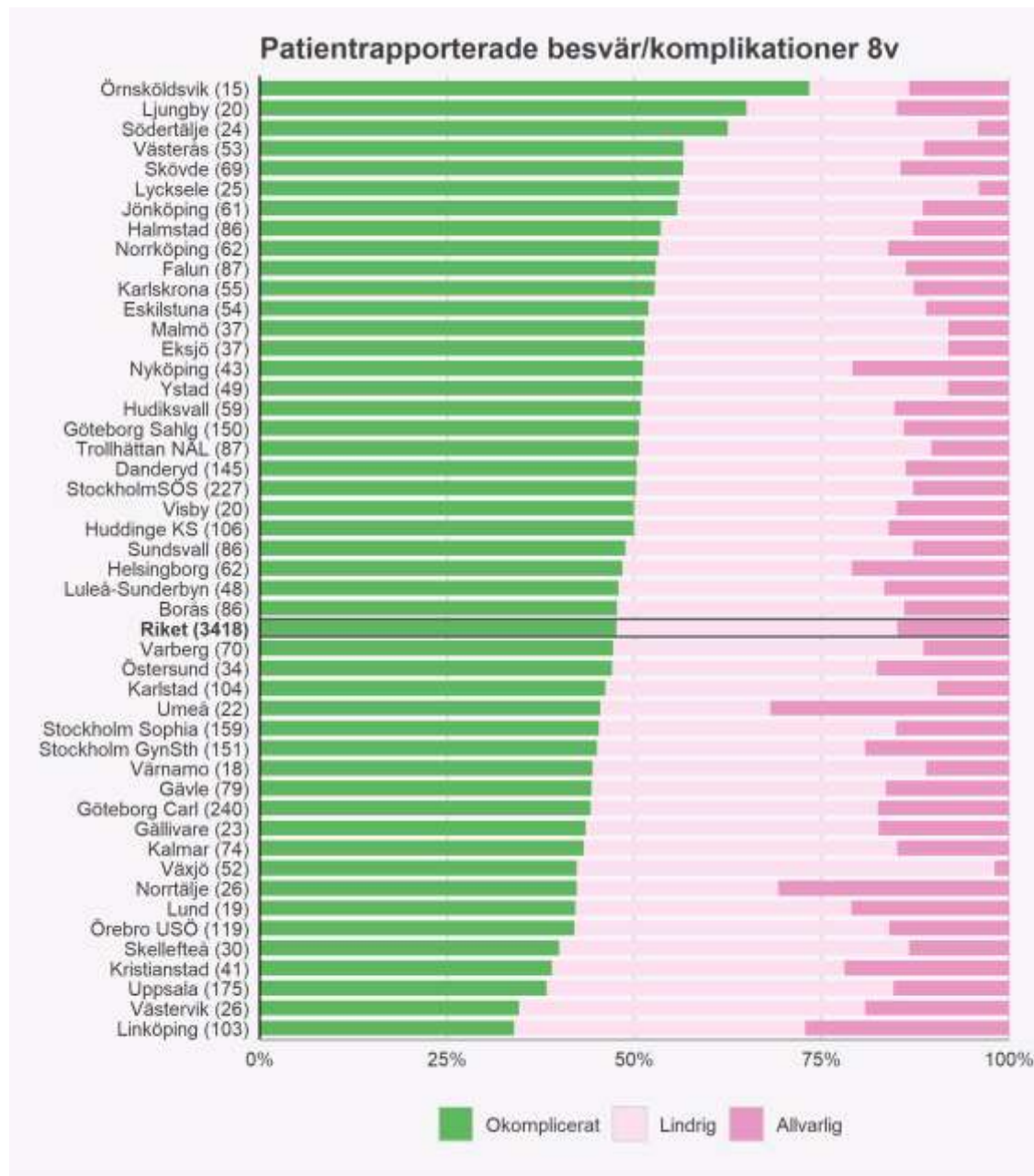


Figur 28. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd.

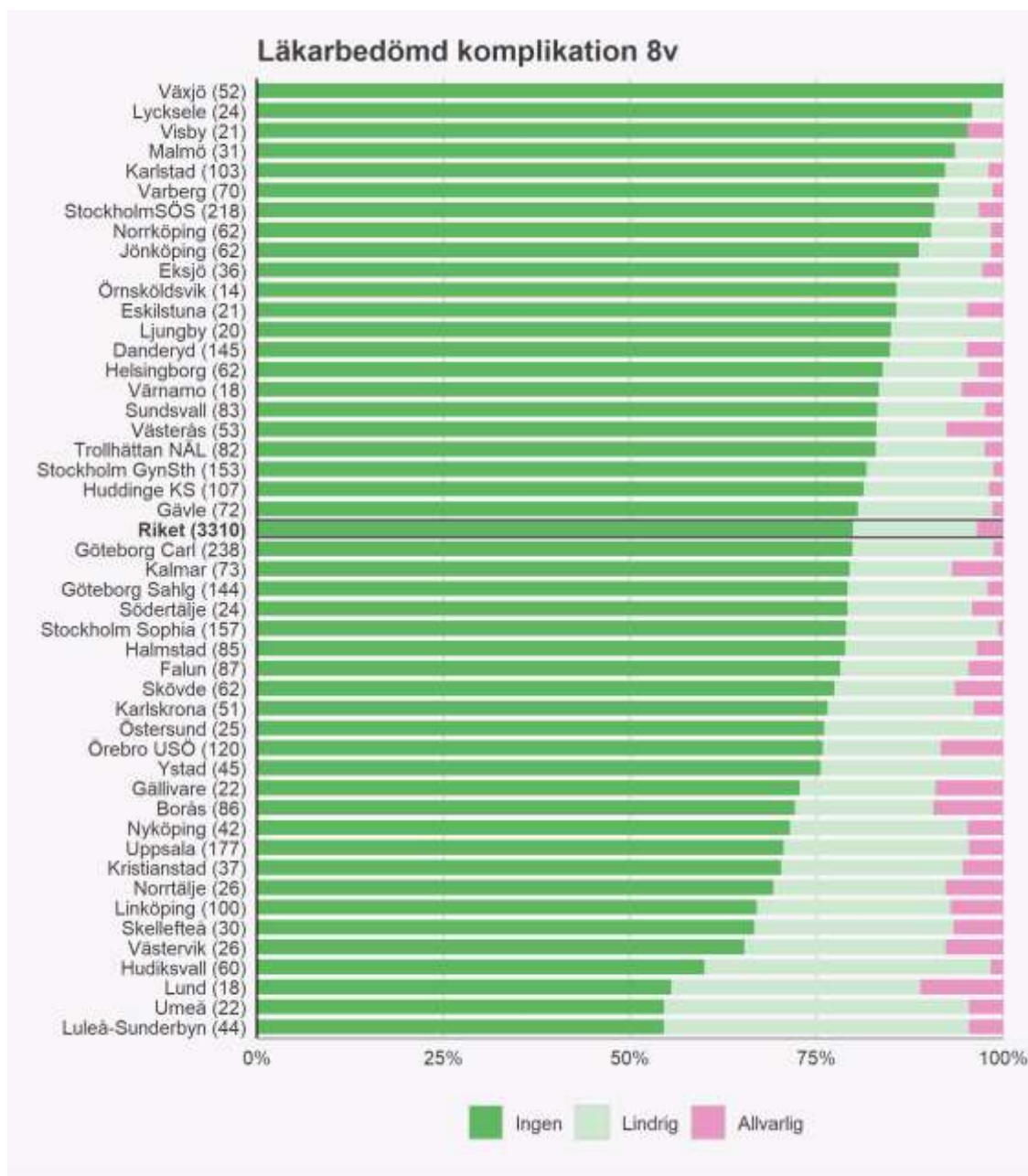
De flesta patienter (ungefär 75%) är nöjda med sjukskrivningens längd.

Sjukskrivningens längd handlar i hög grad om patientens förväntningar. Den skriftliga och muntliga information som ges inför operation är av stor betydelse. Vid flera högvolumskliniker är patienterna nöjda med sjukskrivningens längd, trots att den är kortare än riksgenomsnittet. I framtiden kan nationella gemensamma dokument för den patientinformation som ges utarbetas, så att sjukskrivningstiderna kan gå ner i riket.

Komplikationer

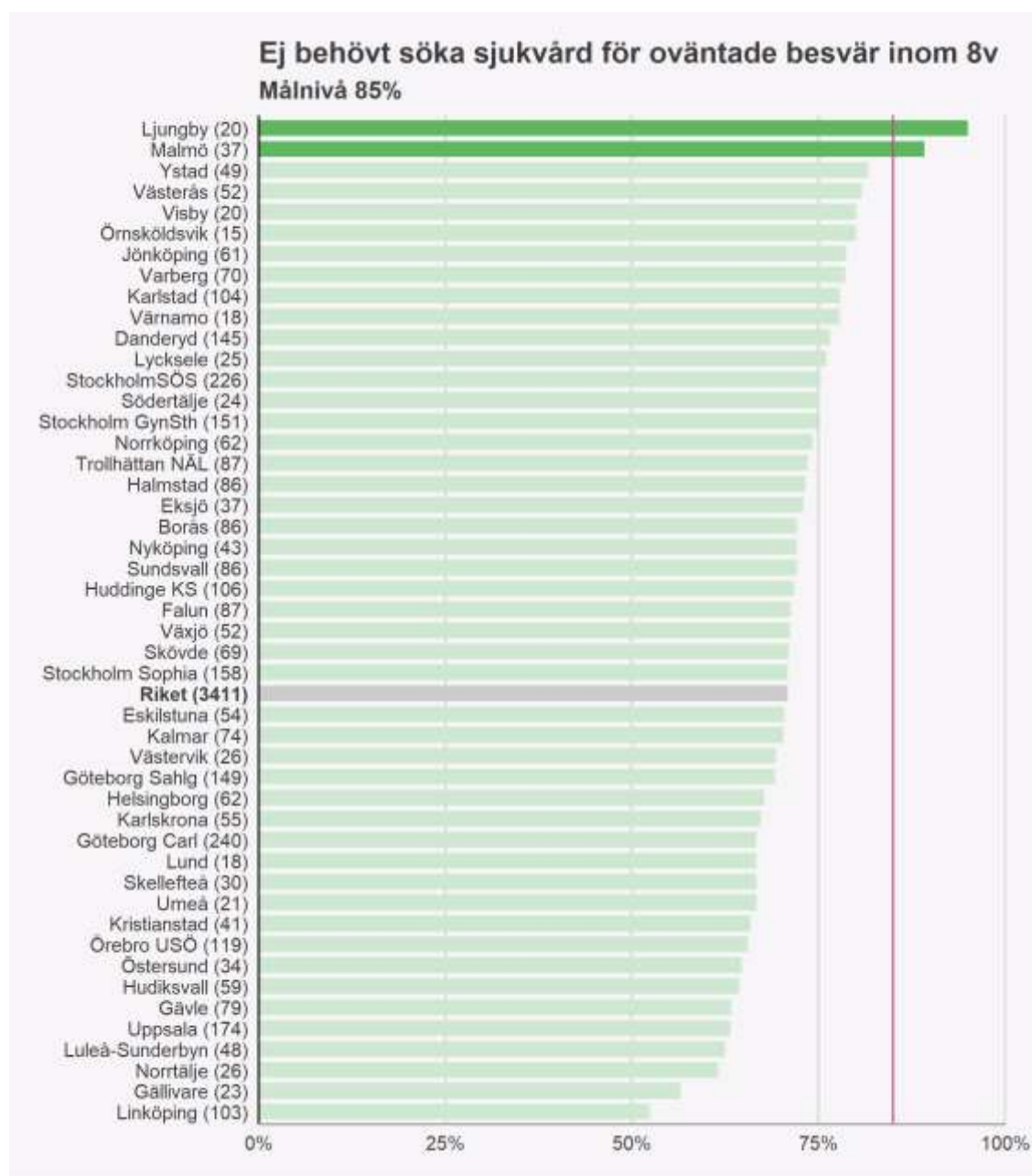


Figur 29. Patientrapporterade besvär/komplikationer 8 veckor efter operation.



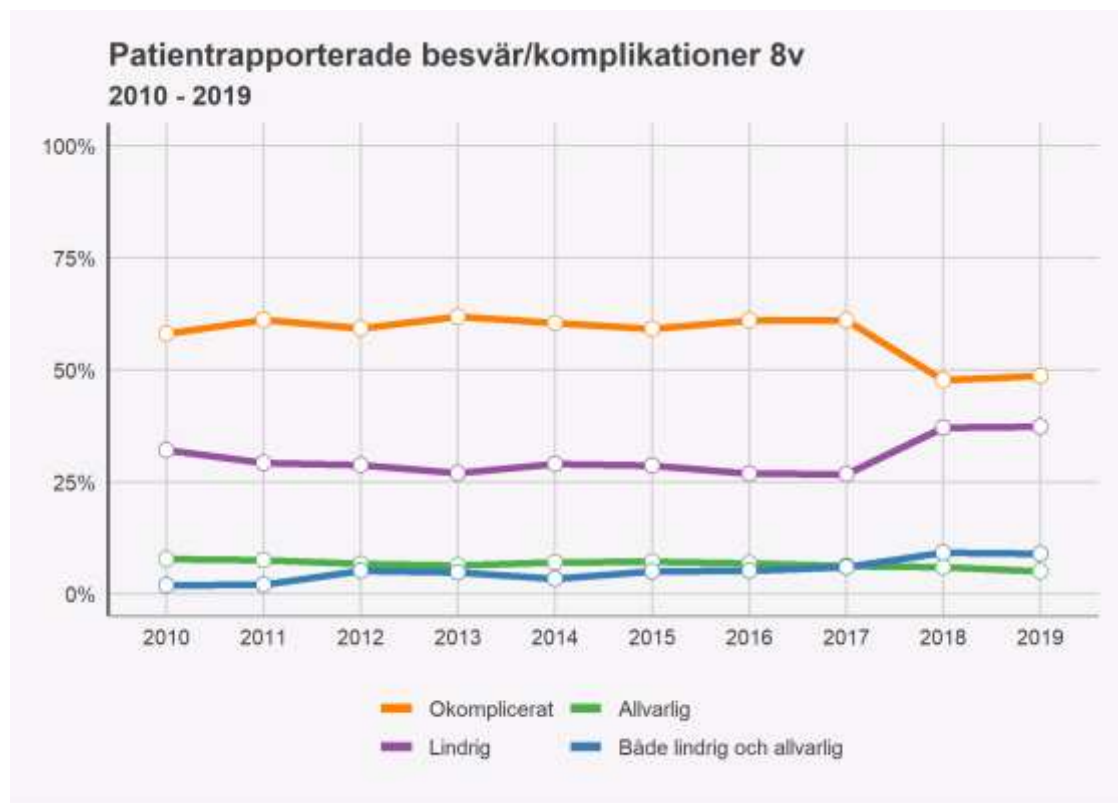
Figur 30. Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation.

Patienter och läkare har olika tolkning om vad som menas med en komplikation (figur 29 och 30). Därför har en ny figur lagts till i rapporten, "Ej behövt söka sjukvård för oförväntade besvär" med ett målnivå på 85% (figur 31). Två av 47 kliniker uppfyller detta kriterium. Riksgenomsnittet ligger på knappt 70% som inte har behövt söka sjukvård för oförväntade besvär.

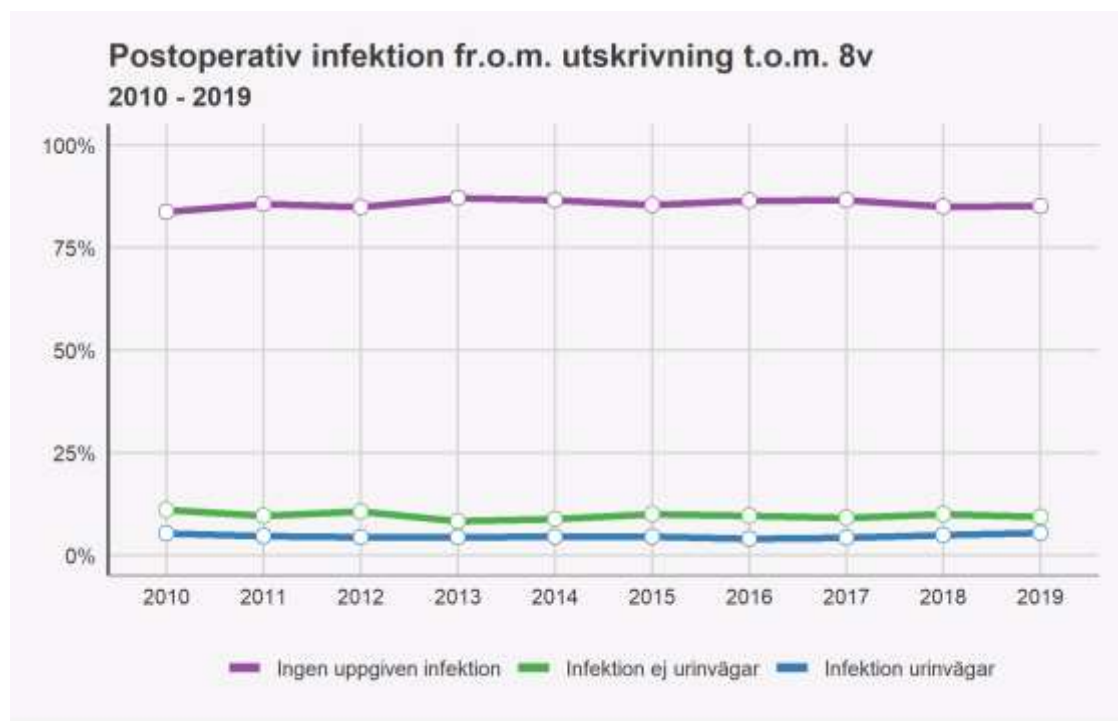


Figur 31. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operationen.

Komplikationer har följts det senaste decenniet - inga stora förändringar har skett.

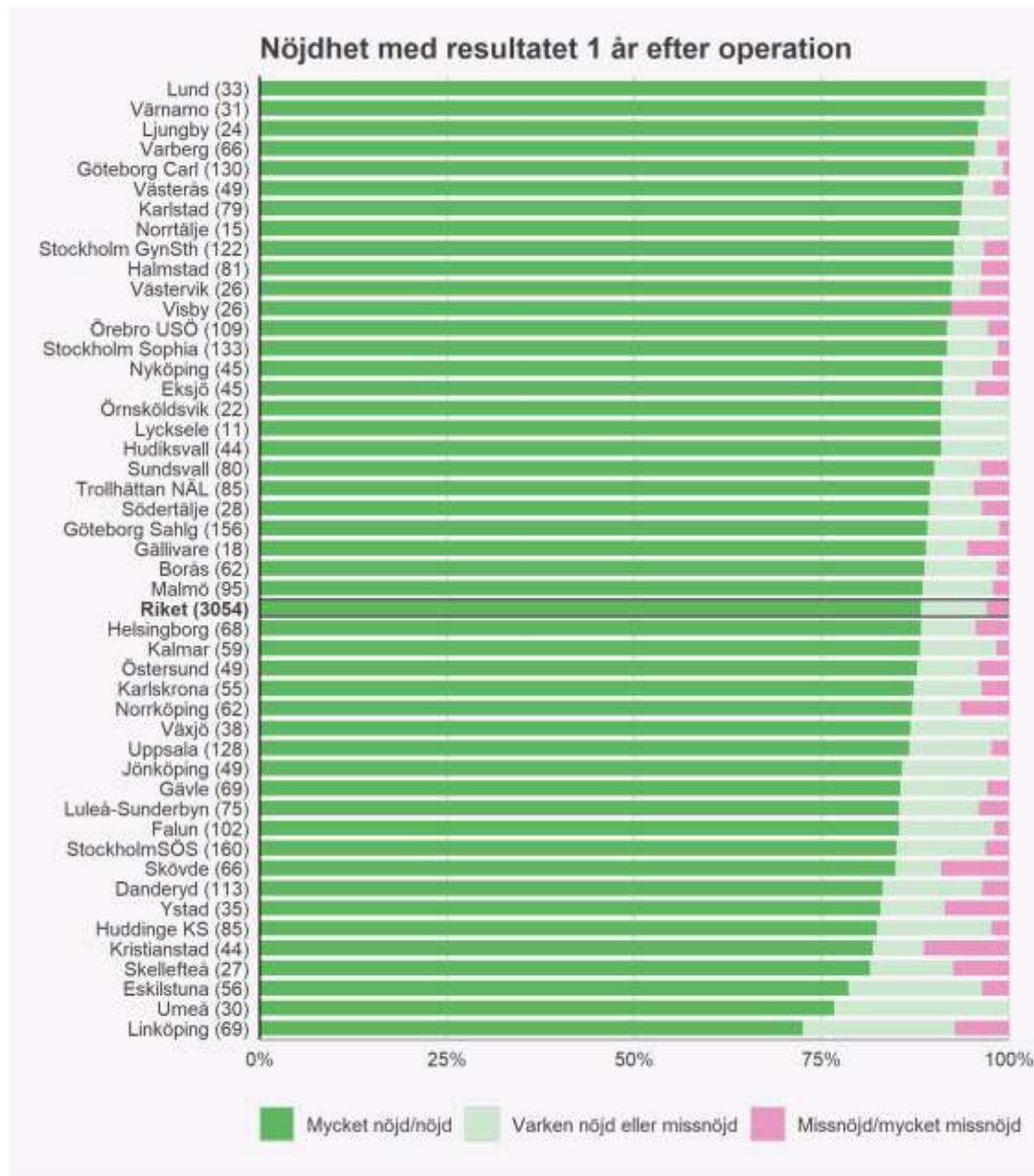


Figur 32. Patientrapporterade besvär/komplikationer inom 8 veckor efter operation.



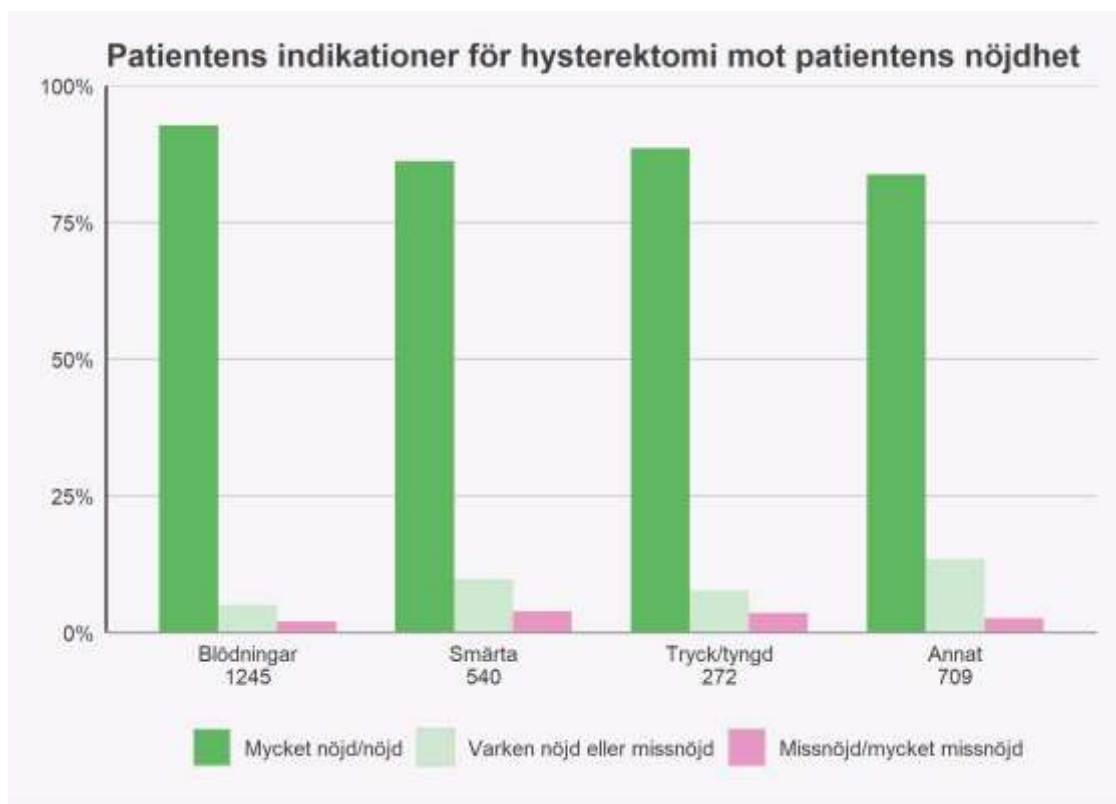
Figur 33. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor.

Patientrapporterade resultat 1 år efter operation



Figur 34. Nöjdhet med resultatet 1 år efter operation

I genomsnitt är 88 % av alla kvinnor som genomgår hysterektomi på benign indikation i Sverige nöjda med resultatet efter ett år.



Figur 35. Patientens indikationer för hysterektomi mot patientens nöjdhet.

Beslut om hysterektomi tas gemensamt mellan läkare och patient. Konservativa metoder ska ha diskuterats och prövats. Patienterna verkar vara ungefär lika nöjda med sitt beslut att genomgå hysterektomi, oavsett indikation till operationen.

Sammanfattning

Det är av största vikt att GynOp-registret fylls i så bra som möjligt, så att delregistren på ett tillförlitligt sätt ska kunna användas för utveckling och kvalitetskontroll av vården samt för jämförelser i forskningssammanhang.

Sedan föregående år har två målvärden införts för delregistret för hysterektomi på benign indikation, nämligen 1) målvärde för andelen minimalinvasiv teknik som man som klinik bör sträva efter (över 70 %) och 2) Sökt för oförväntade besvär mindre än 85%. Även målvärden för antal dagar sjukskrivning och antal vårddygn kan vara betydelsefullt att följa för utvärdering ur perspektivet jämlik vård.

Användning av minimalinvasiv teknik ger fördelar vad gäller återhämtningen efter operationen, jämfört med abdominell teknik. Andelen minimalinvasiv kirurgi är även högre än riksgenomsnittet på högvolymkliniker. Postoperativa resultat är jämförbara vad gäller vårdtid, sjukskrivning och tid till normalt ADL, oavsett val av minimalinvasiv teknik.

De val av operationsmetoder som kan erbjudas Sveriges kvinnor i framtiden är beroende av utbildningen av nya operatörer. För att minimera ojämlik tillgång till minimalinvasiva operationstekniker i riket, kan en idé vara att utbildningen är nationellt styrd. GynOp-registret kan användas för att registrera volymer för var utbildning sker i riket och inom vilka tekniker.

BENK-ARG, en arbetsgrupp inom SFOG avseende benign, intraabdominell, gynekologisk kirurgi, har utöver uppgift att utveckla riktlinjer för hysterektomi på benign indikation även fått i uppdrag att utfärda råd för indikationer för hysteroskopi samt nationella dokument för preoperativ information, för en likartad konservativ behandling, homogen information och likartade förväntningar inför hysterektomi, oavsett var du som patient bor i Sverige.

Slutligen är patientens nöjdhet en central parameter att följa. De flesta kvinnor som genomgår hysterektomi på benign indikation i Sverige är nöjda med resultatet efter ett år.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
ADL	Activity of daily life – Normala dagliga aktiviteter, till exempel, sköta sin hygien, klä på sig, handla och laga mat på samma sätt som man gjorde innan man blev opererad.
ASA-klassificering	ASA-klassificering på svenska” är en svensk översättning av ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Det är en 6-gradig skala där: ASA 1 = Frisk, icke-rökare, ingen eller minimalalkoholkonsumtion. ASA 2 = En patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till), aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk*, graviditet, övervikt (BMI 30–39), välkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom.
Auskultera	Att som vårdpersonal under utbildning vara med och lyssna och iakttä vid till exempel undersökning och operation.
Benign	Godartad
BMI	Kroppsmasseindex eller BMI (efter engelskans Body Mass Index) är ett mått för en persons eventuella över- eller undervikt. BMI räknas ut genom att dela kroppsvikten i kg med kroppslängden (mätt i m) x 2 dvs kg/m ² . Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) motsvaras normalvikt av ett BMI mellan 18.5 och 25.
Cervixdysplasi	Cellförändringar som kan upptäckas vid cellprovskontroll i livmodertappen (cervix) eller vid operation av livmodern.
Cochrane	Omfattande och komplett sammanställning av tillgänglig evidensbaserad kunskap inom det aktuella området vid den tidpunkt då rapporten författas. Samlad information/slutsatser i rapporterna bygger mestadels på randomiserade, kontrollerade, prospektiva studier, dvs de studier som har högst vetenskaplig kvalitet.
Endometrieatypi	Cellförändringar i livmoderslemhinnan
Endometrios	Endometrios innebär att livmoderslemhinna finns på andra ställen i kroppen än inuti livmodern. Endometrios orsakar ofta inflammation, som kan leda till smärta och ibland till att det bildas ärrvävnad och sammanväxningar.
GKR	Gyn-kvalitetsregistret. Regionalt register som användes i Stockholms län, Karlstad och Visby.
Hemostas	Blodstillning
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incision	Snitt i till exempel huden vid operation
Intraabdominell	Inne i buken
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Laparotomi	Bukkirurgi via större öppning i buken, även kallad öppen kirurgi.
Malignitet	Elakartad (cancer)
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Myom	Muskelknutor i eller utanpå livmodern
Myomembolisering	Är ett ingrepp där en radiolog med hjälp av en kateter sprutar in partiklar för att blockera blodflödet till ett eller flera myom. Det är en icke-kirurgisk, minimalinvasiv teknik, vilket betyder att ingreppet utförs via ett litet hål oftast i ljumskartären.
Percentil	Inom statistiken använder man percentil som ett uttryck för att dela upp ett datamaterial i hundra lika stora delar. Det förutsätts att materialet först ordnats efter storlek för den variabel man vill titta på. Den tionde percentilen är då det variabelvärde som underskrids av 10 procent av observationerna.
Postmenopausal blödning	Underlivsblödningar som kan uppstå (oftast) mer än 12 månader efter att de vanliga menstruationerna har slutat komma.
Postoperativ	Efter operation
Prolaps	Framfall
SFOG	Svensk förening för obstetrik och gynekologi
Subtotal hysterektomi	Livmoderhalsen lämnas kvar vid borttagande av livmoderkroppen. Kallas även supravaginal uterusamputation.
Total hysterektomi	Både livmoderkroppen och livmoderhalsen opereras bort
Tromboembolisk sjukdom	Blodpropp
Trombosprofylax	Läkemedelsbehandling för att förebygga att det ska uppstå blodpropp
UNS	UNS är en förkortning för ”utan närmare specifikation”.
Uterus	Livmoder (från latin)

Referenser

1. Billfeldt NK, Borgfeldt C, Lindkvist H, et al. A Swedish population-based evaluation of benign hysterectomy, comparing minimally invasive and abdominal surgery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018 Mar;222:113–118.