

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2020

Författare:

Sophia Ehrström

Registeransvarig för delregistret för hysterektomi på benign indikation

Södermalms Läkarhus, Nacka

Figurer och dataanalys:

Jessica Edlund och Gabriel Granåsen, statistiker, GynOp, Umeå

Redaktör:

Hanna Kriström, kanslichef GynOp, Umeå

Publicerad 2021-05-05



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning.....	1
Tidsperiod.....	1
Besvär som föranleder operation	2
Antal utförda operationer	3
Antal operationer per operatör	9
Operationsmetoder.....	12
Uterusvikt	15
Tidigare bukkirurgi	18
Säkerhetsaspekter	19
Utbildning av ST-läkare	23
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid	25
Dagar till normal ADL	26
Vårdtid	27
Sjukskrivning.....	31
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	34
Komplikationer	35
Clavien-Dindo	38
Infektioner	39
Patientens uppfattning av resultat 1 år efter operation.....	41
Summering	43
Ordlista	44

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.

SFOG har satt ett målvärde med önskemål om 70% minimalinvasiv kirurgisk teknik vid hysterektomi, vilket borde vara möjligt att uppnå för de flesta kliniker. Minimalinvasiv teknik i denna rapport definieras som hysterektomi utförd vaginalt, laparoskopiskt eller robotassisterat laparoskopiskt.

Minimalinvasiva tekniker kortar i hög grad både vårdtid, sjukskrivningstid och återgång till normal ADL för kvinnan. Kliniker som företrädesvis använder abdominell teknik bör kunna sträva efter att ändra sin profil. Ett flertal kliniker har framgångsrikt arbetat med det, även under pandemiåret.

År 2020 registrerades 3395 hysterektomier på benign indikation i GynOp. Sammantaget skedde registrering vid 48 kliniker. Täckningsgraden för registrering i delregistret Hysterektomi på benign indikation ligger sedan flera år tillbaka stabilt kring 90%. Rapporten baseras på data med patienter som har genomgått total eller subtotal hysterektomi på benign indikation. Hysterektomier vid känd eller misstänkt malignitet samt de som gjorts på prolapsindikation har inte tagits med.

Under pandemiåret 2020 skedde en stor minskning i volym av hysterektomi på benign indikation, vilket presenteras närmare i Specialrapport för benign gynekologisk kirurgi, under Covid-19 pandemin 2020.

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 ej indikation prolaps eller endometrios). Uppdelning av patient i standardpatient eller inte standardpatient har inte visat några stora skillnader i resultat. Vetenskaplig evidens finns för att vid till exempel BMI över 35 är minimalinvasiv teknik att föredra.

I rapporten presenteras en figur som visar andelen patientrapporterad tidigare genomgången bukkirurgi (figur 13), vilket skulle kunna vara en faktor som kan påverka svårighetsgraden vid kirurgi.

Variabeln Huvudoperatören är ST-läkare infördes i GynOp 2018-02-25. Variabeln utgör en möjlighet för ST-läkare att registrera antalet operationer som huvudoperatör. Det förutsätter dock att variabeln fylls i på korrekt sätt.

Denna rapport inkluderar även två nya intresseområden:

Presentation av högvolymsoperatörer

Kort analys av hysterektomi i dagkirurgi

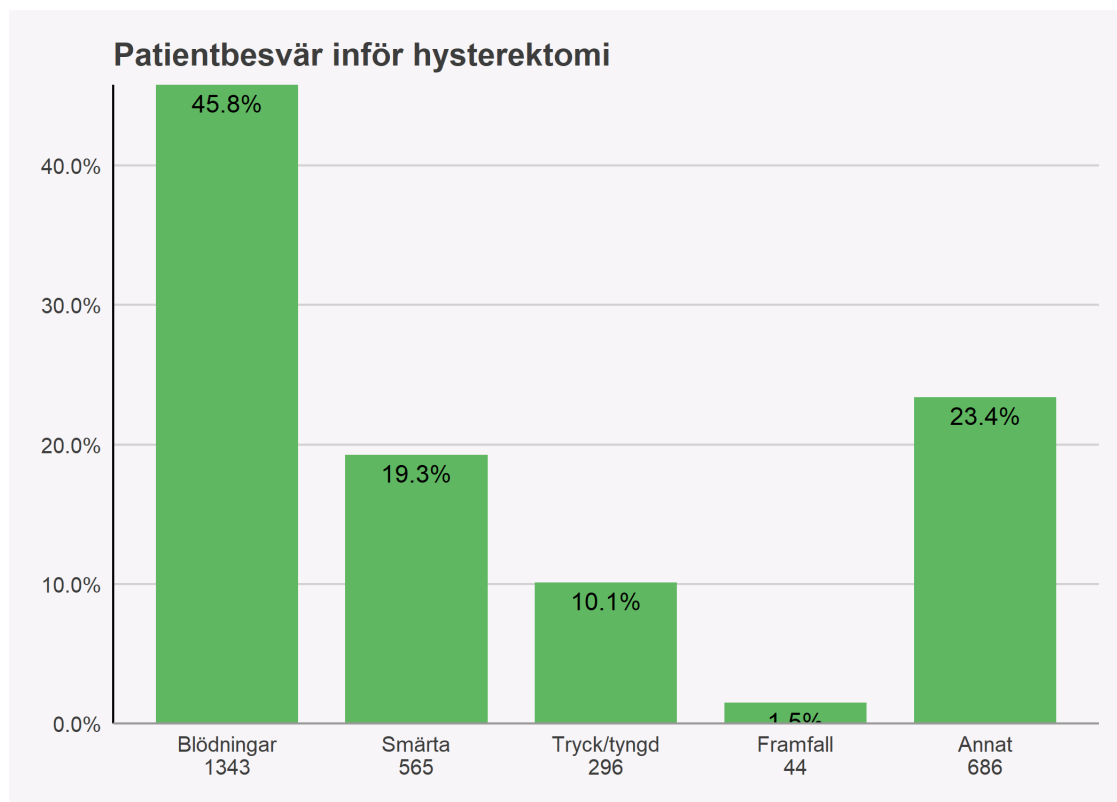
Finns synpunkter på innehållet eller utformningen av rapporten tas dessa tacksamt emot till:

sophia.ehrstrom@gmail.com

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2020. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2019 använts.

Besvär som föranleder operation



Figur 1. Patientbesvär inför hysterektomi

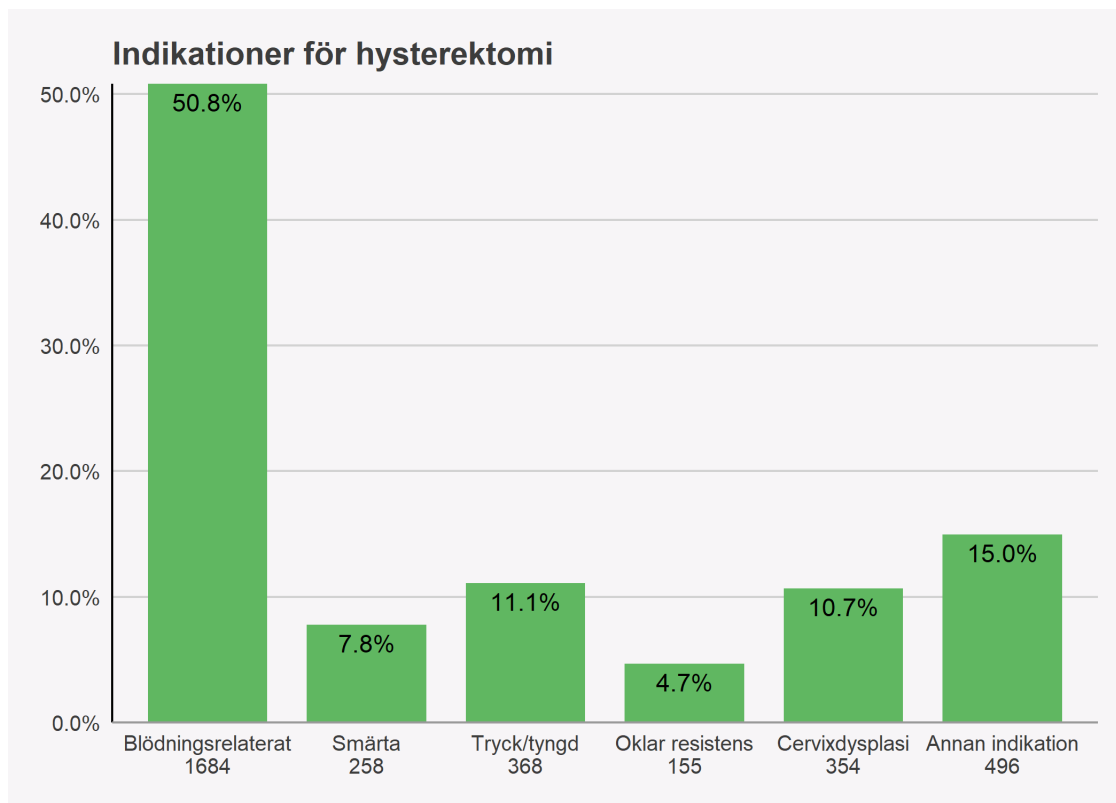
Figur 1 visar patientens uppgift om vilka besvär som resulterade i hysterektomi. Liksom tidigare år dominerar blödningar, men patienten uppger även smärta i 19,3 % av fallen, jämfört med 8% som läkarrapporterad huvudindikation. Ett liknande mönster har setts i andra årsrapporter, vilket talar emot att 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, det vill säga blödningsrubbingar (både patient- och läkarangivet), är det av stor vikt att tillgängliga konservativa metoder (tranexamsyra, p-piller, hormonspiral, gestagener, hysteroskopisk resektion av polyp, myom eller livmoderslemhinna, Novasure, myomembolisering, med flera) har prövats där så är möjligt, innan beslut om hysterektomi fattas i samråd med kvinnan.

Förskrivningen av långtidsverkande hormonella metoder (LARC) har ökat de senaste åren.

I knappt hälften av fallen med blödningsrubbingar hos kvinnor finns det en förändring i livmoderhålan som orsak till blödningar, vilka skulle kunna avhjälpas med hysteroskopisk resektion. Tillgången till hysteroskopiska åtgärder vid blödningsrubbingar varierar över riket, vänligen se årsrapporten om intrauterin kirurgi.

Hos de kvinnor som väljer att genomgå hysterektomi finns ofta flera samverkande faktorer, till exempel smärta och blödning. Gruppen *Annat* i figur 1 domineras av cellförändringar.

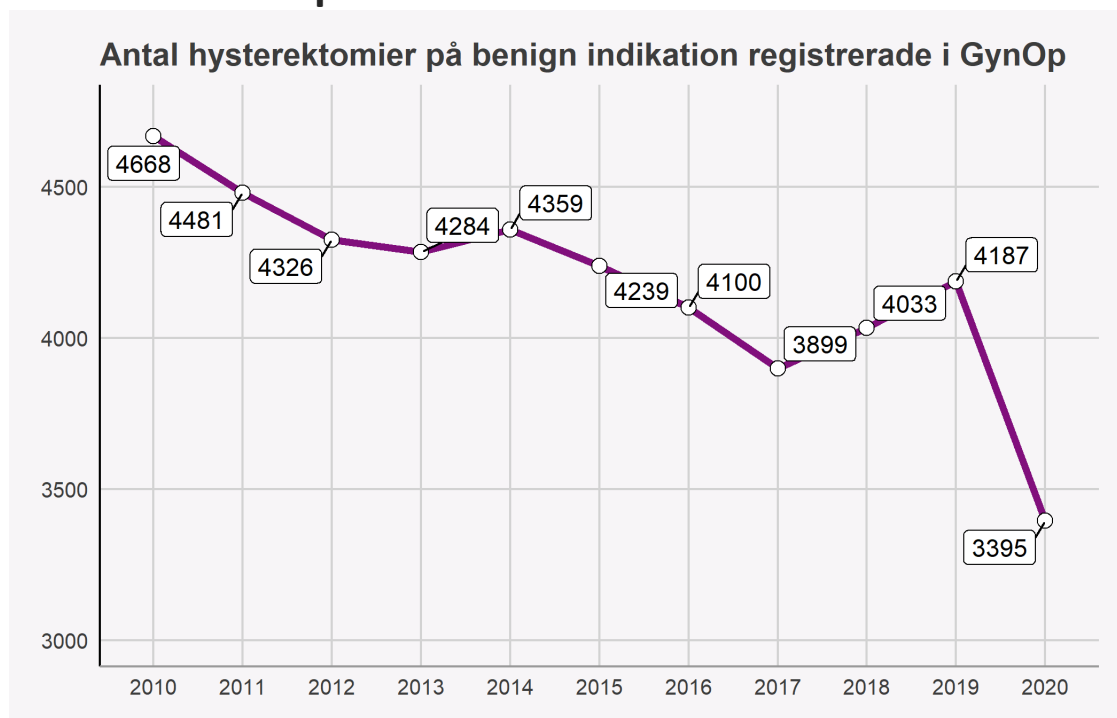


Figur 2. Indikationer för hysterektomi

Figur 2 visar att även läkarrapporterad indikation för hysterektomi anger blödning som huvudindikation i hälften av fallen, följt av tryck eller tyngd samt cervixdysplasi.

Fördelningen mellan patientangiven och läkarrapporterad indikation har inte ändrat sig jämfört med föregående årsrapporter. En symmetrisk minskning har skett av samtliga patientrapporterade besvär respektive indikationer.

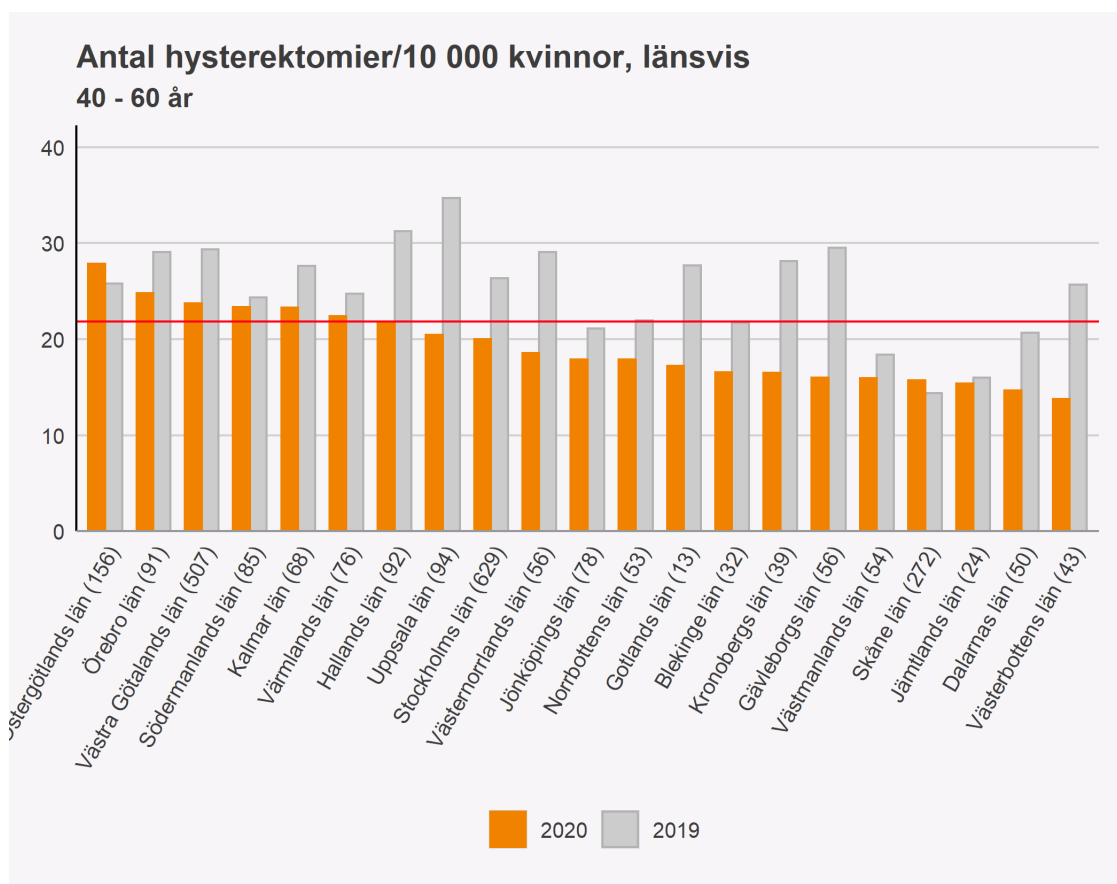
Antal utförda operationer



Figur 3. Antal hysterektomier på benign indikation registrerade i GynOp

En minskning av antalet hysterektomier på benign indikation skedde med 18,9 % under pandemiåret 2020, jämfört med år 2019.

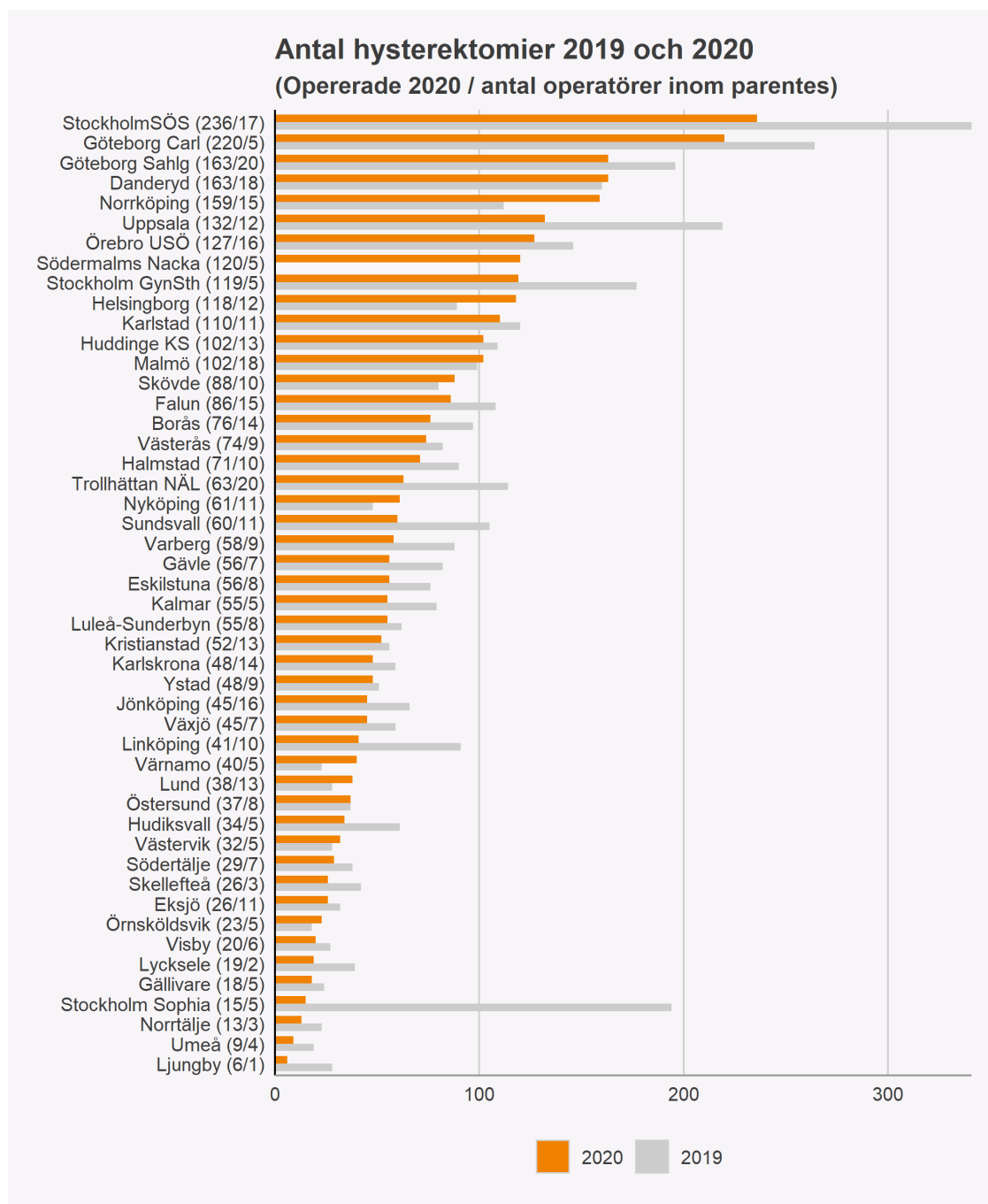
Notera dock i figur 3 ovan att det redan innan fanns en minskande trend i antalet hysterektomier på benign indikation mellan år 2010 och 2017, då antalet minskat med 11%. En möjlig förklaring till det minskande antalet hysterektomier på benign indikation under de åren kan vara att det har förekommit en ökad användning av Mirena (hormonspiral) för patienter i 40- till 50-årsåldern samt att antalet operativa hysteroskopier har ökat. Vidare användes Esmya (Selektiv Estrogen Receptor Modulator - SERM) under åren 2013 till 2018. Det vore intressant att gå vidare med en mer djuplodande analys av det minskade antalet hysterektomier och vad det beror på.



Figur 4. Antal hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år), hämtat från SCB år 2020. Inom parentes visas antalet opererade för år 2020. Den röda horisontella linjen i figuren visar riksgenomsnittet.

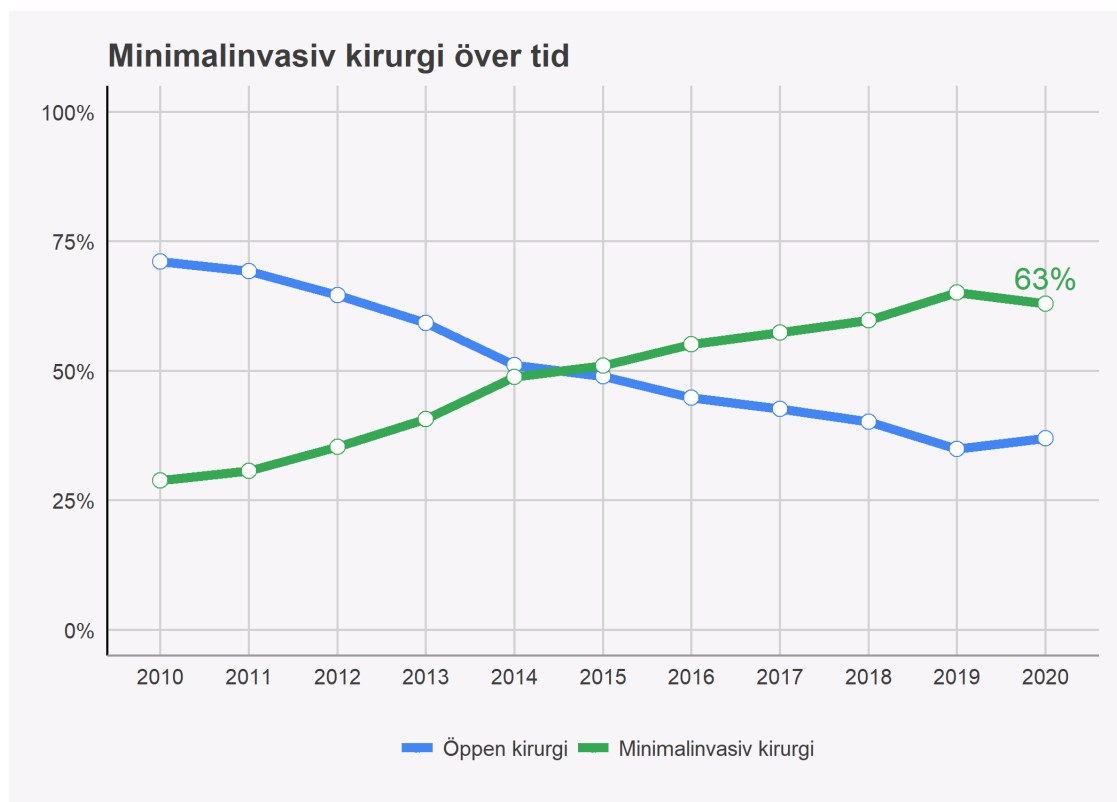
Antalet hysterektomier per 10 000 kvinnor beräknas över åldersspannet 40–60 år, vilket ungefär motsvarar 10:e till 90:e percentilen.

Genomsnittet i riket har sjunkit från 27 hysterektomier per 10 000 kvinnor till 22 hysterektomier per 10 000 kvinnor (figur 4). Minskningen av hysterektomier har fördelat sig lite olika i riket. Den största procentuella minskningen av antalet hysterektomier på benign indikation per 10 000 kvinnor tycks ha skett i Uppsala län, Kronobergs län, Gävleborgs län och i Västerbottens län.



Figur 5. Antal hysterektomier 2019 och 2020

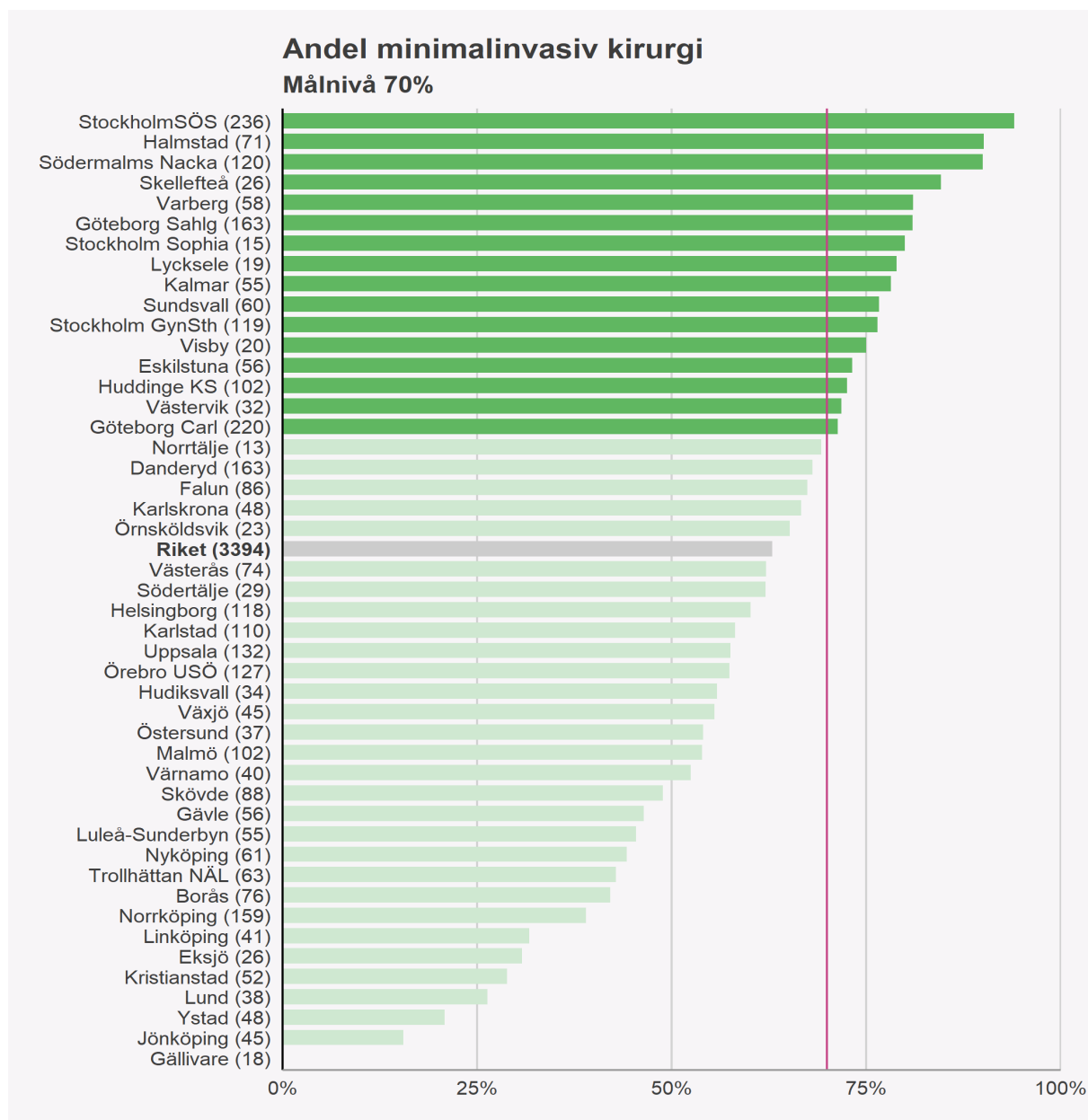
Figur 5 visar antalet hysterektomier som respektive klinik har registrerat i GynOp-registret. Av pandemiskäl har volymerna minskat på många av klinikerna. För ett mer detaljerat resonemang hänvisas till specialrapporten *Covid och benign gynekologisk kirurgi* från GynOp 2020 som behandlar Covid-pandemins effekt på operationsvolymerna för benign gynekologisk kirurgi år 2020.



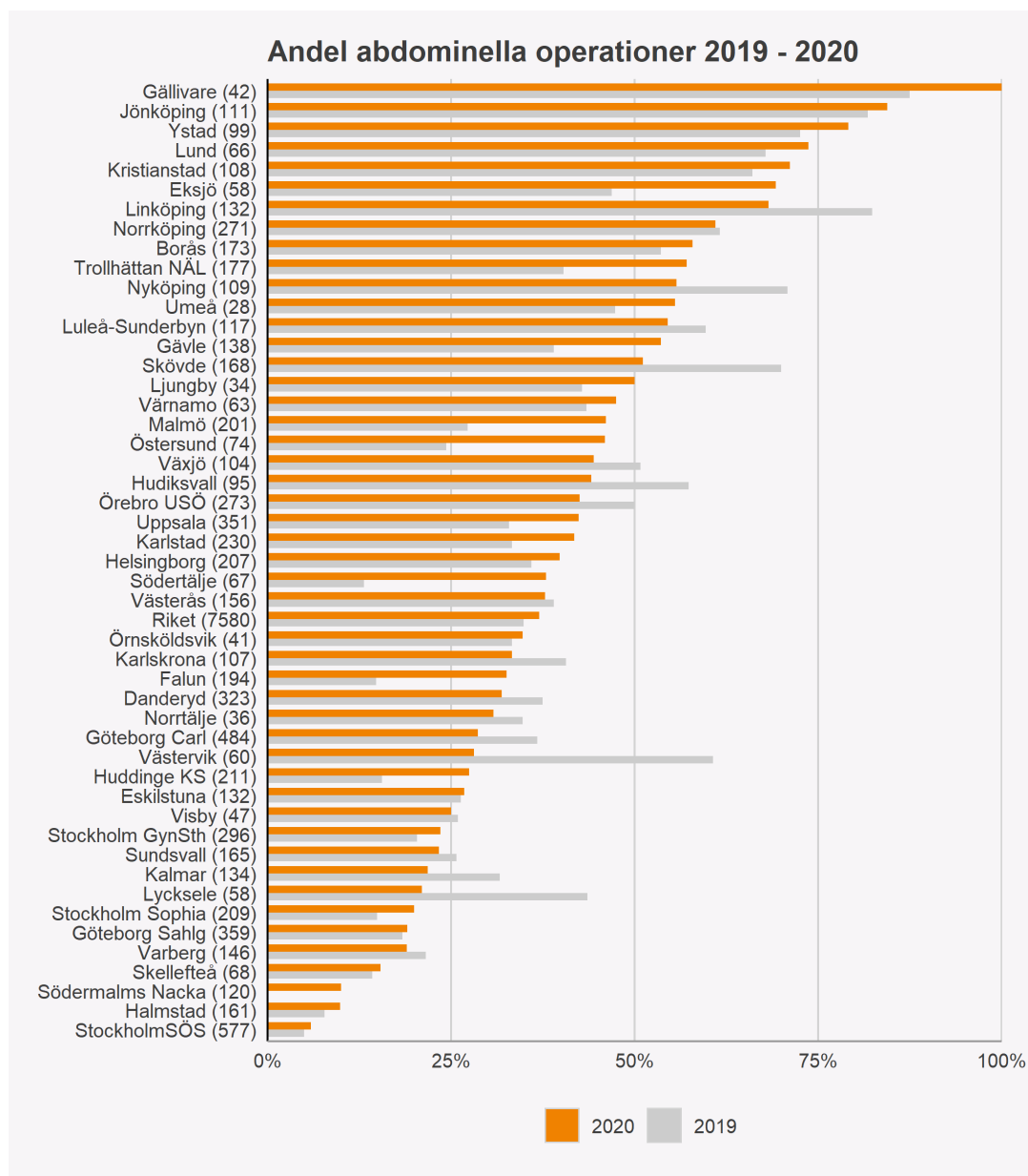
Figur 6. Minimalinvasiv kirurgi över tid. Andelen minimalinvasiv hysterektomi 2020: 63%.

Minskningen av antalet hysterektomier verkar inte ha lett till någon större nedgång i andelen som utförts med minimalinvasiv teknik. Det är glädjande, med tanke på de välkända vinster i förkortad vårdtid, sjukskrivning och en snabbare återgång i arbete som finns beskrivet vid användning av en minimalinvasiv operationsmetod. Socialstyrelsen har föreskrivit ett målvärde att 70% ska utföras med en minimalinvasiv teknik vid hysterektomi på benign indikation. Arbete kvarstår för att nå upp till målvärdet i hela riket. Förbättringspotential finns på flera kliniker.

Av de 48 deltagande klinikerna uppnår 16 av dem målet och flera närmar sig riksgenomsnittet. Figur 6 visar att 12 av de 48 deltagande klinikerna utför mer än 75% av sina hysterektomier med minimalinvasiv kirurgi. Bland dessa kliniker återfinns de flesta av de volymmässigt största klinikerna. Förhoppningsvis kommer en successiv utveckling mot högre andel minimalinvasiv teknik vid hysterektomi att ske de närmaste åren.



Figur 7. Andel minimalinvasiv kirurgi.



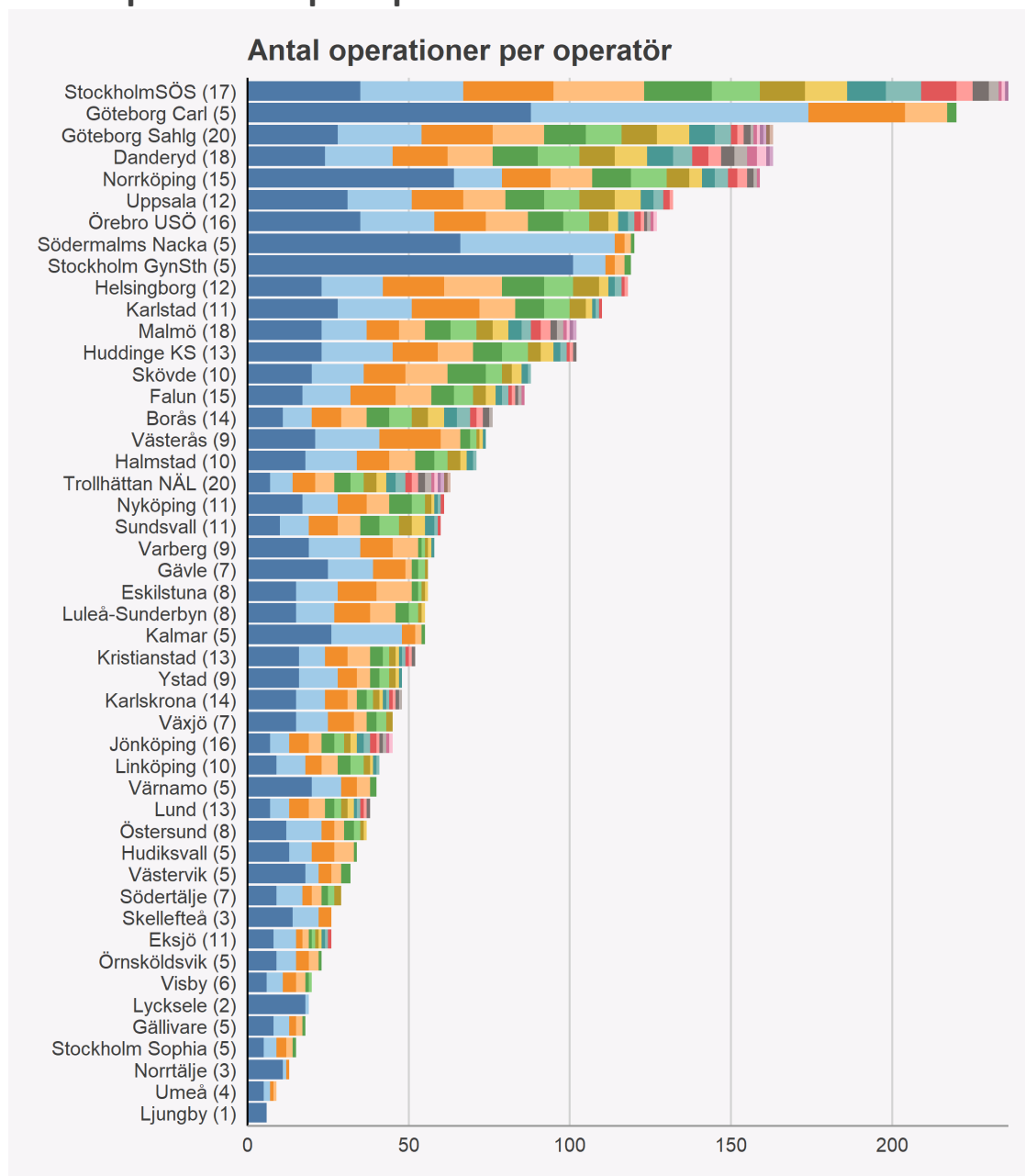
Figur 8. Andel abdominella operationer år 2019 och 2020.

Figur 8 visar klinikerna med högst andel abdominella hysterektomier. Flera kliniker har Covid-pandemin till trots minskat sin andel laparotomier betydligt. Västervik och Lycksele har lyckats halvera sin andel abdominella operationer. Andra kliniker har minskat sin andel abdominella med mer än 25%, se tabell 1 nedan. Grattis till ert fina arbete!

Tabell 1. De fyra kliniker som har minskat andelen abdominella mest sedan föregående år.

Sjukhus	Abdominella 2019	Abdominella 2020	Procentuell minskning
Västervik	60.7%	28.1%	53.7%
Lycksele	43.6%	21.1%	51.7%
Kalmar	31.6%	21.8%	31.1%
Skövde	70.0%	51.1%	26.9%

Antal operationer per operatör



Figur 9. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i kliniken stapel. Antalet operatörer per klinik presenteras inom parentes.

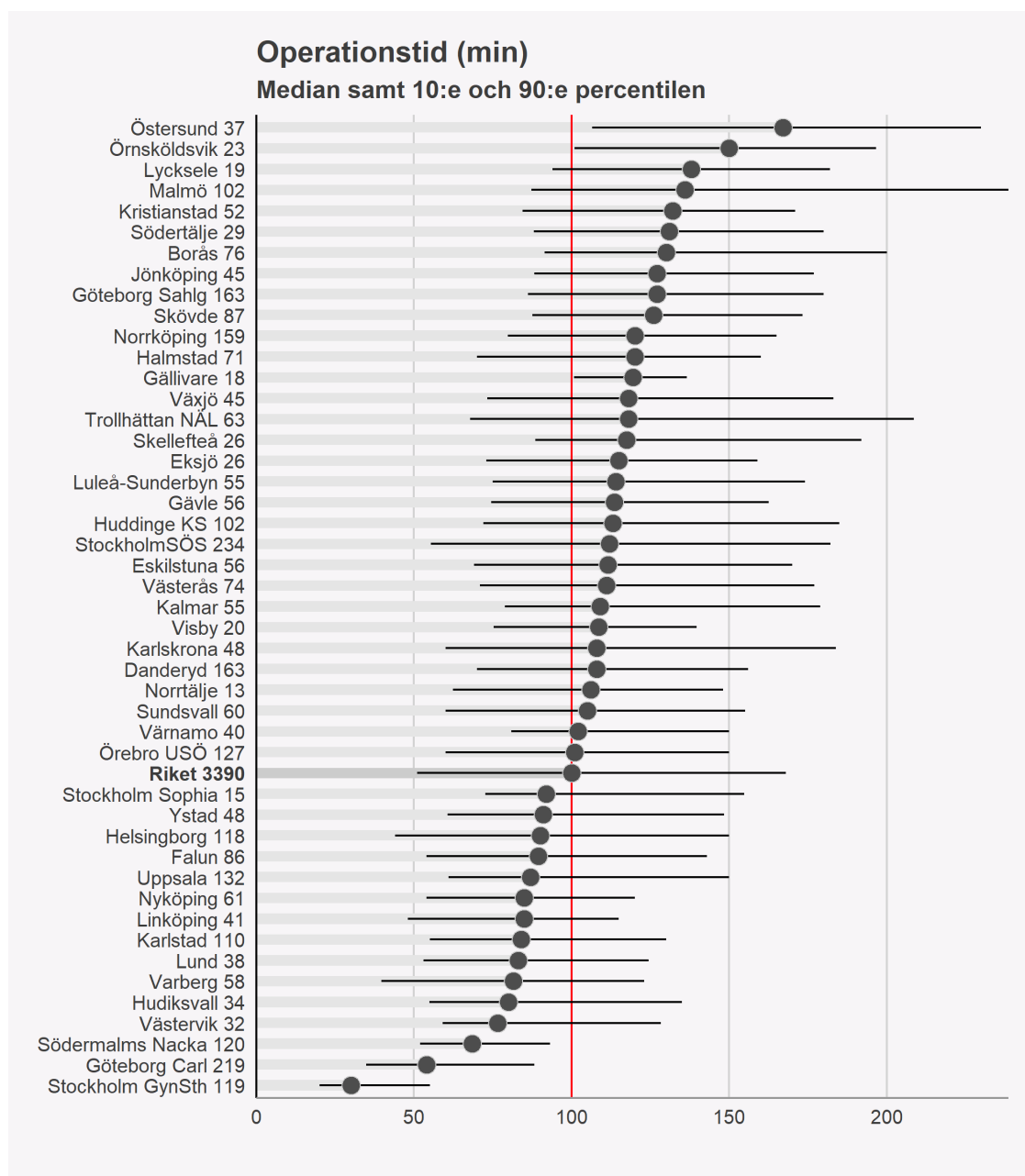
(Observera att detta är kliniken egenrapporterade uppgifter. Om en och samma läkare förekommer med flera identiteter i registret, till exempel på grund av det lagts upp flera användare för samma läkare, så registreras detta också som flera operatörer om personen använder än den ena och än den andra identiteten. Självklart kan även rena felregistreringar förekomma. Varje klinik måste själv se till att städa i sin operatörslista i GynOp och varje operatör måste se till att korrekt huvudoperatör registreras.)

För första gången presenteras data på operationsvolym per operatör. Det framgår att ett fåtal operatörer i Sverige har väsentligt högre operationsvolym jämfört med övriga. Det är sedan tidigare visat att högvolumsoperatörer inom andra kirurgiska specialiteter har en lägre grad av komplikationer.

Vad är att betrakta som en högvolumsoperatör? I Sverige finns det sex operatörer som opererar 50 eller fler hysterektomier per år, vilket ger ett genomsnitt på 4,1 hysterektomier/månad. Samtliga dessa operatörer arbetar på kvinnokliniker utanför storsjukhusen och alla dessa enheter har en hög andel minimalinvasiv kirurgi. Verksamheterna representeras av tre kliniker som var och en domineras av robotassisterad laparoskopisk hysterektomi (71%), vaginal hysterektomi (76%) respektive laparoskopisk

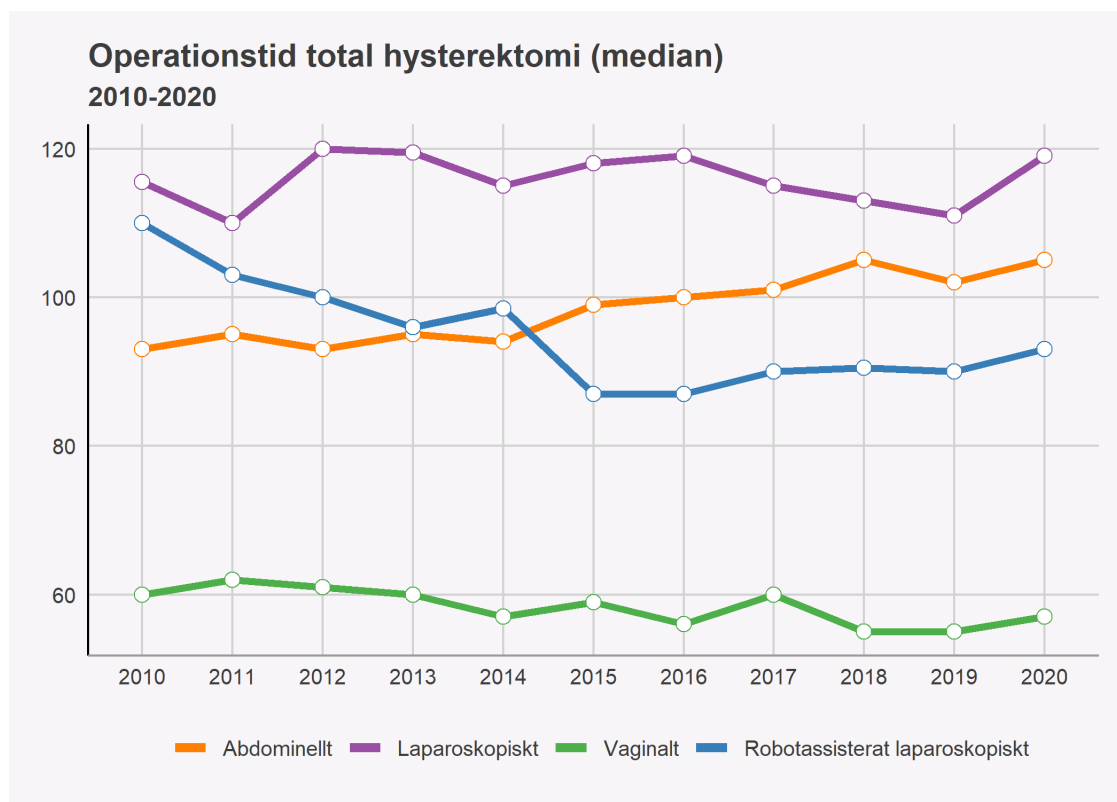
hysterektomi (90%). Dessa operatörer har blivit bra på sin metod och vi vet att minimalinvasiv metod gagnar kvinnorna. Valet av minimalinvasiv teknik tycks vara av mindre betydelse.

Alla övriga operatörer utför som mest två hysterektomier per månad, oftast betydligt färre.



Figur 10. Operationstid (minuter).

Figur 10 visar operationstider. Riksgenomsnittet för att utföra en hysterektomi ligger på ungefär 100 minuter. Två tredjedelar av klinikerna har en genomsnittstid om 100–170 minuter, dvs två till tre timmars operationstid. Operationstiden är kortast på de tre privata högvolymsklinikerna.

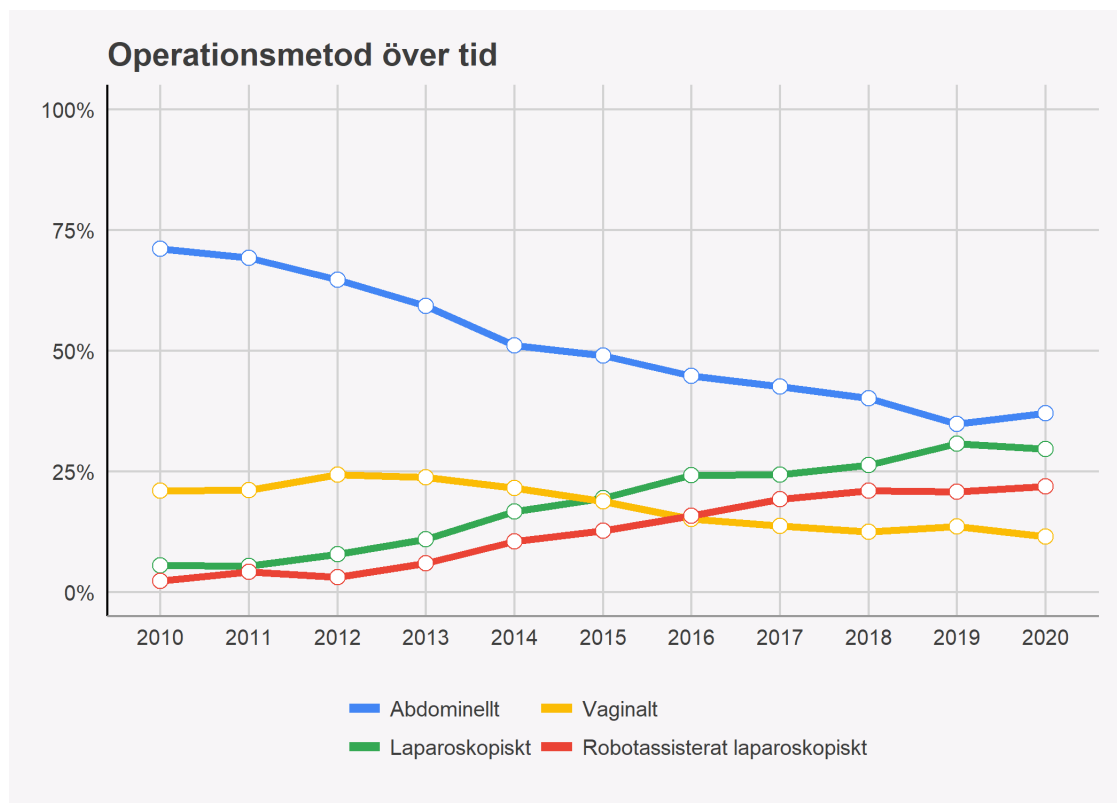


Figur 11. Operationstid total hysterektomi (median)

Figur 11 visar en genomgång av de olika operationsteknikerna på riksnivå och den utveckling som har skett under åren 2010–2020. Initialt var operationstiden för robotassisterad hysterektomi lika lång som för laparoskopisk hysterektomi, men den har kortats betydligt. Operationstiden för abdominell hysterektomi har ökat, eventuellt på grund av en selektion till större livmödrar och därmed möjligen tekniskt besvärligare operationer. Operationstiden är sedan år 2015 längst för laparoskopisk teknik, följt av abdominell och robotassisterad hysterektomi. I operationstiden ingår inte bytestider mellan operationerna, vilket kan variera stort mellan till exempel vaginal teknik och robotassisterad dockningstid. Snabbast teknik utgör vaginal hysterektomi, sjunkande över tid.

Operationsmetoder

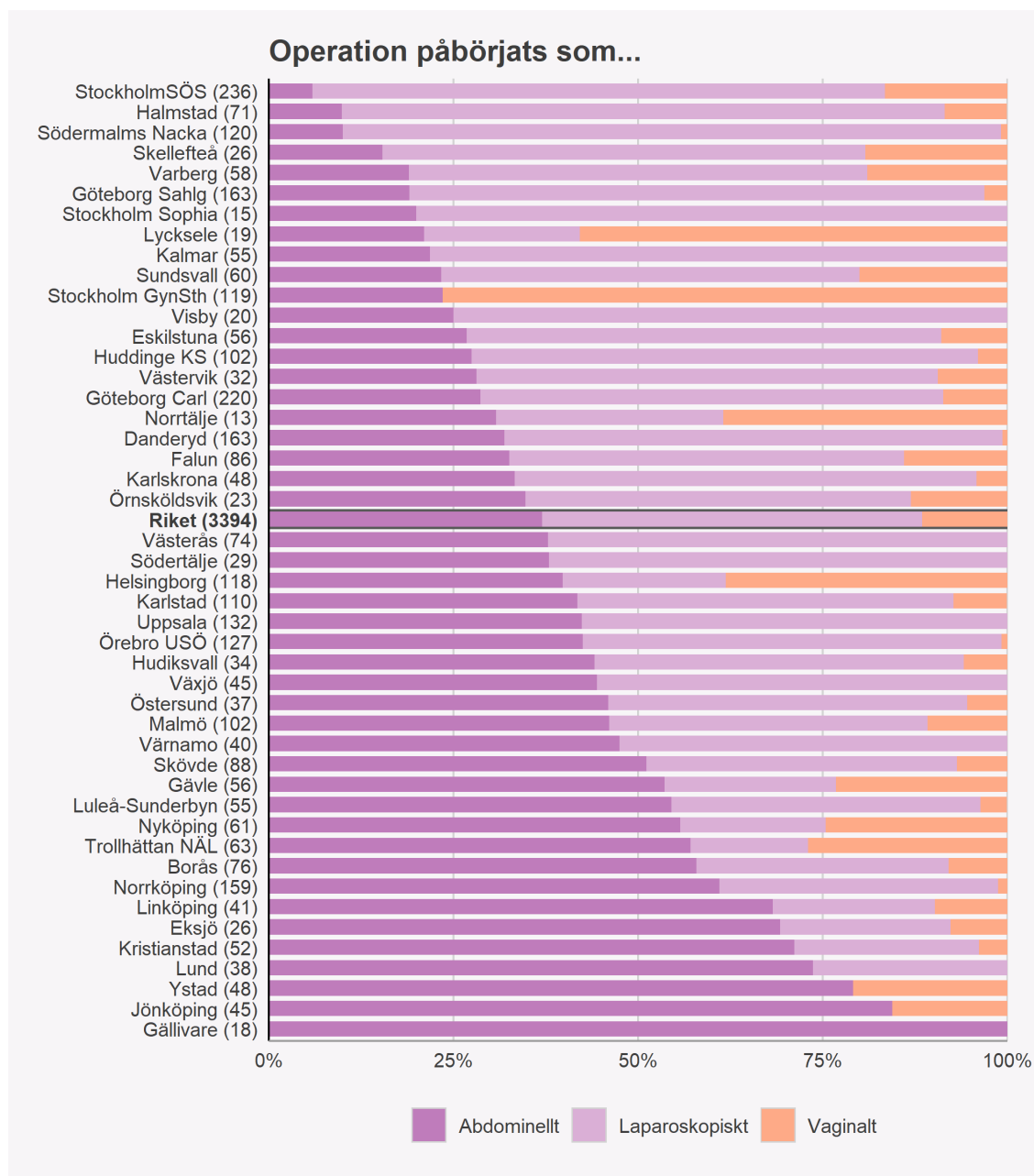
Genom åren har den operationsmetod som används mest i Sverige gått från abdominell kirurgi till att det nu är de minimalinvasiva metoderna som dominerar.



Figur 12. Operationsmetod över tid

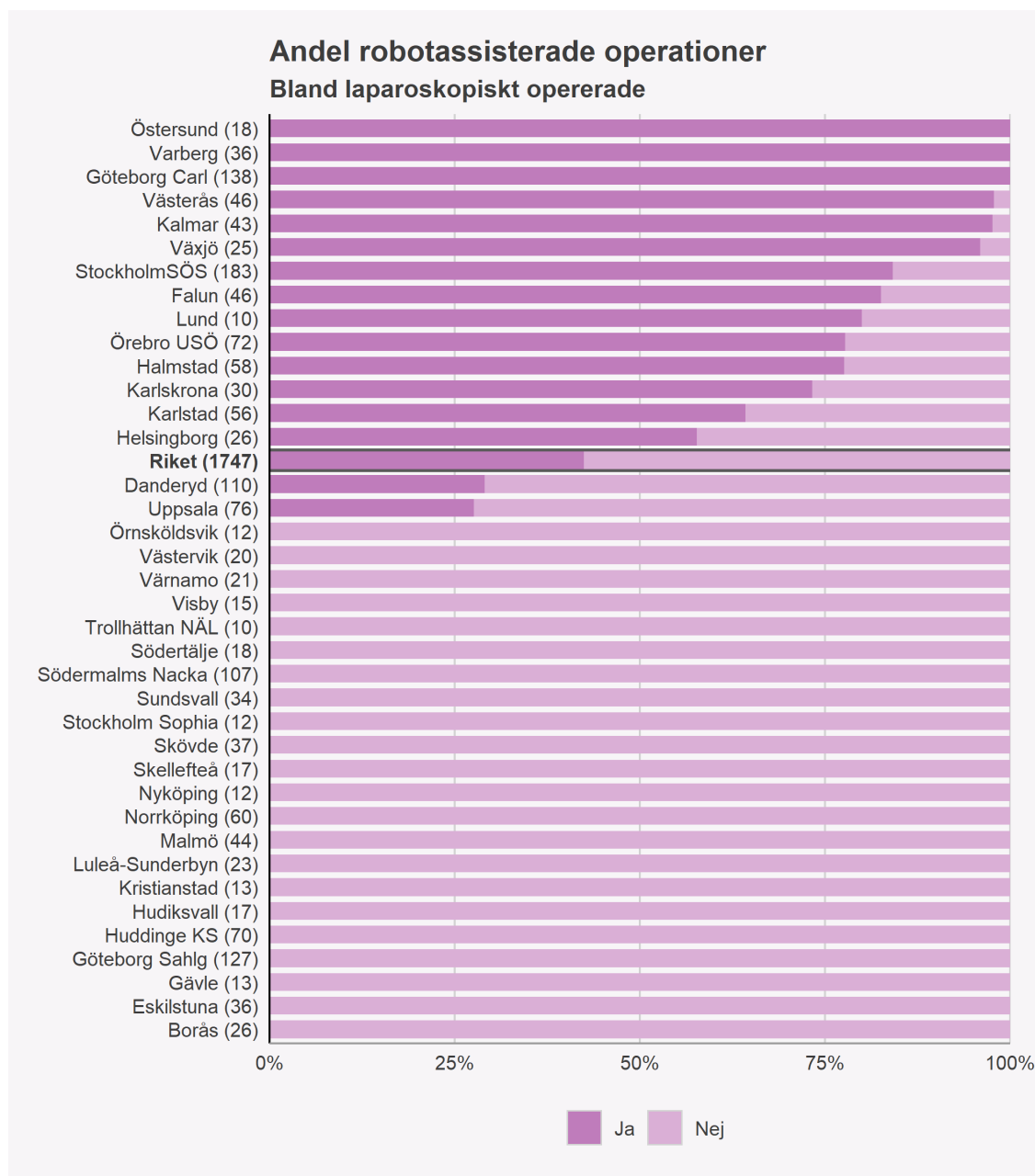
Laparoskopisk hysterektomi är den vanligaste minimalinvasiva metoden (29,6 %), följd av robotassisterad (21,9 %) och vaginal hysterektomi (11,5 %). Abdominell hysterektomi utförs vid 37% av operationerna i riket (figur 12).

Införandet av robotassisterad laparoskopisk hysterektomi i Sverige har troligen bidragit med kunskap och bättre teknisk förmåga gällande laparoskopier, vilket på grund av tillgänglighetsskäl (det kan vara svårt 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 utbildning inom tekniken är låg. En liknande utveckling har setts i många andra länder. Vaginal hysterektomi är den mest kostnadseffektiva operationsmetoden, men det faktum att ingreppet utförs utan möjlighet till att visualisera bukhålan under och efter hysterektomin skulle kunna vara ett mindre säkert alternativ vad gäller blödningskontroll. Dock syns inte några signifikanta skillnader mellan de tre minimalinvasiva teknikerna, vid en publicerad vetenskaplig genomgång av material från GynOp-registret.



Figur 13. Operation påbörjats som...

Många kliniker behärskar flera operationstekniker, andra är mer profilerade.



Figur 14. Andel robotassisterade operationer

Under år 2020 har 16 av 48 kliniker (33%) utfört robotassisterade operationer.

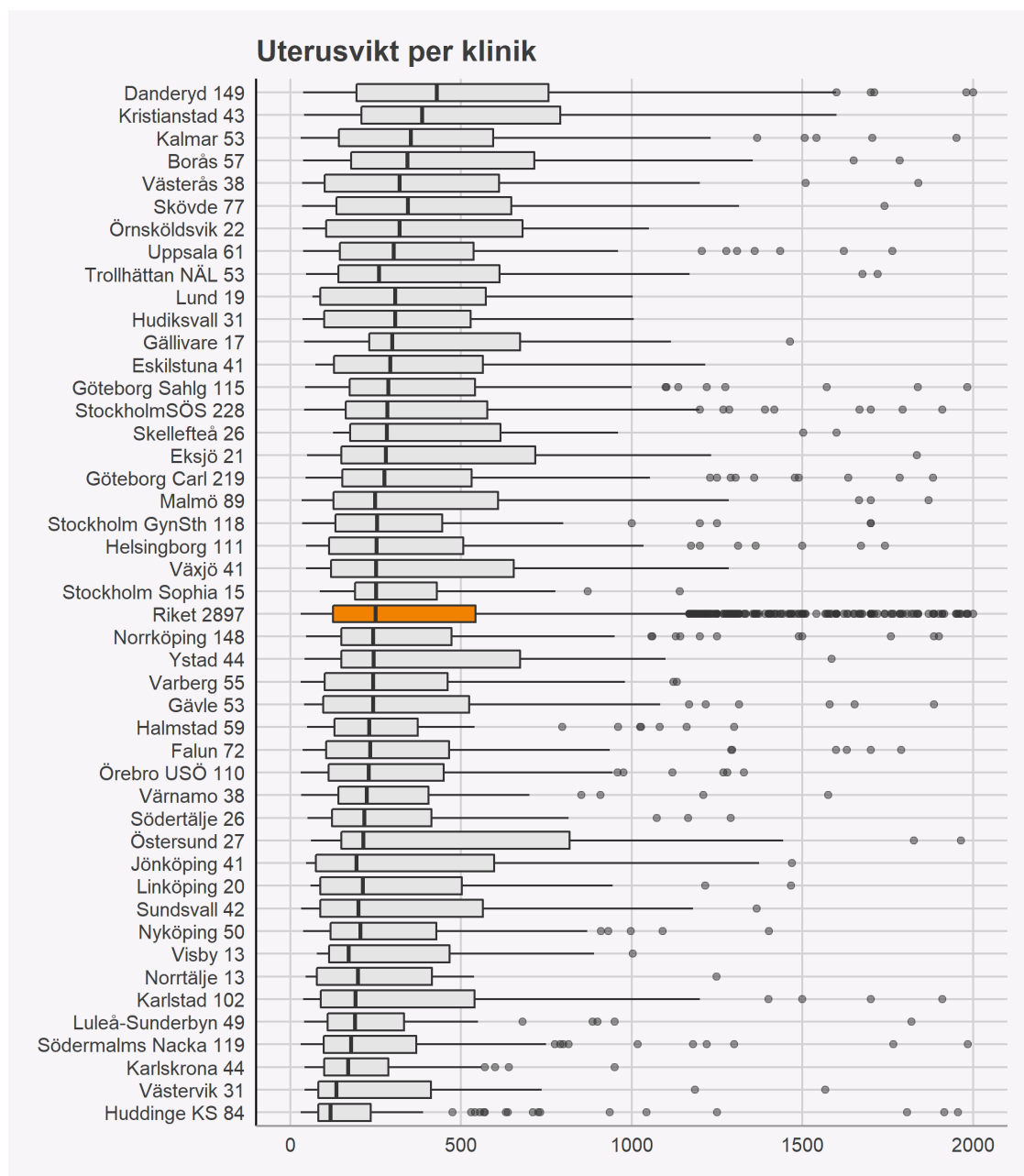
Tabell 2. Andel minimalinvasiva uppdelat på om robot finns.

	Lägst	Median	Högst
Robot saknas	16%	56%	90%
Robot finns	26%	61%	94%

Det föreligger ingen signifikant skillnad i minimalinvasiv profil (medianvärde), om robot finns på kliniken eller inte (tabell 2).

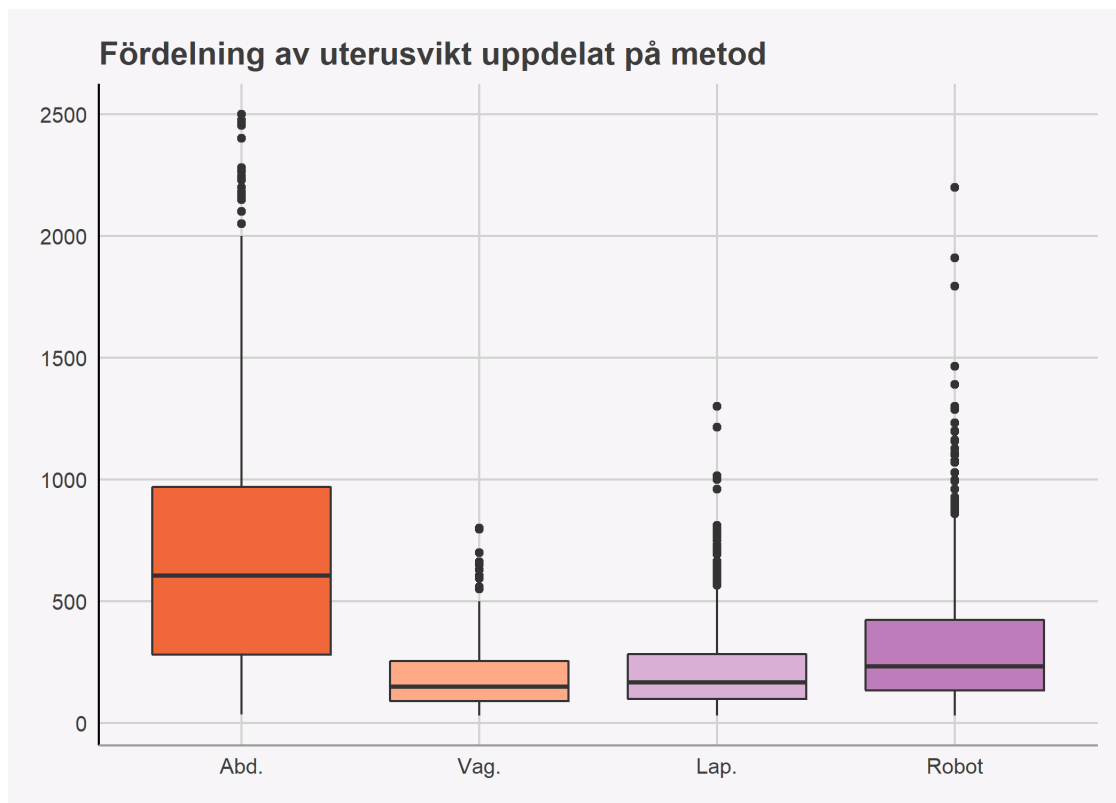
Flera kliniker utför enbart robotassisterad hysterektomi, medan riksgenomsnittet ligger på strax under 40% robotassisterade bland de laparoskopiskt opererade. Ur miljö- och kostnadsmässig synvinkel vore det nog lämpligt att majoriteten av operationerna genomförs laparoskopiskt eller vaginalt och de svåraste fallen opereras i robot.

Uterusvikt



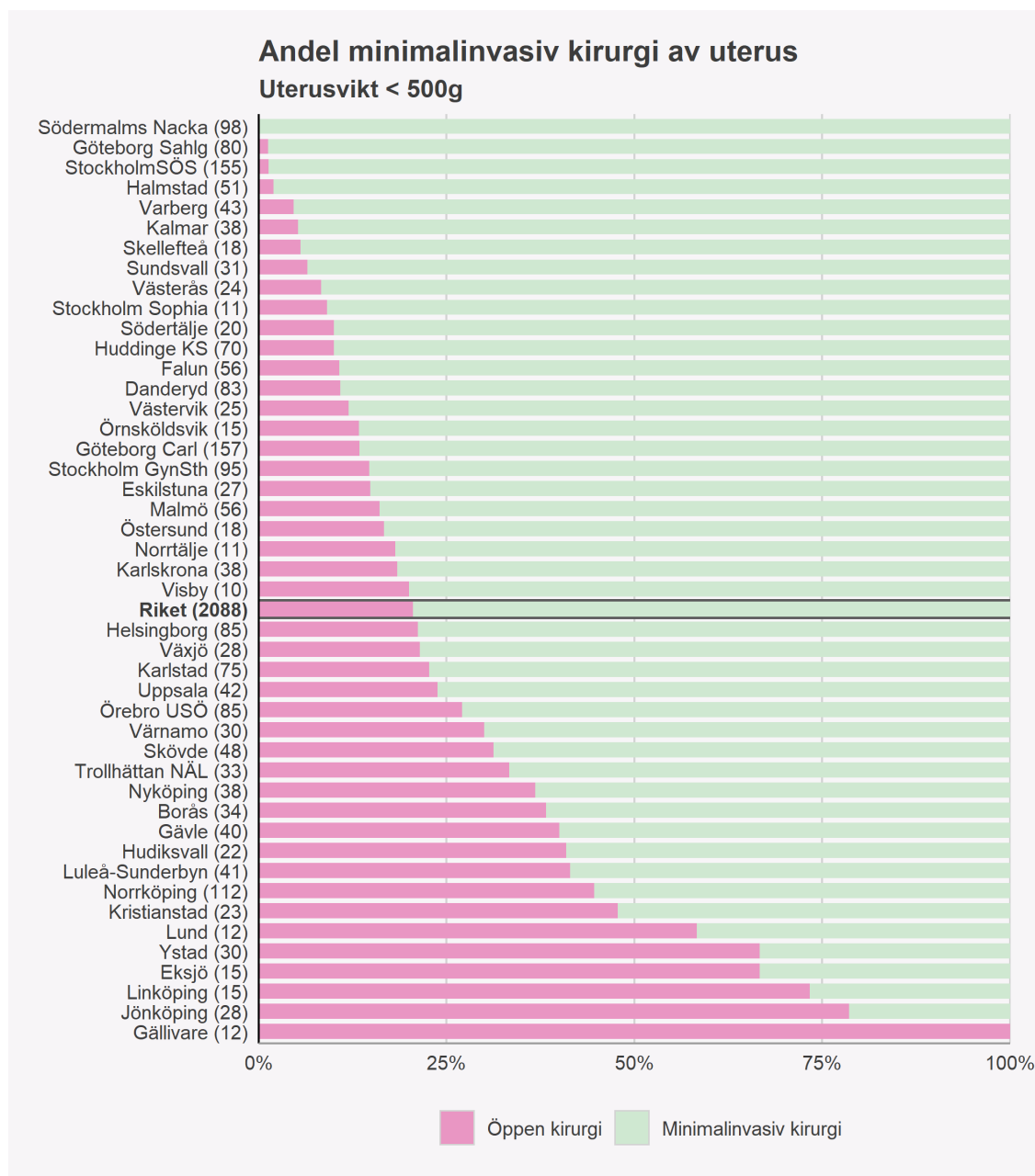
Figur 15. Uterusvikt per klinik

Det förefaller vara andra faktorer än uterusvikt som styr valet av operationsteknik. Kliniker som närmast enbart utför robotassisterad teknik vid hysterektomi på benign indikation har inte alltid större uterusvikt (figur 15, 16, 17) eller fler patienter som har genomgått annan bukkirurgi (figur 18). Det finns inte några tydliga rekommendationer när man ska använda robot och när man ska använda en annan minimalinvasiv teknik.



Figur 16. Fördelning av uterusvikt uppdelat på metod

Figur 16 visar att abdominell teknik används när förväntad uterusvikt är 650 gram eller mer. Medianvärdena för de minimalinvasiva hysterektomimetoderna visar små skillnader i uterusvikt (cirka 200-250 gram).

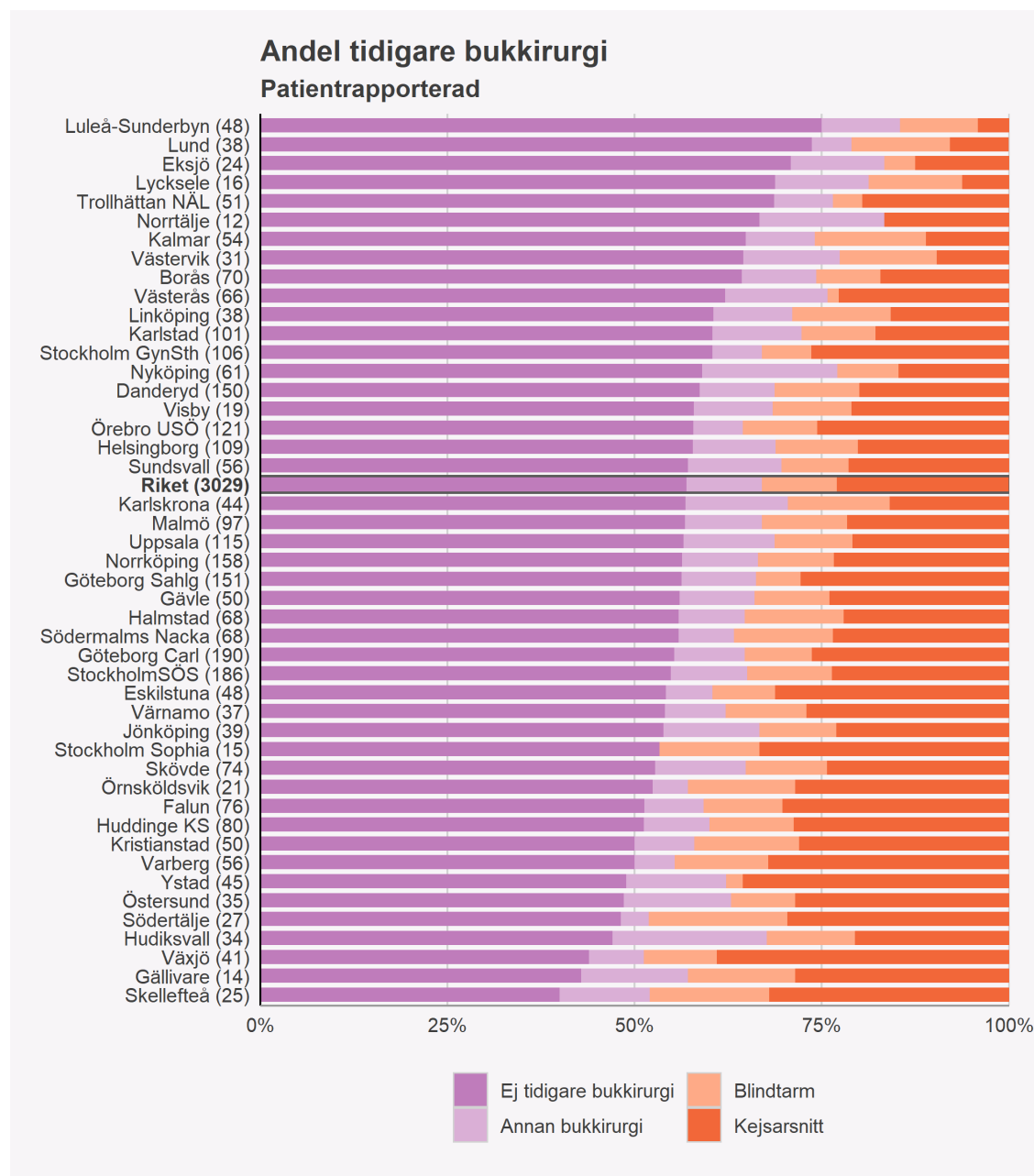


Figur 17. Andel minimalinvasiv kirurgi av uterus.

Figur 17 tydliggör att de flesta uterus med vikt mindre än 500 gram med fördel kan opereras med en minimalinvasiv metod. Riksgenomsnittet visar att knappt 80% av alla hysterektomier med uterusvikt mindre än 500 gram opereras med en minimalinvasiv metod. Här finns det förbättringspotential.

Högvolumsklinikerna använder i högre grad minimalinvasiv teknik då uterus väger mindre än 500 gram.

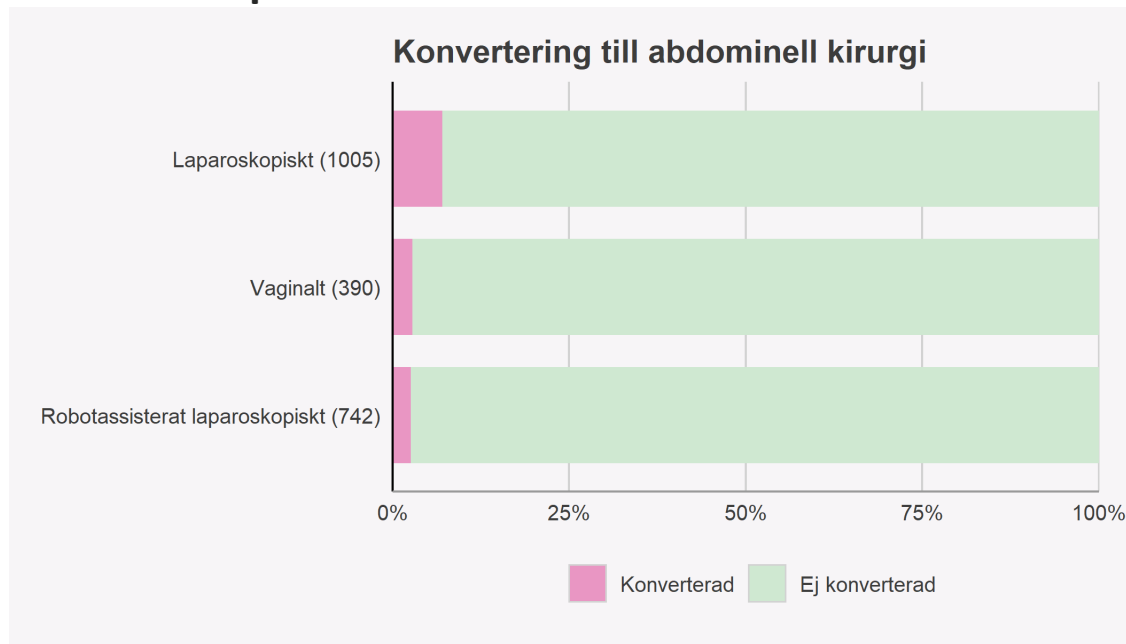
Tidigare bukkirurgi



Figur 18. Andel tidigare bukkirurgi

Andel tidigare bukkirurgi, vilket skulle kunna utgöra en försvårande faktor för minimalinvasiv kirurgi, skiljer sig inte hos de flesta av klinikerna med minimalinvasiv profil.

Säkerhetsaspekter



Figur 19. Konvertering till abdominell kirurgi av totala antalet fall

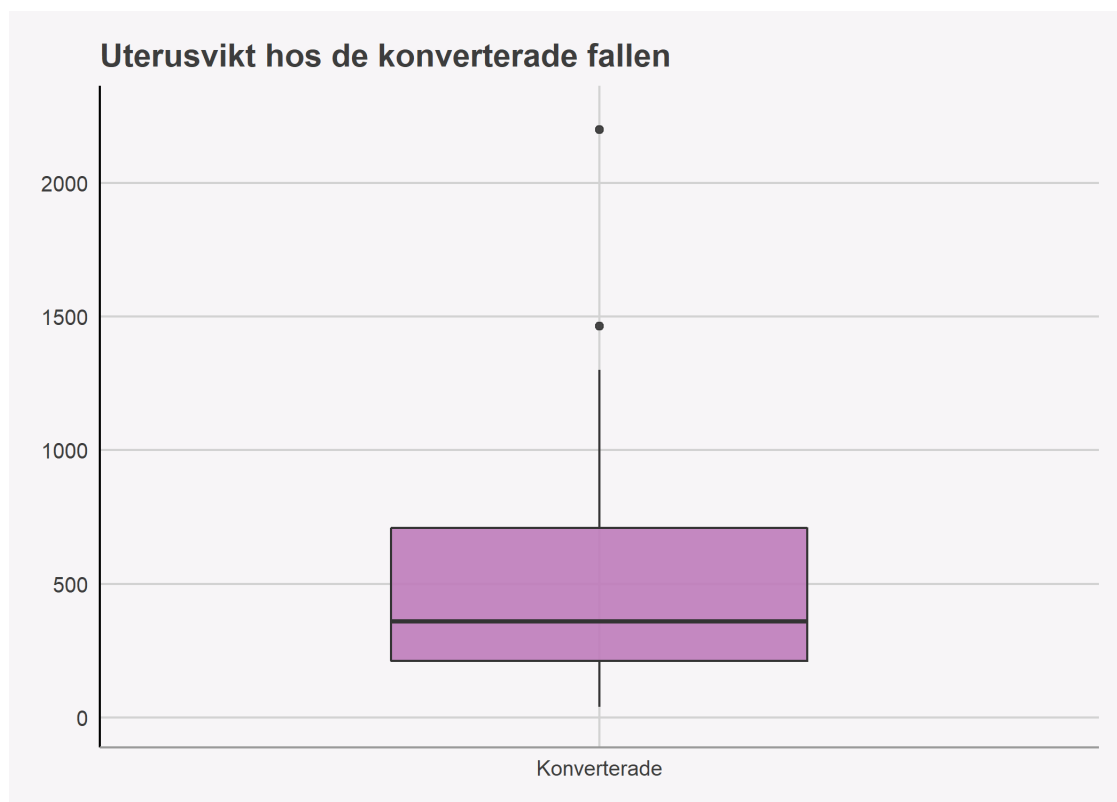
Konverteringsrisken vid minimalinvasiv kirurgi är generellt låg.

Tabell 3. Operationer konverterade till abdominell kirurgi.

Primär incision	Antal	Andel
Laparoskopiskt	71	7,06%
Robotassisterat laparoskopiskt	19	2,56%
Vaginalt	11	2,82%

Figur 19 och 20 visar att laparoskopiska hysterektomier konverteras i högre grad, men dock är uterusvikten högre hos de fall som konverteras (360 gram), jämfört med riksgenomsnittet för uterusvikt (cirka 205 gram), se figur 20 och tabell 4.

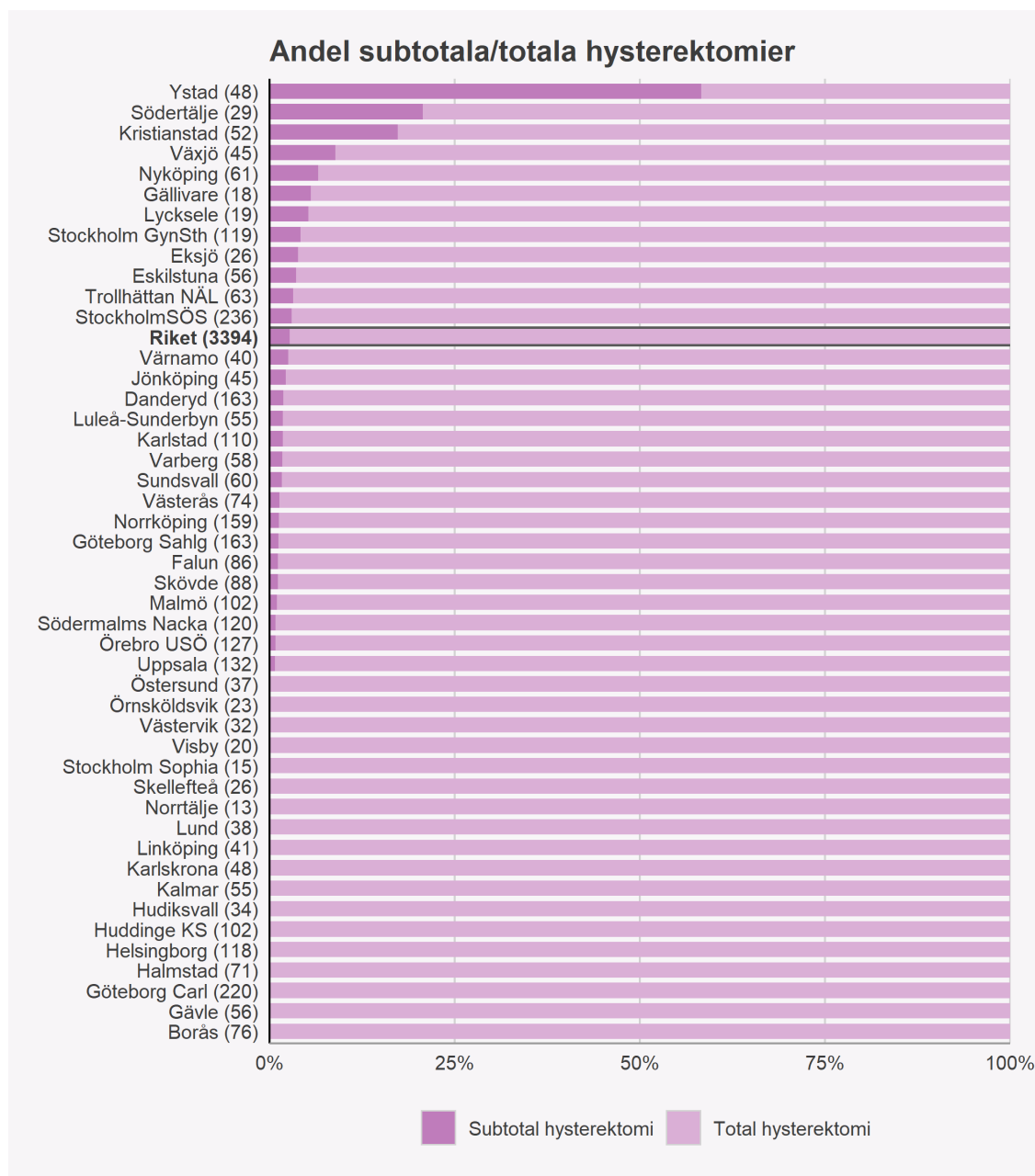
En analys av konverteringsrisken hos högvolymsoperatörerna planeras till nästa årsrapport.



Figur 20. Uterusvikt hos de konverterade fallen

Tabell 4. Uterusvikt hos de konverterade fallen

minimum	median	maximum
40	360	2200



Figur 21. Andel subtotala/totala hysterektomier

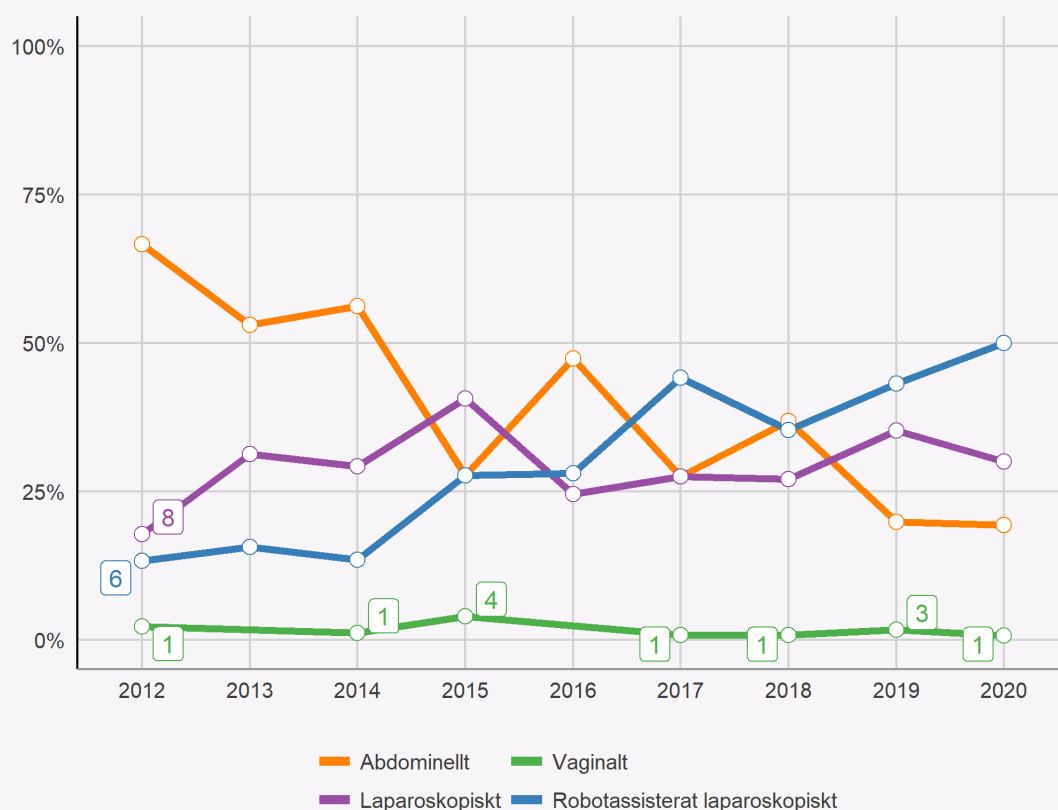
Enligt en Cochrane-rapport från år 2015 visar total och subtotal hysterektomi lika god patientnöjdhet och är jämförbara metoder. Andelen subtotal hysterektomi är låg i riket. Vissa kliniker praktiserar subtotal hysterektomi mer än andra kliniker. Subtotal hysterektomi kan vara en utväg om operationen är peroperativt tekniskt svår.

Patienten måste upplysas om att hon i en mindre del av fallen kan fortsätta att ha en mindre mensblödning efter operationen, 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 är postmenopausala blödningar, oklara blödningsrubbnings, cervixdysplasi i anamnesen, patienter med endometrieatypier, patienter under 40 år, patienter med endometrios och smärtproblematik.

Operationstiden vid subtotal hysterektomi med abdominell teknik ligger kring 90 minuter, medan robotassisterad och laparoskopisk teknik har operationstider mellan 120 och 140 minuter. Mediantid för hysterektomi på benign indikation i riket är 100 minuter. Det finns således ingen tidsmässig vinst att utföra subtotal hysterektomi i stället för total hysterektomi. Komplikationsrisken är likvärdig mellan metoderna.

**Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi
2010-2020**



Figur 22. Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi (färre än 10 observationer markerat i figuren)

Sedan 1/1 2021 har NHV-uppdraget för planerade hysterektomier på grund av avancerad endometrios trätt i kraft. Figur 22 visar att andelen kvinnor opererade med robotassisterad laparoskopisk teknik har ökat varje år sedan år 2014, medan abdominell teknik har minskat. Figuren "Operationsmetod vid endometrios som indikation för hysterektomi" baseras på både huvud- och biindikationer.

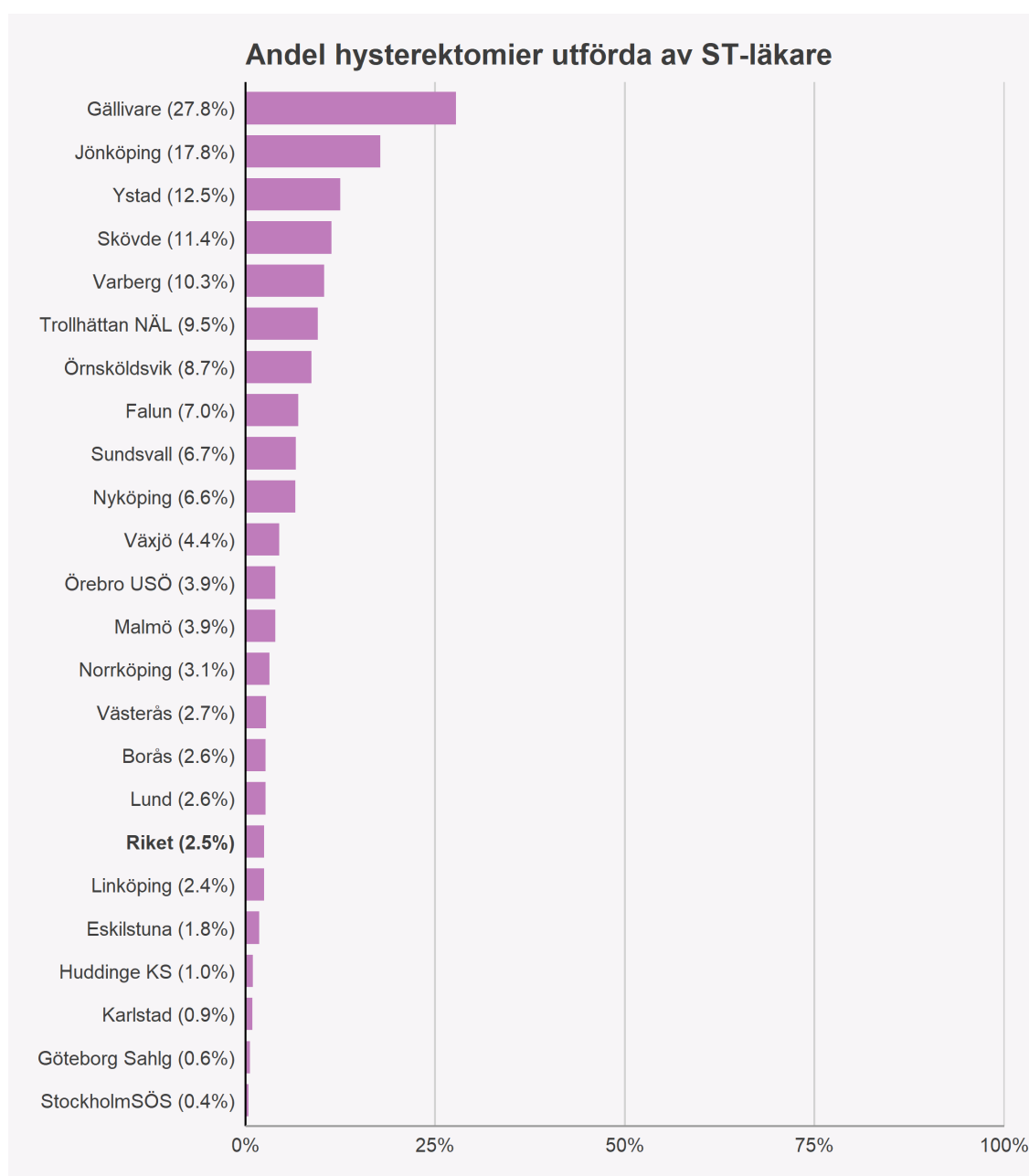
Tabell 5. Inkluderade indikationer vid endometrios.

Indikation	Antal
Endometrios, ovarium	264
Endometrios UNS med dysmenorré	309
Endometrios UNS	364
Endometrios, peritoneum	58
Endometrios med dyspareuni	6

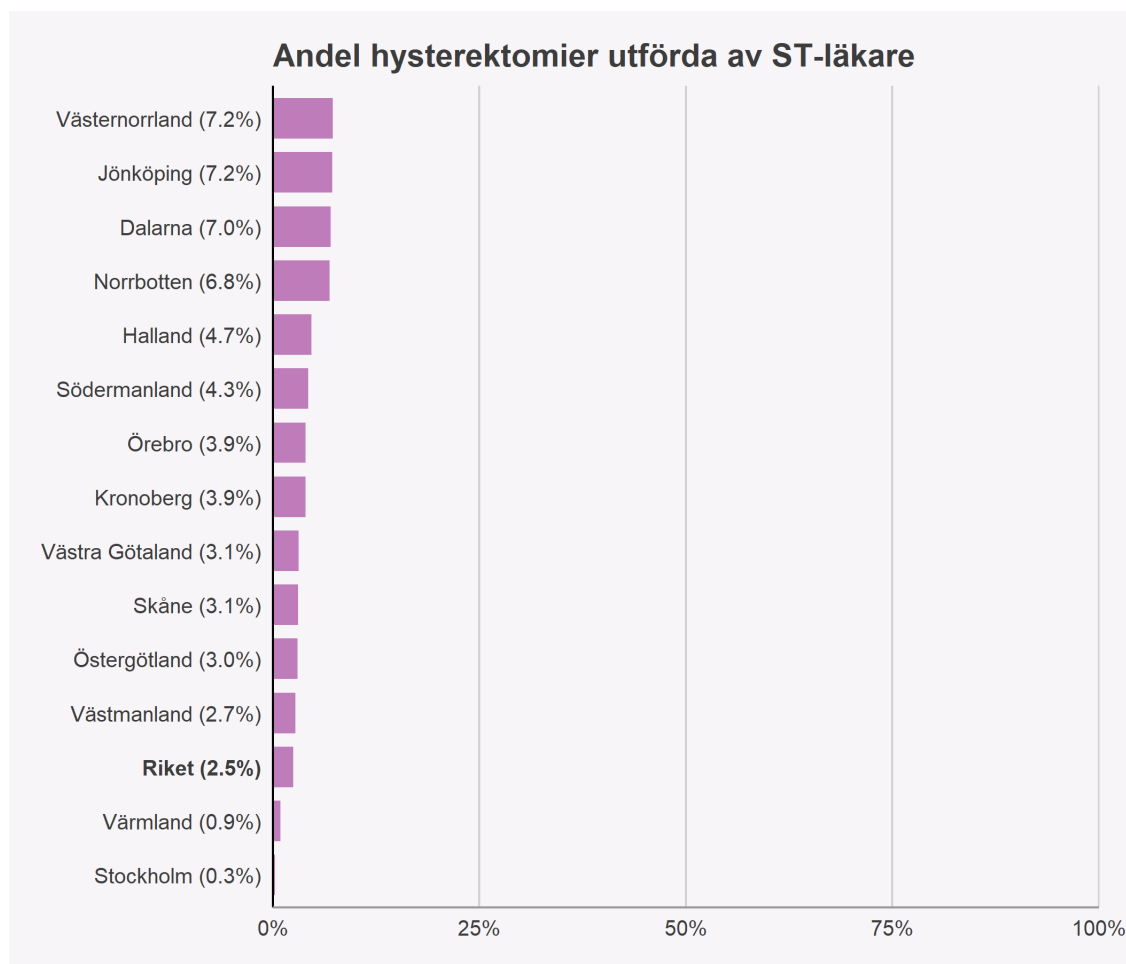
Utbildning av ST-läkare

För att uppnå en större andel minimalinvasiv teknik måste även yngre kollegor utbildas i dessa tekniker. Inom GynOp finns sedan år 2019 möjligheten att registrera om huvudoperatör är ST-läkare. Det är glädjande att se att allt fler börjar nyttja den möjligheten till registrering. På fem kliniker utför ST-läkare mellan 10,3 och hela 27,8 % av alla hysterektomier (figur 23). Stockholm utgör den region med flest antal hysterektomier, men tyvärr samtidigt lägst andel ST-läkare som huvudoperatör. Riksgenomsnittet ligger på samma nivå år 2019 och 2020. Förklaringen kan ligga i att GynOp-registret inte används för att ange att hysterektomier är utförda av ST-läkare, men det kan även avspegla en reell situation: Man lär sig inte att utföra hysterektomi självständigt under ST-tiden. GynOp-registret välkomnar att fler kliniker använder möjligheten att fylla i att operationer är utförd av ST-läkare inför kommande rapporter, för att få fram tillförlitliga data.

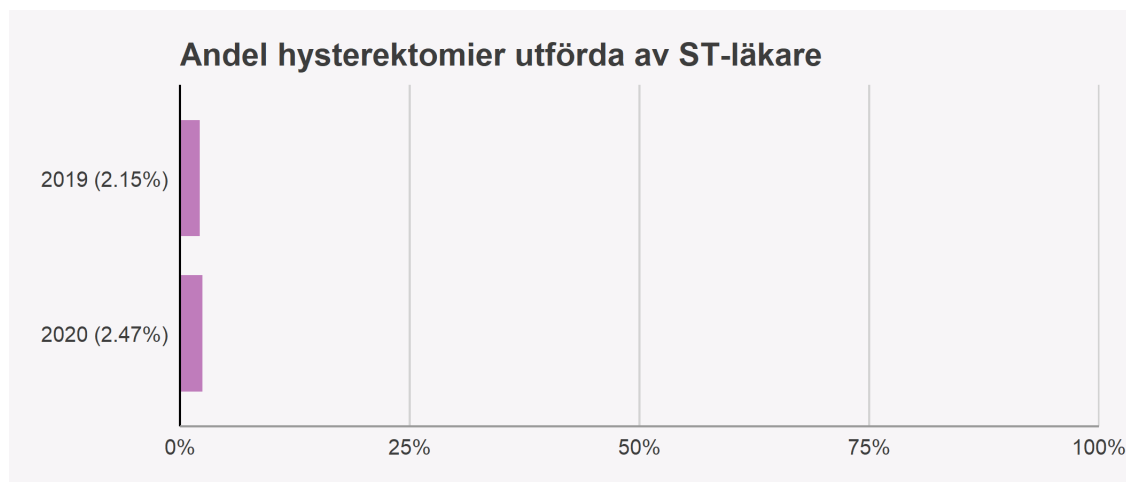
Den största kliniken i Sverige med dominerande minimalinvasiv profil - som också är en undervisningsklinik - ligger lägst i frekvens hysterektomi utförd av ST-läkare (figur 23). Detta gäller även på regionnivå (figur 24). Bäst registrerad frekvens rapporteras från Gällivare, Jönköping och Ystad, tre kliniker med huvudsakligen abdominell profil.



Figur 23. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på kliniknivå.



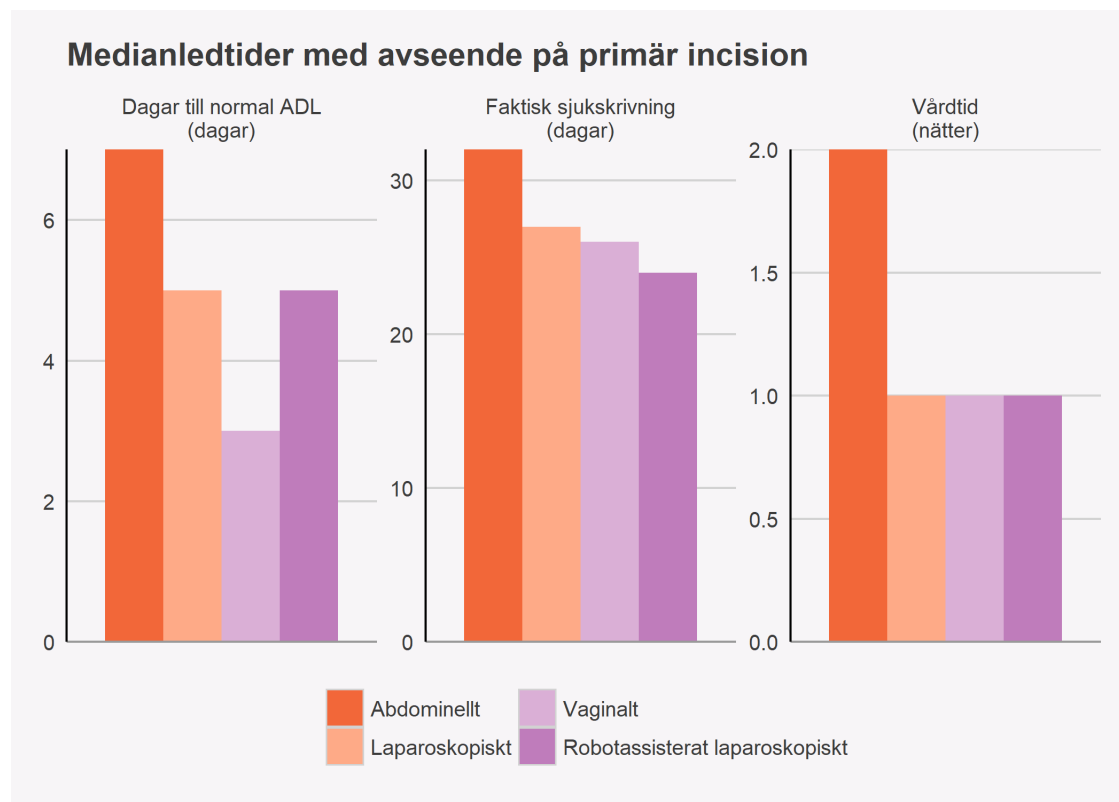
Figur 24. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, uppdelat på region.



Figur 25. Andel hysterektomier utförda av ST-läkare, riket.

Riksgenomsnittet för andel hysterektomier utförd av ST-läkare ligger på 2,47%, en siffra som bör höjas om fler ska kunna utbildas till operatörer.

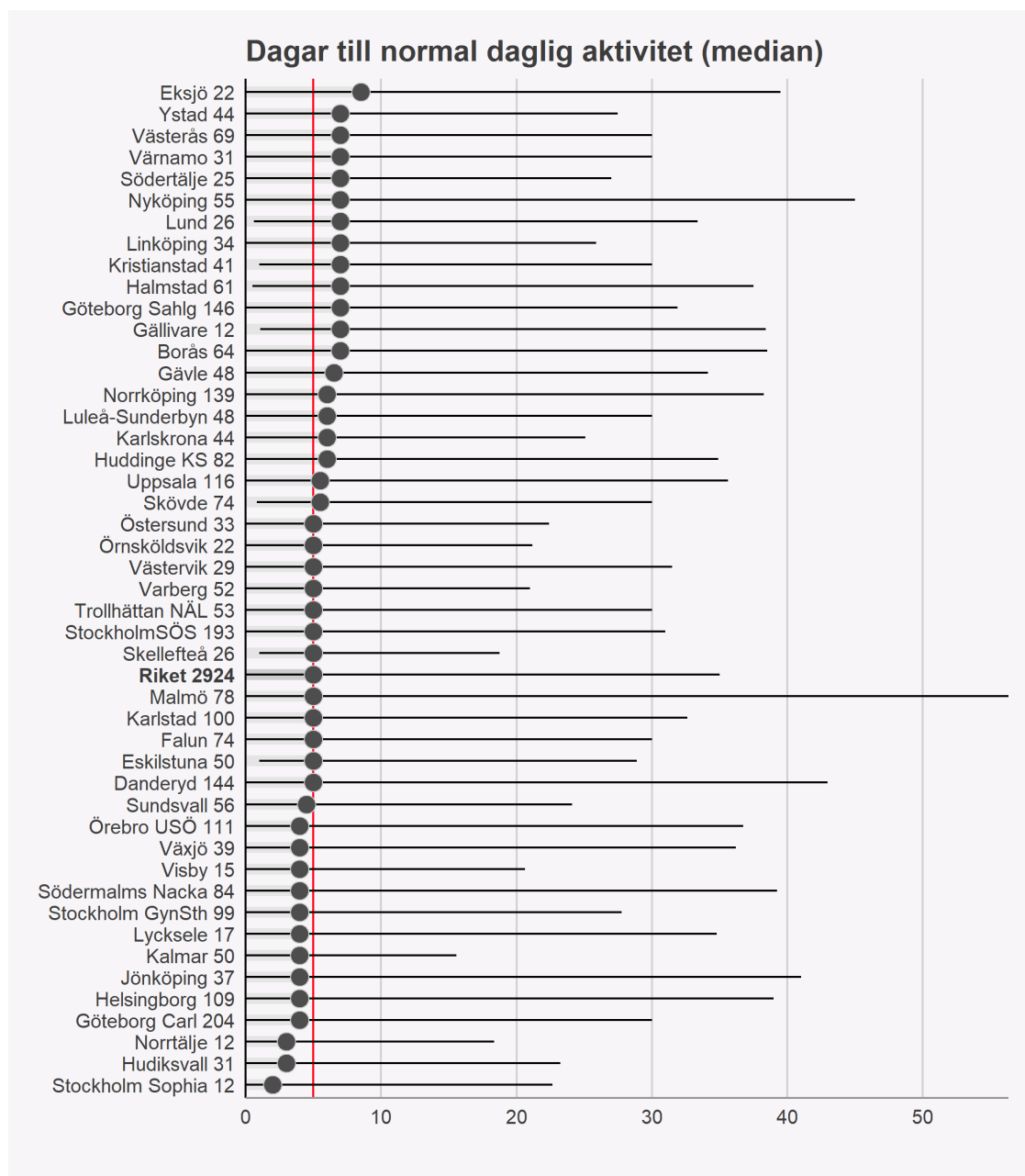
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid



Figur 26. Medianledtider med avseende på primär incision

Figur 26 visar huvudskälen till att registret förespråkar minimalinvasiva tekniker vid hysterektomi. För patienten medför en minimalinvasiv operation en vinst med kortare vårdtid, kortare tid till normal ADL och kortare sjukskrivningstid, jämfört med abdominell kirurgi.

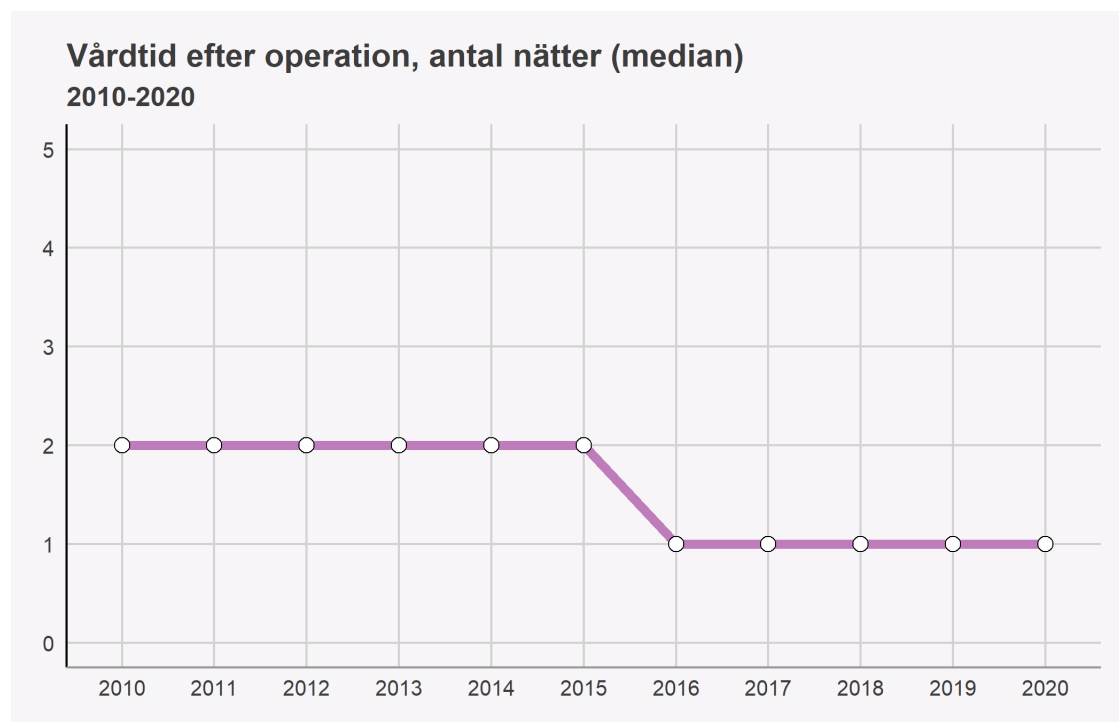
Dagar till normal ADL



Figur 27. Dagar till normal daglig aktivitet (median)

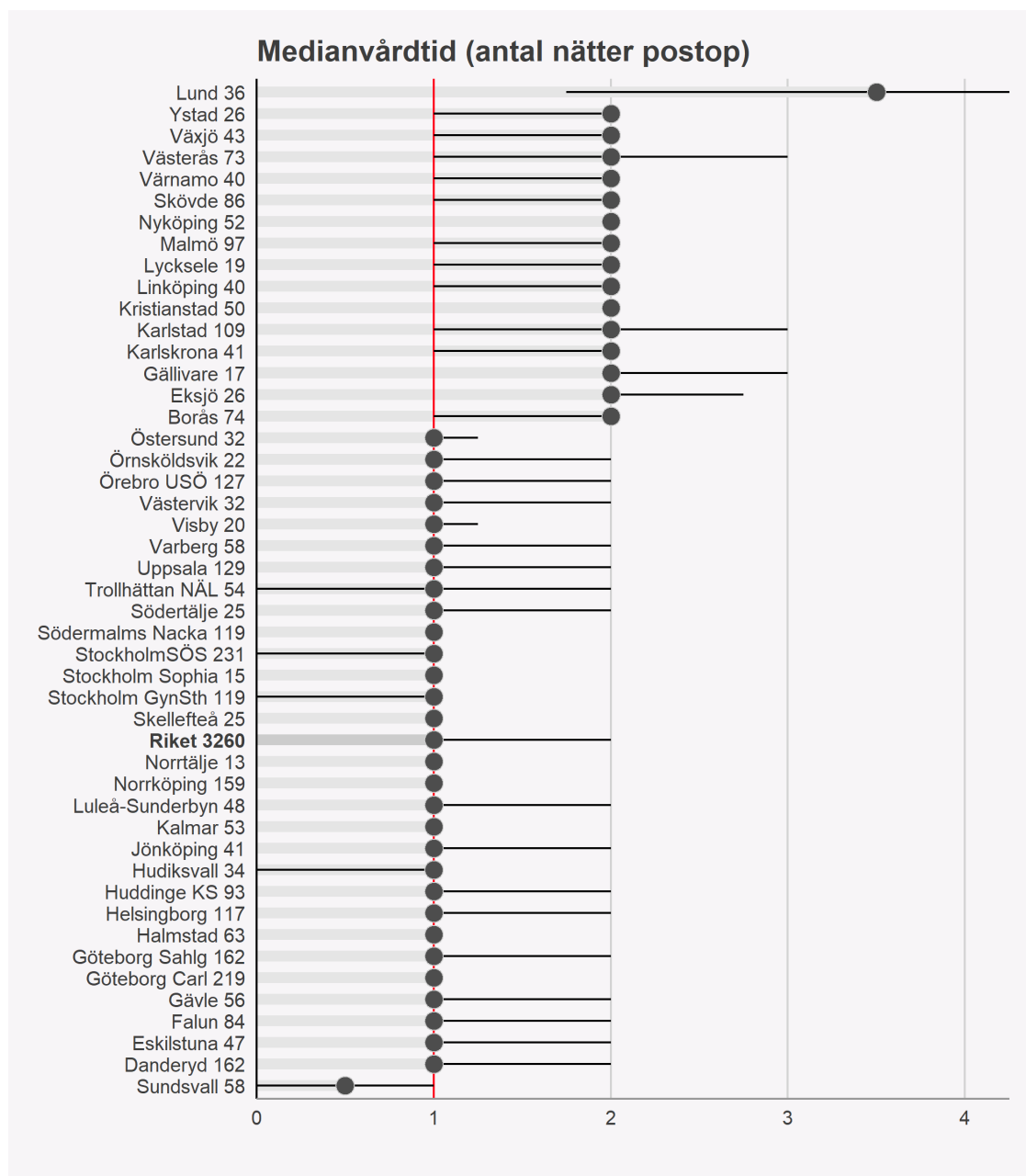
Figur 27 visar att ungefär 25 % av klinikerna har kortare mediantid för patientens tid till återgång till normal ADL (4 dagar), jämfört med riksgenomsnittet.

Vårdtid



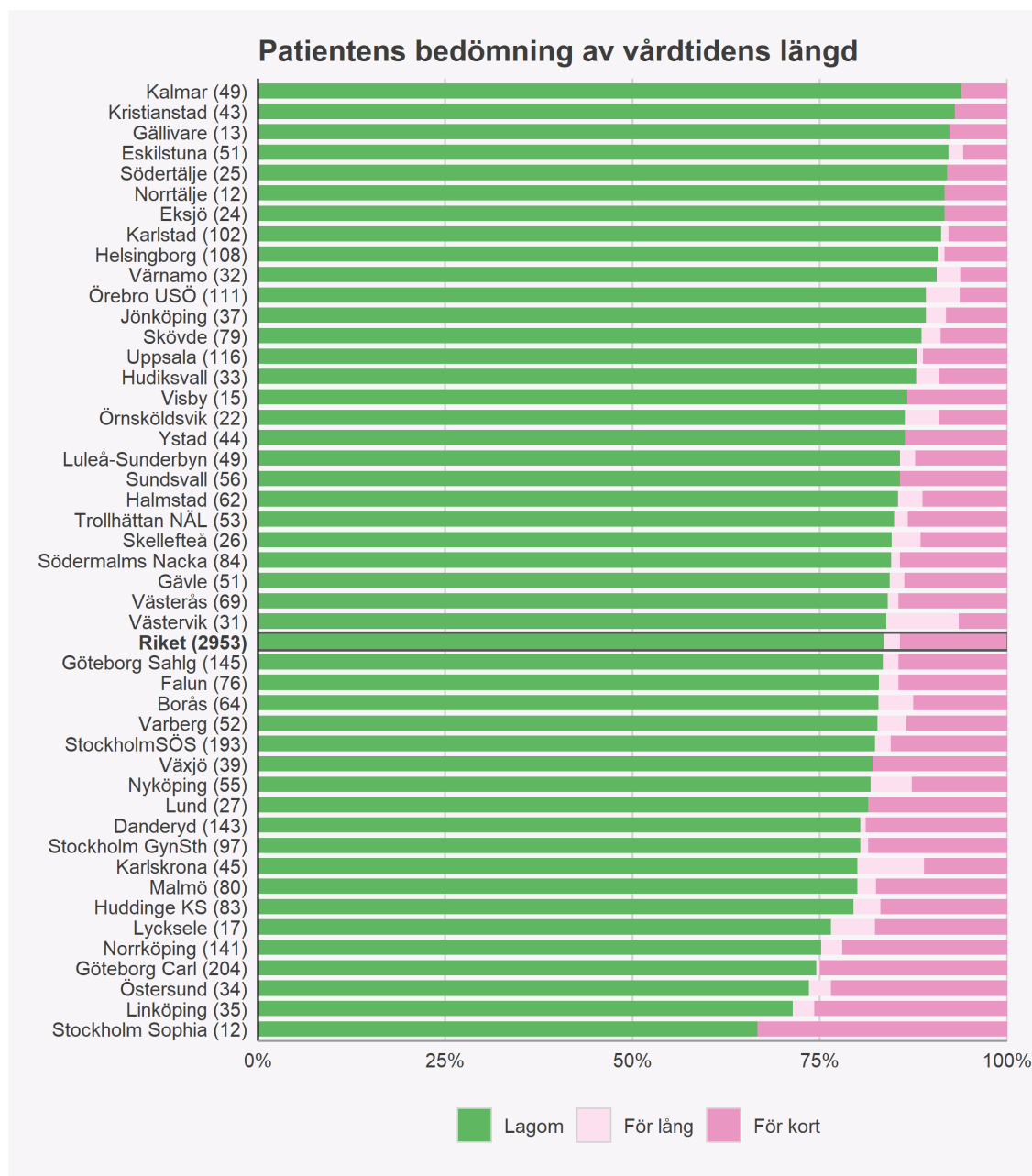
Figur 28. Vårdtid efter operation, antal nätter (median)

Sedan år 2016 har vårdtiden efter hysterektomi halverats och är i medianvärde en natt (figur 28, 29). Figur 30 visar att patienterna till övervägande del är nöjda med vårdtiden. Besparingar har kunnat göras för samhället, med bibehållen kvalitet på vården. Man har på vissa kliniker börjat göra hysterektomi i dagkirurgi, som en direkt följd av Covid-pandemin.



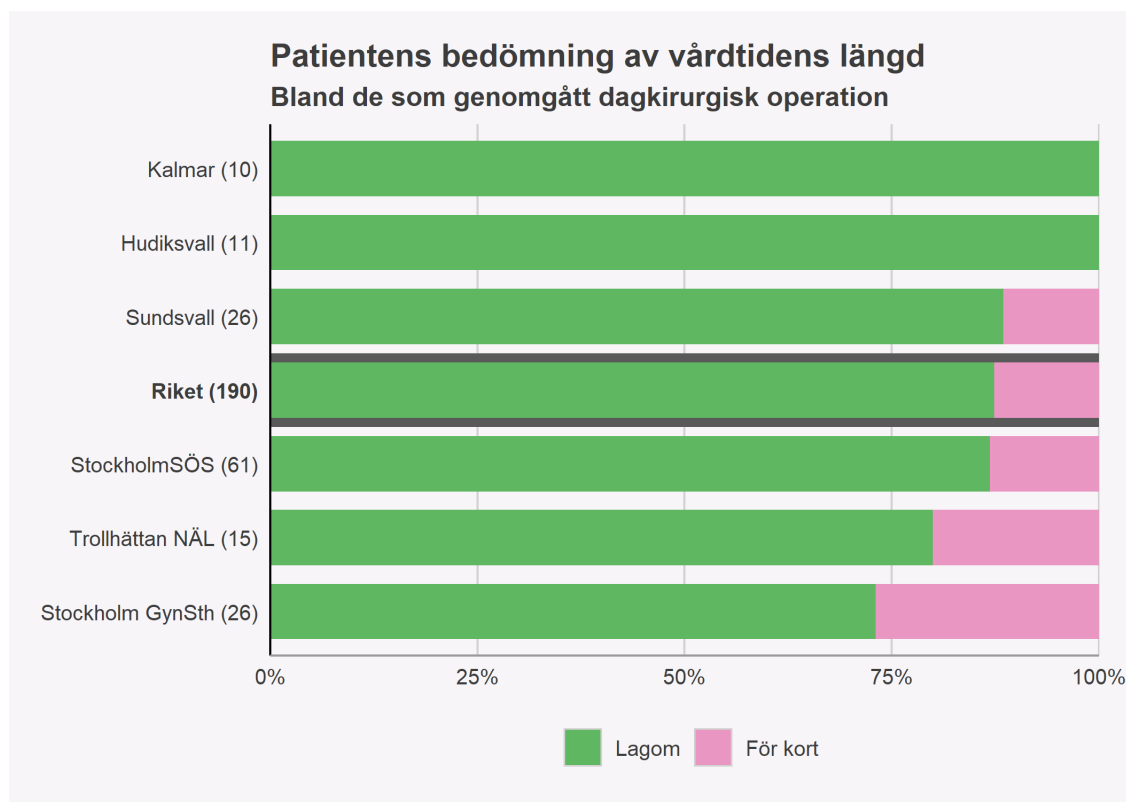
Figur 29. Medianvårdtid (antal nätter efter operation) 2020

Många kliniker (65%) har i genomsnitt ett dygns vårdtid, jämfört med drygt 50% föregående år.



Figur 30. Patientens bedömning av vårdtidens längd

Patienten är i 80% av fallen nöjd med vårdtidens längd.



Figur 31. Patientens bedömning av vårdtidens längd. Bland de som genomgått dagkirurgisk operation.

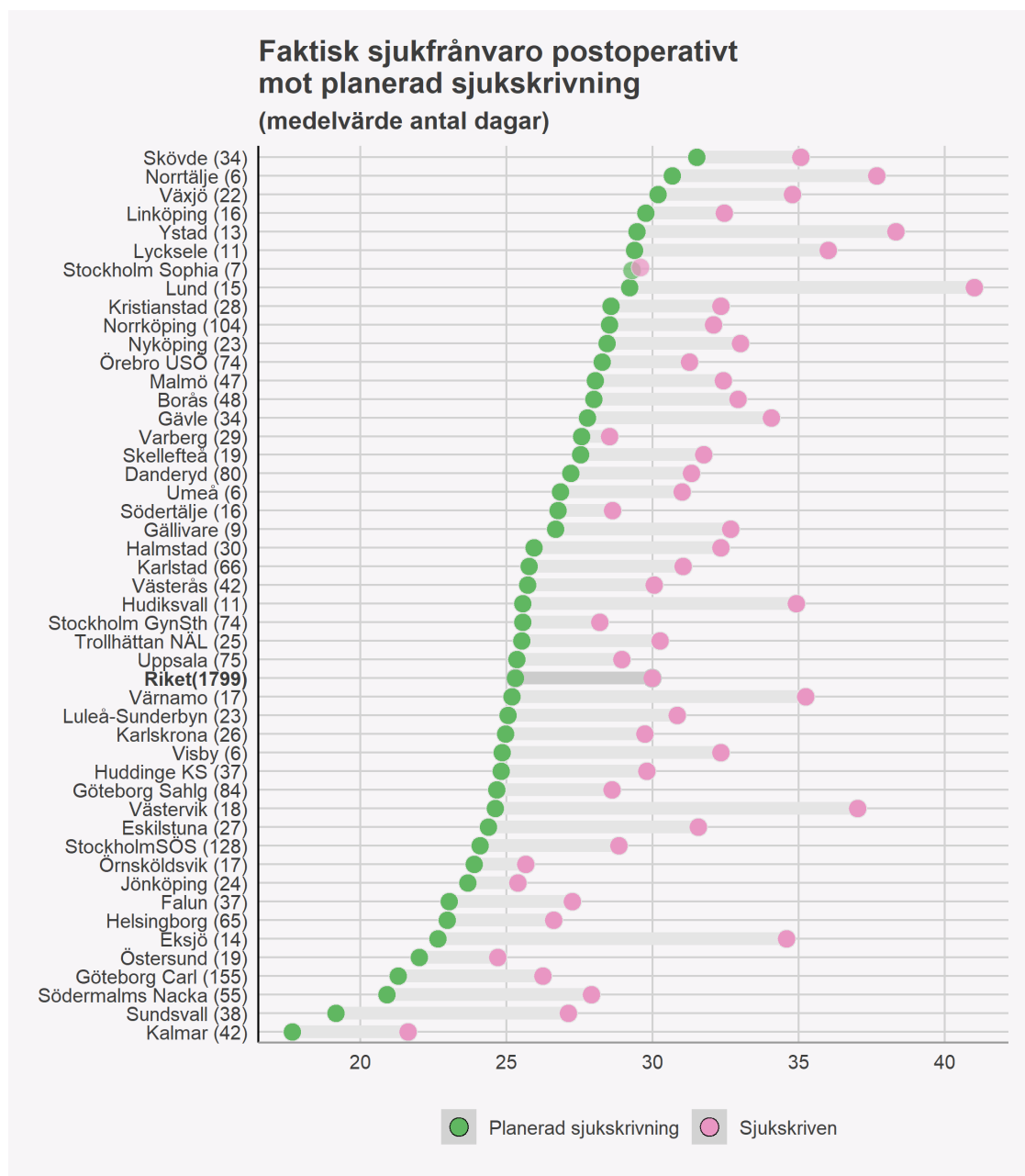
Under pandemiåret 2020 hysterektomerades 190 av 3395 patienter i dagkirurgi. Det motsvarar cirka 5% av de hysterektomerade.

Figur 31 visar att patienterna över lag rapporterar att den korta vårdtiden är lagom.

Hysterektomi i dagkirurgi har rapporterats i flera studier, bland annat från USA, där man genom att använda ett genomarbetat ERAS-koncept på vissa kliniker har fått upp frekvensen dagkirurgi till 90%. Det borde finnas möjligheter att selektera kvinnor som lämpar sig för minimalinvasiv hysterektomi på benign indikation i dagkirurgi även i Sverige.

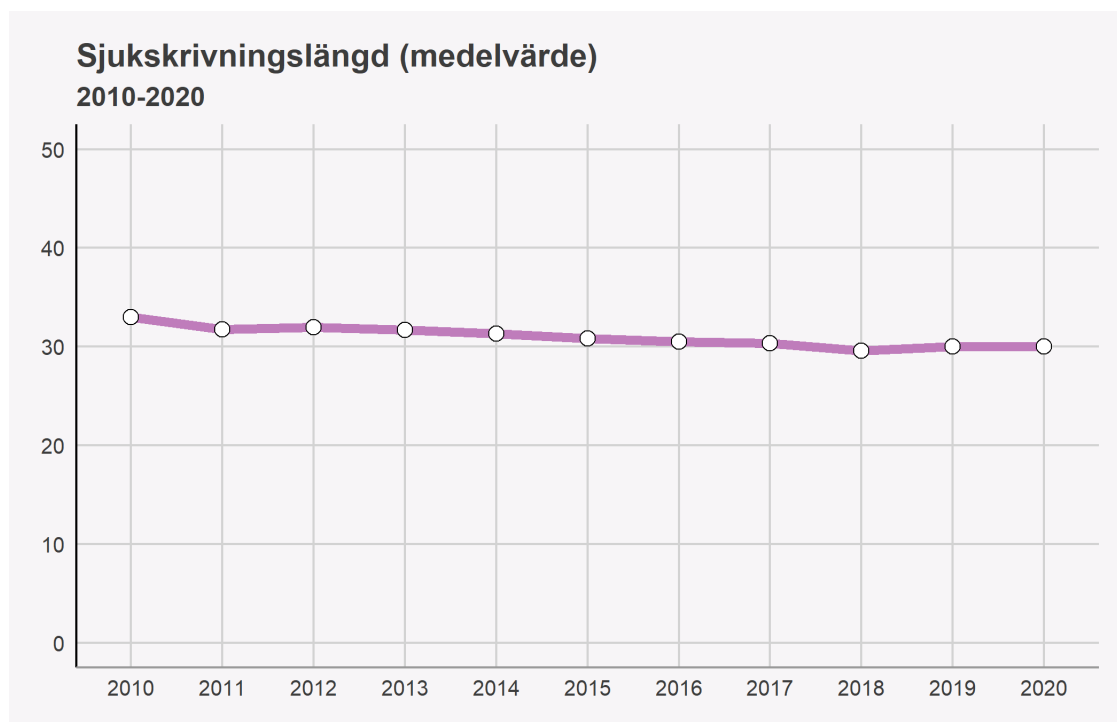
I materialet ovan förekommer kvinnor som är opererade med både robotassisterad, laparoskopisk och vaginal teknik. Således torde alla minimalinvasiva tekniker lämpa sig för dagkirurgisk vård. Det vore intressant att studera om definitionen av dagkirurgi är densamma på alla kliniker, samt att närmare analysera komplikationsfrekvensen hos den gruppen kvinnor, jämfört med inneliggande. Man kan välja ut friska kvinnor med förmodad livmoderstorlek mindre än 250 g, som inte har genomgått tidigare bukkirurgi.

Möjlighet till inläggning skulle kunna användas för kvinnor med morbiditetsfaktorer, endometrios, blödningsrisk, oro eller smärtproblematik.

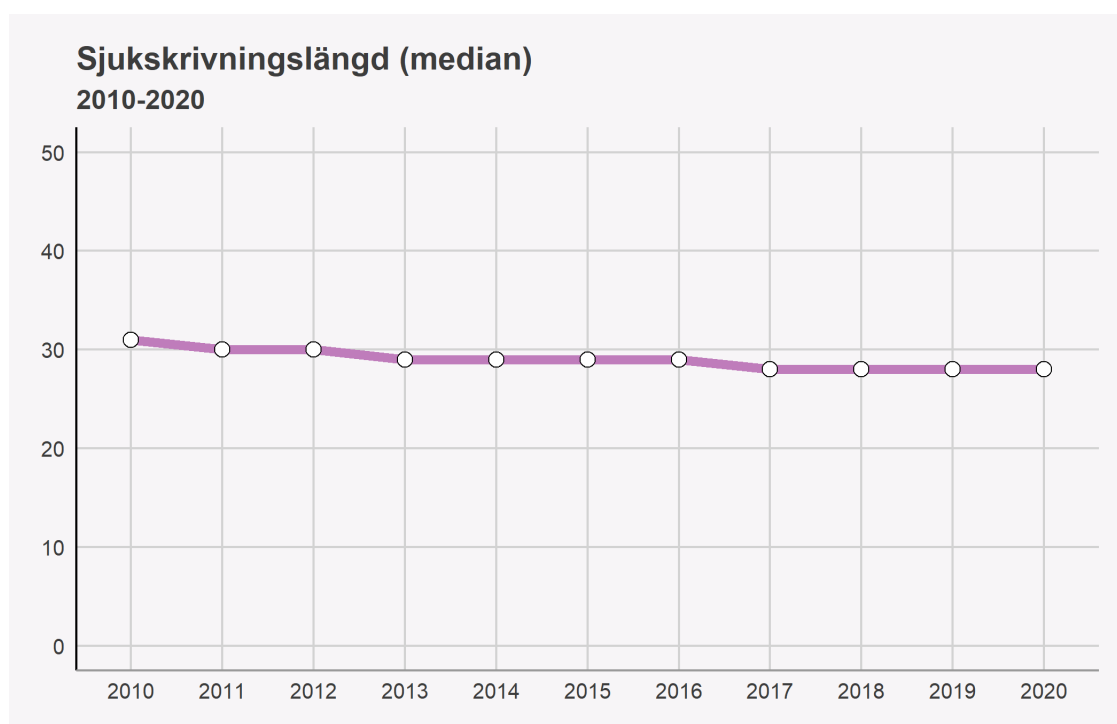


Figur 32. Faktisk sjukfrånvaro postoperativt mot planerad sjukskrivning, alla metoder

Sjukskrivningsmönstret ser lika ut oavsett vald operationsmetod. Faktisk sjukfrånvaro är några dagar längre än den planerade. En minimalinvasiv metod leder till kortare sjukskrivningstid (figur 26).



Figur 33. Sjukskrivningslängd (medelvärde)



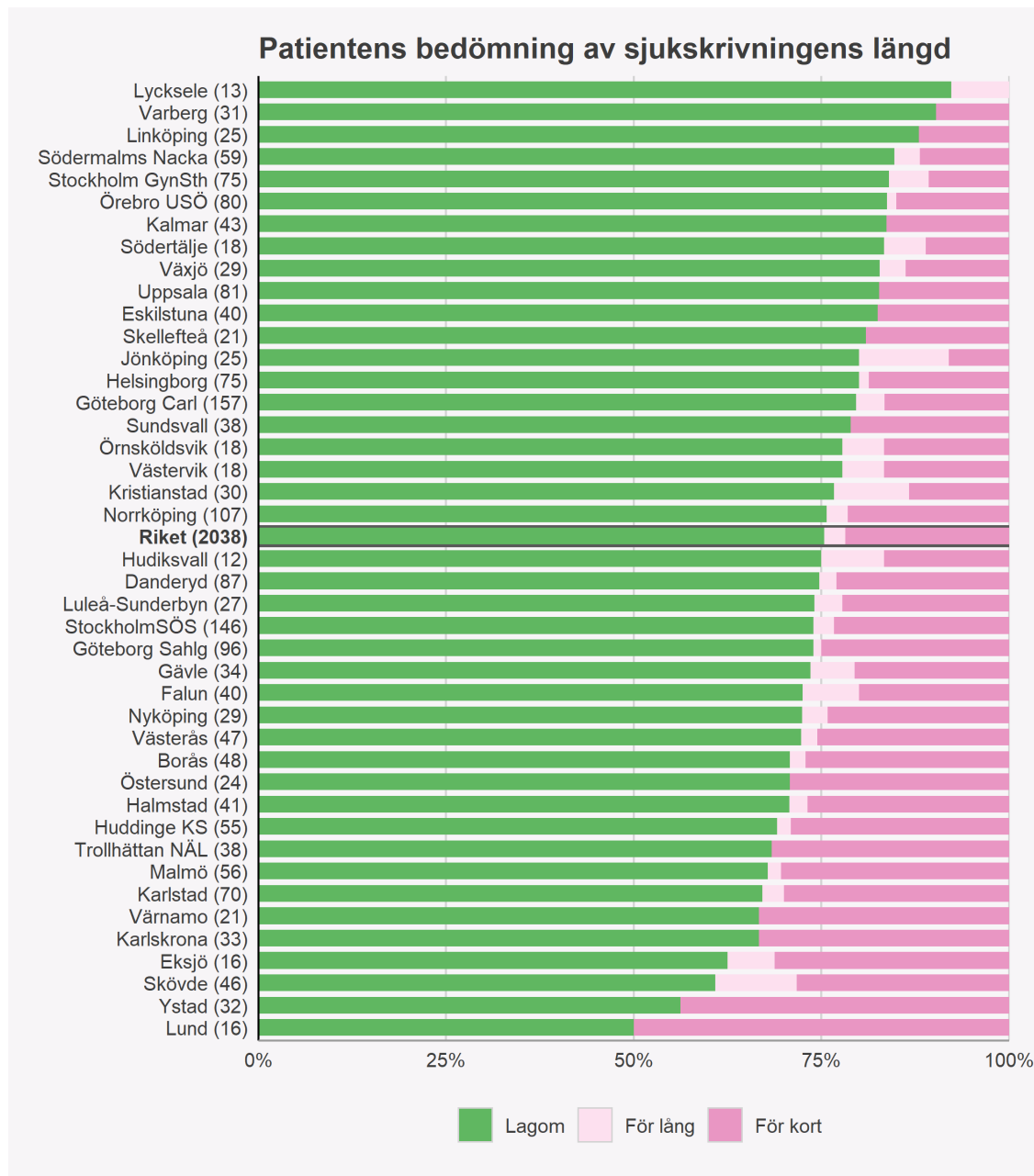
Figur 34. Sjukskrivningslängd (median)

Sjukskrivningens längd har sjunkit i genomsnitt tre dagar sedan år 2010, sedan ökningen av minimalinvasiv kirurgi har skett i Sverige (medelvärde). Det är en glädjande utveckling, men sjukskrivningstalen skiljer sig mellan 23 och 42 dagar på olika sjukhus i landet. Medianvärdet är lägre än medelvärdet, vilket visar att vissa kliniker tenderar att sjukskriva längre än andra (figur 33 och 34). Kan det röra sig om regionala traditioner? Populationsfaktorer?

Socialstyrelsen ger riktlinjer avseende sjukskrivning (återfinns även i elektroniska sjukskrivningsdokument, till exempel Webcert): https://roi.socialstyrelsen.se/fmbsok?search_api_fulltext=hysterektomi

Sammanfattningsvis rekommenderas:

- 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 35. Patientens bedömning av sjukskrivningens längd

På riksnivå är 75 % av hysterektomerade kvinnor nöjda med sjukskrivningstiden. Yrkesarbeten kan variera i olika regioner i Sverige, vilket eventuellt kan vara en förklaring till att kvinnor är mindre nöjda än riksgenomsnittet i flera delar av landet.

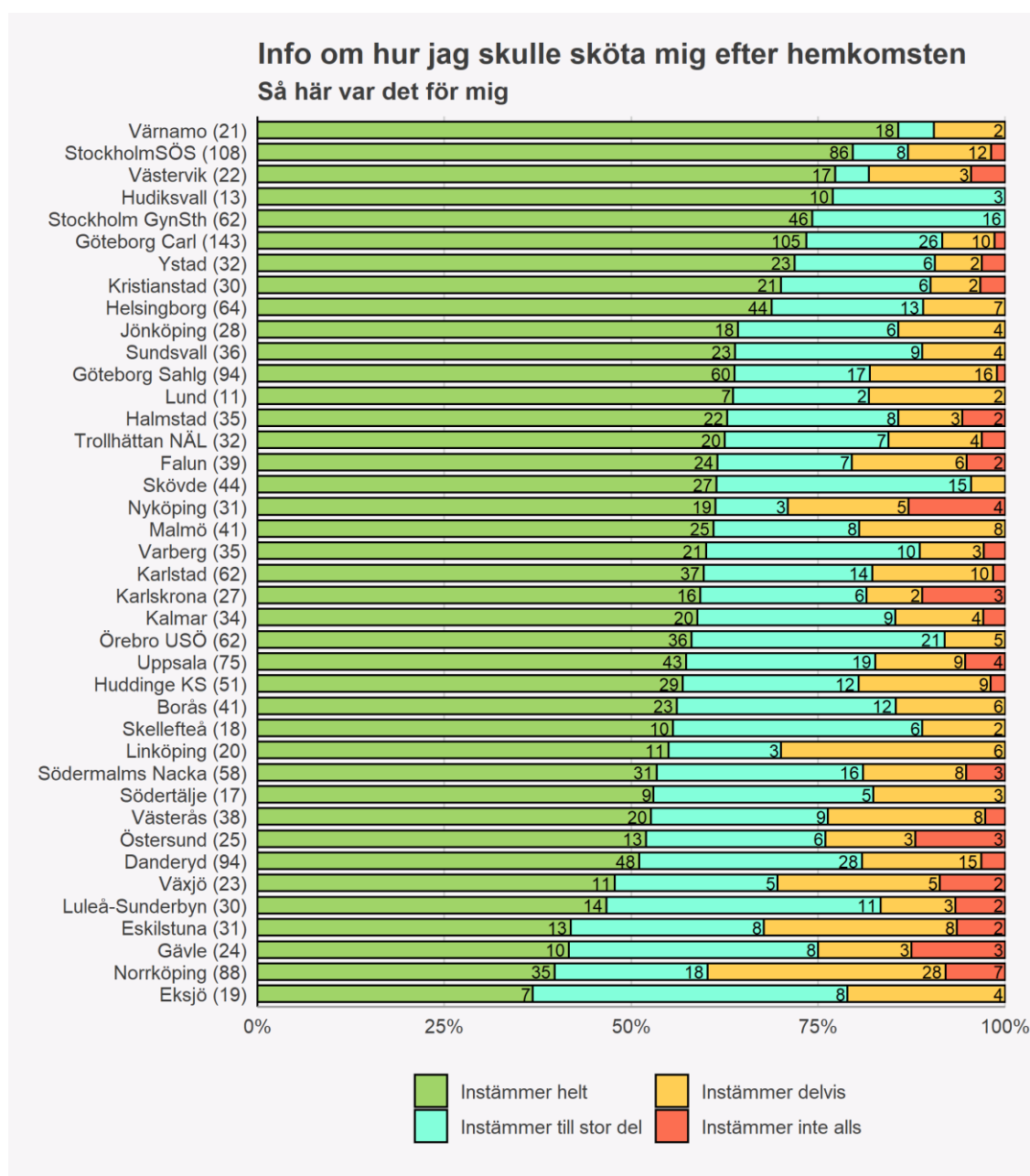
Patientens bedömning av sjukskrivningens längd handlar i hög grad om hennes förväntningar. Den skriftliga och muntliga information som ges preoperativt är av stor betydelse. Vid flera högvolymskliniker är patienterna nöjda med sjukskrivningslängden, trots att denna är kortare än riksgenomsnittet.

KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP låter patienten svara på varje fråga i två steg. Först skattar patienten vårdupplevelsen i fyra steg: "Så här var det för mig". Detta kallas upplevd respons. Sen gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".



Figur 36. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig.

Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

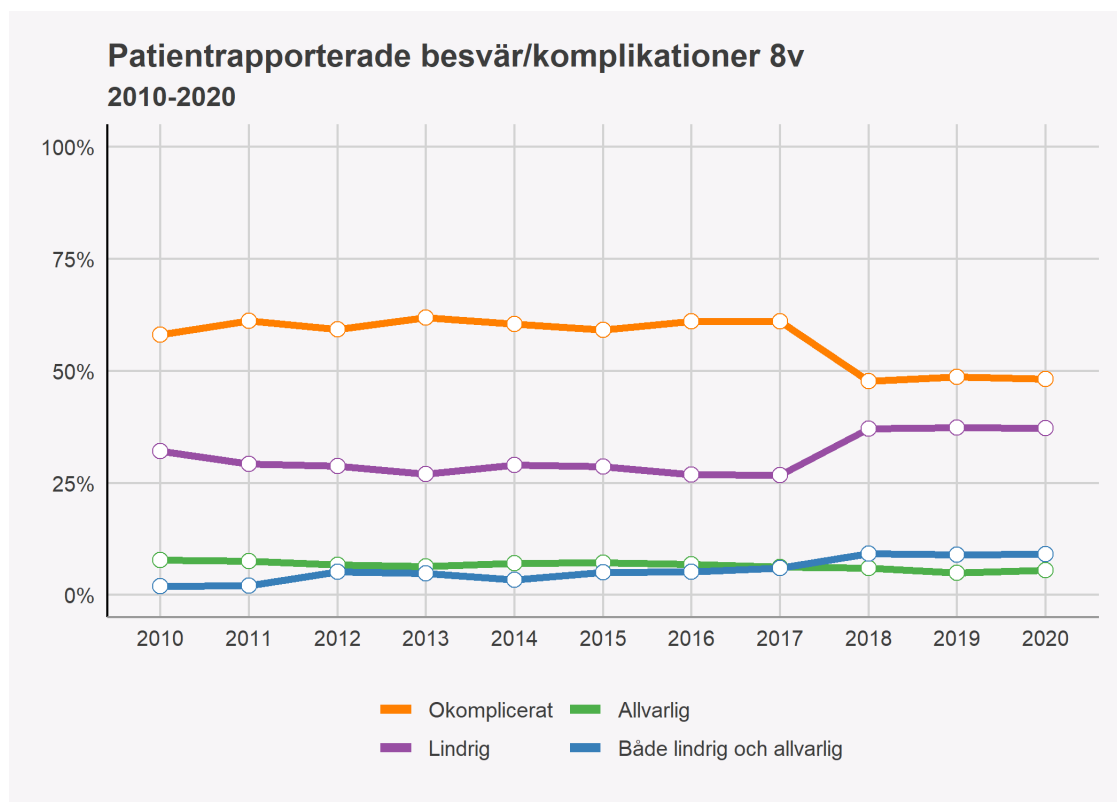
Tabell 6. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten, så här viktigt var det för mig.

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	8	1678	0.5%
Av ganska stor betydelse	47	1678	2.8%
Av stor betydelse	446	1678	26.6%
Av allra största betydelse	1177	1678	70.1%

Komplikationer

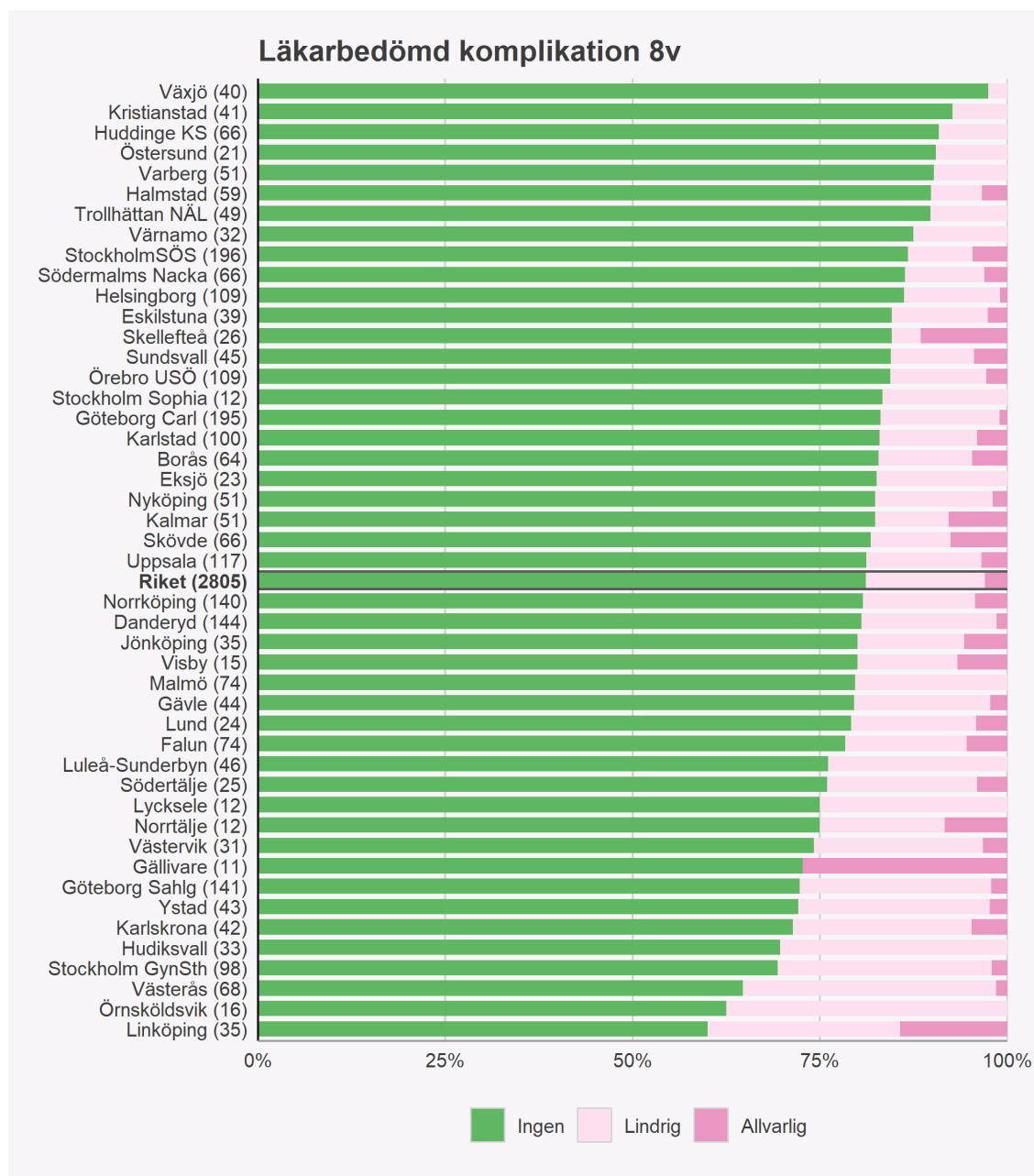
Patientens upplevelse av vad som är en komplikation skiljer sig från läkares bedömning (Figur 36, 37). Patienterna söker i hög grad vård på grund av oförväntade besvär. Riksgenomsnittet ligger på knappt 70% som inte har behövt söka sjukvård för oförväntade besvär. Det betyder att 30% av alla kvinnor som genomgår en hysterektomi uppsöker vården i efterförloppet, även med besvär som läkare inte skulle klassa som en komplikation. Av de 48 klinikerna är det 45 som inte når upp till det uppsatta målvärdet att 85% inte ska behöva söka vård på grund av oförväntade besvär.

Kan man förbättra patientens upplevelse av förväntat efterförlopp med en nationellt samlad information? Patientens besvär leder till vårdkontakter som kanske skulle kunna hanteras med en bättre postoperativ information.



Figur 37. Patientrapporterade besvär/komplikationer 8 veckor efter operation.

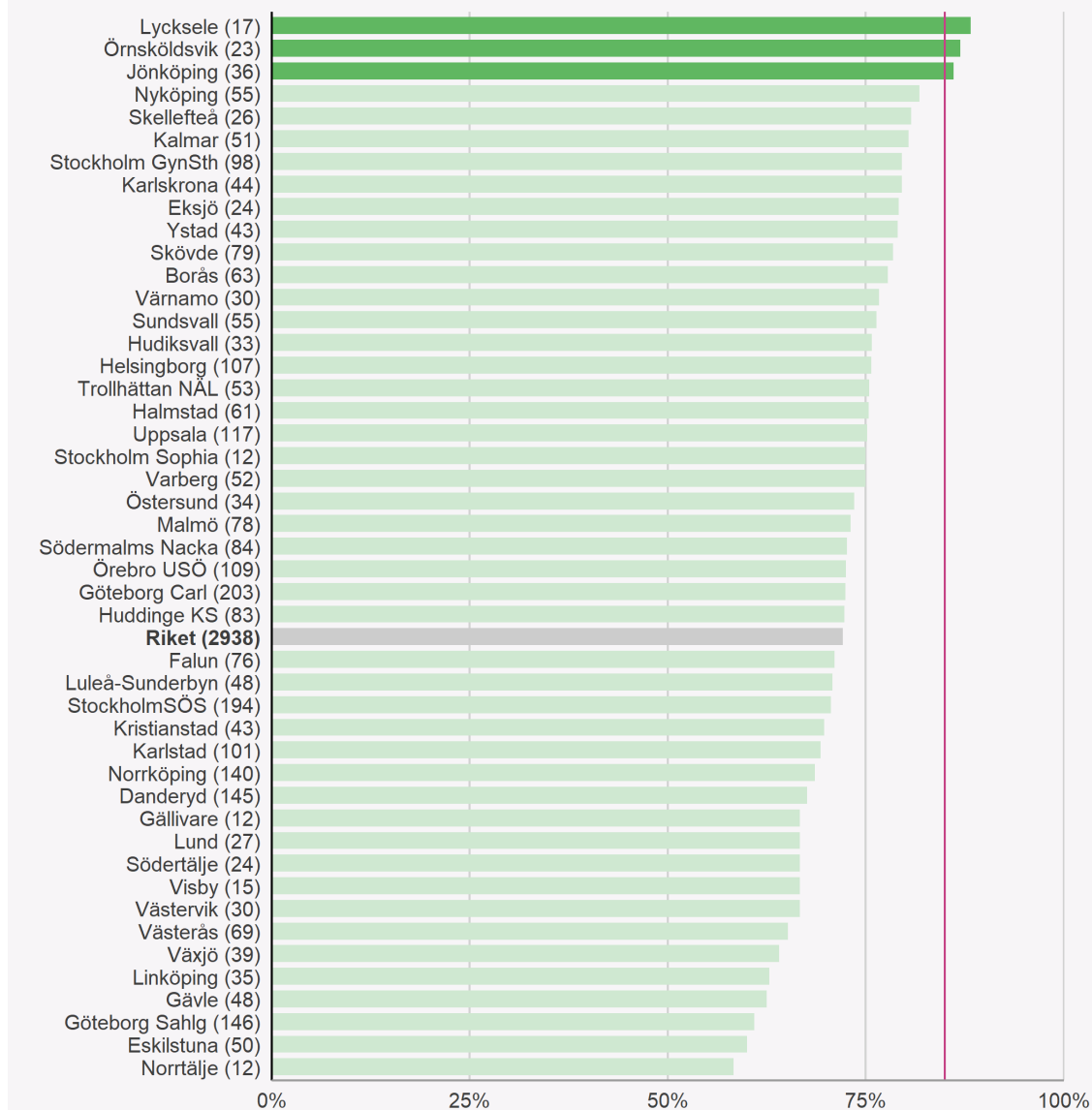
Patientens upplevelse av lindriga besvär/komplikationer har ökat sedan 2017. Det är viktigt att ha en dialog med patienten om vad som är ett förväntat efterförlopp.



Figur 38. Läkarbedömd komplikation 8 veckor efter operation.

Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8v

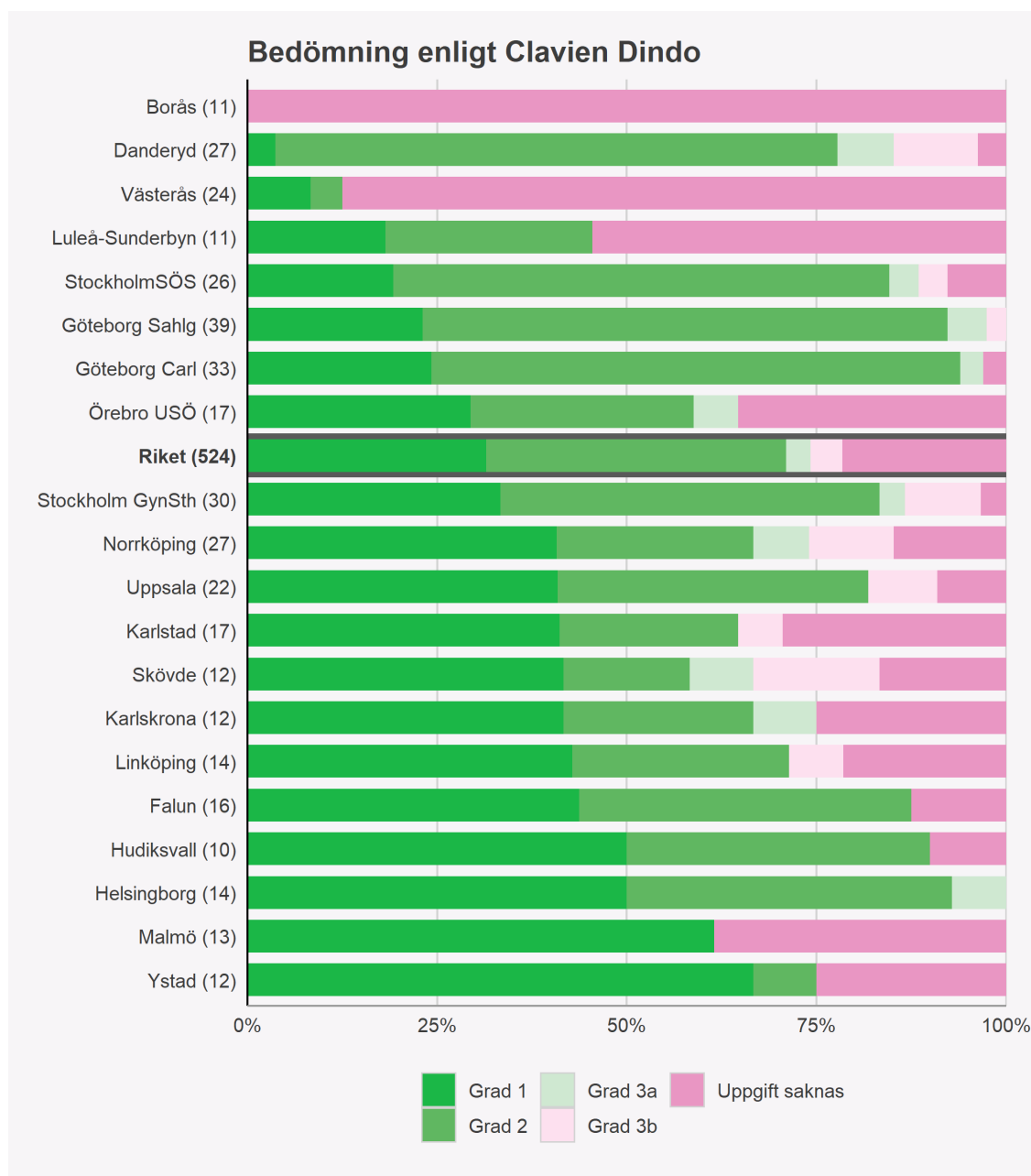
Målnivå 85%



Figur 39. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

Clavien-Dindo

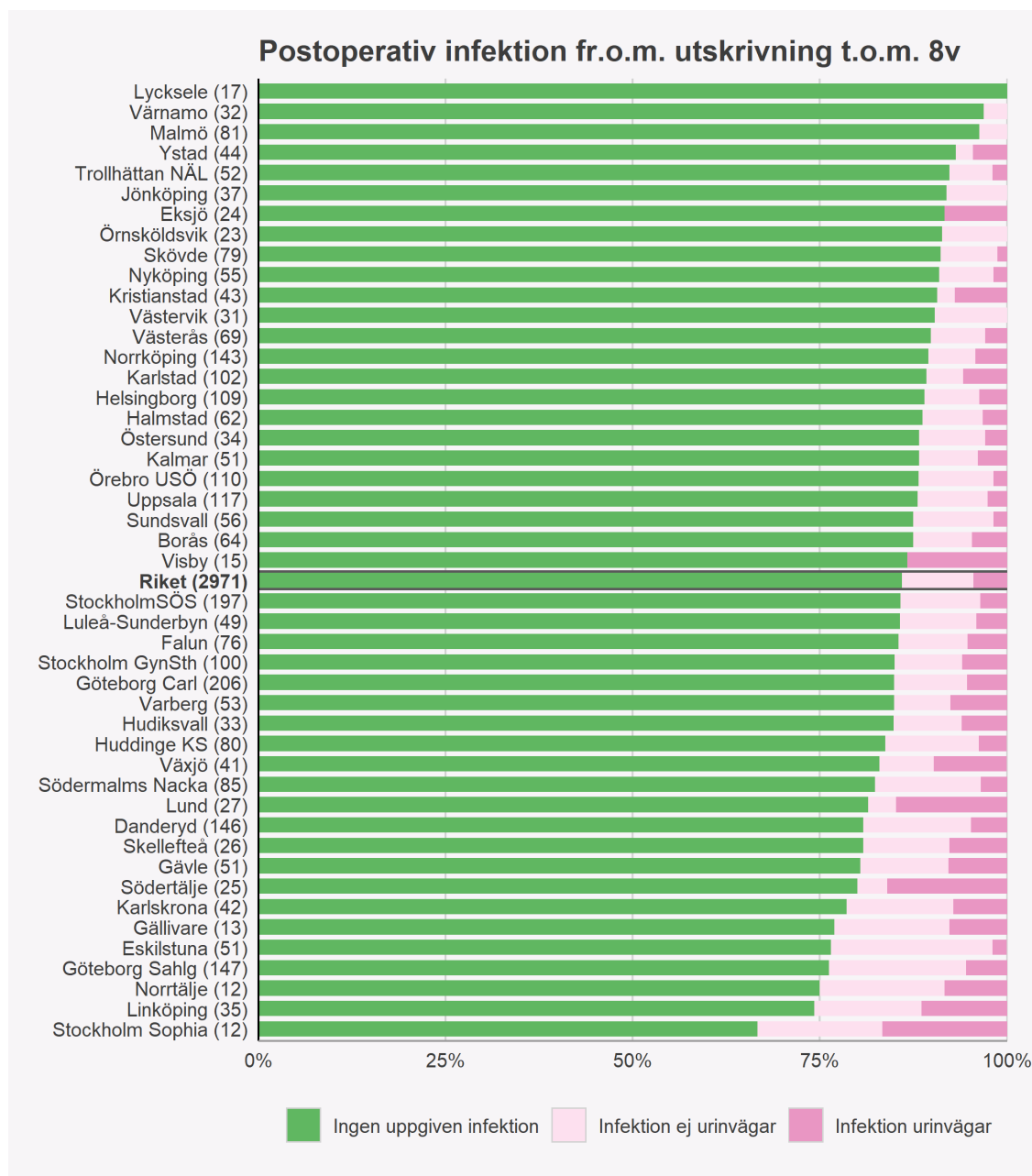
Clavien-Dindo analyseras bland de kvinnor som har en bedömd komplikation. Figur 40 visar enbart de kliniker som har fler än 10 fall av komplikationer.



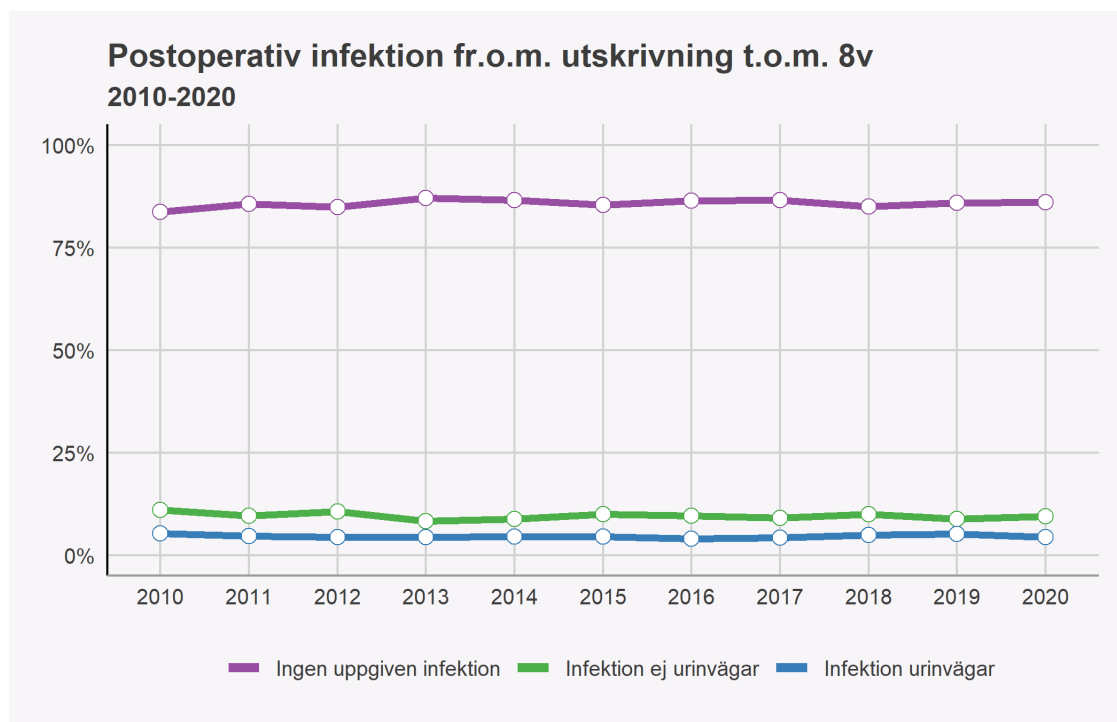
Figur 40. Bedömning av komplikationer enligt Clavien-Dindo.

De flesta komplikationer som har rapporterats är lindriga, det vill säga *Clavien-Dindo* grad 1–2. Frekvensen grad 3, allvarlig komplikation är låg.

Infektioner



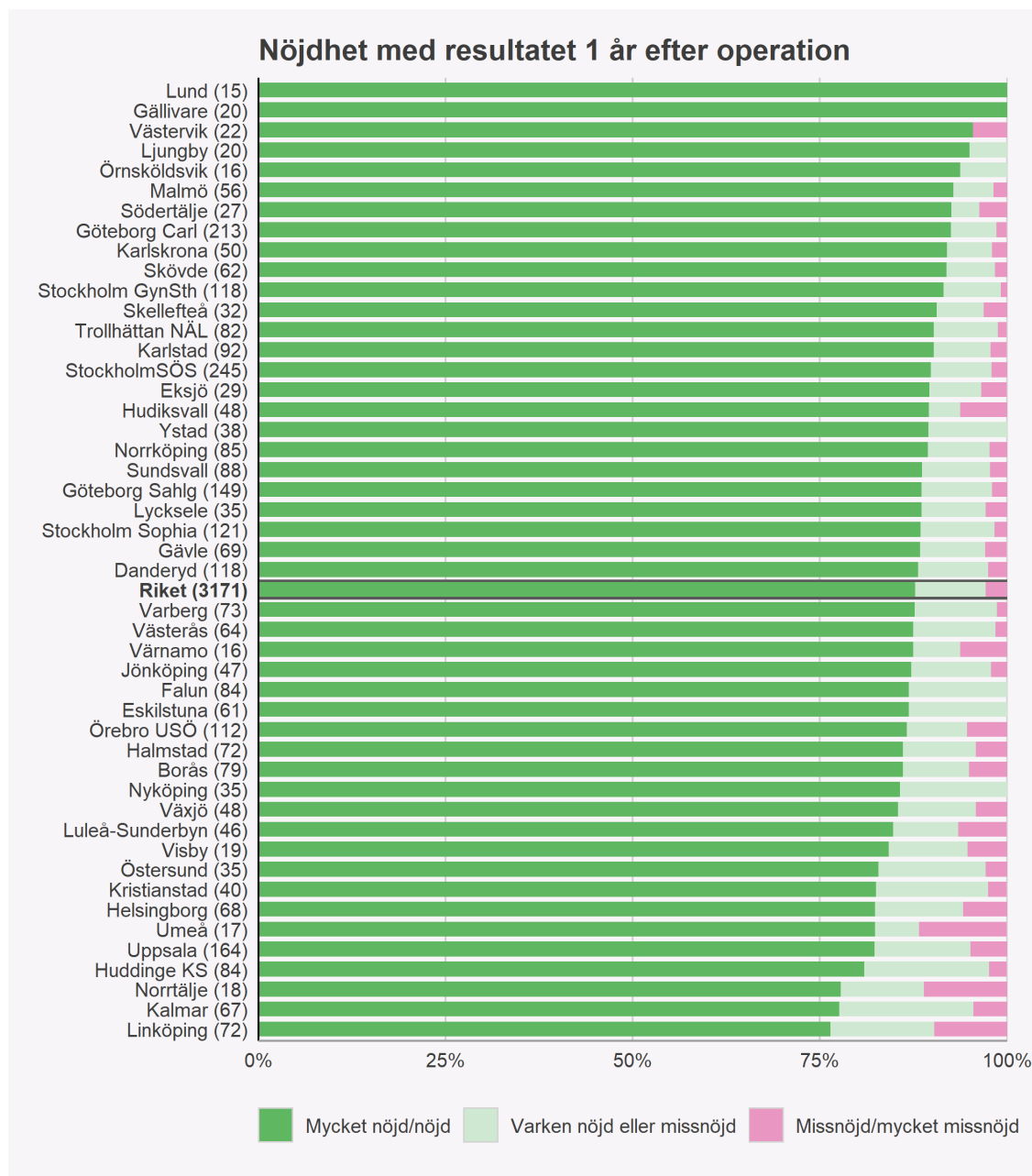
Figur 41. Postoperativ infektion från och med utskrivning till och med 8 veckor efter operation.



Figur 42. Postoperativ infektion från och med utskrivning till och med 8 veckor efter operation.

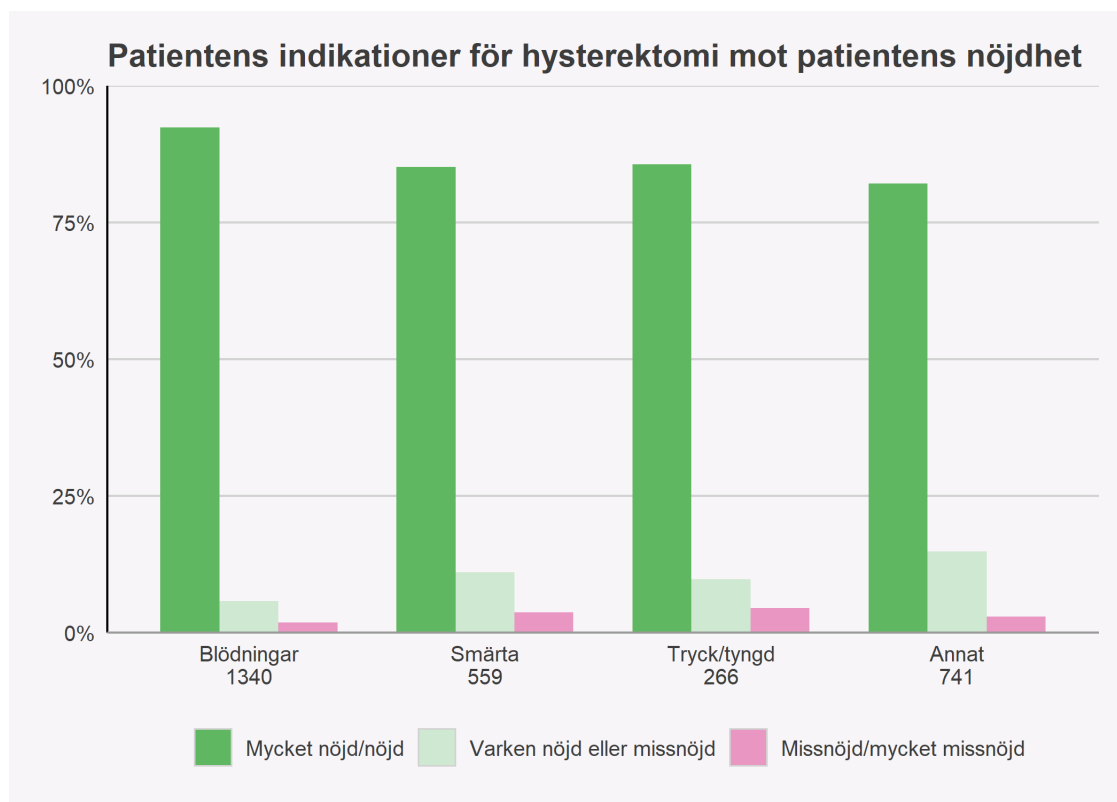
Frekvensen postoperativa infektioner tycks ha legat konstant det senaste decenniet. Övergång till mer minimalinvasiva operationstekniker verkar inte ha minskat risken för postoperativ infektion efter hysterektomi, vilket är förvånande. En närmare analys av högvolymsoperatörerna planeras till nästa rapport.

Patientens uppfattning av resultat 1 år efter operation



Figur 43. 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 44. Patientens indikationer för hysterektomi mot patientens nöjdhet

Patienten verkar ungefär lika nöjd med resultatet, oavsett indikation till operationen (figur 44).

Summering

Det är av största vikt att GynOp-registret fylls i så fullständigt som möjligt, så att registret på ett tillförlitligt sätt kan användas för utveckling av vården samt för jämförelser i forskningssammanhang.

Användningen av minimalinvasiv teknik ger fördelar vad gäller återhämning efter operationen jämfört med abdominell teknik. Postoperativa resultat är jämförbara vad gäller vårdtid, sjukskrivning och tid till normal ADL, oavsett val av minimalinvasiv teknik.

I år presenteras de faktiska operationsvolymerna per operatör. Ett fåtal operatörer utför fler än 50 hysterektomier per år. Sedan tidigare är det visat att högvolymsenheter inom andra kirurgiska specialiteter har lägre andel komplikationer. En analys av materialet i GynOp planeras till nästkommande årsrapport.

Nytt för i år är att andelen hysterektomi utförd i dagkirurgi har ökat, sannolikt på grund av vårdplatsbrist till följd av Covid-19-pandemin. Möjligheter finns att använda ett klassiskt ERAS-koncept för att kunna erbjuda hysterektomi i dagkirurgi. Kliniker med högvolymsoveratörer kan vara lämpliga för att introducera den rutinen i lite större skala.

De val av operationsmetoder som man kan erbjuda till Sveriges kvinnor i framtiden är beroende av utbildningen av nya operatörer. GynOp kan användas för att registrera hysterektomier som har utförts av ST-läkare.

Sedan 2018 har två målvärden införts för hysterektomi på benign indikation, nämligen:

- 1) Andelen minimalinvasiv teknik som man som klinik bör sträva efter (över 70 %)
- 2) Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor (minst 85%).

Även målvärden för antal vårddygn och antal dagar sjukskrivning kan vara betydelsefullt att följa för utvärdering ur perspektivet jämlik vård.

Slutligen är patientens nöjdhet ett centralt resultat att följa i GynOp-registret. De flesta kvinnor som genomgår hysterektomi på benign indikation i Sverige är nöjda med resultatet efter ett år, vilket är motiverande för ett fortsatt arbete med förbättringar av kvinnosjukvården i samband med hysterektomi.

Sophia Ehrström

Delregisteransvarig Hysterektomi på benign indikation

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.
Anestesi	Narkos.
ASA-klassificering	Förkortningen ASA är en svensk översättning av "American Society of Anesthesiologists, dvs den amerikanska föreningen för anestesiloger och ASA-klassificering 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.
Benign	Godartad
BMI	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.
ERAS	ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) är ett kunskapsbaserat vårdprogram som ska förbättra kvaliteten på vården för patienten genom hela vårdkedjan.
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

Uppslagsord	Förklaring
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
UNS	UNS är en förkortning för "utan närmare specifikation".
Uterus	Livmoder (från latin)