



Utvärdering av informationsbrev inom benign gynekologisk kirurgi

- ett patientperspektiv

Specialrapport inom GynOp

Författare:

Sofia Widetun Med Stud T11, vetenskapligt examensarbete 30 hp

Margareta Nilsson, med.dr, uroterapeut, registeranalytiker¹

Maria Lindqvist, doktorand, barnmorska²

Mats Löfgren, docent, överläkare, registerhållare¹

Gynop-registret, Norrlands universitetssjukhus, Umeå¹

Klinisk vetenskap, enheten för obstetrik och gynekologi, Umeå universitet²

REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUERAD APRIL 2015

Sammanfattning

Introduktion

Trots att skriftlig information inför gynekologiska operationer används rutinmässigt - Sveriges kvinnokliniker distribuerar brev med lokala rutiner och Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) distribuerar ett nationellt brev - är patienternas behov av information inte undersökt.

Syfte

Att kartlägga lokala informationsbrevs innehåll samt att fastställa om GynOps nationella brev motsvarar patienternas förväntningar.

Metod

Landets kvinnokliniker ombads sända sina lokala informationsbrev som patienterna får inför benign hysterektomi, 32 informationsbrev inkom, skillnader och likheter analyserades. Tre fokusgrupper med totalt 15 kvinnor som genomgått hysterektomi, inkontinens- eller prolapsoperation de senaste 12-24 månaderna och som deltagit i Gynop-registret diskuterade GynOps informationsbrev. De tre fokusgruppdiskussionerna analyserades genom kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Analysen av de lokala informationsbrevens visar på stor variation och diskrepans mellan vad kvinnor informeras om inför sin operation.

Analysen av fokusgruppernas diskussioner gav temat *Man ser inte skogen för alla träd* som beskriver deltagarnas önskan om information och samtidigt upplevelse av att inte kunna urskilja det viktiga i den massiva informationen de får.

Konklusion

Den här studien visar att de idag tillgängliga informationsbrevens inte lever upp till patienternas förväntningar och behov.

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Introduktion	3
Syfte	3
Metod – lokala informationsbrev	3
Metod – fokusgrupper	3
Resultat – lokala informationsbrev	5
Resultat – fokusgrupper	6
Man ser inte skogen för alla träd	6
Upplevelse av massivt innehåll	7
Upplevelse av förvirring och avsaknad av information	7
Positiv upplevelse.....	8
Diskussion	8
Styrkor och svagheter	9
Konklusion	10
Erkännande	10
Etikprövning	10
Bilagor	11
Det här är ett informationsbrev till dig som planeras genomgå en livmoderoperation	11
Det här är ett informationsbrev till dig som ska genomgå en inkontinensoperation	12
Det här är ett informationsbrev till dig som planeras genomgå en framfallsoperation.	13
Referenser	16

Introduktion

Att informera och utbilda patienter inför planerade operationer har konstaterats minska stress, öka patientdeltagandet i beslut gällande operationen samt öka förståelsen för det postoperativa förloppet.^{1 2 3} Skriftlig information har i jämförelse med muntlig bedömts hålla högre kvalitet och vara mer tillfredställande.^{4 5}

Preoperativa informationsbrev är vanligt förekommande, så även vid Sveriges kvinnokliniker inför gynekologisk kirurgi. Dessa brev, vilka distribueras lokalt, förklarar olika tillvägagångssätt, eventuella komplikationer etc. Sällan eller aldrig har ett patientperspektiv använts i utformandet.

Nationella kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (GynOp) bildades 1997 med målet att fungera som ett hjälpmedel i kontinuerlig kvalitetsförbättring av sjukvården.⁶ GynOp distribuerar informationsbrev till kvinnor som ska genomgå gynekologisk kirurgi. Dessa förmedlas, som tillägg till lokala informationsbrev, via kliniker anslutna till GynOp med syfte att ge likvärdig information till patienterna oavsett var i landet de bor.

Syfte

- 1) Att kartlägga de lokala informationsbrevens innehåll och skillnader i information mellan kliniker.
- 2) Att fastställa om GynOps nationella informationsbrev motsvarar patienters förväntningar som ett steg i att säkra kvaliteten av GynOps brev.

Metod – lokala informationsbrev

För att klargöra vilken information landets kvinnokliniker lokalt delar ut inför gynekologisk kirurgi granskades och analyserades informationsbrev från 32 av 59 kontaktade kliniker, vilket motsvarar knappt 50 % av landets kliniker. Urvalet inkluderade enbart informationsbrev inför hysterektomi.

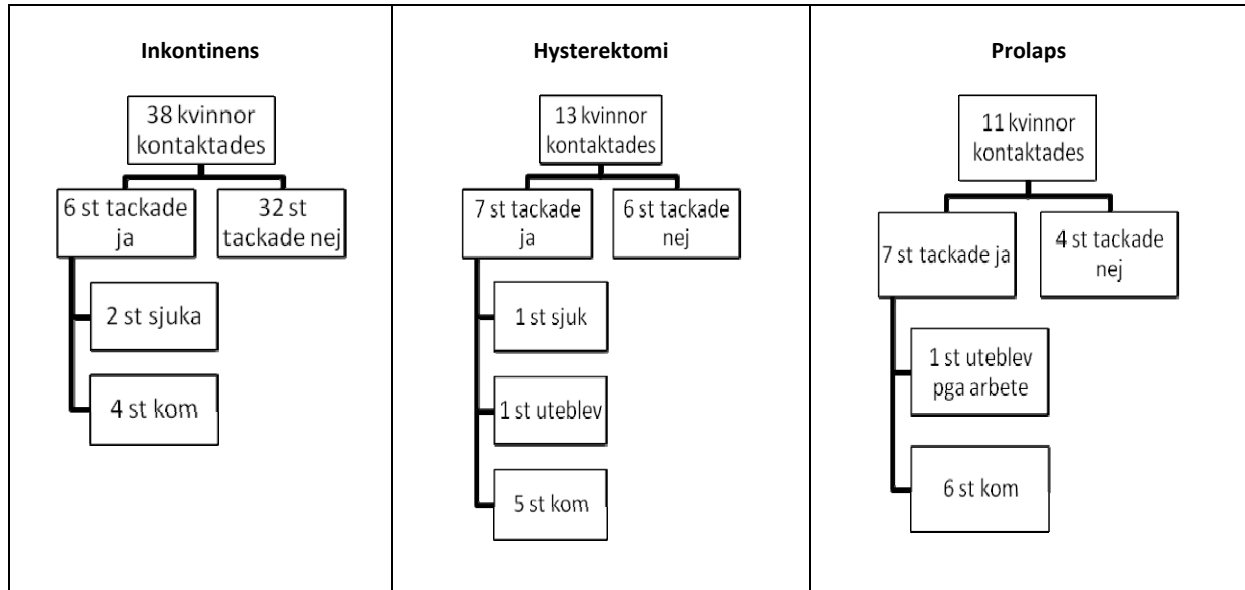
Informationsbreven granskades utifrån gemensamma och skiljande faktorer, enkla frekvensanalyser utfördes (SPSS 21.0). Totalt 21 variabler inkluderades. Information med lokal anknytning såsom inskrivningsrutiner och såromläggning uteslöts ur materialet.

Metod – fokusgrupper

För att utforska patienters upplevelser och erfarenheter av GynOps nationella informationsbrev utgick vi från tre fokusgruppsdiskussioner. Intervjuer i fokusgrupper är en kvalitativ metod där respondenterna delar sina erfarenheter i grupp.⁷ Diskussionerna analyserades med hjälp av kvalitativ innehållsanalys (Qualitative Content Analysis) för att utröna patienters upplevelse av informationsbrevet och på vilket sätt det ska presenteras.⁸

De tre fokusgrupperna var indelade efter typ av ingrepp; hysterektomi, inkontinens- och prolapskirurgi. Urvalet bestod av kvinnor med operation inom de senaste 12-24 månaderna som fyllt i alla enkäter. De kontaktades via telefon och ombads delta med målet att uppnå grupper om 7 deltagare och bestod av 5, 4 respektive 6 kvinnor. Kvinnor fyllda 80 år eller mer exkluderades. Kvinnorna informerades muntligt om att de när som helst hade rätt att avbryta sitt deltagande. För mer information om urvalet se Figur 1. Inför fokusgruppsträffen tillsändes kvinnorna åter GynOps informationsbrev (Bilaga 1-3).

Figur 1 Urval av fokusgruppernas deltagare



Fokusgrupperna genomfördes i avskilda rum på de sjukhus där patienterna hade opererats (Sahlgrenska sjukhuset, Hallands sjukhus Kungälv samt Norrlands universitetssjukhus i Umeå) för att skapa bekväma och tillåtande miljöer att föra diskussioner i.⁹ Gruppdiskussionerna pågick cirka 1,5 timme under ledning av en moderator utvald av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). En intervjuguide med fyra ämnesområden: erfarenheter och attityder kring GynOp, reaktioner på informationsbrev, reaktioner på enkätfrågor och utveckling och anpassning i framtiden av registret användes. Resultaten avseende GynOp respektive enkätfrågor presenteras ej.

Samtalen spelades in med deltagarnas medgivna samtycke och transkriberades av en sekreterare inför analys. Intervjuerna avlyssnades och det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger. Texten kondenserades ner till meningsenheter som med färre ord beskriver innehållet och från dessa extraherades koder (Tabell 1). För att säkerställa en konsekvent kodning utfördes denna initiala analys av Sofia Widetun, Margareta Nilsson och Maria Lindqvist. Kategorier och subkategorier diskuterades fram under vilka koderna sedan kunde distribueras.

Tabell 1. Exempel på kondensering av en mening till meningsenhet och kod

Mening	Kondenserad meningsenhet	Kod
"Det känns jättebra om man kan hjälpa andra... att liksom hjälpa så att det, ja alla svaren att man bearbetar dom att det kan hjälpa dom antingen..."	Känns bra att kunna hjälpa andra.	Hjälpa andra

För att ytterligare abstrahera vad studiens deltagare uttryckte fortsatte processen med att finna ett övergripande tema, först enskilt, sedan i grupp. Detta utifrån identifierade koder och kategorier. Slutligen framkom ett tema som sågs som en röd tråd genom hela analysen.¹⁰

Resultat – lokala informationsbrev

Angående det preoperativa förloppet förklarar 14 kliniker (43,8 %) vad som är de vanligaste orsakerna till hysterektomi på benign indikation. Majoriteten av klinikerna (87,5 %) informerar om att det finns olika typer av operationsmetoder (abdominell, vaginal eller laparoskopisk hysterektomi). Många (62,5 %) visar på skillnaderna mellan total och subtotal hysterektomi, vissa med hjälp av bilder och beskrivningar, andra konstaterar det enbart. Åtta (25 %) av 32 kliniker informerar om att cellprovskontroll är nödvändigt även efter en subtotal hysterektomi.

Vanligt förekommande men med varierande innehåll ges råd avseende vårdtid, sjukskrivningstid, undvikande av samlag och tunga lyft. Av klinikerna beskriver 90,4 % normal vårdtid och 93,8 % normal sjukskrivningstid. Tunga lyft och annan kraftigt ansträngande aktivitet avråder 81,3 % ifrån, 84,4 % avråder från samlag. Hur länge man förordar patienten att följa råden varierar (Tabell 2).

Information om att äggstockarna ibland opereras bort i samma session och att kvinnan då, men inte annars, kommer att gå in i klimakteriet redovisas i 84,4 % av informationsbreven. Råd om hur kvinnan ska bete sig under sin konvalescenstid för att undvika postoperativa komplikationer varierar. Att undvika bad i badkar rekommenderas av 59,4 % av klinikerna och 40,6 % avråder från användande av tampong.

Tabell 2. Rekommenderade tidsintervall

Vårdtid	1-2 dagar	3 dagar	4-5 dagar	Ingen fast tid	Uppgift saknas
	20 (62,5)	6 (18,8)	2 (6,3)	1 (3,1)	3 (9,4)
Sjukskrivningstid	1 vecka	2-4 veckor	>4 veckor	Ingen fast tid	Uppgift saknas
	1 (3,1)	24 (75)	3 (9,4)	2 (6,3)	2 (6,3)
Undvika samlag	2 veckor	3 veckor	4 veckor	>4 veckor	Uppgift saknas
	1 (3,1)	6 (18,8)	14 (43,8)	6 (18,8)	5 (15,6)
Undvika tunga lyft	2-3 veckor	4 veckor	>4 veckor	Ingen fast tid	Uppgift saknas
	9 (28,1)	12 (37,5)	1 (3,1)	4 (12,5)	6 (18,8)

Alla värden är uttryckta som antal och procenttal av kliniker som informerar om respektive punkt; n (%).

Av klinikerna informerar 21 (65,6 %) om att man vid allvarliga komplikationer eller alarmsymtom skall ta snabb kontakt med sjukvården för att undvika livshotande alternativt permanenta tillstånd, de beskriver också på vilket sätt man tar kontakt.¹¹

Vilka positiva resultat en patient kan förvänta sig efter operationen beskrivs av endast två kliniker (6,3 %) (Tabell 3).

Tabell 3. De lokala informationsbrevens innehåll

	Deltagande kliniker som informerar om respektive punkt
<i>Information det preoperativa förloppet samt hur operationen går till</i>	
Förklaring angående olika ingreppssätt	28 (87,5)
Innebörden av total eller subtotal hysterectomi	20 (62,5)
Vanliga orsaker till hysterectomi	14 (43,8)
Normal operationstid	14 (43,8)
Utsättning av specifika läkemedel innan operation	9 (28,1)
<i>Information angående det postoperativa förloppet</i>	
Normal sjukskrivningstid	30 (93,8)
Normal vårdtid	29 (90,4)
Klimakteriebesvär endast vid eventuellt borttagande av äggstockarna	27 (84,4)
Undvika samlag	27 (84,4)
Undvika tunga lyft	26 (81,3)
Vanliga symtom i efterförloppet	25 (78,1)
Smärtstillningsregim efter utskrivning	24 (75,0)
Borttagande av eventuella stygn eller clips	23 (71,9)
Uppmaning om att söka ny kontakt vid alarmsymtom	21 (65,6)
Rutiner för återbesök	20 (62,5)
Undvika att bada badkar	19 (59,4)
Undvika tampong	13 (40,6)
Menstruation och graviditet efter hysterectomi	13 (40,6)
Rutiner för besked om eventuellt PAD	9 (28,1)
Behov av framtida cellprov	8 (25,0)
Vilken förbättring patienten kan förvänta sig	2 (6,3)

Variabler markerade med **grönt** kan underbyggas med statistik från Gynop-registret eller annan evidensbaserad källa. Gulmarkerade variabler är punkter som ofta tas upp utan några vetenskapliga belägg. Omarmarkerade variabler beskriver rena rutiner. *n* (%).

Resultat – fokusgrupper

Man ser inte skogen för alla träd

Analysen av fokusgrupperna resulterade i temat Man ser inte skogen för alla träd. Detta som ett uttryck för respondenternas önskan om information inför operation och deras samtidiga upplevelse av att inte kunna urskilja vad som är viktigt i all den information de överöstes med. Underordnat det övergripande temat identifierades tre kategorier: "Upplevelse av massivt innehåll", "upplevelse av förvirring och avsaknad av information" och "positiv upplevelse". (Tabell 4).

Tabell 4. Fokusgruppernas identifierade tema, kategorier och subkategorier

TEMA	Kategori	Subkategori
Man ser inte skogen för alla träd	Upplevelse av massivt innehåll	Massiv text
		Mycket text
		Svår text
	Upplevelse av förvirring och avsaknad av information	Förvirrande budskap
		Saknar information
		Upplagd otydlighet
		Tidsfaktor som påverkar
	Positiv upplevelse	Relevant information
		Detaljerad information

Upplevelse av massivt innehåll

Ur fokusgruppernas diskussioner framkom upplevelsen av brevet som allt för långt och för massivt. Respondenterna uttryckte en svårighet att ta till sig brevets innehåll när det var för mycket text, man tappade intresset och skummade igenom texten istället för att läsa den ordentligt.

”Så mycket text tyckte jag då att det var, när man står inför någonting... och så skummade man igenom lite.”

Den massiva texten bidrog till en upplevelse av att bli överöst med information i samband med operationen. Känslan förstärktes av att respondenterna ofta fick lokala informationsbrev, GynOps informationsbrev, information om vad registret innebär samt registrets enkät hemskickat vid ett och samma tillfälle.

”Så fick ju väldigt mycket i det här kuvertet vad jag kommer ihåg (skratt), det var lappar hit och om avdelningen och om...”

Funderingar över hur personer med lässvårigheter eller personer som inte har svenska som modersmål kan ta till sig texten uttrycktes.

”Nä det var någonting annat med just med textmassan som jag tänkte på... när jag läste... i och med att jag själv har en lätt dyslexi så tycker jag att texten är jobbig”.

Texten ansågs allt för homogen vilket minskade motivationen till att läsa den och gjorde det svårt att ta in all information. Respondenterna eftersökte en tydlig och koncis text där det gick att skapa sig en överblick. Brevens layout var viktig; all information på en sida, tydliga styckesindelningar och viktig information särskilt markerad var några förslag.

”Ja att man till exempel har en textdel som kommer på punkter så kanske kommer en ruta så kommer någonting så att det händer något i pappret... det är... ser lite... layouten det är den jag är ute efter...”

Respondenterna upplevde det svårt att ta in all information då tankar och funderingar över vad som skulle kunna hända vid operationen tog större fokus. Därför fanns en önskan om att endast få veta de vanligaste och de allvarligaste komplikationerna i brevet.

Upplevelse av förvirring och avsaknad av information

GynOps informationsbrev ansågs ibland förvirrande vilket ledde till oro och osäkerhet. Ibland saknas det uppgifter om var respondenterna skulle vända sig om problem uppstod. Detta upplevdes väldigt oroväckande oavsett om det gällde allvarliga komplikationer eller enklare frågor.

Olika indikationer för operation eller operationsmetoder beskrevs i ett och samma brev och respondenterna visste inte alltid vad som gällde. Respondenterna upplevde också en betungande känsla av ansvar gällande operationsbeslut, beslut som de inte kände sig kvalificerade att ta utan stöd av läkare.

En del information saknades, det gällde bl.a. information om vanliga postoperativa symtom, risken för återfall och vilka rutiner som gäller för återbesök.

Information om vilken operation respondenten skulle genomgå och vad den operationen innebär ville de ha tidigare, inte någon enstaka vecka före operation eller vid inskrivning. Information om risker och förbättringspotential ville man veta innan operationsbeslutet togs, man ville veta vad man ställde upp på innan man tackade ja.

"... jag gick också in och sökte på nätet men det hade ju varit jättebra om det hade funnits ett ställe där man kunde gå in och fått mycket information istället för att söka och leta reda på en massa olika ställen och försöka läsa lite noga här och lite mindre där och lite... så där... jag kände att jag ville veta vad som skulle hända..."

Positiv upplevelse

Förväntningen över att bli informerade var konstant hos respondenterna, ingen ville göra en operation oförberedd. Så länge informationen var relevant och beskriven på ett kort och koncist sätt var reaktionerna enbart positiva. Information om det postoperativa förloppet med förbättringsmöjligheter och komplikationsrisker skapade en känsla av trygghet. Med vetskap om operationens risker ansåg deltagarna att man bättre kan hantera eventuella komplikationer.

"Jag tycker det var bra att det stod någonting om efter operationen... det är oftast man får ett papper i handen ihop med lite värktabletter och så lallar man ut stödd på någon anhörig... och så tittar man inte på det pappret förrän efter flera dar men där fick man ju den informationen redan innan."

Information om registrets användningsområden och vilka sekretessregler GynOp lyder under ingår också i breven, något som var viktigt för respondenterna att få veta. Att hjälpa andra var den största motivationsfaktorn till att delta i registret och kvinnorna skulle därför gärna vilja se fler exempel på registrets användningsområden.

Informationen om Patientdatalagen förmedlades med hjälp av länkar till Riksdagen och Datainspektionen. Detta sågs som ett bra sätt att förmedla information. För att komplettera de vanligaste och allvarligaste komplikationerna ansågs det en bra idé att länka till en hemsida där all statistik skulle finnas presenterad. De patienter som vill veta mer skulle ha information tillgänglig samtidigt som ingen påtvingades information.

"Man gör som alla andra hänvisar till någon hemsida så om man har någon hemsida med ja hur mycket man vill... så slipper man ha allting på pappret."

Diskussion

Oavsett var man bor i landet har de som ska opereras rätt till samma information inför kirurgi, informationen ska vara evidensbaserad och utgå ifrån vad patienter vill veta. Den här studien visar att evidens sällan ligger till grund för utformandet av lokala informationsbrev vilket medför en stor variation och diskrepans mellan vad kvinnor får veta inför sin operation. Breven innehåller en del evidensbaserad information men detta enbart gällande saker som patienter inte kan påverka. Evidensbaserad information om vad patienten kan göra postoperativt, det vill säga det hon kan påverka, saknas helt. Även GynOp som bygger sitt brev på evidens är otillräckligt när det gäller att informera patienterna. Informationsbreven, ffa de lokala, tar exempelvis upp olika operationsmetoder vilket är onödigt då det för patienten bara är en operation som gäller och beslutet redan är taget, informationen leder bara till förvirring. Samma sak gäller information om olika

operationsindikationer, för patienten i sig är det inte intressant varför andra genomgår samma operation. Den motstridiga information patienterna får i GynOps informationsbrev jämfört med de lokala informationsbrev skapar också förvirring. Att lokalt modifiera GynOps informationsbrev så det även innehåller den lokala informationen skulle undanröja den förvirringen.

Sammanfattningsvis har patienternas önskemål tidigare inte inhämtats och därför inte tagits i beaktande vilket medför att inget av breven lever upp till förväntningarna.

Något anmärkningsvärt är att endast en minoritet av Sveriges kvinnokliniker väljer att informera om vilka positiva effekter operationen kan ha; hur snabbt man kan förvänta sig förbättring och hur den förbättringen kan se ut. En orsak till att så få väljer att beskriva detta kan vara att operationer på benigna indikationer ofta genomförs med indikation att "enbart" förbättra livskvalitet, i det här fallet dessutom i syfte att behandla kvinnliga problem som ofta beskrivs som dolda eller bortglömda. Möjligen är rutinen sådan att information om positiva effekter beskrivs muntligen när beslut om operation tas eller så är den positiva effekten av operationen så självklar för läkarna att den inte informeras eller förstärks för kvinnan. Eller så saknas kunskapen i professionen om att det i GynOps register går att få fram statistik över både hur många som upplevt förbättring, inom vilken tid det skedde, om kvinnorna rekommenderar operationen etc. Tydligt är dock att respondenterna i studien vill veta om de positiva effekterna överväger risken som en operation medför. Men att ge information om risker när ett beslut om operation redan är taget är för sent, liksom beskrivning på hur och varför den utförs, det räcker med hänvisningar till var det kan hittas. Att föredra är mer information om de positiva effekterna man kan förvänta sig.

Många kliniker informerar patienter att söka ny vård om alarmsymtom uppkommer i det initiala läkningsförloppet men patienterna får inte information om när de ska söka i senare skede. Det saknas även information om när operationen anses som lyckad och vilka komplikationer man kan acceptera utan vidare åtgärd.

Styrkor och svagheter

Endast 54 % av kontaktade kliniker skickade in sina lokala informationsbrev, därmed är det svårt att uttala sig om representativiteten för alla lokala informationsbrev. Med högre svarsfrekvens hade variationen i innehåll troligtvis blivit större.

Fokusgrupperna bestod totalt av 15 kvinnor vilket resulterade i en rik variation av upplevelser. Urvalet till fokusgrupperna kan man diskutera, vilka kvinnor ställer upp i den här formen av studier? De som är helt nöjda efter sin operation eller de som upplevt problem.

Vi kan inte bortse ifrån att respondenterna i fokusgrupperna ibland kan ha diskuterat även de lokala informationsbrev, men att vi bedömer att det har skett vid enstaka tillfällen och att det inte har påverkat resultatet i sin helhet.

De olika operationsgrupperna motsvarar olika populationer i form av olika åldersgrupper, ursprung från olika regioner och opererade på olika sjukhus.

Det var enbart lokala informationsbrev avseende hysterektomi som sammanställdes varför säker generalisering inte kan göras avseende brister.

Man kan inte bortse från moderatorns påverkan på fokusgruppsdiskussionernas innehåll.

Konklusion

I den här studien har konstaterats att informationsbrev inför benign gynekologisk kirurgi tillgängliga idag inte lever upp till patienternas förväntningar. I de lokala breven saknas evidensbaserad information, i alla informationsbrev ingår information som patienterna inte önskar och som dessutom inte är presenterad på ett önskvärt sätt. Utifrån respondenternas upplevelser av informationsbreven kommer en revidering av GynOps information att genomföras för att på så sätt öka kvaliteten. Kliniker som deltar i GynOp kommer ånyo att uppmuntras att sammanfoga den lokala informationen med GynOps, så att patienterna (helst) enbart får ett informationsbrev, och framför allt inte motstridig information. De kvalitativa resultaten kommer också att kvantifieras via GynOps enkäter. Projektet kommer att stå till grund för framtida informationsbrev inom GynOp avseende benign gynekologisk kirurgi.

Erkännande

Sveriges Kommuner och Landsting som finansierade genomförandet av fokusgrupperna.

Etikprövning

Dnr 2013-401-32M (Tillägg till 08-076M) Godkänd 2013-11-07

Bilagor

Det här är ett informationsbrev till dig som planeras genomgå en livmoderoperation

Det finns olika typer av operationer

Den läkare som skall operera bedömer, i samråd med dig, vilken operation som är passar dig bäst. Närmare information om vad som planeras får du vid inskrivningen inför operationen. För dig som patient medför de olika operationerna skillnader i vårdtid och sjukskrivningstid. Vårdtiden varierar vanligtvis mellan 1-3 (4) dagar och sjukskrivningstiden mellan 2-4 veckor. De längre tiderna gäller oftast när buken öppnats vid operationen.

Inför operationen

Vi behöver information från dig för att avgöra vilken operation som passar dig bäst. En del information kan vi få muntligt i samband med inskrivning inför operation. En del information kan vara lättare för dig att ge skriftligt i lugn och ro och i förväg.

Därför ber vi dig fylla i bifogat frågeformulär. Din enkät finns även tillgänglig på Internet på www.gynop.se och kan med fördel fyllas i där sedan du loggat in med ditt personliga lösenord. Lösenordet hittar du under dina adressuppgifter på pappersenkäten eller i E-post som du fått om att besvara en enkät.

Uppgifter från frågeformuläret används som en del i det medicinska underlaget för att planera din operation och för att skapa din vårdjournal. Frågorna rör i huvudsak vilka besvär du har som är orsak till operationen och om du har några övriga sjukdomar. Det underlättar oftast att läsa igenom hela frågeformuläret innan man fyller i det. Frågeformuläret är utformat så att det kan användas på en större grupp patienter, varför vi ber om överseende om det finns några frågor som du upplever som onödiga i förhållande till dig och dina besvär.

Vi önskar att det besvarade frågeformuläret skickas tillbaka snarast möjligt, gärna via Internet.

Efter operationen

Operation kan medföra vissa besvär. Hit hör till exempel blodiga flytningar från slidan, lindriga vattenkastningsbesvär och tarmfunktionsstörningar upp till 1-2 månader efter operation. Känselbortfall och stramningar kring operationsärret (om buken öppnats) kan finnas upp till ett halvår efter operation. Även efter sjukskrivningstiden tar det som regel någon månad innan man återhämtat den kraft och kondition man hade före operationen. Besvären är ofta relaterade till operationens omfattning.

Vanliga och lindriga komplikationer efter en operation är urinvägsinfektion och mindre sårinfektion som fordrar extra skötsel. Var femte patient får dessa lindrigare komplikationer. Allvarligare komplikationer som leder till förnyad operation och/eller behandlingskrävande besvär som förlänger sjukskrivningen med mer än en månad är ovanliga. Dock drabbas cirka 1 av 50 opererade patienter. Problemen bör dock inte överskattas. De absolut flesta kvinnorna, 19 av 20, uppger ett år efter operationen att de är nöjda med resultatet av operationen.

Vi vore mycket tacksamma om du även efter operationen kan besvara frågeformulär om hur du mår, hur resultatet blivit för dig och om det tillstött några komplikationer efter operationen. Där finns också frågor om du är nöjd eller missnöjd med resultatet av operationen.

Dessa frågeformulär får du efter cirka två månader respektive efter ett år. Dina svar gör det möjligt för oss att avgöra om du behöver fortsatt kontakt, och för att följa upp och vidareutveckla våra behandlingar.

Vänliga hälsningar och tack på förhand

Det här är ett informationsbrev till dig som ska genomgå en inkontinensoperation

Det finns olika typer av operationer

Den läkare som skall operera bedömer, i samråd med dig, vilken operation som passar dig bäst. Närmare information om vad som planeras får du vid inskrivningen inför operationen. Inkontinensoperationer kan göras polikliniskt med utskrivning samma dag, ibland får man dock stanna kvar över natten. Vanligtvis är sjukskrivningstiden ca 7 - 14 dagar.

Inför operationen

Vi behöver också information från dig före operationen. En del kan vi få muntligt i samband med inskrivning inför operation, men en del information kan vara lättare för dig att ge skriftligt i lugn och ro i förväg.

Därför ber vi dig fylla i bifogat frågeformulär. Ditt frågeformulär finns även tillgängligt på Internet på www.gynop.se och kan med fördel fyllas i där sedan du loggat in med ditt personliga lösenord. Lösenordet hittar du under dina adressuppgifter på pappersenkäten eller i E-post som du fått om att besvara en enkät.

Uppgifter från frågeformuläret används som en del i det medicinska underlaget för att planera din operation och för att skapa din vårdjournal. Frågorna rör i huvudsak de besvär du har som är orsak till operationen och om du har några övriga sjukdomar. Det underlättar oftast att läsa igenom hela frågeformuläret innan man fyller i det. Frågeformuläret är utformat så att det kan användas på en större grupp patienter, varför vi ber om överseende om det finns några frågor som du upplever som onödiga i förhållande till dig och dina besvär.

Vi önskar att du besvarar frågeformuläret så snart som möjligt, gärna via Internet

Efter operationen

Efter genomgången operation är vissa besvär vanliga. Hit hör till exempel blodiga flytningar från slidan och lindriga vattenkastningsbesvär. Det tar som regel några veckor efter sjukskrivningstiden innan man återhämtat den kraft och kondition man hade före operationen.

Vanliga och lindriga komplikationer efter en operation är urinvägsinfektion och mindre sårinfektion som fordrar extra skötsel. Allvarigare komplikationer som leder till förnyad operation och/eller behandlingskrävande besvär som förlänger sjukskrivningen med mer än en månad är ovanliga. Problemen bör dock inte överskattas. De flesta kvinnor är nöjda med resultatet efter sin inkontinensoperation.

Vi vore mycket tacksamma om du även efter operationen kan besvara frågeformulär om hur du mår, hur resultatet blivit för dig och om det tillstött några komplikationer efter operationen. Där finns också frågor om du är nöjd eller missnöjd med resultatet av operationen.

Dessa frågeformulär får du efter cirka två månader, respektive efter ett år. Dina svar gör det möjligt för oss att avgöra om du behöver fortsatt kontakt, och för att följa upp och vidareutveckla våra behandlingar.

Vänliga hälsningar och tack på förhand

Det här är ett informationsbrev till dig som planeras genomgå en framfallsoperation.

Det finns olika typer av operationer

Det finns olika former av framfall och därför också olika typer av operationer.

Oftast utförs framfallsoperationer från slidan. Den läkare som skall operera bedömer, i samråd med dig, vilken operation som är passar dig bäst. För dig som patient medför de olika operationerna skillnader i vårdtid och sjukskrivningstid. Några typer av framfallsoperationer kan göras polikliniskt med utskrivning samma dag. För närvarande varierar vårdtiderna i Sverige, var tredje patient går hem samma dag som operationen utförs. Nio av tio har gått hem tredje dagen efter operationen. Sjukskrivningstiden i landet varierar från tre till fem veckor.

Inför operationen

Vi behöver information från dig för att avgöra vilken operation som passar dig bäst.

En del information kan vi få muntligt i samband med inskrivning inför operation. En del information kan vara lättare för dig att ge skriftligt i lugn och ro före operationen.

Därför ber vi dig fylla i bifogat frågeformulär. Din enkät finns även tillgänglig på Internet på www.gynop.se och kan med fördel fyllas i där sedan du loggat in med ditt personliga lösenord. Lösenordet hittar du under dina adressuppgifter på pappersenkäten eller via E-post som du fått.

Uppgifter från frågeformuläret används som en del i det medicinska underlaget för att planera din operation och för att skapa din vårdjournal. Frågorna rör i huvudsak de besvär du har som är orsak till operationen och om du har några övriga sjukdomar. Det underlättar oftast att läsa igenom hela frågeformuläret innan man fyller i det. Frågeformuläret är utformat så att det kan användas på en större grupp patienter, varför vi ber om överseende om det finns några frågor som du upplever som onödiga i förhållande till dig och dina besvär.

Vi önskar att det besvarade frågeformuläret skickas tillbaka snarast möjligt, gärna via Internet.

Efter operationen

Här redovisas operationsresultat och de vanligast förekommande riskerna vid framfallsoperationer. Resultaten kommer från Svenska kvalitetsregistret inom gynekologisk kirurgi (Gynop-registret www.gynop.se) och gäller totalt 17 000 framfallsoperationer.

Vid en vanlig framfallsoperation (ex: uppstramning av slidans framvägg mot urinblåsan, slidans bakvägg mot ändtarmen, mellangården eller slidtoppen) är resultaten och komplikationerna ganska lika oavsett vilken typ av ovanstående operation som utförts.

Vilket operationsresultat kan förväntas

Tre dagar efter operationen uppger hälften av alla patienter att de kan utföra normala vardagliga aktiviteter och klara sig själva utan mer hjälp än före operationen.

Framfallet: Det huvudsakliga syftet med operationen är att framfallet ska försvinna, att känslan att "något buktar ur slidan" bör fortsatt vara borta 1 år efter operationen.

Risken för återfall är dock ganska stor och resultaten ganska lika oavsett typ av operation. En av fyra patienter (ca 25%) känner 1 år efter operationen att det buktar något ur slidan igen eller känner en viss grad av framfall utanför slidan, men enbart ca en av tio behöver en ny operation.

Andra funktionspåverkningar av framfallet: Om urinblåsan, ändtarmen eller slidtoppen (livmodertappen eller hela livmodern) – ensam eller i kombination – har sjunkit ner mot eller utanför slidöppningen kan detta naturligtvis påverka funktionen av underlivsorganen. En del patienter (inte alla) har besvär med vattenkastningen, tarmfunktionen eller sexuallivet pga framfallet. Dessa besvär från underlivet blir ofta bättre, kan vara oförändrade eller, tyvärr, möjligen sämre efter operationen. Här redovisas hur det i genomsnitt går med de olika besvären:

Tarmbesvär:

Om man har besvär med tarmtömning före operationen blir 70 av 100 förbättrade eller symptomfria men 5 av 100 försämras. Om man inte har besvär med tarmtömning före operationen får 5 av 100 besvär.

Urininkontinens, läckage:

Om man har besvär före operation med urinläckage vid ansträngning (hosta, nysning, fysisk aktivitet) blir 60 av 100 förbättrade eller symptomfria men ca 10 av 100 blir försämrade. Om man inte har besvär före operationen får ca 10 av 100 besvär

Besvärande urinträngningar:

Har man trängningsbesvär före operationen blir 60 av 100 bättre eller symptomfria men ca 10 av 100 blir sämre. Om man inte har trängningsbesvär före operationen får mindre än 10 av 100 besvär.

Skavningsbesvär i underlivet: Om man har skavningsbesvär före operationen blir drygt 80 av 100 förbättrade varav drygt 70 blir symptomfria och ca 5 av 100 sämre. Om man inte har skavningsbesvär före operationen får 7 av 100 besvär.

Samlag:

Har man samlag före operation fortsätter lika många med samlivet efter operationen. Om man inte har samlag före operationen är det ca 5 av 100 som återupptar samlivet efter operation. Har man samlagssmärter före operationen blir ca 40 av 100 bättre/symptomfria efter operationen.

Risker vid en framfallsoperation

Det är en mycket liten risk för komplikation pga bedövningen, 998 patienter av 1 000 får ingen komplikation. Blödning under operation är ringa (0,5 till 2 dl) och risken för blödningsproblem är liten: 1-2 av 100. Att man skulle skada något, tex att det blir ett hål på tarm eller urinblåsa är en liten risk: 1-2 av 100, och om det inträffar åtgärdas det vid operationen.

Förväntade besvär efter operationen

Det är naturligt att man har blödningar från slidan efter en prolapsoperation. 2 av 3 patienter anger att blödningarna är små eller måttliga. Blödningarna varar allt från några dagar upp till ett par veckor. Efter 30 dagar är 95% av patienterna blödningsfria. Flytningar kan pågå ända till stygnen försvunnit

(max. 8 veckor). Smärtorna efter en prolapsoperation är oftast mycket måttliga. I enkäten 8 veckor efter operationen anger 4 av 10 patienter att de inte har tagit smärtlindrande medicin hemma. 9 av 10 patienter har slutat med smärtlindrande medicin efter 2 veckor.

Oväntade besvär och komplikation efter operationen

Efter operationen kan oväntade besvär/komplikationer inträffa och 1-2 patienter av 10 söker sjukvården inom 8 veckor för det. Vanligast är lättbehandlad blås-/urinvägsinfektion (5 av 100), för mera allvarlig infektion finns en mycket liten risk: mindre än 1 av 100.

Om du skulle få feber över 38 grader, ökande smärtor, riklig blödning eller illaluktande flytningar under den närmaste tiden efter operationen **SKA** du kontakta sjukhuset.

Två månader samt ett år efter operationen

Vi vore mycket tacksamma om du även efter operationen kan besvara frågeformulär om hur du mår, hur resultatet blivit för dig och om det tillstött några komplikationer efter operationen. Där finns också frågor om du är nöjd eller missnöjd med resultatet av operationen.

Dessa frågeformulär får du efter cirka två månader, respektive efter ett år. Dina svar gör det möjligt för oss att avgöra om du behöver fortsatt kontakt, och för att följa upp och vidareutveckla våra behandlingar.

Vänliga hälsningar och tack på förhand

Referenser

- ¹ O'Brien L, McKeough C, Abbasi R. Pre-surgery education for elective cardiac surgery patients: a survey from the patient's perspective. *Aust Occup Ther J*. 2013 Dec;60(6):404-9.
- ² Vuorma S, Rissanen P, Aalto AM, Hurskainen R, Kujansuu E, Teperi J. Impact of patient information booklet on treatment decision - a randomized trial among women with heavy menstruation. *Health Expect*. 2003 Dec;6(4):290-7.
- ³ Ayyadhah Alanazi A. Reducing anxiety in preoperative patients: a systematic review. *Br J Nurs*. 2014 Apr 10-23;23(7):387-93.
- ⁴ Merle V, Marini H, Rongère J, Tavolacci MP, Scotté M, Czernichow P. Does an information leaflet about surgical site infection (SSI) improve recollection of information and satisfaction of patients? A randomized trial in patients scheduled for digestive surgery. *World J Surg*. 2011 Jun;35(6):1202-11; discussion 1212-3.
- ⁵ Felley C, Perneger TV, Goulet I, Rouillard C, Azar-Pey N, Dorta G, Hadengue A, Frossard JL. Combined written and oral information prior to gastrointestinal endoscopy compared with oral information alone: a randomized trial. *BMC Gastroenterol*. 2008 Jun 3;8:22.
- ⁶ Information om Nationella kvalitetsregistret för gynekologisk kirurgi [webbsida]. [läst 2014-02-10]. Tillgänglig via: <http://www.gynop.se/omgynop.htm>
- ⁷ Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, et al. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups (Review). *J Clin Nurs*. 2007 Jun;16(6):1000-11.
- ⁸ Schreier Margrit. 2012. *Qualitative Content Analysis in Practice*. 1. uppl. London: Sage Publications.
- ⁹ Halcomb EJ, Gholizadeh L, DiGiacomo M, et al. Literature review: considerations in undertaking focus group research with culturally and linguistically diverse groups (Review). *J Clin Nurs*. 2007 Jun;16(6):1000-11.
- ¹⁰ Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004 Feb;24(2):105-12.
- ¹¹ Clarke-Pearson DL, Geller EJ. Complications of hysterectomy. *Obstet Gynecol*. 2013 Mar;121(3):654-73.