

NÄR ÄR DET LÄMPLIGT ATT GÖRA HYSTEREKTOMI?

RAM-metoden en hjälp att hitta rätt behandlingsalternativ

RAM, Rand Appropriateness Method, är en i USA utvecklad metod för att bestämma lämpligheten av medicinska åtgärder. Den har i Sverige tidigare prövats inför beslut om kranskärlsinterventioner. Här presenteras RAM och resultatet från en svensk tillämpning av metoden i fall där hysterektomi övervägs som behandlingsalternativ.

När och hur hysterektomi bör göras har diskuterats i mer än 50 år. Tillstånd vid vilka hysterektomi ofta övervägs är cervixdysplasi, endometrios, menstruationsstörningar, myom, bäckensmärter, sammanväxningar, smärtsamma menstruationer samt uterus-, cervix- och ovarialcancer. Vid benigna sjukdomstillstånd bestäms värdet av det operativa ingreppet av den nytta det ger i form av minskat lidande och förbättrad livskvalitet.

Risker i samband med hysterektomi består av operationsmortalitet, intra- och postoperativ blödning, reoperation, skador på andra strukturer i buken, feber, urinvägsinfektion och sårinfektion.

Om man undantar mindre ingrepp som skrapningar och aborter är hysterektomi den vanligaste gynekologiska operationen. I Sverige utförs årligen omkring 9 000 hysterektomier [1]. Internationellt föreligger stora variationer. I Danmark, Finland och flera västeuropeiska länder utförs ungefär dubbelt så många hysterektomier per 100 000 kvinnor som i Sverige. Inom Sverige finns betydande regionala variationer i hur ofta hysterektomi företas (från 90 till 420 hysterektomier per

100 000 kvinnor och år) [2]. Variationen förklaras sannolikt av skillnader i lokala behandlingstraditioner.

Idag finns flera alternativ till borttagande av livmodern. Bland etablerade farmakologiska metoder kan nämnas fibrinolyshämmare, prostaglandinhämmare samt hormonella metoder som piller och gestagener. Nya alternativ är hormonspiralen samt GnRH-analogen. Bland nya kirurgiska metoder kan nämnas endometriresektion, som är ett mindre kirurgiskt ingrepp än hysterektomi.

Mot bakgrund av att behandlingsalternativen ökar och att det finns en stor variation i lokala behandlingsstrategier är det rimligt att ställa frågan: När är det lämpligt att göra hysterektomi?

Vi har försökt att ge ett svar med hjälp av en metod utvecklad av Rand Corporation, den s k Rand Appropriateness Method (RAM). Initiativet togs av den arbetsgrupp som på uppdrag av Medicinska forskningsrådet (MFR) och Språ förberedde den svenska konsensuskonferens om hysterektomi som ägde rum i november 1993 [3].

RAM-metoden

RAM är en metod för att fastställa när det är lämpligt att vidta medicinska och kirurgiska åtgärder. Till förutsättningarna hör att patienten är positiv till åtgärden och att man inte tar hänsyn till de ekonomiska kostnaderna. Metoden prövas också i Sverige inför beslut om kranskärlsinterventioner [4]. Den fullständiga rapporten om tillämpningen av metoden inför ställningstagande till hysterektomi kan rekvireras från Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik [5].

Med »lämplig» avses att nyttan för patienten är större än riskerna. När riskerna bedöms vara större än nyttan betraktas åtgärden som »olämplig». En mellankategori, som betecknas som »tveksam», innebär att risk och nytta är ungefär lika stora, eller att kunskapsunderlaget inte är tillräckligt för ett ställningstagande.

Arbetet inleds, *steg 1*, med att relevant vetenskaplig litteratur granskas och sammanställs, varefter en systematisk lista över alla kända indikationer

Den svenska RAM-panelen

I Sverige har RAM (steg 1 till och med steg 6) prövats vid ställningstagande till hysterektomi. Panelen sammansattes efter konsultation av de svenska specialistföreningarna för obstetrik och gynekologi och allmänmedicin. Den hade, i likhet med de flesta andra RAM-paneler, nio medlemmar. Till den aktuella panelen valdes fem kvinnor och fyra män så att geografisk spridning erhöles och samtliga vårdnivåer blev representerade.

Följande personer deltog:

Chefsöverläkare *Lars-Erik Sandholm*, kvinnokliniken, Karlskrona lasarett; överläkare *Birgitta Olsson*, kvinnokliniken, Visby lasarett; överläkare, docent *Staffan Nilsson*, kvinnokliniken, Falu lasarett; överläkare, docent *Ann-Sofi Colling-Saltin*, kvinnokliniken, Helsingborgs lasarett; privatpraktiker, med lic *Birgit Hassler*, Luleå; chefsöverläkare, docent *Tore H:son Holmdahl*, kvinnokliniken, Länssjukhuset, Kalmar; överläkare, docent *Lars Fåhraeus*, kvinnokliniken, Universitetssjukhuset, Linköping; distriktsläkare, docent *Cecilia Björkelund*, institutionen för allmänmedicin, Göteborg; distriktsläkare, med lic *Lena Karlberg*, Sollentuna vårdcentral; överläkare, docent *Kerstin Hagenfeldt* (ordförande), assisterad av överläkare, docent *Lennart Hahn*, *Steven J Bernstein*, M D, M P H (som medverkat vid utvecklingen av RAM), och docent *Bengt Brorsson*.

för åtgärden upprättas. För varje indikation anges relevanta symtom, diagnostiska test, tidigare behandlingar, ålder och paritet.

Steg 2 är att bilda en panel, tvärfackligt sammansatt, av experter som är förtrodda med åtgärden.

Steg 3 innebär att litteraturöversikten och indikationslistan skickas till panelmedlemmarna varvid de ombeds att läsa översikten, begrunda föreslagna definitioner samt att individuellt bedöma åtgärdens lämplighet vid var och en av indikationerna i listan.

Steg 4 innebär att panelmedlemmar- nas skattningar dataregistreras; tabeller som visar deras ställningstaganden tas

Författare

KERSTIN HAGENFELDT

docent, överläkare, kvinnokliniken, Karolinska sjukhuset, Stockholm

BENGT BRORSSON

docent, Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik, Stockholm.

Tabell I. Antal indikationer, medianskattningar och grad av enighet och oenighet mellan paneldeltagarnas första och andra omgång skattningar av indikationer för hysterektomi.

	Svensk panel		Amerikansk panel	
	Första bedömningen	Andra bedömningen	Första bedömningen	Andra bedömningen
Antal indikationer	2 332	1 826	2 104	2 332
Panelens median	2,7	2,2	2,6	2,8
Andel bedömningar (procent) där panelen var:				
Enig	44,3	67,4	48,1	60,5
Oenig	10,8	2,2	9,8	2,7
Panelens bedömning (procent)				
Lämpligt enligt enig panel (AA)	1,9	2,2	0,9	2,4
Lämpligt utan oenighet inom panelen (A)	3,9	3,1	3,1	5,2
Tveksamt eller panelen oenig (U)	27,4	17,8	17,1	23,1
Olämpligt utan oenighet inom panelen (I)	24,4	13,0	24,8	12,6
Olämpligt enligt enig panel (II)	42,3	63,9	47,2	56,7

fram. För var och en görs sedan en individuellt utskrift som visar dels hur samtliga avgivna bedömningar fördelar sig på skalan, dels det egna (preliminära) ställningstagandet. Ingen i panelen vet därför hur en annan panelmedlem ställt sig. De individuella skattningarna är anonyma.

Steg 5 är att kalla paneldeltagarna till ett sammanträde. Detta sträcker sig ofta över mer än en dag. Vid sammanträdet presenteras resultaten från steg 4. Deltagarnas uppgift vid mötet är att diskutera sina bedömningar, och då särskilt uppmärksamma de indikationer där spridningen i bedömningar är stor. Panelen kan också revidera indikationslistan genom att lägga till eller förkasta vissa grupper av indikationer eller ändra i definitioner, t ex genom att justera tröskelvärden.

Steg 6 innebär att panelmedlemmarna bedömer indikationerna en andra gång. Resultatet, i termer av medianskattningar och spridningar i skattningarna, används för att bestämma åtgärdens lämplighet vid var och en av indikationerna.

Steg 7 innebär att panelens ställningstagande jämförs med klinisk praxis.

Det är viktigt att påpeka att panelprocessen inte syftar till att deltagarna skall uppnå enighet, konsensus. Metoden har större likhet med en kvalificerad opinionsundersökning i flera steg än med en konsensuskonferens.

Genomförande

Den första bedömningsomgången ägde rum sommaren 1993. Paneldeltagarna bedömde då 2 332 indikationer enligt en lista som upprättats för en just avslutad amerikansk panel. De instruerades att grunda sina bedömningar på sina egna kliniska erfarenheter och tre vetenskapliga litteraturöversikter: en som tagits fram som underlag för den

svenska konsensuskonferensen om hysterektomi [6] och två som tagits fram av Rand Corporation [7, 8].

Vid ett andra sammanträde ströks ett antal indikationer som ej bedömdes relevanta för svenska förhållanden. Efter detta återstod 1 826 indikationer.

Metod för resultatberäkning

Paneldeltagarna avger sina bedömningar på en skala med nio skalsteg. Medianen av avgivna skattningar används som centralmått. När medianen är 1–3 betraktas åtgärden som »olämplig», när den är 4–6 är åtgärden »tveksam», när den är 7–9 är den »lämplig».

Spridningen i skattningarna används som mått på graden av enighet inom panelen [9]. Enligt en statistiskt grundad definition utgående från nio bedömare som registrerar sina bedömningar på en skala med nio skalsteg krävs, för att panelen skall betraktas som »enig», att högst två av bedömningarna faller utanför den trepunktsregion som innehåller medianen.

Panelen betraktas som »oenig» när medianen är 7–9 samtidigt som tre eller fler bedömningar faller i regionen 1–3, respektive när medianen är 1–3 och tre eller fler bedömningar faller i regionen 7–9. Indikationer där panelen är oenig förs till gruppen tveksamma indikationer.

Resultaten bör tolkas försiktigt

Resultaten bör, trots att de är mycket detaljerade, tolkas försiktigt. Viktiga skillnader kan finnas mellan patienter som bedömts som tillhörande samma kategori. Man bör å andra sidan beakta att skattningarna grundas på väl övervägda ställningstaganden av erfarna och med åtgärden väl förtrogna kliniker, och att ställningstagandena gjorts utan beaktande av ekonomiska faktorer.

Tabell I sammanfattar resultaten från

de preliminära och de slutliga bedömningarna. Vi har valt att även redovisa motsvarande uppgifter från den amerikanska panel som just avslutats när den svenska panelen gjorde sin första bedömning.

Tabellen visar att den svenska panelen vid sitt sammanträde strök ca 500 av den amerikanska panelens indikationer, att den genomsnittliga medianen sjönk, att graden av enighet i bedömningarna ökade avsevärt samt att graden av oenighet minskade betydligt. En liknande utveckling i riktning mot ökad enighet ägde rum i den amerikanska panelen.

Vid 94 av de 1 826 indikationerna (5,2 procent) bedömdes hysterektomi vara en lämplig åtgärd. Panelen var enig om hysterektomi vid 40 indikationer (2,2 procent).

Majoriteten av de indikationer där hysterektomi bedömdes lämplig faller inom kapiteln avseende endometriosis (12 indikationer), dysfunktionell blödning (18 indikationer), myom och blödning (14 indikationer), myom och smärtor/obehag (9 indikationer), myom och blödning samt smärtor/obehag (27 indikationer). Ingen indikation avseende icke symtomgivande myom, dysmenoré, kroniska ej cykliska bäckensmärter, ensidig adnexresistens eller familjär ovarialcancer bedömdes motivera hysterektomi.

Vid benigna tillstånd görs hysterektomi för att minska lidande och öka livskvalitet. Därför ansågs genomgående hysterektomi vara olämplig när kvinnan vill behålla sin livmoder. Panelen förutsatte därför genomgående att utredning visat att kvinnan är beredd att ta bort livmodern. Vidare beaktades genomgående om hon fyllt 40 år eller ej, om hon är pre- eller postmenopausal, samt paritet.

En svensk retrospektiv undersökning har visat att 68 procent av hysterektomierna 1992 gjordes på indikationerna blödningsrubbnings och myom [10].

Indikationer för hysterektomi

Vi har valt att redovisa de indikationer där panelen bedömde att hysterektomi är en lämplig åtgärd (dvs medianen av skattningarna i intervallet 7–9; högst två skattningar i intervallet 1–3). Inom gruppen lämpliga indikationer skiljer vi mellan dem där panelen var enig om att ingreppet är lämpligt (sju eller fler bedömningar i intervallet 7–9) och dem där spridningen i bedömningarna var större, dock inte så stor att det ovan definierade kriteriet på oenighet är uppfyllt. De förra betecknas i redovisningen AA, de senare A.

Kapitel 1. Cervixdysplasi. Vid tre av de 84 indikationerna i detta kapitel ▶

ANNONS

bedömdes hysterektomi lämplig. Dessa tre indikationer avsåg återkomst av CIN III/CIS (carcinoma in situ, svår dysplasi) efter minst två koniseringar. Hysterektomi bedömdes genomgående vara olämplig vid CIN I och CIN II.

Kapitel 2. Endometrios. Panelen underströk att det vid endometrios är olämpligt att inte samtidigt med bilateral salpingo-ooforektomi också göra hysterektomi.

Detta kapitel är det första där begreppet »betydande funktionsnedsättning» kommer till användning. Sådan ansågs föreligga när tillståndet medfört att kvinnan varit oförmögen att utföra sina normala uppgifter, t ex varit tvungen att stanna hemma från arbetet (i genomsnitt två dagar per månad under en följd av minst tre månader).

Hysterektomi bedömdes lämplig vid tolv av kapitlets 219 indikationer. Vid sju av dessa var panelen enig. Sex av indikationerna förutsatte att sjukdomen var symtomgivande och medförde betydande funktionsnedsättning samt att konservativ kirurgi prövats vid minst två tillfällen. Den sjunde av de indikationer där panelen var enig om hyster-

ektomi förutsatte svår endometrios (stadium 4 enligt American Fertility Societys klassifikation).

Panelens ställningstagande stöder den svenska traditionen att vid endometrios använda konservativ kirurgi och farmakologisk behandling.

Kapitel 3. Dysfunktionell blödning (menorragi och metrorragi). Panelen underströk att det *alltid* är olämpligt att göra hysterektomi på kvinnor med blödningsstörningar av okänd etiologi utan föregående preoperativ utredning. Vid ställningstagande till dessa tillstånd beaktades särskilt graden av anemi, omfattningen av tidigare läkemedelsbehandling och resultaten från den diagnostiska utredningen.

Panelen skilde mellan:

1. Normalt blodvärde (hemoglobin ≥ 120 g/l);

2. Lätt anemi (hemoglobin 100 till 120 g/l); och

3. Grav anemi (hemoglobin <100 g/l).

Med läkemedelsbehandling avsågs fibrinolyshämmare, prostaglandinsyntetashämmare och hormonterapi. De utredningar som panelen beaktade var en-

dometriebiopsi, dilatation och curettage (D&C) och hysteroskopi i kombination med antingen biopsi eller D&C.

Tabell II illustrerar panelens uppgift och vissa resultat. Den är ett utdrag av indikationer för hysterektomi vid dysfunktionell blödning.

Som framgår av tabellen tog panelen stor hänsyn både till om besvären medfört funktionsnedsättning samt till graden av anemi. Sammanlagt bedömdes ingreppet lämpligt vid 18 (A eller AA) av kapitlets 252 indikationer. Nio av dessa grundade sig på att symtomen återkommit efter endometriresektion. Detta speglar en i förhållande till resultatet av kartläggningen relativt restriktiv inställning [10]. Det bör noteras att endometriresektion var en relativt sällsynt åtgärd i Sverige under den första delen av 1992, då kartläggningen genomfördes.

Kapitel 4–8. Myom. Panelen granskade 937 indikationer för hysterektomi vid myom. Av dessa bedömdes 52 indikationer vara lämpliga, varav panelen var enig i 19 fall. 682 indikationer bedömdes olämpliga, varav panelen i 515 fall var enig om att hysterektomi är

Tabell II. Exempel på indikationer för hysterektomi vid dysfunktionell blödning. AA = lämplig enligt enig panel; A = lämplig; U = tveksam; I = olämplig; II = olämplig enligt enig panel.

	Normalt blodvärde		Lindrig anemi		Grav anemi	
	Ingen funktionsnedsättning	Betydande funktionsnedsättning	Ingen funktionsnedsättning	Betydande funktionsnedsättning	Ingen funktionsnedsättning	Betydande funktionsnedsättning
B. Vill inte behålla livmodern, är yngre än 40 år och har:						
Aktuell blödning, läkemedelsbehandling ej prövad						
Endometriresektion						
– Har ej barn	II	U	I	U	U	A
– Har barn	II	U	I	U	U	AA
Aktuell blödning, läkemedelsbehandling prövad						
Hysteroskopi + biopsi/D&C						
– Har barn	II	I	II	U	I	A
Endometriresektion						
– Har ej barn	I	U	U	A	U	AA
– Har barn	U	A	U	A	A	AA
C. Vill inte behålla livmodern, är 40 år eller äldre och har:						
Aktuell blödning, läkemedelsbehandling ej prövad						
Endometriresektion	I	U	U	A	U	AA
Aktuell blödning, läkemedelsbehandling prövad						
D&C	II	I	II	U	U	A
Hysteroskopi + biopsi/D&C	II	U	II	U	U	AA
Endometriresektion	U	U	U	AA	U	AA
D. Är postmenopausal, och har:						
Aktuell blödning, behandlas ej med hormonsubstitution						
Hysteroskopi + biopsi/D&C	II	II	II	U	I	A
Aktuell blödning, behandlas med hormonsubstitution						
Hormonsubstitution prövad och hysteroskopi + biopsi/D&C	I	U	U	A	U	AA

olämplig. En allmän observation är att panelen lade stor vikt vid förekomst av betydande funktionsnedsättning orsakad av blödning och/eller smärta/obehag. Inte vid någon indikation avseende icke symtomgivande myom bedömdes hysterektomi vara en lämplig åtgärd.

682 indikationer för hysterektomi vid myom avsåg kvinnor som ej fyllt 40 år. Av dessa bedömdes hysterektomi vara lämplig i 18 fall. Panelen var enig om lämpligheten av att företa hysterektomi i fem fall.

Indikationerna avseende myom var indelade i fyra kapitel avseende premenopausala och ett kapitel avseende postmenopausala kvinnor:

- 10 indikationer avsåg ej symtomgivande myom;
- 304 indikationer avsåg myom och blödning men ej smärtor/obehag;
- 92 indikationer avsåg myom och smärtor/obehag men ej blödning;
- 508 indikationer avsåg myom och blödning och smärtor/obehag;
- 23 indikationer avsåg kvinnor som uppnått menopaus och som har myom.

En enig panel bedömde att hysterektomi – med två undantag – är en olämplig åtgärd vid ej symtomgivande myom. Undantag gjordes för kvinnor äldre än 40 år med myom vars storlek motsvarar mer än 14 veckors graviditet och hos kvinnor yngre än 40 år med motsvarande livmoderstorlek, förutsatt att de har barn.

I de övriga tre kapitlen avseende myom modifierade den svenska panelen tidigare amerikanska definitioner på flera punkter. Nya indikationer definierades avseende patienter som genomgått såväl »hysteroskopi och biopsi, alternativt D&C». Man tog också bort alla indikationer som avsåg myomektomi, eftersom dessa indikationer inte bedömdes innehålla tillräcklig klinisk information för att utgöra en homogen grupp av patienter.

När panelen diskuterade den grupp av indikationer som avsåg myom och smärta/obehag utan samtidig blödningsstörning underströk man vikten av noggrann utredning för att utesluta andra orsaker till bäckensmärtorna. Den bör omfatta laparoskopi och/eller konsultation av andra specialister inom invärtes medicin, gynekologi, urologi, gastroenterologi eller primärvård alternativt colonröntgen, koloskopi, uretroscystoskopi, psykosocial utredning eller konsultation av smärtspecialist.

Förekomst av betydande funktionsnedsättning och svår anemi utgjorde viktiga faktorer för panelens ställningstagande till hysterektomi för kvinnor med myom och blödningsstörning och smärta/obehag.

Hysterektomi ansågs lämplig vid 14 av de 304 indikationer som avsåg myom och blödning men utan smärtor/obehag. Dessa indikationer förutsätter att hysteroskopi och biopsi, alternativt D&C, utförts. Elva av indikationerna förutsätter att kvinnan har såväl grav anemi som betydande funktionsnedsättning.

Hysterektomi bedömdes lämplig vid nio av de 92 indikationer som avsåg myom och smärta/obehag utan samtidig blödningsstörning. I samtliga fall förutsätts att behandling med smärtstillande medel eller hormoner först prövats. De två indikationer där hysterektomi av en enig panel bedömdes lämplig avser kvinnor vars livmoderstorlek motsvarar mer än 14 graviditetsveckor och kvinnor som besväras av icke-cyklisk smärta och som utretts med laparoskopi.

Hysterektomi bedömdes vara en lämplig åtgärd vid 27 av 508 indikationer avseende myom och blödning och smärtor/obehag. Vid 26 av dessa förutsätts att kvinnan har betydande funktionsnedsättning, vid 20 att kvinnan har grav anemi.

Hysterektomi bedömdes lämplig vid två av de 23 indikationer som avser postmenopausala kvinnor. Panelen var enig om att hysterektomi är lämplig om livmodern tillväxt snabbt och vid beslutstillfället motsvarar mer än tio graviditetsveckor, samt för kvinnor som utretts med hysteroskopi och biopsi, alternativt D&C, som besväras av blödningar trots hormonbehandling och vars livmoderstorlek motsvarar mer än tio veckors graviditet.

Kapitel 9. Bäckensmärtor och sammanväxningar. Kapitlet omfattar 48 indikationer vilka förutsätter att patienten har betydande funktionsnedsättning och har utretts med laparoskopi eller laparotomi med fynd förenliga med kronisk inflammatorisk sjukdom eller annan sammanväxningssjukdom. Förekomst av endometriosis skall ha uteslutits.

Hysterektomi bedömdes vara en lämplig åtgärd endast under förutsättning att kvinnan är äldre än 40 år, har svår sjukdom och har genomgått två eller flera försök med konservativ kirurgi.

Kapitel 10. Smärtsamma blödningar (dysmenorré). Patienter med myom, sammanväxningar, endometriosis eller kronisk icke-cyklisk bäckensmärta ingår ej i detta kapitel. Dysmenorrén förutsätts dels medföra betydande funktionsnedsättning, dels ha pågått i minst sex månader.

Kapitlet innehåller 30 indikationer. Hysterektomi bedömdes inte vara en lämplig åtgärd vid någon av dessa indi-

kationer. Panelen ställde sig emellertid tveksam till hysterektomi om patienten har genomgått laparoskopi och psykologisk bedömning och har prövat både prostaglandinsyntetashämmare och hormonsubstitution.

Kapitel 11. Kroniska icke-cykliska bäckensmärtor. Detta kapitel förutsätter att patienten utretts med laparoskopi eller laparotomi för att utesluta sammanväxningar och/eller endometriosis och fibroider. Det omfattar alla typer av smärtor eller obehag utom dysmenorré. Det förutsätts att patienten har betydande funktionsnedsättning. I denna grupp är hysterektomi en olämplig åtgärd om inte transvaginalt ultraljud, laparoskopi, eller laparotomi utförts.

Kapitlet innehåller 26 indikationer. Hysterektomi bedömdes inte lämplig vid någon av dessa. Panelen uttryckte tveksamhet endast vid ett fåtal av indikationerna.

Kapitel 12. Endometriehyperplasi. Kapitlet innehåller 54 indikationer. Hysterektomi bedömdes lämplig vid fyra av dessa indikationer, varav panelen var enig vid två. Hysterektomi bedömdes lämplig endast för kvinnor med atypisk hyperplasi och som prövat gestagener under minst sex månader.

Kapitel 13–15. Prolaps. Sammanlagt omfattar dessa kapitel 155 indikationer. Vid prolaps – utan urininkontinens – eller smärtor/tryckkänslor (19 indikationer) bedömdes hysterektomi lämplig endast om kvinnan har prolaps av fjärde graden.

Vid urininkontinens (56 indikationer) bedömdes hysterektomi lämplig för kvinnor som har fyllt 40 år och har prolaps av tredje eller fjärde graden oavsett om icke-kirurgisk behandling prövats.

Vid bäckensmärtor/tryck (80 indikationer) bedömdes hysterektomi lämplig för kvinnor som fyllt 40 år och som har prolaps av tredje eller fjärde graden.

För kvinnor som ej fyllt 40 år bedömde panelen att hysterektomi var lämplig endast vid prolaps av fjärde graden; för kvinnor över 40 år endast vid prolaps av grad tre eller grad fyra.

Kartläggningen identifierade endast två sådana fall [10], och enligt Socialstyrelsens slutenvårdsstatistik för 1991 gjordes endast 2 procent av hysterektomierna på indikationen prolaps. Detta stöder panelens uppfattning och svensk terapeutisk praxis, nämligen att företa prolapskirurgi enligt Manchestermetoden. Den restriktiva inställningen till hysterektomi vid prolaps och bäckensmärtor/tryck är konsekvent med den terapeutiska traditionen i Sverige, dvs att använda andra kirurgiska metoder än

hysterektomi vid prolaps och urininkontinens.

Kapitel 16. Ensidig adnexresektions. Dessa indikationer förutsätter diagnos med ultraljud, datortomografi (CT), magnetisk resonanstomografi (MRI), laparoskopi eller laparotomi. I fall med ensidig adnexresistens av okänd etiologi där laparotomi ej gjorts kan beslut om hysterektomi fattas först i samband med att laparotomi genomförs.

Kapitel 17. Familjär ovarialcancer. Detta kapitel bygger på att hysterektomi företas i samband med profylaktisk bilateral ooforektomi. Panelen ställde sig tveksamt till ingreppet, oavsett kvinnans ålder.

Kapitel 18. Övrigt. Här återfinns diagnoser som t ex cervixpolyper, endometriepolyper, svår mental utvecklingsstörning, önskan om sterilisering, cancerskräck, premenstruellt syndrom, icke symtomgivande uterin retroversion och uterin retroversion med dyspareuni.

Hysterektomi bedömdes inte lämplig vid någon av de 13 indikationerna i detta kapitel. Hysterektomi på indikationen sterilisering bedömdes olämplig av den svenska panelen.

Kommentar

Resultat från tidigare undersökningar med RAM-metoden, som tidigare oftast tillämpats på diagnostik och behandling av koronarkärlsjukdomar, tyder på ett varierande och ofta betydande överutnyttjande av de medicinska metoder som studerats. Man har emellertid inte funnit att överutnyttjandet samvarierar med volymen av vidtagna åtgärder. En jämförelse mellan USA (där man gör relativt sett flest kranskärlsangiografier och bypassoperationer i världen) och Storbritannien (där man relativt sett gör få sådana ingrepp) visade att andelen genomförda åtgärder som av respektive lands panel bedömts som olämpliga var ungefär lika stor i båda länderna (omkring 20 procent) [11].

Vilken nivå är den optimala? När man jämförde de båda panelernas bedömningar av indikationerna fann man att den brittiska panelen jämfört med den amerikanska ställde högre krav på vetenskapligt stöd för åtgärden, att patienten hade svåra symtom och att optimal läkemedelsbehandling hade prövats.

När dessa förutsättningar inte var för handen bedömde den brittiska panelen oftare än den amerikanska att åtgärden var olämplig (i båda panelerna ingick två thoraxkirurger, tre kardiologer, en

allmänläkare, två invärtesmedicinare och en radiolog).

RAM är resurskrävande i sin nuvarande utformning. Erfarenheter från de två svenska panelerna visar att deltagarna inledningsvis uppfattade uppgiften som besvärlig men att tillfället till gemensam diskussion väl motiverade arbetsinsatsen. Liknande erfarenheter har man från de många paneler som genomförts i USA. Någon formell studie av RAMs kostnadseffektivitet har inte redovisats.

Utvecklingsarbete bedrivs på många fronter för att förbättra metoden. Ett av dessa syftar till att reducera antalet indikationer i listan genom att vid urvalet ta hänsyn till i praktiken vanligt förekommande indikationer. Man fann t ex i den ovan citerade jämförelsen mellan USA och England att endast ca 15 procent av indikationerna i listan kom till användning när rekommendationerna tillämpades på ett urval patienter.

En mycket viktig metodfråga är om, och i så fall hur, panelens sammansättning påverkar bedömningarna. Hur tillförlitligt är ett påstående att 21 procent av alla åtgärder av en viss typ är tveksamma eller olämpliga? Rand Corporation har redovisat flera undersökningar kring denna fråga. Man har bl a jämfört resultaten från fem parallellt genomförda paneler [12]. Resultaten tyder på att de panelmedlemmar som själva utför den aktuella åtgärden oftare än andra anser att åtgärden är motiverad. Man fann vidare att den gemensamma diskussionen inte syntes påverka dem som inte själva utförde åtgärden i riktning mot att inta den mer aktiva inställning som representerades av dem som själva praktiserade åtgärden.

Man drar slutsatsen att det är viktigt att panelerna har en tvärfacklig sammansättning. Man konstaterar dock att sambandet mellan rekommendation och resultat av åtgärden måste beläggas innan det är möjligt att avgöra vilken grupp som gör den mest korrekta bedömningen. Man menar också att indikationer där experternas uppfattningar markant skiljer sig bör utvärderas.

Paneldeltagarna har att förlita sig på tillgänglig litteratur och den egna kliniska erfarenheten. När nya vetenskapliga resultat tillkommer kan inställningen till indikationerna förändras, antingen genom nya insikter om den aktuella åtgärden eller genom att nya behandlingsalternativ tillkommer som påverkar valet av strategi. Kriterierna för när en åtgärd är lämplig måste hållas a jour med kunskapsläget.

Ungefär samtidigt med den svenska hysterektomipanelen genomfördes en liknande panel i USA [13]. En grov jämförelse av resultaten visar en högre grad av enighet inom den svenska pane-

len än den amerikanska (67,4 versus 60,5 procent). Även andelen indikationer där hysterektomi bedömdes olämplig var större i Sverige (63,9 procent versus 56,7 procent). Dessa skillnader kan mycket väl förklaras av skillnader i panelernas sammansättning. I den svenska panelen ingick sju gynekologer och två allmänläkare medan det i den amerikanska ingick fem gynekologer, två allmänläkare och två invärtesmedicinare. En annan förklaring är skillnader i medicinsk praxis i de båda länderna.

Det mest iögonfallande är emellertid de stora likheterna i inställning i de båda panelerna.

De stora lokala variationer som observerats inom Sverige motiverar väl en prospektiv studie på grundval av de rekommendationer som lämnats av den svenska panelen.

Litteratur

1. Socialstyrelsen. Det svenska slutenvårdsregistret. Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
2. Eckerlund I, Sörensen K. Kvinnoklinikerna 1992. Sammanställning grundad på kvinnoklinikernas summariska årsrapporter Spri, Projekt PM. Stockholm: Spri, 1992.
3. Konsensusuttalande. Ta bort livmodern? Orsaker, metoder och alternativ. Stockholm: Spri, 1994. (Spri tryck 248).
4. Johansson SR, Brorsson B, Bernstein SJ. Coronary artery bypass graft and percutaneous transluminal coronary angioplasty. Stockholm: Swedish Council on Technology Assessment in Health Care, 1993.
5. Statens beredning för utvärdering av medicinsk metodik (SBU). Hysterectomy – Ratings of appropriateness. SBU-report No. 125E. Stockholm: PrintCenter, 1995.
6. Hahn L. Hysterektomi. En litteraturoversikt. Stockholm: Medicinska forskningsrådet, 1993.
7. Bernstein SJ, McGlynn EA, Kamberg CJ, Chassin MR, Goldberg GA, Siu AL et al. Hysterectomy. A literature review and ratings of appropriateness. Santa Monica, California: Rand, 1992.
8. Bernstein SJ, McGlynn EA, Fiske ME, Kamberg CJ, Siu AL, Brook RH. Hysterectomy. A review of the literature regarding risks and complications. Santa Monica, California: Rand, 1993.
9. Moses LE, Emerson JD, Hosseini H. Analyzing data from ordered categories. N Engl J Med 1984; 311: 442-8.
10. Brorsson B, Schedvins K. Indications for elective hysterectomy in Sweden 1992. In: Proceedings and abstracts for the consensus development conference on hysterectomy, Stockholm, October 16–18, 1993. Stockholm: Medical Research Council, 1993 (in Swedish).
11. Bernstein SJ, Koseoff J, Gray D, Hampton JR, Brook RH. The appropriateness of the use of cardiovascular procedures. British versus US perspectives. Int J Technol Assess Health Care 1993; 9: 3-10.
12. Kahan JP, Park RE, Leape LL, Bernstein SJ, Hilborne LH, Parker L et al. Variations by specialty in physician ratings of the appropriateness and necessity of indications for procedures. Medical Care (in press).
13. Bernstein SJ, Fiske ME, McGlynn EA, Gifford BS. Hysterectomy: Indications, effectiveness and risks. Santa Monica, California: Rand, 1995.