

Vurdering af rekreationsbehovet efter hysterektomi

Reservelæge Peter Johansen,
reservelæge Shamael Khalaf Abbas Al-Khafagi,
reservelæge Lisbeth Marianne Thøstesen,
overlæge Finn Friis Lauszus &
overlæge Kjeld Leisgård Rasmussen+

Regionshospital Vest, Herning, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling

Resume

Introduktion: Rekreationsperioden efter hysterektomi varierer fra afdeling til afdeling og afhænger af mange ikkelægelige forhold. Den givne rekreationsanbefaling er sjældent dokumenteret videnskabelig, ligesom det ikke har sammenhæng med, hvorledes kvinderne forvalter denne rekreationsanbefaling i ikkeprojektorienteret regi. Med henblik på at belyse hvorledes en gruppe hysterektomerede kvinders postoperative periode forløb, har vi foretaget en dagbogsanalyse over otte uger.

Materiale og metoder: I perioden fra juli 2005 til juni 2006 indgik alle afdelingens hysterektomerede kvinder i et dagbogsprojekt, såfremt de opfyldte følgende kriterier: Operationen var indikeret af meno-metroragi, dysplasi, tryksymptomer eller smerter, kvinden var under 60 år, dansktalende og i fast arbejde. Rekreationsanbefalingerne fra afdelingens side var fire uger ved vaginal og seks uger ved abdominal hysterektomi. Kvinderne udfyldte postoperativt en gang om ugen et spørgeskema med otte spørgsmål om deres velbefindende og aktivitetsniveau.

Resultater: Enoghalvfjerds kvinder indgik i analysen. Under halvdelen af kvinderne var begyndt at arbejde en uge efter den anbefalede rekreationsperiode. To tredjedele havde genoptaget fritidsaktiviteter, mens knap halvdelen af de seksuelt aktive kvinder havde genoptaget samlivet som før operationen.

Konklusion: Flertallet af kvinderne forlænger på eget initiativ sygemeldingen ud over det af afdelingen anbefalede, selv om de anbefalede perioder er forholdsvis lange. Det er tvivlsomt, om man kan reducere den reelle rekreationsperiode ved blot at reducere den anbefalede rekreationsperiode.

Anbefalinger af rekreationsstider efter kirurgi afhænger af talrige ikkelægelige faktorer, eksempelvis geografi, tradition, individuelle patientkarakteristika, præoperativ information og adgang til betalt sygefravær. Hertil kommer, at læger inden for selv begrænsede geografiske områder giver vidt forskellige anbefalinger [1, 2]. Generelt har man tidligere givet rekreationsanbefalinger, som i dag anses for unødvendigt lange. Mens det er evident, at man ved systematisk gennemførte tiltag kan reducere indlæggelsestiden efter kirurgiske indgreb, herunder hysterektomi [3-6], er det uvist, i hvilken grad accelererede patientforløb nedsætter rekreationsbehovet efter en operation. Visse forfattere synes, at rekreationsbehovet efter dette indgreb generelt kan sættes til 2-3 uger, men hele indlæggel-

sens *set-up* gør det accelererede forløb mindre egnet til direkte sammenligninger med undersøgelser af sygdomsfølelse og rekreationsperioder efter konventionelt udført hysterektomi, som naturligt ikke støtter denne korte rekreation [7, 8]. Længden af den anbefalede rekreationsperiode har selvindlysende store samfundsøkonomiske konsekvenser, da flertallet af de kvinder, som får foretaget hysterektomi, er i den erhvervsaktive alder. Om end der ikke findes minutiøse sundhedsøkonomiske analyser over resurseforbruget efter hysterektomi, skønner man traditionelt, at op mod halvdelen af det samlede resurseforbrug ved indgrebet hos den erhvervsaktive kvinde skyldes den ikkesygehusrelaterede periode, dvs. rekreationsperioden.

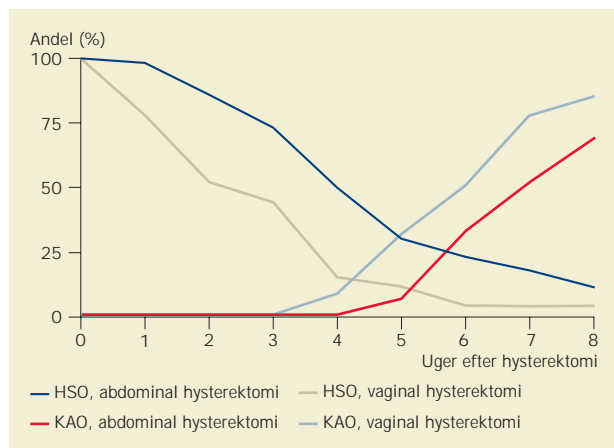
På denne baggrund har vi fundet det af interesse at undersøge, hvorledes en gruppe hysterektomerede kvinders umiddelbare postoperative periode forløb med hensyn til selvrporteret velbefindende og aktivitetsniveau. Det overordnede formål var at få en dokumenteret rettesnor for afdelingens fremtidige rekreationsanbefalinger efter indgrebet.

Materiale og metoder

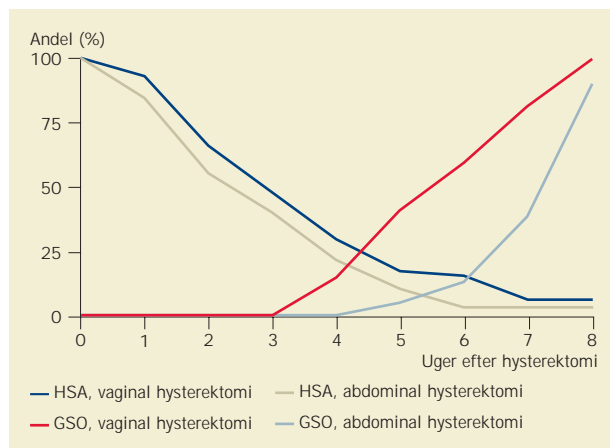
På Gynækologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning, foretages der årligt 200-250 hysterektomier på benign indikation. Patienterne indgik i det aktuelle projekt, såfremt de i perioden fra den 1. juli 2005 til den 30. juni 2006 blev hysterektomeret på grund af blødningsforstyrrelser, cervixdysplasi, uterusrelaterede underlivssmerter eller tryksymptomer. De skulle tillige være dansktalende, under 60 år og have et fast arbejde at vende tilbage til efter indgrebet. Kvinderne blev ekskluderet, hvis de blev opereret for descensus, såfremt man uventet fandt betydelig endometriose eller malign sygdom og hvis de fik foretaget en reoperation ud over småkorrektioner, såsom vulvoplastik. Det accepteredes, at kvinderne fik foretaget indgreb på salpinx og/eller ovarier, havde organlæsion, som sutureredes peroperativt, eller havde antibiotikakrævende rødme i såret. I afdelingens officielle ferieperioder, hvor der foregik en vis elektiv aktivitet, blev der ikke inkluderet patienter. Visitation til abdominal eller vaginal hysterektomi foregik efter afdelingens sædvanlige retningslinjer, og undersøgelsen var således ikke designet til en sammenligning af disse operationsmetoder. Der blev præ- og postoperativt givet afdelingens vanlige informationer og rekreationsanbefaling, som uanset arbejdets art var fire uger efter vaginal og seks uger efter abdominal hysterektomi, men med vægt lagt på det individuelle rekreationsbehov. Samlivet blev anbefalet genoptaget efter tre uger.

Alle inkluderede patienter fik efter forudgående information og accept udleveret en dagbog med otte spørgsmål, som skulle besvares en gang om ugen i otte uger. Således er uge 0 i

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL



Figur 1. HSO = Andelen af hysterektomerede kvinder, som angav at bruge smertestillende medicin efter operationen. KAO = Andelen af kvinder, som var gået på arbejde efter operationen.



Figur 2. HSA = Andelen af hysterektomerede kvinder, som angav, at smerter efter operationen forhindrede dem i at gå på arbejde. GSO = Andelen af hysterektomerede kvinder, som havde genoptaget samlivet efter operationen.

første uge efter operationen og uge 8 i niende uge (Figur 1 og Figur 2). Spørgsmålene drejede sig om smerter, kvalme og utilpashed, træthed, aktivitetsniveau, seksuel aktivitet og om, hvorvidt patienten var begyndt at arbejde (Tabel 1). Når de otte uger var gået, indsendte patienten dagbogen til projektlederen i en frankeret svarkuvert. Undervejs blev patienten ringet op af projektdeltagerne 1-2 gange for at sikre, at dagbogen blev udfyldt efter hensigten. Der blev ved disse kontakter ikke taget stilling til eventuelle helbredsproblemer, der principielt henvistes til vurdering hos egen læge. Kvinden blev desuden opfordret til at besvare spørgsmålene uafhængigt af den givne rekreationsanbefaling.

Data fra dagbøgerne blev indtastet i dataark og bearbejdet i statistisk software SPSS version 13.0. Analyse af observationstid til en defineret hændelse blev gjort med Kaplan-Meiers metode. Potentielle variable som fysisk arbejde (0,1), tunge løft (0,1), uddannelsesniveau (akademiker og ikkeakademiker), aldersgruppe (< 45,5 og > 45,5 år = median), nedsat arbejdstid (0,1) og nuværende stilling (akademisk stilling og ikkeakademisk stilling) blev sammenlignet ved hjælp af log-rank-test efter passende datagruppering (angivet i parentes).

Resultater

Enoghalvfjerds kvinder indgik i undersøgelsen. Heraf havde 27 fået foretaget vaginal hysterektomi, og 44 havde fået foretaget abdominal hysterektomi (Tabel 2). Svarene fra kvinder, der havde fået foretaget vaginal og abdominal hysterektomi afbildes af anskuelighedsgrunde i samme figur, men som anført kan der ikke drages sammenligninger mellem operationsmetoderne. Efter tre uger var kvalme og utilpashed ikke et problem hos 95% af kvinderne, mens daglige gøremål på det tidspunkt kunne klares af hhv. 75% og 99% af de vaginalt og abdominalt opererede. Samtidig brugte ca. 45% fortsat smertestillende medicin (Figur 1).

Under halvdelen havde genoptaget arbejdet en uge efter

den af afdelingen anbefalede rekreationsperiode (Figur 1), derimod angav kun hhv. 10% og 20% af de vaginalt og abdominalt opererede kvinder at have smerter (Figur 2), og hhv. 20% og 10% angav, at træthed forhindrede dem i at gå på arbejde. Daglige gøremål kunne klares af næsten alle hhv. allerede tre og fire uger efter vaginal og abdominal hysterektomi. Fritidsaktiviteter var genoptaget af 75% ved rekreationsperiodens afslutning, og en uge efter den anbefalede rekreationsperiode havde halvdelen af de seksuelt aktive kvinder endnu ikke genoptaget samlivet i normalt omfang (Figur 2). Mindre end 90% genoptager samlivet på det tidspunkt, hvor det anbefales.

Diskussion

Rekreationsbehovet efter hysterektomi har gennem flere år været genstand for diskussion. Møller *et al* gennemgik en række randomiserede eller retrospektive studier af blandt andet rekreationsperiodens længde efter abdominal og vaginal hysterektomi [7] og konkluderede, at de gennemgåede undersøgelser var vanskelige at vurdere, da de næppe beskrev den optimale situation, hvor man ved et multimodalt rehabiliteringsprogram ville kunne komme ned på et par ugers sygemelding. Ved egne undersøgelser bekræftede Møller *et al*, at denne korte rekreationsperiode kunne opnås i en projektpopulation [6]. Andre undersøgere, som tog udgangspunkt i en konkret standardbehandling, var ikke i stand til at eftergøre Møller *et al*'s data. Rasmussen *et al* fandt en overraskende lang periode med sygdomsfølelse på 8-9 uger efter hysterektomi [8], og i flere andre undersøgelser blev der fundet rekreationsperioder på 28-42 dage efter vaginal eller abdominal hysterektomi [7, 9]. En del af forklaringen på disse divergerende data ligger givetvis i, at patientens forventninger i høj grad indstilledes efter de anbefalinger, som det lokale sundhedspersonale gav, ligesom projektpopulationer oftest er rensset for patienter med konkurrerende sygdomme eller komplice-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

rede forløb. Forskellen i sygdomsfølelse og forventninger i den postoperative forløb, fandt *Jensen*, korrelerede dårligt med objektive mål for rekreation i en randomiseret undersøgelse efter kolorektal operation [10]. Netop ved hysterektomi anses hyppigheden af større eller mindre komplikationer for at være relativt høj [11]. I denne undersøgelse, hvor sygemeldingen fra afdelingens side blev angivet til at vare henholdsvis 28 dage og 42 dage, fandt vi, at kvinderne hurtigt genoptog huslige aktiviteter og med nogen forsinkelse fritidsaktiviteter. Derimod var overraskende få i arbejde en uge efter den anbefalede rekreationsperiode, og disse kvinder må således have fået forlænget sygemeldingen via egen læge. Efter laparoskopisk kolecystektomi med accelereret forløb fandt *Bisgaard* den samme tendens til, at patienterne på eget initiativ forlængede sygemeldingen ud over den ud fra objektive kriterier anbefalede rekreationsperiode [5].

DeCherney et al fandt, at moderat til svær postoperativ træthed fandtes hos to tredjedele af patienterne fire uger efter hysterektomi [12], mens *Hebenkamp et al* angav, at smerter var til stede hos 25% fire uger efter en abdominal hysterektomi [13], hvilket er i overensstemmelse med vore data (Figur 1). I vores undersøgelse kan hverken smerter, træthed eller kvalme give en tilstrækkelig forklaring på den lange rekreationsperiode, da hyppigheden af disse faktorer ligger på et lavere niveau end hyppigheden af forlænget sygemelding. Imidlertid svarer summen af faktorer godt til antallet af patienter, der ikke er påbegyndt arbejde i fuldt omfang, men ikke hvis nedsat tid regnes med.

Alvorlige komplikationer i det postoperative forløb medførte efter protokollen, at patienterne blev ekskluderet fra undersøgelsen og kan heller ikke tjene som forklaring. Det er således næppe muligt at afgøre, om kvindernes og omgivelsernes forventninger på trods af afdelingens anbefaling gjorde, at rekreationsperioden blev forlænget, eller om kvinderne fysisk og psykisk ikke var i stand til at gå på arbejde. Den lange periode, inden samlivet blev genoptaget (< 50% efter 5-6 uger, Figur 2) kunne indirekte tyde på det sidste og er også fundet af andre [14].

Vore data er indhentet prospektivt og er derfor ikke udsat for bias på grund af erindringsforskydninger. Det er patienternes egne opgivelser, og for at minimere misforståelser har vi haft kontakt til dem en eller flere gange under observations-

Table 1. Spørgsmål i dagbogen efter hysterektomi.

Basisoplysninger	
Stilling, uddannelse, ugentlig arbejdstid, mulighed for arbejde på nedsat tid, tunge løft, fysisk tungt eller fysisk let arbejde	
Spørgsmål	
1. Anvender du stadig smertestillende medicin på grund af operationen?	<input type="checkbox"/> Ja, hver dag <input type="checkbox"/> Ja, men kun en gang imellem <input type="checkbox"/> Nej
2. Er du begyndt at gå på arbejde efter operationen?	<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, på nedsat tid <input type="checkbox"/> Ja, på fuld tid
3. I hvilken grad forhindrer smerter dig i at gå på arbejde?	<input type="checkbox"/> I høj grad <input type="checkbox"/> I nogen grad <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> Slet ikke
4. I hvilken grad forhindrer træthed dig i at gå på arbejde?	<input type="checkbox"/> I høj grad <input type="checkbox"/> I nogen grad <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> Slet ikke
5. I hvilken grad forhindrer kvalme og utilpashed dig i at gå på arbejde?	<input type="checkbox"/> I høj grad <input type="checkbox"/> I nogen grad <input type="checkbox"/> I let grad <input type="checkbox"/> Slet ikke
6. I hvilken grad kan du klare daglige gøremål som madlavning og rengøring?	<input type="checkbox"/> Slet ikke <input type="checkbox"/> I meget begrænset omfang <input type="checkbox"/> I noget omfang <input type="checkbox"/> Næsten uden begrænsning <input type="checkbox"/> I fuldt omfang
7. I hvilken grad har du genoptaget dine fritidsaktiviteter som motion, sport og lignende?	<input type="checkbox"/> Slet ikke <input type="checkbox"/> I meget begrænset omfang <input type="checkbox"/> I noget omfang <input type="checkbox"/> Næsten uden begrænsning <input type="checkbox"/> I fuldt omfang
8. I hvilket omfang har du genoptaget det seksuelle samliv med din mand?	<input type="checkbox"/> Slet ikke <input type="checkbox"/> I noget omfang <input type="checkbox"/> Fuldstændig som før operationen

perioden. En svaghed ved vore data er den begrænsede undersøgelsespopulation, som dog delvist kompenseres af en kraftig restriktion via in- og eksklusionskriterierne. Idet vi sikrede os, at spørgsmålene blev forstået ens, sikrede vi os, at data fra de enkelte kvinder kan sammenlignes eksternt. På denne baggrund finder vi, at vore data er troværdige.

Det er væsentligt, at de rekreationsanbefalinger, som patienter får fra de behandlende afdelinger, baseres på et realistisk skøn. I skønnet skal indgå en vurdering af, hvor mange patienter man vil dække, og hvor mange der må forventes at skulle have sygemeldingen forlænget via egen læge. I denne undersøgelse ville en rekreationsperiode, som dækkede eksempelvis 75% af patienterne, kræve seks uger efter vaginal og otte uger efter abdominal hysterektomi. Det er i slående kontrast til *Møller et al's* projektpatienter, hvor næsten alle hysterektomerede gik på arbejde efter 2-3 uger [6]. Der synes således at være en kløft mellem de anbefalinger, de fleste afdelinger giver, og det, som patienterne gør uden for de rent eksperimentelle situationer.

Der er ikke nogen dokumentation for, at en isoleret reduktion i den anbefalede rekreationsperiode medfører, at den reelle rekreationsperiode falder, og en for kort rekreationsanbefaling kan være til frustration for såvel patient som læge. Vi anbefaler, at det i en større skala undersøges, hvor længe hysterektomerede kvinder reelt er sygemeldt, og på hvilken baggrund sygemelding ud over for eksempel fire uger sker. Indtil sådanne data sikrer en solid baggrund for rekreationsanbefalingerne, vil vi foreslå 3-5 ugers rekreation efter vaginal og 5-7 ugers rekreation efter abdominal hysterektomi. Det er

Table 2. Basisoplysninger for 71 hysterektomerede kvinder.

	Operationstype		
	abdominal	vaginal	i alt
Antal patienter	44	27	71
Gns. alder ± SD, år	45,4 ± 6,7	44,6 ± 5,8	45,1 ± 6,3
Gns. antal arbejdstimer ± SD	35,5 ± 6,1	33,65 ± 10	34,8 ± 7,8
Mulighed for nedsat tid, n (%)	21 (48)	16 (59)	37 (52)
Mange tunge løft, n (%)	25 (57)	16 (59)	41 (58)
Intet seksuelt samliv, n (%)	2 (5)	1 (4)	3 (4)

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINALARTIKEL

dog væsentlig at give patienten information om, at rekreativ-
onsanbefalinger efter hysterektomi i høj grad er individuelle.

Korrespondance: Finn Friis Lauszus, Gynækologisk-obstetrisk Afdeling, Region-
shospitalet Herning, DK-7400 Herning. E-mail: affl@ringamt.dk.

Antaget: 29. september 2007

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Møller C, Ottesen M, Kehlet H et al. Rekonvalescensrekommendationer efter hysterektomi. Ugeskr Læger 2001;163:7043-7.
2. Kehlet H, Callesen T. Rekonvalescensanbefalinger efter herniekirurgi. Ugeskr Læger 1998;160:1008-9.
3. Majeed AW, Brown S, Williams N et al. Variation in medical attitudes to postoperative recovery period. BMJ 1995;311:296.
4. Jakobsen DH, Sonne E, Andreasen J et al. Convalescence after colonic surgery with fast track vs. conventional care. Colorect Dis 2006;8:683-7.
5. Bisgaard T. Sygemelding og rekonvalescens efter laparoskopisk kolocystektomi? Ugeskr Læger 2005;167:2627-9.
6. Møller C, Kehlet H, Friland SG et al. Fast track hysterectomy. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;98:18-22.
7. Møller C, Kehlet H, Ottesen BS. Hospitalisering og rekonvalescens efter hysterektomi. Ugeskr Læger 1999;161:4620-4.
8. Rasmussen KL, Hansen V, Madzak F et al. Sygdomsfølelse efter hysterektomi. Ugeskr Læger 2001;163:7040-2.
9. Oscarsson U, Poromaa IS, Nüssler E et al. No differences in length of hospital stay between laparoscopic and abdominal supravaginal hysterectomy – a preliminary study. Acta Obstet Gynecol Scand 2006;85:682-7.
10. Jensen MB, Hessov I. Randomization to nutritional intervention at home did not improve postoperative function, fatigue or well-being. Br J Surg 1997;84:113-8.
11. Møller C, Kehlet H, Utzon J et al. Hysterektomi i Danmark. Ugeskr Læger 2002;164:4539-45.
12. DeCherney AH, Bachmann G, Isaacson K et al. Postoperative fatigue negatively impacts the daily lives of patients recovering from hysterectomy. Obstet Gynecol 2002;99:51-7.
13. Hehenkamp WJK, Volkers NA, Birnie E et al. Pain and return to daily activities after uterine artery embolization and hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids: Results from the randomized EMMY trial. Cardiovasc Intervent Radiol 2006;29:179-87.
14. Ayoubi JM, Fanchin R, Monrozies X et al. Respective consequences of abdominal, vaginal, and laparoscopic hysterectomies on women's sexuality. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003;111:179-82.

Internationalt adopterede – forbrug af sundhedsydelser

En dansk opfølgingsundersøgelse

MPH Lotte Fock

Sundheds CVU Nordjylland, University College,
Viden- og udviklingscentret, i samarbejde med Forskningsenhed
for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus

Resume

Introduktion: 29-55% af de internationalt adopterede børn er ved ankomsten til adoptivfamilien præget af infektioner, fejlernæring, væksthæmning og forsinket motorisk udvikling. Formålet var at undersøge, om internationalt adopterede børn har en øget risiko for at få brug for sundhedsydelser i forhold til ikkeadopterede.

Materiale og metoder: Der blev foretaget en historisk opfølgingsundersøgelse af en fikseret kohorte af børn, der var internationalt adopteret til familier i Nordjyllands Amt i perioden 1995-1998, og en kontrolgruppe. Adoption var eksponering, og brug af sundhedsydelser var udfald. Data fra Landspatientregistret om indlæggelser på et somatisk hospital og data fra Sygesikringsregistret om ydelser fra alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger blev indsamlet. Relativ risiko for indlæggelse på hospital og brug af ydelser fra speciallæge blev fulgt fire år efter ankomsten. Det gennemsnitlige antal indlæggelser og forbrug af ydelser fra alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger blev fulgt i fem år.

Resultater: De adopterede havde 61% større risiko for at blive indlagt og 34% større risiko for at få brug for ydelser fra praktiserende speciallæge end de ikkeadopterede, ligesom de adoptere-

des gennemsnitlige antal indlæggelser og forbrug af ydelser fra speciallæge var forøget. Det gennemsnitlige forbrug af ydelser fra praktiserende læge var forøget med 10% i det første år efter ankomsten, men der var ikke forskel i det samlede gennemsnitsforbrug.

Konklusion: De adopterede havde i forhold til ikkeadopterede en øget risiko for at blive indlagt og få brug for ydelser fra praktiserende speciallæger.

Det er estimeret, at der i 1980-1989 på verdensplan blev foretaget ca.180.000 internationale adoptioner, adoption af børn fra udviklingslande til vestlige lande [1]. Det er anslået, at tallet i 1990'erne er steget yderligere [2]. Norden er det sted i verden, hvor der relativt set foretages flest internationale adoptioner. I 1998 var der i Norge, Sverige og Danmark en adoptionsratio, antal adoptioner af udenlandske børn pr. 1.000 indenlandske fødsler, på henholdsvis 11,2, 10,8 og 9,9 [2]. Der er siden 1970 blevet adopteret ca. 21.000 udenlandske børn til Danmark, og det årlige antal har siden 1980 været 500-700 børn [3], svarende til 1-1,3% af det årlige antal fødsler. Børnenes levevilkår inden adoptionen har været præget af dårlige sociale, hygiejniske og ernæringsmæssige forhold med risiko for udvikling af sundhedsproblemer [4]. Kliniske undersøgelser af børn, der var adopteret til de skandinaviske lande,