
Vi trenger et kvalitetsregister for genital descenskirurgi

DEBATT

KRISTINA HALVORSEN

khalvo@vestreviken.no

Kristina Halvorsen er lege i spesialisering ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Vestre Viken, Drammen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir at hun mottar støtte fra Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til opprettelse av nytt pasientforløp og et lokalt kvalitetsregister for descenskirurgi i Vestre Viken, Drammen.

KRISTINE FLATEN

Kristine Flaten er seksjonsoverlege ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Vestre Viken, Drammen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

GUNHILD NYGAARD

Gunhild Nygaard er overlege ved Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Vestre Viken, Drammen.

Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Årlig opereres flere tusen kvinner med genital descens uten at vi vet hvordan det går med dem. Det er på tide med et nasjonalt kvalitetsregister.

Genital descens rammer opp mot 50 % av postmenopausale kvinner [\(1\)](#). I tillegg til plager i form av trykk/globusfølelse i underlivet samt påvirket vannlatning og avføring, kan tilstanden påvirke seksualliv, selvfølelse og livskvalitet [\(2\)](#). Livstidsprevalensen for genital descenskirurgi (ofte forkortet

POP-kirurgi etter den engelske betegnelsen *pelvic organ prolapse*) varierer mellom 7–19 % (3, 4). Årlig utføres ca. 4 000 genitale descensoperasjoner i Norge, fordelt på 44 gynekologiske avdelinger.

Fra 1979–2006 var genital descenskirurgi den hyppigste kirurgiske årsaken til planlagt heldøgns innleggelse av kvinner over 70 år i USA (5). Ulike kirurgiske metoder kan benyttes. Uterus kan fjernes eller bevares, og fremfallet kan korrigeres i fremre/bakre skjedevegg og/eller vaginaltoppen. Vaginalkirurgi er vanligst, men også laparoskopi benyttes. Forsøk på behandling med kunstig nett ble introdusert på 90-tallet – godt hjulpet av en ivrig industri – men førte til flere langtidskomplikasjoner uten bedre operasjonsresultat (6).

«Vi er overrasket over at så mange som halvparten av kvinnene operert for genital descens har hatt behov for oppfølging i løpet av det første postoperative året»

Selv om mange blir fornøyde etter operasjonen, er dette en type kirurgi der residiv er relativt hyppig med reoperasjon av så mange som 17 % i enkelte materialer (4). En norsk avhandling fant lavere reoperasjonstall, mellom 2,6–8,9 %, avhengig av kirurgisk metode (7).

Ulikhet i helsetilbud

Helseatlas for gynekologi 2015–2017 viser stor geografisk variasjon i raten for utført genital descenskirurgi i Norge (8). Behandlingsratene for opptaksområdene med lavest og høyest operasjonsrate varierte fra 9 til 34 operasjoner per 10 000 kvinner/år i perioden. Den store variasjonen blir i rapporten betegnet som uberettiget.

Som del av et kvalitetsforbedringsprosjekt, har vi ved Gynekologisk avdeling i Vestre Viken, Drammen, opprettet et lokalt kvalitetsregister for genital descenskirurgi. Vi er overrasket over at så mange som halvparten av kvinnene operert for genital descens har hatt behov for oppfølging i løpet av det første postoperative året. Typiske problemstillinger er spørsmål om residiv, plager med vannlatning, avføring, smerter eller seksualfunksjon som har tilkommet eller blitt verre etter operasjonen. Tidligere hadde vi ingen standardisert oppfølging av disse pasientene. Vi har nå opprettet et pasientforløp der de som trenger det får oppfølging, samtidig som nødvendig data innhentes til kvalitetsregisteret. Arbeidet med å etablere et pasientforløp og kvalitetsregister er omfattende, og fra et faglig, helseøkonomisk og pasientperspektiv bør det komme flere til gode.

For lite kunnskap

Vi finner det paradoksalt at det ennå ikke har blitt opprettet et nasjonalt kvalitetsregister for genital descenskirurgi i Norge. Kvinnene behandles på symptomindikasjon, og residiv eller plager etter operasjon er relativt hyppig forekommende. Sprikende og til dels manglende kunnskapsgrunnlag om effekt av behandling og behov for kvalitetsregistre innenfor fagfeltet er også påpekt av det internasjonale urogynekologiske miljøet (9, 10). Innenfor det norske gynekologiske miljøet er det etablert kvalitetsregistre med høy dekningsgrad innenfor både endoskopi og inkontinenskirurgi.

«Vi finner det paradoksalt at det ennå ikke har blitt opprettet et nasjonalt kvalitetsregister for genital descenskirurgi i Norge»

Et lignende nasjonalt kvalitetsregister for genital descenskirurgi vil gi den enkelte gynekologiske avdeling mulighet til fortløpende å følge kvaliteten på behandlingen som gis og forhåpentligvis bidra til en utjevning av den uberettigede variasjonen i dagens praksis. Et slikt register vil også kunne benyttes til forskning og mer kunnskap om et utbredt kvinnehelseproblem.

LITTERATUR

1. Swift SE. The distribution of pelvic organ support in a population of female subjects seen for routine gynecologic health care. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 277–85. [PubMed][CrossRef]
2. Lowder JL, Ghetti C, Nikolajski C et al. Body image perceptions in women with pelvic organ prolapse: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 441.e1–5. [PubMed][CrossRef]
3. Smith FJ, Holman CD, Moorin RE et al. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 1096–100. [PubMed][CrossRef]
4. Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO et al. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol* 1997; 89: 501–6. [PubMed][CrossRef]
5. Oliphant SS, Jones KA, Wang L et al. Trends over time with commonly performed obstetric and gynecologic inpatient procedures. *Obstet Gynecol* 2010; 116: 926–31. [PubMed][CrossRef]
6. Dällenbach P. To mesh or not to mesh: a review of pelvic organ reconstructive surgery. *Int J Womens Health* 2015; 7: 331–43. [PubMed][CrossRef]
7. Oversand SH, Staff AC, Spydsaug AE et al. Long-term follow-up after native tissue repair for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor*

Dysfunct 2014; 25: 81–9. [PubMed][CrossRef]

8. Helseatlas. Gynekologi 2015–2017.

<https://helseatlas.no/atlas/155/instant-atlas> Lest 1.2.2021.

9. Abdelrahman A, Moore A, Trochez R. Editorial: use of surgical databases in urogynaecology. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2019; 30: 851–2.

[PubMed][CrossRef]

10. Toozs-Hobson P, Freeman R, Barber M et al. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for reporting outcomes of surgical procedures for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2012; 23: 527–35. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 7. mars 2021. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.21.0062

Mottatt 22.1.2021, godkjent 3.2.2021.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 4. juni 2026.