



Årsredovisning avseende inkontinensoperationer år 2014

Återrapport från Gynop-registret

Författare: Maud Ankardal registeransvarig inkontinensregistret, Hallands sjukhus Halmstad

**REGISTRET UNDERSTÄLLT SFOG
RAPPORTEN DISTRIBUTERAD JULI 2015**

Innehållsförteckning

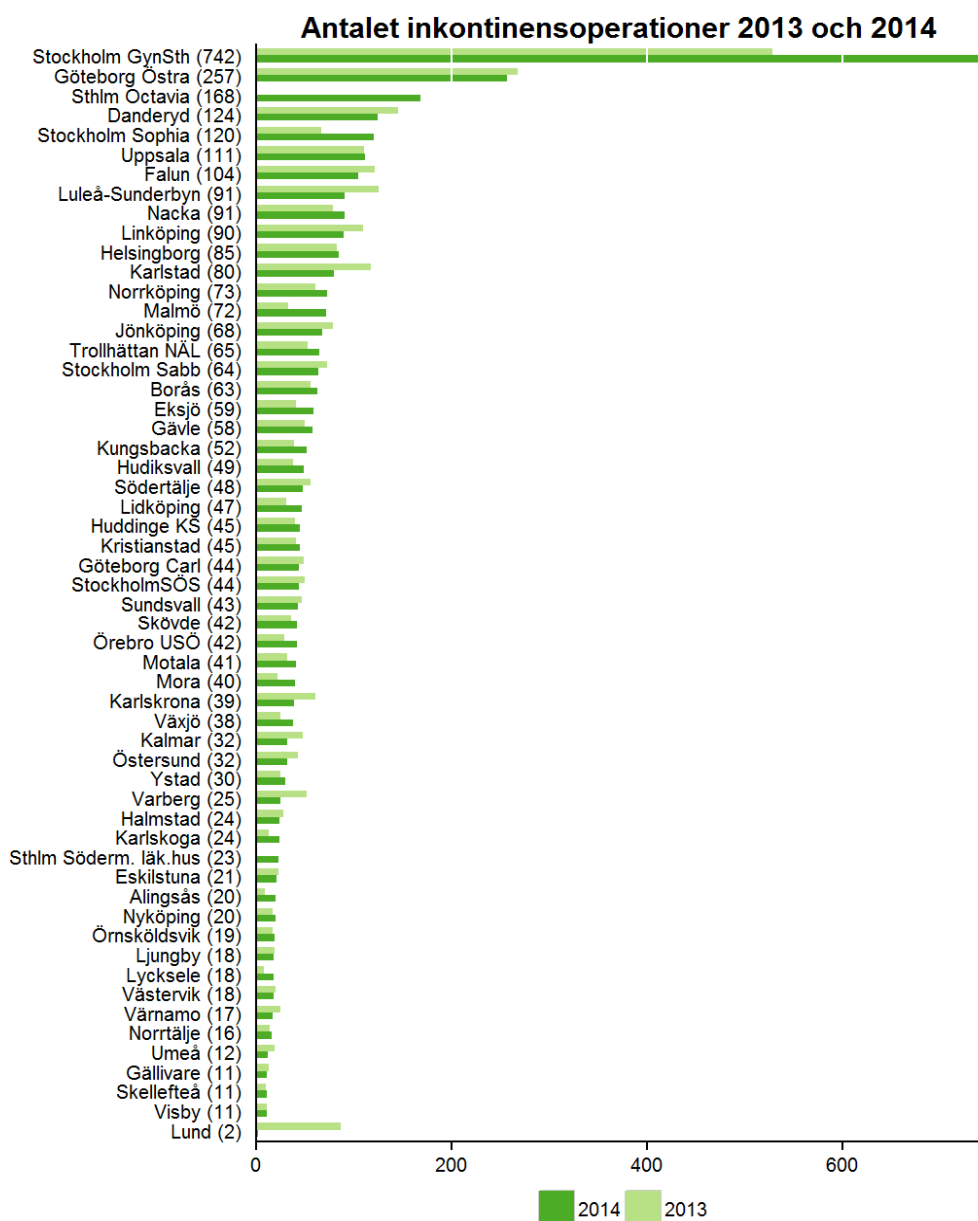
Utförda operationer.....	2
Olikheter i riket	3
Standardpatient	3
Vilka operationsmetoder används?	5
Vilka patienter opereras?	7
Vilka ålderskategorier opereras?	9
Peroperativa data	10
Operationstid	12
Vårdtid.....	13
Antibiotikaprofylax.....	15
Cystoskopi	16
8-veckorsenkäten.....	17
Komplikationer.....	18
Öppna Jämförelser	19
Sjukskrivning	21
ADL	22
Patientönskemål om kontakt.....	23
Klinikens agerande på patientönskemål om kontakt	24
Inkontinensoperationer utförda år 2013 - 1-årsresultat	25
Läckage.....	26
Nöjdhet	28
Förbättring	30
Kommentarer	32
Ordlista	33

Utförda operationer

Under 2014 registrerades 3649 inkontinensoperationer i Gynop-registret mellan datumen 2014-01-02 och 2015-01-02. För analys av 8-veckorsenkäten har vi valt att analysera de patienter som opererades mellan 2013-09-01 och 2014-09-01 för att ge så många som möjligt chansen att svara på enkäten.

Under denna period opererades 3390 kvinnor för inkontinens. För analys av 1-årsenkäten har vi valt att analysera de patienter som opererades mellan 2012-09-01 och 2013-09-01. Under denna period opererades 3328 kvinnor för inkontinens.

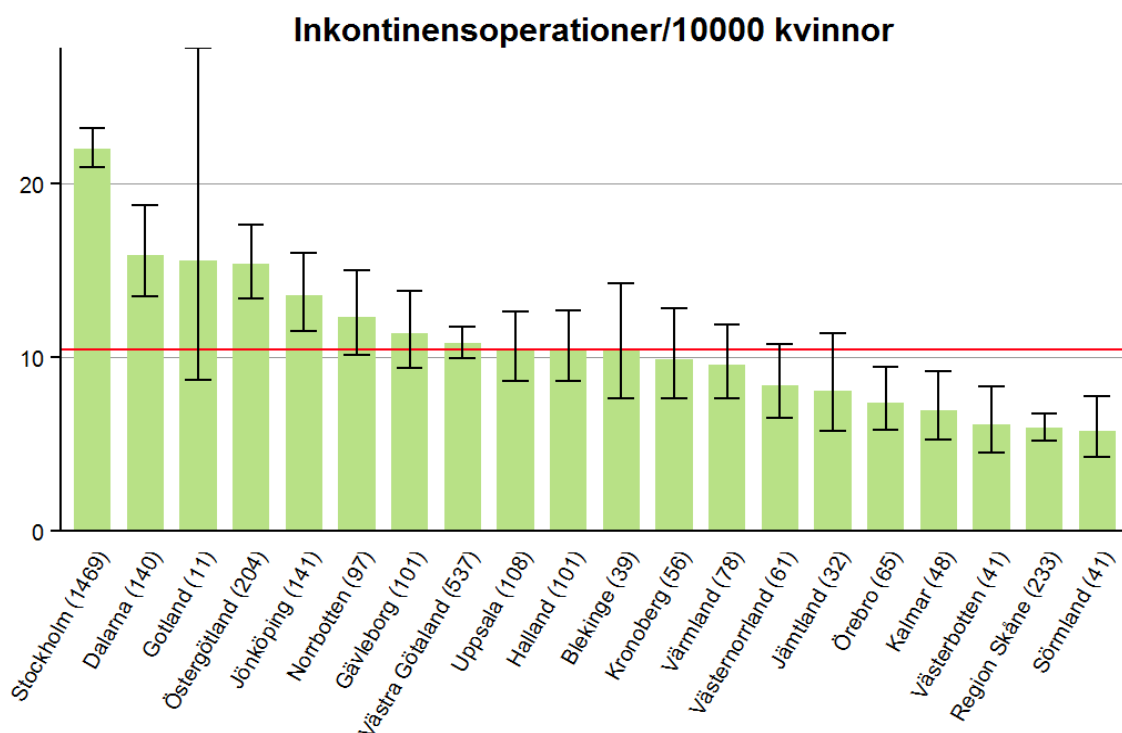
Av de kvinnor som opererades under 2014 så har 146 (4 %) kvinnor uppgett att de tidigare har opererats för inkontinens, medan antalet recidiv uppgivet av läkare är 210 (5.8%).



Figur 1. Antal utförda inkontinensoperationer år 2013 och 2014, per klinik. Antalet opererade 2014 inom parentes

Olikheter i riket

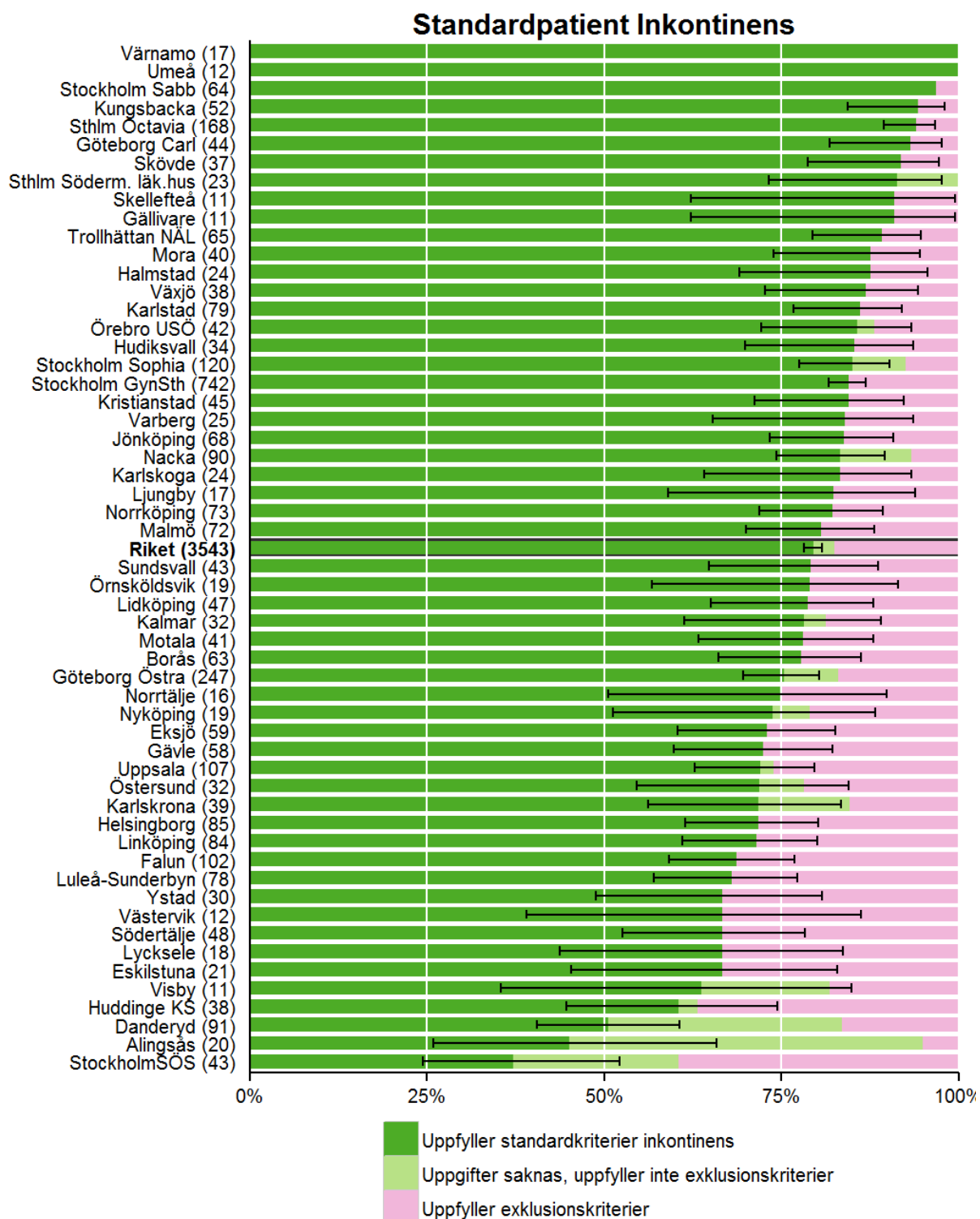
Som tidigare redovisar både stora och små kliniker en stor variation i hur många inkontinensingrepp som utförs varje år. Diskussioner har förts om hur få ingrepp per klinik eller operatör som är rimligt, utifrån effekt och säkerhetsaspekt och enligt NMI bör > 20 inkontinensoperationer/år vara ett minimum på klinikinivå. Det råder även stora skillnader mellan antalet operationer/10 000 kvinnor i olika geografiska områden där en fyrfaldig skillnad råder. Nedanstående figur är baserad på inkontinensingrepp redovisade i GynOp och GKR utifrån klinikkens geografiska tillhörighet och andelen kvinnor mellan 30 och 80 år skrivna i detta landsting och jag hoppas den skall hjälpa oss att driva rättvisedebatten om jämlik vård vidare.



Figur 2. Antal inkontinensoperationer/10 000 kvinnor (ålder 30-80 år), hämtat från Gynop-registret och GKR år 2014

Standardpatient

Standardpatienterna, enligt den definition som infördes förra året, utgör 77 % av inkontinensoperationerna år 2014. En standardpatient är < 70 år, har ett BMI < 35 och ASA 1 eller 2. Hon genomgår en primär operation för urininkontinens med någon av de tre slyngteknikerna TVT, TVT-O eller TOT och förväntas därför inte behöva remitteras bort från någon av de kliniker som opererar inkontinens, utav medicinska skäl. Kliniker med stor andel icke standardpatienter får sannolikt tolkas vara remissmottagande från andra kliniker. Några sjukhus saknar redovisning av parametrar som ingår i definitionen för standardpatient, vilket innebär att uppgifterna inte kan värderas korrekt. Andelen standardpatienter/sjukhus redovisas nedan.



Figur 3. Fördelning av standardpatienter per klinik för inkontinensopererade år 2014

Vilka operationsmetoder används?

Som tidigare år är det slyngplastikerna som dominerar helt och bland dem är den klassiska, retro-pubiska TVT fortfarande vanligast förekommande med 47.7 % av alla inkontinensoperationer. Av obturatorimetoderna står TVT-O för 21.5 % och TOT för 25.4 % av alla. Minislyngorna (enbart i vagina) utgör mindre än 2 % av ingreppen. Utöver inkontinensslyngorna registrerades under 2014 51 periuretrala injektioner, 1.4 % av inkontinensingreppen.

Botoxinjektion vid idiopatisk överaktiv blåsa är registrerat för 11 patienter. Denna grupp skiljer sig från övrig inkontinenskirurgi, då det dels gäller en helt annan indikation för behandling och att det i metoden är inbyggt att behöva upprepa behandlingen med 6-12 månaders intervall, vilket inte stämmer så väl med registrets uppbyggnad med 8-veckors- och 1-årsuppföljning. En anpassning för att dessa patienter skall kunna följas på ett lämpligare vis är planerad, men tills förändringen är på plats, så föreslår jag att befintligt register används så långt det är möjligt. Det ger oss en uppfattning av omfattningen av Botoxbehandling inom kvinnosjukvården. Synpunkter på utformningen tar jag gärna emot.

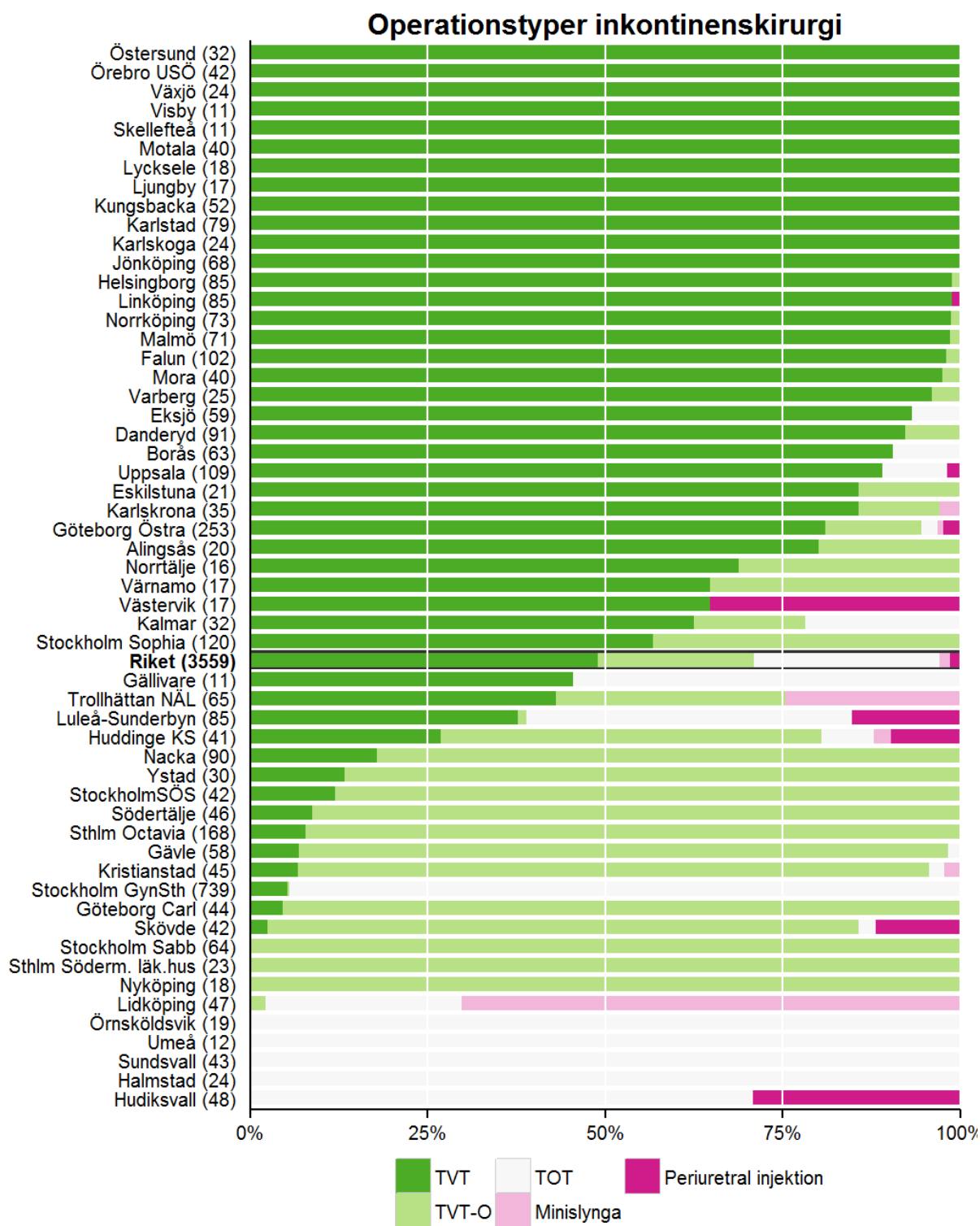
Uppgift om vilken metod som använts saknas för 2.2 %.

En jämförelse med föregående år visas nedan:

Tabell 1. Operationstyp år 2013 och 2014

Operationstyp	Antal 2014	Andel (%)2014	Antal 2013	Andel(%) 2013
TVT	1742	47.7	1797	54.4
TVT-O	784	21.5	616	18.7
TOT	928	25.4	759	23.0
Minislynga	54	1.5	44	1.3
Periuretral injektion	51	1.4	33	1.0
Botoxinjektion	11	0.3	3	0.1
Uppgift saknas	79	2.2	50	1.5

De olika metoderna fördelar sig på de ingående sjukhusen så att det oftast finns en dominerande metod av slyngteknikerna och relativt få operationer utförs därför med andra metoder. Endast ett tiotal sjukhus har en jämnare fördelning mellan två likvärdigt vanliga tekniker, vilket skulle kunna innebära att det finns strategier för urval av operationsmetod vid kliniken, men också att metoden är rent operatörsbunden och valet slumpmässigt fördelat. Någon närmre analys av detta är inte utförd.



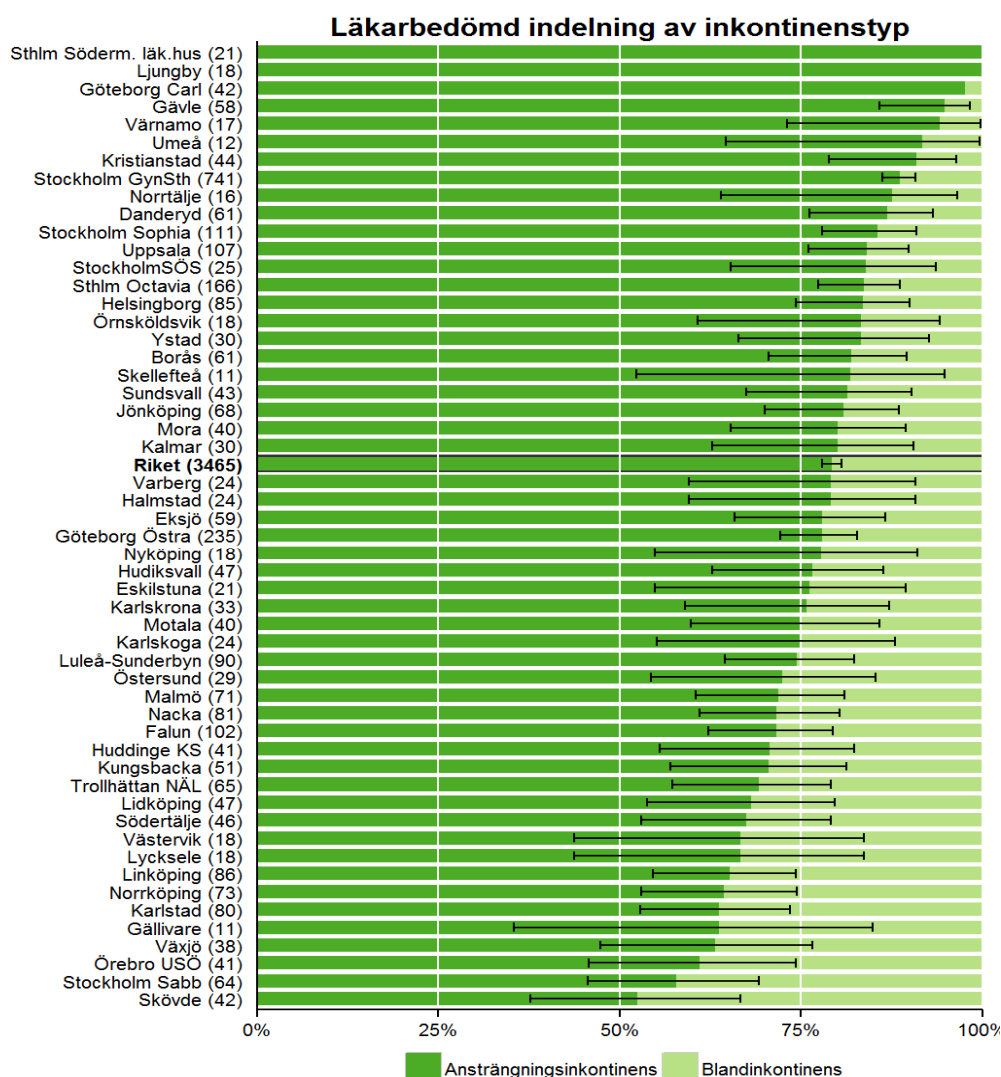
Figur 4. Operationstyper vid inkontinensoperation år 2014.

Vilka patienter opereras?

I likhet med föregående år är det en stor spridning mellan sjukhusen när det gäller hur stor andel av patienterna, som enligt läkarens bedömning har blandinkontinens. Jämfört med Rikets drygt 20 % redovisar några sjukhus inga patienter med blandinkontinens och landets största enhet Gyn Stockholm c:a 10%. De högsta redovisade andelarna av blandinkontinens är 40 – 50 % vid enstaka kliniker.

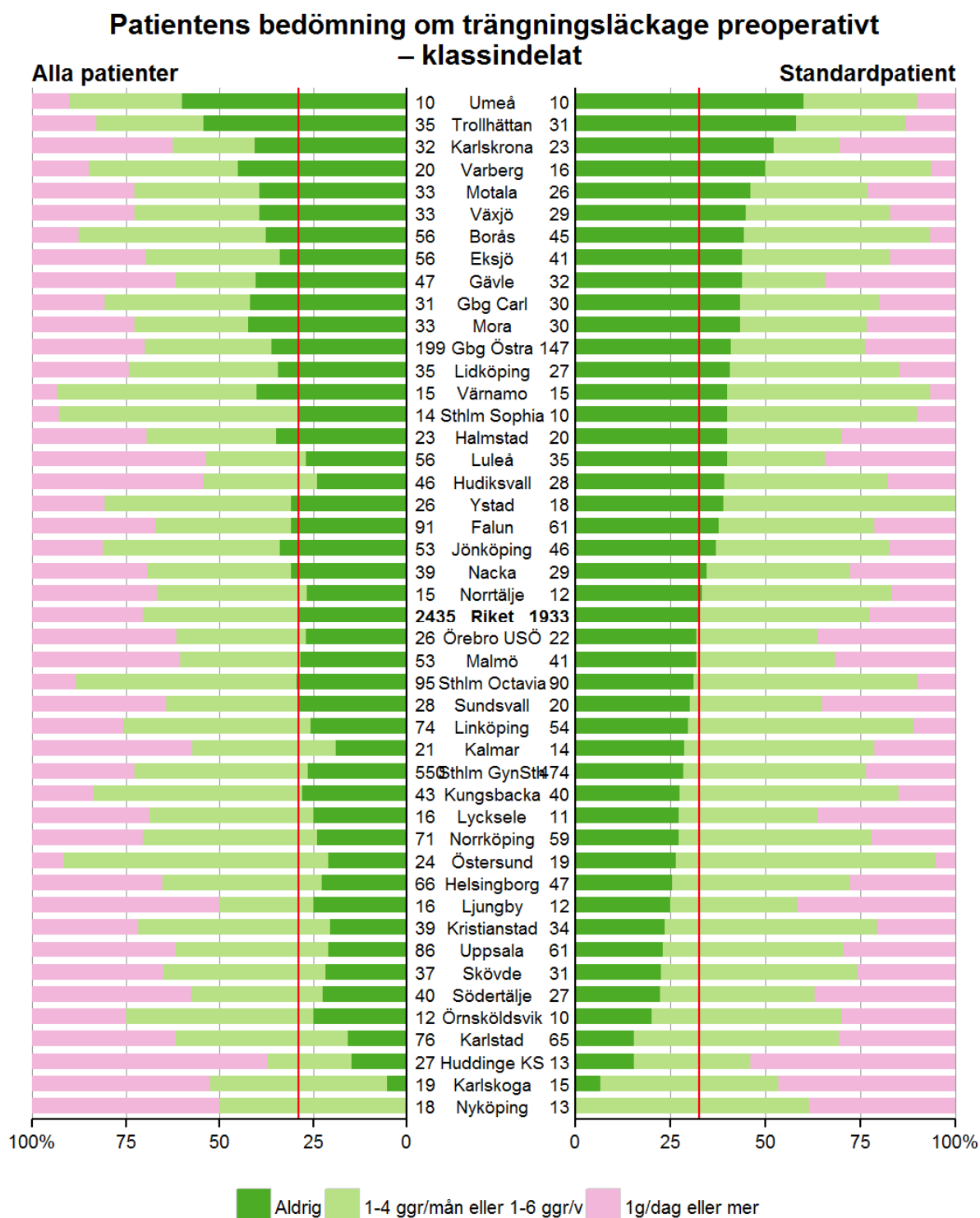
Vid användarmötet i april 2015 togs frågan upp om vilken läkare som fyller i preoperativa anamnes-/statusformuläret och sätter indikationen ansträngnings- eller blandinkontinens. Är det operatören, den som beslutar om kirurgi eller en inskrivande läkare, som eventuellt inte har tillräcklig erfarenhet för att diagnostisera detta? En lägre andel blandinkontinenta kunde urskiljas hos kliniker som ägnade stor vikt vid att behandla blandinkontinens innan beslut om operation och en högre hos kliniker som möjligen är mer "ärliga" och inte väljer ansträngningsinkontinens om man "inte riktigt säkert vet".

Nedan ses fördelningen mellan klinikerna utifrån läkarbedömd indikation för operation.



Figur 5. Inkontinenstyp, läkarbedömd inför operation

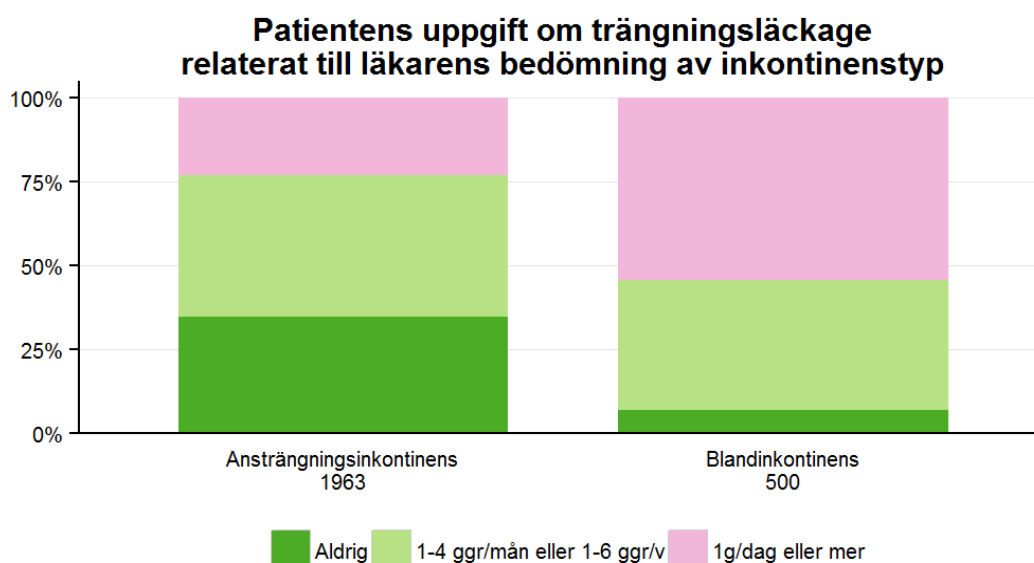
Det blir än mer intressant när man sedan jämför med patienternas egen redovisning av om de före operationen haft besvär med trängningsläckage, utöver sitt övriga ansträngningsläckage. Det är då 2/3 av alla patienter som uppger att de har blandat läckage och en 1/4 av standardpatienterna har dagliga besvär med trängningsläckage. Även här kan man se en stor spridning mellan klinikerna.



Figur 6. Patientens uppgift om trängningsläckage från enkät preoperativt. Till vänster visas alla patienter, till höger endast standardpatienter

I figuren nedan visas hur patientens uppgifter matchar läkarnas indikationsdiagnos. Det förefaller finnas en större samstämmighet mellan läkare och patient i de fall där läkaren angivit blandinkontinens, dvs den mindre andelen av alla. I gruppen med ansträngningsinkontinens, flertalet av patienterna, döljer sig en relativt större del kvinnor med blandat läckage, se nedan.

En god utredning och tydlig information till kvinnor med trängningsproblematik eller blandinkontinens om det resultat som kan förväntas för dem och vid behov annan behandling mot trängningarna är ändå det viktigaste för kvaliteten.

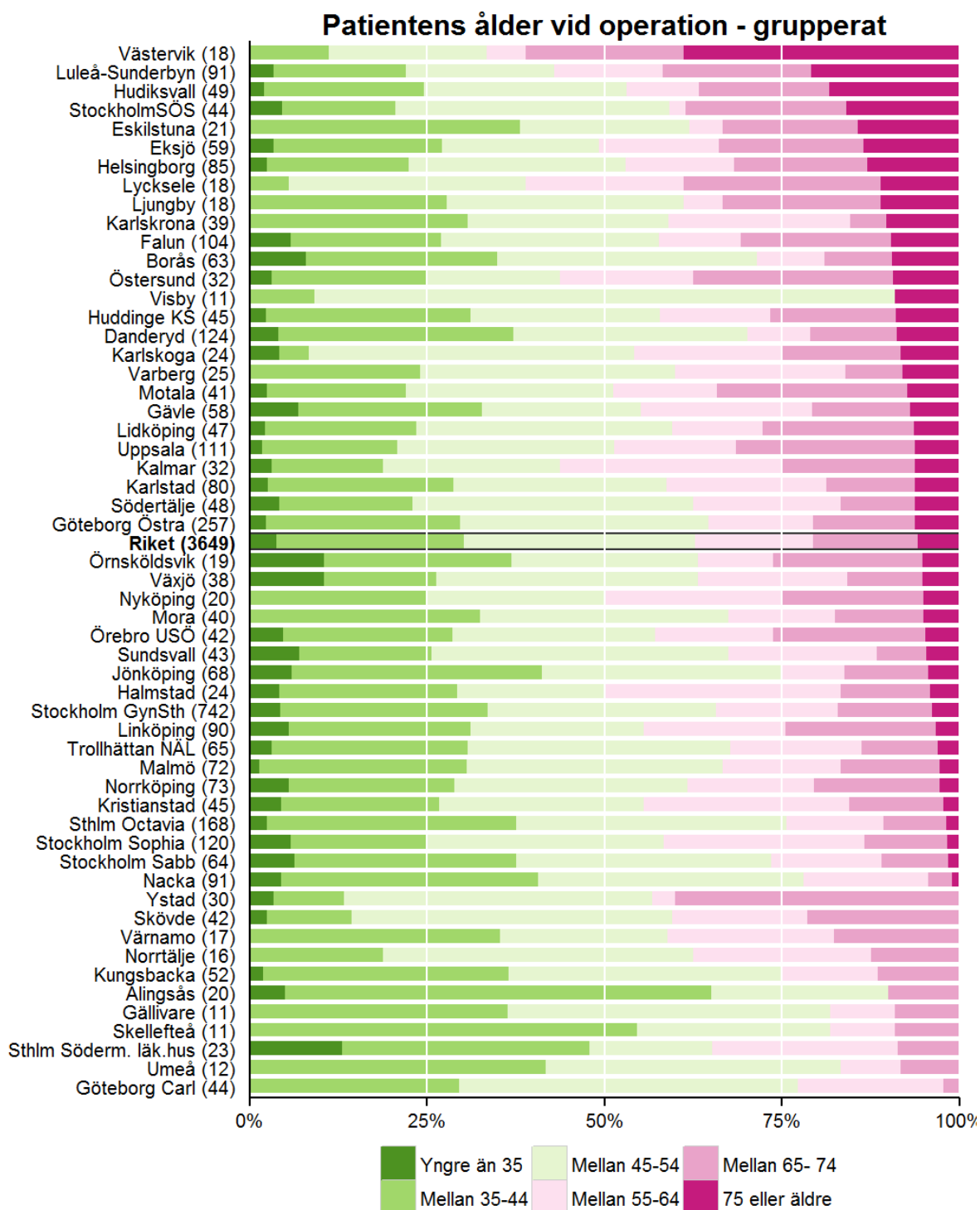


Figur 7. Patientens uppgift om trängningsläckage preoperativt relaterat till läkarens bedömning preoperativt.

Vilka ålderskategorier opereras?

I hela riket är det 3.7 % som är < 35 år vid inkontinensoperationen och gruppen 35 – 54 år utgör huvudparten med nära 59.1 % av de opererade. Kvinnor mellan 55 – 74 år utgör 31.3 % och de som är > 74 år har sedan föregående år minskat lite till 5.9 % (6,5 % 2013) av alla opererade.

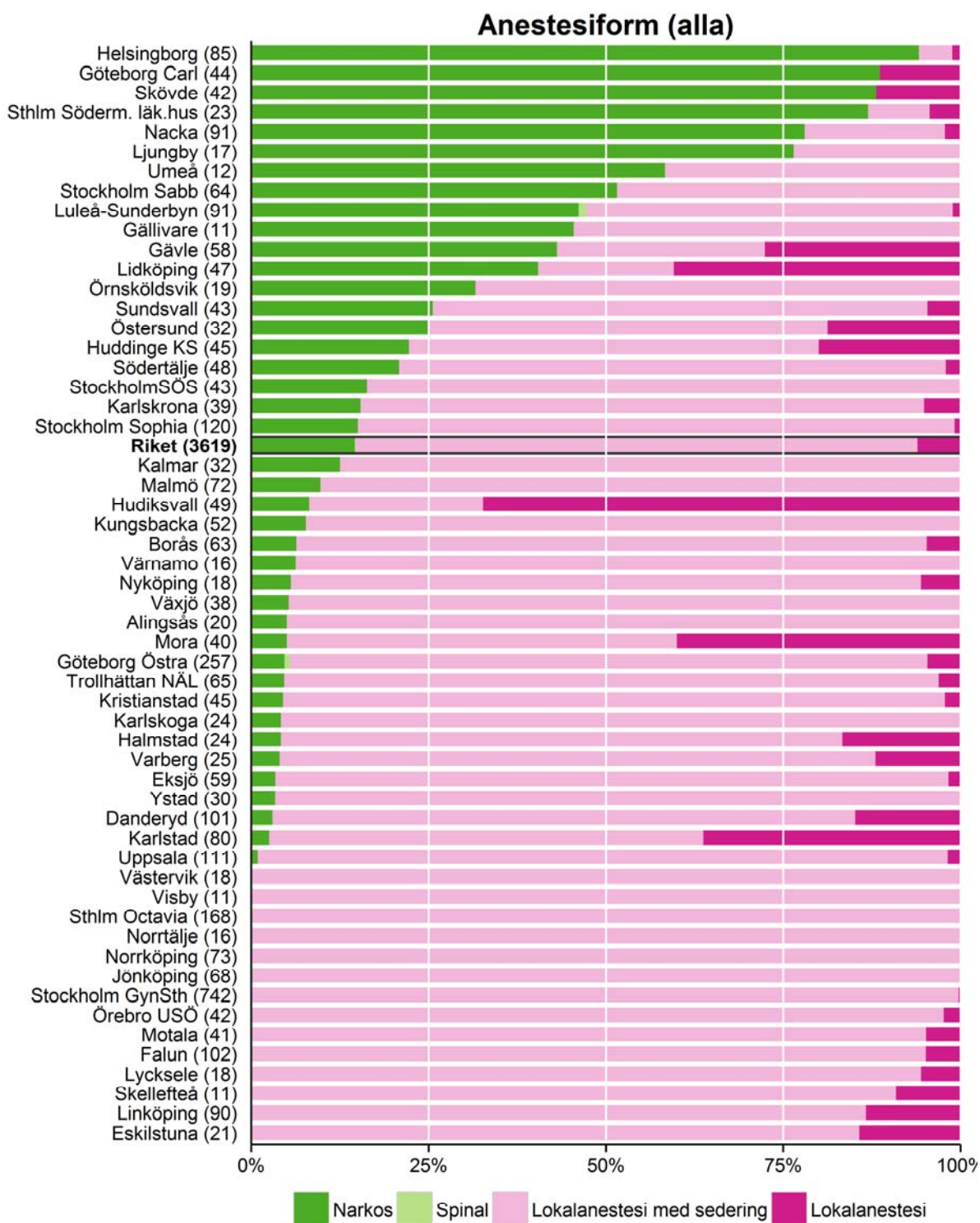
Det skiljer sig en del mellan olika sjukhus, vilket leder till fortsatt eftertanke. Är det rimligt att andelen patienter < 35 år liksom andelen > 74 år varierar mellan 0 och 35 % av de utförda operationerna? Särskilt som tilltagande ålder i sig är en riskfaktor för sämre resultat. Det kan inte finnas så stora skillnader i ålderfördelningen mellan upptagningsområdena utan det måste vara indikationsglidningar?



Figur 8. Åldersfördelning inkontinensopererade år 2014

Peroperativa data

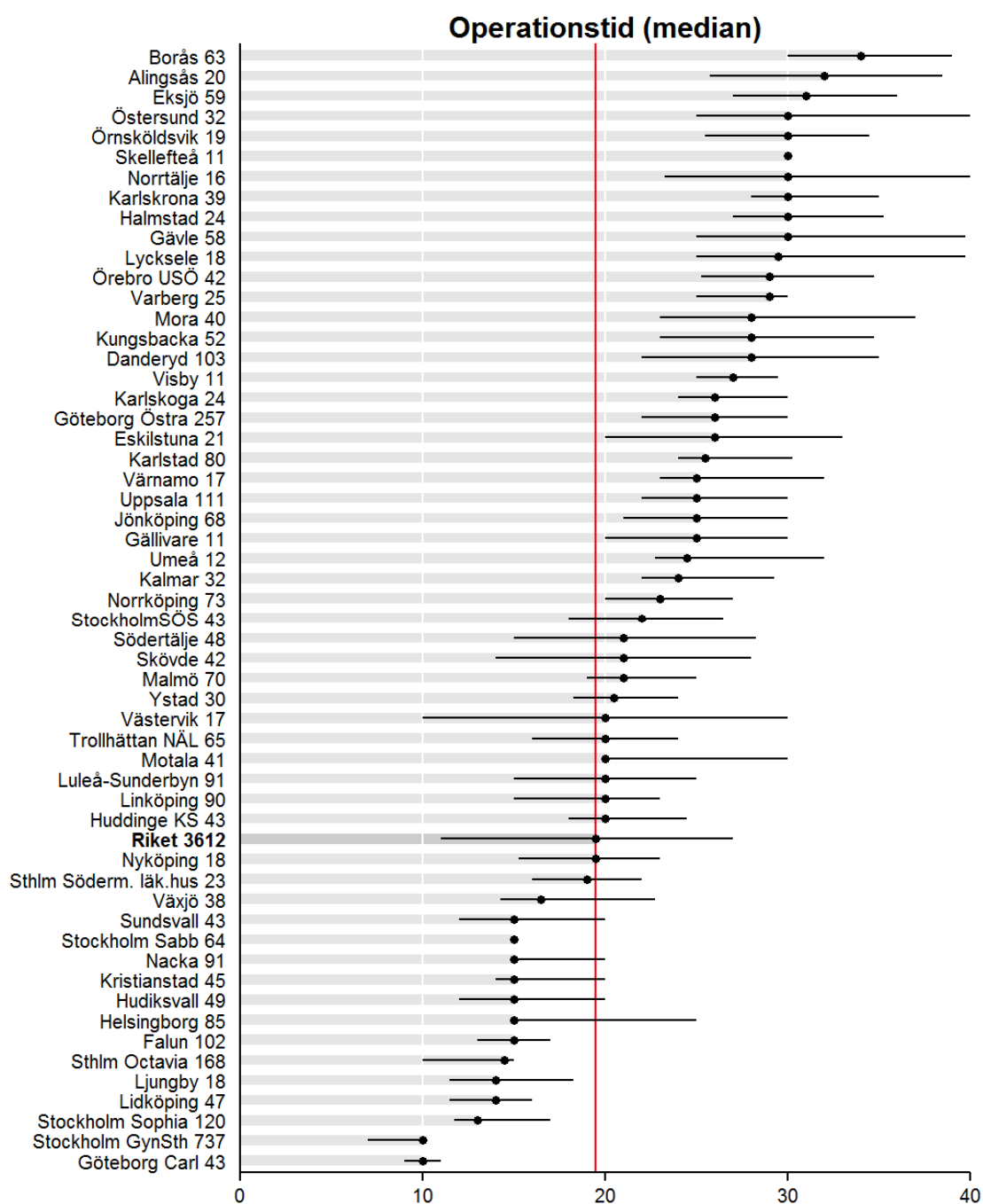
Lokalanestesi, oftast i kombination med sedering användes vid 85 % av operationerna, men i cirka 14 % gavs någon form av narkos, intubation, larynxmask eller masknarkos. Då GKR inte ger möjlighet att särskilja olika narkosmetoder har vi valt att slå samman dessa. Man kan anta att de flesta narkoser är larynxmask eller masknarkos. Även enstaka fall av spinalbedövning (3st) finns rapporterat.



Figur 9. Anestesiform alla inkontinensopererade år 2014

När man i ovanstående redovisning ser hur några kliniker utsätter nästan alla sina patienter för någon typ av narkos, leder det mig till en tanke att föreslå en kontakt med någon annan klinik i närheten, där lika många/alla operationer utförs i lokalanestesi med sedering.

Operationstid



Figur 10. Median operationstid för inkontinensoperationer år 2014.

Att jämföra operationstiderna leder till några frågor. Mäter vi likadant? Ingår till exempel anläggandet av lokalbedövning? Eller hur kan den klart största och även snabbaste kliniken, där LA används som rutin, ha operationstid kring 10 minuter?

När median operationstid för riket är 20 min, hur kan det ta 35 minuter på några kliniker?

Vi tog även upp detta till diskussion på användarmötet i april 2015 och i en "stickprovsenkät" till några kliniker. De flesta mäter från start av infiltration med LA, några från KAD inläggning till KAD uttag, samt har sluttid då sista stygnet satts eller incisionerna tejplats. En förklaring till tidsskillnaderna kan vara metodvalet, där cystoskopi förlänger operationstiden och speciellt om man gör två cystoskopier, en efter varje nål.

Huruvida kort eller lång operationstid är en kvalitetsindikator kan diskuteras och tanken att analysera operationstiden mot utfallsmått som komplikationer eller långtidsresultat väcktes. Jag får återkomma eller överlåta det åt någon annan intresserad.

Vårdtid

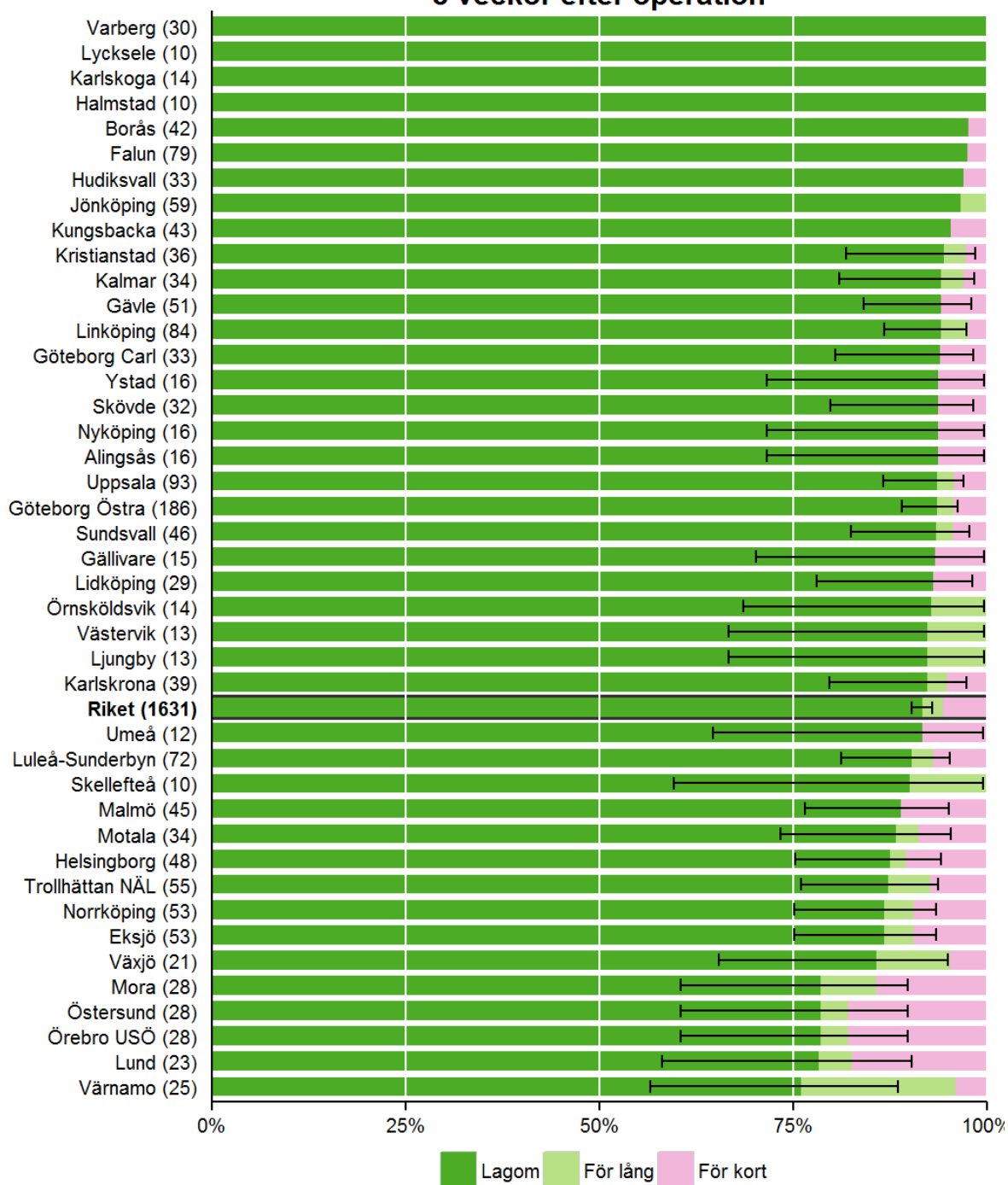
Vårdtiderna 2014 är i flertalet fall mindre än 24 tim och 90.9 % av patienterna skrivs ut på operationsdagen.

Tabell 2. Vårdtid efter operation, klassindelad

	Antal	(%)
Utskriven operationsdagen	3318	90.9
Utskriven dagen efter	157	4.3
Två eller tre vårddygn	28	0.8
Vårdtid längre än tre dygn	17	0.5
Uppgift saknas	129	3.5

Patienternas uppfattning om vårdtidens längd i 8-veckorsenkäten, för 1654 patienter som fick frågan och opererats 2014, var att över 83 % ansåg att vårdtiden var lagom lång, 5.2 % ansåg att den var för kort, 2.3 % att den var för lång och uppgift saknades från 9.5 %. Svarsfördelning per sjukhus redovisas nedan.

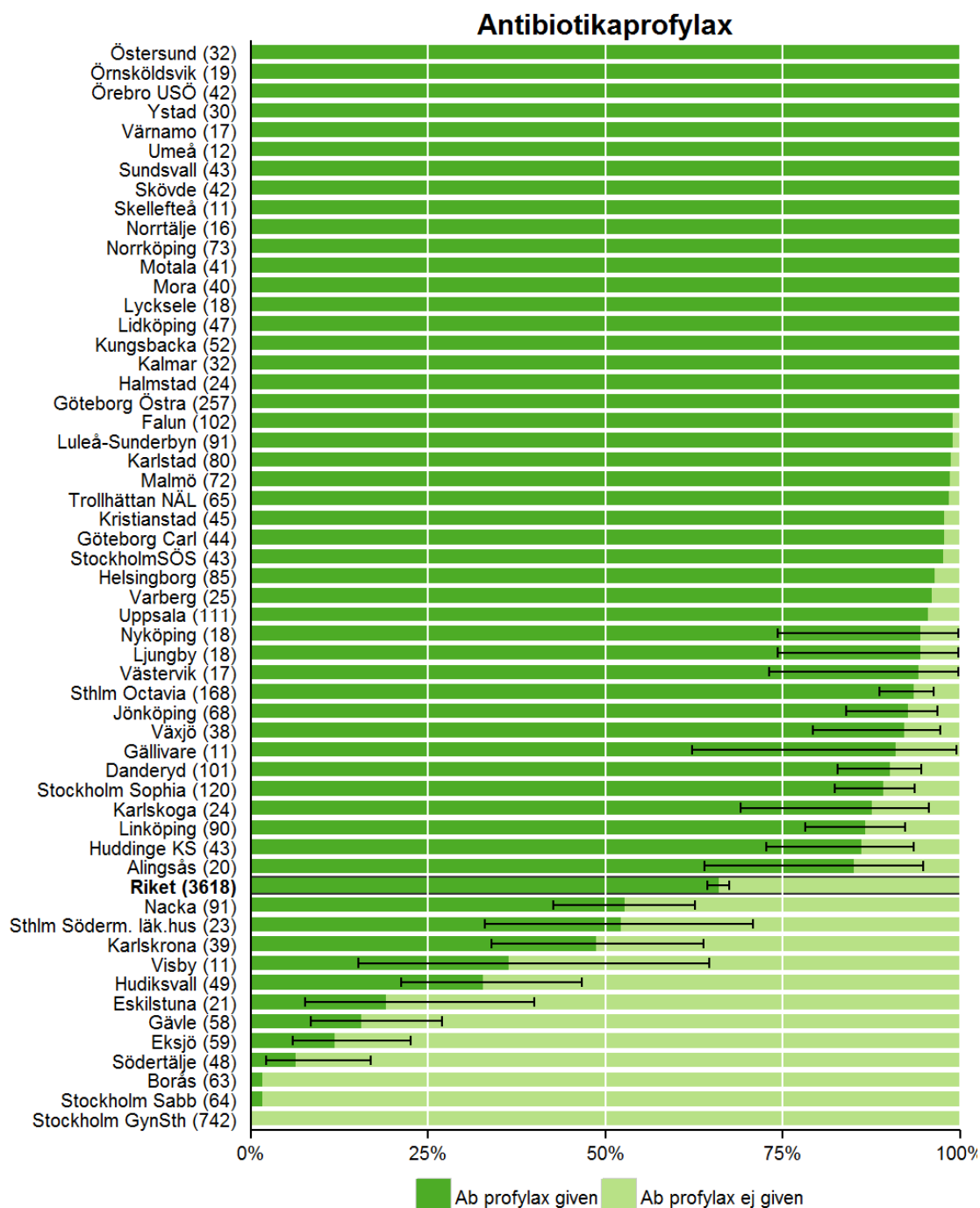
Uppfattning om vårdtidens längd 8 veckor efter operation



Figur 11. Patientens uppfattning om vårdtidens längd

Antibiotikaprofylax

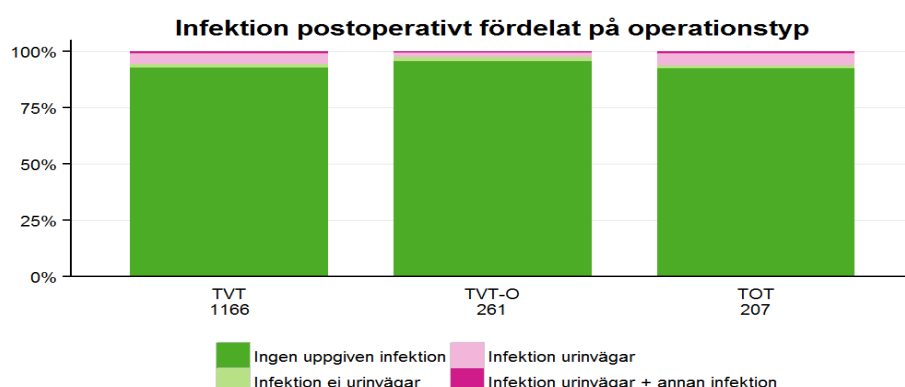
Av de 2816 standardpatienter som opererats 2014 fick 64 % antibiotikaprofylax och 36 % fick det inte. Fördelning på varje klinik enligt nedanstående figur.



Figur 12. Peroperativ antibiotikaprofylax vid inkontinensoperation år 2014

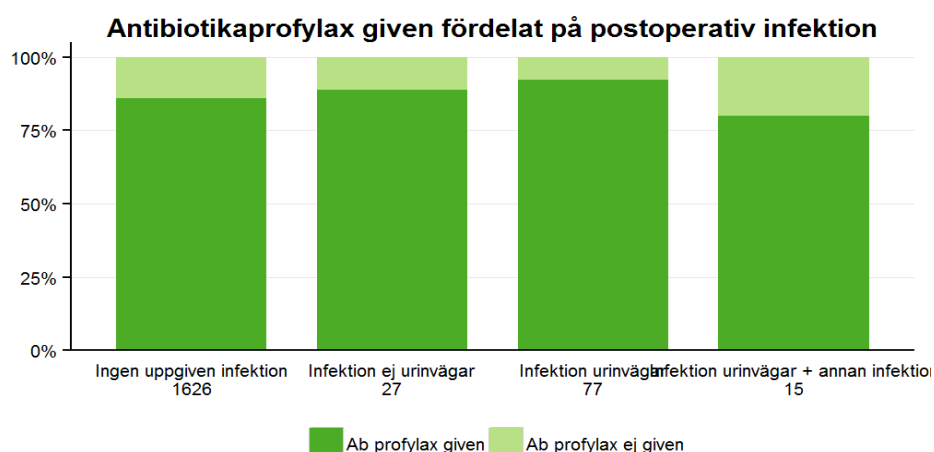
Det förefaller finnas enhetlig rutin på respektive klinik, där endast ett fåtal kliniker har varierande användning av antibiotikaprofylax, men ser vi någon skillnad i utfall?

Den första figuren visar postoperativa infektioner fördelat på operationsmetod.



Figur 13. Postoperativ infektion efter inkontinensoperation.

Nästa figur här nedanför visar andelen med eller utan antibiotikaprofylax där man registrerat en postoperativ infektion.



Figur 14. Antibiotikaprofylax given fördelat på postoperativ infektion

Cystoskopi

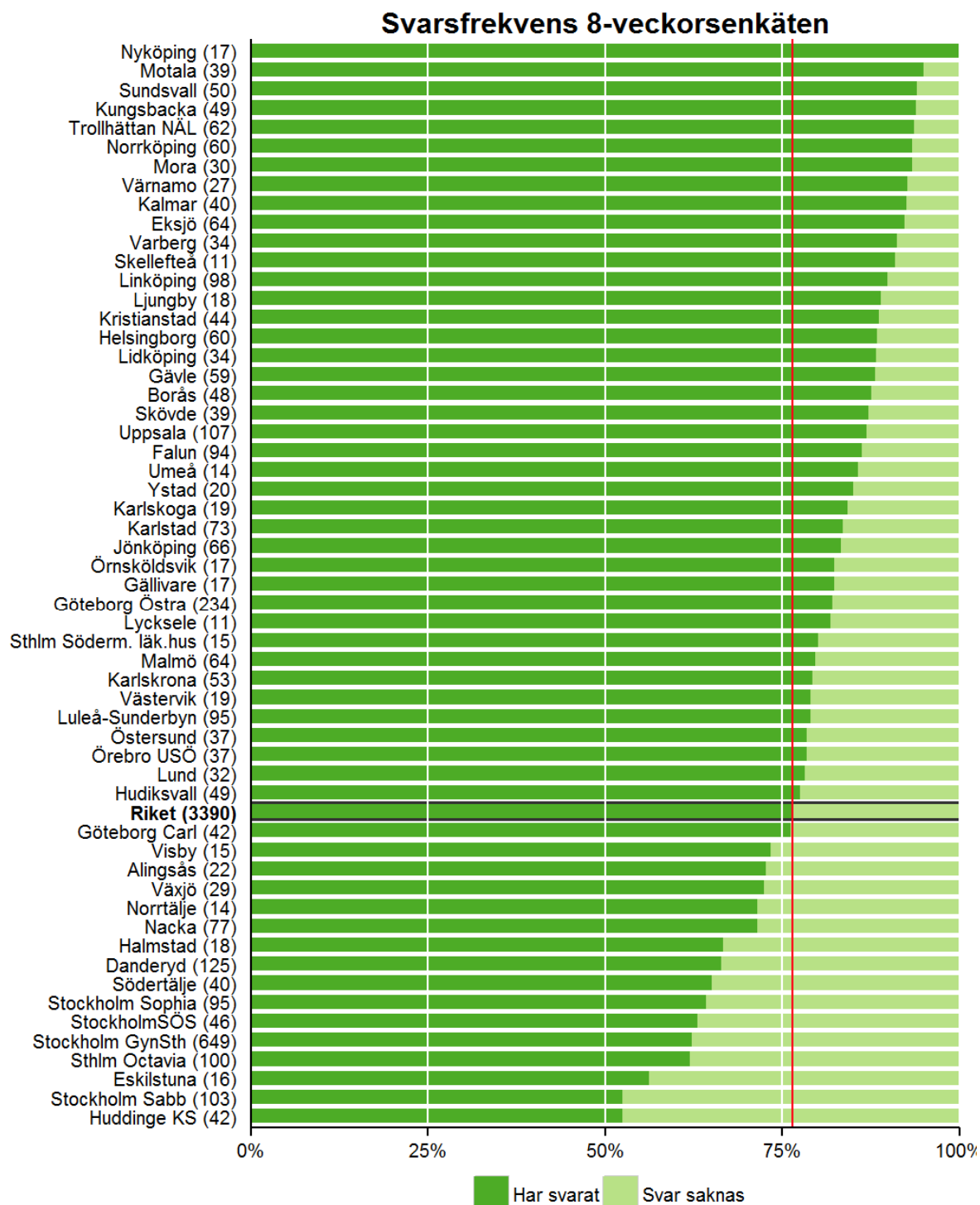
Det är klart relaterat till operationsmetod att utföra cystoskopi eller inte i samband med inkontinenskirurgi.

Tabell 3. Cystoskopi relaterat till operationsmetod

	TVT	TVT-O	TOT	Minislynga	Periuretral injektion	Summa
Ja	1637	11	39	1	44	1732
Nej	103	770	889	53	7	1822
Summa	1740	781	928	54	51	3554

8-veckorsenkäten

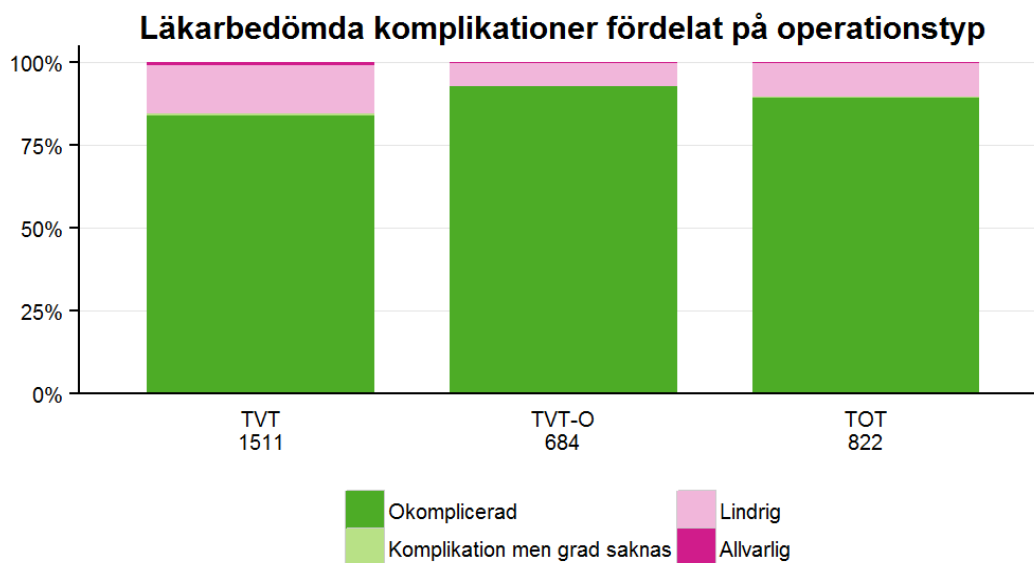
Svarsfrekvensen för 8-veckorsenkäten var 76% för riket. Svarsfrekvensen uppdelat på klinik redovisas i figuren nedan.



Figur 15 Svarsfrekvens för uppföljningsenkät 8 veckor efter operationen.

Komplikationer

En väsentlig funktion för 8-veckorenkäten är att hitta komplikationer och då speciellt de som patienterna sökt för på andra vårdinrättningar än den opererande kliniken. Komplikationer registreras även i samband med och direkt efter själva operationen. Nedanstående figur visar den sammantaget registrerade andelen per- och postoperativa komplikationer, sedan de i 8-veckorsenkäten patient-rapporterade har bedömts av läkare och fördelat på de tre stora operationstyperna.



Figur 16. Per- och postoperativ komplikation vid inkontinensoperation 2014. (sammantagen bedömning vid 8v)

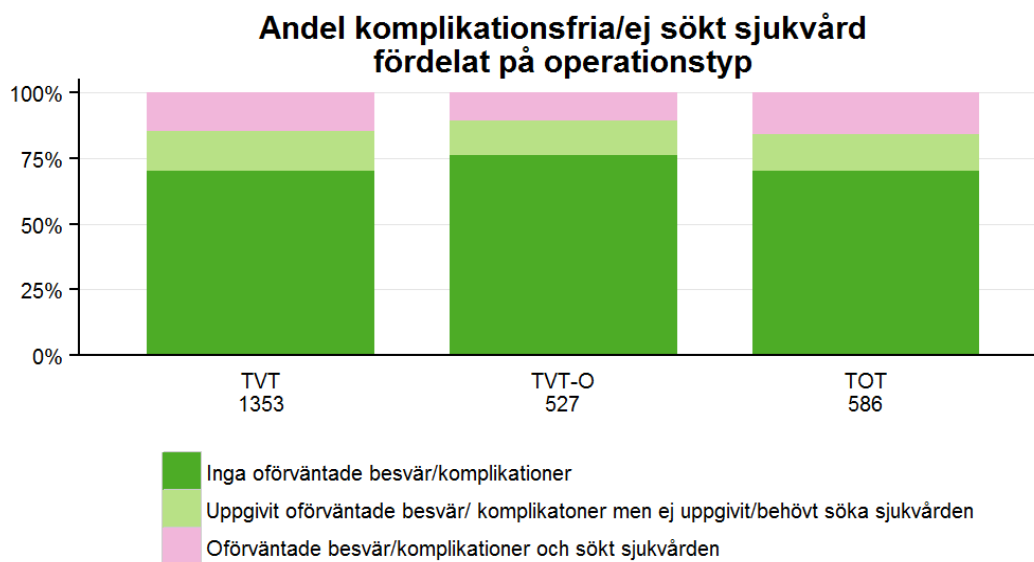
I denna patientkohort tycks både lindriga och allvarliga komplikationer vara mer frekventa i TVT-gruppen.

Under år 2014 registrerades 28 allvarliga komplikationer. 4 av dem (15 %) utfördes vid recidiv-inkontinens, som utgör < 6 % av alla inkontinensingrepp. 13 patienter (46 %) var 65 år eller äldre, en åldersgrupp som utgör c:a 20 % av alla inkontinensingrepp och där den äldsta var 81 år. Fem kvinnor (18 %) hade någon typ av narkos, att jämföra med att 14 % av alla inkontinensingrepp görs i narkos.

De flesta allvarliga komplikationerna, 23 fall, uppkom vid TVT-teknik, 3 vid TOT och 2 vid TVT-O.

Öppna Jämförelser

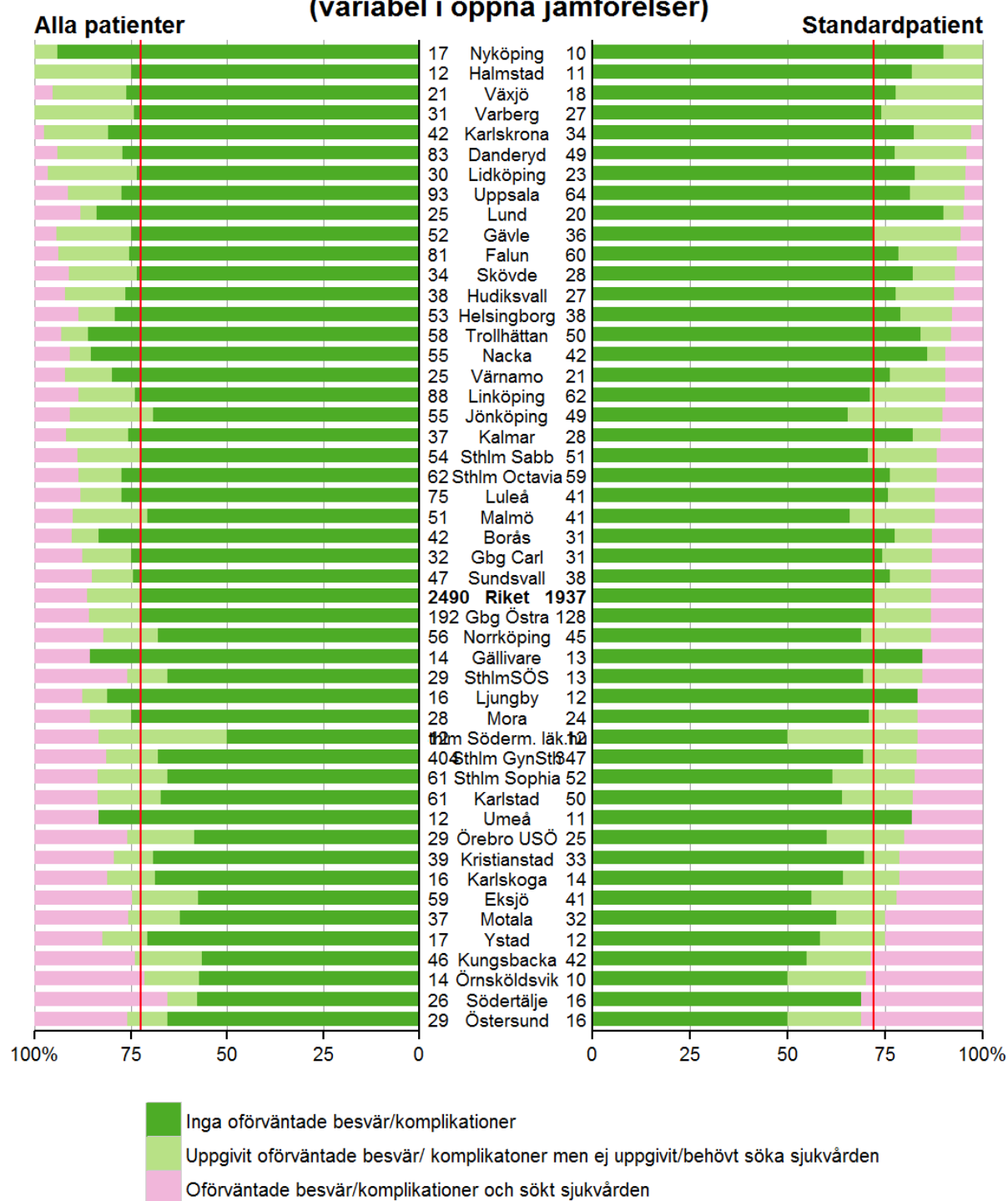
En variabel som redovisas i Öppna Jämförelser är andelen komplikationsfria och de med komplikation/oväntade besvär som ej sökt sjukvård. Det motsvarar summan av de ljus- och mörkgröna fälten i nedanstående figurer, med fördelning på operationsmetod.



Figur 17. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten varit komplikationsfri och ej behövt söka sjukvård efter utskrivning.

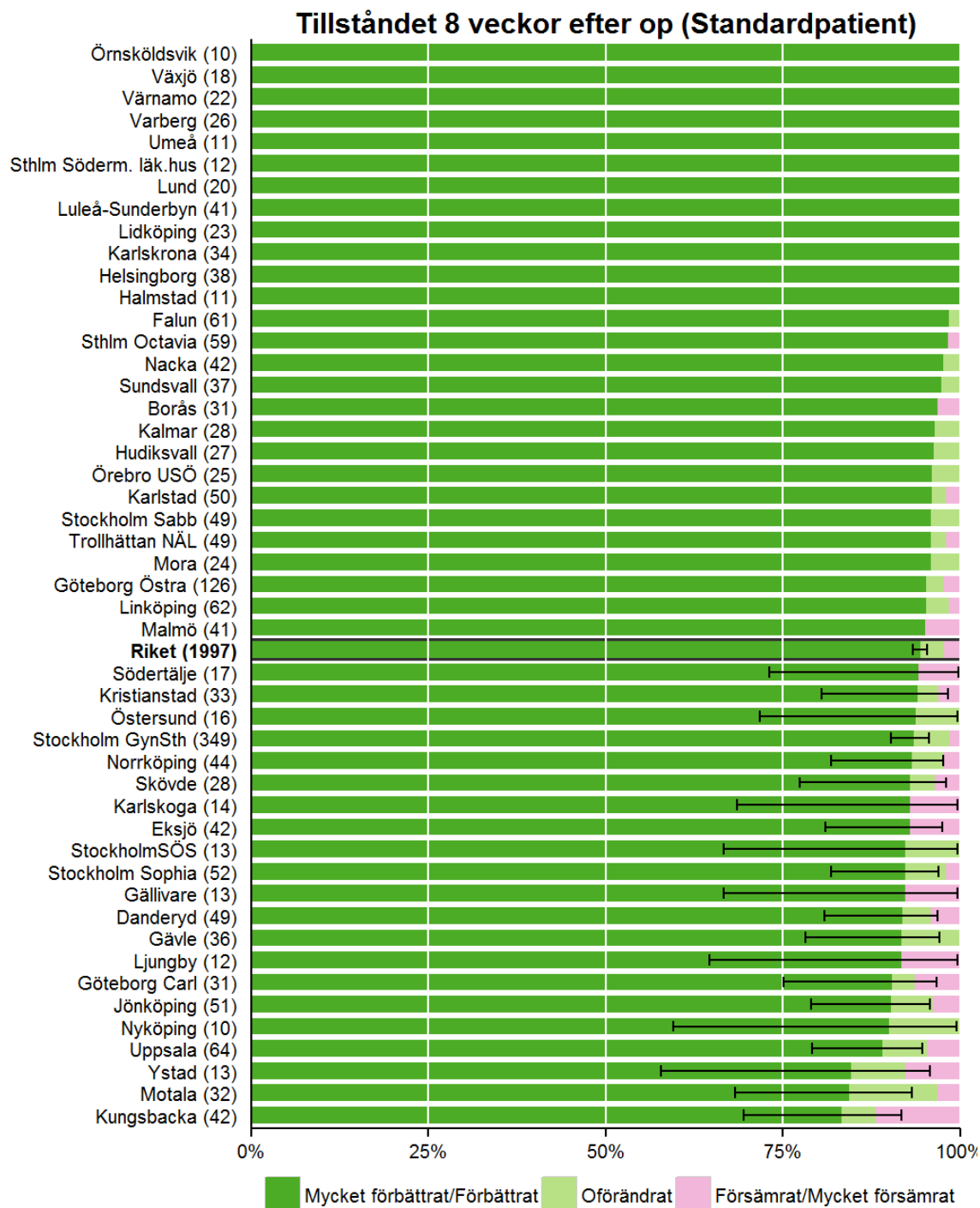
Motsvarande variabel redovisas fördelat på sjukhus, med nedanstående siffror för såväl totalantal patienter som standardpatienter.

Andel komplikationsfria/ej sökt sjukvård (variabel i öppna jämförelser)



Figur 18. Andel komplikationsfria baserat på frågan om patienten behövt söka sjukvård efter utskrivning. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Det är oftast allt för tidigt att utvärdera det slutliga resultatet av inkontinenskirurgi efter 8 veckor, men på frågan om tillståndet efter operationen svarade standardpatienterna enligt nedan.



Figur 19. Patientrapporterat tillstånd åtta veckor efter operation.

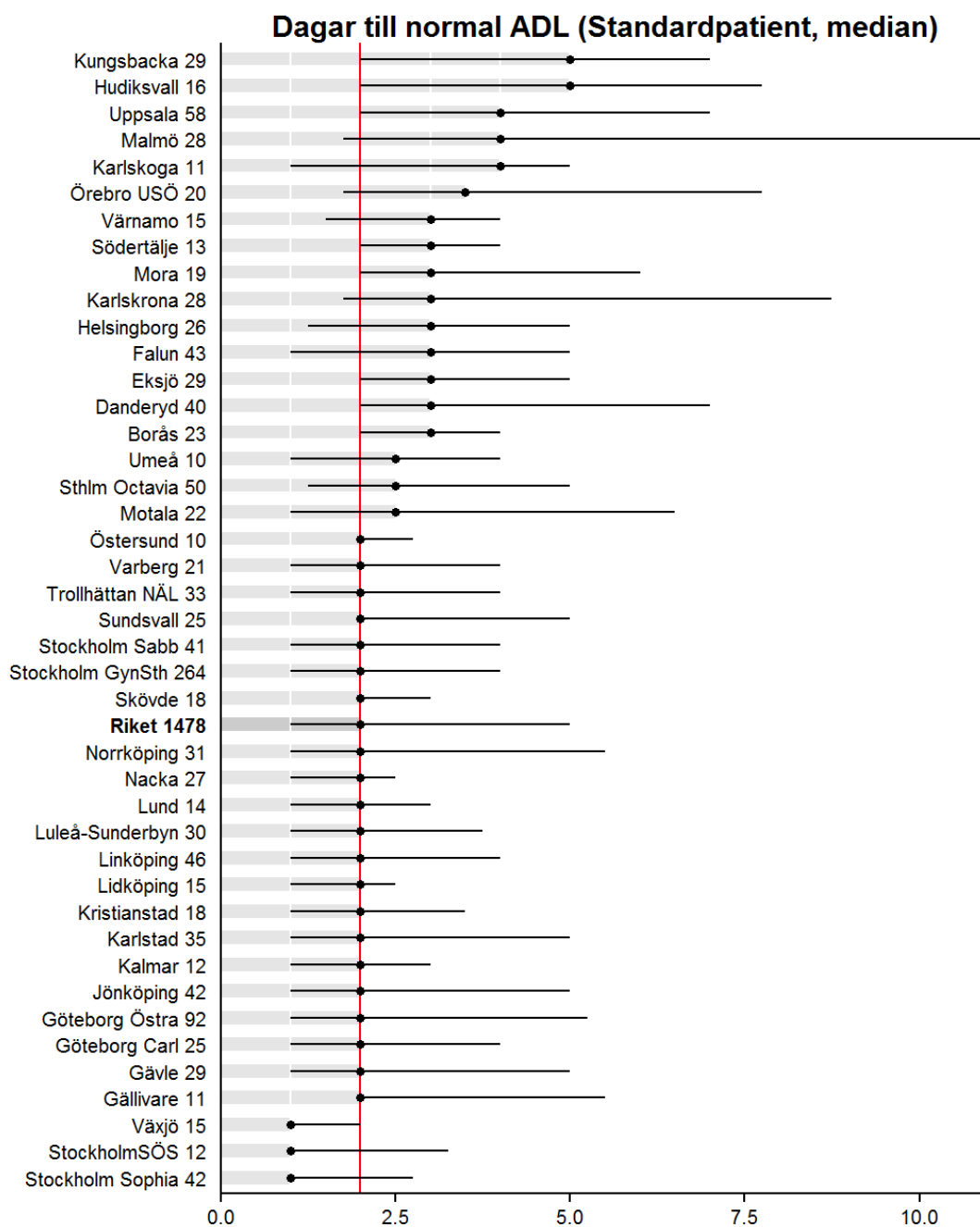
Sjukskrivning

Av dem som opereras för inkontinens är 21 % 65 år eller äldre och en stor andel sjukskrivs knappast efteråt. 693 patienter hade svarat på frågan om sjukskrivningens längd. Av dessa svarade 15 % att den var för kort, 80 % att den var lagom och 5 % att den var för lång.

ADL

Vid denna tidpunkt tillfrågas patienterna också om när det återfick sin normala ADL. Medelvärde för återkommande av normalt ADL var 3 dagar, med klinikvariation på 2-6 dagar. 51 % hade redan första postoperativa dagen återgått till det normala, 92 % inom en vecka och 98 % inom två veckor.

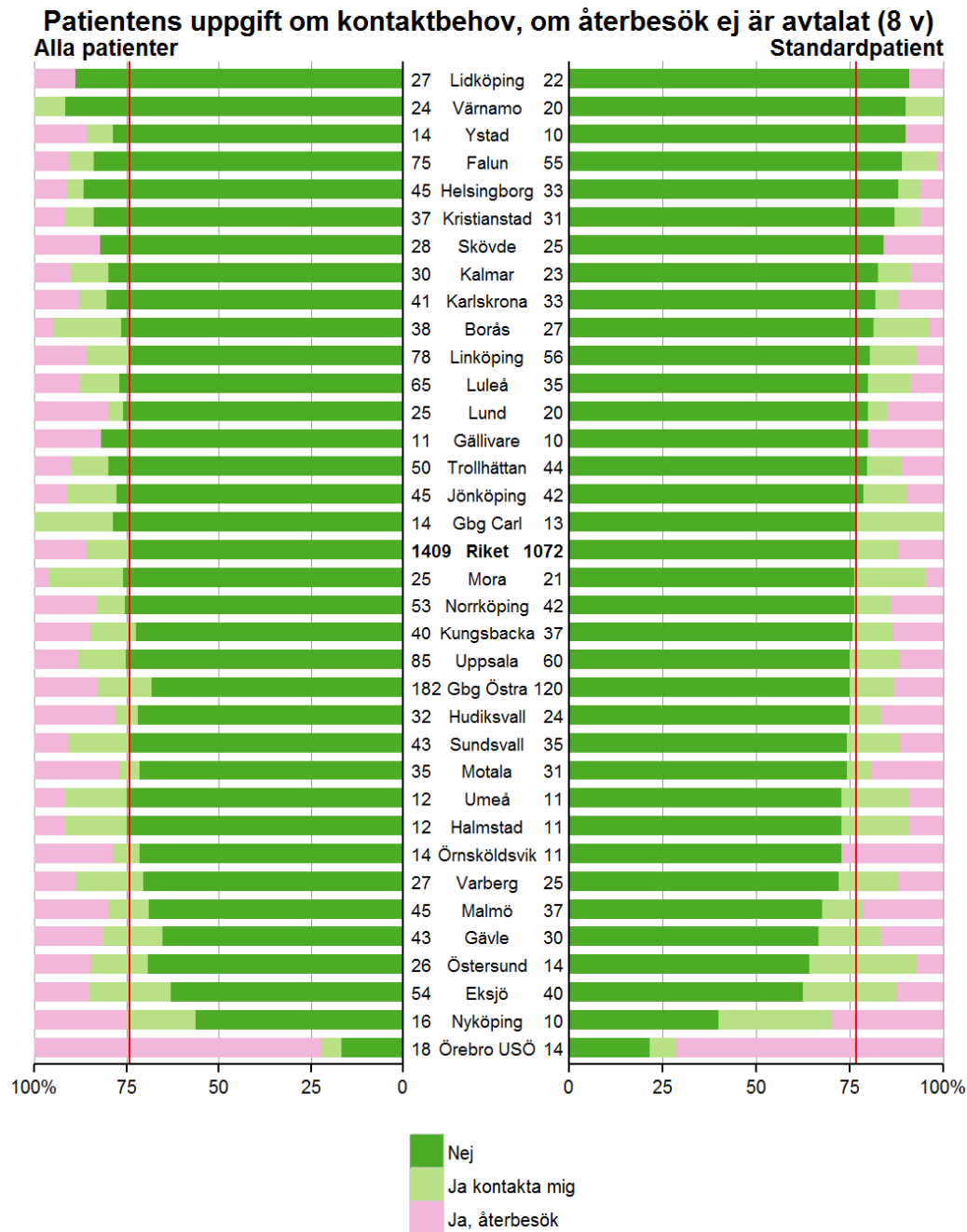
Fördelningen gällande standardpatienter på respektive sjukhus utföll enligt figuren nedan:



Figur 20. Dagar till normal ADL (median) för standardpatienter.

Patientönskemål om kontakt

I samband med den första uppföljningsenkäten tillfrågas patienterna också om de har behov av kontakt, förutsatt att det inte redan är planerat ett återbesök. Frågan är nyligen omformulerad på patientenkäten, men här är fortfarande år 2014 svarsalternativ; om de vill ha återbesök, annan form av kontakt eller om inget kontaktbehov finns. Vi vet inte säkert hur många som redan haft kontakt med opererande klinik på något sätt eller med annan vårdinrättning, men jag misstänker att vilken information man lämnar till patienten i samband med operationen också avspeglar sig i nedanstående svar.

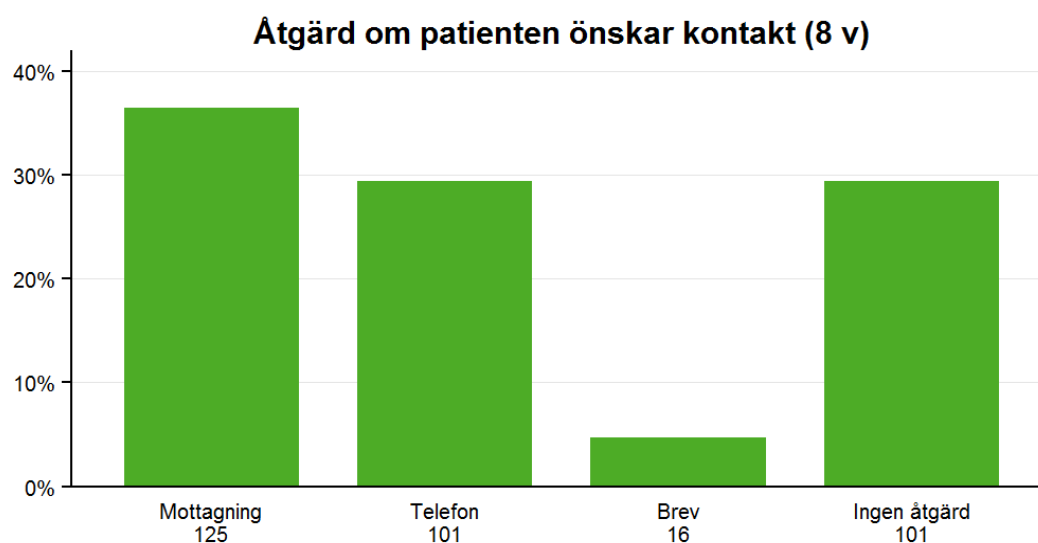


Figur 21. Patientens önskemål om kontakt efter 8 veckor, för de som ej har planerat återbesök efter operationen.

Klinikens agerande på patientönskemål om kontakt

Då det är relativt sett få patienter som önskar kontakt och det är flera åtgärdsalternativ, har jag valt att endast redovisa sammanlagda fördelningen och avstått att redovisa per klinik.

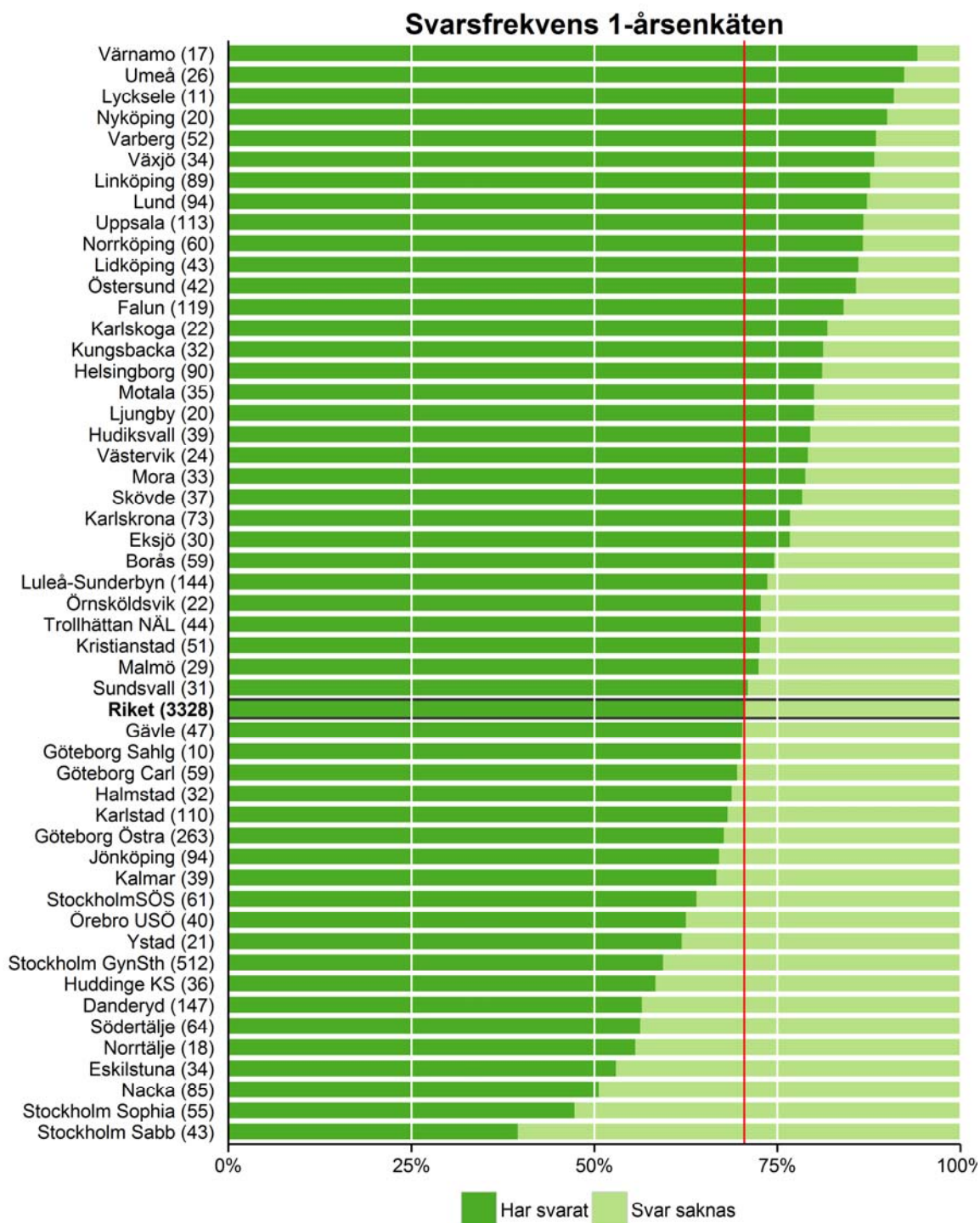
Om 30 % av de få patienter som önskar kontakt inte alls åtgärdas, finns en klar förbättringspotential. Jag misstänker däremot att denna siffra kanske inte är korrekt, utan att patienten ändå får kontakt sedan frågan besvarats.



Figur 22. Kontaktas de patienter som önskar kontakt i enkät 8 veckor efter operation?

Inkontinensoperationer utförda år 2013 - 1-årsresultat

Svarsfrekvensen för 1-årsenkäten var 70 % för riket. Svarsfrekvensen uppdelat på klinik redovisas i figuren nedan.



Figur 23. Svarsfrekvens 1-årsenkäten

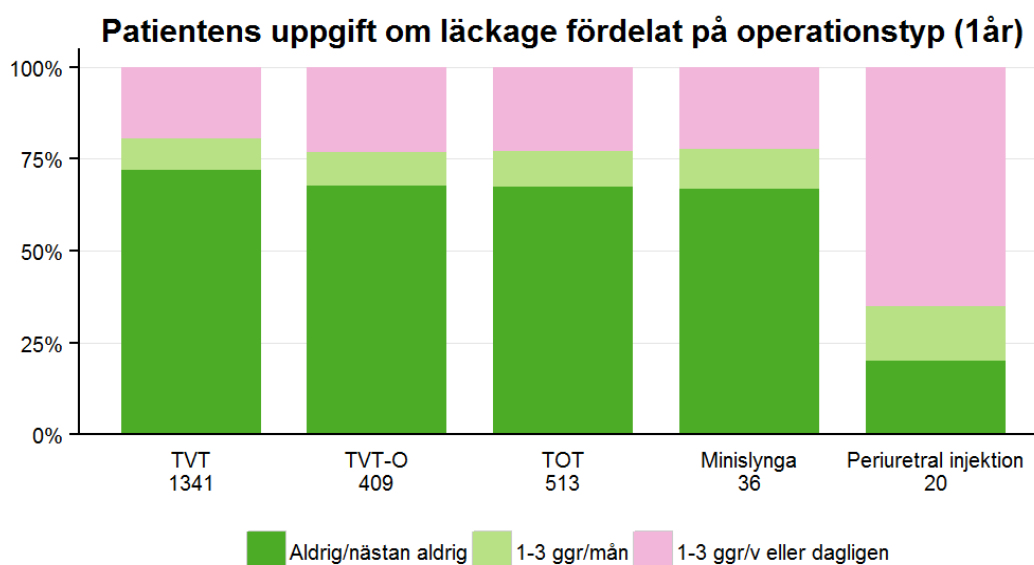
Resultatet av operationen utvärderas främst vid 1-årsenkäten och vi redovisar här tre utfallsmått från GynOp där två av dem även finns i GKR.

Läckage

Det första måttet gäller om kvinnan har något urinläckage och i så fall hur ofta, indelat i tre kategorier: aldrig/nästan aldrig, 1-3 ggr/månad eller 1 gång per vecka/dagligen.

Det totala utfallet för alla opererade 2013 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2319) är 70 % aldrig/nästan aldrig, 9 % 1-3 ggr/månad och 21 % 1 gång per vecka/dagligen.

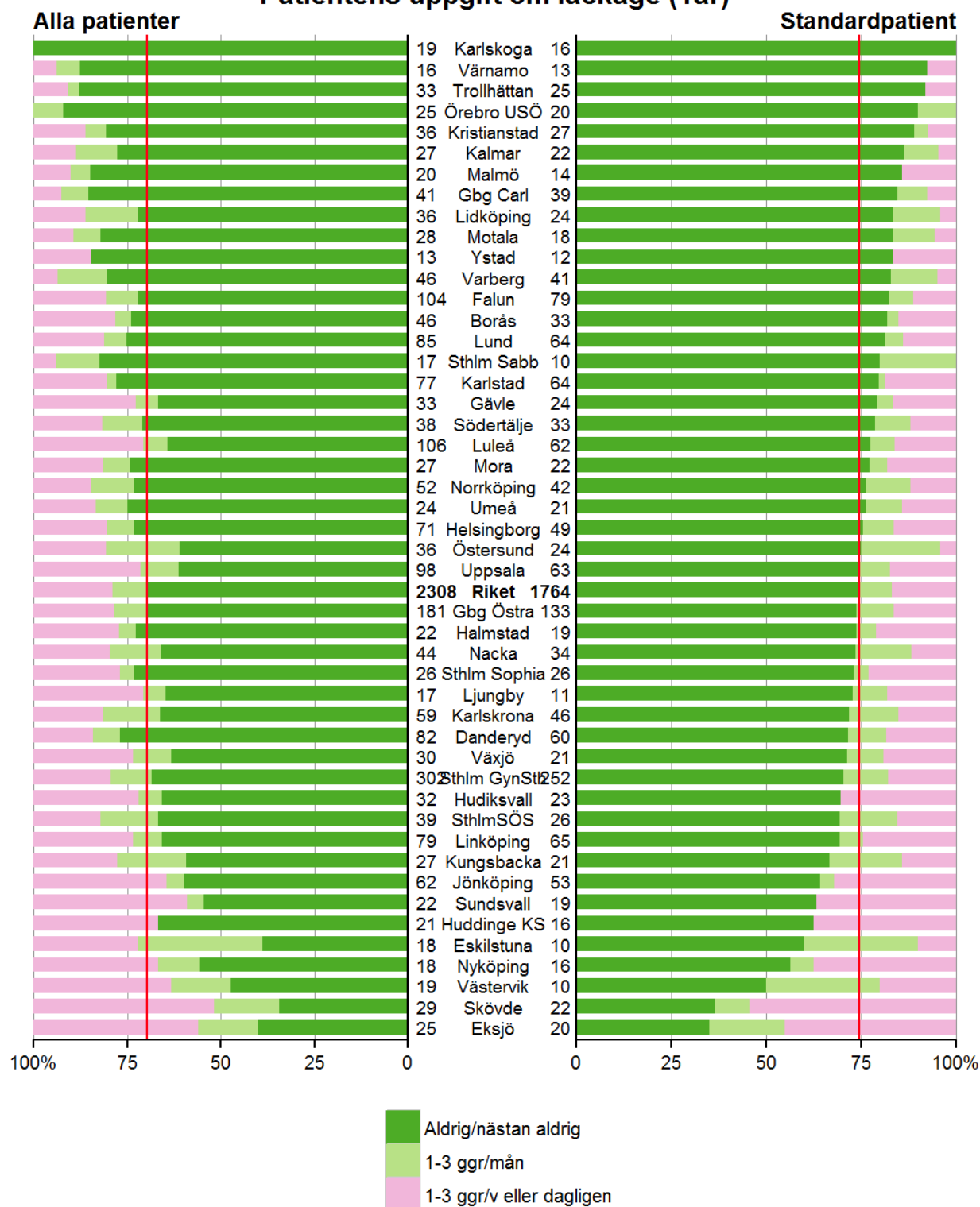
När vi jämför de olika metoderna syns TVT leda till något bättre resultat, jämfört med obturator-teknikerna och minislyngor, medan kontinensen 1 år efter periuretrala injektioner inte alls på något sätt uppnår motsvarande resultat.



Figur 24. Resultat 1 år efter operation, patienter opererade år 2013.

Resultaten jämfört mellan klinikerna visas i nästa bild.

Patientens uppgift om läckage (1år)



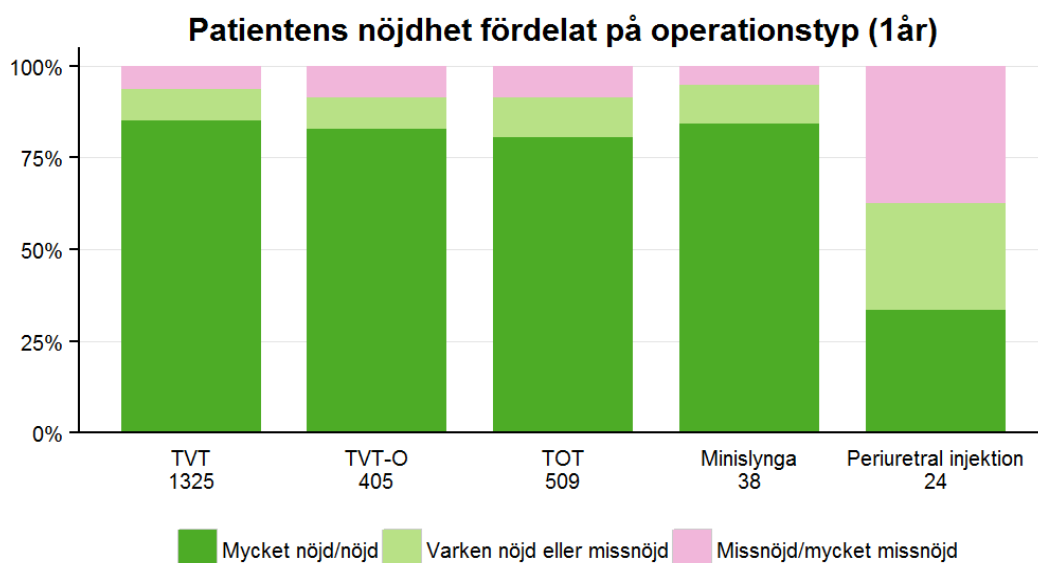
Figur 25. Urinläckage ett år efter operation, patienter opererade år 2013. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Nöjdhet

Det andra utfallsmåttet uttrycker patienternas nöjdhet med ingreppet efter ett år. Dessa resultat är också kategoriserade i tre grupper och resultaten innebär som tidigare år en större andel nöjda än andelen täta.

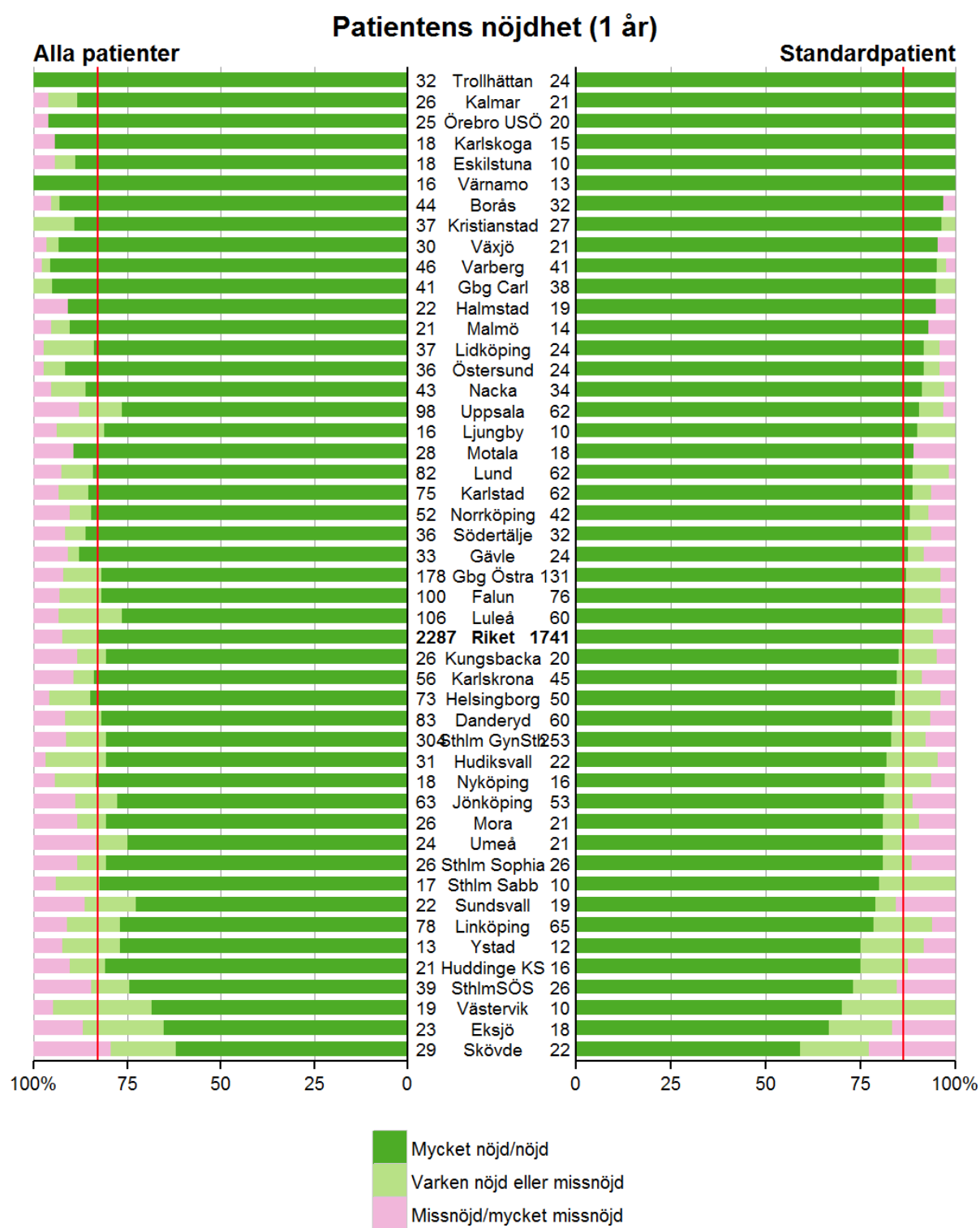
Det totala utfallet för alla opererade 2013 som svarat på denna fråga efter 1 år (n=2301) är 83 % mycket nöjd/nöjd, 9 % varken nöjd eller missnöjd och 8 % missnöjd/mycket missnöjd.

Fördelat på de olika operationsmetoderna ser vi en antydd andel färre nöjda efter obturator-teknikerna och drastiskt mycket sämre resultat för periuretral injektion.



Figur 26. Patientens nöjdhet med resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2013.

Resultaten för nöjdhet jämfört mellan klinikerna visas i nästa bild.



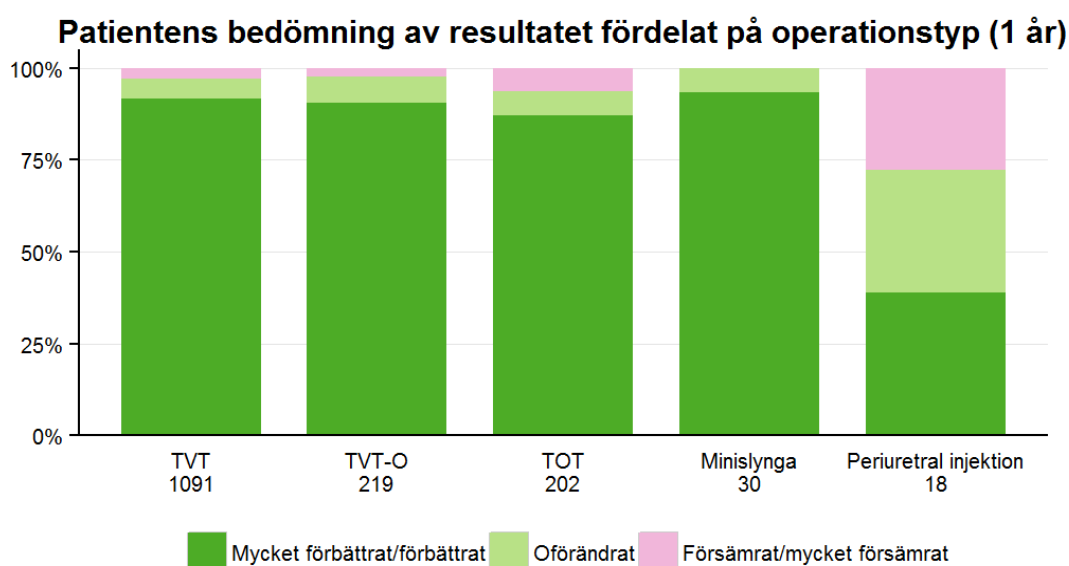
Figur 27. Patientens nöjdhet med resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2013. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Förbättring

Det sista utfallsmåttet anger i hur stor andel patienterna tycker att de blivit förbättrade. Denna fråga saknas i GKR varför underlaget är mindre och GKR-klinkerna inte kan återfinnas i klinikjämförelsen.

Även detta mått redovisas i tre kategorier och för hela gruppen (n=1560) patienter opererade 2013 som besvarat frågan efter 1 år uppger 90 % att de är mycket förbättrade/förbättrade, 6 % att det är oförändrat och 4 % att de blivit försämrade/mycket försämrade.

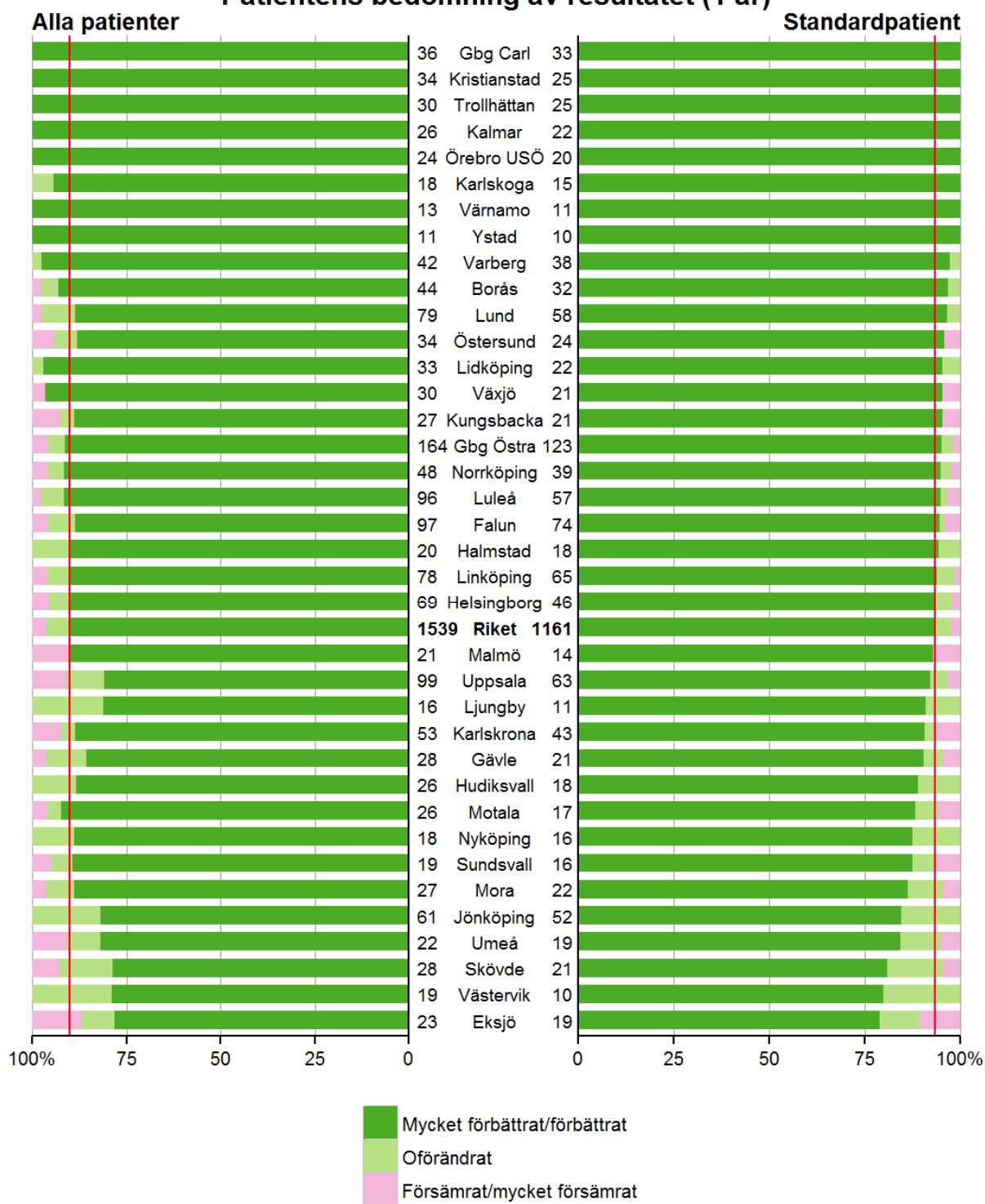
När man jämför de olika operationsmetoderna ser vi störst andel förbättrade med TVT, TVT-O och minislynga medan en något lägre andel svarar så efter en TOT. Sämst resultat ser vi även här efter periuretral injektion.



Figur 28. Patientens resultat ett år efter inkontinensoperation. Patienter opererade år 2013.

Fördelat på klinik ser resultatet ut enligt figuren på nästa sida:

Patientens bedömning av resultatet (1 år)



Figur 29. Patientens bedömning av resultatet ett år efter operation, patienter opererade år 2013. I denna bild uppdelat på alla patienter (till vänster) och standardpatienter (till höger).

Kommentarer

Årets inkontinensrapport bjuder inte på några dramatiska överraskande resultat, utan ger en bild av hur inkontinenskirurgin i Sverige fortsatt fungerar väl. Några enheter har fått lite bekymmer medan andra utvecklas mycket positivt. Inför årets användarmöte bad jag om tips från de kliniker som hade bäst utfall i ettårsdata och dessa vill jag summera såhär.

- Att göra en noggrann preoperativ utredning så att man väljer "rätt" patienter
- Att informera patienterna väl, speciellt de med blandinkontinens
- Att samla operationerna, inklusive beslut om operation, på ett fåtal läkare med störst erfarenhet
- Att lära av och ta råd från kliniker med goda resultat.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Anestesi	Bedövning
Cystoskopi	Undersökning av urinblåsans inre med hjälp av ett kateterformat instrument
KAD	Kvarliggande kateter till urinblåsan via urinröret
Parauretral	Bredvid urinröret
Periuretral injektionsbehandling	Under slemhinnan runt urinröret injiceras ett ämne som förtränger urinröret och på så sätt kan förbättra dess slutningsförmåga.
Pre- per- & post-	Latinska termer för innan, under & efter (t.ex. operation)
Recidiv	Att samma besvär återkommer igen.
Retropubisk	Bakom blygdbenet
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
TOT	TransObturatorius vaginal Tape. Från hudsnitt i lårets insida placeras det nätliknande bandet under mitturetra via en kanal genom en bäckenöppning (foramen obturatum) enligt "outside-in" teknik.
Transluminal	Via ett rörformat organ
Transobturatorisk	Genom foramen obturatorius, en 2 x 4 cm stor öppning i sidan på lilla bäckenet
Transuretral	Genom urinröret
TVT	Tensionfree Vaginal Tape. Ett nätliknande plastband placeras med stadigt införningsinstrument i en slynga runt mitten av urinröret i en kanal som på båda sidor går bakom symfyen ut genom bukväggen (inside-out teknik)
TVT-O	Transobturatorisk metod där bäckenbensöppningen penetreras från slidan (inside-out-teknik). Bandet får samma placering som vid TOT.
Uretra	Urinrör
Idiopatisk	Idiopatisk betyder att en viss sjukdom inte kan förklaras av olika orsaker, vilket dock inte innebär att det inte finns en förklaring. En sjukdom som klassificeras som idiopatisk kan vara ett resultat av en okänd faktor.
NMI	Nationella medicinska indikationer – nationella vårdriktlinje