



Årsrapport för operationer
utförda år 2019

Hysteroskopi

Författare:
Anneli Jördens
registeransvarig för Hysteroskopiregistret
Södersjukhuset, Stockholm

Figurer och dataanalys:
Jessica Edlund och Gabriel Granåsen
statistiker GynOp

Publicerad 2020-05-18

Innehåll

Demografi	3
Operationer per 10 000/kvinnor länsvis	7
Ålders- och BMI-fördelning.....	8
Indikationer	8
Operation	11
Anestesi.....	12
Operationstid.....	13
Vårdtid	17
Tid till normal ADL	19
Patientnöjdhet	20
Patientens tillstånd efter 8 veckor	21
Patientens tillstånd efter 1 år.....	22
Patientens nöjdhet efter 1 år	23
Komplikationer.....	24
Polypexstirpation	28
Svarsfrekvenser för enkäter	33
Ordlista	38

Introduktion

Årets rapport skrivs av en ny delregisteransvarig. Min erfarenhet av hysteroskopier, endometrie-destruktioner och GynOp-registrering är mångårig. Under åren sedan min arbetsplats anslöt till GynOp-registret så har av och till frågor kring registreringen dykt upp hos mig och jag har då mailat ett par gånger till de två som varit registeransvariga under de föregående åren. Hösten 2019 fick jag frågan om jag själv var intresserad av att hålla i delregistret och mer direkt kunna jobba med uppdateringar, förbättringar och rapportering. Därav har jag från januari i år deltagit i GynOps arbetsgruppsmöten och arbete som potentiell delregisteransvarig. Med god hjälp av föregående delregisteransvarig och GynOps statistiker blir detta mitt bidrag till 2019 årsrapport.

Årets rapport är presenterad på liknande sätt som 2018 års rapport.

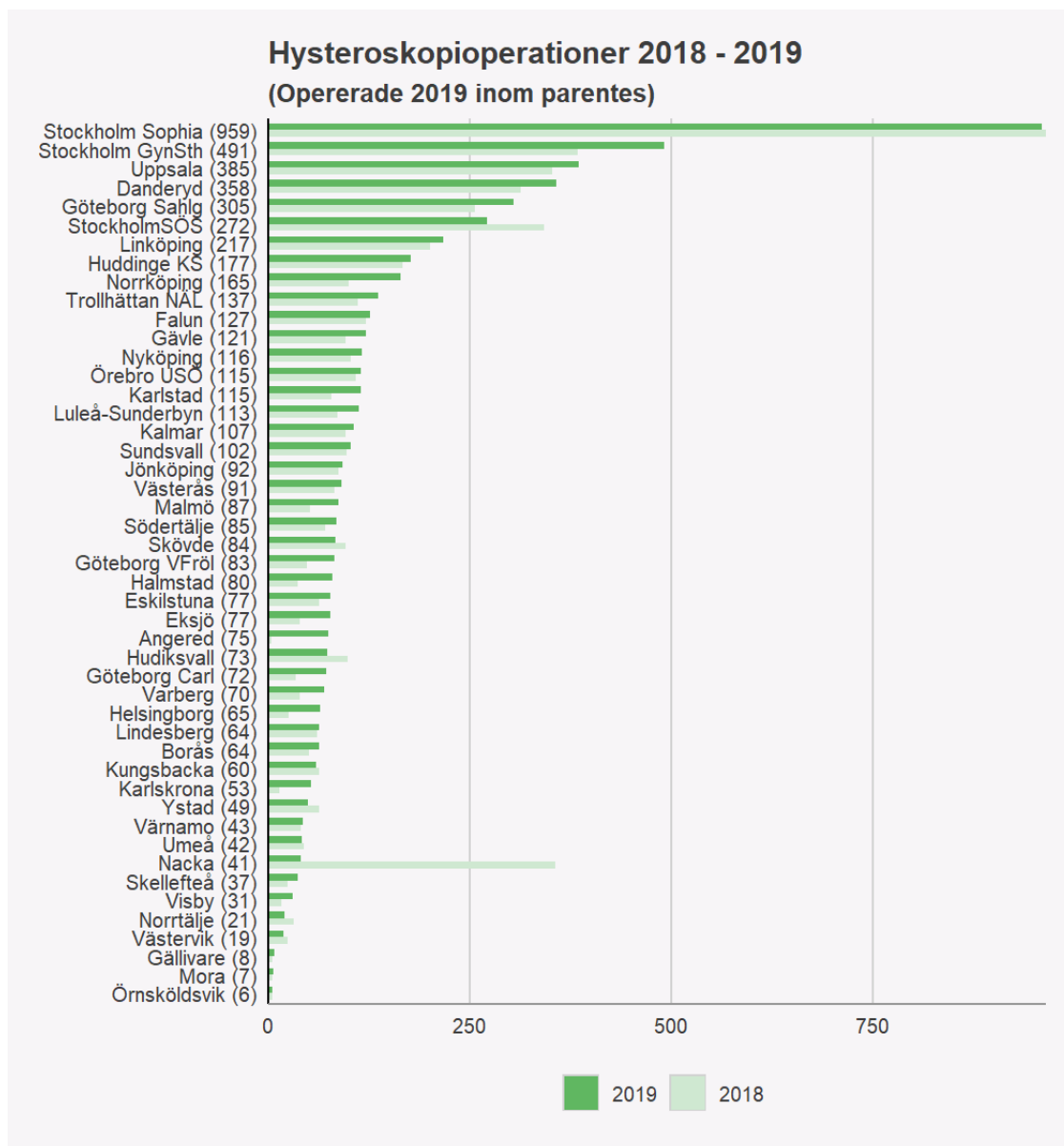
Vi valde att titta lite mer detaljerat på statistik för ingreppet polypexstirpation i år, då det är det absolut vanligast förekommande hysteroskopiska ingreppet. Vi har tittat på instrumentval och anestesimetod men även utfall med eventuell komplikation, infektion och slutligen patientens förbättrade tillstånd och nöjdhet.

Vi kommer i år att föreslå ett namnbyte på Hysteroskopiregistret. En betydande del av det som registreras i hysteroskopidelen i GynOp är inte hysteroskopi, dvs alla ingrepp med endometrie-destruktion där inget hysteroskop används. För att förenkla för er som lägger in operationer i Gynop så gör vi detta namnbyte.

Om jag får förtroende att fortsätta som delregisteransvarig, så är min tanke att stegvis påbörja ett arbete med att se över operationsmallen. Under mitt arbete med denna rapport har jag identifierat några områden som väckte frågor och funderingar kring eventuell felregistrering. Med hjälp av statistiker har vi gjort en djupgranskning av vissa svarsresultat och fick då bekräftat att felregistrering kan uppstå, framför allt för anestesimetod och instrumentval.

Anneli Jördens
Södersjukhuset

Demografi



Figur 1. Hysteroskopioperationer 2018 – 2019

I riket registrerades 6045 operationer under 2019, vilket kan jämföras med 5577 registrerade under 2018. Som föregående år så görs majoriteten av hysteroskopierna i Stockholm, men en ökning har skett i till exempel Uppsala och Göteborg (Sahlgrenska). Då "Vårdval gynekologi" gäller på många ställen, bland annat i region Stockholm, så sker ibland stora förändringar till följd av ekonomiska förutsättningar, vilket avspeglas tydligt i förändringen av Nackas antal hysteroskopioperationer från 2018 till 2019, 355 jämfört med 41.

Vid jämförelse med Socialstyrelsens statistikdatabas för 2018 så är totalt 9715 hysteroskopiska och intrauterina ingrepp registrerade. Av dessa utgör 2829 rent diagnostiska hysteroskopier inklusive spiraluttagning och dessa ska ju ej registreras i GynOp, ett beslut om det togs i juli 2017. Vi hamnar då på 6886 registrerade hysteroskopier totalt i Sverige. I GynOp är antalet registrerade operationer 2018 5417, drar man bort de rent diagnostiska som ändå har registrerats i

GynOp så hamnar man på siffran 4813. Detta medför en täckningsgrad på 70% och det är önskvärt att få en högre täckningsgrad framöver.

Budskapet kring diagnostiska hysteroskopier bör förbättras, likaså vad gäller endometrie-destruktion, då många användare kan uppfatta att detta ingrepp inte ska registreras i Hysteroskopiregistret. Socialstyrelsens siffror för 2018 är 386 med kod LCA16, men enbart 195 finns registrerade i GynOp.

Det är önskvärt att varje klinik eller mottagning som gör >10 hysteroskopier och destruktioner per år deltar och registrerar i GynOp. För att förtydliga vilka patienter som ska ingå i delregistret pågår en diskussion i GynOps arbetsgrupp om ett namnbyte för Hysteroskopiregistret.

År 2018 var den vanligaste operationskoden för hysteroskopi i Socialstyrelsens register LCB25 som domineras av polypexstirpation, men här ingår även myomexstirpation. Även andra diagnoser kan slinka med, då LCB25 står för ”exstirpation av förändring”. I årets rapport granskar vi lite mer fakta kring polypexstirpationer.

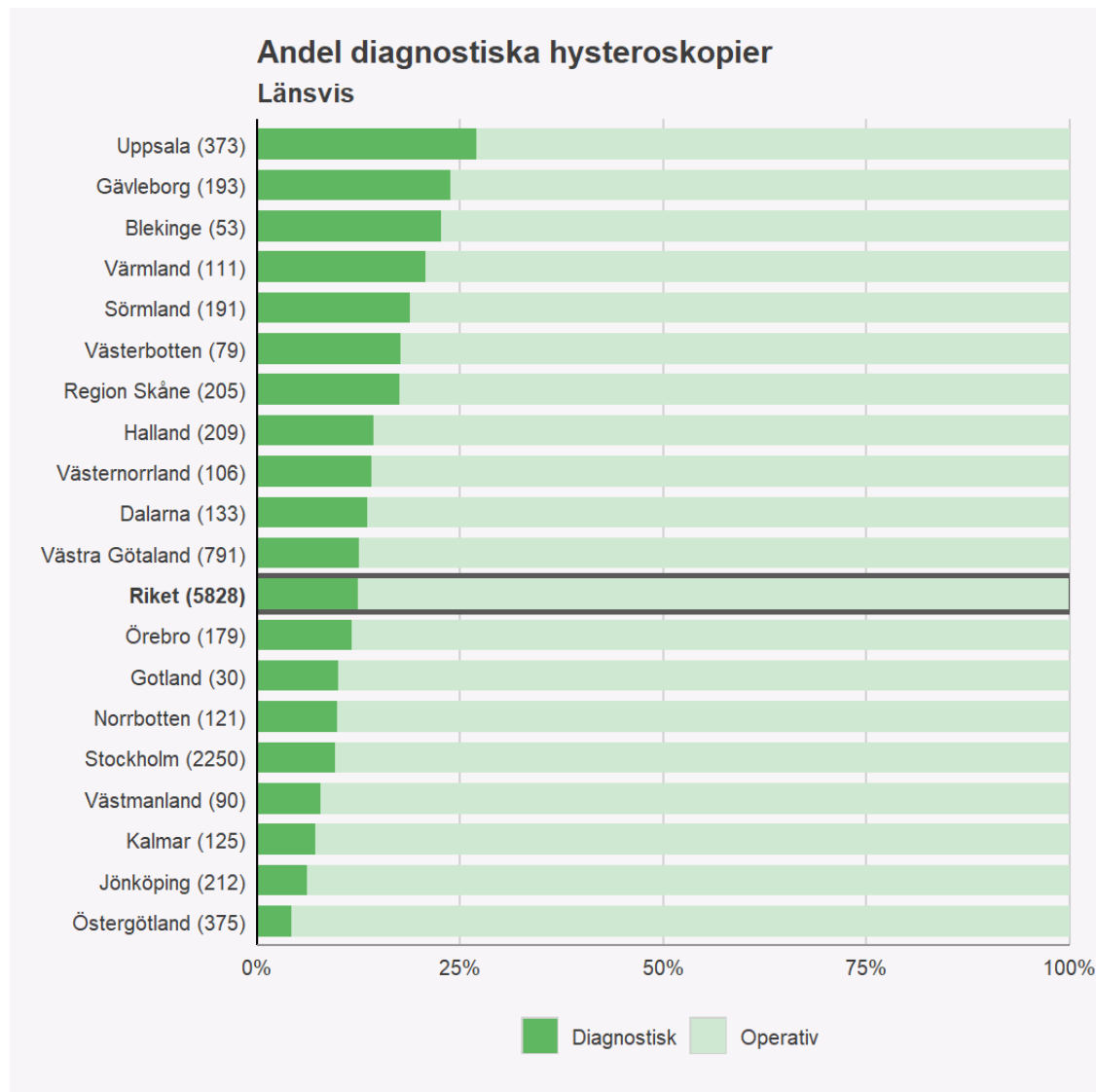
Följande figurer visar totalantalet hysteroskopier där andelen diagnostiska markerats. De diagnostiska är fortsatt en relativt stor del av antalet med tanke på att de ej ska registreras. Man ser till och med en liten ökning jämfört med 2018. 2018 utgjorde de 11,3 %, 2019 16,4%.

De koder och ingrepp som INTE ska registreras i GynOp är ULC02¹, ULC12 samt LCA22.

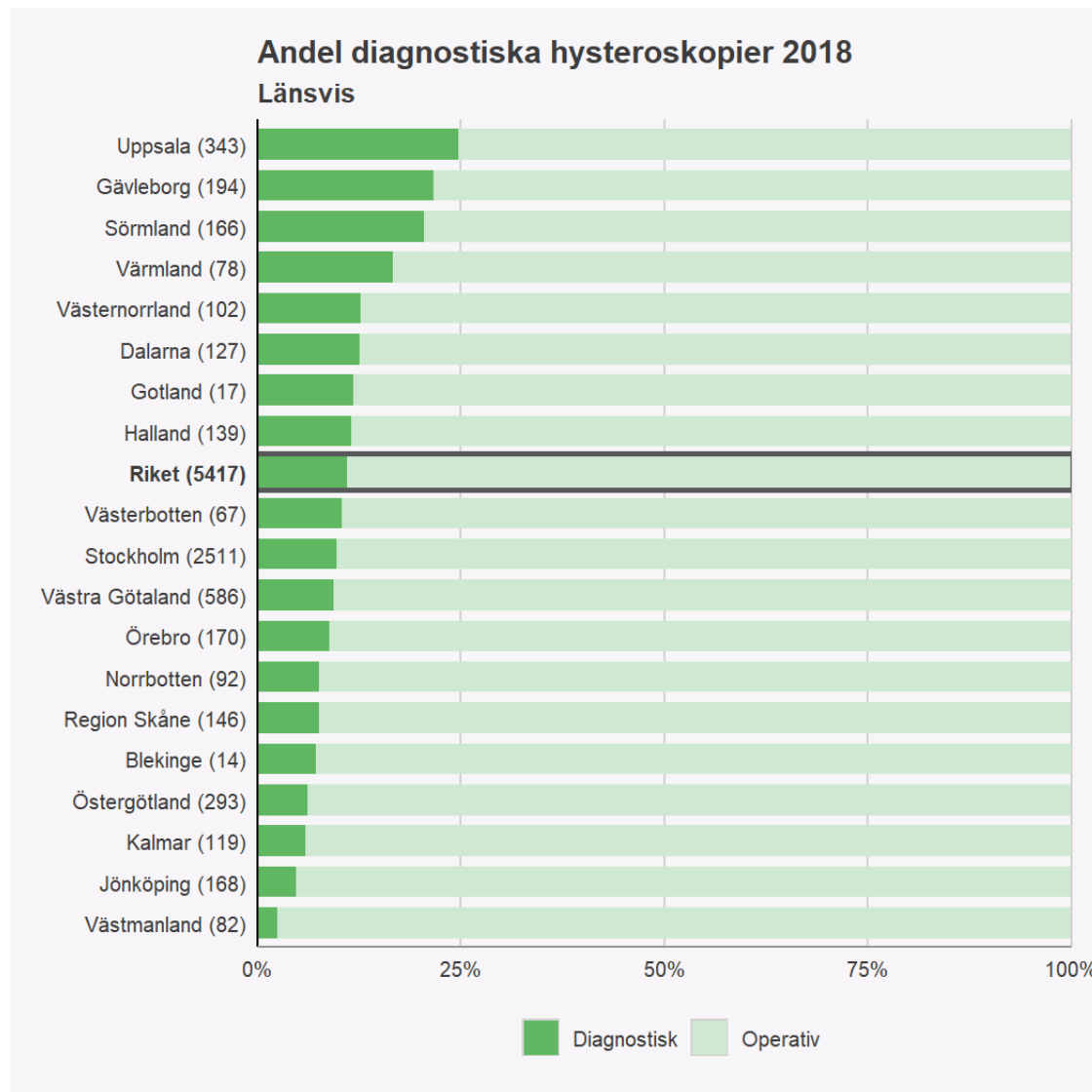
Däremot är det viktigt att få med alla ingrepp med operationskod ULC05 och ULC15, då dessa är ingrepp som används vid malignitetsutredning. Och koden för endometriedestruktion med annat instrument än hysteroskop är LCA16 som nämnts tidigare.

1

ULC02 Hysteroskopi
ULC05 Hysteroskopi med biopsi
ULC12 Mikrohysteroskopi
ULC15 Mikrohysteroskopi med biopsi
LCA16 Destruktion av endometrium
LCA22 Hysteroskopi med extraktion av främmande kropp



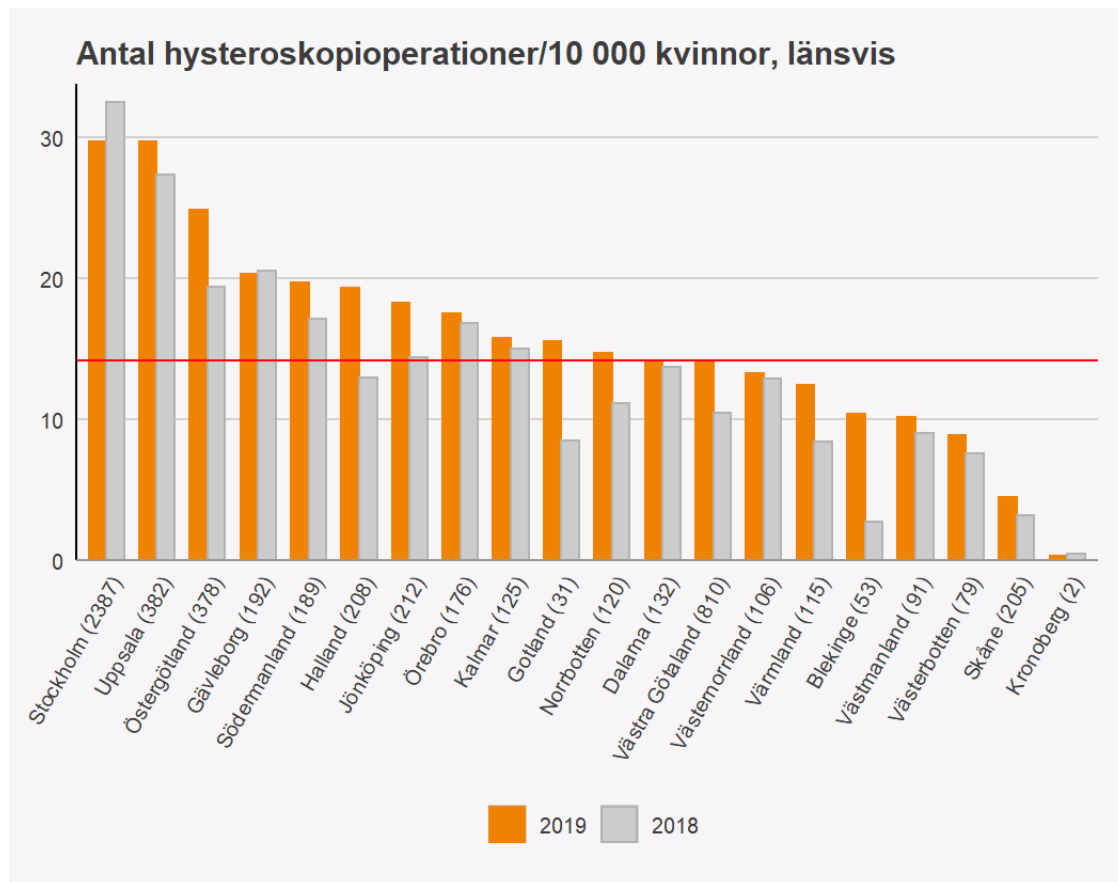
Figur 2. Andel diagnostiska hysteroskopier 2019.



Figur 3. Andel diagnostiska hysteroskopier 2018.

Operationer per 10 000/kvinnor länsvis

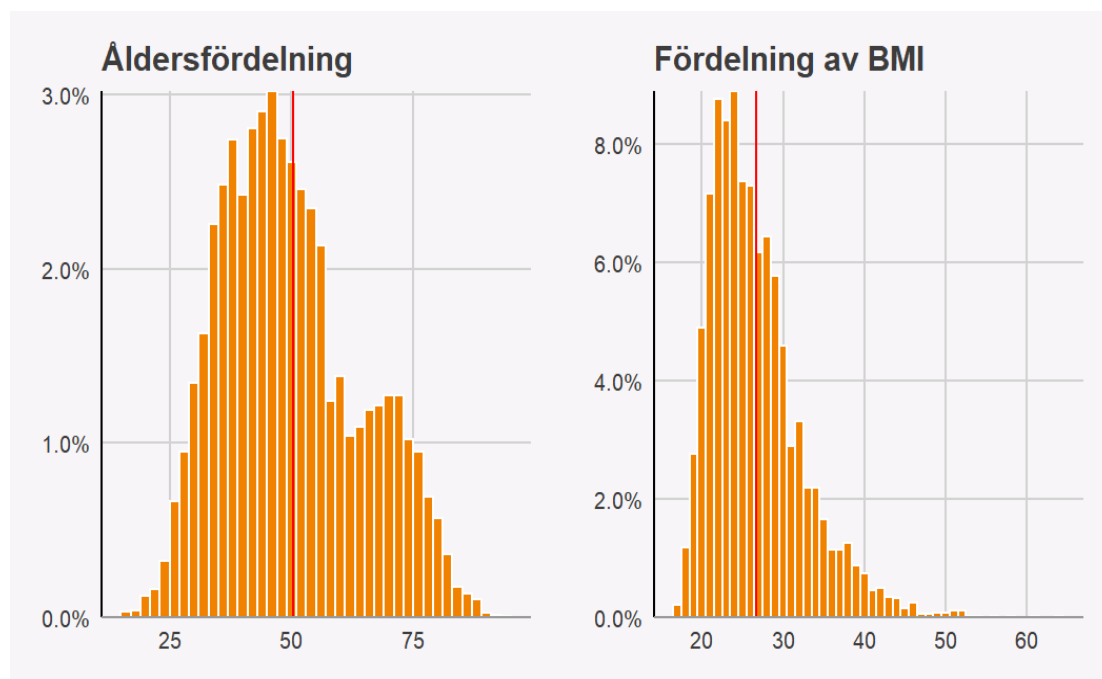
Statistiken avser kvinnor i åldersgruppen 20–85 år. Väsentligen oförändrat bland de som gör flest ingrepp, vissa län har ökat antalet registrerade ingrepp som ses i Halland, Gotland, Värmland och Blekinge.



Figur 4. Antal hysteroskopioperationer/10 000 kvinnor (ålder 20–85 år), hämtat från GynOp och SCB år 2019.

Ålders- och BMI-fördelning

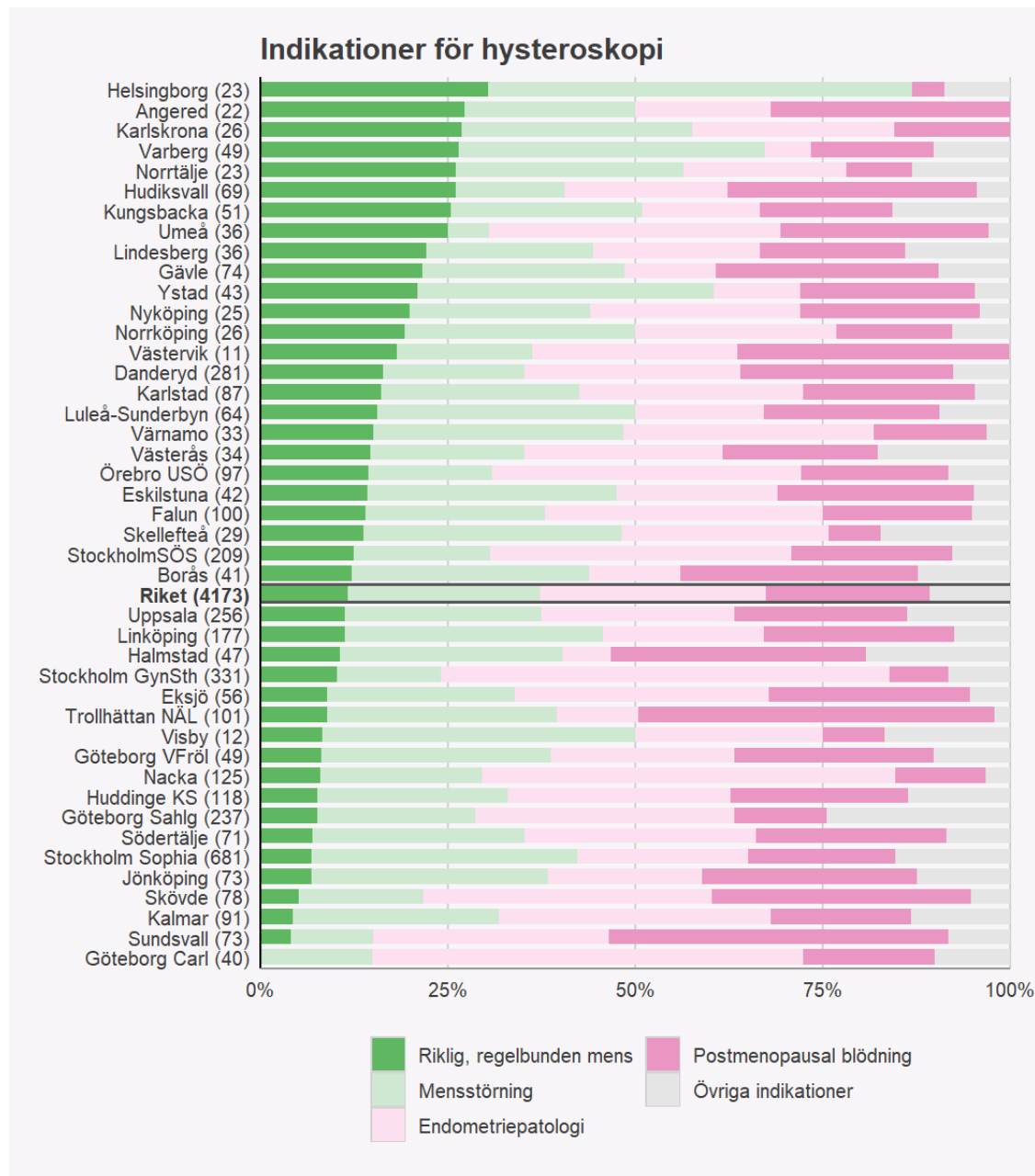
Det är inga skillnader jämfört med tidigare år.



Figur 5. Fördelning av ålder och BMI, gäller operationer år 2019.

Indikationer

Den vanligaste indikationen är riklig menstruation/menstruationsstörning. En stor del utgörs av utredning av endometrieptologi och postmenopausal blödning. Den främsta operationskoden som finner malignitet vid postmenopausal blödning utgörs av ULC05, ULC15, men även koderna LCB25 och LCB28² innehåller operation med malignt fynd.



Figur 6. Indikationer för hysteroskopi

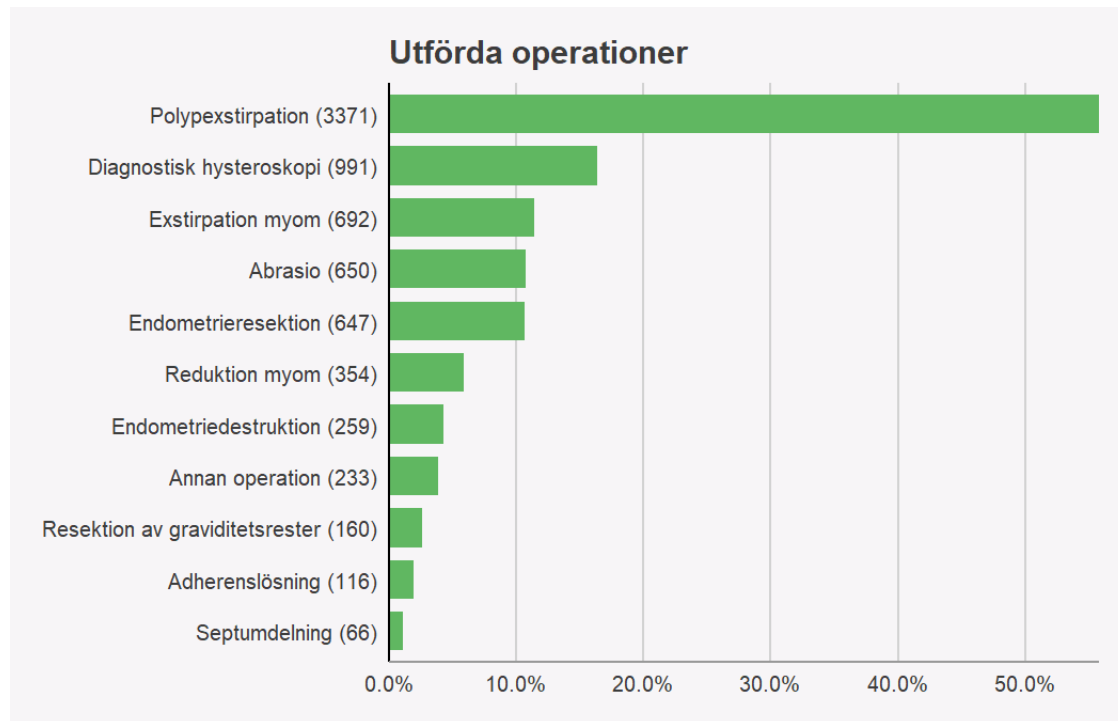
Alla indikationer

Indikationer	Antal
Endometrieptologi (uterusrelaterat, benigt)	1257
Mensstörning (uterusrelaterat, benigt)	1073
Postmenopausal blödning (uterusrelaterat, benigt)	912
Riklig, regelbunden mens (uterusrelaterat, benigt)	488
Infertilitet (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	162
Uterusrelaterat, benigt, ospecificerat	82
Endometrieptologi (malignitetsmisstänkt/precanceröst)	55
Övrigt (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	36
Dysmenorré (uterusrelaterat, benigt)	19
Adnexförändring/cysta (adnexrelaterat, benigt)	17
Sterilisering (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	10
Tryck/tyngd (prolaps)	10
Smärta (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	9
Ansträngningsläckage (urininkontinens)	7
Graviditetsrelaterat (adnexrelaterat, benigt)	6
Tryck/tyngd (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	6
Corpusmalignitet	4
Oklar resistens (malignitetsmisstänkt/precanceröst)	3
Tarmbesvär (prolaps)	3
Cancerprofylax (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	2
Cervixdysplasi	2
Annan malignitetsmisstänkt/precancerös indikation, ospecificerad	2
Framfall utanför slidan (prolaps)	2
Urinvägsproblem (uterusrelaterat, benigt)	1
Infektionsrelaterat (adnex-/uterusrelaterat, benigt)	1
Annan gynekologisk cancerindikation/diagnos, ospecificerat	1
Urinvägsbesvär (prolaps)	1
Blandläckage (urininkontinens)	1
Trängningsläckage (urininkontinens)	1

Operation

I figuren och tabellen nedan (utförda operationer) summeras andelarna till mer än 100 %. Det beror på att en patient kan ha mer än en åtgärd vid samma operation.

Fortsatt är polypexstirpation den vanligaste indikationen för hysteroskopi, 55,8%. Det är lite oklart varför abrasio registrerats i Hysteroskopiregistret, 10,8%, men det kan sannolikt vara kopplat till att man utfört en hysteroskopi med efterföljande abrasio och därmed tagit med det som ingrepp i operationsmallen.



Figur 7. Utförda operationer

Tabell 1. Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypexstirpation	3371	55,8%
Diagnostisk hysteroskopi	991	16,4%
Exstirpation myom	692	11,4%
Abrasio	650	10,8%
Endometrieresektion	647	10,7%
Reduktion myom	354	5,9%
Endometriedestruktion	259	4,3%
Annan operation	233	3,9%
Resektion av graviditetsrester	160	2,6%
Adherenslösning	116	1,9%
Septumdelning	66	1,1%

Anestesi

Som tidigare skiljer sig vald anestesimetod markant, vissa kliniker har i princip enbart generell anestesi som metod, vissa använder nästan aldrig den metoden. I årsrapport 2018 redovisades anestesimetod i tabellform med enbart fyra grupper: lokalanestesi, ryggbedövning, sövd och okänd. Då fick vissa kliniker hög andel för enbart lokalanestesi. I 2019 års rapport har vi fingranskat dessa siffror och delat in i fler grupper. Enbart lokalanestesi är inte en så god smärtlindring vid hysteroskopiska ingrepp utan det är lokalanestesi + sedering som fungerar för operativ hysteroskopi och det utgör 39,3% av all anestesi och lokalanestesi ensamt endast 8%.

Tabell 2. Anestesiformer sorterade på förekomst

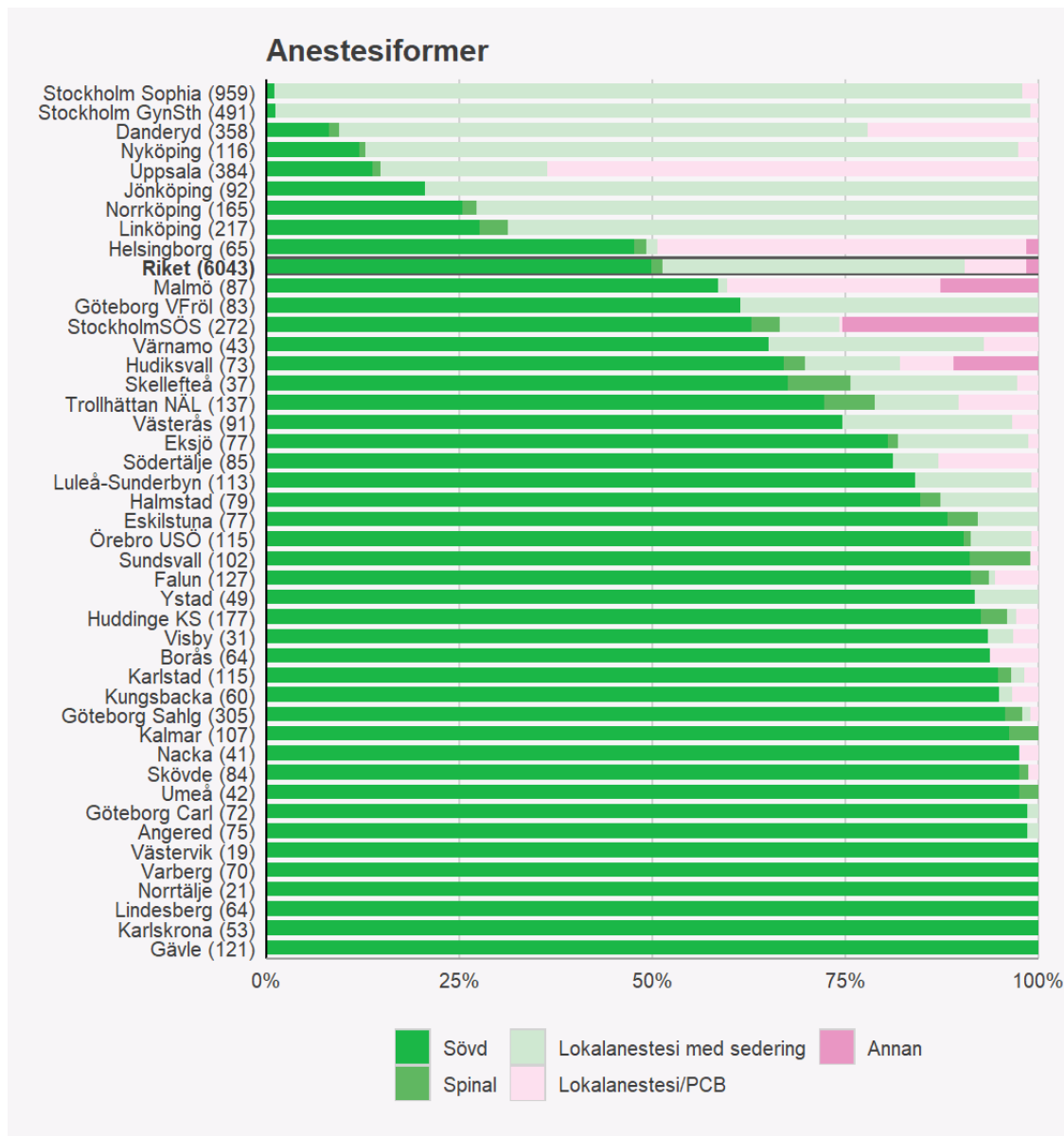
Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	3014	49,9%
Lokalanestesi med sedering	2373	39,3%
PCB	354	5,9%
Lokalanestesi	127	2,1%
Annan	89	1,5%
Spinal	86	1,4%

Det finns en grupp som registreras som "annan". När användaren registrerar sin hysteroskopi i GynOp-mallen och väljer "annan" så kommer en rad upp där användaren skriftligt kan ange sitt alternativ för "annan". Detta kan då vara till exempel alternativet "ingen", dvs att man inte tillför någon anestesimetod mer än att patienten tagit peroral smärtlindring preoperativt, används ofta vid mottagningsoperationer när operation görs utan anestesi-personal. Vid statistiskt uttag av data framkom det att man ej fick med den skriftliga registreringen som operatören angav under "Annan" och detta är ett förbättringsområde för operationsmallen.

Det som kunde tas fram till exempel i skriftlig text under Annan:

Sedering	53
Ingen	35
Inget	17
PCB	13
Lokalbedövning	17

Som man kan se blir antalet vi fick fram här högre än i tabellen ovan för Annan, så det måste röra sig om dubbelregistreringar, dvs att man angett mer än en metod på varje patient.



Figur 8. Anestesiformer

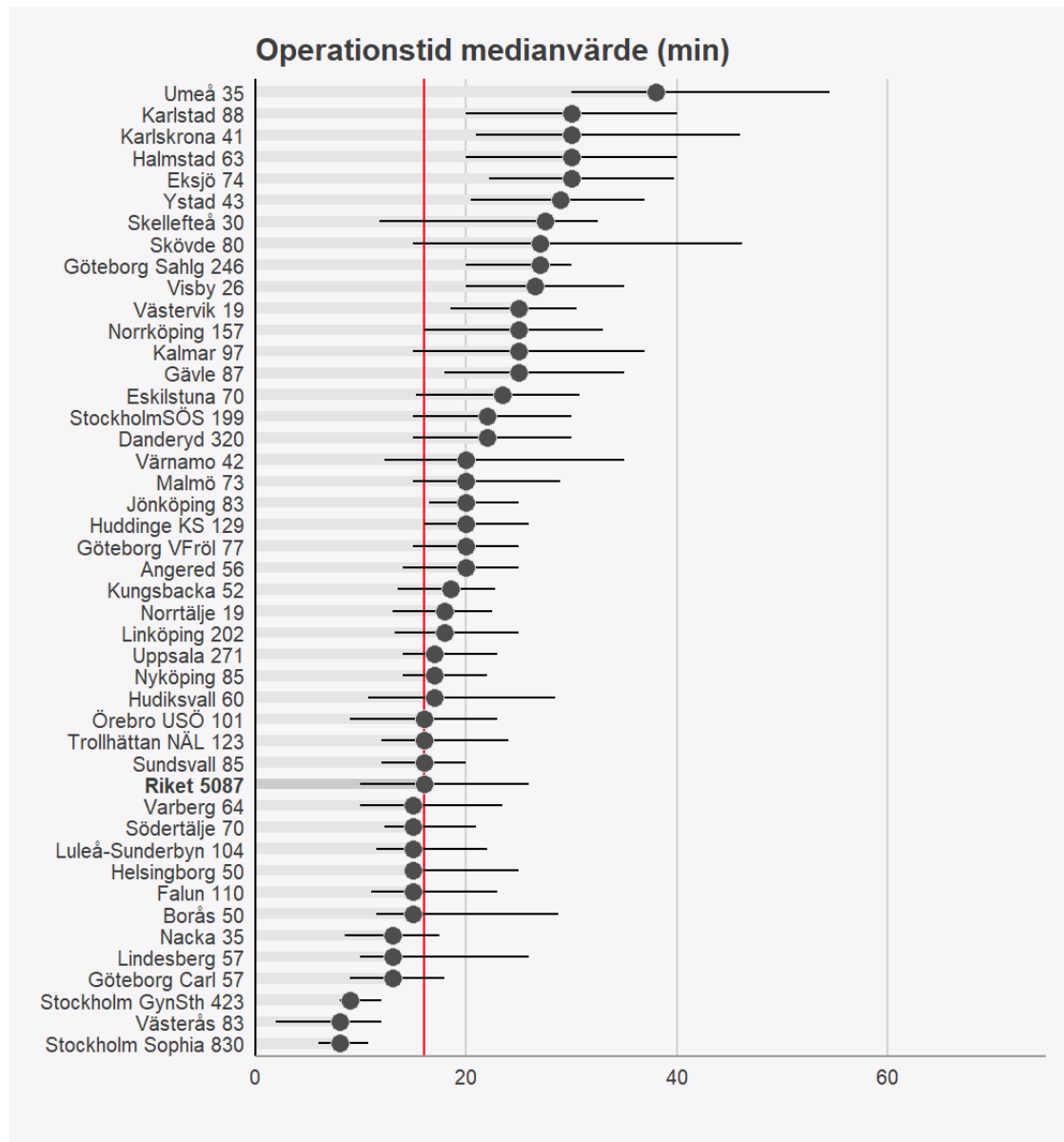
Operationstid

Det är fortsatt stor spridning i operationstid mellan klinikerna. Det gavs en generell rekommendation kring operationstid i föregående årsrapport och den tål att upprepas. Operationstid startar när dilatation påbörjas eller instrument införs. Anläggandet av lokalanestesi ska ej inräknas. Detta kan vara svårt att få att fungera i verkligheten då många kliniker sannolikt använder sig av WHO:s checklista för operation och har en timeout och efter att checklistan gått igenom av operatör så registreras operationsstart, även om operatören till exempel börjar med att lägga en PCB. Det är dock fortsatt väldigt stora skillnader i operationstid som inte enbart kan relateras till anläggande av lokalanestesi, utan någon annan faktor.

Det är inte heller antalet operationer som ger indikation om skillnaden, då kliniker med få och med många operationer finns i bägge ändar av operationstidsregistreringen.

Inför nästa årsrapport kan detta vara ett område att titta närmare på, kanske kontakta kliniker direkt för att få fram vad som ligger bakom skillnaden.

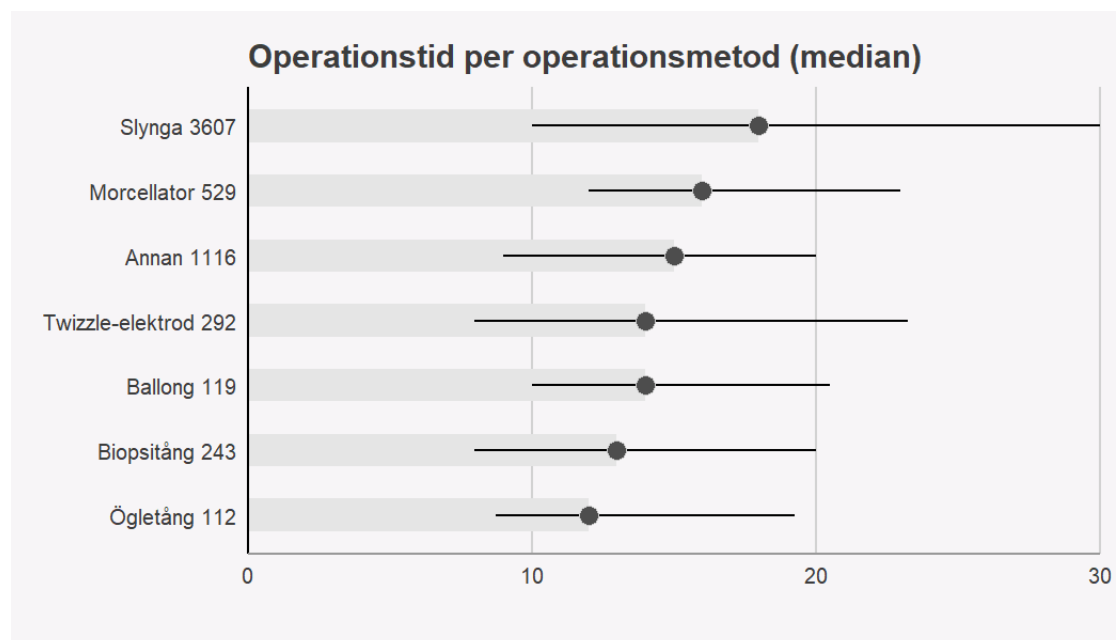
Punkten i figuren motsvarar mediantiden och strecket omfattar 50% av alla ingrepp (25:e och 75:e percentilen).



Figur 9. Operationstid medianvärde (min)

Vanligaste operationsmetoden är slynga. Det finns ett stort antal operationer inom gruppen "annan", med oklar metod. Vid fingranskning av statistiker av denna grupp, framkommer det att en stor del handlar om felregistrering. Väldigt många morcelleringsoperationer har hamnat i denna grupp, då man finner själva instrumentnamnet MyoSure som många använder för morcellering, registrerat under "annan". Det används också ett icke-ballonginstrument i dagsläget för de flesta endometriedestruktioner, det kan också vara en del av annan-gruppen. En grupp utgörs av sax.

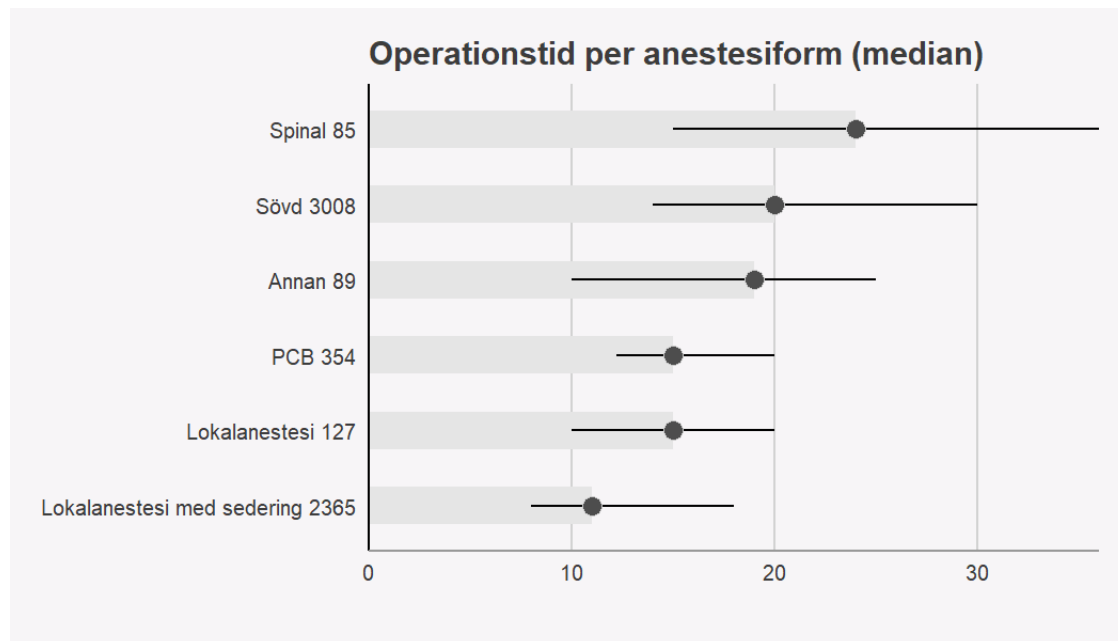
Det framkommer även rena fel, instrument som inte ska vara med vid hysteroskopi. Detta är ett område att se över, om det går att få till en förbättring för mer korrekt registrering.



Figur 10. Operationstid per operationsmetod (median)

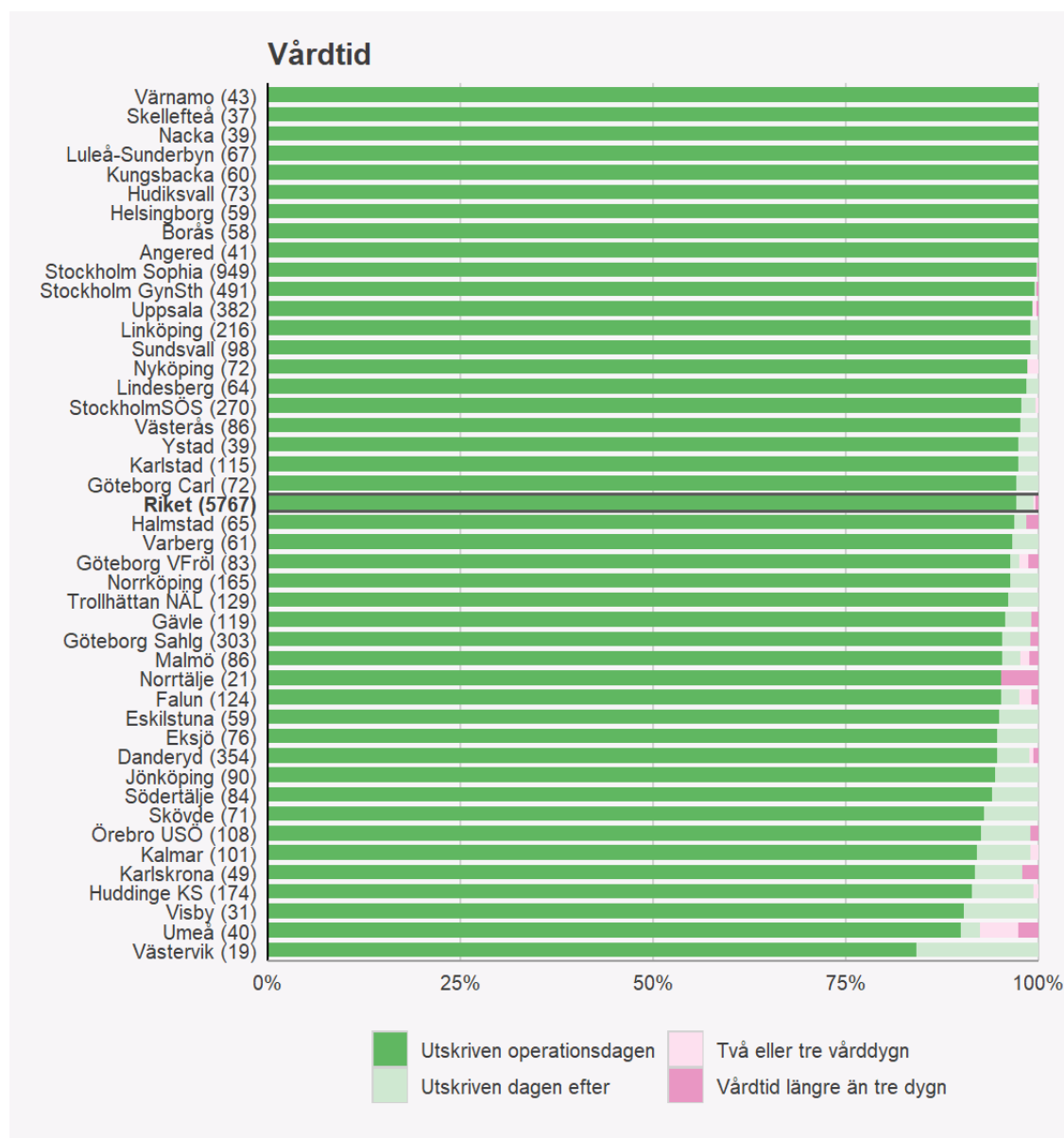
Det finns ingen tydlig förklaring till varför operationstid registreras som längre vid spinalanestesi jämfört med vid sövning. Men en trolig förklaring kan vara att det oftast är ASA3-patienter som ges spinalanestesi, där man ser mer risker med generell anestesi. Det är även vanligare med spinalanestesi vid fetma och det kan ibland vara förenat med tekniska svårigheter med hysteroskopi vid fetma.

För "annan" metod får vi utgå ifrån att det rör sig om samma som angavs i figur 8, det är dock med visst frågetecken. Om det rör sig om "annan" som i exemplet med "ingen" vid mottagningsoperation, så är det korta ingrepp som görs och det stämmer därmed inte riktigt med en längre operationstid. Det som framkommer statistiskt angivet i texten som lagts till "annan", är väldigt spretigt.



Figur 11. Operationstid per anestesiform (median)

Vårdtid



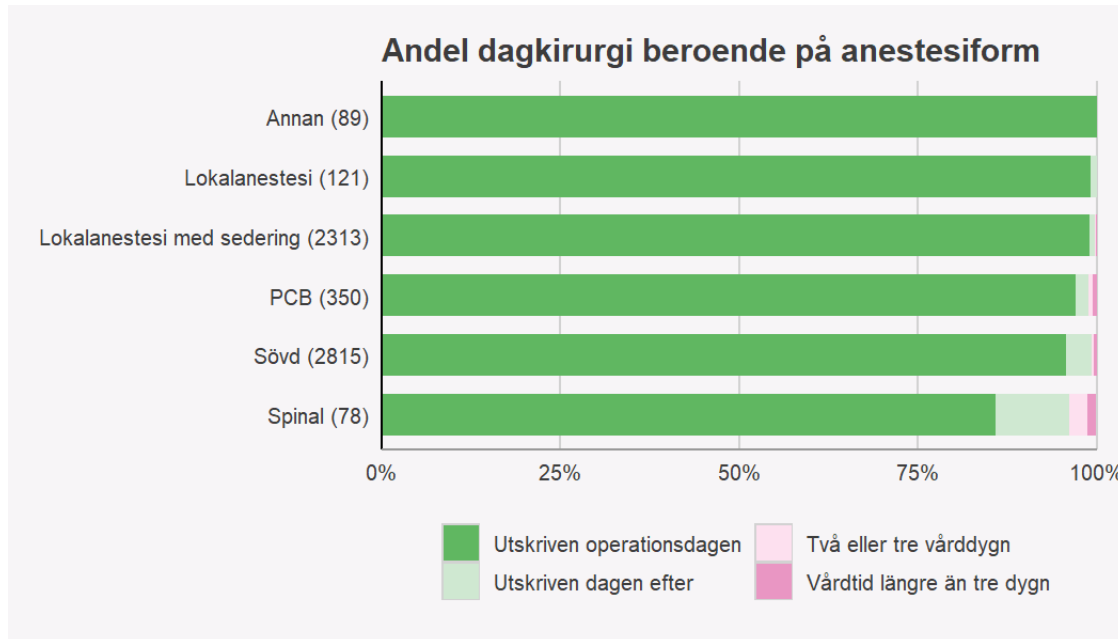
Figur 12. Vårdtid efter operation

Tabell 3. Vårdtid

Vårdtid	Antal	Andel
Utskriven operationsdagen	5605	97,2%
Utskriven dagen efter	131	2,3%
Två eller tre vård dygn	14	0,2%
Vårdtid längre än tre dygn	17	0,3%
Totalt	5767	100%

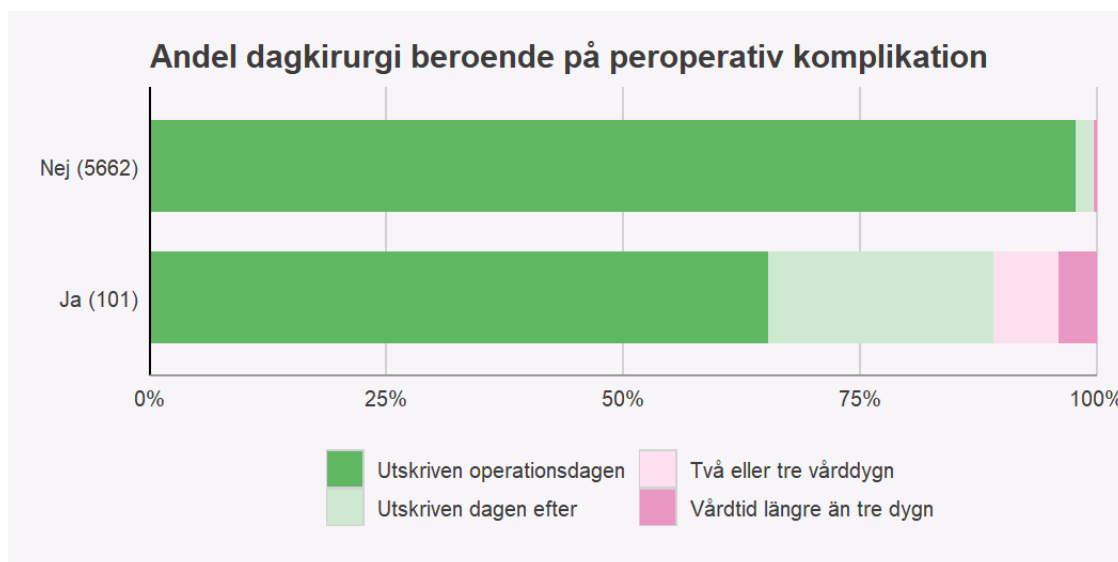
Intrauterina operationer görs fortsatt i huvudsak i dagkirurgi, 97,2%

Längre vårdtid ses främst vid spinalanestesi, detta bedöms vara kopplat till vad som angivits tidigare om mer spinalanestesi till ASA3-patienter. Det är inte ovanligt att en äldre, skör patient som behöver genomgå hysteroskopi kommer in till vårdavdelning kvällen före ingreppet. Vårdtid i GynOp är dock kopplat till när operation utförs, så eventuell vårdtid innan operation ses ju ej. De som redovisas i tabellen här, med längre vårdtid efter kirurgiskt ingrepp, har möjligen fått någon komplikation, framför allt de som har fler än två vårddygn, eller är så pass sjuka av andra medicinska skäl än det som utgjorde indikation till hysteroskopin, att de får längre postoperativ vårdtid.



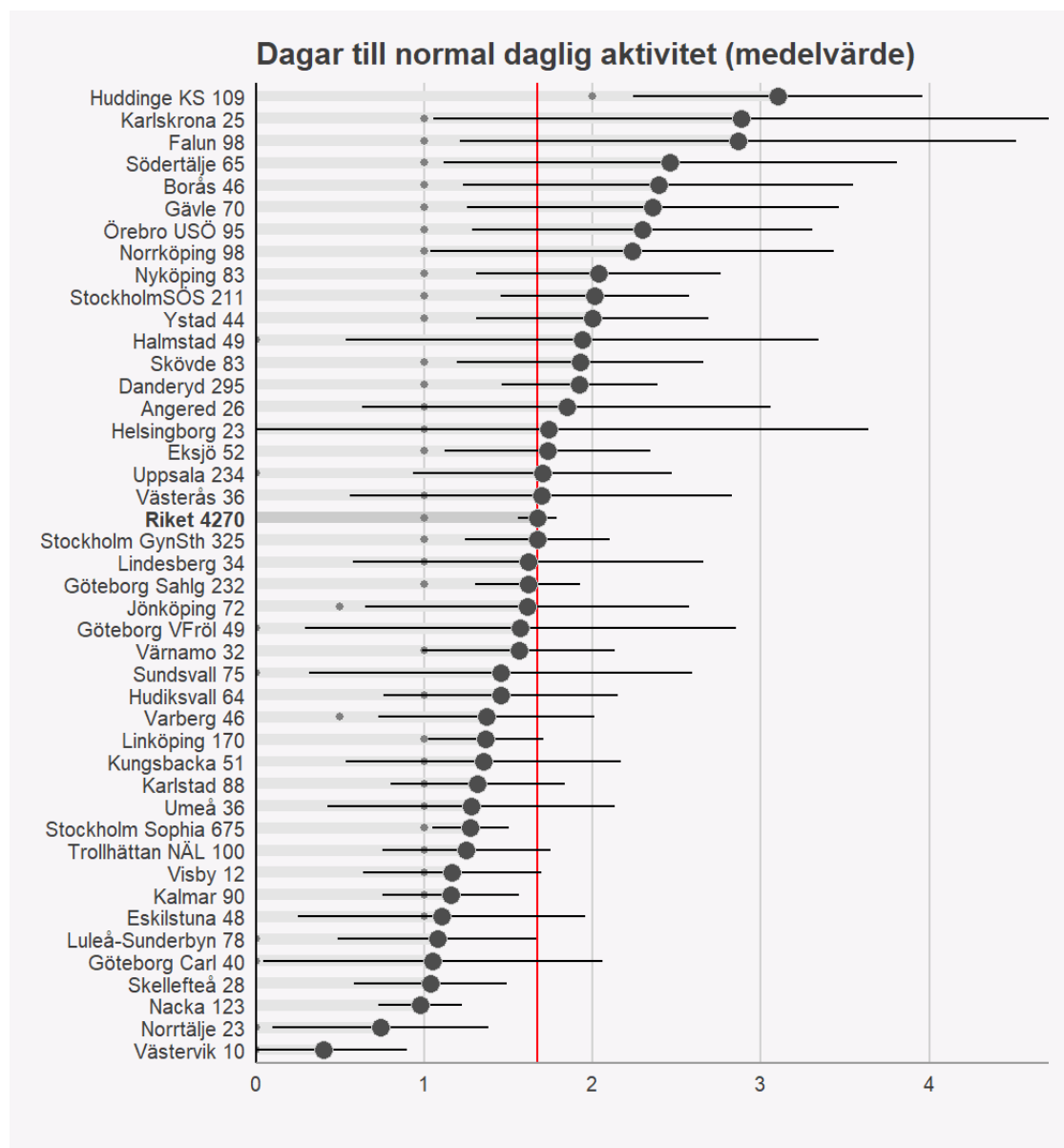
Figur 13. Andel dagkirurgi beroende på anestesiform (dagkirurgi = utskriven operationsdagen)

Om någon peroperativ komplikation uppstått blir andelen med längre vårdtid högre, men fortsatt kan ändå 63-64% gå hem samma dag.



Figur 14. Andel dagkirurgi beroende på peroperativ komplikation

Tid till normal ADL



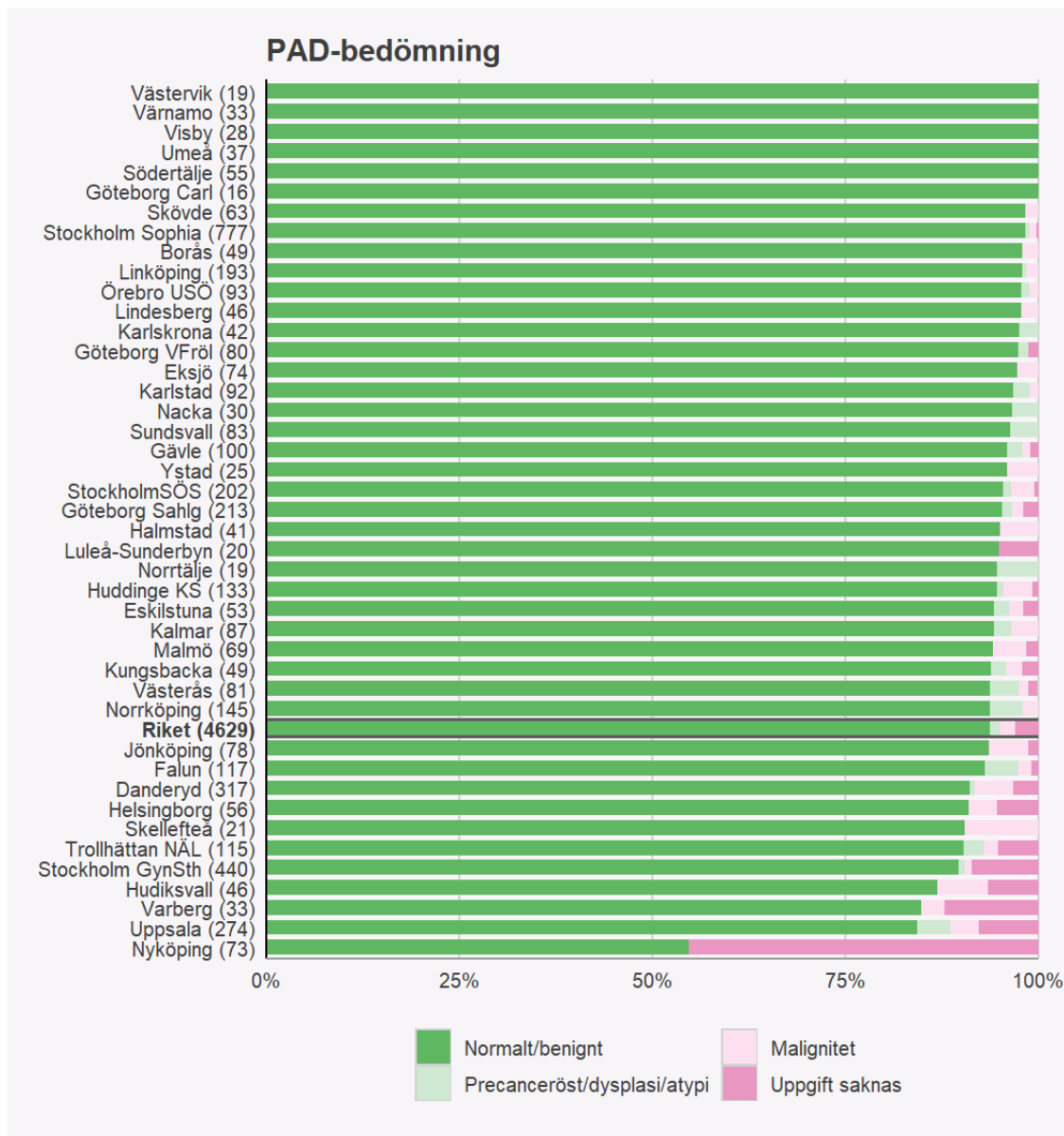
Figur 15. Dagar till normal daglig aktivitet (medelvärde)

ADL, normal daglig aktivitet efter hysteroskopi, är <2 dagar i medelvärde. Detta värde gäller för alla, oavsett ålder, operationstiden, övriga hälsotillstånd osv. Tolkning av detta är att hysteroskopi är ett lindrigt, kirurgiskt ingrepp med snabb återhämtning.

Det finns sällan något behov av sjukskrivning efter ett hysteroskopiskt ingrepp eller endometriedestruktion.

PAD

Andelen maligniteter vid hysteroskopi är fortsatt låg, 2% malignt, 1,3% precanceröst. Det förutsätter att alla ingrepp av diagnostisk hysteroskopi med biopsi registrerats. Det kan finnas en felkälla här. Enstaka kliniker har en hög andel ingrepp där uppgift saknas om PAD-svar. Likaså är det några kliniker som rapporterar enbart benigna fynd vilket också sticker ut lite. Förbättringspotential finns sannolikt även här.



Figur 16. PAD-bedömning

Tabell 4. PAD-bedömning för riket

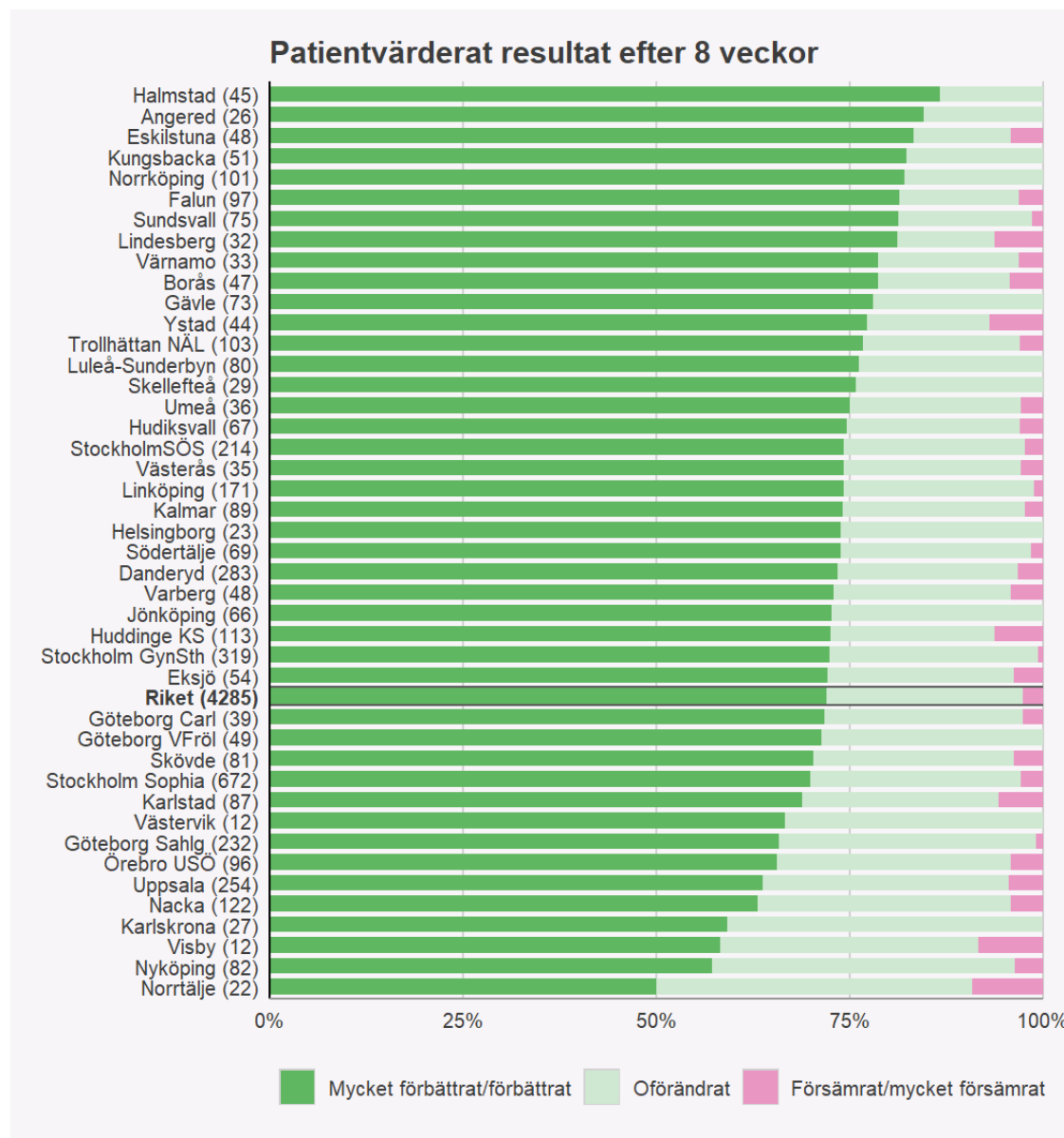
PAD-bedömning	Antal	Andel
Normalt/benigt	4340	93,76%
Uppgift saknas	135	2,92%
Malignitet	93	2,01%
Precanceröst/dysplasi/atypi	61	1,32%

Patientnöjdhet

Utvärdering av patientens tillstånd efter 8 veckor, 1 år och nöjdhet visar att 72% upplever sitt tillstånd förbättrat efter 8 veckor, 78% efter ett år. 25% upplevde sitt tillstånd oförändrat och det kan tolkas som att de inte hade så stora besvär innan ingreppet.

81% nöjda efter ett år ger vägledning om att behandlingen troligen varit effektiv på framför allt blödningsproblematik, som ju är den vanligaste indikationen.

Patientens tillstånd efter 8 veckor

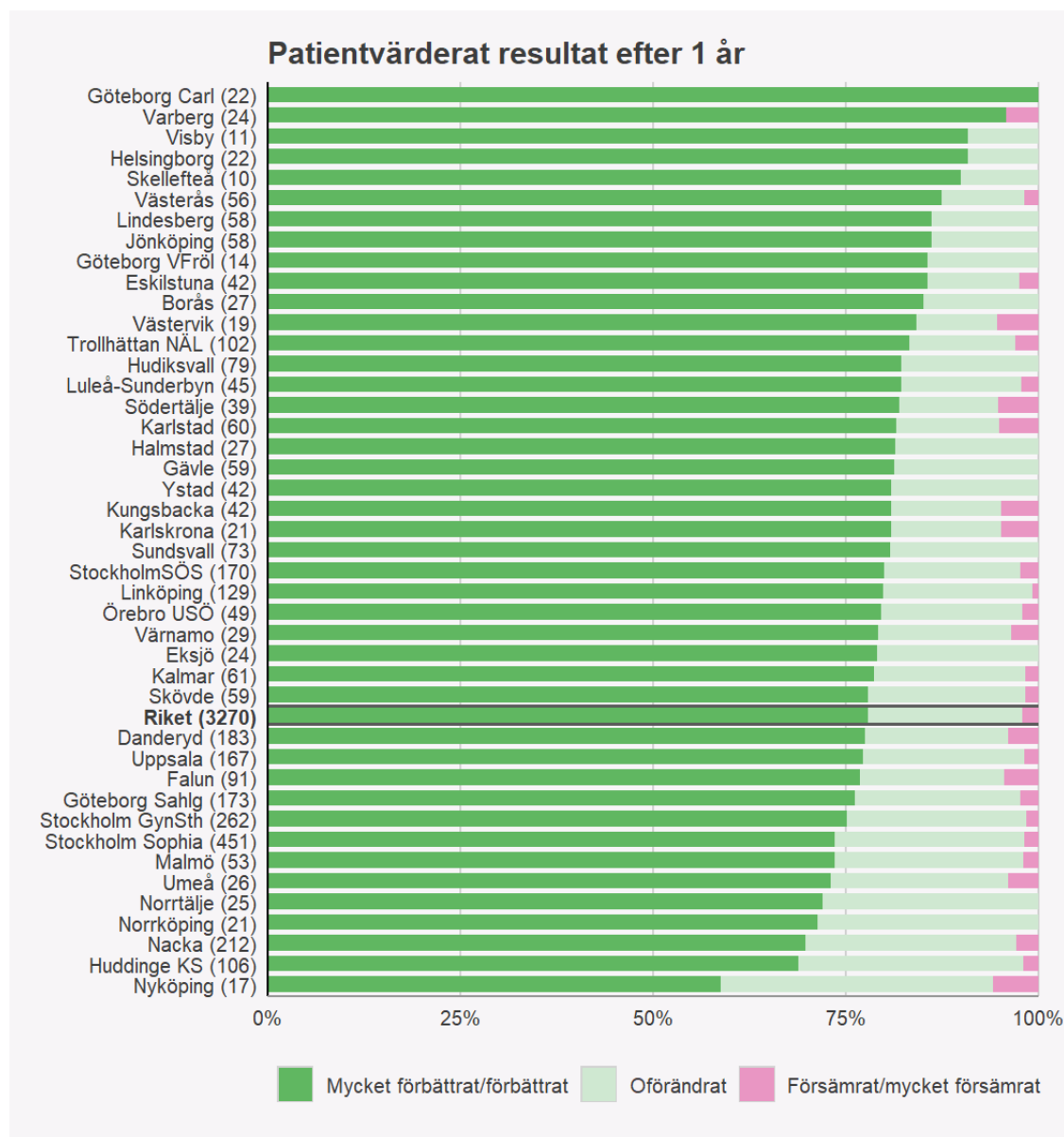


Figur 17. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Tabell 5. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

Tillstånd efter 8 v	Antal	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3088	72%
Oförändrat	1087	25%
Försämrat/mycket försämrat	110	3%

Patientens tillstånd efter 1 år

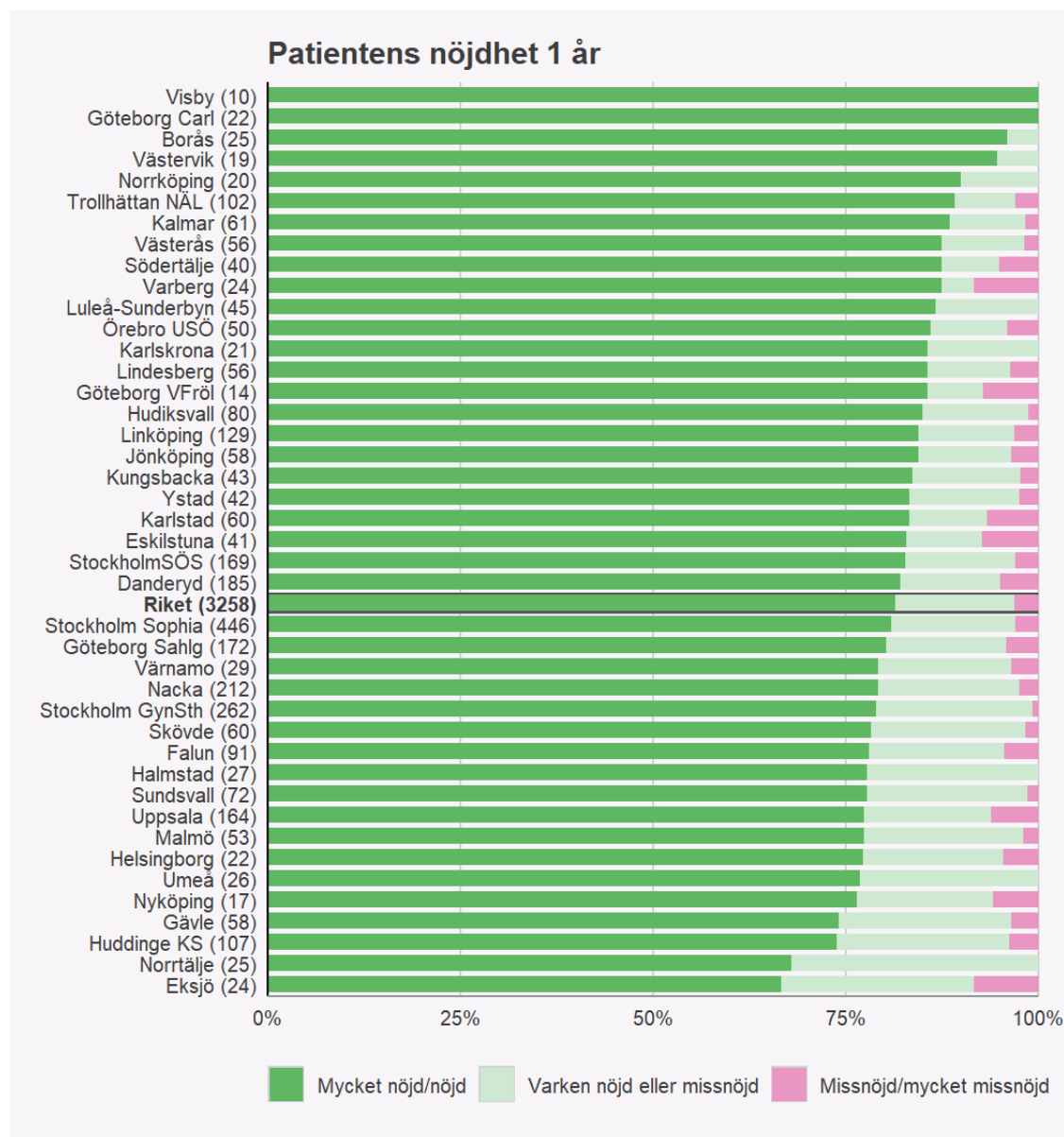


Figur 18. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tabell 6. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tillstånd efter 1 år	Antal	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	2548	78%
Oförändrat	656	20%
Försämrat/mycket försämrat	66	2%

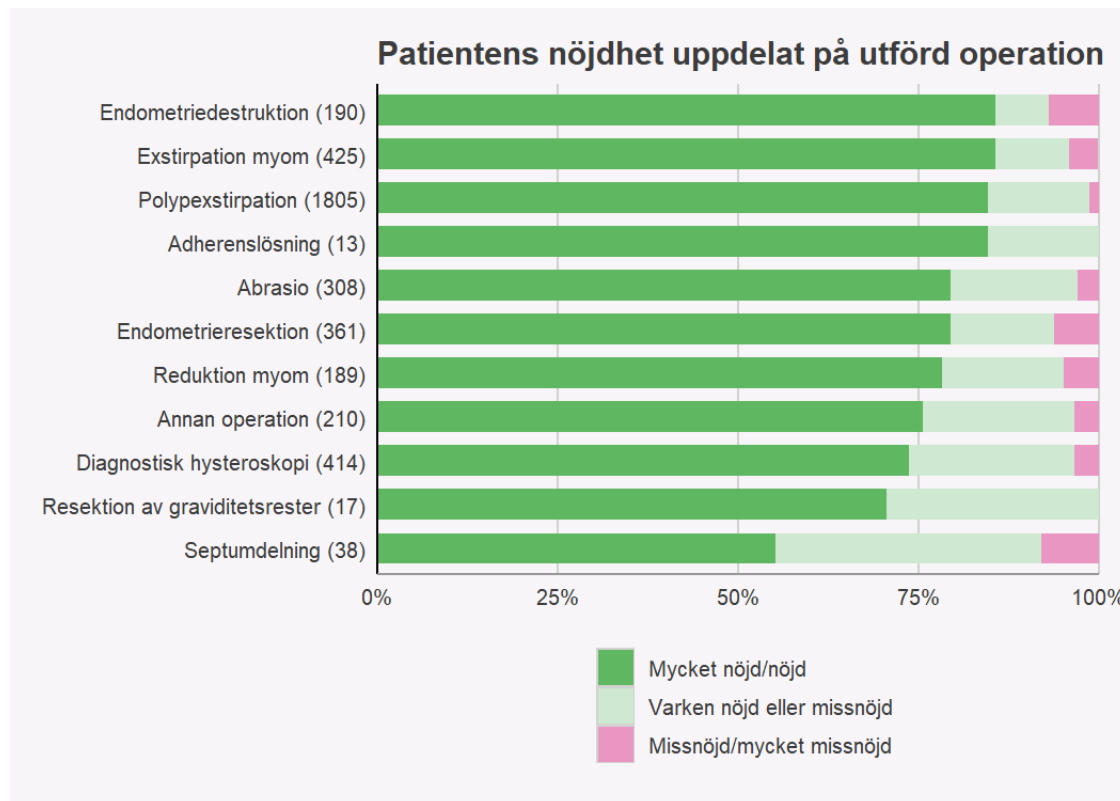
Patientens nöjdhet efter 1 år



Figur 19. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 7. Patientens nöjdhet 1 år

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Andel
Mycket nöjd/nöjd	2654	81%
Varken nöjd eller missnöjd	504	15%
Missnöjd/mycket missnöjd	100	3%



Figur 20. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

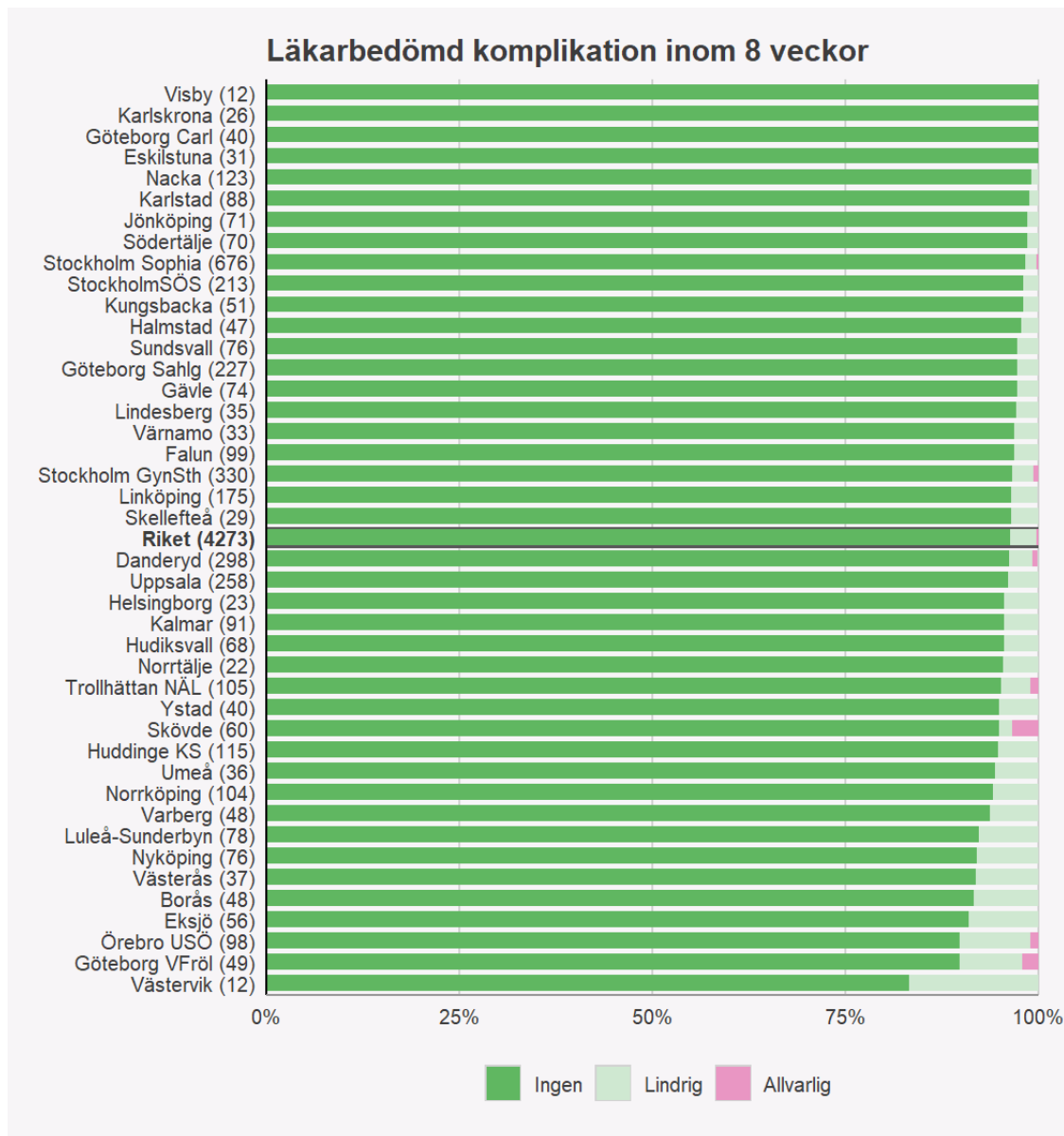
Komplikationer

Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

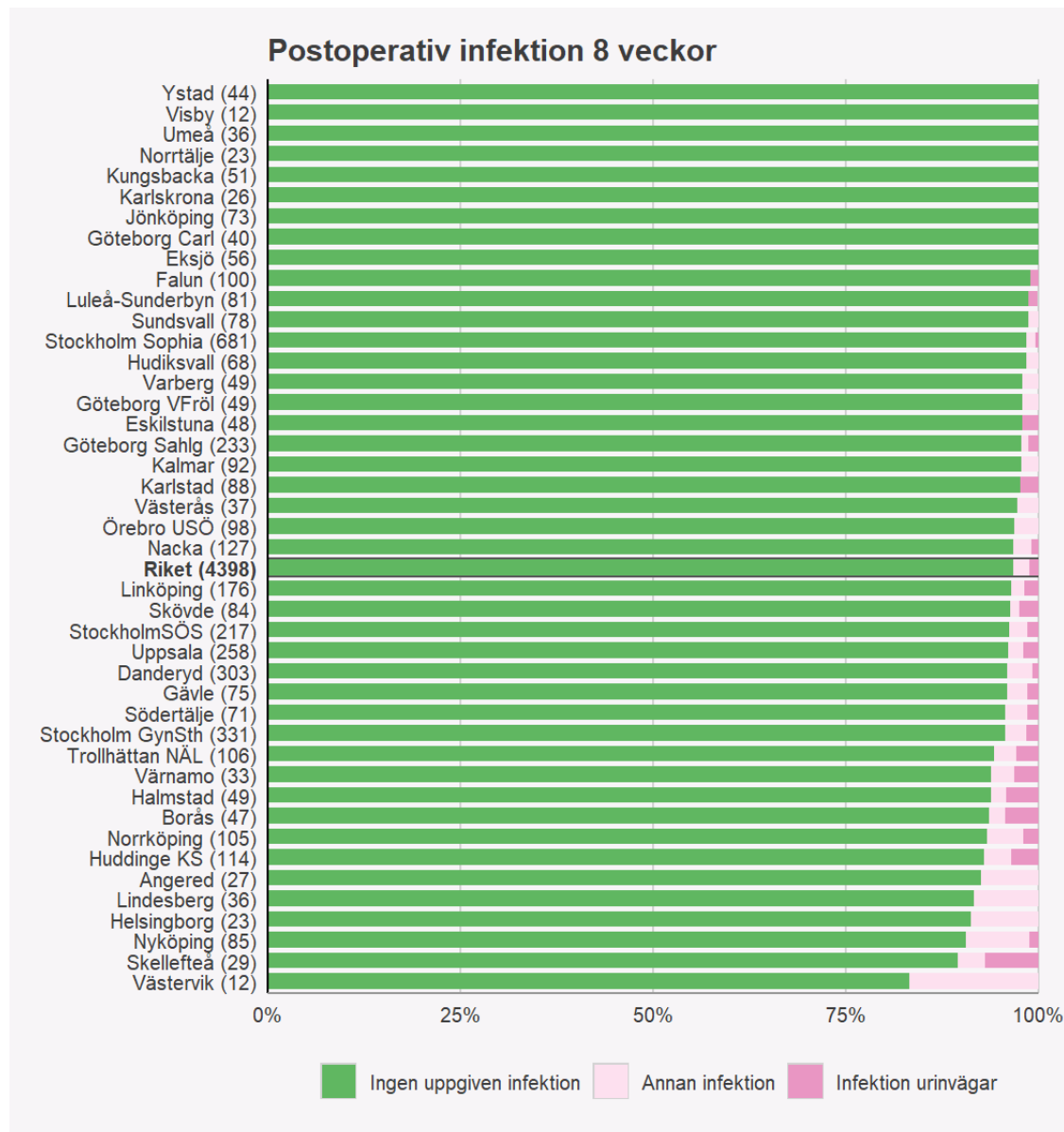
Tabell 8. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	65	1,08%
Annan komplikation	30	0,50%
Skärande perforation	11	0,18%
Blödning	7	0,12%

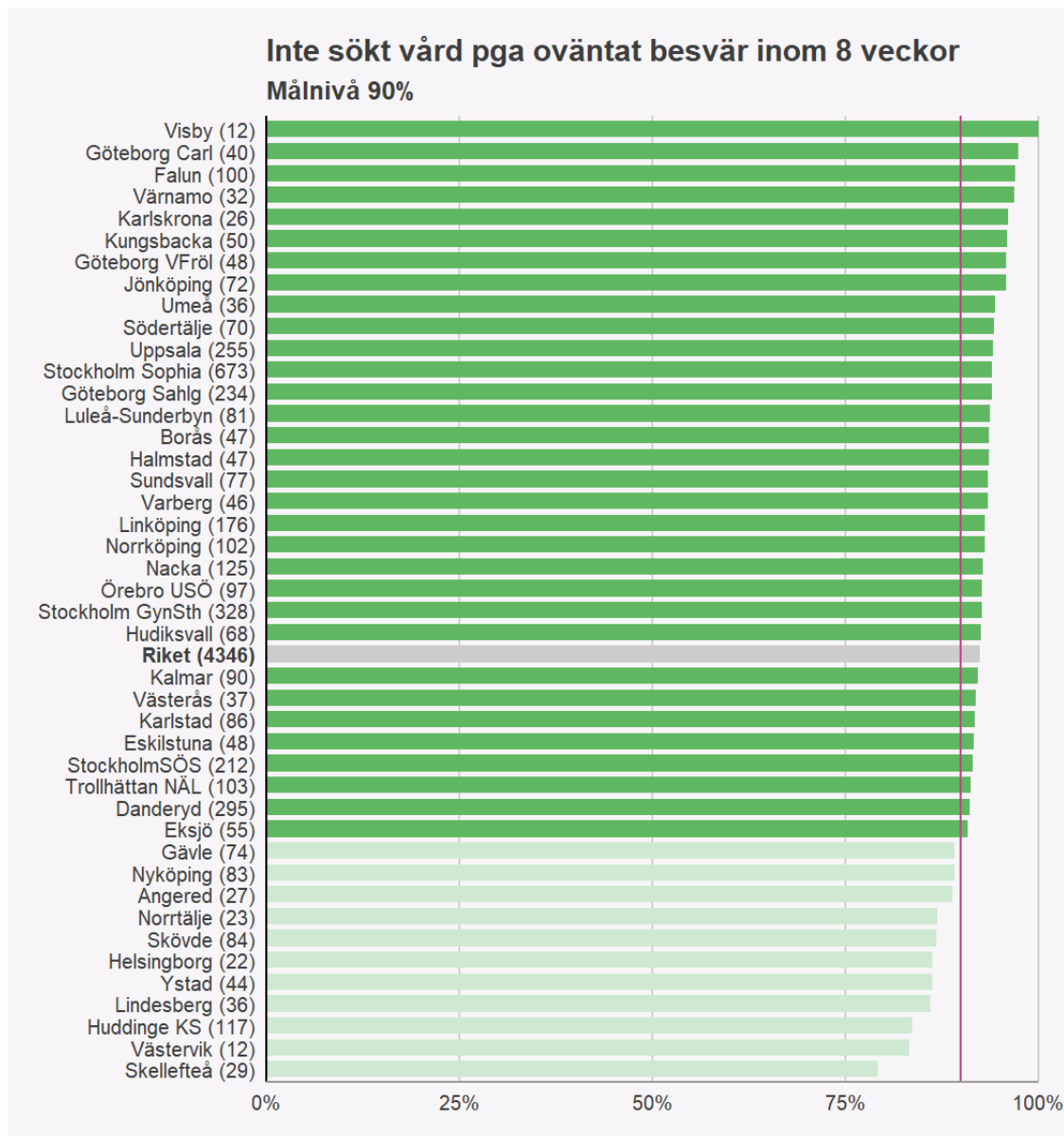
Peroperativ komplikation av någon typ var registrerad för 1,8% av patienterna. Ingen av patienterna hade fler än en peroperativ komplikation registrerad. Ett fåtal allvarliga komplikationer var registrerade.



Figur 21. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor



Figur 22. Postoperativ infektion 8 veckor



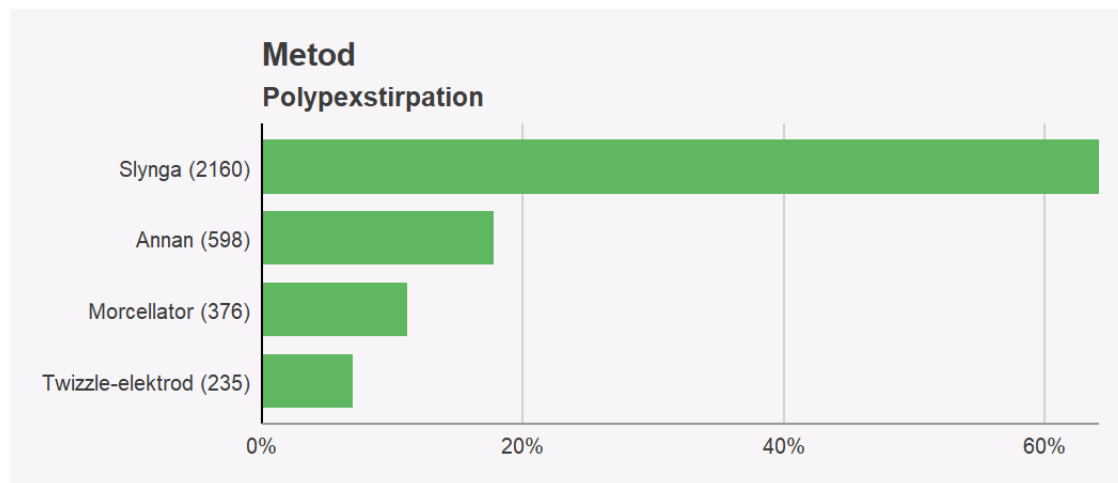
Figur 23. Inte sökt vård på grund av oväntat besvär inom 8 veckor

Majoriteten av klinikerna befinner sig på eller över målnivån 90% för att patienten ej behövt söka vård för oväntade besvär inom 8 veckor. Några ligger precis under, men alla befinner sig över 75%. En indikation på att ingreppet är ett minimalinvasivt ingrepp som är säkert.

Polypexstirpation

I år tittar vi litet närmre på den största gruppen av hysteroskopier i detalj. I detta avsnitt jämförs de olika metoderna för polypexstirpation med avseende på operationstid, postoperativ infektion, patientrapporterade besvär, läkarbedömda komplikationer samt patientnöjdhet efter 1 år.

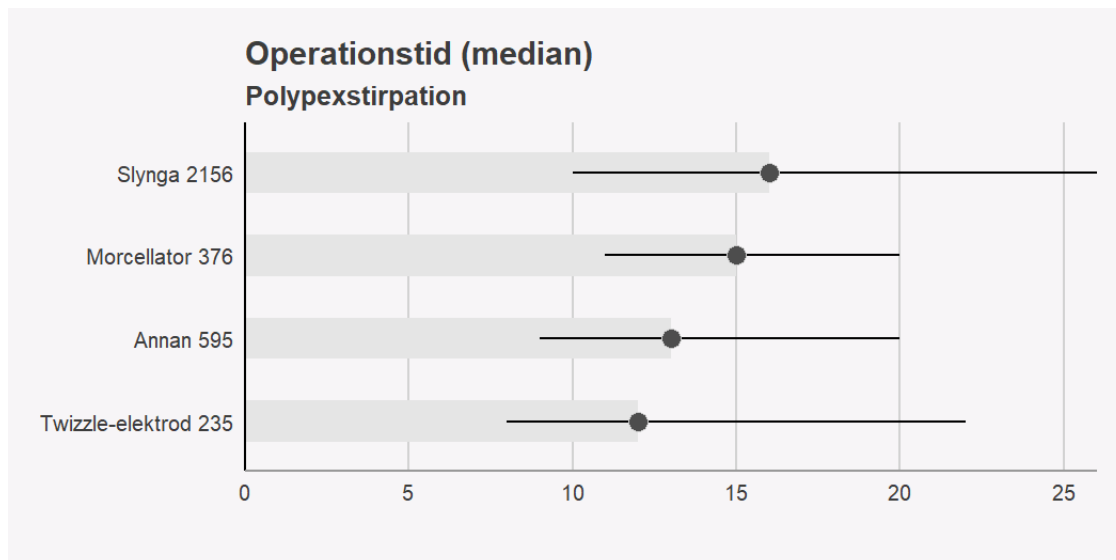
Ögletång och biopsitång är inlagda i gruppen "annan". Det är ju tveksamt med ögletång i samband med hysteroskopi, varför det inte kändes relevant att ha det som en egen grupp. Men då det ändå registreras får vi ta med det här. Även här liksom tidigare finns flera felregistreringar som gör att gruppen "annan" bli näst störst som metod, till exempel har flera morcelleringsinstrument registrerats här under namn (Myosure), istället för i fältet under i variabeln "morcellator".



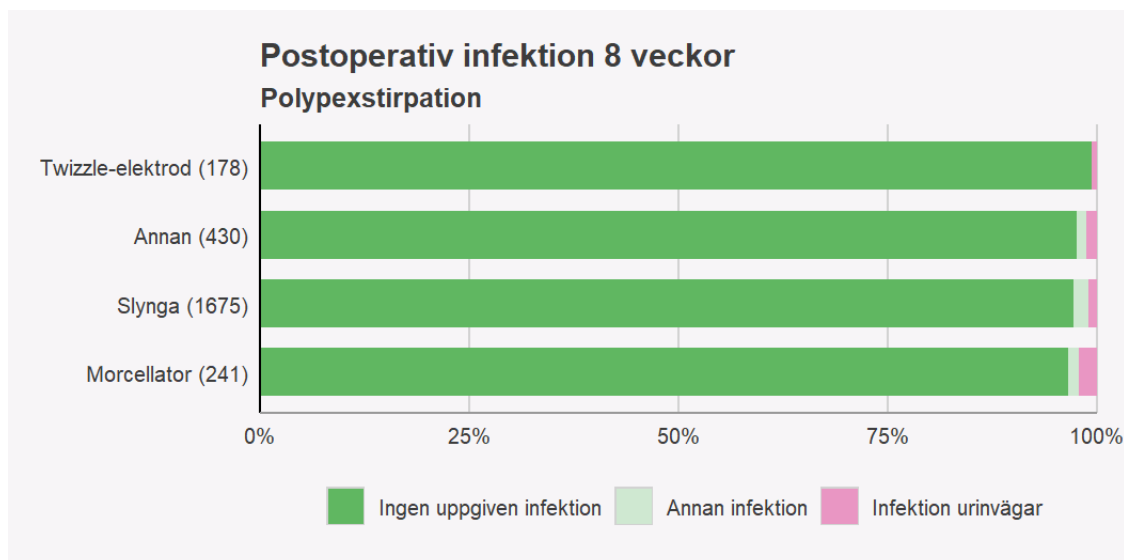
Figur 24. Metod vid polypexstirpation.

Tabell 9. Metod vid polypexstirpation

Metod	Antal	Andel
Slynge	2160	64,1%
Annan	598	17,7%
Morcellator	376	11,2%
Twizzle-elektrod	235	7,0%



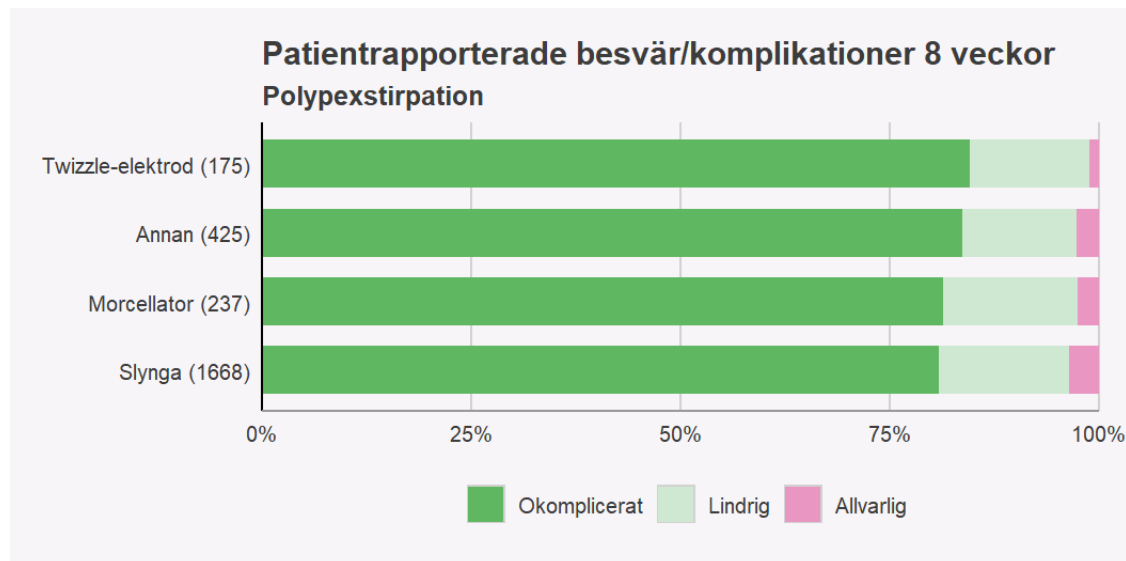
Figur 25. Operationstid (median)



Figur 26. Postoperativ infektion 8 veckor

Tabell 10. Postoperativ infektion 8 veckor

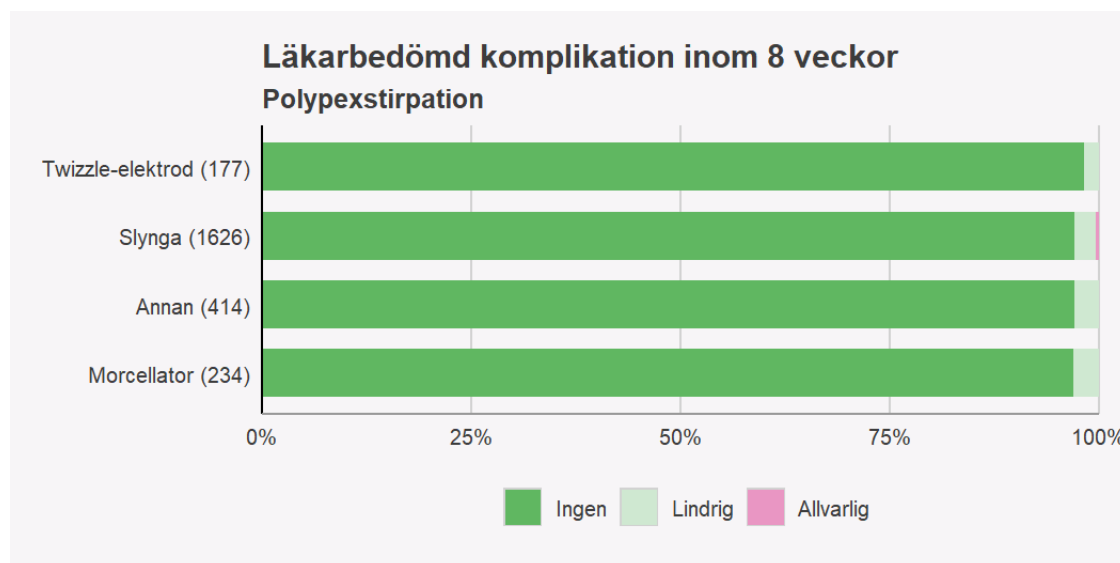
Metod	inf8v	Antal	Andel
Slynga	Ingen uppgiven infektion	1629	97,3%
	Annan infektion	29	1,7%
	Infektion urinvägar	17	1,0%
Twizzle-elektrod	Ingen uppgiven infektion	177	99,4%
	Infektion urinvägar	1	0,6%
Annan	Ingen uppgiven infektion	420	97,7%
	Annan infektion	5	1,2%
	Infektion urinvägar	5	1,2%
Morcellator	Ingen uppgiven infektion	233	96,7%
	Annan infektion	3	1,2%
	Infektion urinvägar	5	2,1%



Figur 27. Patientrapporterade besvär/komplikationer 8 veckor

Tabell 11. Patientrapporterade besvär/komplikationer 8 veckor

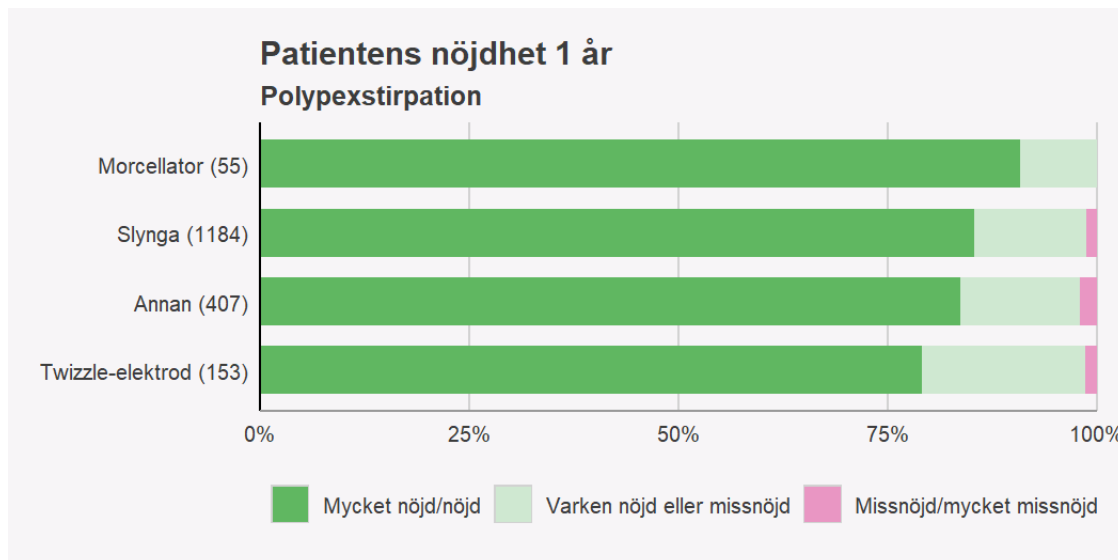
Metod	Patientrapporterad komplikation	Antal	Andel
Slynga	Okomplicerat	1350	80,9%
	Lindrig	260	15,6%
	Allvarlig	58	3,5%
Twizzle-elektrod	Okomplicerat	148	84,6%
	Lindrig	25	14,3%
	Allvarlig	2	1,1%
Annan	Okomplicerat	356	83,8%
	Lindrig	58	13,6%
	Allvarlig	11	2,6%
Morcellator	Okomplicerat	193	81,4%
	Lindrig	38	16,0%
	Allvarlig	6	2,5%



Figur 28. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

Tabell 12. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor

Metod	Läkarbedömd komplikation	Antal	Andel
Slynga	Ingen	1579	97,1%
	Lindrig	42	2,6%
	Allvarlig	5	0,3%
Twizzle-elektrod	Ingen	174	98,3%
	Lindrig	3	1,7%
Annan	Ingen	402	97,1%
	Lindrig	12	2,9%
Morcellator	Ingen	227	97,0%
	Lindrig	7	3,0%

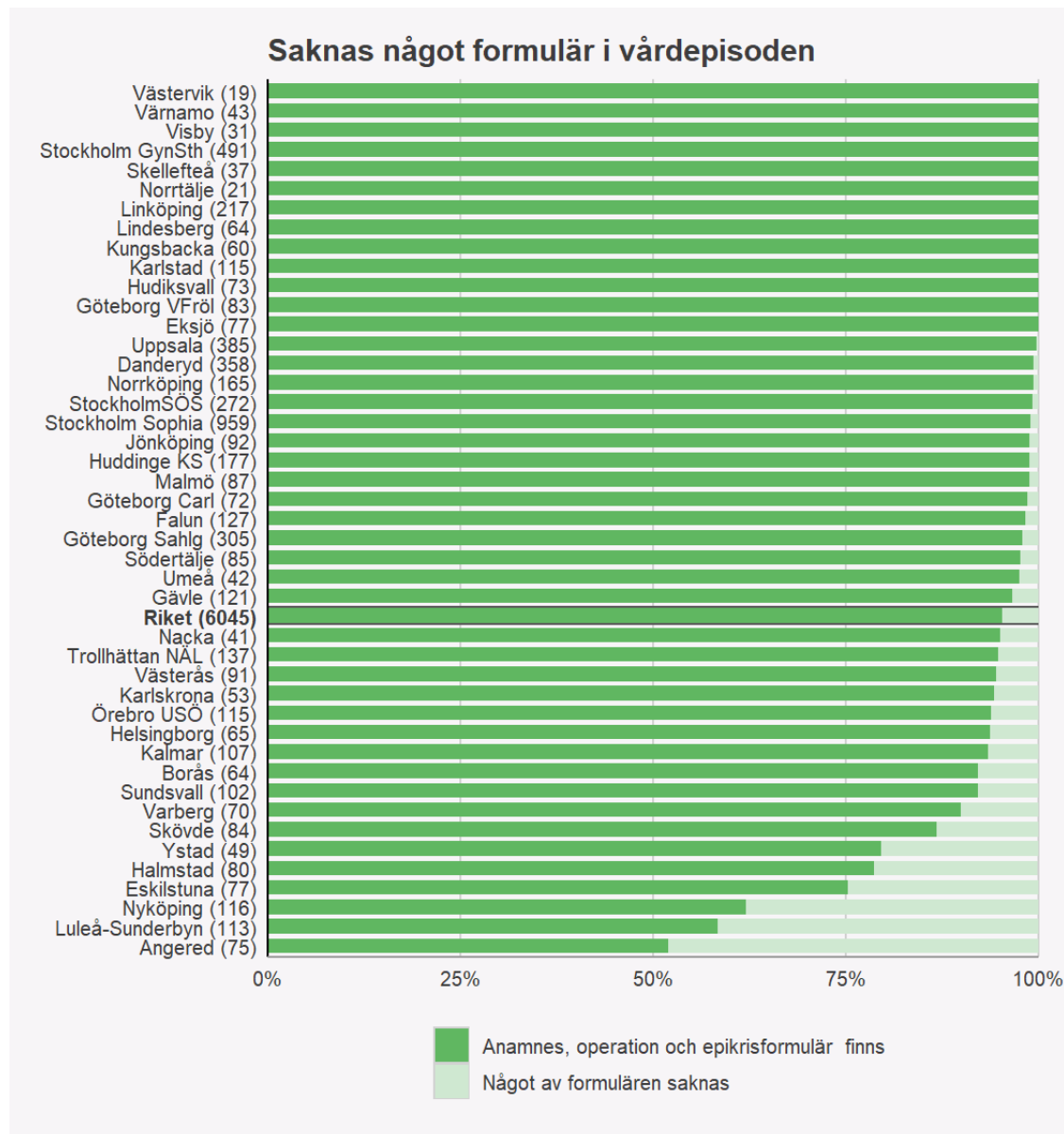


Figur 29. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 13. Patientens nöjdhet 1 år

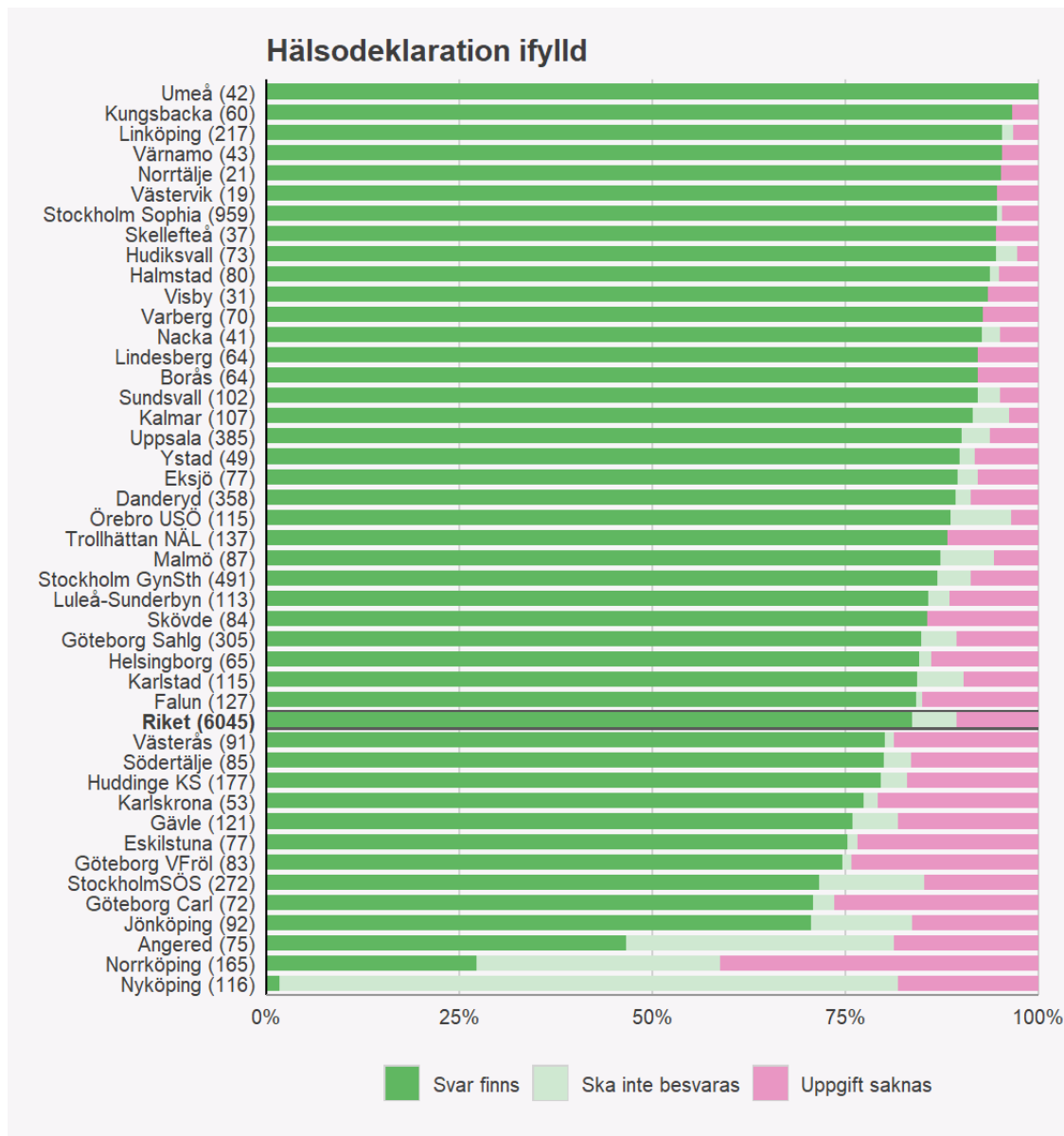
Metod	Nöjdhet	Antal	Andel
Slynge	Mycket nöjd/nöjd	1011	85,4%
	Varken nöjd eller missnöjd	159	13,4%
	Missnöjd/mycket missnöjd	14	1,2%
Twizzle-elektrod	Mycket nöjd/nöjd	121	79,1%
	Varken nöjd eller missnöjd	30	19,6%
	Missnöjd/mycket missnöjd	2	1,3%
Annan	Mycket nöjd/nöjd	341	83,8%
	Varken nöjd eller missnöjd	58	14,3%
	Missnöjd/mycket missnöjd	8	2,0%
Morcellator	Mycket nöjd/nöjd	50	90,9%
	Varken nöjd eller missnöjd	5	9,1%

Svarsfrekvenser för enkäter



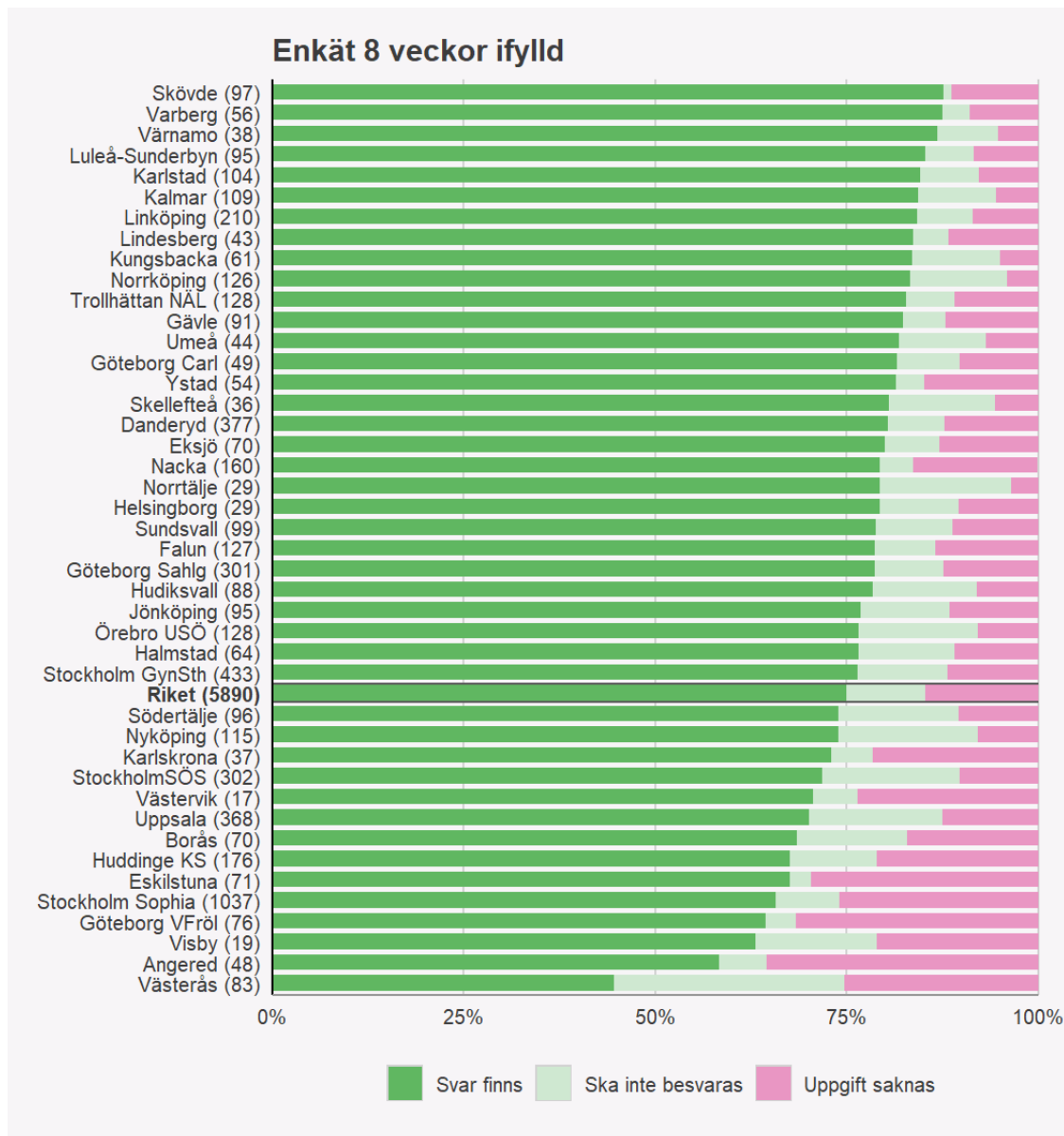
Figur 30. Saknas något formulär i vårdepidoden

Majoriteten av klinikerna har god nivå på registrerade formulär, några enstaka kliniker rekommenderas jobba med förbättring av detta.



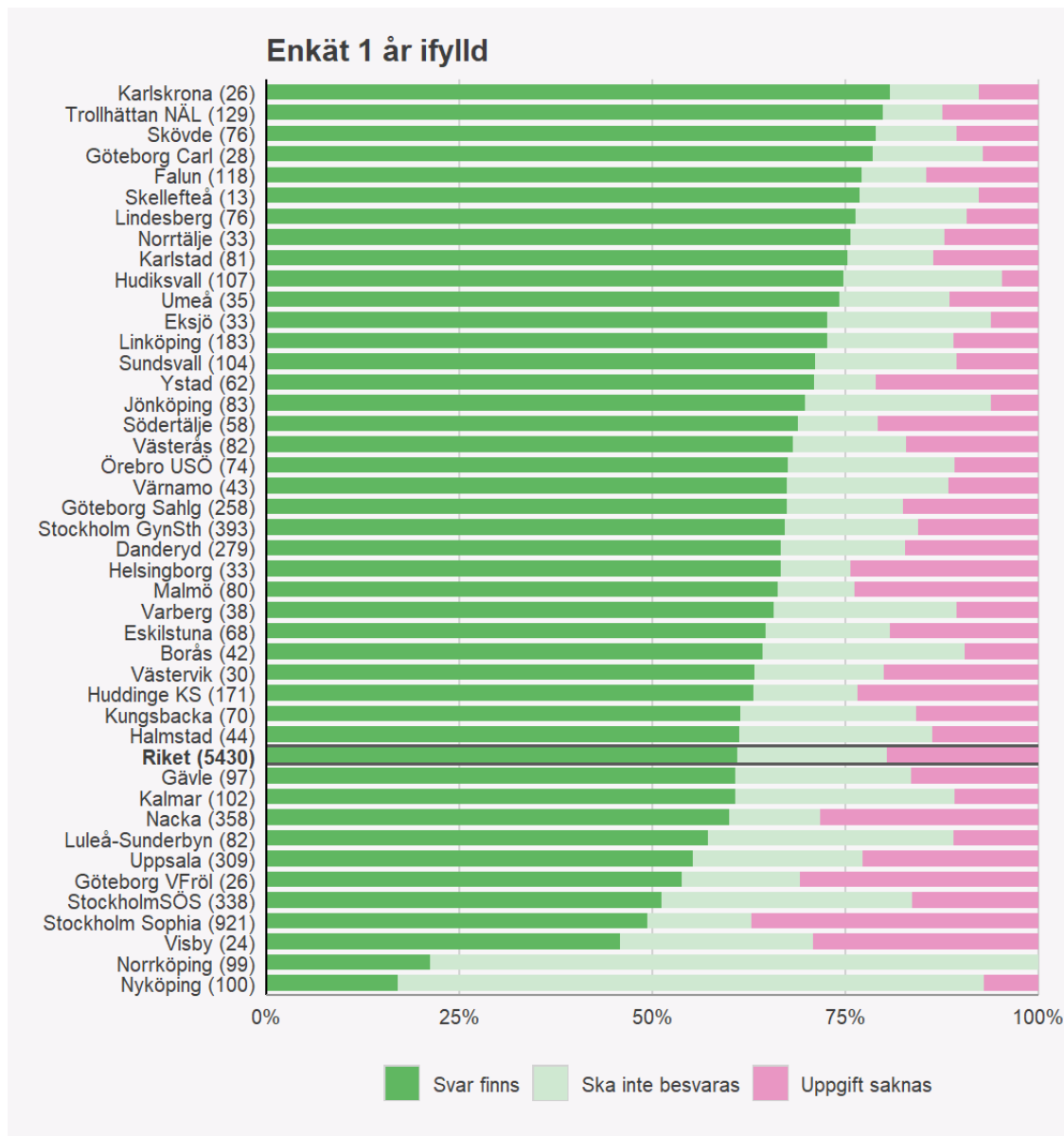
Figur 31. Hälsodeklaration ifylld

En rätt betydande del av "uppgift saknas" (dvs att enkäten inte är besvarad) framkommer här. Likaså frågetecken kring varför hälsodeklaration inte ska besvaras på en del kliniker. Detta är intressant att jämföra med övriga delregister i GynOp tänker jag, om det är någon skillnad beroende på vilket ingrepp som ska utföras.



Figur 32. Enkät 8 veckor ifylld

Både för enkät efter 8 veckor och efter 1 år så är det ett ganska stort bortfall där uppgift saknas. Vad beror det på? Och även här finns en stor grupp "Ska inte besvaras", som kan vara att patienten registrerats som ej lämplig för enkät (språkförbistring, nedsatt kognitiv förståelse av sjukdom t.ex demens), ny operation har utförts sedan den föregående, avlidna eller annan orsak.



Figur 33. Enkät 1 år ifylld

Sammanfattning

Det finns fortsatt skillnader över landet vad gäller hysteroskopioperationer och endometriedestruktion, till exempel skillnader i metodval och anestesi metod. Fortsatt finns en Stockholmsdominans, men andra storstäder framträder också. Åt andra hållet finns även orter som gör/registrerar ytterst få ingrepp.

Mitt arbete med denna rapport har påvisat flera områden jag gärna vill göra fördjupningar i. Det som gjorde mig intresserad av att få veta mer detaljer kring registreringen i GynOp-registret från början, har bara förstärkts med många tankar och idéer kring det fortsatta arbetet med detta delregister. Jag tar tacksamt emot synpunkter och frågor från er användare!

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
Demografi	Vetenskapen om en befolknings fördelning, storlek och sammansättning, t ex ålder, kön, vikt och längd.
Dilatation	Utvidgning
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Hysteroskopi	Undersökning av livmoderhålan med hjälp av ett instrument som kallas hysteroskop. Instrumentet ser ut ungefär som ett rör och förs in i livmodern via livmoderhalsen.
Intrauterin	Inuti livmodern.
Morcellator	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid tithålskirurgi.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Peroperativ	Under operationen
Peroral	"via munnen", till exempel tablettbehandling
Polypektomi	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Postmenopausal	Efter klimakteriet
Postoperativ	Efter operationen
Preoperativ	Före operationen
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
SFOG	Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi.
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.
Timeout	Säkerhetsgenomgång som sker vid all kirurgi på operationssal. Till exempel: All personal på salen uppger sitt namn och roll, patientens Id kontrolleras före anestesistart. Planerat ingrepp verifieras och man gör en kontroll att man har korrekt rätt utrustning. Se hela checklisten på https://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=35543&childId=12649