

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2024

Författare:

Anneli Jördens

Registeransvarig för delregistret för intrauterin kirurgi

Överläkare, Gynmottagningen, Ersta sjukhus, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2025-04-29



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	1
Tidsperiod	1
Täckningsgrad.....	2
Demografi	2
Utförda operationer	4
ST-läkares deltagande vid operation	10
Typ av operation som utförts	11
Operationsmetod vid myom	12
Anestesi.....	13
Operationstid	16
Vårdtid.....	18
Sjukskrivning	19
Tid till normal ADL.....	21
PAD	22
EIN-diagnos	24
Patientrapporterat resultat 8 veckor efter operation	25
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	27
Komplikationer.....	29
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	30
Clavien-Dindo.....	32
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	33
Förbättring efter 1 år.....	33
Nöjdhet efter 1 år	34
Endometriedestruktion (ablation)	36
Antal utförda operationer	36
Komplikationer.....	37
Infektion	38
Nöjdhet efter 1 år	39
Sammanfattning.....	40
Ordlista	41

Inledning

Arbetet med att uppdatera GynOp med flytt till INCA har när detta skrivs gått i mål vad gäller intrauterin kirurgi (IUK). Nu är nästa delregister påbörjat, rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi. Arbetet med plattformsbytet hade en lite långsam start, det accelererade när arbetsgruppen utökades med fler utvecklare och i december 2024 började Ersta sjukhus som pilotklirik att registrera i den nya plattformen. Det är inte helt färdigt än, det finns fortsatt små saker att justera och förbättra.

Det är nu mycket lättare med justeringar av variabler i GynOp på INCA, vilket gör att det är mycket användbart för eventuella nya metoder och nya instrument, att enkelt kunna uppdatera formulären.

Denna årsrapport blir således den sista baserad enbart på "gamla GynOp" för IUK. Det kommer komma med en del statistik från "gamla GynOp" även nästa år då lanseringen nationellt på INCA kom i gång i februari i år, plus att det kommer registreras 1-årsenkäter i tidigare plattform för de som opererades innan plattformsbytet, men vi går mot nya tider generellt för GynOp.

IUK har kämpat lite i motvind för att nå upp till den nivå av täckningsgrad som är önskvärd för kvalitetsregister (>85%) men nu är vi äntligen där - vi har nu (år 2023) en täckningsgrad på **86.6%**! Stort tack till alla er som bidragit till att siffran stiger, det är era registreringar av IUK i stort och smått som gör att det ökar, kanske kan vi gemensamt fortsatt sikta mot täckningsgrad upp mot 90% nästa år!

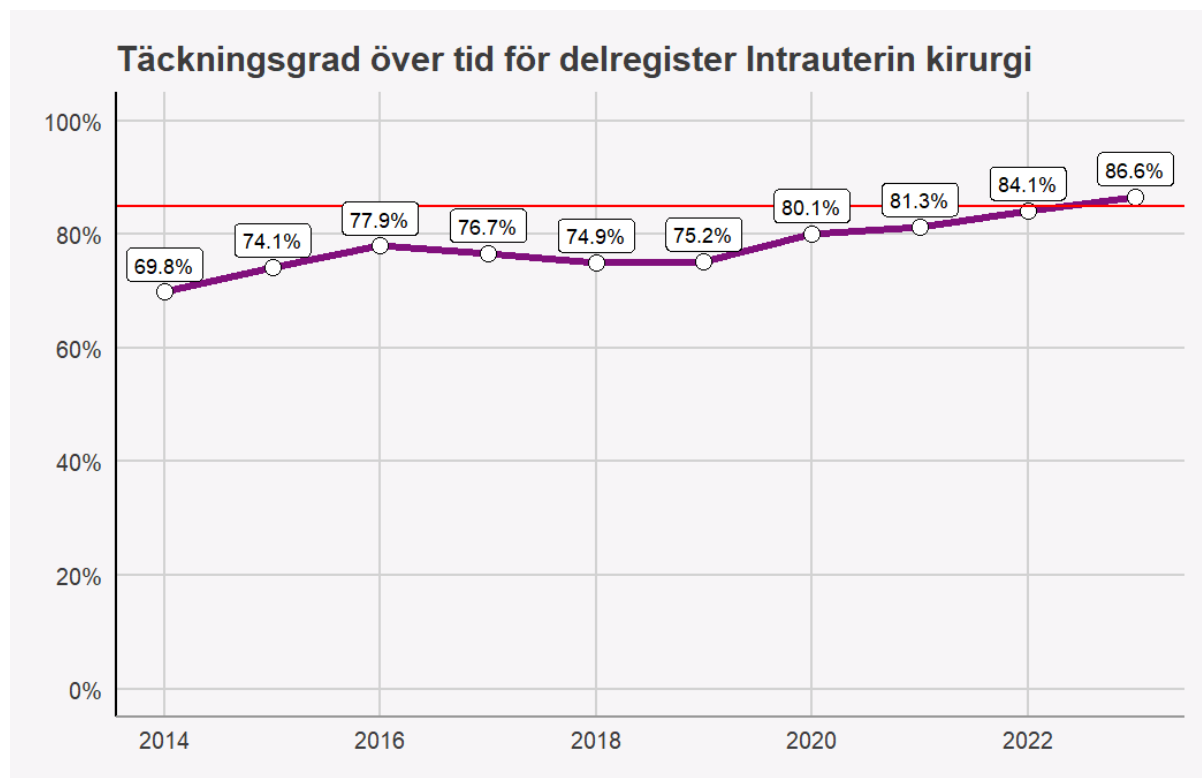
Det behövs även mer publicerade studier på området IUK för att uppnå högre certifieringsnivå, fundera på om det finns något att inkludera i forskningsprojekt från delregistret, eller något för ST-arbete.

Anneli Jördens, överläkare, gynekologimottagningen, Ersta sjukhus, Stockholm
delregisteransvarig Intrauterin kirurgi, anneli.jordens@erstadiakoni.se

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2024. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2023 använts.

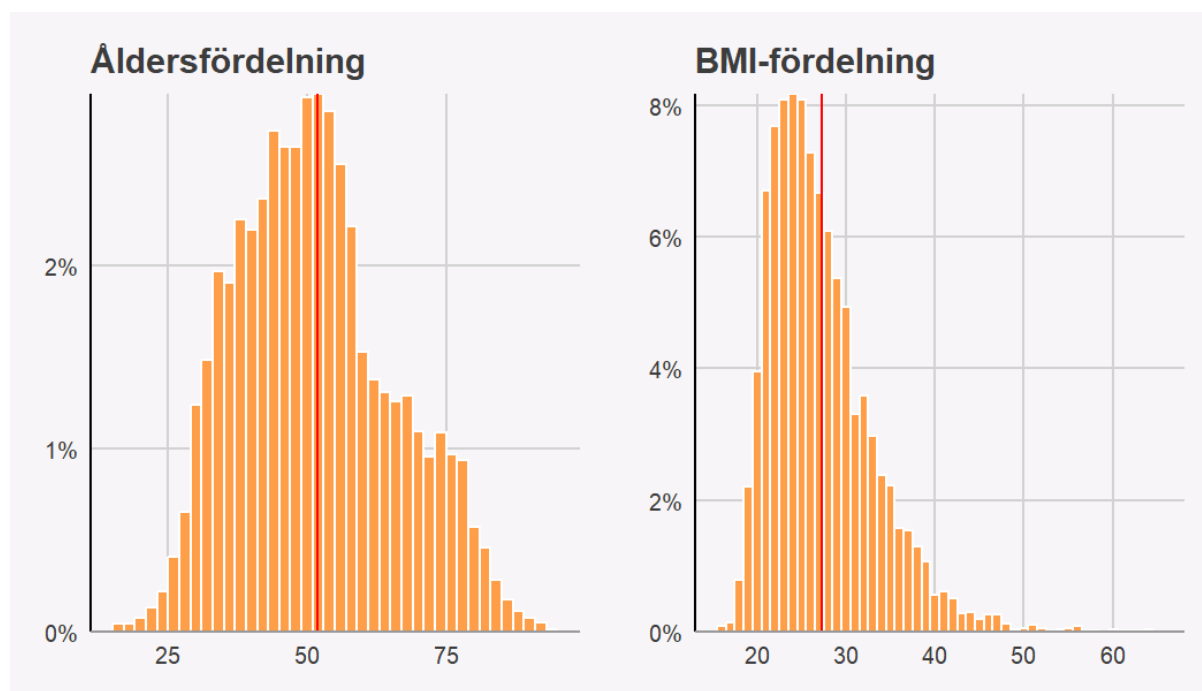
Täckningsgrad



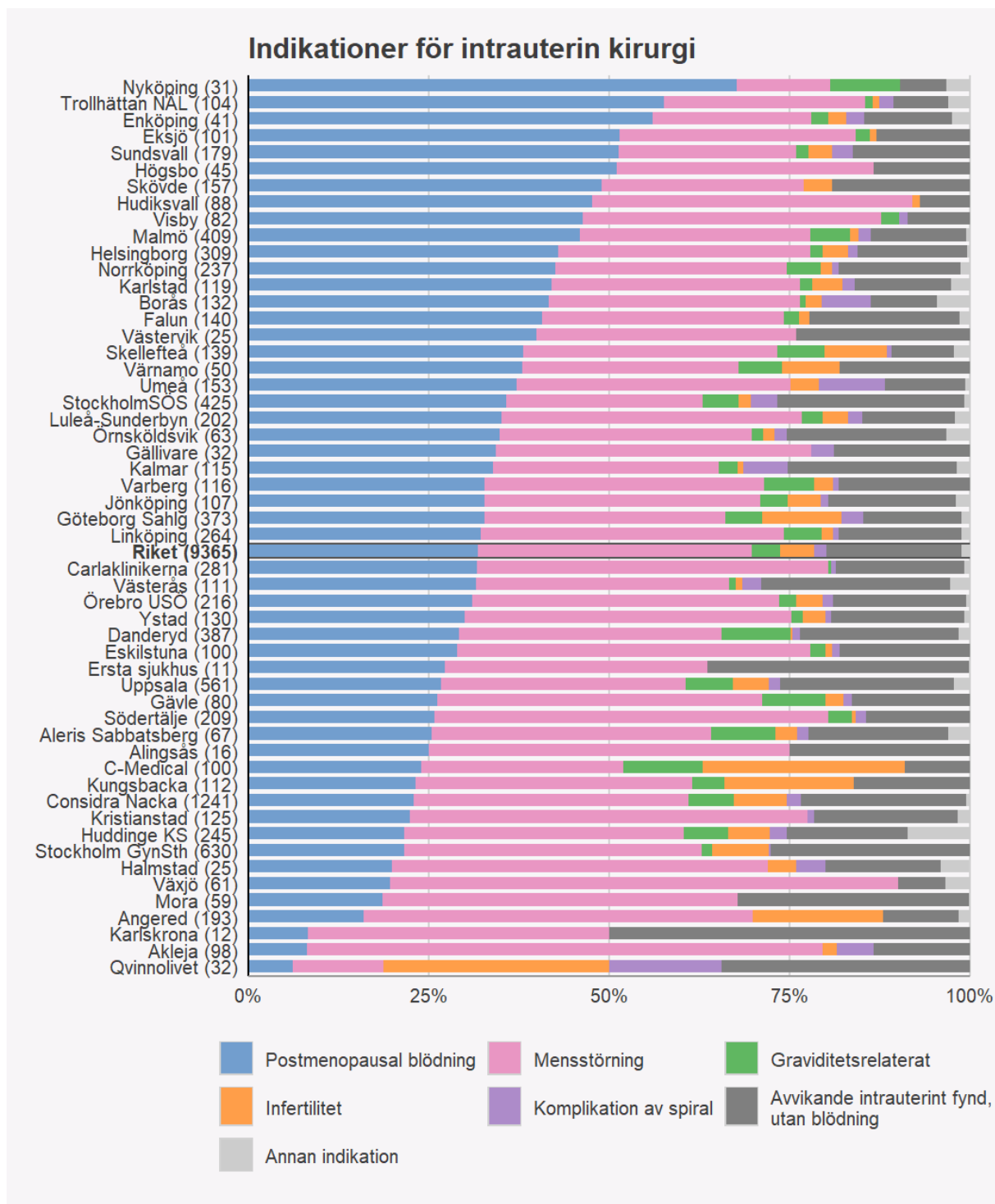
Figur 1. Täckningsgrad över tid för delregister Intrauterin kirurgi mellan 2014 och 2023. Målnivån för täckningsgraden är 85%, för mer info om täckningsgraden och hur den beräknas se GynOps interaktiva rapport: <https://statistik.incanet.se/gynop/>.

Ovanstående figur valdes som den allra första i årets rapport, då det är en enorm lättnad att se att delregistrets täckningsgrad äntligen är över målnivån på 85%, så denna figur vill jag nästan rama in! Men det kan bara fortsätta bli bättre, som nämnt i inledning kan vi jobba på gemensamt för att nå nivå som övriga delregister befinner sig på tycker jag.

Demografi



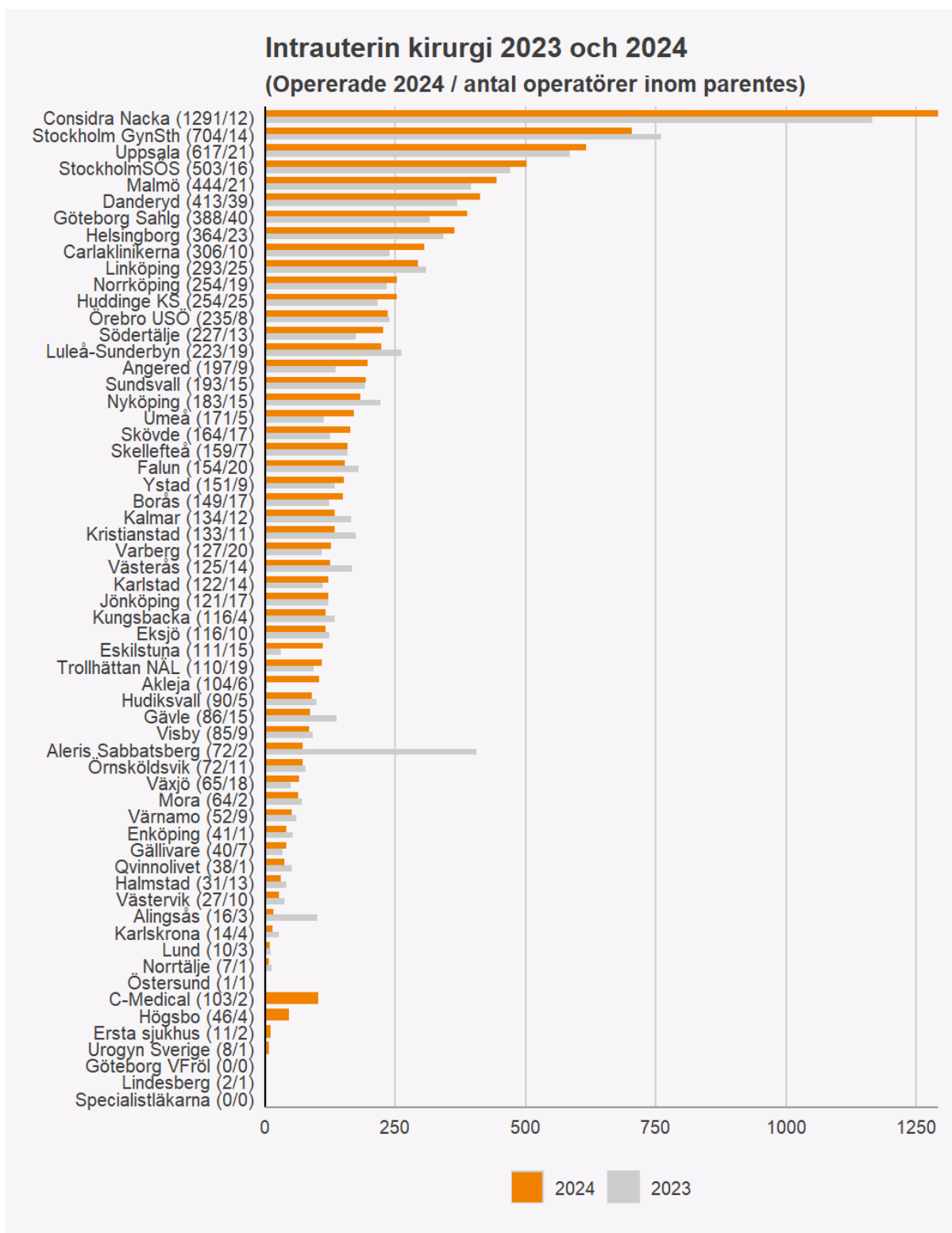
Figur 2. Fördelning av ålder och BMI för registrerade patienter år 2024.



Figur 3. Indikationer för intrauterin kirurgi.

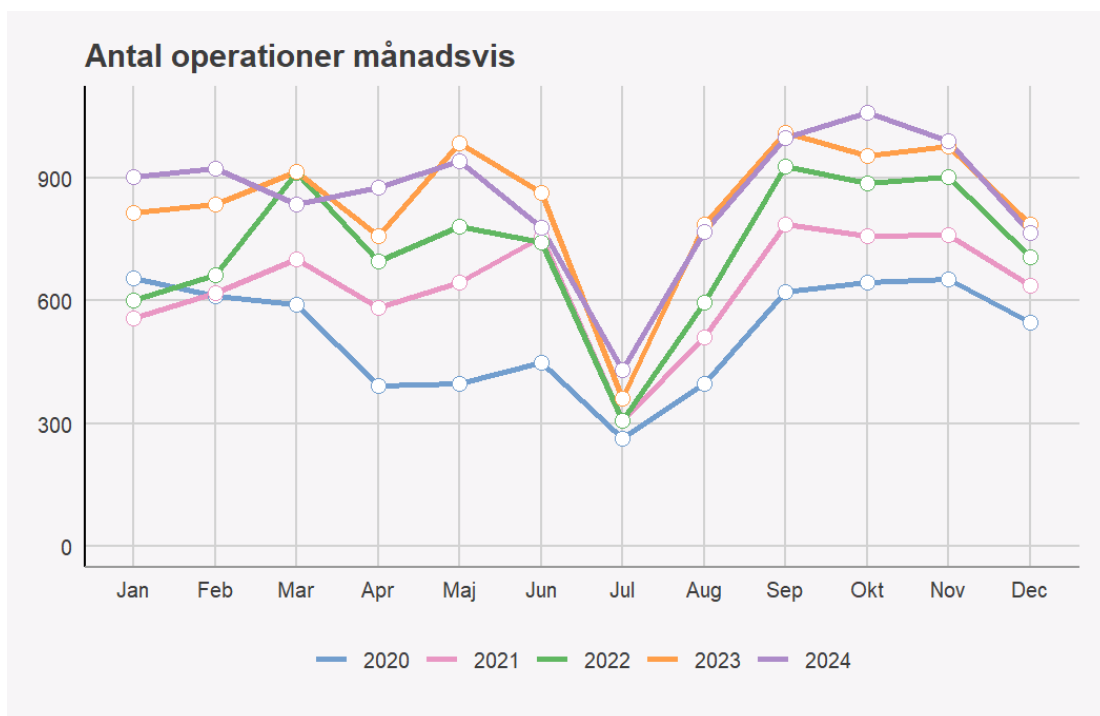
Det är jämnt fördelat i riket mellan de två vanligaste indikationerna, postmenopausal blödning och mensstörning. Andelen avvikande fynd intrauterint utan blödning har en liten ökning jämfört med föregående år och är tredje vanligaste indikationen.

Utförda operationer



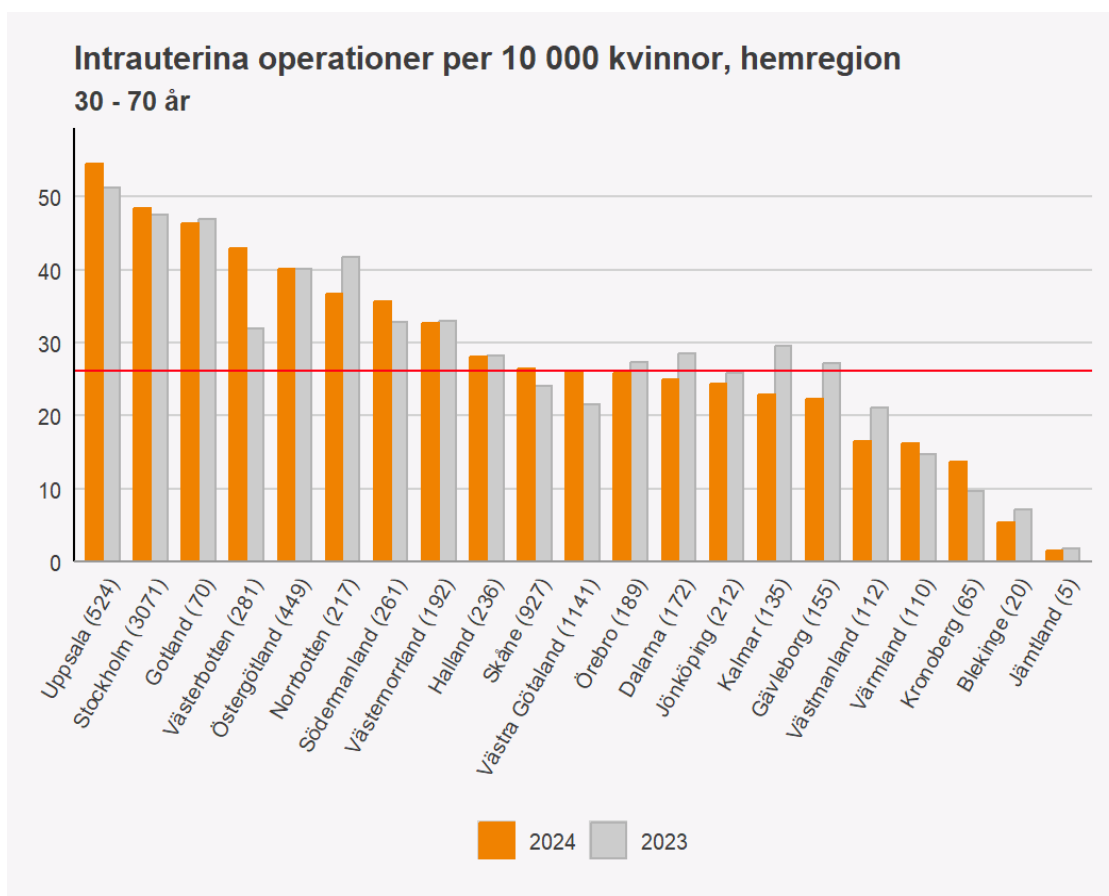
Figur 4. Intrauterin kirurgi år 2023 och 2024.

I riket registrerades 10 326 operationer under år 2024 vilket kan jämföras med 10 056 registrerade operationer år 2023. Det är nu 59 kliniker jämfört med 55 kliniker föregående år som registrerar IUK. För några kliniker har det skett en större förändring i antal operationer jämfört med år 2023, men i det stora hela är det lika i antal operationer.



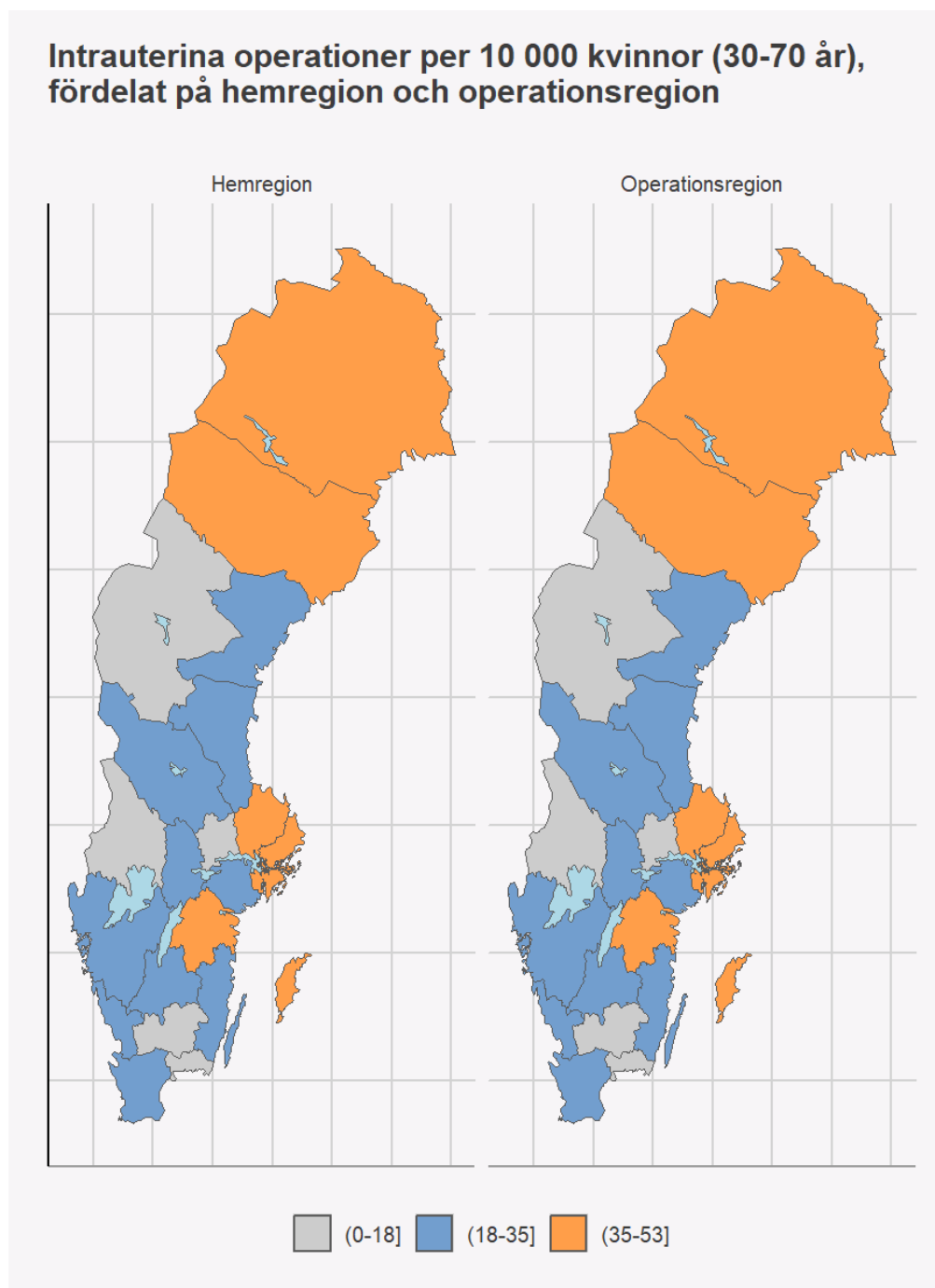
Figur 5. Antal registrerade operationer månadsvis.

Denna figur fick sitt ursprung i att utvärdera Covidpandemins effekter på elektiva operationer och den hänger kvar även i denna rapport. Det är ändå lite intressant att se ökningen år från år, framför allt på hösten, mot att det är i princip samma antal registrerade operationer sommartid.



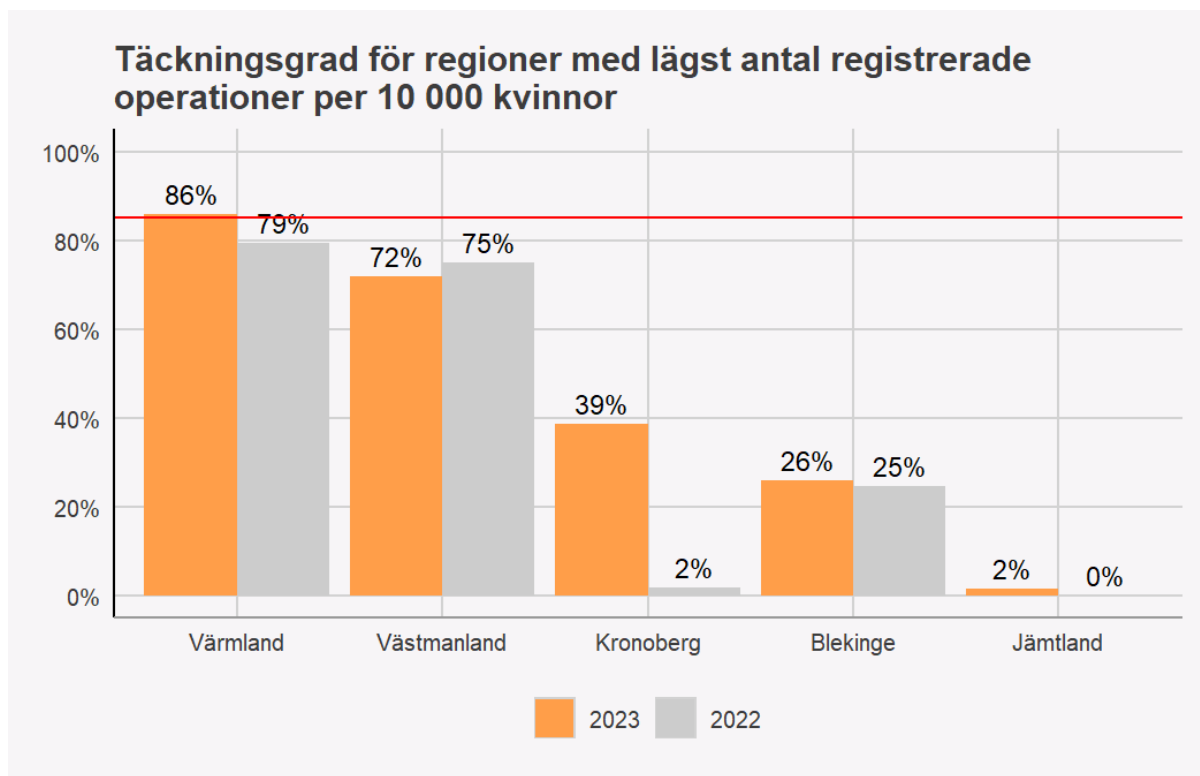
Figur 6. Antal intrauterina operationer per 10 000 kvinnor (ålder 30–70 år) där de är skrivna, hämtat från GynOp och SCB år 2024. Inom parentes visas antalet opererade för år 2024. Den röda horisontella linjen är medianen av antal intrauterina operationer/10000 kvinnor år 2024 för riket.

I år är det en lite negativ trend på jämlik vård, flera av de regioner som föregående år låg över median har i år lite färre ingrepp per 10 000 kvinnor och de regioner som registrerar minst IUK är samma som tidigare med liten upphämtning i Kronoberg och Värmland.



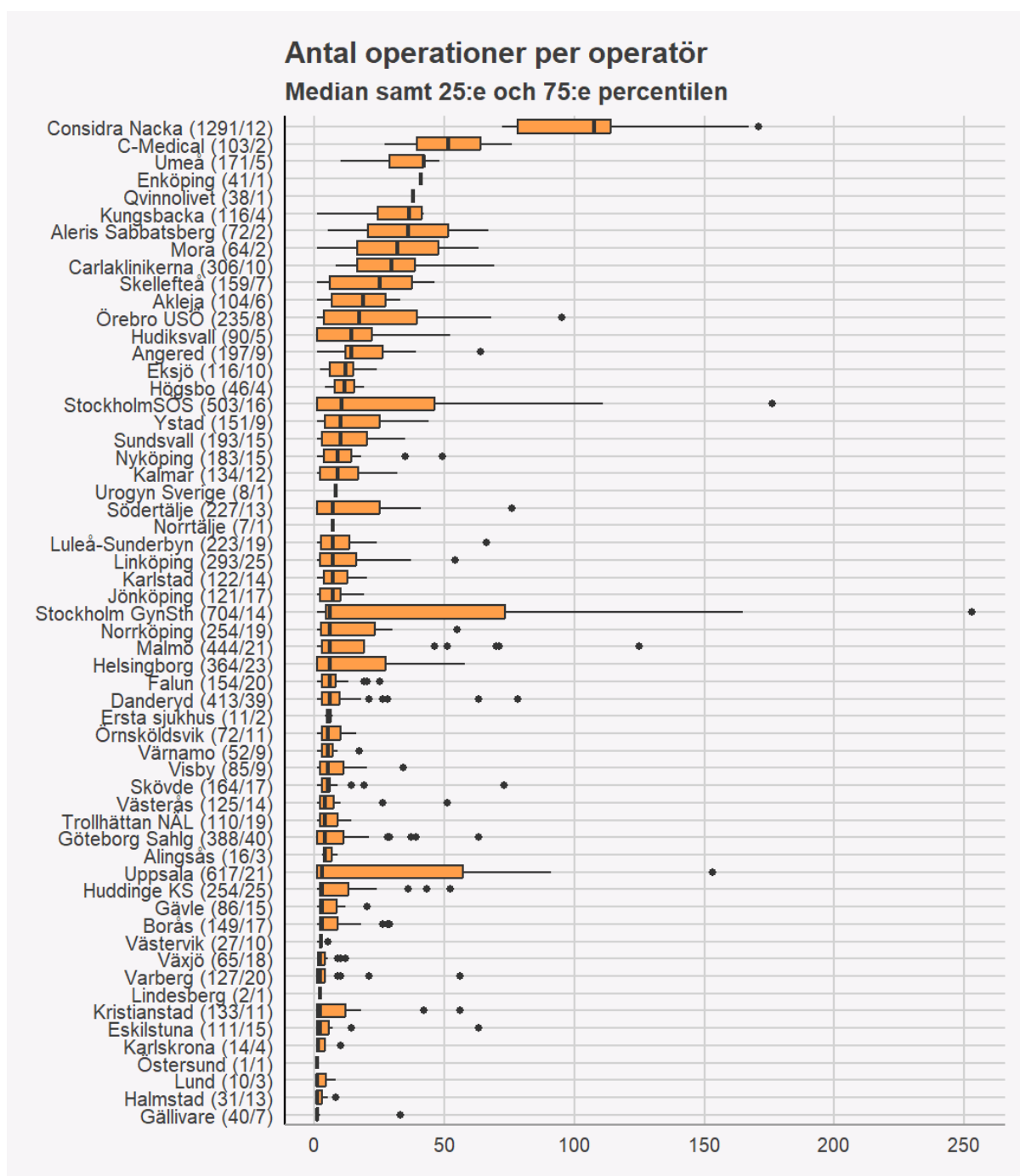
Figur 7. Intrauterina operationer per 10 000 kvinnor (30–70 år), fördelat på hemregion och operationsregion. Befolkningsdata hämtat från SCB år 2024.

Ovanstående figur är ett annat sätt att visa fördelningen av IUK i landet. Det är inte någon skillnad på de två kartorna eftersom väldigt få patienter reser till annan region för operation vad gäller IUK jämfört med annan gynekologisk kirurgi som till exempel utförs på högspecialiserade centra. Vi har inte det för IUK, de ska inte behövas specialiserat centra, men man kan fundera lite på om det inte skulle kunna vara så att kvinnor i de grå regionerna kanske skulle kunna opereras i annan region om det inte finns tillräckligt med operationsutrymme, operatör, ekonomi för olika instrument osv. i hemregionen. Då täckningsgraden är låg för vissa av regionerna, som visas i nästkommande bild, så görs säkerligen en del IUK, men vi får det inte registrerat korrekt i GynOp, därav får vi låga siffror för vissa regioner. Det förekommer givetvis ändå att kvinnor opereras i annan region än där de bor, men med denna statistik ser vi inte antalet då det inte är någon synlig skillnad per 10 000 kvinnor.



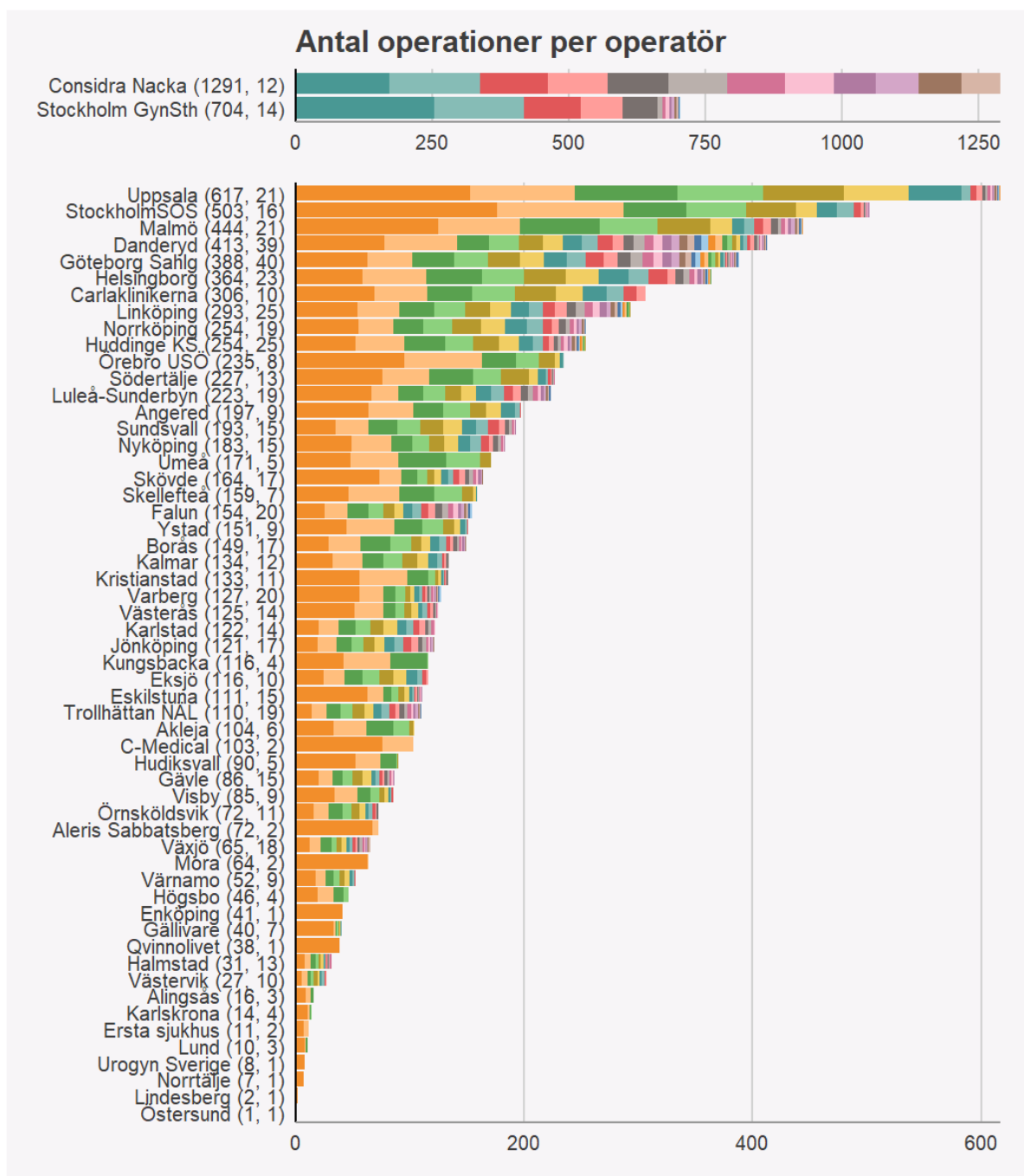
Figur 8. Täckningsgrad för regioner med lägst antal registrerade operationer per 10 000 kvinnor.

I denna figur ser vi att täckningsgraden för till exempel Värmland ändå uppnår 86%. I statistiken för antal operationer per 10 000 kvinnor låg Värmland under medianen så de operationer som görs, även om de är få, registreras i alla fall. Det skulle vara önskvärt med förbättring i Jämtland och Blekinge, att de operationer som görs, registreras i GynOp. Kronoberg har gått från 2 till 39% täckningsgrad, mycket bra. Allt kan bara bli bättre i dessa regioner.



Figur 9. Antal operationer per operatör. Opererade/antal operatörer inom parentes efter kliniknamnet.

Många operatörer gör få ingrepp, enstaka operatörer gör väldigt många ingrepp. Det är ingen skillnad med IUK jämfört med annan kirurgi, ju fler operationer varje operatör gör, desto mer erfarenhet får givetvis operatören. Det finns däremot ingen tydlig koppling att operatörer som gör få ingrepp intrauterint därmed har ökade komplikationer, då risken för komplikation är fortsatt väldigt låg med IUK.

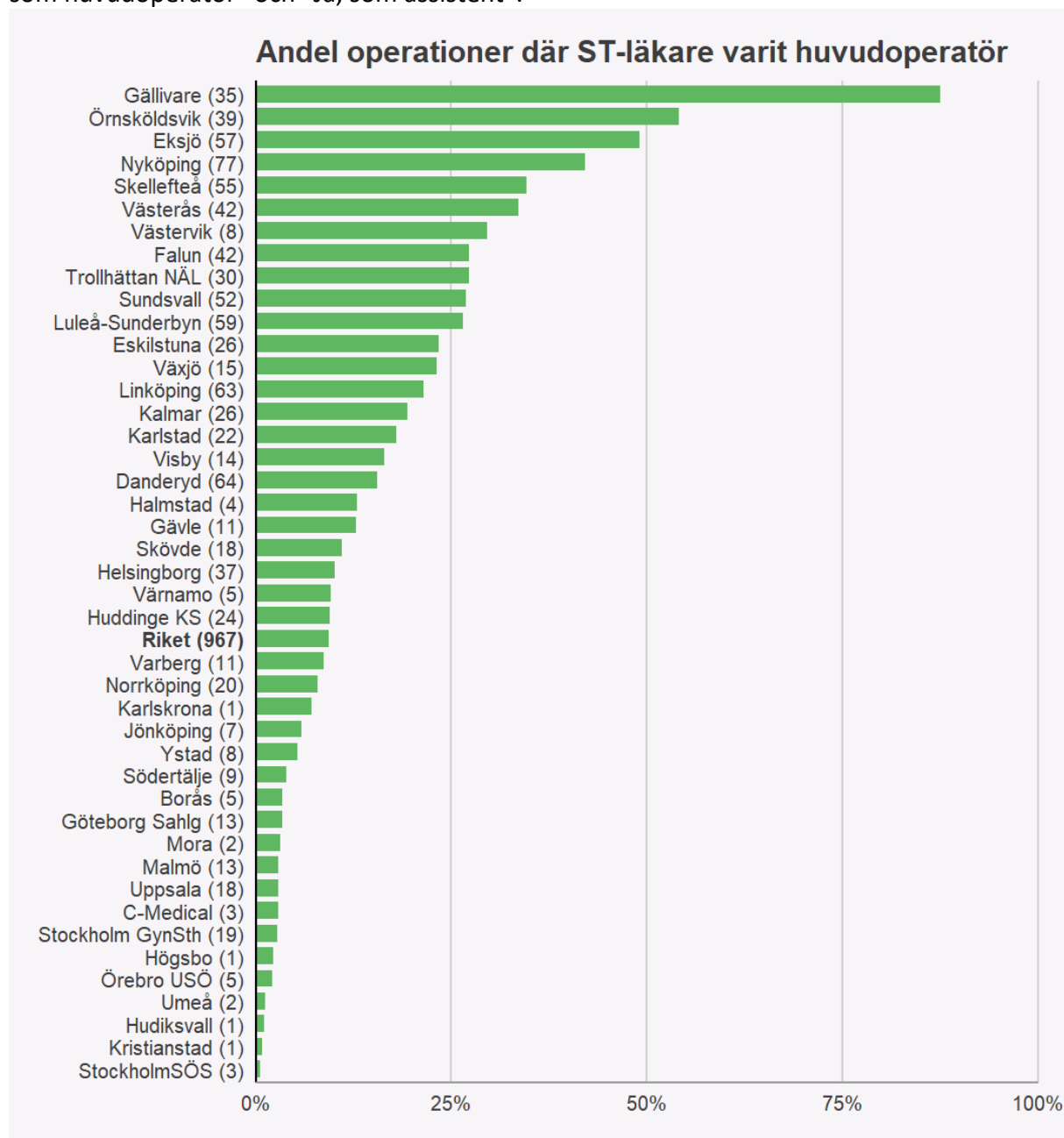


Figur 10. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikens stapel.

Figuren ovan visar ett annat sätt att åskådliggöra antal operationer per operatör. De med enstaka ingrepp är förmodligen läkare under utbildning i IUK, specialister eller ST-läkare. De flesta klinikerna har några operatörer som gör en stor andel av operationerna.

ST-läkares deltagande vid operation

ST-läkares deltagande vid operation registreras för alla operationer. Svarsalternativen är "Nej", "Ja, som huvudoperatör" och "Ja, som assistent".

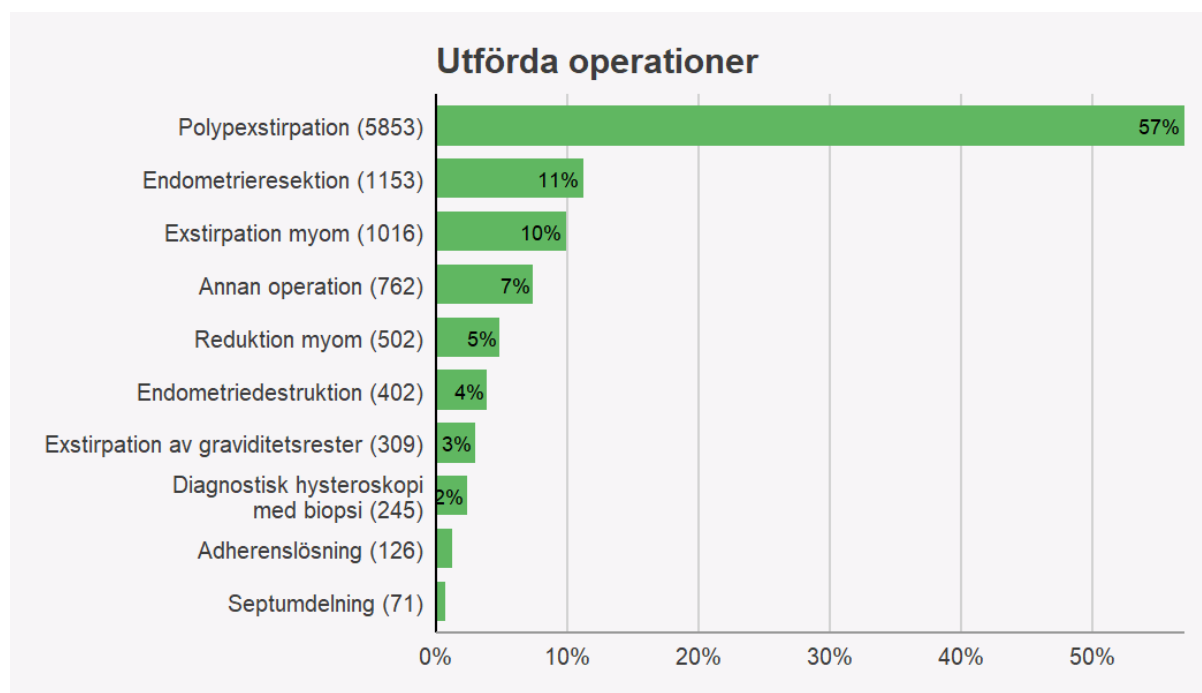


Figur 11. Andel operationer där ST-läkare varit huvudoperatör, per klinik. Antal operationer där ST-läkare varit huvudoperatör inom parentes efter kliniknamnet.

Nivån i riket för IUK där ST-läkare har varit huvudoperatör har backat något. Föregående års antal var 973, nu trots fler utförda operationer är det 967 registreringar. Det får bli ett gemensamt förbättringsmål för alla kliniker som har ST-läkare, att den siffran ska öka till nästa år. Gällivare har klivit upp högst i tabellen, cirka 80% av ingreppen görs av ST-läkare, vilket är riktigt imponerande. Då det totalt sett är mindre än 10% av operationerna som utförs av ST-läkare som huvudoperatör har vi att jobba med på utbildningsfronten.

Typ av operation som utförts

I figuren och tabellen nedan (Utförda operationer) summerar andelarna till mer än 100 %. Detta beror på att en patient kan ha genomgått fler än en åtgärd vid samma operationstillfälle.



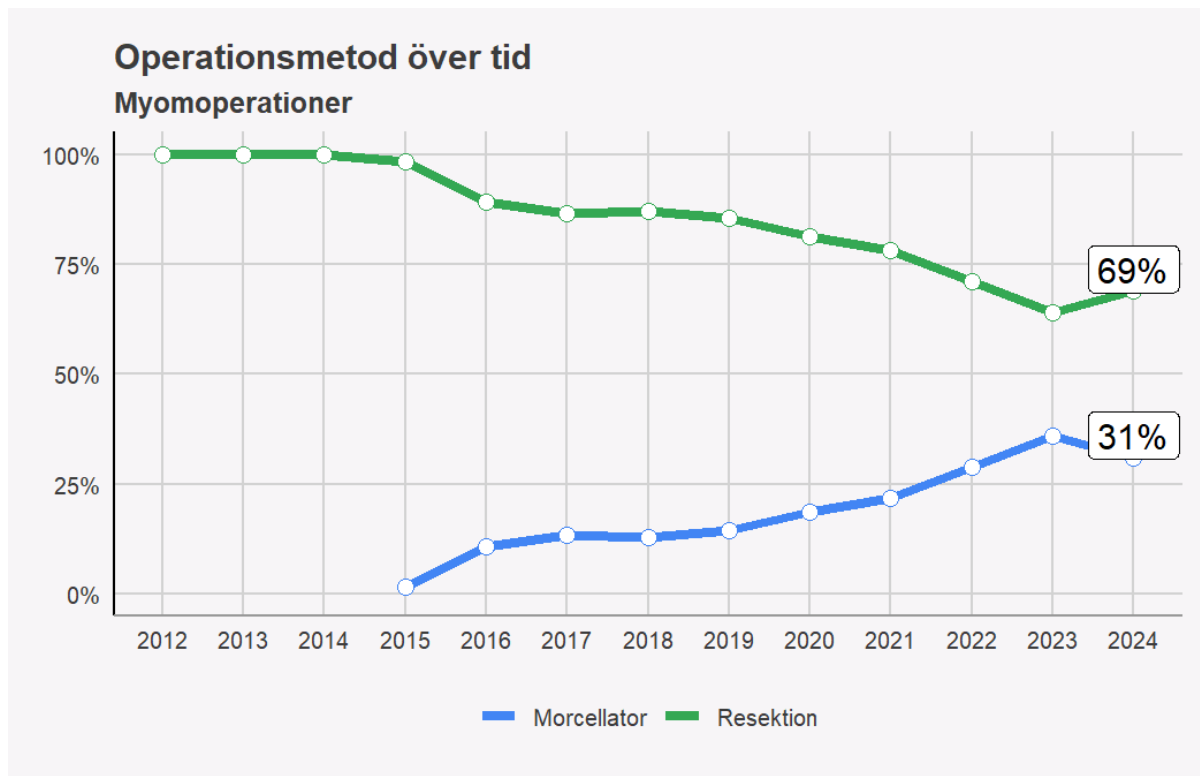
Figur 12. Utförda operationer

Det ser oförändrat ut vad gäller utförda operationer. Polypexstirpation är fortsatt vanligast. Endometriedestruktion uppdateras i GynOp på INCA, benämningen är där endometrieablation vilket är mer i linje med benämning i studier och engelskt uttryck. Det står kvar som destruktion i denna årsrapport, men kommer ändras nästa år. I "Annan operation" finns fortsatt en hel del ren diagnostisk hysteroskopi, som vi inte tar med i analyserna längre och som inte behöver registreras, men där finns också uttag av spiral med hjälp av hysteroskop.

Tabell 1. Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypexstirpation	5861	56,8%
Endometriresektion	1154	11,2%
Exstirpation myom	1018	9,9%
Annan operation	764	7,4%
Reduktion myom	502	4,9%
Endometriedestruktion	402	3,9%
Exstirpation av graviditetsrester	310	3,0%
Diagnostisk hysteroskopi med biopsi	245	2,4%
Adherenslösning	126	1,2%
Septumdelning	71	0,7%

Operationsmetod vid myom



Figur 13. Operationsmetod över tid mellan år 2012 och 2024 vid intrauterin myomkirurgi.

En tydlig förändring har skett med val av metod för myomresektion. Användningen av morcellator/shaver har ökat under de senaste åren men har nu backat lite igen och användande av resektoskop har ökat något. Det kan vara kopplat till instrumentutveckling, det finns ju nu små resektoskop som motsvarar officehysteroskop, det kan vara bidragande till en svängning i användandet. Fortsatt finns prisskillnad som också styr valet av instrument, då morcellator/shaver oftast innebär en ökad kostnad. Mycket händer på instrumentfronten, vi får se vad vi använder om några år framåt i tiden!

Tabell 2. Antal avbrutna intrauterina operationer för riket mellan år 2014 och 2024.

Operationsår	Antal avbrutna operationer
2014	5
2015	3
2016	3
2017	15
2018	21
2019	15
2020	14
2021	21
2022	37
2023	52
2024	33

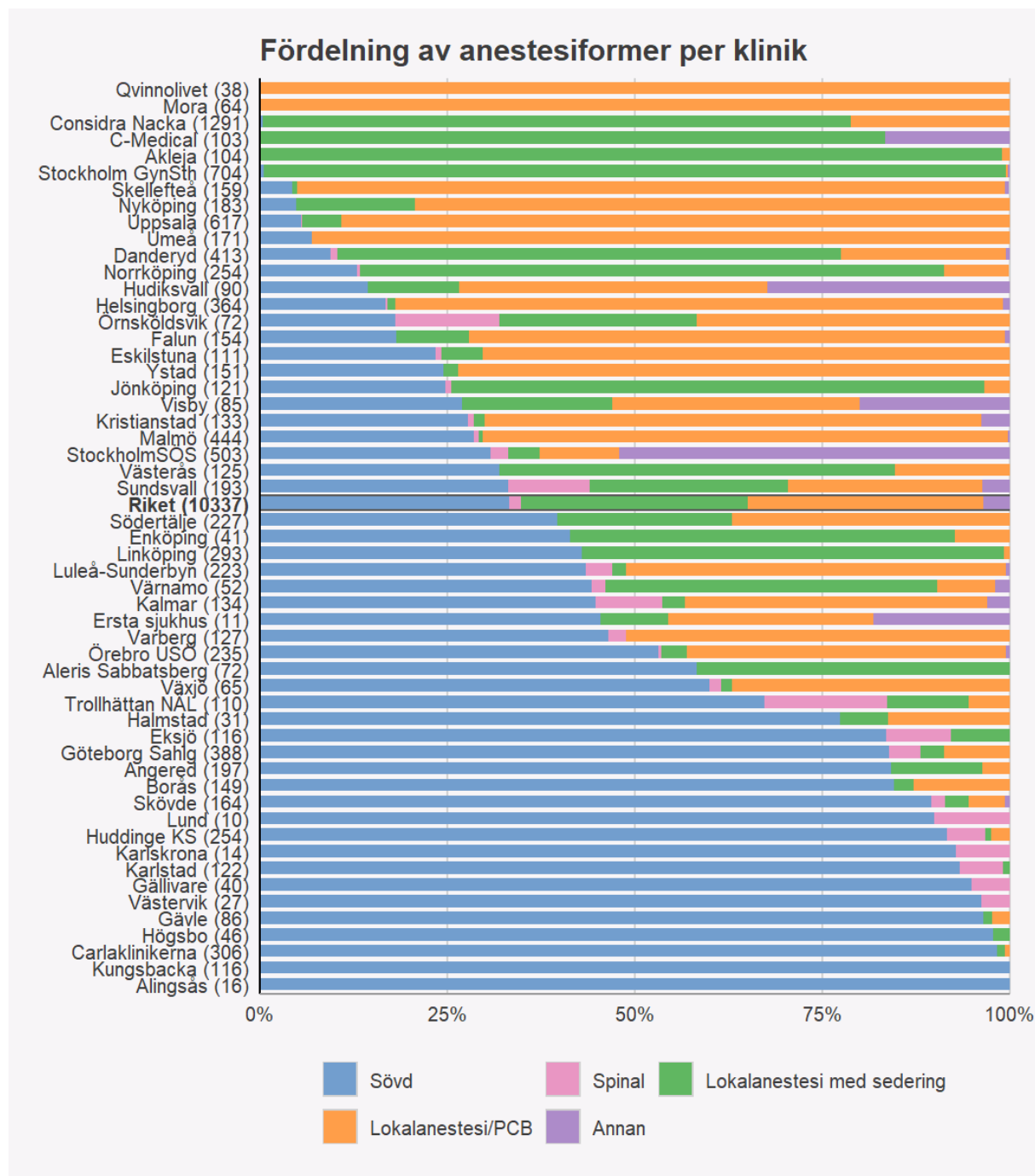
Antal avbrutna operationer är lite högre de senaste åren, men vi har inte någon tydlig förklaring. Det kan i teorin vara orsakat av smärta, då vi gör mer mottagningsoperationer och ibland går det inte att genomföra planerat ingrepp på vaken patient. Det är inga höga siffror, så det innebär inte att verksamheterna ska sluta med mottagningsoperation, men smärtlindringen behöver kanske optimeras om det är ett skäl.

Anestesi

Tabell 3. Anestesiform sorterade på förekomst.

Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	3445	33.4%
Lokalanestesi/PCB	3249	31.5%
Lokalanestesi med sedering	3122	30.2%
Annan	356	3.4%
Spinal	154	1.5%

Jämfört med föregående år har andelen sövda patienter minskat från 38,5 till 33,4%. Motsvarande har då lokalanestesi med sedering ökat från 27,4 till 30,2% och lokalanestesi/PCB ökat från 29,3 till 31,5 %. Trenden är tydlig, med sannolikt ökat antal mottagningsoperationer av IUK.



Figur 14. Fördelning av anestesiformer per klinik.

Fördelningen över landet är tydligt varierad, där en del kliniker bara gör i lokalbedövning, andra kliniker bara i narkos. De som angett Annan har som regel gjort ingrepp utan någon anestesi alls, vilket

går utmärkt med de små, tunna hysteroskop som används på många mottagningar, när diametern på instrumentet blir större behövs någon form av anestesi.

Tabell 4. Vad har angetts under Anestesi = Annan?

Anestesi	Antal
Inget	255
Sedering	55
Alvedon Ipren	7
Lustgas	4
Paracetamol+nsaid	3
Pcs	3
Uppgift saknas	2
Alvedon	2
Paracetamol+nsaid+röstnarkos	2
Xylocainspray	2
Alvedón	1
Alvedon, ipren temgesic	1
Analgetikatablett	1
Enbart sedering	1
Endast officehyst.skopi	1
Endast pcs-sedering	1
Ingen!	1
Ingen anestesi	1
Inget office	1
Lätt sedering	1
Office-inget	1
Oxascand preop	1
Pcs pump	1
Röstnarkos+paracetamol+nsaid	1
Samtal	1
Sed	1
Tabl temgesic	1
Tablett temgesic	1
Ultiva	1
Vet ej om intubation eller larynxmask	1
Xylocain gel	1

Det är fortsatt varierande vad som fylls i under Annan, i majoritet är det angivet "inget" eller "ingen". Det kommer definitivt bli bättre med nya GynOp på INCA, där det går att välja mer exakt och framför allt finns "Ingen" som ett alternativ, det behöver inte fyllas i under Annan. Även fundusblockad finns valbart, det blir spännande att se hur ofta det används, vilket vi inte har någon bra uppfattning om i dagsläget i GynOp.

Andelen myomoperationer som är utförda i lokalanestesi är 19%.

Andelen polypexstirpationer som är utförda i lokalanestesi är 35%.

Tabell 5. Operationer utförda med lokalanestesi

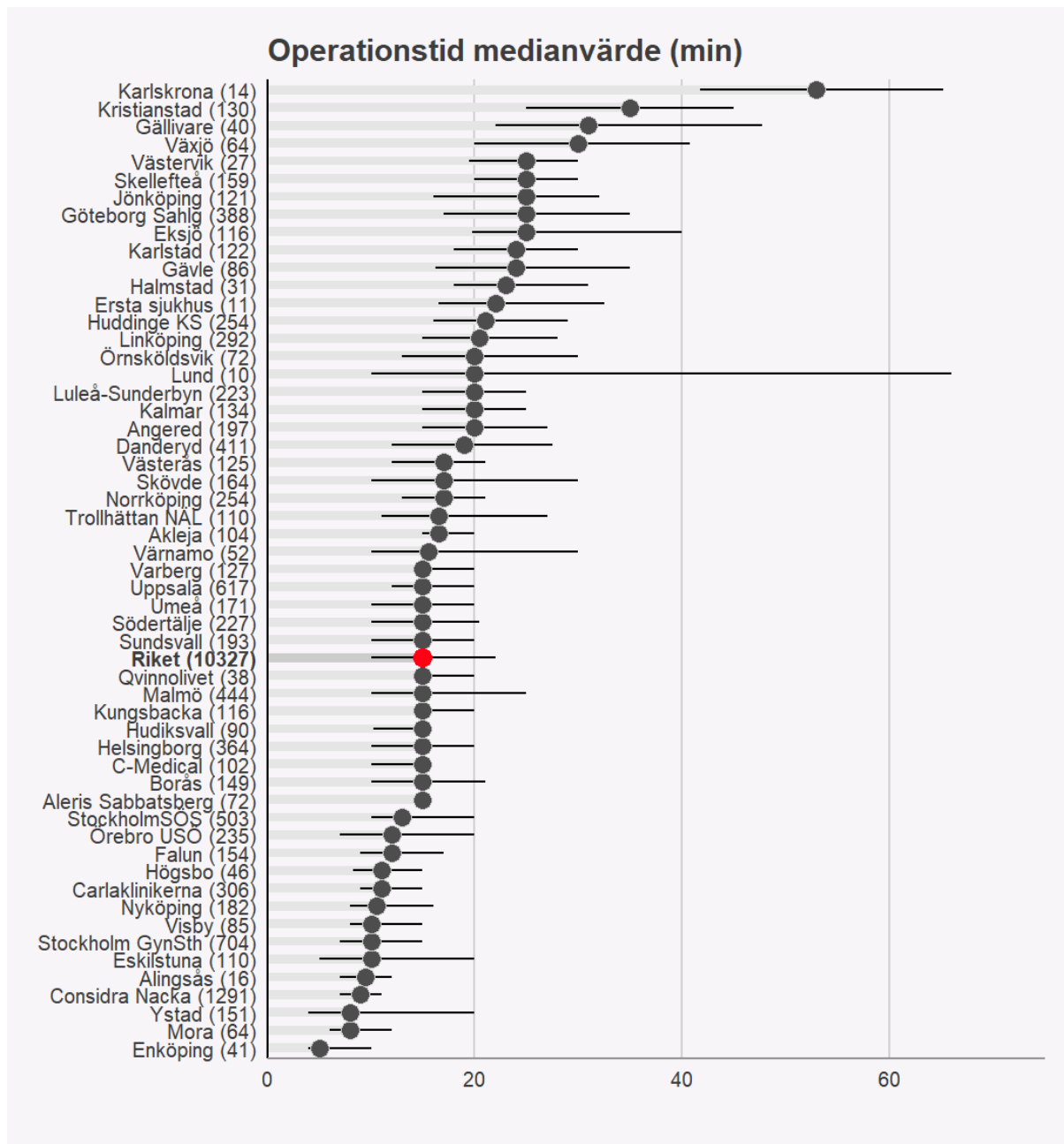
Anestesiform	Utförd operation	Antal
Lokalanestesi med sedering	Adherenslösning	43
	Annan	204
	Diagnostisk hysteroskopi	92
	Endometriedestruktion	99
	Endometriresektion	333
	Exstirpation myom	353
	Exstirpation av graviditetsrester	140
	Polyp	1779
	Reduktion myom	131
	Septumdelning	31
Lokalanestesi/PCB	Adherenslösning	24
	Annan	297
	Diagnostisk hysteroskopi	76
	Endometriedestruktion	122
	Endometriresektion	215
	Exstirpation myom	163
	Exstirpation av graviditetsrester	71
	Polyp	2052
	Reduktion myom	120
	Septumdelning	8

Det råder fortsatt stora frågetecken kring den senare delen i tabellen, dvs statistik över ingrepp enbart i PCB. Det är mycket osannolikt till exempel att 122 stycken endometriedestruktioner och 215 endometriresektioner har gjorts i enbart PCB, det är alldeles för smärtsamma operationer att göra med enbart PCB. Det är högst troligt att det saknas något i registreringen och detta skapar givetvis en frustration eftersom vi då inte har helt valida data.

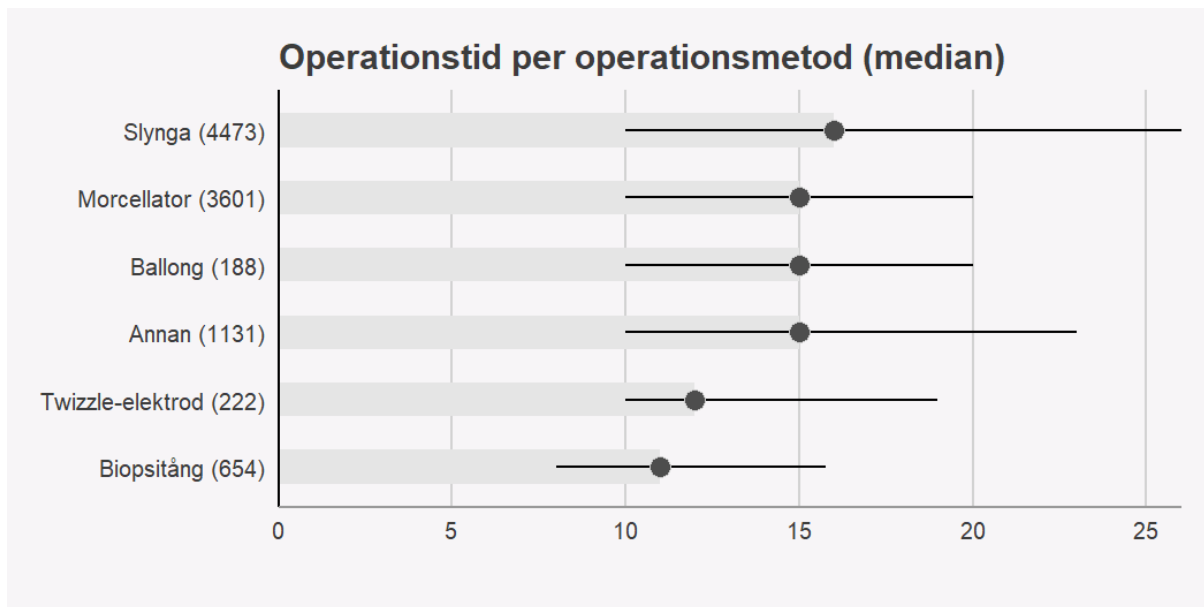
Då anestesidelen i GynOp på INCA är konstruerad för att förtydliga det som ej varit optimalt i anestesidelen i nuvarande GynOp hoppas jag på att se helt andra siffror nästa år, med klarhet i anestesimetod helt och hållet. Vi får hjälpas åt att registrera rätt, för att få mer insikt över vad som egentligen är möjligt att göra i lokalbedövning eller utan anestesi, så att statistiken blir korrekt.

Operationstid

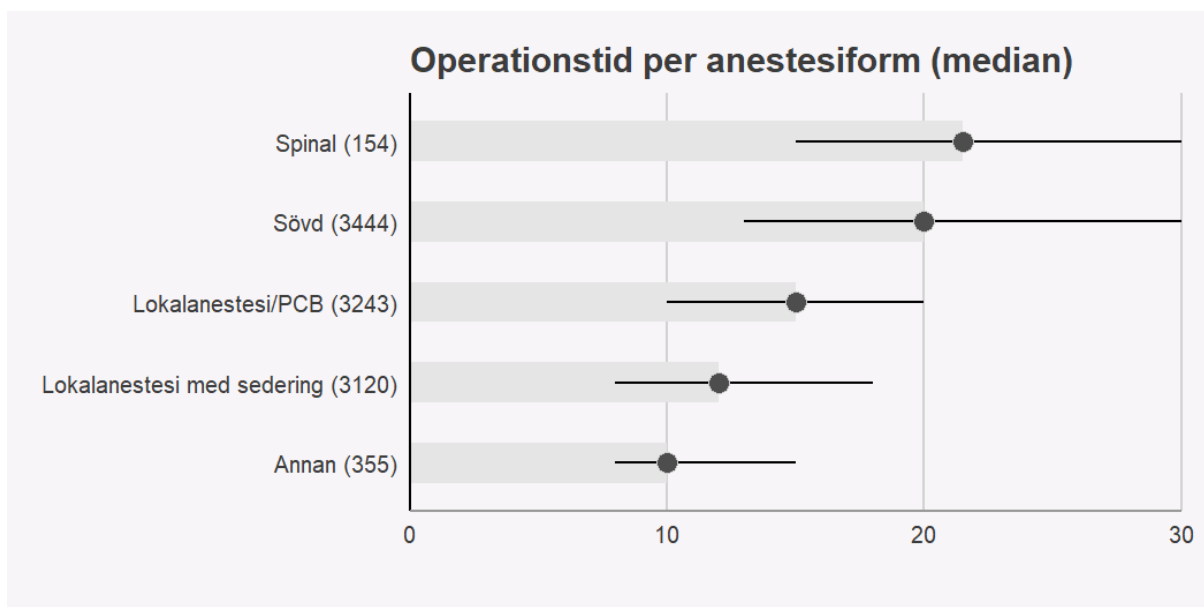
Operationstiden är redovisad som median och 25:e respektive 50:e percentilen.



Figur 15. Operationstid medianvärde (min)



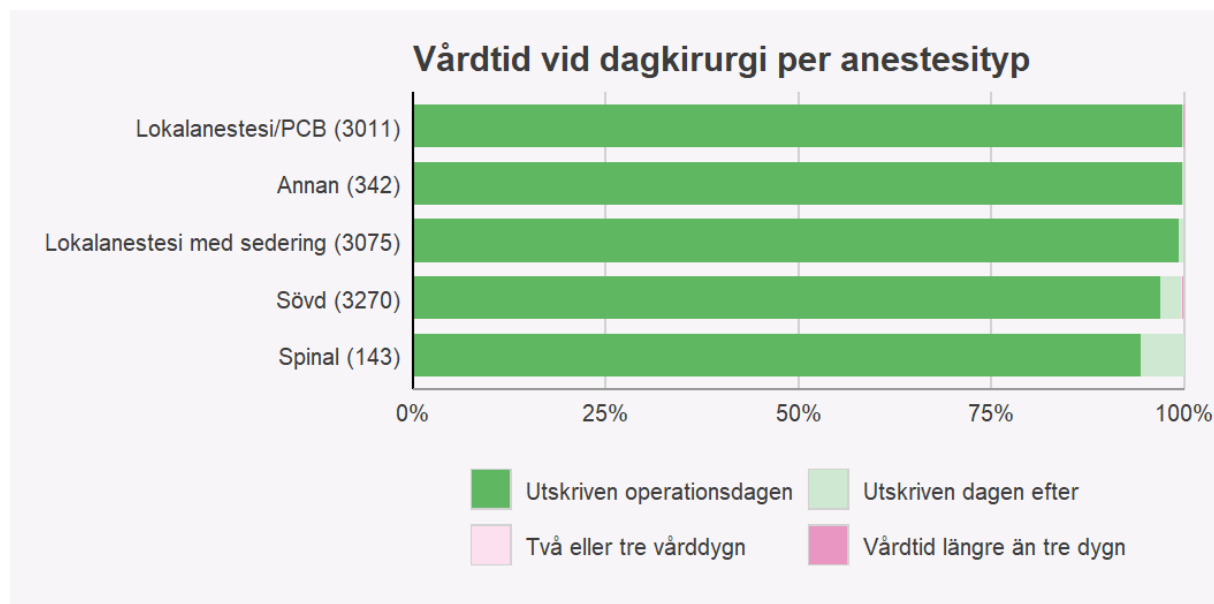
Figur 16. Operationstid per operationsmetod (median)



Figur 17. Operationstid per anestesiform (median)

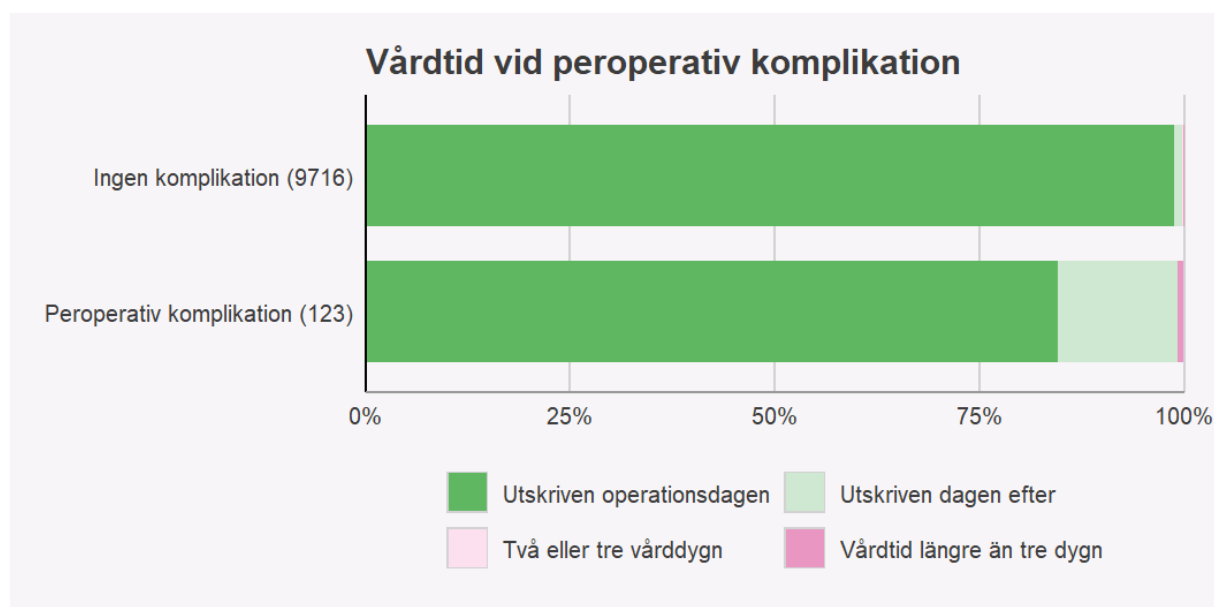
Majoriteten av IUK görs med en operationstid under 20 minuter.

Vårdtid



Figur 18. Vårdtid vid dagkirurgi per anestesityp.

Drygt 1 % får spinal som anestesimetod, där blir några procent kvar över natten, men majoriteten av dem går hem samma dag. Likaså blir en bråkdel av de som sövs kvar till dagen efter, men annars är intrauterin kirurgi lämplig som dagkirurgi i allra högsta grad.



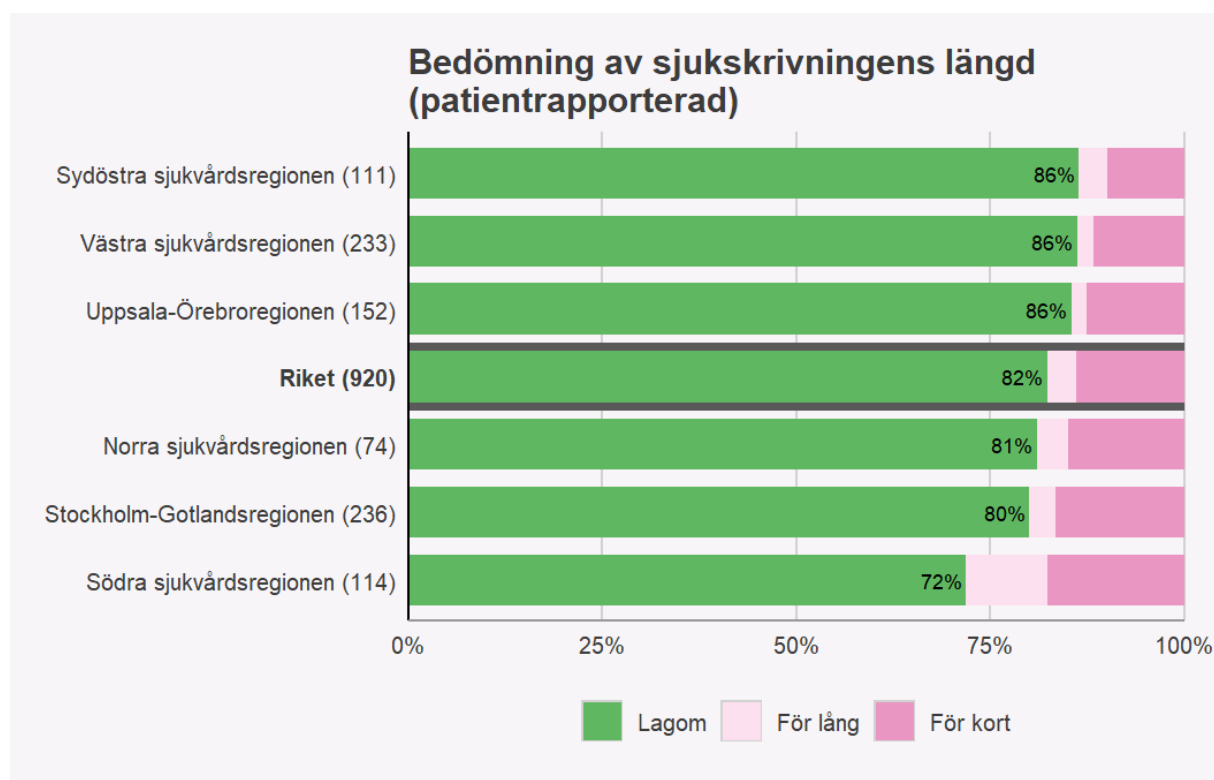
Figur 19. Vårdtid vid peroperativ komplikation

Andel komplikationer vid IUK är få, knappt 1–2 % och den siffran har inte ändrats. Även med en peroperativ komplikation går majoriteten av patienter hem samma dag.

Sjukskrivning

Tabell 6. Patientrapporterad sjukskrivningstid median i dagar.

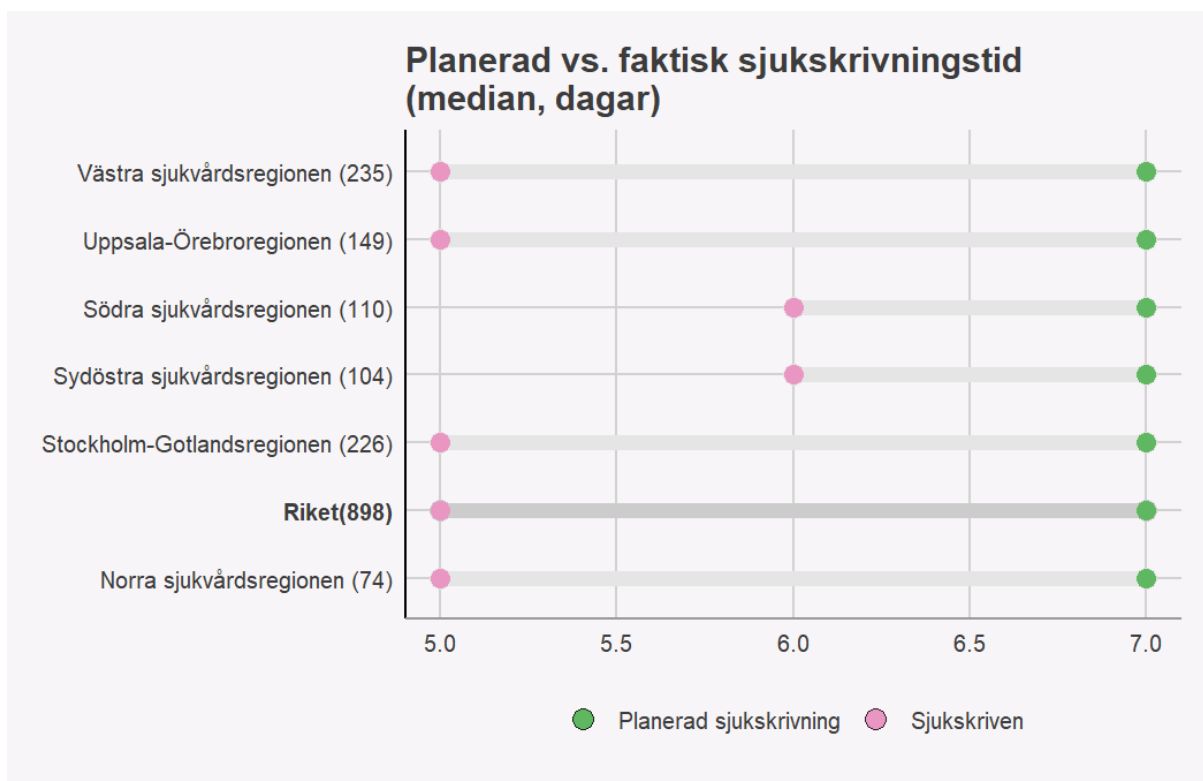
Sjukvårdsregion	Median vårdtid
Norra sjukvårdsregionen	5
Västra sjukvårdsregionen	5
Stockholm-Gotlandsregionen	5
Uppsala-Örebroregionen	5
Riket	5
Sydöstra sjukvårdsregionen	6
Södra sjukvårdsregionen	6



Figur 20. Patientrapporterad bedömning av sjukskrivningens längd.

Knappt 10% av alla som gör IUK sjukskrives efter ingreppet, antingen med läkarintyg eller egen-sjukskrivning. Den siffran är oväntat hög, då de flesta patienter ändå informeras att de kan jobba dagen efter eller till och med samma dag, beroende på hur stort eller litet ingrepp som gjorts. Dessa siffror har tagits fram för att vi i år ska titta på ett gemensamt tema för alla delregister, med sjukskrivningstid efter operation.

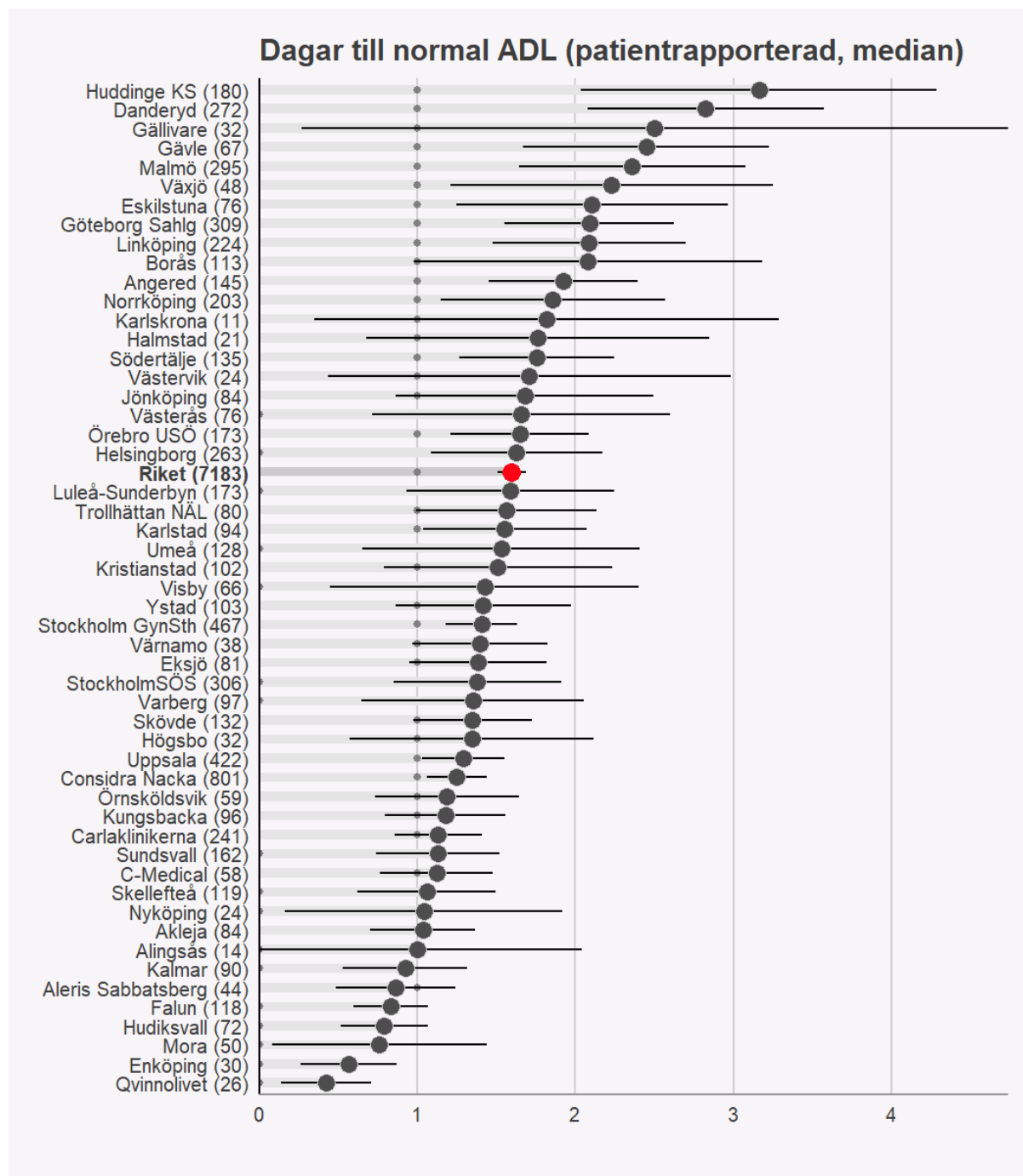
Detta kommer från patientrapporterad information i 8-veckorsenkäten, så även om det väcker viss förvåning får vi titta på detta igen nästa år, för att få fram en trend kring sjukskrivning.



Figur 21. Planerad vs. faktisk sjukskrivningstid (median, dagar)

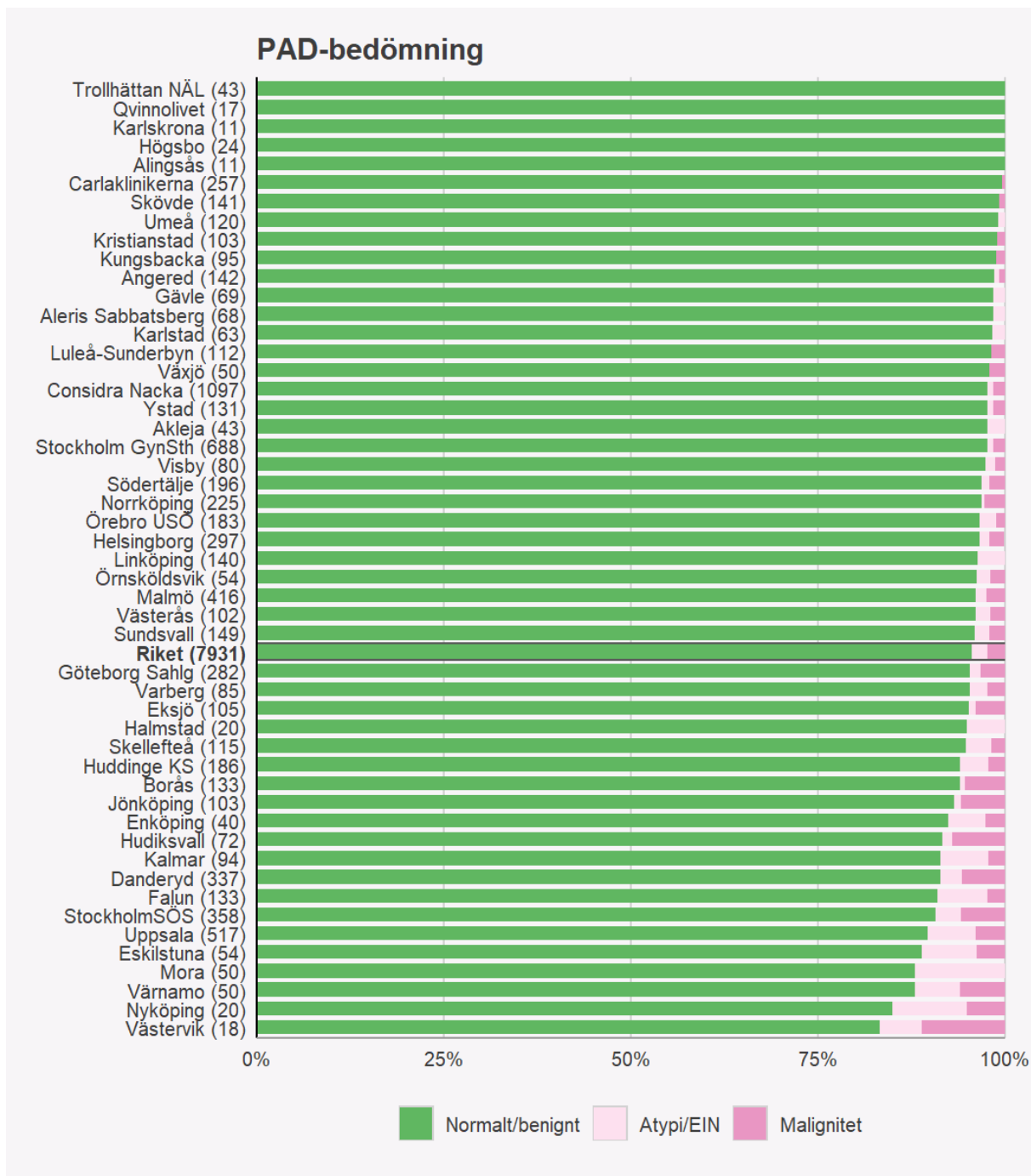
Här är det inte tydligt vem som planerat sjukskrivningstiden, det framgår inte om det är läkarintyg eller egensjukskrivning eftersom det är under sju dagar. Men siffran för antal sjukskrivna är 898 av drygt 10 300 patienter så det är ingen stor sak, men det finns ändå anledning att följa upp och kanske nästa år se om det är kopplat till specifikt ingrepp och då kan vi också tydligare skilja på operation på mottagning eller på operationsavdelning.

Tid till normal ADL



Figur 22. Dagar till normal ADL (patientrapporterad, median). Den lilla grå pricken visar medianvärdet och den stora pricken visar medelvärdet.

Tid till normal ADL i median 1 dag, i medelvärde drygt 1,5 dag, oförändrade värden från tidigare år.

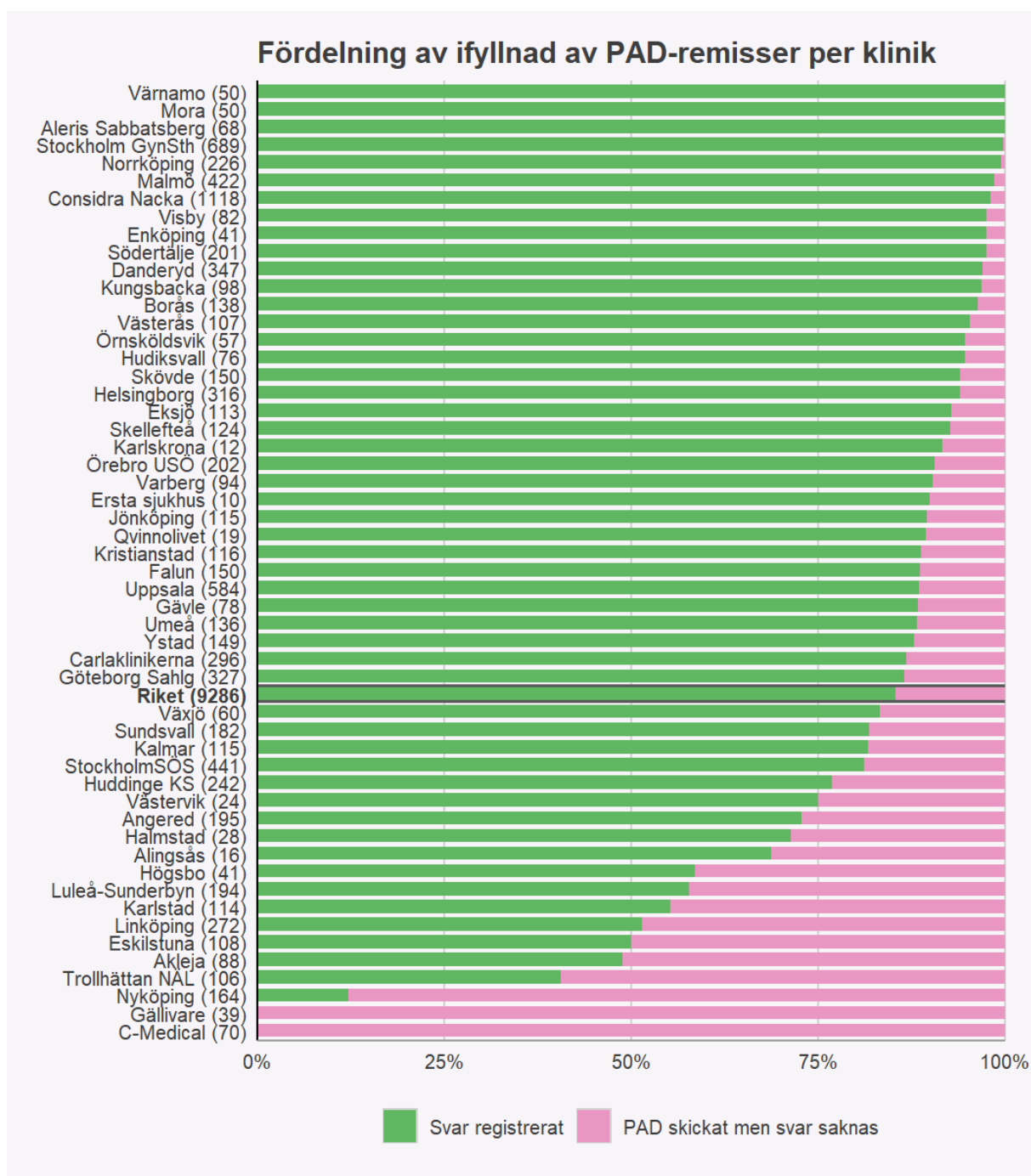


Figur 23. PAD-bedömning.

Tabell 7. PAD-bedömning.

PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	7496	7839	95.6%
Malignitet	182	7839	2.3%
Atypi/EIN	161	7839	2.1%

Även i år ses en marginell ökning av maligna PAD-svar och EIN jämfört med föregående år på 2,2 respektive 1,9 %. Hysteroskopi med biopsi är alltid rekommenderat om sedvanlig endometriebiopsi med pipelle eller endorette inte går att genomföra eller ger otillräckligt svar.



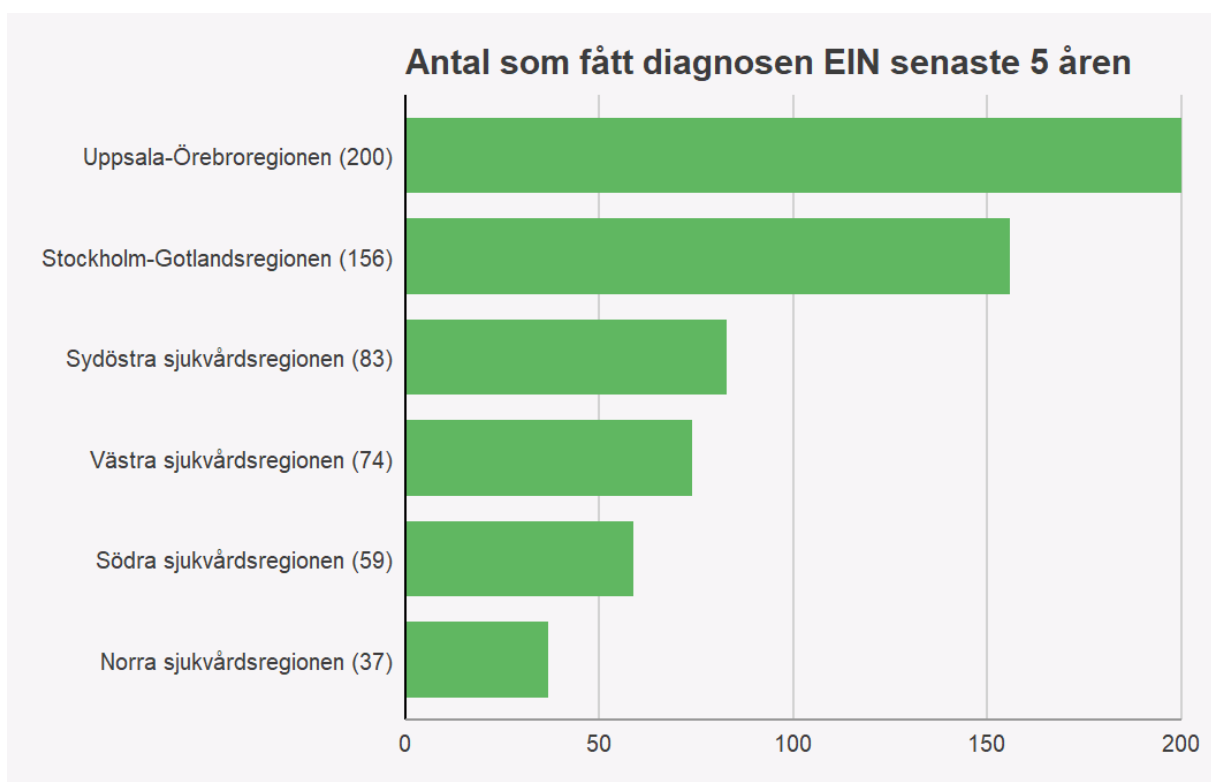
Figur 24. Fördelning av ifyllnad av PAD-remisser per klinik.

Det är högst oklart varför PAD-svar inte registreras i GynOp, när ett preparat är skickat för PAD. Det finns några kliniker på den nedre halvan av tabellen som definitivt rekommenderas se över sina rutiner. Vad är det som gör att det inte samtidigt registreras i GynOp när provsvar i journal signeras? Det är önskvärt med förbättring så att GynOp blir komplett i varje vårdtillfälle.



Figur 25. Andel saknade PAD-svar på inskickade prover över tid

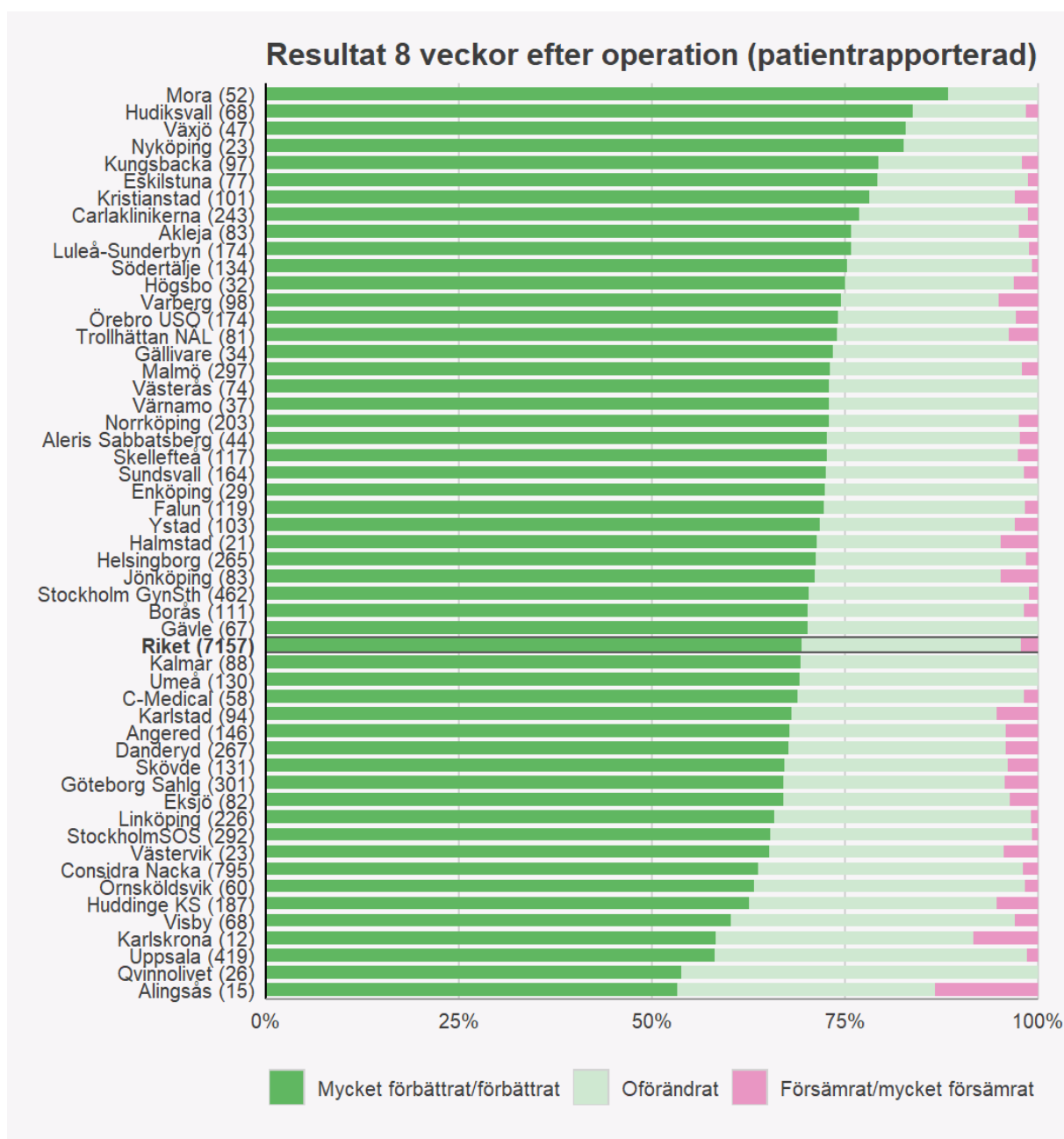
EIN-diagnos



Figur 26. Antal som fått diagnosen EIN senaste 5 åren, per sjukvårdsregion.

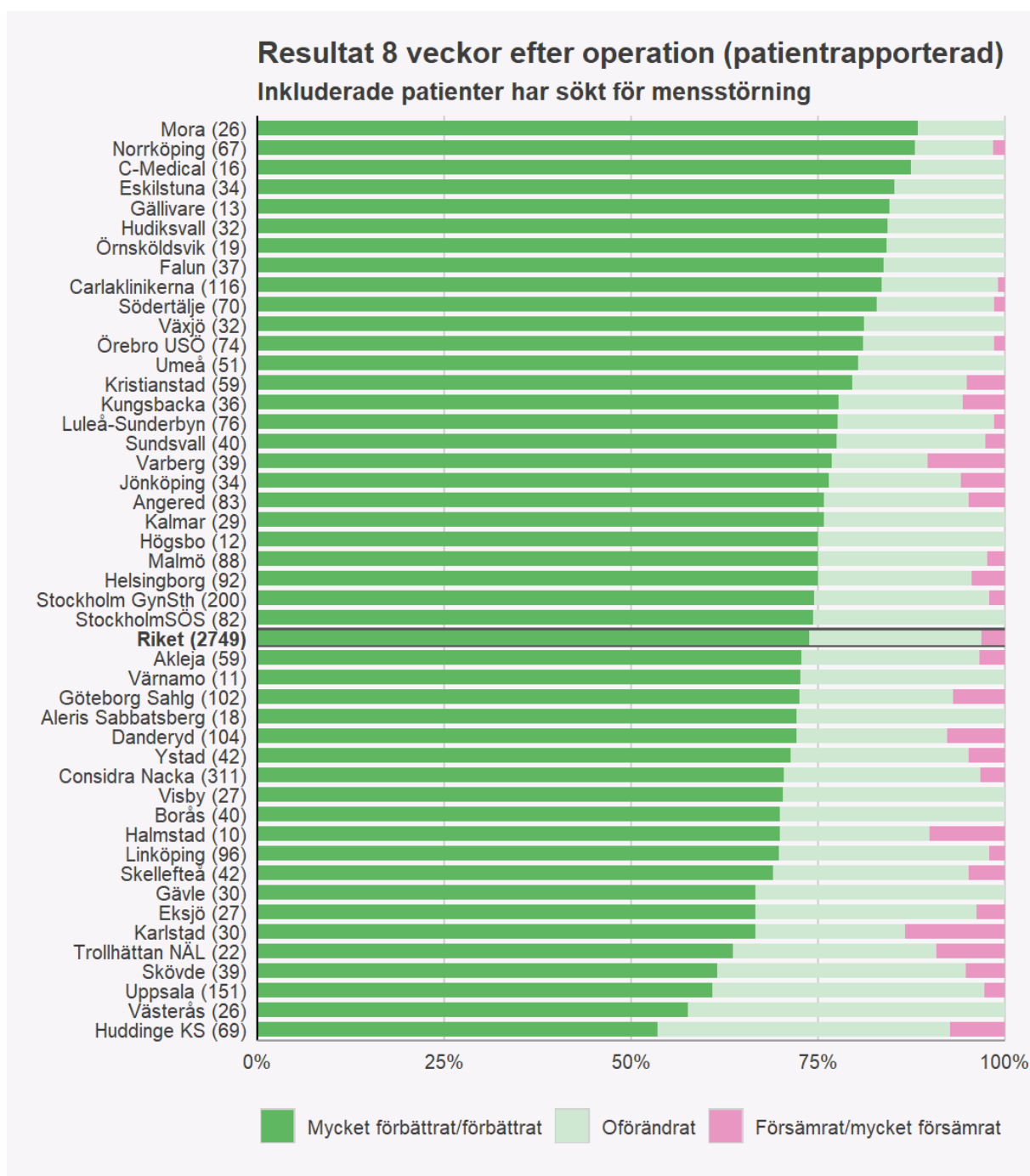
EIN-diagnos har varit lite omdiskuterad det senaste året, det har framkommit att diagnosen har medfört att några fåtal patienter i framför allt Uppsala-regionen rekommenderats hysterektomi baserat på den, vilket är korrekt handläggning, men att diagnosen sedan inte konfirmerats i PAD-svar efter hysterektomin. Eftergranskning har visat att det ej förekom EIN initialt. Därav är det intressant att se statistiken på hur många som registrerat EIN efter IUK under de senaste 5 åren. Majoriteten av patienter med EIN är ju rätt bedömda.

Patientrapporterat resultat 8 veckor efter operation



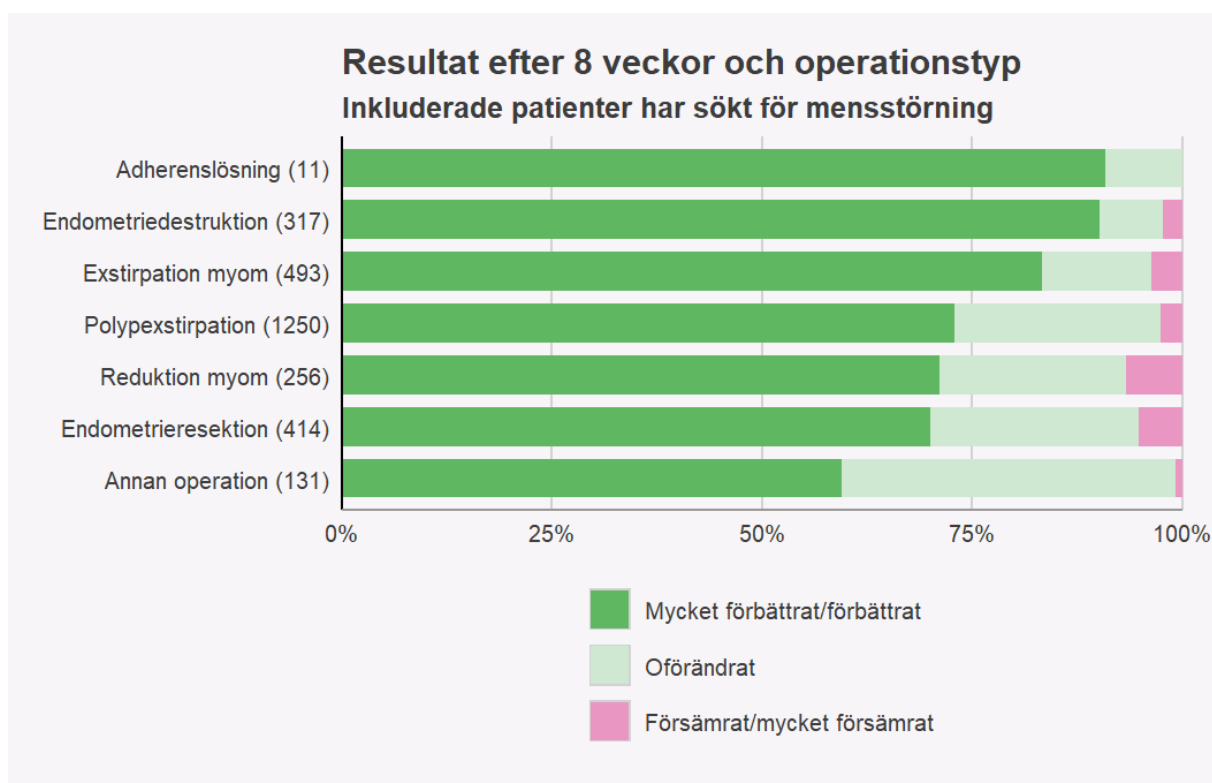
Figur 27. Patientrapporterat resultat 8 veckor efter operation.

Nivåer för resultat efter operation ligger relativt konstant med strax under 70% mycket förbättrade/förbättrade. Ett par enheter högre för de som upplever att tillståndet försämrats jämfört med föregående år, på 1,8%, men i stort sett lika utlåtanden som tidigare.



Figur 28. Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad). inkluderade patienter har sökt för mensstörning.

Andelen patienter som genomgått IUK med indikationen mensstörning ligger lite högre i förbättrad- "gamla GynOp" nivå, drygt 75%. Men fortsatt finns även här en del som upplever tillståndet försämrat efter IUK, i den gruppen går sannolikt flertal vidare till hysterektomi.



Figur 29. Resultat efter 8 veckor uppdelat per operationstyp. inkluderade patienter har sökt för mensstörning.

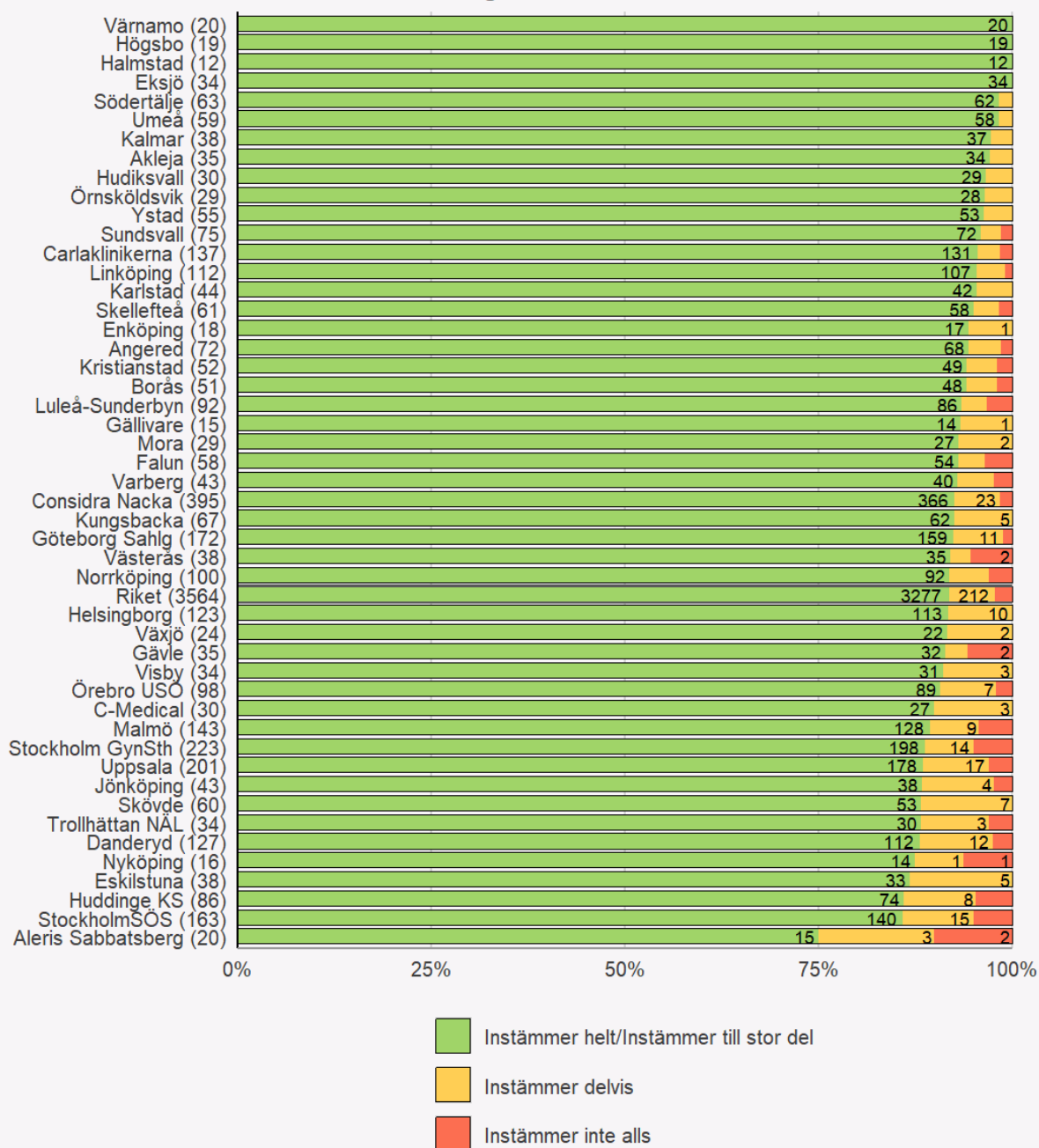
KUPP- Kvalitet ur patientens perspektiv

Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

En patient som svarar på 8-veckorsenkäten via webben får efter ordinarie enkät en fråga om hon kan tänka sig att delta i en studie och svara på frågor om hur hon upplevde kvaliteten på den vård hon fått. Frågorna berör bland annat erhållen information, bemötande, avskildhet, delaktighet, städning med mera. KUPP låter patienten svara på varje fråga i två steg. Först skattar patienten vårdupplevelsen i fyra steg: "Så här var det för mig". Detta kallas upplevd respons. Sen gör patienten en värdering: "Så här betydelsefullt var det för mig". Det kallas subjektiv bedömning.

I årets årsrapporter har vi valt att visa fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten".

Bra info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten Så här var det för mig



Figur 30. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig

Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

Tabell 8. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten, Så här viktigt var det för mig

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	33	3026	1.1%
Av ganska stor betydelse	178	3026	5.9%
Av stor betydelse	923	3026	30.5%
Av allra största betydelse	1892	3026	62.5%

Komplikationer

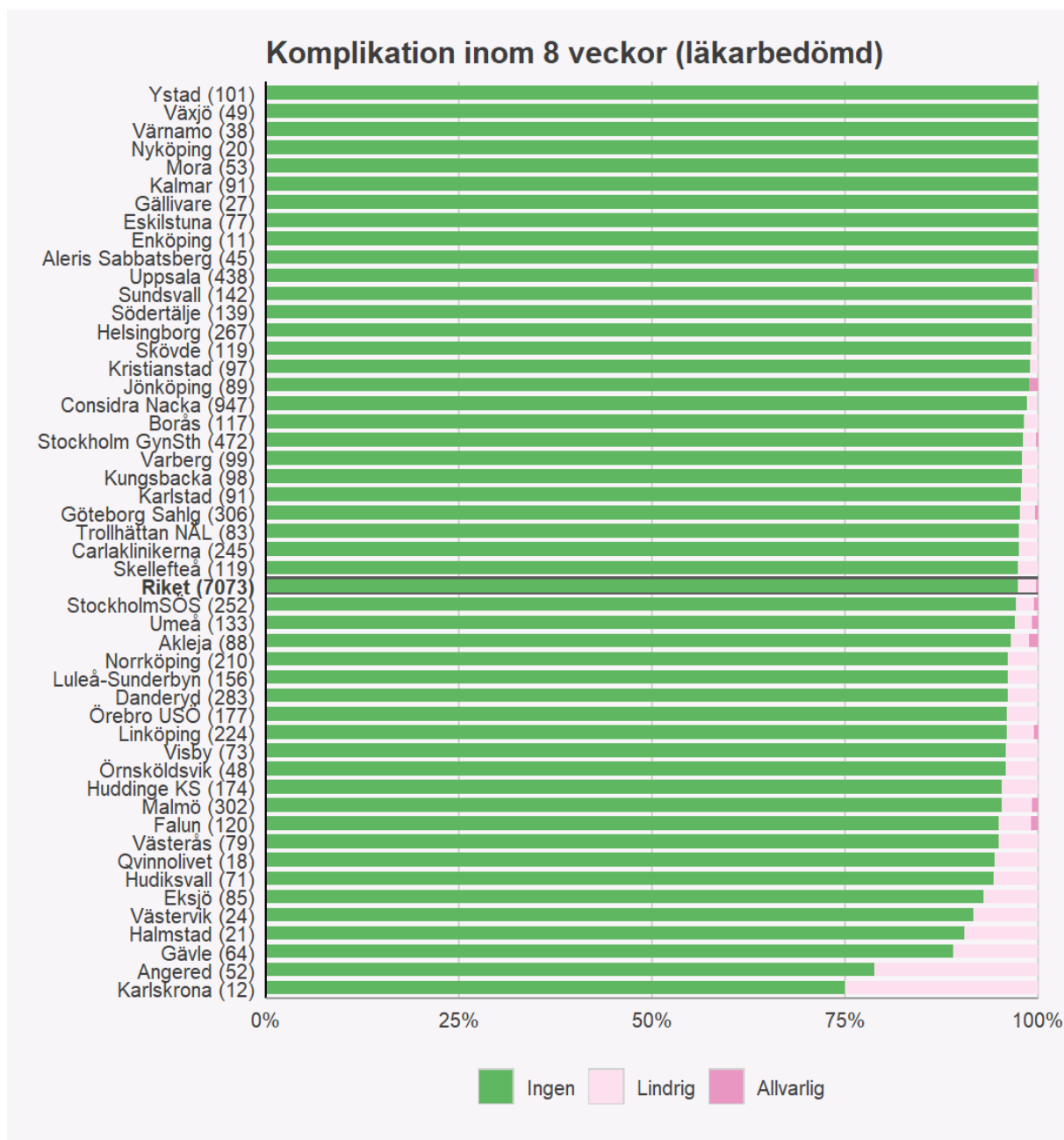
Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 9. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	102	0.99%
Annan komplikation	30	0.29%
Skärande perforation	7	0.07%
Blödning	0	0.00%

Av de registrerade operationerna hade 1,3% av patienterna någon typ av peroperativ komplikation. 0% hade fler än en registrerad peroperativ komplikation.

Trubbig perforation sker som regel främst vid dilatation av cervix med hegarstift, ibland av själva hysteroskopet. Skärande perforation orsakas av diatermielektrod eller slynga.



Figur 31. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor efter operation.

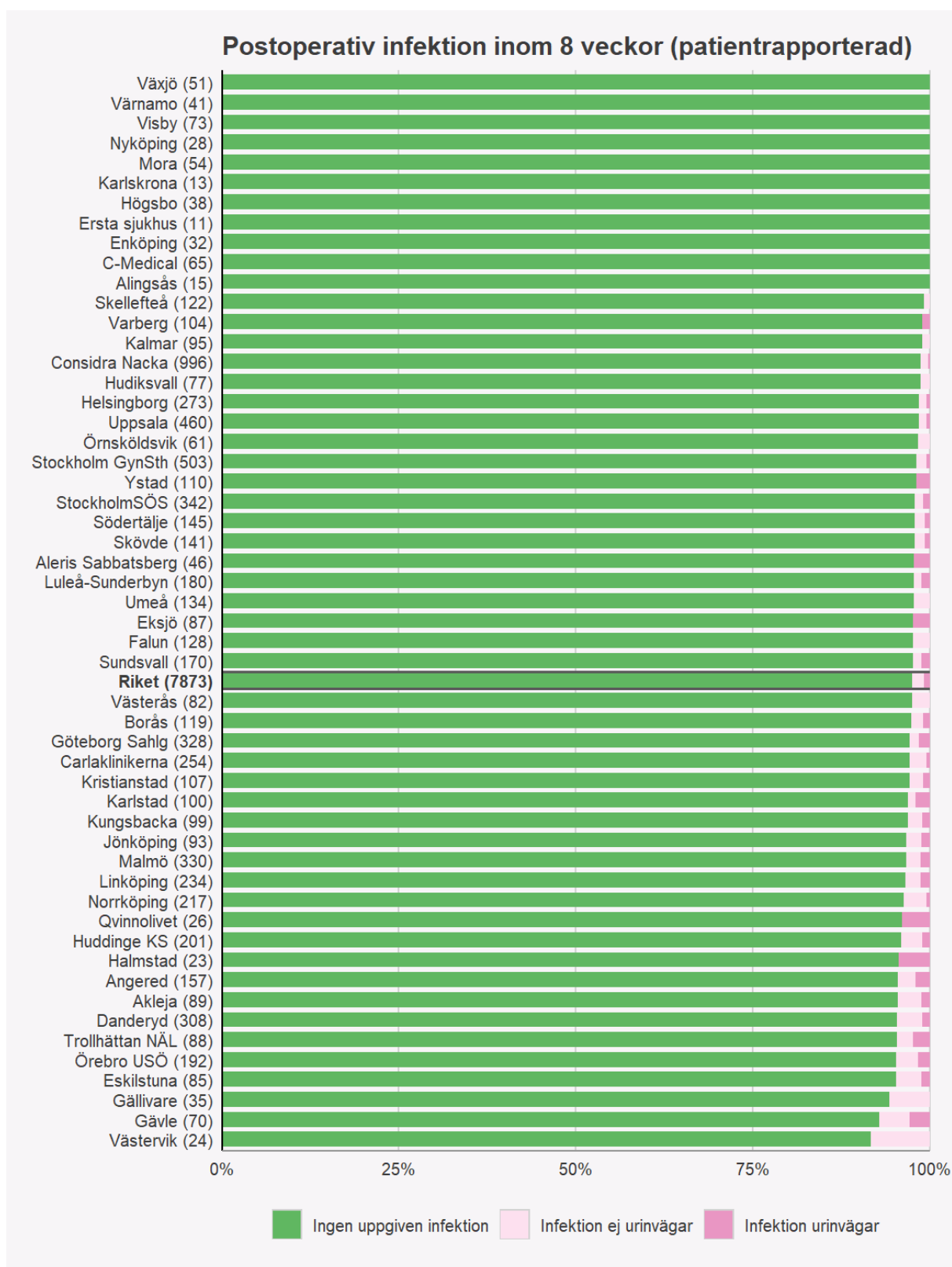
Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Tabell 10.

Allvarliga komplikationer

Komplikation 1	Komplikation 2	Antal
Allvarlig postoperativ feber	-	3
Allvarlig postoperativ sepsis	-	2
Allvarlig ej specificerad vaginalblödning	-	1
Allvarlig postoperativ vaginalblödning	Allvarlig anemi pga blödning vid/efter operation	1
Allvarlig annan ej specificerad vaginalblödning	-	1
Allvarlig ej specificerad feber/sepsis	Allvarlig ej specificerad postop smärta	1
Allvarlig postoperativ infektion i bukhålan	-	1
Allvarlig annan ej specificerad intraabdominell infektion	-	1
Allvarlig ej specificerad postop smärta	-	1

Av 10 326 opererade patienter uppstod allvarlig komplikation hos 12 patienter 2024. Den allvarligast bedöms vara sepsis, men även anemi pga. blödning samt infektion i bukhåla är allvarligt efter intrauterin kirurgi.



Figur 32. Patientrapporterad förekomst av postoperativ infektion inom 8 veckor efter operationen.

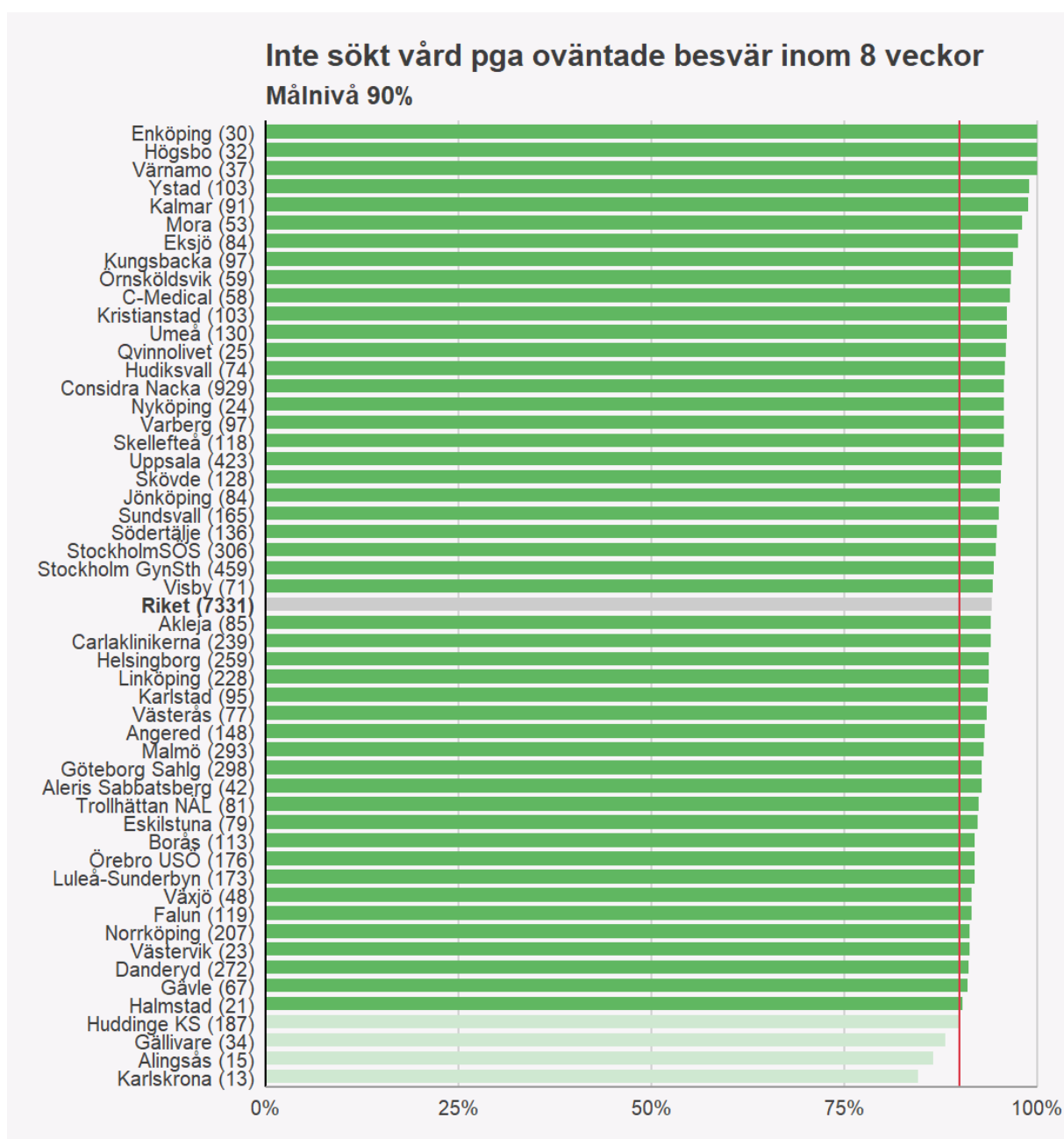
Det är mycket låg risk för infektion efter IUK varför det inte finns någon anledning till antibiotika-profylax. Om patienten är immunsupprimerad, har andra allvarliga tillstånd eller uppvisar tecken till infektion innan ingrepp är situationen givetvis en annan och antibiotika rekommenderas. Antibiotikaval kan vara samma som vid till exempel hysterektomi.

Clavien-Dindo

Tabell 11. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor. Andel i pop. innebär andel med Clavien-Dindo inklusive de utan bedömd komplikation.

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop.
Grad 1	83	179	46.4%	1.1%
Grad 2	84	179	46.9%	1.1%
Grad 3a	2	179	1.1%	0.0%
Grad 3b	5	179	2.8%	0.1%
Uppgift saknas	5	179	2.8%	97.6%

Clavien-Dindo är en åtgärdsbaserad komplikationsklassificering som graderas från 1–5, där grad 5 innebär död. För IUK föreligger de flesta registrerade komplikationerna i grad 1 och 2, enstaka grad 3 men ingen däröver.

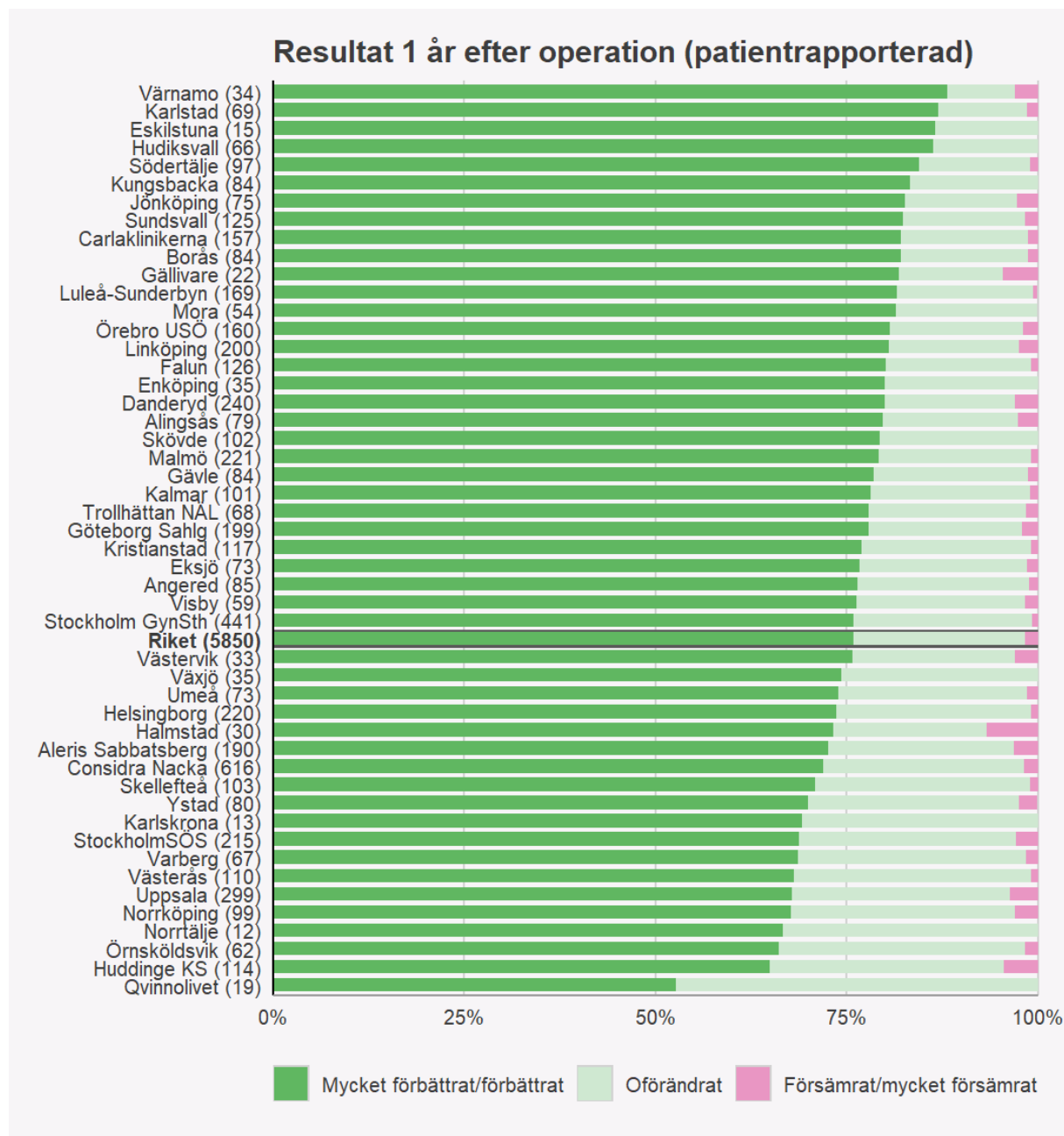


Figur 33. Inte sökt vård på grund av oväntade besvär inom 8 veckor efter operationen.

Alla delregister har en eller flera kvalitetsindikatorer och för IUK är det samma indikator som tidigare, att patienten inte har behövt söka vård för oväntade besvär inom 8 veckor och målnivå 90% som uppnås i riket och nästan alla kliniker i landet, några enstaka ligger en liten bit under målnivån.

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år



Figur 34. Patientrapporterad förbättring 1 år efter operation.

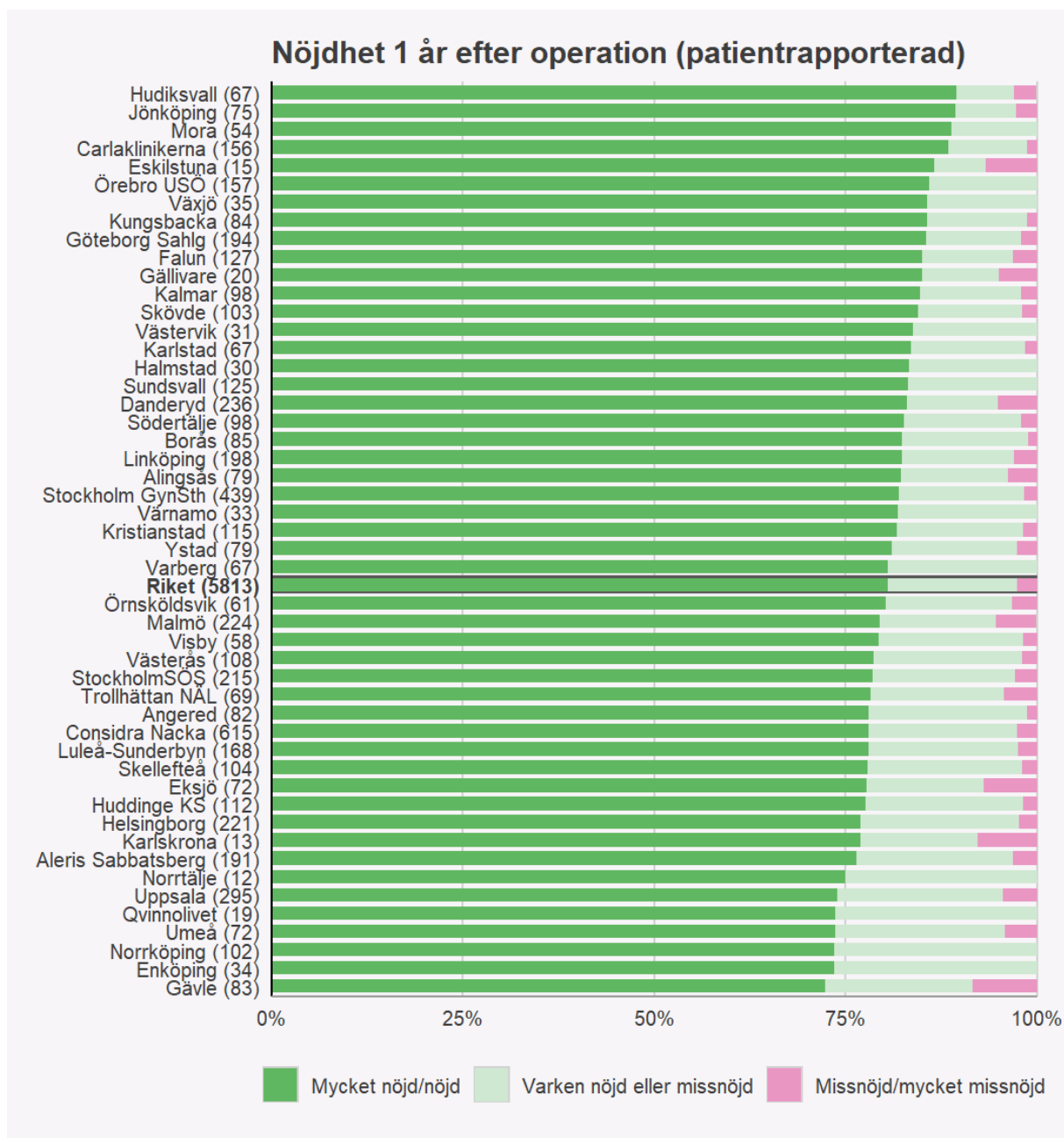
Tabell 12.

Resultat 1 år efter operation (patientrapporterad).

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	4442	5848	76.0%
Oförändrat	1306	5848	22.3%
Försämrat/mycket försämrat	100	5848	1.7%

Andelen förbättrade efter 1 år ligger på samma nivå som föregående år, de som upplever att tillståndet är försämrat är färre - 1,7 i år jämfört med 2,2% föregående år.

Nöjdhet efter 1 år



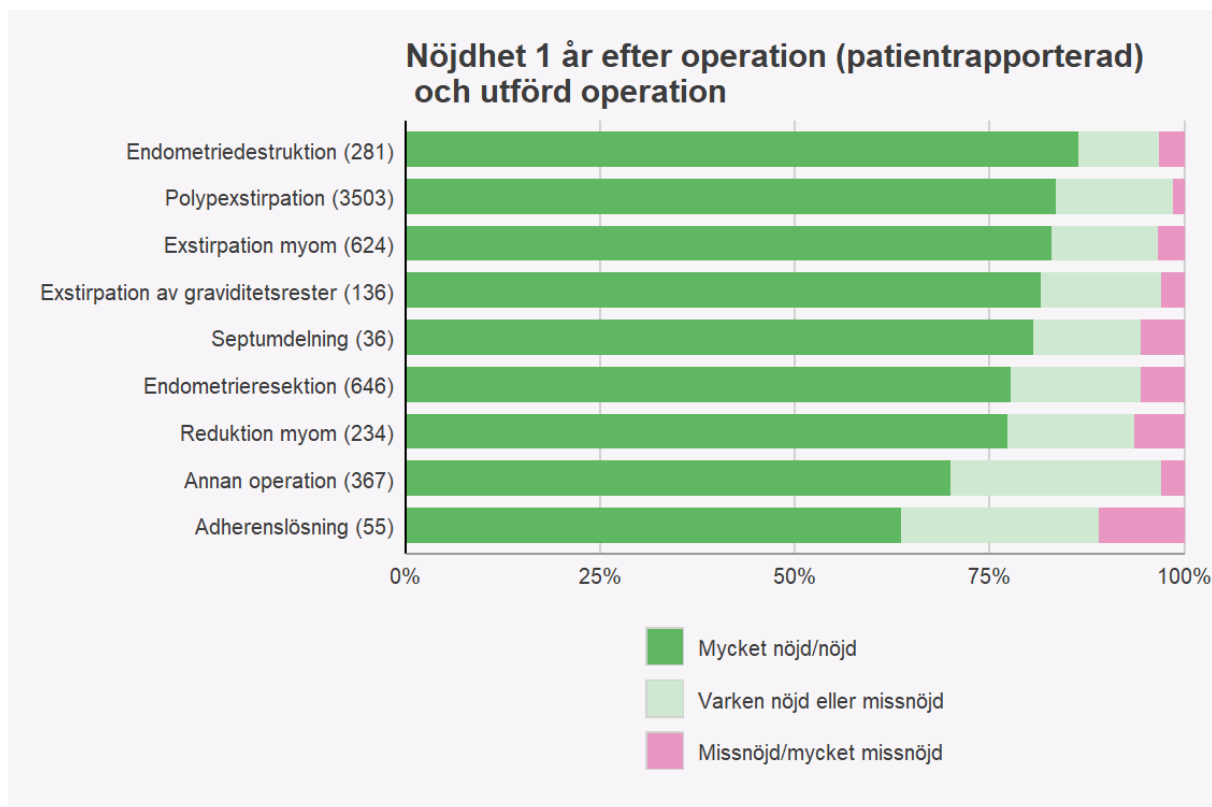
Figur 35. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation.

Tabell 13.

Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation.

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	4680	5811	80,5%
Varken nöjd eller missnöjd	984	5811	16,9%
Missnöjd/mycket missnöjd	147	5811	2,5%

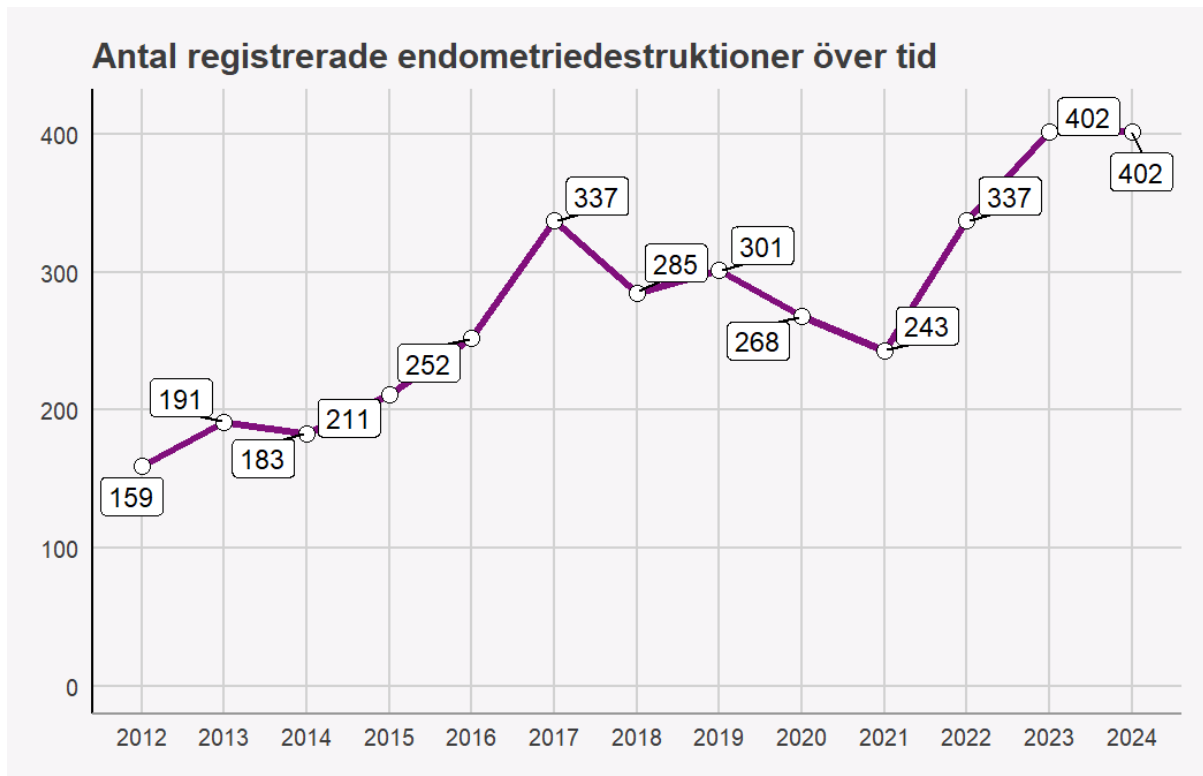
Nöjda patienter på >80% är en god siffra, andel missnöjda är färre än föregående år – 2,5 jämfört med 3,0%.



Figur 36. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation uppdelat per typ av utförd operation.

Endometriedestruktion (ablation)

Antal utförda operationer

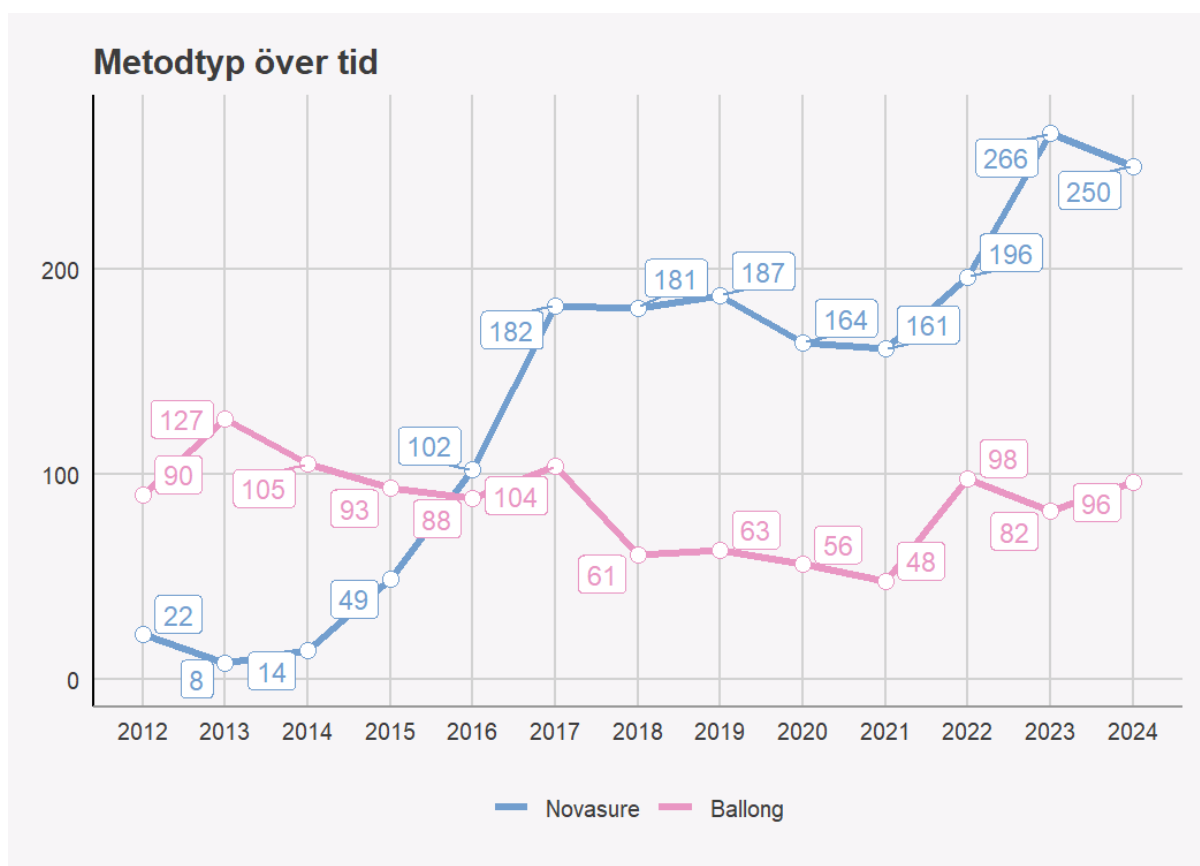


Figur 37. Antal registrerade endometriedestruktioner över tid.

Endometriedestruktion för riklig menstruation är effektiv behandling för många patienter, men inte för alla. Då det är ett betydligt mindre ingrepp än hysterektomi och på vissa kliniker görs som mottagningsoperation är det bra att metoden fortsatt ligger på samma nivå som föregående år.

Som nämnts tidigare benämns ingreppet nu mer korrekt endometrieablation i GynOp på INCA.

För att genomföra behandlingen som mottagningsoperation räcker inte riktigt en PCB och analgetika, det behövs något mer och det kan vara patientstyrd sedering till exempel eller fundusblockad. Vid patientstyrd sedering reglerar patienten själv tillförsel av läkemedel, vanligen Propofol via en pump, med en doseringsknapp i handen. Fundusblockad ges via hysteroskop, en injektionsnål förs in i arbetskanal, någon lokalanestetika utan adrenalin som kliniken använder administreras i flera punkter i fundus intrauterint.



Figur 38. Metodtyp över tid.

De metoder för endometrieablation som används i Sverige har inte förändrats, det är fortsatt Novasure eller ballongmetod som används. Novasure är ett instrument med en bipolär elektrod som med radiofrekvent energi destruerar slemhinnan i kaviteten i uterus. Ballongmetod är instrument som via vätska i en ballong värmer upp och abladerar slemhinnan i uterus.

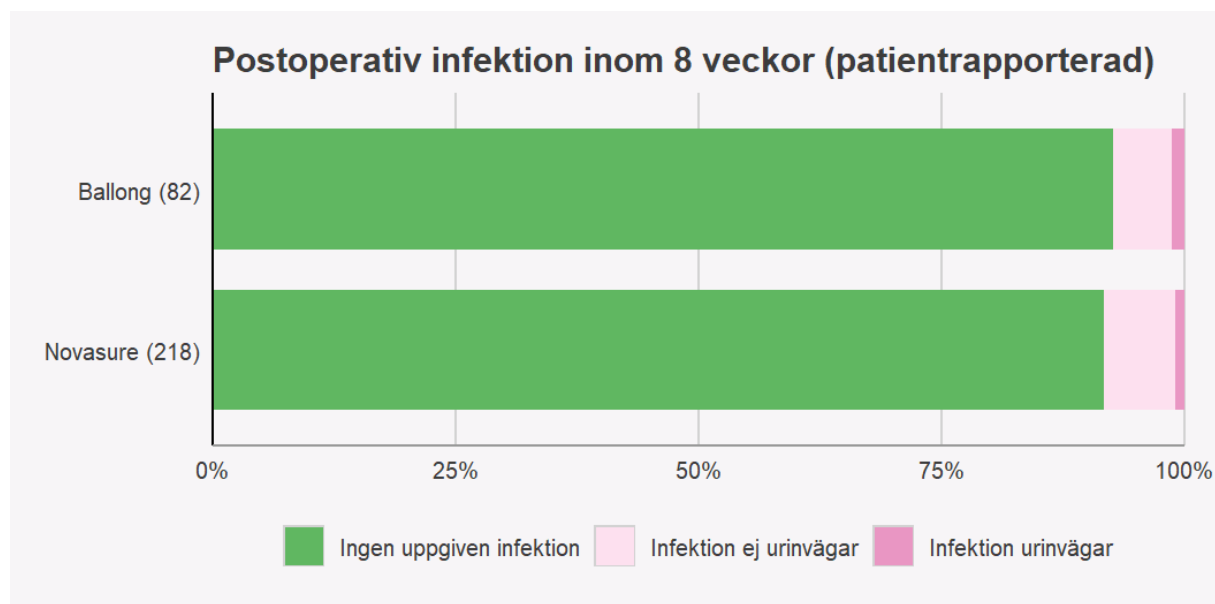
Komplikationer

Tabell 14. Peroperativ komplikation och metod.

Metodtyp	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Novasure	Nej	250	250	100.0%
Ballong	Nej	96	96	100.0%

Båda metoderna är säkra att använda, inga peroperativa komplikationer har registrerats år 2024. Ingen av metoderna fungerar att utföra om till exempel en perforation råkat uppstå under dilatation med hegärstift.

Infektion



Figur 39. Patientrapporterad postoperativ infektion inom 8 veckor efter operation.

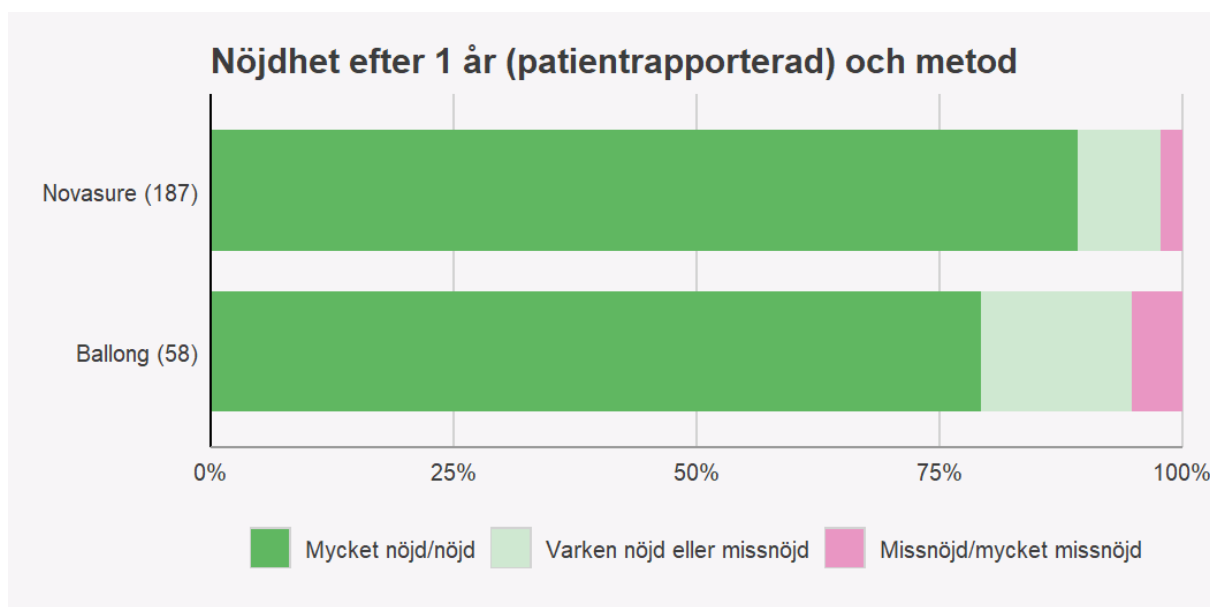
Tabell 15. Patientrapporterad postoperativ infektion inom 8 veckor efter operationen.

Metodtyp	Infektion	Antal	Total	Andel
Novasure	Ingen uppgiven infektion	200	218	91.7%
	Infektion ej urinvägar	16	218	7.3%
	Infektion urinvägar	2	218	0.9%
Ballong	Ingen uppgiven infektion	76	82	92.7%
	Infektion ej urinvägar	5	82	6.1%
	Infektion urinvägar	1	82	1.2%

Ablation orsakar en såryta i uterus så infektion kan uppstå, men det är fortsatt så låg nivå att generell antibiotikaprofylax inte är nödvändig.

Nöjdhet efter 1 år

Patienter opererade under år 2023.



Figur 40. Patientrapporterad nöjdhet efter 1 år uppdelad per metod.

Tabell 16. Nöjdhet efter 1 år (patientrapporterad) och metod.

Metodtyp	Nöjdhet	Antal	Total	Andel
Novasure	Mycket nöjd/nöjd	167	187	89.3%
	Varken nöjd eller missnöjd	16	187	8.6%
	Missnöjd/mycket missnöjd	4	187	2.1%
Ballong	Mycket nöjd/nöjd	46	58	79.3%
	Varken nöjd eller missnöjd	9	58	15.5%
	Missnöjd/mycket missnöjd	3	58	5.2%

Det är annan nöjdhet i år i jämförelse med föregående år. Då var 94% som gjort ablation med ballong nöjda och 91% som gjort ablation med Novasure var nöjda. Likaså tvärtom med andelen missnöjda, då 5,2% för Novasure respektive 2,8% för ballongmetod. Kontentan blir att en hög andel är nöjda efter endometrieablation, de som inte är det går sannolikt vidare med hysterektomi.

Sammanfattning

Det är helt fantastiskt med de ökande antal intrauterina operationer som registreras och som medfört att täckningsgraden äntligen nått över den magiska gränsen på 85%! Jag vill framföra mitt tack till alla som uppmärksammat att fler operationer ska registreras, även om man kanske tidigare tyckt att det är onödigt för en mindre mottagningsoperation, men det ser väldigt bra ut för framtiden.

Jag hoppas och tror att det blir färre frågetecken och missar med nya GynOp på INCA, det har varit målet när vi arbetat med formulären för registrering. Ingenting är perfekt och det går alldeles utmärkt att mejla till mig eller GynOp-kansliet om det finns synpunkter eller frågor kring registreringen. Det är lättare att justera i nya GynOp om det är något som visar sig inte fungerar bra.

I GynOp på INCA är det lite fler variabler att klicka i för ultraljud, det är ett tips att i journalen registrera mått på uterus och endometrium och eventuell intrauterin förändring om du träffar patienten själv på mottagningen och skickas remiss till annan enhet är det önskvärt om remittenten gör notering om ultraljudsresultat. Detta medför mer möjlighet att vi kanske kan studera exempelvis behov av upprepade ingrepp vid myom av viss storlek, ökad risk för malignitet vid polyp av viss storlek hos postmenopausal kvinna mm.

Ju mer som finns registrerat desto mer kan vi få ut av registret. Kom ihåg att antalet variabler är betydligt färre än tidigare, då det bara är en flik för anamnes- operation- utskrivning, så målet är att det ska upplevas enklare att registrera intrauterina operationer.

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Ablation/destruktion	Inom gynekologin avses en värmebehandling för att ta bort livmoderslemhinnan.
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
Antibiotikaproylax	Förbehandling med antibiotika för att minska risken för en infektion, till exempel i samband en operation.
Atypi	Avvikelse från det normala
Biopsi	Vävnadsprov
Bäckenbottenkirurgi	Operation av framfall eller förlossningsskador
Dagkirurgi	Med dagkirurgi menas att patienten går hem samma dag som operationen har utförts.
Demografi	Demografi är vetenskapen om en befolknings fördelning, storlek och sammansättning. Det kan avse ålder, kön, längd och vikt, eller annat.
Dilatation	Utvidgning
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Hegarstift	Ett metallstift som används vid gynekologiska undersökningar för att vidga en trång öppning, till exempel livmoderhalsen.
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.
Immunsupprimerad	Immunförsvaret är bristfälligt pga. immundefektsjukdom eller annan sjukdom, eller pga. medicinering med läkemedel som hämmar eller hindrar immunförsvarets aktivitet eller pga. strålbehandling.
Indikation	Orsak till behandling eller operation
Intrauterin	Inuti livmodern
Malignitet	Cancer
Morcellator/shaver	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid titthålskirurgi.
Myom	Muskelknuta på livmoderns in- eller utsida.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Per- eller peri	Under/i samband med till exempel peroperativt = något som görs eller sker under operationen.

Uppslagsord	Förklaring
Perforation	Genomträngning, punktering
Polyp	Utväxt, oftast från en slemhinna, som i regel är godartad
Polypexstirpation	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Post-	Efter. Till exempel postoperativ = något som görs eller händer efter operation. Postmenopausal = efter att menstruationerna har upphört (på grund av ålder).
Profylaktisk/profylax	Förebyggande
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
Sepsis	Blodförgiftning
Septum	Mellanvägg
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till specialist.
Täckningsgrad	Täckningsgraden beräknas som antalet registrerade operationer i GynOp dividerat med det totala antalet registrerade operationer som återfinns i GynOp eller Patientregistret hos Socialstyrelsen. Täckningsgraden beräknas som en procentandel enligt formeln: $\frac{\text{Matchar} + \text{Endast GynOp}}{\text{Matchar} + \text{Endast GynOp} + \text{Endast patientregistret}}$