

Adnexkirurgi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2025

Författare:

Mathias Pålsson

Registeransvarig för delregistret för adnexkirurgi på
benign indikation

Överläkare, Carlakliniken, Göteborg

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2026-04-28



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	2
Täckningsgrad	2
Utförda operationer	5
Akuta adnexoperationer	5
Operationer utförda av eller tillsammans med ST-läkare	9
Antal utförda adnexoperationer 2025	12
Målvärden	14
Andel minimalinvasiv kirurgi	14
Inte sökt vård pga oväntade besvär inom 8 v efter operationen	17
Andel komplett ifyllda PAD-svar per klinik	22
Patientvärderat resultat	23
PREM: Patient-reported experience measures	24
Adnexoperationer som inte ingår i Adnexregistret	26
Sammanfattning	27

Inledning

Delregistret Adnex årsrapport innehåller utfall efter operation på äggstockar och äggledare gjorda under år 2025.

Till Adnexregistret hör adnexoperationer utförda på grund av förväntat godartade tillstånd utan samtidig hysterektomi. Dessutom är operationer gjorda inom ramen för NHV Endometriosis exkluderade.

I vanlig ordning kommer figurerna visa olika resultat, både produktionsdata och patientrapporterade utfall. Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2025. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2024 använts.

Årets rapport har inget särskilt tema. Kom ihåg att en alltid kan gå in på GynOps interaktiva statistiksida (GynOp Direkt) och titta på en hel del variabler på kliniknivå, så det är inte nödvändigt att invänta årsrapporten för att kunna se hur ens klinik ligger till jämfört med andra. Data fylls på varje månad. Där går det också att se trender över tid. Rekommenderas!

Länk: <https://statistik.incanet.se/gynop/>

När den här rapporten publiceras så ska Adnexregistret precis flytta över till INCA-plattformen. Flytten har inneburit en rejäl översyn av vad som ska rapporteras. Mycket är naturligtvis detsamma som förut men en del påtagliga skillnader finns. Bland annat så behöver ni inte längre tampas med den stora frågan om patienten sövts intuberad eller på larynxmask. Hela anestesidelen är borttagen i Adnexregistret eftersom alla patienter opereras under narkos i just Adnexregistret (det kan naturligtvis finnas någon enstaka patient som genomgår en öppen adnexoperation i bara spinalbedövning, men det är så försvinnande få att det aldrig går att utvärdera kvalitet på det). Därför blir det inte så intressant att rapportera det. Hoppas ni står ut med det!

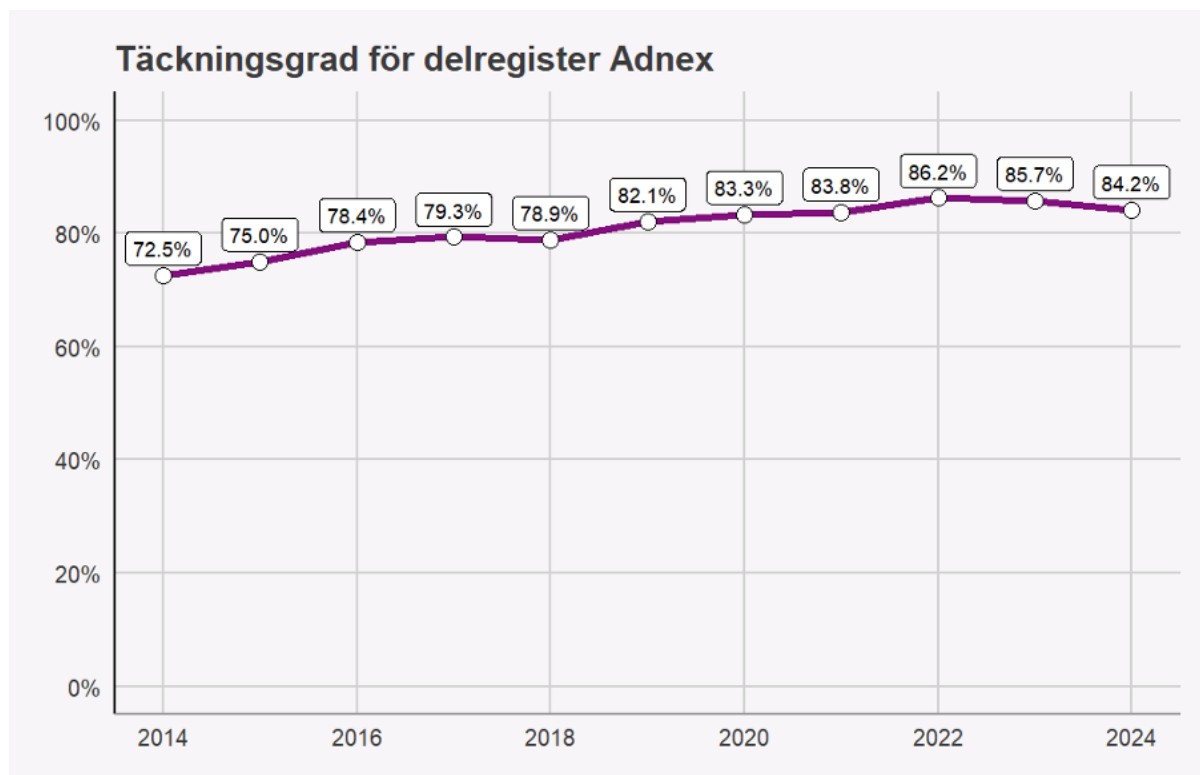
I styrgruppen hoppas vi naturligtvis att ni ska bli nöjda med förändringarna och den nya plattformen. Det kommer framför allt bli riktigt skönt att slippa vara verksam i två olika system. Synpunkter på det nya systemet är viktiga och kontakta gärna kansliet om ni har sådana.

Täckningsgrad

Beräkningen av täckningsgraden sker genom att data från GynOp samkörs med Socialstyrelsens Patientregister. Detta sker med över ett års fördröjning varför täckningsgraden för 2024 presenteras nu. Adnexregistret ligger nu åter under den magiska 85%-gränsen. Siffran är dock något osäker då samkörningen med Socialstyrelsen varit problematisk, vilket ses över. Men om siffran är korrekt så vill jag åter trycka på att vi alla måste göra vad vi kan på respektive klinik. Problemet med täckningsgraden i Adnexregistret ligger i att många kliniker har svårt att inkludera de akut opererade patienterna i GynOp. I täckningsgradsanalysen finns inget undantag för akuta patienter.

I första figuren framgår täckningsgraden över tid. Figur 2 är hämtad ur GynOps interaktiva statistikverktyg och visar täckningsgraden för respektive klinik. Alla kliniker som inte når upp till målnivån 85% behöver se över hur de kan inkludera fler patienter. Problemet är inte de elektiva patienterna, så förbättringsarbete bör fokuseras på de akuta patienterna. För att exemplifiera detta så kan vi jämföra Malmö med Sahlgrenska. I tredje figuren ser vi fördelningen mellan elektiva/akuta patienter. Malmö är bra på att inkludera akuta patienter. Där utgör de akuta patienterna ungefär hälften av totalantalet. De har 93% täckningsgrad. En klinik som lyckas mindre bra att inkludera akuta patienter (15 akuta under år 2025) är Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Deras täckningsgrad är på cirka 50%. Jag tycker det belyser att problematiken ligger bland de akuta patienterna. Nu har jag inte valt Sahlgrenska som exempel för att

särskilt hänga ut dem utan bara därför att jag har personlig kännedom om ungefär hur många akuta adnexoperationer som görs där (eller gjordes på den tiden jag arbetade där, jag har helt fräckt antagit att det sannolikt ser likartat ut nuförtiden).



Figur 1. Täckningsgrad för delregister Adnex mellan år 2014 och 2024. För mer info om täckningsgraden och hur den beräknas se GynOps interaktiva rapport: <https://statistik.incanet.se/gynop/>.

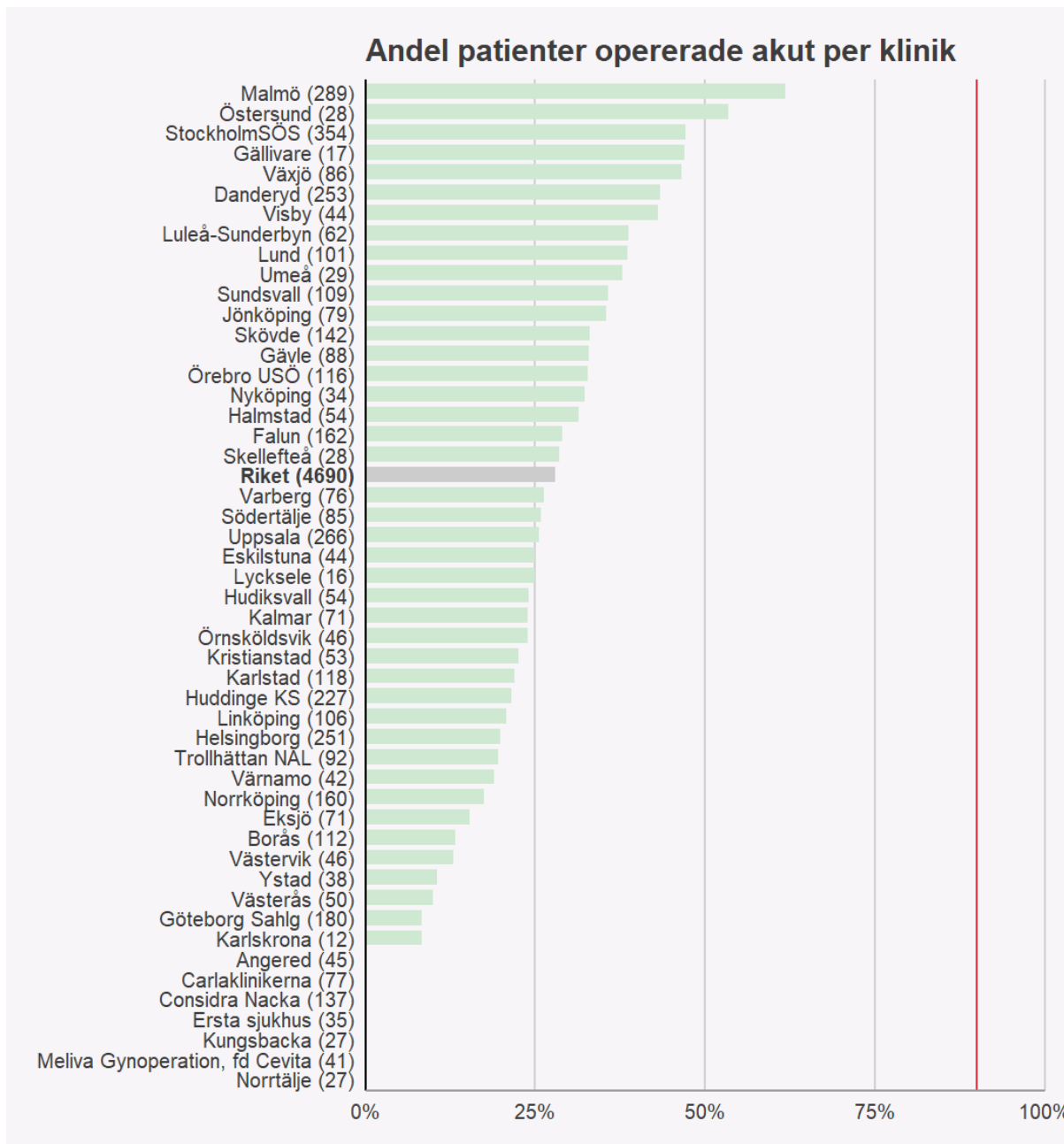


Figur 2. Täckningsgrad per klinik för operationer utförda år 2024. Samkörning med Socialstyrelsens patientregister.

Utförda operationer

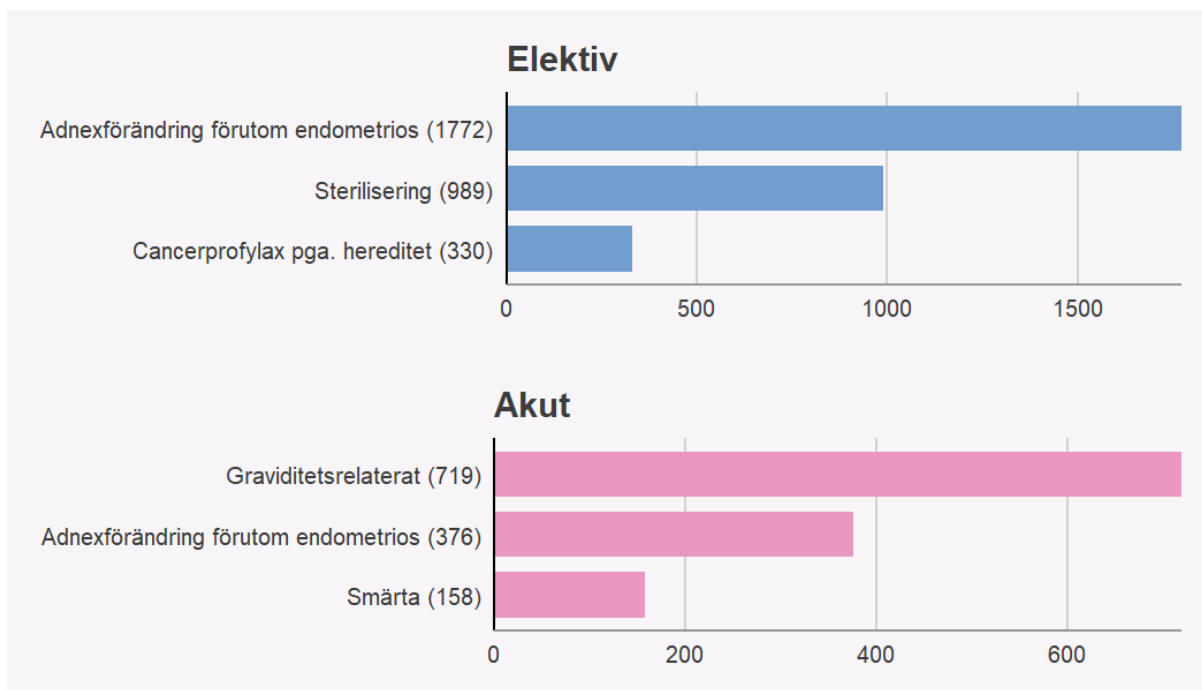
Akuta adnexoperationer

Det har registrerats 1323 akuta operationer vilket är drygt 100 färre än föregående år. Den skillnaden är förklaringen till att täckningsgraden inte uppnås.



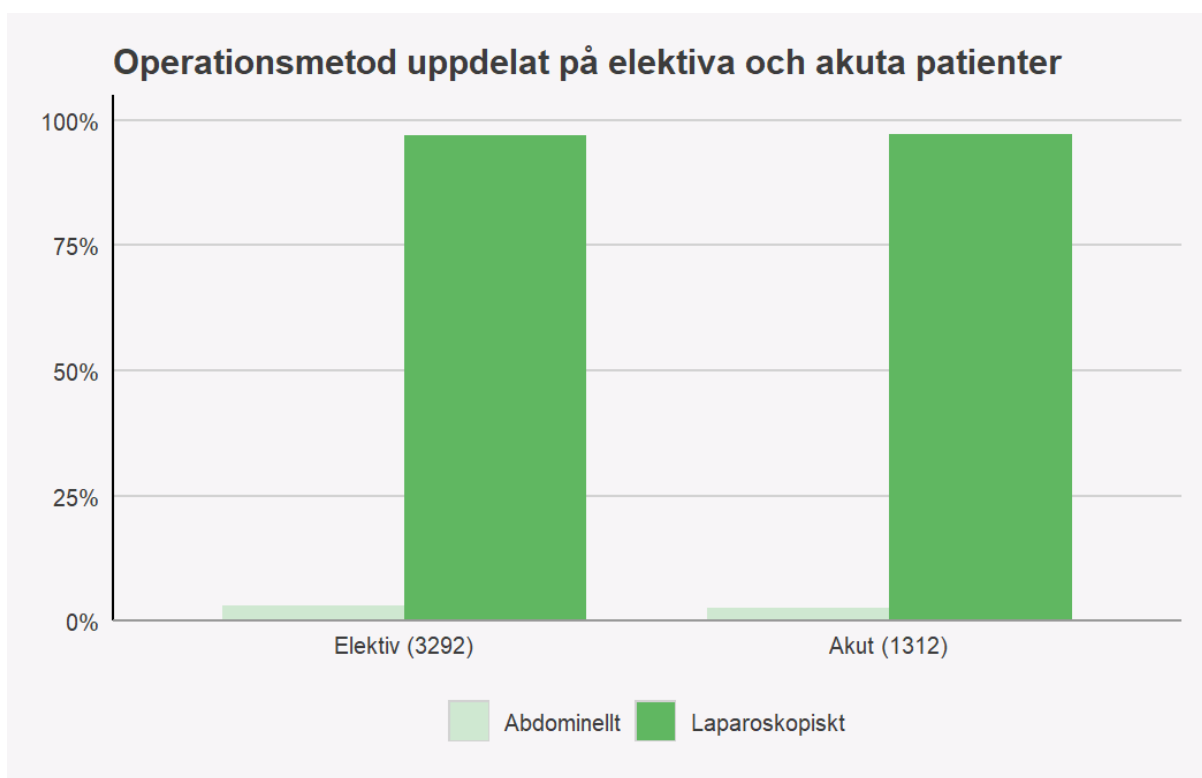
Figur 3. Andel akut opererade patienter per klinik.

Den största andelen akuta adnexoperationer utgörs av graviditetsrelaterade besvär, det vill säga utomkvedshavandeskap. Den vanligaste indikationen vid elektiv operation är adnexförändringar (cystor). Så här har det i princip alltid sett ut.

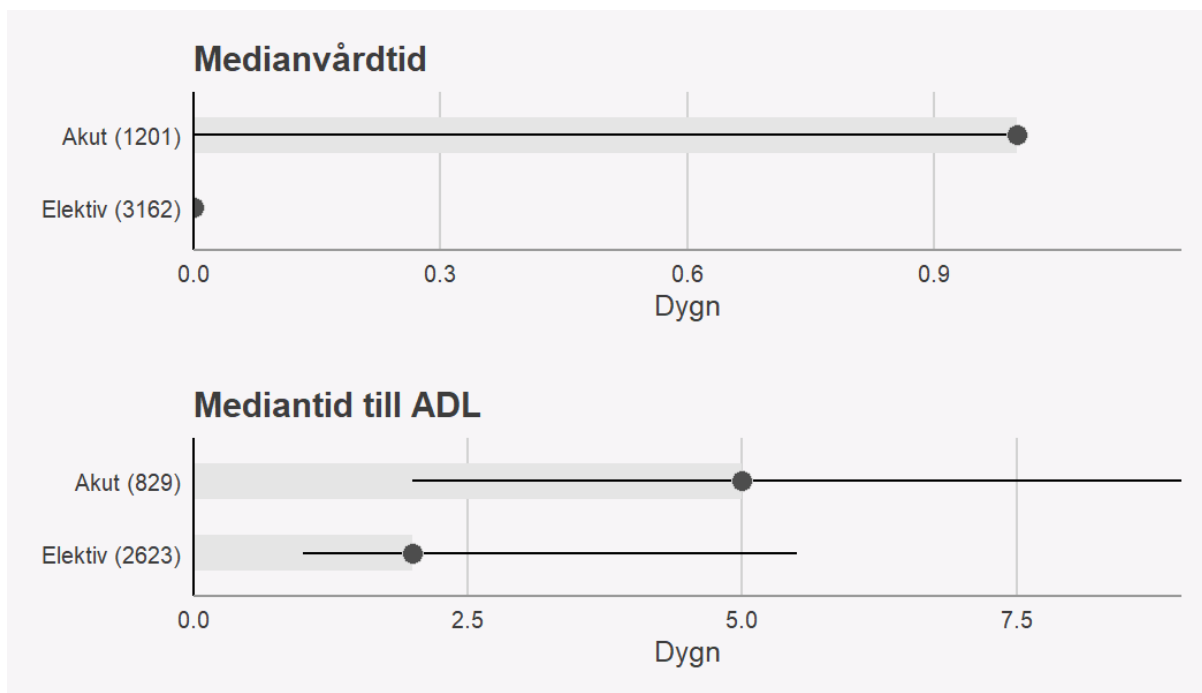


Figur 4. De tre vanligaste indikationerna vid elektiv respektive akut operation

Operationsmetod vid akut respektive elektiv operation skiljer sig inte alls (96,9% vid elektiv och 97,2% vid akut).



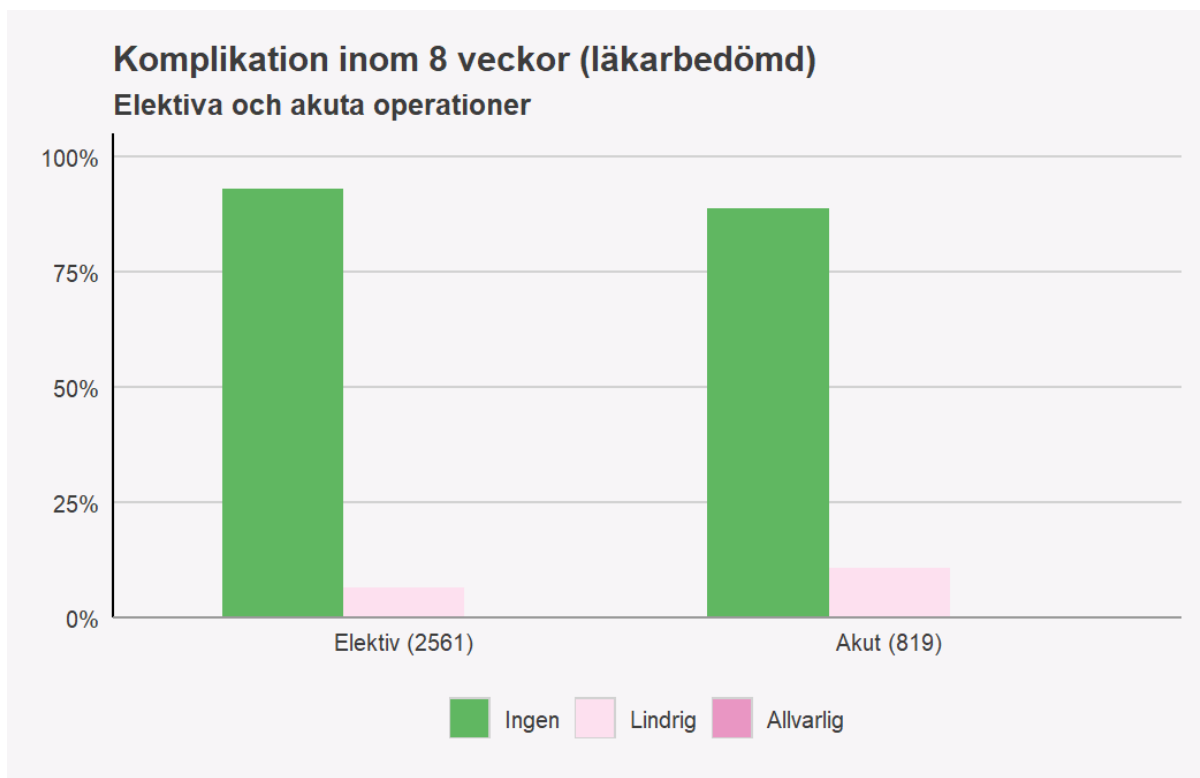
Figur 5. Operationsmetod vid elektiva och akuta operationer.



Figur 6. Median vårdtid och median tid till normalt ADL beroende på om elektiv eller akut operation utförts.

Vårdtid (median) är ett dygn för akuta operationer och för elektiva operationer är den noll dagar. Det är en förväntad skillnad, en akut opererad patient tenderar att ha haft större blodförlust och har kanske också haft en traumatisk upplevelse som innebär att det behövs observationstid och återhämtning. Det ser vi tydligt också i median tid till normalt ADL där det för median-personen tar dubbelt så lång tid att återhämta sig om de har genomgått en akut operation.

Det är fler komplikationer i gruppen som opererats akut, men det är enbart lindriga komplikationer som skiljer sig, där det nästan är dubbelt så vanligt hos de akut opererade som hos elektiva patienter. Andelen allvarliga komplikationer är i bägge grupperna mycket liten (0,4% respektive 0,3% elektiv/akut). Det är dock ingen påtaglig skillnad i infektionsutfall.

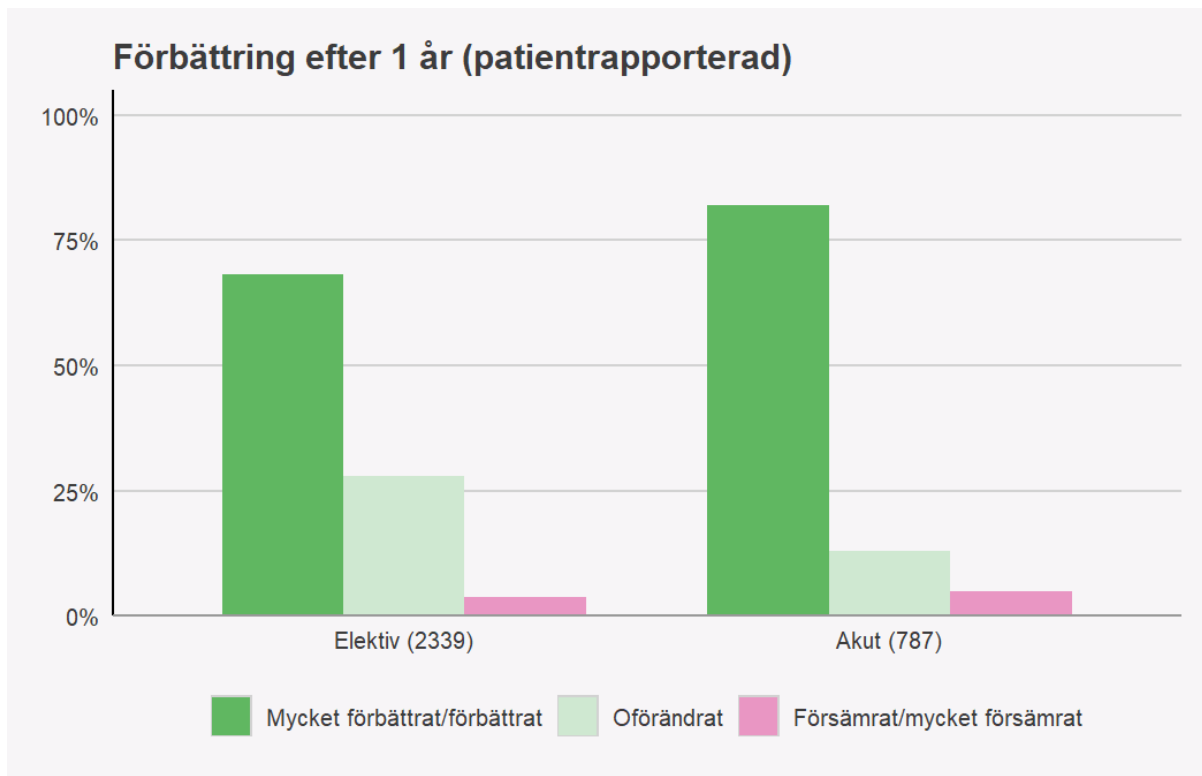


Figur 7. Läkarbedömda komplikationer fram till och med 8-veckorsenkäten.

Tabell 1. Postoperativa infektioner beroende på om elektiv eller akut operation

Akut/elektiv	Infektion 8 veckor	Antal	Andel
Elektiv	Ingen uppgiven infektion	2621	94,6%
	Infektion ej urinvägar	106	3,8%
	Infektion urinvägar	45	1,6%
Akut	Ingen uppgiven infektion	852	93,2%
	Infektion ej urinvägar	44	4,8%
	Infektion urinvägar	18	2,0%

Akut opererade patienter anger i högre grad att de känner sig förbättrade av operationen än vad de elektiva gör. Det här mönstret har existerat sedan vi började kunna analysera skillnader mellan elektiv och akut kirurgi.

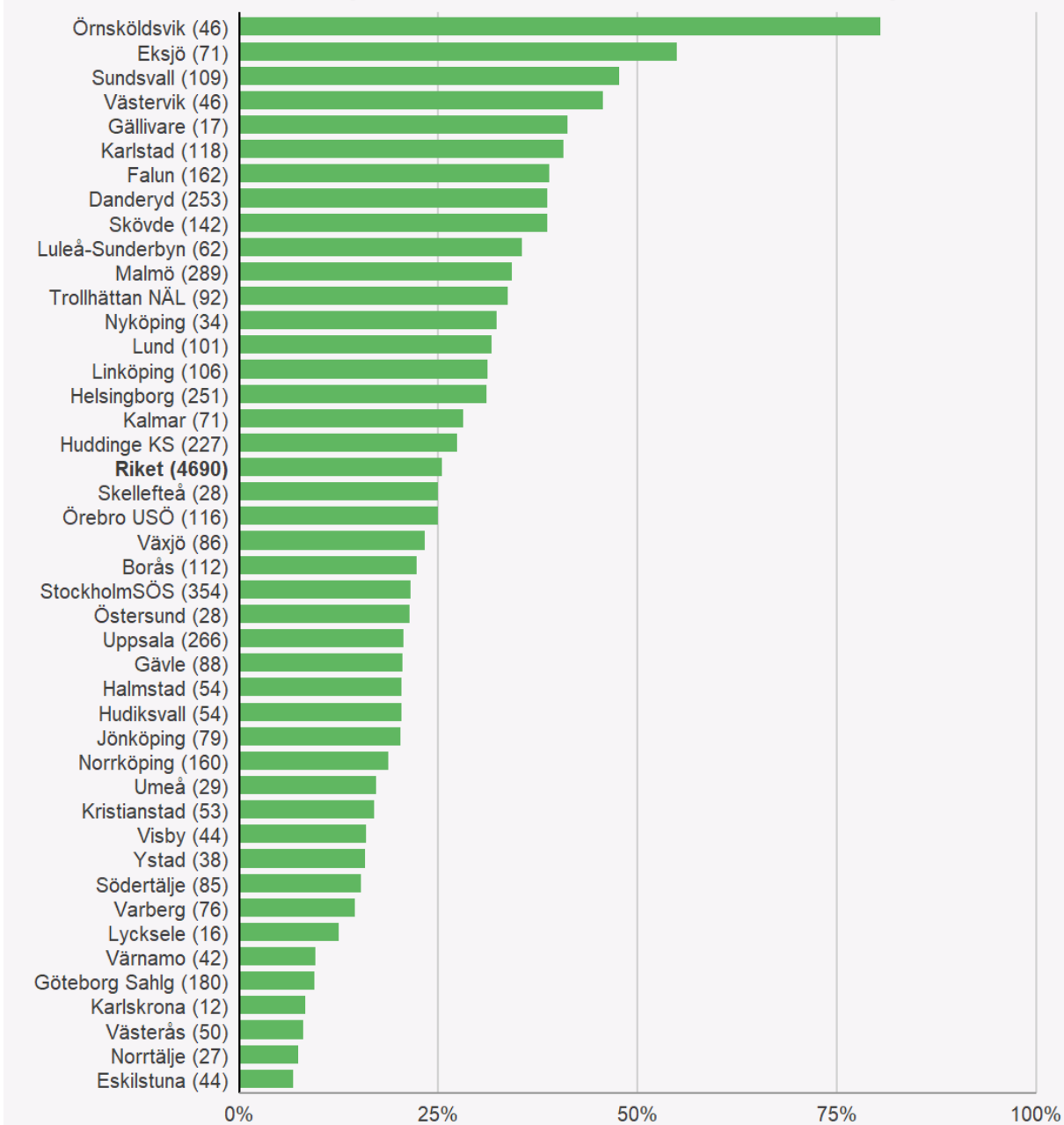


Figur 8. Patientrapporterad förbättring ett år efter operation, beroende på elektiv eller akut operation.

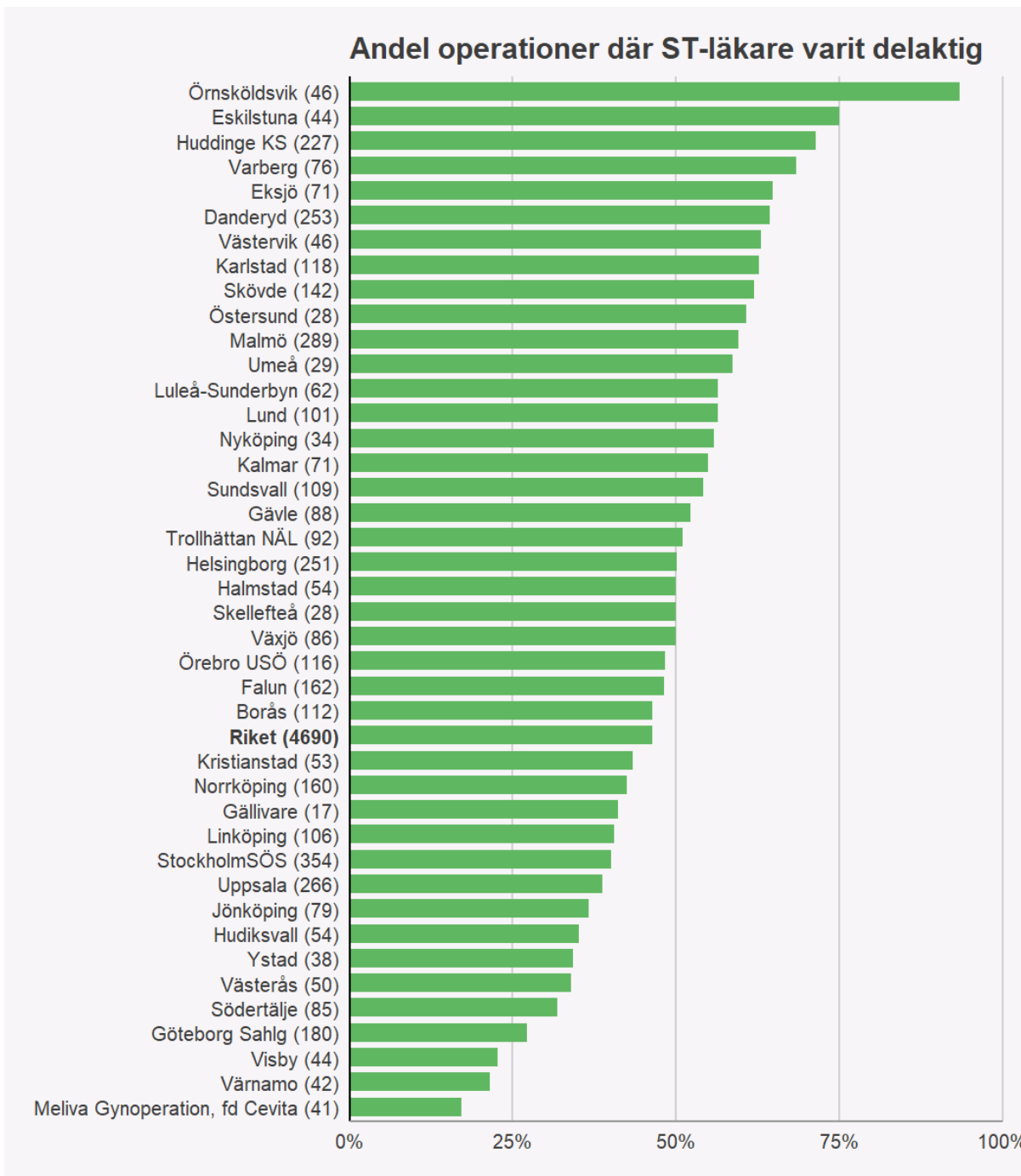
Operationer utförda av eller tillsammans med ST-läkare

Det är fortfarande mycket stora skillnader över landet när det gäller i vilken grad ST-läkare utför eller deltar vid adnexkirurgi. En del av den adnexkirurgi som utförs är lämpliga operationer för ST-läkare att genomföra och på klinisk nivå torde det vara av intresse att få sina ST-läkare självgående avseende enklare adnexkirurgi som steriliseringar och salpingektomi/tubotomier vid extrauterin graviditet. Sedan vet vi alla att en del adnexkirurgi är utmanande även för den mest erfarne operatören, men oaktat detta så är adnexkirurgi en bra värdemätare på i vilken grad ST-läkare får sin kirurgiska skolning. Passar på att påminna om att alla operationer utförda inom ramen för NHV Endometriosis är exkluderade ur det som utgör adnexpopulationen.

Andel operationer där ST-läkare varit huvudoperatör



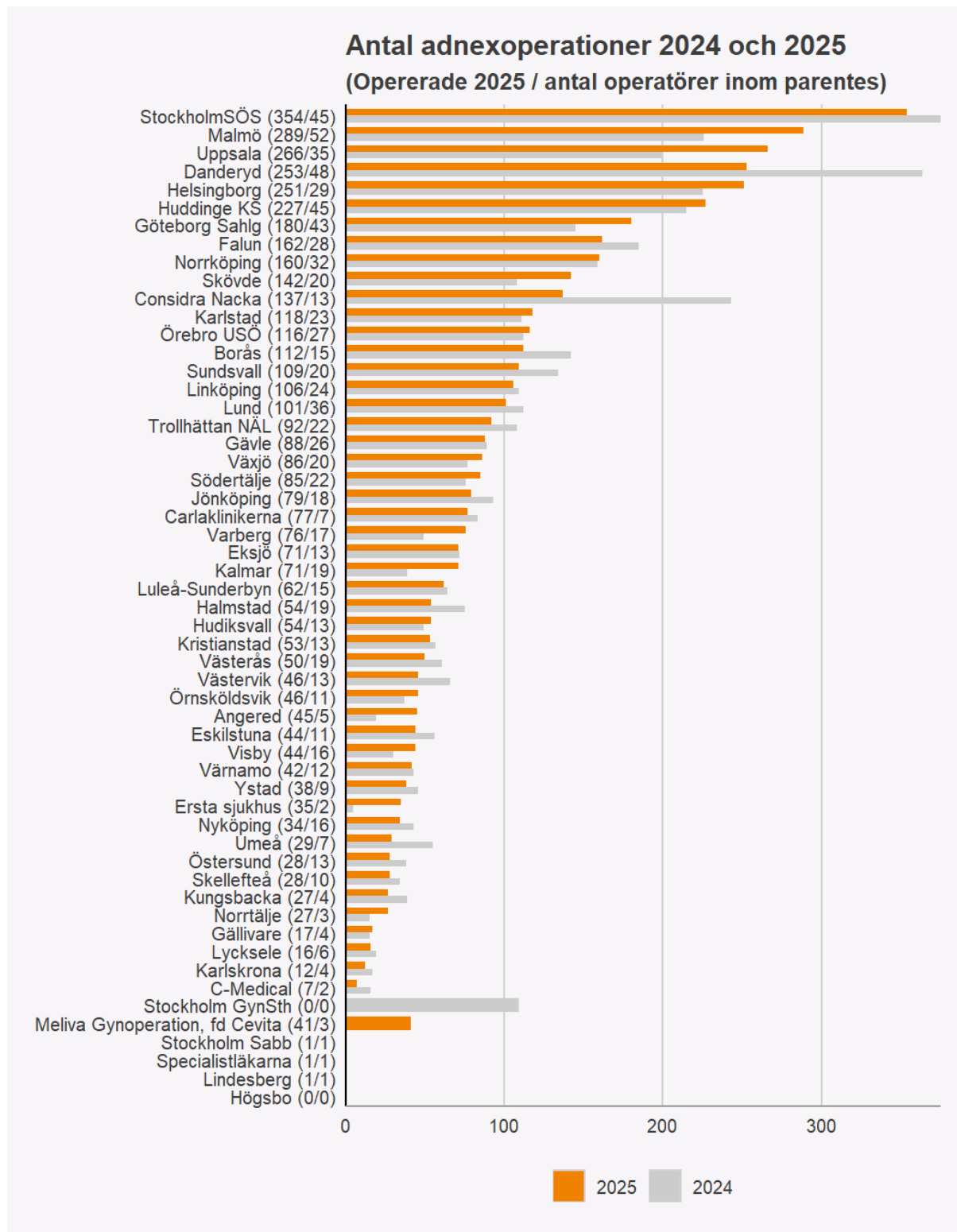
Figur 9. Andel adnexoperationer där ST-läkare är angiven som huvudoperatör.



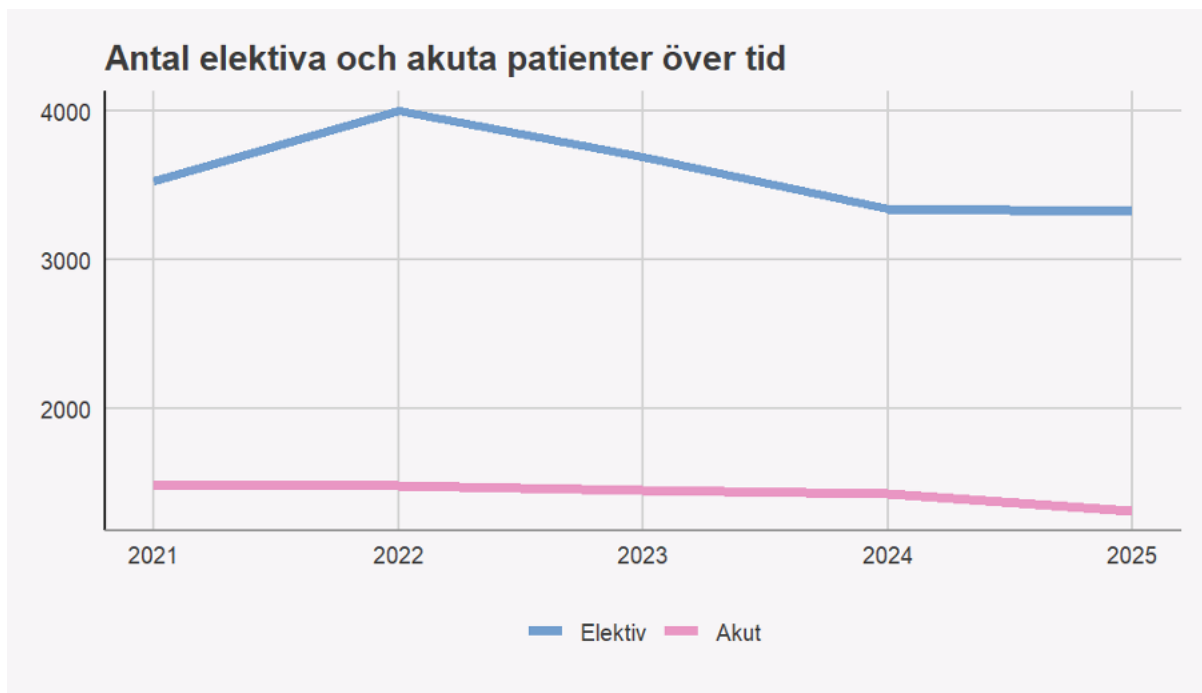
Figur 10. Andel adnexoperationer där ST-läkare varit delaktig (delaktig är antingen medverkat som huvudoperatör eller som assistent) på kliniknivå.

Antal utförda adnexoperationer 2025

Antalet registrerade operationer 2025 uppgår till 4503. Det är färre än de senaste åren. Det är dock inga stora skillnader på klinikknivå, de kliniker som rapporterat många operationer tidigare fortsätter att göra det. I trendfiguren (figur 12) ser vi att det främst är ett tapp på antalet registrerade akuta patienter mellan åren 2024 och 2025.



Figur 11. Antal adnexoperationer utförda år 2025 med jämförelse år 2024 på klinikknivå. Inom parentes anges antal operationer samt hur många operatörer som utfört dem



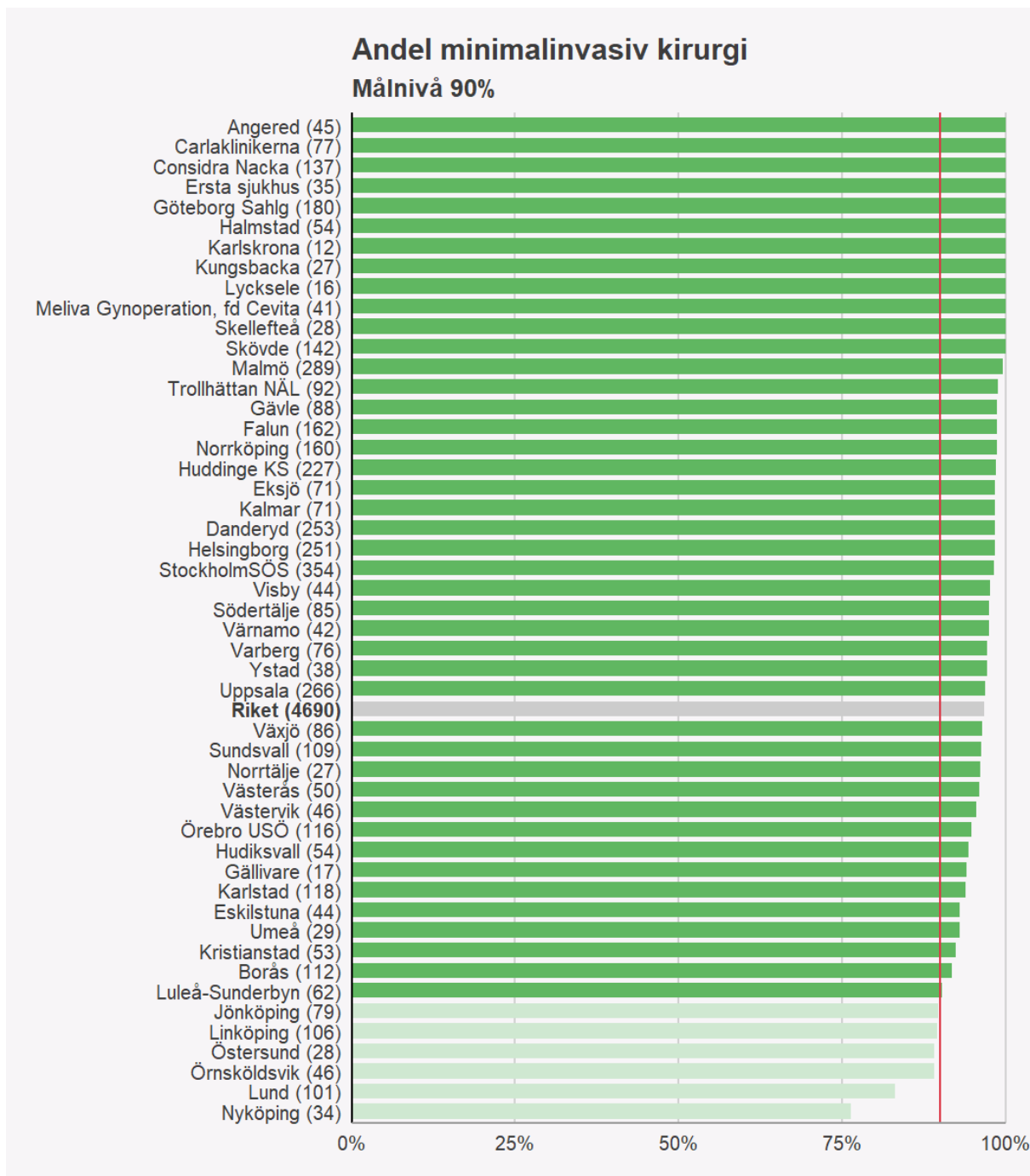
Figur 12. Antal registrerade operationer över tid, uppdelade på elektiv/akut kirurgi.

Målvärden

Andel minimalinvasiv kirurgi

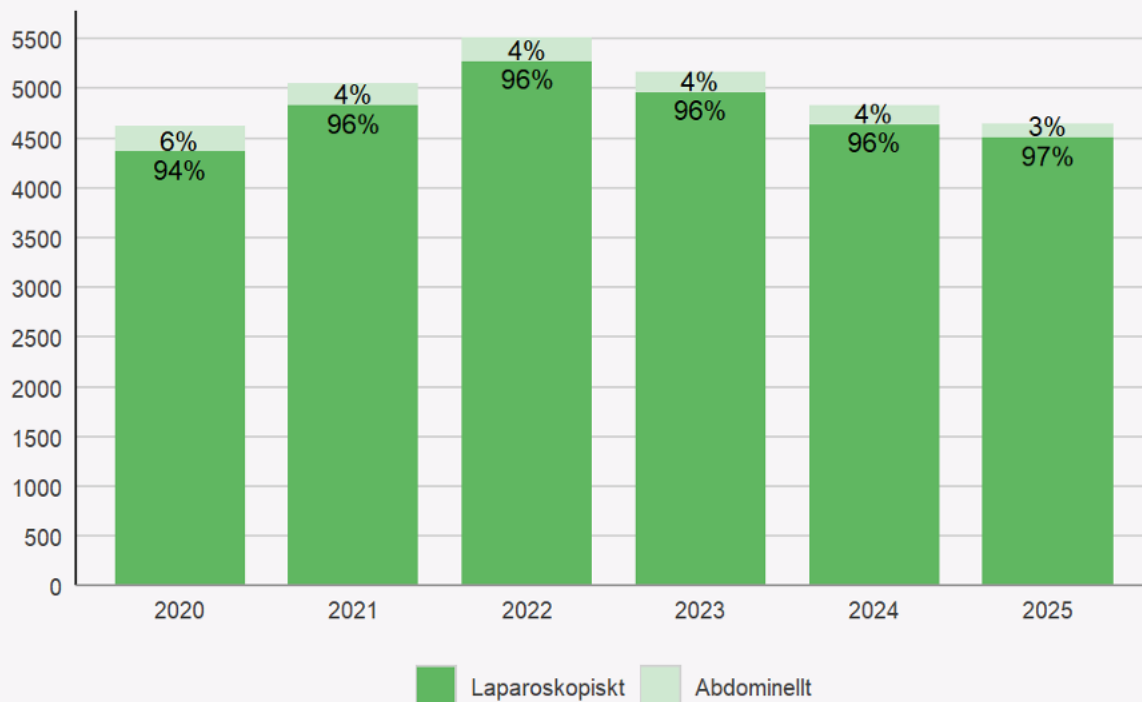
Andel minimalinvasiv kirurgi vid adnexoperationer är extremt högt. Under flera år har den legat på 96% och det är med viss förvåning men också glädje vi ser att det inte var ett tak. Av operationer utförda under år 2025 så har faktiskt 97% gjorts minimalinvasivt. Bra jobbat!

För det flesta klinikerna i landet är det med andra ord inga som helst problem att uppnå målnivån som är satt till ödmjuka 90%. Men flesta är inte lika med alla. Några kliniker ligger fortfarande under målnivån. Glädjande är att se Kalmar som låg precis under 90%-strecket ifjol faktiskt gjorde 99% minimalinvasivt år 2025 och Värnamo gick från 77% år 2024 till 98% år 2025. Starkt jobbat!



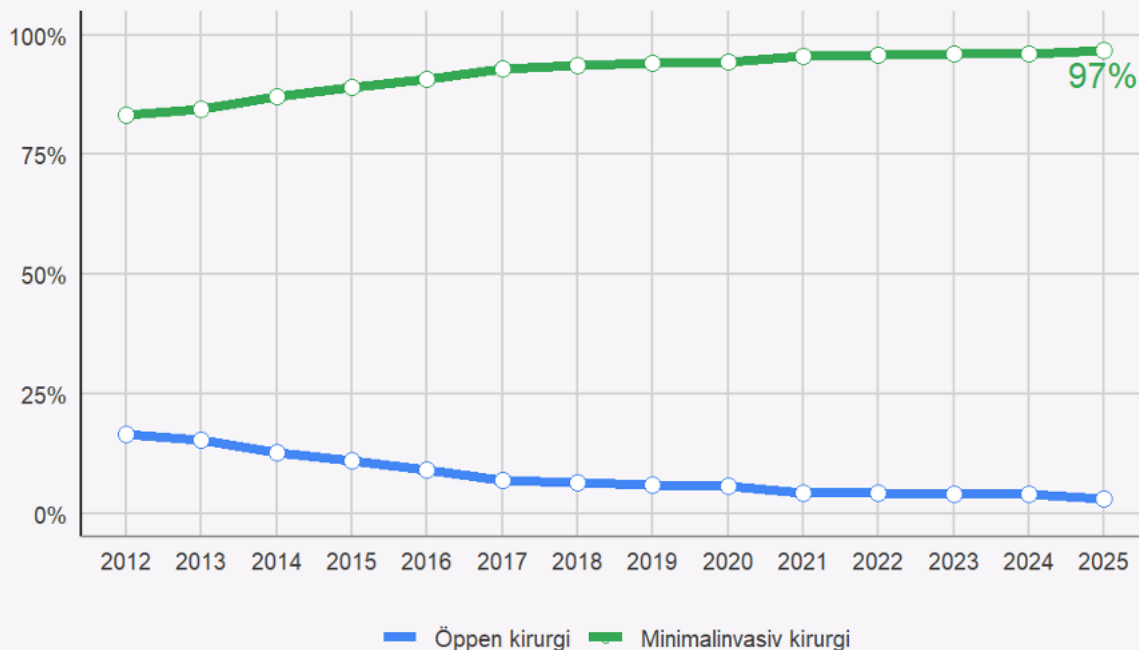
Figur 13. Andel minimalinvasiv kirurgi.

Fördelning mellan öppen och laparoskopisk operation i absoluta tal



Figur 14. Fördelning mellan öppen och laparoskopisk operation i absoluta tal under de senaste sex åren.

Fördelning av minimalinvasiv och öppen kirurgi över tid



Figur 15. Fördelning av minimalinvasiv och öppen kirurgi över tid.

Inte sökt vård pga oväntade besvär inom 8 v efter operationen

Ungefär en tredjedel av de kliniker som utför adnexkirurgi uppfyller målnivån avseende att patienterna inte ska behöva söka sjukvård på grund av oväntade besvär efter operationen (målnivå 85%). Variationen är ganska snäv och de kliniker som har lägst andel uppnår ändå 75%. Riksvärdet ligger väldigt nära målnivån.

I trendfiguren (figur 18) framkommer det att över tid så är det en tydlig tendens att en större andel patienter söker sjukvård efter sin operation. Vad beror det på? Att söka sjukvård på grund av oväntade besvär innebär inte nödvändigtvis att det föreligger en postoperativ komplikation, men det är ju helt klart så att det är i den gruppen de flesta komplikationerna förekommer. Därför är det rimligt att fördelningen av läkarbedömda komplikationer borde likna fördelningen av andel patienter som uppger att de sökt sjukvård på grund av ett oförväntat förlopp. Sammantaget så har 8% av alla operationer bedömts av sjukvården ha ett komplicerat efterförlopp (lindriga komplikationer i absolut majoritet). Detta att jämföra med att 16% av patienterna uppger att de kontaktat sjukvården på grund av vad de uppfattar som ett oväntat förlopp (dvs för patienten potentiellt komplicerat). För att det ska bli någon slags valida uppgifter så är det av yttersta vikt att patientenkäterna blir bedömda. Om en klinik har en stor andel obedömda enkäter så är inte deras läkarbedömda komplikationssiffror jämförbara med de kliniker som har en låg andel obedömda enkäter. Då blir de patientrapporterade uppgifterna det mest tillförlitliga. Det enda helt rimliga är att alla inskickade patientenkäter ska bedömas av sjukvården, men önskas ett målvärde så tycker undertecknad att 95% ska eftersträvas.

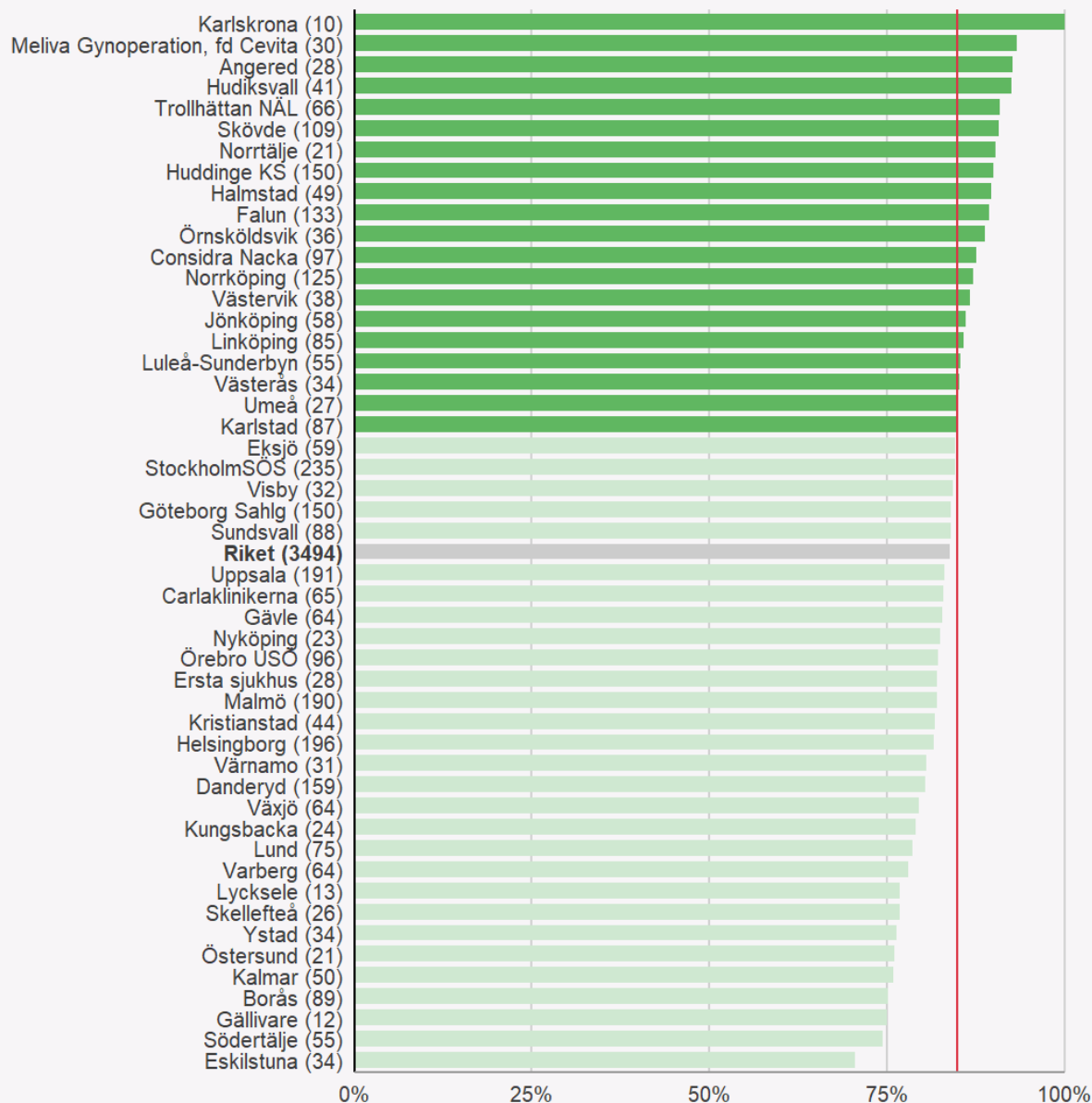
Det är mycket möjligt att bedömning vad som är komplikation eller inte bedöms olika vid olika kliniker. Den vetenskap som finns på området visar att det är en god överensstämmelse i bedömningen av allvarliga komplikationer medan den är sämre när det gäller lindriga komplikationer. Skillnaden mellan en lindrig komplikation och ett normalt postoperativt förlopp är ibland fin. Andelen läkarbedömda allvarliga komplikationer är bara 0,4% i Adnexregistret.

Ett annat sätt att beskriva komplikationer är enligt Clavien-Dindo-systemet. Grad 1 innebär att det postoperativa förloppet anses som avvikande från ett normalt förlopp, men har inte krävt någon påtaglig åtgärd. Grad 2 innebär att extra läkemedel (tänk antibiotika) har getts som inte behövs vid ett normalt förlopp. Grad 3a innebär att en kirurgisk åtgärd i lokal bedövning har krävts för att åtgärda komplikationen och 3b samma sak fast under narkos. Grad 4 innebär ett uttalat svårt postoperativt förlopp där i princip IVA-vård krävts till följd av komplikationer.

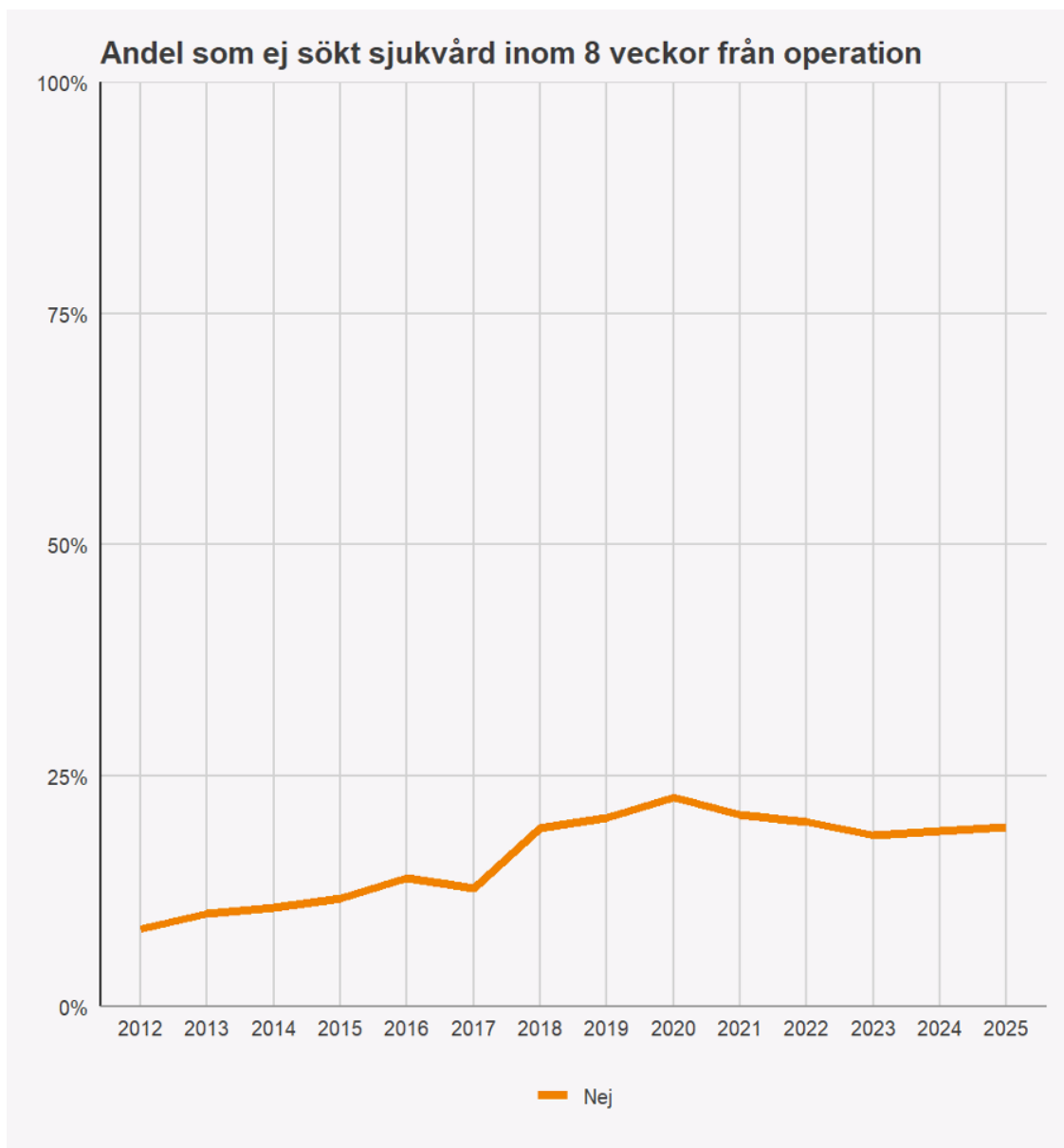
Under år 2025 utgjorde Clavien-Dindo grad 1 57%, grad 2 33,5%, grad 3a 4% och grad 3b 2,2% av alla de läkarbedömda komplikationerna. Det fanns en Clavien-Dindo grad 4a rapporterad. När Adnexregistret har flyttat över till den ny plattformen hoppas vi att användarna ska uppleva det mycket enklare att ange Clavien-Dindo vid komplikationer då systemet hjälper till med det.

Inte sökt vård pga oväntade besvär inom 8 veckor

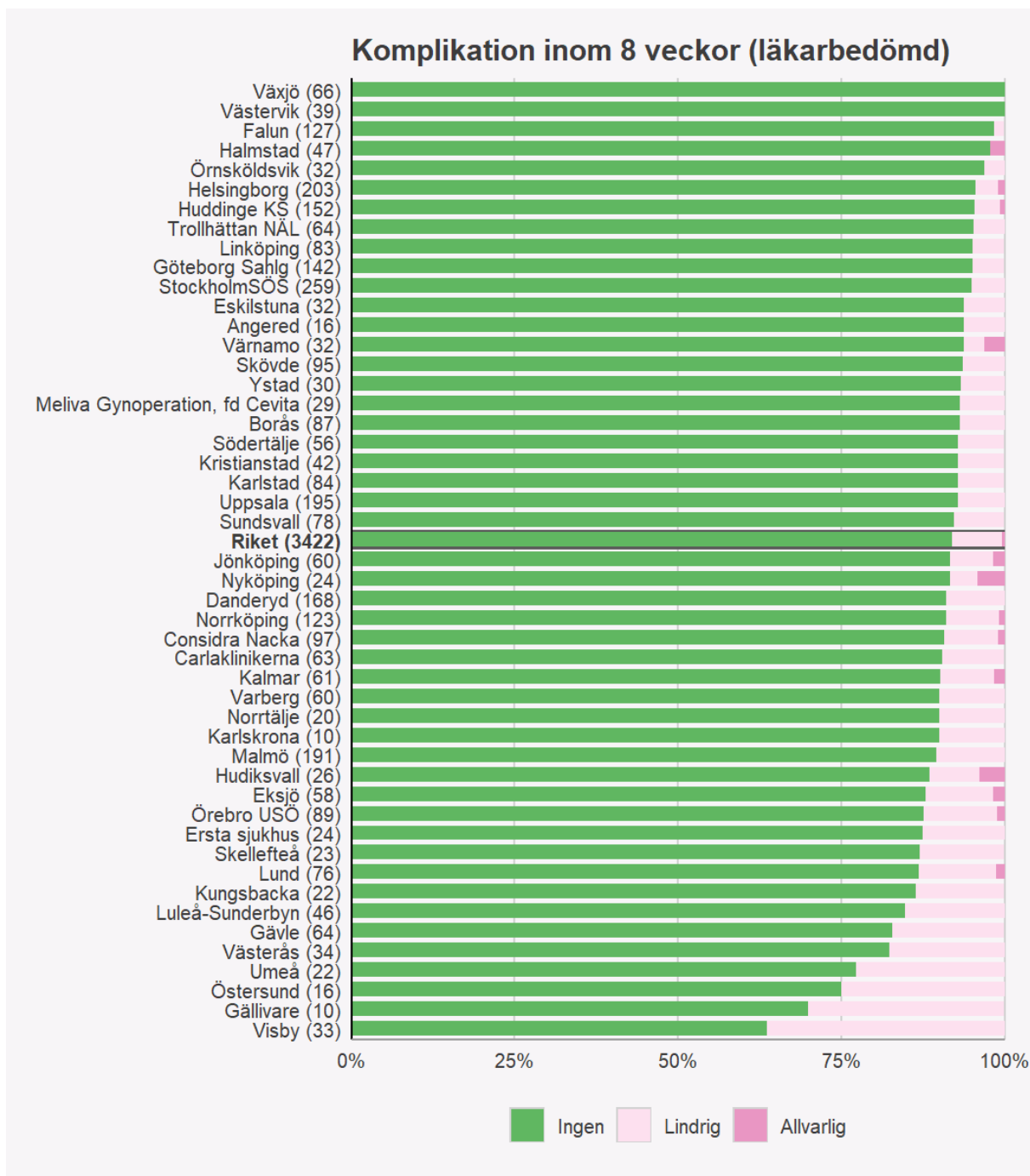
Målnivå 85%



Figur 17. Inte sökt vård pga. oväntade besvär inom 8 veckor efter operationen



Figur 18. Andel som ej sökt sjukvård inom 8 veckor från operation



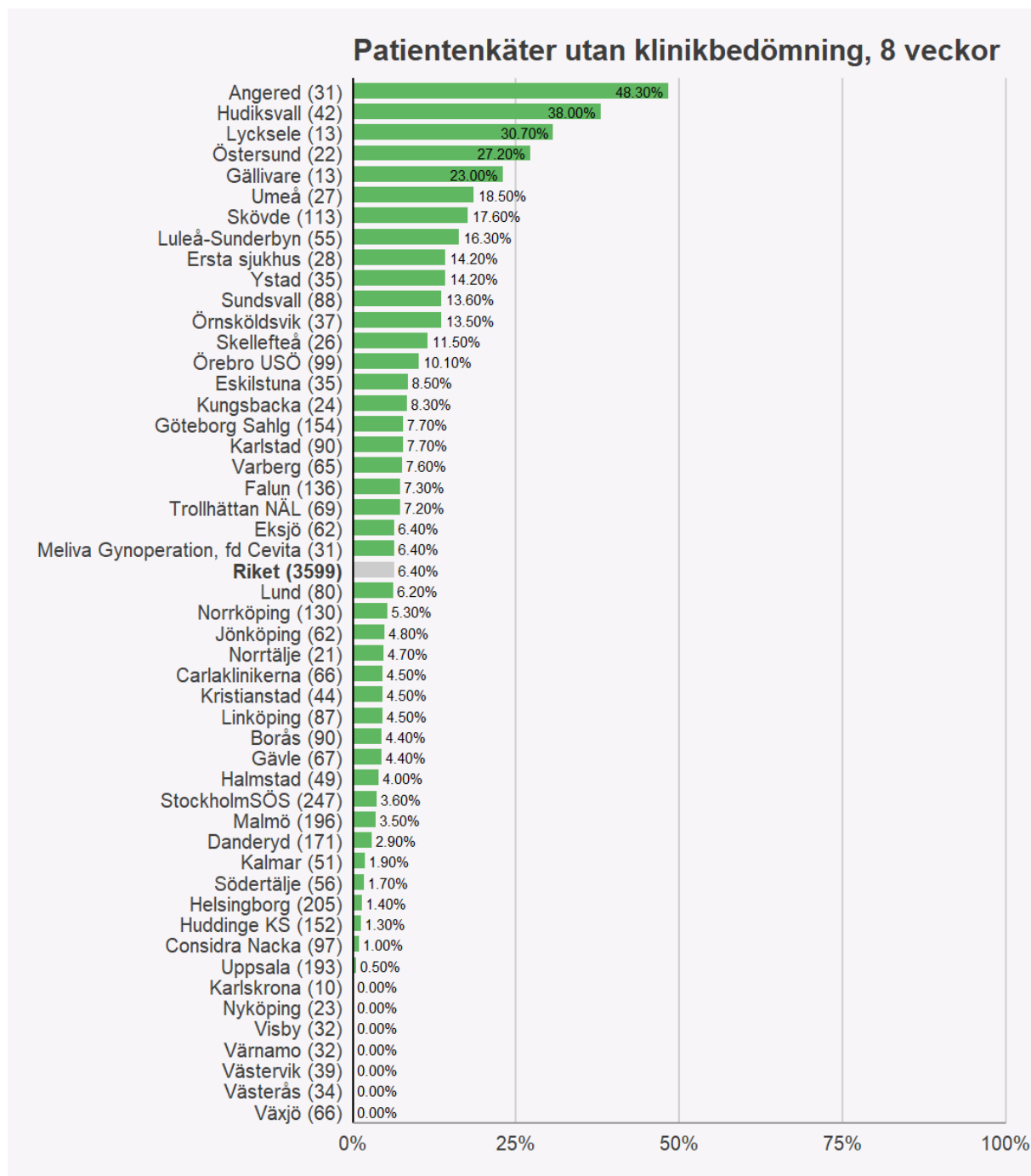
Figur 19. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd).

Tabell 2. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd).

Grad av komplikation	Antal	Andel
Ingen	3150	92,1%
Lindrig	258	7,5%
Allvarlig	14	0,4%

Tabell 3. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor. Andel i pop. innebär andel med Clavien-Dindo inklusive de utan bedömd komplikation.

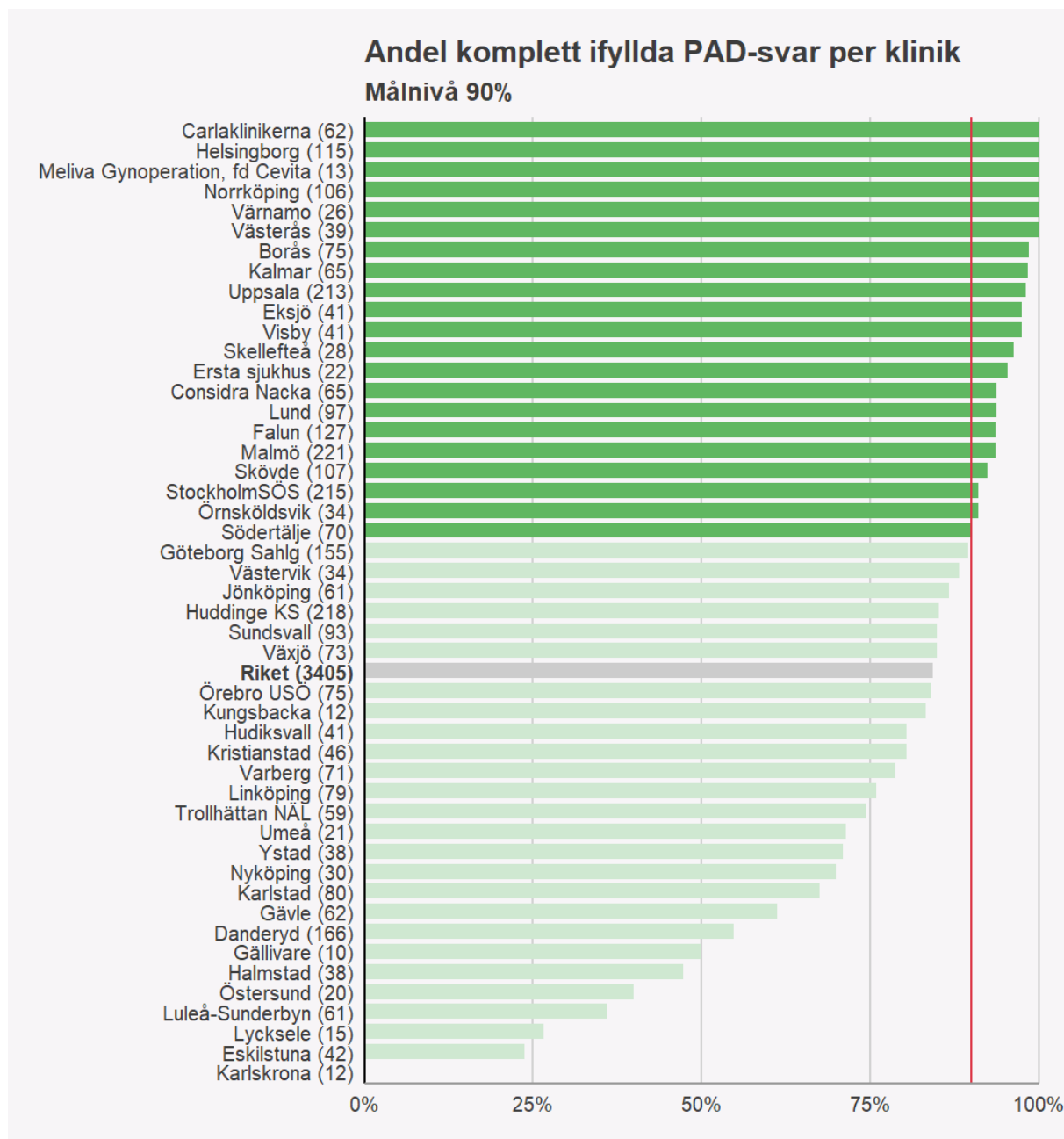
Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop.
Grad 1	155	272	57,0%	4,3%
Grad 2	91	272	33,5%	2,5%
Grad 3a	11	272	4,0%	0,3%
Grad 3b	6	272	2,2%	0,2%
Grad 4a	1	272	0,4%	0,0%
Uppgift saknas	8	272	2,9%	92,7%



Figur 20. Patientenkäter utan klinikbedömning, 8 veckor.

Andel komplett ifyllda PAD-svar per klinik

När användaren markerar i operationsdelen av GynOp att vävnad tagits och skickats för PAD så förväntar sig systemet att det ska inkomma ett resultat så småningom. Det gör vi användare halvdant. Målnivån 90% komplett ifyllda PAD-formulär uppnås av cirka 1/3 av klinikerna.

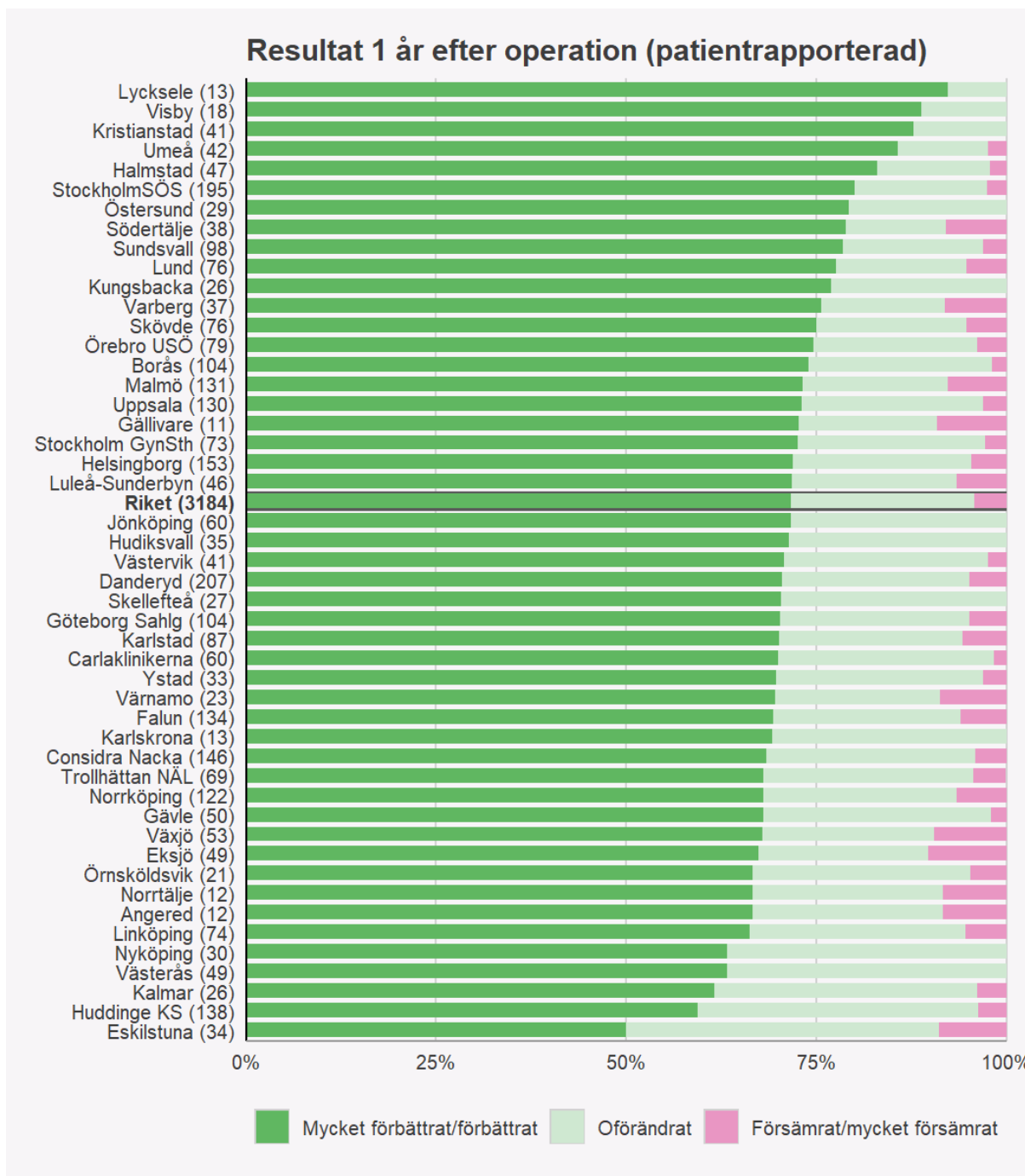


Figur 21. Andel komplett ifyllda PAD-svar per klinik. Målnivå 90%.

På riksnivå saknas det ungefär 20% vilket är mycket. Det gör att resultatet av hur stor andel av adnexoperationerna som faktiskt har ett benign utfall blir osäkert. Det finns en hygglig överensstämmelse mellan figuren som visar andelen obedömda 8-veckorsenkäter och figuren med andel inkompleta PAD-bedömningar. Uppmaningen till de kliniker som ligger mindre bra till är förstås: se över rutiner och visa bättre resultat nästa år.

Patientvärderat resultat

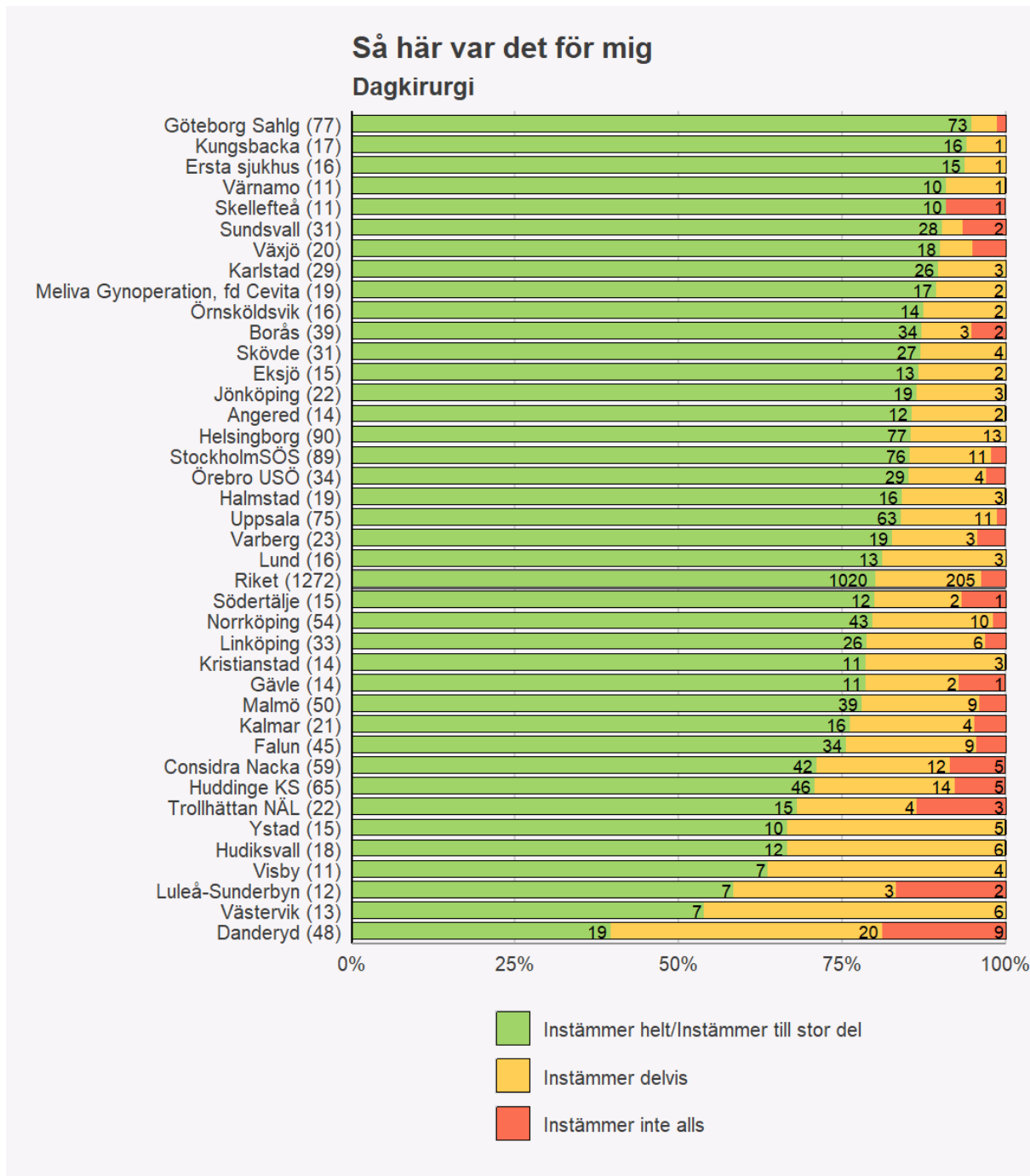
Den Hippokratiska eden uppmanar oss att åtminstone inte göra skada och det uppnår vi ändå, även om det på klassiskt manér är en ganska hög andel patienter som inte tycker att operationen de genomgått nödvändigtvis förbättrat dem. Förklaringen som jag tänker mig ligger bakom det är att långt ifrån alla patienter som genomgått en adnexoperation har haft tydliga preoperativa besvär.



Figur 22. Resultat 1 år efter operation (patientrapporterad)

PREM: Patient-reported experience measures

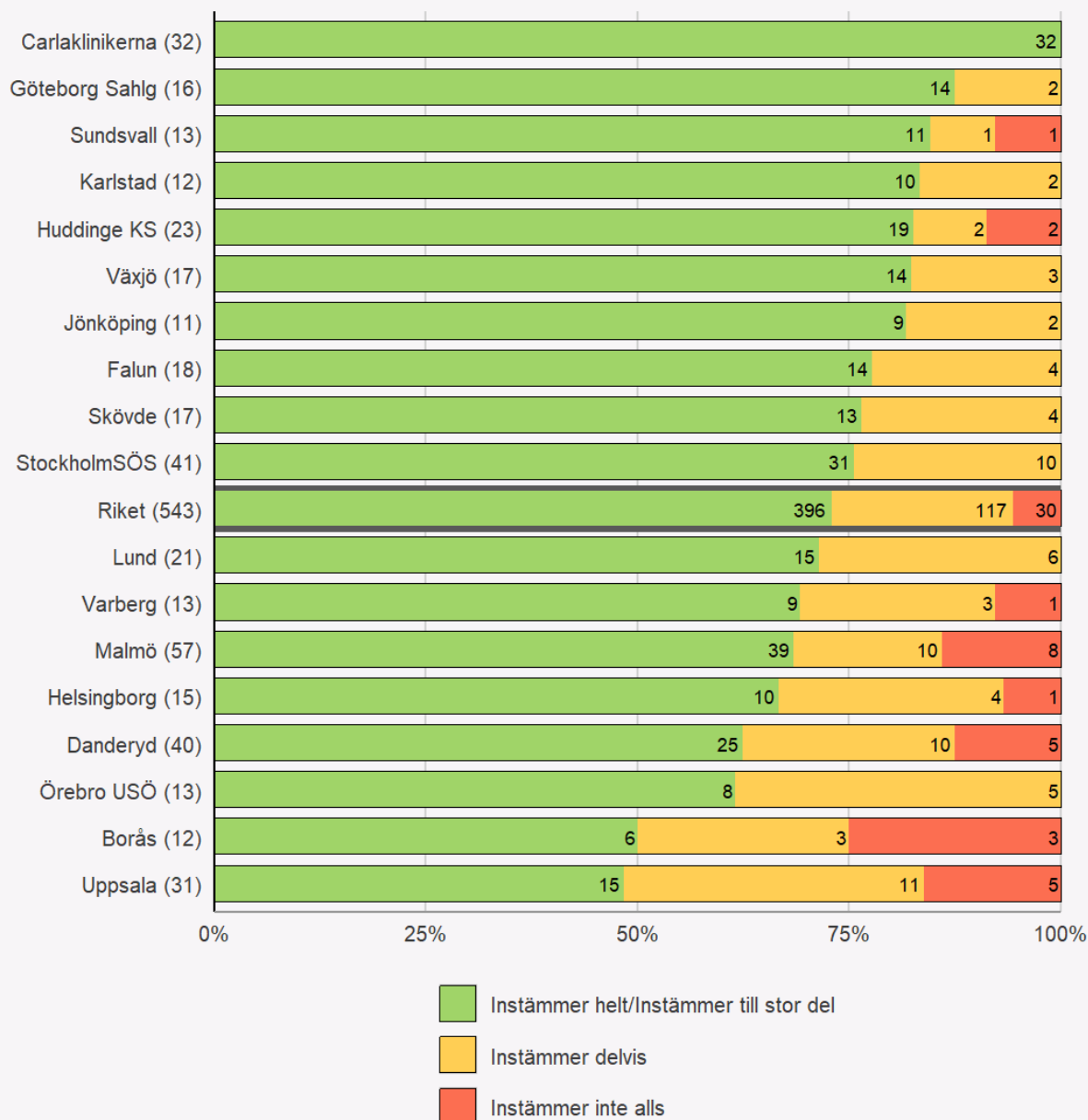
GynOp-registret har allt sedan starten haft en stor andel PROM (Patient reported outcome measures), vilket kan sägas utgöra fundamentet i registret. Under en period gjordes en studie där PREM-data provades. Det rapporterades 2022 (https://www.gynop.se/wp-content/uploads/2022/07/KUPPrapport_riket_op2019till2021_220706.pdf). Av dessa variabler har vi nu inkorporerat en av dem som på ett bra sätt belyser informationskvaliteten från sjukvård till patienten.



Figur 23. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten - Så här var det för mig. Operation dagkirurgi.

Så här var det för mig

Inneliggande



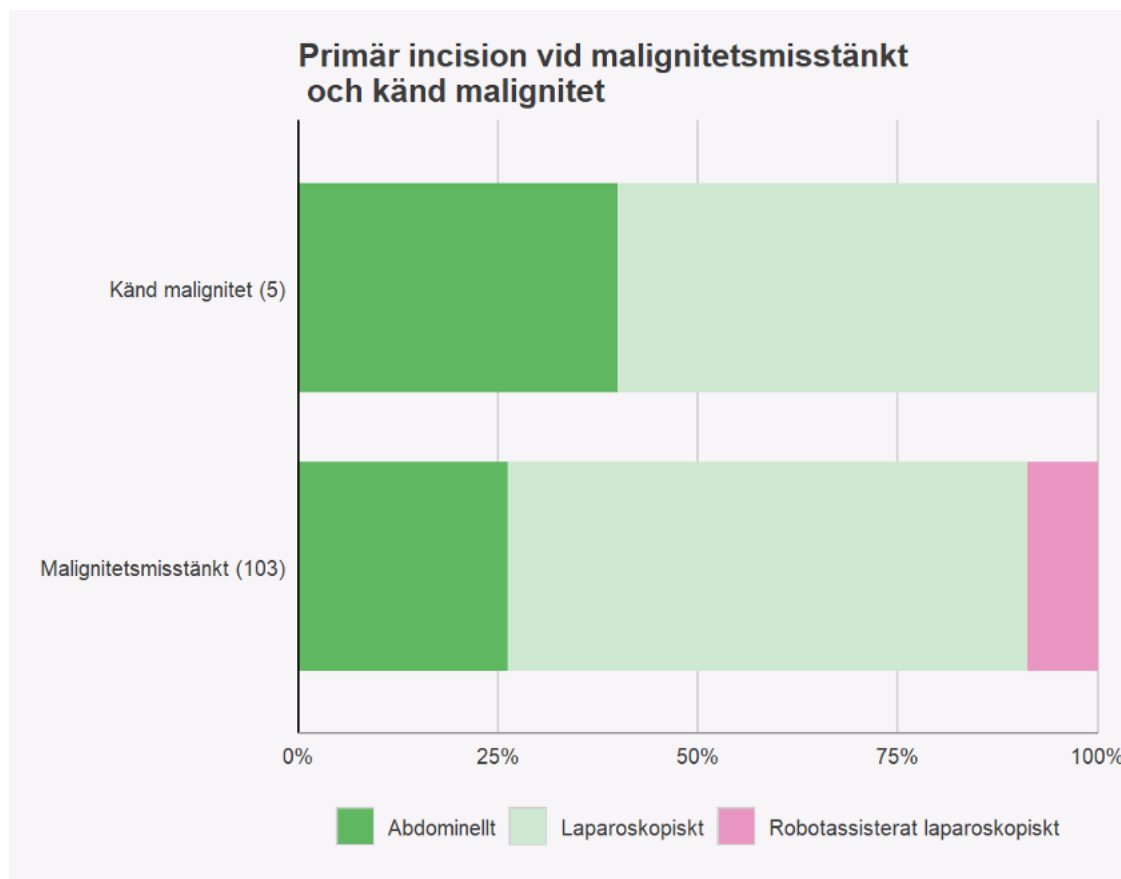
Figur 24. Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten - Så här var det för mig. Inneliggande.

Förutom att värdera hur bra de blev informerade så efterfrågas också hur viktigt det är för patienterna att få bra information. Hos både dagkirurgiska och inneliggande patienter så ansåg 93% att det var av allra största (63%) eller stor betydelse (30%). En skulle kunna tänka att inneliggande patienter skulle uppleva att de är bättre informerade helt enkelt för att det finns längre tid att "utsättas" för information, men det ser vi inte alls. På riksnivå är det snarare så att de dagkirurgiska upplever sig snäppet bättre informerade än de inneliggande.

Adnexoperationer som inte ingår i Adnexregistret

Årets rapport baseras på 4 690 registrerade operationer. Det finns dock väsentligt fler patienter som genomgått adnexoperationer under år 2025, men av olika skäl sällas de bort från det som blir adnexpopulationen. För att platsa där så ska en del saker vara uppfyllda: förväntat godartade tillstånd, ingen samtidig hysterektomi (eller prolaps- eller inkontinensoperation), inte ingå i NHV Endometriosis. När statistikern tar fram adnexpopulationen är det nästan dubbelt så många patienter som genomgått en adnexoperation som i slutändan hamnar i adnexpopulationen. Selektionen börjar med att ta bort registrerade ingrepp där det inte markerats att ingreppet är förväntat benign (nästan 1200 patienter), i nästa steg exkluderas de operationer där det förutom adnexkirurgi också utförts hysterektomi, prolaps- eller inkontinenskirurgi (2600 patienter). Slutligen filtreras patienter som har beteckningen NHV Endometriosis bort (181). På så vis skapas adnexpopulationen.

Det här visar att många kliniker använder GynOp även för att registrera ingrepp som inte bedöms som förväntat benigna. Största andelen av dessa är markerade som malignitetsmisstänkta och endast en mycket liten del anges som maligna (dvs att man vet att det är ett malignt tillstånd). Det är tänkbart att kliniker utanför våra tumörcentra opererar en del malignitetsmisstänkta tillstånd (till exempel EIN) och då använder GynOp för att följa dessa patienter (vid EIN, eller den gamla beteckningen hyperplasi med atypi utförs oftast hysterektomi med samtidigt salpingo-ooforektomi). Tittar vi på den lilla grupp som bara genomgått adnexoperation och där det preoperativt har bedömts att det är ett malignitetsmisstänkt (borderline) eller känt malignt tillstånd så är det inte många. Dessutom visar sig PAD vara benign i en stor andel av dessa (drygt 70% har ett benign PAD). En mycket större andel av dessa operationer görs öppet jämfört med den normala adnexpopulationen.



Figur 25. Primär incision på rena adnexoperationer vid misstänkt eller känt malignitet.

Sammanfattning

Det här blir den sista årsrapporten som enbart baseras på data från det gamla GynOp-systemet. Övergången till den nya INCA-plattformen sker under våren 2026. Nästa årsrapport kommer bestå av data både från gamla och nya GynOp, men exakt hur det blir vet ingen ännu! I samband med övergången så har vi försökt hitta nya och bättre lösningar på hur och vad vi registrerar i registret. Vissa variabler försvinner, andra tillkommer. Det är ett jättejobb att göra ett sådant här plattformsbyte, både i arbetstid och i ekonomiska resurser. GynOps kansli, dvs Birgitta Renström, har haft en helt central roll i detta arbete tillsammans med utvecklare på Registercentrum Norr och utvecklare på INCA-plattformen. Vår förhoppning är att det ska fungera väl, många diskussioner och testning har föregått bytet, men vi kommer behöva er hjälp att fortsätta hitta förbättringspunkter. Tveka inte att höra av er till kansliet om ni upptäcker saker i den nya plattformen som inte fungerar på ett bra och logiskt sätt.

Bortsett från ny plattform så är det inte mycket nytt under adnexhimlen. Det vore väldigt tillfredsställande att uppnå en bättre täckningsgrad för Adnexregistret och det tror jag inte är omöjligt om de kliniker som ligger sämre till i täckningsgrad gör en översyn. GynOp Direkt är en finfin möjlighet för alla kliniker att stämma av hur en ligger till under året. Om det finns variabler ni skulle vilja kunna följa där så hör av er med önskemål.

Att det var möjligt att ytterligare öka andelen minimalinvasiv kirurgi vid adnexoperationer trodde nog inte undertecknad, men fel var det: 97%!

Tack för att just du läst rapporten, hoppas det fanns något av intresse.

Vänligen, Mathias Pålsson