

# Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Årsrapport från GynOp-registret  
avseende operationer utförda år 2025

Författare:

Ida Bergman

Registeransvarig för delregistret för rekonstruktiv  
bäckenbottenkirurgi

MD, PhD, Södersjukhuset, Stockholm

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

# Innehållsförteckning

Inledning .....	2
Summering av datakvalitet .....	2
Utförda operationer.....	3
Dagkirurgiska ingrepp.....	6
Operationsmetoder och volym per kirurg samt ingrepp utförda av ST-läkare .....	9
Demografi .....	12
Resultat – alla prolapsoperationer .....	15
Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt .....	15
Komplikationer .....	17
Patientinformation .....	17
Globuskänsla ett år postoperativt .....	18
Nöjdhet och upplevd förbättring ett år postoperativt.....	20
Resultat uppdelat per operationstyp .....	22
Framre plastik.....	22
Bakre plastik och perinealkroppsplastik .....	27
Apikal defekt.....	29
Vaginal nätkirurgi .....	31
Sekundär analsfinkterrekonstruktion.....	32
Avslutande kommentarer.....	33
Ordlista .....	34
Referenser .....	36

# Inledning

Denna årsrapport sammanfattar utvecklingen inom rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi i Sverige. Rapporten omfattar prolapsoperationer, perinealkropps- och sekundära analsfinkterrekonstruktioner. Under år 2025 genomfördes totalt 253 kombinerade prolaps- och inkontinensoperationer.

Som alltid är det viktigt att ha i åtanke att produktionsdata, såsom antal operationer och registrerade komplikationer inom åtta veckor avser patienter opererade under det senaste kalenderåret (2025). Däremot speglar ettårsresultaten utfallet för patienter som genomgick operation under år 2024.

Efter pandemins påverkan har Sverige successivt arbetat ikapp vårdskulden. Under år 2022 genomfördes 6876 rekonstruktiva bäckenbottenoperationer, en ökning från referensåret 2019 då siffran låg på cirka 6000. Under år 2025 har vi sett en ytterligare acceleration med ett rekordhögt antal ingrepp – hela 8901 operationer. Det ingrepp som nu dominerar och blir allt vanligare är bakre plastik med perineorafik.

Valet av operationsmetod vid apikal prolaps har varit föremål för diskussion. Under 2023 publicerade UR-ARG SFOG:s rekommendationer i ämnet, där cervixamputation rekommenderas som förstahandsmetod för patienter som inte önskar bevara sin fertilitet. Trenddiagrammet på sida 31 visar att Sverige i hög grad har följt denna rekommendation, då cervixamputation nu står för 70 % av alla apikala prolapsoperationer.

Vid tolkning av data är det viktigt att beakta att vissa patienter med framfall även kan ha samtidig uteruspatologi, vilket gör att hysterektomi- och prolapsoperation genomförs vid samma tillfälle. I dessa fall har hysterektomi inte utförts enbart på prolapsindikation. För närvarande saknas möjlighet att selektera dessa patienter i registret, men en omfattande uppdatering av operationsmodulen för rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi har genomförts under oktober 2025 då registret bytte plattform till INCA. I nästa års årsrapport kommer därför denna uppdelning kunna presenteras.

Vi vill också påminna om **GynOp Direkt**, den interaktiva statistiksidan som finns tillgänglig på vår hemsida. Här uppdateras data varje månad, vilket gör det möjligt för kliniker att i princip i realtid följa sin produktion och kvalitetsindikatorer.

Vi hoppas att denna rapport ger en intressant och givande läsning och att den inspirerar till fortsatt förbättringsarbete – allt för att ge våra patienter den bästa möjliga vården.

## Summering av datakvalitet

GynOp har lanserat en interaktiv rapport, GynOp Direkt, som är tillgänglig på hemsidan: <https://statistik.incanet.se/gynop/>. Denna rapport ger en översikt över täckningsgraden för varje delregister, där antalet registrerade operationer i GynOp jämförs med motsvarande siffror i Patientregistret hos Socialstyrelsen.

På kliniknivå redovisas andelen ifyllda läkarformulär, antalet utskickade enkäter samt svarsfrekvenser. Övergripande bedömning visar att delregistret "Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi" har en hög datakompletthet och saknade uppgifter är inget större problem.

Riksgenomsnitt för några viktiga datakvalitetsaspekter:

Täckningsgrad: 94 %

Svarsfrekvens för preoperativ enkät: 97 %

Svarsfrekvens för 8-veckorsenkät: 93 %

Svarsfrekvens för 1-årsenkät: 84 %

Andel ifyllda läkarformulär (anamnes/status, operation, utskrivning): 93 %

Vi uppmanar alla kliniker att noggrant granska sina resultat i den interaktiva datakvalitetsrapporten på GynOp:s hemsida. Även om den övergripande datakvaliteten är mycket god, finns det utrymme för förbättringar på vissa kliniker. Genom kontinuerlig uppföljning kan vi tillsammans säkerställa en ännu högre datakvalitet och bästa möjliga vård för våra patienter.

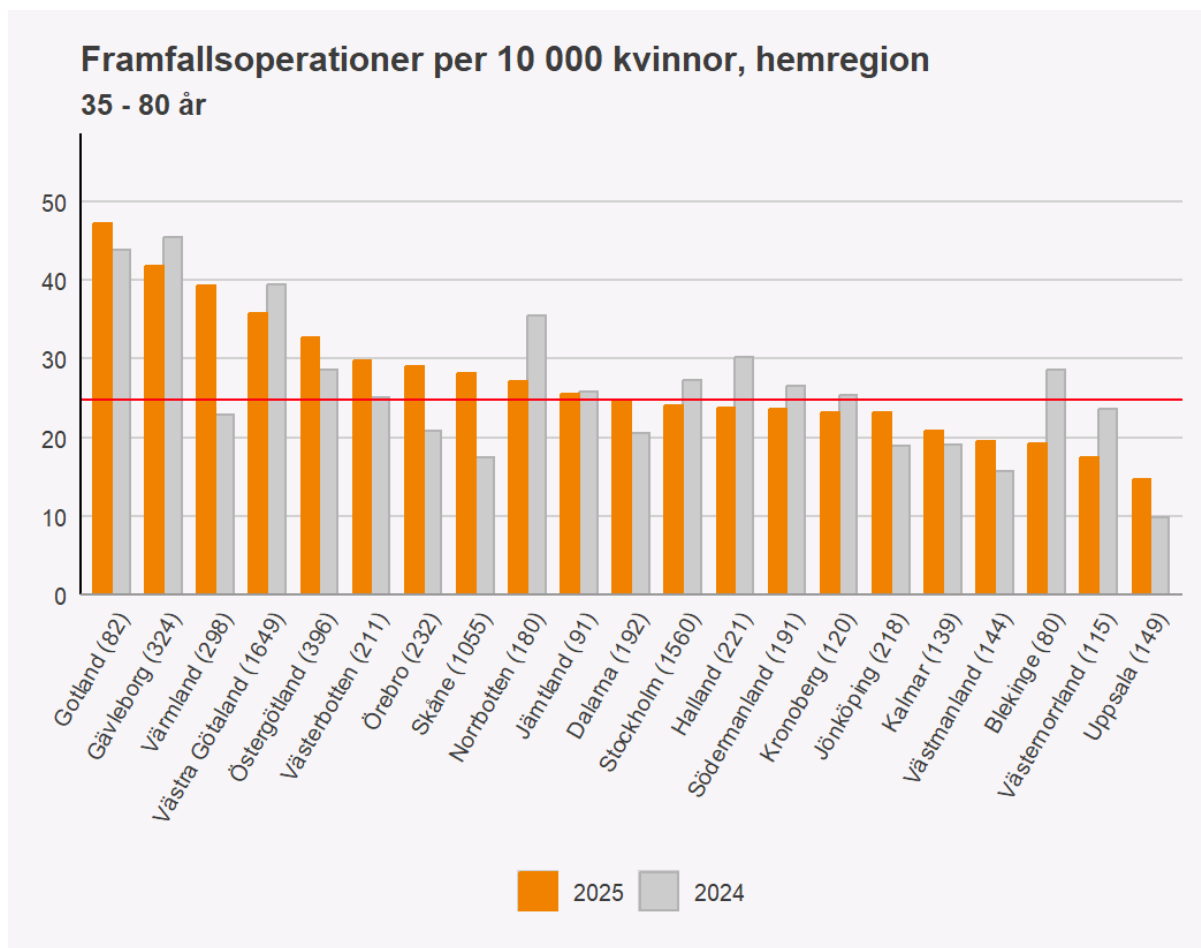
## Utförda operationer

I tabellen nedan redovisas totala antalet rekonstruktiva bäckenbottenoperationer under senaste åren.

Tabell 1. Antal registrerade bäckenbottenoperationer år 2018-2025.

År	Antal
2018	6014
2019	6187
2020	4431
2021	5326
2022	6902
2023	8295
2024	8643
2025	8901

I figuren nedan ser vi antal framfallsopererade/10 000 kvinnor regionvis. Det kan konstateras att vården i Sverige är långt ifrån jämlik.

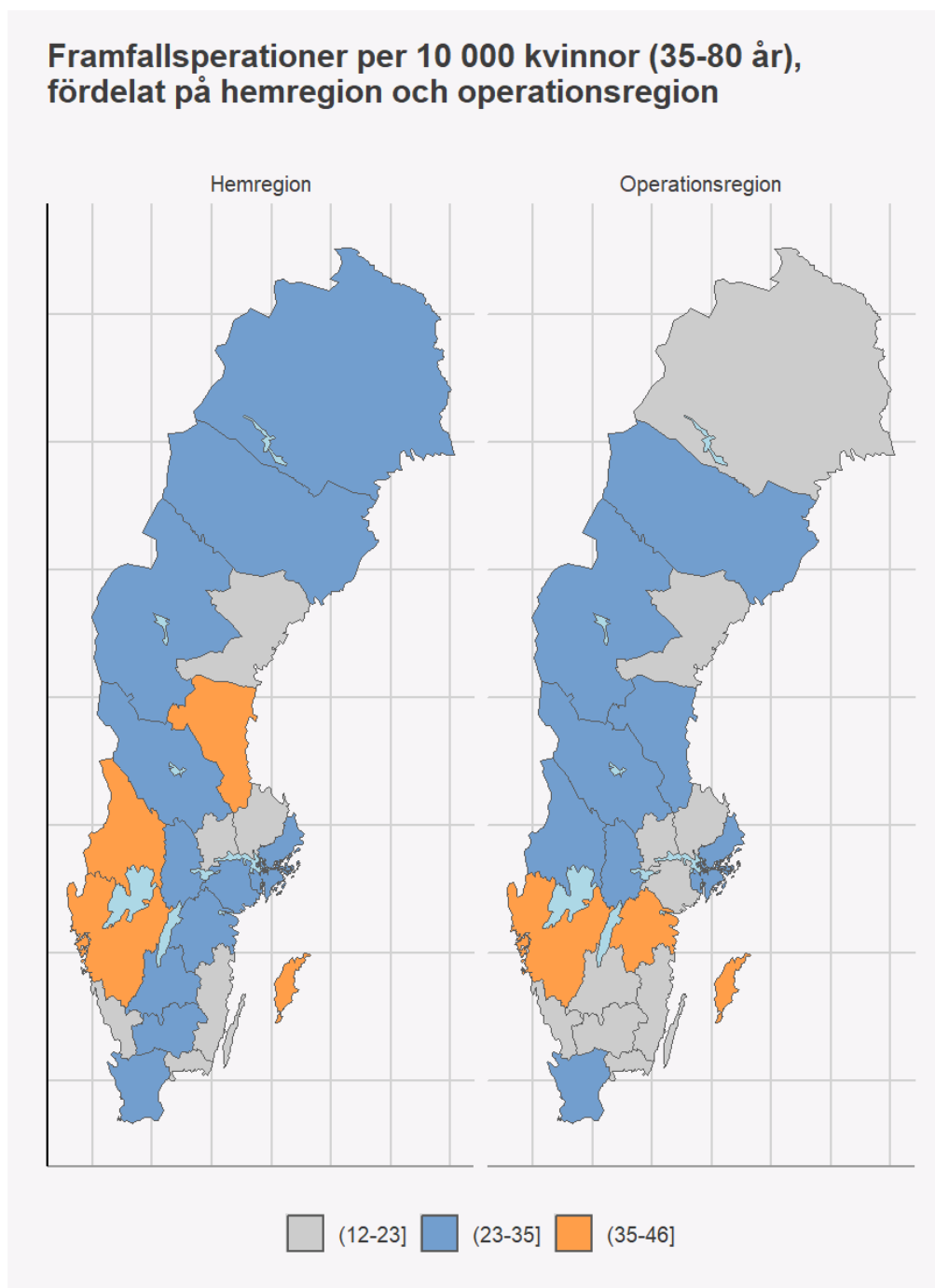


Figur 1. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (ålder 35–80 år) där de är skrivna, hämtat från Gynop-registret och SCB år 2025.

I **figur 2** visas en karta över Sverige som illustrerar patienternas förflyttning mellan regionerna vid framfallsoperationer.

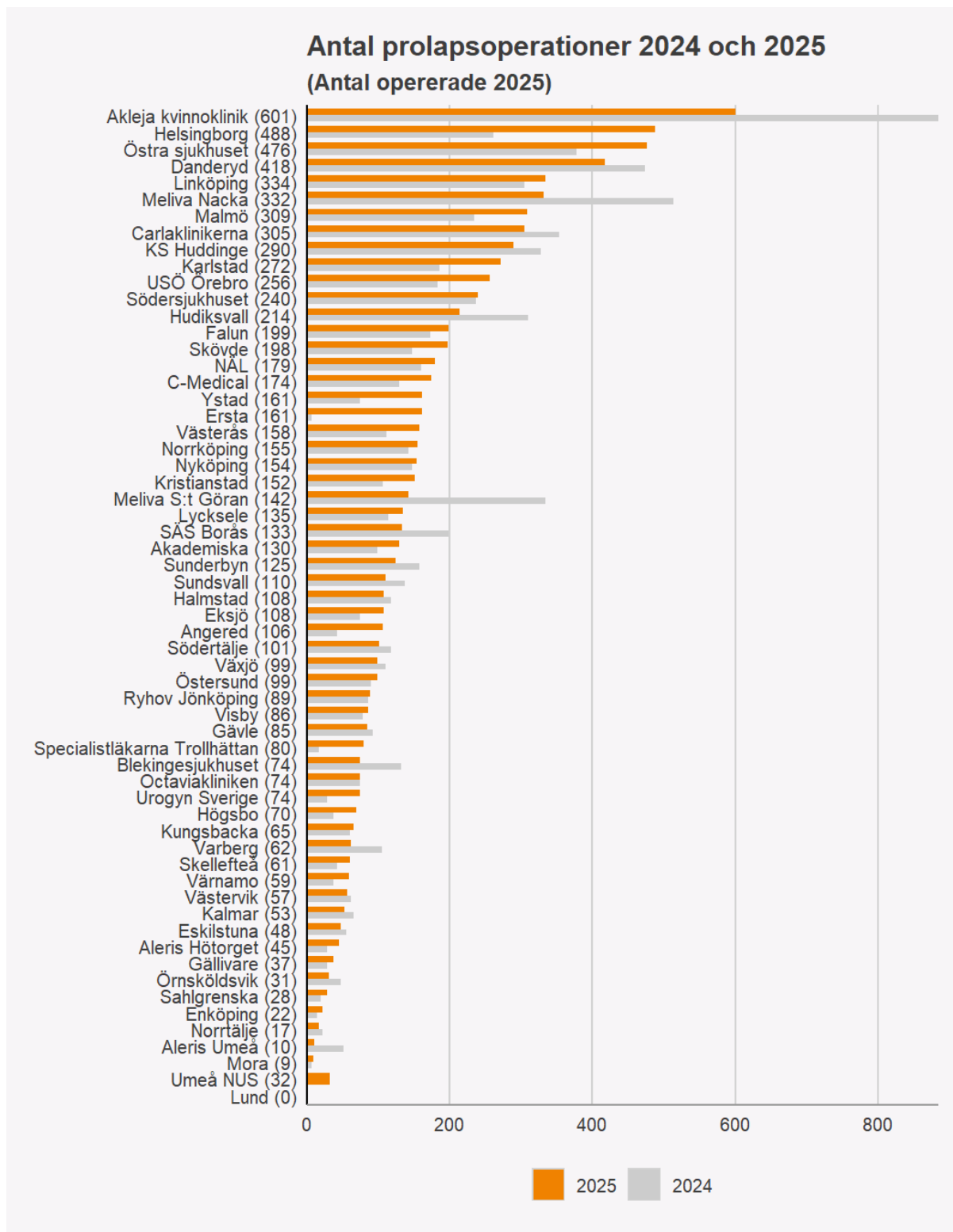
- **Den vänstra kartan** visar var de framfallsopererade kvinnorna är folkbokförda.
- **Den högra kartan** visar var de faktiskt genomgår sin operation.

Regioner som ändrar färg från **blått till grått** eller från **orange till blått** skickar iväg en betydande andel av sina patienter till andra regioner för operation.



*Figur 2. Antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor (35–80 år) där patienterna är skrivna (till vänster) jämfört med där patienterna är opererade (till höger). Medelpunkten i legenden är antal framfallsoperationer/10 000 kvinnor för hela riket.*

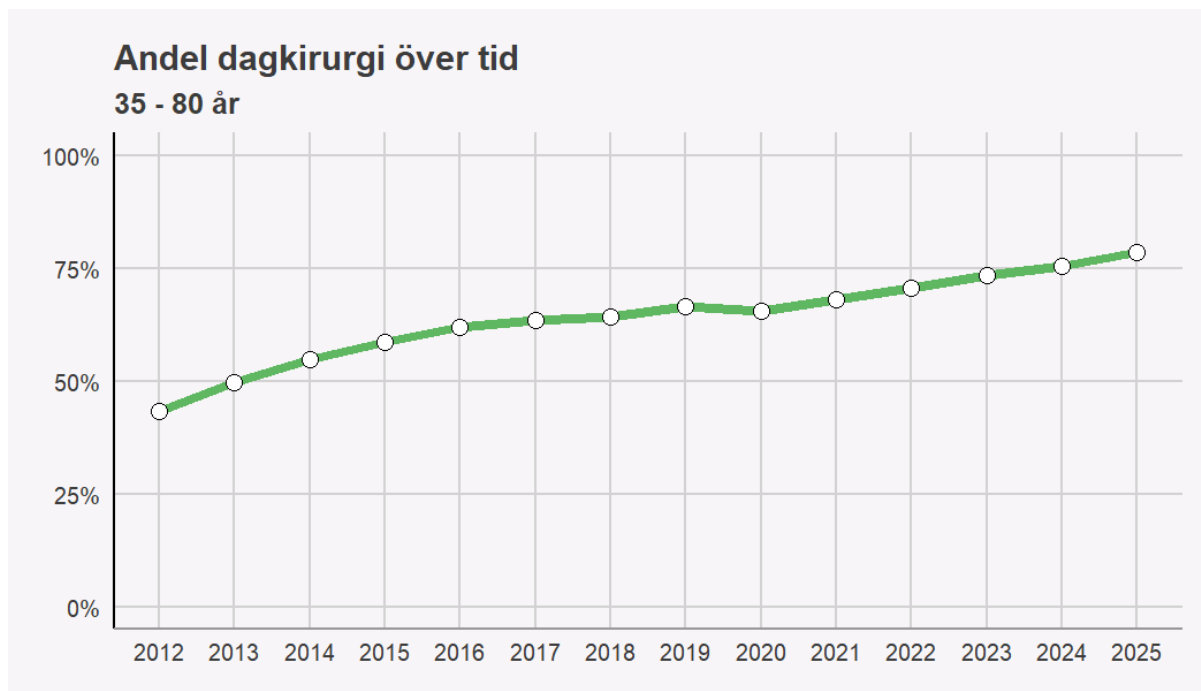
Figur 3 nedan illustrerar totala antalet utförda ingrepp per klinik och förändringen i volym jämfört med år 2024. Vi kan konstatera att vi har fått en ny ”högvolymsklinik” i Sverige som heter Akleja kvinnoklinik.



Figur 3. Antal prolapsoperationer år 2024 och 2025.

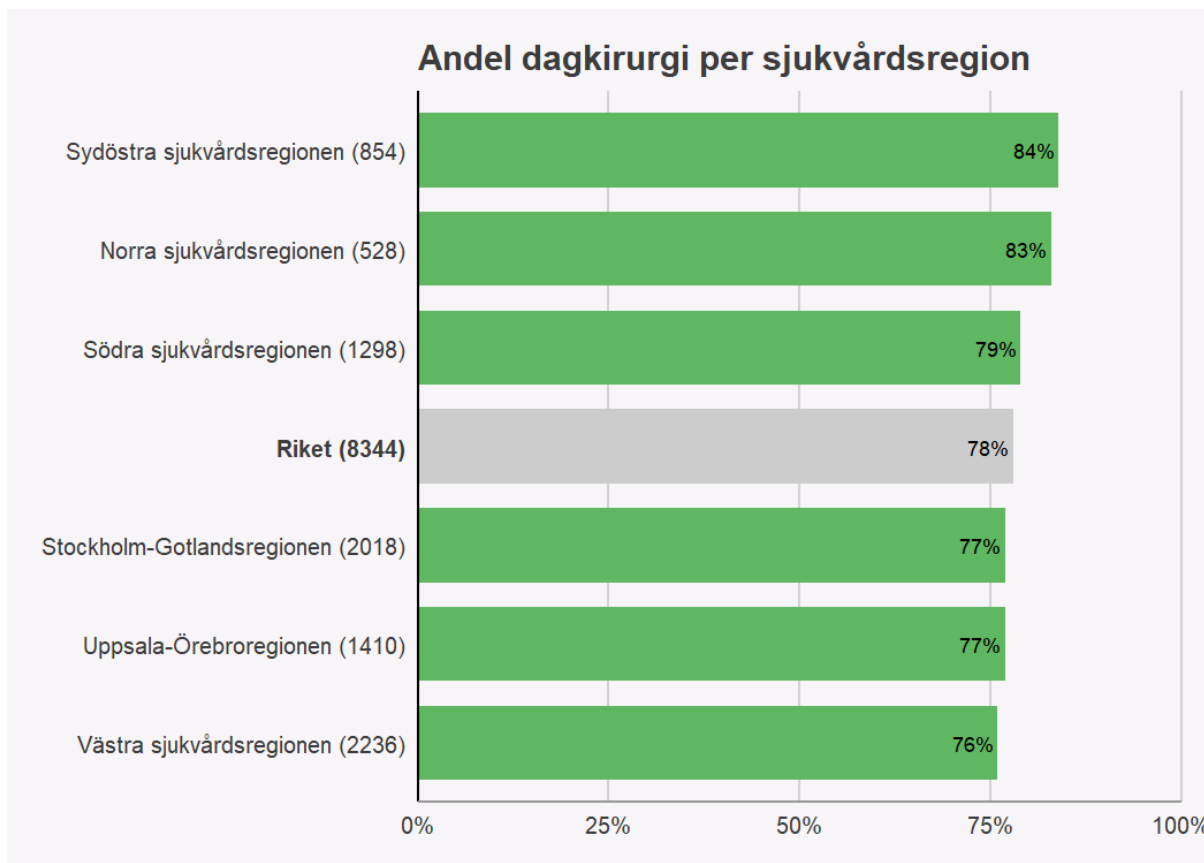
## Dagkirurgiska ingrepp

Andelen bäckenbottenoperationer som utförs inom dagkirurgi fortsätter att öka. Trenden visar en stadig ökning och under 2025 genomfördes hela **76 %** av alla ingrepp som dagkirurgiska operationer.



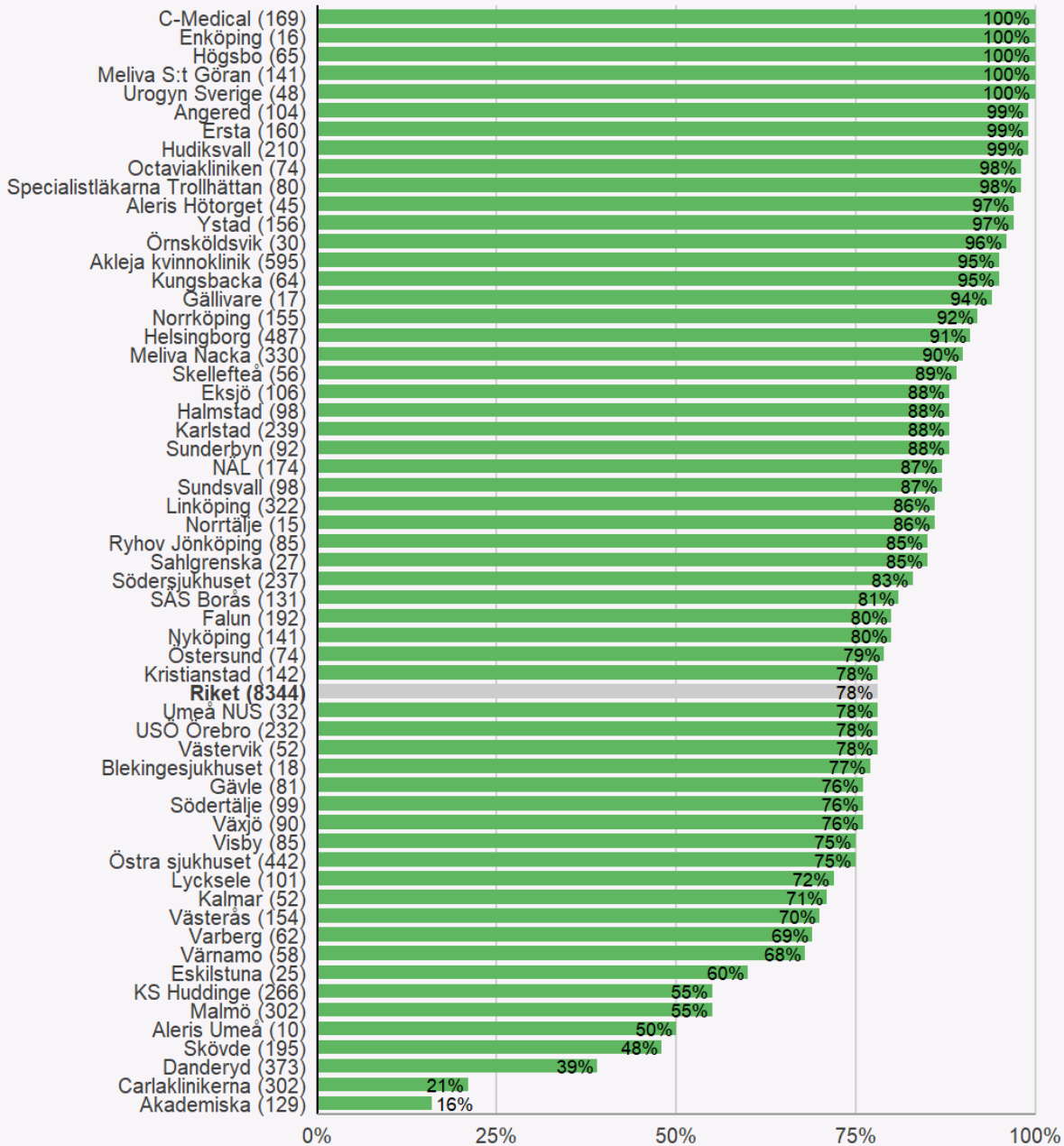
Figur 4. Andel dagkirurgi år 2010 - 2025. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

Andelen dagkirurgiska ingrepp är relativt jämnt fördelad mellan de olika sjukvårdsregionerna. Jämfört med föregående år har **Västra sjukvårdsregionen** stått för den största ökningen, från **51 % år 2022 till 66 % år 2023** och nu hela **76 % år 2025**.



Figur 5. Andel dagkirurgi i de olika sjukvårdsregionerna. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

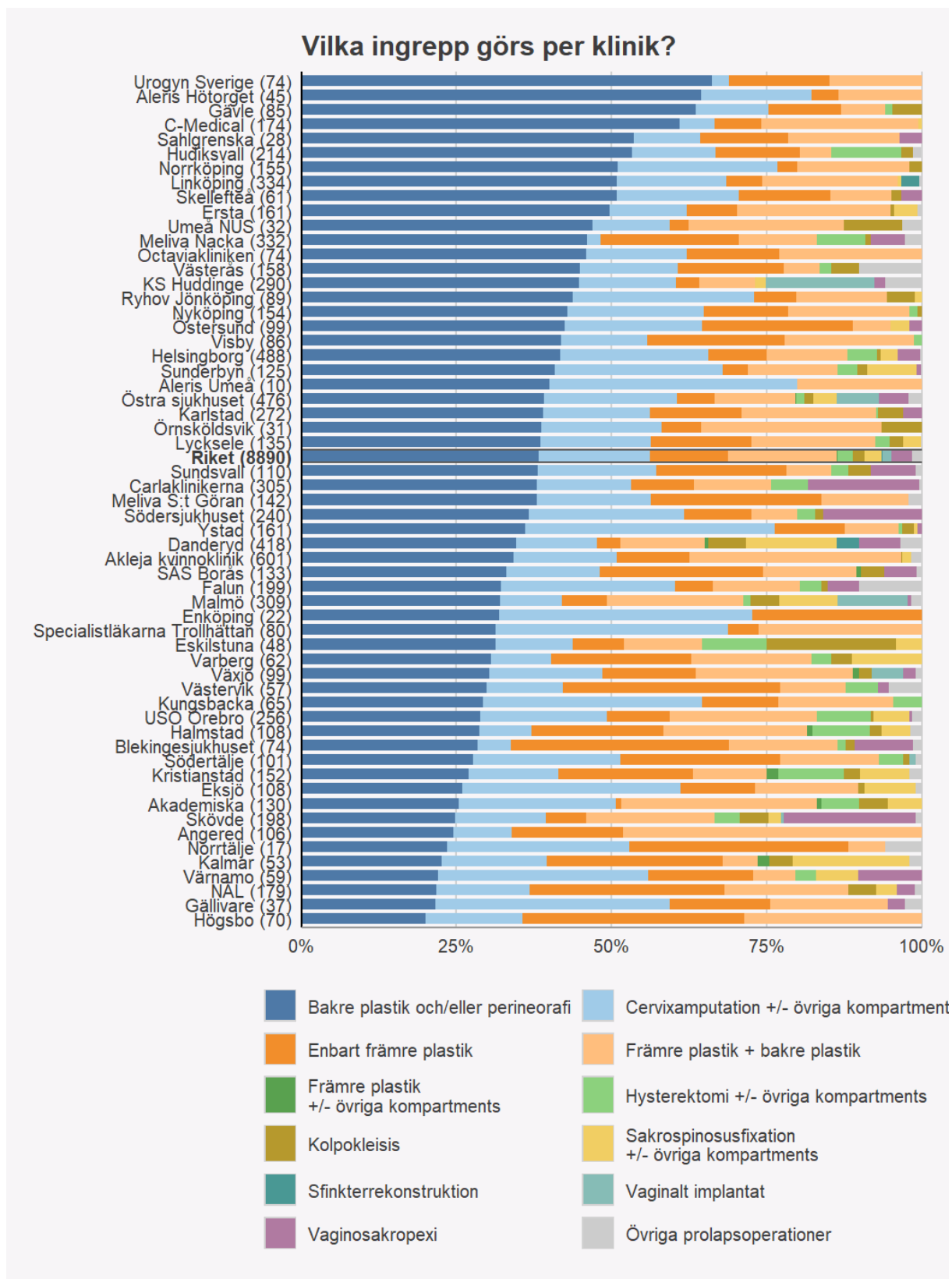
## Andel dagkirurgi per klinik



Figur 6. Andel dagkirurgi per klinik år 2025. Med dagkirurgi menas att patienten har gått hem samma dag som operationen utfördes.

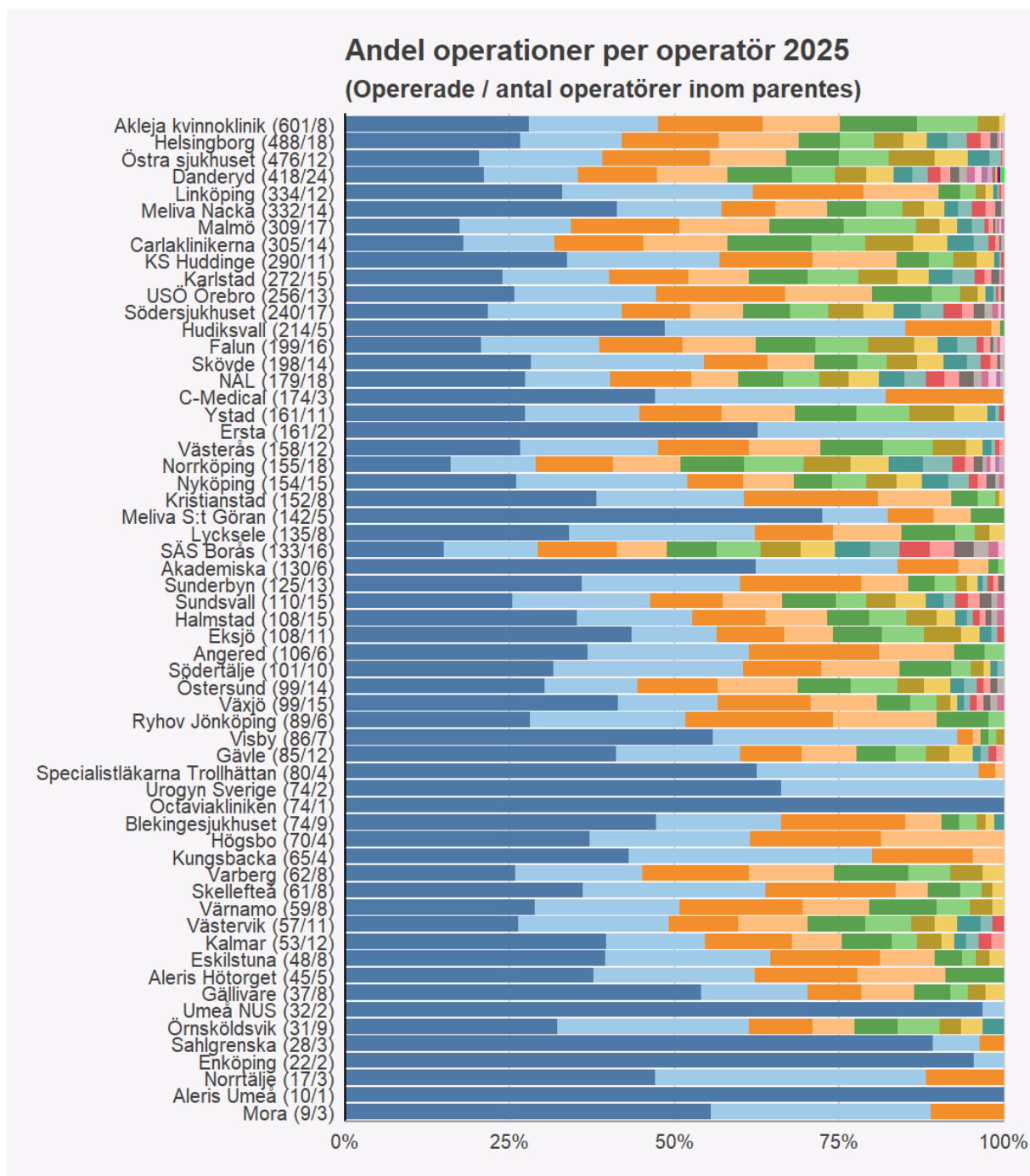
## Operationsmetoder och volym per kirurg samt ingrepp utförda av ST-läkare

Nedan redovisas vilka ingrepp som görs på de olika klinikerna. "Övriga operationer" kan till exempel vara plissering av sakrouterinligament eller enteroceleplastik.



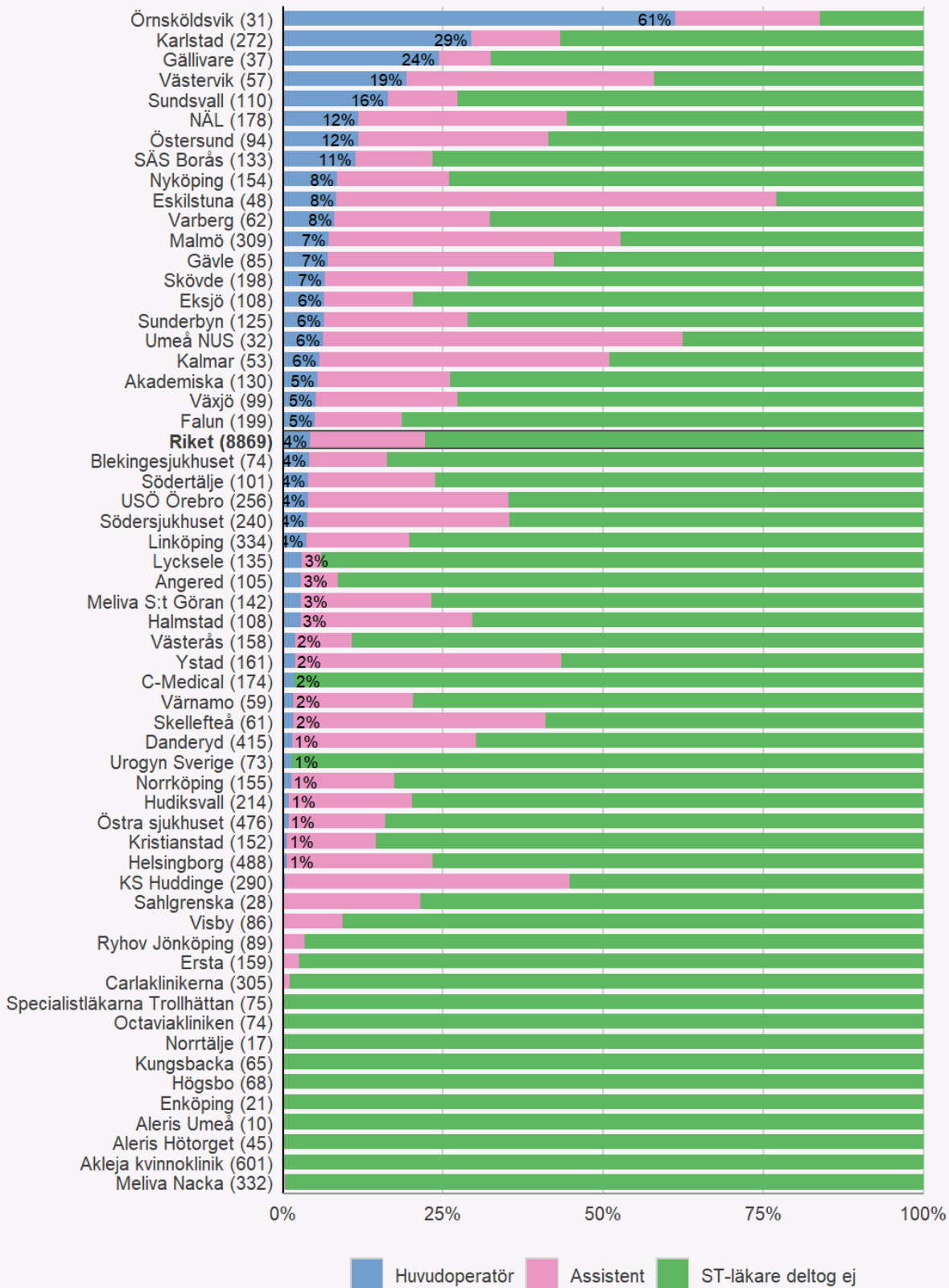
Figur 7. Fördelningen av olika typer av ingrepp som gjorts på de olika klinikerna under år 2025.

I figur 8 nedan presenteras antalet registrerade operatörer per klinik samt andelen operationer där varje operatör är huvudansvarig. Kliniker med en mångfärgad, regnbågsliknande fördelning har troligen ett stort inslag av **ST-läkaruppdrag**, där en specialist oftast handleder och instruerar under ingreppen.



Figur 8. Andel operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikers stapel.

## Fördelning av ST-läkares deltagande per klinik

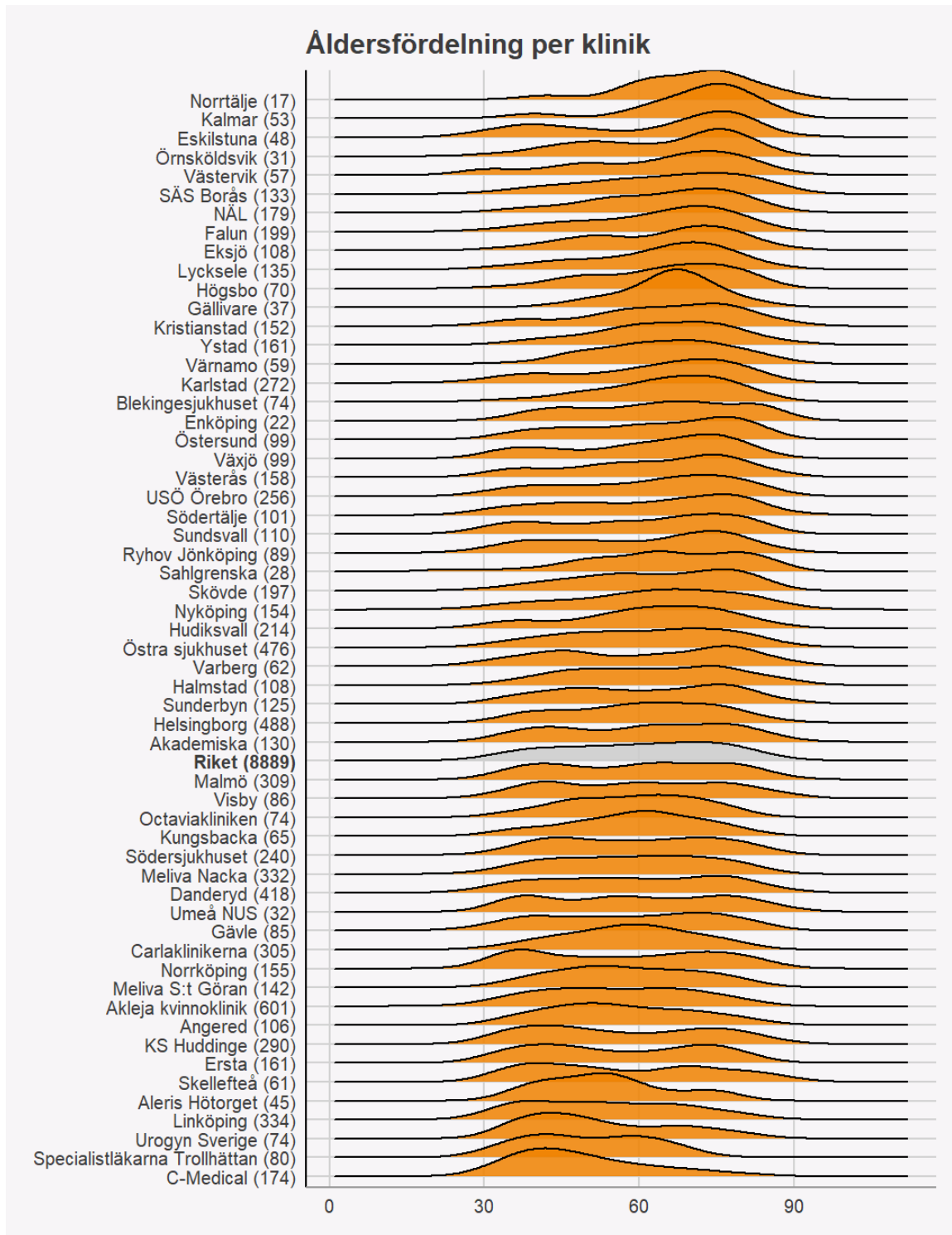


Figur 9. Andel prolapsoperationer där ST-läkare varit huvudoperatör alternativt assistent.

## Demografi

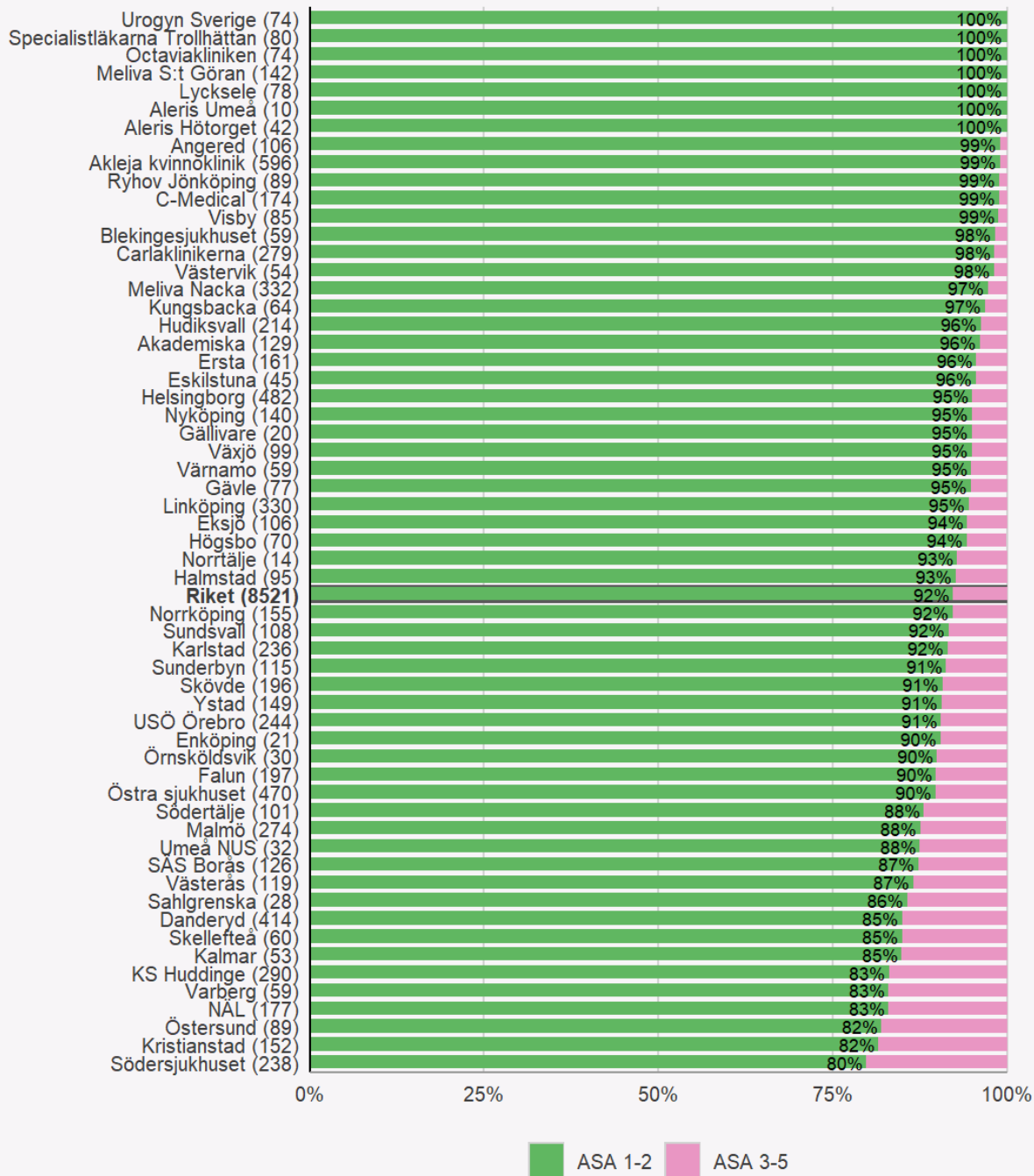
I detta kapitel redovisas patientpopulationens sammansättning vid de olika klinikerna. Faktorer som **ålder**, **funktionsnivå**, **primär- eller recidivoperation** samt **preoperativt prolapsstadium** kan påverka utfallet av operationerna. Tidigare har vi presenterat **BMI-fördelningen per klinik**, men eftersom skillnaderna visade sig vara obetydliga har vi i år valt att utelämna den figuren.

Sett över hela landet är åldersfördelningen bland opererade kvinnor relativt jämn i spannet **35–85 år**. Vissa kliniker har en tydlig topp av yngre patienter, vilket sannolikt beror på åtgärd av felläta **perinealkropps-skador**. När det gäller prolaps har studier visat att **ålder har en omvänd korrelation med subjektivt bot** – det vill säga att yngre kvinnor oftare upplever kvarstående besvär och är mindre nöjda med resultatet jämfört med äldre kvinnor. (1-3).



Figur 10. Åldersfördelning per sjukhus.

## ASA-klass per klinik



Figur 11. ASA-klass

Nedan presenterar vi prolapsstadium enligt POP-Q:s stadiindelning. (5) Prolapsstadium bestäms utifrån det område/kompartiment (framvägg, cervix/vaginaltopp, bakvägg) som leder och hur långt ner området buktar ut i förhållande till slidöppningen när patienten krystar maximalt.

Stadium 1: ledande punkten är mindre än -1 cm.

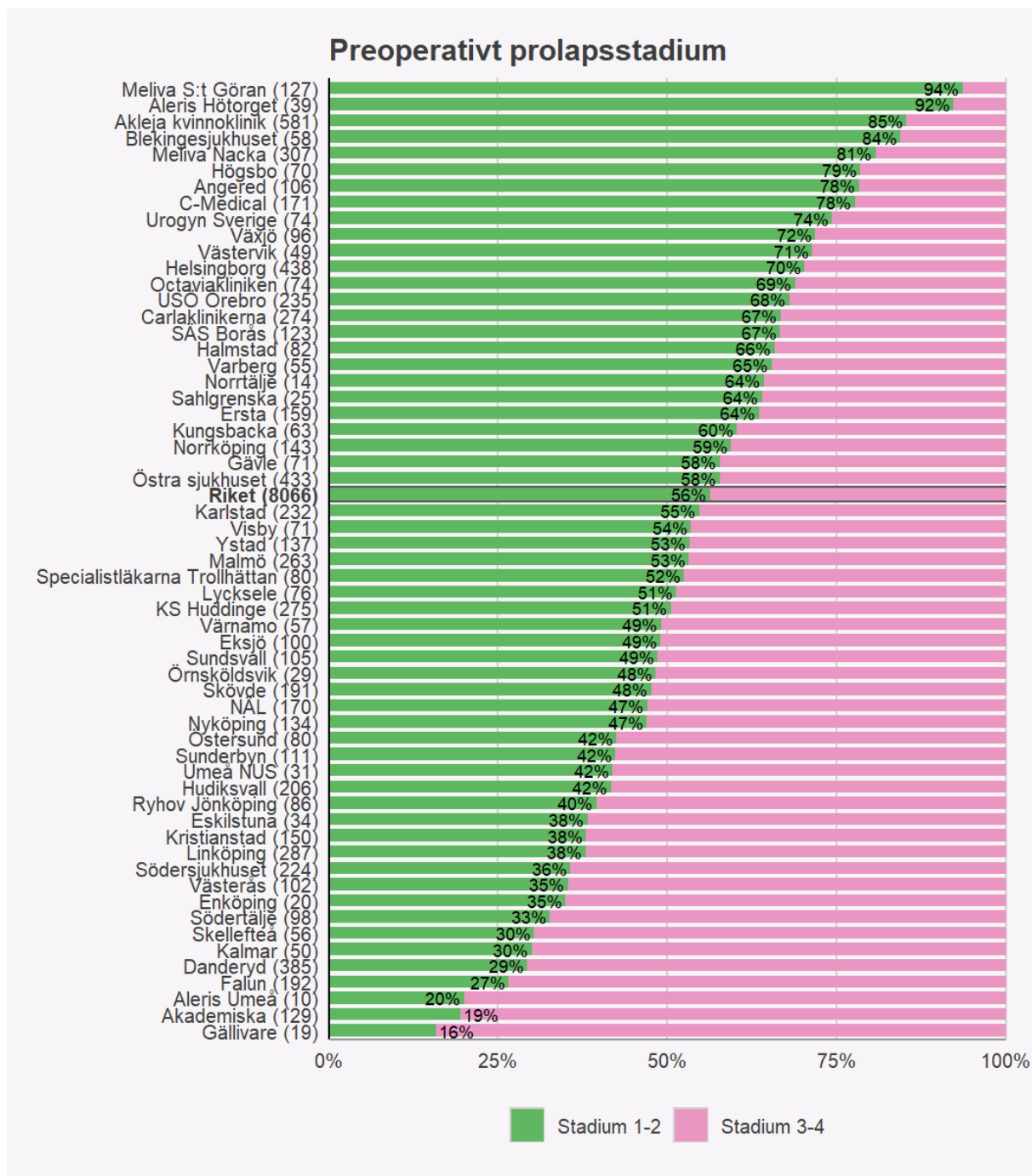
Stadium 2: lika med -1 till lika med +1.

Stadium 3: mer än +1 till och med +4.

Stadium 4: +5 eller mer.

Vi har valt att slå samman stadium I-II (mindre avancerad prolaps) samt stadium III-IV (avancerad prolaps). Figuren visar att det finns skillnader mellan klinikerna i hur avancerade prolapsoperas.

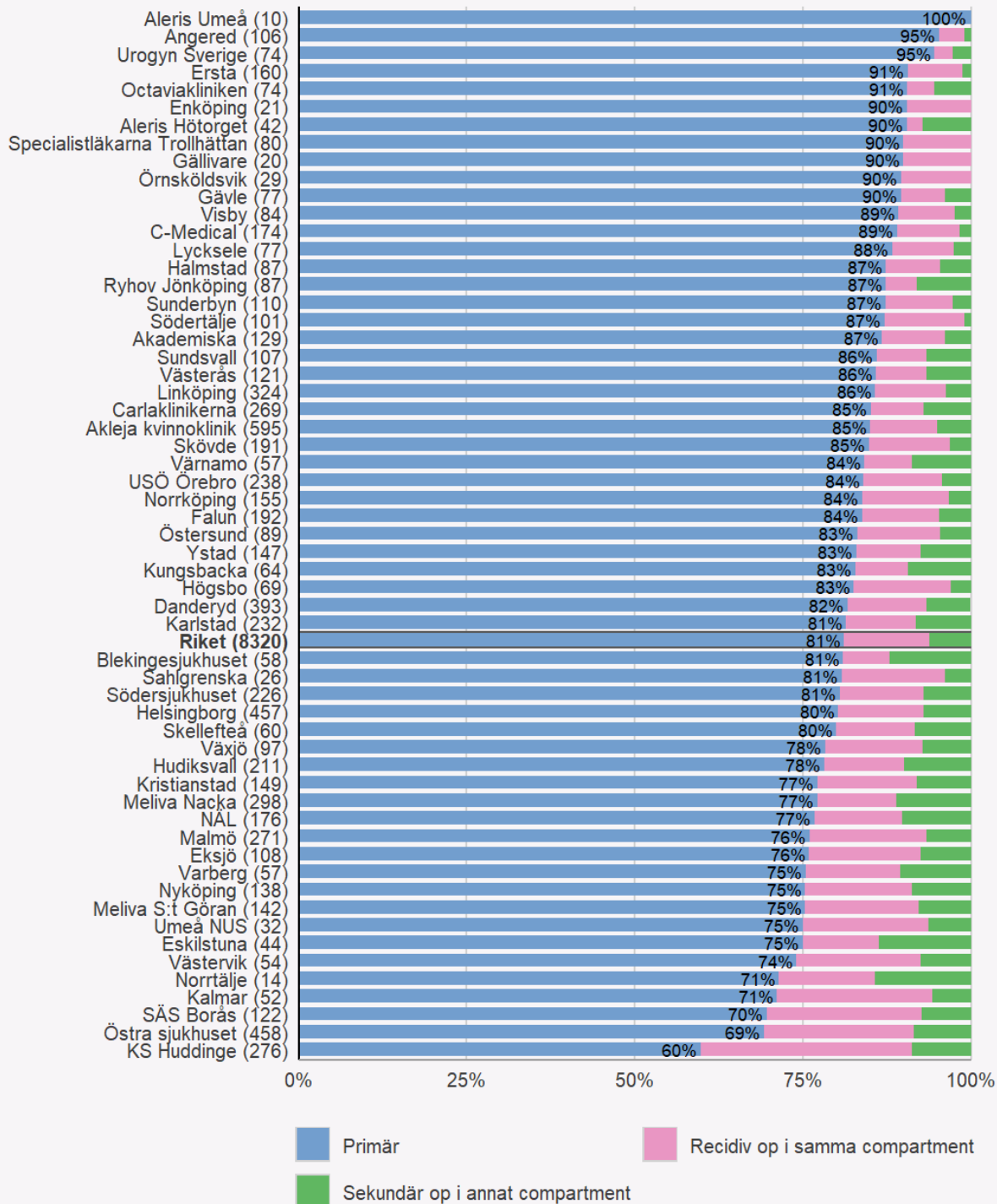
Preoperativt prolapsstadium är en betydande riskfaktor för recidiv. Ju mer avancerat stadium desto större är recidivrisk. (1-2).



Figur 12. Preoperativt prolapsstadium

Figuren visar att nästan samtliga kliniker i Sverige utför både **primär- och recidivoperationer**. Att en klinik har en hög andel recidivoperationer betyder INTE att denna klinik har en hög andel recidiv efter sina primäringrepp, eftersom det är vanligt att patienten opereras för sitt recidiv på en annan klinik. Det är av stor vikt att korrekt registrera i formuläret om ingreppet är en "**ren primäroperation**" det vill säga patientens allra första framfallsoperation. Det är också viktigt att skilja mellan en **recidivoperation i samma kompartiment** – där den tidigare rekonstruktionen har misslyckats – och en operation där en **ny del av slidan buktar fram**, vilket inte klassificeras som ett recidiv.

## Andel primära / recidivoperationer per klinik



Figur 13. Andel primär-/recidivoperationer.

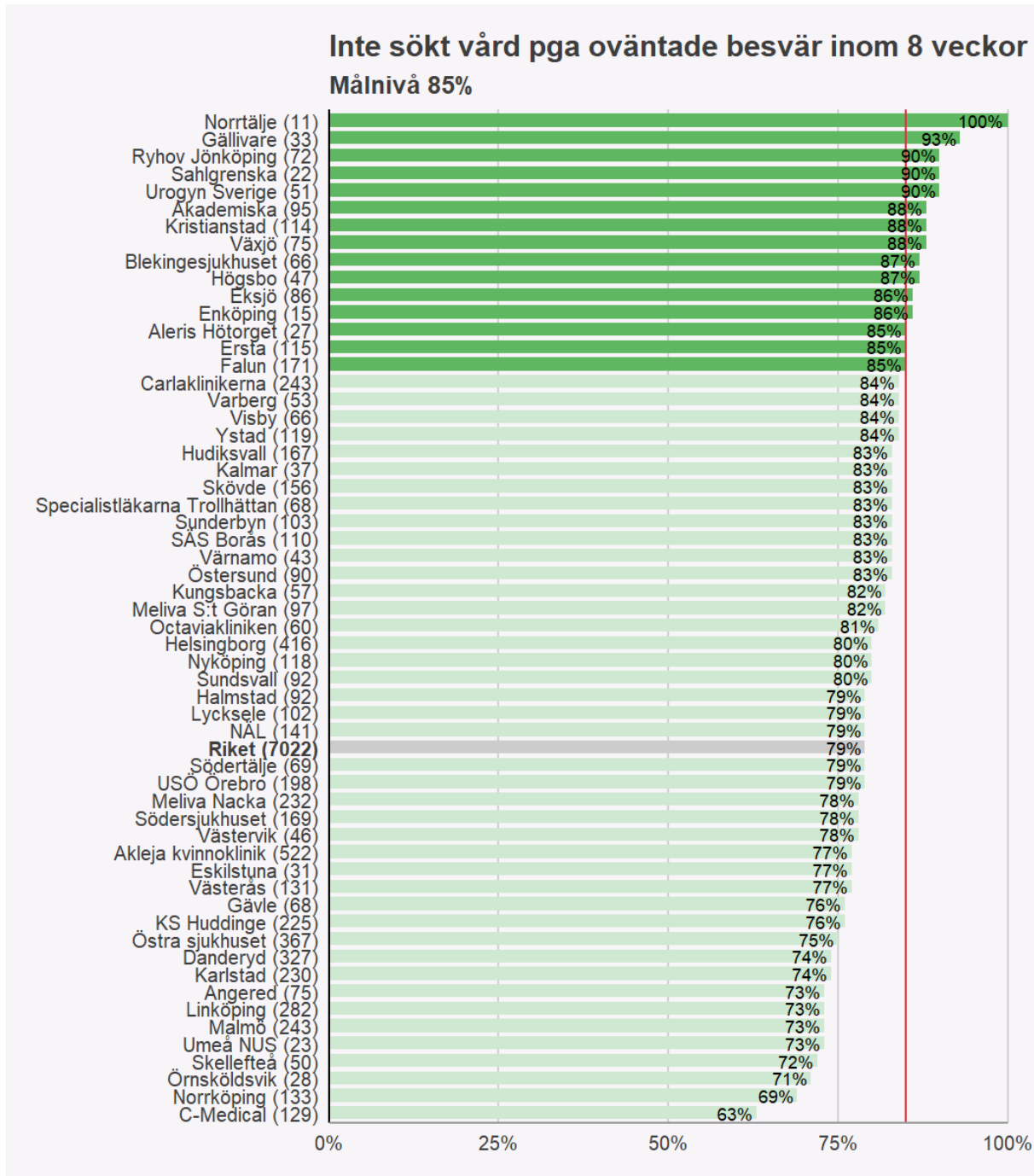
## Resultat – alla prolapsoperationer

### Oväntade besvär inom 8 veckor postoperativt

Figuren nedan visar andelen patienter som opererats under 2025 och som inom åtta veckor efter ingreppet **inte** har behövt ett fysiskt vårdbesök på grund av oväntade besvär eller komplikationer. Kliniker med en hög andel patienter som behöver extra mottagningsbesök under konvalescensen bör genomföra en intern analys för att identifiera möjliga orsaker. Finns det faktorer som kan påverkas?

- Kan den postoperativa smärtlindringen optimeras ytterligare?
- Behövs mer omfattande skriftlig information inför återhämtningen?
- Rekommenderas bulkmedel rutinmässigt för att minska risken för postoperativ förstoppning?
- Bör incidensen av infektioner och urinretention granskas?
- Är sjukskrivningslängden tillräcklig?

En systematisk genomgång av dessa faktorer kan bidra till att minska behovet av oväntade vårdbesök och förbättra den postoperativa återhämtningen.



Figur 14. Ej behövt söka sjukvård för oväntade besvär inom 8 veckor efter operation.

## Komplikationer

Clavien-Dindo är ett instrument för att klassificera **postoperativa** komplikationer och omfattar förloppet 30 dagar efter operation. Det används inom kirurgisk resultatuppföljning och forskning och har visat sig vara ett reproducerbart system. Sedan 2016 ingår Clavien-Dindo i GynOp-registret som ett komplement till komplikationsbedömningarna, vilket underlättar publicering av registerforskning.

Om en patient i 8-veckorsenkäten anger att hon drabbats av en komplikation gör kliniken eller ansvarig läkare en bedömning av detta. Om läkaren bekräftar att en postoperativ komplikation har inträffat, ska den graderas enligt Clavien-Dindo. Glädjande nog används denna klassificering i hög utsträckning, då endast 1,5 % av fallen saknar uppgift.

Med en svarsfrekvens på 84 % för 8-veckorsenkäten fångas majoriteten av de postoperativa komplikationerna upp. Tabell 2 nedan visar fördelningen av rapporterade komplikationer enligt Clavien-Dindo. Vi konkluderar att 10 % rapporterar lindriga och 0,7% rapporterar allvarligare komplikationer efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi.

Tabell 2. Fördelning av grad av Clavien-Dindo för postoperativa komplikationer inom 8 veckor

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i hela pop.
Grad 1	346	849	40,8%	4,9%
Grad 2	440	849	51,8%	6,2%
Grad 3a	21	849	2,5%	0,3%
Grad 3b	25	849	2,9%	0,4%

## Patientinformation

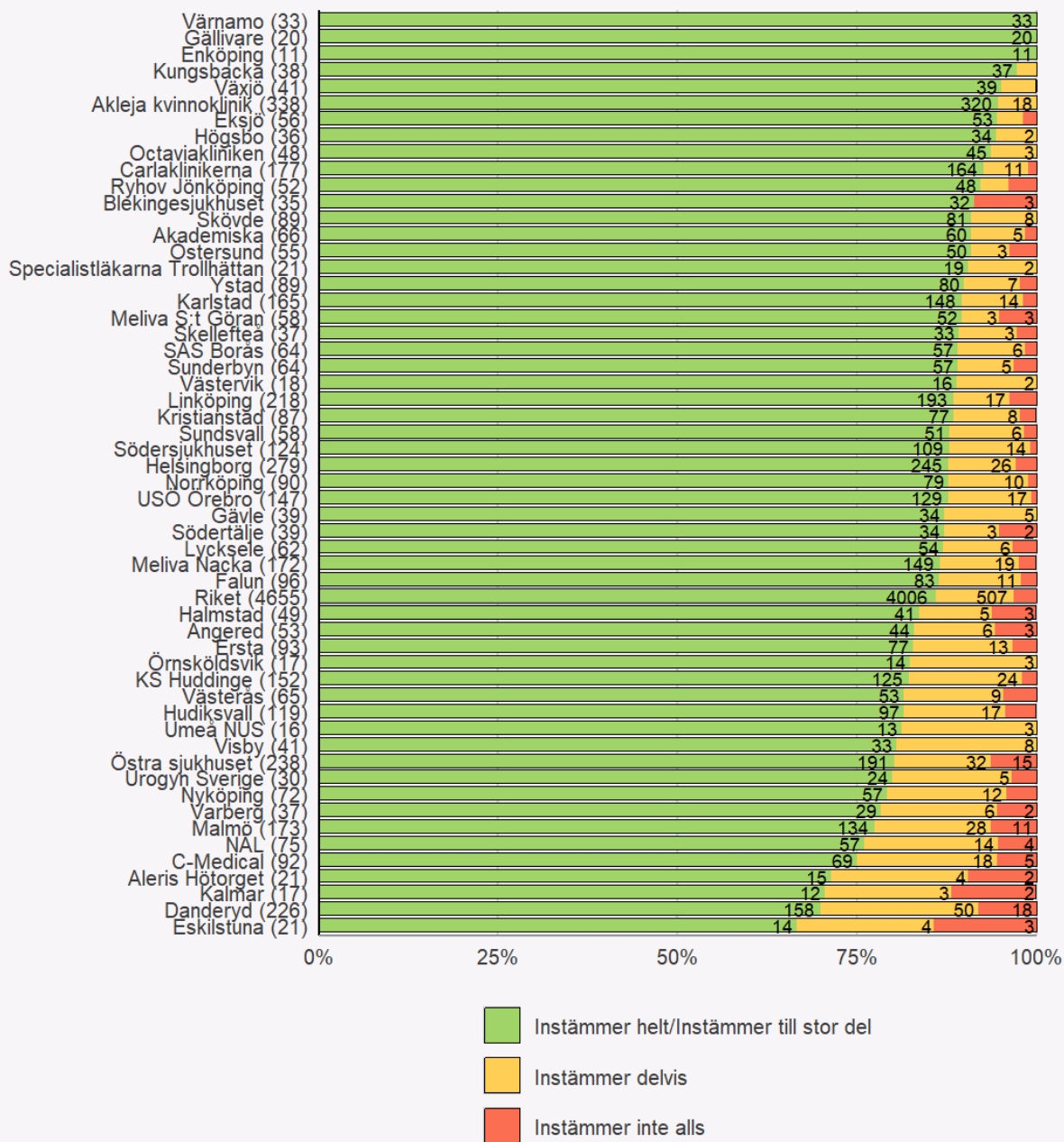
En patient som besvarar **8-veckorsenkäten** via webben får, efter den ordinarie enkäten, en fråga om hon kan tänka sig att svara på ytterligare frågor om vårdkvaliteten. Dessa frågor handlar bland annat om information, bemötande, avskildhet, delaktighet och hygien. En av de frågor som patienterna värderar som särskilt viktig är: "*Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten.*" Kliniker med låga resultat bör se över sina rutiner för postoperativ patientinformation.

För att underlätta detta har undertecknad tagit fram en **allmän informationsfilm** om egenvård efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi. Kliniker som är intresserade av att använda filmen är välkomna att ta del av den via följande länk:

<https://youtu.be/9FDiXoj0yPg?si=XOIU9Q-gM6tGM3kn>

## Bra info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten

Så här var det för mig



Figur 15. Jag fick info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten.

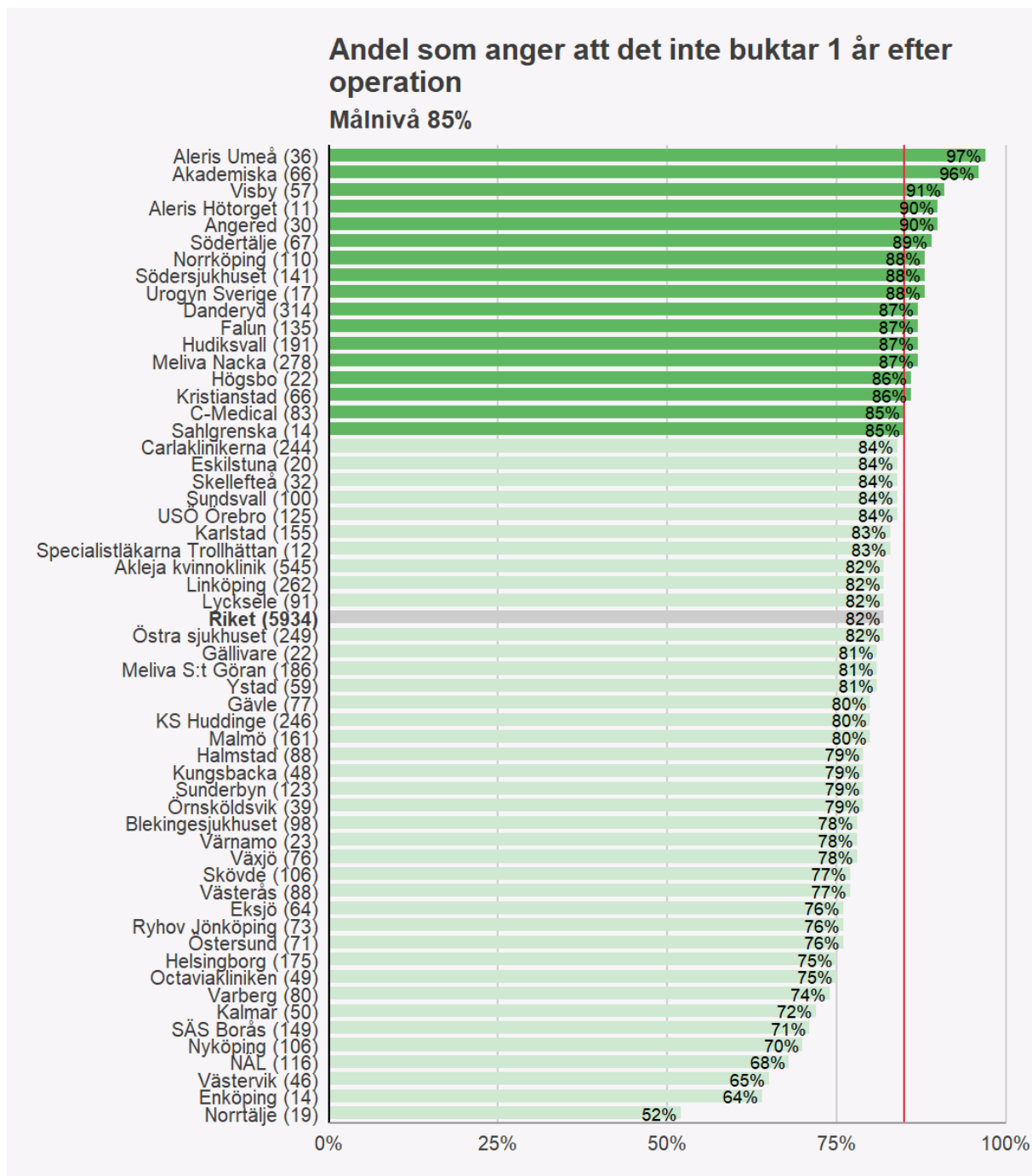
## Globuskänsla ett år postoperativt

Symptomet **globuskänsla** – upplevelsen av att något buktar ut ur slidan – har visat sig ha hög sensitivitet och specificitet för anatomiskt verifierbart framfall som sträcker sig utanför slidöppningen.(6-7) Studier har visat att **avsaknad av globuskänsla** korrelerar bäst med patientnöjdhet och förbättrad livskvalitet efter framfallskirurgi.(7) Tidigare forskning har också påvisat att **risken för återfall är högst efter framväggsplastik**, där majoriteten av recidiven (över **60 %**) inträffar inom det första postoperativa året.(8) I figuren nedan redovisas resultaten från **1-årsenkäten** för patienter som opererades under 2024. I GynOp-enkäten lyder frågan: "Har du en känsla av att något buktar i slidan?"

Svarsalternativen har dikotomiserats enligt följande:

- "Nej": Aldrig, nästan aldrig, eller 1–3 gånger/månad
- "Ja": 1–3 gånger/vecka eller dagligen

Målnivån har satts till **85 %**, baserat på vad som bedöms vara en rimlig nivå att uppnå. I år har **17 kliniker** nått denna målnivå, jämfört med **18 kliniker år 2022**, **15 kliniker år 2021**, **10 kliniker år 2020** och **8 kliniker år 2019**.

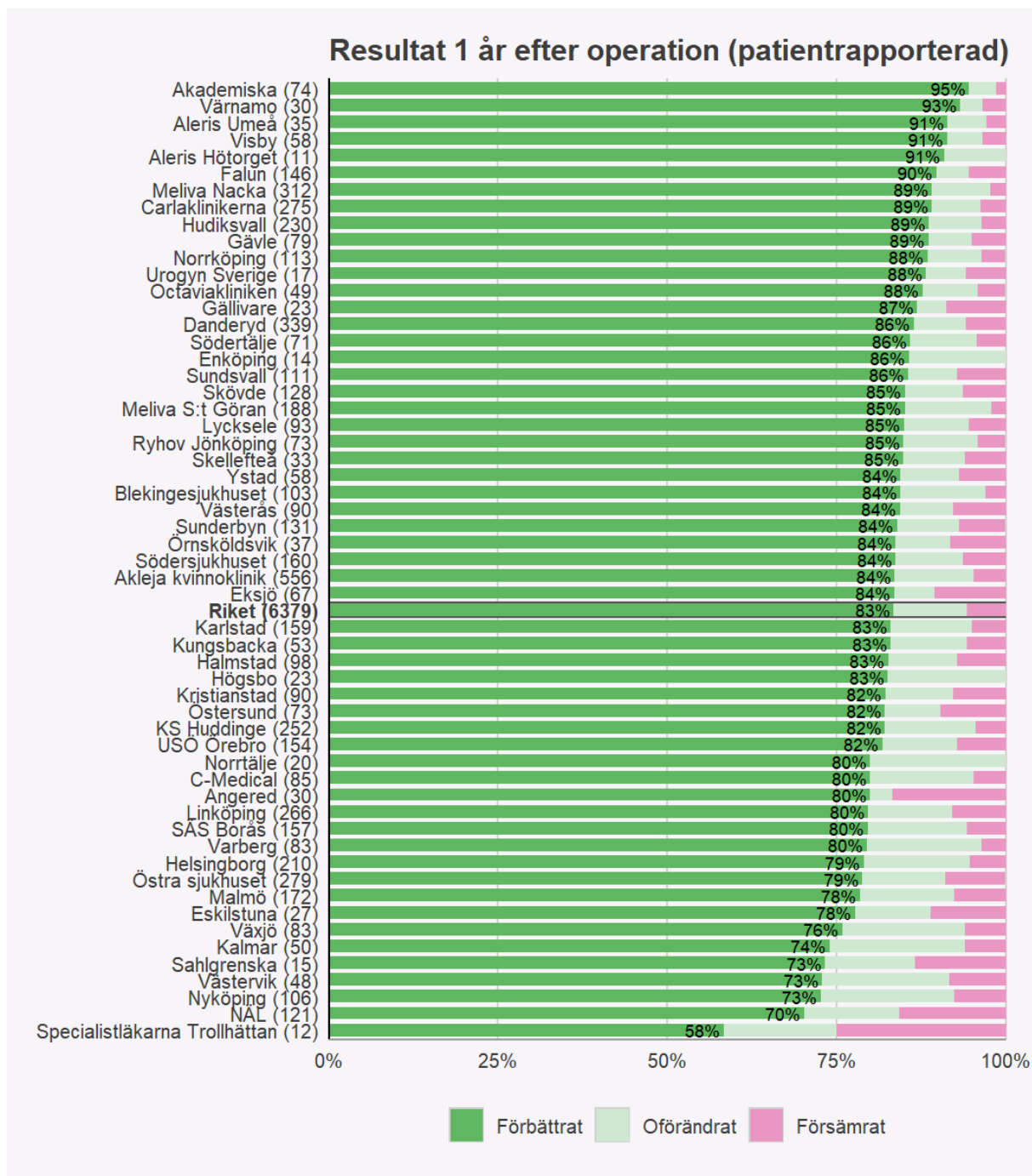


Figur 16. Andel patienter som anger att det inte buktar 1 år efter operation. OBS! Patienterna är opererade under år 2023.

## Nöjdhet och upplevd förbättring ett år postoperativt

Eftersom globuskänsla inte ger en fullständig bild av resultatet, är patientens egen upplevelse av förbättring och nöjdhet två viktiga utfallsmått vid utvärdering av kirurgi som syftar till att förbättra livskvaliteten. En patient kan exempelvis bli av med sin globuskänsla men ändå vara missnöjd om hon utvecklar smärta vid samlag eller nytillkommen urininkontinens.

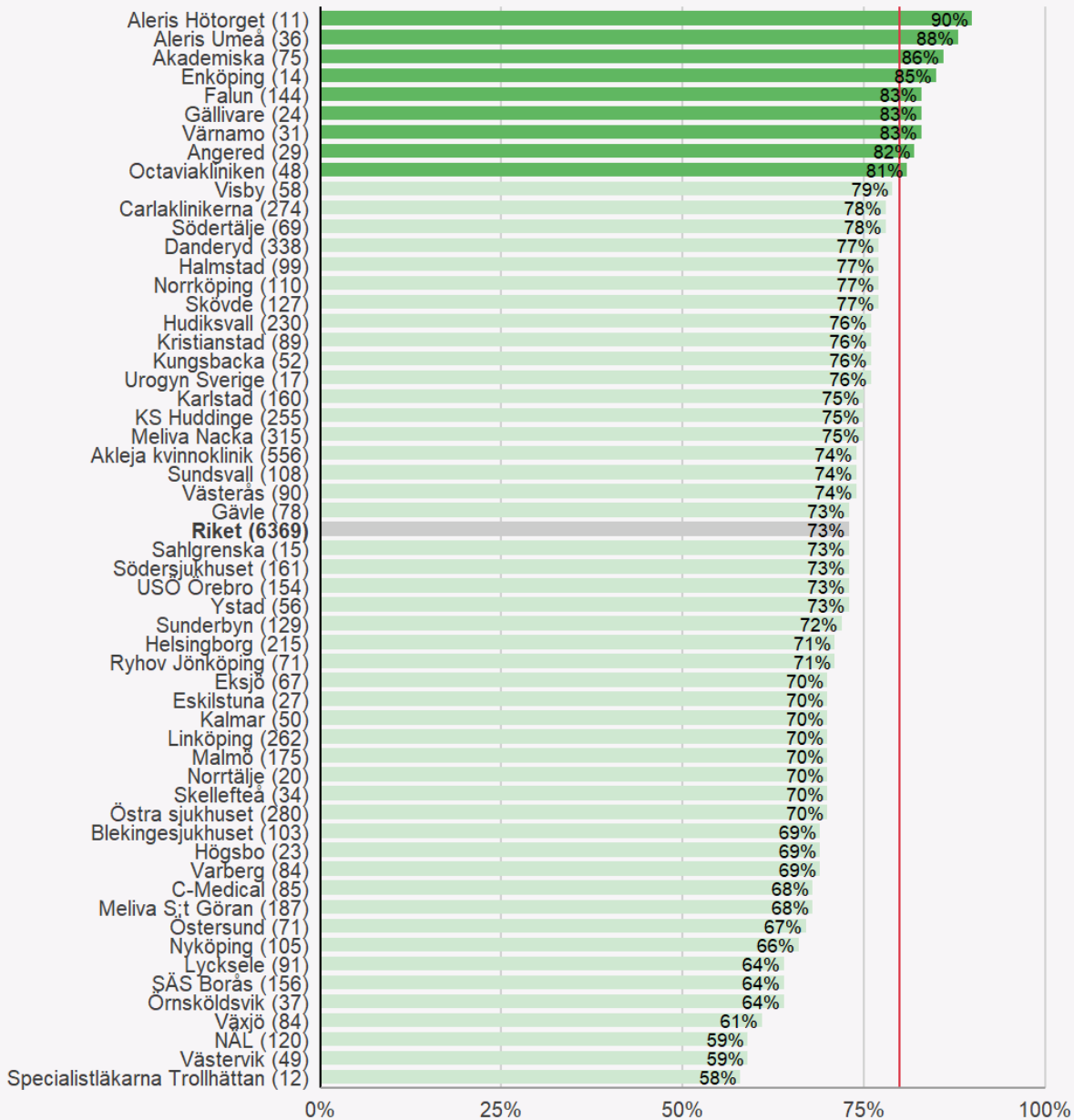
Figur 15 visar andelen patienter som upplever en förbättring, medan figur 16 illustrerar patientnöjdheten ett år efter kirurgi. Målnivån för patientnöjdhet är satt till 80 %.



Figur 17. Resultat "förbättring" 1 år efter operation.

## Nöjdhet 1 år efter behandling (patientrapporterad)

Målnivå 80%



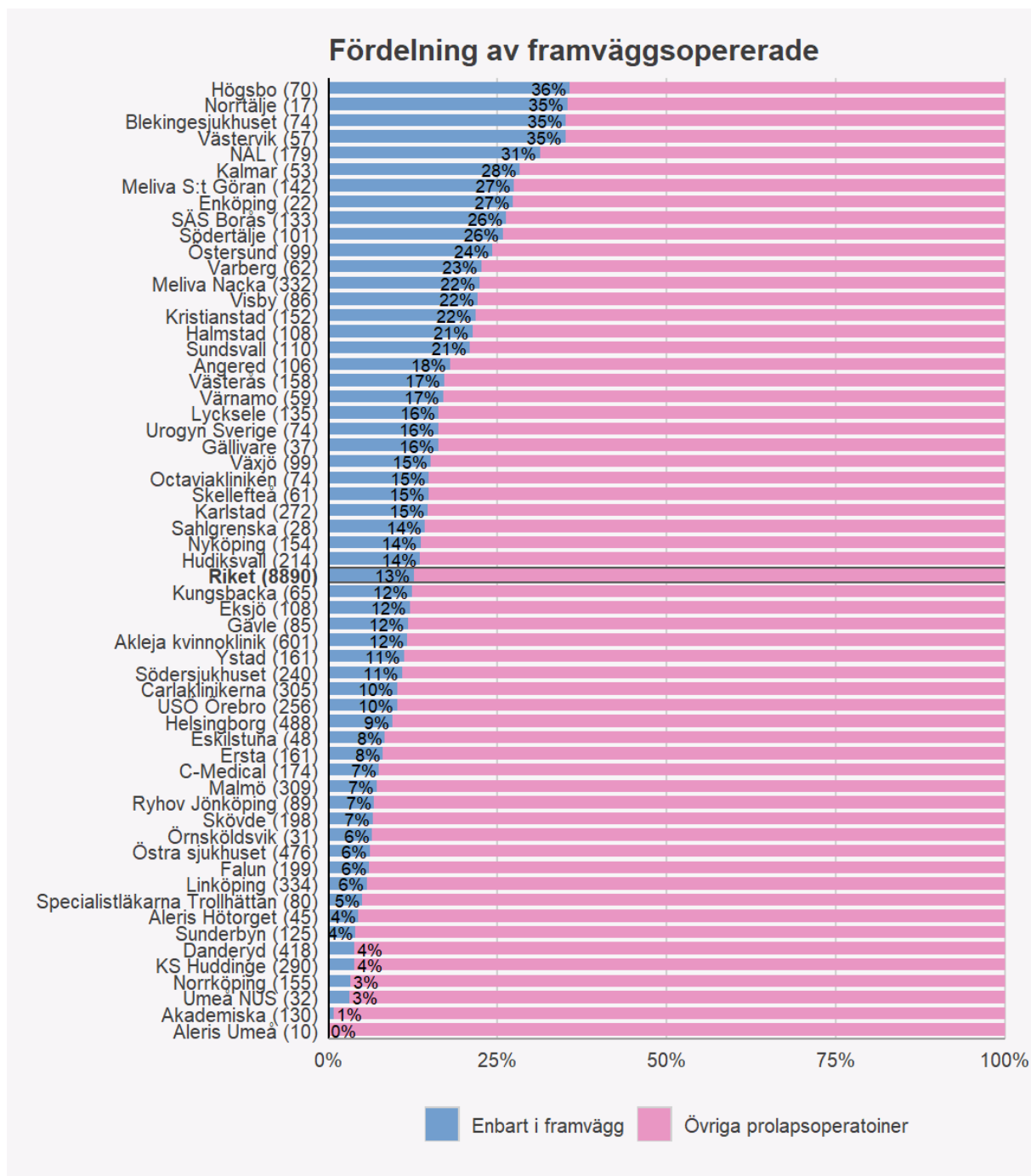
Figur 18. Andel nöjda 1 år efter operation.

## Resultat uppdelat per operationstyp

### Främre plastik

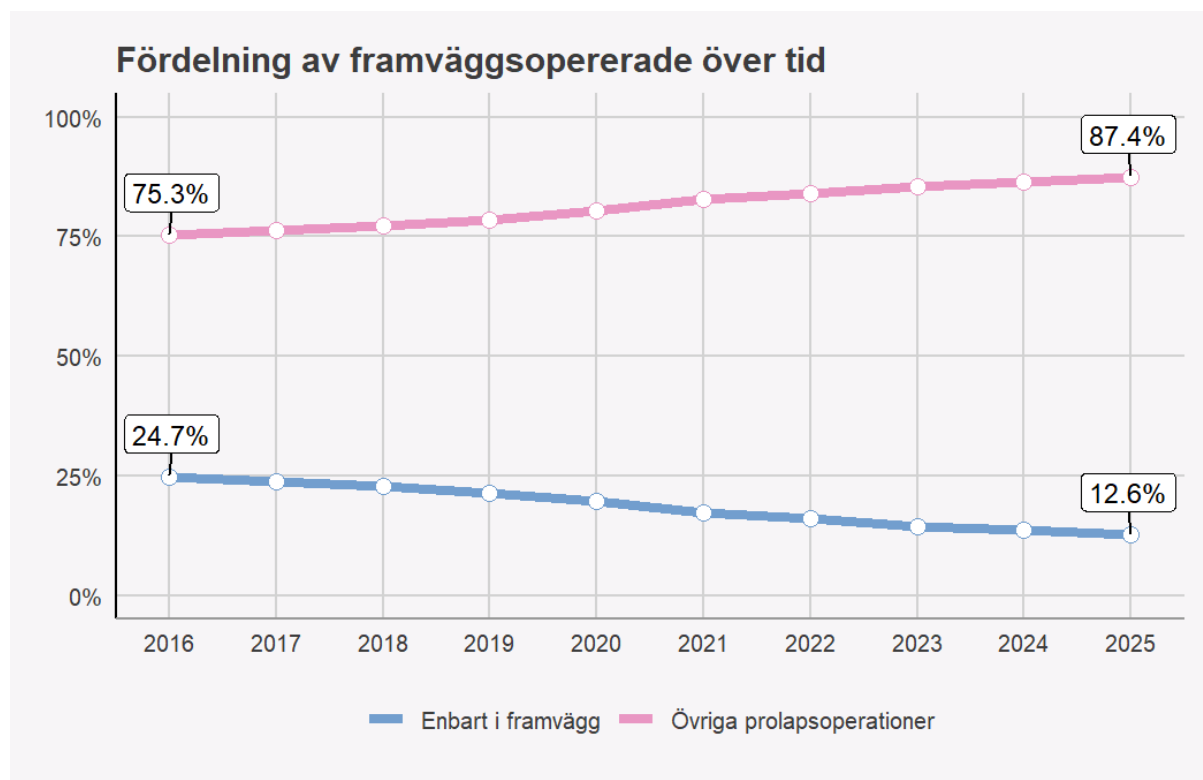
För närvarande saknas tillräcklig forskning för att fastställa huruvida apikal upphängning eller optimering av mellangårdens stöd bör ingå som en regel snarare än ett undantag för att öka chansen till ett mer varaktigt resultat. Även om observationella data tyder på detta, saknas ännu evidens från randomiserade studier.

(10)



Figur 19. Andel framväggsopererade med enbart främre plastik utan annan framfallsoperation.

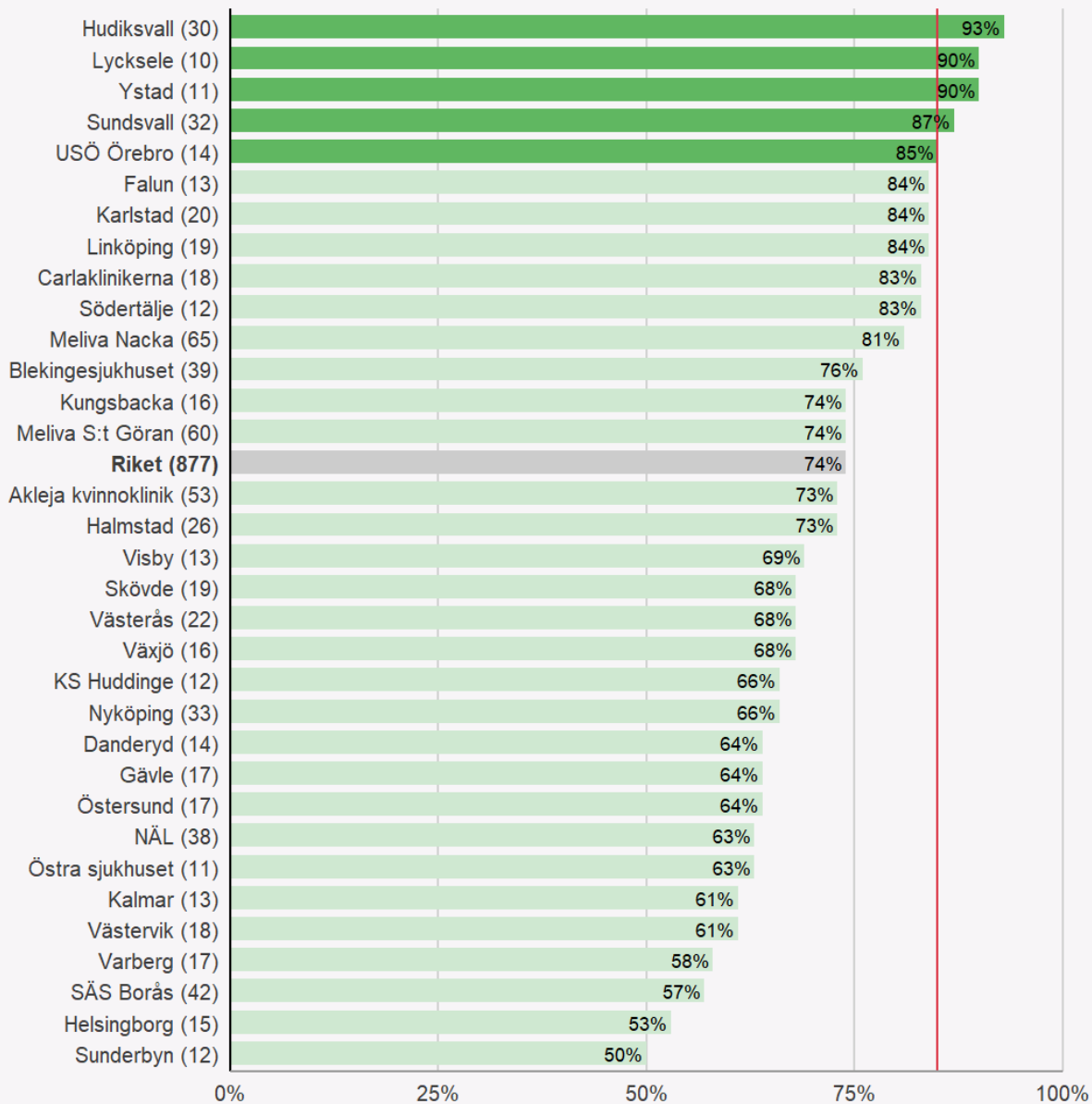
Vi kan med hjälp av trenddiagrammet nedan konstatera att det under senaste 10 åren blivit alltmer ovanligt att endast göra en främre plastik (nästan halverad incidens).



Figur 20. Andel framväggopererade med enbart främre plastik utan annan prolapsoperation senaste 10 åren.

## Andel patienter som anger att det inte "buktar ur slidan" 1 år efter operation

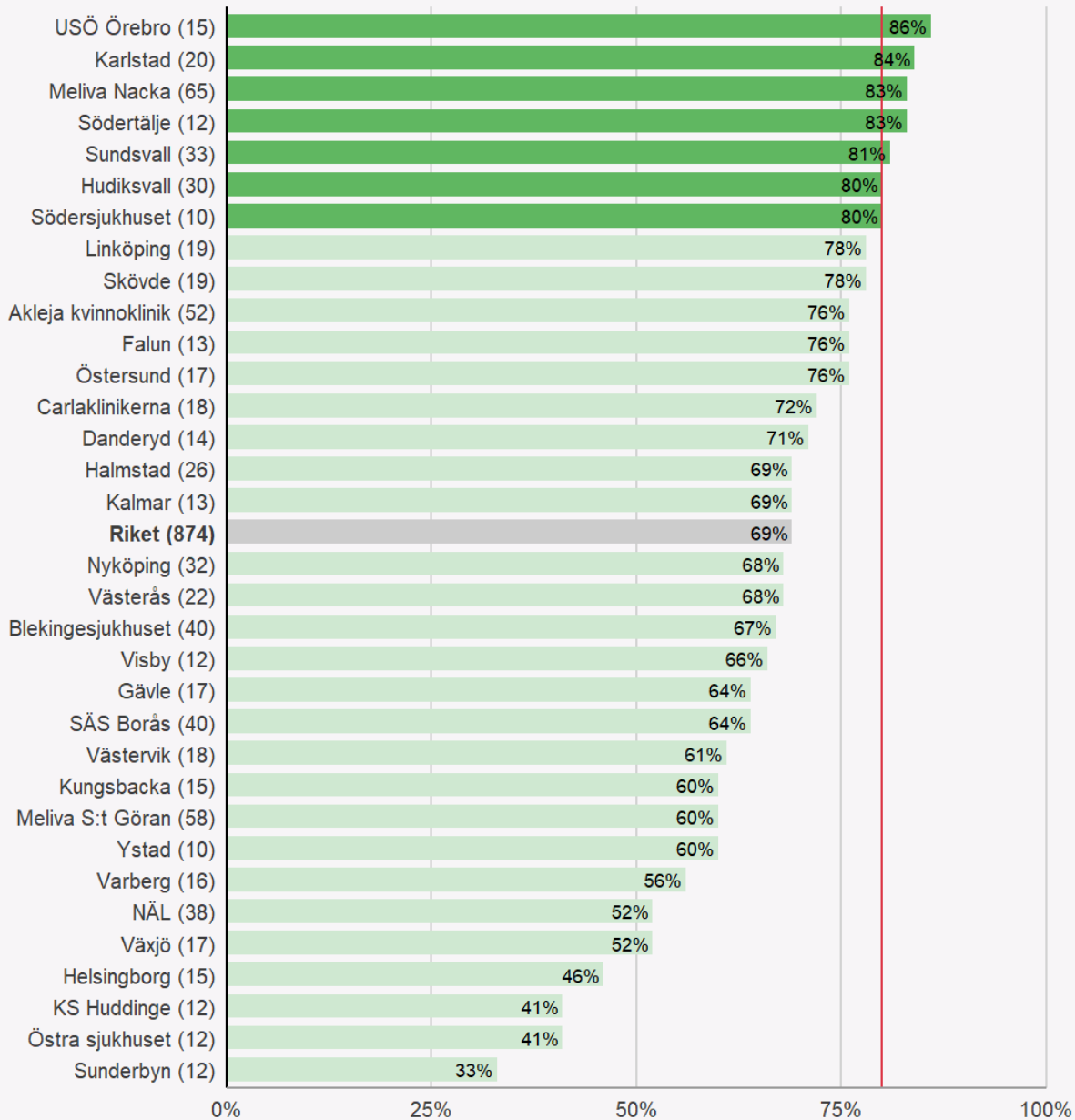
Vid enbart främre plastik



Figur 21. Andel patienter som anger att det inte bukter ur slidan 1 år efter operation vid enbart främre plastik. Målnivå 85%.

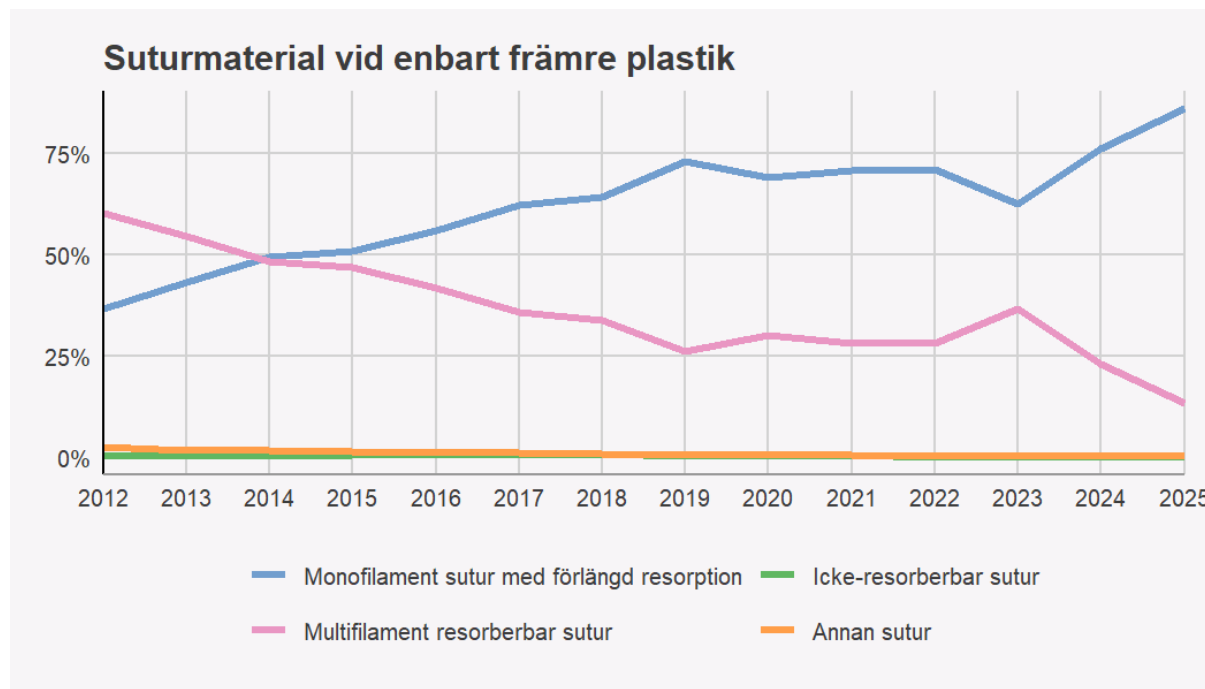
## Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad)

### Vid enbart främre plastik



Figur 22. Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad). Målnivå 80%.

Valet av suturmaterial har visat sig påverka resultatet. (11) En studie baserad på data från GynOp-registret visade att patienter suturerade med material motsvarande PDS rapporterade mindre globuskänsla och högre nöjdhet jämfört med dem som suturerades med material motsvarande Vicryl. Sedan dess har trenden i Sverige följt denna evidens. I förra årets årsrapport lyfte jag en oro kring att trenden verkade ha vänt. I årets rapport gläds vi däremot åt att utvecklingen återigen rör sig i rätt riktning.



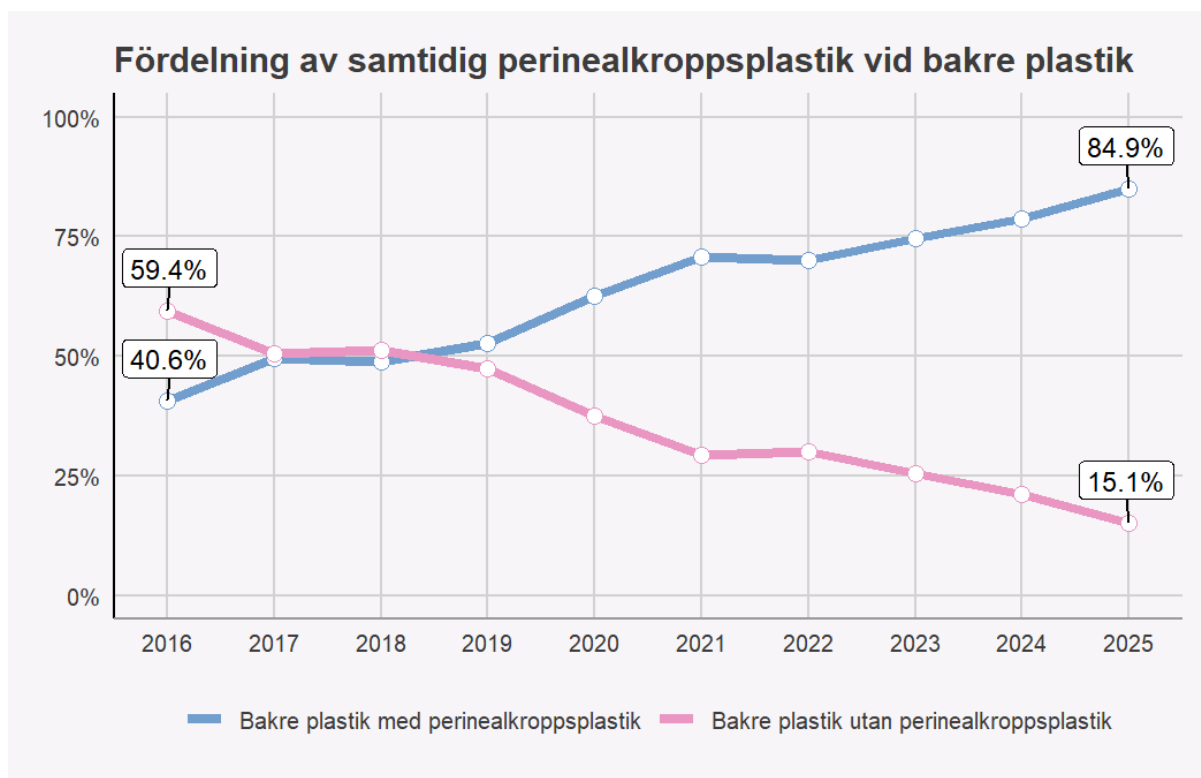
Figur 23. Suturmaterial vid främre plastik.

## Bakre plastik och perinealkroppsplastik

I Sverige är bakre plastik, med eller utan perineorafib, den vanligaste rekonstruktiva bäckenbottenkirurgiska operationen. Både "midline plication" och "site-specific repair" ingår i urvalet.

För närvarande kan registret tyvärr inte särskilja om en bakre plastik har utförts på grund av ett regelrätt bakre prolaps eller om det har utförts en distal bakre plastik till följd av ett proktocele orsakat av en felläkt perinealkropps-skada. Dessa grupper skiljer sig åt i viss utsträckning. Den första gruppen består oftast av äldre kvinnor med en stor, buktande bakvägg och klassiska framfallssymptom (level II-defekt). Den andra gruppen utgörs främst av yngre, relativt nyförlösta kvinnor med en tunn perinealkropp och ett distalt proktocele. Denna grupp besväras oftast av vidhetskänsla och tarmtömningssvårigheter (level III-defekt). De genomförda förändringarna i GynOp kommer framöver att möjliggöra en bättre differentiering mellan dessa grupper.

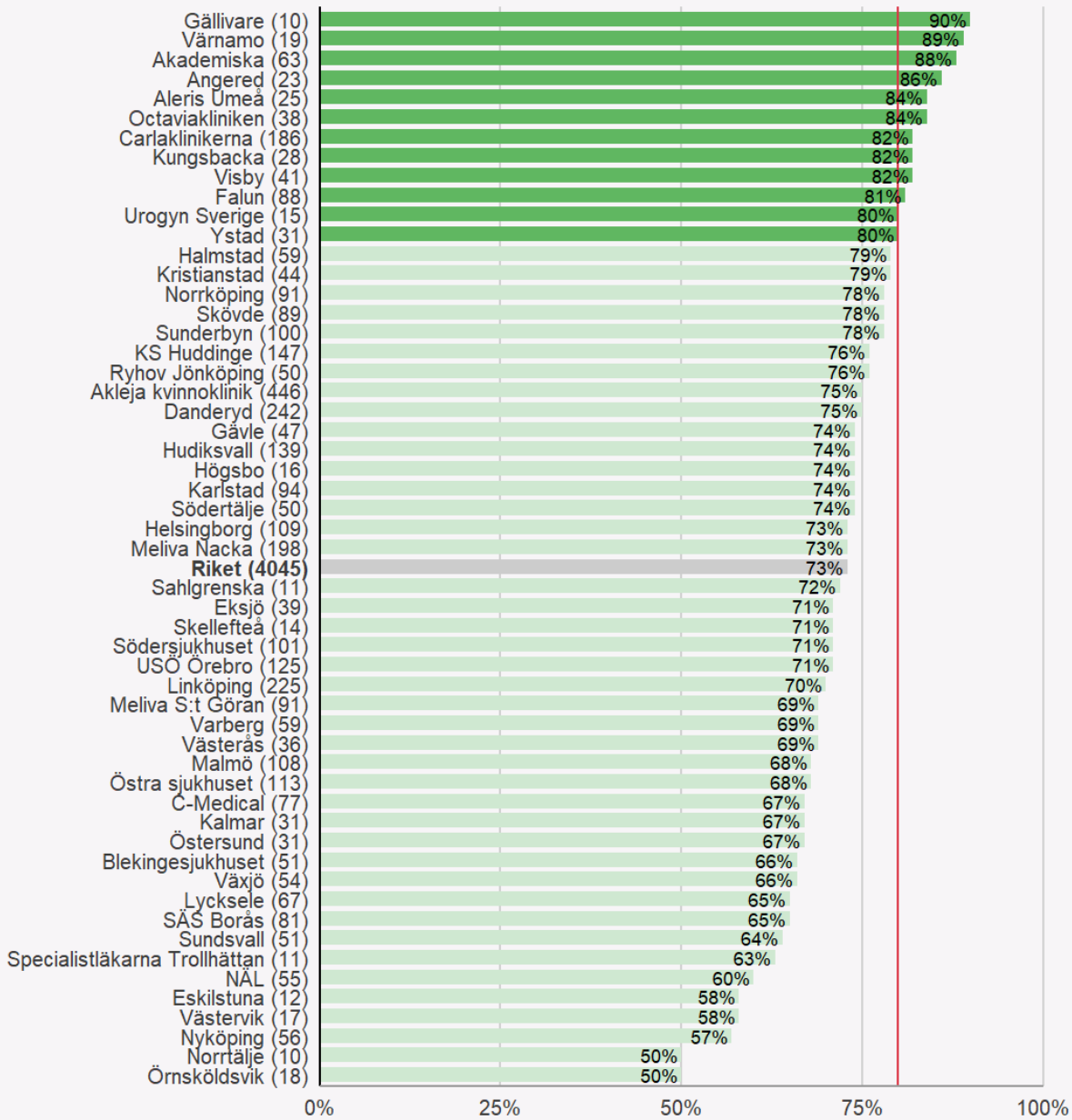
I år har vi tagit fram ett trenddiagram som visar hur vanligt det är att perineorafib utförs i samband med bakre plastik. Trenden visar att rekonstruktion av perinealkroppen blir allt vanligare vid bakre plastik. För ungefär tio år sedan utfördes en samtidig perineorafib endast hos 37 % av patienterna, medan andelen under det senaste året hade ökat till nästan 85 %.



Figur 24. Fördelning av samtidig perinealkroppsplastik vid bakre plastik senaste 10 åren.

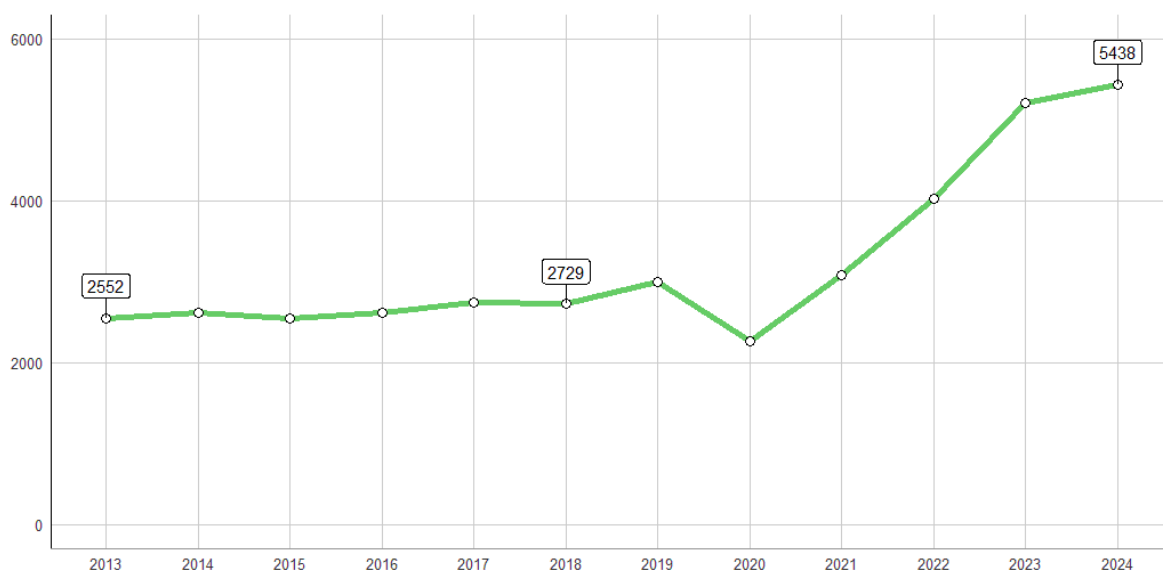
## Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad)

### Bakre plastik med eller utan perinealkroppsplastik



Figur 25. Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad). Målnivå 80%.

Figuren nedan illustrerar att antalet bakre kolporafi MED perineorafi markant ökat i Sverige sedan den första studien gällande resultat publicerades år 2020. (12) Studien visade att perineorafi gör stor nytta gällande symptomlindring hos kvinnor med vidhetskänsla och tarmtömningsproblem.



Figur 26. Antalet ingrepp med enbart bakre plastikk och perineorafi i Sverige senaste 10 åren.

Vi ser att riksgenomsnittet gällande nöjdhet efter detta ingrepp ligger stabilt kring ca 75 % under de senaste åren. Tekniken är inte standardiserat och det krävs ytterligare forskning för att ge evidens för den mest optimala tekniken. Vi ser ingen skillnad i utfall när vi jämför yngre premenopausala patienter med postmenopausala äldre kvinnor.

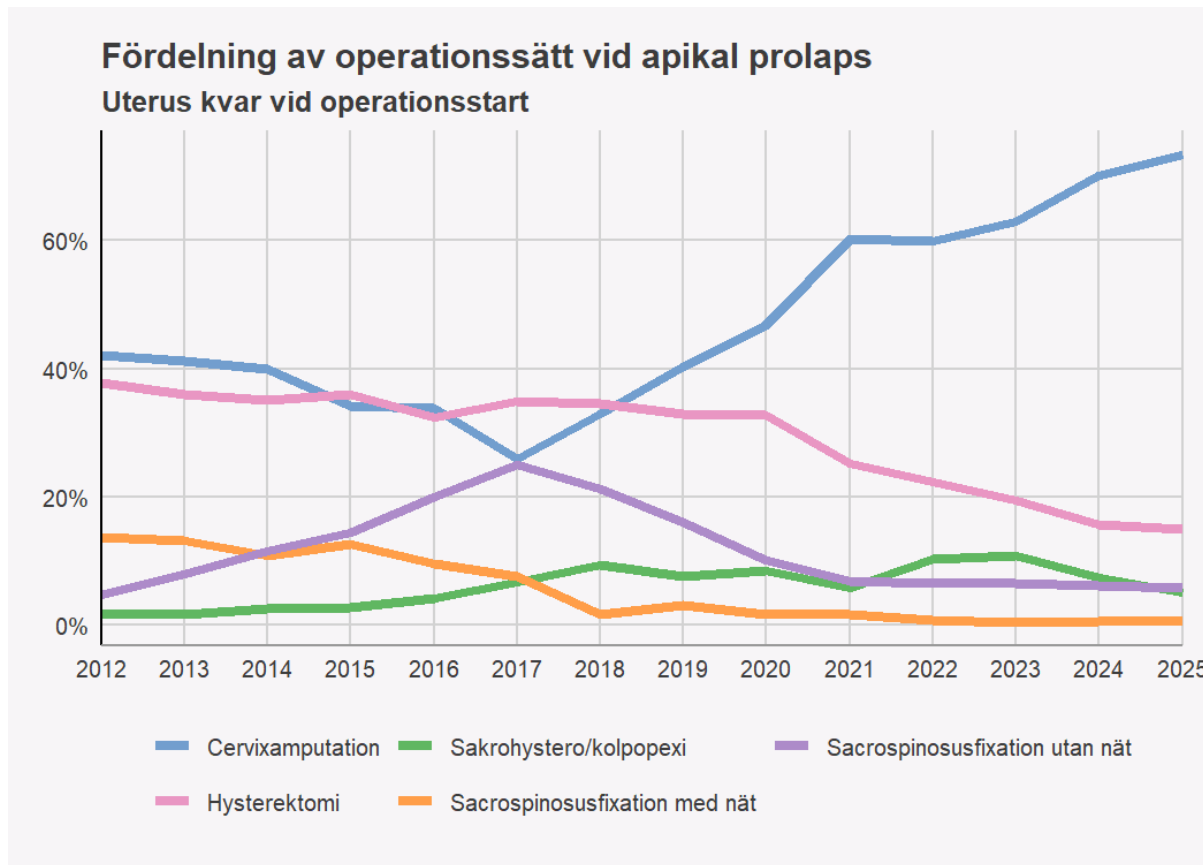
## Apikal defekt

Framfall av den främre vaginalväggen samvarierar i hög grad med en apikal defekt (framfall av livmodern eller slidans topp efter hysterektomi). (13–14) Korrigering av det apikala stödet tycks halvera risken för reoperation (15). Det finns dock flera olika kirurgiska metoder/tekniker att välja mellan.

En Cochrane-sammanställning från 2016 drog slutsatsen att sakrohysteropexi/sakrokolpopexi har högst lyckandefrekvens (kring 95 %) jämfört med vaginala operationsmetoder, RR 2.1 (95 % CI 1.1–4.2). (16) Svenska data från GynOp-registret har dock inte kunnat bekräfta dessa resultat (17). Ett problem med Cochrane-sammanställningen är att samtliga vaginala metoder klumpats ihop trots att vi numera vet att exempelvis sakrospinosusfixation har betydligt sämre resultat jämfört med cervixamputation. (18)

En ny metod för apikal prolaps, pectopexi, har införts i Sverige under senaste år. I dagsläget utförs denna metod (mig veterligen) enbart på Carlakliniken. Metoden är nu inlagd som en egen domän i GynOp. Under år 2026 kan vi registrera alla pectopexier och följa resultaten.

I figuren nedan illustreras trenden i Sverige gällande olika operationsmetoder för uterusprolaps. Vi ser att vaginal hysterektomi sakta men säkert minskar och är numera inte längre är den vanligaste metoden. Cervixamputation har fått ett uppsving i enlighet med SFOG-riktlinjerna och fortsätter att öka i popularitet. Den är nu den dominerande metoden och utförs i 70 % av fallen. Samtidigt blir sakrospinosusfixation en allt mindre vanlig metod. Sakrohysteropexi/sakrokolpopexi ligger tämligen stabilt kring 10 %.



Figur 27. Fördelning av operationssätt vid apikal prolaps

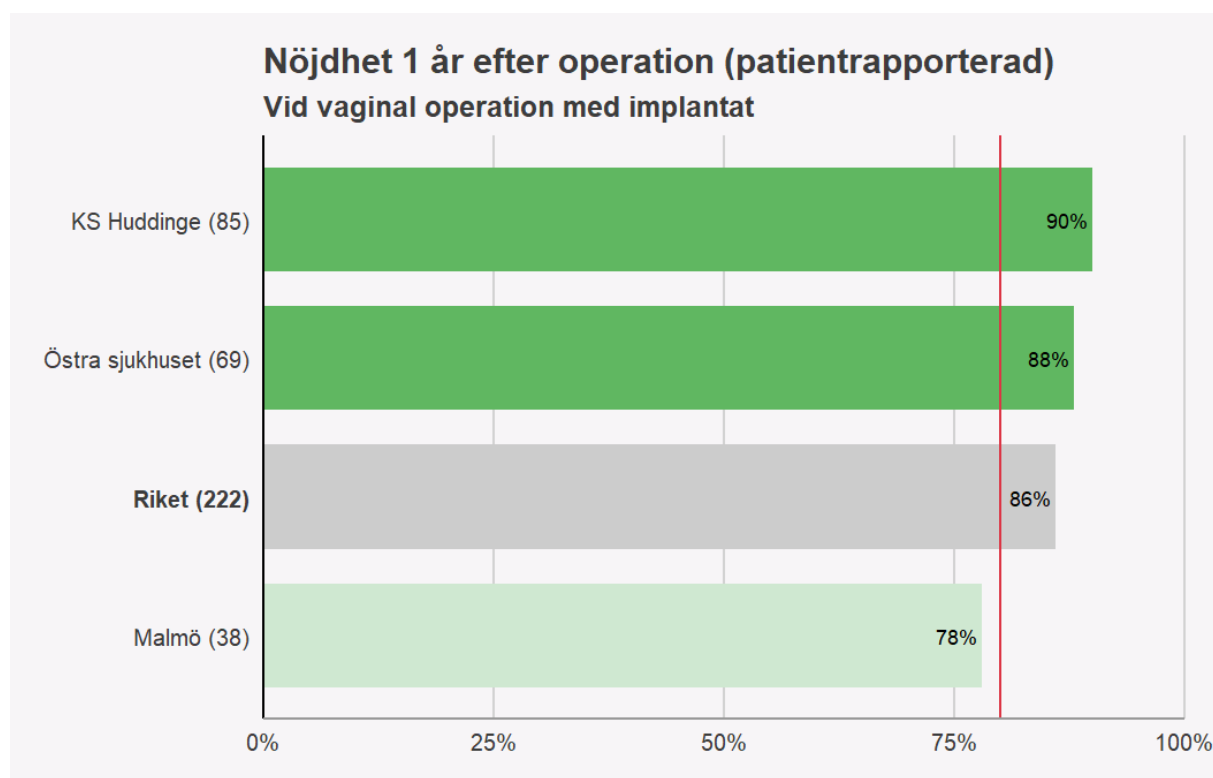
## Vaginal nätkirurgi

Nedan redovisas användningen av vaginala nät. År 2015 och 2016 opererades dryga 500 vaginala nät in. Vi ser nu en minskning för varje år. Tabellen nedan redovisar vilka nät (implantat) som använts senaste åren. Efter FDA:s förbud och varningar gällande vaginala implantat har många tillverkare dragit tillbaka sina nät från marknaden. I nuläget finns enbart Splentis och Calistar kvar på marknaden.

Tabell 3. Fördelning av olika nät vid vaginal nätkirurgi år 2019-2025.

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<b>Splentis</b>	53	31	29	30	11	20	18
<b>Calistar</b>	102	53	70	98	68	97	73
<b>Uphold</b>	112	2					
<b>Ultrapro</b>	9	7	10	19	5		
<b>Pinnacle</b>	24	7					
<b>Nuvia</b>	6						
<b>Elevate</b>	4	1					
<b>Övriga</b>	8	7	4	8	3	2	
<b>Totalt</b>	318	108	113	155	84	119	91

Sedan oktober 2022 har den vaginala nätkirurgin centraliserats till tre kliniker i Sverige; Huddinge, Göteborg och Malmö. Figur 28 illustrerar patientnöjdhet 1 år efter operation på dessa tre kliniker med sammanslagna data från 1 oktober 2022 fram till nu.



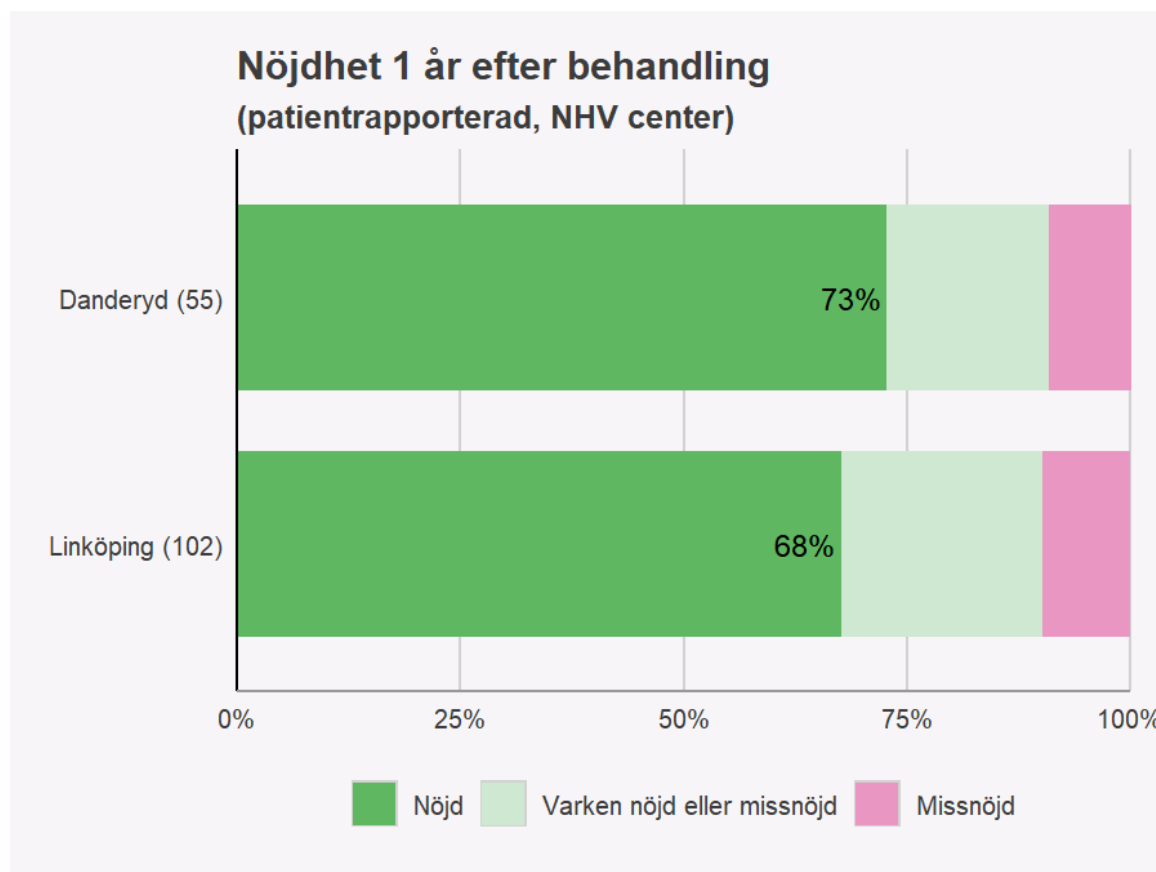
Figur 28. Nöjdhet 1 år efter vaginal nätkirurgi på de tre NHV-centra i Sverige.

## Sekundär analsfinkterrekonstruktion

Även rekonstruktion av analsfinkterskador har från oktober 2022 centraliserats till två kliniker i Sverige, Linköping och Danderyds sjukhus i Stockholm.

Tabell 4. Sekundära rekonstruktioner av sfinkterskador år 2023–2025.

År	2023	2024	2025
Linköping	61	52	46
Danderyd	26	47	38



Figur 29. Nöjdhet 1 år efter behandling. Data från 2022-10-01 till 2024-12-31.

## Avslutande kommentarer

Vi vill rikta ett oerhört stort tack till alla kliniker och användare som dagligen flitigt fyller i formulären i GynOp-registret. Registret har en hög täcknings- och anslutningsgrad och dessutom är våra patienter väldigt måna om att svara på enkäterna. Detta innebär att vi har kompletta data som vi kan lita på. Vi skall värna om denna guldgruva. Tillsammans kan vi tack vare allas engagemang fortsätta använda registret till värdefull kvalitetsuppföljning och till att bedriva kvalitativ forskning.

Inom GynOp registret lägger vi stort fokus i nuläget på att öka den interna validiteten i det vi registrerar. Gällande bäckenbottenkirurgi har beslut fattats om att byta de befintliga enkätfrågorna om bäckenbottenbesvär till validerade frågor som har högsta rekommendationsgraden i ICS/IUGA. Dessa har gått i drift 2026.

Ett omfattande valideringsarbete har dessutom genomförts som visar att majoriteten av GynOps nyckelvariabler har en hög validitet. Artikeln är publicerad i ACTA och kan läsas i sin helhet via följande länk: [Assessment of the internal validity of the Swedish National Quality Register in Gynecological Surgery \(GynOp\) - PubMed](#)

Samtidigt har det pågått ett renoveringsprojekt där anamnes-, status- och operationsformuläret gällande bäckenbottenkirurgi genomgått omfattande förändringar. Ändringarna har diskuterats i UR-ARG. och med representanter från NHV-centra (vaginala nät, analsfinkterrekonstruktion och fisterlkiurgi). Under oktober 2025 lanserades den stora uppdateringen. Alla användare är hjärtligt välkomna att maila synpunkter till mig gällande hur ni tycker att slutresultatet blev.

## Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Analsfinkter	Ringmuskel i ändtarmen
Anamnes	Sjukdomshistoria. Patienten får svara på frågor om sina sjukdomar och besvär, det görs en undersökning och tas eventuella prover för att göra en anamnes.
Anatomisk	Som rör eller avser kroppens uppbyggnad
Apikal	”Från toppen”, vid apikal prolaps avser det framfall av livmodern eller av slidans topp om livmodern är bortopererad.
ASA-klassificering ASA-kategori	ASA-klassificering på svenska” är en svensk översättning av ”American Society of Anesthesiologists (ASA) Physical Status”. Det är en 6-gradig skala där: ASA 1 = Frisk, icke-rökare, ingen eller minimalalkoholkonsumtion. ASA 2 =En patient med lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning. Exempel inbegriper (men begränsas inte till), aktiv rökare, regelbunden alkoholkonsumtion utan beroende eller missbruk*, graviditet, övervikt (BMI 30–39), välkontrollerad diabetes/hypertoni, lindrig lungsjukdom.
Bakre plastik	Åtgärd av framfall när ändtarmen buktar ut i slidans bakvägg
BMI	Kroppsmasseindex eller BMI (efter engelskans Body Mass Index) är ett mått för en persons eventuella över- eller undervikt. BMI räknas ut genom att dela kroppsvikten i kg med kroppslängden (mätt i m) x 2 dvs kg/m <sup>2</sup> . Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) motsvaras normalvikt av ett BMI mellan 18.5 och 25.
Bulkmedel	Ett receptfritt läkemedel som ger avföringen en mjukare konsistens och gör det lättare att bajs vid besvär med trög mage.
Cervixamputation	Borttagande av livmodertappen
Cochrane	Cochrane är ett globalt nätverk av forskare som sammanställer vetenskapliga översikter och summerar bästa tillgängliga evidens av forskning. Cochrane’s arbete anses vara en internationell måttstock för högkvalitativ, tillförlitlig information.
Compartment	Inom urogynekologin pratas det om tre olika ”compartments” eller områden i slidan. Med främre compartment menas slidans framvägg och underliggande urinblåsa. Med mitt-compartment menas slidans topp och livmodern. Med bakre compartment menas slidans bakvägg och underliggande tarm samt mellangården.
Demografiska karakteristika	Demografi = befolkningslära, karakteristika = kännetecken
Dikotomiserad	Dikotomi betyder uppdelning av en helhet i två separata delar. Exempel: att en fråga som är uppdelad med mer än två svarsalternativ, t ex ”aldrig, nästan aldrig, ibland, ofta, mycket ofta” har grupperats om till enbart två alternativ, t ex att de tre första sätts som ”sällan” och de två senare sätts som ”ofta”. Används bland annat vid jämförelser och presentation av data.
Evidens	Bevis eller belagd kunskap
Fascia	En fibrös bindvävshinna som har som främsta uppgift att hålla muskler och muskelgrupper på plats när muskeln drar ihop sig
FDA	Food and Drug Administration, USA:s motsvarighet till Läkemedelsverket. FDA är de som godkänner att läkemedel får användas i USA.
Främre plastik	Åtgärd av framfall när urinblåsan buktar ut i slidans framvägg
Globuskänsla	Känsla att något buktar ut i eller ut ur slidan
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
ICS	International Continence Society
Implantat	Syntetiskt nät som används för att förstärka upphängningen av framfallet.
IUGA	International Urogynecological Association

Konsensus	Samstämmighet, att alla är överens om att något är/ska vara på ett visst sätt
Konvalescens	Tidsperioden för tillfrisknande efter en sjukdom eller operation
Korrelera	Stå i samband med, samverka med
Levator(muskel)	Muskelgrupp av tvärstrimmiga muskler i bäckenbotten. Fäster i bäckenbenet framtill och i svanskotan baktill.
Midline plication	En operationsteknik där operatören med stygn för ihop slidväggens bindväv från sidan till mitten.
Perinealkropp	Mellangården, muskelfäste mellan slidmynningen och ändtarmsöppningen
Perineorafif	Kirurgiskt ingrepp där mellangårdens muskelfästen återskapas så att mellangården (perinealkroppen) byggs upp.
Postoperativ	Efter operationen
Primär operation	Den första gången patienten opereras på grund av framfall.
Proktocele	En typ av framfall där ändtarmen buktar ut i sidan
Prolabera	Att ett mjukt, inre organ glider ut eller faller ner, till exempel sidan eller livmodern/livmodertappen vid framfall. Kommer från ordet prolaps.
Prolaps	Framfall
Recidiv	Återfall av sjukdom eller besvär
Sakrokolpopexi, sakrohysteropexi	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd. Ett nät sys fast på slidans fram och bakvägg samt fästes bak mot det framskjutande partiet vid övergången mellan sista ländkotan och korsbenet (promontoriet).
Sakrospinosusfixation	En operationsmetod som syftar till att återskapa livmoderns eller slidtoppens stöd genom att med hjälp av suturmateriel eller nät fästa dessa mot ett ligament inne i bäckenet som heter sakrospinosusligamentet.
Sensitivitet	Begreppet används för att beskriva hur känsligt ett diagnostiskt test är. Sensitiviteten är andelen sjuka som identifieras med ett test. Hög sensitivitet innebär att testet hittar stor andel av dem som har sjukdomen.
Site-specific repair	En operationsteknik där operatören med stygn lagar specifika hål i slidans bindväv.
Specificitet	Specificitet är andelen friska som friskförklaras med ett test.
Ur-ARG	Vetenskaplig arbetsgrupp för urogynekologi inom specialistföreningen för obstetrik och gynekologi.
Urinretention	Oförmåga att tömma urinblåsan när man kissar

## Referenser

1. Friedman T, Esllick GD, Dietz HP. Risk factors for prolapse recurrence: systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J* 2018;29:13-21.
2. Salvatore S, Athanasiou S, Digesu GA, et al. Identification of risk factors for genital prolapse recurrence. *Neurourol Urodyn* 2009;28:301-4.
3. Ismail S, Duckett J, Rizk D, et al. Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion. *Int Urogynecol J* 2016;27:1619-32.
4. Bohlin KS, Ankardal M, Nüssler E, Lindkvist H, Milsom I. Factors influencing the outcome of surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J* 2018;29:81-9.
5. Bump RC, Mattiasson A, Bo K, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:10-7.
6. Barber MD, Neubauer NL, Klein-Olarte V. Can we screen for pelvic organ prolapse without a physical examination in epidemiologic studies? *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:942-8.
7. Barber MD, Brubaker L, Nygaard I, et al. Defining success after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2009;114:600-9.
8. Miedel A, Tegerstedt G, Morlin B, Hammarstrom M. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1593-601.
9. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, et al. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J* 2018;29:431-40.
10. Maher CF, Baessler KK, Barber MD, et al. Surgical management of pelvic organ prolapse. *Climacteric* 2019;22:229-35.
11. Bergman I, Soderberg MW, Kjaeldgaard A, Ek M. Does the choice of suture material matter in anterior and posterior colporrhaphy? *Int Urogynecol J* 2016;27:1357-65.
12. Bergman I, Westergren Söderberg M, Ek M. Perineorrhaphy Compared With Pelvic Floor Muscle Therapy in Women With Late Consequences of a Poorly Healed Second-Degree Perineal Tear: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2020
13. Summers A, Winkel LA, Hussain HK, DeLancey JO. The relationship between anterior and apical compartment support. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:1438-43.
14. Lowder JL, Park AJ, Ellison R, et al. The role of apical vaginal support in the appearance of anterior and posterior vaginal prolapse. *Obstet Gynecol* 2008;111:152-7.
15. Eilber KS, Alperin M, Khan A, et al. Outcomes of vaginal prolapse surgery among female Medicare beneficiaries: the role of apical support. *Obstet Gynecol* 2013;122:981-7.
16. Maher C, Feiner B, Baessler K, Christmann-Schmid C, Haya N, Brown J. Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;10:Cd012376.
17. Brunes M, Johannesson U, Drca A, Bergman I, Söderberg M, Warnqvist A, Ek M. Recurrent surgery in uterine prolapse: A nationwide register study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2022
18. Enklaar RA, Schulten SFM, van Eijndhoven HWF, Weemhoff M, van Leijsen SAL, van der Weide MC, van Bavel J, Verkleij-Hagoort AC, Adang EMM, Kluivers KB; SAM Study Group. Manchester Procedure vs Sacrospinous Hysteropexy for Treatment of Uterine Descent: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2023.