

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2025

Författare:

Sophia Ehrström

Registeransvarig för delregistret för hysterektomi
på benign indikation

Considra Meliva, Nacka sjukhus

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2026-05-11



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning.....	2
Tidsperiod.....	2
Registreringar	2
Antal utförda operationer per månad och år	3
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	3
Besvär som föranleder operation	5
Demografi.....	6
BMI	6
ASA-klass	7
Utförda operationer	8
Operationstid	20
Operationsmetoder.....	22
Uterusvikt	25
Tidigare bukkirurgi	32
Konvertering.....	33
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid	38
Dagar till normal ADL	39
Vårdtid.....	40
Komplikationer	43
Clavien-Dindo - klassificering av komplikationer	46
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	48
Infektioner	48
Resultat 1 år efter operation.....	49
Högvolymkliniker	51
Avslutning.....	55

Inledning

Under det senaste decenniet har minimalinvasiva tekniker blivit dominerande vid hysterektomi för benign indikation i Sverige. Vaginala tekniker inklusive vNOTES, laparoskopi och robotassisterad laparoskopi erbjuder mindre vävnadstrauma, kortare vårdtider och snabbare återgång till normala vardagsaktiviteter jämfört med öppen kirurgi. Dessa tekniker har därmed satt en ny standard för kirurgisk behandling av blödningsrubbingar, myom, endometrios och andra benigna tillstånd. Trots den teknologiska utvecklingen finns fortsatt regionala skillnader i tillgången till minimalinvasiv kirurgi, relaterade till resursläge, utbildningsnivå och operationsvolymer.

Denna årsrapport belyser användningsgraden av minimalinvasiv hysterektomi i Sverige, kartlägger regional tillgänglighet, och analyserar komplikationsmönster för att ge underlag för kvalitetsförbättringar, patientsäkerhet och jämlik vård.

Tidsperiod

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-årskäten har operationer gjorda under år 2024 använts.

Registreringar

År 2025 registrerades 3292 hysterektomier på benign indikation i GynOp. Sammantaget skedde registrering vid 44 kliniker.

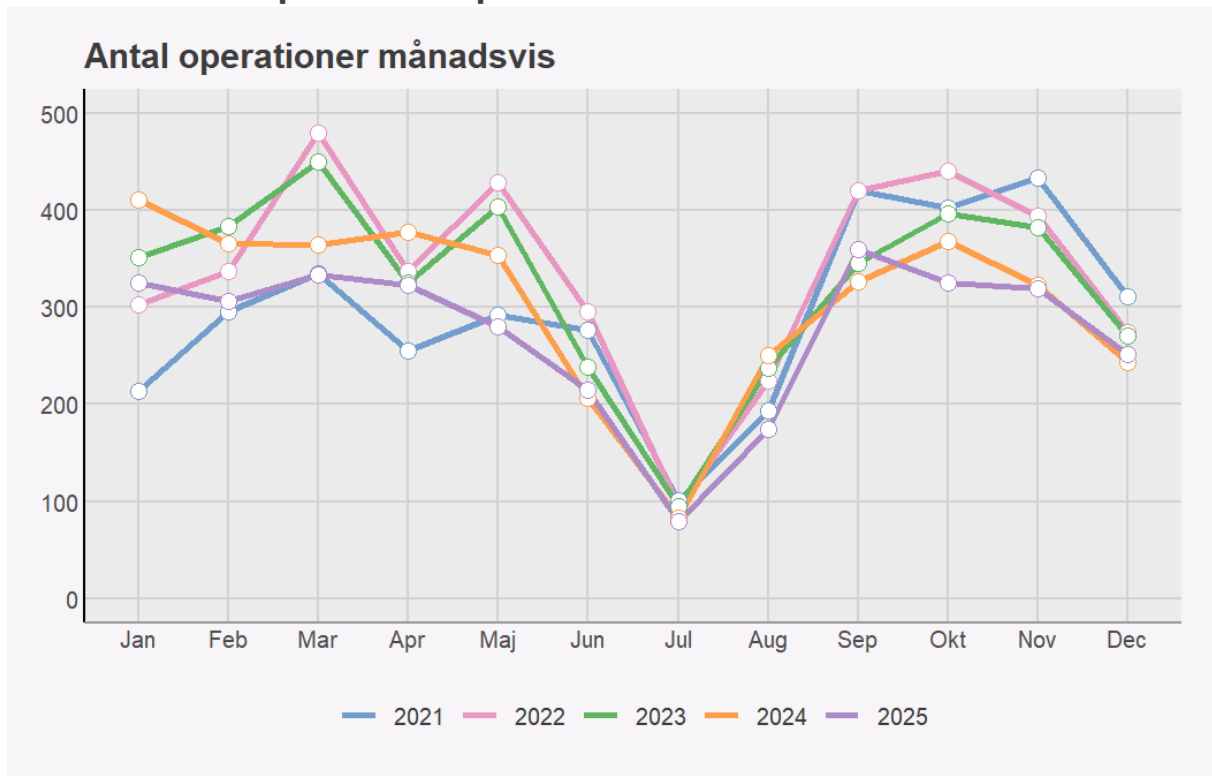
Svarsfrekvensen för ifylld enkät 8 veckor efter operation hela landet är i genomsnitt 87%.

Antal utförda inom NHV-uppdraget för endometrios kan ses i tabellen nedan. Dessa är borttagna från denna rapport.

Tabell 1. Antal hysterektomier registrerade inom NHV-uppdraget för endometrios.

År	NHV Endometrios
2023	43
2024	107
2025	109

Antal utförda operationer per månad och år



Figur 1. Antal operationer månadsvis de senaste fem åren.

KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

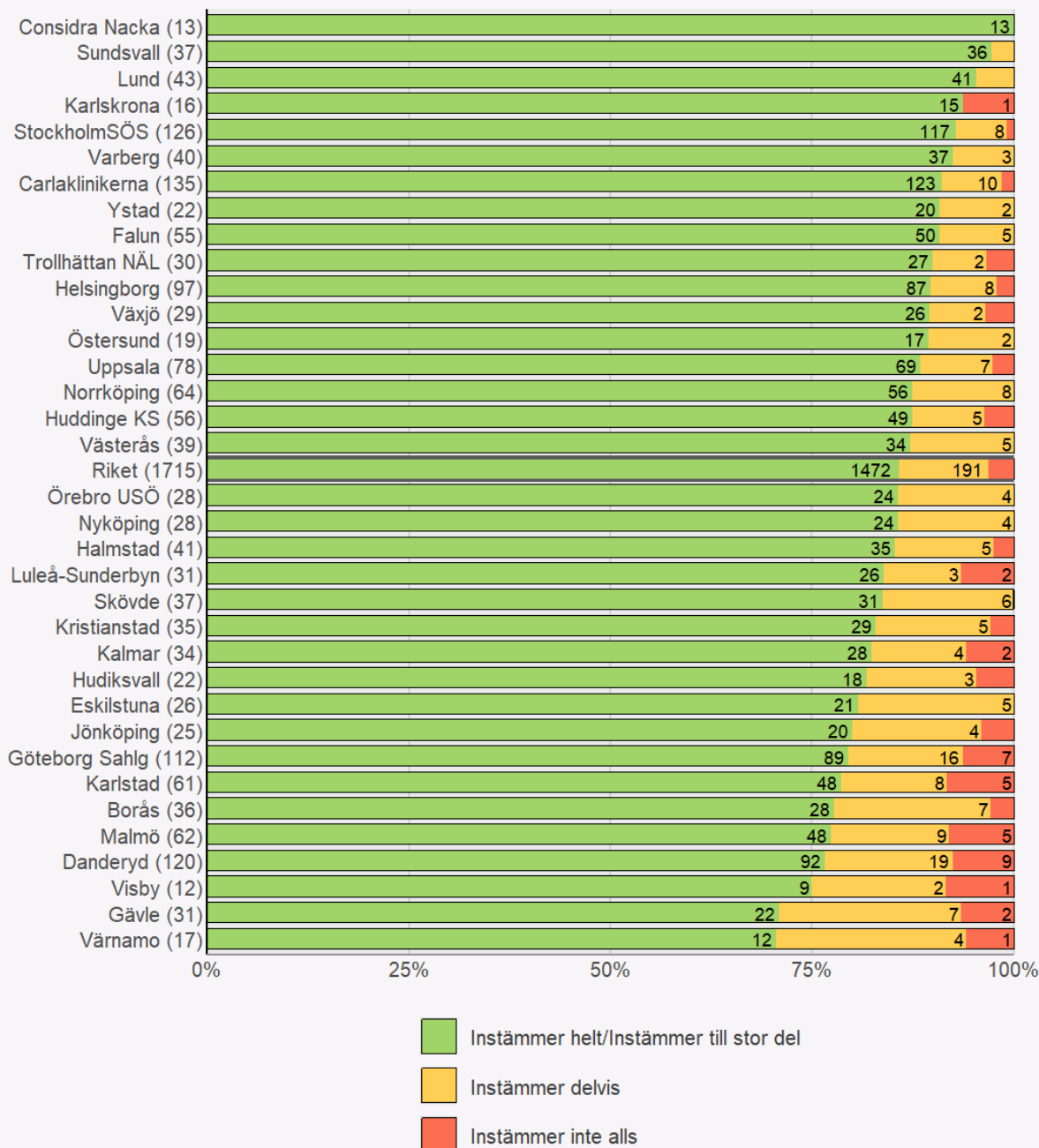
Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

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 årsrapporten visar vi fråga 4, "Jag fick bra information om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten". Informationen skattas ha hög eller mycket hög betydelse för patienten.

Det pågår ett arbete inom SFOG:s arbets- och referensgrupp för benign gynekologisk kirurgi (BENK-ARG), som håller på att utarbeta nationella patientinformationer för abdominell, laparoskopisk (inkl. robotassisterad) och vaginal (inkl. vNOTES) hysterektomi. Målet är att patientinformationen blir så jämlik som möjligt i riket på de kliniker som utför hysterektomi på benign indikation.

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



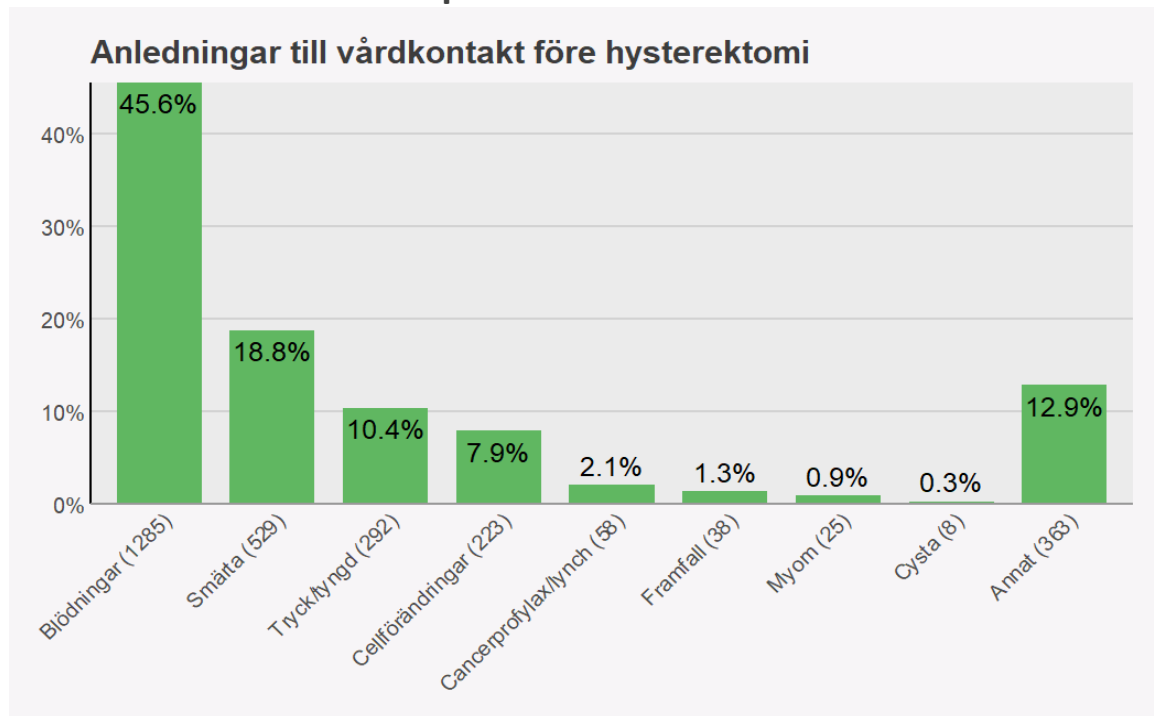
Figur 2. Bra info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig.

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

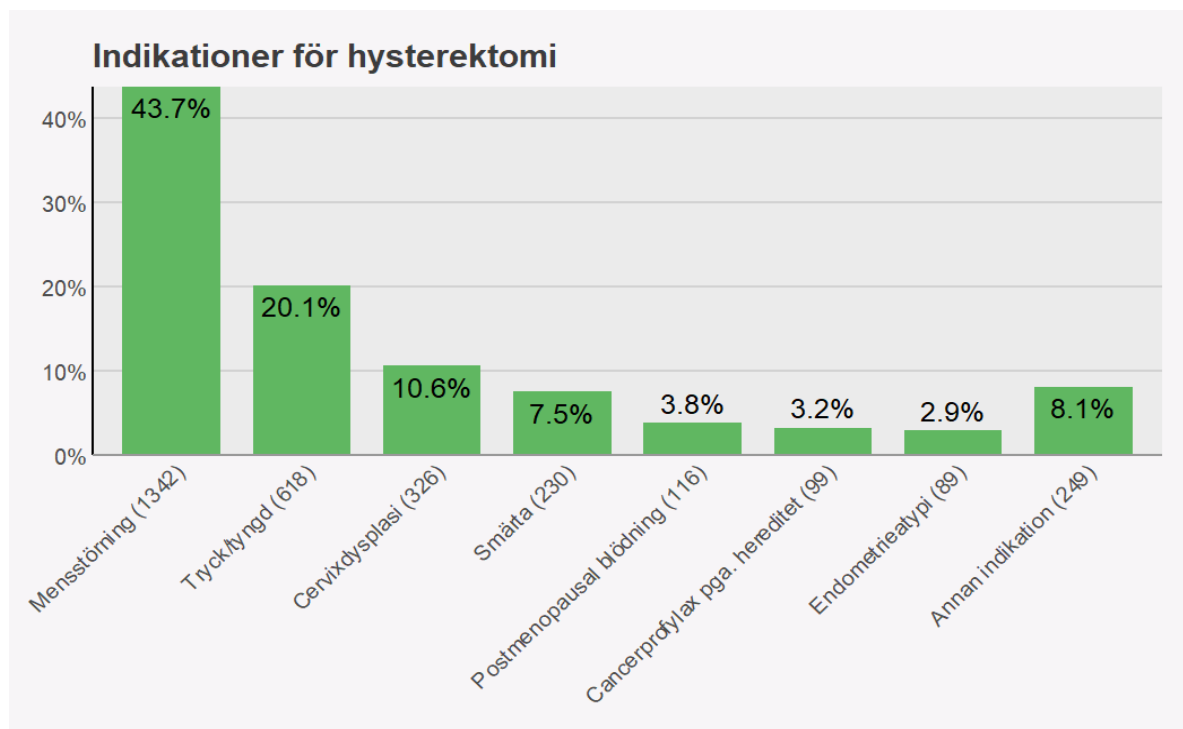
Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	8	1489	0,5%
Av ganska stor betydelse	42	1489	2,8%
Av stor betydelse	347	1489	23,3%
Av allra största betydelse	1092	1489	73,3%

Besvär som föranleder operation



Figur 3. Anledningar till vårdkontakt före hysterektomi.

Figur 3 är baserad på patientens svar kring vilka besvär som rankades som viktigast som anledning till hysterektomi på benign indikation. Terapiresistenta blödningar är den vanligaste orsaken till hysterektomi, följt av smärta och tryck. I gruppen "annat" rymms textsvar som för det mesta kan sorteras in i de övriga staplarna.

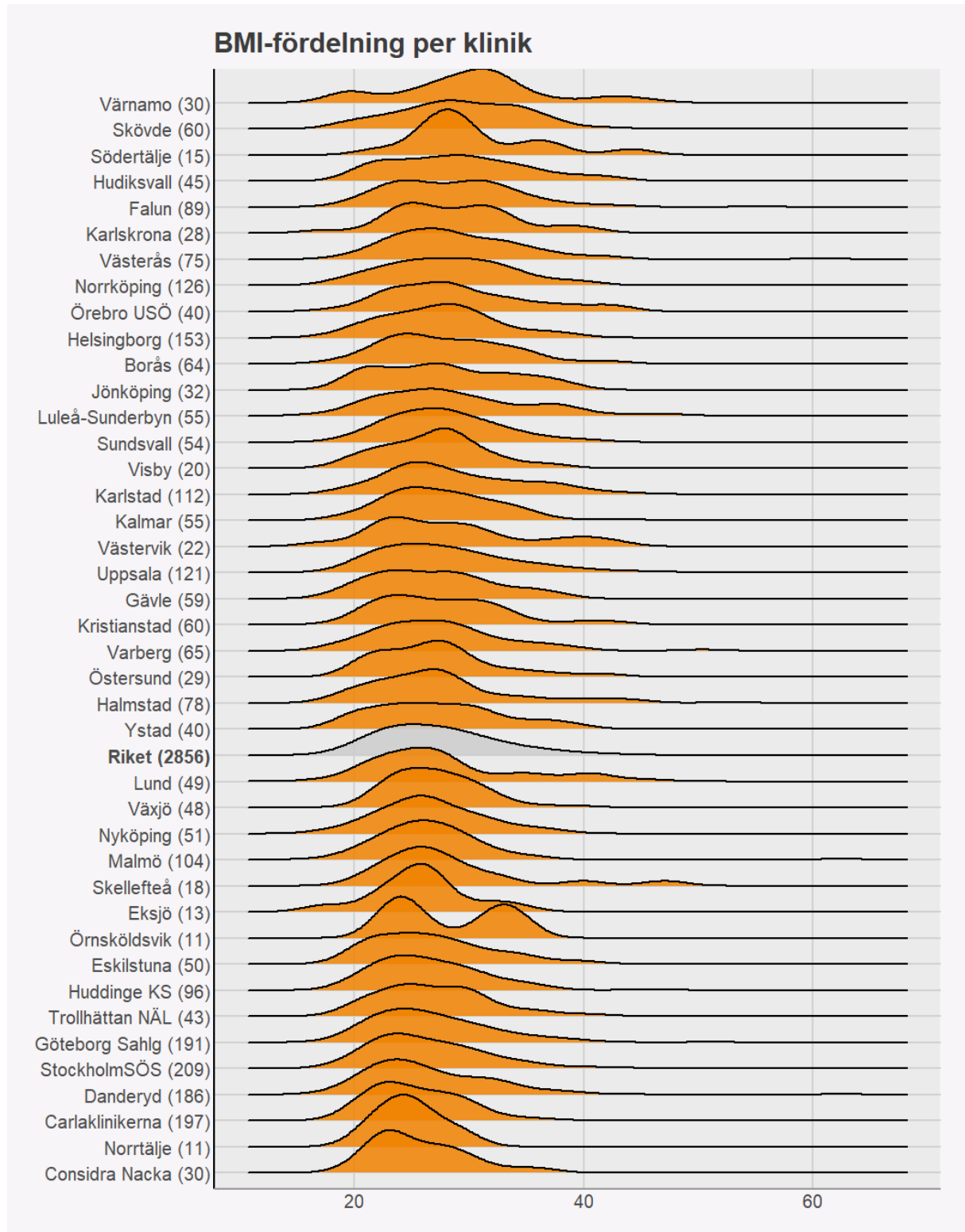


Figur 4. Indikationer för hysterektomi.

Indikationer för hysterektomi följer samma mönster.

Demografi

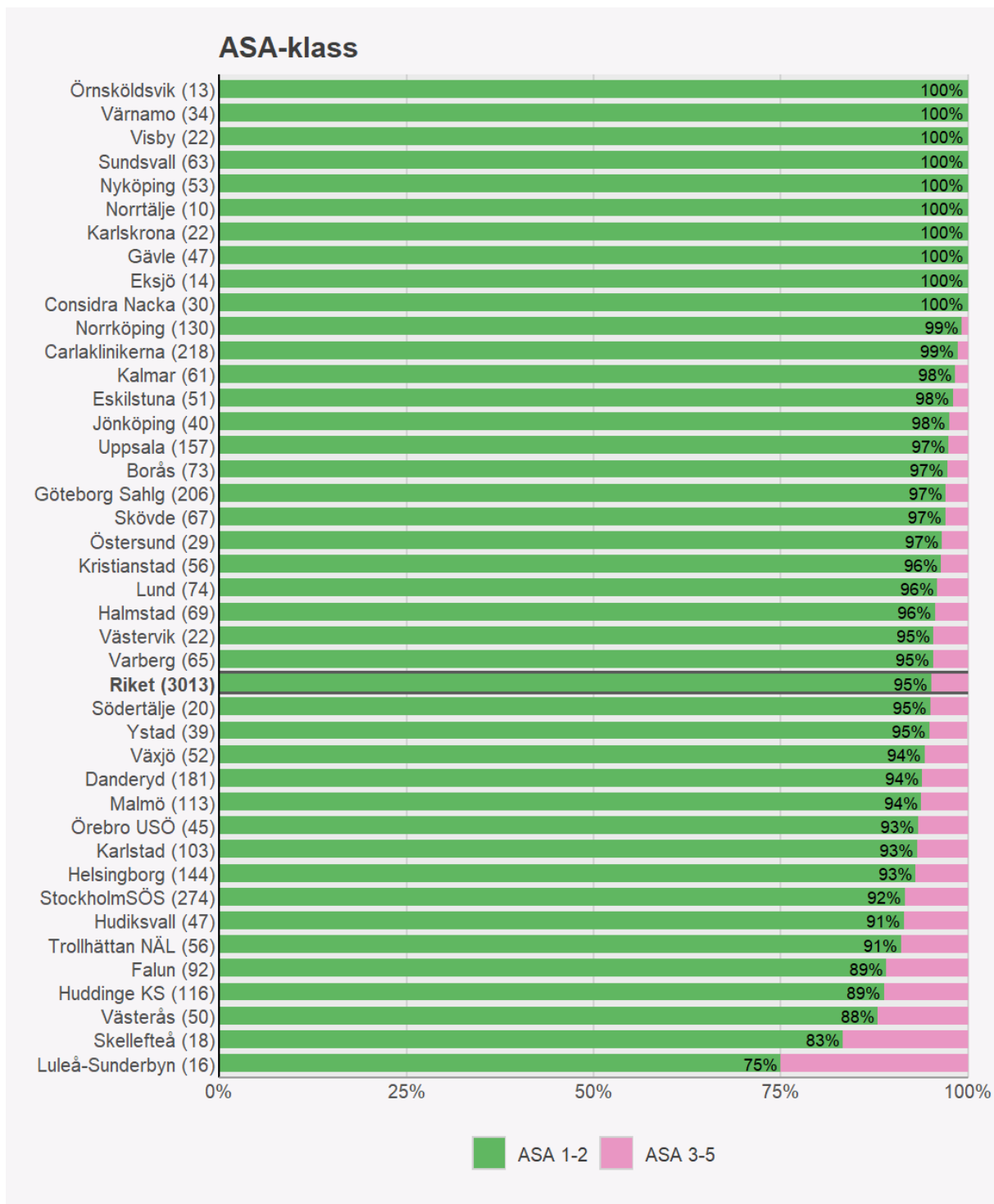
BMI



Figur 5. BMI-fördelning per klinik.

BMI är jämnt fördelat mellan klinikerna.

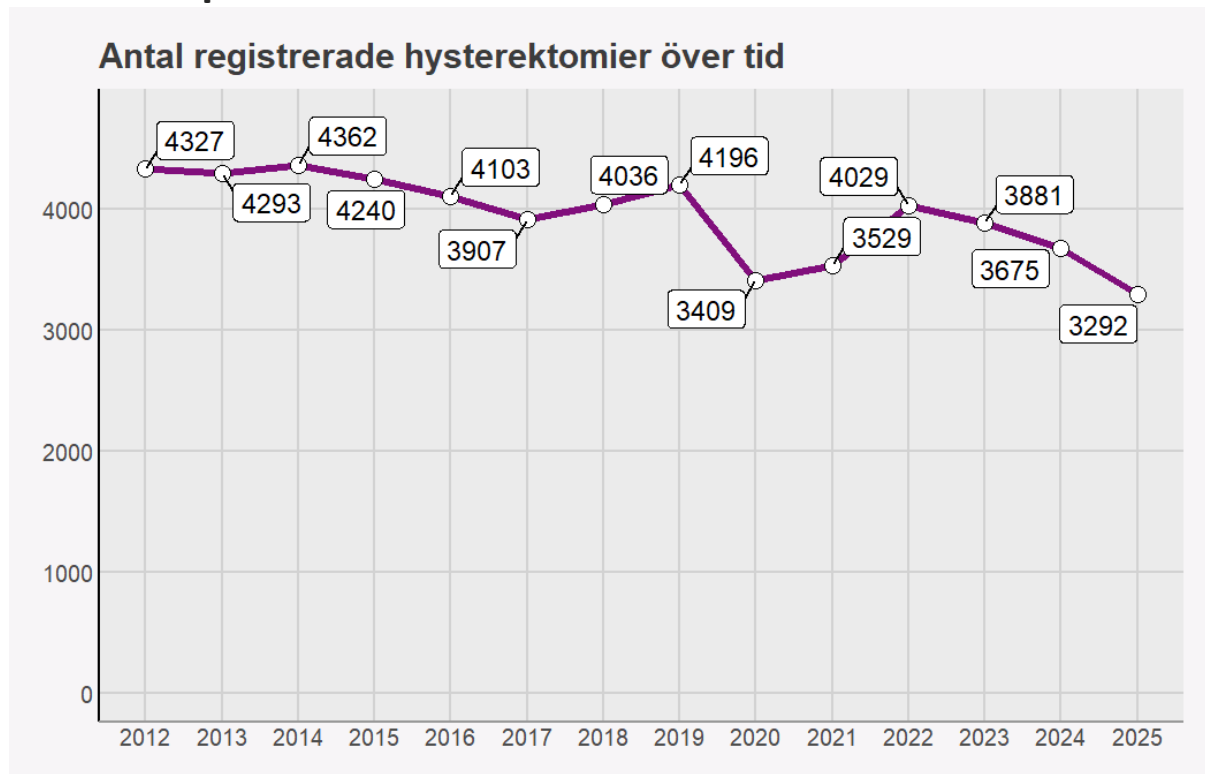
ASA-klass



Figur 6. ASA-klass.

De flesta som genomgår hysterektomi tillhör ASA-klass 1–2.

Utförda operationer



Figur 7. Antal registrerade hysterektomier över tid

Antalet hysterektomier sjunker stadigt över tid, vilket kan vara uttryck för minskad tillgänglighet eller kan spegla att patienter inte vill genomgå hysterektomi och i stället önskar uterusbevarande behandling.

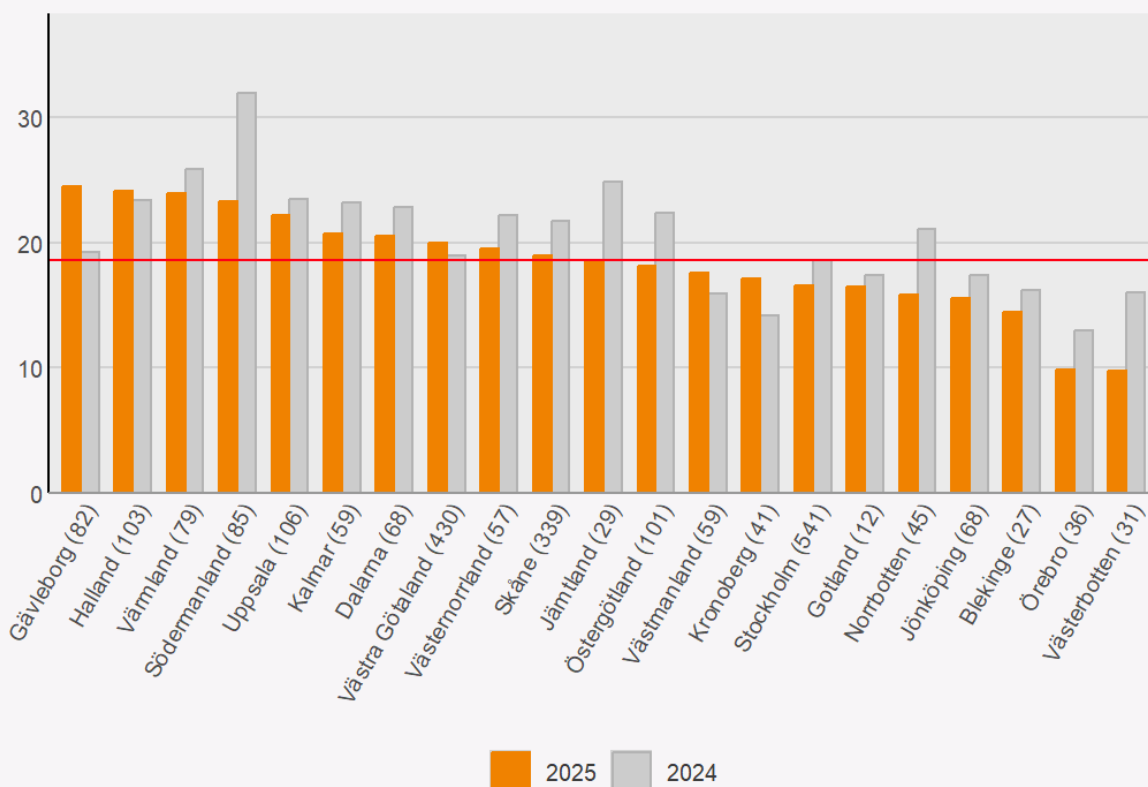
Förbättrade medicinska behandlingsmetoder utöver LARC såsom Mirena och p-stav (som har funnits i många år), modernare kombinerade p-piller och gestagener är till exempel GnRH-antagonister (finns i Sverige i kombinationspreparatet Ryeqo).

En ökad användning av konservativa behandlingar som intrauterin kirurgi och abdominell myomenukleation kan påverka. Radiofrekvensbehandling, mikrovågsablation och embolisering av myom kan eventuellt också minska frekvensen hysterektomier.

I och med plattformbytet i april 2026, kommer de konservativa kirurgiska behandlingsmetoderna följas i Hysterektomiregistret, så att vi kan ta reda på volymer, säkerhet och resultat. Delregistret passar i samma veva på att byta namn till Uteruskirurgi.

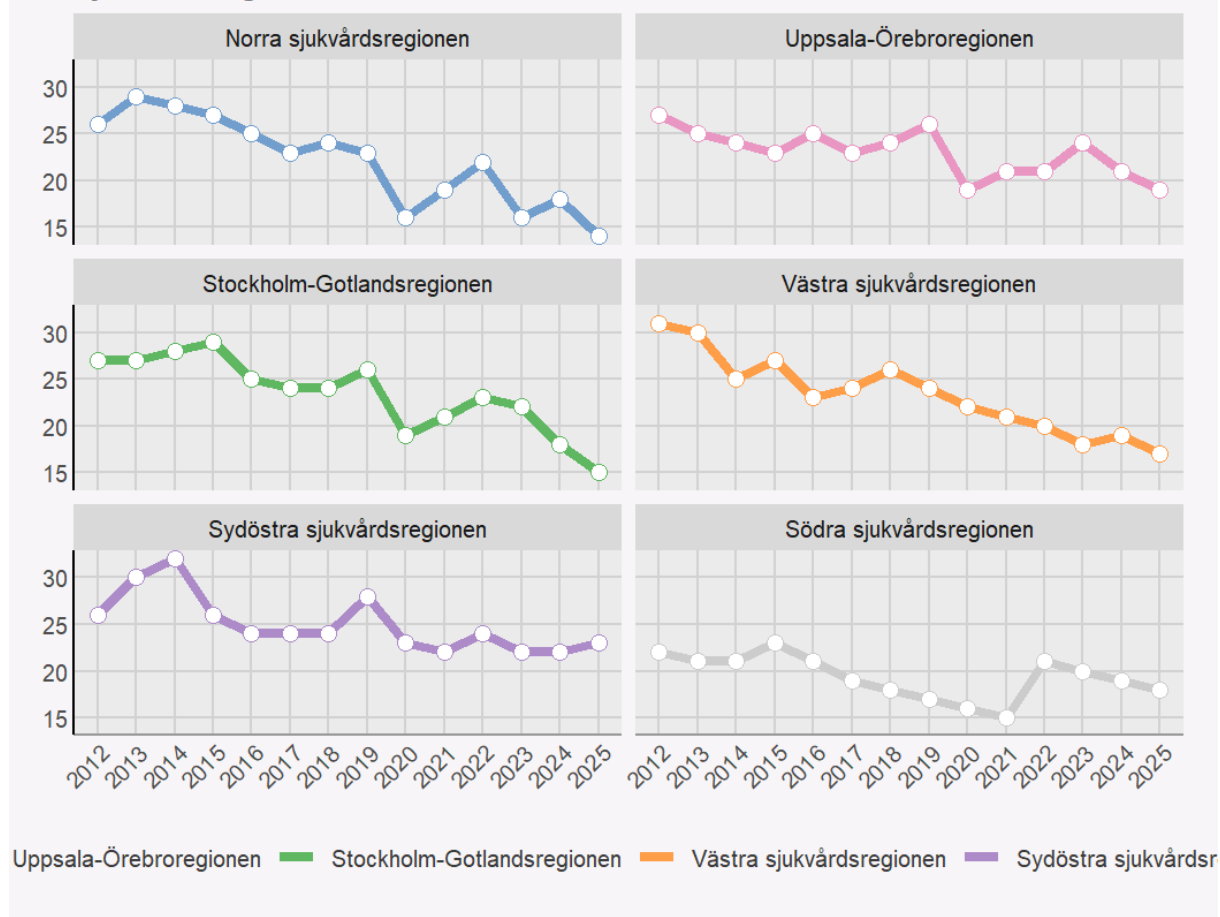
Hysterektomier per 10 000 kvinnor, hemregion

40 - 60 år



Figur 8. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år) där de är skrivna, hämtat från Gynop-registret och SCB år 2025. Inom parentes visas antalet opererade för år 2025. Den röda horisontella linjen är medianen av antal hysterektomier/10 000 kvinnor år 2025 för riket.

Antal hysterektomier per 10 000 över tid Sjukvårdsregion

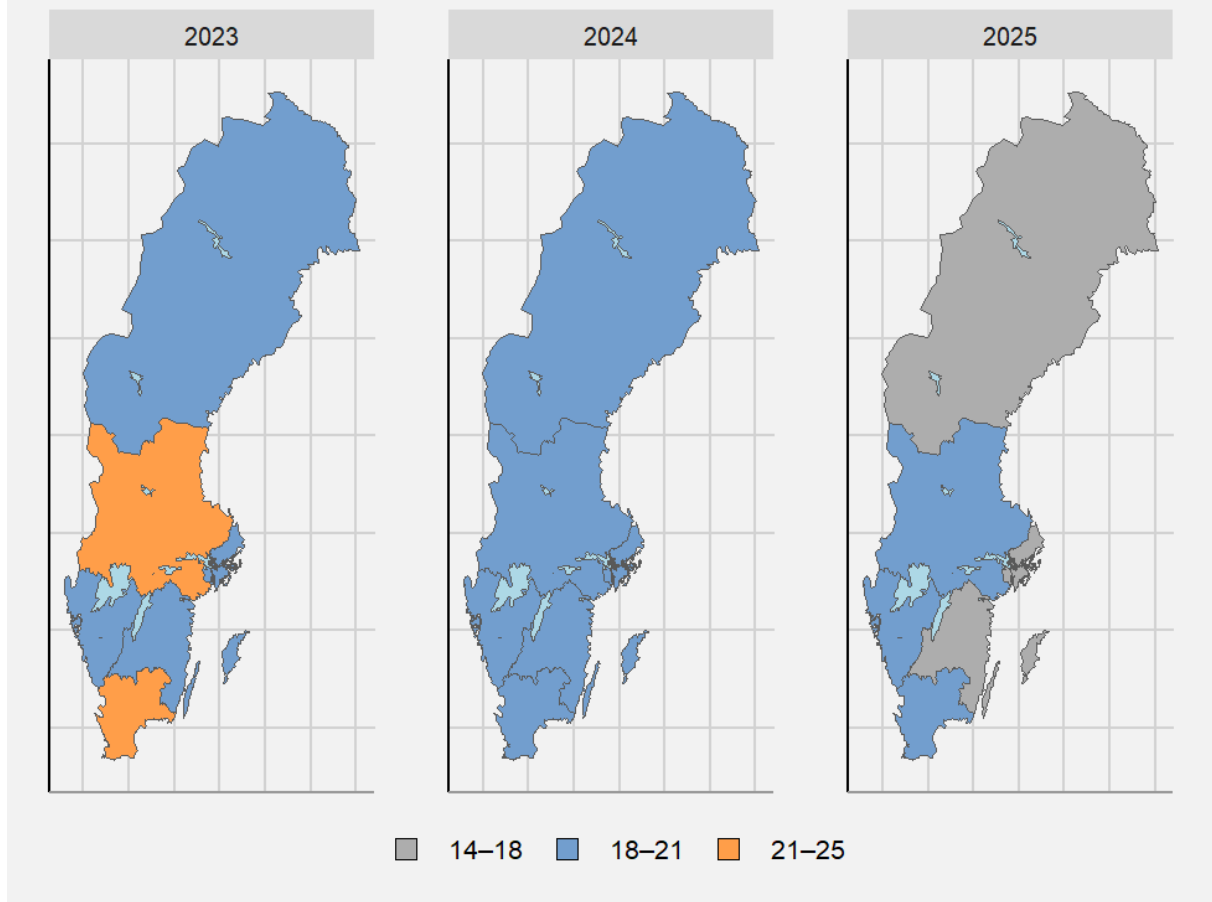


Figur 9. Utvecklingen av antal hysterektomier över tid/sjukvårdsregion

Antalet hysterektomier sjunker i samtliga sjukvårdsregioner (figur 9).

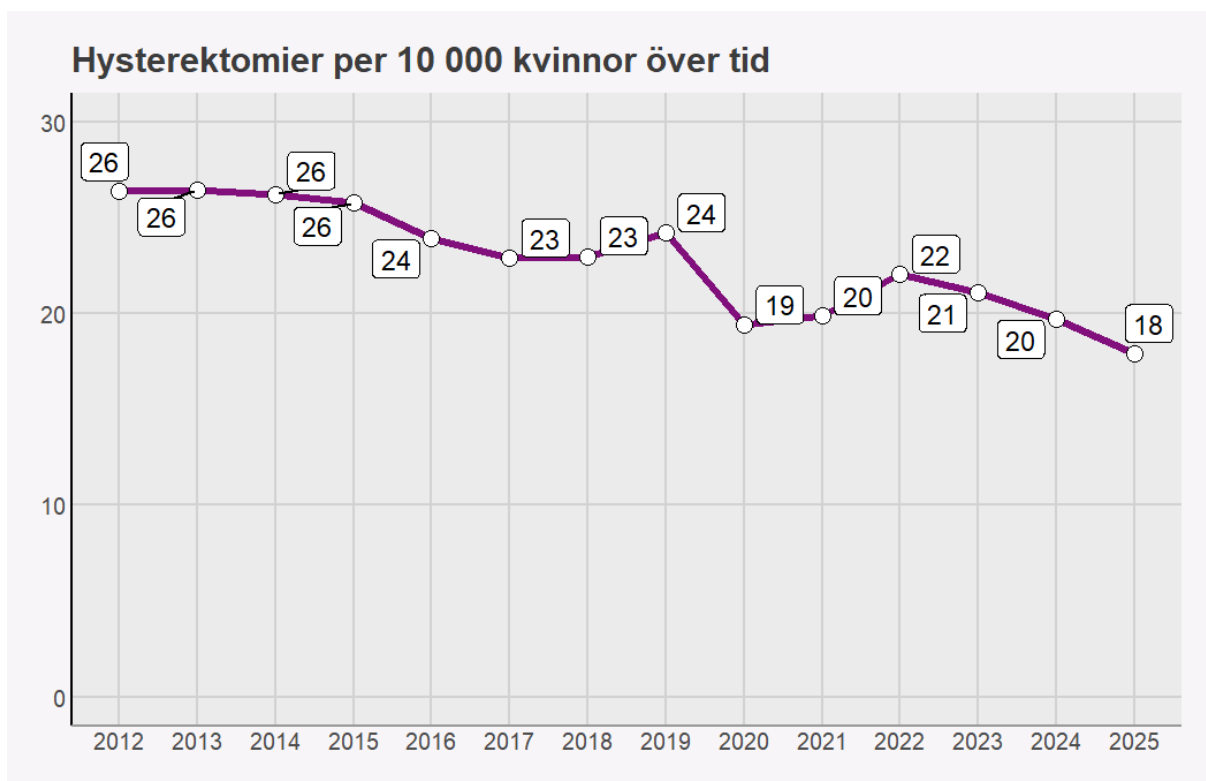
Bäst är tillgången i Uppsala-Örebro och i Sydöstra sjukvårdsregionen. Lägst är tillgången i Norra sjukvårdsregionen och i Stockholm-Gotlandregionen.

Hysterektomier per 10 000 kvinnor inom hemsjukvård 2023–2025



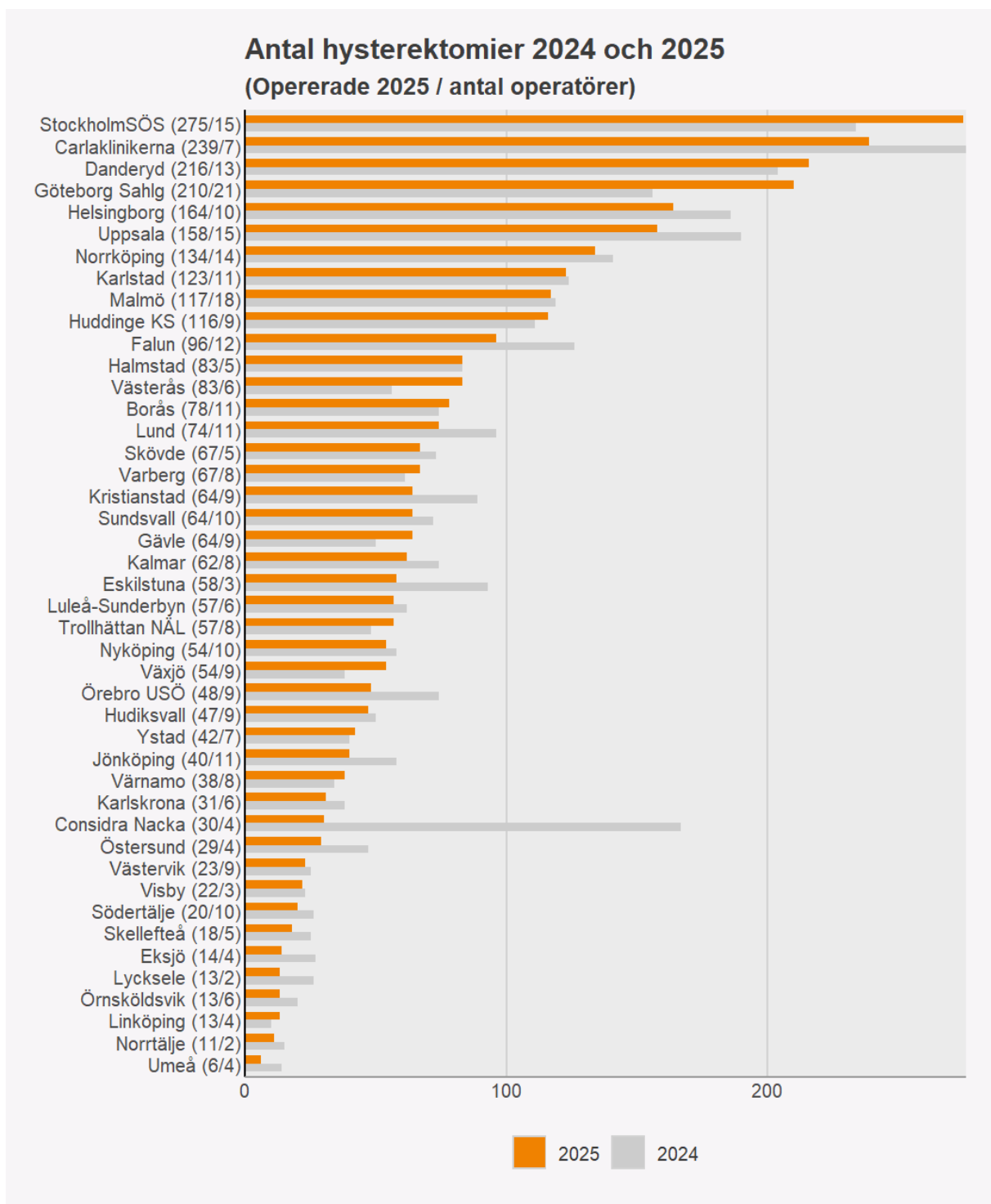
Figur 10. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (40–60 år), fördelat på hemsjukvårdsregion hämtat från Gynop-registret och SCB från år 2023 till 2025.

Figur 10 visar ett geografiskt visuellt sätt att illustrera hur antalet hysterektomier har sjunkit över tid.



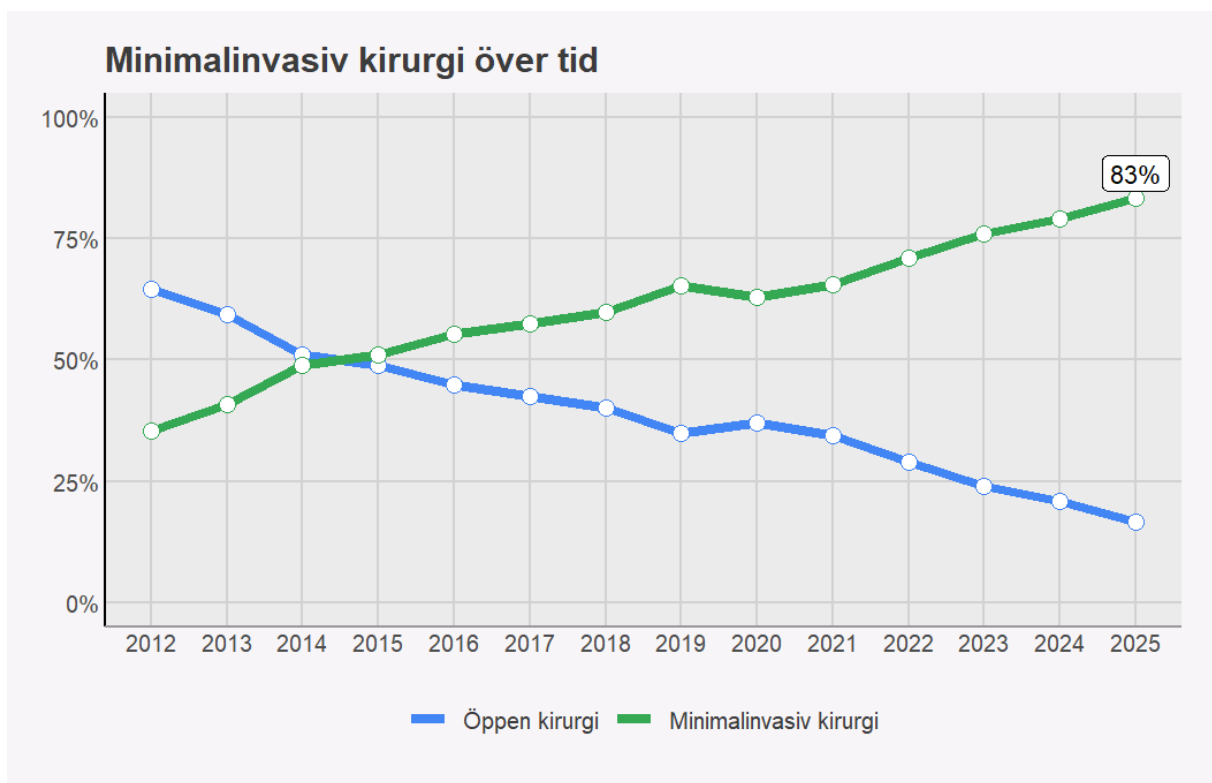
Figur 12. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2012 till 2025.

De senaste 14 åren har antalet hysterektomier per 10 000 kvinnor stadigt sjunkit, i år är siffran lägre än under pandemiåren.



Figur 13. Antal registrerade hysterektomier år 2024 och 2025.

Gällivare, Meliva S:t Göran och Sabbatsberg utförde inga hysterektomier år 2025. Considra Nacka utförde 30 hysterektomier, att jämföra med 230 hysterektomier år 2024 och 280 under år 2023. Region Stockholms sjukhus har under motsvarande period ökat antalet hysterektomier med 50/år, i stort sett utförda av Södersjukhuset. Övriga sjukhus i Stockholmsregionen har sammantaget inte ökat sina volymer. Den minskade tillgängligheten förklarar troligen nedgången i antalet hysterektomier i Stockholmsregionen; vilket även påverkar nationella data, eftersom 25% av rikets hysterektomier sker i huvudstadsregionen. I övriga regioner har det skett små förändringar.

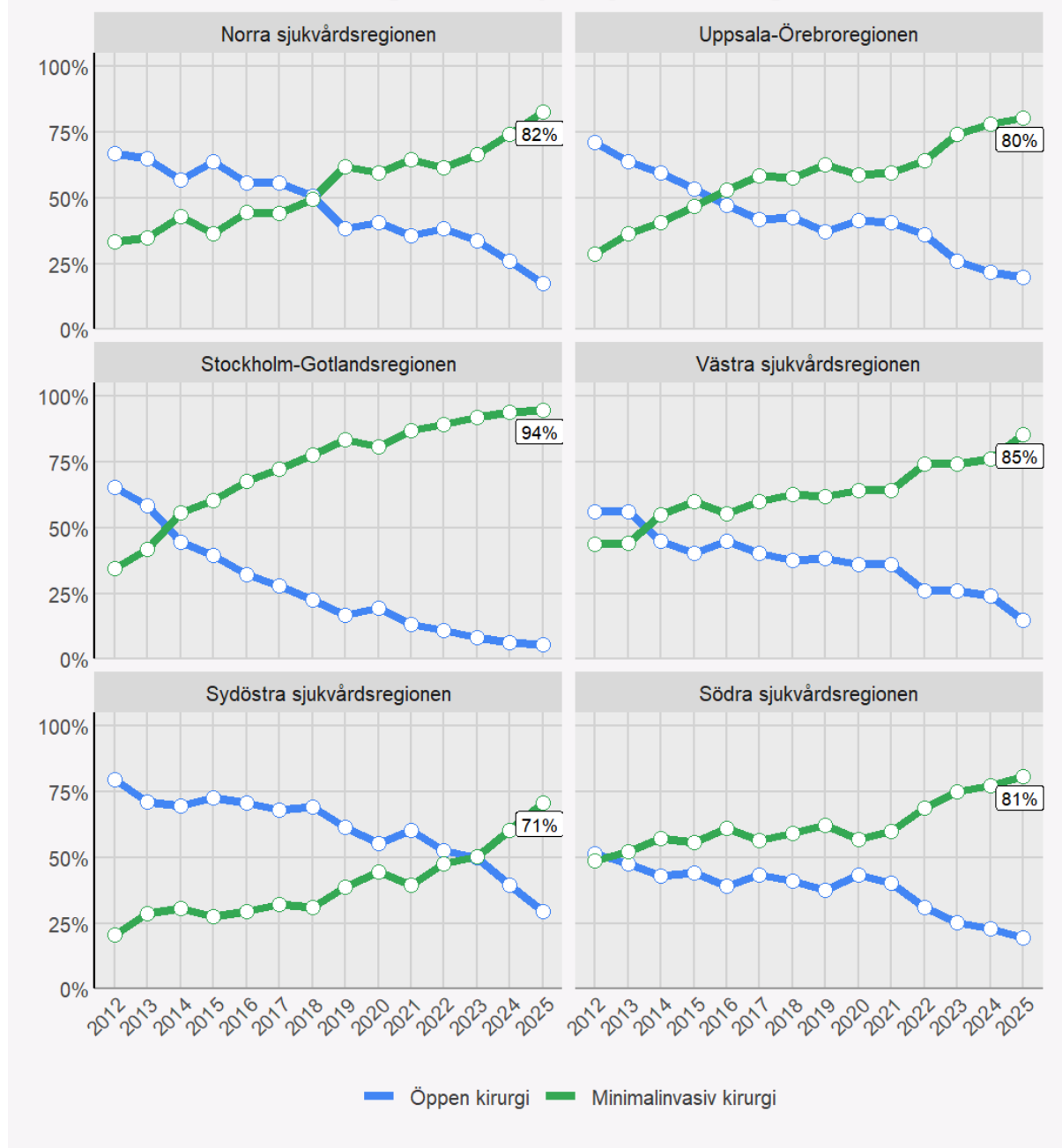


Figur 14. Minimalinvasiv kirurgi över tid.

Andelen minimalinvasiv hysterektomi 2025: **83%**.

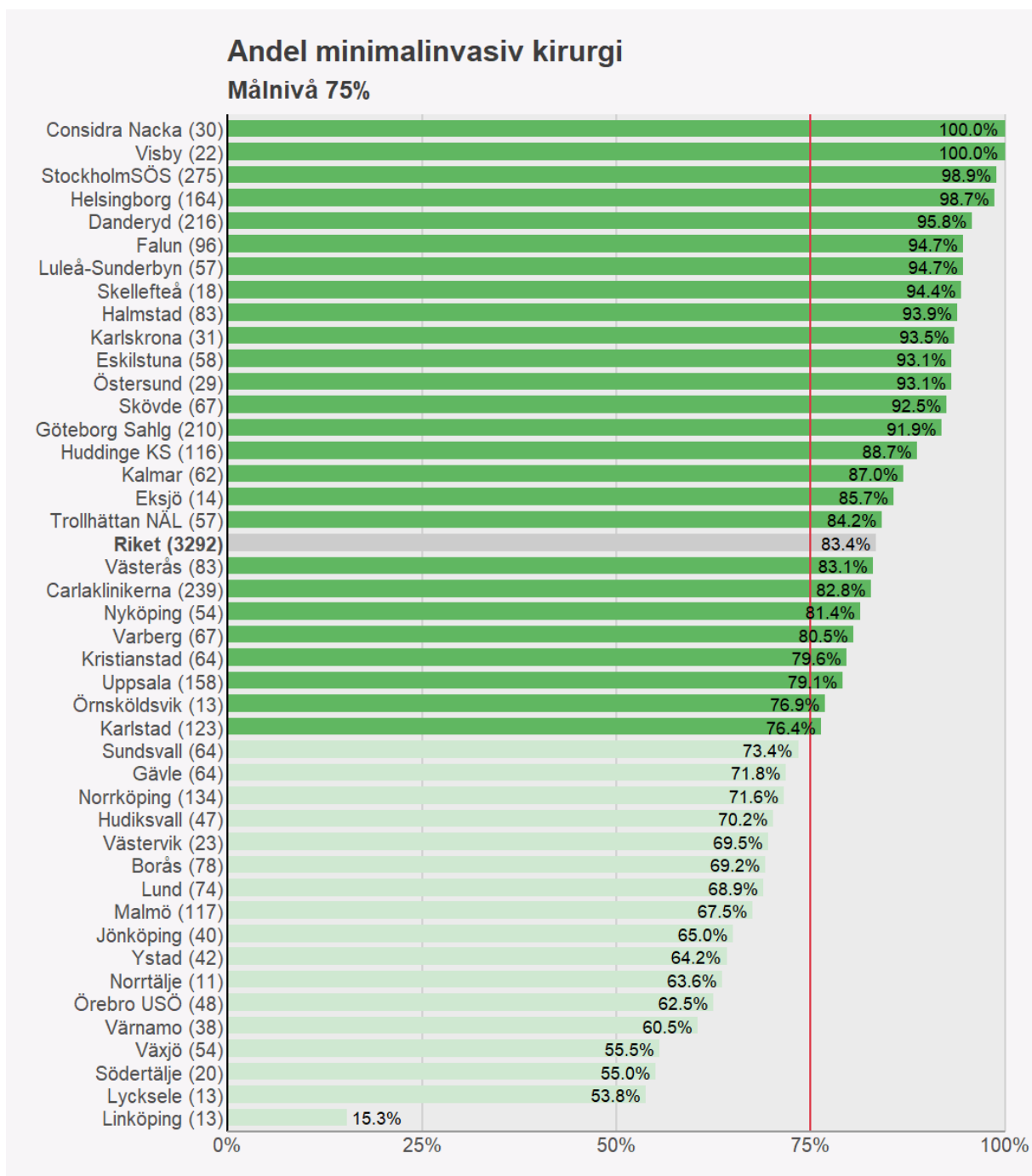
Detta är alltid lika roligt att presentera: Andelen minimalinvasiv kirurgi har ökat för varje år det senaste decenniet.

Minimalinvasiv kirurgi över tid per sjukvårdsregion



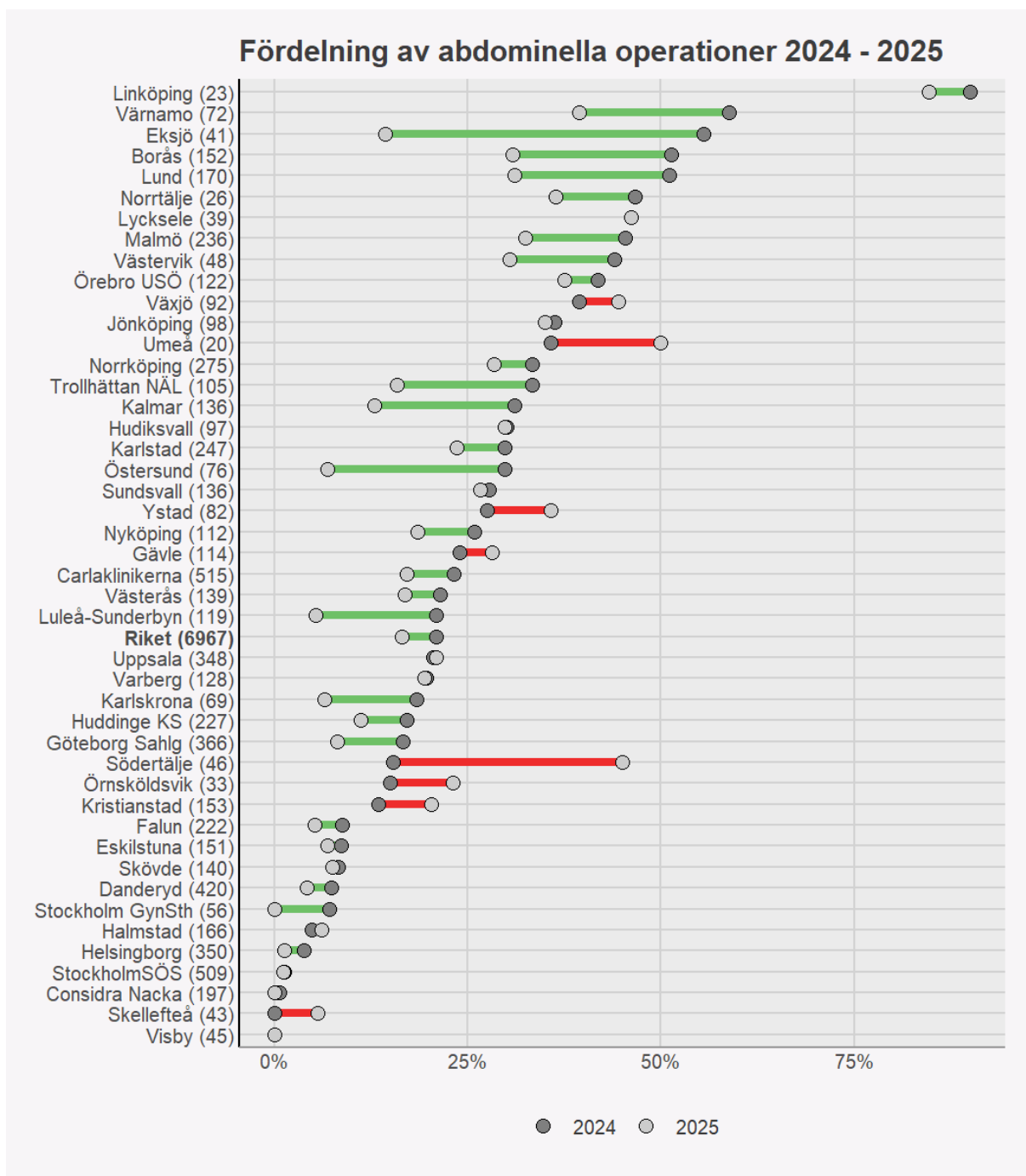
Figur 15. Minimalinvasiv kirurgi över tid per sjukvårdsregion.

En region tycks ha en bit kvar i övergången till minimalinvasiv kirurgi, men är på god väg. Samtliga regioner utom Sydöstra sjukvårdsregionen presenterar procentsiffror över 80% minimalinvasiv kirurgi vid hysterektomi på benign indikation. Stockholmsregionen har presterat en andel minimalinvasiv kirurgi över 90 % sedan år 2022, något som alla regioner borde kunna uppnå.



Figur 16. Andel minimalinvasiv kirurgi

Considra Nacka och Visby opererar 100 % av sina hysterektomier med minimalinvasiv kirurgi, följt av Södersjukhuset och Helsingborg knappt 99%. Vid 14 svenska kliniker genomförs över 90% av hysterektomierna minimalinvasivt. Många kliniker arbetar aktivt med att öka andelen minimalinvasiv kirurgi (figur 16–17, tabell 3). Bra jobbat!

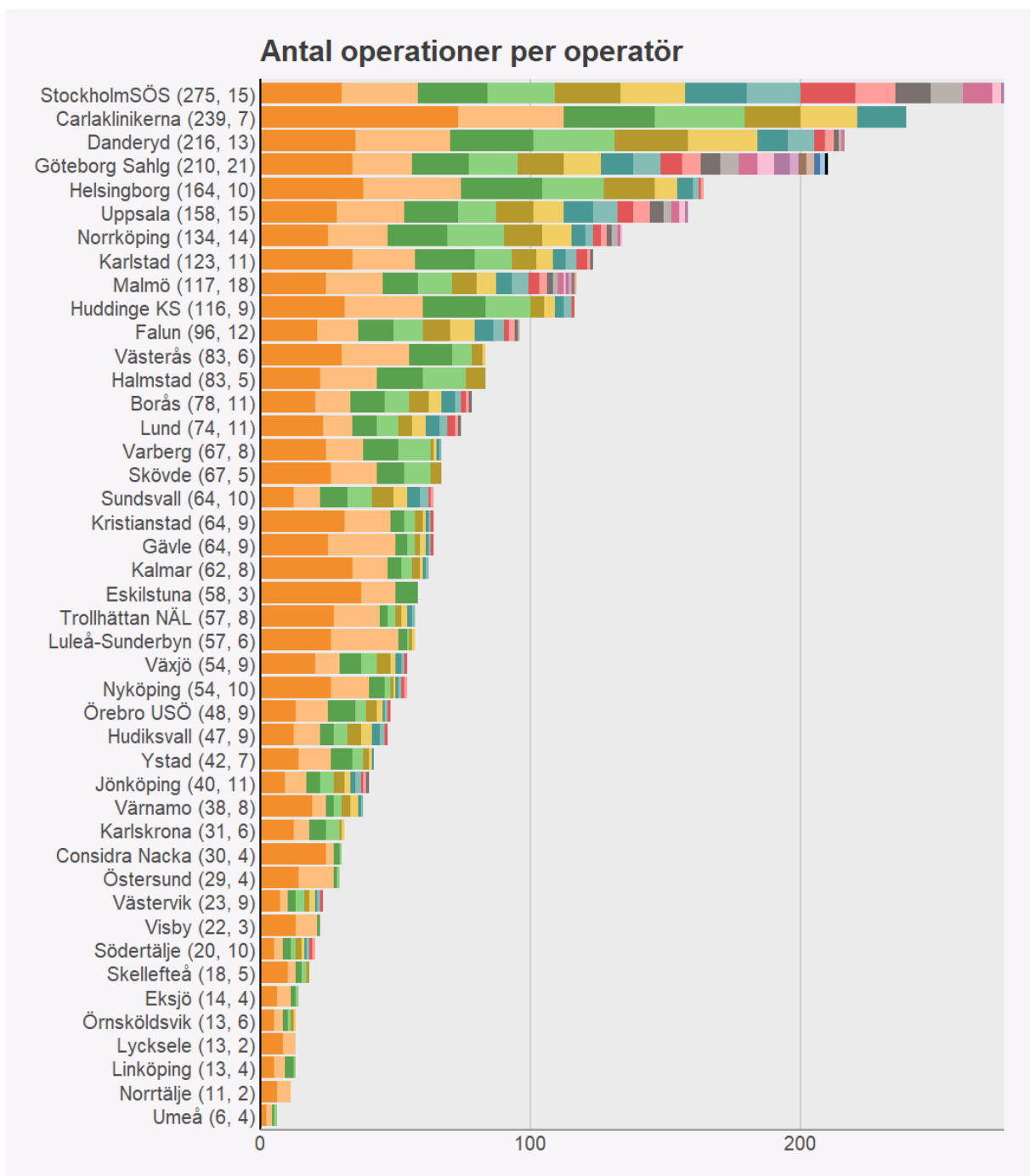


Figur 17. Fördelning av abdominella operationer år 2024 - 2025. Summan av antalet operationer presenteras inom parentes.

De fem kliniker som har minskat andelen abdominella mest är:

Tabell 3. Procentuell förändring abdominell kirurgi

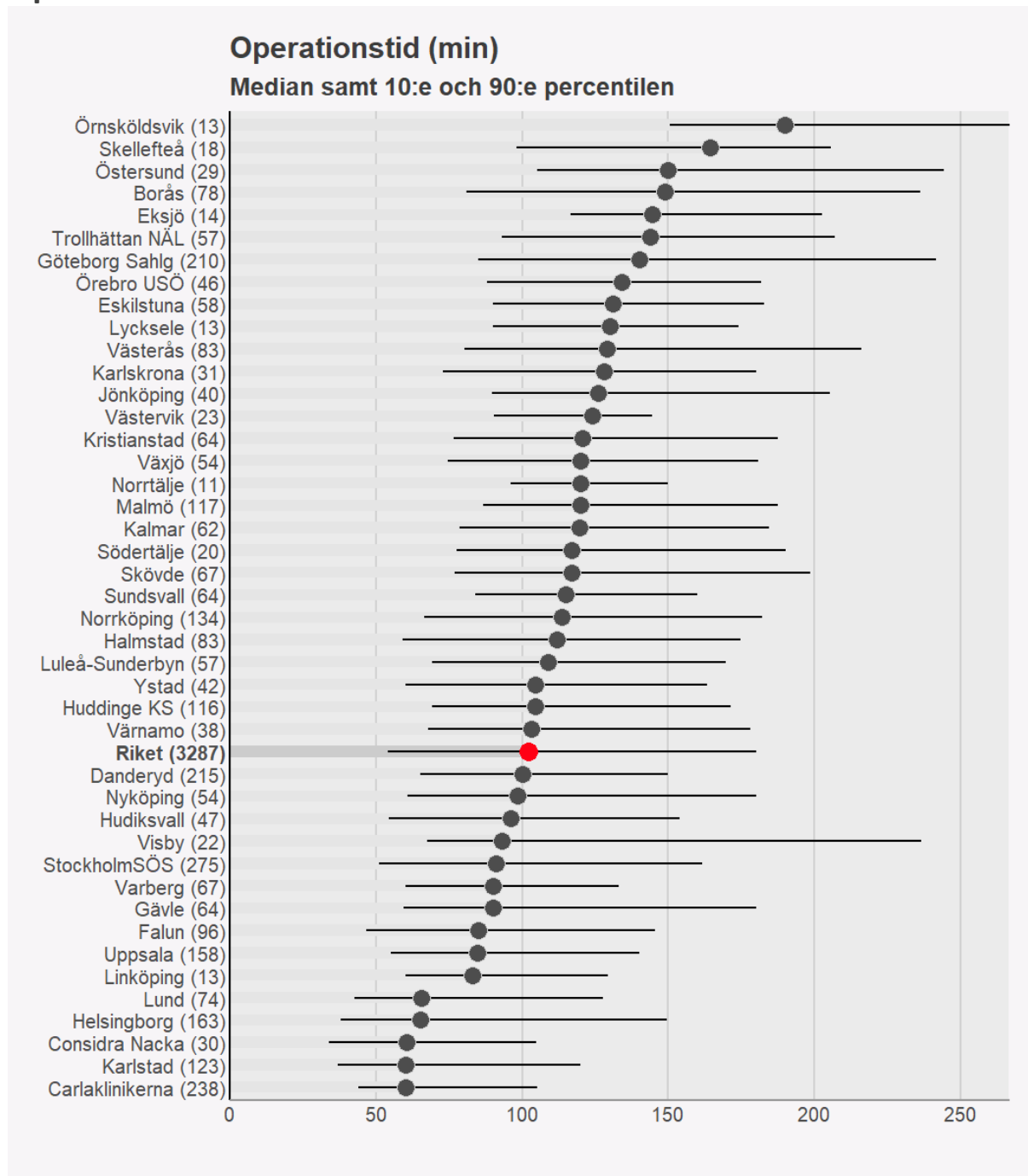
Sjukhus	Abdominella 2024	Abdominella 2025	Minskning i procentenheter
Eksjö	55,6%	14,3%	41,3%
Östersund	29,8%	6,9%	22,9%
Borås	51,4%	30,8%	20,6%
Lund	51,0%	31,1%	20,0%
Värnamo	58,8%	39,5%	19,3%



Figur 18. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikens stapel. Antalet operationer och antal operatörer per klinik presenteras inom parentes.

Det finns endast en operatör som utför över 75 hysterektomier per år i Sverige (Carlaklinikerna). Övriga operatörer utför färre än 50 hysterektomier per år.

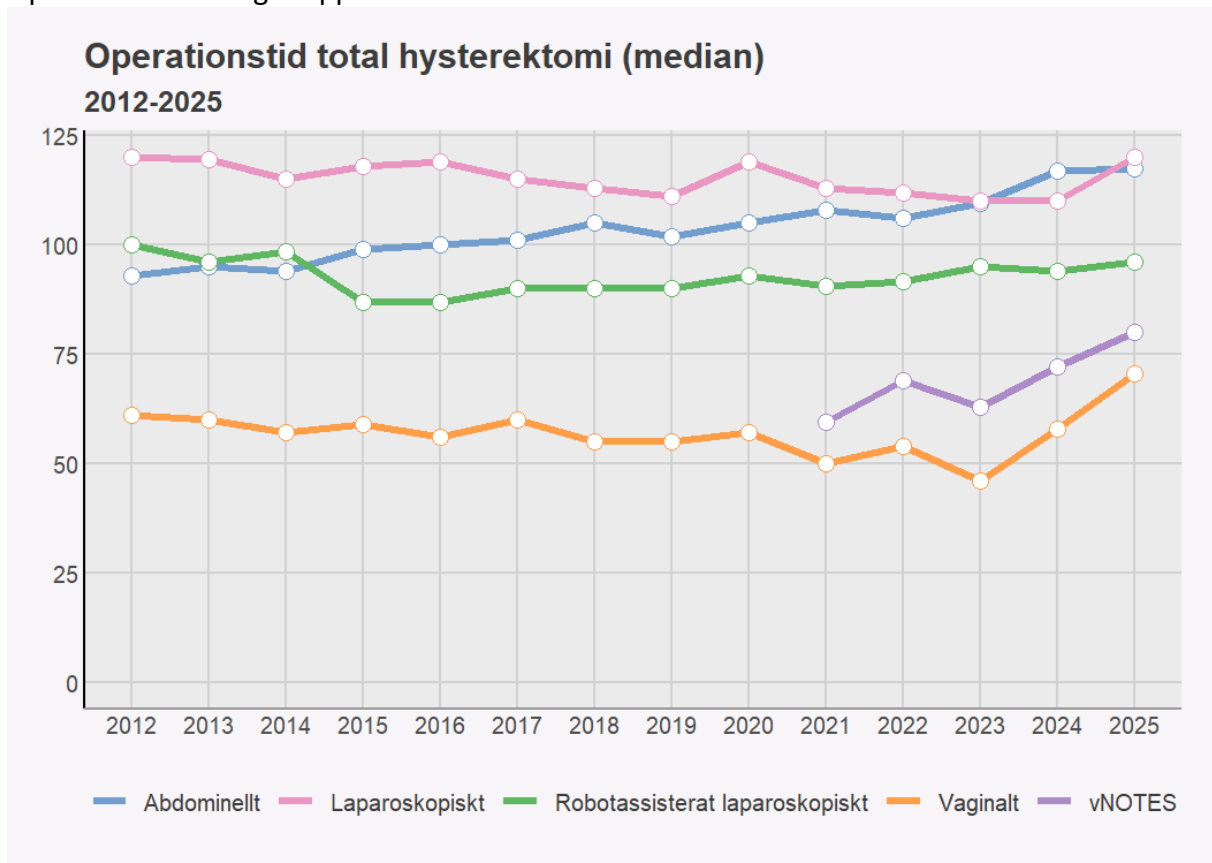
Operationstid



Figur 19. Operationstid (minuter).

Kortast operationstider har Carlaklinikerna, Karlstad och Considra Nacka, följt av Helsingborg och Lund, samtliga kring en timmes operationstid. Övriga kliniker behöver i genomsnitt 1,5–3 timmar för att genomföra en hysterektomi.

Operationstiderna går upp för alla tekniker.

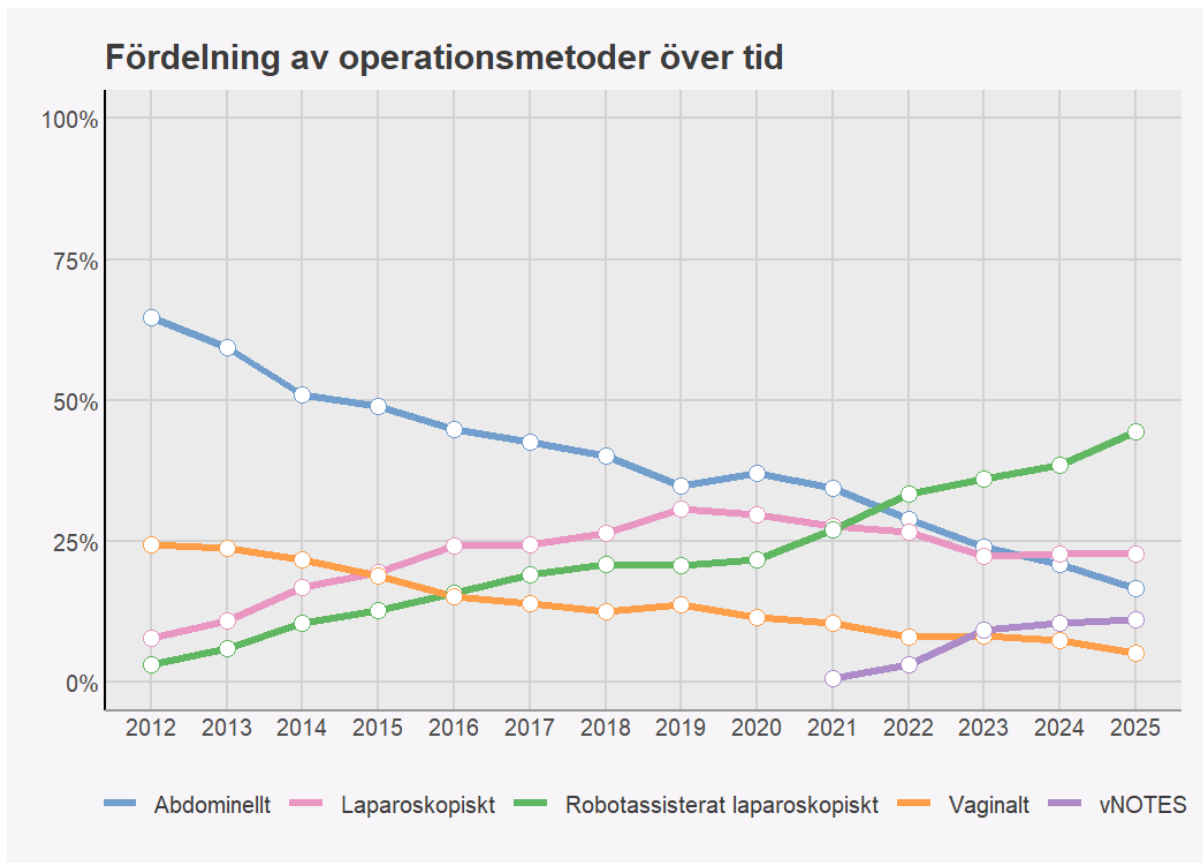


Figur 20. Operationstid total hysterektomi (median).

Operationstiderna går upp för samtliga tekniker. Snabbaste tekniken är som förut vaginal hysterektomi, följt av vNOTES. Långsammaste teknikerna är laparoskopisk och abdominell hysterektomi. Operationstiden för robot har legat konstant på cirka 1,5 timme i genomsnitt sedan 10 år tillbaka.

Operationsmetoder

Totalt har 1248 operationer med den nya vaginala tekniken vNOTES registrerats sedan införandet år 2021.



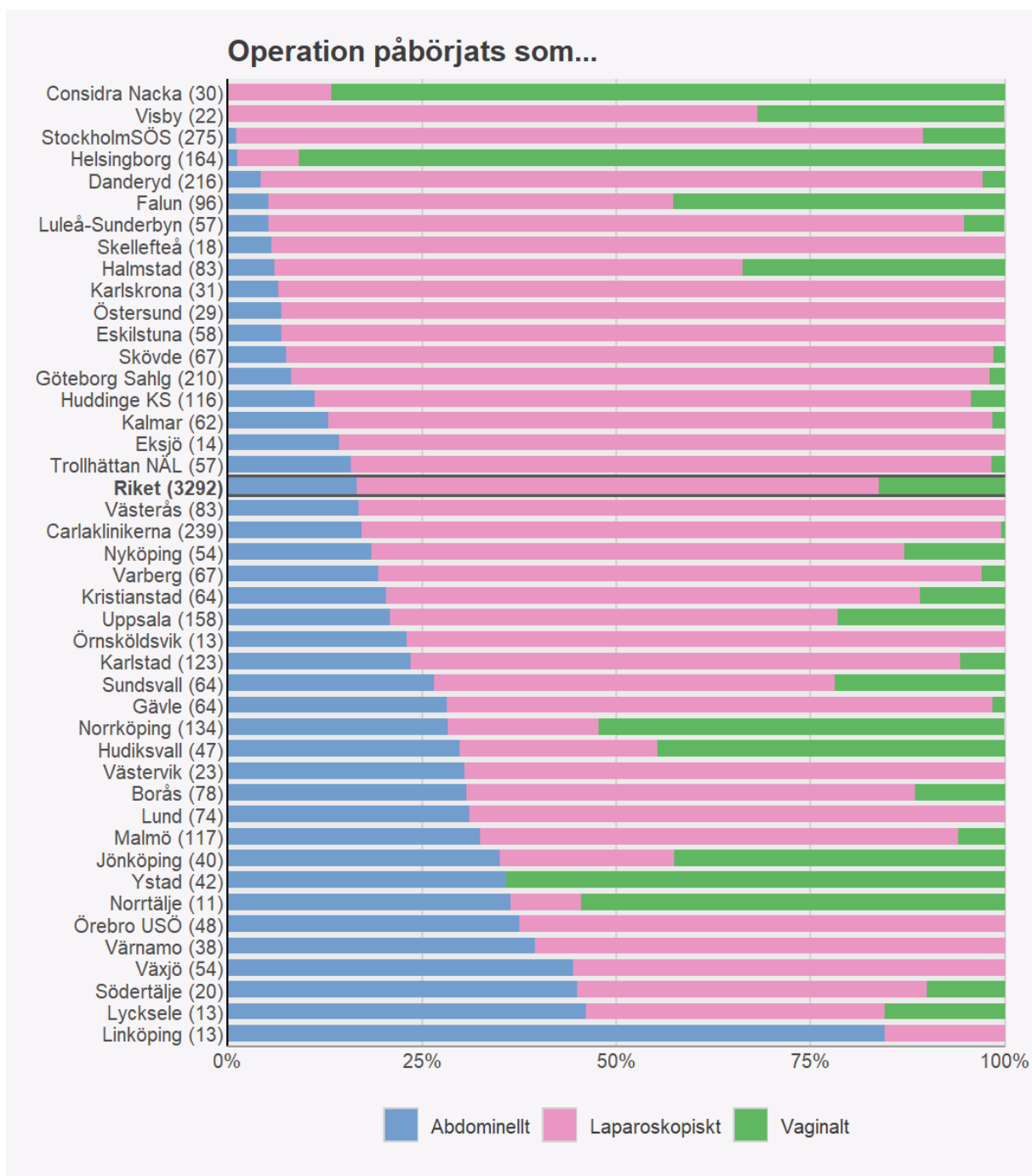
Figur 21. Fördelning av operationsmetoder över tid.

Flest hysterektomier (44,5%) görs med robotassisterad teknik, stadigt ökande sedan införandet i Sverige år 2012.

Även vNOTES ökar i antal, övriga tekniker sjunker i användning.

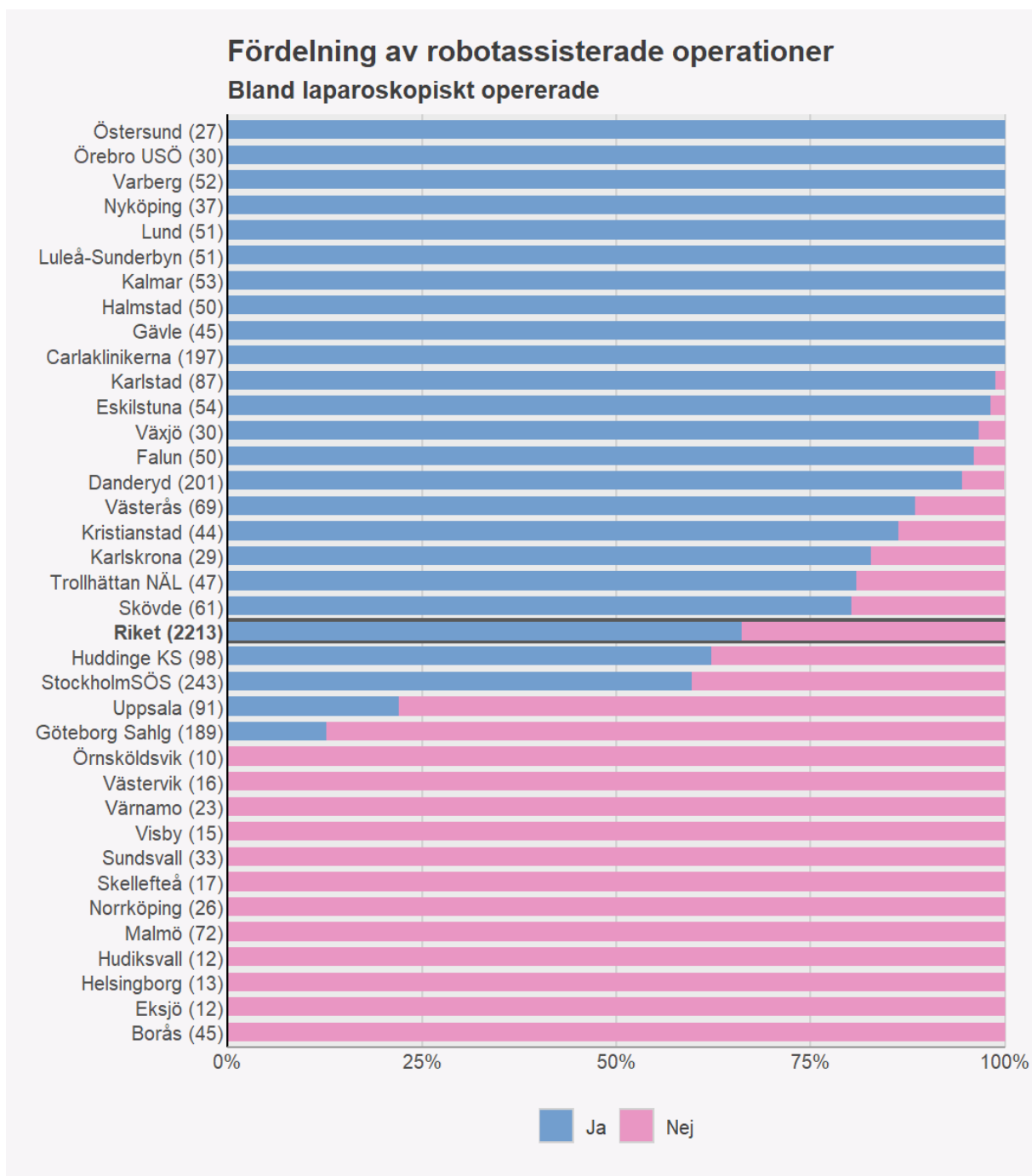
Tabell 4. Fördelning av operationsmetoder för riket

Abdominell	Laparoskopisk	Robotassisterad laparoskopisk	Vaginalt	vNOTES
544 (16,5%)	749 (22,8%)	1464 (44,5%)	172 (5,2%)	363 (11%)



Figur 22. Operation påbörjats som...

Både i Helsingborg och på Considra Nacka, men även i Ystad, Norrtälje, Norrköping och Jönköping dominerar vaginala tekniker, vilket rekommenderas i SFOG:s riktlinjer för hysterektomi på benign indikation.



Figur 23. Fördelning av robotassisterade operationer

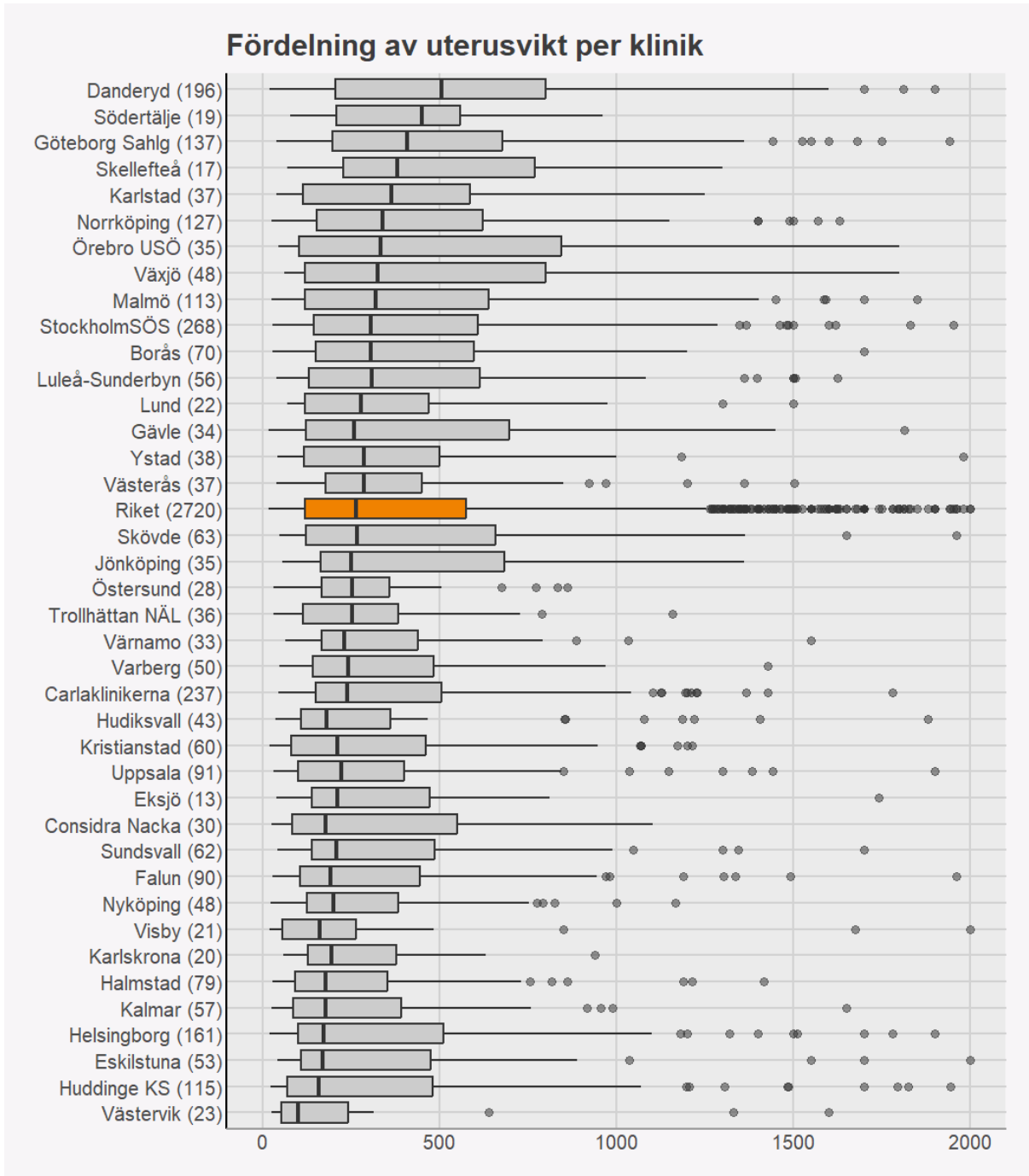
Robottekniken sprids alltmer över riket.

Tabell 5. Fördelning av minimalinvasiva uppdelat på om robot finns

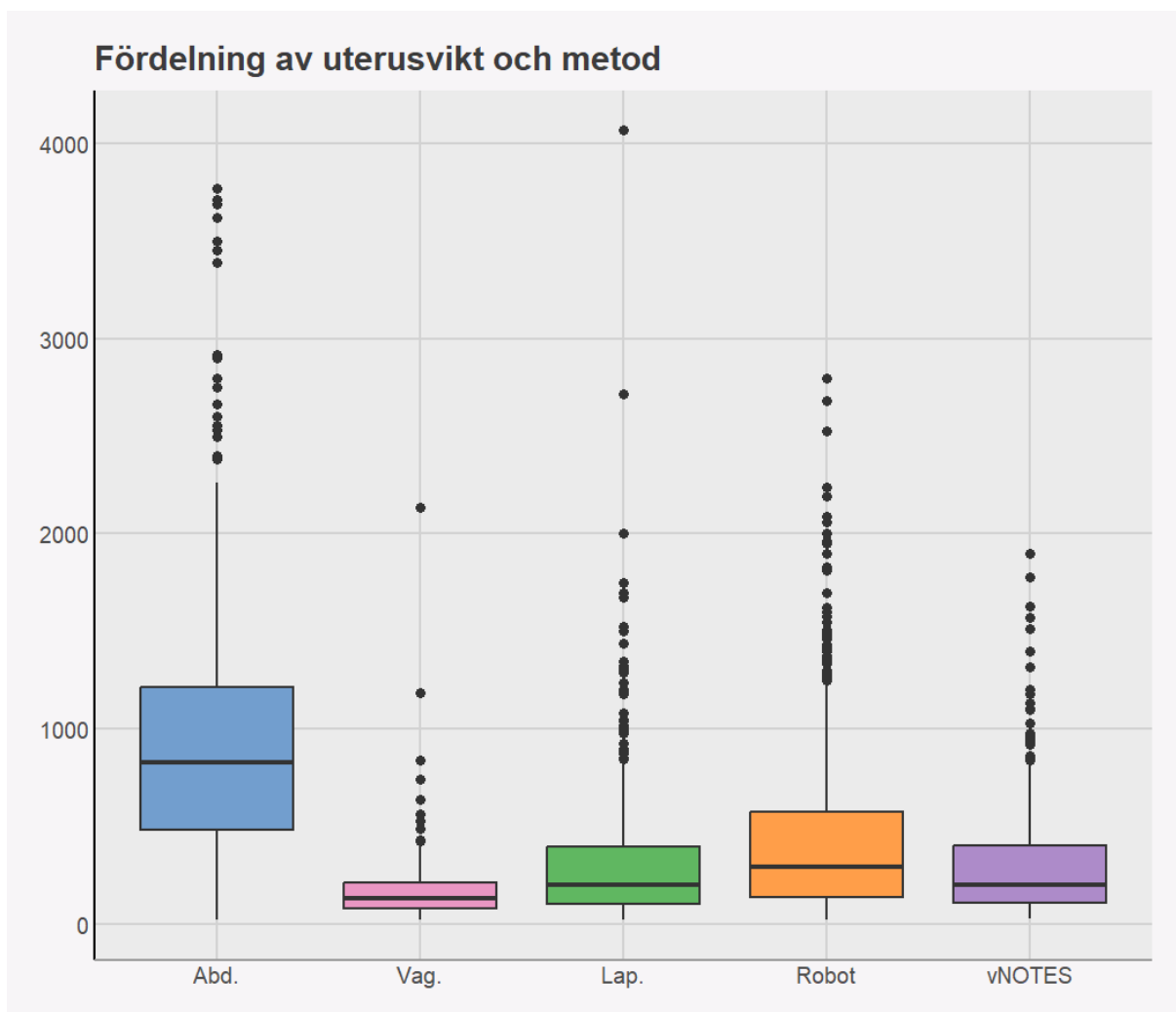
	minimum	median	maximum
Robot saknas	54%	70%	100%
Robot finns	15%	84%	99%

Vid 26 av 44 kliniker (59 %) har robotassisterade operationer utförts under år 2025.

Uterusvikt

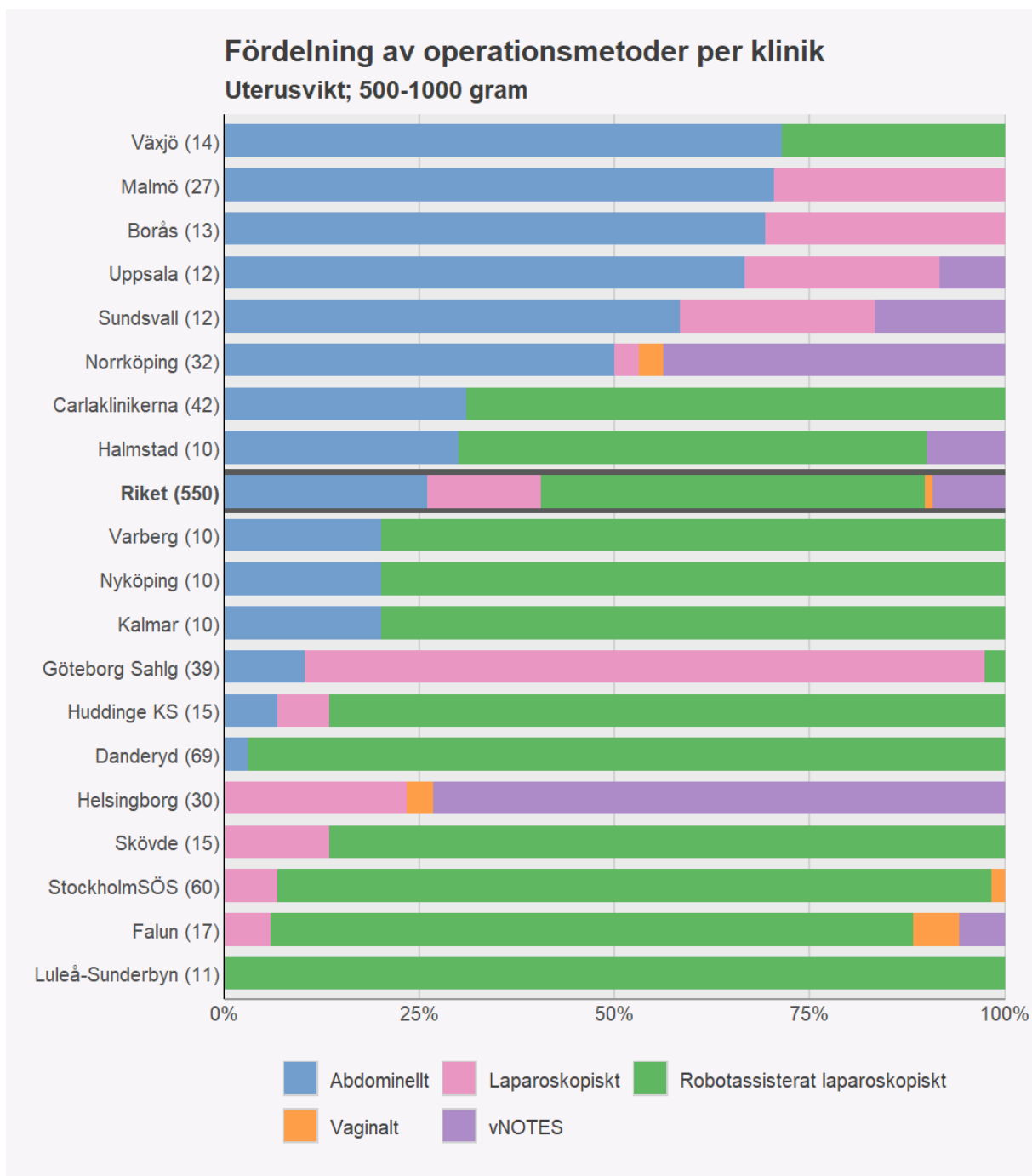


Figur 24. Fördelning av uterusvikt per klinik. Uterusvikt mätt i gram.



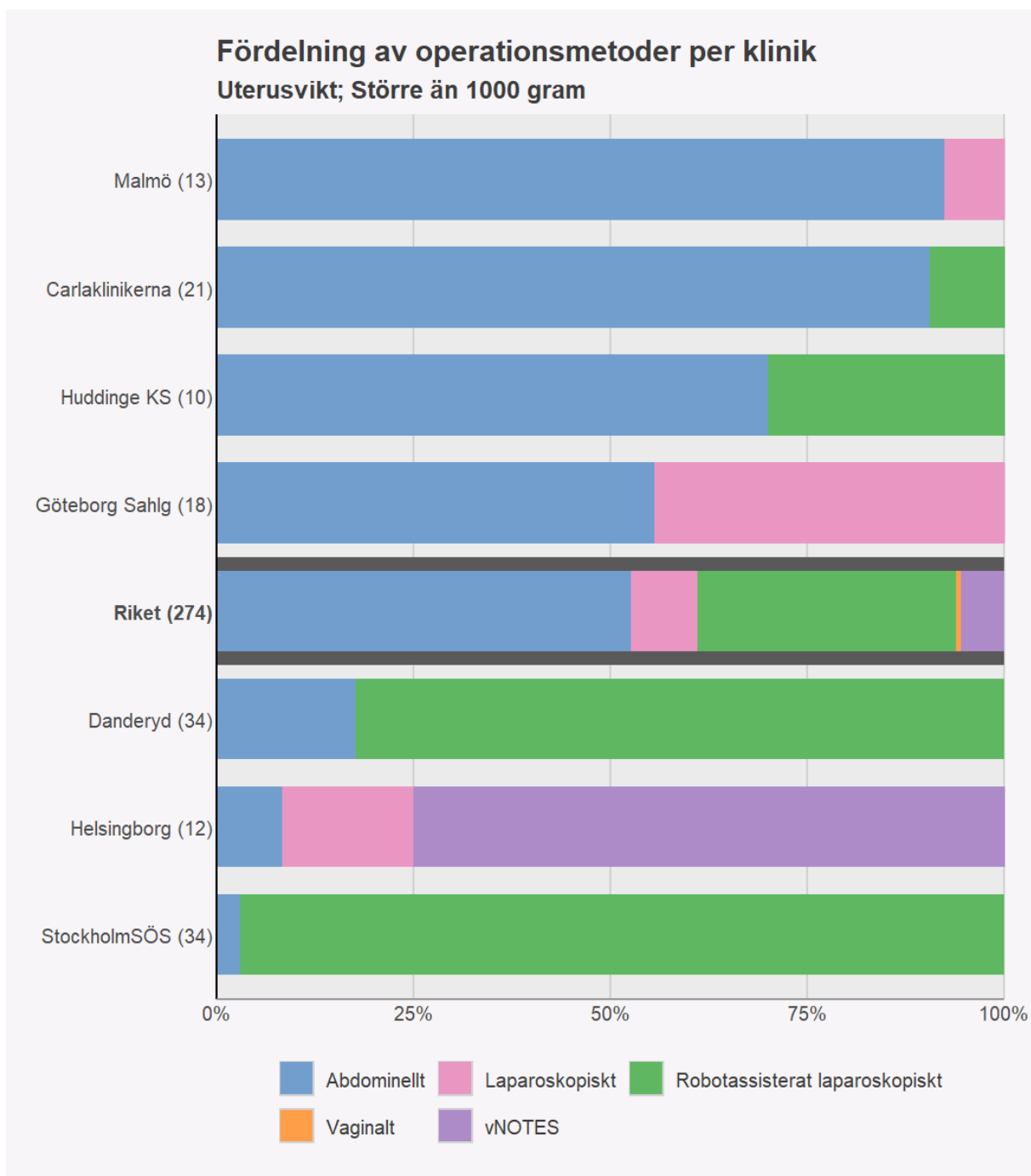
Figur 25. Fördelning av uterusvikt och metod. Uterusvikt mätt i gram.

Figur 25 illustrerar att teknikerna laparoskopisk, robot och vNOTES används till liknande uterusstorlekar/vikt. Vaginal hysterektomi används till de minsta livmödrarna. Abdominell teknik används vid preparatvikt som närmar sig 1 kg.



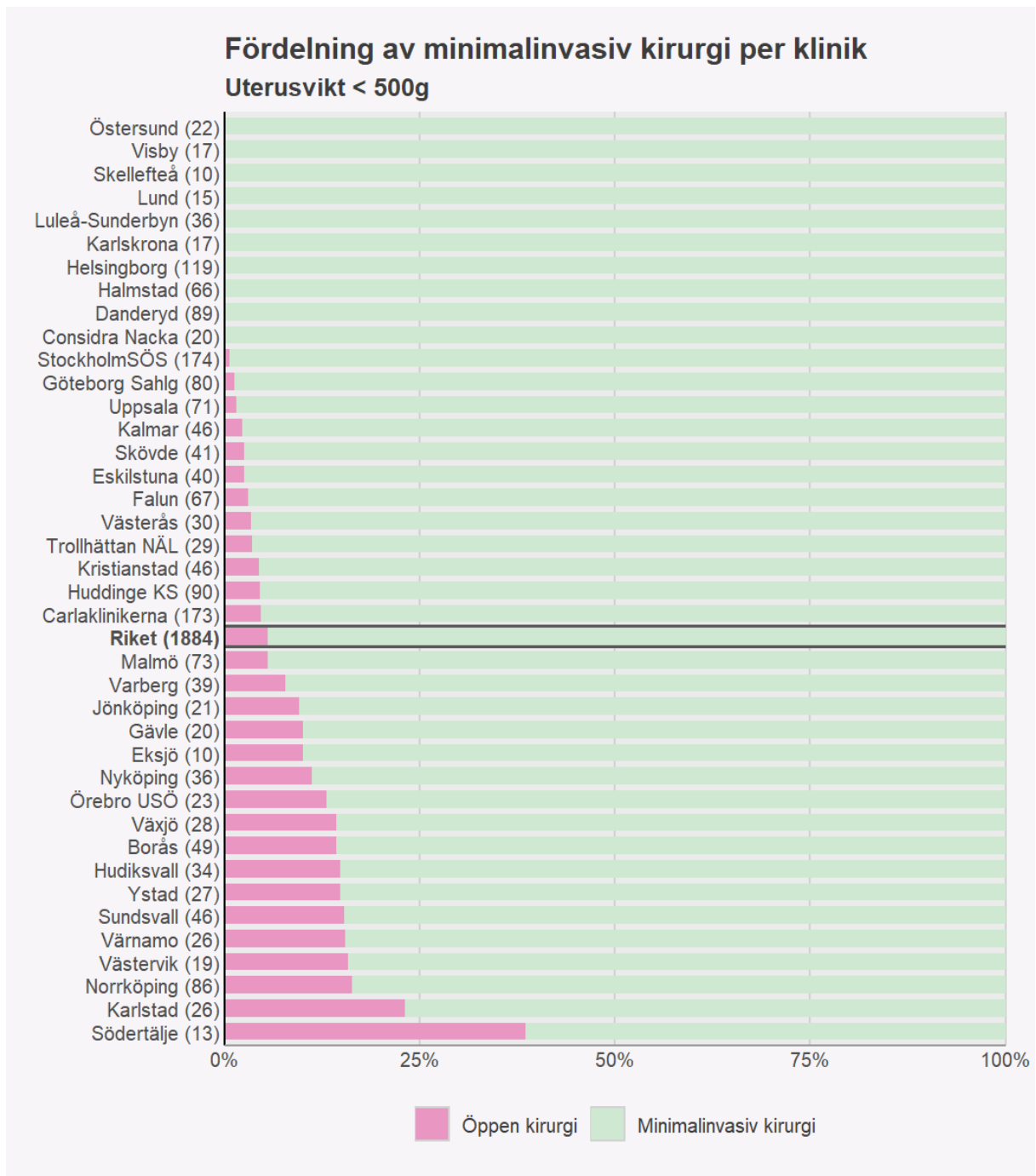
Figur 26. Fördelning av operationsmetoder per klinik. Enbart patienter med uterusvikt mellan 500–1000 gram är inkluderade.

Robottekniken dominerar vid större preparat, men flera kliniker använder vNOTES eller laparoskopisk teknik. Flera kliniker arbetar med att minska sin andel abdominell hysterektomi.



Figur 27. Fördelning av operationsmetoder per klinik. Enbart patienter med uterusvikt större än 1000 gram är inkluderade

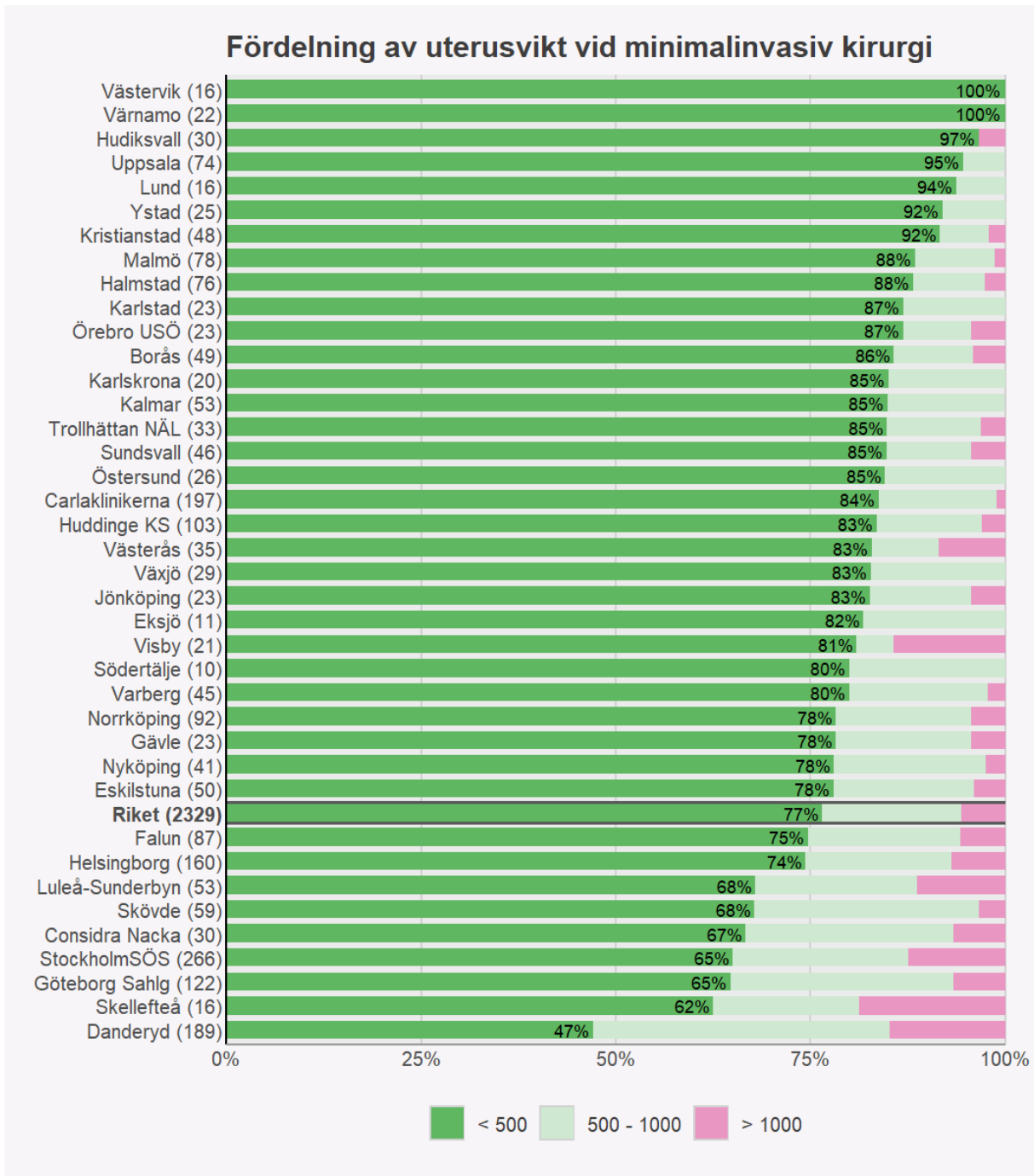
Vid riktigt stora preparat, som väger över ett kg, dominerar robot på Stockholmssjukhusen Danderyd och Södersjukhuset, medan Helsingborg gör samma viktkategori med vNOTES och laparoskopisk teknik. Carlaklinikerna, Malmö och Huddinge gör fortfarande laparotomi på de större preparaten. Här finns förbättringspotential på flera kliniker.



Figur 28. Fördelning av minimalinvasiv kirurgi per klinik

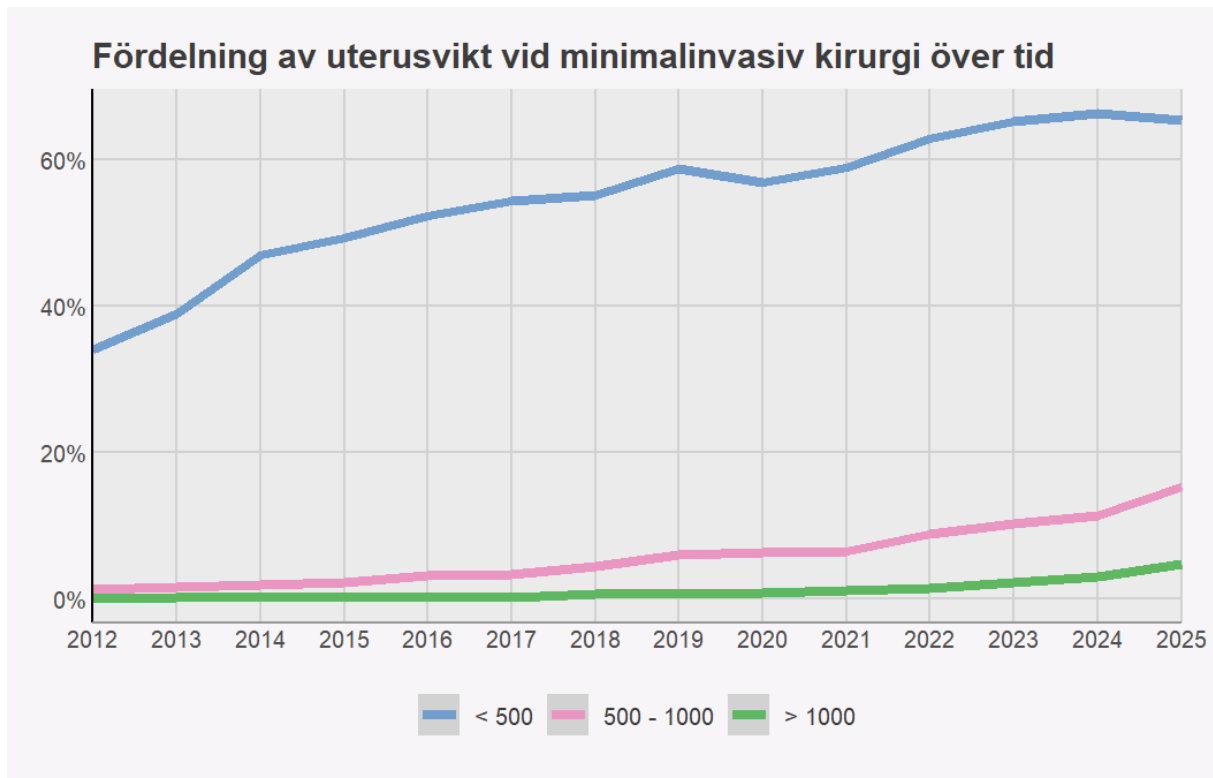
Preparat som väger mindre än 500 g görs i allt högre grad med minimalinvasiv teknik. Vissa kliniker ligger betydligt högre än riksgenomsnittet och kan behöva jobba mer på det minimalinvasiva införandet.

I figur 29 visar vi uterusvikter i tre grupper av de som opererats med minimalinvasiv kirurgi.



Figur 29. Fördelning av uterusvikt vid minimalinvasiv kirurgi.

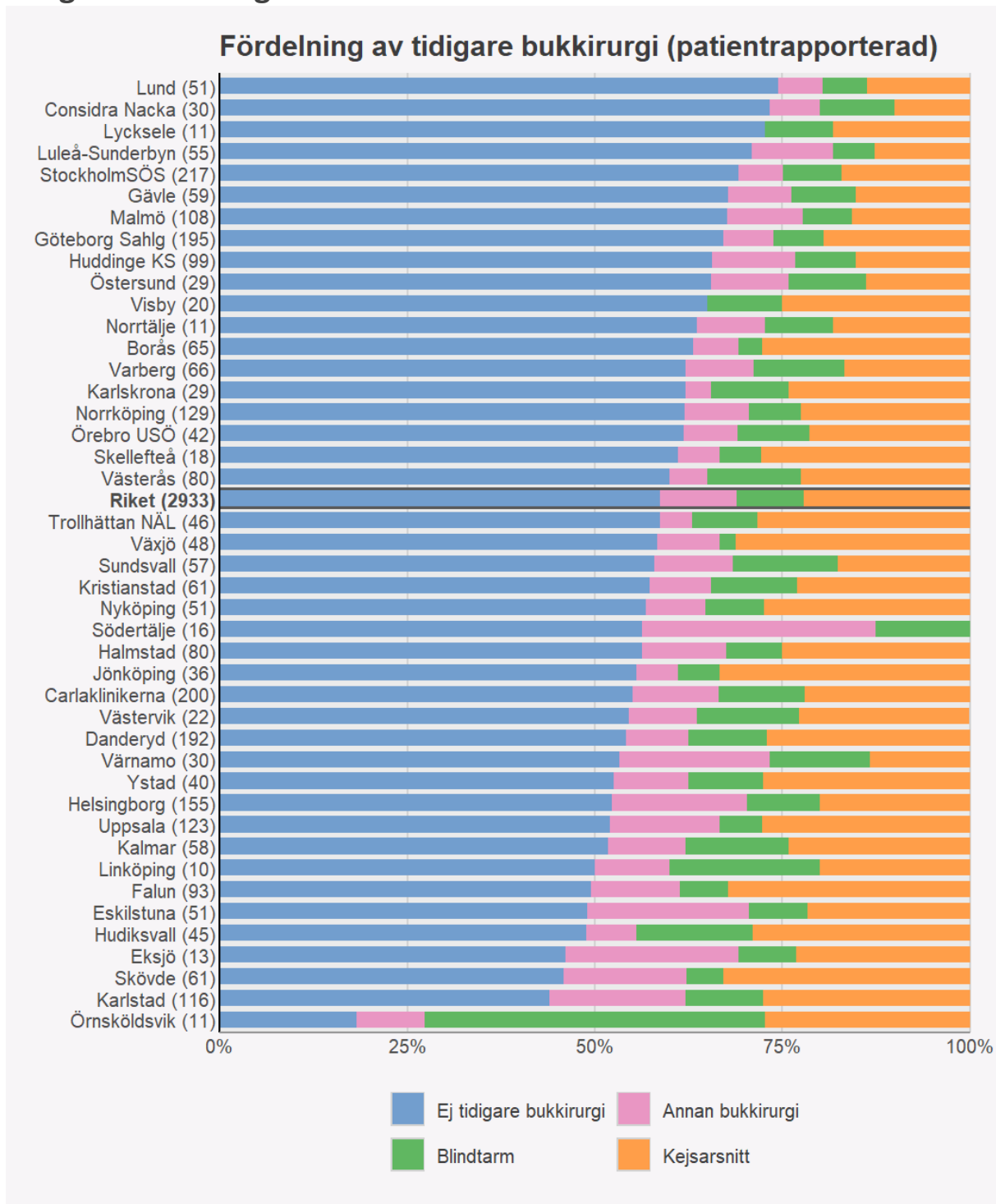
I figur 30 visar vi utvecklingen av minimalinvasiv kontra öppen kirurgi från 2013 till 2025, uppdelat på uterusvikt.



Figur 30. Fördelning av uterusvikt vid minimalinvasiv kirurgi över tid.

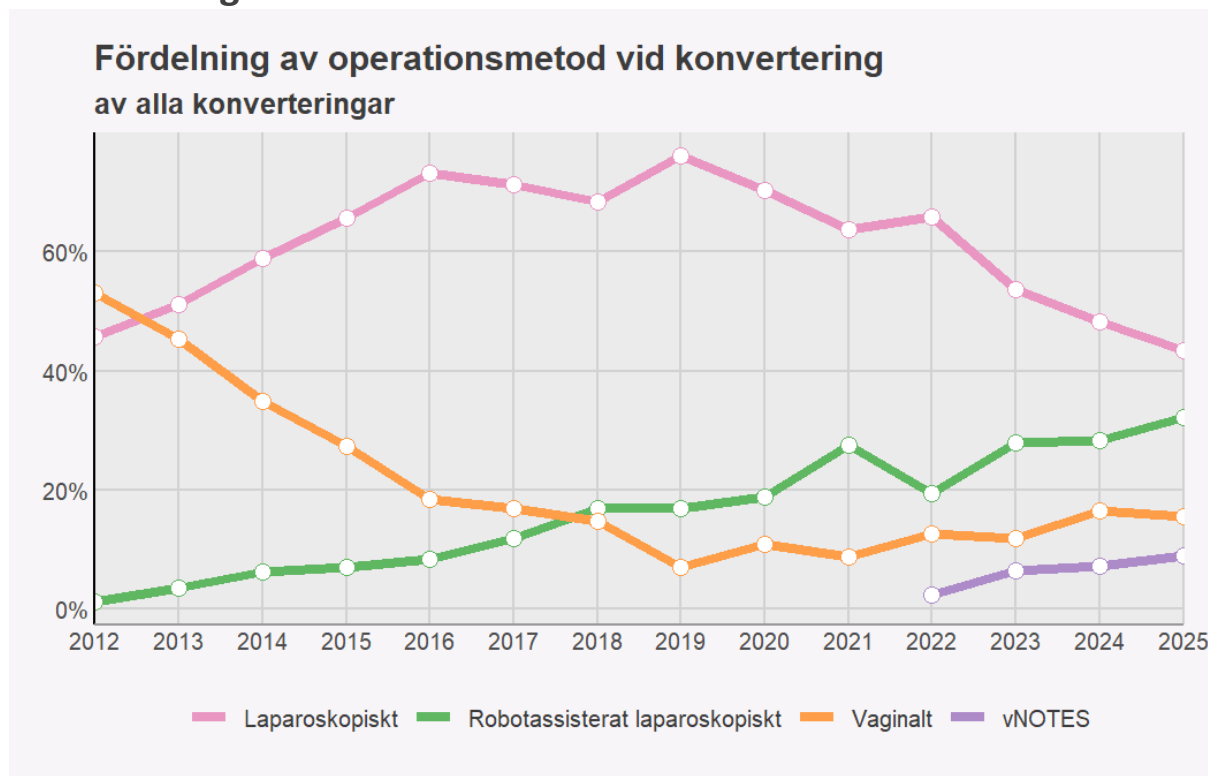
Både vid hysterektomier med preparat som väger 500–1000 g samt de över 1 kg i vikt ökar användningen av minimalinvasiv teknik. Det är mycket glädjande för patienterna!

Tidigare bukkirurgi



Figur 31. Fördelning av tidigare bukkirurgi (patientrapporterad).

Konvertering



Figur 32. Fördelning av operationsmetod vid konvertering, uppdelat på metod. Nytt för i år är att vNOTES separerats från operationsmetod vaginalt.

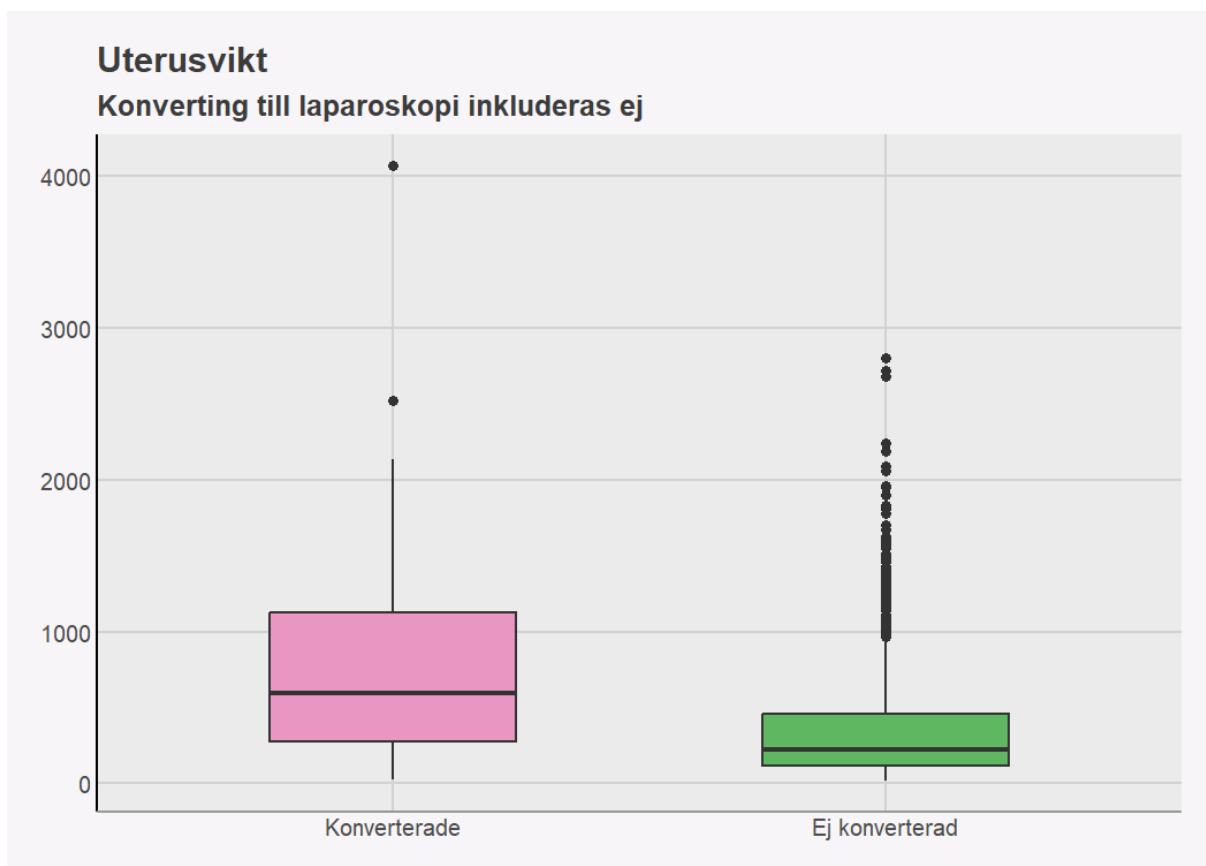
Vid 90 av 3292 hysterektomier görs konvertering till laparotomi (tabell 6). Mest konverteras laparoskopier, minst VNOTES (tabell 7).

Tabell 6. Andel konverterade hysterektomier

Antal konverterade	Antal minimalinvasiva hysterektomier	Andel
90	2748	3,3%

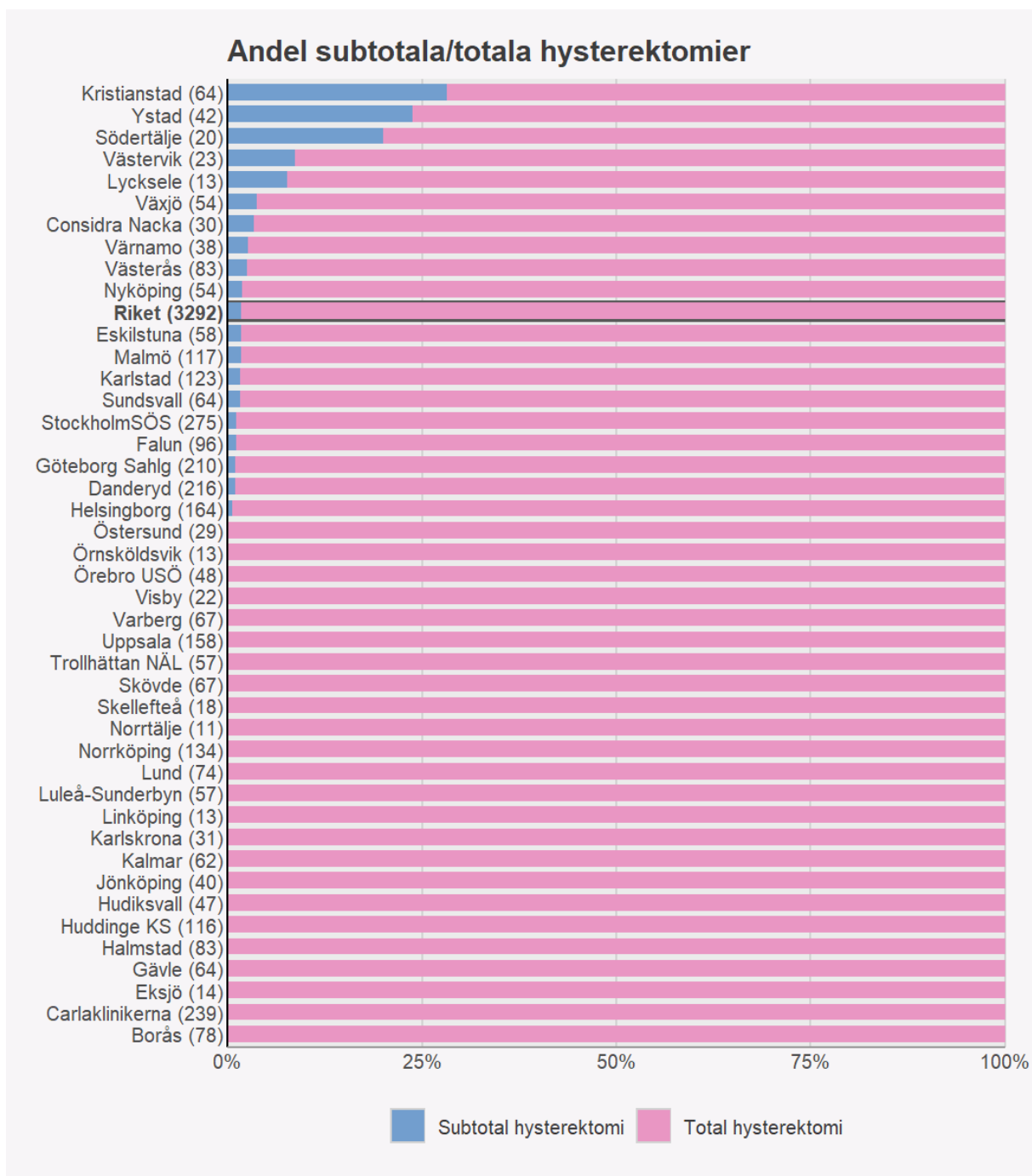
Tabell 7. Fördelning andelen konverterade mellan operationsmetoder

Operationsmetod		Antal	Antal konverterade	
Laparoskopisk	2025	39	90	43%
Robotassisterad laparoskopisk	2025	29	90	32%
Vaginal	2025	14	90	16%
vNOTES	2025	8	90	9%



Figur 33. Uterusvikt vid konvertering

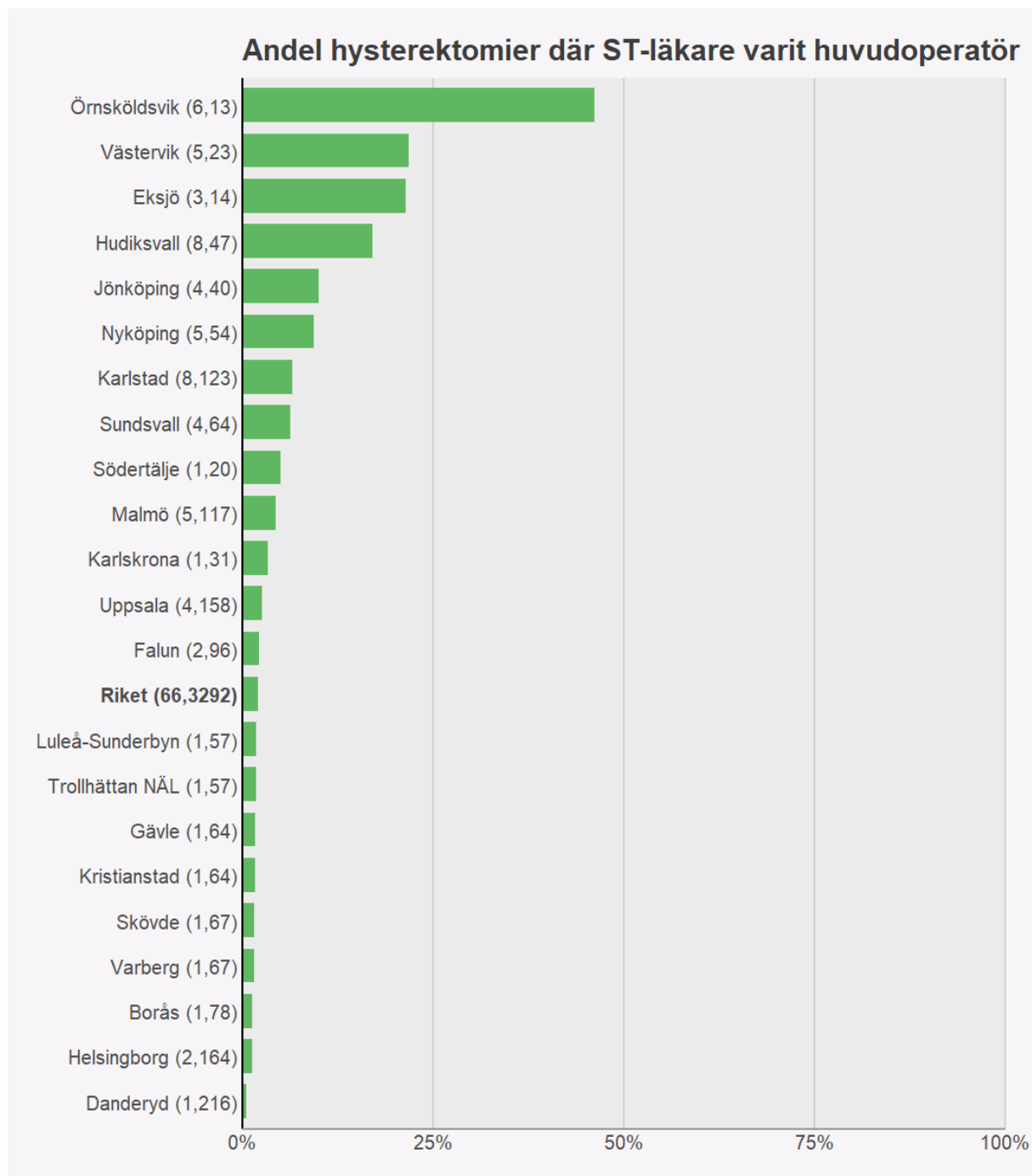
Det är de större preparaten som konverteras i högre grad.



Figur 34. Andel subtotala/totala hysterektomier

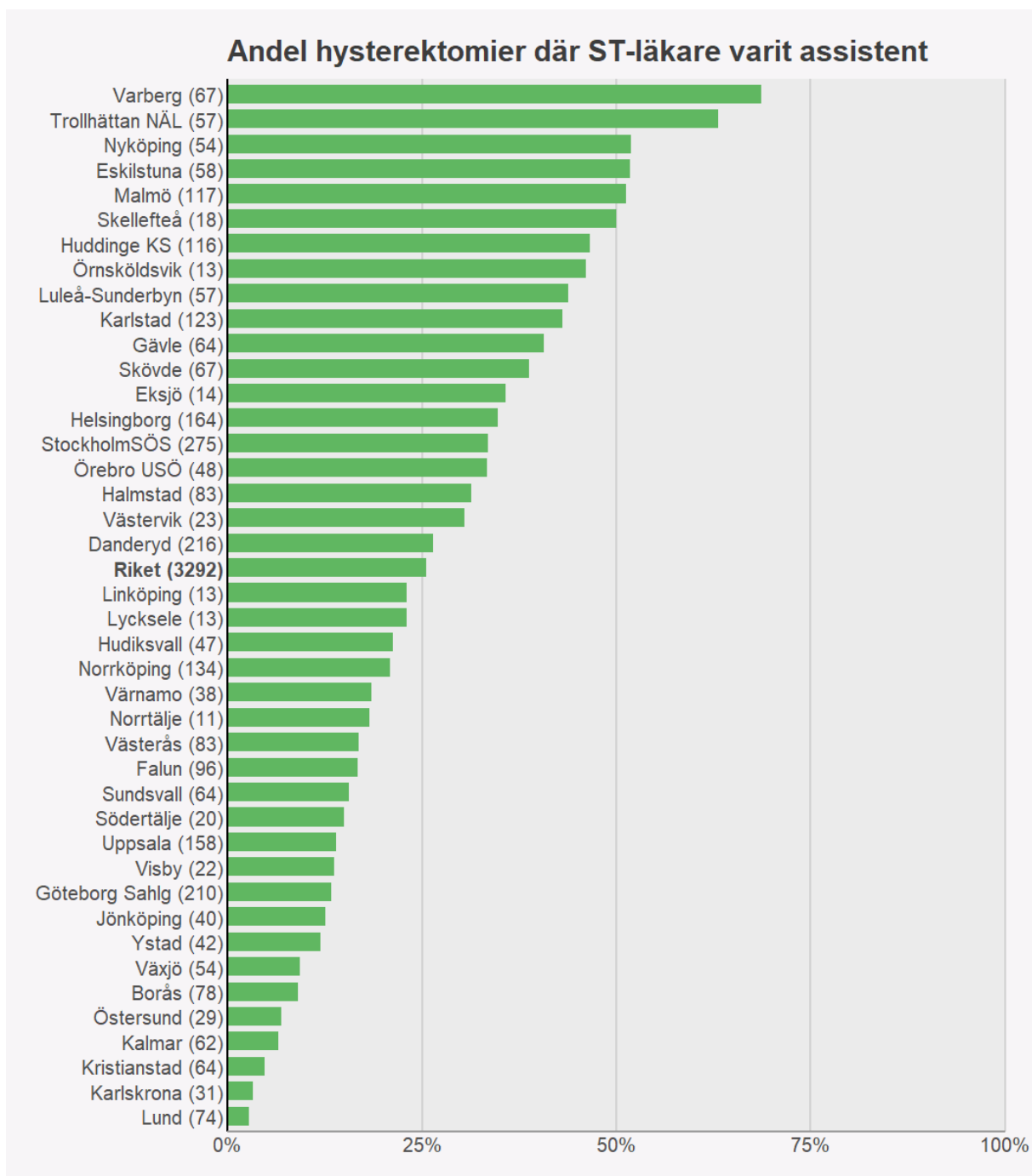
Det görs ett mindre antal subtotala hysterektomier i Sverige.

Utbildning av ST-läkare



Figur 35. Andel hysterektomier där ST-läkare varit huvudoperatör, per klinik. Antal operationer där ST-läkare varit huvudoperatör och det totala antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet.

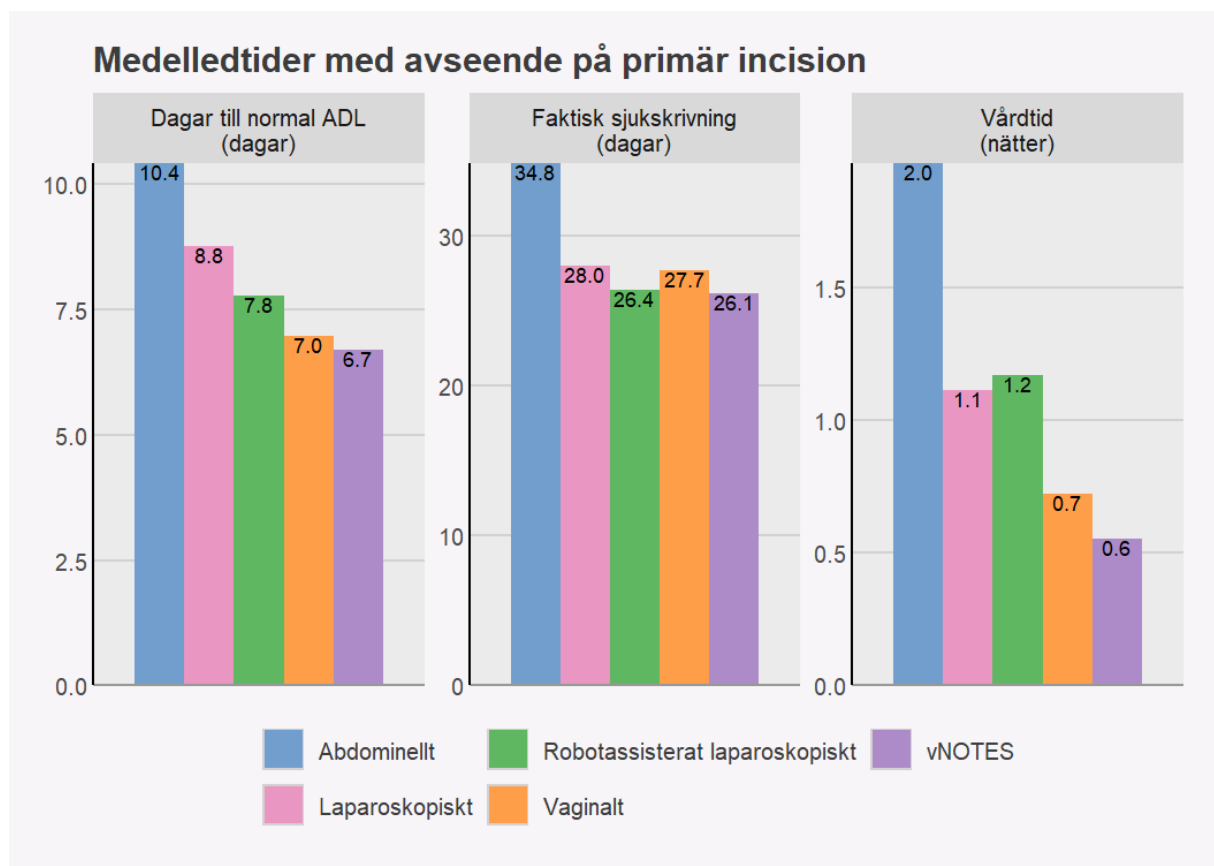
Det är mycket få ST-läkare som är huvudoperatör vid hysterektomi.



Figur 36. Andel hysterektomier där ST-läkare varit assistent, per klinik. Totala antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet.

Det tycks som att andelen hysterektomier där ST-läkaren är assistent har ökat, även på de större sjukhusen. Det är en välkommen utveckling.

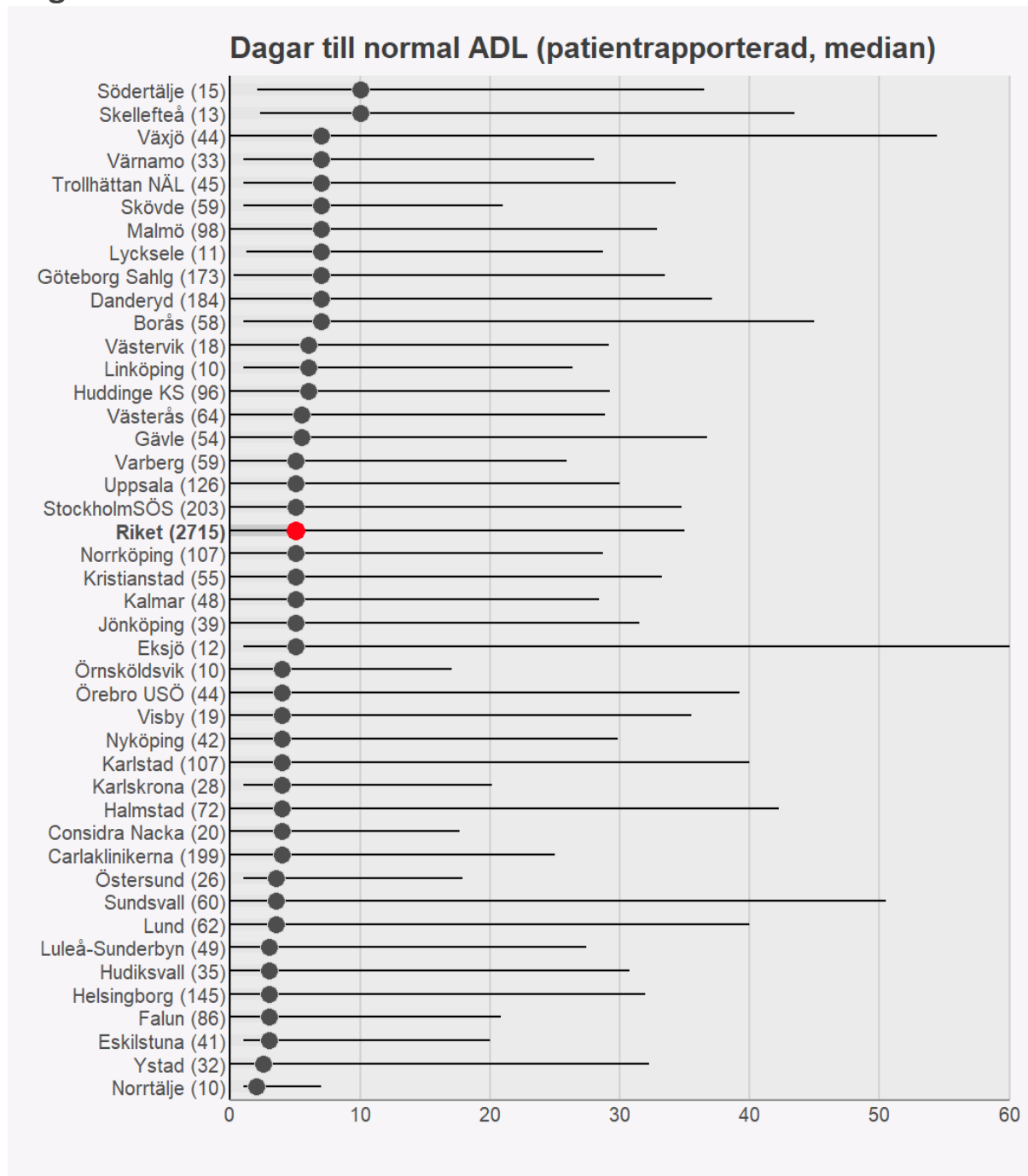
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid



Figur 37. Medelledningstider med avseende på primär incision.

Laparotomi har längst tid till återhämtning, med längst sjukskrivningstid och längst vårdtid av hysterektomiteknikerna. Dessa faktorer är de tyngst vägande skälen till att klinikerna ska sträva efter en minimalinvasiv teknik. vNOTES har kortast tid till återhämtning och kortast vårdtid av de minimalinvasiva teknikerna.

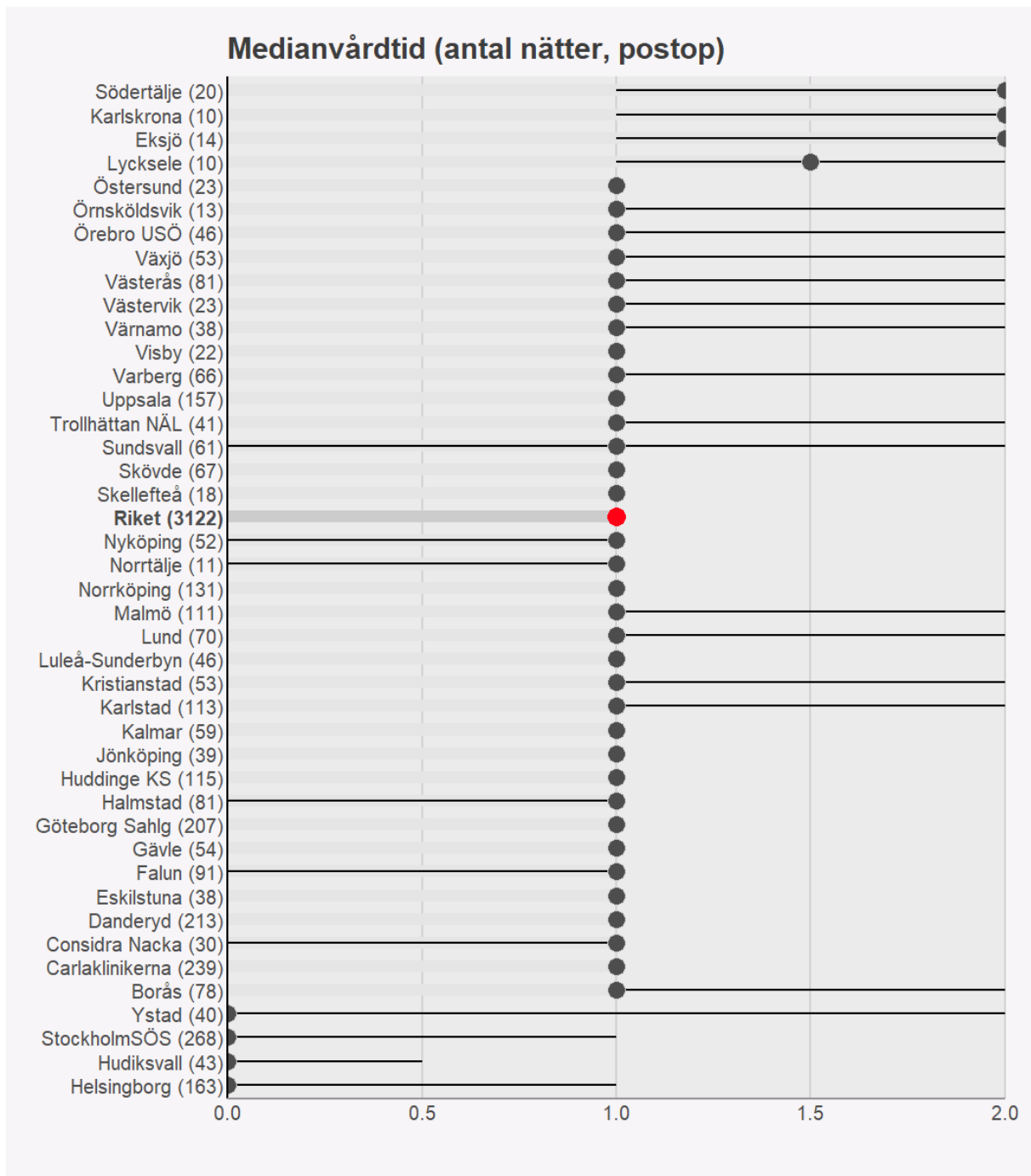
Dagar till normal ADL



Figur 38. Dagar till normal ADL (patientrapporterad, median).

De kliniker som har kortast tid till återhämtning använder dominerande vNOTES och robotassisterad teknik.

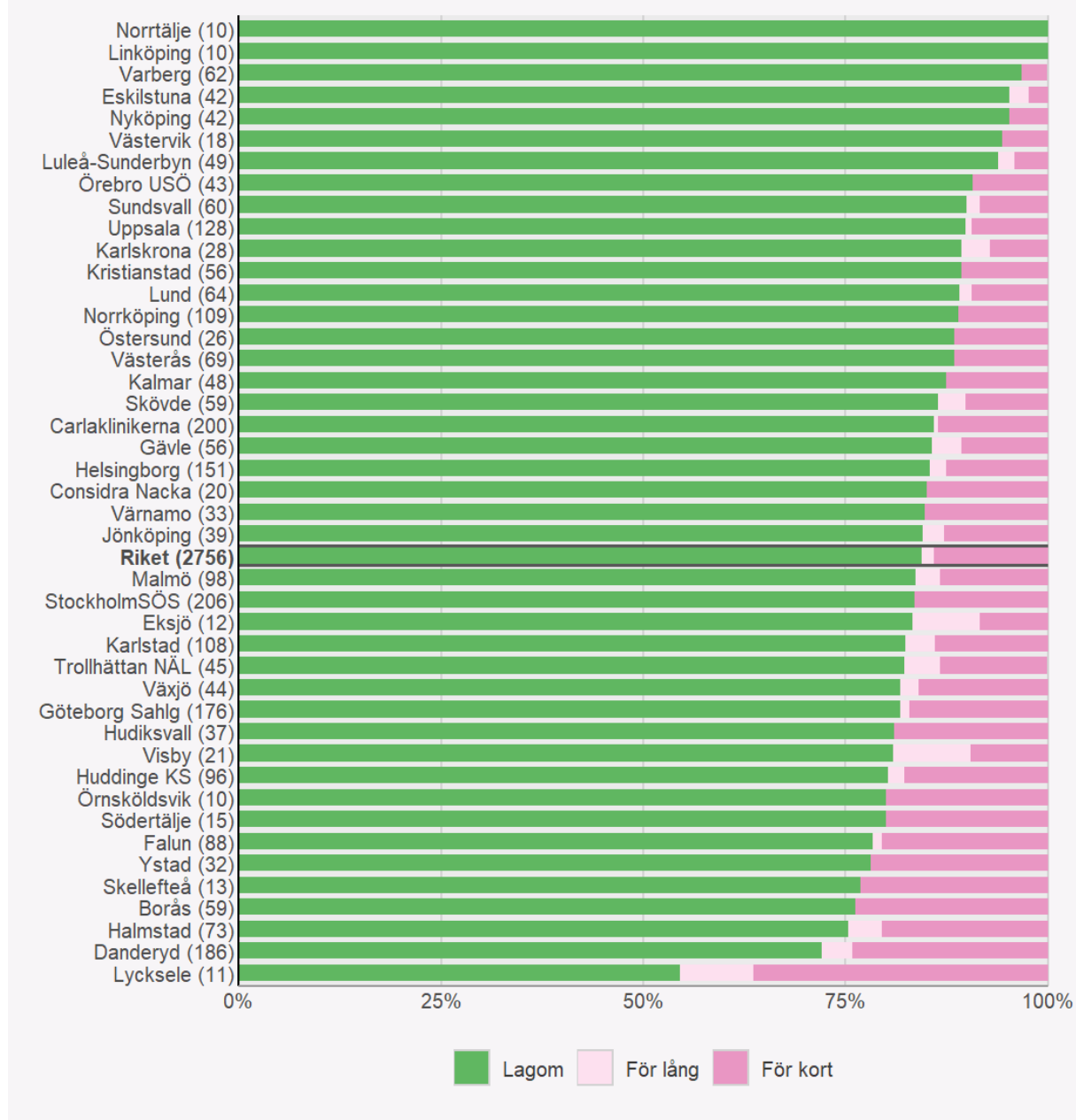
Vårdtid



Figur 39. Medianvårdtid (antal nätter, postoperativt).

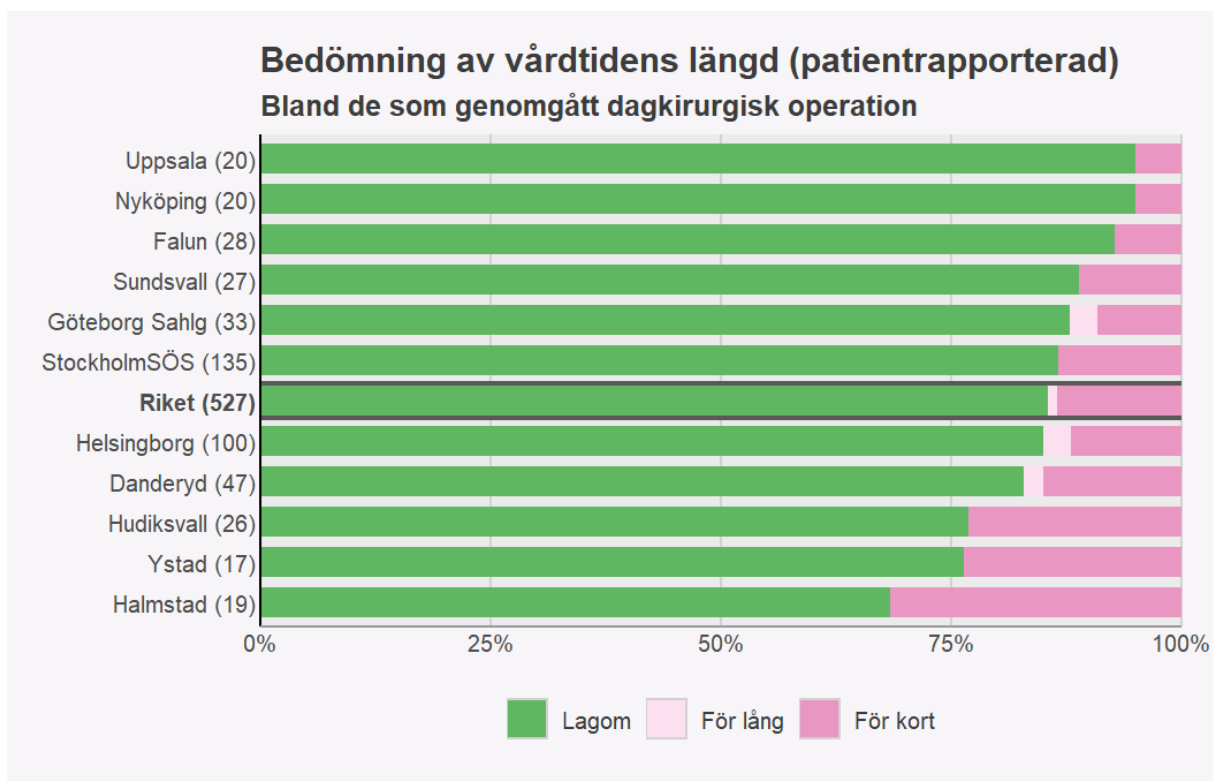
Helsingborg, Hudiksvall, Södersjukhuset och Ystad har kortast medianvårdtid i riket (hög andel dagkirurgi).

Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad) Oavsett vårdtid



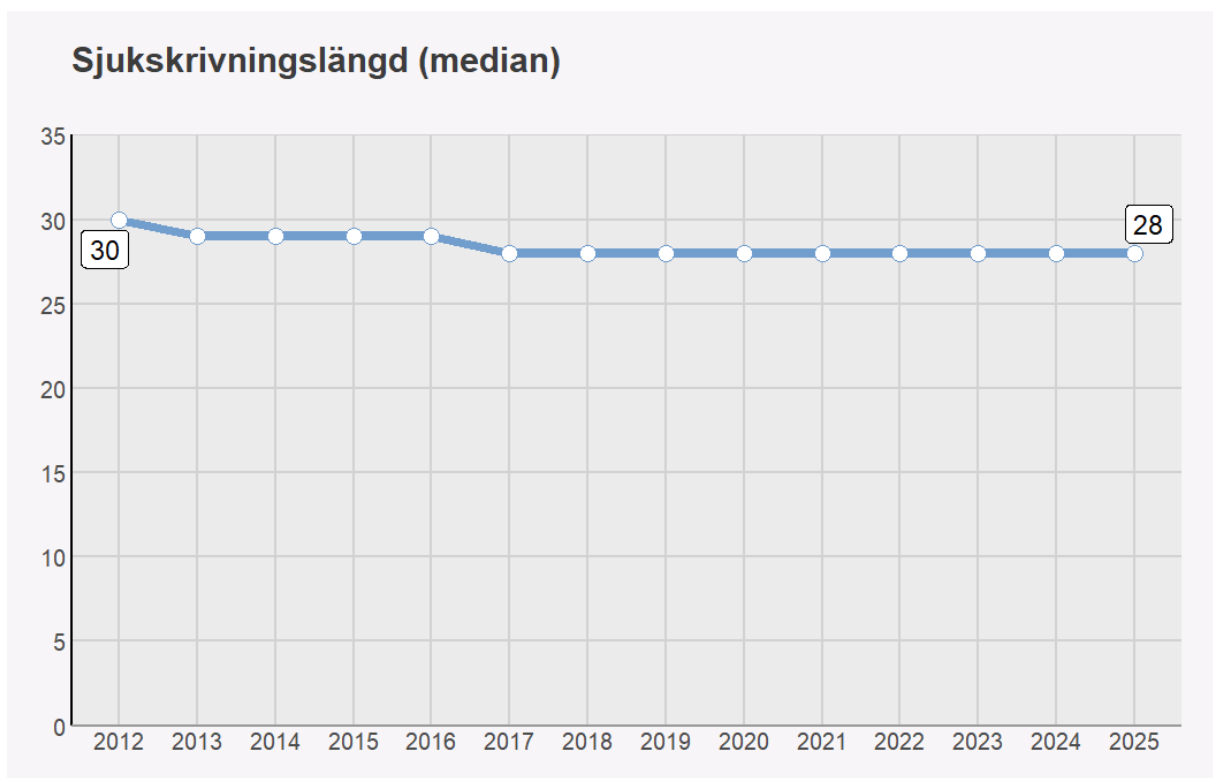
Figur 40. Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad). Oavsett vårdtid.

Patienten är mestadels nöjd med längden på vårdtiden efter hysterektomi. Mönstret är detsamma även om vårdtiden är över ett dygn.



Figur 41. Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad). Bland de som genomgått dagkirurgi.

Patienter opererade i dagkirurgi är i hög grad nöjda med vårdtidens längd.

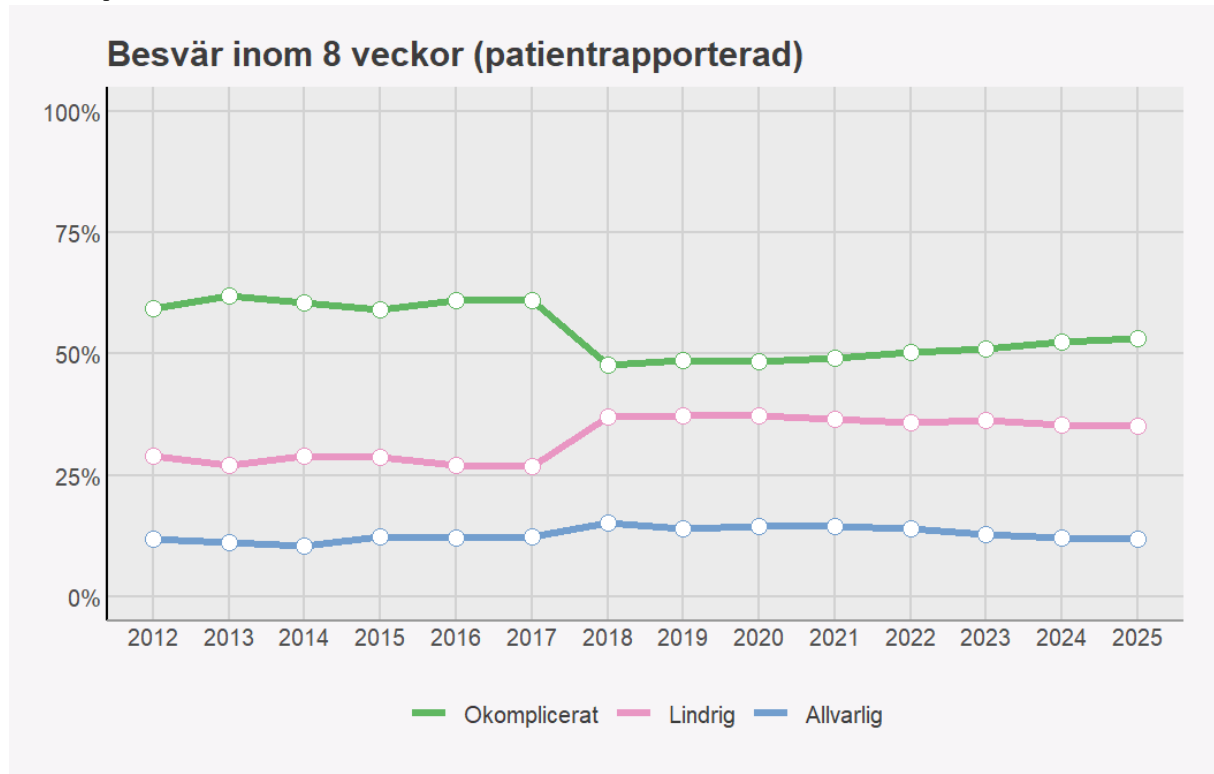


Figur 42. Sjukskrivningslängd (median).

Patientens bedömning av sjukskrivningens längd utgår från de som varit sjukskrivna p.g.a. operation. Sjukskrivna av annan orsak är exkluderade.

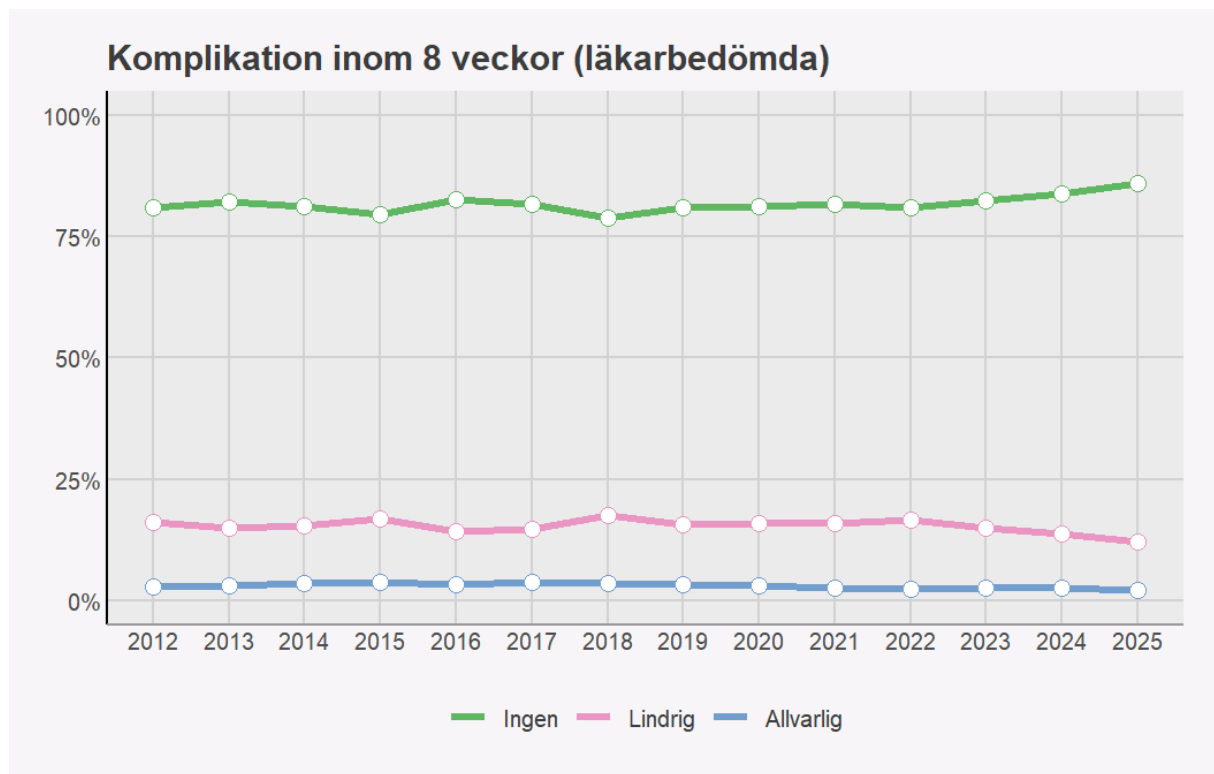
Sjukskrivningslängden har varit oförändrad under expansionen av minimalinvasiva metoder. Sjukskrivningstiden kan bero på flera faktorer.

Komplikationer



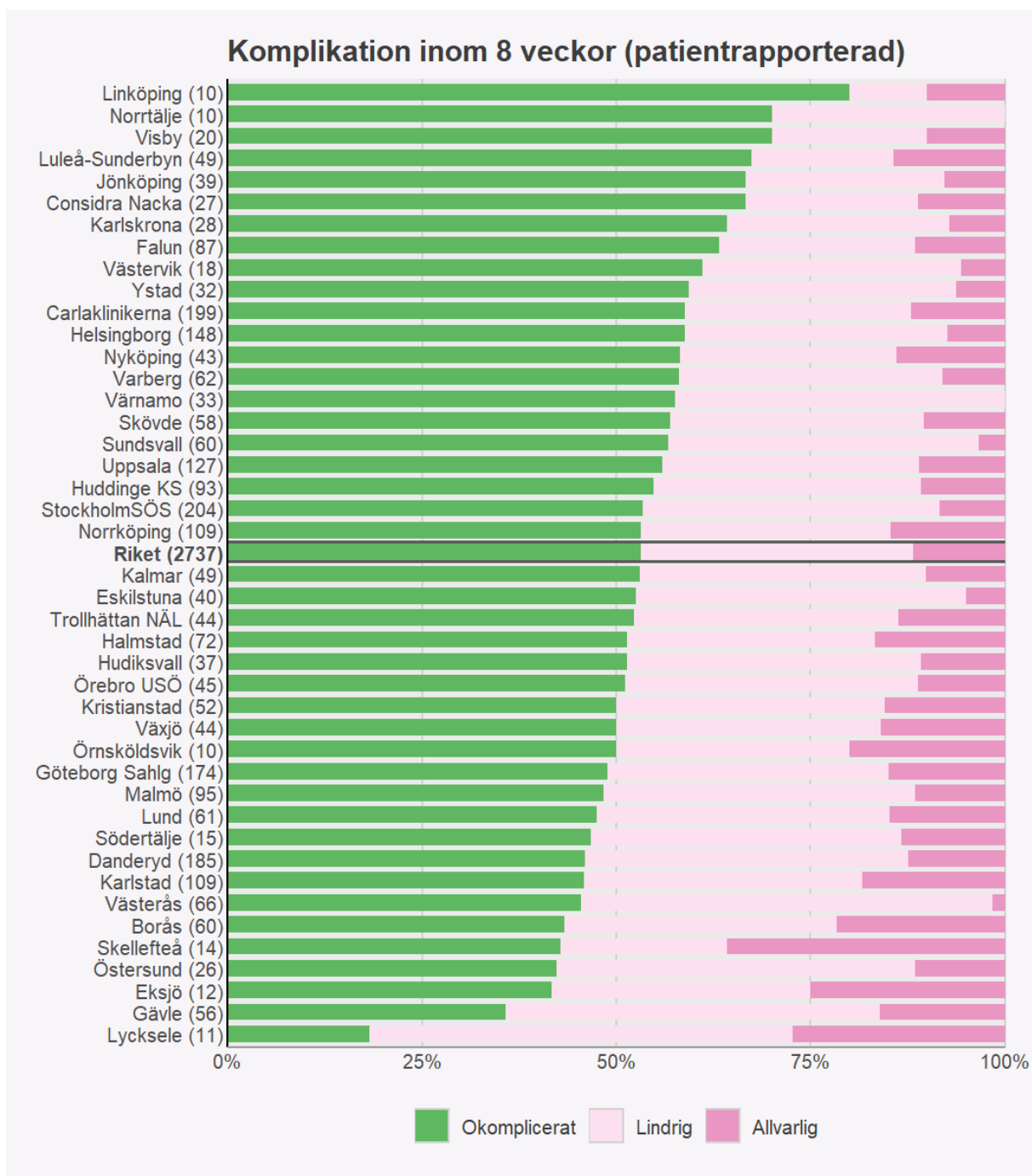
Figur 43. Besvär inom 8 veckor (patientrapporterad).

Andelen patientrapporterade besvär inom 8 veckor har varit stabil sedan år 2018.



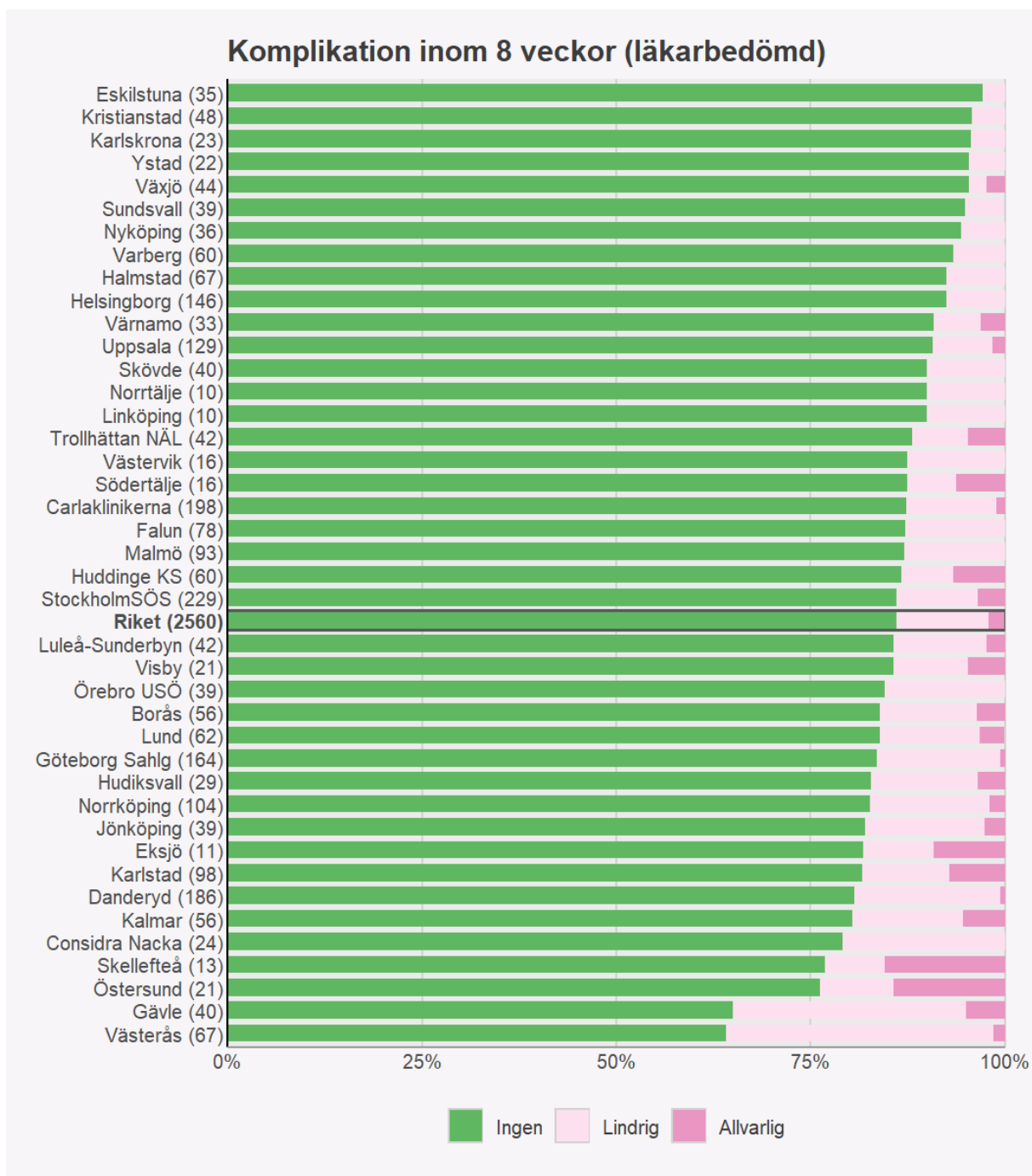
Figur 44. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömda).

Andelen läkarbedömda komplikationer inom 8 veckor har minskat något avseende lindriga komplikationer. Andelen allvarliga komplikationer har varit oförändrad sedan år 2012. Det kan ibland vara svårt att definiera vad som är en lindrig komplikation och vad som är ett förväntat efterförlopp efter hysterektomi.



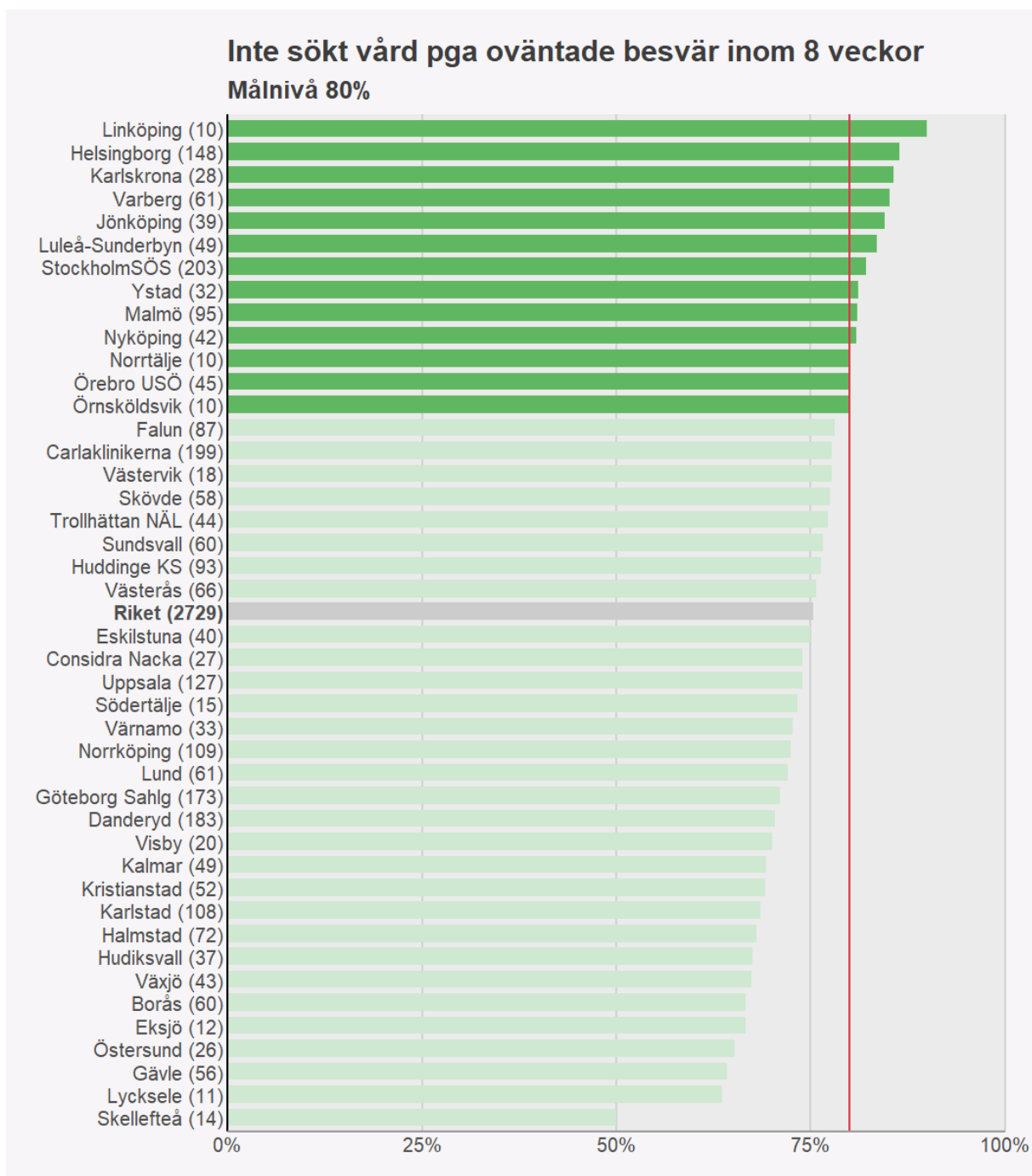
Figur 45. Komplikation inom 8 veckor (patientrapporterad)

Patientens upplevelse av att ha drabbats av en komplikation visar på att patienten behöver kunna nå opererande klinik postoperativt. En digital nationell patientinformation kan hjälpa till med att information om förväntat efterflöpp når fram till patienten.



Figur 46. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd) efter operation

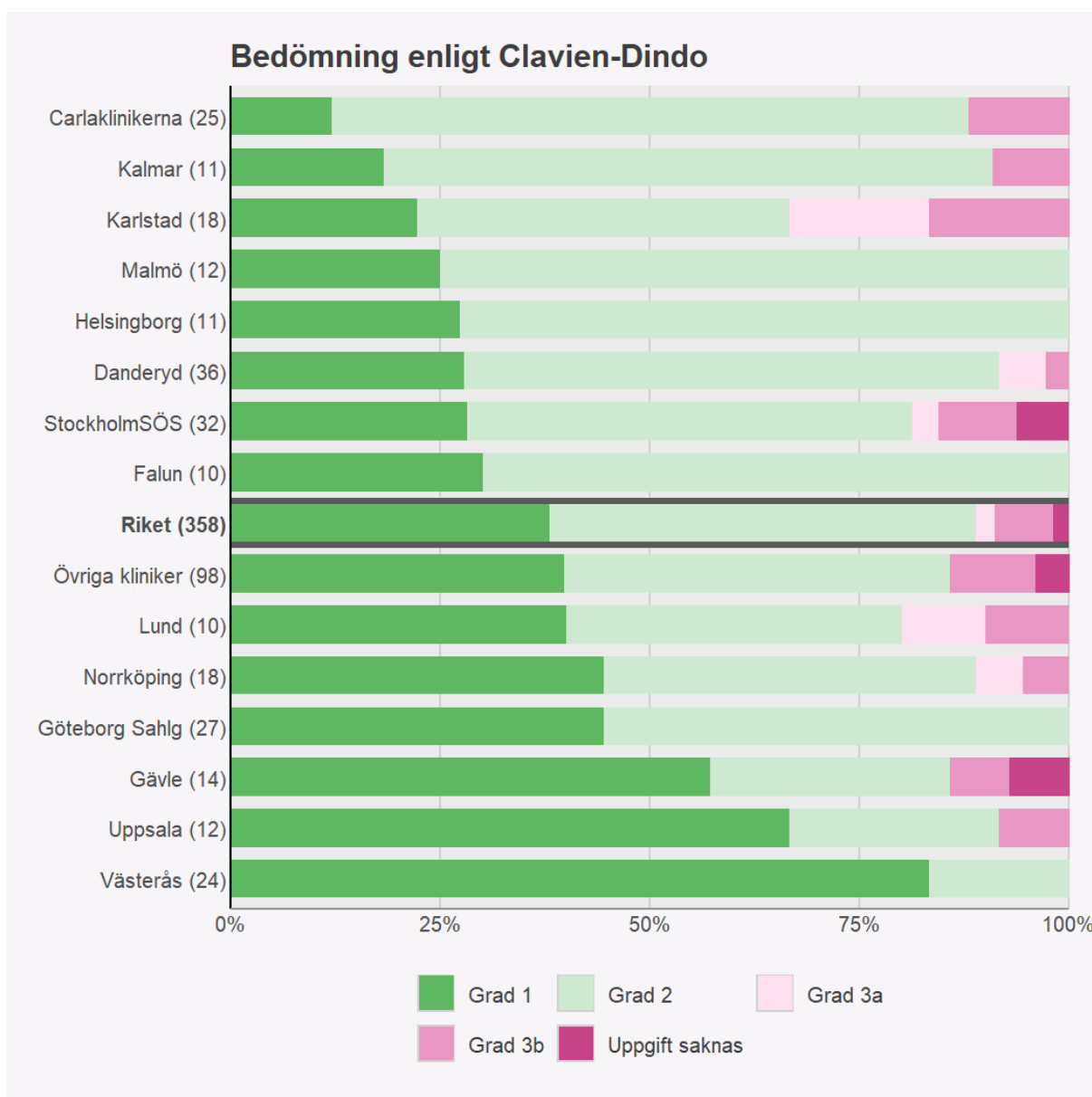
Läkarbedömning av komplikation efter hysterektomi skiljer sig något från patientens upplevelse. Vid 16 av 48 kliniker rapporteras inga allvarliga komplikationer.



Figur 47. Inte sökt vård pga. oväntade besvär inom 8 veckor

Clavien-Dindo - klassificering av komplikationer

Clavien-Dindo analyseras bland de kvinnor som har en bedömd komplikation. Figuren nedan visar enbart de kliniker som har minst tio fall av komplikationer. Kliniker med lägre volymer ligger grupperade i stapeln Övriga kliniker.



Figur 48. Bedömning enligt Clavien-Dindo. Övriga kliniker är en sammanslagning av alla kliniker där antalet Clavien-Dindo bedömningar understiger 10.

Tabell 8. 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	136	358	38,0%	4,8%
Grad 2	182	358	50,8%	6,4%
Grad 3a	8	358	2,2%	0,3%
Grad 3b	25	358	7,0%	0,9%
Uppgift saknas	7	358	2,0%	

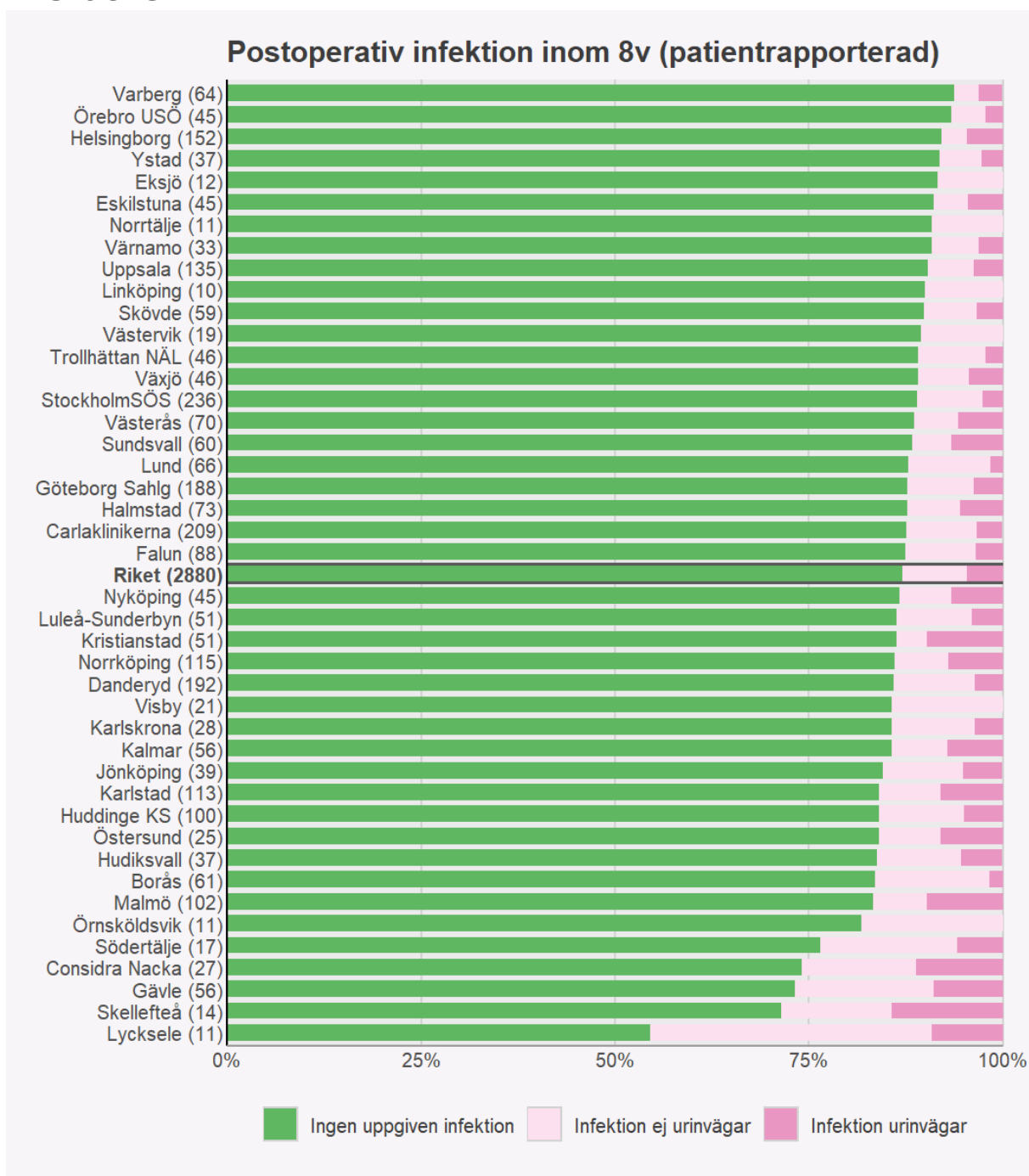
Av de hysterektomerade patienterna med komplikationsbedömning enligt Clavien-Dindo hade 9,2 % (31 av 358) en allvarigare komplikation, klass 3a eller 3b (reoperation i lokalbedövning respektive narkos). Detta motsvarar totalt 1,2 % av hela populationen.

Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Tabell 8. Grupperade läkarbedömda allvarliga komplikationer

Komplikationer	Antal
Grupp 1: Tarmskada	2
Grupp 2: Urinvägsskada	9
Grupp 3: Blödningar	5
Grupp 4: Andra allvarliga komplikationer	4
Grupp 5: Allvarlig infektion/feber	19
Grupp 6: Postoperativ smärta	5

Infektioner



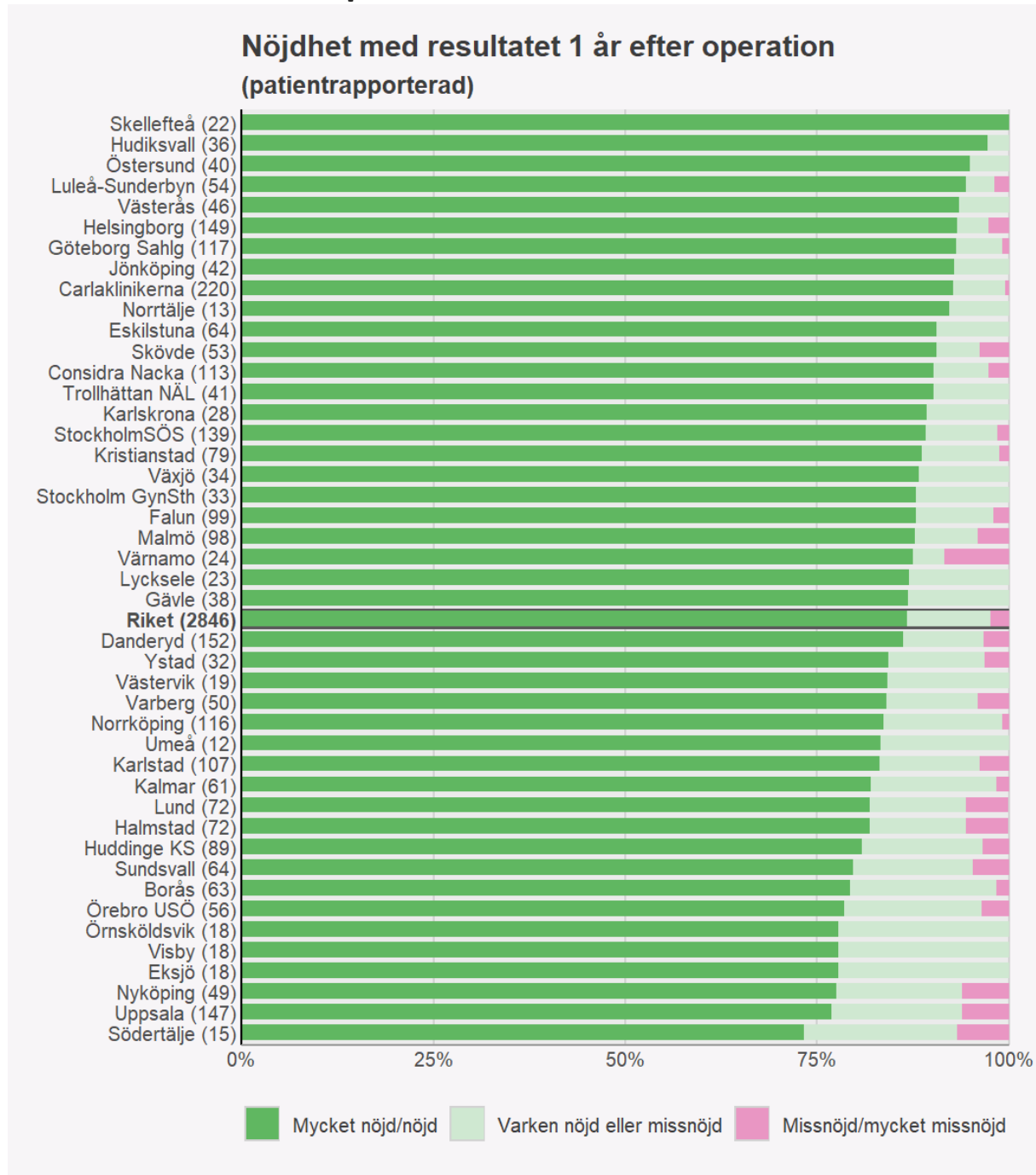
Figur 49. Postoperativ infektion inom 8v (patientrapporterad).

De flesta kliniker rapporterar okomplicerade förlopp postoperativt, utan infektion. Rapporteringsgraden av infektioner urinvägar varierar ganska mycket mellan kliniker, vissa kliniker har inte registrerat några urinvägsinfektioner postoperativt. Det kan hända att dessa patienter handläggs via vårdcentral i många fall.

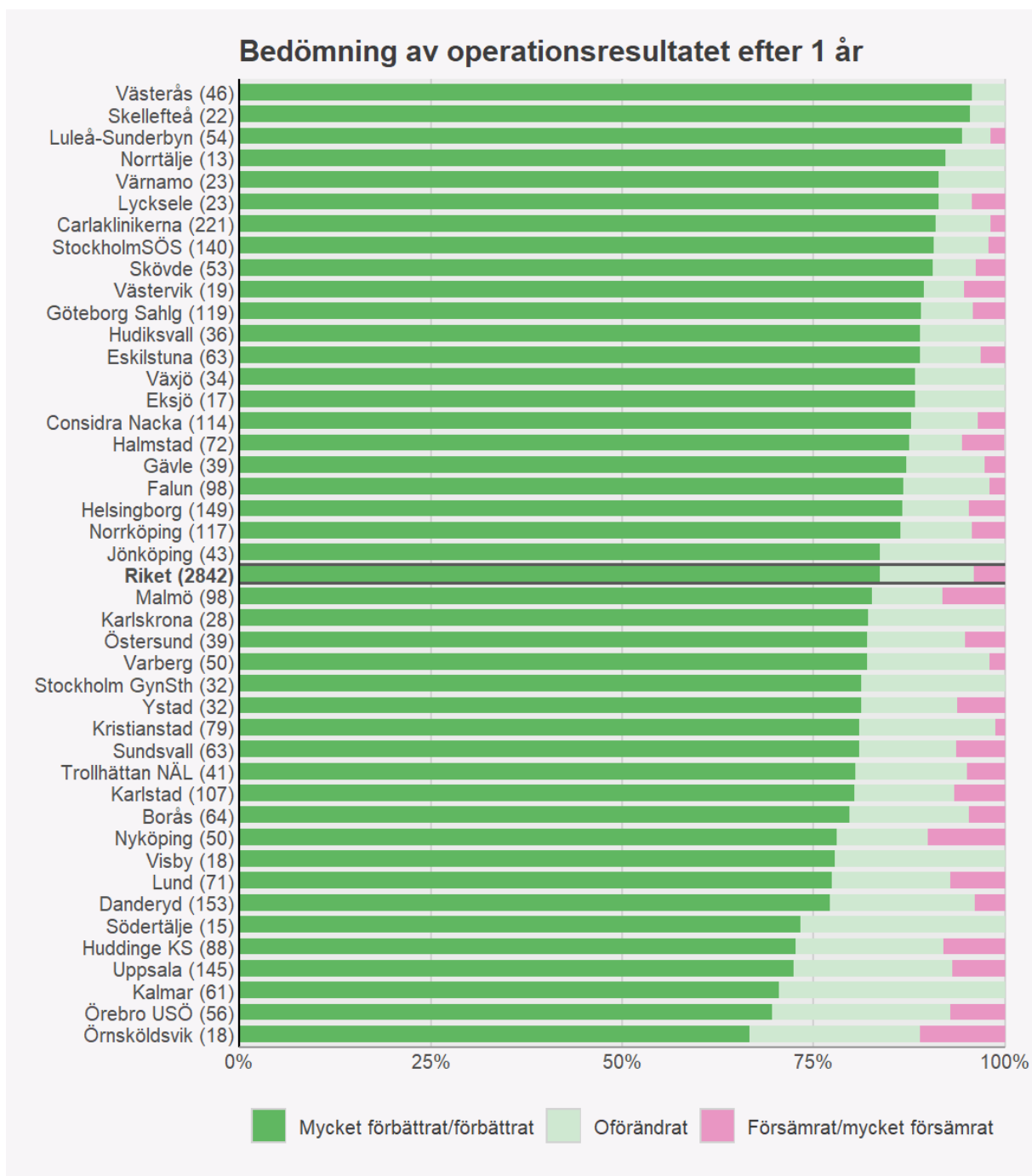
Liksom tidigare år rapporterar 3 % av de hysterektomerade att de har legat inlagda på sjukhus pga. infektion efter hysterektomin. I den gruppen ryms flera av de rapporterade Clavien-Dindo grad 2.

Det är av största vikt att rapportera in alla komplikationer till registret och här kan man längta efter direkt journalöverföring av data till registret, från flera olika vårdgivare.

Resultat 1 år efter operation

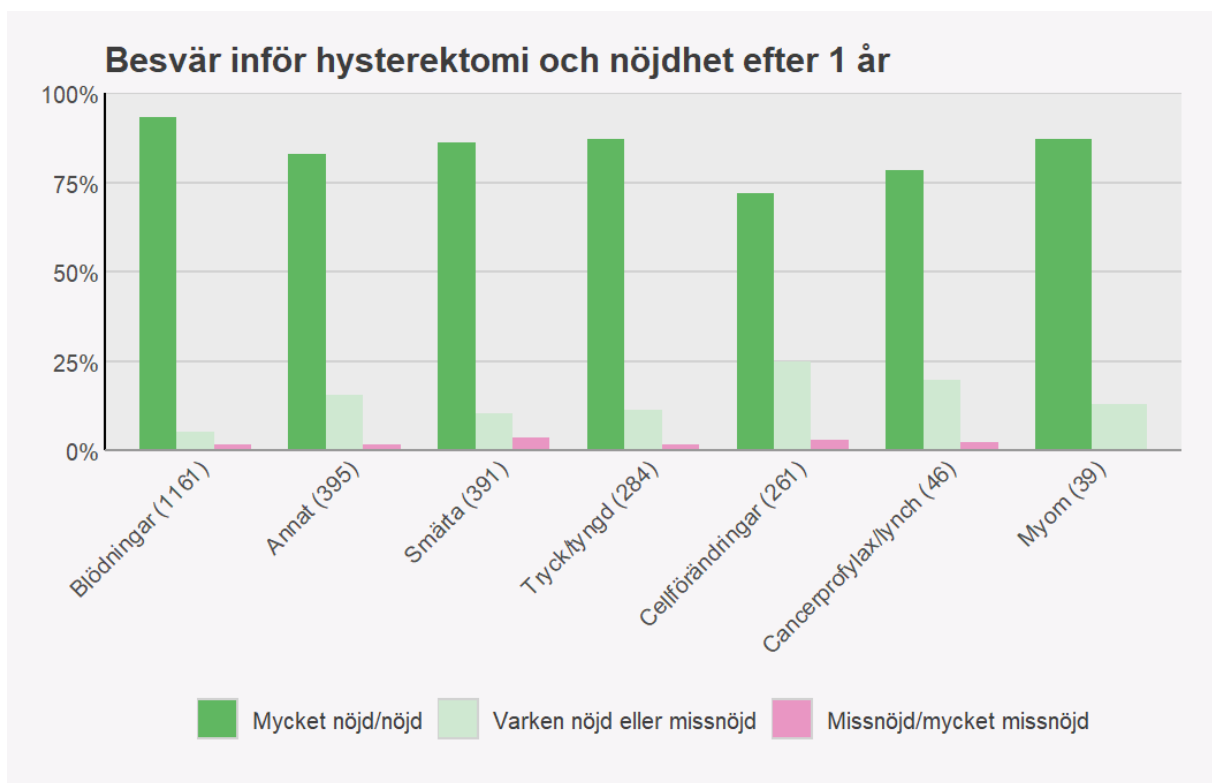


Figur 50. Nöjdhet med resultatet 1 år efter operation.



Figur 51. Bedömning av operationsresultatet efter 1 år

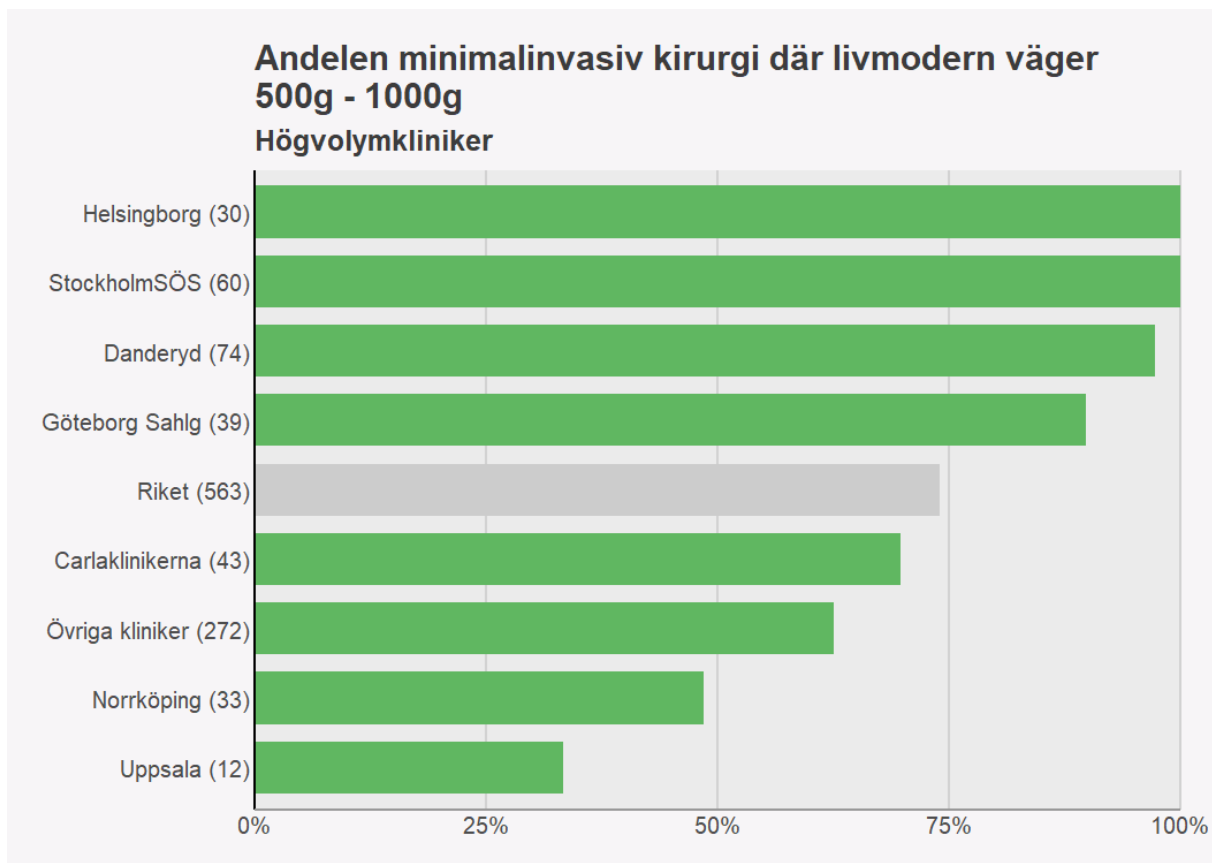
De flesta patienter är nöjda och förbättrade ett år efter hysterektomin, oavsett indikation (figur 50–52).



Figur 52. Besvär inför hysterektomi och nöjdhet efter 1 år.

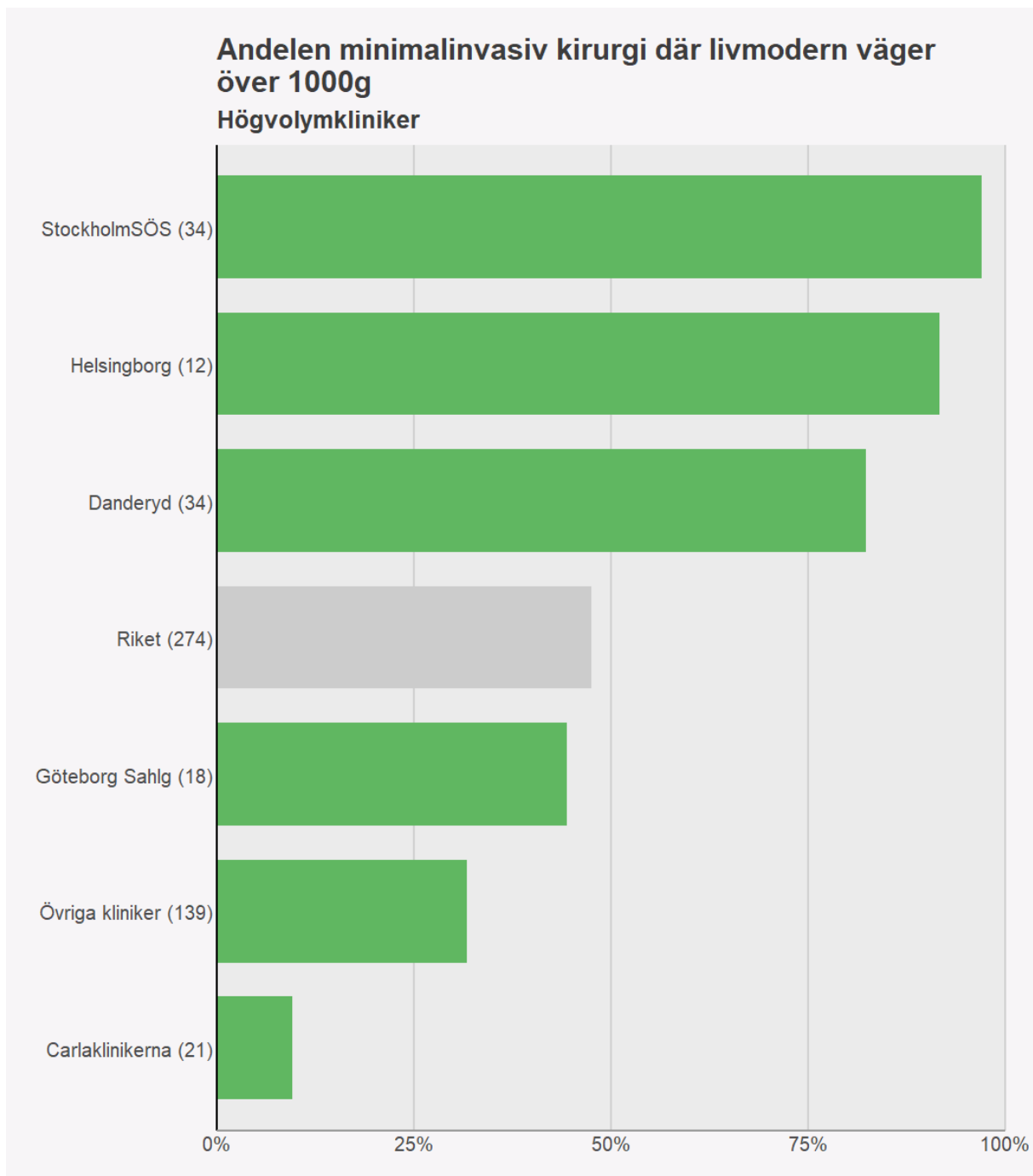
Högvolymskliniker

Här visar vi olika mått för de 7 högvolymsklinikerna (Södersjukhuset, Carlakliniken, Sahlgrenska, Danderyd, Uppsala, Helsingborg och Norrköping).



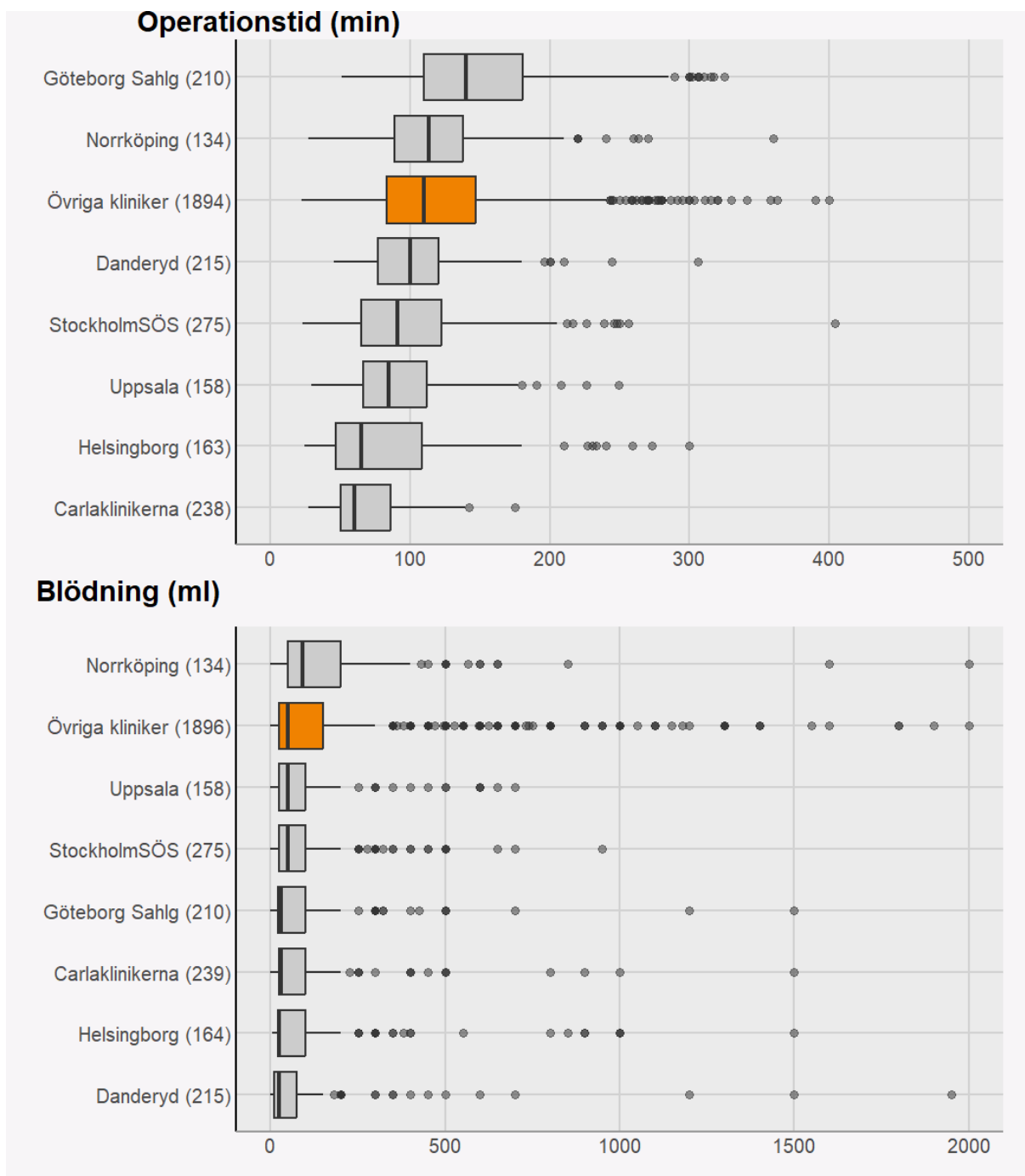
Figur 53. Minimalinvasiv kirurgi där uterusvikt är mellan 500 g - 1000 g.

Trots höga volymer, opererar endast fyra kliniker i högre grad med minimalinvasiv teknik när uterusvikten är mellan 500 och 1000 g, jämfört med övriga kliniker med mindre volymer. Helsingborg använder mestadels vNOTES-teknik och Danderyd/Södersjukhuset använder robotassisterad laparoskopi. Sahlgrenska använder laparoskopisk teknik. Hög andel minimalinvasiv kirurgi kan alltså åstadkommas med flera olika minimalinvasiva tekniker.



Figur 54. Minimalinvasiv kirurgi där uterusvikt är över 1000 g.

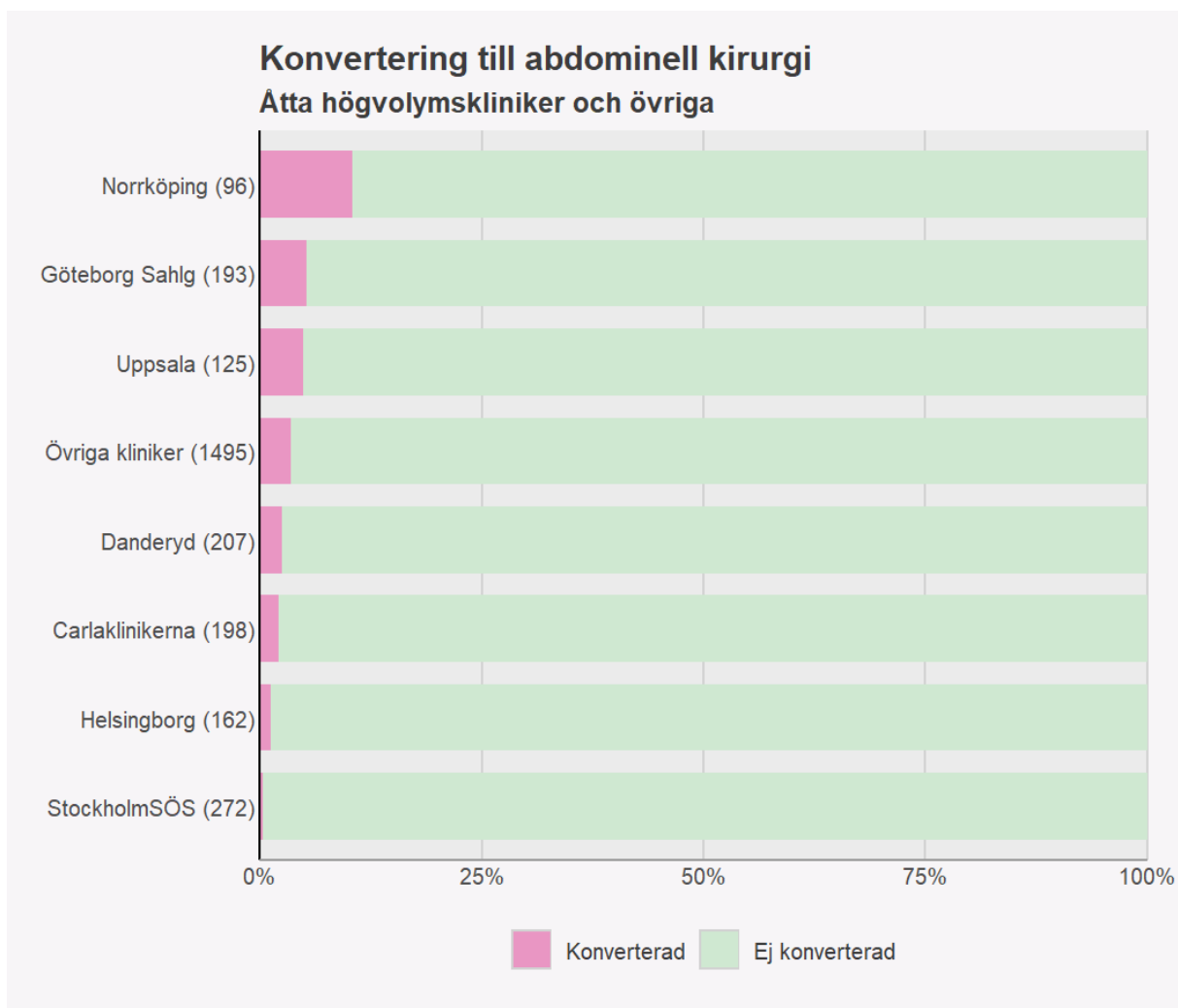
Det är endast tre kliniker i riket som använder dominerande minimalinvasiv teknik vid preparat som väger mer än 1 kg: Södersjukhuset, Danderyd och Helsingborg. Här finns utvecklingspotential för flera kliniker.



Figur 55. Operationstid och blödning

Hög volym ger inte nödvändigtvis en snabbare operationstid, tiden varierar mellan 60 och 130 minuter. Denna faktor kan vara operatörsberoende.

Blödningsmängden är över lag låg i riket, inkluderande samtliga kliniker.



Figur 56. Konvertering till abdominell kirurgi högvolymsklinik

Tabell 9. Konvertering till abdominell kirurgi, sju högvolymskliniker och övriga kliniker.

Klinik	Antal konverteringar
Övriga kliniker	52
Sahlgrenska	10
Norrköping	10
Uppsala	6
Danderyd	5
Carlaklinikerna	4
Helsingborg	2
Södersjukhuset	1

Högvolumsklinikerna konverterar delvis i lägre grad, delvis mer än övriga kliniker, men antalet konverteringar är lågt.

Tabell 10. Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor. Andel avser andel inom respektive klinikgrupp bland bedömda komplikationer. Andel bedömda avser andel av samtliga bedömda komplikationer. Andel i pop. avser andel med Clavien–Dindo-klassificering inklusive individer utan bedömd komplikation

Klinikgrupp	Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel av bedömda	Andel i pop.
Högvolumskliniker	Grad 1	53	161	32,9%	14,8%	4,4%
	Grad 2	93	161	57,8%	26,0%	7,8%
	Grad 3a	4	161	2,5%	1,1%	0,3%
	Grad 3b	9	161	5,6%	2,5%	0,8%
	Uppgift saknas	2	161	1,2%	0,6%	86,7%
Övriga	Grad 1	83	197	42,1%	23,2%	5,1%
	Grad 2	89	197	45,2%	24,9%	5,5%
	Grad 3a	4	197	2,0%	1,1%	0,2%
	Grad 3b	16	197	8,1%	4,5%	1,0%
	Uppgift saknas	5	197	2,5%	1,4%	88,2%

Andelen grad 3A- och 3B-komplikationer av hysterektomipopulationen är densamma för högvolumskliniker (1,3 %) och övriga kliniker (1,2 %).

Avslutning

Sammanfattningsvis visar årets data att minimalinvasiva tekniker utgör en allt större andel av hysterektomier på benign indikation i Sverige och bidrar till fördelar för patienterna vad gäller konvalescens och vårdtider. Komplikationsfrekvensen är generellt låg vid minimalinvasiva ingrepp.

Samtidigt kvarstår tydliga regionala skillnader i tillgång och praxis, vilket tyder på behov av nationella satsningar på utbildning, resursfördelning och spridning av evidensbaserade riktlinjer.

För att säkerställa jämlik och säker vård rekommenderas ökad samverkan mellan regioner, standardiserade vårdprogram och kontinuerlig kvalitetsuppföljning.

Det blir spännande att överföra data till INCA-plattformen och även att bygga ut registret nästa år. Flera konservativa metoder för att handlägga blödningsrubbningar och myom läggs till i registret, som därmed byter namn till Uteruskirurgi fram 2026.

Om synpunkter finns på innehållet, v.g. mejla sophia.ehrstrom@gmail.com

Sophia Ehrström
Delregisteransvarig
Hysterektomi på benign indikation