

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2025

Författare:

Anneli Jördens

Registeransvarig för delregistret för intrauterin kirurgi
Överläkare, Gynmottagningen, Ersta sjukhus, Stockholm

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2026-05-11



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	2
Tidsperiod	2
Ålders- och BMI-fördelning	4
Utförda operationer	5
ST-läkare	13
Typ av operation som utförts	14
Anestesi	15
Operationstid	17
Vårdtid	18
PAD	19
EIN	21
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation	22
Tid till normal ADL	22
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv	25
Komplikationer	27
Clavien-Dindo	30
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	32
Förbättring efter 1 år	32
Nöjdhet efter 1 år	33
Myom	35
Endometrieablation	36
Antal operationer	36
Infektion	38
Nöjdhet efter 1 år	39

Inledning

I december 2024 så anslöt sig Ersta sjukhus som pilotklinik för start av registrering av intrauterin kirurgi på INCA-plattformen, resten av landets kliniker anslöt i februari 2025. Det hölls inledande utbildningstillfällen digitalt som många deltog i.

Att flytta Intrauterin kirurgi var starten för flytten av hela GynOp-registrets alla formulär och enkäter till INCA och under våren/sommaren 2026 beräknas hela flytten vara klar. Då ska alla delregister i GynOp ha omarbetats och flyttats till INCA-plattformen.

Arbetet har varit både roligt, mödosamt och tidskrävande, kanske framför allt för GynOps kansli. Förhoppningen är att arbetsbelastningen till hösten återgår till det normala, samtidigt som registret har förbättrats och blivit mer flexibelt, vilket underlättar ändringar och tillägg av variabler vid utveckling av nya operationsmetoder och instrument.

För intrauterin kirurgi var syftet med flytten att få enklare och tydligare formulär, göra det tydligare med ingreppen, instrument och anestesimetoder. Det har blivit klart förbättrat, men inget är perfekt och det pågår fortlöpande justeringar. Vad gäller anestesidelen kommer den att omarbetas ytterligare tillsammans med statistiker och utvecklare innan sommaren, när de sista delregistren är klara med flytten.

Målet är att den förenklade registreringen skall få fler användare att registrera operationerna, framför allt fler av de operationer som görs som mottagningsoperationer, så att vi kan få högre täckningsgrad för Intrauterin kirurgi. Allt fler operationer görs på mottagningsal. Som tidigare år så behöver inte ren diagnostisk hysteroskopi registreras i GynOp, enbart om någon åtgärd gjorts.

Det vi redovisar i denna årsrapport skiljer sig från tidigare år, vilket beror på att en del data fortsatt är från gamla GynOp, det som kallas ITS och resterande från INCA-data.

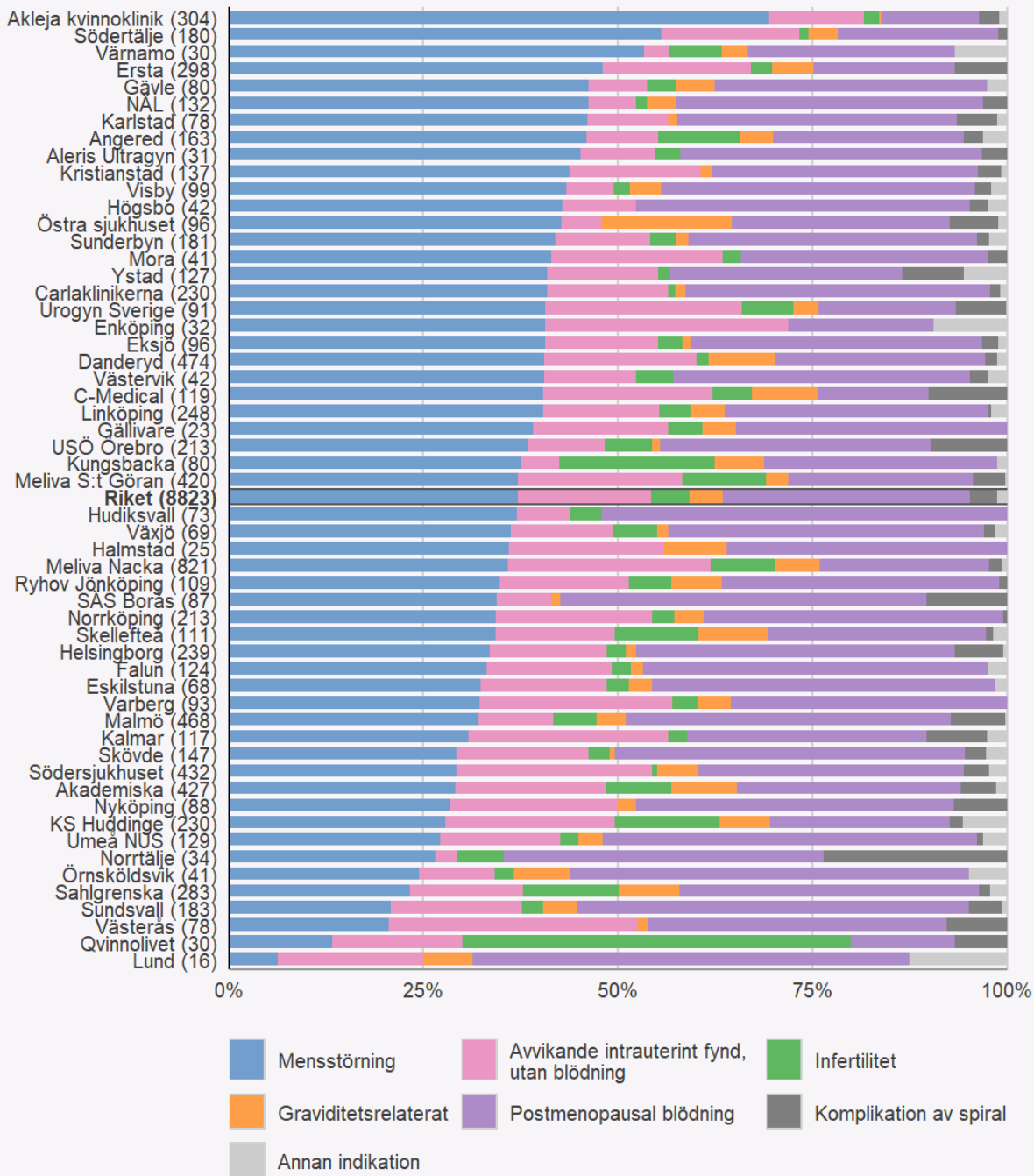
Variablerna skiljer sig mellan ITS och INCA, vilket försvårade en sammanslagning av statistiken. Därför fattades beslut om att exkludera vissa data från ITS. Det totala antalet operationer inkluderar dock uppgifter från både ITS och INCA.

Anneli Jördens, överläkare, gynekologimottagningen Ersta sjukhus, Stockholm. Delregisteransvarig Intrauterin kirurgi.

Tidsperiod

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2025. Totalsiffran inkluderar data från både INCA och gamla GynOp. Figurerna i rapporten visar däremot enbart INCA-data vilket innebär att cirka 1435 operationer som registrerats i gamla GynOp fram till 18/2 2025 inte ingår i årsrapporten. Totalt registrerades 10 586 operationer under år 2025. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2024 som registrerats i gamla GynOp använts.

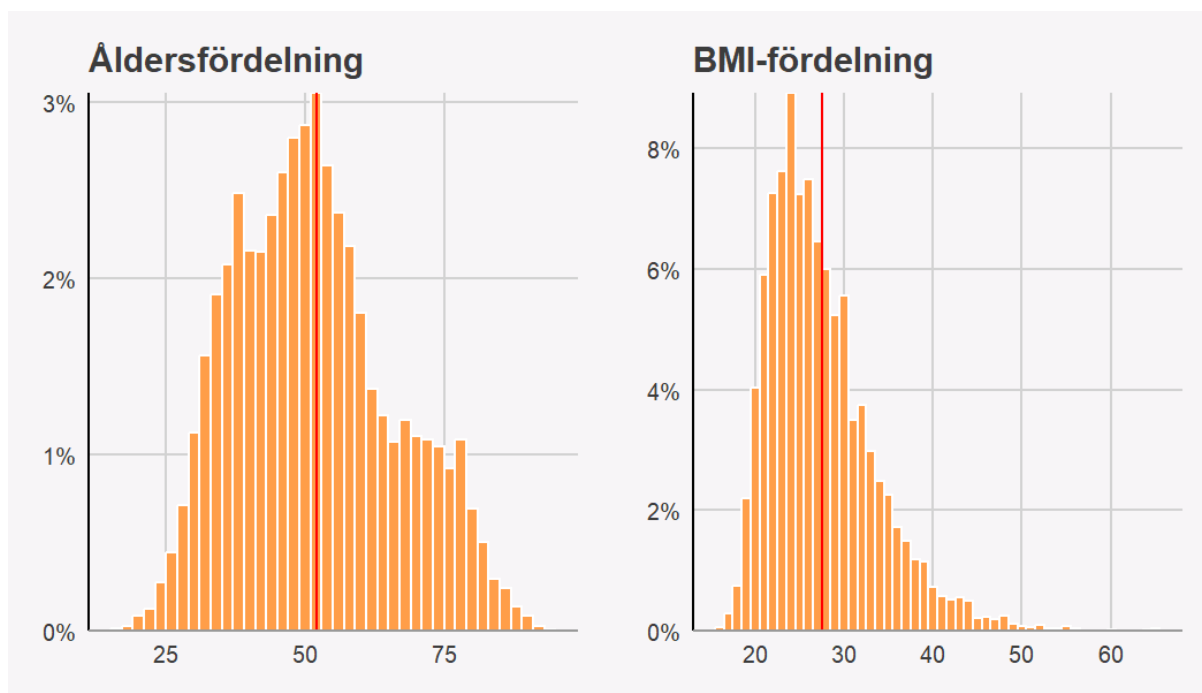
Indikationer för intrauterin kirurgi



Figur 1. Indikationer för intrauterin kirurgi

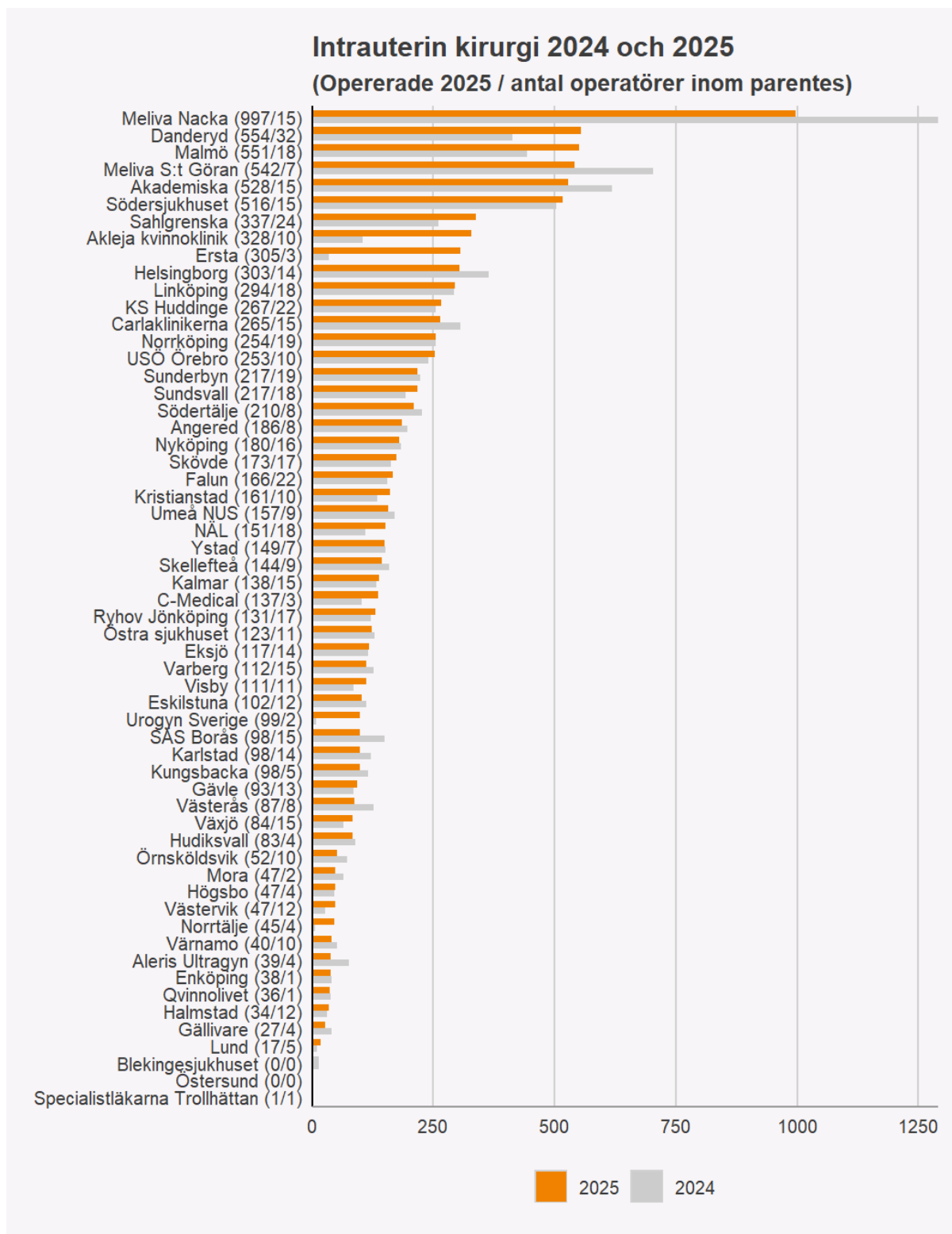
Figuren visar enbart INCA-data. Det är ingen skillnad i indikationer för intrauterin kirurgi jämfört med tidigare år, är i huvudsak mensstörning och postmenopausal blödning.

Ålders- och BMI-fördelning



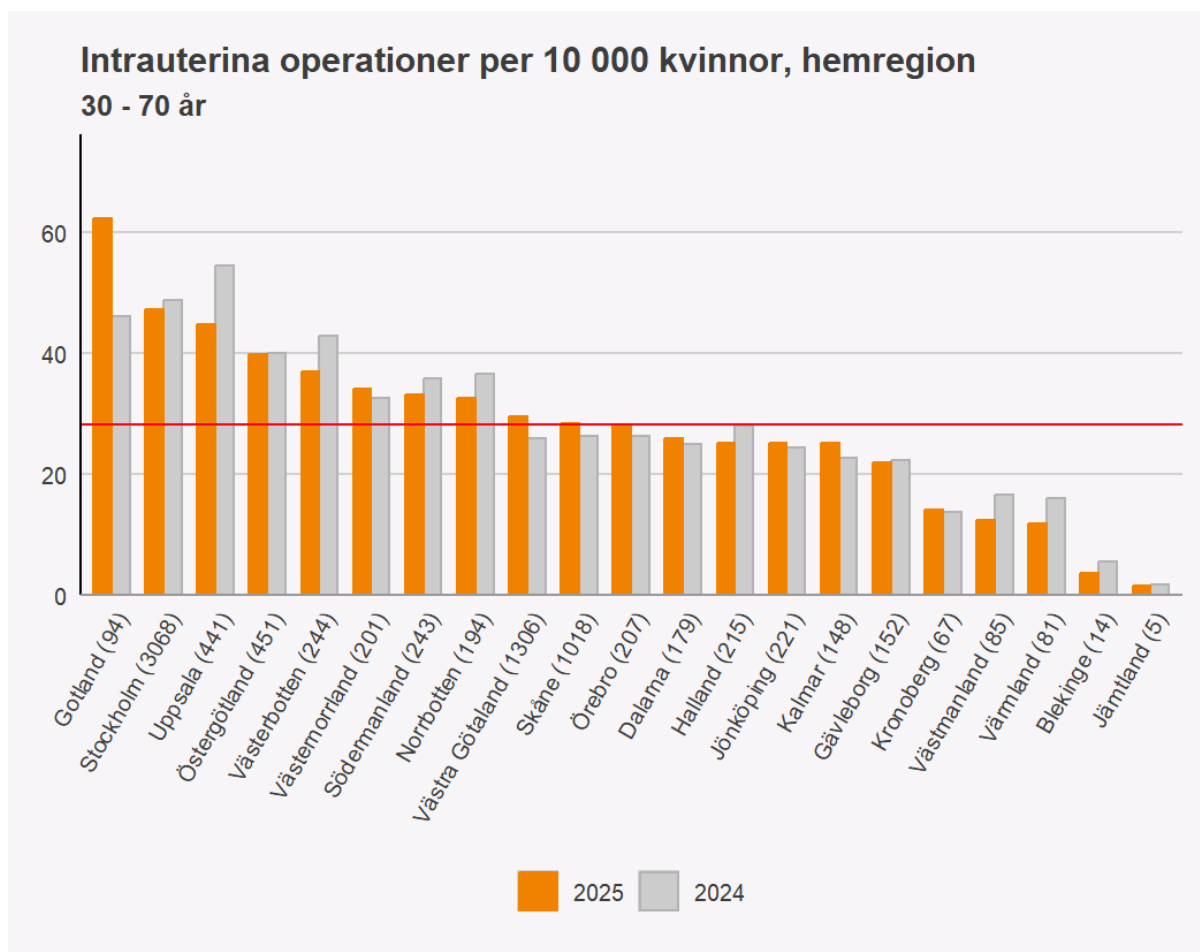
Figur 2. Fördelning av ålder och BMI

Utförda operationer



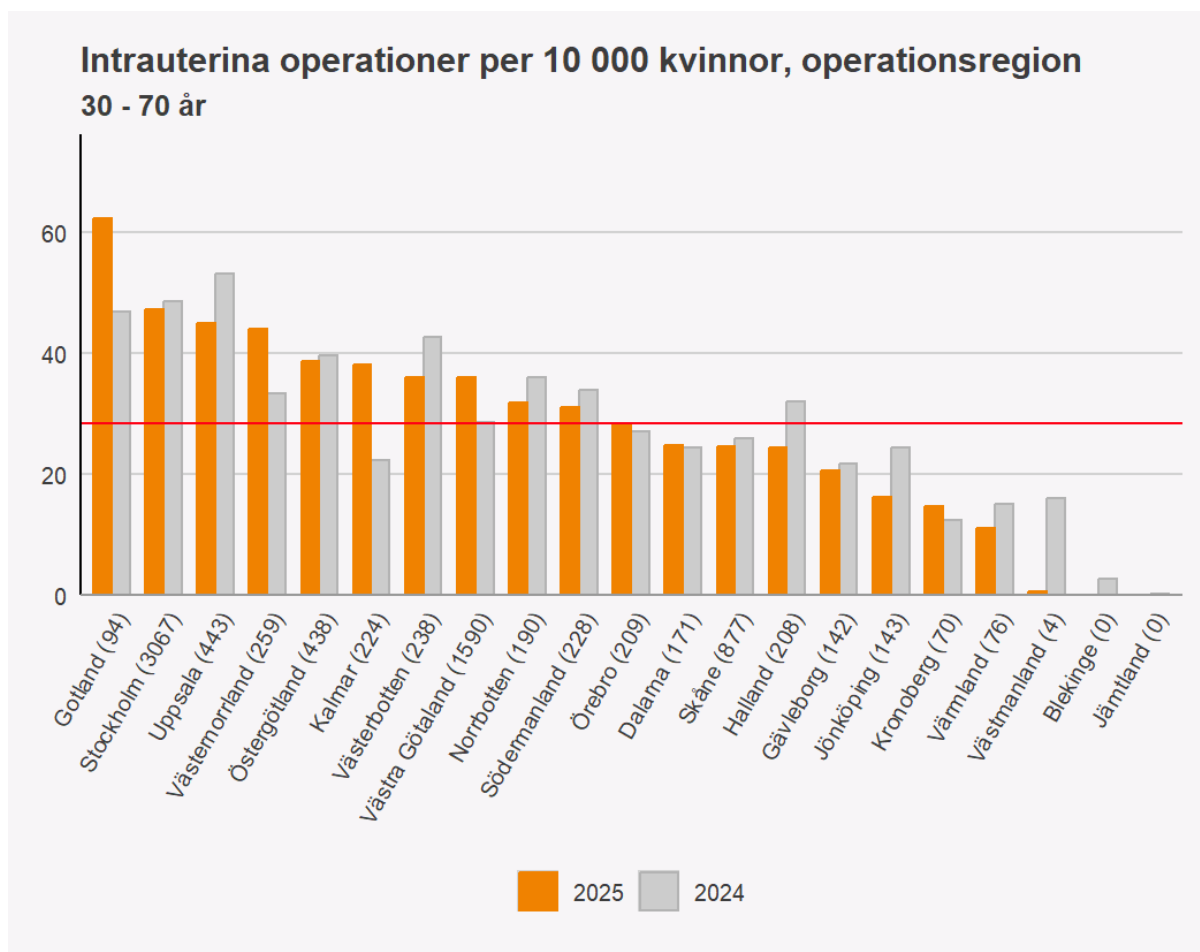
Figur 3. Intrauterin kirurgi registrerade år 2024 och 2025

I riket registrerades 10 586 operationer under år 2025 vilket kan jämföras med 10 326 registrerade operationer år 2024. Antalet registrerande kliniker uppgår under år 2025 till 58, jämfört med 59 föregående år. Det har skett några nytillkomster, några namnbyten pga. ägarbyten bland privatklinikerna och några kliniker som fallit ifrån.



Figur 4. Antal intrauterina operationer per 10 000 kvinnor (ålder 30–70 år) där de är skrivna, hämtat från GynOp och SCB år 2025. Inom parentes visas antalet registrerade operationer för år 2025. Den röda horisontella linjen är medianen av antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor 2025 för riket.

Figur 4 visar statistik för jämlik vård i Sverige och medianen är ett mått som kan ge indikation för om det är jämlikt. För de områden som ligger under medianen så är det fortsatt fem regioner som ligger förhållandevis lågt. En förklaring kan vara att flera av de regioner som ligger längst till höger i figuren inte har registrerat alla de intrauterina operationer som utförts, vilket påverkar resultatet i ovanstående figur.

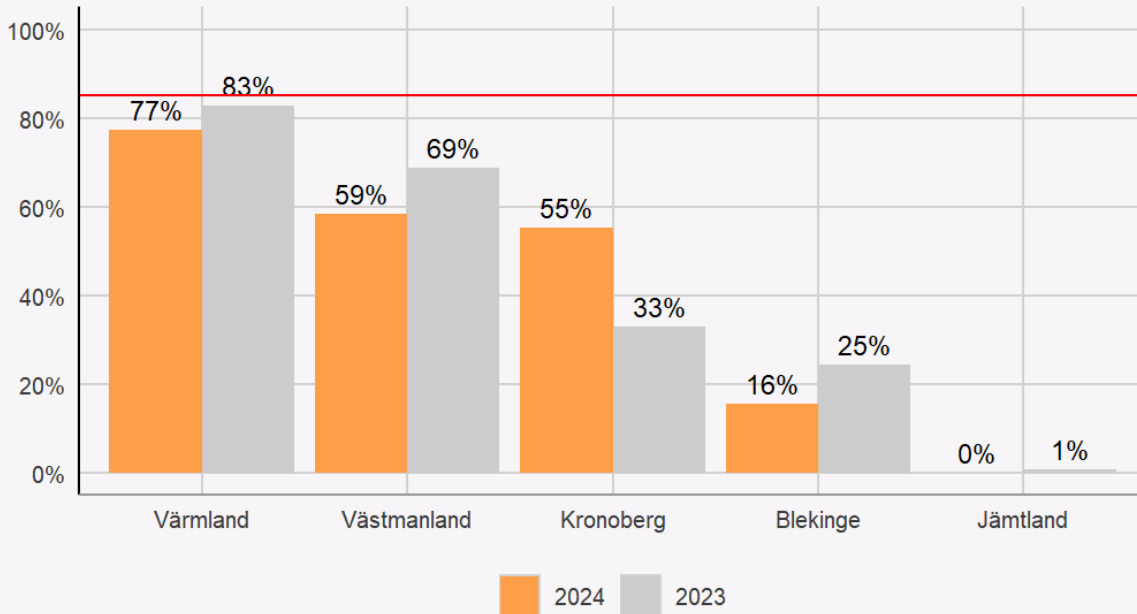


Figur 5. Antal intrauterina operationer per 10 000 kvinnor (ålder 30–70 år) där de är opererade, hämtat från GynOp och SCB år 2025. Inom parentes visas antalet registrerade operationer för 2025. Den röda horisontella linjen är medianen av antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor 2025 för riket.

Kompletterande information om antal operationer per 10 000 kvinnor, nu ifrån operationsregion. Inga större skillnader, men det går att se viss förflyttning av platsen där patienten opererats jämfört med boendeplats.

I figur 5 syns tydligt vilka län det är vars sjukhus inte har registrerat några utförda intrauterina operationer.

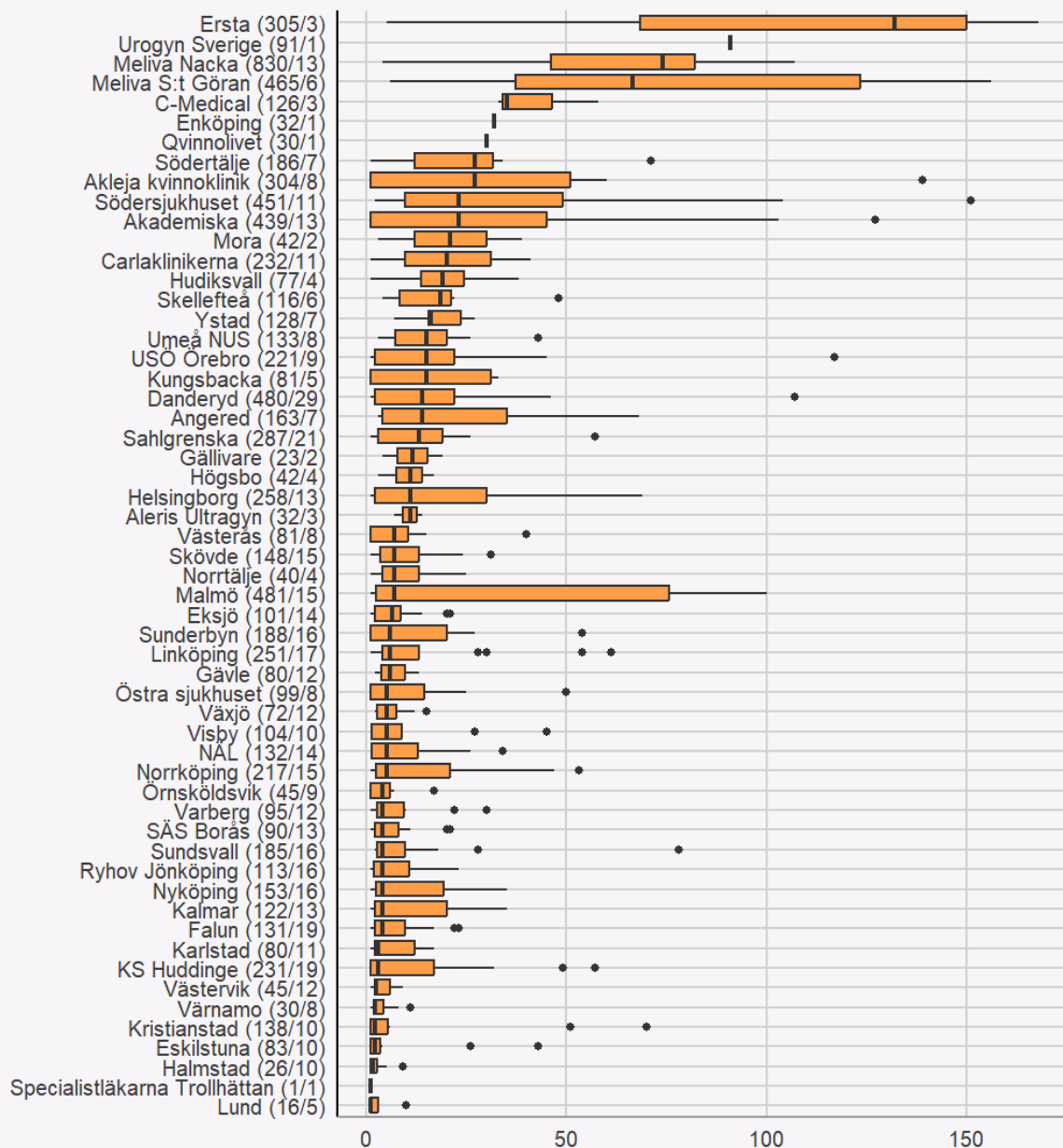
Täckningsgrad för regioner med lägst antal registrerade operationer per 10 000 kvinnor



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

Det som är av stort intresse i denna tabell är Kronoberg. År 2022 var täckningsgraden 2% för Kronoberg, de operationer som gjordes med intrauterin kirurgi registrerades i princip inte i GynOp. Nu är det en täckningsgrad på 55%! Mycket positivt och förhoppningen är att täckningsgrad fortsätter stiga för de andra regionerna också med lite låga siffror. Allt för att vi ska kunna få ut bättre statistik givetvis, på det vi gör med våra operationer.

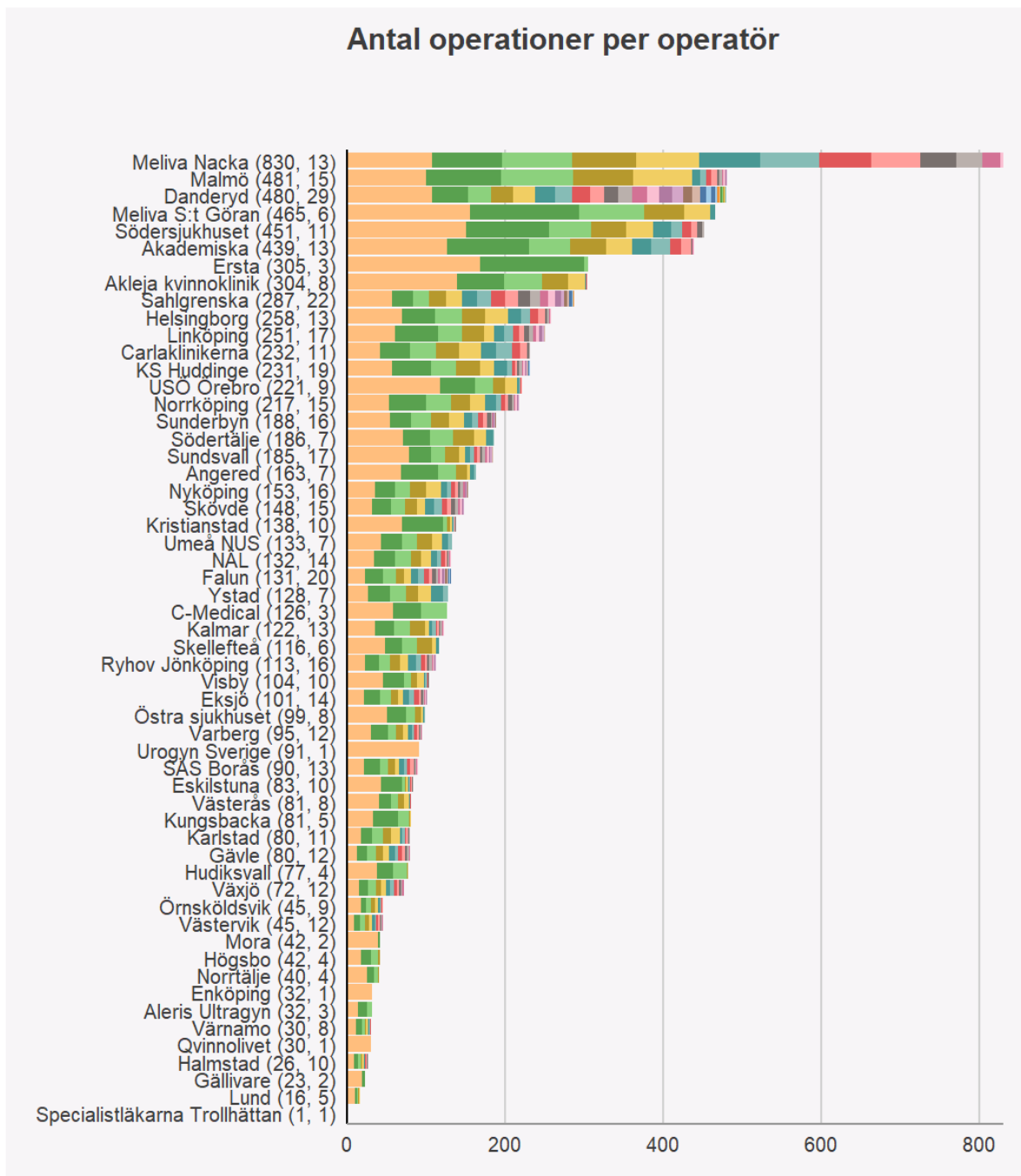
Antal operationer per operatör Median samt 25:e och 75:e percentilen



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

Det ser ut som tidigare år, det är många operatörer som gör ett fåtal ingrepp intrauterin kirurgi per år och det finns fortsatt enstaka operatörer som gör väldigt många ingrepp.

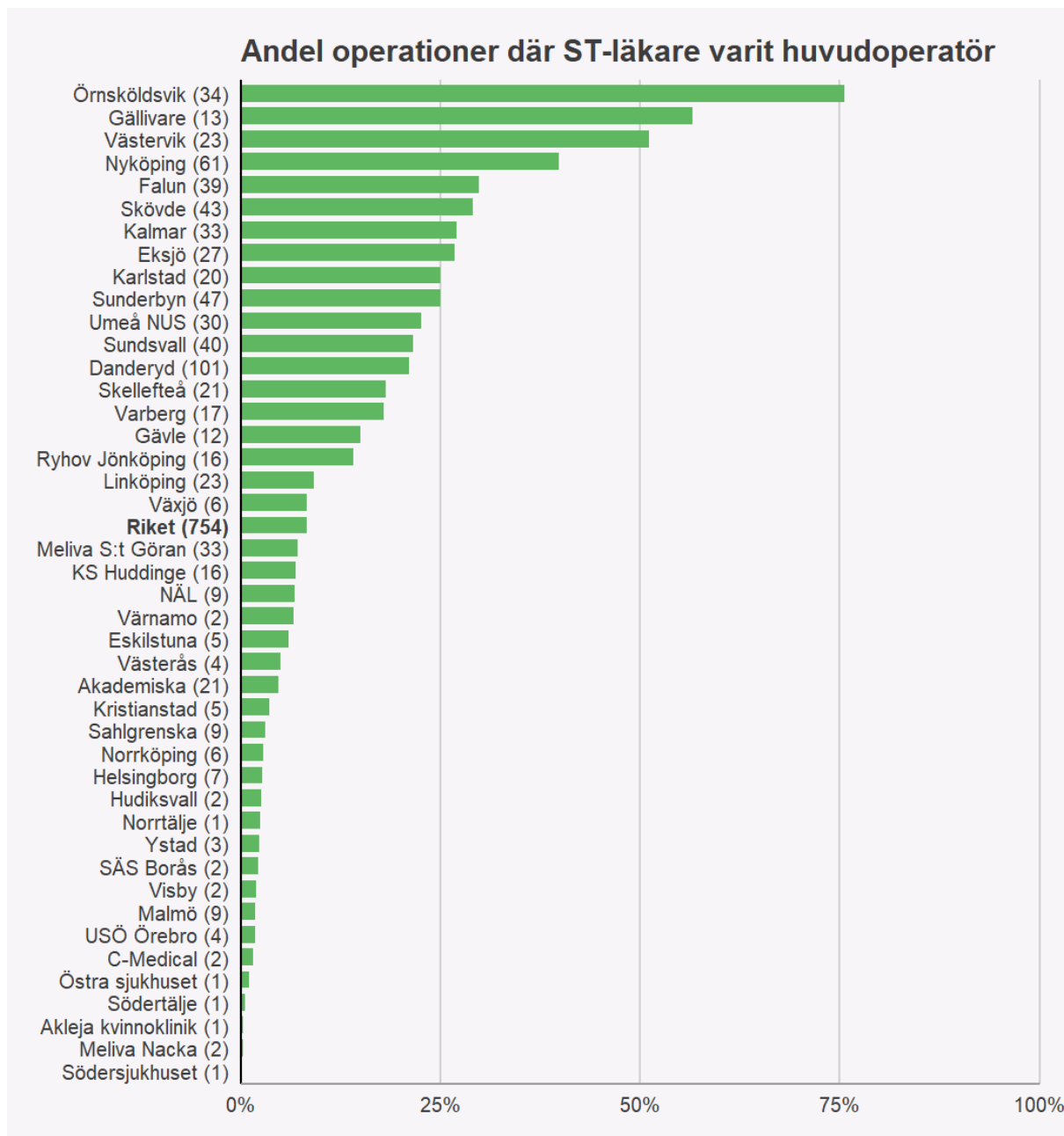
Antal operationer per operatör



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

Mer tydlig bild, av operatörer per klinik. Enstaka staplar tolkas som operation utförd av läkare under utbildning, ST-läkare eller möjligen nyblivna specialister, men fortsatt är det låg andel operationer där ST-läkare är huvudoperatör, vilket visas i nästa bild. Många operatörer med få ingrepp innebär dock inte fler komplikationer, då det är låg risk för det vid intrauterin kirurgi.

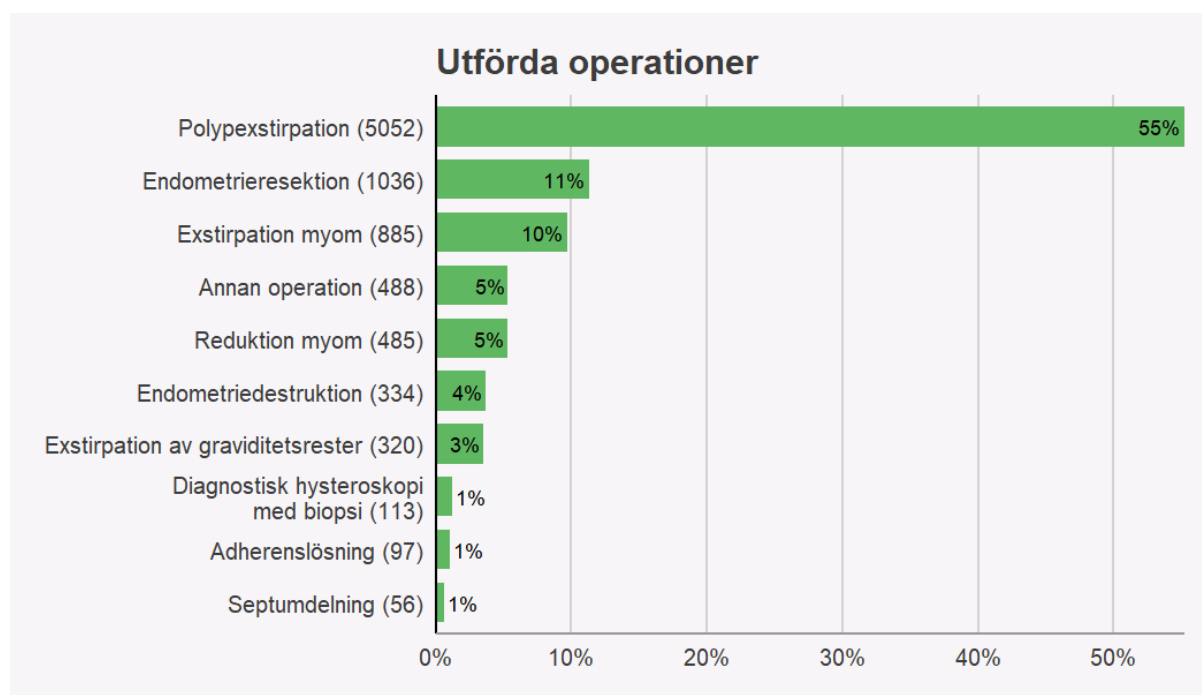
ST-läkare



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

Det ser ut som att det backat rejält med antal utförda operationer av ST-läkare, men vi måste komma ihåg att detta är enbart INCA-data. Det fattas ett antal från gamla GynOp, som angavs i början. Fortsatt är det 3 kliniker som kommer över 50% operation utförd av ST-läkare, bra jobbat de kliniker som ligger i topp. Majoriteten ligger under 25% deltagande som huvudoperatör. Fortsatt förbättringsområde helt enkelt.

Typ av operation som utförts



Figur 12. Utförda operationer

Fortsatt är polypekstirpation huvudsaklig utförd operation. Även här ska vi beakta att det saknas en del från gamla GynOp, detta är enbart INCA-data. Tabellen sannolikt helt oförändrad ändå. Vi försöker få in namnbytet från endometriedestruktion till endometrieablation, i vissa tabeller hänger det kvar.

Tabell 1. Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypekstirpation	5052	55,2%
Endometriresektion	1036	11,3%
Exstirpation myom	885	9,7%
Annan operation	488	5,3%
Reduktion myom	485	5,3%
Endometrieablation (destruktion)	334	3,6%
Exstirpation av graviditetsrester	320	3,5%
Diagnostisk hysteroskopi med biopsi	113	1,2%
Adherenslösning	97	1,1%
Septumdelning	56	0,6%

I gruppen "Annan operation" (488 operationer) ryms lite av varje, som egentligen kan registreras mer korrekt i operationsformulärets kryssrutor. Till exempel är det 46 operationer med koden LCA22, dvs spiraluttagning med hysteroskop som registrerats som Annan operation. Det är också registrerat över 200 operationer med koden LCB25, dvs exstirpation av förändring, polyp eller myom. Det finns tydliga kryssrutor för det i operationsformuläret och det är oklart varför den koden registreras under – Annan. Eventuellt kan det vara att det gjorts fler ingrepp vid samma tillfälle, det har vi inte tittat på i detalj, men kan säkert fås fram av statistiker. Det mesta vi gör intrauterint finns med i själva operationsformuläret. Spiral ut hysteroskopiskt - är ett av alternativen i kryssrutorna och det genererar koden LCA22.

Tabell 2. Antal avbrutna operationer för riket mellan 2014 och 2025.

Operasjonsår	Antal avbrutna operationer
2014	2
2015	3
2016	3
2017	15
2018	21
2019	15
2020	14
2021	21
2022	37
2023	52
2024	33
2025	68

Antalet avbrutna operationer ökar fortsatt något. Om denna trend fortsätter stiga får vi titta närmre på orsakerna, om det är någon koppling till ökat antal mottagningsoperationer. Sannolikt är det inte något som kommer förändra operationssättet, möjligen att fler operationer på mottagning kommer göras med till exempel patientstyrd sedering, men framtiden får utvisa hur det kommer utveckla sig.

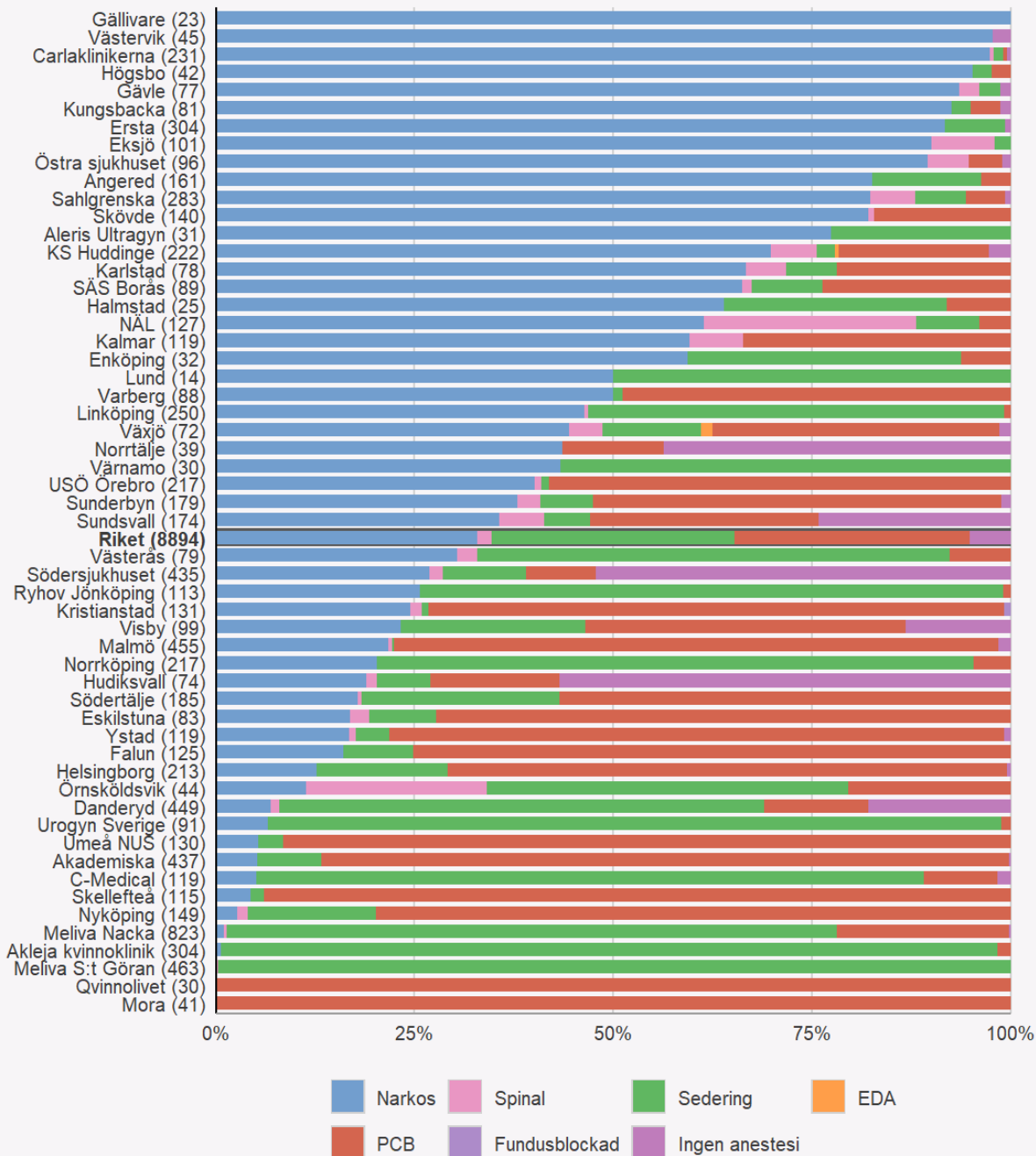
Anestesi

Tabell 3. Anestesiformer sorterade på förekomst

Anestesiform	Antal	Andel
Narkos	2930	32,9%
Sedering	2722	30,6%
PCB	2634	29,6%
Ingen anestesi	452	5,1%
Spinal	153	1,7%
EDA	2	0,0%
Fundusblockad	1	0,0%

Anestesidelen i INCA är inte helt optimal ännu, det behöver jobbas lite mer med den för att vi ska få en bättre statistik. I tabellen här är det som i andra tabeller i årets rapport enbart från INCA, inget från gamla GynOp. Fortsatt ser vi en minskande frekvens narkos, men det är inga jättestora förändringar, 32,9% i år jämfört med 33,4% föregående år.

Fördelning av anestesiformer per klinik

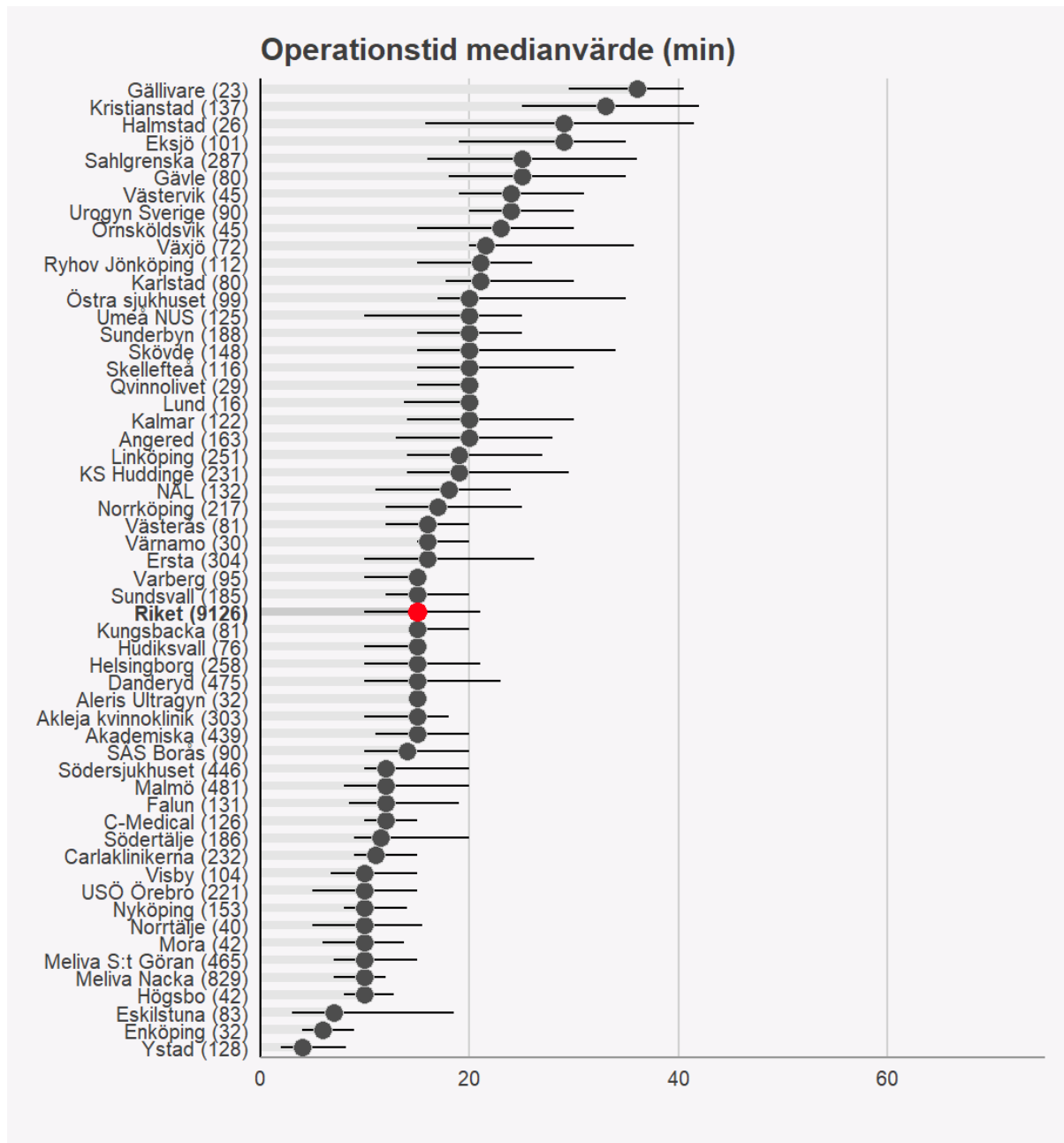


Figur 13. Fördelning av anestesiformer per klinik

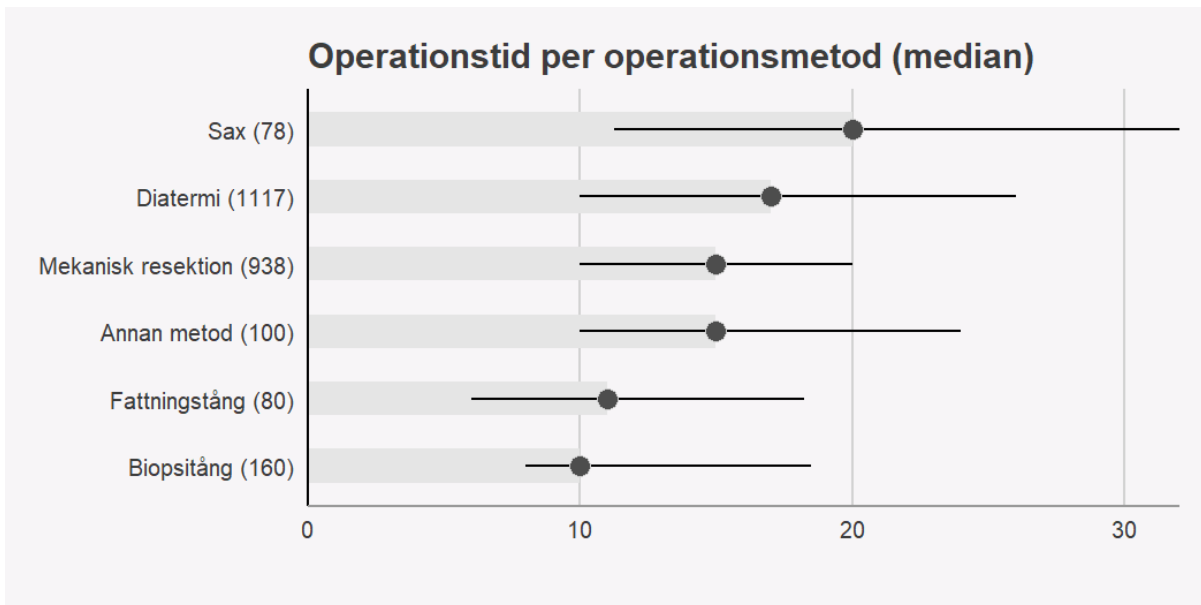
Det är väldigt varierat vad gäller anestesimetod, ganska jämt vad gäller narkos och sedering och många mottagningar erbjuder operation i sedering, många gånger i kombination med PCB. Vi ska omformulera anestesiformuläret något så att det blir än tydligare, nu har vi här sedering och PCB separatregistrerat, men det ska gå att registrera som kombination. Tidigare år var en stor del anesthesi registrerad som Annan och när vi bröt ner det så var majoriteten av det som lagts till i Annan – Ingen anesthesi. Det har vi nu fått fram tydliga siffror på då alternativet "Ingen anesthesi" finns att välja i operationsformuläret.

Operationstid

Operationstiden är redovisad som median och 25:e respektive 75:e percentilen.

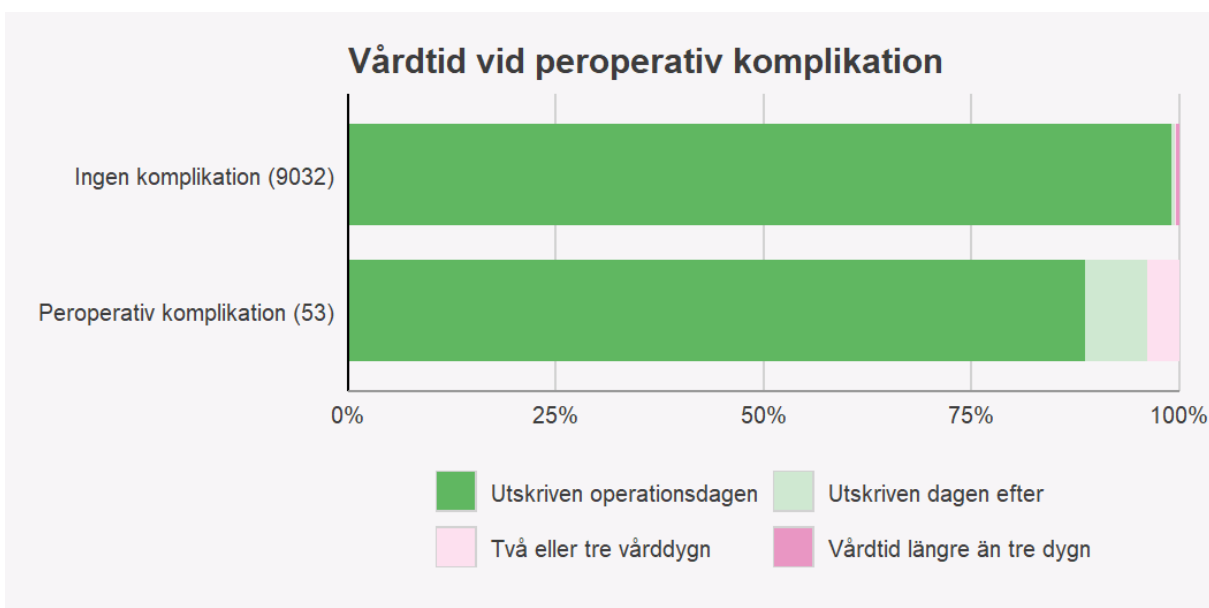


Figur 14. Operationstid medianvärde (min)



Figur 15. Operationstid per operationsmetod (median)

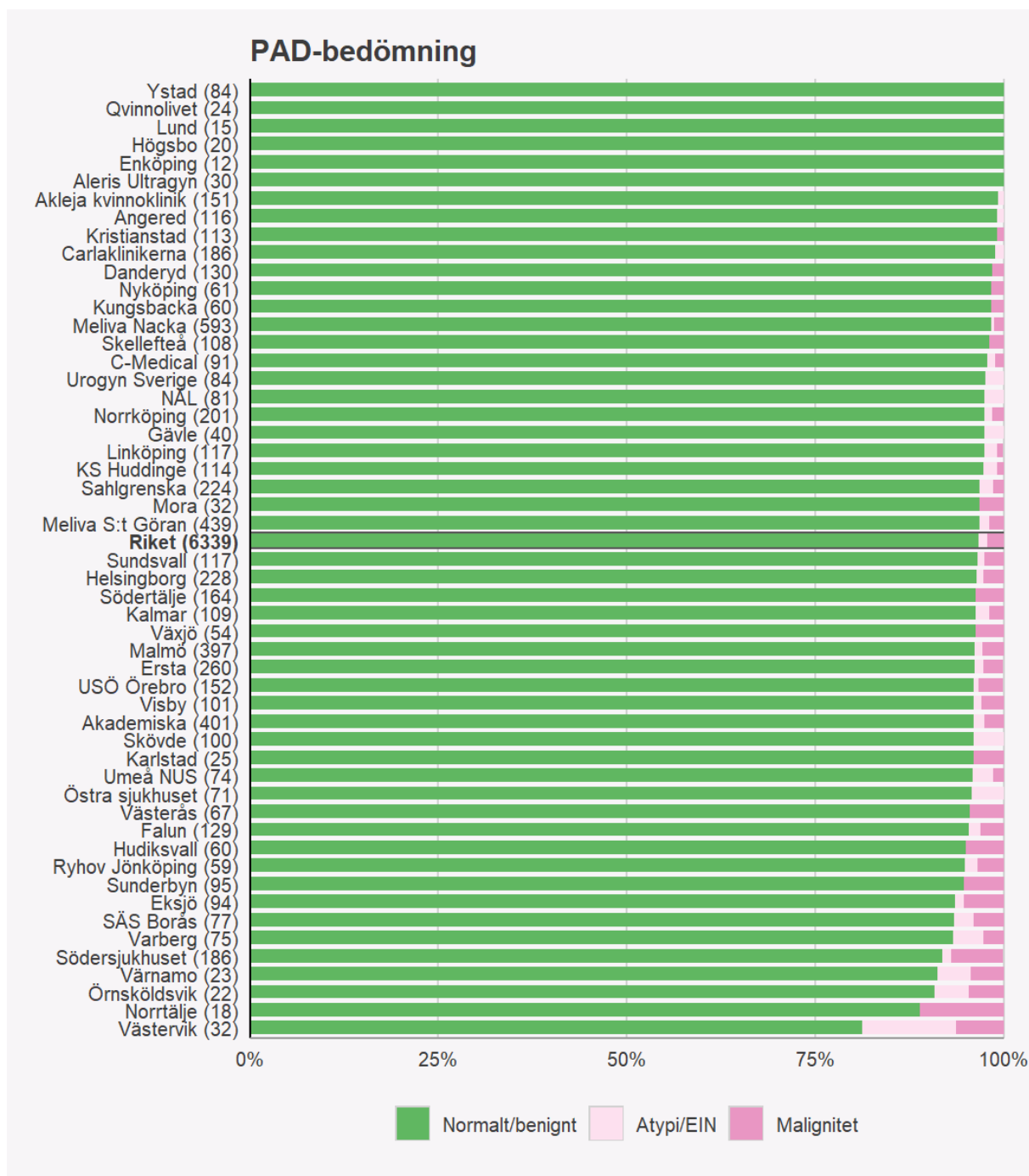
Vårdtid



Figur 16. Vårdtid vid peroperativ komplikation

Andelen peroperativa komplikationer vid intrauterin kirurgi ligger under 1% och i de fall där en peroperativ komplikation uppstått så går nästan 90% av patienterna ändå hem samma dag.

PAD



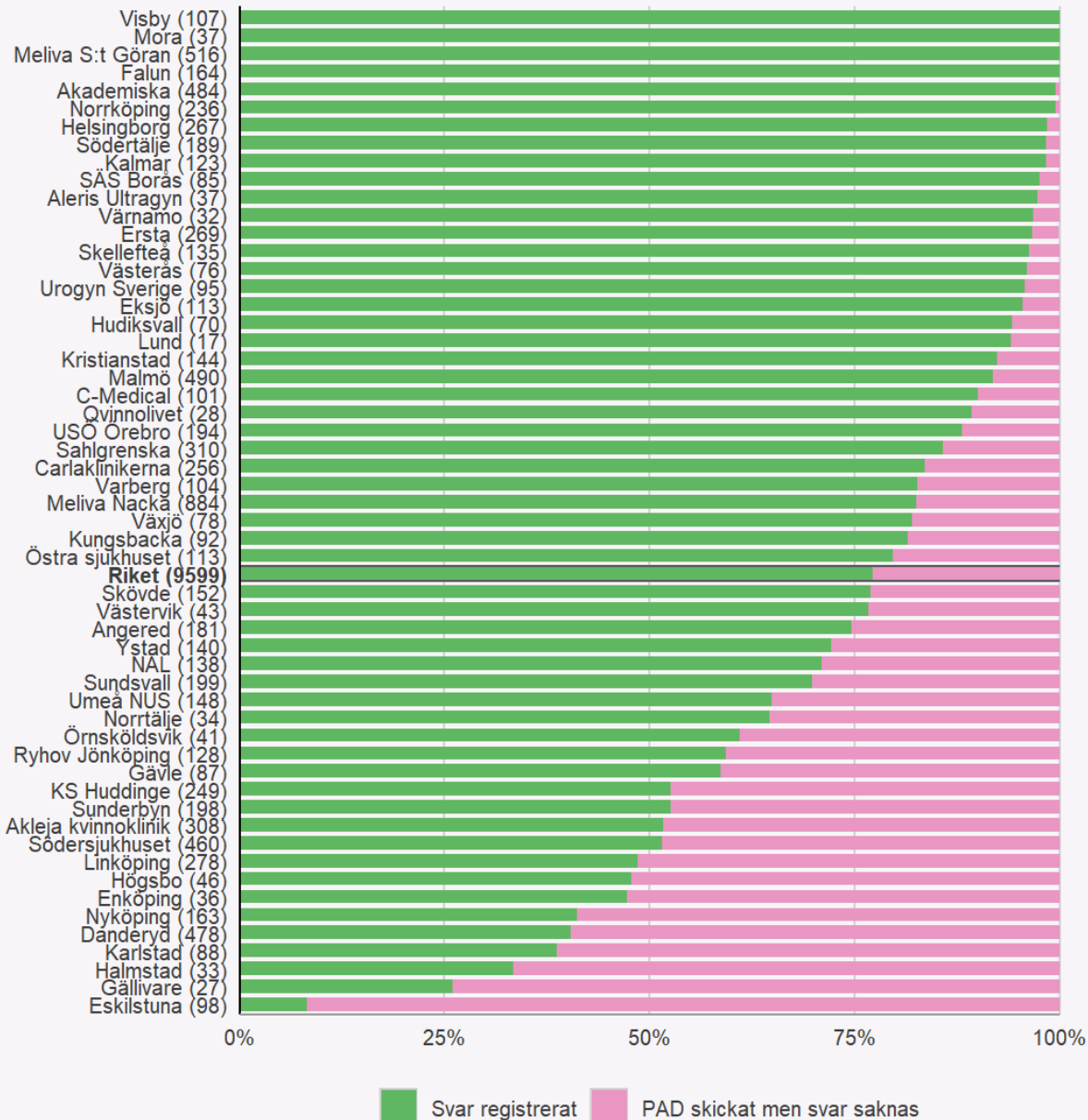
Figur 17. PAD-bedömning

Tabell 4. PAD-bedömning

PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	6129	6339	96,7%
Malignitet	135	6339	2,1%
Atypi/EIN	75	6339	1,2%

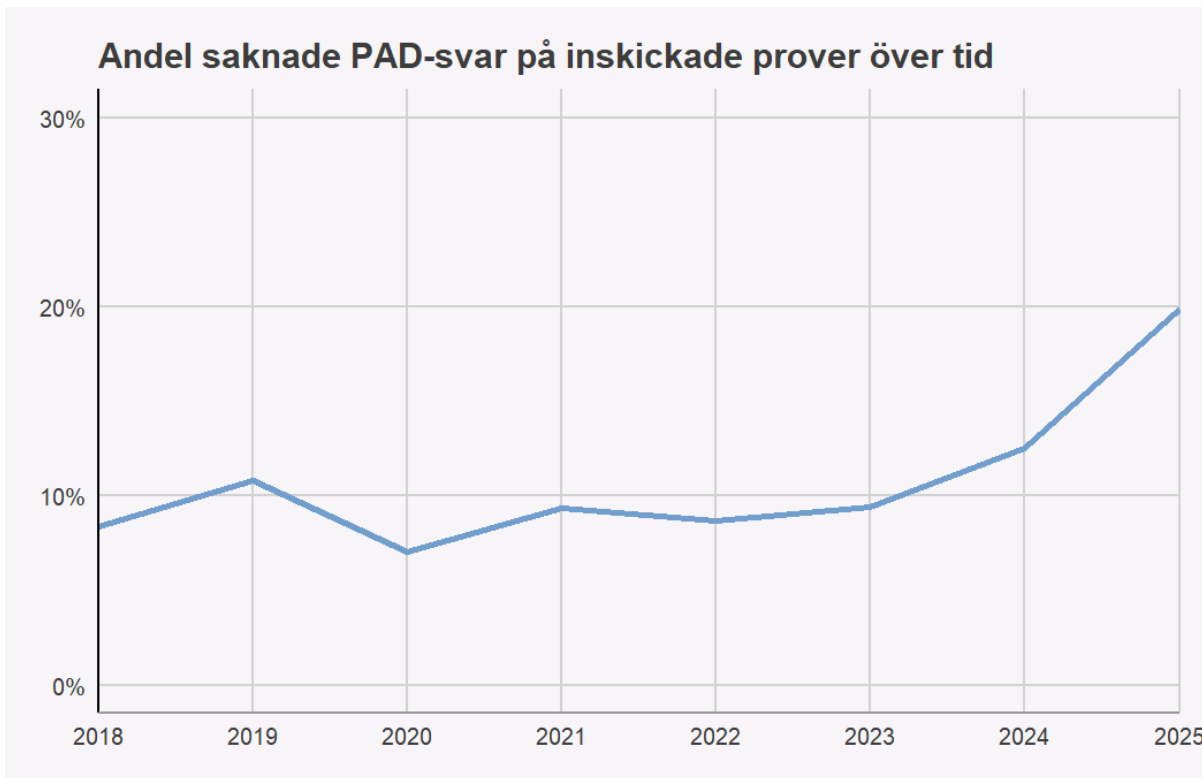
I år är det något ökad andel benigna PAD och lägre andel EIN. Återigen påminnelse om att detta är INCA-data, inte medtaget från gamla GynOp. Hysteroskopi med biopsi skall alltid utföras vid malignitetsmisstanke om pipelle/endorette inte går att utföra av någon anledning eller om den är inkonklusiv.

Fördelning av ifyllnad av PAD-remisser per klinik



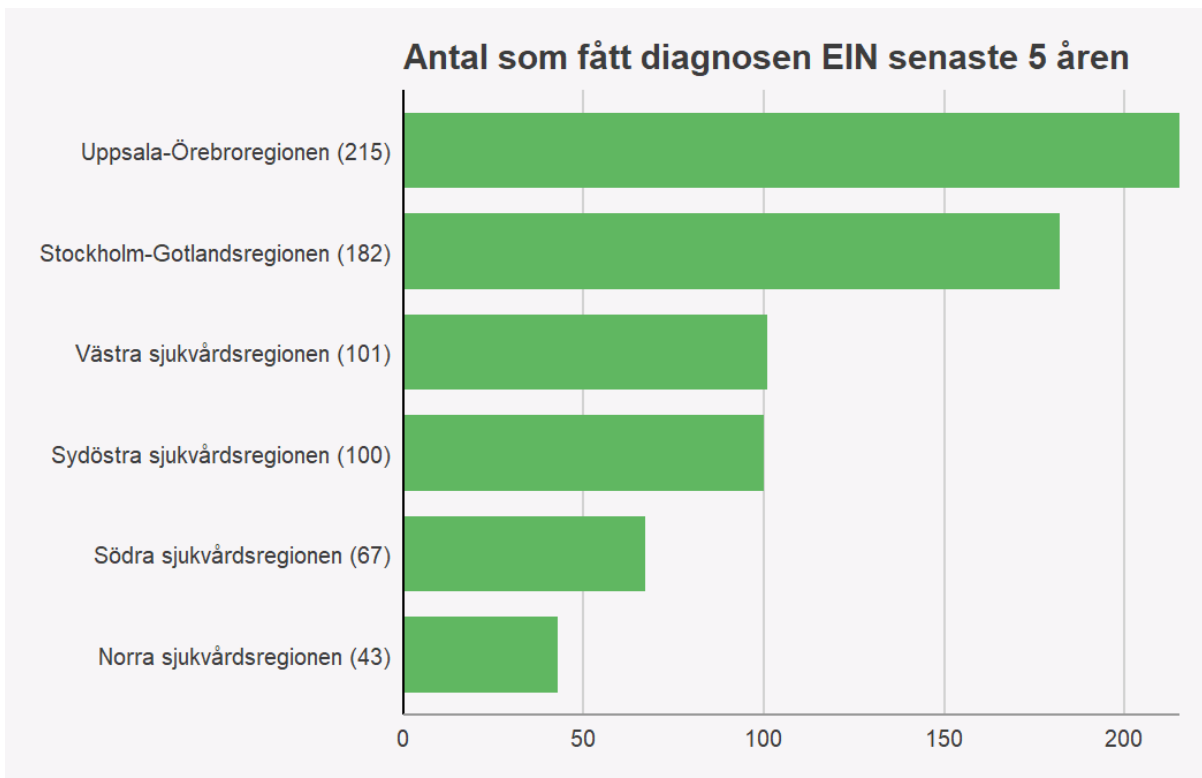
Figur 18. Fördelning av ifyllnad av PAD-remisser per klinik.

Det är marginellt bättre följsamhet enligt denna tabell med att registrera PAD-svar i GynOp i år jämfört med föregående år, men fortsatt allt för många kliniker som inte registrerar slutdiagnosen efter PAD, när prov skickats. Organisationen av vem som fyller i detta i GynOp är nog väldigt olika från klinik till klinik, men alla som ligger under 75% registrerat svar bör kanske se över sina rutiner kring detta.



Figur 19. Andel saknade PAD-svar på inskickade prover över tid

EIN

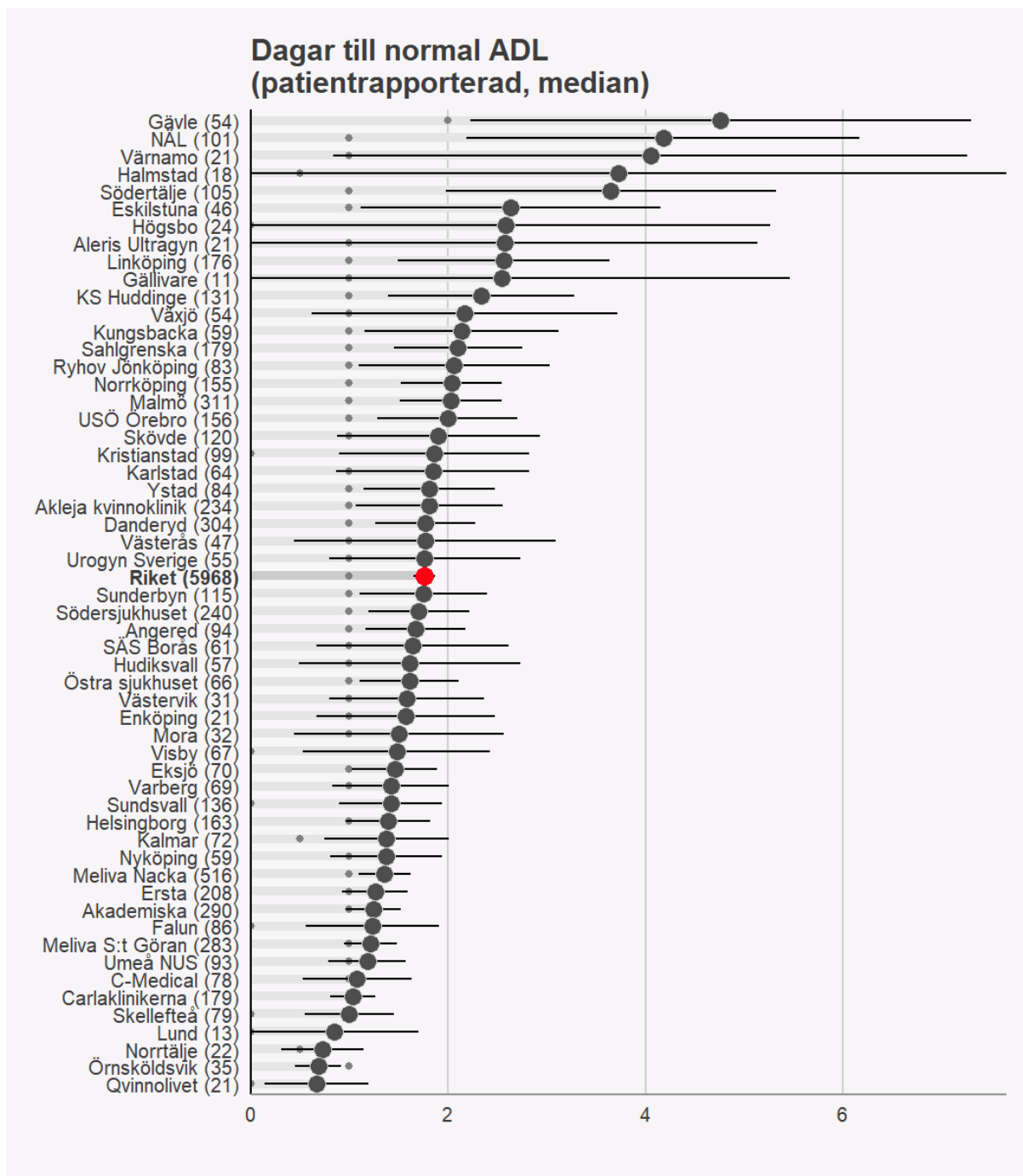


Figur 20. Antal som fått diagnosen EIN senaste 5 åren, per sjukvårdsregion.

Diagnosen EIN har varit föremål för granskning då den ställts felaktigt på en del patienter som blev hysterektomerade pga. diagnos i ett pipelleprov eller hysteroskopi. Det var för ett antal år sedan som det uppdagades i framför allt Region Uppsala, denna figur kommer sannolikt inte behöva tas med i nästkommande rapport, då det sannolikt inte görs några felbedömningar längre som motsvarar tidigare problematik.

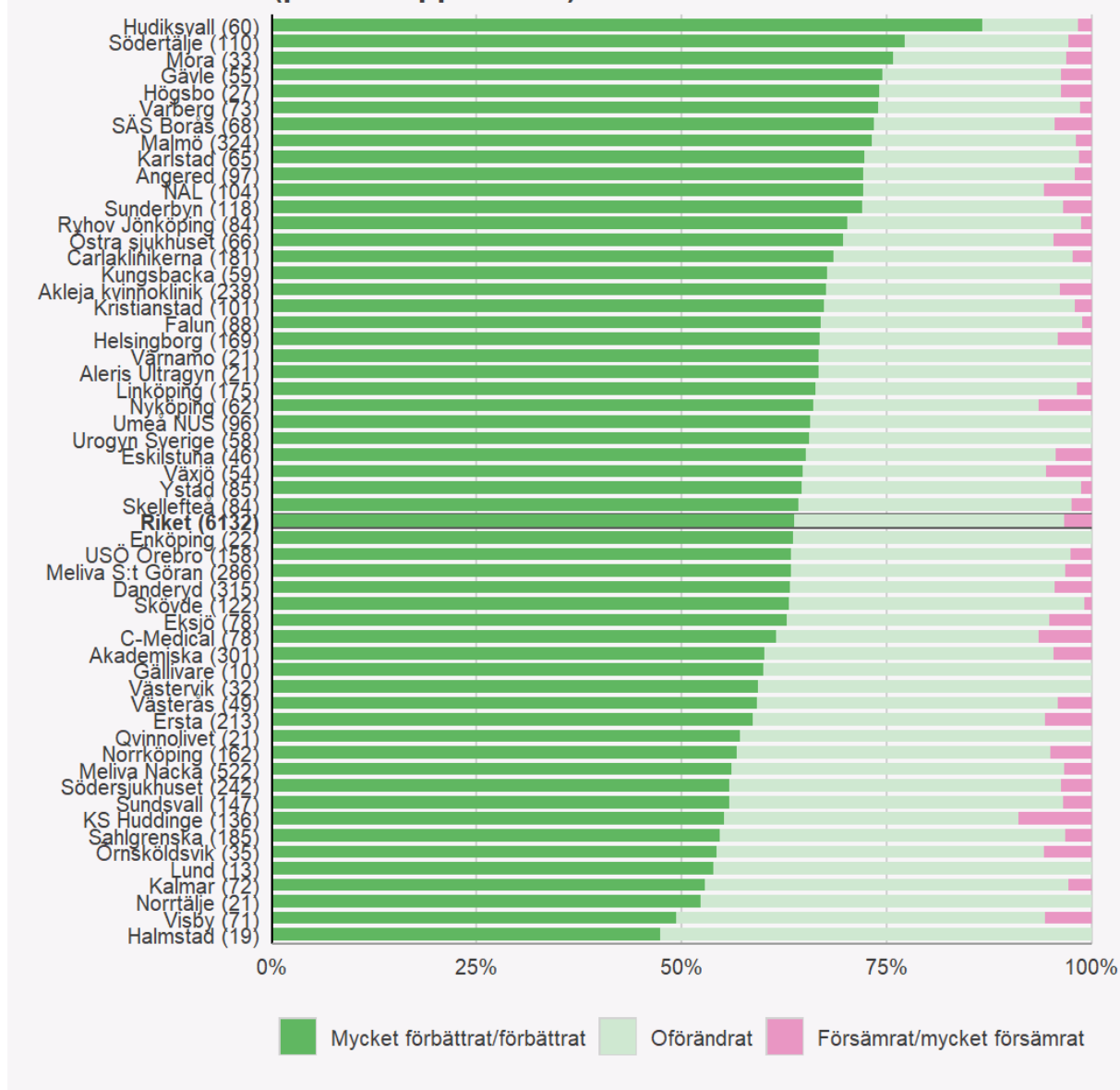
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation

Tid till normal ADL



Figur 21. Dagar till normal ADL (patientrapporterad, median). Den lilla grå pricken visar medianvärdet och den stora pricken visar medelvärdet.

Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad)



Figur 22. Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad)

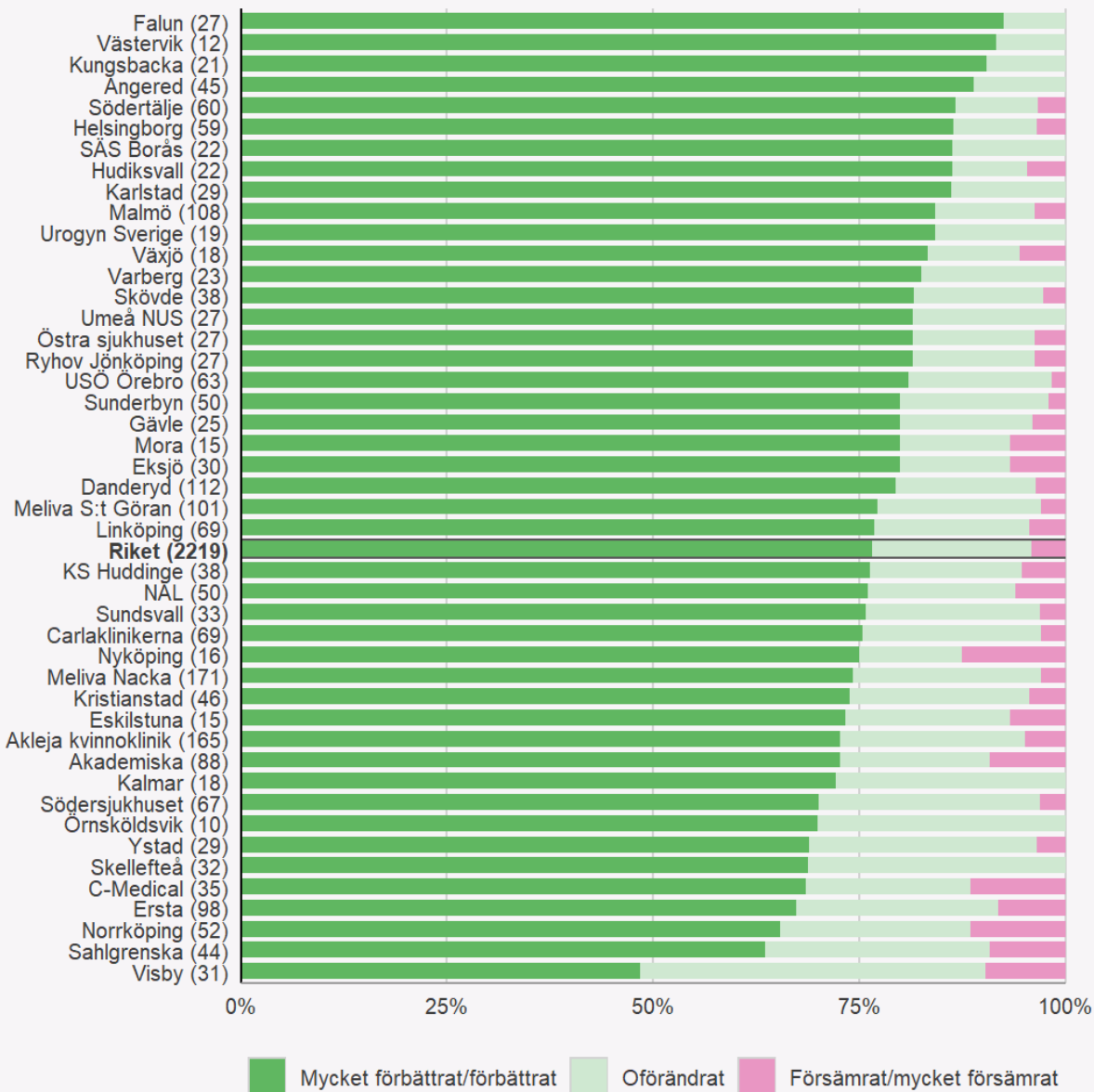
Tabell 5. Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad).

Tillstånd efter 8v	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3908	6132	63,7%
Oförändrat	2021	6132	33,0%
Försämrat/mycket försämrat	203	6132	3,3%

Det är något färre patienter i år som angett att de är mycket förbättrade/förbättrade (63,7%, fler som angett oförändrat och en något högre andel som anger försämrat tillstånd, 3,3% jämfört med 1,8% föregående år.

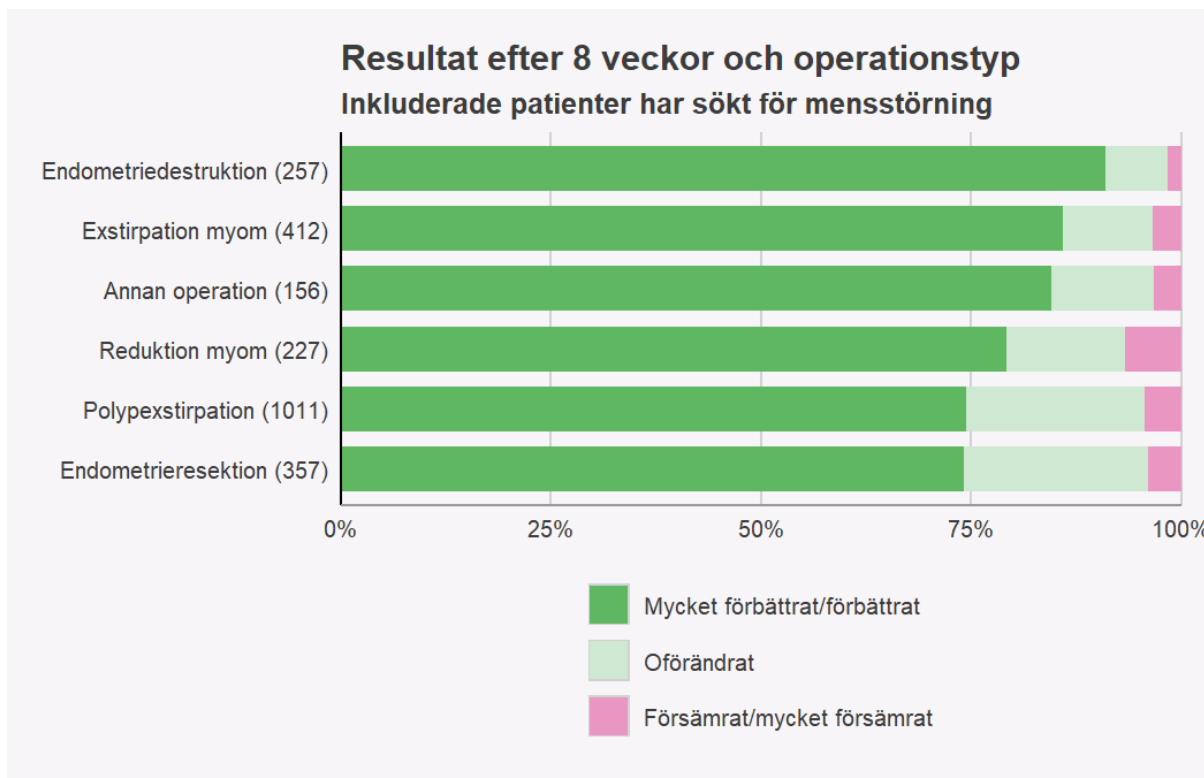
Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad)

Inkluderade patienter har sökt för mensstörning



Figur 23. Resultat 8 veckor efter operation (patientrapporterad). Inkluderade patienter har sökt för mensstörning.

På indikationen mensstörning är andelen patienter som upplever sig mycket förbättrade/förbättrade över 75%.



Figur 24. Resultat efter 8 veckor och operationstyp. Inkluderade patienter har sökt för mensstörning.

Endometrieablation (destruktion) är ett minimalinvasivt ingrepp som ger mycket nöjda patienter enligt denna tabell.

KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv

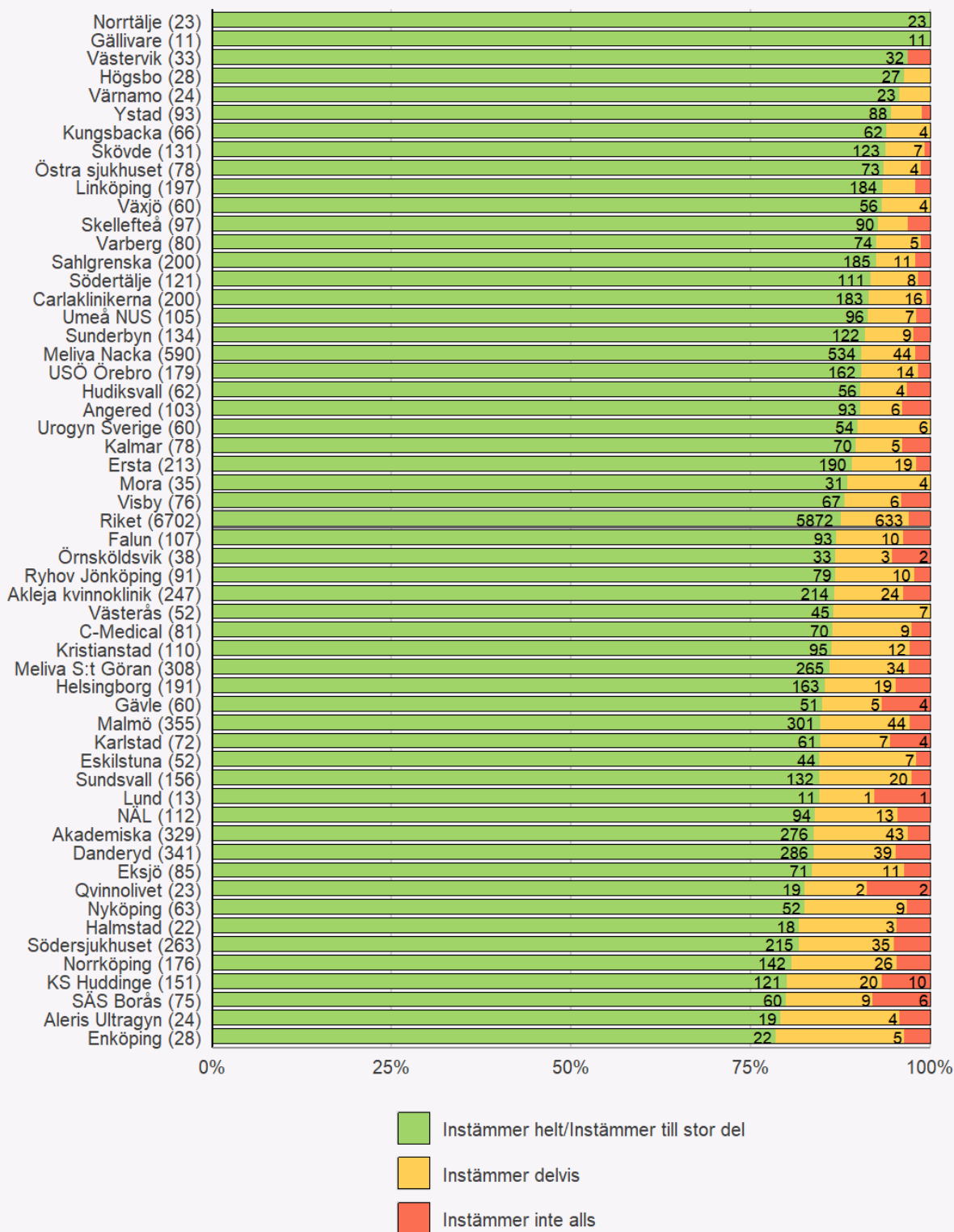
Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

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

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

Bra info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten

Så här var det för mig



Figur 25. 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 6. 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	572	6626	8,6%
Av ganska stor betydelse	1210	6626	18,3%
Av stor betydelse	2603	6626	39,3%
Av allra största betydelse	2241	6626	33,8%

Komplikationer

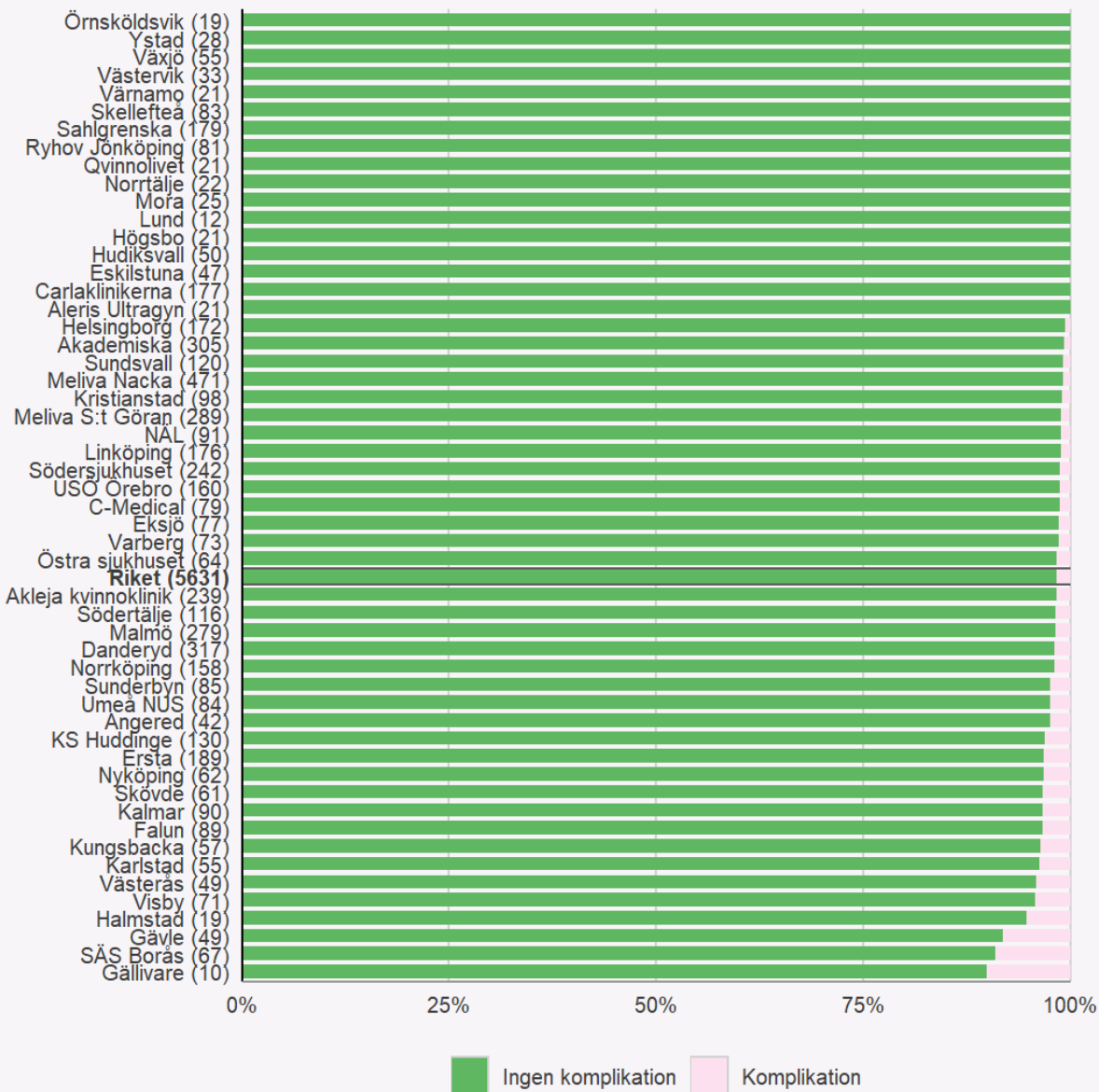
Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 7. Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Skada på uterus	48	0,26%
Blödning	8	0,04%
Annan skada	4	0,02%
Tarmskada	1	0,01%
Övervätskning	1	0,01%

Endast 0.34% av patienterna hade någon typ av peroperativ komplikation registrerad. Inga patienter hade fler än en peroperativ komplikation registrerad. Skador på uterus sker som regel pga. perforation, trubbig eller skärande. Trubbig oftast vid dilatation med hegarstift, ibland av själva hysteroskopet. Skärande uppstår av diatermislynga eller elektrod.

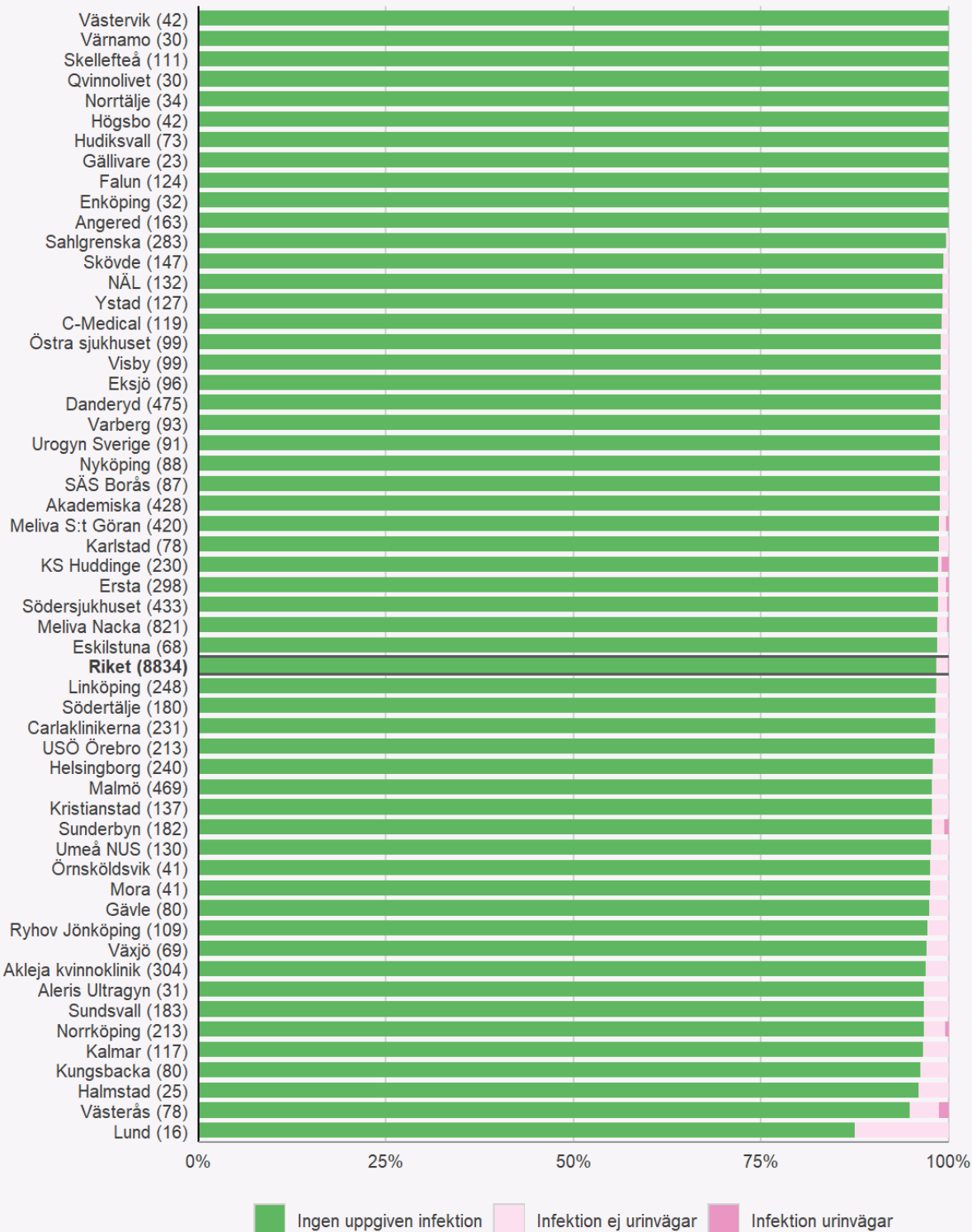
Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd)



Figur 26. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd)

Andelen komplikationer efter intrauterin kirurgi är en låg siffra, som tidigare nämnts.

Postoperativ infektion inom 8 veckor (patientrapporterad)



Figur 27. Postoperativ infektion inom 8 veckor (patientrapporterad)

Med tanke på att det är låg risk för infektion vid intrauterin kirurgi, så finns ingen evidens för att använda antibiotikaprofylax. För vissa patienter är det dock rekommenderat, till exempel om patienten är immunsupprimerad eller har något annat tillstånd som kan öka risk för infektion. Antibiotikaval profylaktiskt som rekommenderas är rimligen samma preparat som ges inför hysterektomi.

Clavien-Dindo

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	7	54	13,0%	0,1%
Grad 2	41	54	75,9%	0,5%
Grad 3a	4	54	7,4%	0,0%
Grad 3b	2	54	3,7%	0,0%

Clavien-Dindo är en åtgärdsbaserad komplikationsklassificering som graderas från 1–5, där grad 5 innebär död. För intrauterin kirurgi föreligger de flesta registrerade komplikationerna i grad 1 och 2, med några enstaka grad 3.

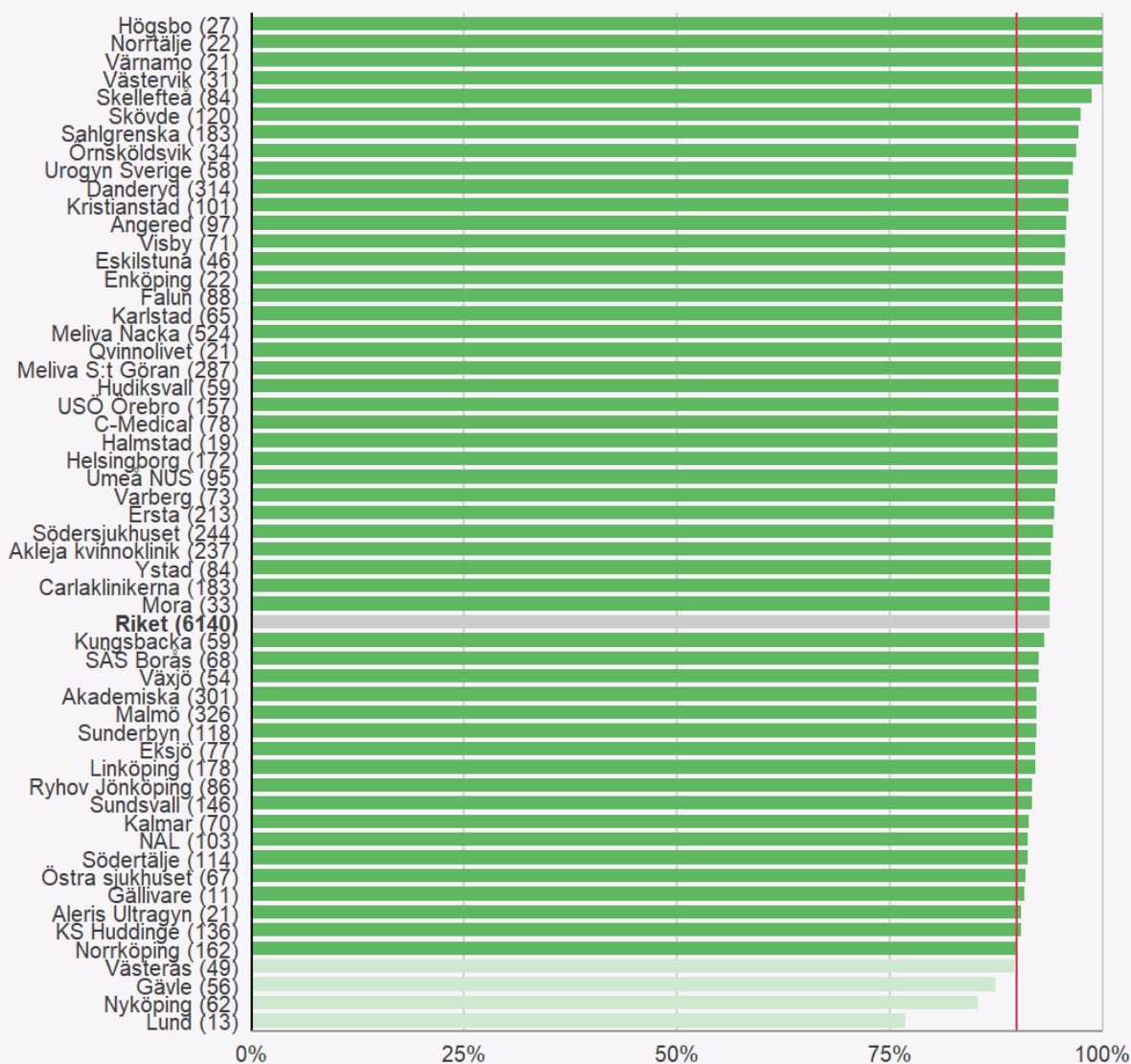
Tabell 9. Postoperativa komplikationer bland patienter med Clavien-Dindo grad 3a och 3b.

Komplikationer	Antal
Blödning/hematom	1
Infektion postoperativt	4
Organskada	1

Grad 3a är komplikation som krävt en intervention av operativ, endoskopisk, röntgenologisk art, i lokal anestesi. Grad 3b är motsvarande som 3a, men i generell anestesi.

Inte sökt vård pga oväntade besvär inom 8 veckor

Målnivå 90%

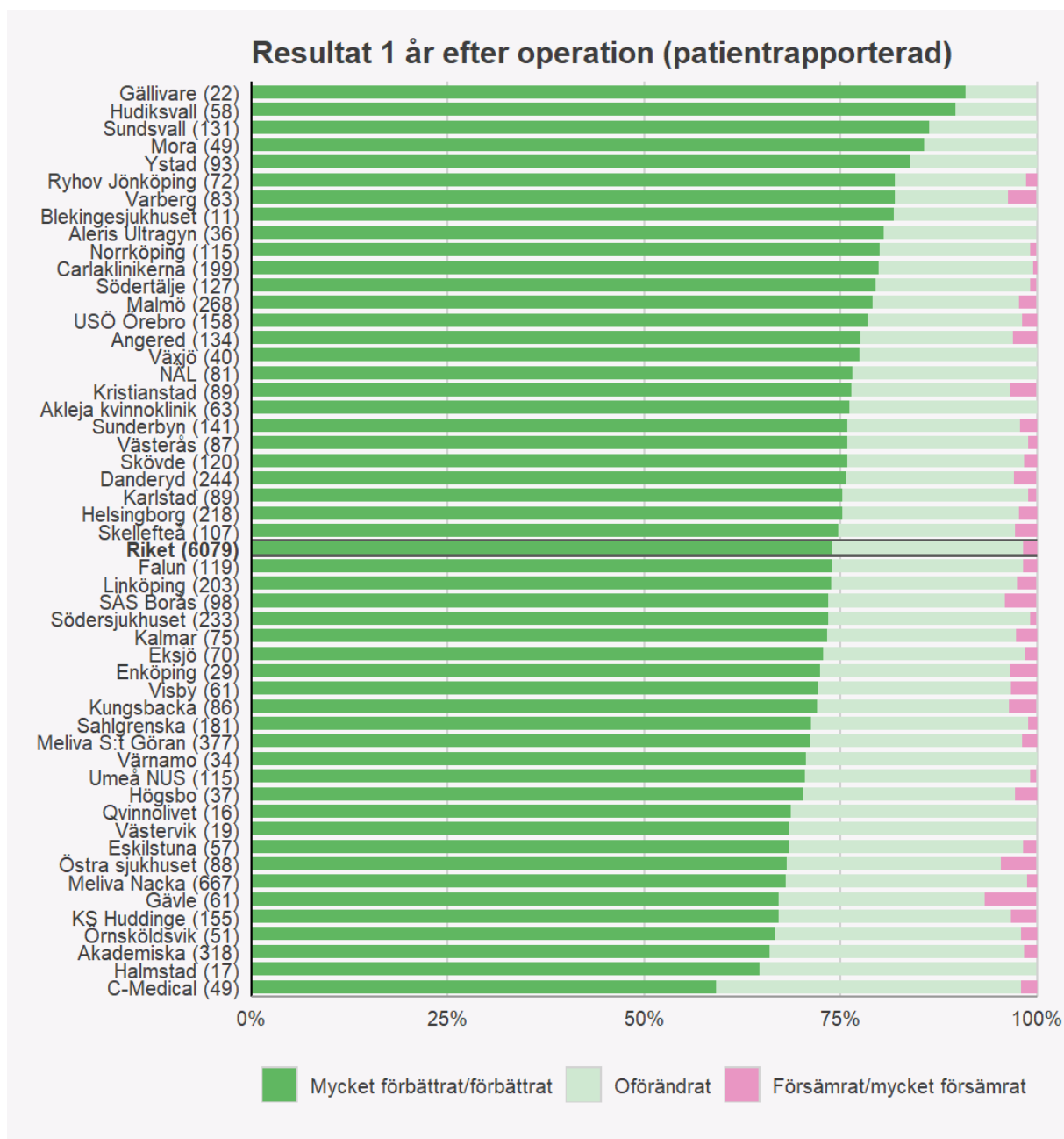


Figur 28. Inte sökt vård pga oväntade besvär inom 8 veckor

För intrauterin kirurgi är det fortsatt samma kvalitetsindikator som tidigare, att patienten inte behövt söka vård för oväntade besvär inom 8 veckor. Målnivån är satt till 90% och den uppnår majoriteten av alla kliniker i Sverige, med några få undantag.

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år

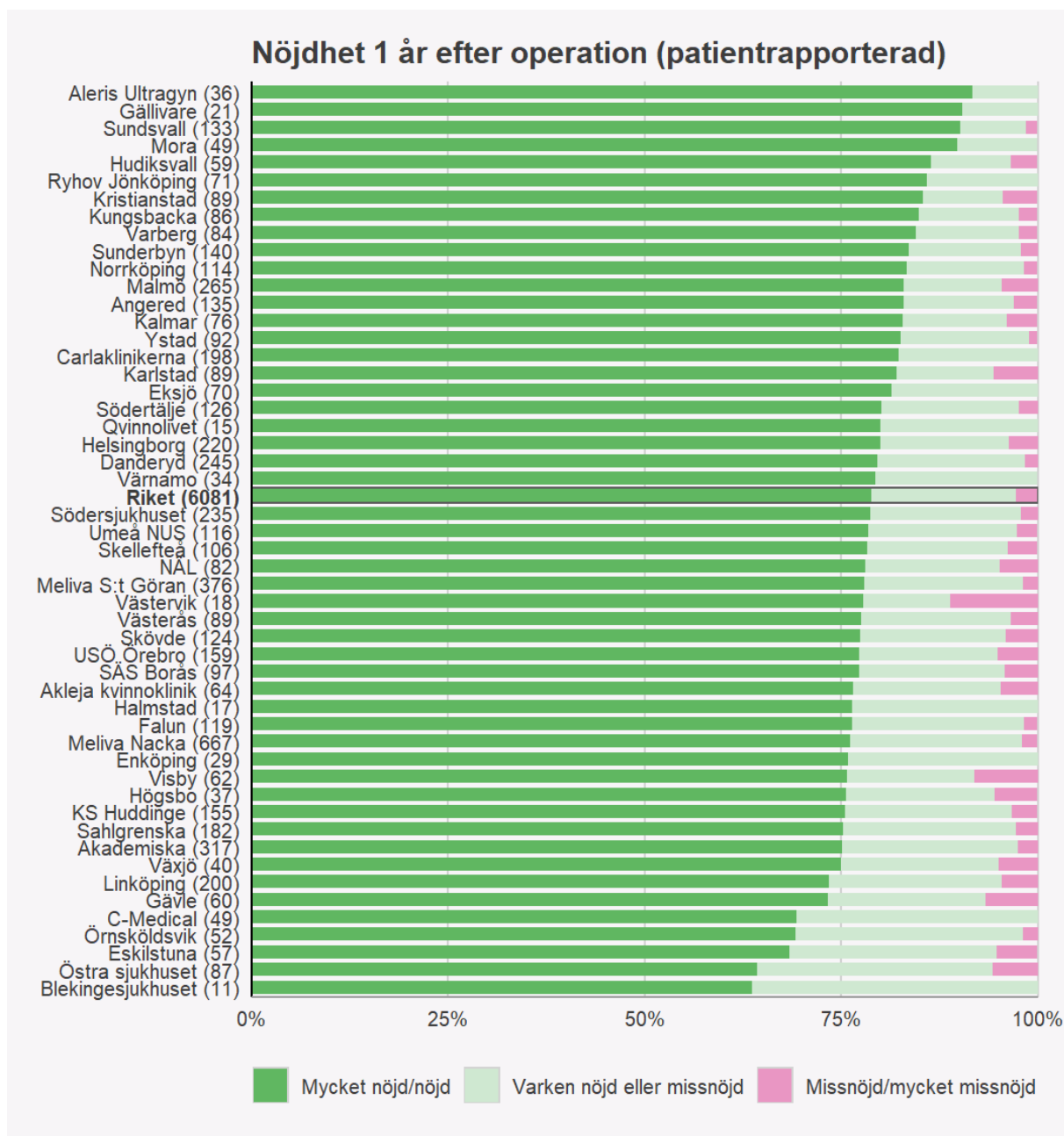


Figur 29. Resultat 1 år efter operation (patientrapporterad)

Tabell 10. Resultat 1 år efter operation (patientrapporterad).

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	4498	6079	74,0%
Oförändrat	1474	6079	24,2%
Försämrat/mycket försämrat	107	6079	1,8%

Nöjdhet efter 1 år

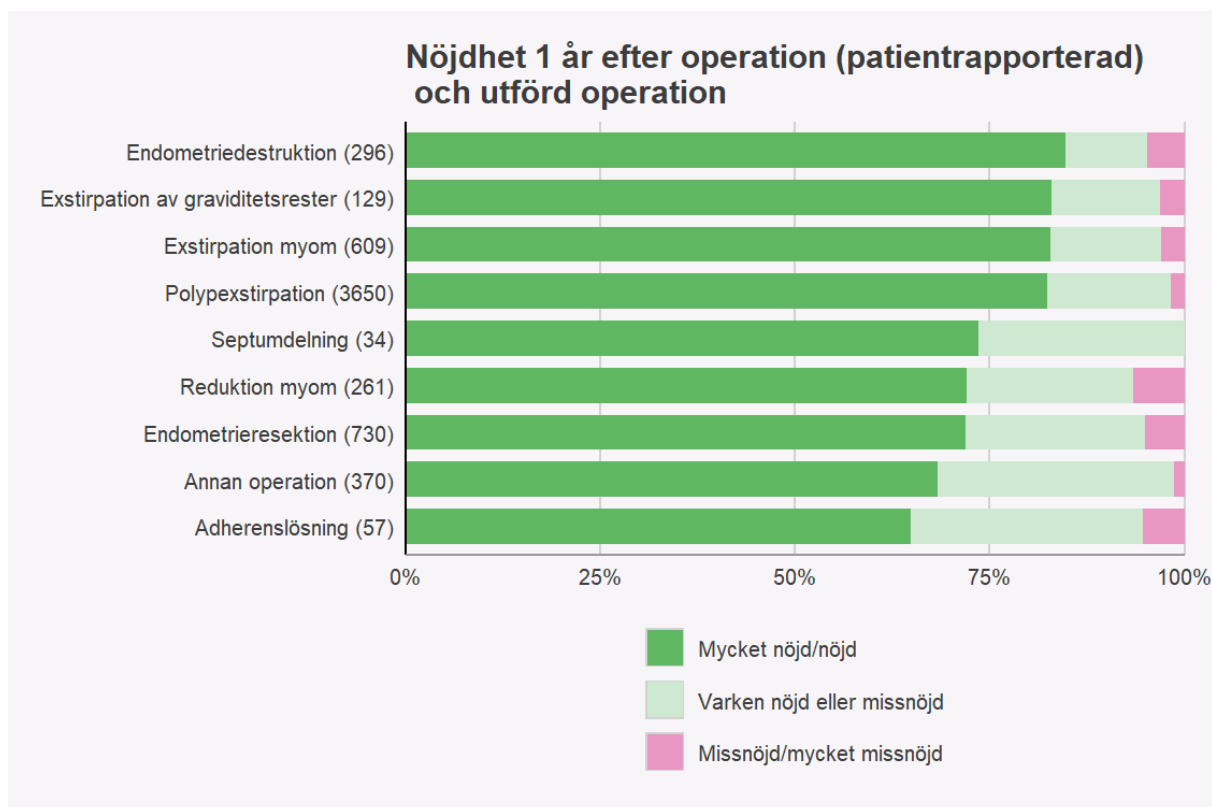


Figur 30. Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad).

Tabell 11. Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad).

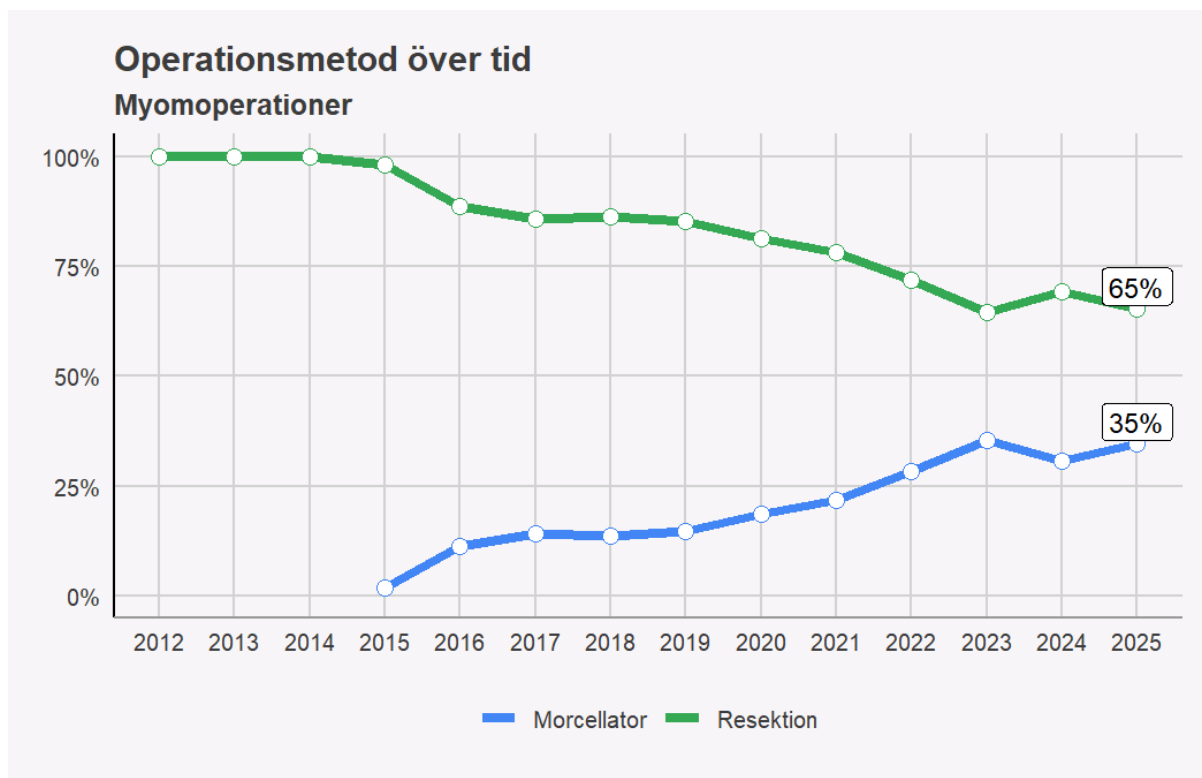
Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	4791	6081	78,8%
Varken nöjd eller missnöjd	1121	6081	18,4%
Missnöjd/mycket missnöjd	169	6081	2,8%

Förbättrade och nöjda patienter efter 1 år är i princip oförändrad bild i jämförelse med föregående år.



Figur 31. Nöjdhet 1 år efter operation (patientrapporterad) och utförd operation.

Myom

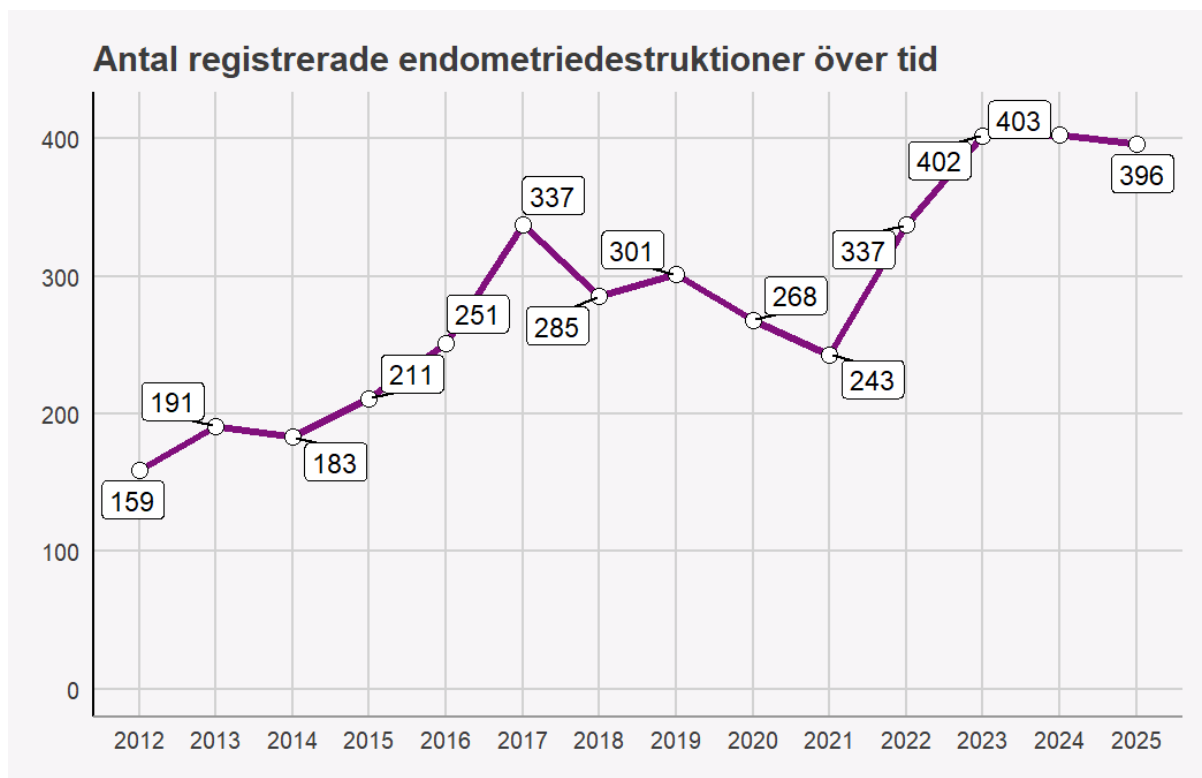


Figur 32. Operationsmetod över tid mellan 2012 och 2025.

Myomresektion görs fortsatt i huvudsak med resektoskop men andelen som görs med morcellator/shaver ökar lite igen. Anledningen kan vara att den metoden kanske används mer vid mottagningsoperation, även om det finns så kallade miniresektoskop på marknaden som kan användas i en mottagningsverksamhet, då det kan vara mindre smärtsamt med användande av morcellator/shaver jämfört med resektoskop. Större myom (>3 cm) lämpar sig ej för vare sig mottagningsoperation eller annat än resektoskop, men det sker fortsatt instrumentutveckling och andra förutsättningar som förändrar bilden framöver troligen.

Endometrieablation

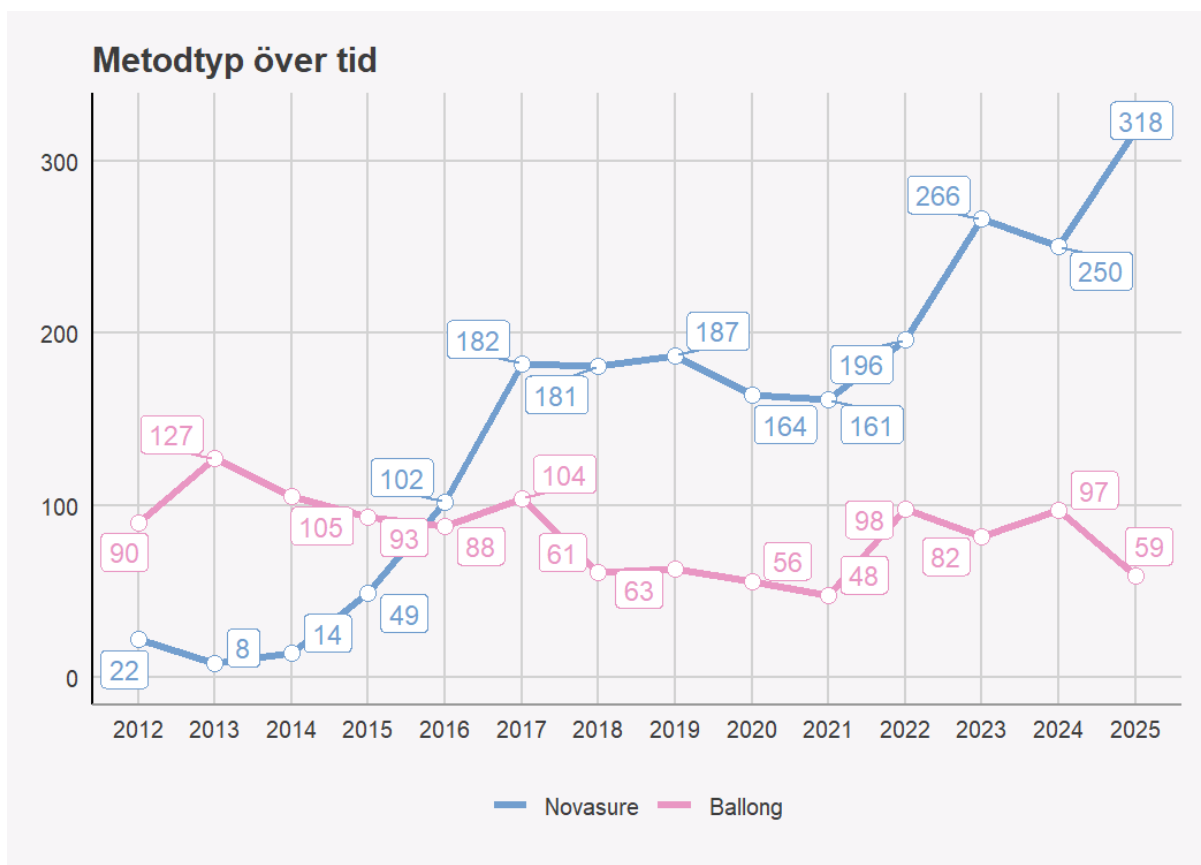
Antal operationer



Figur 33. Antal registrerade endometrieablationer över tid.

Endometrieablation är ett effektivt minimalinvasivt ingrepp för att behandla riklig menstruationsblödning. Det går snabbt att utföra men är ett smärtsamt ingrepp om inte korrekt anestesimetod används och enbart PCB är inte en tillräcklig smärtlindring. Fortsatt görs detta ingrepp oftast i narkos, men fler och fler gör det som mottagningsoperation med tanke på att det är ett kortvarigt ingrepp och lägger till anestesimetoder som till exempel fundusblockad eller sedering. Det är inte registrerat så många fundusblockad som anestesimetod. Det går inte att avgöra om det är pga. att inte så många använder den metoden eller om det inte är registrerat.

Anestesidelen ska omarbetas lite till för att få bästa möjliga statistik och att det ska bli tydligare att välja metod när operationen registreras i operationsformuläret. Detta är en intressant fråga, då det görs mer och mer operationer på mottagningar i stället för på operationsavdelning, så det är önskvärt att kunna följa detta lite bättre.

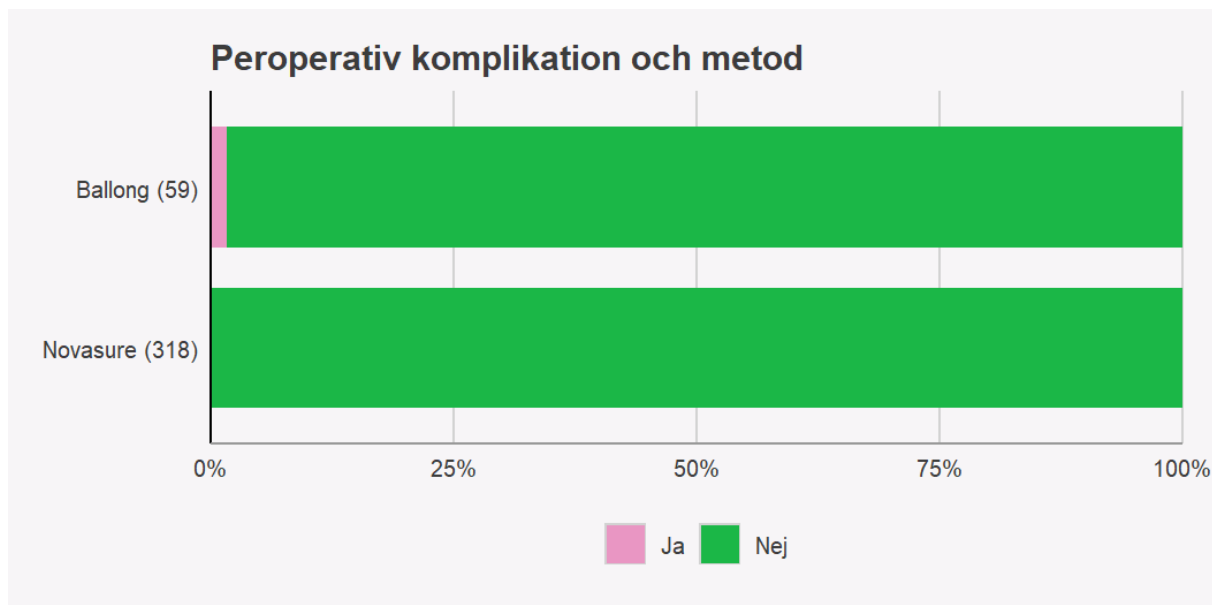


Figur 34. Metod för endometrieablation över tid

I Sverige används fortsatt i huvudsak två sätt för att ablatera slemhinnan i livmodern:

- Novasure, ett solfjäderformat instrument som använder bipolär radiofrekvent energi (diatermi)
- Ballongmetod, instrument som använder hög temperatur på vätska i ballong

Komplikationer



Figur 35. Peroperativ komplikation och metod

Tabell 12. Peroperativ komplikation och metod.

Metodtyp	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Novasure	Nej	318	318	100,0%
Ballong	Ja	1	59	1,7%
	Nej	58	59	98,3%

Båda metoderna är säkra att använda, det går inte att starta proceduren om till exempel en perforation skulle ha råkat ske under dilatation med hegarstift eller mätning av sondmått. Instrumenten har säkerhetskontroll av tryckförhållanden intrauterint.

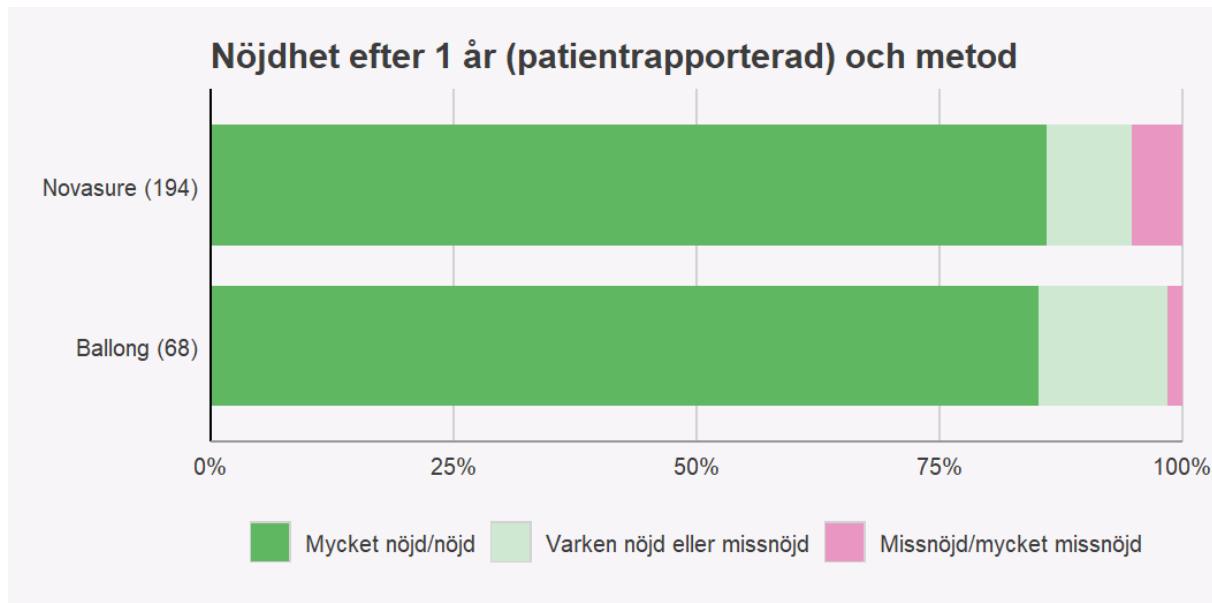
Infektion

Infektion kan uppstå, det blir en såryta i uterus efter ablationen som kan vara mottaglig för bakterieangrepp. Det är dock att betrakta som låg risk som inte indicerar antibiotikaproylax. Patienten bör få god information om det postoperativa förloppet så att eventuell infektion kan upptäckas tidigt.

Det är underrapporterat kring infektioner i år, det blir inte statistiskt korrekt och därför visas ingen tabell då det saknas så många uppgifter. Men procentmässigt ligger det runt 4% infektion efter ablation, där majoriteten är lindrig infektion. För att få tydligare statistik måste frågor om infektion kanske ligga som obligatoriskt att svara på för både läkare och patient, annars får vi inte rätt info.

Nöjdhet efter 1 år

Patienter opererade under 2024.



Figur 36. Nöjdhet efter 1 år (patientrapporterad) och metod

Tabell 14. Nöjdhet efter 1 år (patientrapporterad) och metod.

Metodtyp	Nöjdhet	Antal	Total	Andel
Novasure	Mycket nöjd/nöjd	167	194	86,1%
	Varken nöjd eller missnöjd	17	194	8,8%
	Missnöjd/mycket missnöjd	10	194	5,2%
Ballong	Mycket nöjd/nöjd	58	68	85,3%
	Varken nöjd eller missnöjd	9	68	13,2%
	Missnöjd/mycket missnöjd	1	68	1,5%

Jämfört med föregående år är fler missnöjda med Novasuremetoden än ballongmetoden. Men 5% är fortsatt en låg andel och >85% är mycket nöjda/nöjda med bägge metoder. Av de som är missnöjda går sannolikt en del vidare till hysterektomi som behandling av riklig menstruationsblödning.

Sammanfattning

Intrauterin kirurgi ökar fortsatt i Sverige, men vi har några grå fält, där färre kvinnor får tillgång till kirurgin. Det kan vara så att det helt enkelt saknas gynekologiska operatörer i vissa delar av Sverige, eller så är det saknad ekonomi. Intrauterin kirurgi är dock inte det mest kostsamma kirurgiska ingreppet, det borde inte falla på det.

Vårdval gynekologi finns i olika regioner runt om i Sverige, i Stockholm finns de flesta Vårdval gynekologi-enheter och det är Region Stockholm som ersätter klinikerna. Ersättningen har legat på samma nivå sedan år 2012 och det är låg ersättning för intrauterin kirurgi för majoriteten av ingreppen. En lite höjning av vårdvalsersättningen tillkom förra året på 7% och det borde gå att ytterligare kunna lyfta upp intrauterin kirurgi som ett viktigt ingrepp för många kvinnor, med förbättring på hälsa och livskvalitet. Ett i allra högsta grad minimalinvasivt ingrepp som kan göra stor förändring för patienten, som lider av till exempel rikliga blödningar. Oavsett vårdval eller inte så behöver fler patienter få tillgång till intrauterin kirurgi.

Som nämnts tidigare så är anestesidelen föremål för lite omarbetning, det har blivit lite tokigt registrerat och jag hoppas det kommer bli tydligare framöver. Jag vill också uppmantra till att största måtten på polyp och myom registreras i journal eller remiss, så att det kan införas i GynOp, då det kan vara av värde för om det finns intresse av att göra studier på till exempel koppling av storlek till malignitetsrisk i polyper, upprepad kirurgi av myom, storlek på myom lämpligt för morcellering/shaver eller enbart användande av resektoskop bland annat.

Det har varit lite fler brister i denna rapport, statistiker har jobbat hårt för att få fram bättre underlag, men det saknas tyvärr fortsatt en del från INCA, både från er användare och från patienter. Det måste bli tydligare på vissa områden och det tänker jag mig att tillsammans med GynOp-kansliet och statistikerna på Registercentrum Norr, så ska jag jobba vidare för att minska frågetecken och att vi får fram allt vi vill veta kring intrauterin kirurgi.

Det kan bara bli bättre nu! INCA har så många fördelar jämfört med gamla GynOp, så jag ser det som lite barnsjukdomar att inte allt blivit så bra som jag tänkte det skulle bli direkt!

Har du synpunkter på innehållet i rapporten, har du frågor kring INCA så är det givetvis bara att höra av sig via mejl till GynOp-kansliet eller direkt till mig. Alla frågor och synpunkter är välkomna!