

Intrauterin kirurgi

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2023

Författare:

Anneli Jördens

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

Figurer och dataanalys:

Statistiker på Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2024-06-11



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning.....	1
Tidsperiod.....	1
Antal utförda operationer	2
ST-läkare	8
Ålders- och BMI-fördelning	9
Indikationer	9
Utförda operationer	11
Anestesi	12
Typ av operation vid lokalanestesi	15
Myom	16
Vårdtid	18
PAD	19
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation.....	22
Tid till normal ADL.....	22
KUPP - Kvalitet ur patientens perspektiv.....	25
Patientvärderat resultat 1 år efter operation	27
Förbättring efter 1 år	27
Nöjdhet efter 1 år	28
Komplikationer	29
Vilka är de allvarliga komplikationerna?	31
Clavien-Dindo	31
Endometriedestruktion	34
Antal utförda operationer	34
Komplikationer	36
Infektion	36
Nöjdhet efter 1 år	37
Sammanfattning	38
Ordlista	39

Inledning

Ett år har passerat, med mycket arbete för att införa ny plattform, nytt sätt att registrera intrauterin kirurgi som är första delregister ut i plattformbytet på GynOp.

Vi närmar oss mer och mer att kunna lansera **Nya GynOp**, men inte riktigt än. Då så många faktorer dyker upp och försenar sätter vi inget tidsperspektiv längre, men lita på att arbetet pågår för fullt och snart registrerar vi intrauterin kirurgi på ett helt nytt sätt och i mina ögon givetvis bättre sätt. Smaken är ju som bekant olika, så jag är helt medveten om att det jag tycker är onödigt tycker någon annan är viktigt, det jag tycker är bra tycker någon annan inte osv. Men slutresultatet kommer förhoppningsvis göra majoriteten av operatörer som registrerar intrauterin kirurgi mer nöjda och självklart är många kompetenta personer involverade i arbetet förutom jag som delregisteransvarig och synpunkter har tagits in av flera operatörer och innan slutversion läggs ut kommer fler få möjlighet att testa.

Med nytt sätt att registrera operationsfakta är förhoppningen att vi ska kunna få mer valida data för att mer forskning skall kunna göras om intrauterin kirurgi. Det är högst önskvärt att lyfta certifieringsnivån på delregistret för intrauterin kirurgi, där mer forskning eller kvalitetsarbeten är en väg att höja nivån. En annan väg är att registrera fler operationer för att höja täckningsgraden, det finns ett mål på minst 85% täckningsgrad och Intrauterin kirurgi har en bit kvar fortsatt. För år 2022 var siffran 81,2% men den har ökat år från år, 2019 var siffran 71,0%, så vi kanske når 85 % för 2023! Det är alla ni som opererar och registrerar i GynOp som bidrar till ökad täckningsgrad.

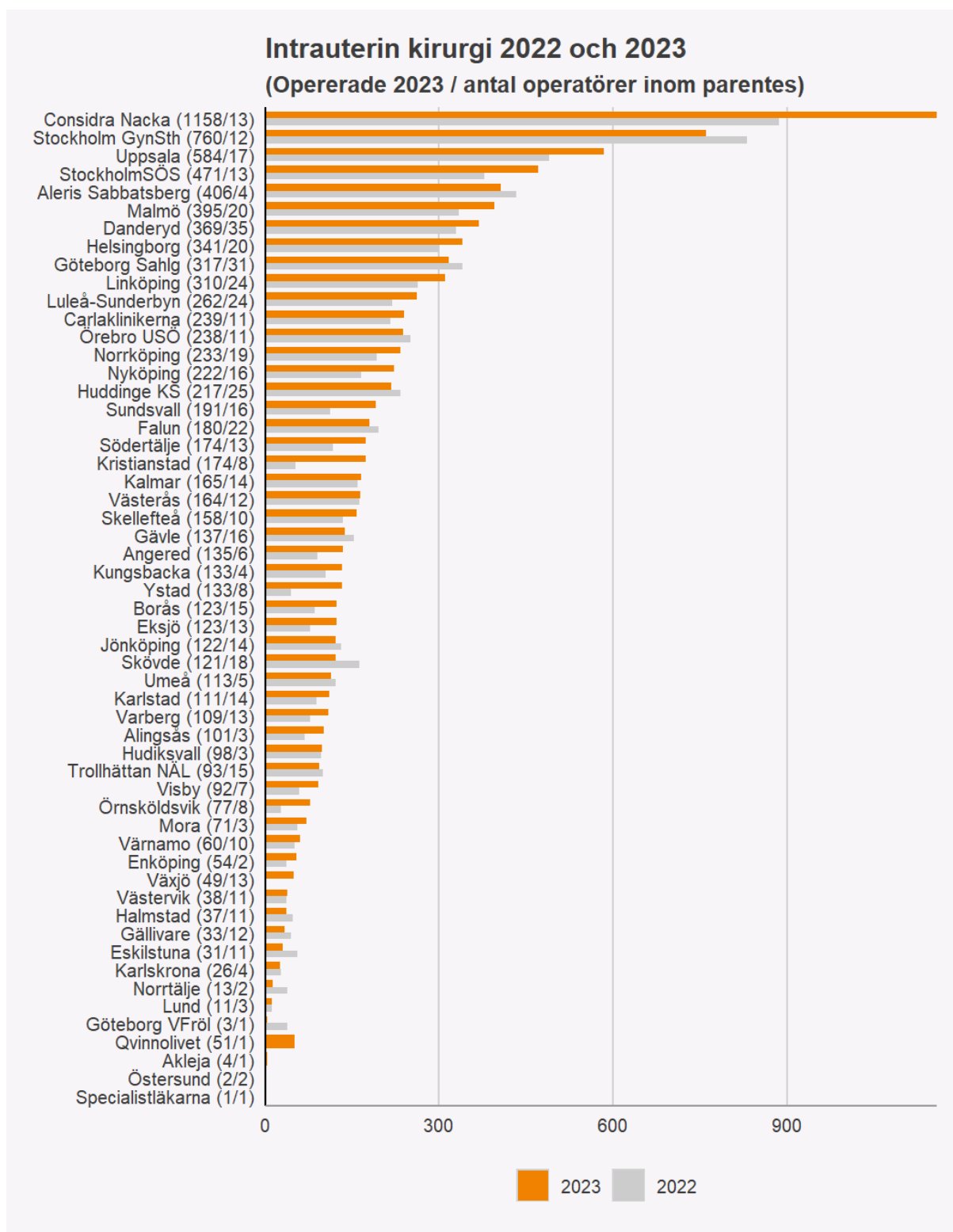
Det kan mycket väl vara tänkbart att vi faktiskt når en ännu högre täckningsgrad sett till antalet registrerade operationer för 2023 → **över 10 000!** En ökning med drygt 1 300 jämfört med året innan! Så spännande siffror! Är det fler som gör intrauterin kirurgi än annan kirurgi, till exempel hysterektomi? Är det fler som registrerar? Har instrumentutveckling osv. förbättrat möjligheterna så att till exempel fler gör intrauterin kirurgi som mottagningsoperation? Vi får se vad analyserna ger för antydan eller svar på frågorna i årets rapport.

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

Tidsperiod

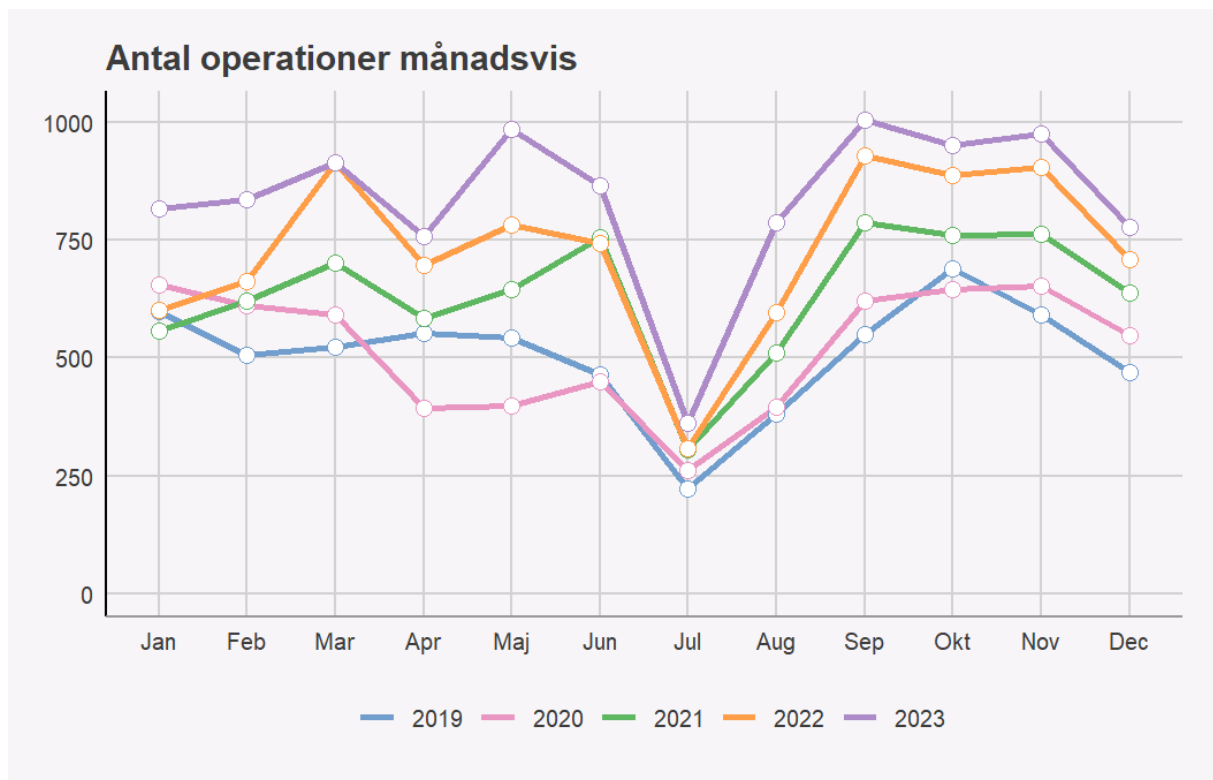
Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2023. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2022 använts.

Antal utförda operationer



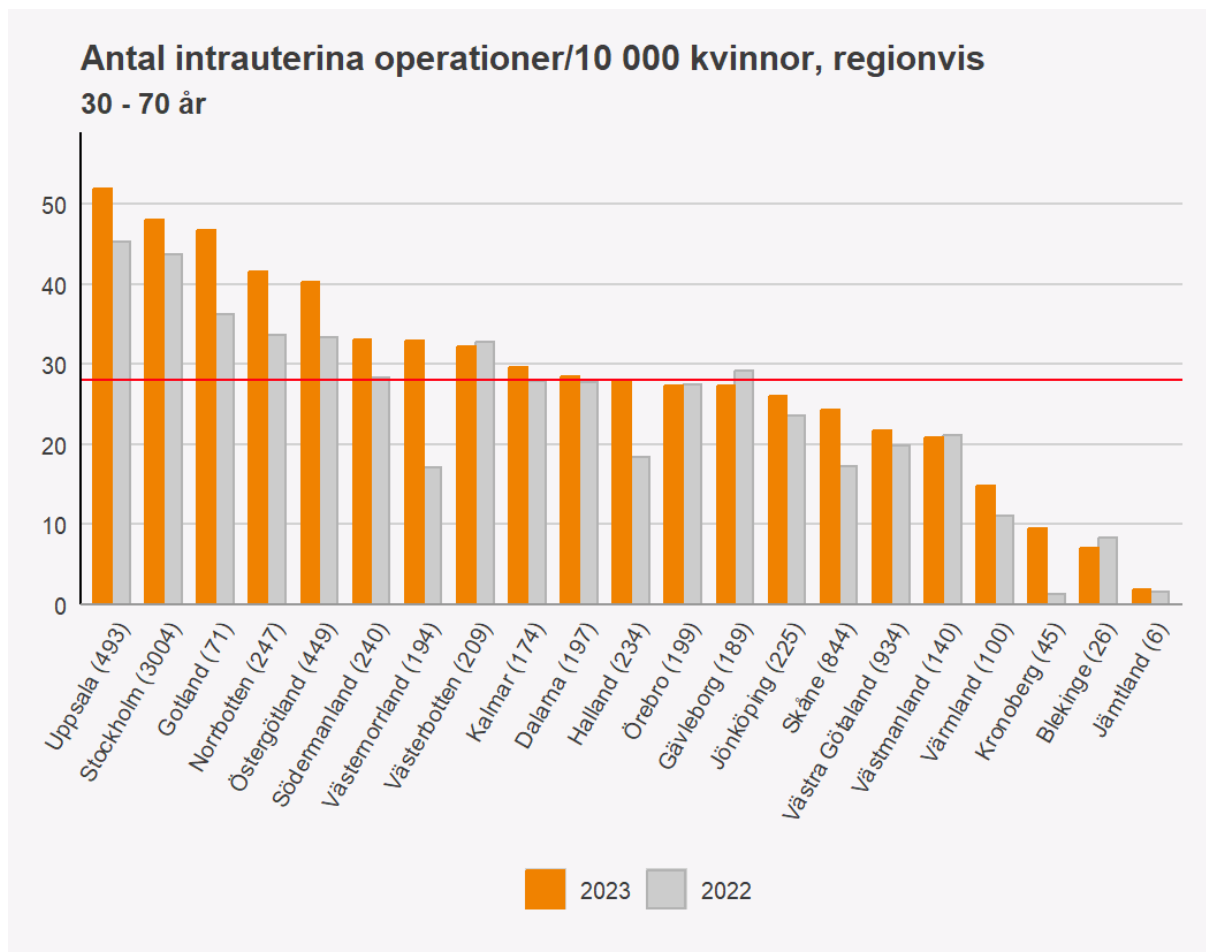
Figur 1. Intrauterin kirurgi år 2022 och 2023.

I riket registrerades 10 033 operationer under 2023 vilket kan jämföras med 8 729 registrerade operationer år 2022. Det har varit en trend från året innan Covidpandemin startade, att antalet registrerade intrauterin operationer ökar år från år. Det har tillkommit några kliniker som registrerar intrauterin kirurgi för varje år, 2023 är antalet 55 kliniker.



Figur 2. Antal operationer månadsvis

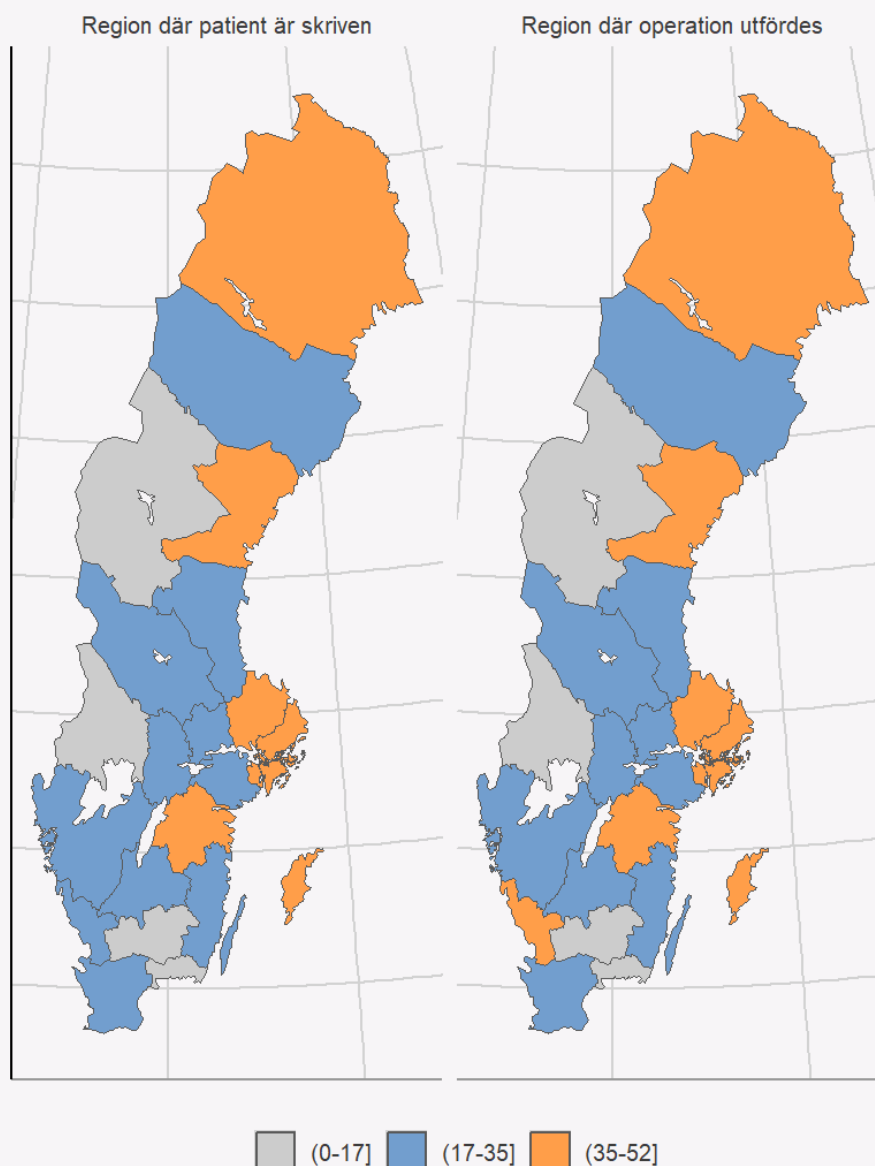
Den enda effekten av Covidpandemin på intrauterin kirurgi var en nedgång under mars – juni 2020, därefter ingen påverkan och sannolikt har möjligheten till mottagningsoperation bidragit till att det inte påverkade kirurgin så mycket. Mottagningsoperationerna är mindre resurskrävande vad gäller personal och vi vet att bland annat anestesipersonal hade mycket annorlunda arbetsuppgifter under pandemins värsta tid.



Figur 3. Antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor (ålder 30–70 år) där de är skrivna, hämtat från GynOp och SCB år 2023. Inom parentes visas antalet opererade för 2023. Den röda horisontella linjen är medianen av antal intrauterina operationer/10000 kvinnor 2023 för riket.

Denna figur visar i år en intressant trend. I jämförelse med föregående år (11 av 21 regioner) når nu fler regioner upp till medianen (13 av 21 regioner) av antal operationer/10 000 kvinnor, vilket är lovande för mer jämlik vård i landet. Till exempel Västernorrland, Halland och Kronoberg har en helt annan stapel än föregående år. Mycket positivt!

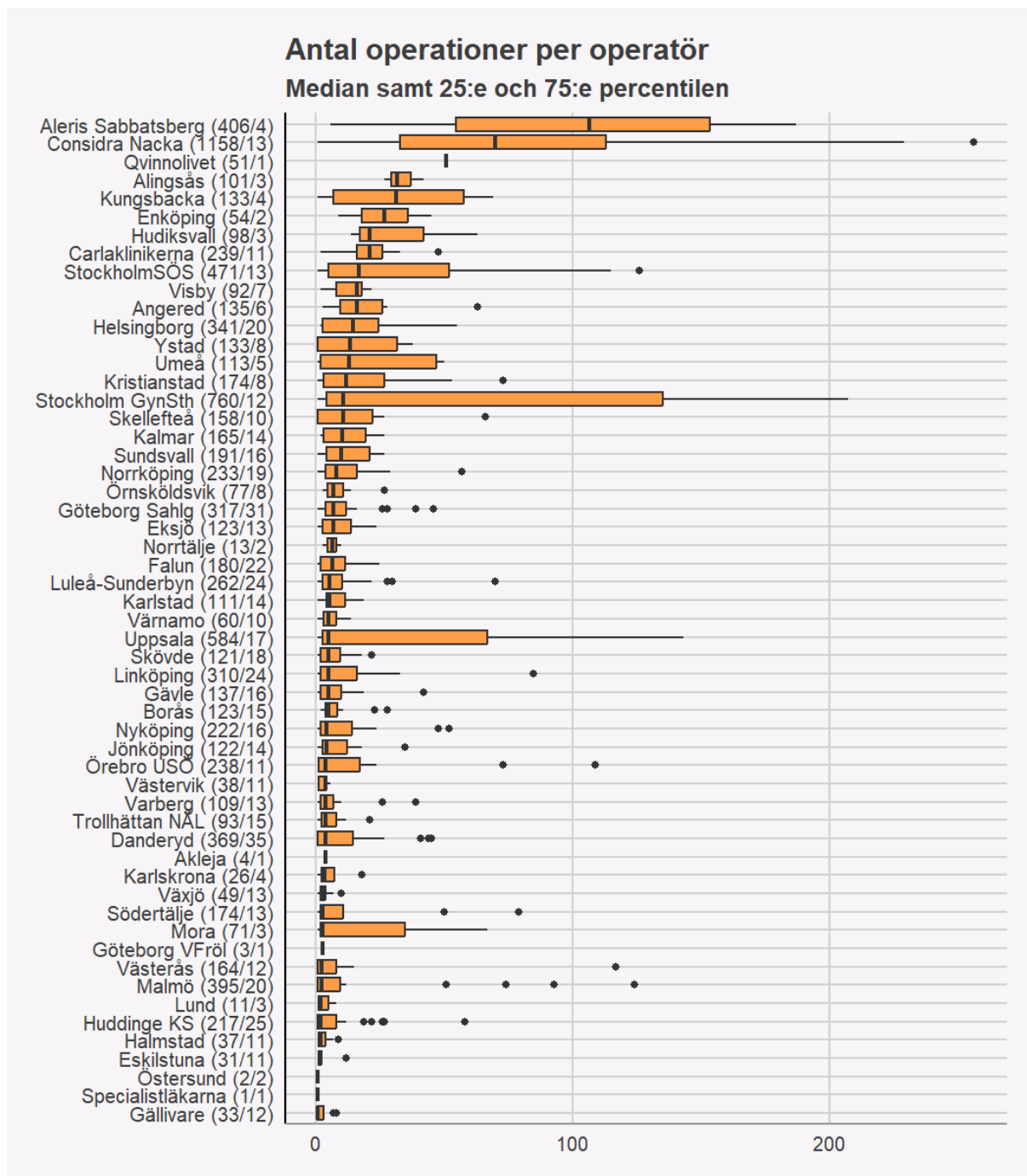
Antal intrauterinaoperationer/10 000 kvinnor under 2023 (30-70 år) där patienterna är skrivna samt opererade



Figur 4. Antal intrauterina operationer/10 000 kvinnor under år 2023 (30–70 år) där patienterna är skrivna respektive opererade. Befolkningsdata hämtat från SCB år 2023.

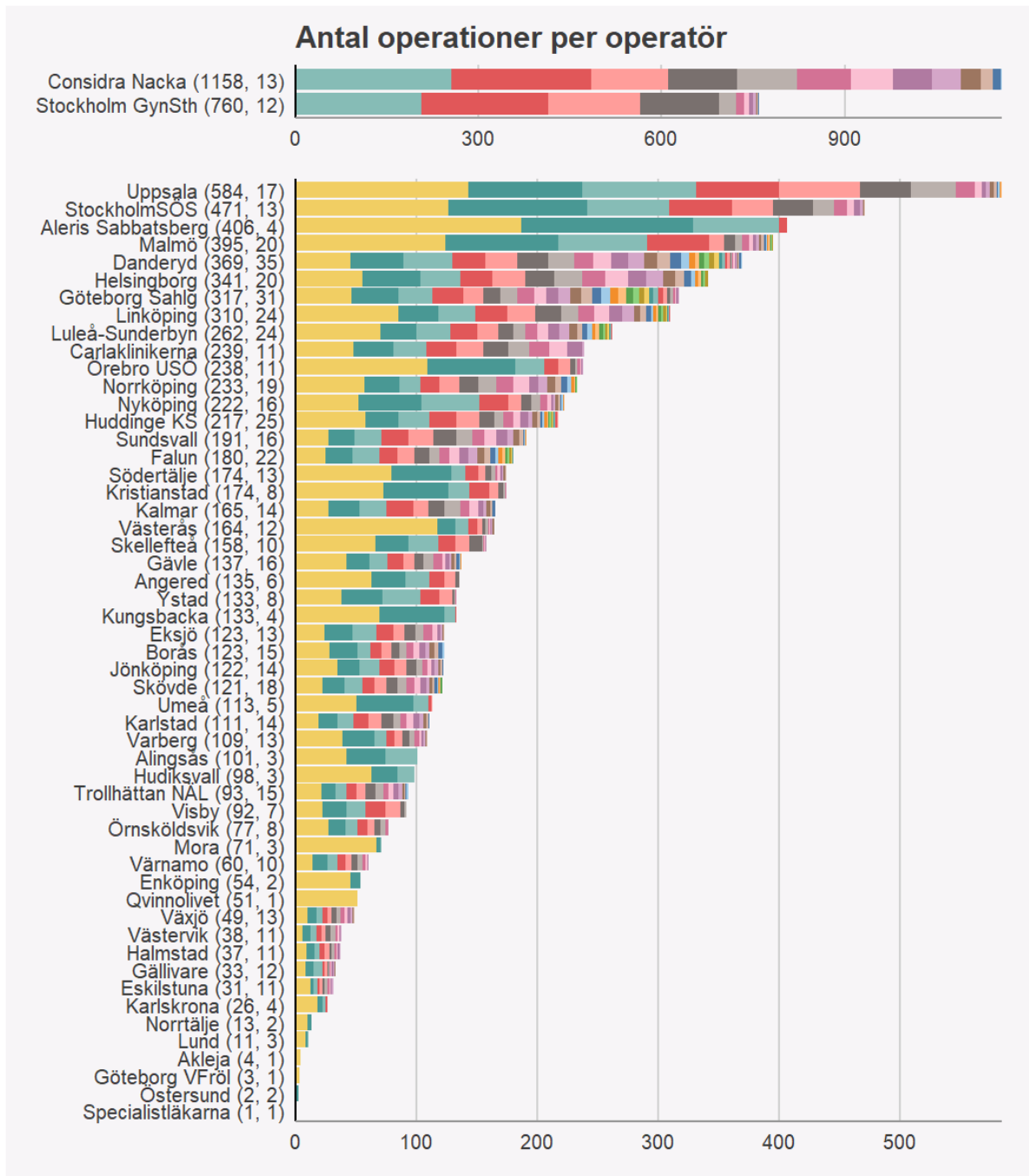
Denna figur illustrerar på ett annat sätt om vården är jämlik i landet. Det finns några gråa fält, men det är samtidigt några av de regioner som hade förbättrad statistik av antalet operationer/10 000 kvinnor. Till exempel Jämtland registrerar inte intrauterin kirurgi, men de utför denna typ av operationer.

Figuren visar också att få kvinnor behöver resa till annan region för att bli opererad med intrauterin kirurgi. Situationen för andra grupper som behöver högspecialiserad vård vid endometrioscentra, bäckenbottencentra eller liknande är helt annorlunda, många kvinnor behöver resa till annan region för den typen av kirurgi.



Figur 5. Antal operationer per operatör. Opererade/antal operatörer inom parentes efter klinikknamnet.

Hur många operationer bör varje operatör utföra? Denna figur illustrerar att många operatörer gör få ingrepp, men också att enstaka operatörer gör väldigt många ingrepp. Speglar det sig i komplikationsrisk och nöjda patienter? Nej, det är fortsatt låg komplikationsnivå vid intrauterin kirurgi och nöjda patienter på god nivå.

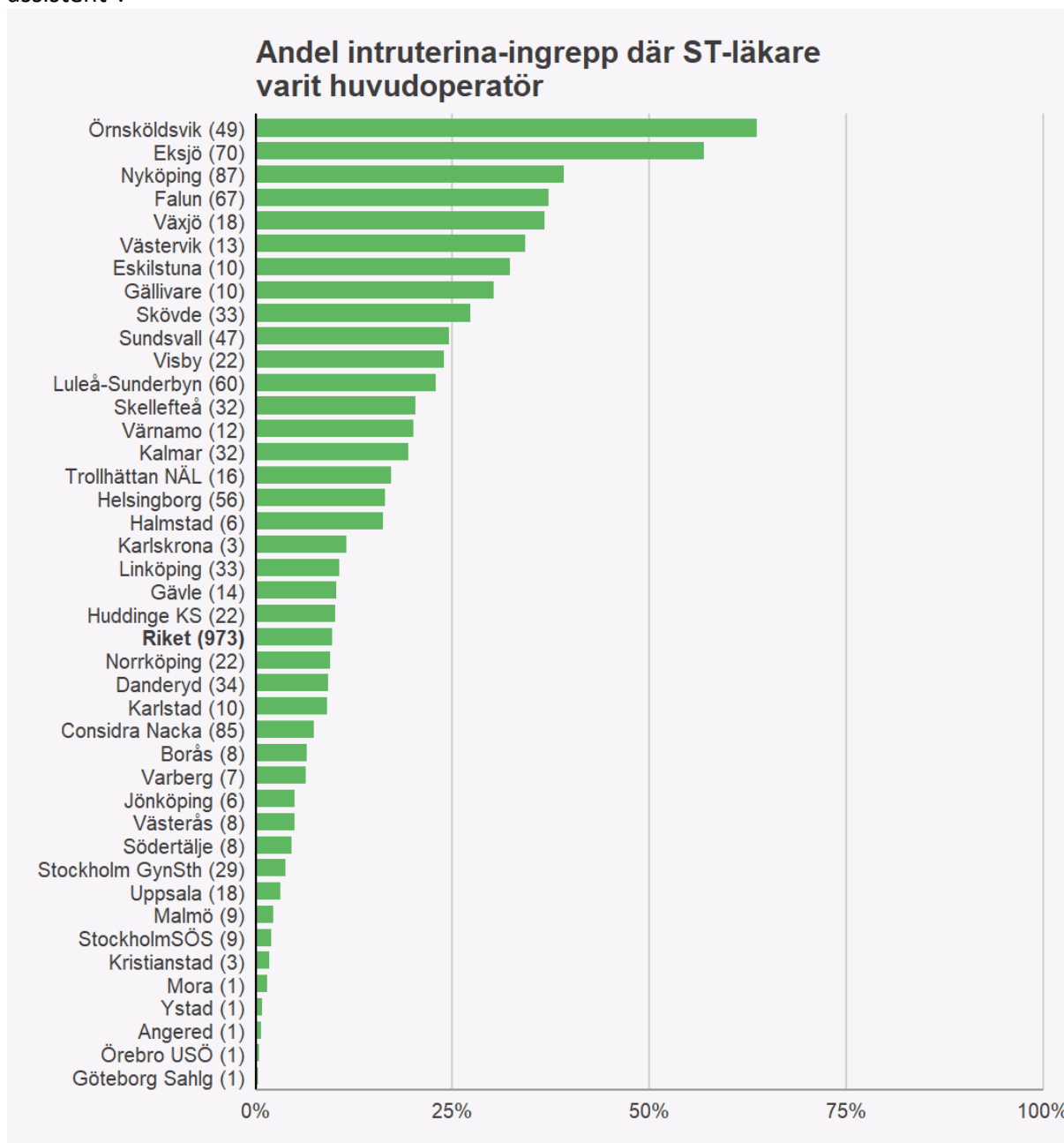


Figur 6. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikers stapel.

Figuren ovan visar en annan bild av antalet operationer per operatör med högproduktionskliniker i Stockholm separerat. Fortsatt ses att många kliniker har många operatörer som gör enstaka operationer och det är rimligt att tro att det är läkare under utbildning, ST-läkare främst men även specialister under utbildning. Antalet operationer av ST-läkare kan vi få fram statistik på, så det kan ge mer tydlig information om operativ utbildning.

ST-läkare

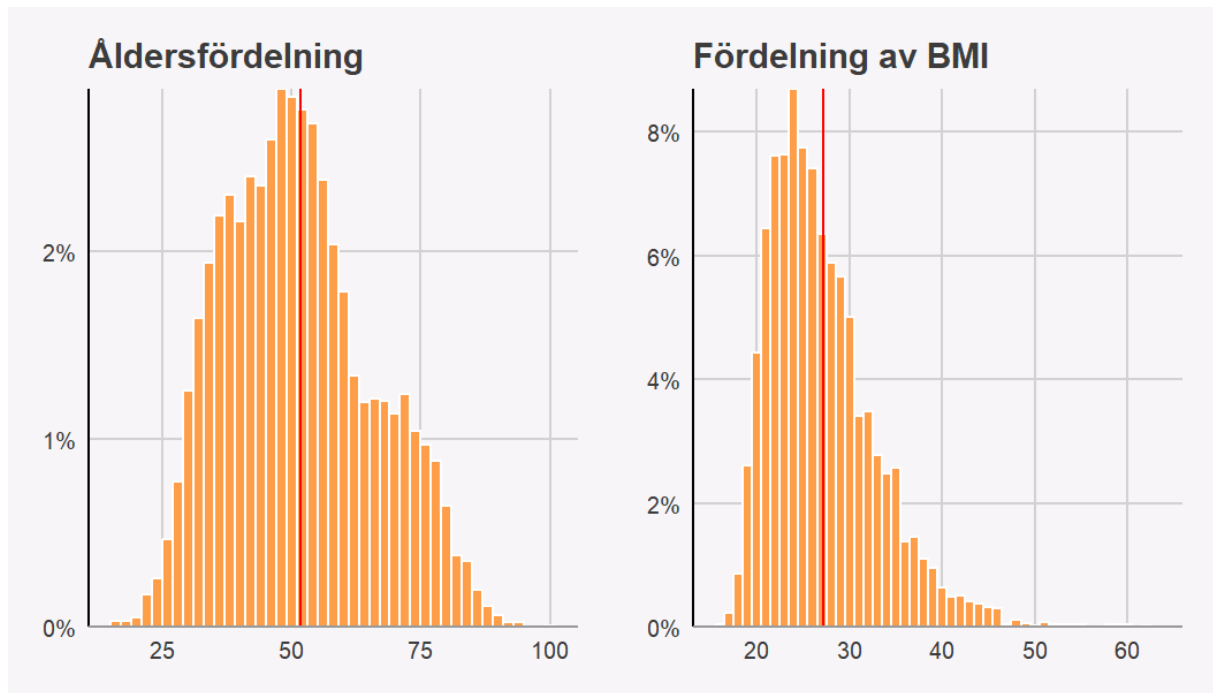
För några år sedan infördes en variabel om ST-läkares deltagande vid operation, den gäller fr.o.m. 2022-01-12. Svartalternativen är "Nej", "Ja, som huvudoperatör" och "Ja, som assistent".



Figur 7. Andel intrauterina-ingrepp där ST-läkare varit huvudoperatör, uppdelat på klinikknivå. Antal operationer där ST-läkare varit huvudoperatör inom parentes efter klinikknamnet.

Drygt 10% av alla intrauterina operationer görs med ST-läkare som huvudoperatör. Det finns 2 kliniker som utmärker sig positivt med över 50% deltagande av ST-läkare som huvudoperatör, Örnköldsvik och Eksjö. Hälften av alla kliniker når knappt 10% och storstadsklinikerna har svårt att ens nå 10%. Ett förbättringsmål är att få betydligt fler ST-läkare utbildade i intrauterin kirurgi generellt i landet, med tanke på hur många operationer som utförs.

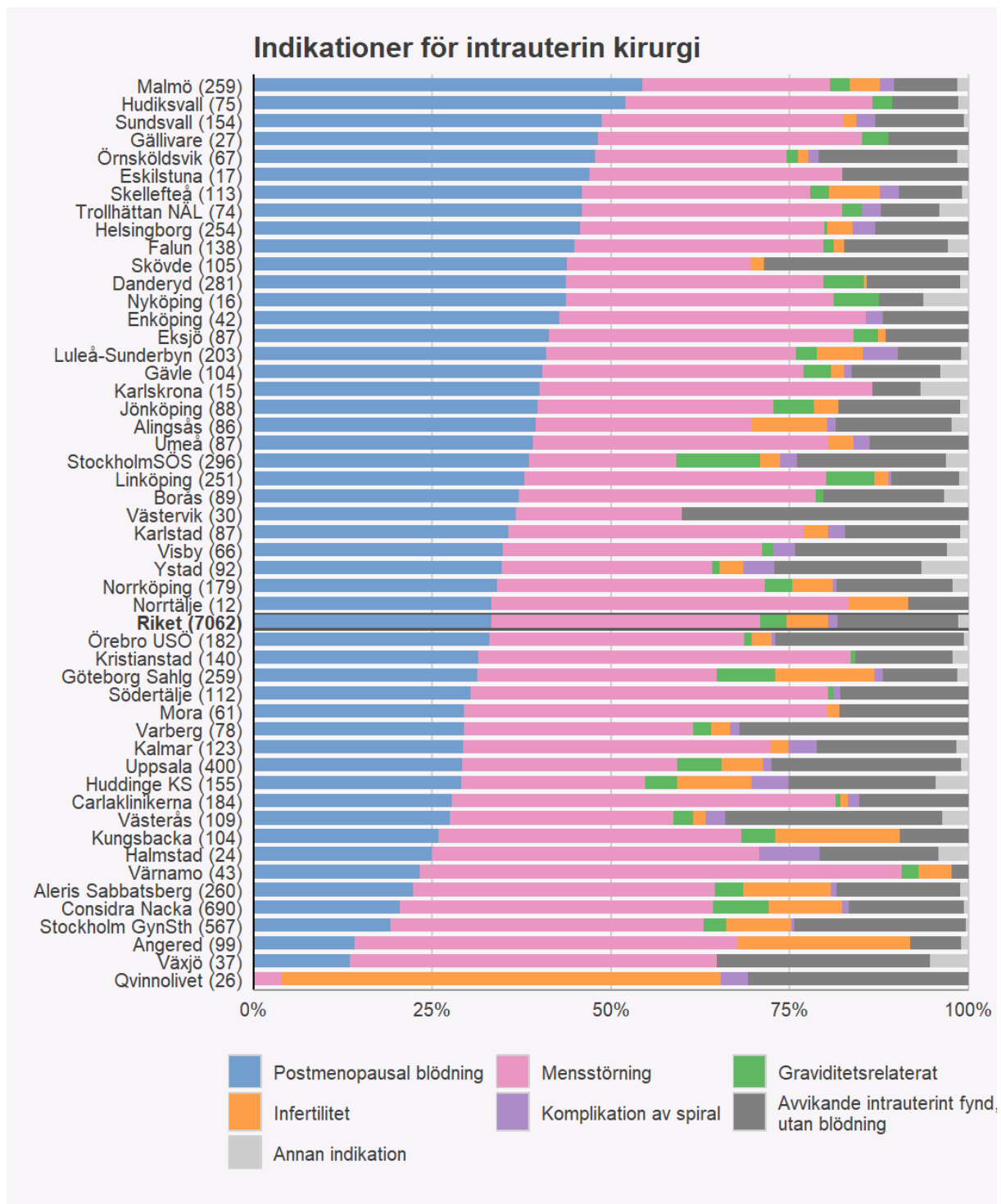
Ålders- och BMI-fördelning



Figur 8. Fördelning av ålder och BMI

Indikationer

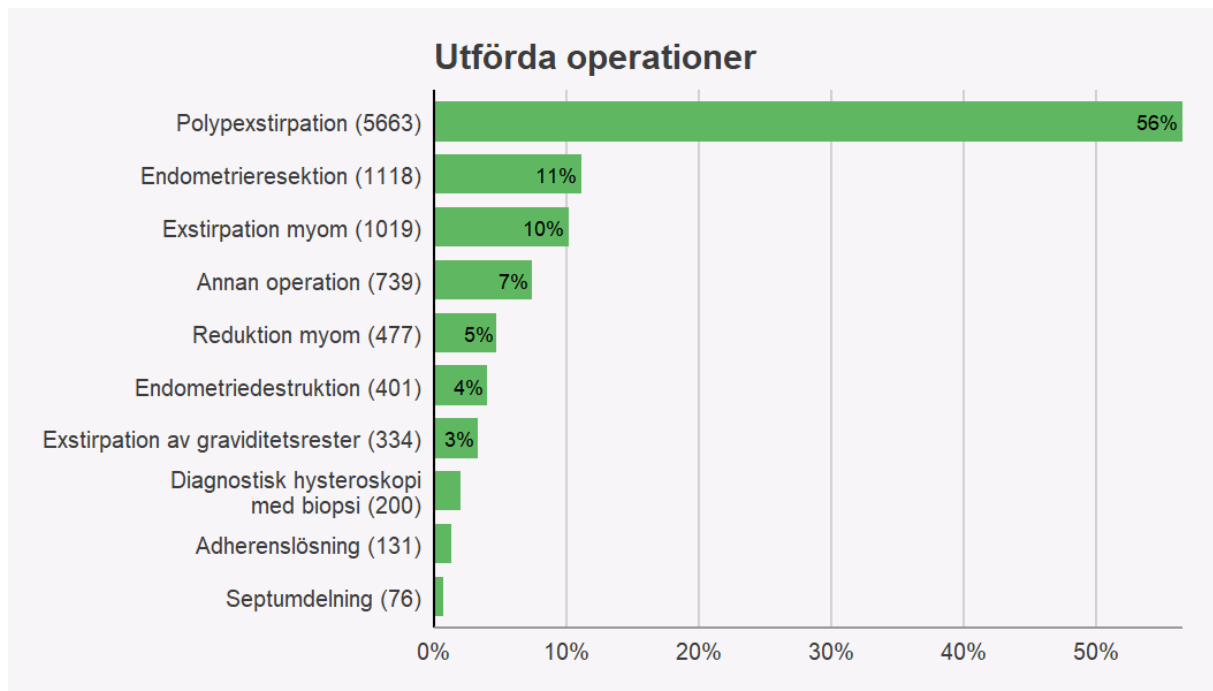
Ett nytt sätt att registrera indikationerna infördes 2022-04-26. Det infördes då det var många operationer som registrerades med fel indikation och detta behövde korrigeras innan nya operationsformuläret blir klart i Nya GynOp. Det har medfört att det har blivit mindre spretigt avseende vilken indikation användaren väljer. Fortsatt är huvudindikationerna postmenopausal blödning och mensstörning. Färre ingrepp är registrerade som annan indikation i år jämfört med föregående år och det kan tolkas som att det blivit lättare att registrera indikationen rätt.



Figur 9. Indikationer för intrauterin kirurgi.

Utförda operationer

I figur 10 och tabell 1 nedan summerar andelarna till mer än 100 %, eftersom det kan ha gjorts men än en åtgärd på en patient vid samma operationstillfälle.



Figur 10. Utförda operationer

Ingen förändring kan ses avseende vilka operationer som är utförd i jämförelse med tidigare år, det är fortsatt i huvudsak polypexstirpationer. Eftersom vi inte redovisar ren diagnostisk hysteroskopi längre, så befinner de operationerna sig bland annat i Annan operation. Fortsatt är det många som registrerar diagnostisk hysteroskopi, men det är ju inte nödvändigt att göra det när ingen åtgärd utförs.

Tabell 1 Utförda operationer

Operation	Antal	Andel
Polypexstirpation	5663	56.4%
Endometriresektion	1118	11.1%
Exstirpation myom	1019	10.2%
Annan operation	739	7.4%
Reduktion myom	477	4.8%
Endometriedestruktion	401	4.0%
Exstirpation av graviditetsrester	334	3.3%
Diagnostisk hysteroskopi med biopsi	200	2.0%
Adherenslösning	131	1.3%
Septumdelning	76	0.8%

Operationer kan avbrytas av en mängd olika skäl. Det har inte registrerats riktigt vad som gjort att operationen avbrutits så att vi har kunnat få fram statistik på orsaken, men vi ser en ökning genom åren av avbrutna operationer. En vanlig orsak är cervixstenos, men vi har inte fått fram siffror på det, hur stort antal det rör sig om.

Teoretiskt kan det vara en ökande orsak, då rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi många gånger innefattar cervixamputation. Vi får se om framtiden kan ge mer statistik kring detta.

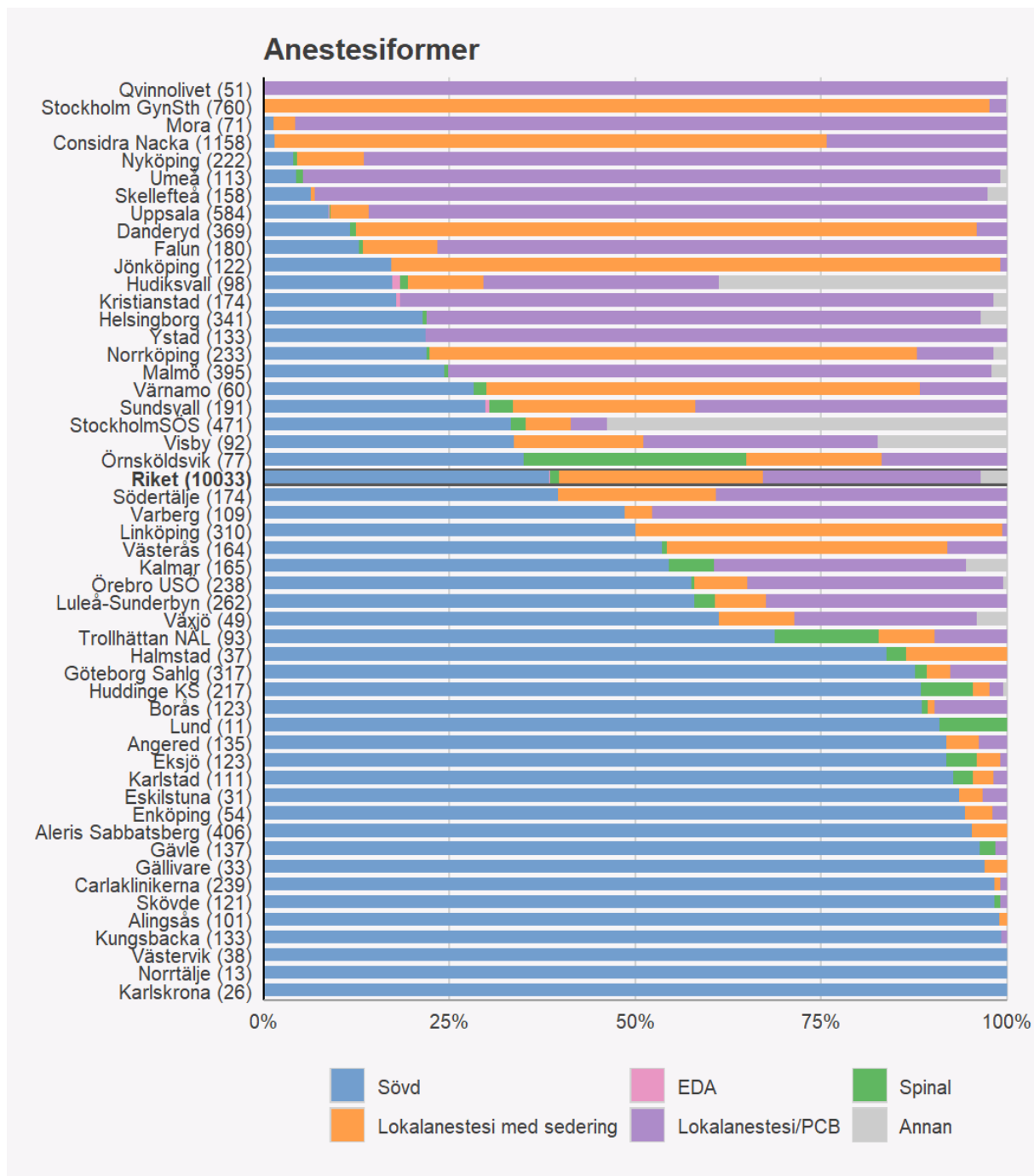
Tabell 2 Antal avbrutna operationer för riket mellan år 2014 och 2023.

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

Anestesi

Tabell 3 Anestesiformer sorterade på förekomst

Anestesiform	Antal	Andel
Sövd	3862	38.5%
Lokal anestesi med sedering	2753	27.4%
Lokal anestesi	1509	15.0%
PCB	1433	14.3%
Annan	353	3.5%
Spinal	119	1.2%
EDA	4	0.0%



Figur 11. Anestesiformer.

Nivån är ungefär densamma som föregående år avseende vid hur många ingrepp patienten sövs kontra hur många som görs i lokalbedövning. Ungefär var 3:e operation görs i enbart lokalbedövning och nästan lika många i lokalbedövning plus sedering.

Det är stora regionala skillnader i vilken anestesimetod som används. Det finns ett par kliniker som gör många som "annan anestesi", där Södersjukhuset till exempel gör mer än hälften utan någon anestesi alls. Många ingrepp är lämpade för kort operationstid med smala fina instrument som inte är smärtsamma för patienten.

Tabell 4 Vad har angetts under "annan anestesi"?

Anestesi	Antal
Inget	229
Sedering	63
Lustgas	10
Lokal bedövning	8
Uppgift saknas	6
Pcs	4
Cervixblockad	2
Ingen	2
Alvedon ipren	1
Analgetika iv lågdos	1
Generell anestesi och sedering med spontanandning på grimma.	1
Ingen !	1
Ingen (pat val)	1
Ingen (patientens önskemål)	1
Ingen, vaginohysteroskopi	1
Innan	1
Intrauterin citanest-octapressin via hysteroskop	1
Lokal	1
Lokal bedövning citanest	1
Lokal bedövning cervix	1
Lokalbedövn cx	1
Lätt sedering med propfol och rapifen	1
Patientstyrd sedering	1
Patientstyrd sedering + l.a,	1
Patientstyrd sedering + lokalbed	1
Pca-pump	1
Pcs-pump	1
Po beh	1
Po behandling	1
Po smärtlindring temgesic	1
Pss + la	1
Pss + lokalbedövning	1
Sedering pcs-pump	1
Smärtlindring	1
Tablett smärstillande	1
Vaginuskopi, citanest i livmoderväggen via hysteroskop	1
Xylocainspray	1

I föregående årsrapport efterlyste jag att fler skulle registrera fundusblockad, som ju är något som görs på många ställen, framför allt vid mottagningsoperation. Vi kan se ett par registreringar av det under "Annan" i år, men fortsatt saknas en betydande andel. Hoppas på att det kan registreras bättre till nästa år. När vi har Nya GynOp på plats så är det ett befintligt val redan under anestesismetod, så det behöver inte skrivas till som fritext under "Annan".

Typ av operation vid lokalanestesi

Andelen myomoperationer som är utförda i lokalanestesi är 21%. Andelen polyp-exstirpationer som är utförda i lokalanestesi är 33%.

Med tanke på att en tredjedel av alla operationer görs i enbart lokalbedövning/PCB, så ville jag veta vad som angetts som utförd operation, så det lättare kan framgå hur kliniken ska tänka vid planering av mottagningsoperation och anestesimetod.

Statistiker har tagit fram siffror per indikation och anestesimetod och det finns förvånande registreringar som är något svårtolkade, stämmer de verkligen? Eller har den som registrerat angivit något fel?

En endometriedestruktion till exempel, är ett kort ingrepp som kan vara väldigt smärtsamt för patienten under proceduren. Det finns 75 stycken registrerade som utförda enbart i PCB, vilket inte ter sig rimligt. En PCB har begränsad effekt på smärtan som uppstår i fundus. Sensoriska smärtfibrer är olika paracervikalt jämfört med i fundus, så min fundering blir om det inte ändå har lagts en fundusblockad samtidigt, men användaren har varit osäker på hur den ska registreras och bara angett PCB?

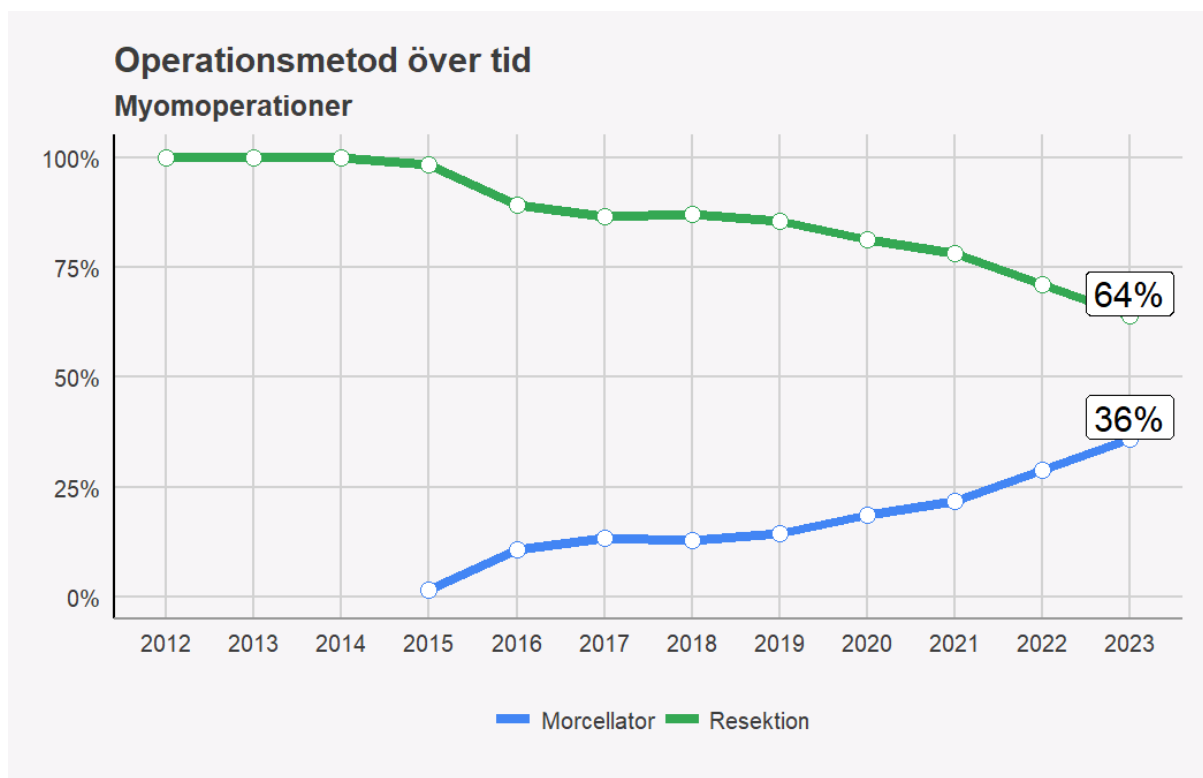
Det framstår helt klart att vi har ett STORT behov av att få till Nya GynOp snarast, så vi får bättre registrerat och därmed mer valida data.

Tabell 5 Operationer utförda med lokalanestesi

Anestesiform	Utförd op	n
Lokalanestesi med sedering	Adherenslösning	42
	Annan	184
	Diagnostisk hysteroskopi	42
	Endometriedestruktion	80
	Endometriresektion	317
	Exstirpation av myom	336
	Exstirpation av graviditetsrester	108
	Polyp	1562
	Reduktion myom	128
	Septumdelning	31
Lokalanestesi	Adherenslösning	12
	Annan	124
	Diagnostisk hysteroskopi	43
	Endometriedestruktion	29
	Endometriresektion	115
	Exstirpation av myom	86
	Exstirpation av graviditetsrester	30
	Polyp	985
	Reduktion myom	48
	Septumdelning	8

Anestesiform	Utförd op	n
PCB	Adherenslösning	9
	Annan	98
	Diagnostisk hysteroskopi	31
	Endometriedestruktion	75
	Endometrieresektion	89
	Exstirpation av myom	112
	Exstirpation av graviditetsrester	36
	Polyp	878
	Reduktion myom	60
	Septumdelning	1

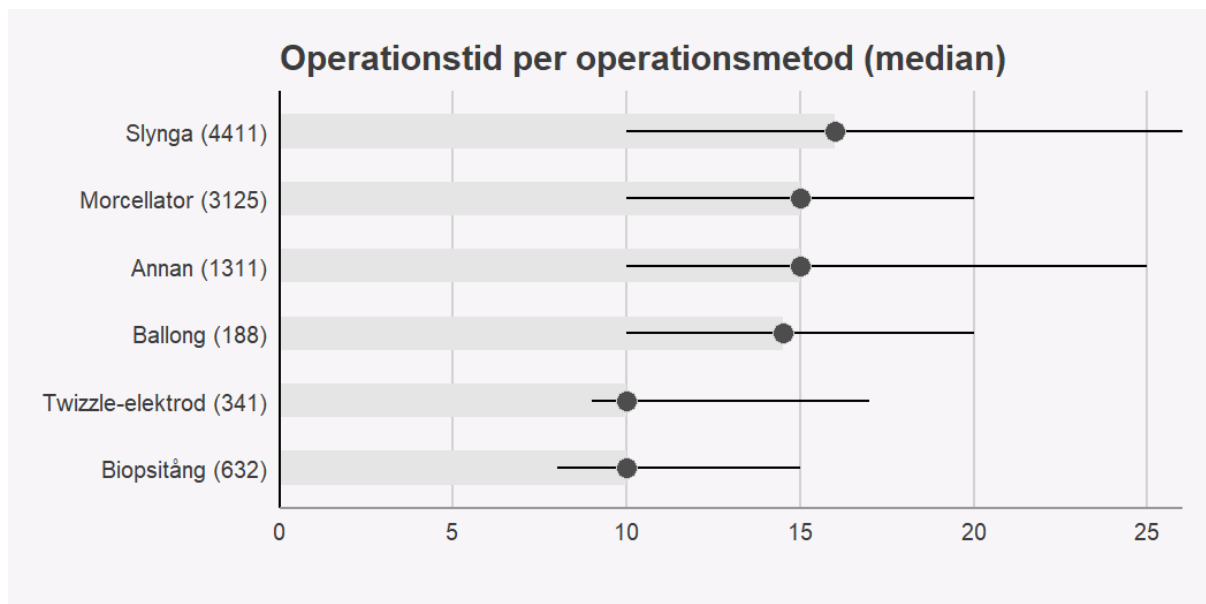
Myom



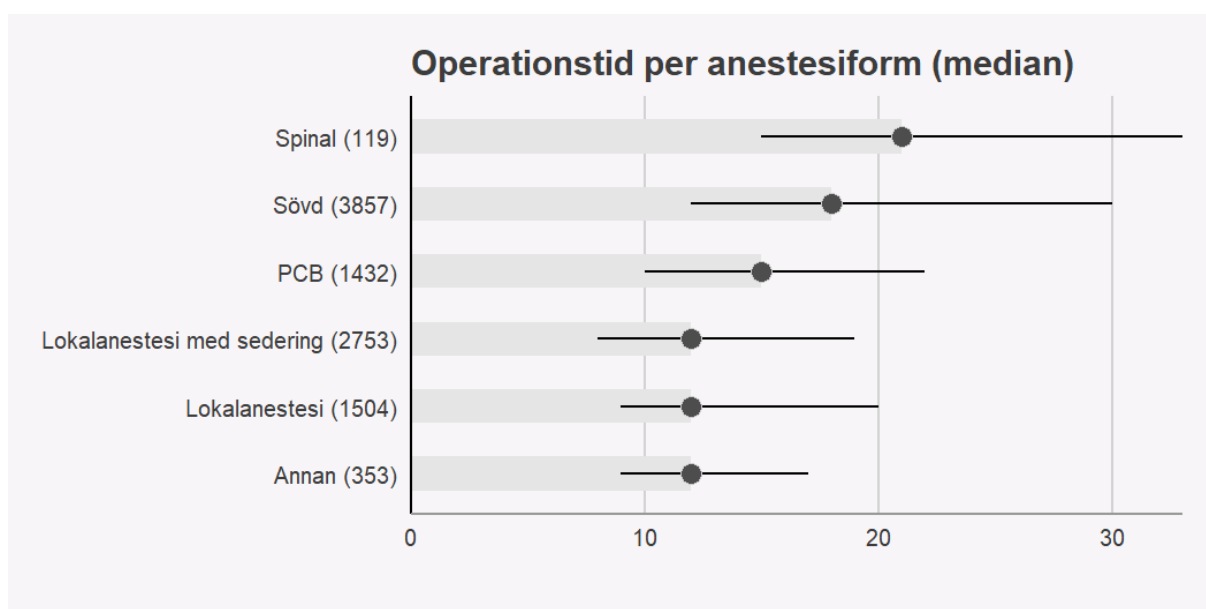
Figur 12. Operationsmetod över tid mellan 2012 och 2023.

Myomoperationer görs i huvudsak fortsatt med resektoskop och myom större än 2 cm är tveksamma att åtgärda utan ordentlig smärtlindring. Med instrumentutvecklingen inom hysteroskopi får vi finare och finare instrument, som möjliggör att vi kan ta bort en hel del intrauterina förändringar utan narkos.

Det finns mindre resektoskop med yttre diameter på instrument ner till 5–6 mm, det finns morcellatorer/shavers med likaså yttre diameter 5–6 mm och då ökar möjligheten att utföra operationen i enbart lokal anestesi och utan att patienten upplever smärta. Figur 12 ovan med operationsmetod över tid vid myomoperationer visar att användandet av morcellator/shaversystem ökar. Det är dock fortsatt en prisskillnad på metoderna som gör att det på många kliniker inte finns möjlighet att välja system.

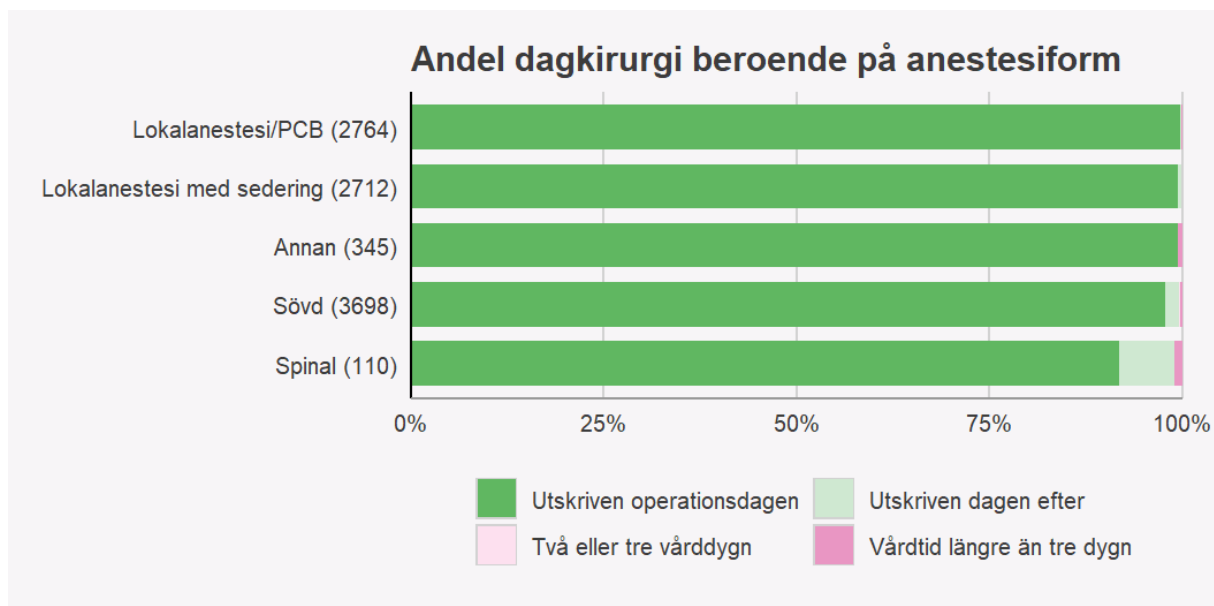


Figur 13. Operationstid per operationsmetod (median).



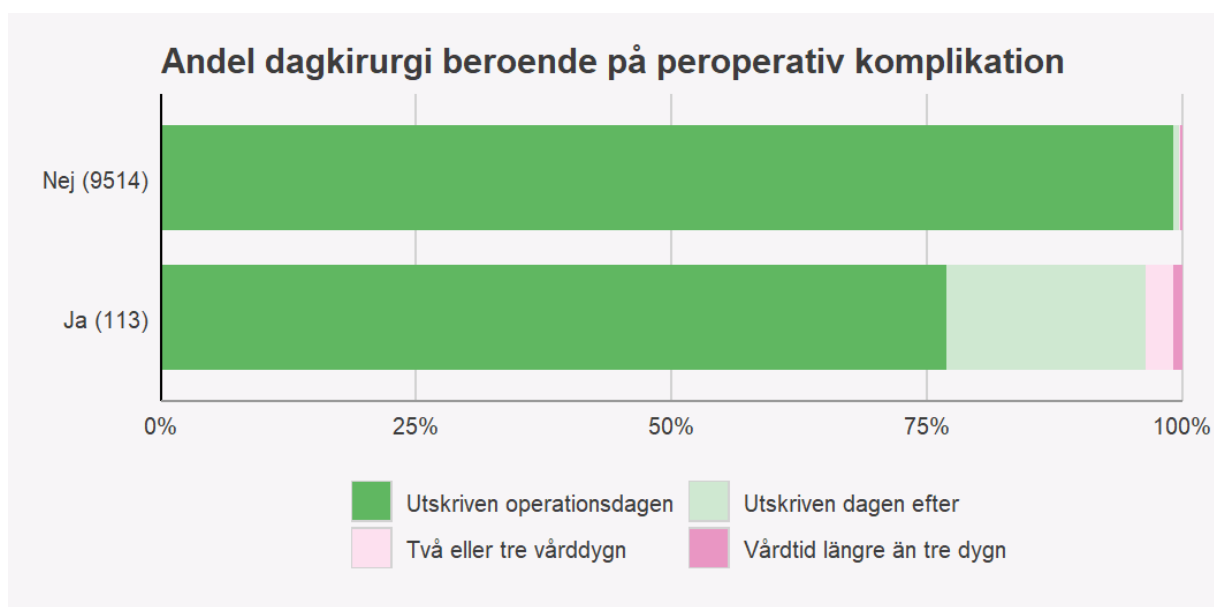
Figur 14. Operationstid per anestesiform (median).

Vårdtid



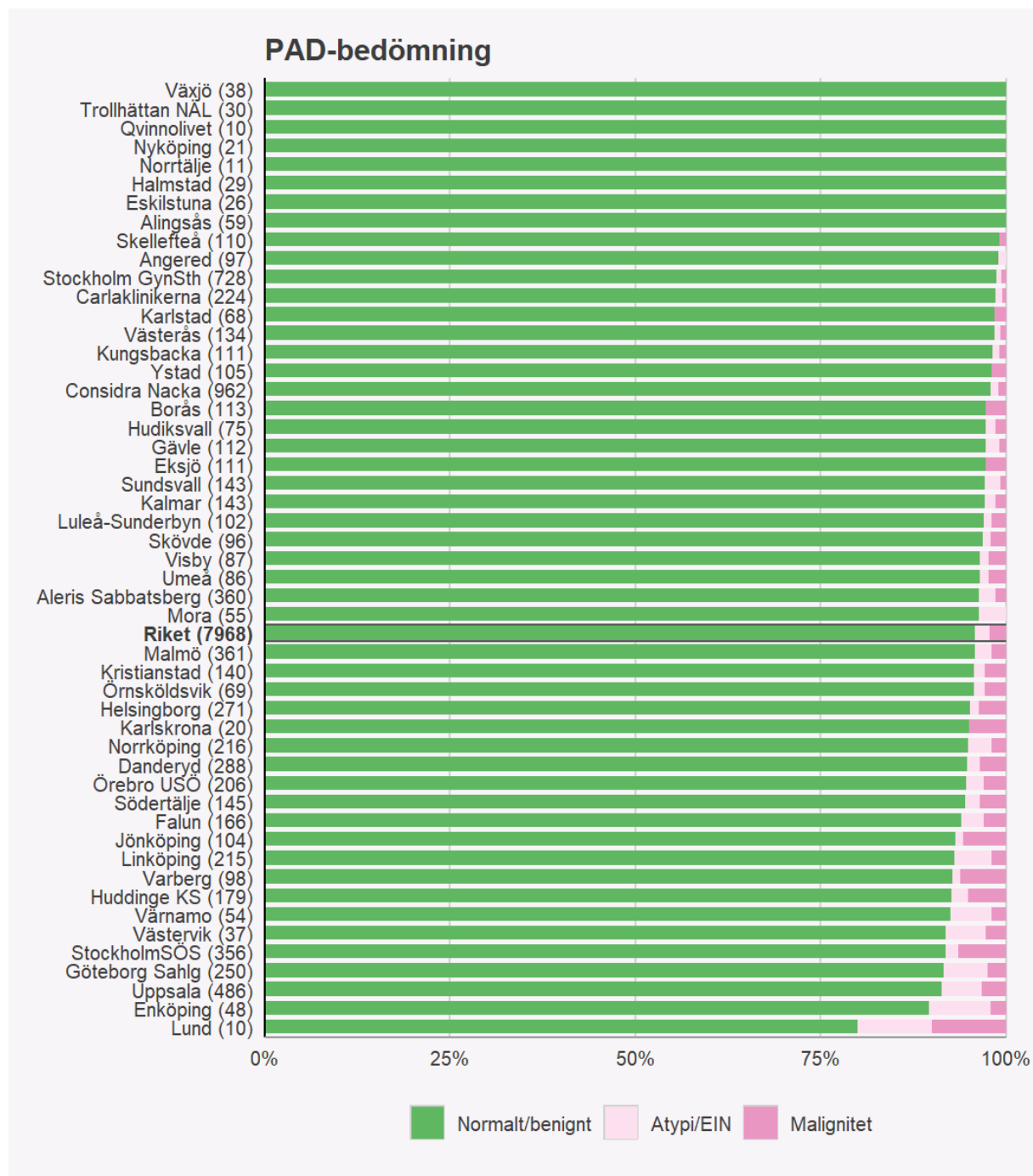
Figur 15. Andel dagkirurgi beroende på anestesiform.

Drygt 1% av de intrauterina operationerna görs med spinalanestesi, där det finns en liten skillnad i vårdtid. Övervägande ingrepp sker i dagkirurgi, men det finns situationer med till exempel en skör patient hjärt-kärlmässigt när spinal anestesi väljs. Där går fortsatt majoriteten opererade hem på operationsdagen, men här förekommer en liten grupp som blir inlagd i slutenvård.



Figur 16. Andel dagkirurgi beroende på peroperativ komplikation

Komplikationerna är få, drygt 1–2% av alla ingrepp. I majoriteten av ingrepp där komplikation uppstått peroperativt kan patienten ändå gå hem operationsdagen. Drygt 20% av de patienter som fått en peroperativ komplikation stannar över natten och därefter går de hem, kanske 4–5% behöver något längre vårdtid.

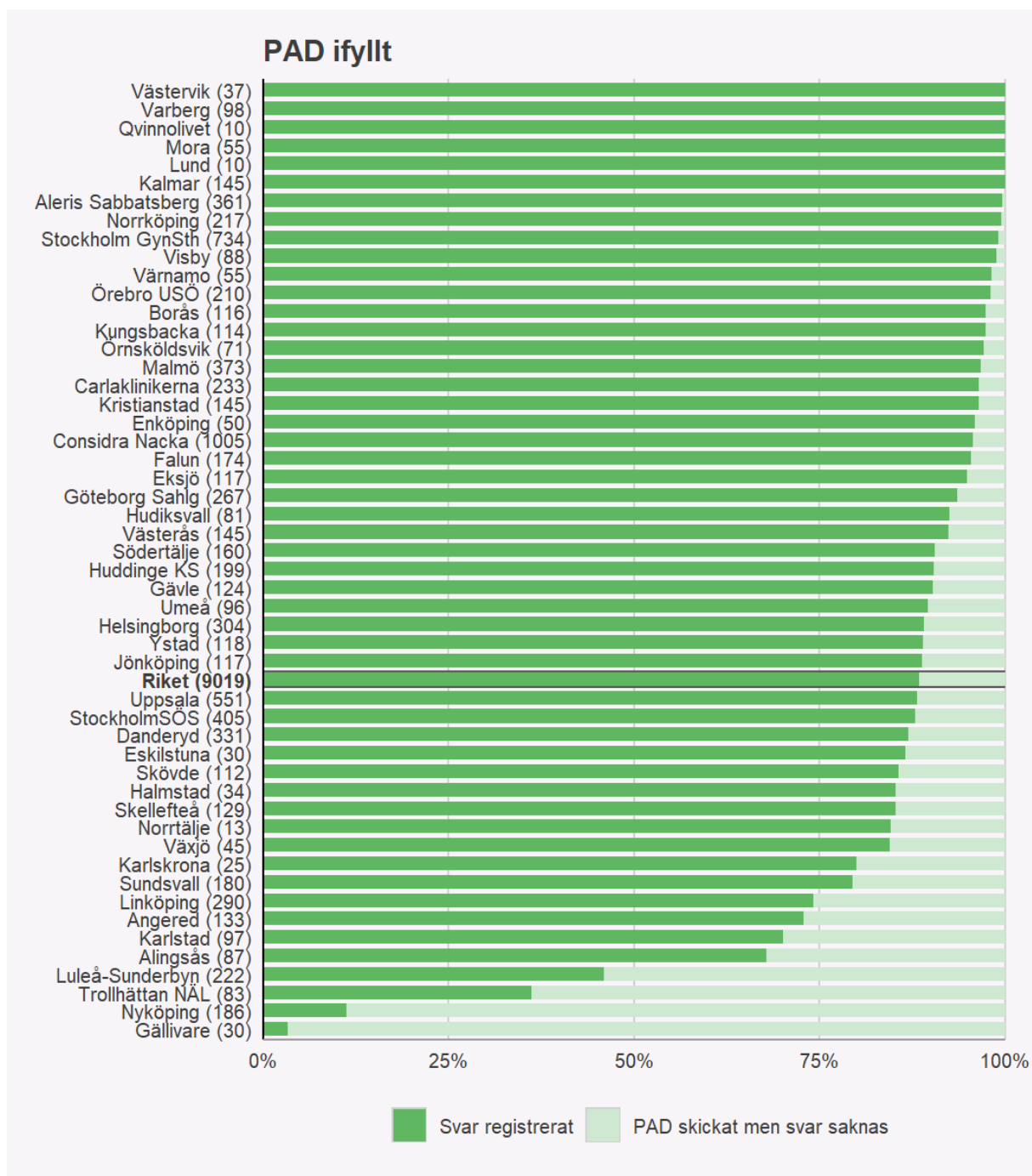


Figur 17. PAD-bedömning

Tabell 6 PAD-bedömning

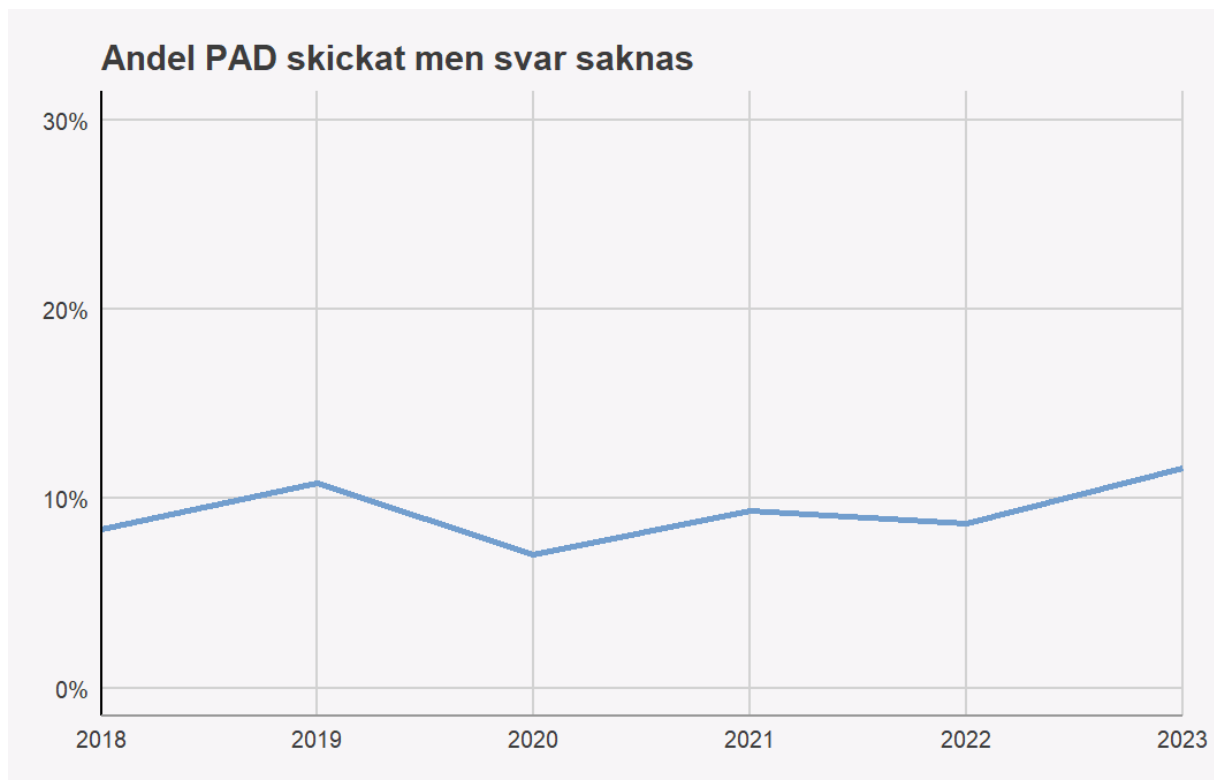
PAD-bedömning	Antal	Total	Andel
Normalt/benigt	7640	7968	95.9%
Malignitet	173	7968	2.2%
Atypi/EIN	155	7968	1.9%

PAD-svar atypi/EIN (endometrial intraepitelial neoplasia) och malignitet har ökat marginellt jämfört med föregående år. Det kan tolkas som att hysteroskopi används mer vid malignitetsutredning, men antalet operationer "hysteroskopi med biopsi" är på oförändrad nivå jämfört med föregående år, så det är inte hela förklaringen. Det är marginell skillnad med 2,25% jämfört med 2,1% malignitet år 2022 och 1,9% jämfört med 1,5% atypi/EIN år 2022.



Figur 18. PAD ifyllt

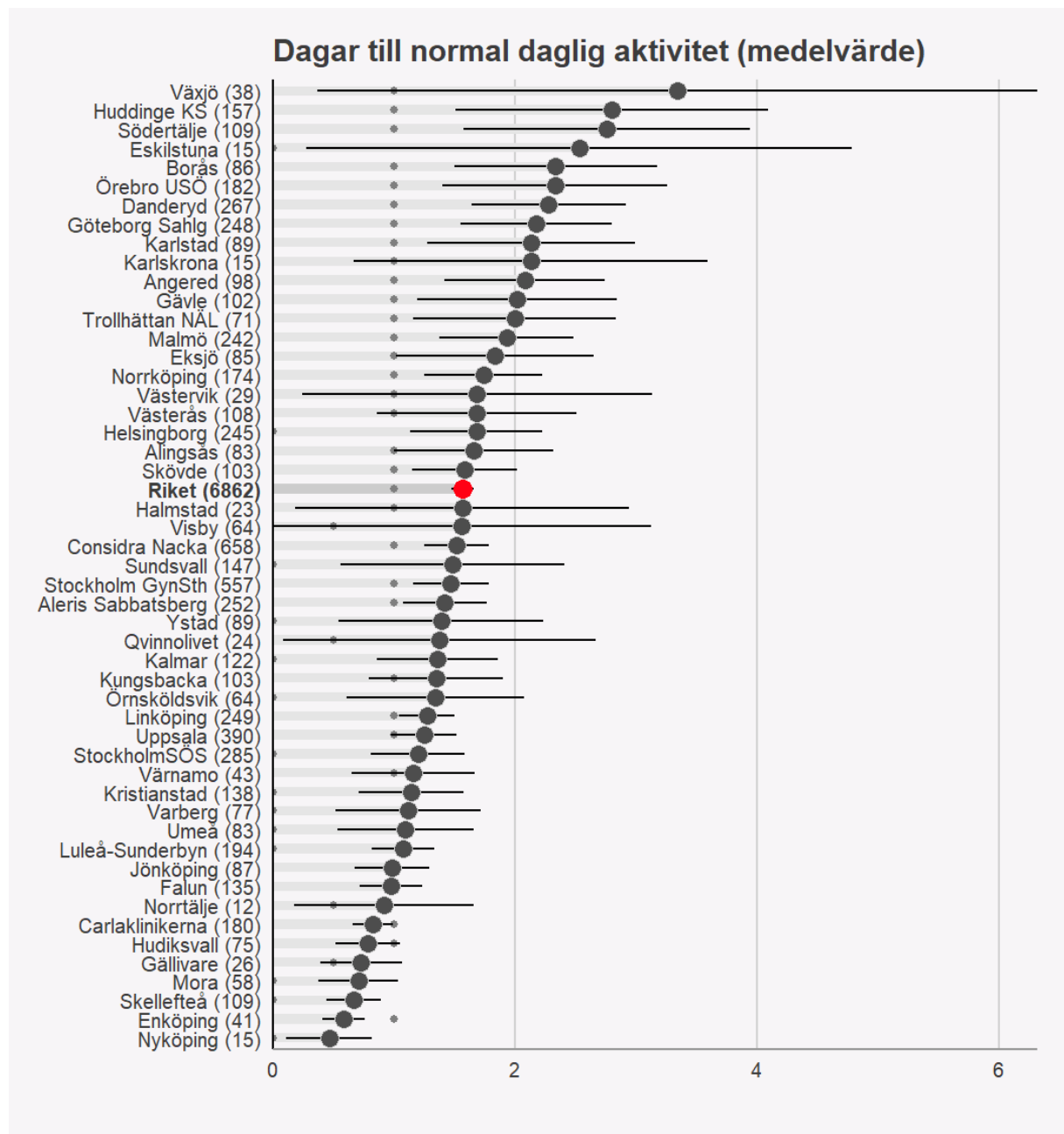
Det är några kliniker längst ned i figuren som rekommenderas att se över sina rutiner, att PAD-svar registreras när det anlänt. Generellt borde 100% vara ifyllt vad PAD visade för alla opererande kliniker i landet. Så det är önskvärt att alla kliniker som skickar vävnad för att få PAD-svar efter operationen har fungerande rutiner så att utlåtandet och diagnosen registreras i GynOp när provsvaret anlänt. Det tar ju olika lång tid med olika laboratorier, så det kan givetvis gå lång tid, men en förbättring är önskvärd för att få in diagnosen. Det är nog en betydande del som sätter diagnos innan PAD-svar anlänt och sannolikt i de fallen ändras inte diagnosen av PAD-utlåtandet. Men det bör registreras i GynOp att det finns ett PAD-svar.



Figur 19. Andel PAD skickat men svar saknas

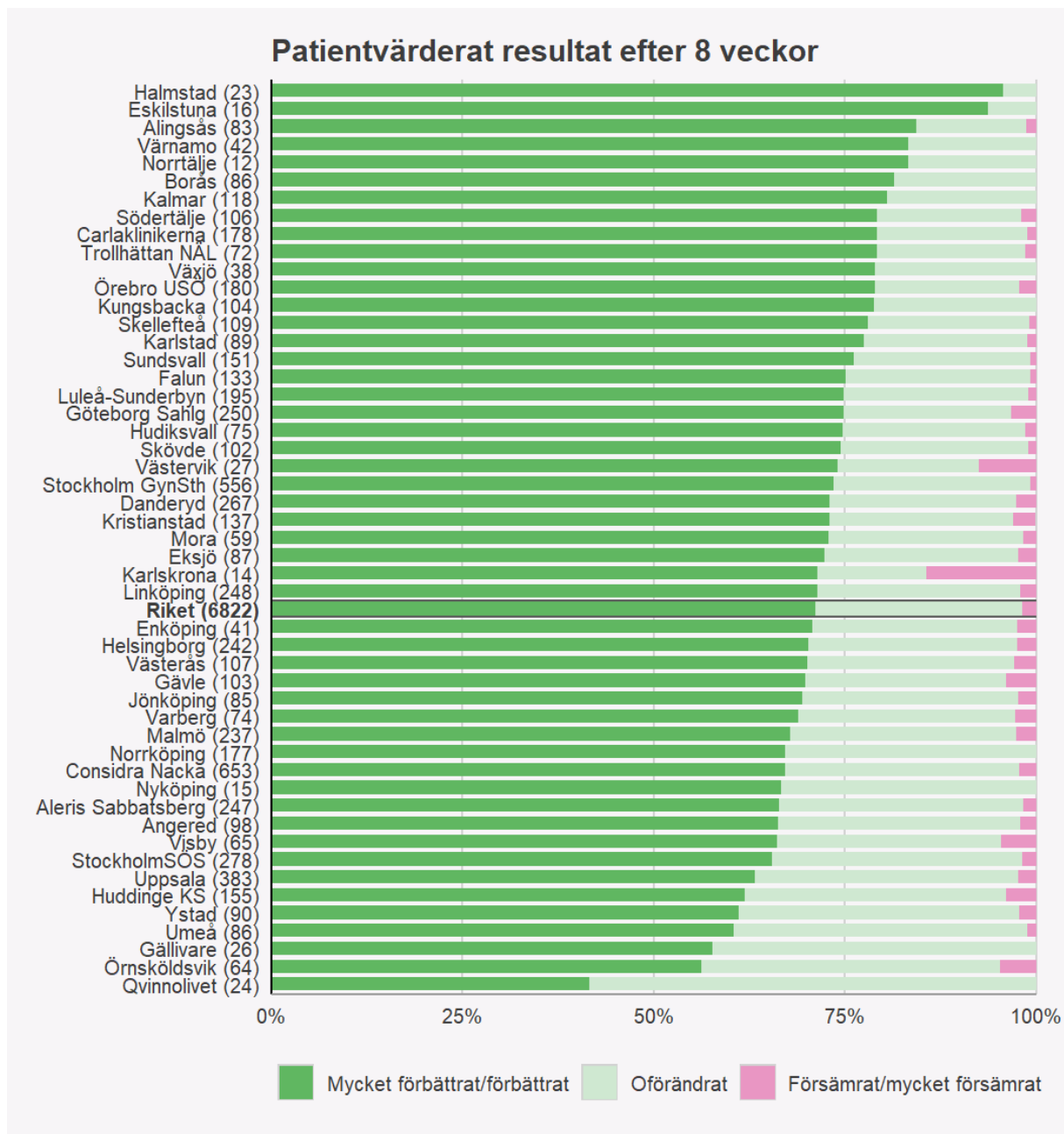
Patientvärderat resultat 8 veckor efter operation

Tid till normal ADL



Figur 20. Dagar till normal daglig aktivitet (medelvärde). Den lilla grå pricken visar medianvärdet och den stora pricken visar medelvärdet.

Median 1 dag, medelvärde 1,5 dag för riket.

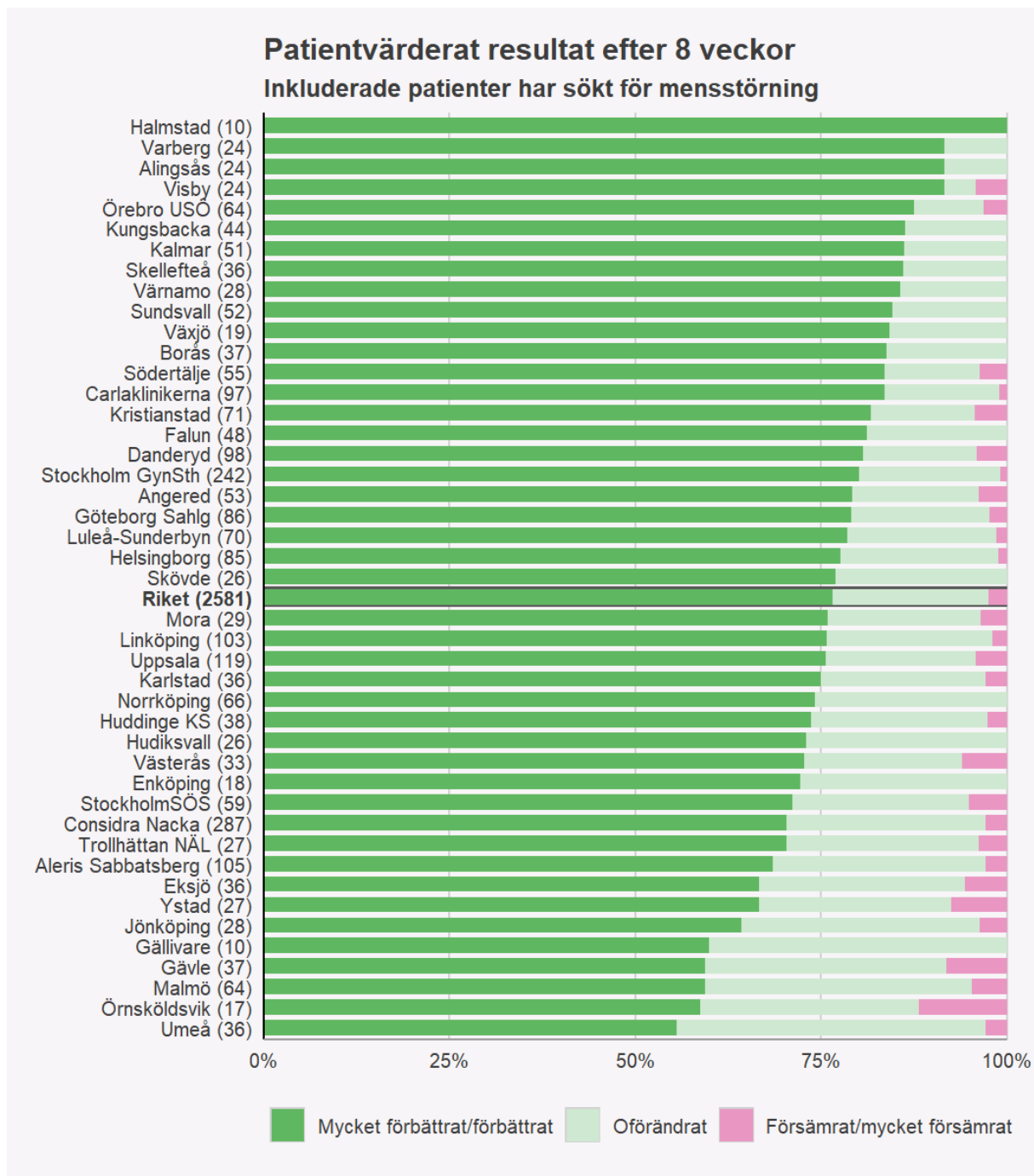


Figur 21. Patientvärderat resultat efter 8 veckor.

Tabell 7 Patientvärderat resultat efter 8 veckor

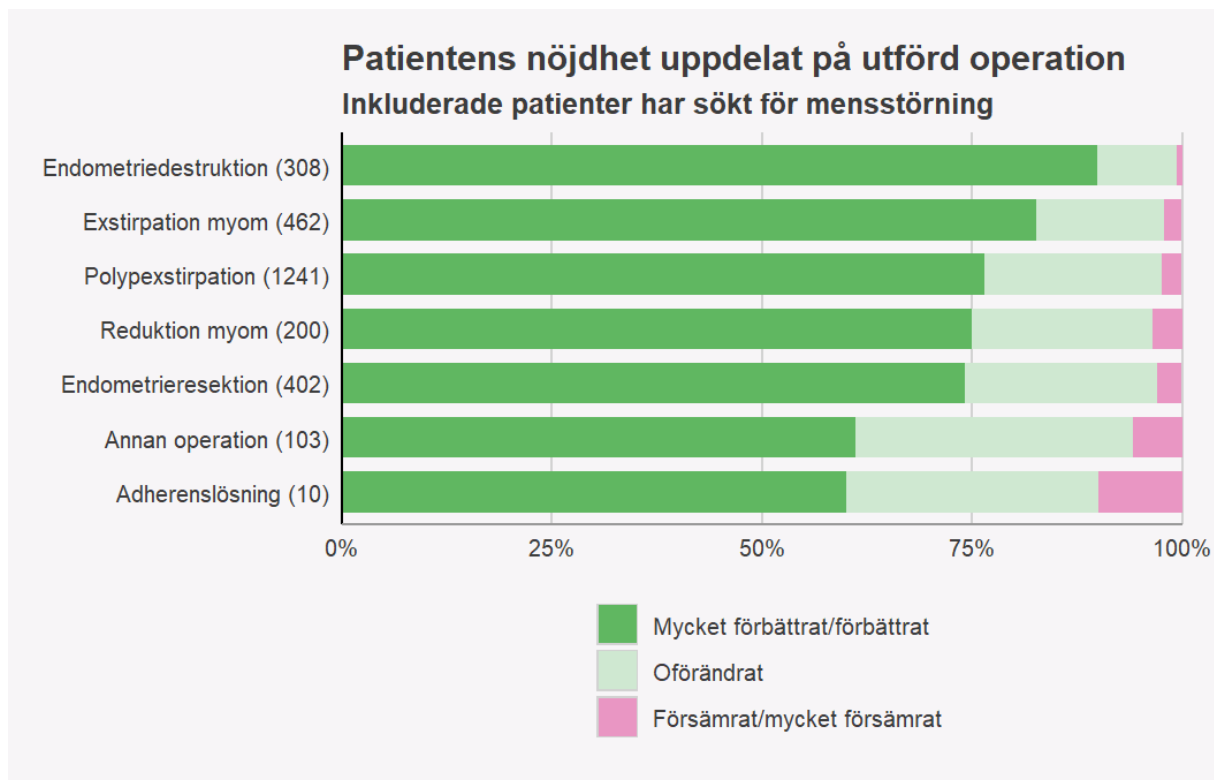
Tillstånd efter 8v	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	4859	6822	71.2%
Oförändrat	1837	6822	26.9%
Försämrat/mycket försämrat	126	6822	1.8%

Patienter som upplever att deras tillstånd blivit försämrat av ingreppet minskar. År 2021 var antalet 2,5%, år 2022 2.2% och nu 1,8%. Fortsatt är det oförändrat tillstånd för en relativt stor andel, antalet som är förbättrade har ökat något, från 70,8% år 2022 till 71,2% år 2023.



Figur 22. Patientvärderat resultat efter 8 veckor

I gruppen av de som sökt för mensstörning har vi liknande resultat som föregående år, det är fler som är nöjda och har förbättrat resultat. Fortsatt en del som ej är nöjda, som upplever tillståndet vara försämrat.



Figur 23. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

KUPP- Kvalitet ur patientens perspektiv

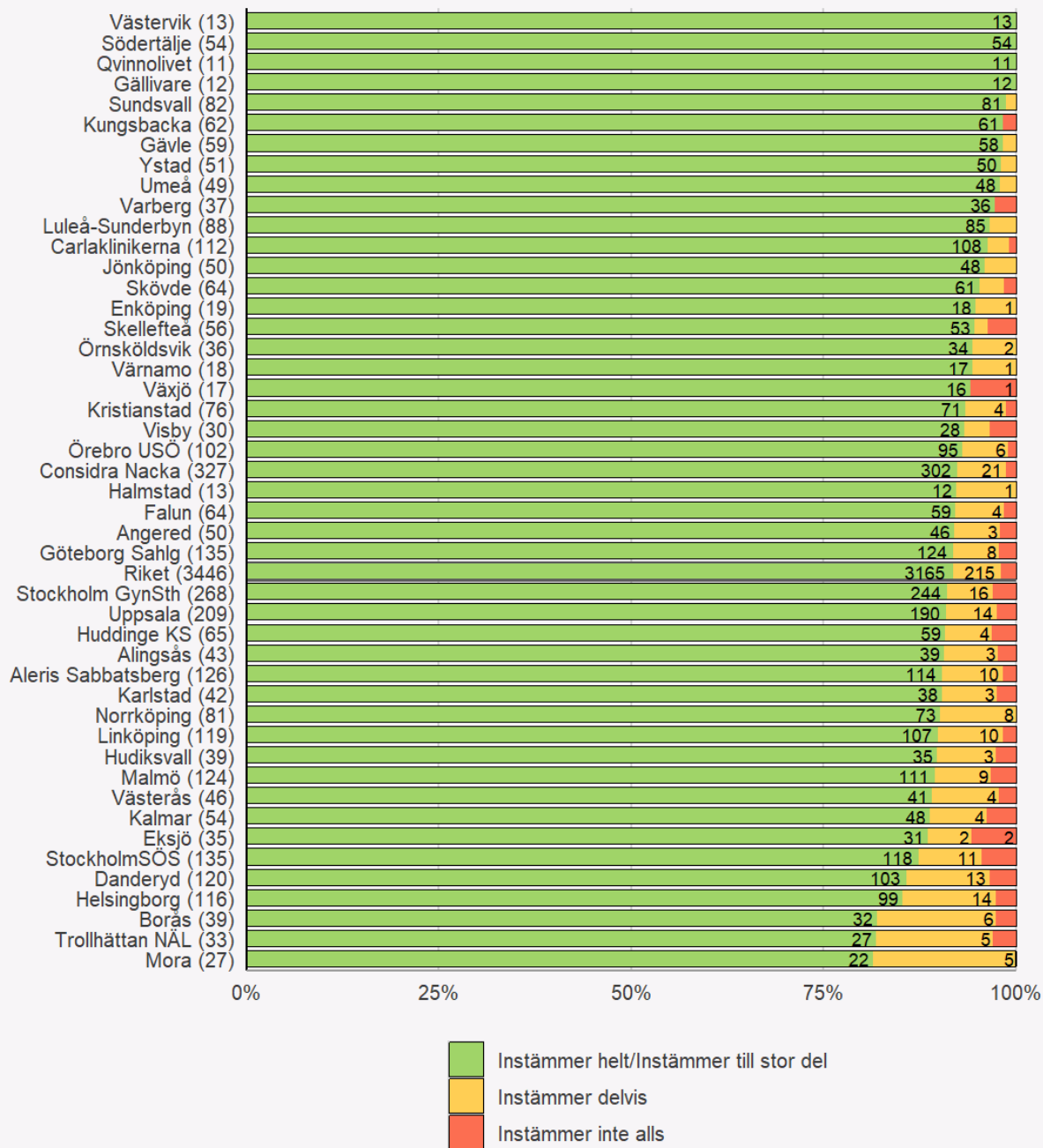
Arbetet med patientupplevd vårdkvalitet har pågått nationellt sedan våren 2015. I vissa fall har klinikerna inkluderats efter hand.

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".

Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten

Så här var det för mig



Figur 24. Info om hur jag skulle sköta mig efter hemkomsten. Så här var det för mig

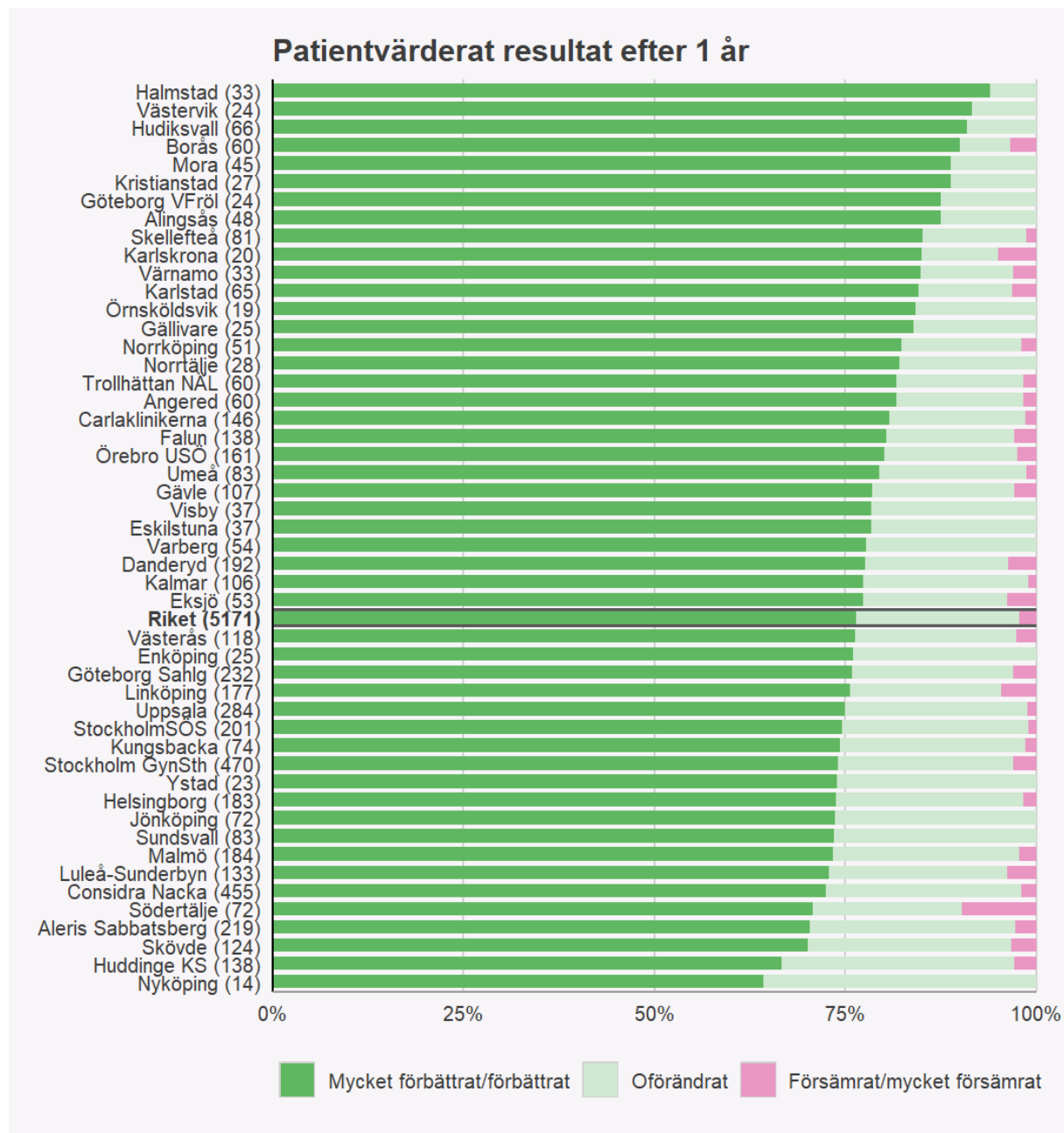
Vi presenterar hur fördelningen ser ut i riket på frågan om hur betydelsefullt det var för patienten att få information om hur hon skulle sköta sig efter hemkomsten.

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

Svar	Antal	Total	Andel
Av liten eller ingen betydelse	30	2975	1.0%
Av ganska stor betydelse	160	2975	5.4%
Av stor betydelse	965	2975	32.4%
Av allra största betydelse	1820	2975	61.2%

Patientvärderat resultat 1 år efter operation

Förbättring efter 1 år

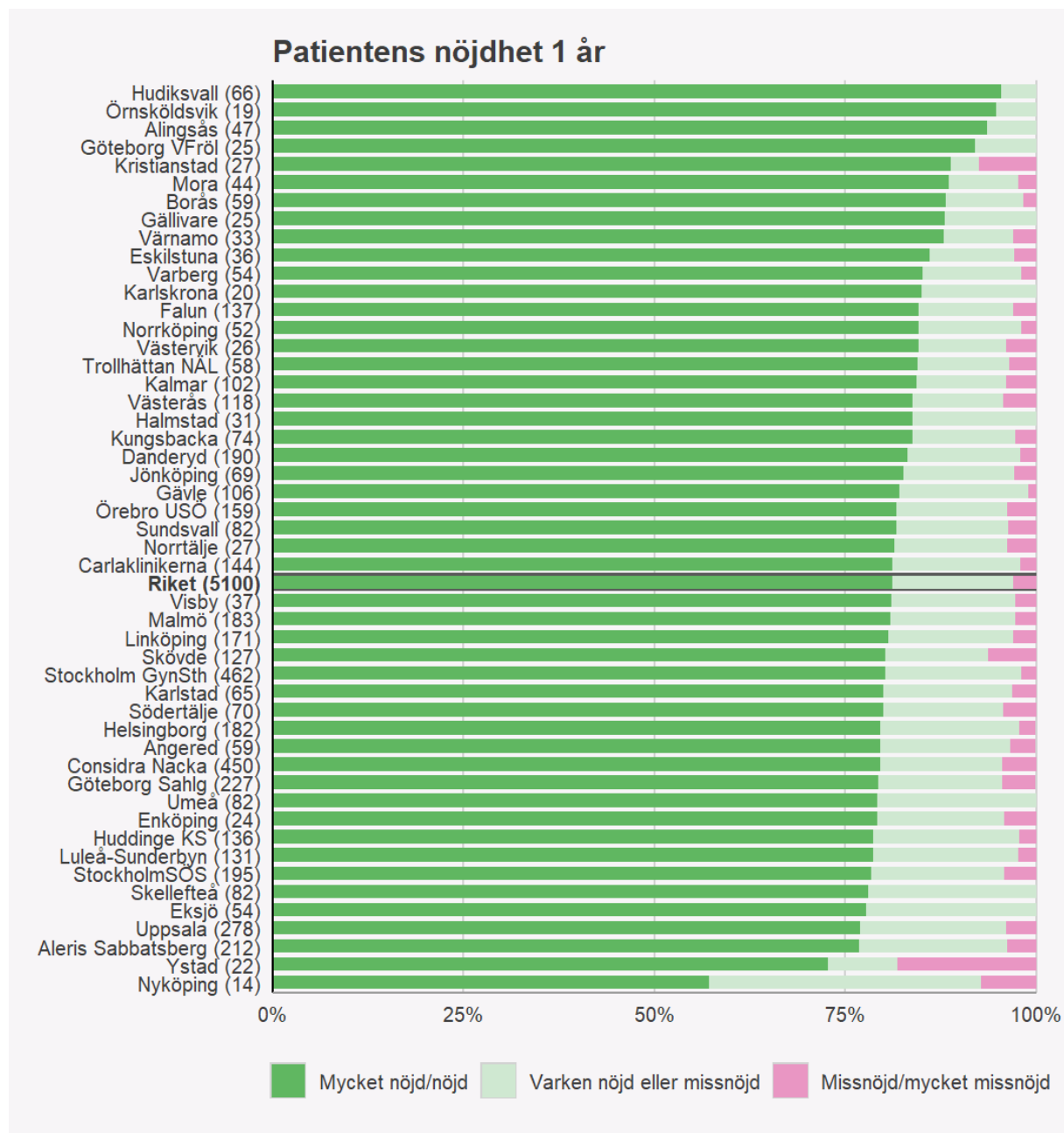


Figur 25. Patientvärderat resultat efter 1 år

Tabell 9 Patientvärderat resultat efter 1 år

Tillstånd efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket förbättrat/förbättrat	3956	5171	76.5%
Oförändrat	1101	5171	21.3%
Försämrat/mycket försämrat	114	5171	2.2%

Nöjdhet efter 1 år

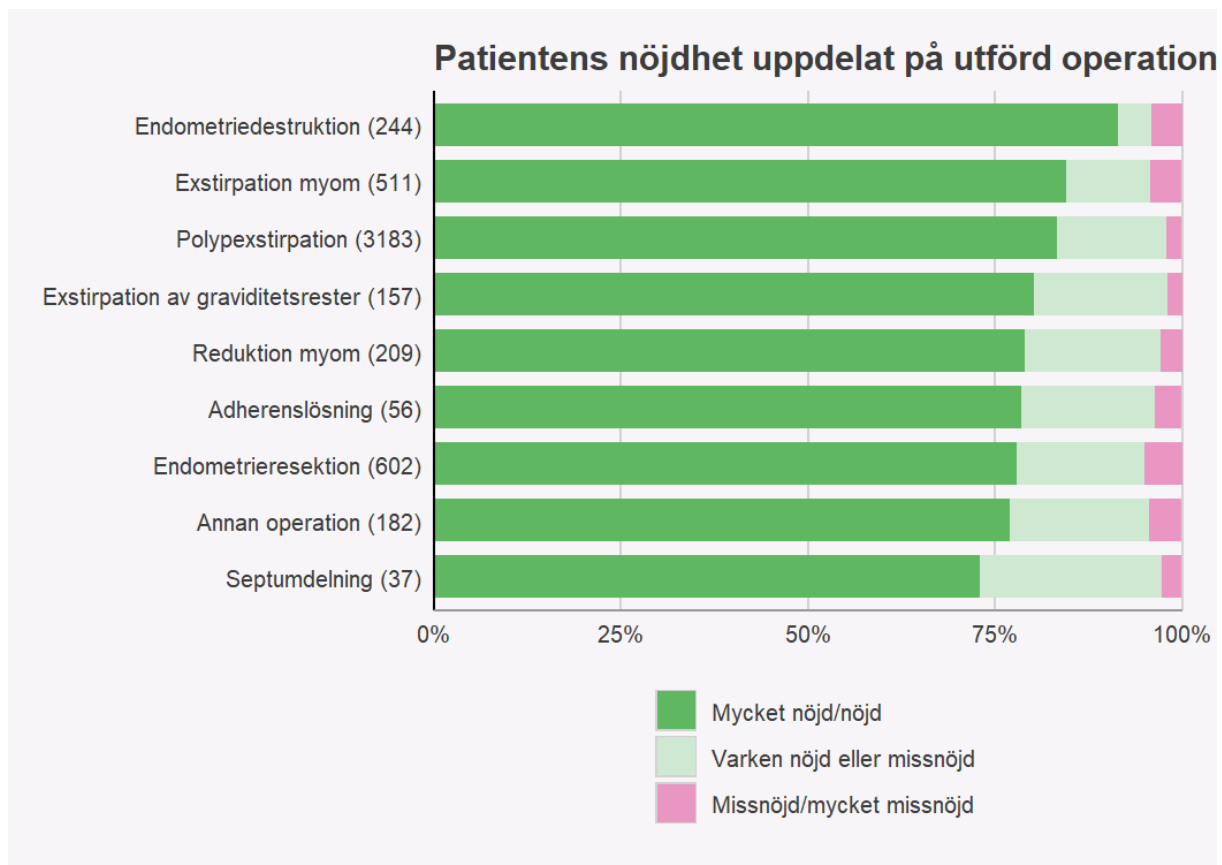


Figur 26. Patientens nöjdhet 1 år

Tabell 10 Patientens nöjdhet 1 år

Nöjdhet efter 1 år	Antal	Total	Andel
Mycket nöjd/nöjd	4138	5100	81.1%
Varken nöjd eller missnöjd	808	5100	15.8%
Missnöjd/mycket missnöjd	154	5100	3.0%

Nöjdheten är förbättrad jämfört med föregående års siffror som var 78,9% år 2022. Det var en siffra som kommenterades i föregående årsrapport att den var betydligt lägre än tidigare, men nu är det åter över 80% som är nöjda efter 1 år och 3% som inte är nöjda.



Figur 27. Patientens nöjdhet uppdelat på utförd operation

Komplikationer

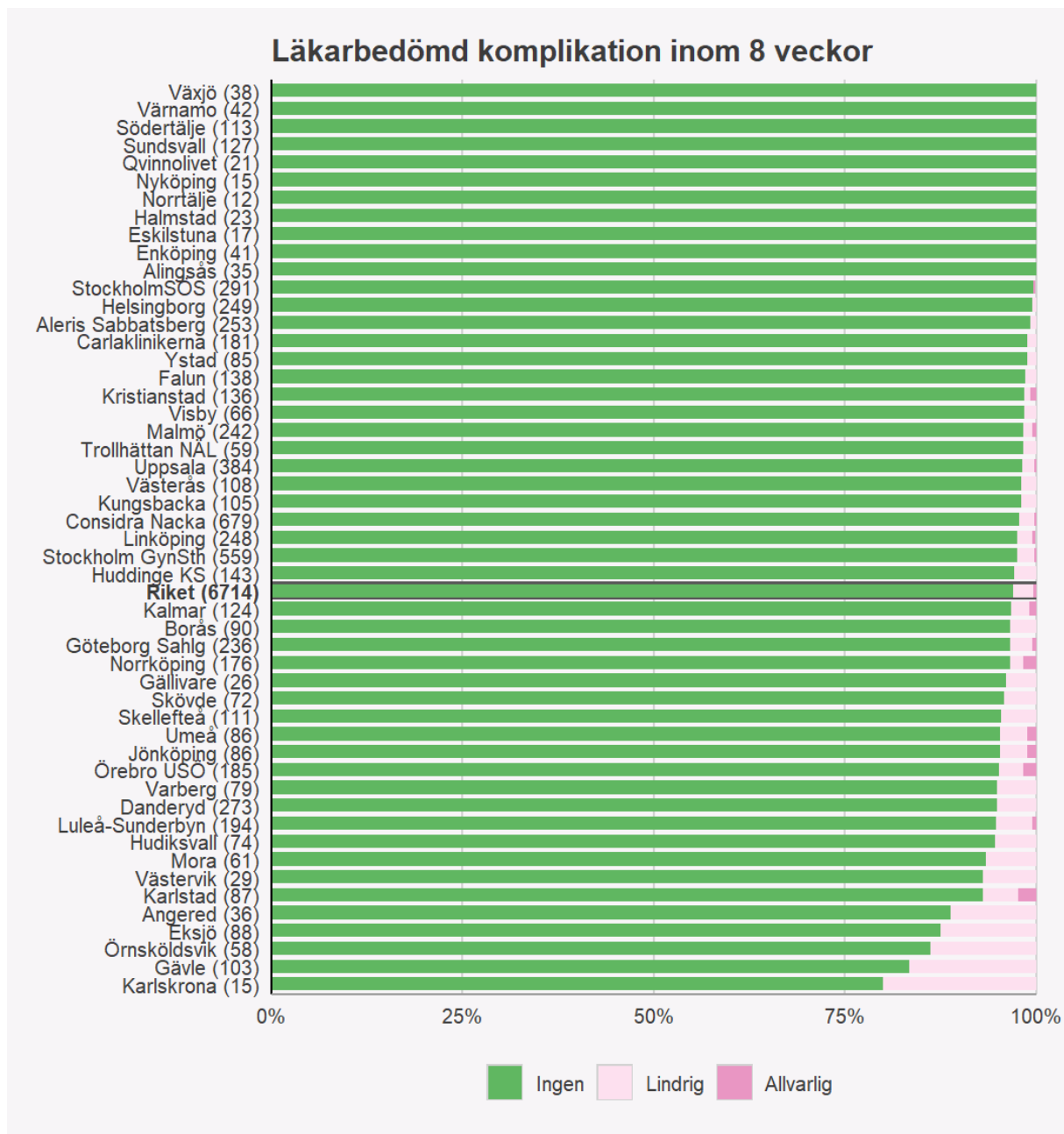
Förekomsten av peroperativa komplikationer beskrivs i tabellen nedan.

Tabell 11 Peroperativa komplikationer

Peroperativ komplikation	Antal	Andel
Trubbig perforation	82	0.82%
Annan komplikation	35	0.35%
Skärande perforation	9	0.09%
Blödning	1	0.01%

Av de registrerade patienterna hade 1.3% någon typ av peroperativ komplikation. Av dessa hade 0% mer än en peroperativ komplikation registrerad.

Trubbig perforation är vanligaste peroperativa komplikation som oftast orsakas vid dilatation med hegarstift eller möjligen av införande av hysteroskopet.



Figur 28. Läkarbedömd komplikation inom 8 veckor.

Vilka är de allvarliga komplikationerna?

Tabell 12 Allvarliga komplikationer

Komplikation 1	Komplikation 2	n
Allvarlig penetrerande skada på tunntarm	-	1
Allvarlig uterusperforation	-	1
Allvarlig postoperativ vaginalblödning	Allvarlig ej specificerad blödning i bukvägg	1
Allvarlig hematom i bukvägg/mjukdelar	-	1
Allvarlig postoperativ feber	Allvarlig postoperativ infektion i bukhålan	1
	Allvarlig peritonit	1
	Allvarlig annan ej specificerad infektion	1
	-	1
Allvarlig postoperativ sepsis	-	1
Allvarlig annan ej specificerad feber/sepsis	-	2
Allvarlig postoperativ nedre UVI	-	2
Allvarlig ej specificerad intraabdominell infektion	-	1
Allvarlig postoperativ infektion i bukhålan	-	1
Allvarlig postoperativ abscess i bukhålan	-	1
Allvarlig onormal postoperativ smärta	-	1
Allvarlig postoperativ paralytisk ileus	-	1
Allvarlig postoperativ lungemboli	-	1
Allvarlig hjärninfarkt	-	1

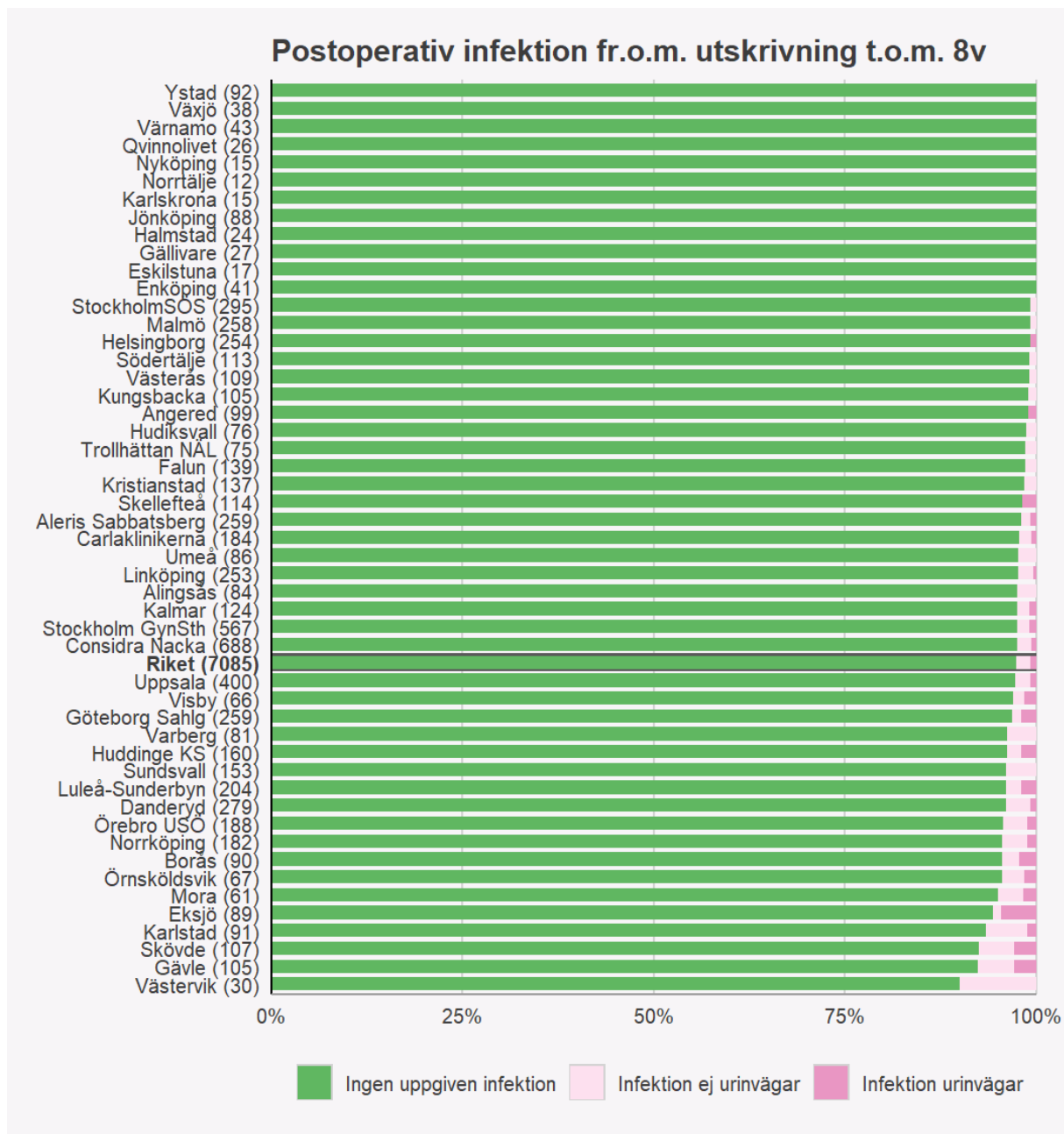
Av 10 033 operationer år 2023 har 20 stycken allvarliga komplikationer registrerats. Allvarligast kopplat till själva ingreppet är penetrerande skada på tunntarm. Komplikationer som uppstått i efterförloppet är fler, med olika infektioner, allvarligast sepsis men också allvarlig komplikation med lungemboli och med hjärninfarkt.

Clavien-Dindo

Tabell 13 Komplikationskonsekvens Clavien-Dindo bedömning 8 veckor. Andel i population innebär andel med Clavien-Dindo inklusive de utan bedömd komplikation.

Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop.
Grad 1	101	200	50.5%	1.4%
Grad 2	85	200	42.5%	1.2%
Grad 3a	3	200	1.5%	0.0%
Grad 3b	4	200	2.0%	0.1%
Uppgift saknas	7	200	3.5%	97.3%

Clavien-Dindo är mått på allvarliga postoperativa komplikationer i en femgradig skala, grad 5 innebär död. För intrauterin kirurgi är grad 1 och 2 vanligast, ingen grad 4 eller grad 5 är registrerad.

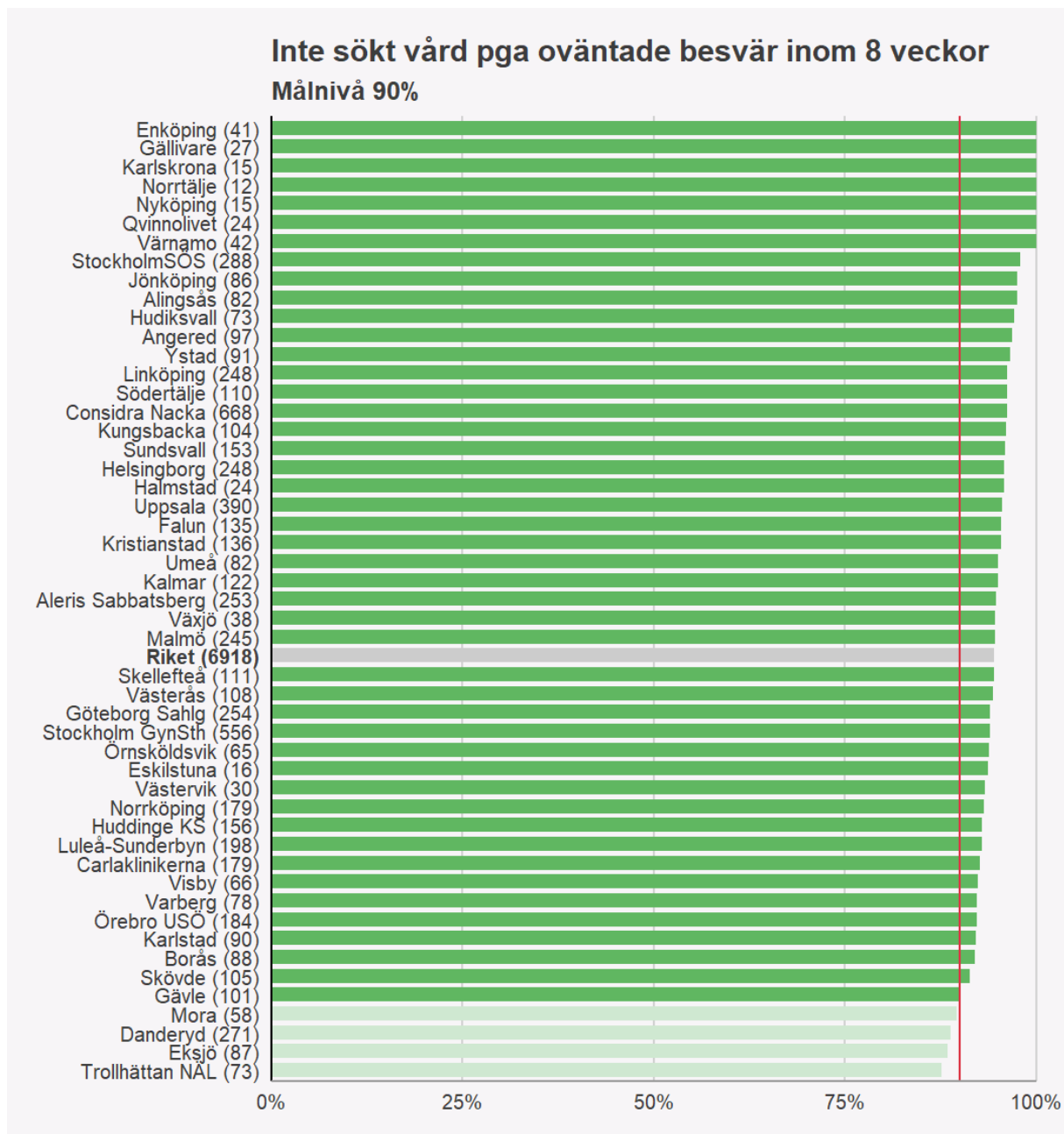


Figur 29. Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor efter operation.

Det är fortsatt en låg nivå av postoperativa infektioner efter intrauterin kirurgi. Det finns ingen indikation att införa allmän antibiotikaprofylax, vaginaltvätt och överdriven drapering heller.

För vissa ingrepp och vissa individer, till exempel immunosupprimerade, är antibiotikaprofylax relevant och då ges engångsdos av samma antibiotikaval kliniken har för till exempel hysterektomi.

Typ av ingrepp där det kan vara relevant kan vara exstirpation av graviditetsrester där patienten uppvisar infektionstecken till följd av diagnosen.

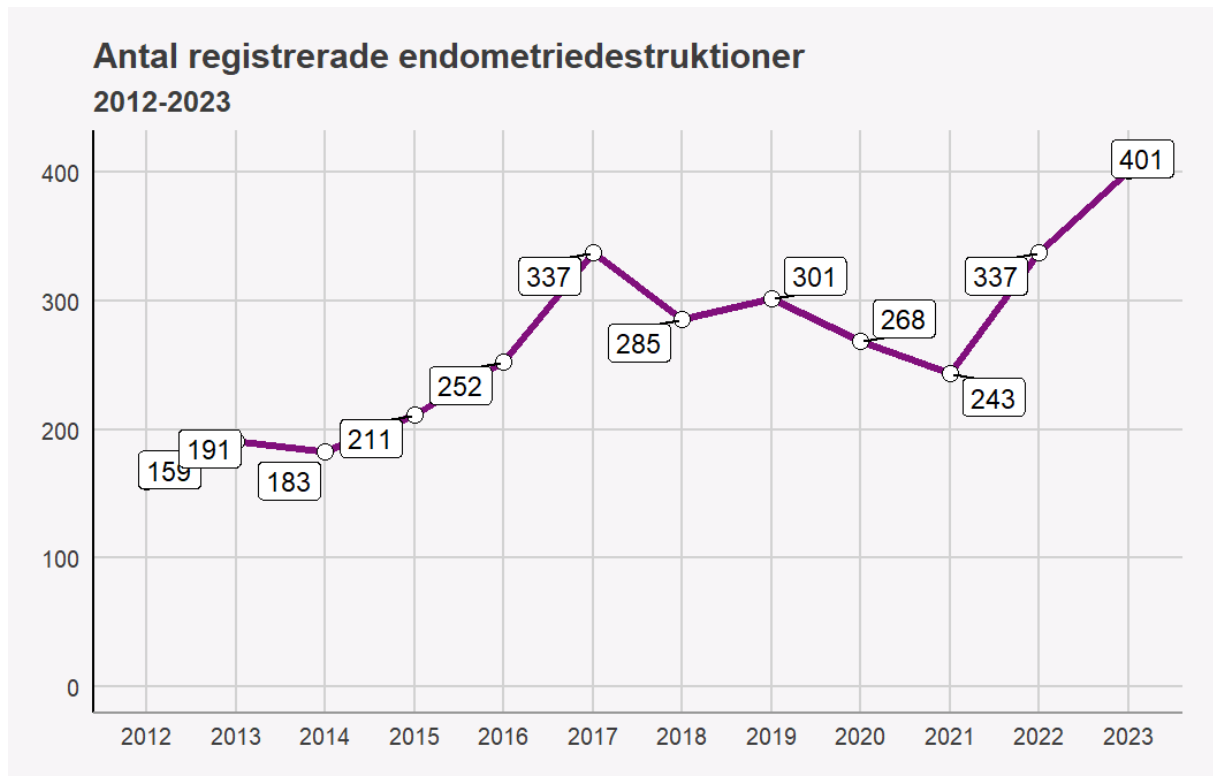


Figur 30. Inte sökt vård pga. oväntade besvär inom 8 veckor

Alla delregister har en eller flera kvalitetsindikatorer och för intrauterin kirurgi är det samma som tidigare, inte patienten inte har behövt söka vård för oförväntade besvär inom 8 veckor efter operationen.

Endometriedestruktion

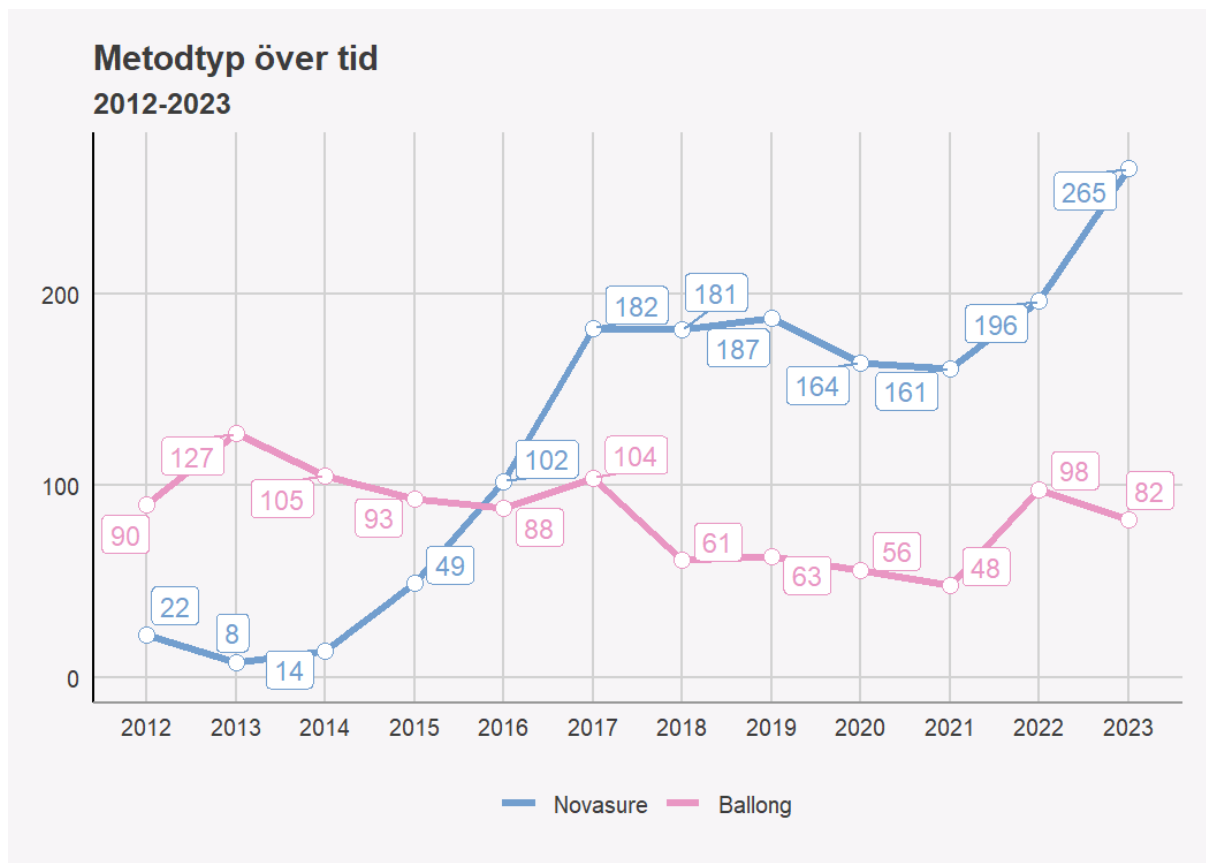
Antal utförda operationer



Figur 31. Antal registrerade endometriedestruktioner.

Endometriedestruktion som behandling av rikliga menstruationer ökar i antal. Fler kliniker gör det som mottagningsoperation. Vi har inga tydliga siffror ännu om det utförs som mottagningsoperation eller ej, men kommer kunna se det tydligt så småningom i Nya Gynop.

Eftersom innervation av uterus är komplex, så räcker inte PCB helt och hållet för god smärtlindring, men komplement till PCB med intrauterin fundusblockad med lokalanestetika är ypperlig. Likaså finns möjlighet till sedering som komplement på många mottagningar. Det har även införts patientstyrd sedering där patienten själv reglerar tillförsel av läkemedel, oftast används Propofol. Patienten kan bli avslappnad eller somna till och kan lätt fylla på via en doseringsknapp i handen. Pumpen styr begränsat antal doser så att andningsdepression inte uppstår. Denna metod kräver viss övervakning med bland annat mätning av syremättnad i blodet.

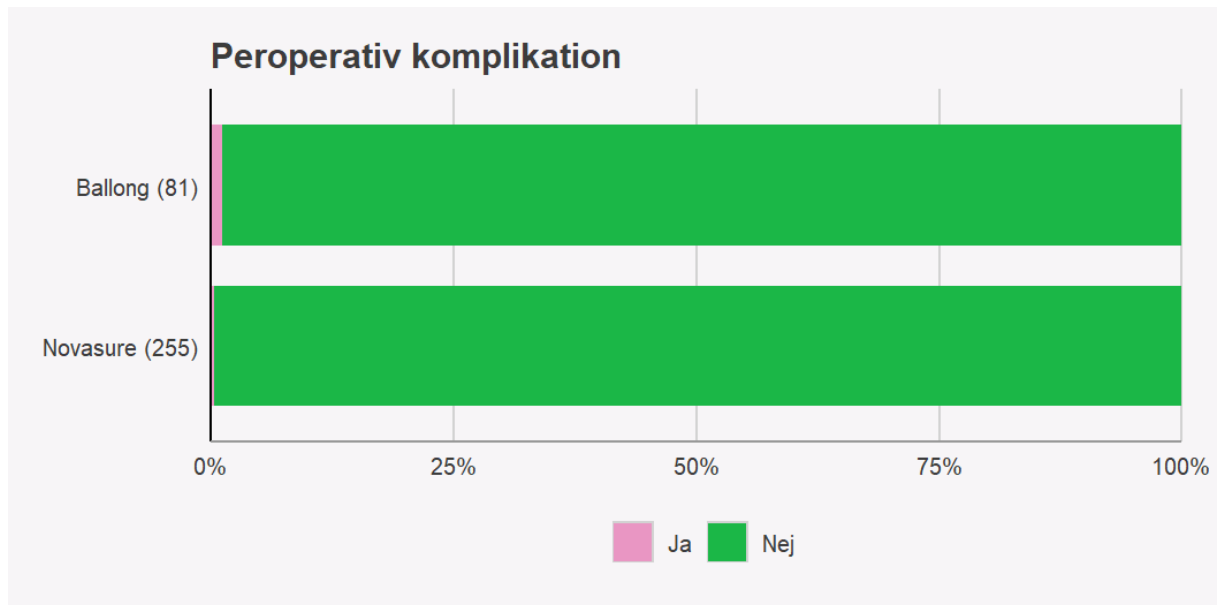


Figur 32. Metodtyp över tid.

Det har inte kommit någon ny metod till Sverige för endometriestruktion än, det är ballongmetod eller bipolär diatermi via instrument med nät (Novasure) som är används fortsatt.

Vid granskning av statistiker på metodval vid endometriestruktion så blir det tydligt att det är svårt att registrera. Det är en mängd olika metoder angivna under fritext. De metoder som vi har är Ballong (Thermablate och Lina Librata) och Novasure, men Novasure finns inte som val, så det går inte nog att trycka på hur viktigt det är att vi får ut Nya GynOp så vi kan få med allt som saknas idag och som förvirrar.

Komplikationer

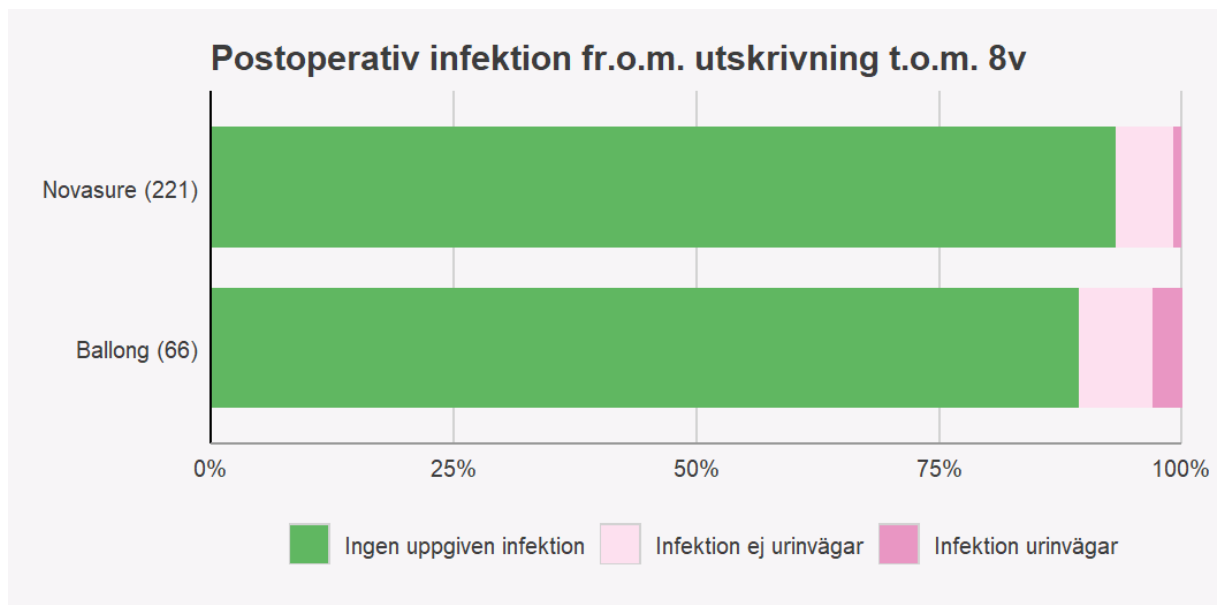


Figur 33. Peroperativ komplikation vid endometriedestruktion.

Tabell 14 Peroperativ komplikation

Metodtyp	Peroperativ komplikation	Antal	Total	Andel
Novasure	Ja	1	255	0.4%
	Nej	254	255	99.6%
Ballong	Ja	1	81	1.2%
	Nej	80	81	98.8%

Infektion



Figur 34. Postoperativ infektion fr.o.m. udskrivning t.o.m. 8 veckor vid endometriedestruktion.

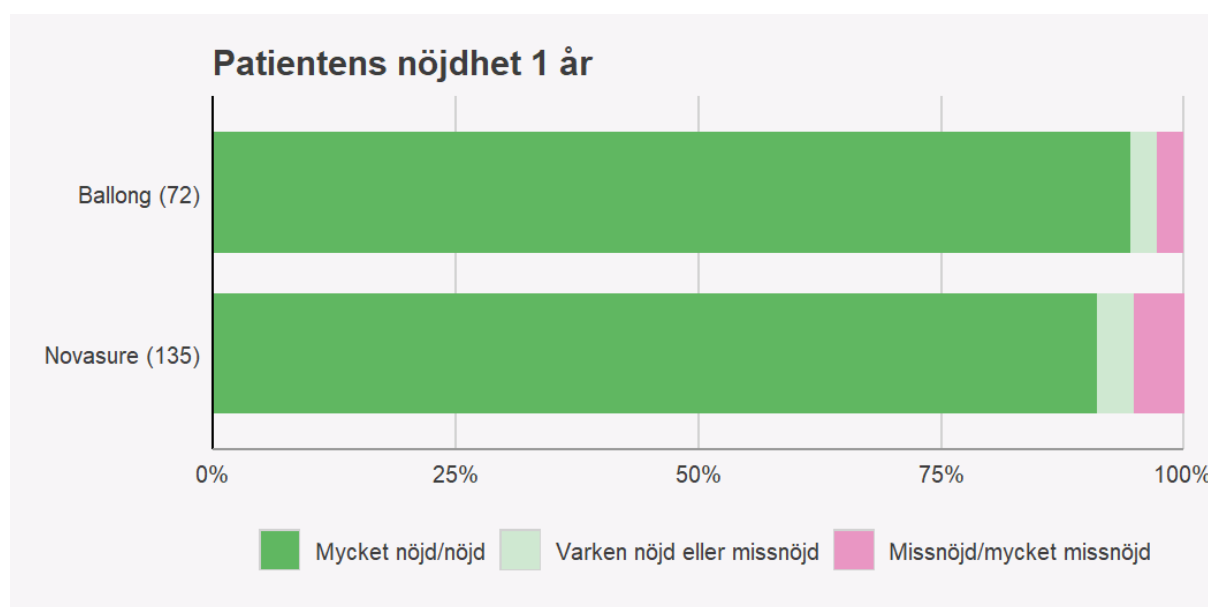
Tabell 15 Postoperativ infektion fr.o.m. utskrivning t.o.m. 8 veckor efter operation.

Metodtyp	Infektion	Antal	Total	Andel
Novasure	Ingen uppgiven infektion	206	221	93.2%
	Infektion ej urinvägar	13	221	5.9%
	Infektion urinvägar	2	221	0.9%
Ballong	Ingen uppgiven infektion	59	66	89.4%
	Infektion ej urinvägar	5	66	7.6%
	Infektion urinvägar	2	66	3.0%

Andel infektioner efter endometriedestruktion är lägre år 2023 jämfört med år 2022. Antibiotikaprofylax fortsatt inte indicerat vid dessa ingrepp heller, annat än om specialsituation, som till exempel en immunsupprimerad patient.

Nöjdhet efter 1 år

Patienter opererade under 2022.



Figur 35. Patientens nöjdhet 1 år efter endometriedestruktion, avser patienter opererade år 2022.

Tabell 16 Patientens nöjdhet 1 år

Metodtyp	Nöjdhet	Antal	Total	Andel
Novasure	Mycket nöjd/nöjd	123	135	91.1%
	Varken nöjd eller missnöjd	5	135	3.7%
	Missnöjd/mycket missnöjd	7	135	5.2%
Ballong	Mycket nöjd/nöjd	68	72	94.4%
	Varken nöjd eller missnöjd	2	72	2.8%
	Missnöjd/mycket missnöjd	2	72	2.8%

Dessa siffror är uppmuntrande! Andelen nöjda patienter efter endometriedestruktion har ökat från 86,2% respektive 80% år 2022, till 2023 91,1% och 94,4%! Positivt avslut!

Sammanfattning

Det är så spännande med det ökande antalet intrauterina operationer! Det ger en förhoppning om att täckningsgraden är fortsatt på väg uppåt och att fler registrerar även de mindre ingreppen.

Med det arbete vi utför för att införa Nya GynOp så kommer det bli så mycket bättre, åtminstone är det det som är tanken med allt vi arbetar igenom i formulären, så vi hoppas att det stämmer.

Det är många faktorer som har försenat införandet, vi har sagt nu ett par år att snart kommer det nya, så det är inget vi nu säger om när det blir aktuellt i tid, men vi är nära!

Det som kommer ske när det är dags, är att nuvarande formulär för intrauterin kirurgi kommer stängas för nyregistrering under en kort period (ett fåtal dagar). De som har registrerats men ej opererats än, kommer flyttas över till Nya GynOp.

Det kommer under ett par års tid finnas TVÅ GynOp, Nya och Gamla och detta kommer gälla för alla delregister, tills alla delregister är inne i Nya och sista 1-års enkäten från Gamla inkommit.

Det är ett bra tips att varje gång du ska registrera en operation, titta ordentligt på GynOps hemsida www.gynop.se om det står ny information där, vi kommer vara ute tidigt med information när datum för lansering av Nya GynOp finns, där ju intrauterin kirurgi får äran av att stå för premiären!

Vill du fråga något, vill du veta någon detalj mer om det nya så får du gärna höra av dig! Jag tar gärna emot synpunkter, frågor, tips, klagomål (så de kan redas ut) från er som är användare.

Anneli Jördens
anneli.jordens@erstadiakoni.se

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Ablation/destruktion	Inom gynekologin avses en värmebehandling för att ta bort livmoderslemhinnan.
ADL	Aktiviteter i dagliga livet, till exempel att laga mat och sköta egen hygien.
Anestesi	Bedövning.
Antibiotikaproylax	Förbehandling med antibiotika för att minska risken för en infektion, till exempel i samband en operation.
ASA-klass	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.
Atypi	Avvikelse från det normala
Biopsi	Vävnadsprov
Bäckenbottenkirurgi	Operation av framfall eller förlösningsskador
Dagkirurgi	Med dagkirurgi menas att patienten går hem samma dag som operationen har utförts.
Dilatation	Utvidgning
Endometrium, endometrie-	Livmoderslemhinna
Hegarstift	Ett metallstift som används vid gynekologiska undersökningar för att vidga en trång öppning, till exempel livmoderhalsen.
Hysteroskopi	Undersökning av livmoderhålan med hjälp av ett instrument som kallas hysteroskop. Instrumentet ser ut ungefär som ett rör och förs in i livmodern via livmoderhalsen.
Immunsupprimerad	Immunförsvaret är bristfälligt pga. immundefektsjukdom eller annan sjukdom, eller pga. medicinering med läkemedel som hämmar eller hindrar immunförsvarets aktivitet eller pga. strålbehandling.
Indikation	Orsak till behandling eller operation
Intrauterin	Inuti livmodern
Malignitet	Cancer
Morcellator/shaver	Instrument som används för att dela och ta bort vävnad vid tithålskirurgi.

Uppslagsord	Förklaring
Myom	Muskelknuta på livmoderns in- eller utsida.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos, den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
PCB	Paracervikalblockad, lokalbedövning i livmoderhalsen
Per- eller peri	Under/i samband med till exempel peroperativt = något som görs eller sker under operationen.
Perforation	Genomträngning, punktering
Polyp	Utväxt, oftast från en slemhinna, som i regel är godartad
Polypektomi	Borttagande av onormal vävnadstillväxt från slemhinnan.
Post-	Efter. Till exempel postoperativ = något som görs eller händer efter operation. Postmenopausal = efter att menstruationerna har upphört (på grund av ålder).
Profylaktisk/profylax	Förebyggande
Sedering	Lugnande eller starkt smärtstillande läkemedel, som oftast ges intravenöst i samband med operation.
Sepsis	Blodförgiftning
Septum	Mellinvägg
Spinalanestesi	En typ av ryggbedövning.
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till gynekologisk specialist.
Täckningsgrad	<p>Täckningsgraden beräknas som antalet registrerade operationer i GynOp dividerat med det totala antalet registrerade operationer som återfinns i GynOp eller Patientregistret hos Socialstyrelsen. Täckningsgraden beräknas som en procentandel enligt formeln:</p> <p style="text-align: center;"><u>Matchar + Endast GynOp</u></p> <p>Matchar + Endast GynOp + Endast patientregistret</p>