

Adnexkirurgi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2024

Författare:

Mathias Pålsson

Registeransvarig för delregistret för adnexkirurgi på
benign indikation

Överläkare, Carlakliniken, Göteborg

Figurer och dataanalys:

Statistiker, Registercentrum Norr, Umeå

Redaktör:

Birgitta Renström, nationell koordinator, GynOp, Umeå

Publicerad 2025-04-25



THE SWEDISH NATIONAL QUALITY REGISTER
OF GYNECOLOGICAL SURGERY

Innehåll

Inledning	1
Sjukskrivning/sjukfrånvaro efter adnexoperation	2
Utförda operationer	8
Akuta adnexoperationer	10
Hur mycket opererar ST-läkare?	13
Validitet, datakvalitet	15
Gott och blandat	20
Sammanfattning	25
Ordlista.....	26

Inledning

Delregistret Adnex årsrapport innehåller utfall efter operationer på äggstockar och äggledare gjorda under år 2024.

Figurer avseende operationsrelaterade variabler och patienters enkätsvar efter 8 veckor baseras på operationer gjorda under år 2024. I de utfall som visar data från 1-årsenkäten har operationer gjorda under år 2023 använts.

Till Adnexregistret hör adnexoperationer utförda på grund av förväntat godartade tillstånd utan samtidig hysterektomi. Dessutom är operationer gjorda inom ramen för NHV Endometrios exkluderade. Dessa operationer presenteras i en separat rapport.

Årets tema är sjukskrivning. När idén till temat föreslogs i GynOps styrgrupp tänkte jag att det blir inte särskilt intressant för Adnexregistret eftersom de flesta inte är sjukskrivna mer än en vecka, som patienterna dessutom ombesörjer själva. Tänkte jag. Det visade sig stämma tämligen väl, men den faktiska sjukfrånvaron är allt något längre. För adnexrelaterade operationer finns inga officiella riktlinjer för lagom sjukskrivningslängd som det gör för till exempel hysterektomier. Men självklart blir en patient som opererats med öppen bukoperation i allmänhet sjukskriven längre än en som genomgått en laparoskopisk operation.

Adnexregistret lyckades att uppnå en täckningsgrad över 85% även under år 2023 (dessa siffror kommer efter samkörning med Socialstyrelsens patientregister med en ganska lång fördröjning). Det är dock fortfarande viktigt att prioritera arbetet att inkludera akuta adnexoperationer för att bibehålla en bra täckningsgrad. När ni ser sammanställningen på kliniknivå så kommer ni med tydlighet se att det finns mer att göra för flera kliniker.

Synpunkter och kommentarer är väldigt välkommet, likaså förslag på framtida delregisterövergripande teman inför kommande årsrapporter.

Vill återigen påminna om GynOps interaktiva statistiksida:

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

Där går det att se färskas siffror på bland annat kliniknivå (uppdateras månadsvis) för flertalet variabler. Vilka andra variabler vill ni ha möjlighet att följa? Kom med önskemål!

Mathias Pålsson för delregister Adnex

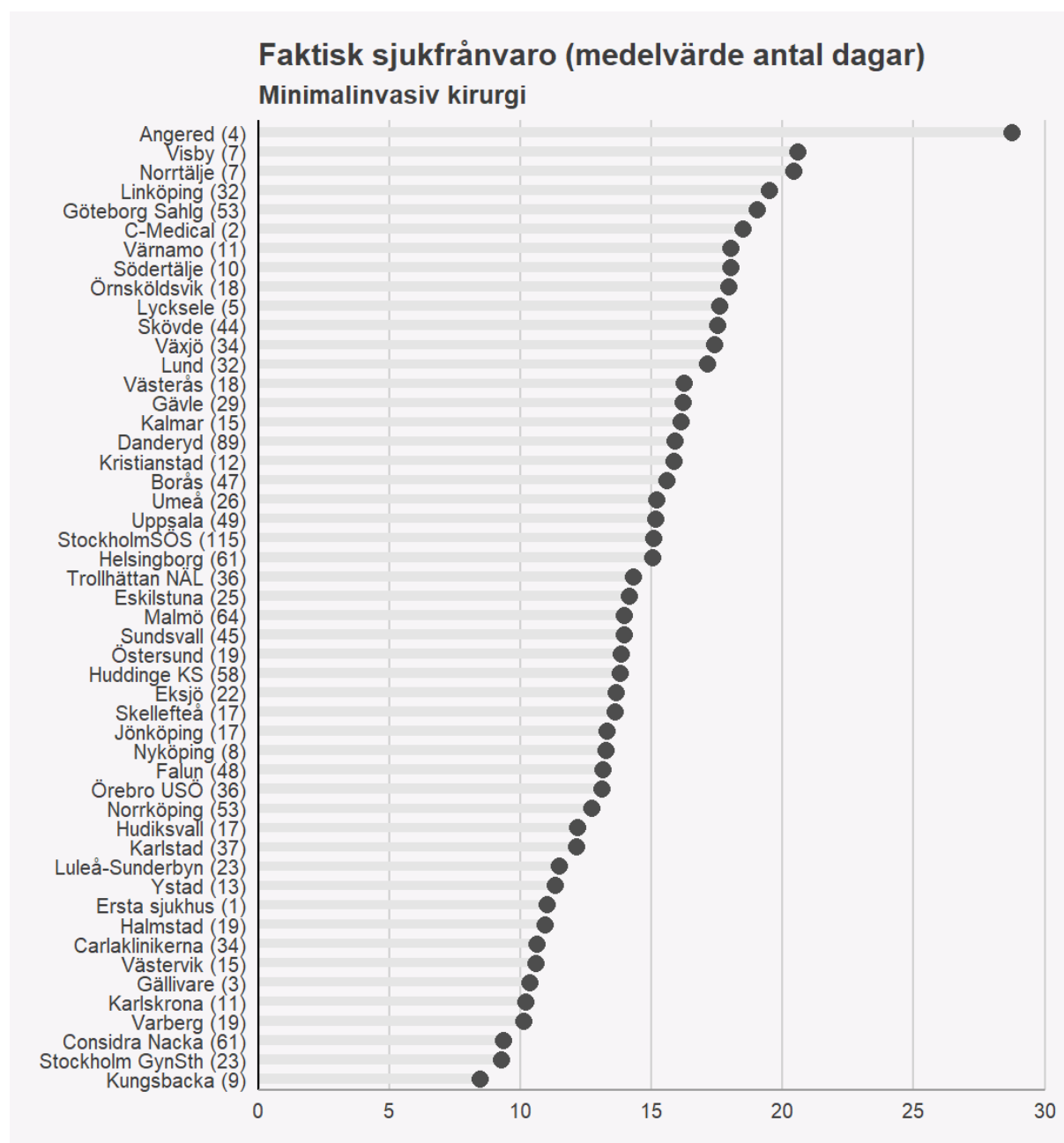
Mejladress: Mathias@carlakliniken.se

Sjukskrivning/sjukfrånvaro efter adnexoperation

I Hysterektomirapporten har det under flera år rapporterats data på hur olika vi sjukskriver i Sverige, oavsett om patienten har opererats med minimalinvasiv kirurgi eller inte. För hysterektomier finns faktiskt riktlinjer för hur lång sjukskrivning som är lämplig, ändå är skillnaderna påtagliga hur vi gör. När detta diskuterades i GynOps styrgrupp bestämde vi oss för att se om det även gäller andra operationer. Den stora bulken adnexkirurgi görs laparoskopisk. Sedan flera år är riksgenomsnittet 96% laparoskopi vid adnexkirurgi. Faktum är att det numer är väldigt få kliniker som inte når upp till målvärdet 90%. Det möjliggör kort sjukfrånvaro. En stor andel av adnexpatienterna är i arbetsför ålder. Medianåldern för adnexoperationer utförda under år 2024 är 37 år.

Tyvärr är bortfallet stort avseende sjukskrivningsdata varför dataunderlaget i figurerna är osäkert. Ha det i åtanke när ni tittar på figurerna. Det är också därför vi inte har exkluderat kliniker i figuren med färre än 10 patienter vilket vi normalt gör.

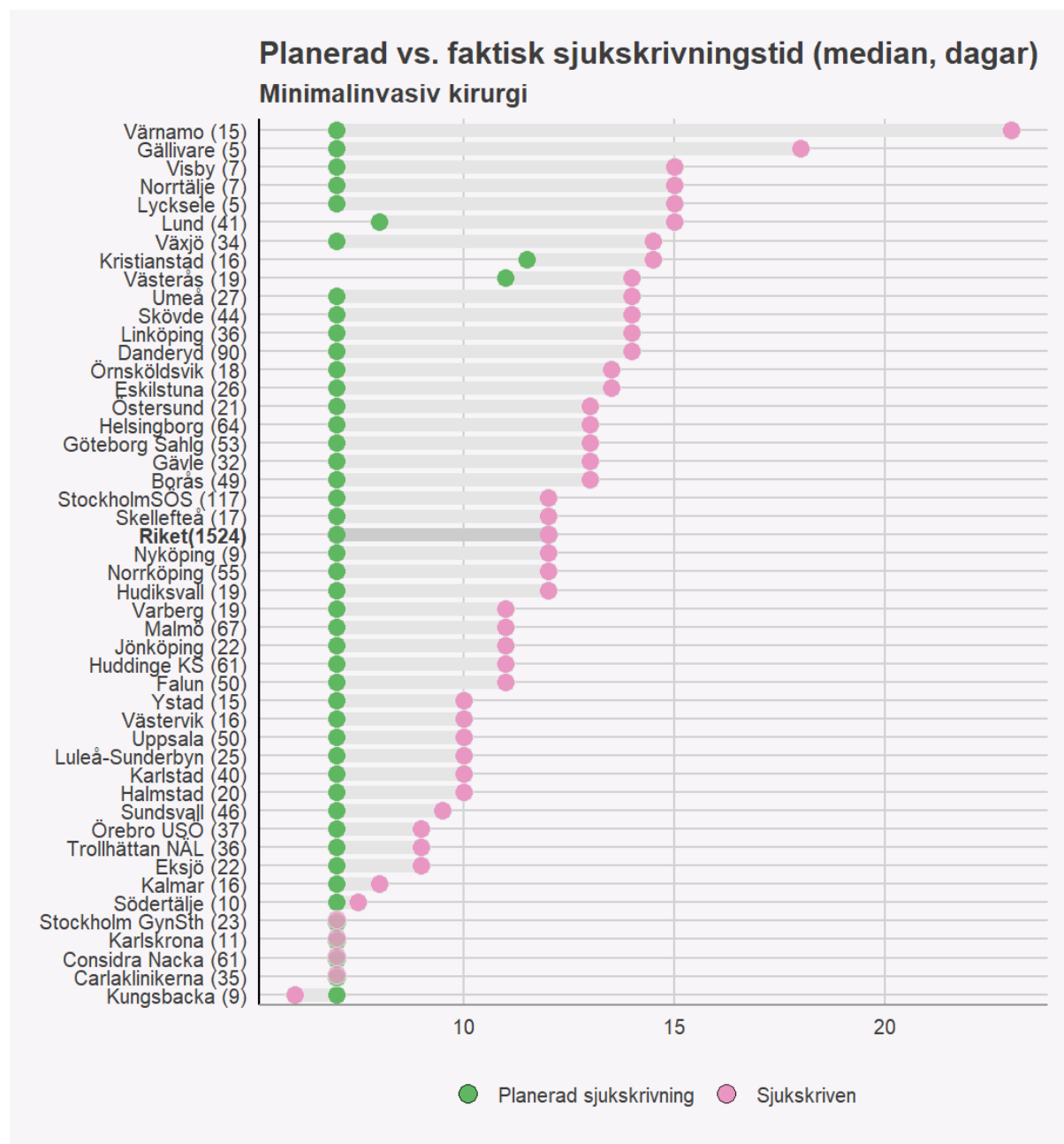
Första figuren visar utfallet av sjukfrånvaro fördelat på kliniknivå (medelvärde). Detta är alltså den tid som patienten faktiskt var hemma från arbete.



Figur 1. Patientrapporterad faktisk sjukfrånvaro efter adnexoperation.

Det är som förväntat väldigt små skillnader på kliniknivå hur lång sjukskrivning som planeras. För medianpatienten på nästan alla kliniker så förväntas patienten gå tillbaka till arbetet inom en vecka. Figur 2 ser lite lustig ut avseende planerad sjukskrivningslängd med 7 dagar för medianpatienten på nästan alla kliniker. Anledningen till detta är att det ofta sakna uppgift om planerad sjukskrivningslängd och vi har därför satt default till 7 kalenderdagar, som är den tid patienten kan sjukskriva sig själv utan intyg. Själv har jag uppfattningen att jag aldrig skriver sjukintyg vid adnexoperationer och aldrig har gjort, men när jag tvingats reflektera över det så inser jag att jag emellanåt får utfärda ett intyg i efterhand eftersom alla patienter inte känner sig helt arbetsföra efter en vecka.

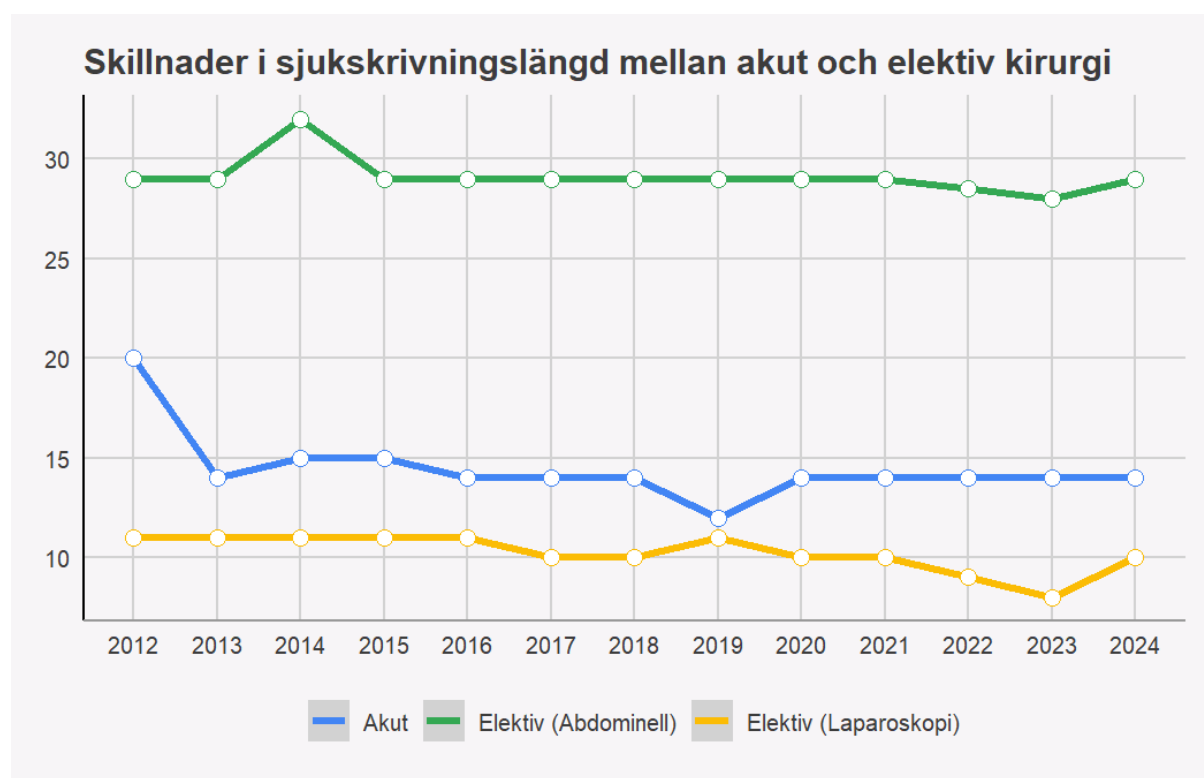
Det finns dock betydande skillnader i hur lång den faktiska sjukfrånvaron blev. Notera att det i figur 1 är medelvärden och i figur 2 medianvärden. Kungsbacka är den enda klinik där medianpatienten faktiskt är hemma kortare än den planerade tiden! På riksnivå är det för medianpatienten nästan en faktor 2 i vad som planerats (en vecka) mot vad det faktiskt blev (12 dagar).



Figur 2. Skillnad i planerad och faktiskt sjukfrånvaro på kliniknivå.

Hur kan vi då förstå skillnader mellan kliniker i figur 2? Föga förvånande har klinikerna med längst sjukfrånvaro också en högre andel öppen bukkirurgi vid sina adnexoperationer, 2 av 3 kliniker som har en planerad mediansjukskrivning över en vecka når inte målnivån 90% minimalinvasiv kirurgi. Som vi redan konstaterat är det helt rimligt att ha en längre sjukskrivning efter en öppen bukoperation jämfört

med en minimalinvasiv. Detta blir mycket tydligt i figur 3 som visar median sjukfrånvarostid beroende på operationssätt, men också om det varit en planerad eller akut operation. Nästan alla akuta adnexoperationer görs minimalinvasivt idag varför vi valt att inte visa akuta öppna operationer separat.

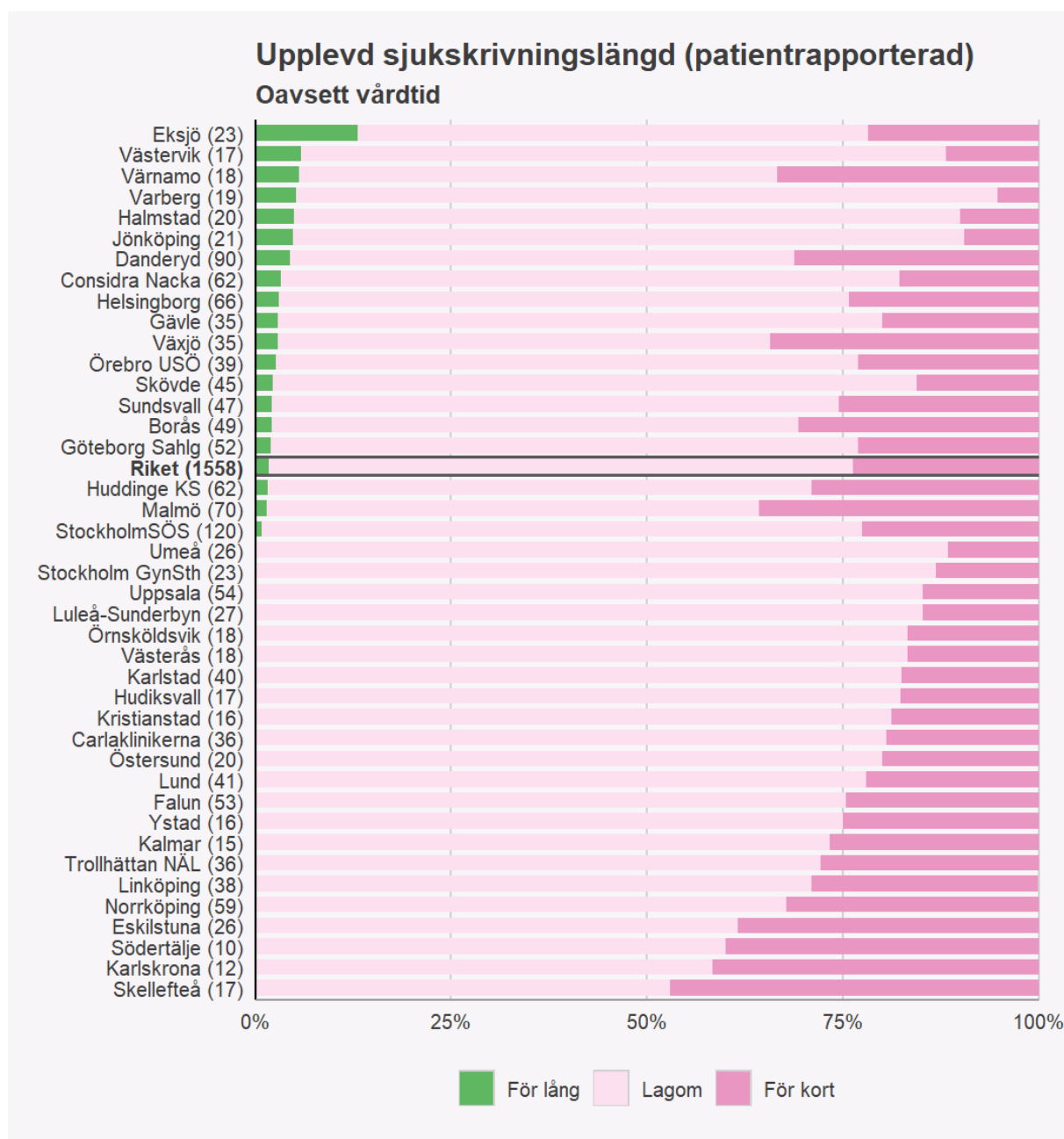


Figur 3. Skillnad i patientrapporterad sjukfrånvarostid beroende på operationssätt och om operationen utförts planerat eller akut (rikssiffror, median).

Det är en tydlig skillnad på cirka tre dagar mellan planerade minimalinvasiva och akuta adnexoperationer. Vi vet att en stor andel (56% 2024) av de akuta operationerna beror på utomkvedshavandeskap där det ibland kan uppstå betydande blodförluster. Det är alltså att förvänta att återhämtningen för den akuta patienten kan ta längre tid. Kom också ihåg att alla NHV Endometrios-patienter är exkluderade (vilket inte betyder att alla patienter opererade för misstänkt eller konstaterad endometrios är exkluderade).

Är våra patienter nöjda med hur länge de är borta från arbetet efter sin operation?

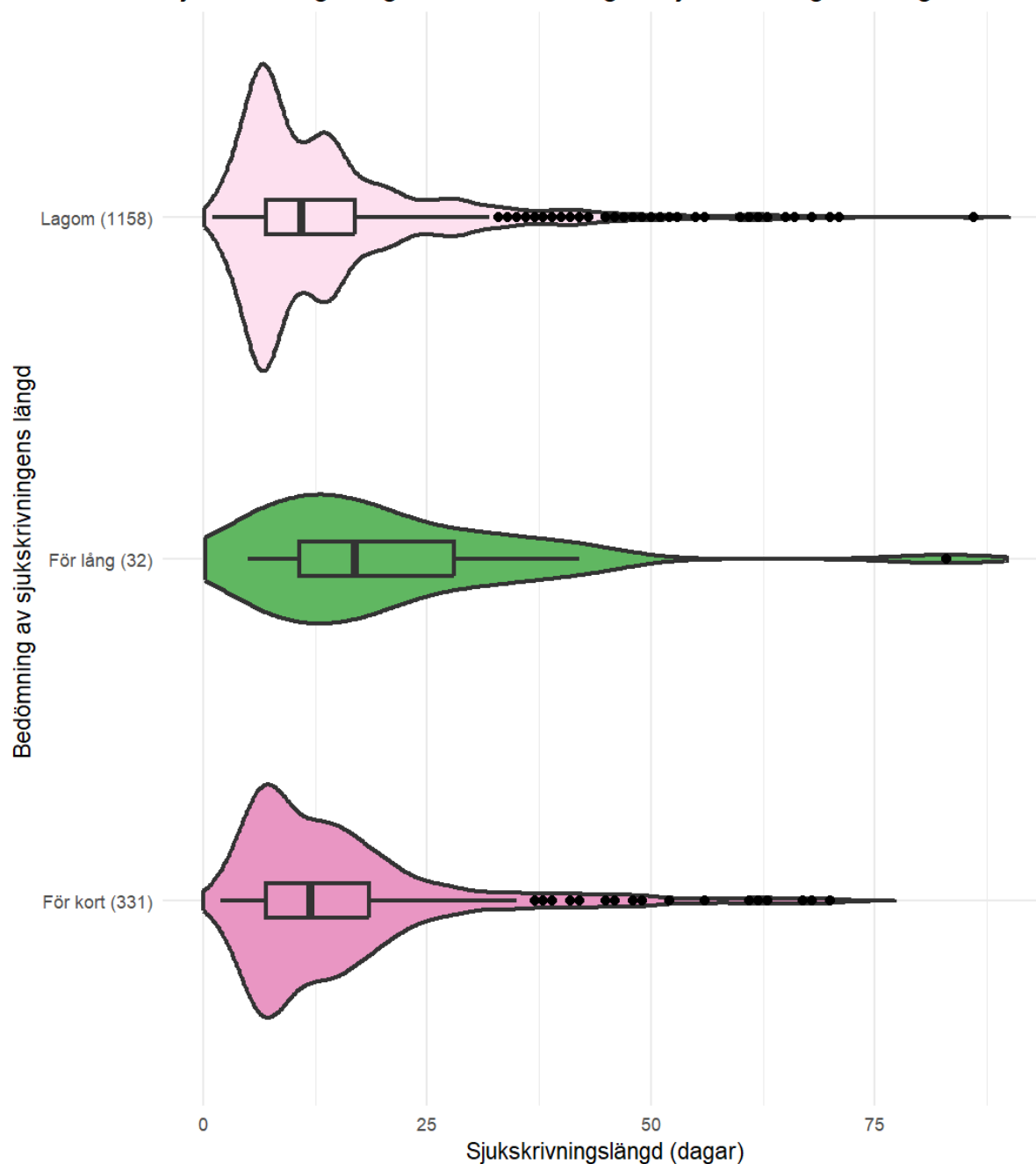
I figur 4 ser vi hur patienterna upplever sjukfrånvaringens längd. Den generella slutsatsen är att de är det. Det finns dock patienter som upplevde den för kort, och somliga faktiskt att den var för lång. En av fyra patienter på riksnivå tycker att de borde ha blivit sjukfrånvarna längre tid än de blev.



Figur 4. Patienternas upplevelse av sjukskrivningens längd.

Ett annat sätt att visualisera detta ses i figuren nedan. Figuren ska tolkas som att ju tjockare "blubben" är desto fler patienter är det. "Blubben" för de som tycker de hade lagom sjukskrivningslängd ser nästa exakt ut som "blubben" för dem som upplevde den för kort. Det förefaller alltså vara upplevelse på personnivå som påverkar än att det är skillnader i hur länge en får vara sjukskriven. "Blubben" som beskriver populationen som tyckte de var hemma för länge har sitt tjockaste omfång lite senare än lagom- och kort-populationen, vilket innebär att den populationen faktiskt var hemma lite längre än de andra.

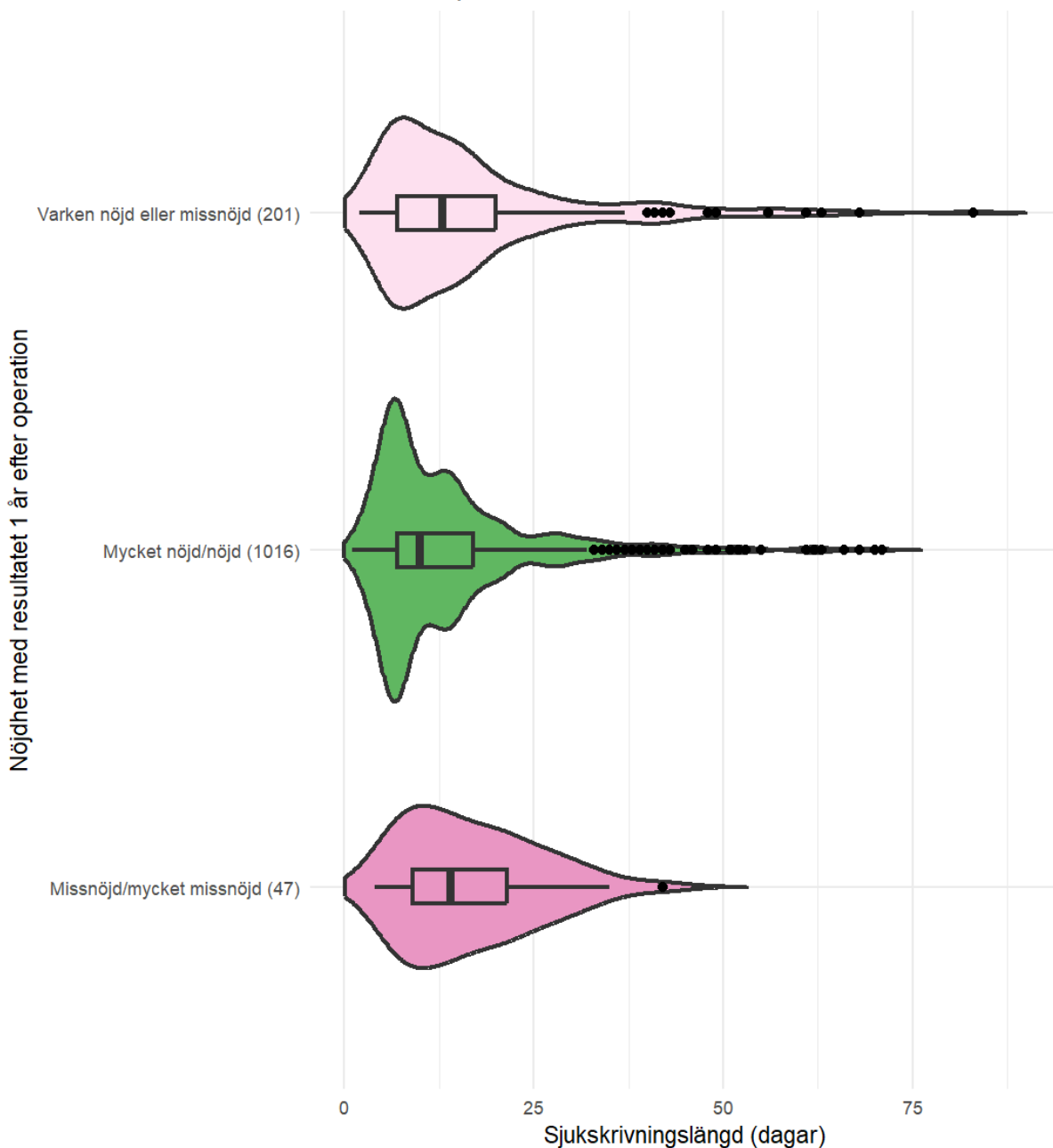
Sjukskrivningslängd och bedömning av sjukskrivningens längd



Figur 5. Sjukskrivningslängd och bedömning av sjukskrivningens längd. Tjockleken representerar antalet observationer inom varje kategori

Kan vi se någon korrelation mellan hur lång sjukskrivningen var och nöjdheten med resultatet av operationen? Nja, tydligt är det inte men kanske går det att ana att de som var mindre nöjda var sjukskrivna lite längre. En möjlig förklaring kan vara att om en komplikation uppstår så brukar sjukskrivningen bli längre och komplikationer kan ju påverka uppfattningen av hur nöjd patienten är med resultat.

Sjukskrivningslängd och nöjdhet med resultatet 1 år efter operation



Figur 6. Korrelation mellan sjukskrivningslängd och nöjdhet med resultatet ett år efter operationen.

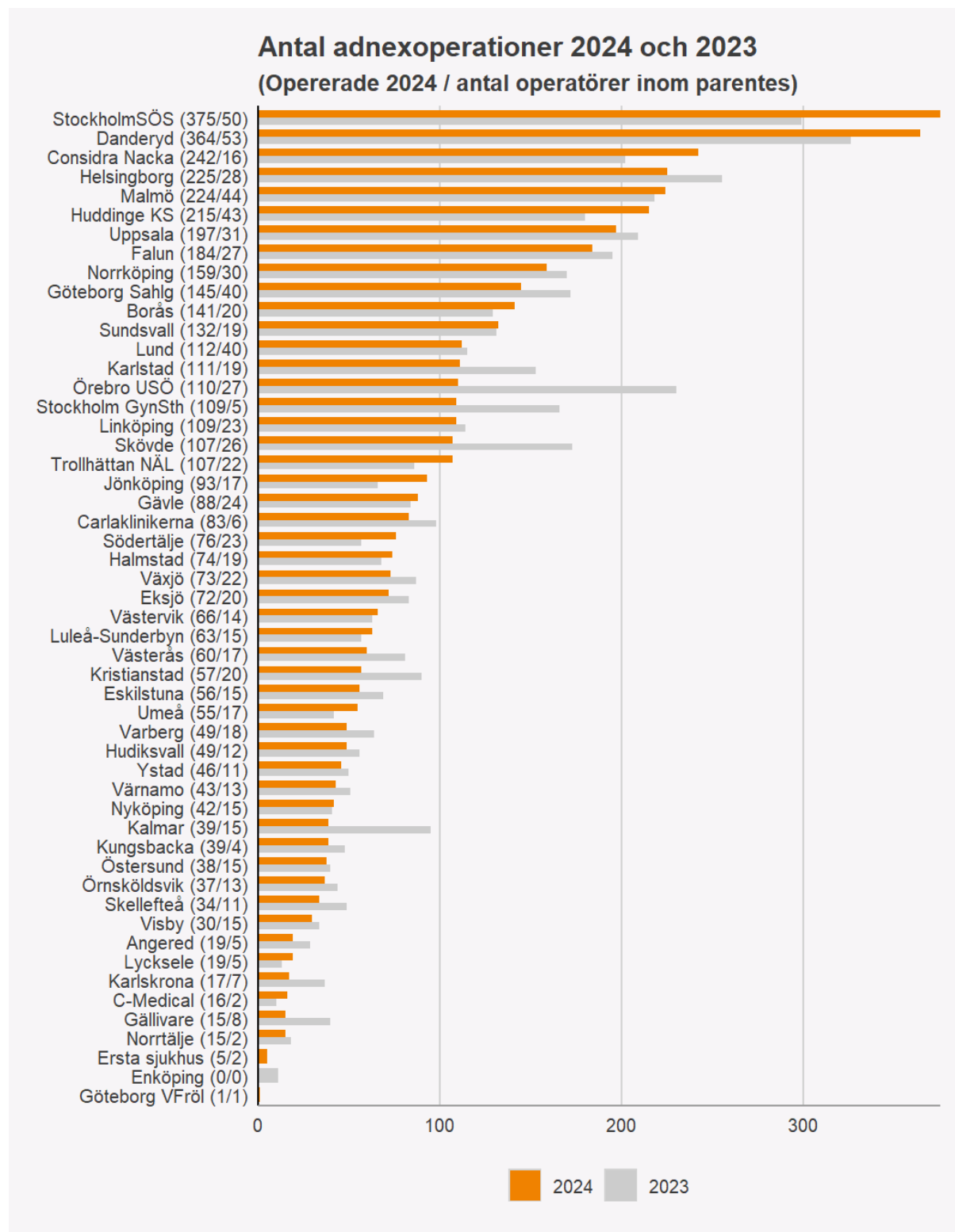
Sammanfattningsvis kan vi konstatera att det är nästan en trefaldig skillnad i hur länge en patient är hemma efter sin adnexoperation beroende på var operationen skett, oavsett om vi tittar på medel- eller medianvärden. Delar av skillnaderna kan förklaras av skillnader i fördelning mellan minimalinvasiv och öppen kirurgi på olika kliniker. Generellt så uppger patienterna dock att de tycker att de var sjukskrivna lagom länge.

Kommer detta få mig att ändra strategi? Jag har lärt mig att runt en av fem patienter på min klinik tycker att sjukskrivningen var för kort samtidigt som medelfrånvaron är 10 dagar. Kanske ska jag bespara mig framtida arbete genom att slentrianmässigt utfärda ett intyg på 10 dagar i samband med operationen, för att slippa göra det i efterhand. Eller kommer det göra att fler stannar hemma längre än vad de annars skulle ha gjort? Rimligen har det påverkan på patientens uppfattning av hur länge hon behöver vara hemma från jobbet. Jag kan för all del säga "du kan gå tillbaka till jobbet så snart du själv bedömer det möjligt, det brukar sällan ta mer än en vecka, men du får ett intyg på 10 dagar". Vad blir starkast signal? Mina ord eller min handling? Jag upplever kanske inte att någon vid utfärdande av postoperativt sjukintyg behöver bry sig särskilt mycket om kostnaden för samhället, men däremot är det en betydande kostnad att vara sjukskriven för den enskilda personen.

Det lutar åt att jag inte ändrar mitt beteende (satt långt inne eftersom vi i GynOp alltid hoppas att våra påvisade data och skillnader faktiskt ska få effekt i ändrade beteenden).

Utförda operationer

Det är något färre operationer som rapporteras för år 2024 jämfört med föregående år. En förklaring är att de som opererats inom ramen för NHV Endometrios har exkluderats. Rapporten baseras på 4 804 utförda operationer.

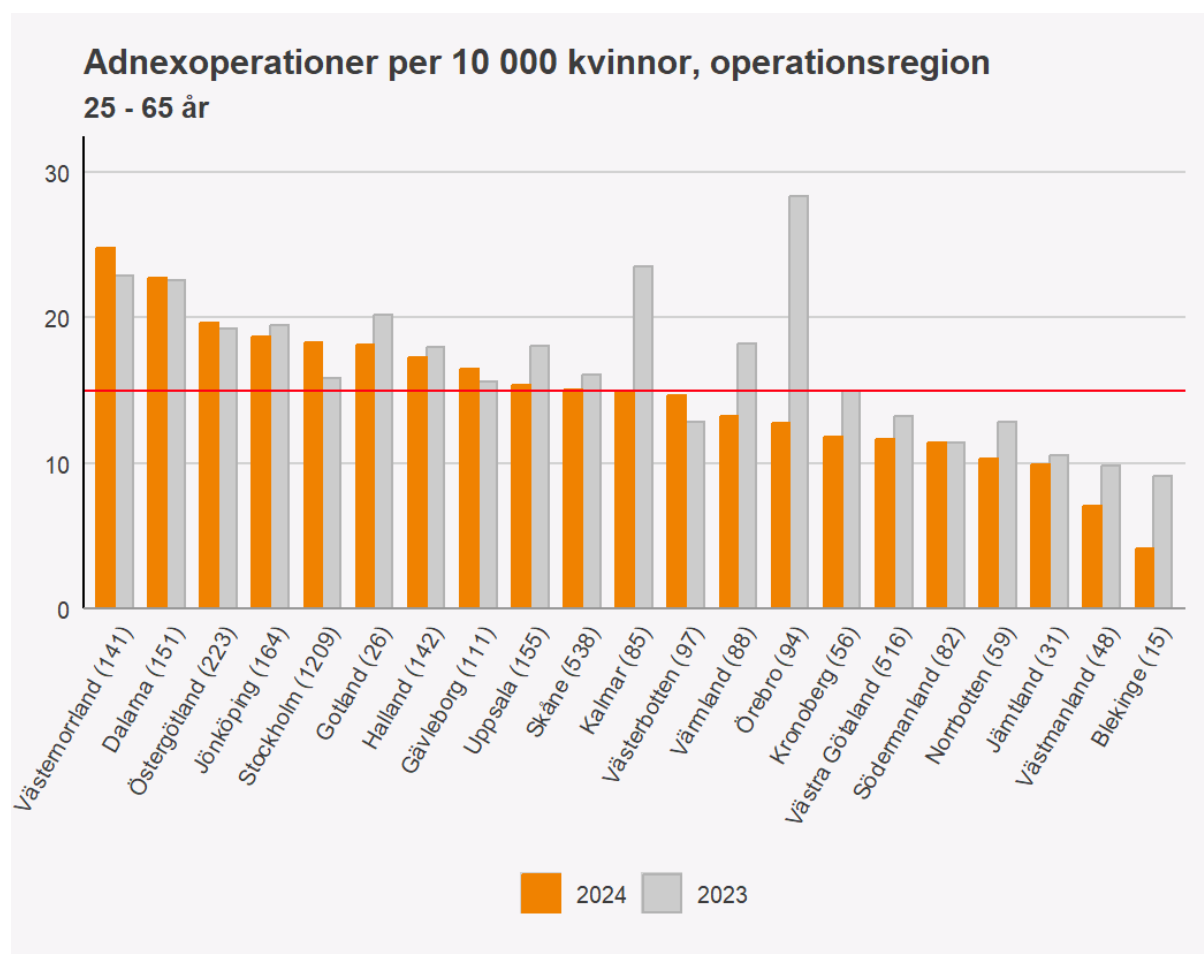


Figur 7. Antal adnexoperation för år 2023 och 2024 per klinik.

I figur 8 presenteras antal operationer per 10 000 kvinnor i åldersgruppen 25–65 år (10–90 percentilen). Befolkningsdata hämtas från SCB. Vid jämförelse av kartbilderna ses att för Västra Götaland och Sörmland så opereras det mellan 11–18/10 000 kvinnor men det verkar utföras en del operationer i andra regioner av kvinnor skrivna där eftersom utförda operationer ligger lägre (4–11/10 000). Tvärtom ser vi att Region Jönköping utför fler operationer (18–25/10 000) än vad populationen skrivna i Region Jönköping får utfört (11–18/10 000). Antal operationer per 10 000 kvinnor baseras på vad vi har registrerat så återigen spela bortfallet av akuta adnexoperationer roll när vi jämför dessa data.

En titt i Socialstyrelsens statistikdatabas (som vi får betrakta som ett slags facit) så finner vi att det varierar mellan 10,1–15,8 operationer på äggstockar per 10 000 kvinnor och mellan 3,3–8,7 operationer på äggledare per 10 000 kvinnor, uppdelat per region. Gör inga direkta jämförelser mellan GynOp och Socialstyrelsens register, det skiljer sig vilka som inkluderas.

Så även via Socialstyrelsens register är det betydande skillnader i operationsfrekvens. Vad är orsaken till detta? Skiljer sig populationerna åt? Skiljer sig indikationerna åt? Skiljer sig det tillgängliga operationsutrymmet åt?



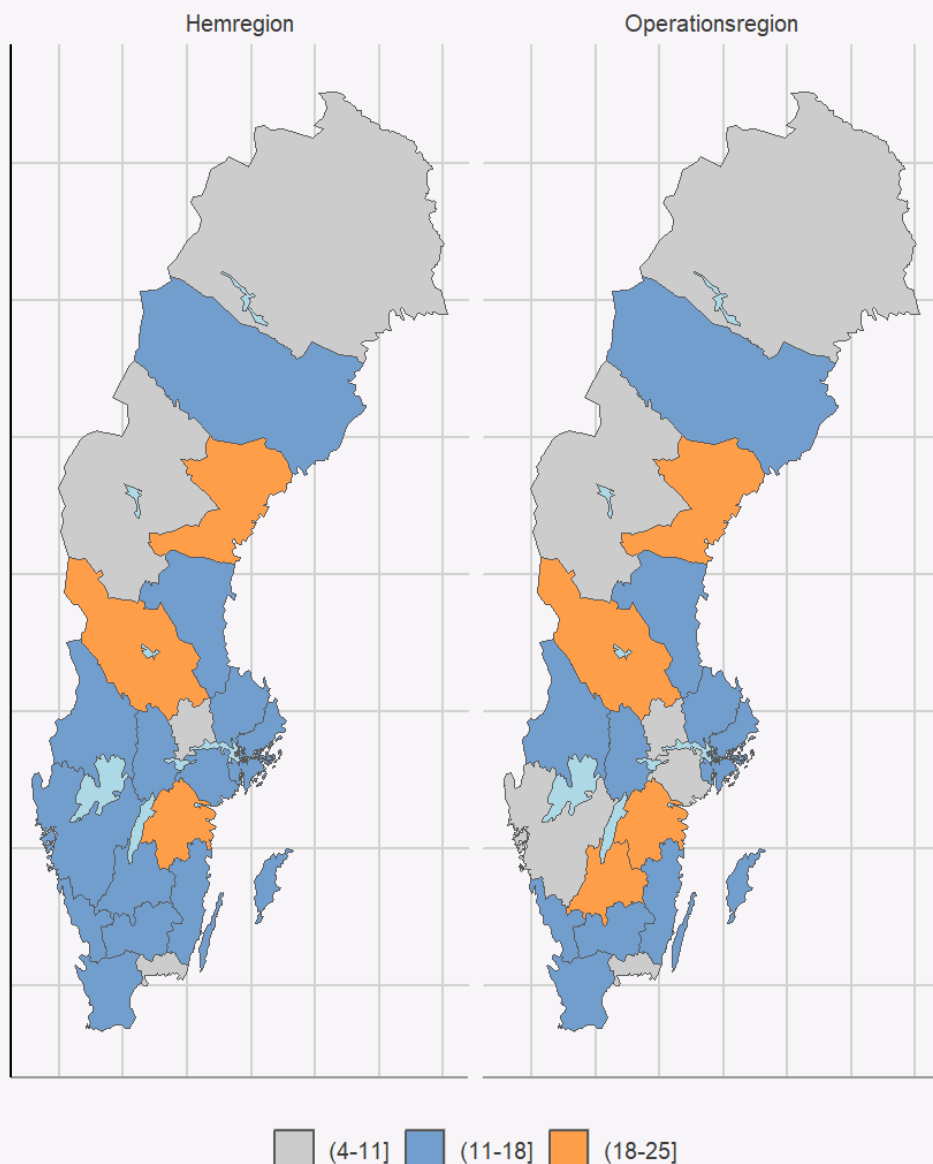
Figur 8. Antal adnexoperation per 10 000 kvinnor uppdelat på region operationen utförts i.

I figur 9 nedan visas en karta över Sverige som illustrerar patienternas förflyttning mellan regionerna vid adnexkirurgi på benign indikation.

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

Regioner som ändrar färg från **blått till grått** eller från **orange till blått/grått** i kartbilden nedan skickar i väg en del av sina patienter till andra regioner för operation. De som ändrar färg i omvänd ordning tar i stället emot patienter från andra regioner.

Adnexoperationer per 10 000 kvinnor (25-65 år), fördelat på hemregion och operationsregion



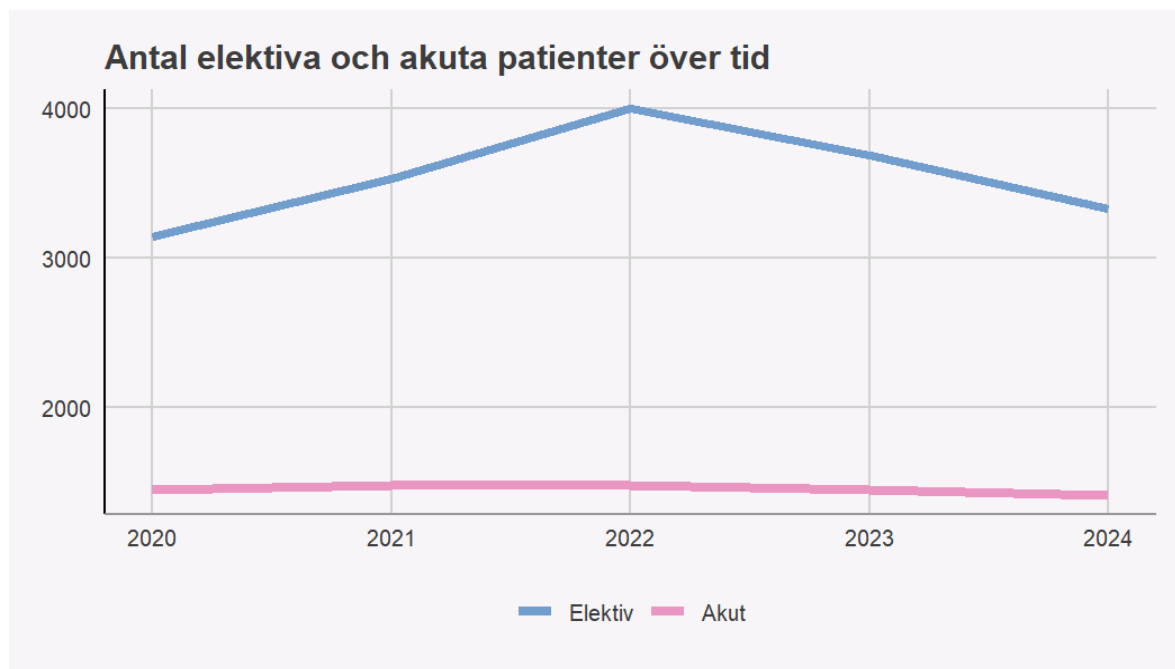
Figur 9. Antal adnexoperationer per 10 000 kvinnor fördelat på hemregion och operationsregion.

Akuta adnexoperationer

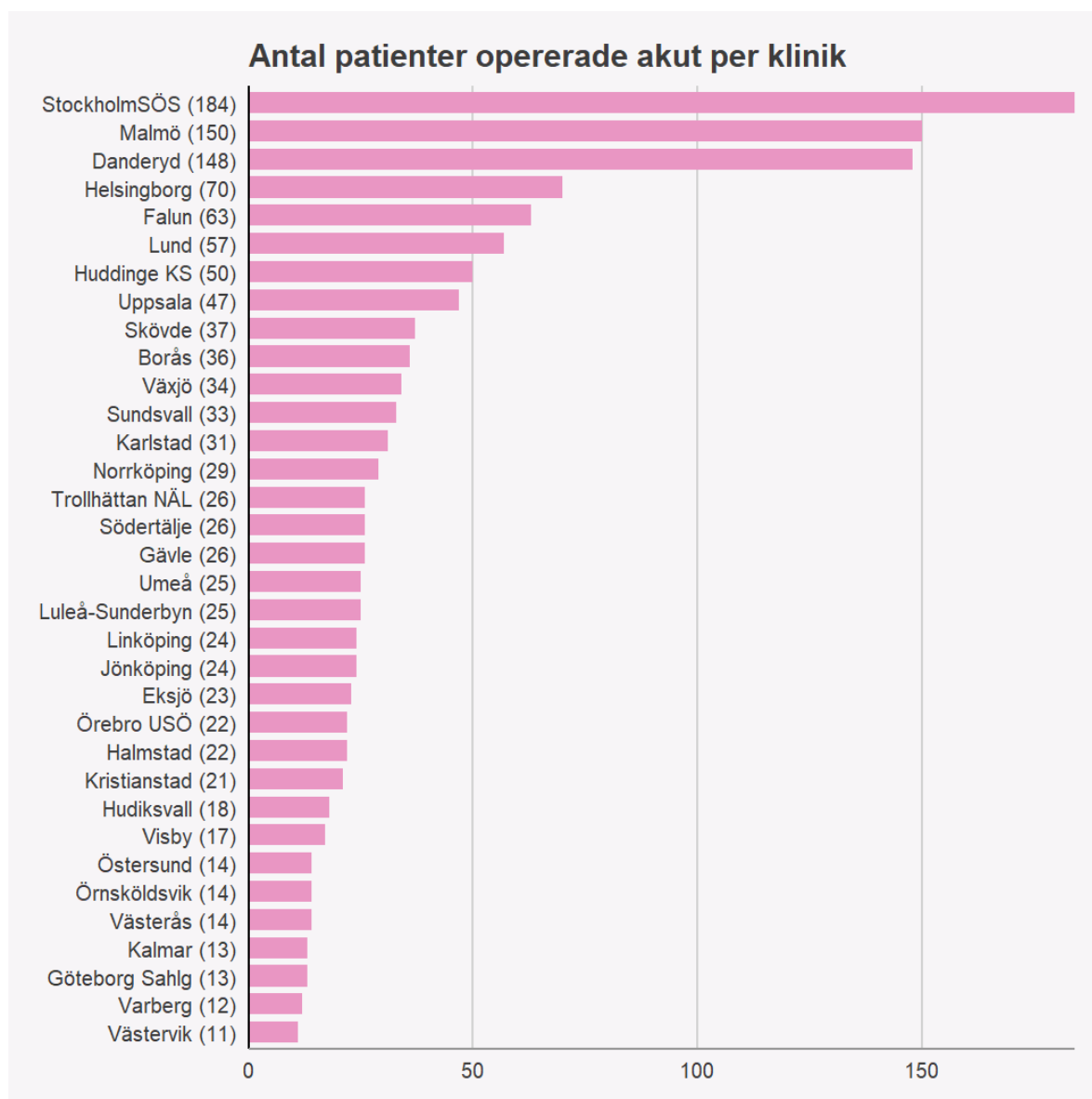
Under år 2024 rapporterades något färre akuta adnexoperationer jämfört med föregående år (1406 vs 1436).

Liksom föregående år så är det betydande skillnader i hur många akuta adnexoperationer som rapporteras in. Naturligtvis finns det stora skillnader mellan olika klinikers upptagningsområden (dvs hur många människor med risk att drabbas av en akut adnexåkomma som kräver kirurgisk åtgärd har en klinik geografiskt ansvar för).

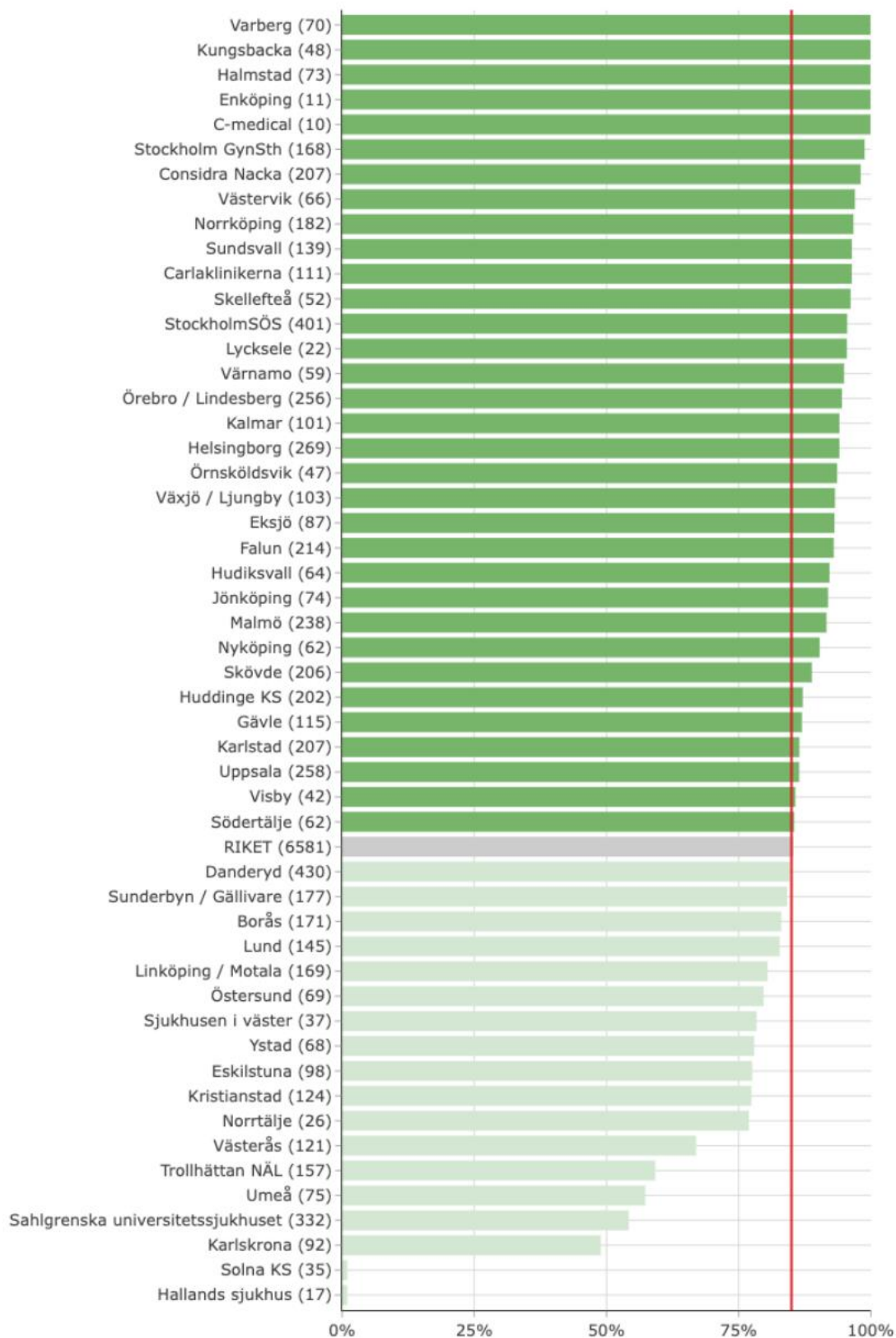
Det förklarar dock inte skillnaderna vi ser. Då är det bättre att jämföra figur 7 och figur 12 som är ett klipp från GynOps interaktiva statistiksida. Där ser vi respektive kliniks täckningsgrad för år 2023. Kliniker är generellt mycket bra på att inkludera planerade operationer. De med sämre täckningsgrad kan utgå från att bortfallet består av de akuta operationerna. Att inte uppnå 85% täckningsgrad är inte godkänt.



Figur 10. Antal planerade (elektiva) och akuta operationer inkluderade i GynOp över tid.



Figur 11. Antal patienter som opererats akut per klinik.



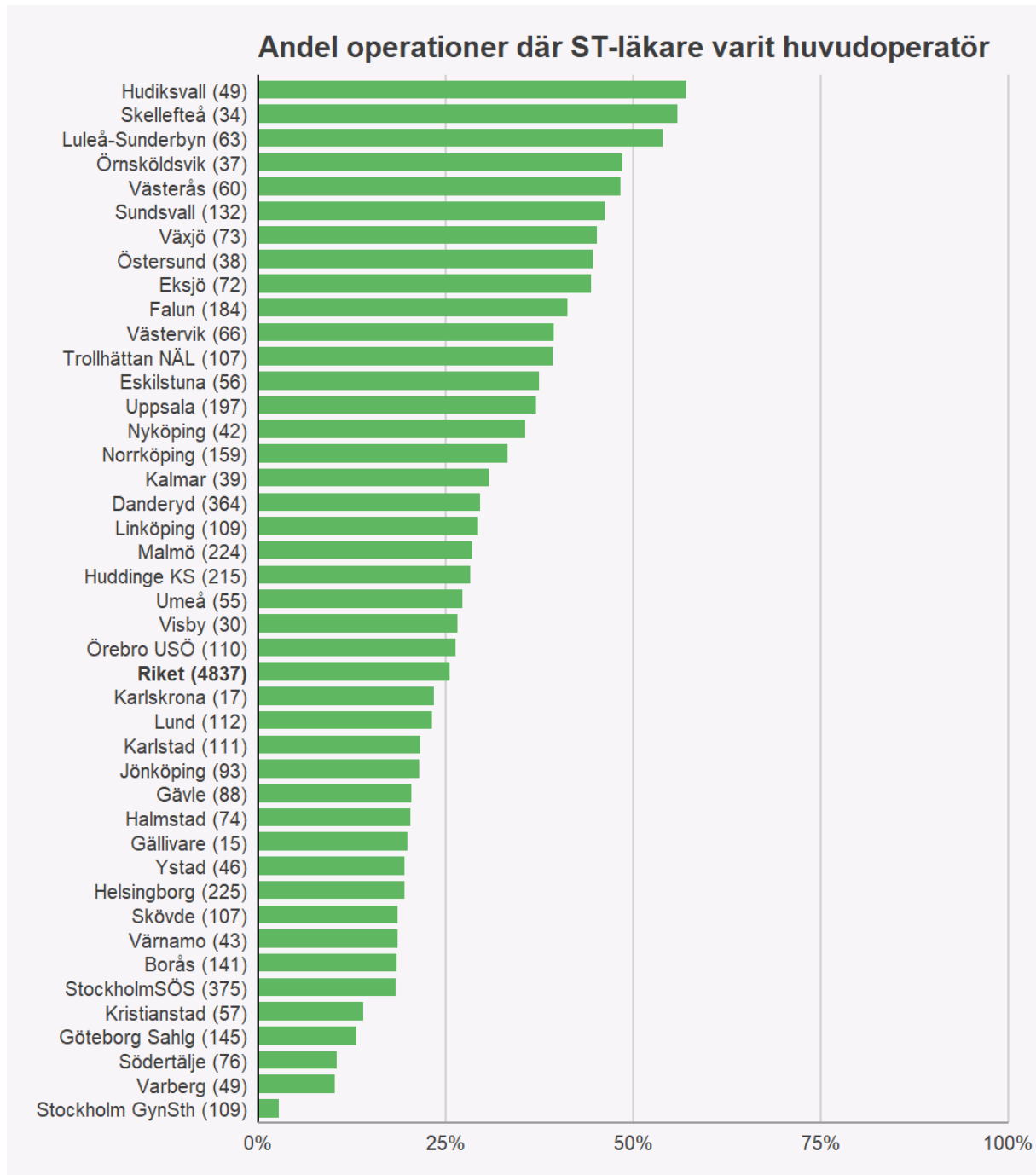
Figur 12. Urklipp ur GynOps interaktiva statistiksida som visar täckningsgrad för adnexoperationer på kliniknivå för år 2023.

Hur mycket opererar ST-läkare?

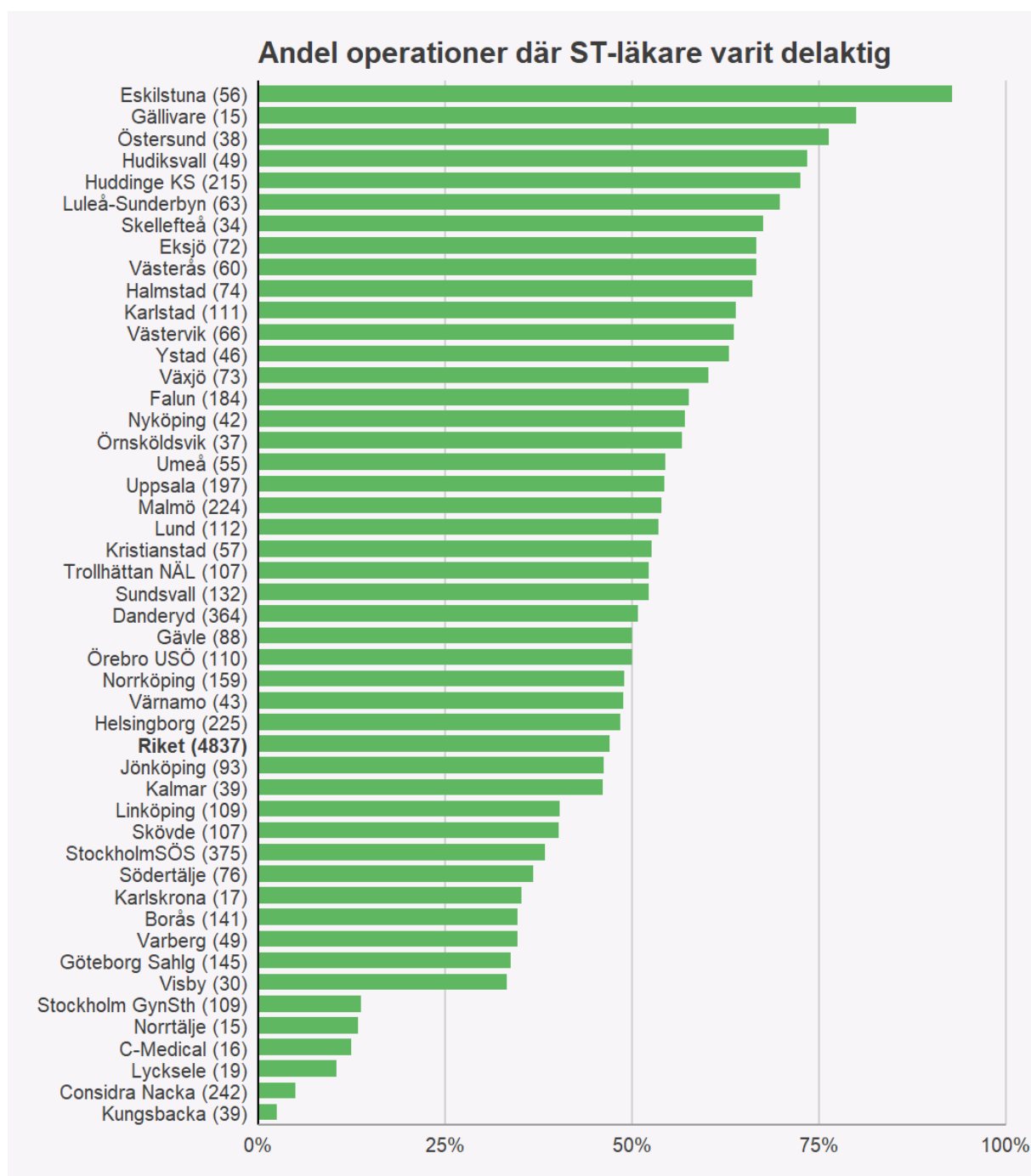
Adnexkirurgi av enklare slag ska en nyfärdig specialist i Obstetrik och gynekologi klara av att göra på egen hand. I *Appendix till SFOG:s målbeskrivning för kirurgiska färdigheter inom obstetrik och gynekologi* framgår att för att bli specialist ska en helt självständigt kunna utföra diagnostisk laparoskopi, laparoskopisk sterilisering och salpingektomi (senaste uppdatering år 2020).

Ur GynOp kan vi presentera data på hur stor andel av en kliniks adnexoperationer som utförs av ST-läkare som huvudoperatör men vi får också fram totalandelen där ST-läkare är delaktig (som huvudoperatör eller assistent). Det är dock inte möjligt att se om ingrepp utförts med passiv eller aktiv assistans där det finns en operatör till förutom ST-läkaren (för definition av passiv respektive aktiv assistans var god se: <https://www.sfog.se/media/337288/kirurgisk-checklista-2020.pdf>).

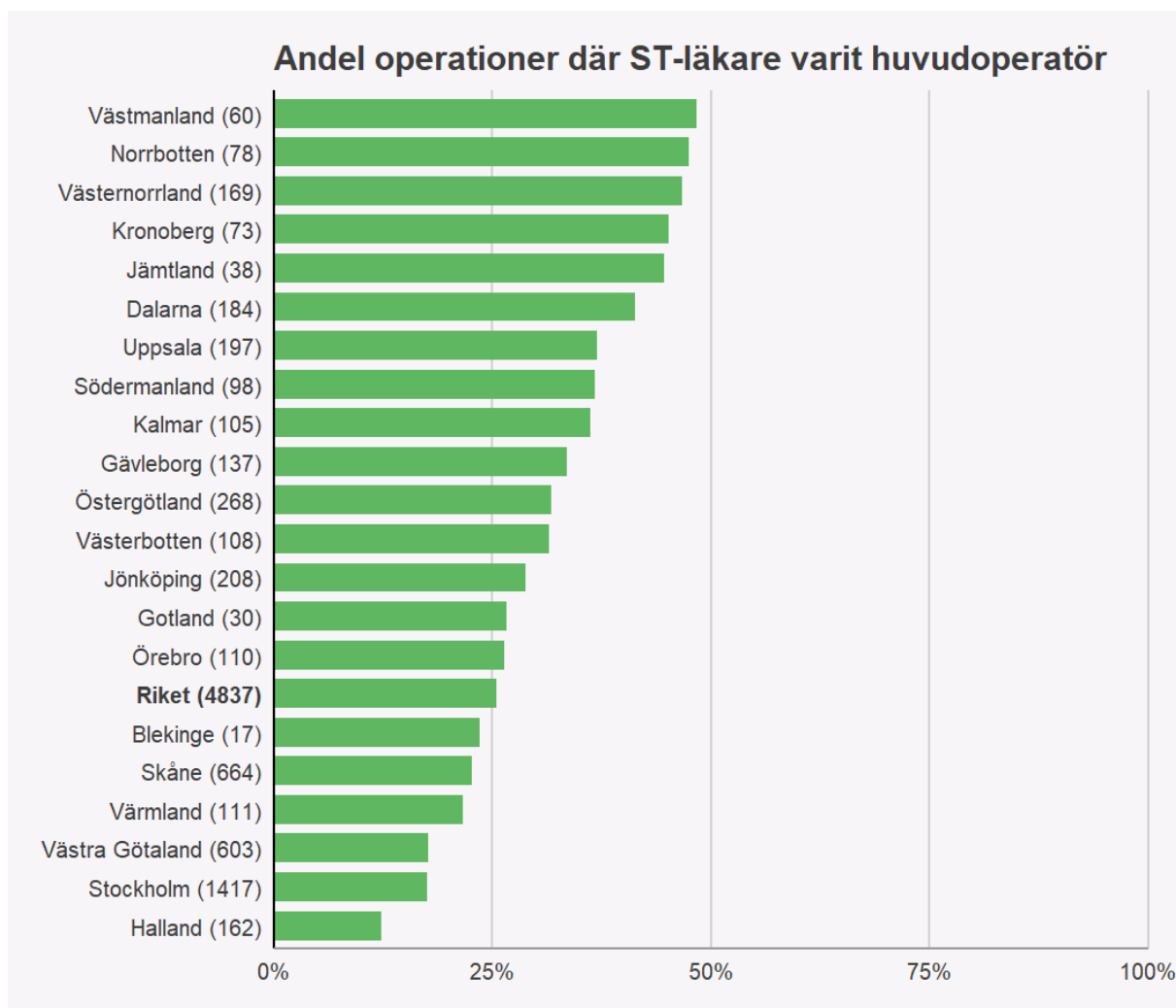
Det är betydande skillnader mellan kliniker och regioner.



Figur 13. Andel operationer där ST-läkare angivits som huvudoperatör, på kliniknivå.



Figur 14. Andel operationer där ST-läkare varit delaktig (huvudoperatör eller assistent), på kliniknivå.



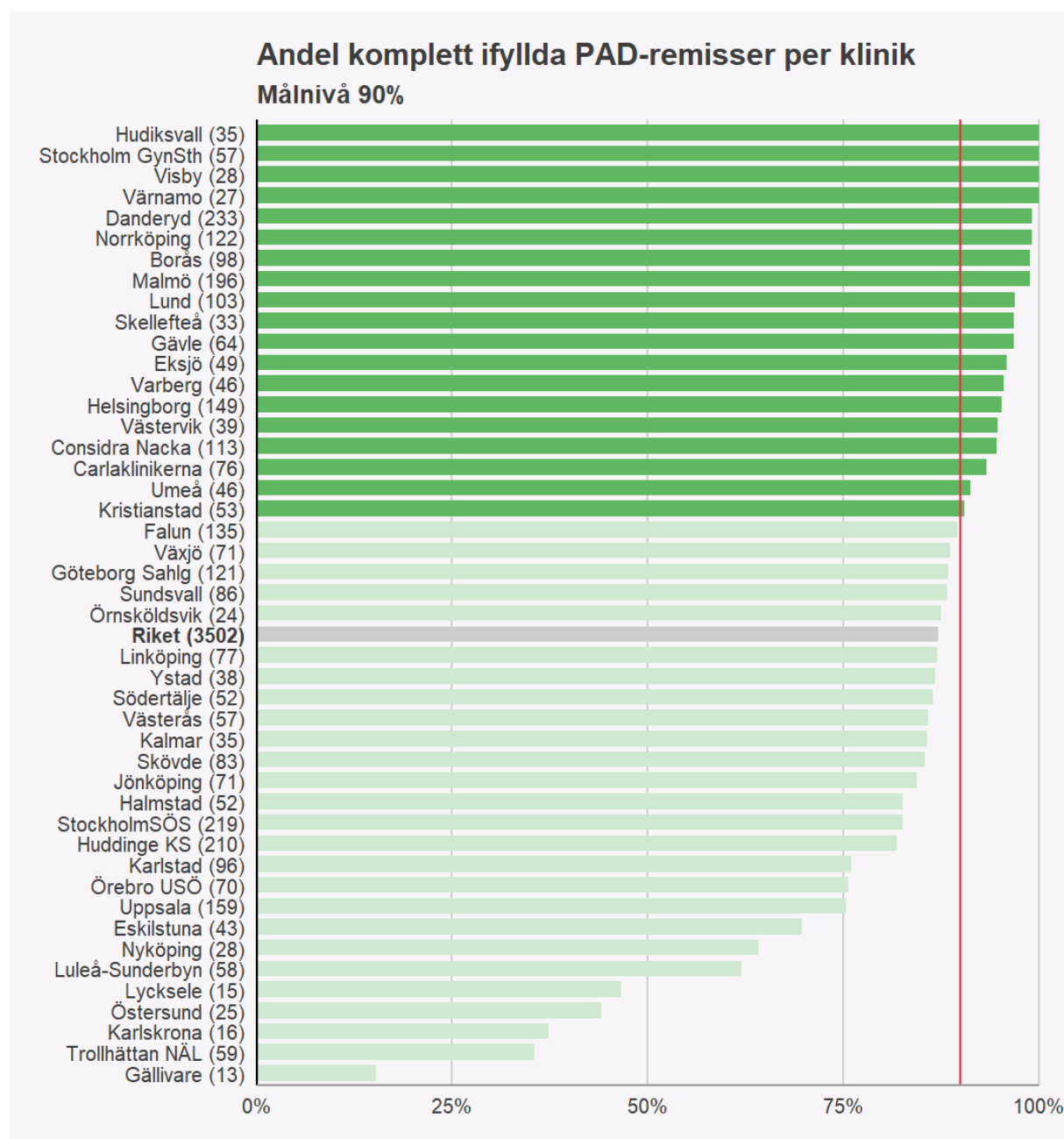
Figur 15. Andel operationer där ST-läkare varit huvudoperatör, per region.

Validitet, datakvalitet

På samma sätt som att det inte går att dra generella slutsatser av resultat i ett vetenskapligt arbete om bortfallet av nödvändiga data som kan påverka resultatet är för stort, så är det svårt att veta om de skillnader vi ser mellan kliniker är sanna eller bara ett resultat av att det saknas data.

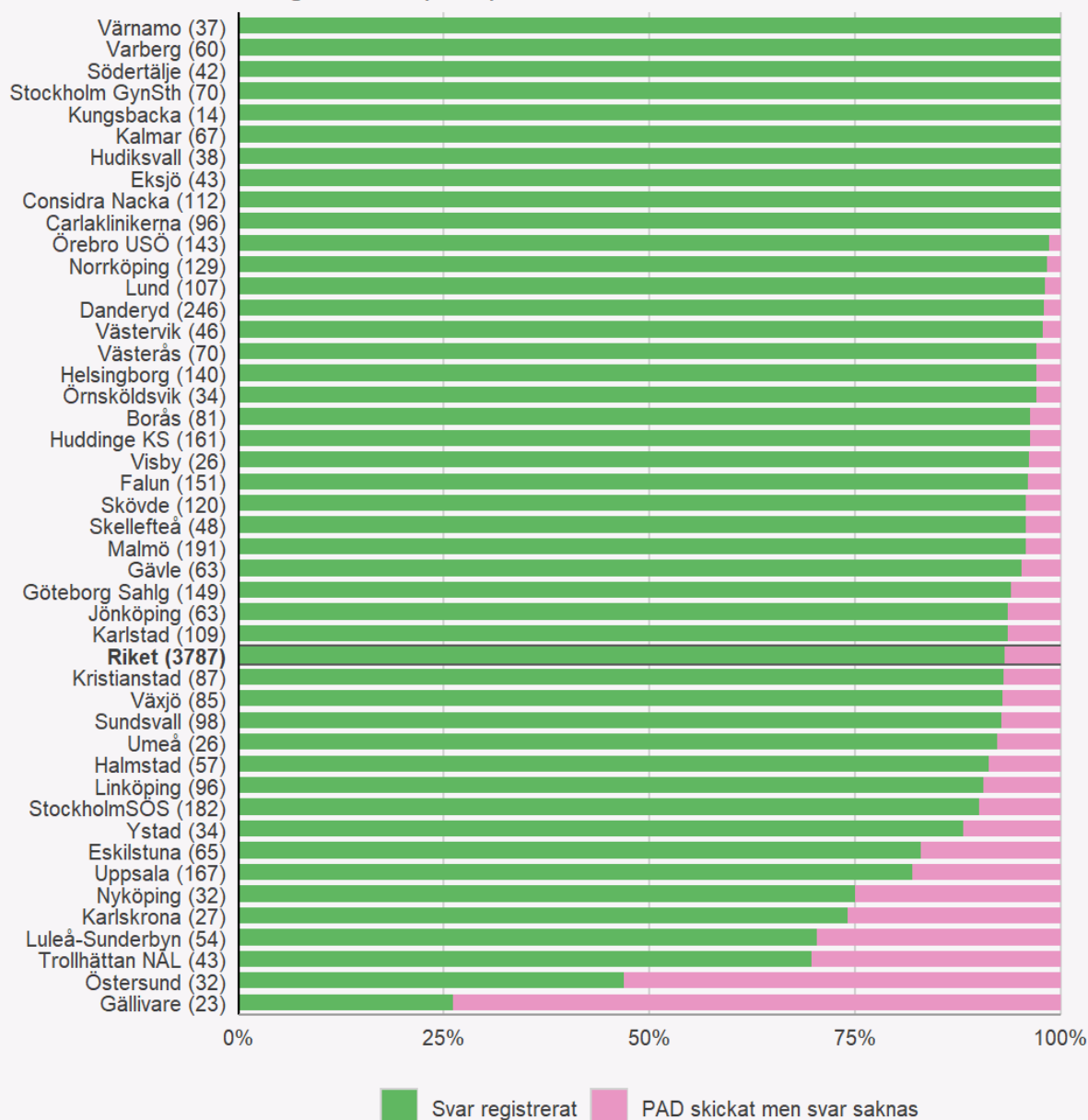
För att få valida och jämförbara resultat så är det viktigt att varje användare av GynOp inser detta. Det gör skillnad om ni fyller i eller inte fyller i! Helst ska det också fyllas i korrekt. Att kontrollera det senare åligger GynOps styrgrupp och det pågår ett kontinuerligt valideringsarbete på flera nivåer. Glädjande nog är överensstämmelsen mellan uppgifter i registret och det som kallas källdata i de flesta fall god.

Det är viktigt att inkludera alla patienter som ska vara med i registret. Det är viktigt att återsrapportera till exempel PAD. Det är viktigt att bedöma patienternas inskickade enkäter. Egentligen är det helt orimligt att inte göra det. Har en patient faktiskt bemödat sig att svara på våra enkäter och delat med sig av sin upplevelse av det ingrepp de fått utfört på sig och det resultat, önskat eller oönskat, det gett så bara måste vi följa upp det. Det görs mycket bra på många håll, men kan bli ännu bättre. Studera följande figurer och fundera över om just din klinik behöver se över rutiner och arbetssätt. Kom också ihåg figur 12 som visar varje kliniks täckningsgrad.

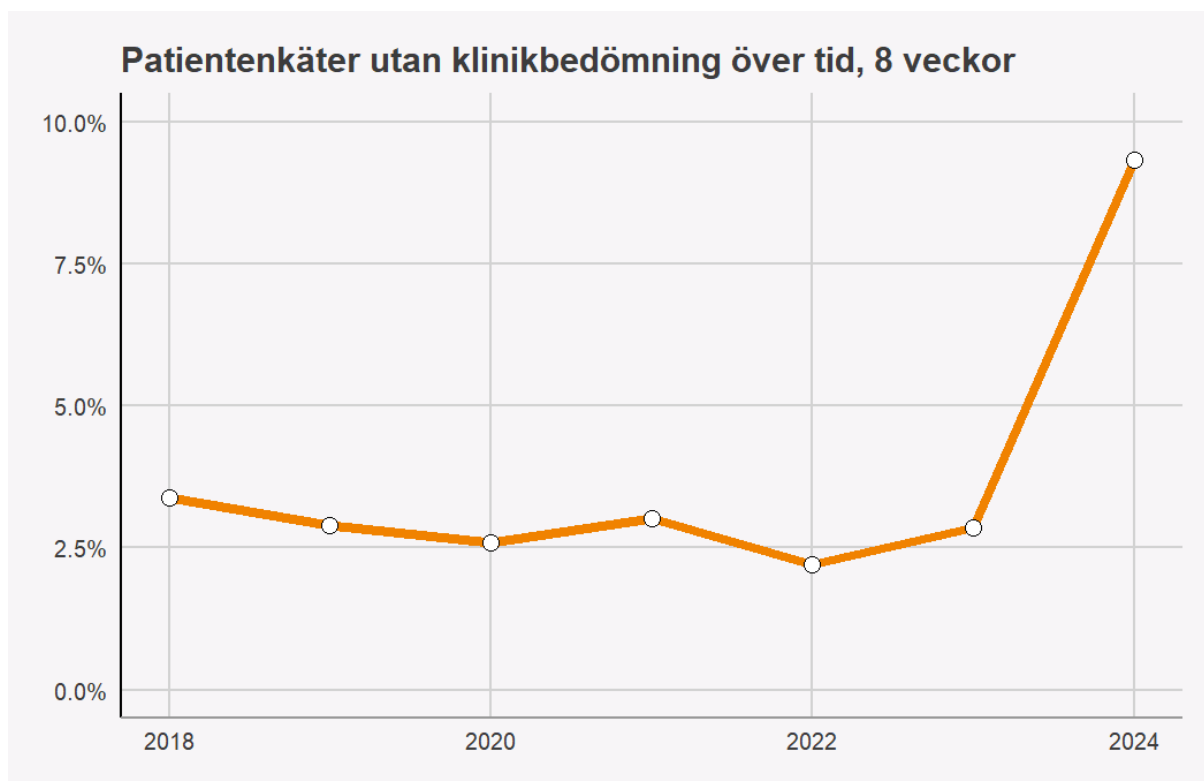


Figur 16. Andel komplett ifyllda PAD-formulär (endast operationer där vävnad skickats för PAD). Operationer utförda år 2024.

Fördelning av ifyllnad av PAD-remisser per klinik föregående år (2023)



Figur 17. Andel komplett ifyllda PAD-formulär för år 2023.

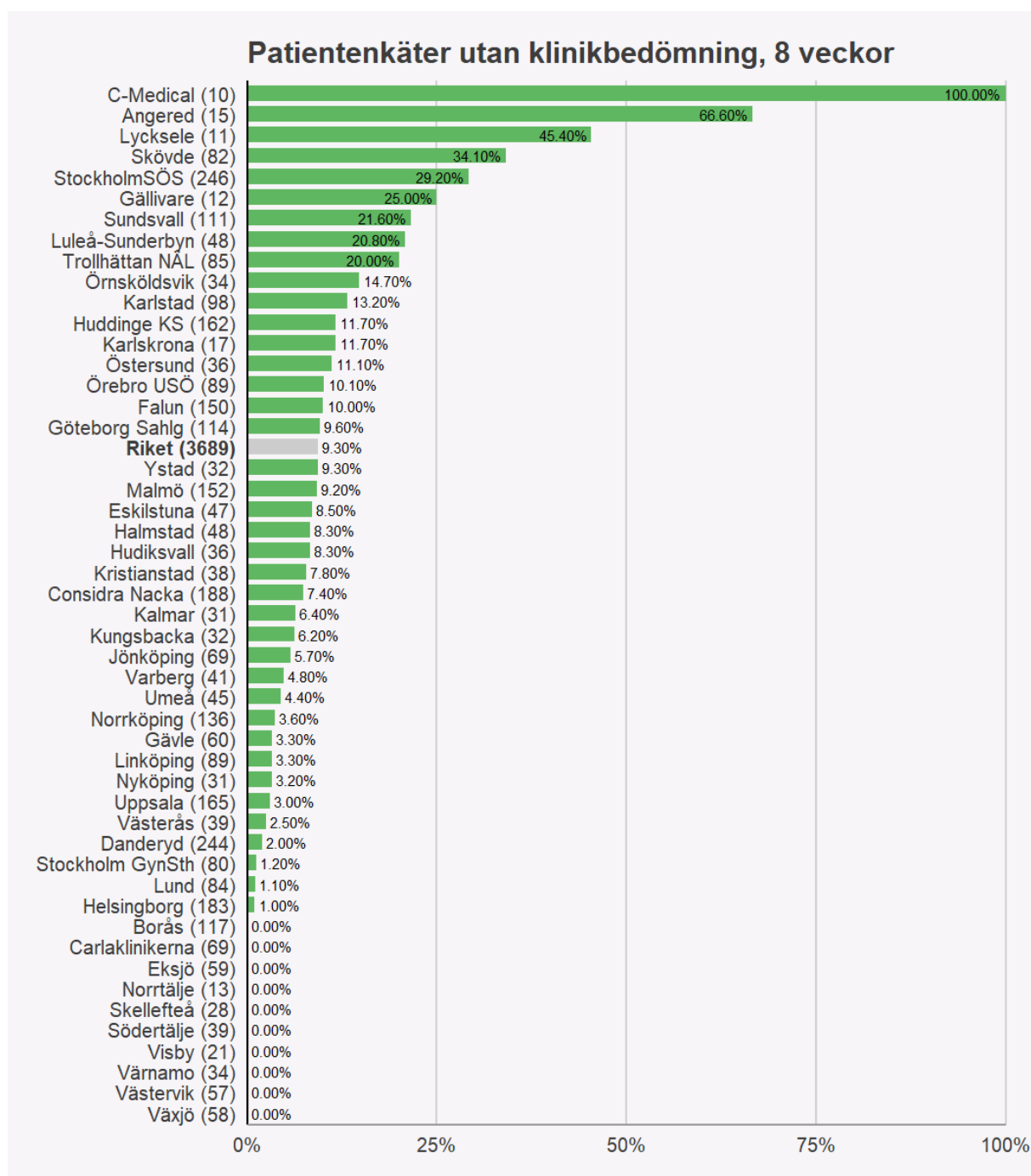


Figur 18. Andel inskickade 8-veckorsenkäter som saknar klinikbedömning.

Det brukar enbart vara en liten andel inskickade 8-veckorsenkäter som inte bedöms på riksnivå. Det är en betydande skillnad mellan klinikerna i detta, en del har inga obedömda enkäter, hos andra saknar mer än var fjärde inskickad enkät bedömning. Vi använder oftast läkarbedömda komplikationer för att jämföra kliniker med varandra i komplikationsutfall. Om en klinik inte bedömer 25% av sina inkomna enkäter, hur kan vi då lita på att deras komplikationsfrekvens är jämförbar med en klinik som inte har något bortfall?

Nu brukar bortfallet successivt bli mindre under året och det är uppenbart att en del kliniker så småningom gör en bedömning. I figur 18 ser det ut som det helt plötsligt är ett väldigt stort bortfall för år 2024. Figuren såg likadan ut år 2023 och nu ser vi att andelen obedömda för år 2023 är på samma låga nivå som det brukar vara. Således en påtaglig eftersläpning.

Vi ska med all rätta vara stolt över vårt välfungerande register, men vi måste också inse att valida data är grundläggande.



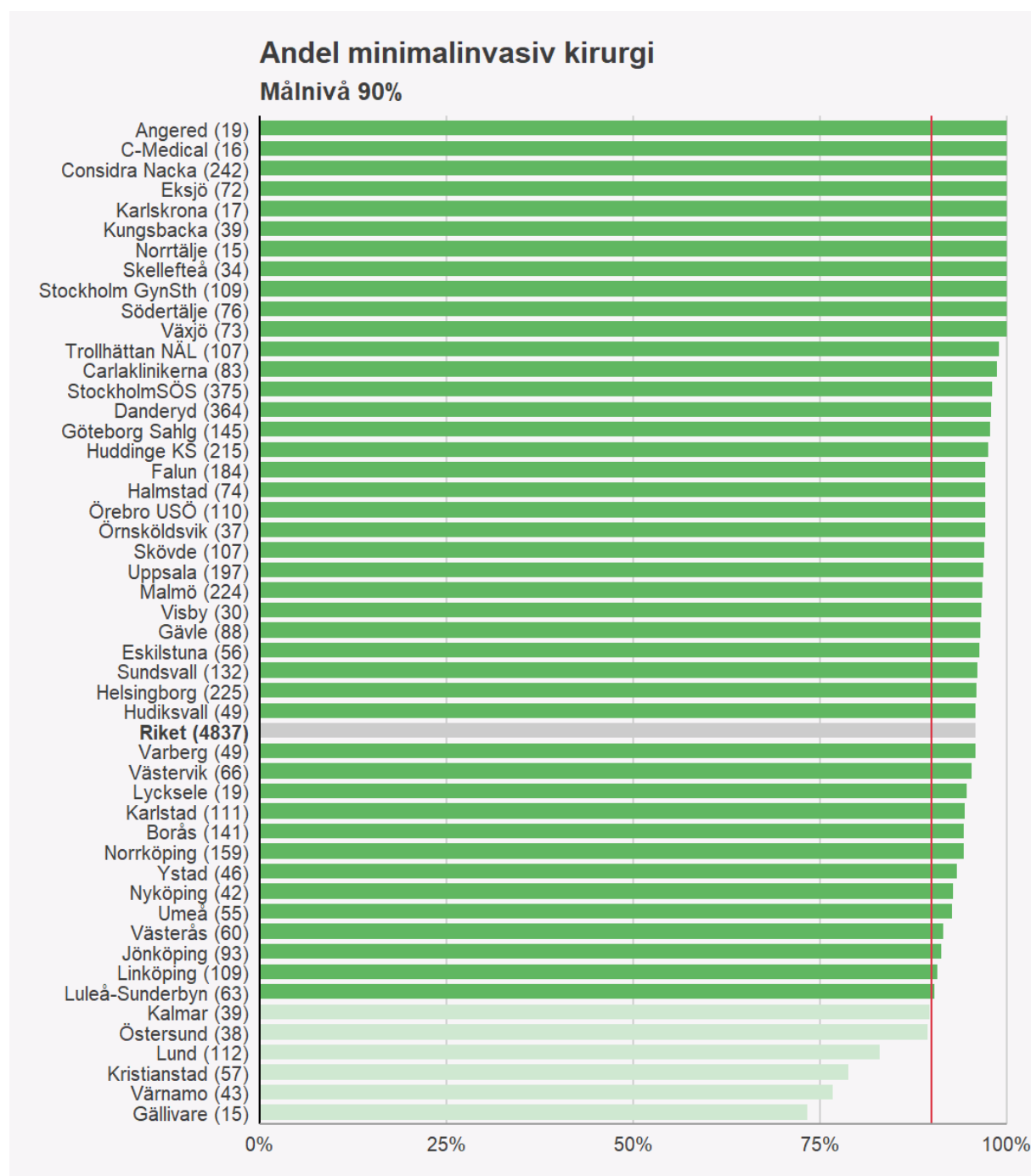
Figur 19. Andel 8-veckorsenkäter utan klinikbedömning per klinik.

Gott och blandat

En stor andel av de figurer som brukar presenteras i årsrapporten är väldigt lätt att ta fram själv på GynOp Direkt, den interaktiva statistiksidan. Det fylls på med färsk data regelbundet så det går utmärkt att på kliniken nivå följa sin utveckling över tid. Det är alltså onödigt och lite synd att invänta årsrapporten för att jämföra sig med sina grannar eller riket. Bara några knapptryck bort:

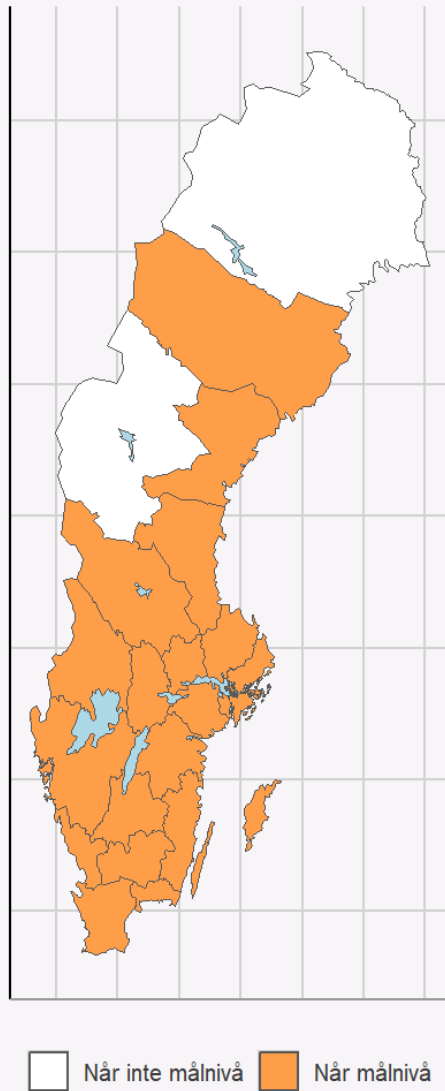
<https://statistik.incanet.se/gynop/>

Men, för att inte bryta av traditionen för bryskt kommer här en kort kavalkad av figurer som ni känner igen. Andelen minimalinvasiv kirurgi är bländande och nu är det riktigt få klinker som inte når målnivån 90%. Kartan visar att det bara är 2 regioner som inte riktigt når målet (än). Östersund och Kalmar är ytterst nära att uppnå målnivån.



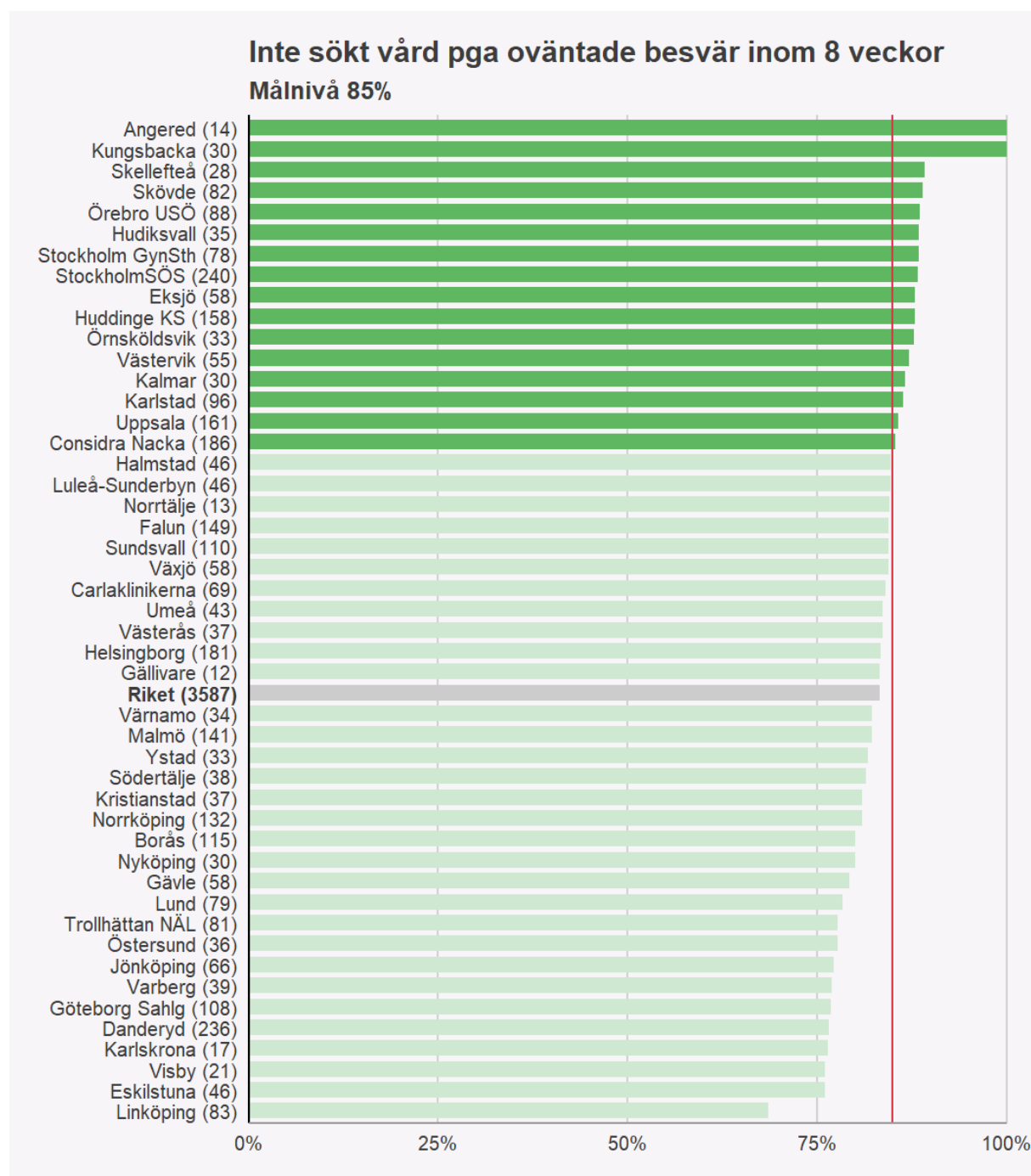
Figur 20. Andel minimalinvasiv kirurgi vid adnexoperation 2024, klinikenivå.

Regioner som når målnivå minimalinvasiv kirurgi



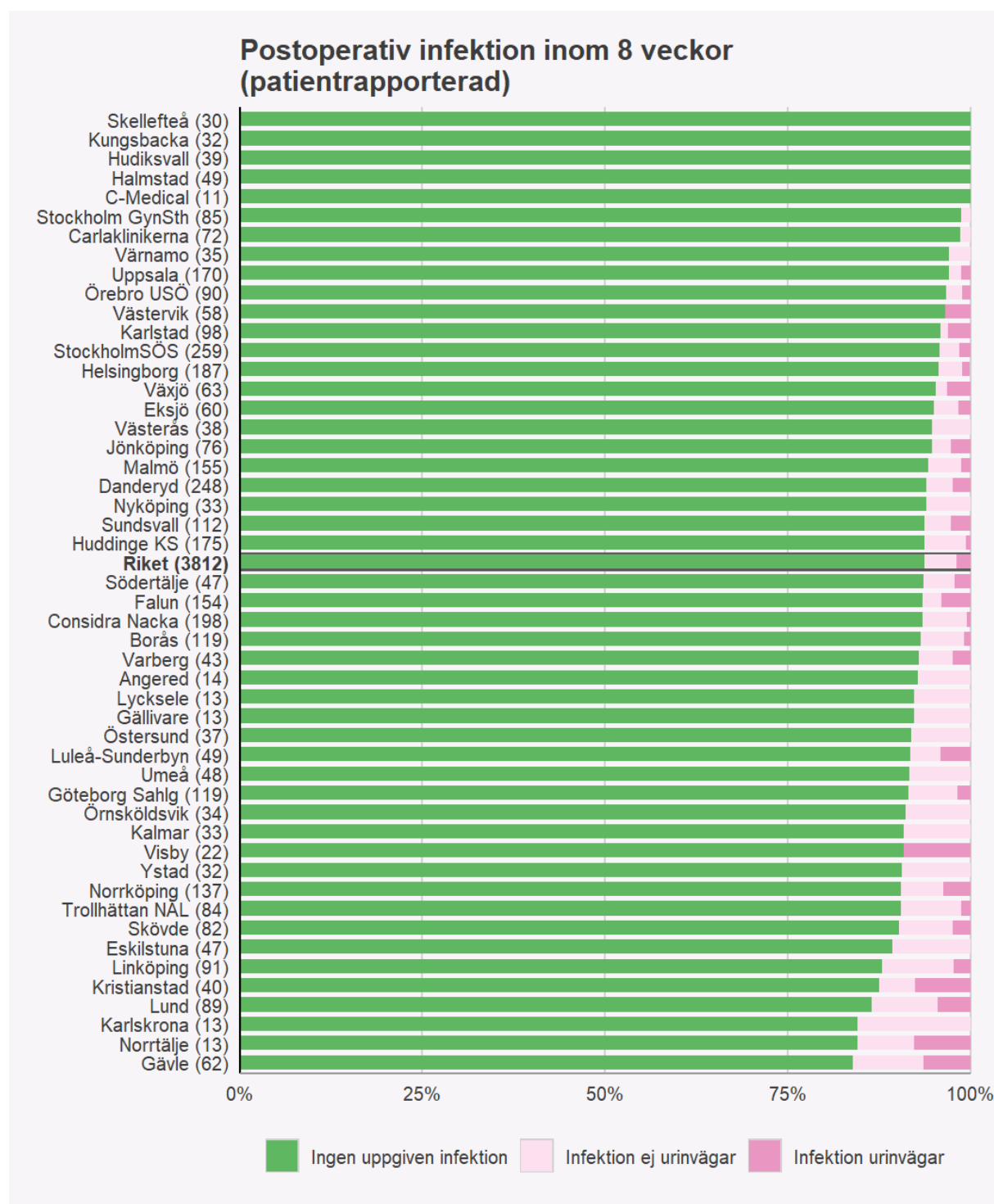
Figur 21. Karta över regioner som kommer upp i målnivån av minimalinvasiv kirurgi på 90%. Att en region är vit innebär att den ligger under målnivån och är en region orange ligger den på eller över målnivån.

Det är svårare att nå målnivån för patienter som inte tagit sjukvårdskontakt på grund av oförväntade postoperativa besvär. Det är faktiskt bara en tredjedel av alla kliniker som lyckas med detta, men på riksnivå är det nära (83%). Beror det på färre komplikationer eller skillnad i information eller lättillgänglighet? Det kan vi inte besvara utifrån GynOp-data.



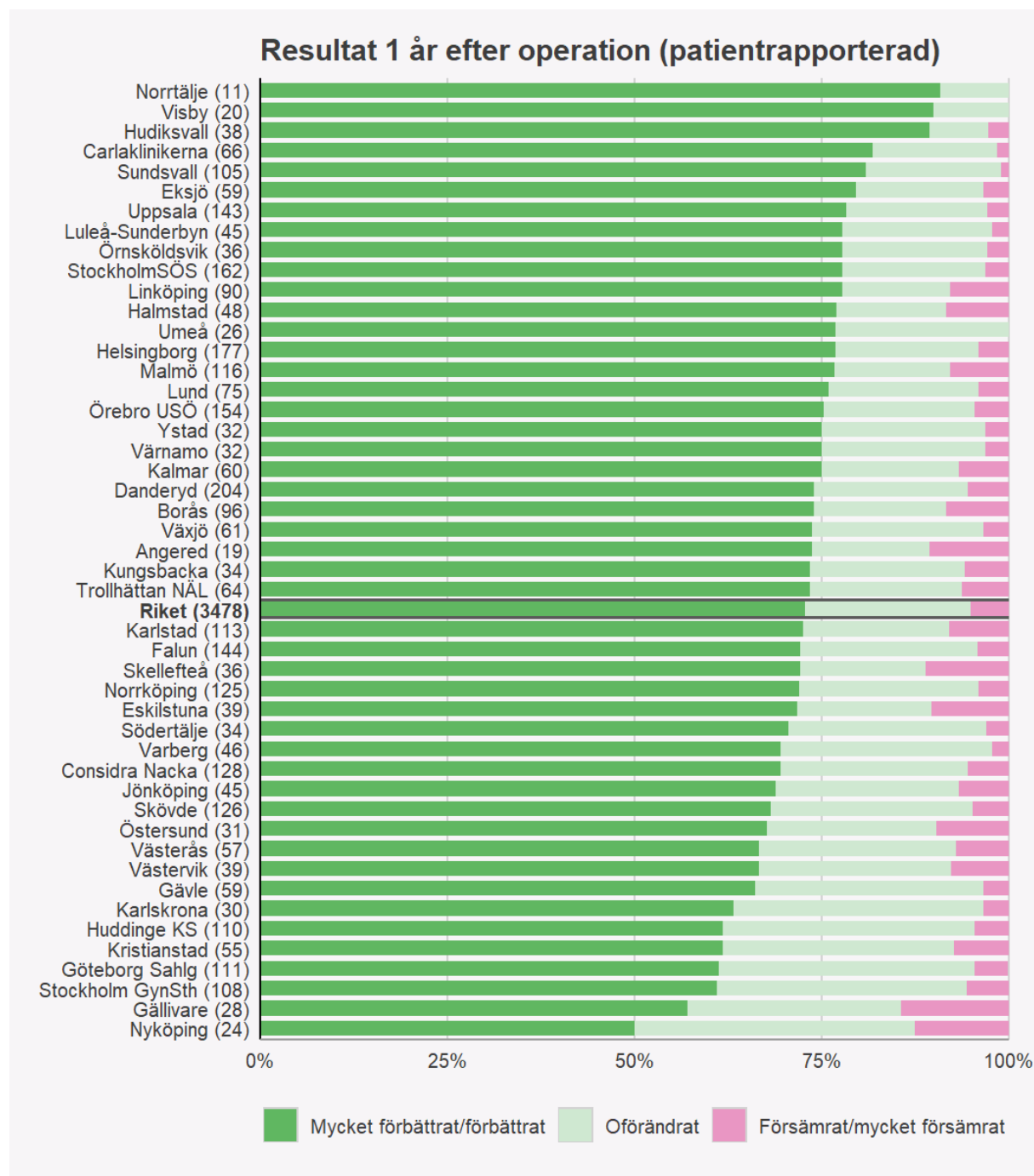
Figur 22. Andel patienter som inte sökt vård pga. oförväntade besvär inom 8 veckor efter operationen. Målnivå 85%.

Den patientrapporterade andelen som fått antibiotika efter sin operation är inte särskild hög, cirka 6%. Detta är siffror som är mycket stabila sedan den minimalinvasiva operationstekniken på allvar dominerat. I en trendfigur så ses en långsamt sjunkande antibiotikaanvändning som korrelerar med ökande andel minimalinvasiv kirurgi.



Figur 23. Andel patienter som inte rapporterat att de fått antibiotika förskrivet för en infektion som de relaterar till den genomgångna operationen.

När det gäller patientvärderat resultat så är det som det brukar vara, ungefär 3 av 4 som genomgått en adnexoperation säger sig vara förbättrad jämfört med hur det vara före operationen. En av fem upplever ingen egentlig skillnad och enbart en på tjugo upplever sitt tillstånd försämrat.



Figur 24. Patientvärderat resultat ett år efter operationen.

Sammanfattning

Året delregisteröverskridande tema är sjukskrivningar/frånvaro efter operation. Då adnexoperationer är tämligen atraumatiska i sin natur samt till allra största delen (96%) görs med minimalinvasiv kirurgisk teknik så är sjukfrånvaro ingen stor sak i detta delregister. Tydligt är förstås skillnaden för det fåtal som genomgår öppen bukoperation. Det finns skillnader mellan kliniker i utfallet för sjukfrånvaro, men de är inte så stora. Patienterna förefaller också mestadels vara nöjda med sjukskrivningens längd.

Fler akuta patienter behöver inkluderas och jag tänker det är ganska uppenbart vilka kliniker som behöver skärpa sig avseende detta. Jämför täckningsgrad på kliniknivå med antal inkluderade akuta patienter så vet ni (figur 11 och 12). Jag tänker att det finns ett stort utrymme i förbättringspotential och inget är ju roligare än att förbättras!

Fortsätt kampen mot ofullständiga data. Vi behöver bli ännu bättre på att göra färdigt våra formulär och bedöma inkomna enkäter.

Återigen, kom ihåg GynOps interaktiva statistiksida (GynOp Direkt), där finns möjlighet att på kliniknivå följa effekten av till exempel förändrings/förbättringsarbeten.

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

Slutligen, tack för att du tagit dig tid att läsa rapporten och om det finns förslag på intressanta frågeställningar för framtiden eller synpunkter på denna rapport, tveka inte att höra av dig!

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation i buken som utförs med öppen kirurgi, dvs genom ett större snitt i bukväggen.
Adnex	Samlingsnamn för äggstockar, äggledare och livmoderns ligament.
Atraumatisk	Som inte uppkommit genom eller inte åstadkommer skada.
Benign	Godartad
Dagkirurgi	Patient som opererats går hem samma dag som operationen utförts.
Elektiv	Planerad (operation, motsatsen till akut kirurgi).
Endometrios	Endometrios innebär att livmodersslemhinna växer utanför livmodern. Ett vanligt symtom är att ha mycket ont i samband med mens. Kallas också chokladcysta.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Indikation	Orsak till operation.
Laparoskopi	Operation i buken via titthål
Median	Om vi sorterar alla våra värden för en viss variabel i storleksordning och väljer ut det värde som ligger exakt i mitten efter att värdena sorterats, då är detta mittersta värde vad vi kallar medianen. För datamängder med ett jämnt antal tal är medianen medelvärdet av de två mittersta talen.
Minimalinvasiv	Att en operation utförs med så liten öppning av buken som möjligt, till exempel via titthålsoperation (laparoskopi), eller vaginalt.
NHV	Nationell högspecialiserad vård (NHV) definieras som offentligt finansierad hälso- och sjukvård som behöver koncentreras till en eller flera enheter, men inte till varje sjukvårdsregion för att kvaliteten, patientsäkerheten och kunskapsutvecklingen ska kunna upprätthållas. Det görs också för att kunna uppnå ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser.
PAD	Patologisk anatomisk diagnos. Den diagnos som patologen ger efter mikroskopisk undersökning av ett vävnadsprov.
Postoperativ	Efter operationen.
SCB	Statistiska centralbyrån
ST-läkare	Läkare som genomgår sin utbildning till specialist inom ett specifikt område, till exempel obstetrik och gynekologi.
Täckningsgrad	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: $\frac{\text{Matchar} + \text{Endast GynOp}}{\text{Matchar} + \text{Endast GynOp} + \text{Endast patientregistret}}$
Utomkvedshavandeskap	Graviditet som växer utanför livmodern. Förkortas ibland "X".
Validitet	Anger i vilken omfattning data och fynd är sanna för det studerade datamaterialet. För att data ska vara valida krävs hög datakvalitet. Data av hög kvalitet är relevanta, fullständiga, korrekta och konsekventa.