

Hysterektomi på benign indikation

Årsrapport från GynOp-registret
avseende operationer utförda år 2024

Författare:

Sophia Ehrström

Registeransvarig för delregistret för hysterektomi
på benign indikation

Considra Gyn, Nacka sjukhus

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
Besvär som föranleder operation	2
Demografi	3
BMI	3
ASA-klass	4
Utförda operationer	5
Operationstid	14
Operationsmetoder	16
Uterusvikt	19
Tidigare bukkirurgi	24
Säkerhetsaspekter	25
Utbildning av ST-läkare	28
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid	30
Dagar till normal ADL	31
Vårdtid	32
Sjukskrivning	37
Komplikationer	44
Infektioner	47
Clavien-Dindo	49
Resultat enkät 1 år efter operation	50
Högvolymskliniker	53
Ordlista	56

Inledning

Sedan år 2018 har rapporten fokuserat på att driva den minimalinvasiva trenden framåt och det är med glädje som jag kan rapportera att vi under år 2024 har passerat 80% andel hysterektomier utförd med minimalinvasiv teknik. Det är verkligen goda nyheter för Sveriges kvinnor. Risken för komplikationer och förlängd återhämtning är väsentligt lägre om operationen utförs med minimalinvasiv teknik. En sådan utveckling kan gå med ökad andel komplikationer under den tid som gynekologer tillskansar sig ny operationsteknik. Dock har den allra nyaste tekniken vNOTES - en kombination av vaginal approach med tillägg av laparoskopisk teknik - införlivat förhoppningarna om snabb och god återhämtning. Det är synligt i såväl återhämtning till normal ADL, sjukskrivningstid och vårdtid. Tekniken har använts i Sverige i fyra år, men ett decennium längre i Belgien.

Fokus i årets rapport är sjukskrivningsmönster, i år även relaterat till fysisk belastningsgrad på arbetet, nöjdhet med operationen och utveckling över tid. KUPP-frågor och Covidfiguren utgår från årets rapport på grund av oförändrade data sedan lång tid tillbaka.

År 2024 registrerades 3 769 hysterektomier på benign indikation i GynOp.

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.

Antalet och andelen hysterektomier per 10 000 kvinnor och år tycks sjunka, troligen på grund av medicinska landvinningar som ger bättre blödningskontroll och mindre myomtillväxt. Data skulle också delvis kunna återspegla minskad tillgång till vård och längre vårdköer. Det är av yttersta vikt att såväl medicinsk behandling (Cyklokapron, LARC med flera) samt invasiva konservativa metoder (såsom embolisering och mer experimentell mikrovågsablation) övervägs innan beslut om hysterektomi fattas. I tiden ligger även en alltmer uterusbevarande inställning jämfört med tidigare.

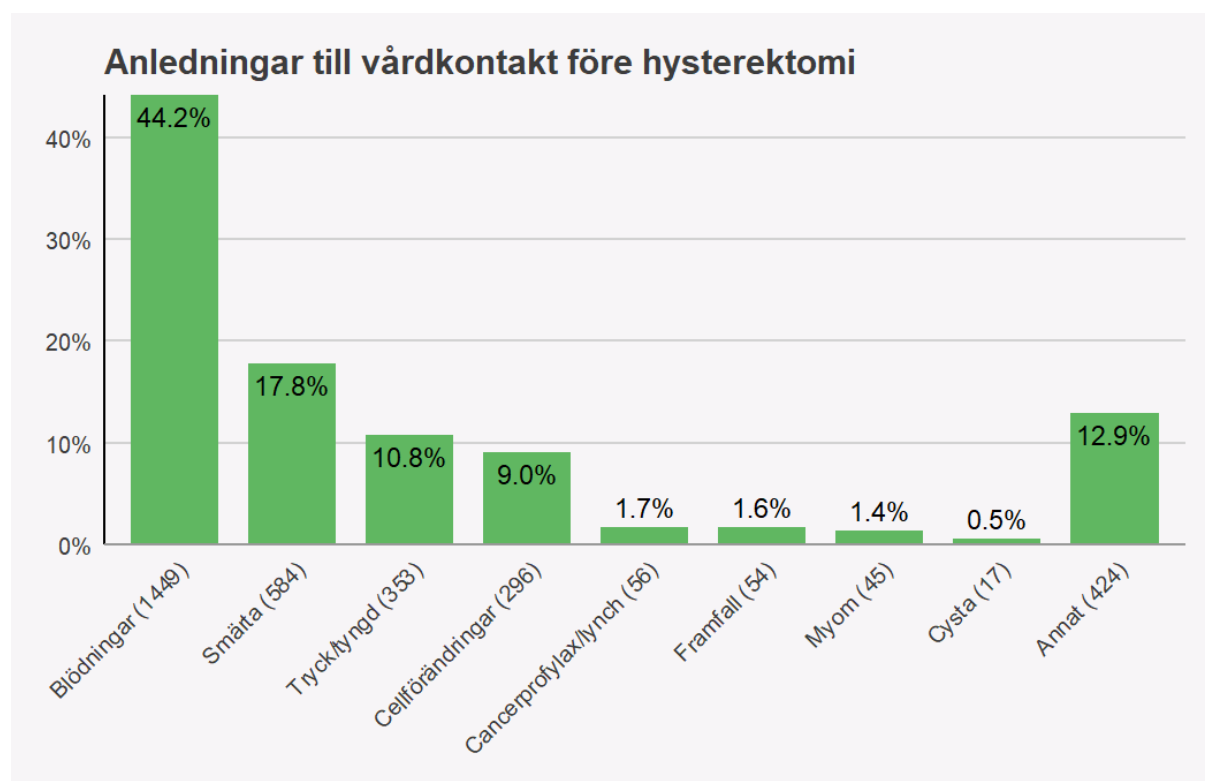
Sammantaget skedde registrering vid 47 kliniker. Antal utförda inom NHV-uppdraget för endometrios kan ses i tabellen nedan. Antalet hysterektomier på endometriosindikation är förhållandevis lågt (2,8 %) och det är rimligt att dessa operationer ryms inom NHV-uppdraget. Dessa operationer är borttagna från denna rapport. Vi ser fram emot en separat rapport från NHV-centra.

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

	Antal NHV endometrios
2023	43
2024	107

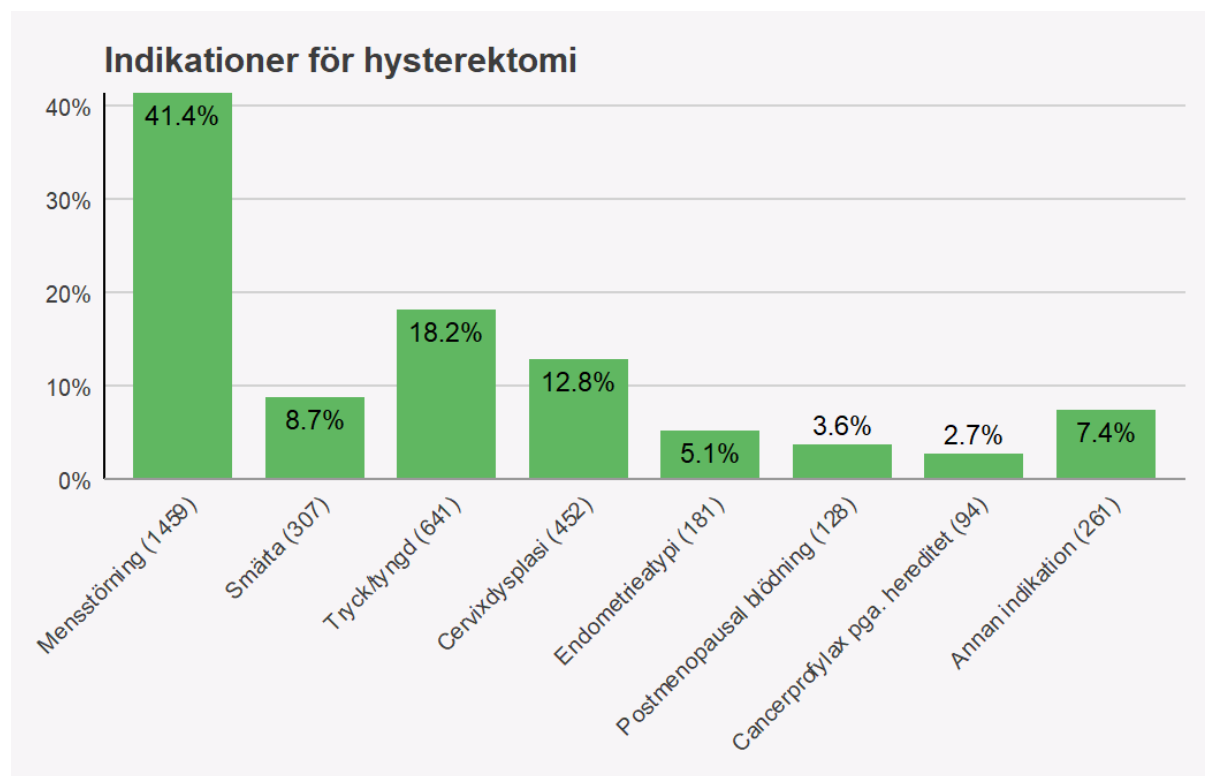
Vid synpunkter på innehållet i återrapporten, mejla till sophia.ehrstrom@gmail.com

Besvär som föranleder operation



Figur 1. Anledningar till vårdkontakt före hysterektomi

Patientbesvär inför hysterektomi i figur 1 ovan baseras på patientens svar kring vilket besvär som rankades som viktigaste orsaken till att vård söktes. Andelen hysterektomi på framfallsindikation är låg och borde i första hand presenteras i registret för rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi.

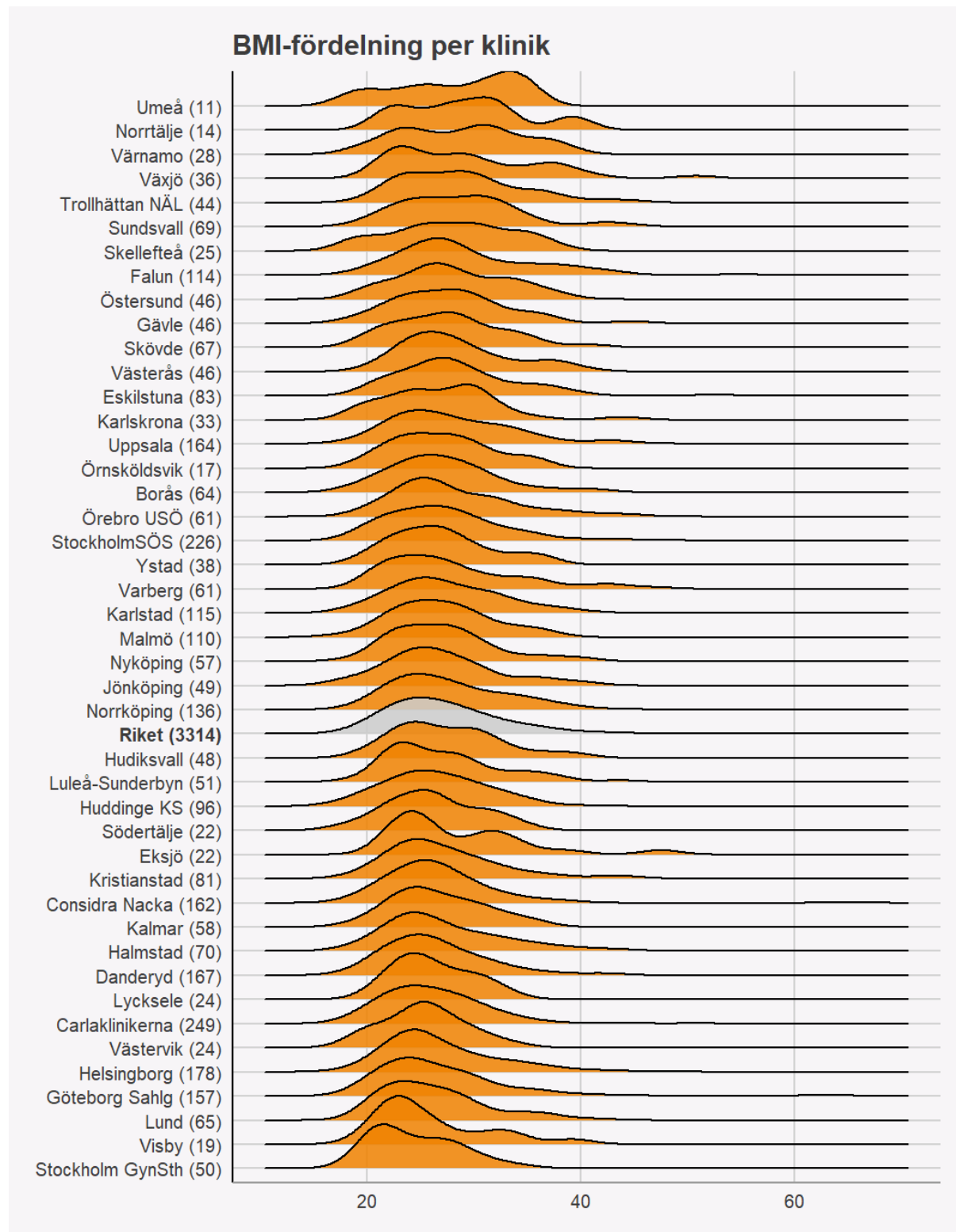


Figur 2. Indikationer för hysterektomi.

Mensstörning, smärta och trycksymptom dominerar både som angivet patientbesvär och som indikation för hysterektomi. Av de registrerade hysterektomierna i GynOp-registret tillhör 72–80% denna grupp och 9–17% av hysterektomierna utförs på grund av dysplasi i cervix eller endometrium.

Demografi

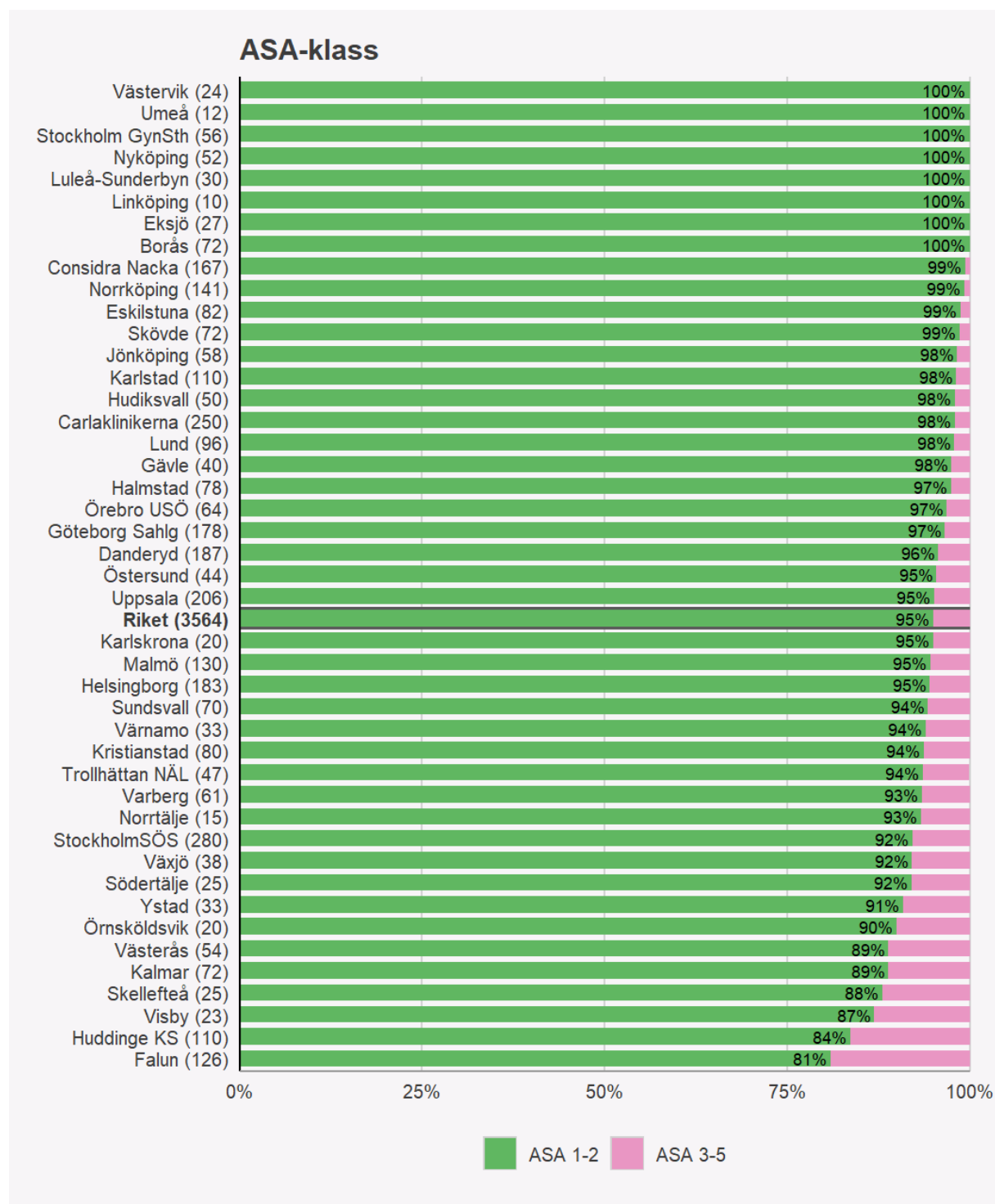
BMI



Figur 3. BMI-fördelning per klinik.

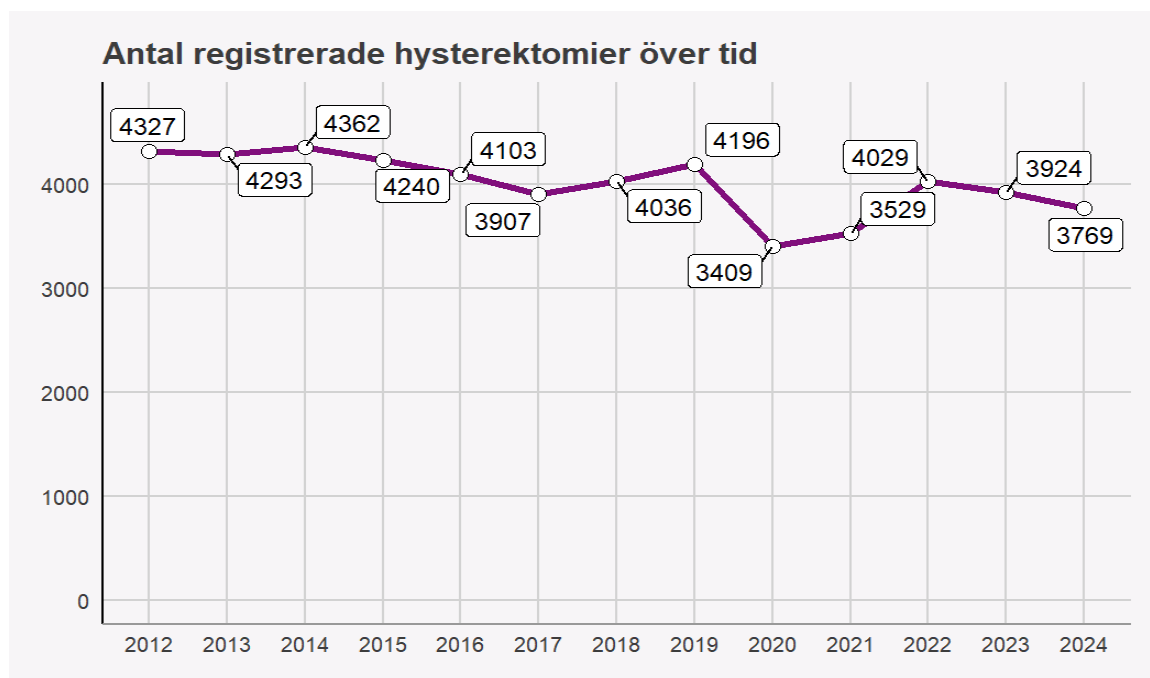
Det är små skillnader mellan klinikerna, vad gäller BMI och ASA-klass. Median BMI ligger under 30 och de flesta patienterna tillhör ASA 1–2.

ASA-klass



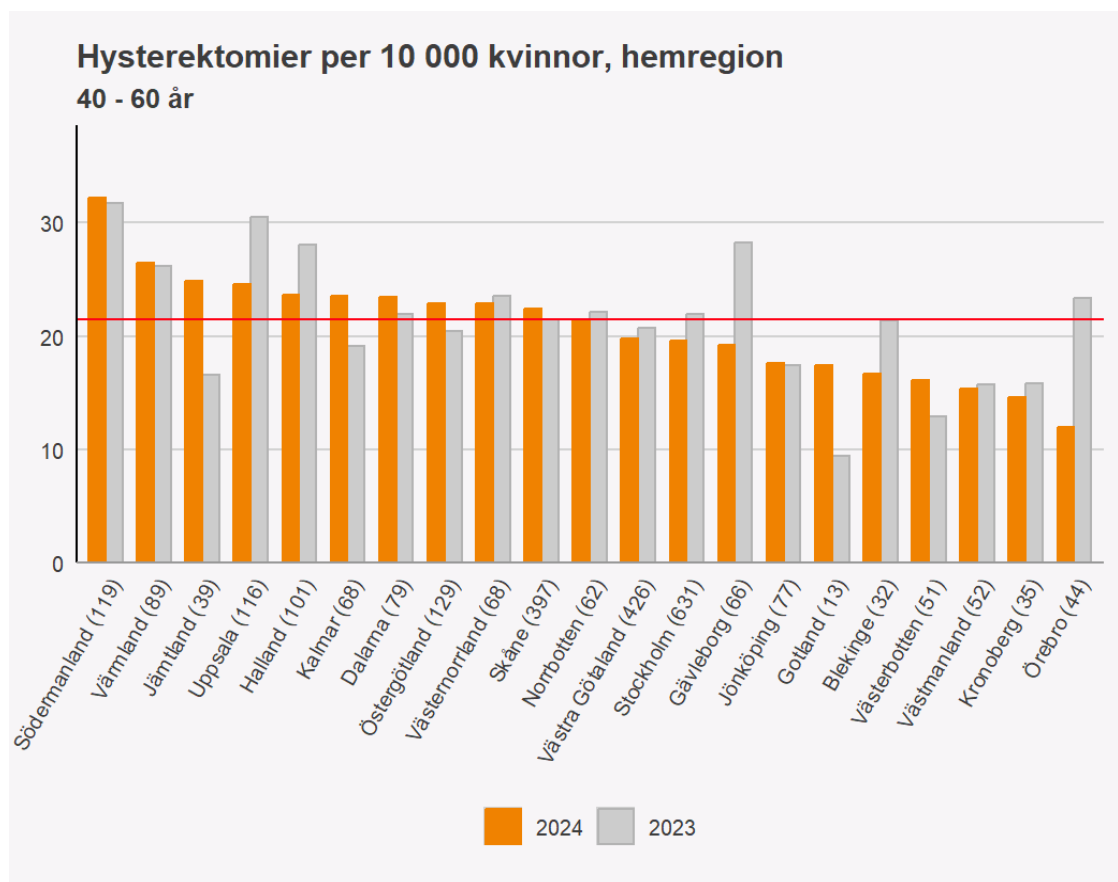
Figur 4. ASA-klass.

Utförda operationer

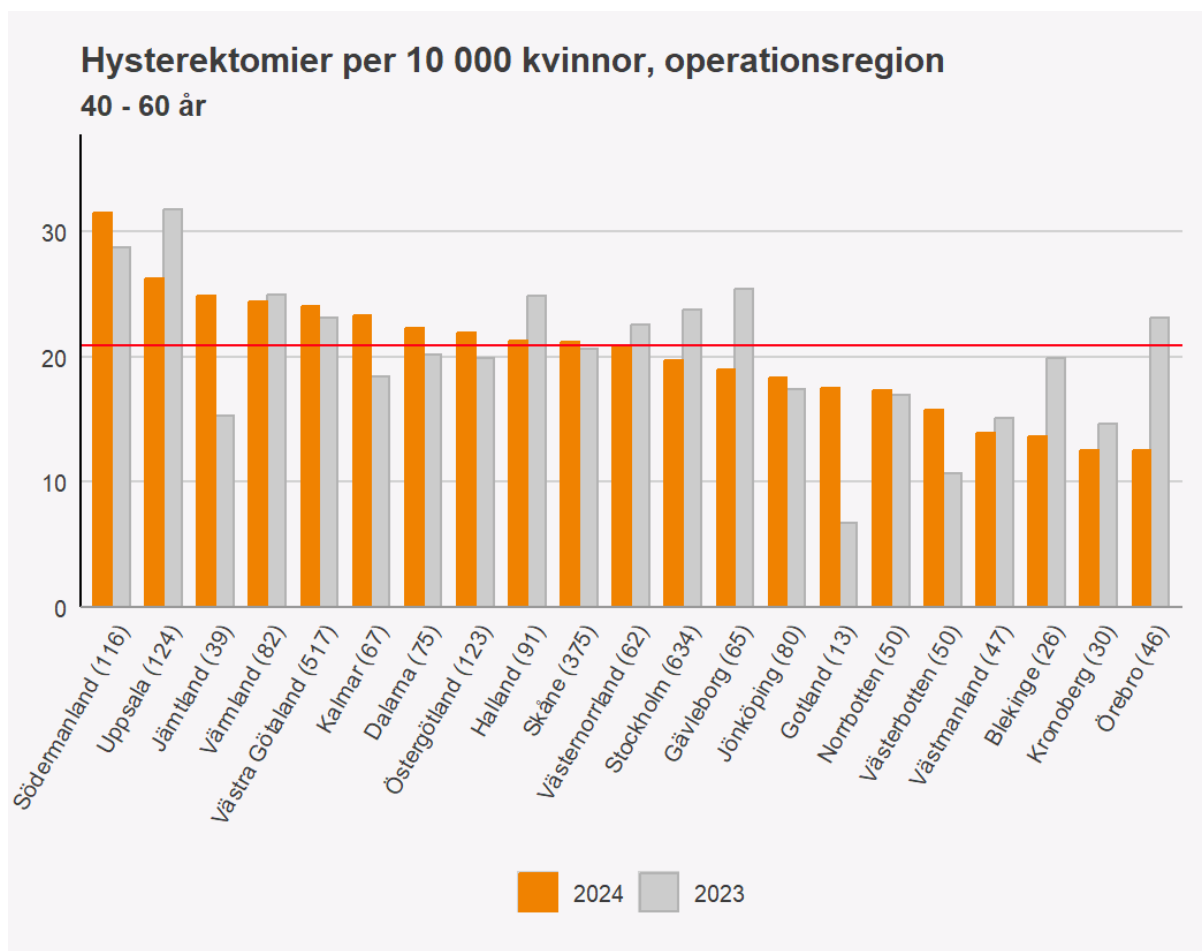


Figur 5. Antal registrerade hysterektomier över tid

Täckningsgraden gällande hysterektomier är god, 90–93% de senaste tio åren. Den sakta sjunkande trenden i antalet hysterektomier kan, som tidigare diskuterats, vara multifaktoriell.



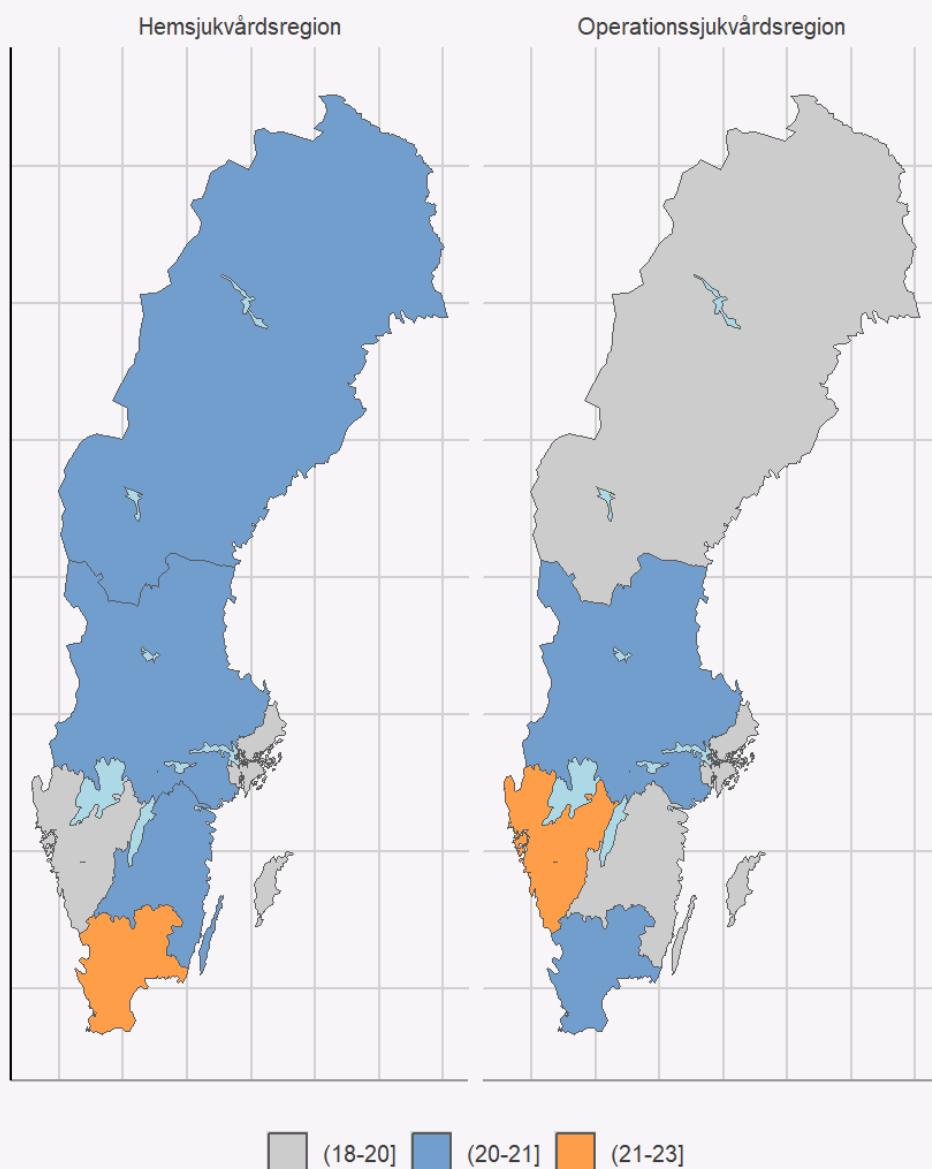
Figur 6. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år) där de är skrivna, hämtat från GynOp-registret och SCB år 2024. Inom parentes visas antalet opererade för år 2024. Den röda horisontella linjen är medianen av antal hysterektomier/10 000 kvinnor år 2024 för riket.



Figur 7. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år) där de är opererade, hämtat från GynOp-registret och SCB år 2024. Inom parentes visas antalet opererade för 2024. Den röda horisontella linjen är medianen av antal hysterektomier/10 000 kvinnor år 2024 för riket.

Figur 6–8 visar att Sörmland gör flest hysterektomier/10 000 kvinnor och år. Lägst tillgång till hysterektomier finns i Västerbotten, Västmanland, Blekinge, Kronoberg och Örebro.

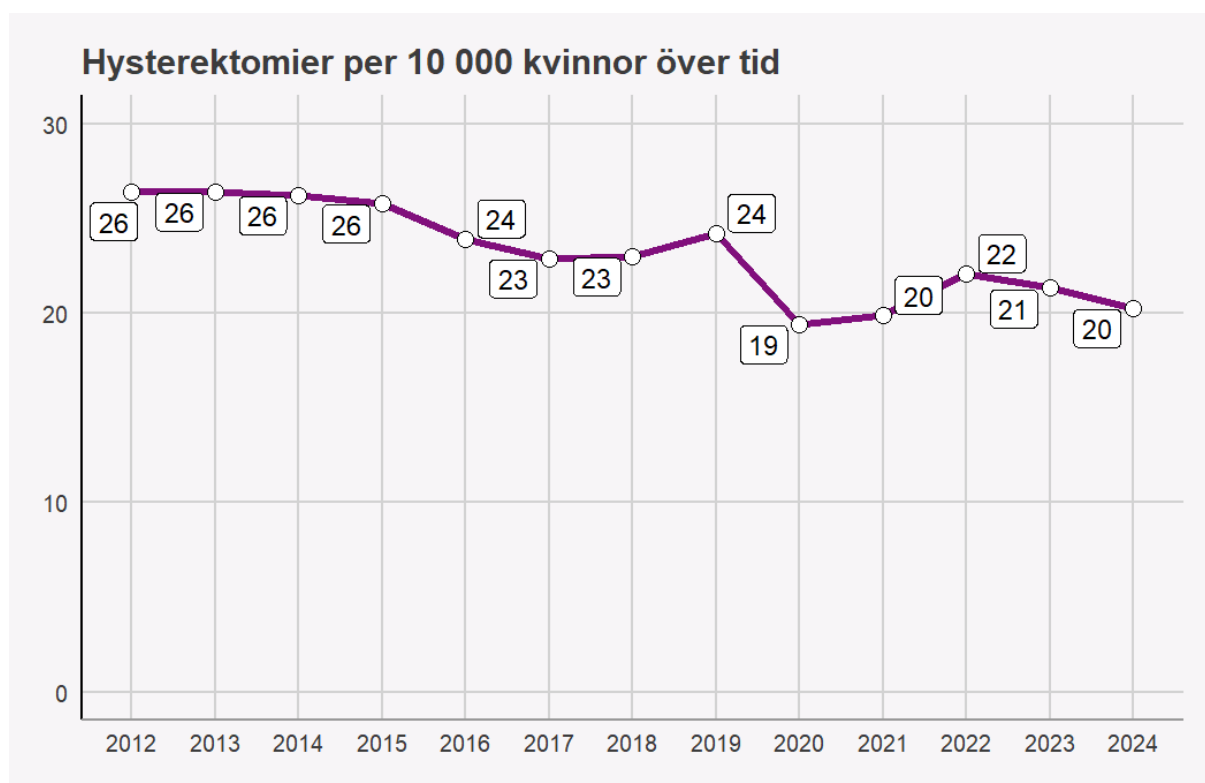
Hysterektomier per 10 000 kvinnor (40-60 år), fördelat på hemsjukvårdsregion och operationssjukvårdsregion



Figur 8. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (40–60 år), fördelat på hemsjukvårdsregion och operationssjukvårdsregion hämtat från Gynop-registret och SCB år 2023 och 2024.

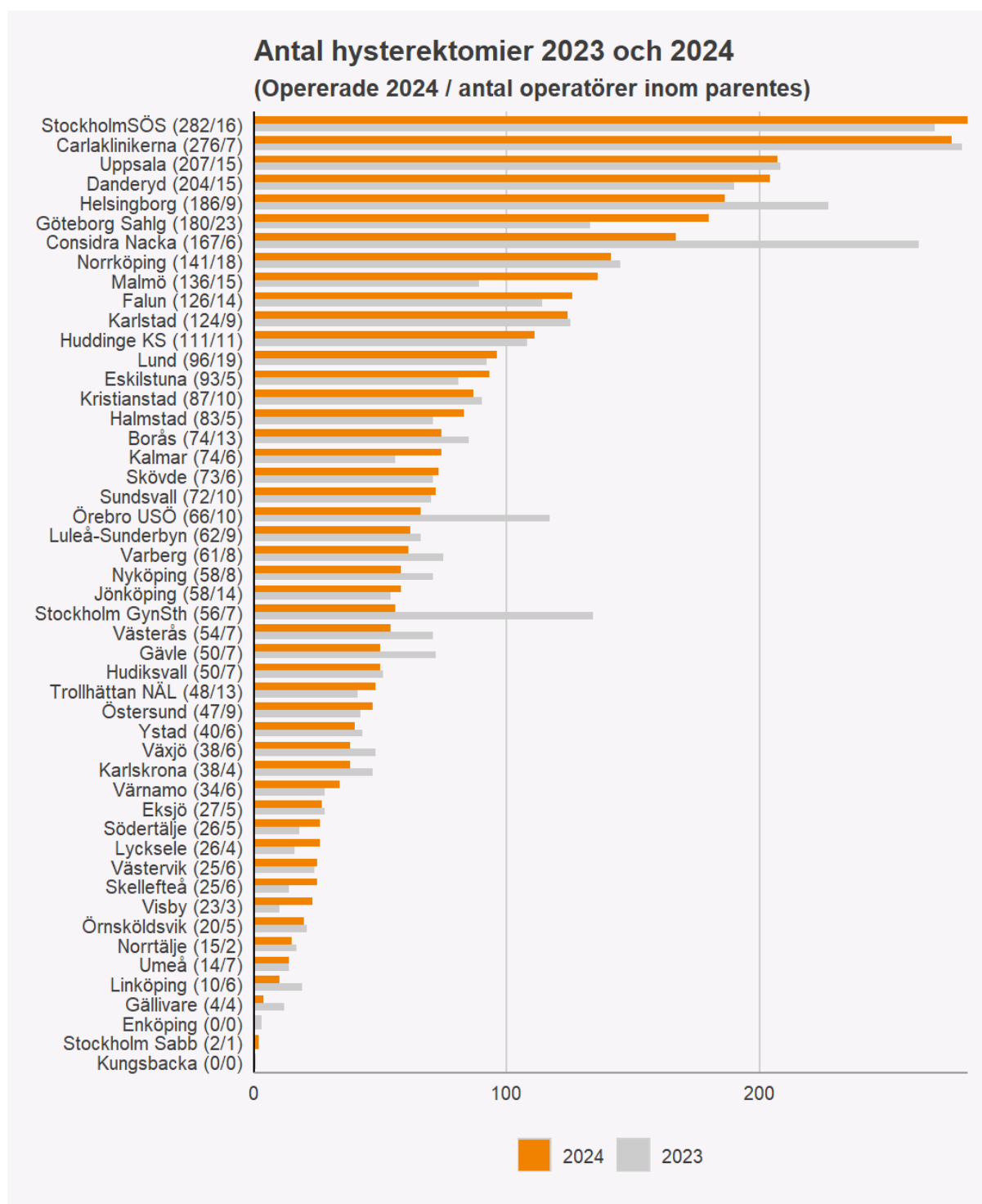
- **Den vänstra kartan** visar var de kvinnorna är folkbokförda.
- **Den högra kartan** visar var de faktiskt genomgår sin operation.

Regioner som ändrar färg från **blått till grått** eller från **orange till blått/grått** i kartbilden ovan 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.



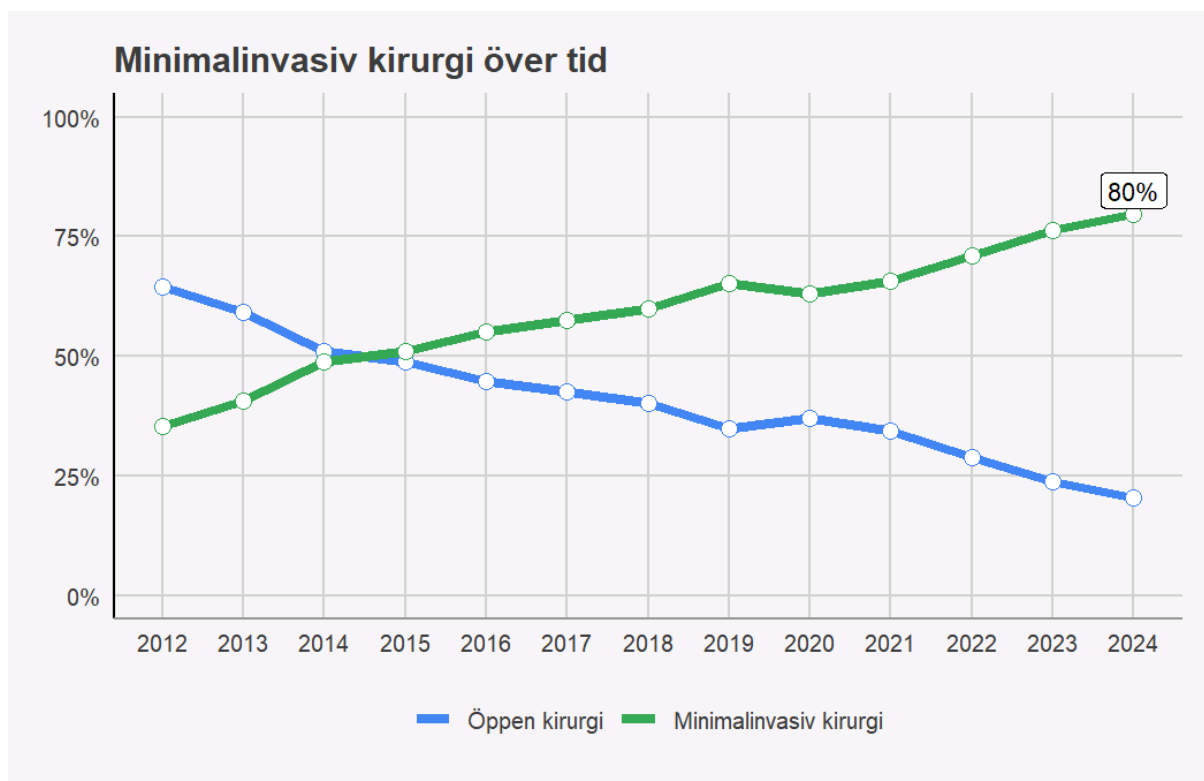
Figur 9. Hysterektomier per 10 000 kvinnor (ålder 40–60 år), hämtat från Gynop-registret och SCB år 2012 till 2024.

Figur 9 ovan visar en minskning på 30% av antalet hysterektomier/10 000 kvinnor sedan år 2012.



Figur 10. Antal hysterektomier år 2023 och 2024.

Figur 10 visar att antalet hysterektomier har minskat kraftigt hos ett par privata vårdgivare i Stockholm, till följd av regionpolitiska beslut. Även Örebro har halverat sina operationsvolymen för benign kirurgi. Operationsvolymerna på de flesta andra kliniker är oförändrade.

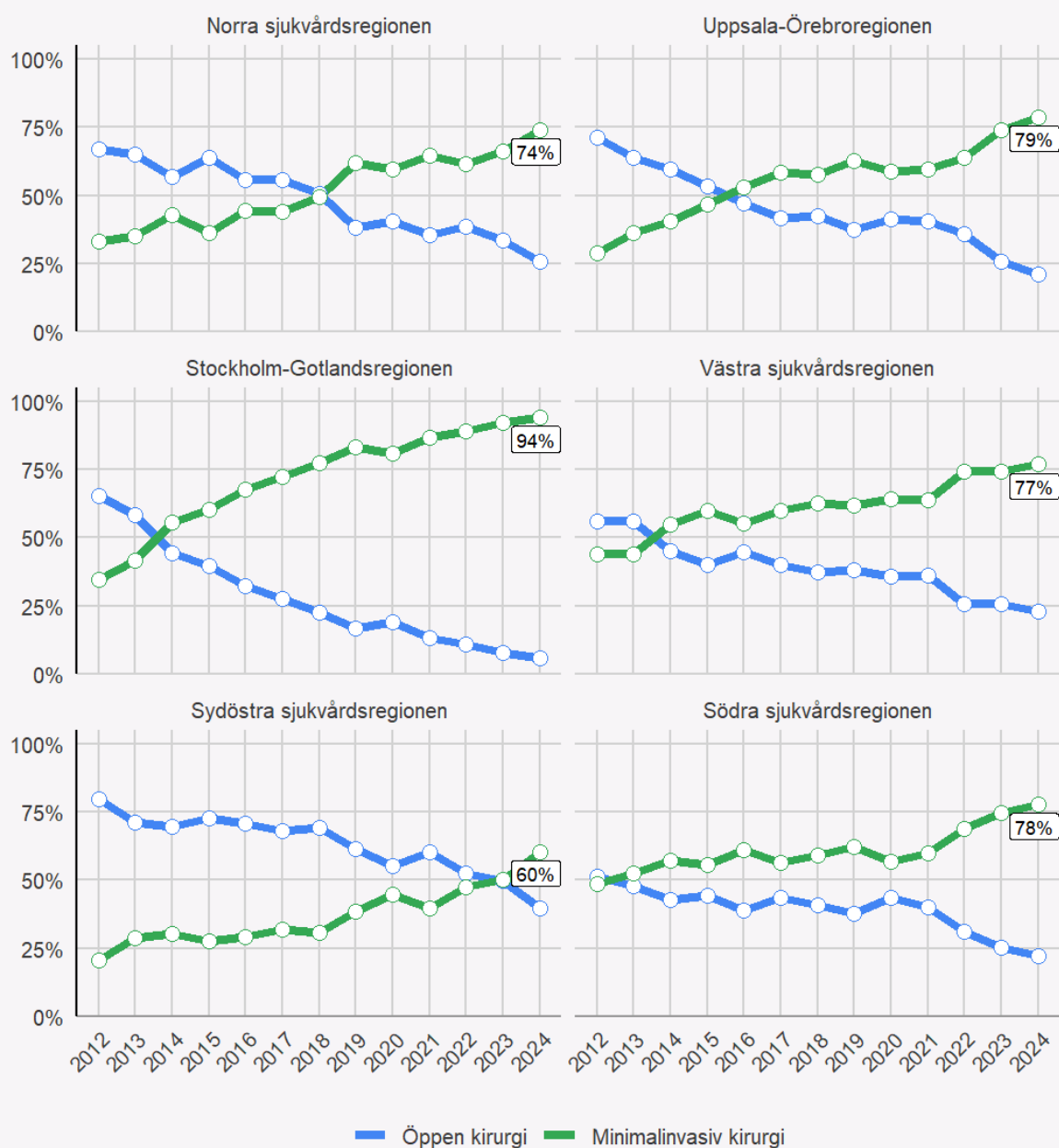


Figur 11. Minimalinvasiv kirurgi över tid.

Andelen minimalinvasiv hysterektomi 2024: **80%**.

Dessa siffror kan vi vara extra glada över. Satsningen på minimalinvasiv kirurgi har med hjälp av vaginal hysterektomi, laparoskopisk, robotassisterad och vNOTES-teknik nått 80% av hysterektomierna i riket.

Minimalinvasiv kirurgi över tid per sjukvårdsregion

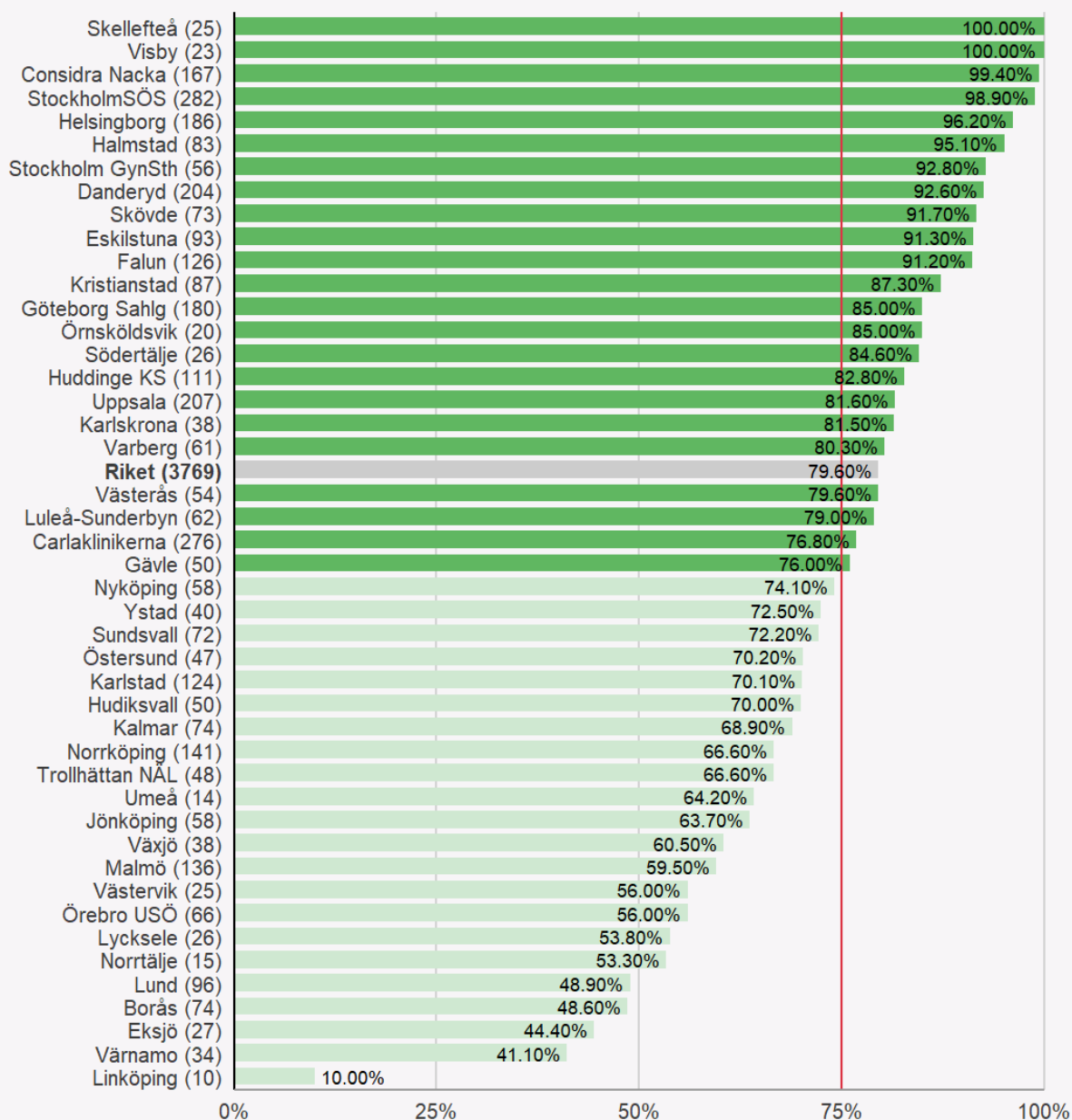


Figur 12. Minimalinvasiv kirurgi över tid per sjukvårdsregion.

Utvecklingen går, som vi har visat tidigare år, olika snabbt i de olika regionerna. Sydöstra sjukvårdsregionen ligger fortfarande på 60% minimalinvasiv hysterektomi, lägst av sjukvårdsregionerna. Det betyder alltså att många kvinnor där genomgår abdominell hysterektomi med risk för mer smärta, större blödningar, sårproblematik och längre återhämtning, jämfört med i andra regioner. I Stockholm/Gotland opereras 94% (97 % år 2024) med en minimalinvasiv teknik.

Andel minimalinvasiv kirurgi

Målnivå 75%



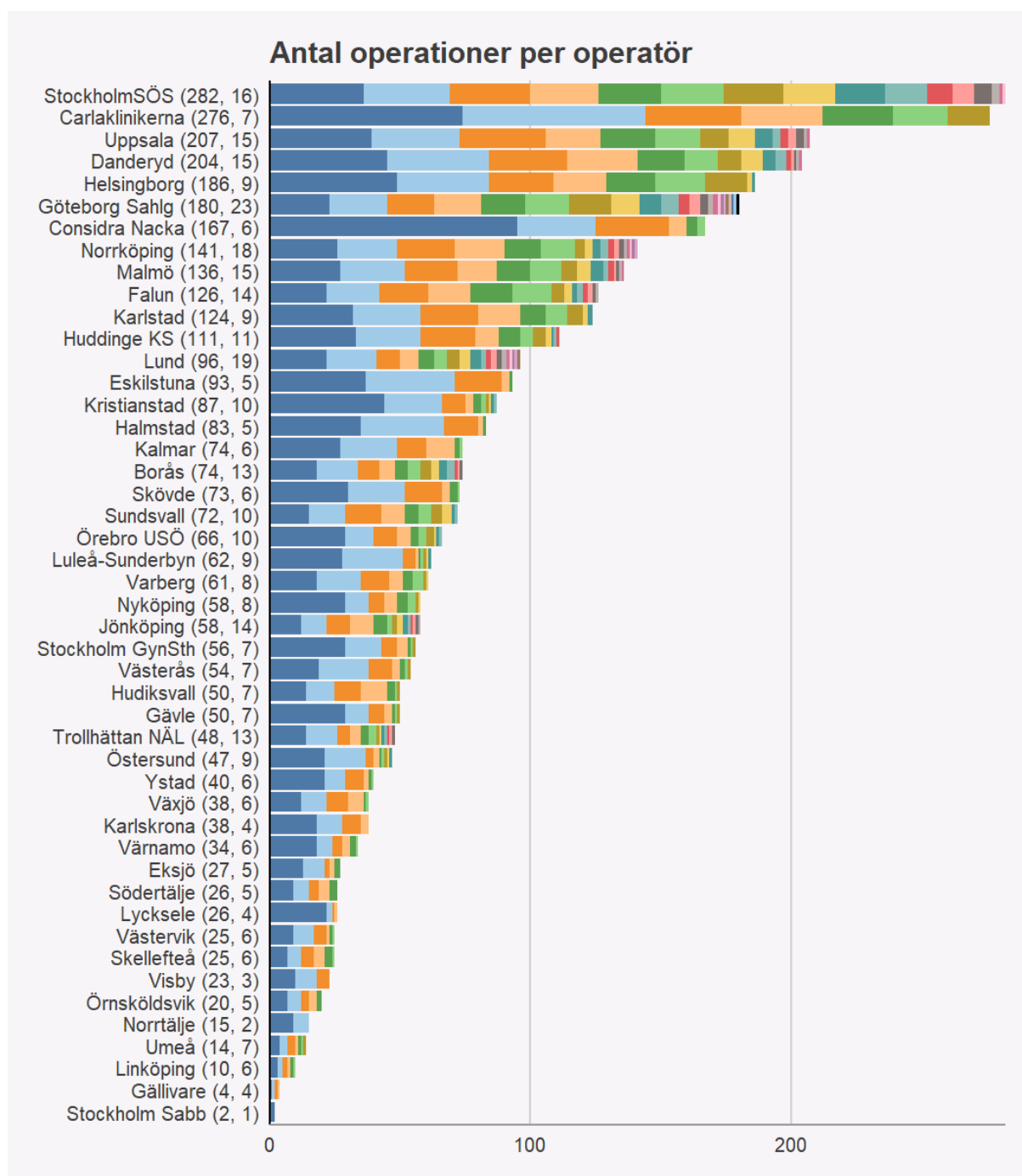
Figur 13. Andel minimalinvasiv kirurgi.

Flera kliniker såsom Skellefteå, Visby, Considra, Helsingborg, Halmstad och Södersjukhuset håller en nivå på 95–100% minimalinvasiv teknik. I botten av grafen med mindre än 50 % minimalinvasiv teknik vid hysterektomi återfinns Linköping, Värnamo, Eksjö, Borås och Lund.

Bland de fem kliniker som har minskat andelen abdominella hysterektomier mest ingår glädjande nog flera kliniker som i många år har hållit fast vid abdominell teknik (tabell 2):

Tabell 2. Procentuell förändring abdominell kirurgi år 2023 och 2024.

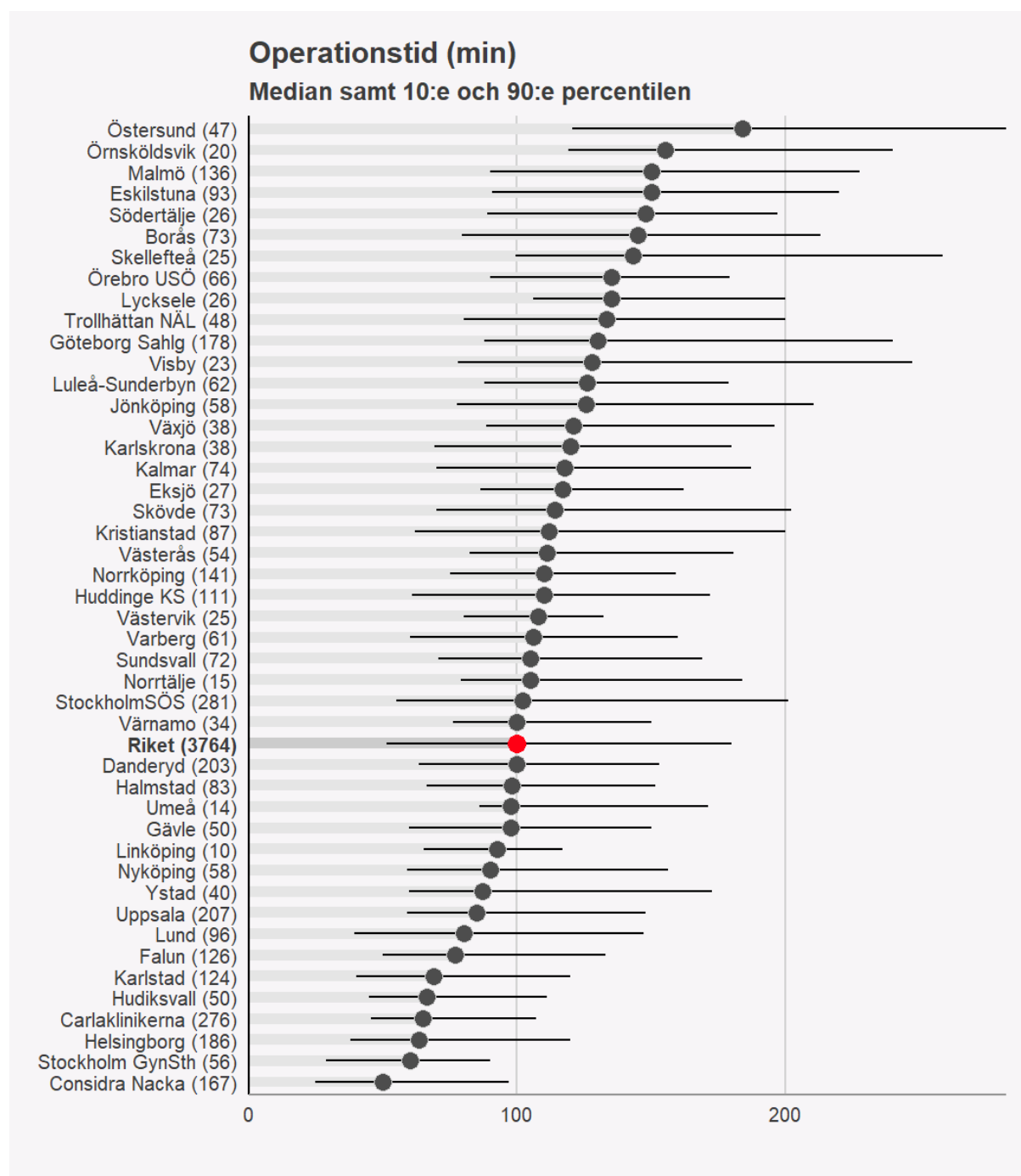
Sjukhus	Abdominella 2023	Abdominella 2024	Minskning i procentenheter
Lycksele	87.5%	46.2%	41.3%
Umeå	71.4%	35.7%	35.7%
Ystad	60.5%	27.5%	33.0%
Norrköping	56.6%	33.3%	23.2%
Gällivare	91.7%	75.0%	16.7%



Figur 14. Antal operationer per operatör. Varje operatör representeras av en färg i klinikens stapel. Antalet operationer och antal operatörer per klinik presenteras inom parentes.

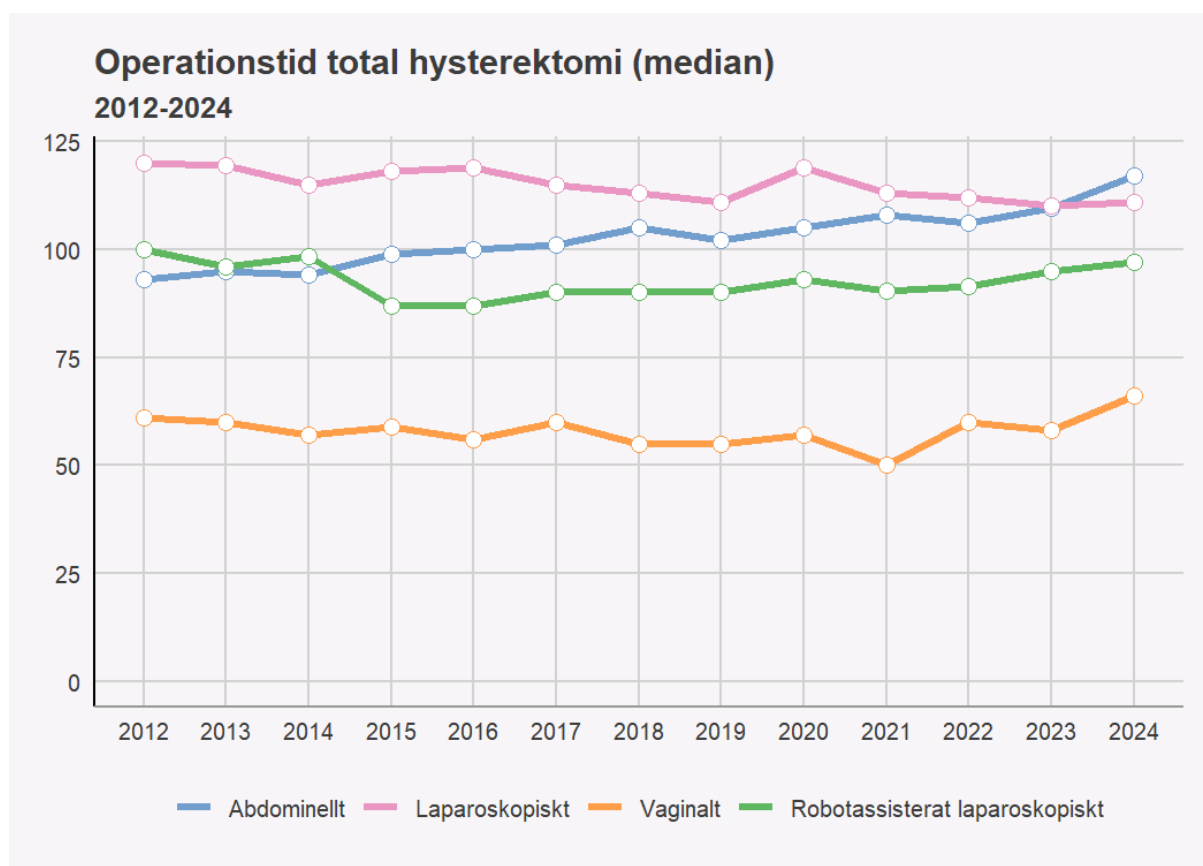
Det finns tre operatörer i landet som gör fler än 50 hysterektomier/år. Samtliga tillhör privat drivna kliniker.

Operationstid



Figur 15. Operationstid (min)

Operationstiden för en hysterektomi varierar kraftigt i landet. I Östersund tar det sedan många år tre, ibland fem timmar för en hysterektomi, emedan mediantiden för Considra Nacka, Gyn Sthlm, Helsingborg, Carlaklinikerna och Hudiksvall är 45–60 minuter. Flera kliniker använder 2–2,5 timmar för en hysterektomi. Riksmmedianen är drygt 1,5 timme.

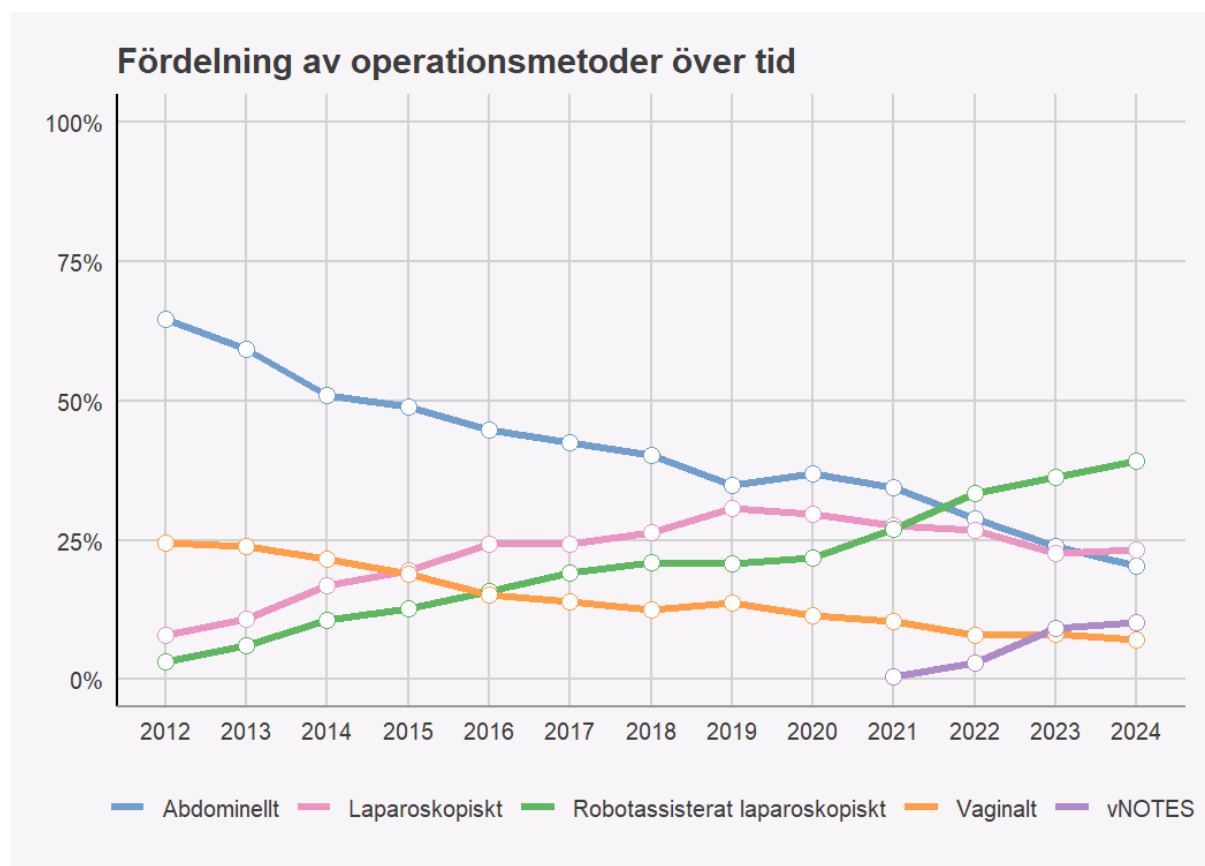


Figur 16. Operationstid total hysterektomi (median)

Snabbaste operationstekniken är vaginal hysterektomi och vNOTES, cirka 60 minuter (här presenterat som en gemensam grupp), jämfört med laparoskopi, robotassisterad och abdominell teknik, som tar 95–115 minuter.

Operationsmetoder

Totalt har 885 operationer med den nya vaginala tekniken vNOTES genomförts sedan införandet år 2021. Vårn 2026 planeras en specialrapport om vNOTES-tekniken.

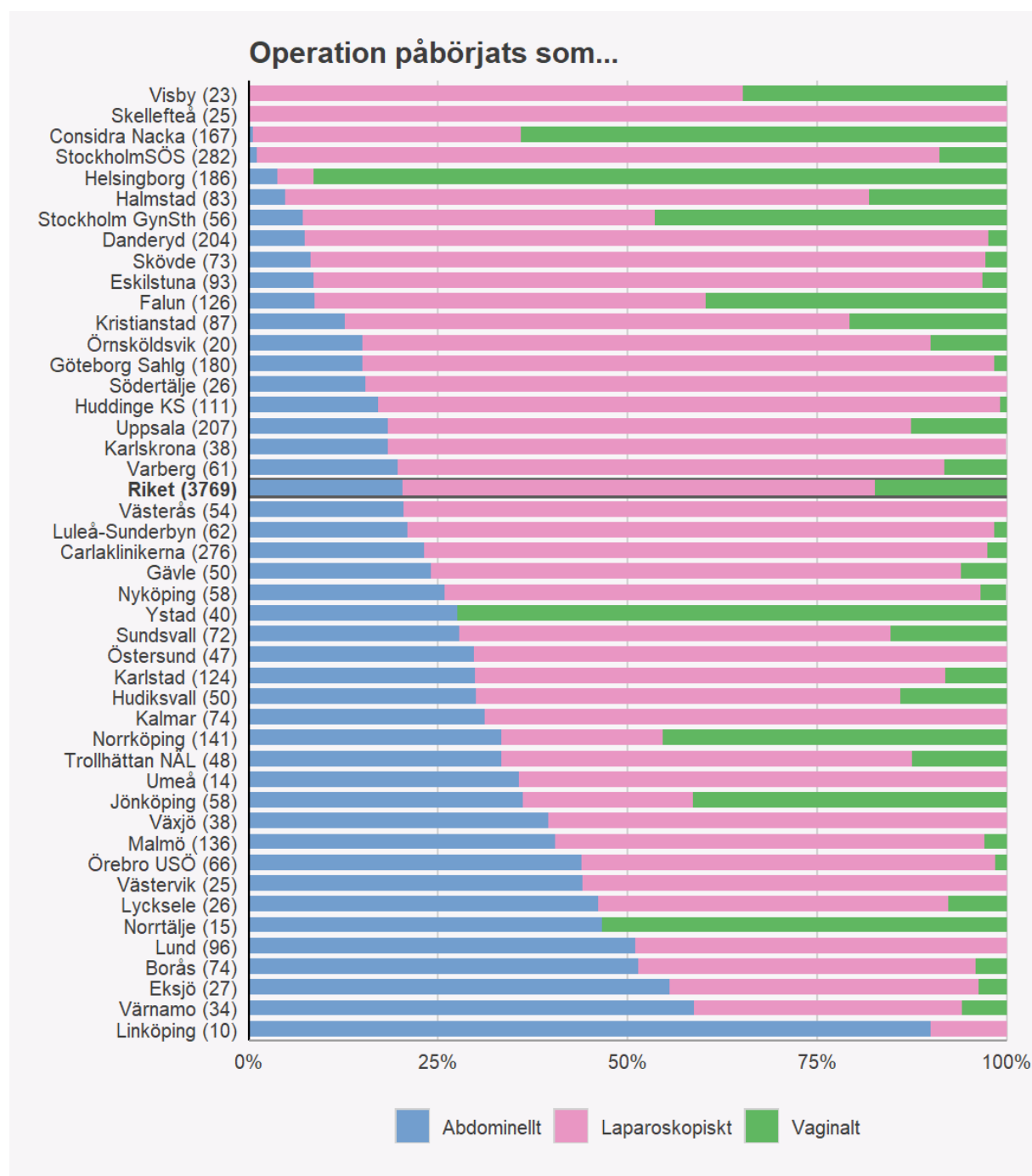


Figur 17. Fördelning av operationsmetoder över tid.

Idag utförs 39,1% av hysterektomierna med robotassisterad teknik, vilket belastar miljön mest och är den dyraste metoden för hysterektomi. Ergonomiskt och precisionsmässigt är det dock en tilltalande teknik.

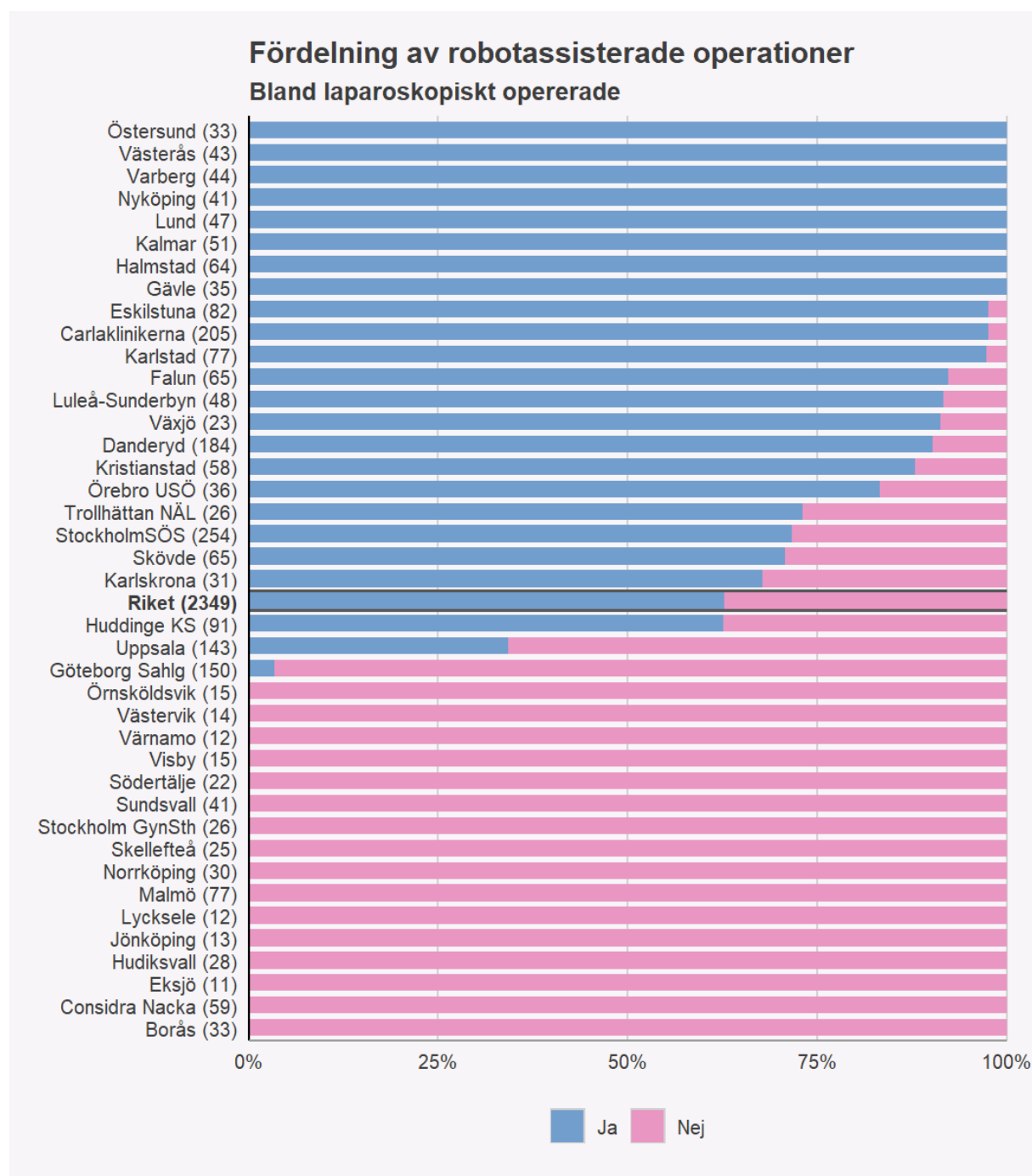
Tabell 3. Fördelning av operationsmetoder nationellt.

Metod	Antal/andel
Abdominell	767 (20.4%)
Laparoskopisk	875 (23.2%)
Robotassisterad laparoskopisk	1474 (39.1%)
Vaginal	271 (7.2%)
vNOTES	382 (10.1%)



Figur 18. Operation påbörjats som...

Val av primär approach varierar mellan klinikerna. På senare år har fler kliniker börjat med vNOTES-teknik, varför vaginal metod har ökat.



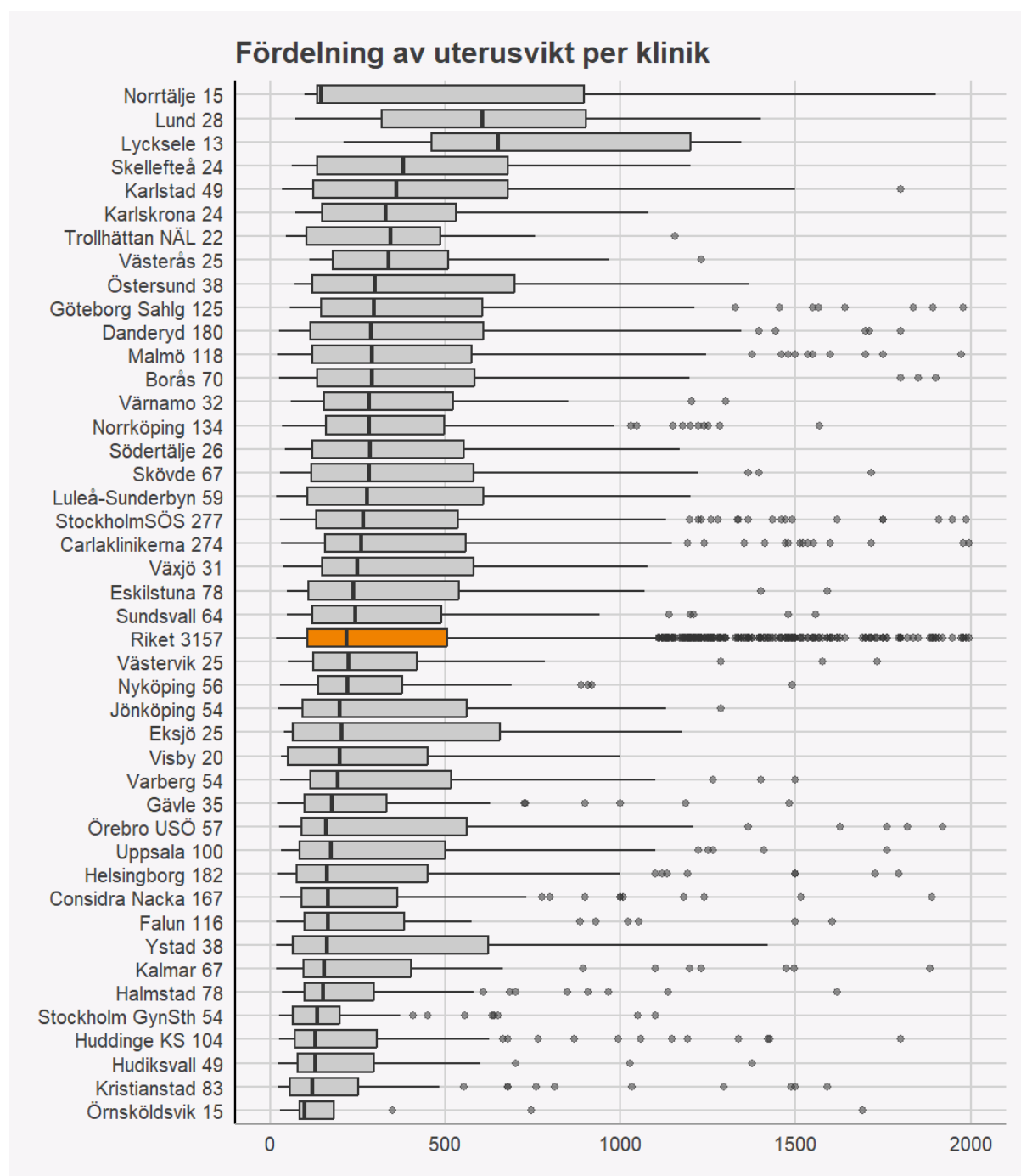
Figur 19. Fördelning av robotassisterade operationer.

Drygt hälften av landets kliniker (55%) använder robotassisterad teknik vid hysterektomi. Tabell 4 pekar på att det går bra att arbeta minimalinvasivt även utan robot.

Tabell 4. Fördelning av minimalinvasiva uppdelat på om robot finns på kliniken eller ej.

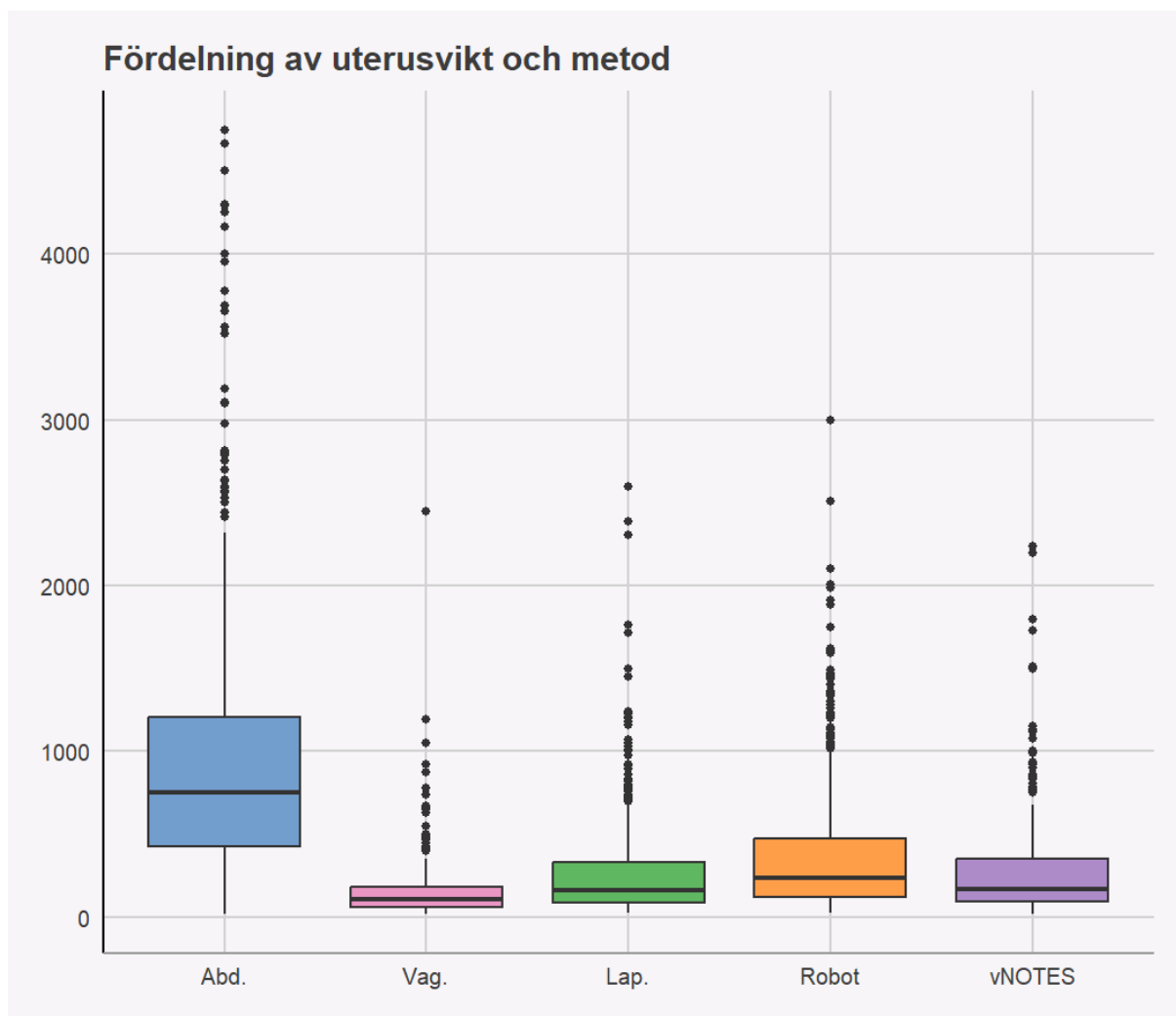
	minimum	median	maximum
Robot saknas	25%	70%	100%
Robot finns	10%	79%	99%

Uterusvikt



Figur 20. Fördelning av uterusvikt per klinik. Uterusvikt mätt i gram.

Medianvärdet för uterusvikt ligger mellan 200 och 300 g i riket, utan större skillnader mellan de flesta kliniker.

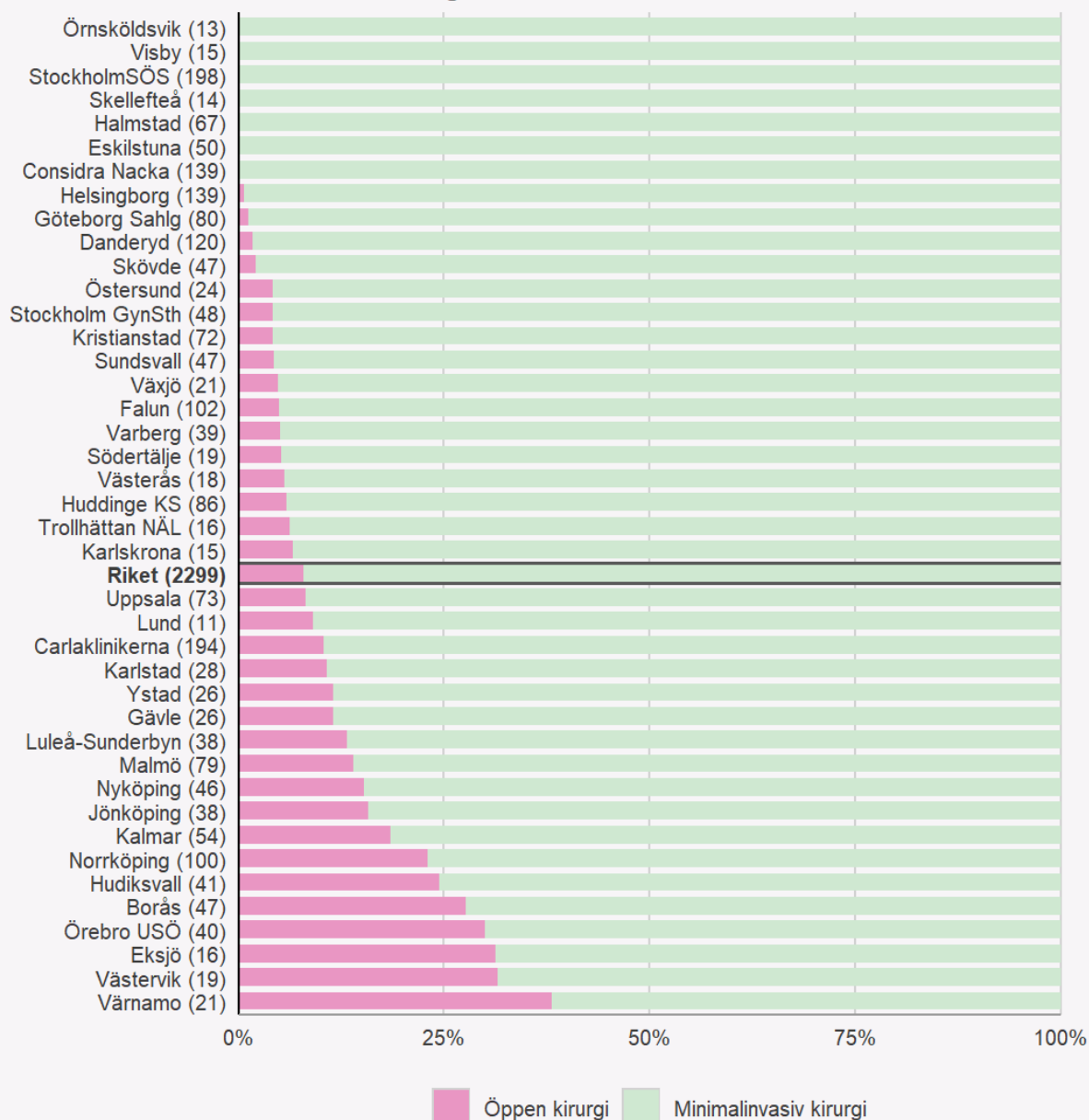


Figur 21. Fördelning av uterusvikt och metod. Uterusvikt mätt i gram.

Det föreligger inga större skillnader i medianvärde för uterusvikt vid användning av de fyra minimal-invasiva teknikerna. Vaginal hysterektomi används vid de lägsta uterusvikterna, vilket är rimligt.

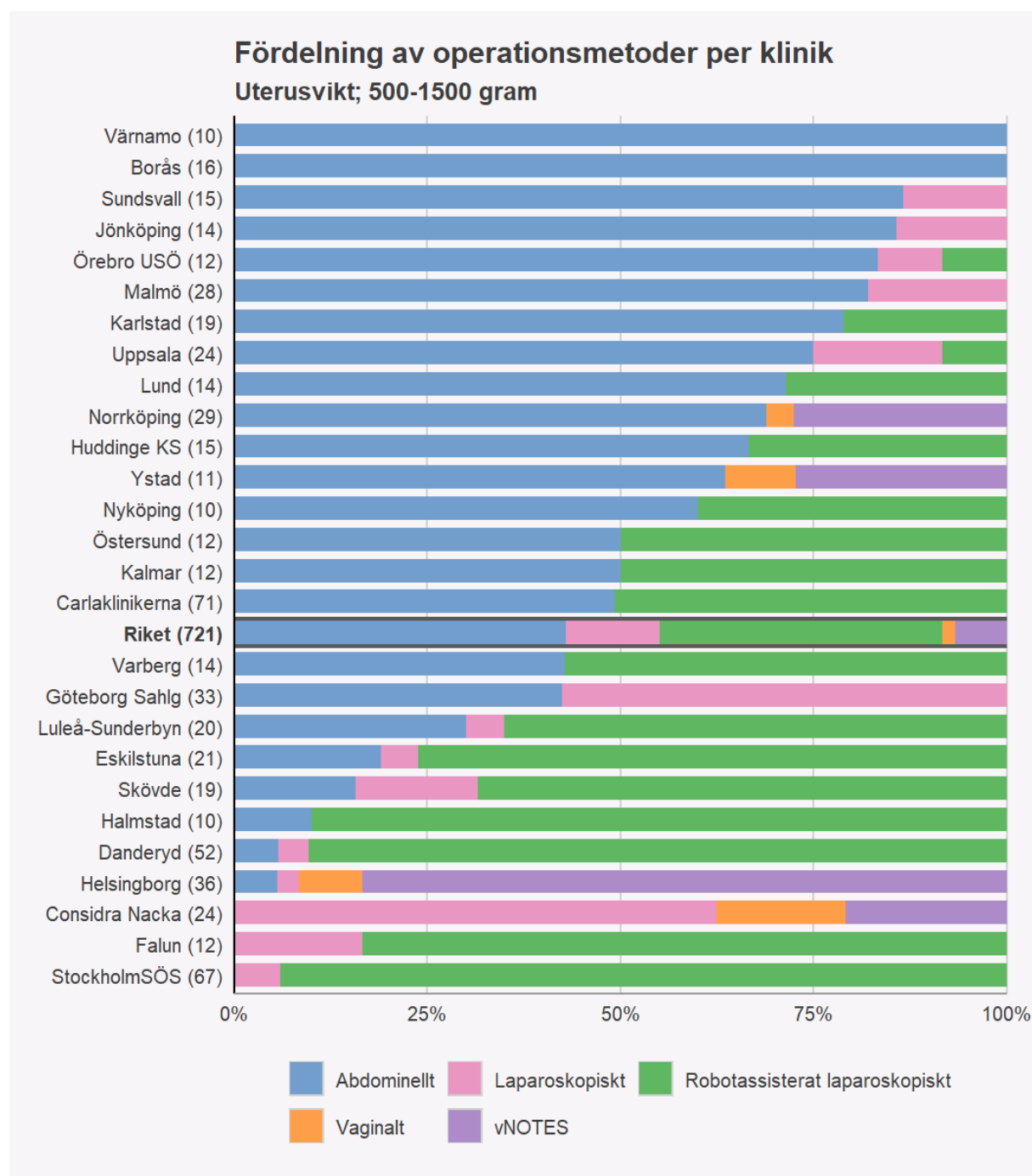
Fördelning av minimalinvasiv kirurgi per klinik

Uterusvikt < 500g



Figur 22. Fördelning av minimalinvasiv kirurgi per klinik.

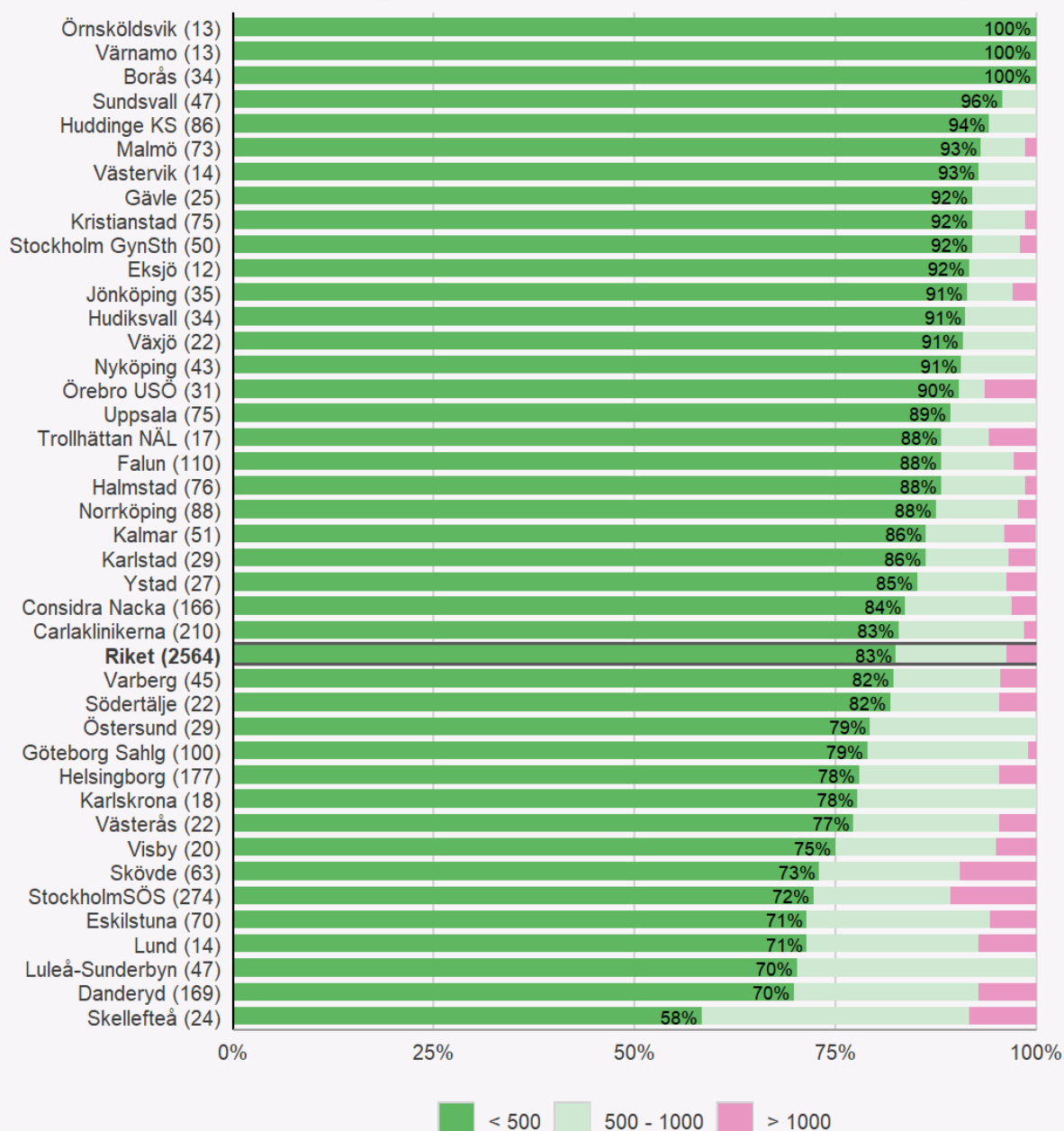
Vid uterusvikt under 500 g finns en förbättringspotential med ökad användning av minimalinvasiv teknik vid flera kliniker.



Figur 23. Fördelning av operationsmetoder per klinik. Enbart patienter med uterusvikt mellan 500–1500 gram är inkluderade.

Figur 23 visar att det mellan klinikerna används olika tekniker vid operation av större livmödrar som väger 500–1500 g. Även här finns utvecklingspotential för flera kliniker som mest använder abdominell teknik när livmodern är större. Alla minimalinvasiva tekniker kan vara ett alternativ. Återhämtningen blir snabbare och smärtan lägre för den opererade.

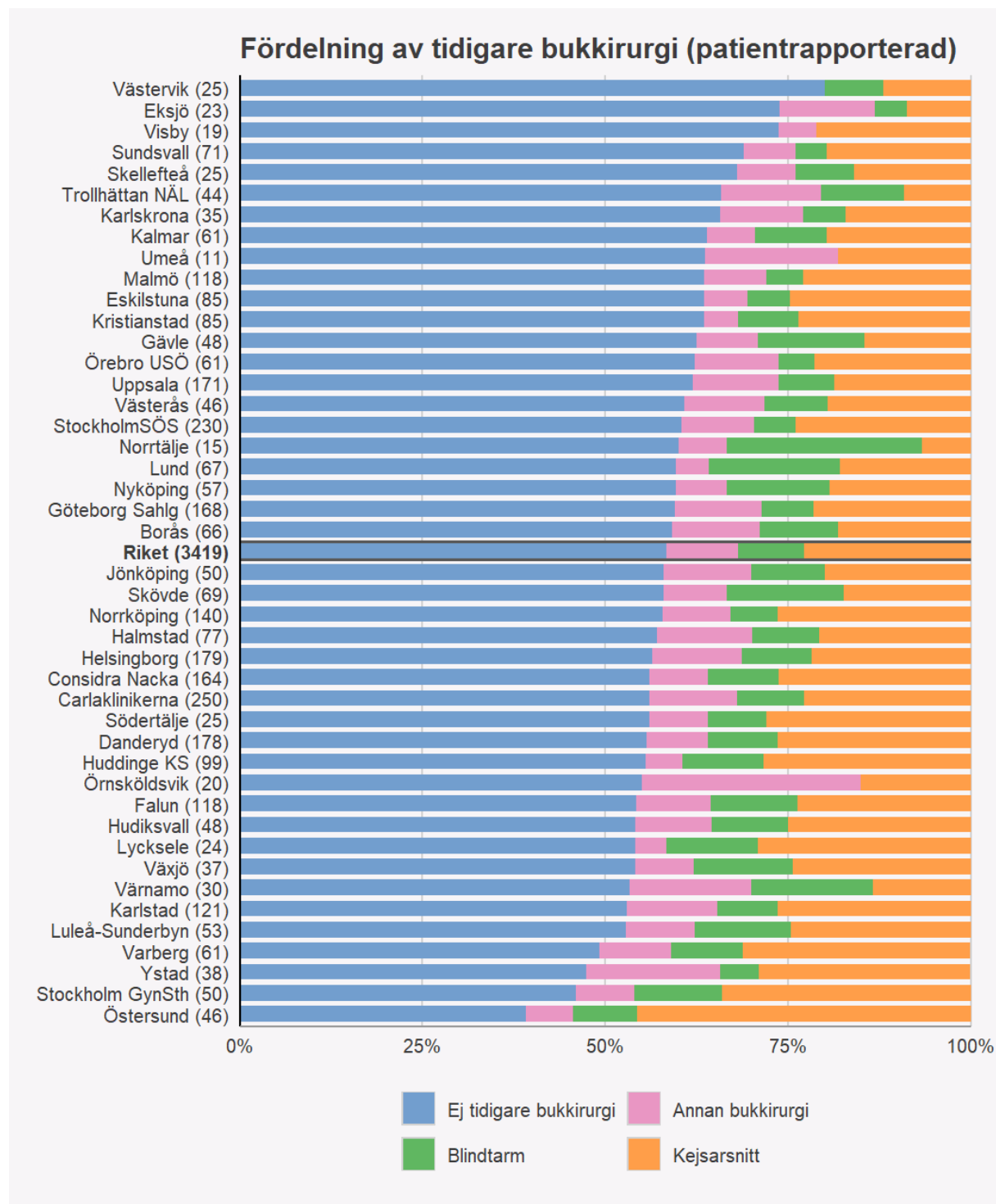
Fördelning av uterusvikt vid minimalinvasiv kirurgi



Figur 24. Fördelning av uterusvikt vid minimalinvasiv kirurgi.

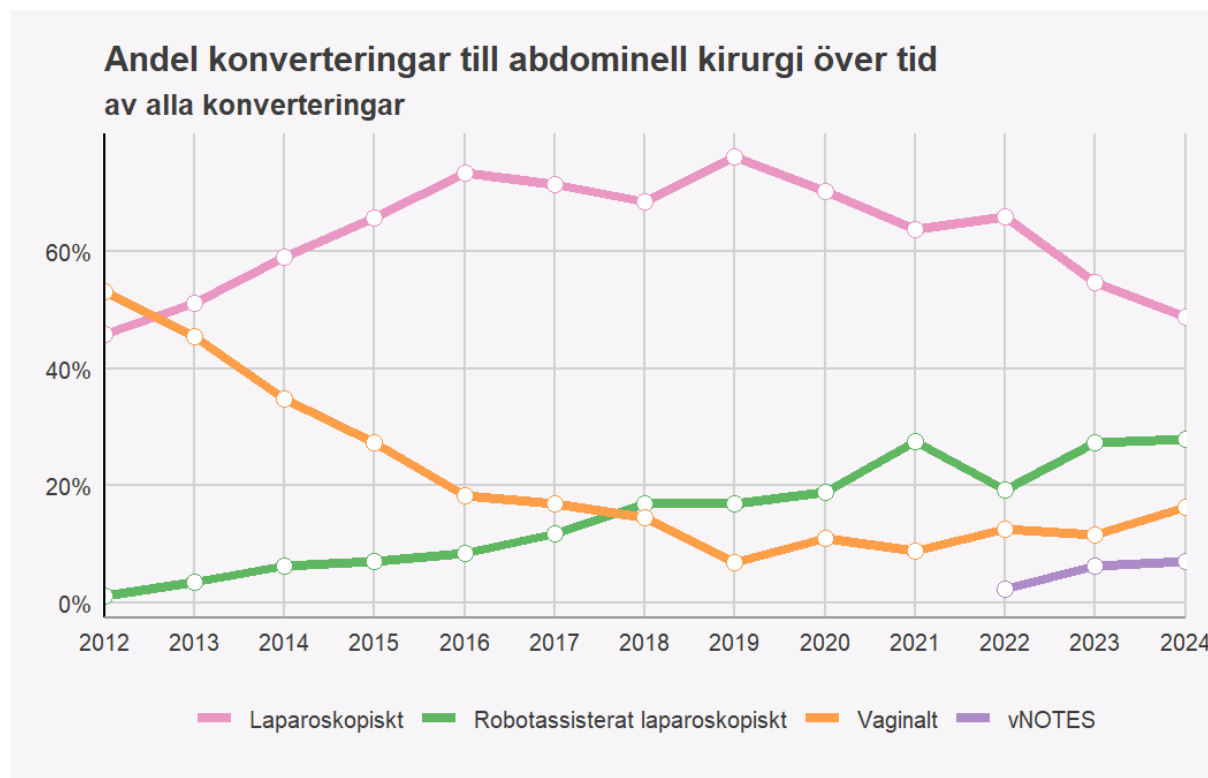
Här visar vi uterusvikter i tre grupper av de som opererats med minimalinvasiv kirurgi. Hälften av landets kliniker opererar uterusvikt överstigande 1 kg med minimalinvasiv teknik.

Tidigare bukkirurgi



Figur 25. Fördelning av tidigare bukkirurgi (patientrapporterad).

Patienternas erfarenheter av tidigare bukkirurgi skiljer sig marginellt mellan de olika klinikerna. De patientgrupper som jämförs i årsrapporten har således liknande BMI, ASA-klass och risk för ärrbildning efter tidigare operationer.

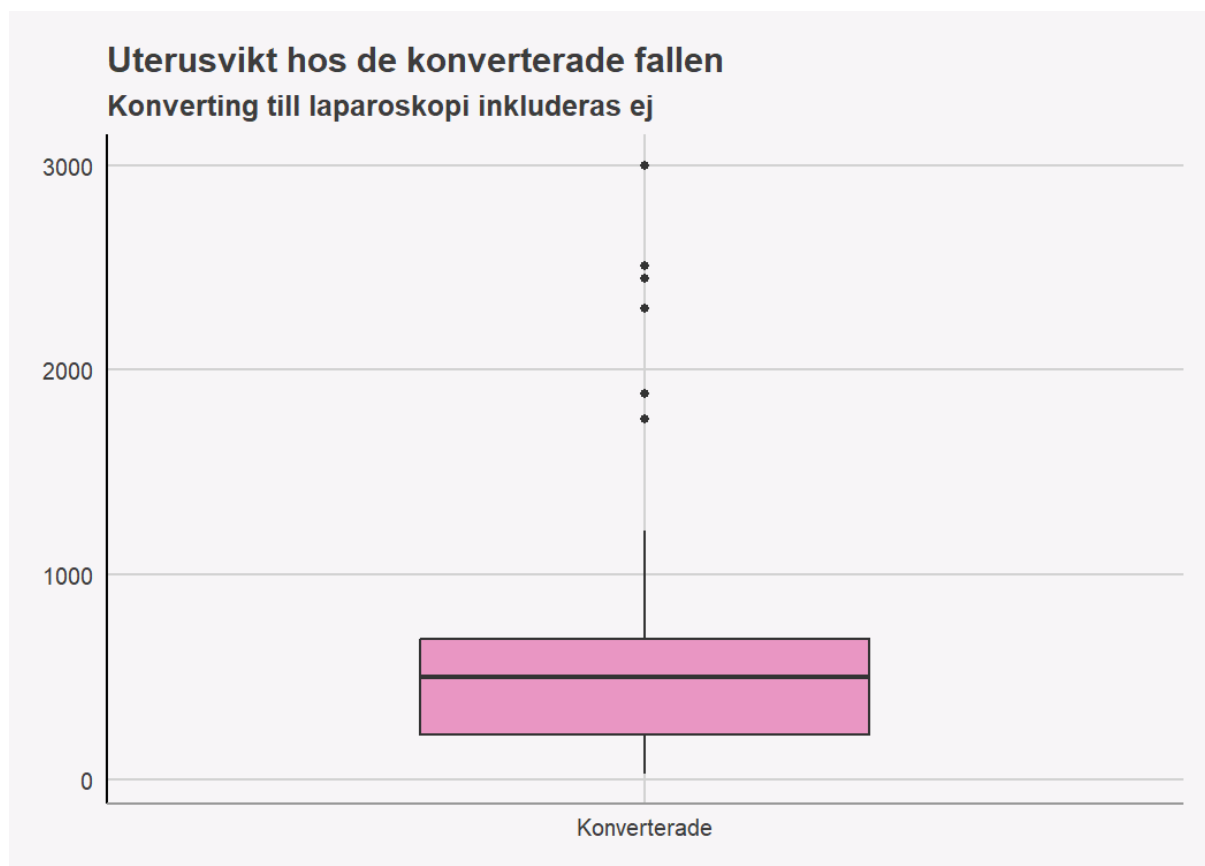


Figur 26. Andel konverteringar till abdominell kirurgi över tid, uppdelat på metod. Nytt för i år att vNOTES separerats från operationsmetod vaginalt.

I takt med ökad andel robotkirurgi och vNOTES ökar konverteringsrisken till laparotomi för de teknikerna, emedan den minskar för den laparoskopiska tekniken som minskat i användningsfrekvens. Det är väl känt att utvecklingskurvan påverkar konverteringsrisken, men får accepteras när fler kvinnor på sikt kan opereras minimalinvasivt.

Tabell 5. Andel konverterade hysterektomier.

Antal konverterade	Antal minimalinvasiva hysterektomier	Andel
86	3002	2.9%

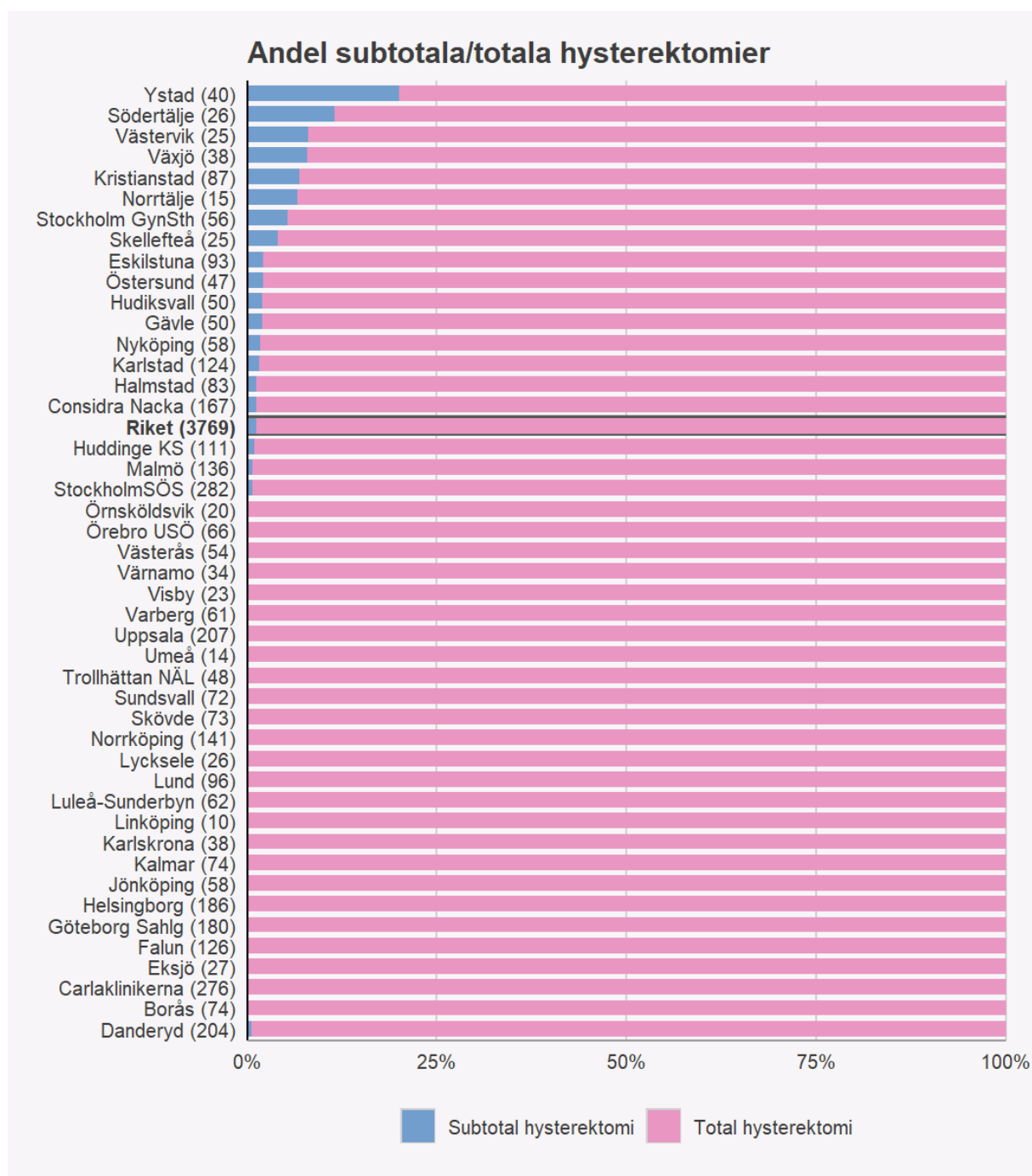


Figur 27. Uterusvikt hos de konverterade fallen. Uterusvikt i gram.

Konverteringsrisken ökar vid uterusvikt cirka 500 g och över.

Tabell 6. Uterusvikt hos de konverterade fallen

minimum	median	maximum
32	500	3000

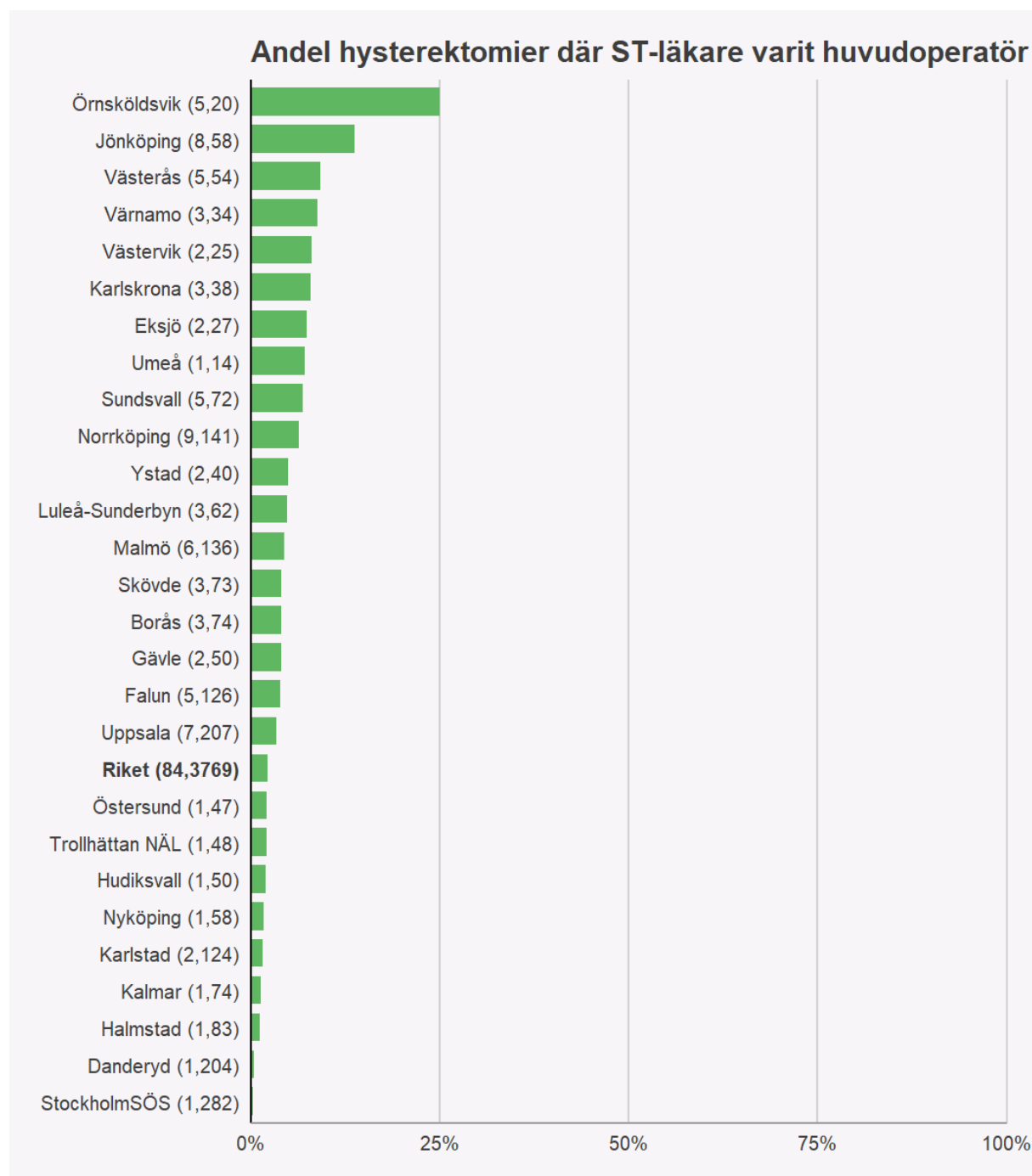


Figur 28. Andel subtotala/totala hysterektomier.

De flesta klinikerna i landet utför total hysterektomi.

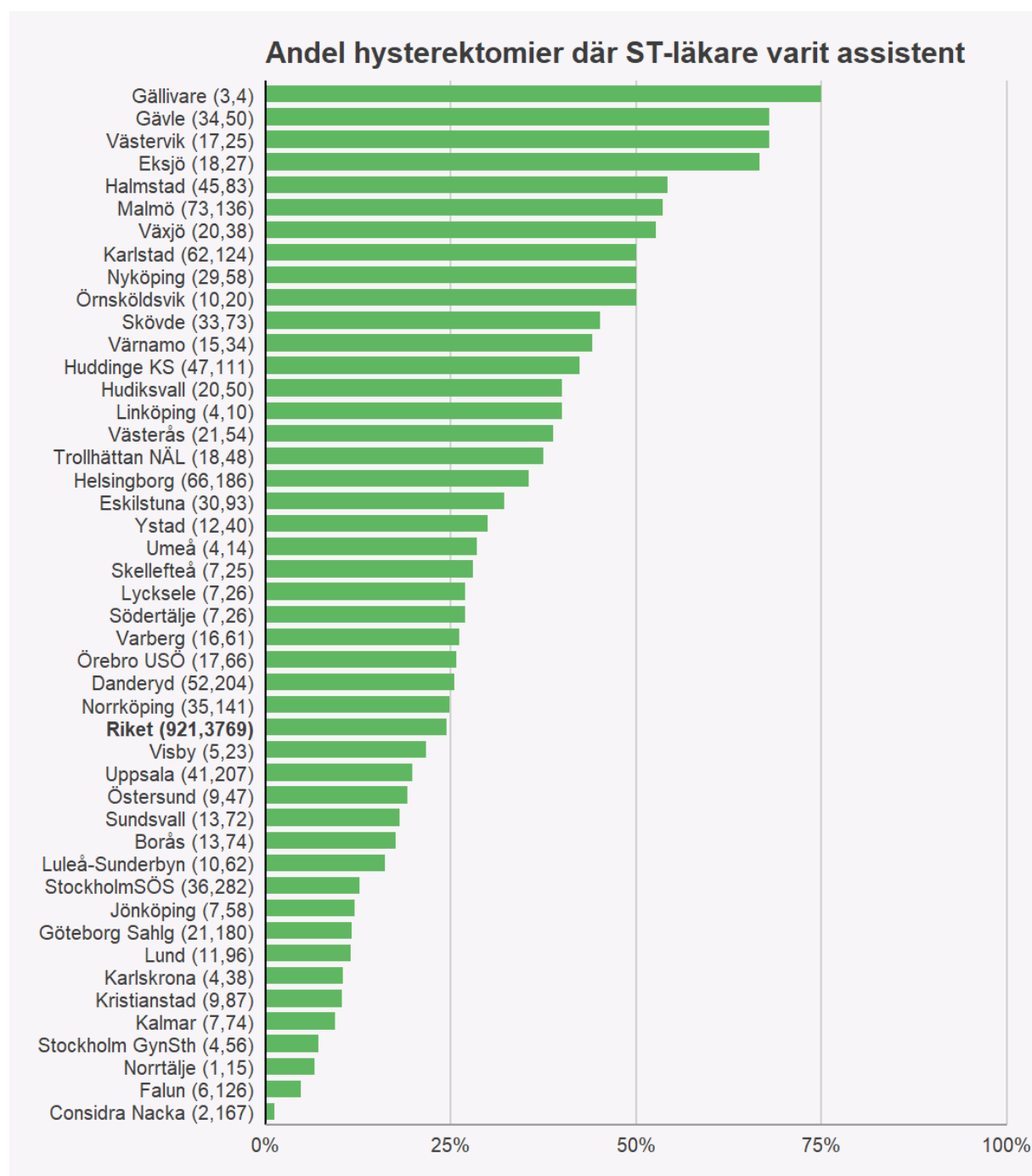
Utbildning av ST-läkare

Variabeln om ST-läkares deltagande vid operation har funnits sedan år 2022. Svarsalternativen är "Nej", "Ja, som huvudoperatör" och "Ja, som assistent".



Figur 29. Andel hysterektomier där ST-läkare varit huvudoperatör, per klinik. Antal operationer där ST-läkare varit huvudoperatör och det totala antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet.

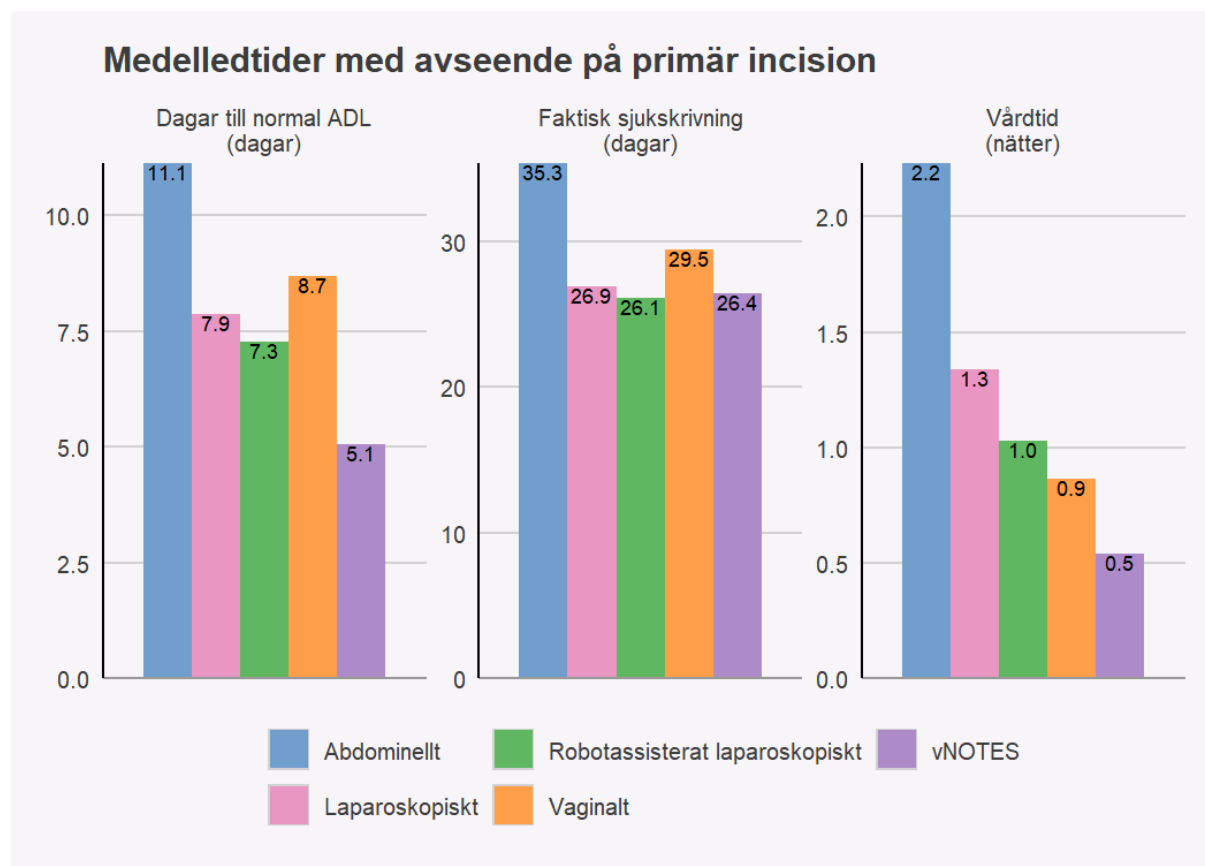
Ett fåtal ST-läkare utför hysterektomi som huvudoperatör.



Figur 30. Andel hysterektomier där ST-läkare varit assistent per klinik. Antal operationer där ST-läkare varit assistent och det totala antalet operationer inom parentes efter kliniknamnet.

Det är viktigt att minimalinvasiv teknik lärs ut även till ST-läkare, så att framtidens försörjning av operatörer bemästrar de olika minimalinvasiva teknikerna.

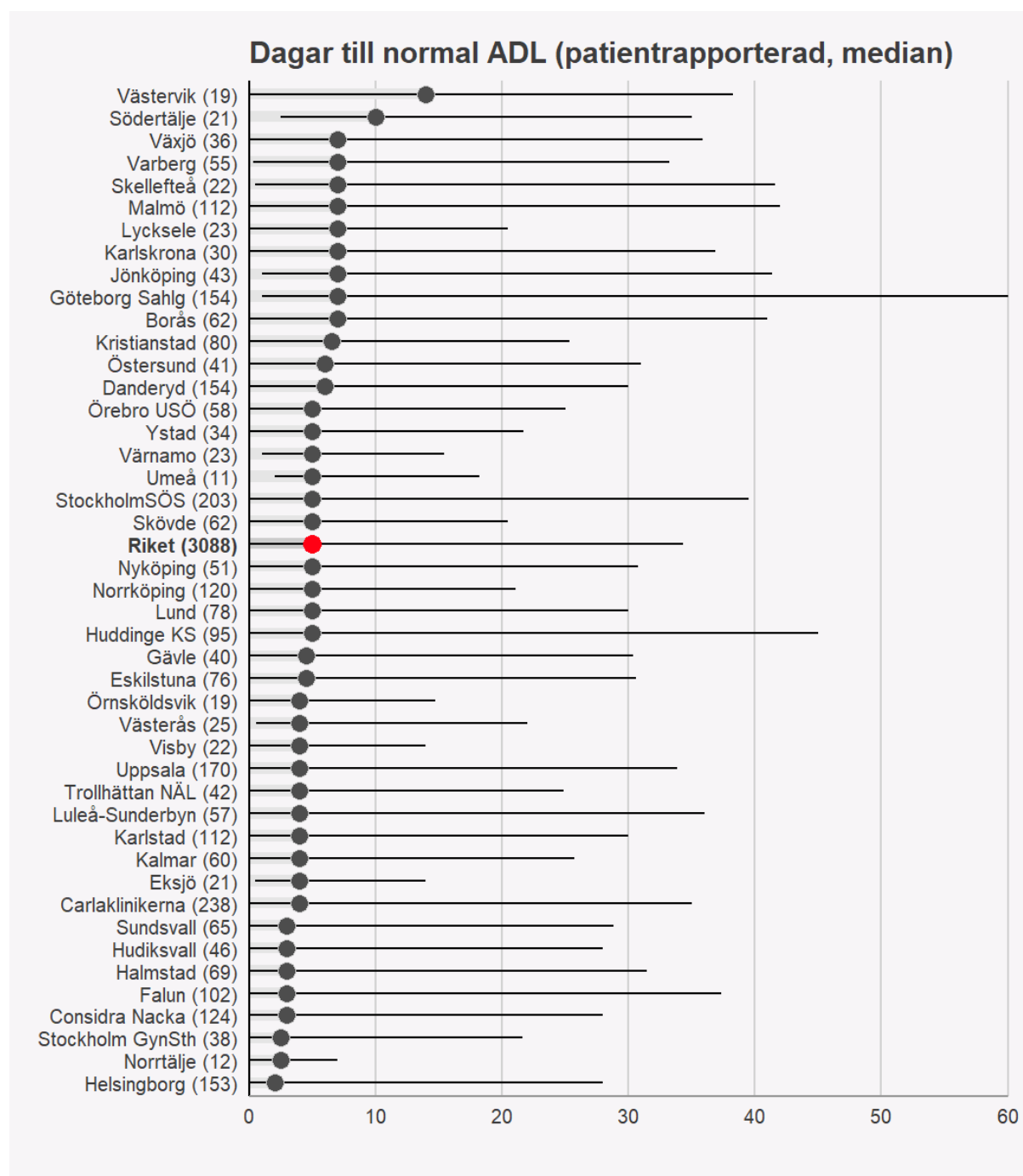
Tid till normal ADL, faktisk sjukskrivningslängd och vårdtid



Figur 31. Medelledningstider med avseende på primär incision.

vNOTES-tekniken ger kortast tid till normal ADL och kortast vårdtid. Sjukskrivningslängden är kortast för robotassisterade och vNOTES, samt laparoskopisk teknik. Abdominell teknik ger längst tid till normal ADL, längst vårdtid och sjukskrivning. Kvinnor bör erbjudas en minimalinvasiv teknik vid hysterektomi.

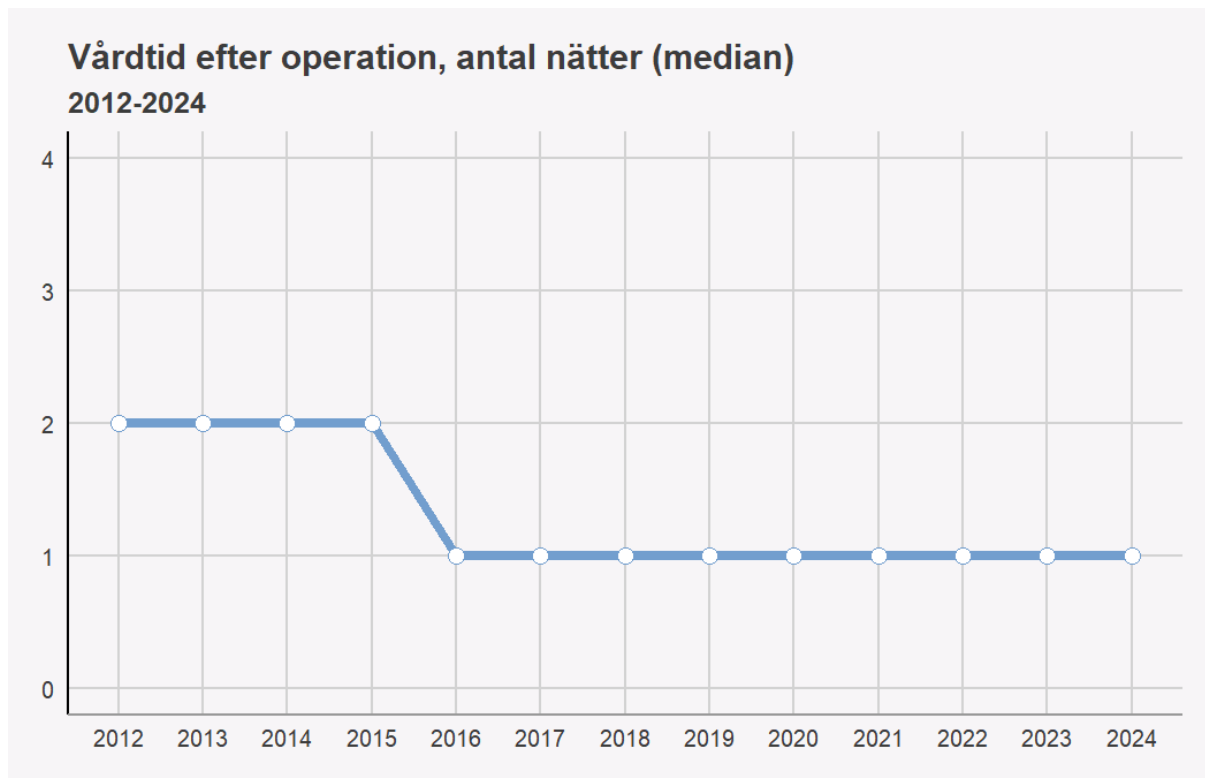
Dagar till normal ADL



Figur 32. Dagar till normal ADL (patientrapporterad, median)

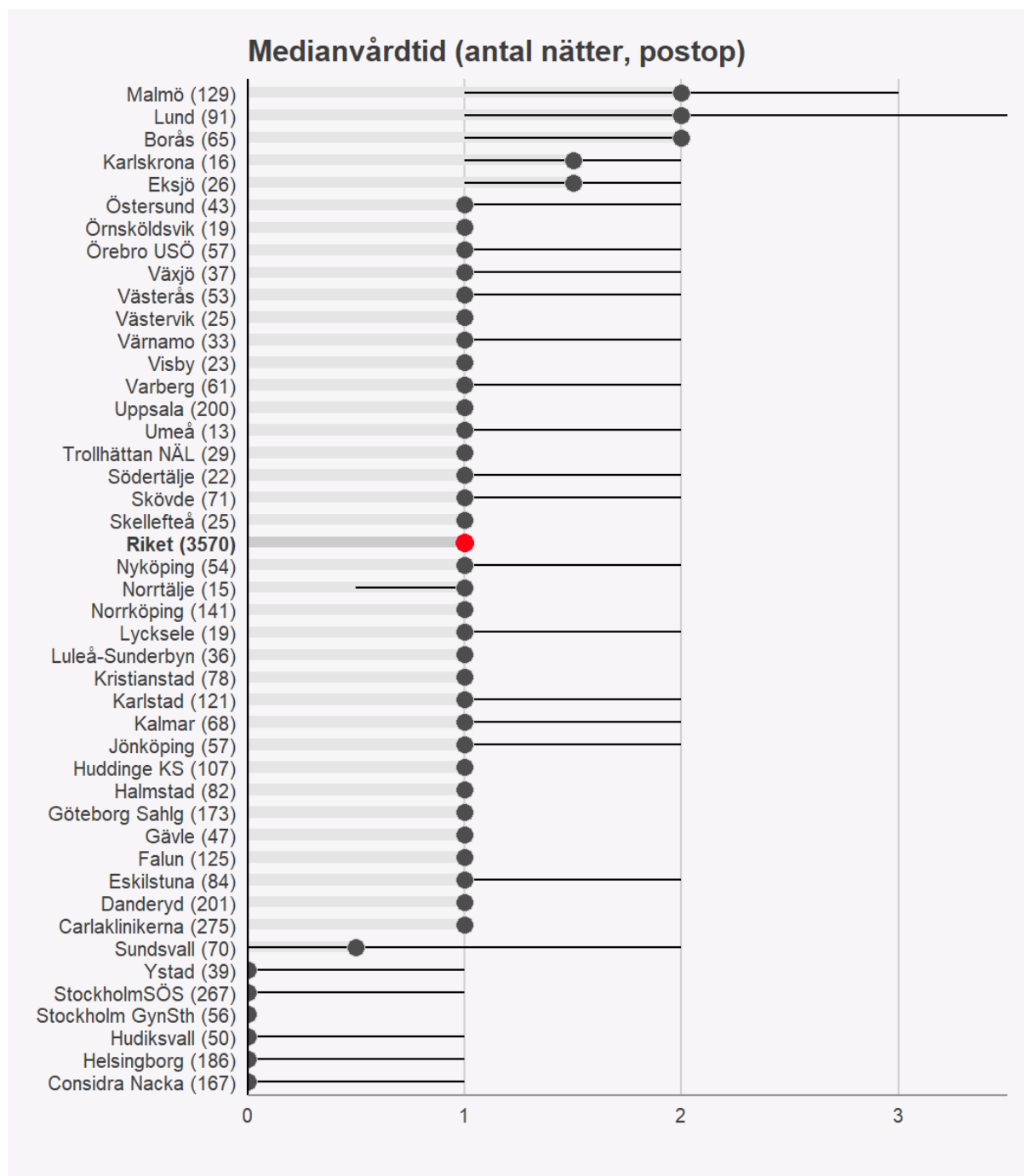
Helsingborg (vNOTES), Norrtälje (laparoskopi och vNOTES), Gyn Stockholm (vaginal), Nacka (vNOTES och laparoskopisk) och Falun, Halmstad, Hudiksvall och Sundsvall är de kliniker i landet där återhämtningstiden efter operationen är kortast.

Vårdtid



Figur 33. Vårdtid efter operation, antal nätter (median)

Vårdtiden efter hysterektomi har halverats sedan år 2015. Det innebär lägre belastning på vårdavdelningarna och lägre kostnader för samhället. Kan framtida användning av dagkirurgi öka?

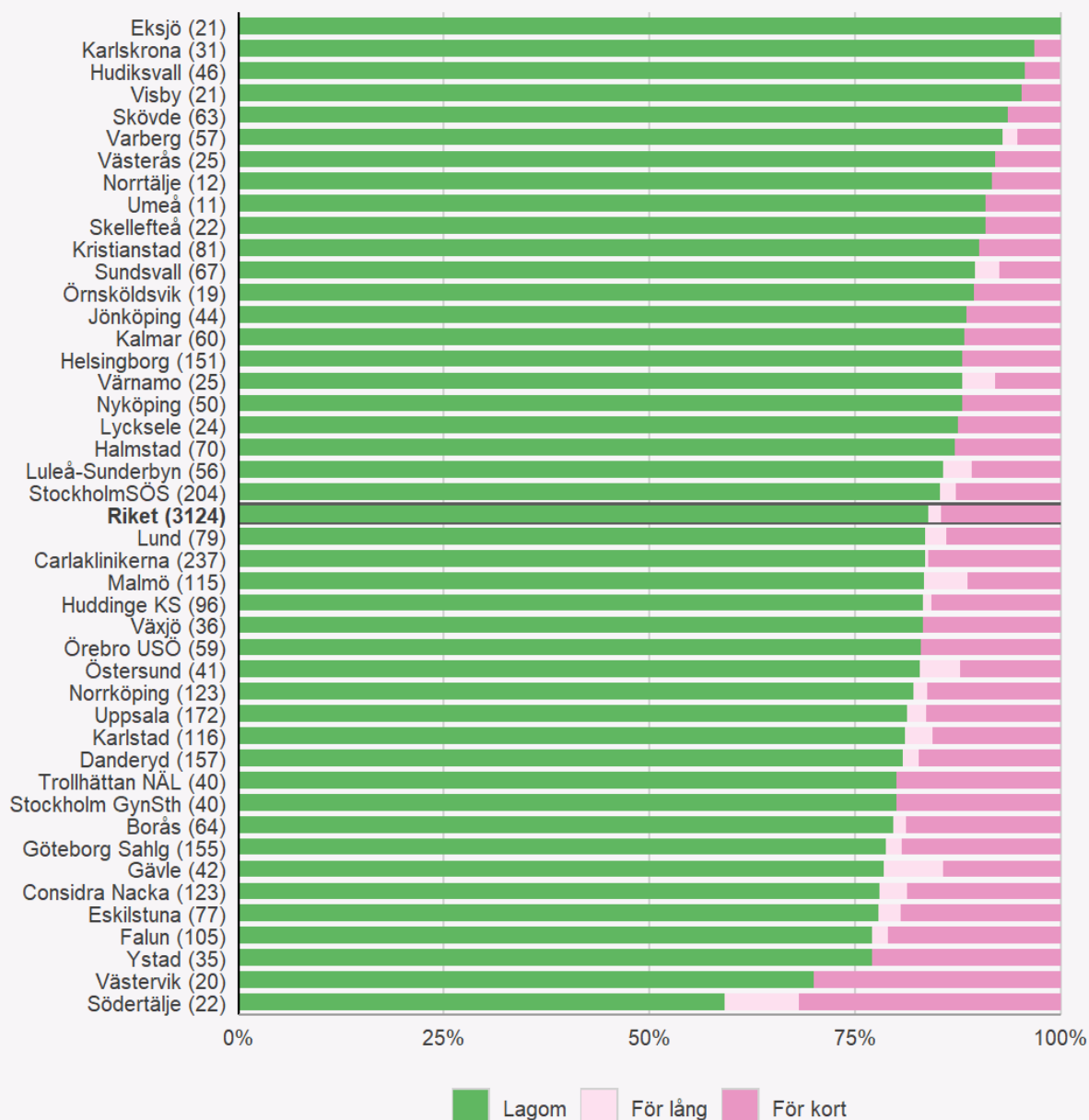


Figur 34. Medianvårdtid (antal nätter postoperativt)

Flera kliniker (Considra Nacka, Helsingborg, Hudiksvall, Gyn Stockholm, Södersjukhuset och Ystad) har en medianvårdtid som närmar sig 0 dagar.

Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad)

Oavsett vårdtid

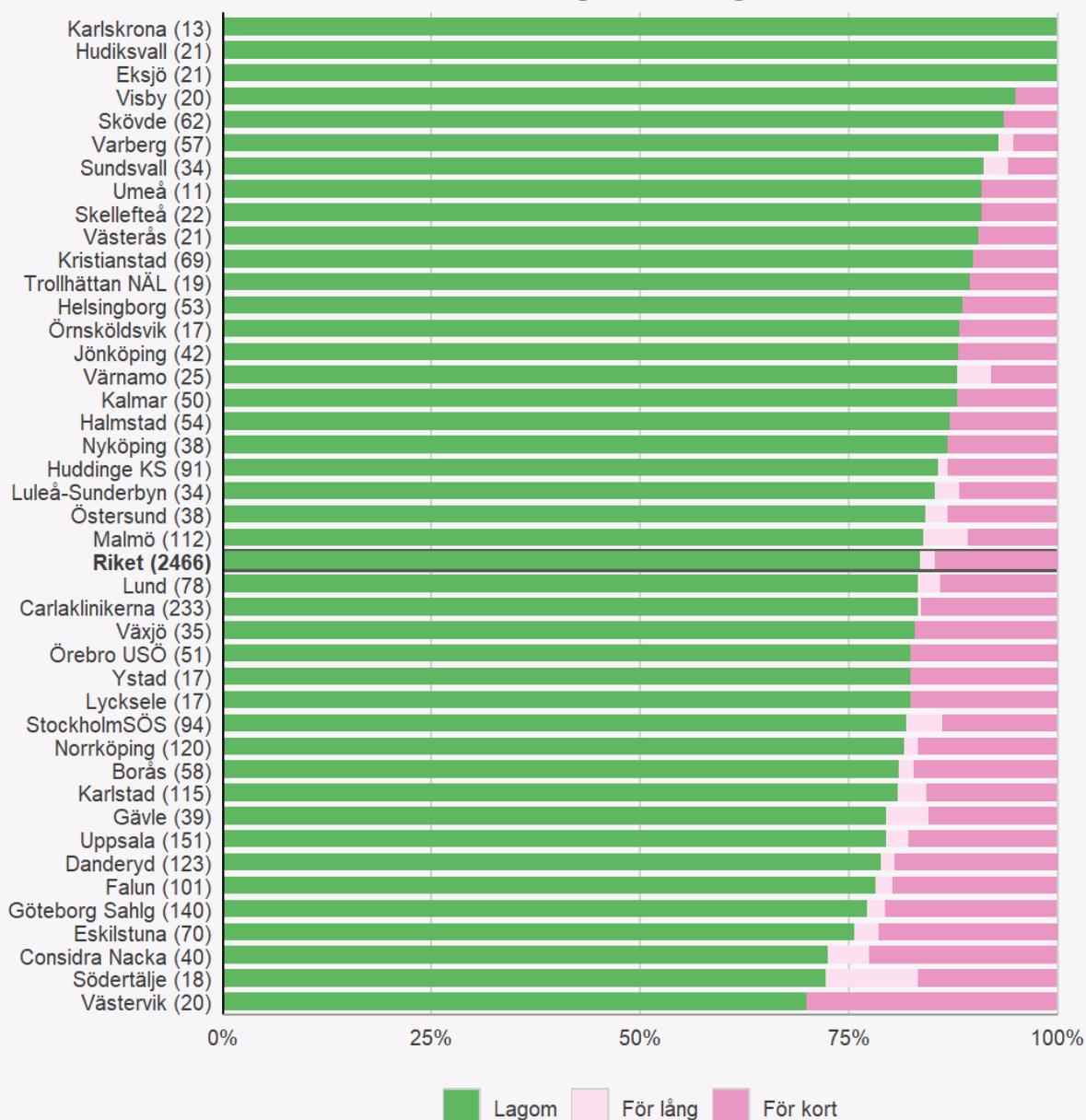


Figur 35. Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad), oavsett vårdtid.

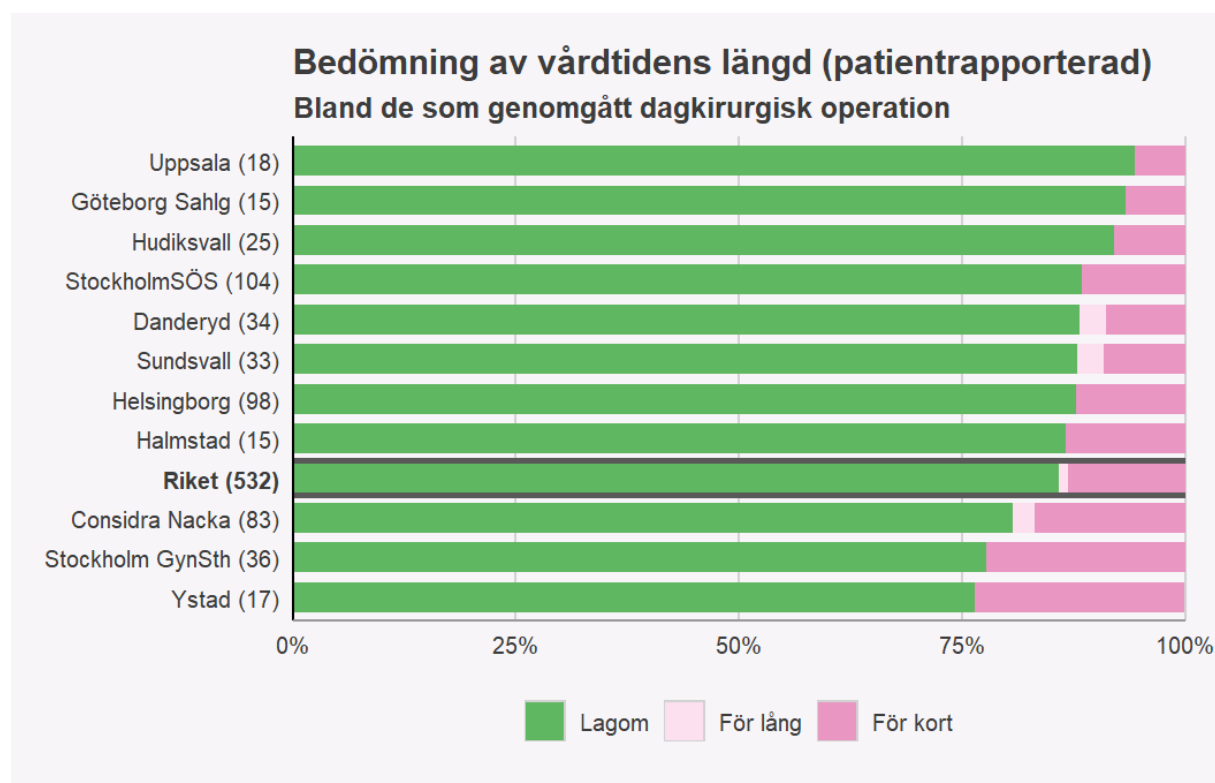
De flesta kvinnorna är nöjda med vårdtiden efter operationen.

Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad)

Bland de med en vårdtid längre än en dag

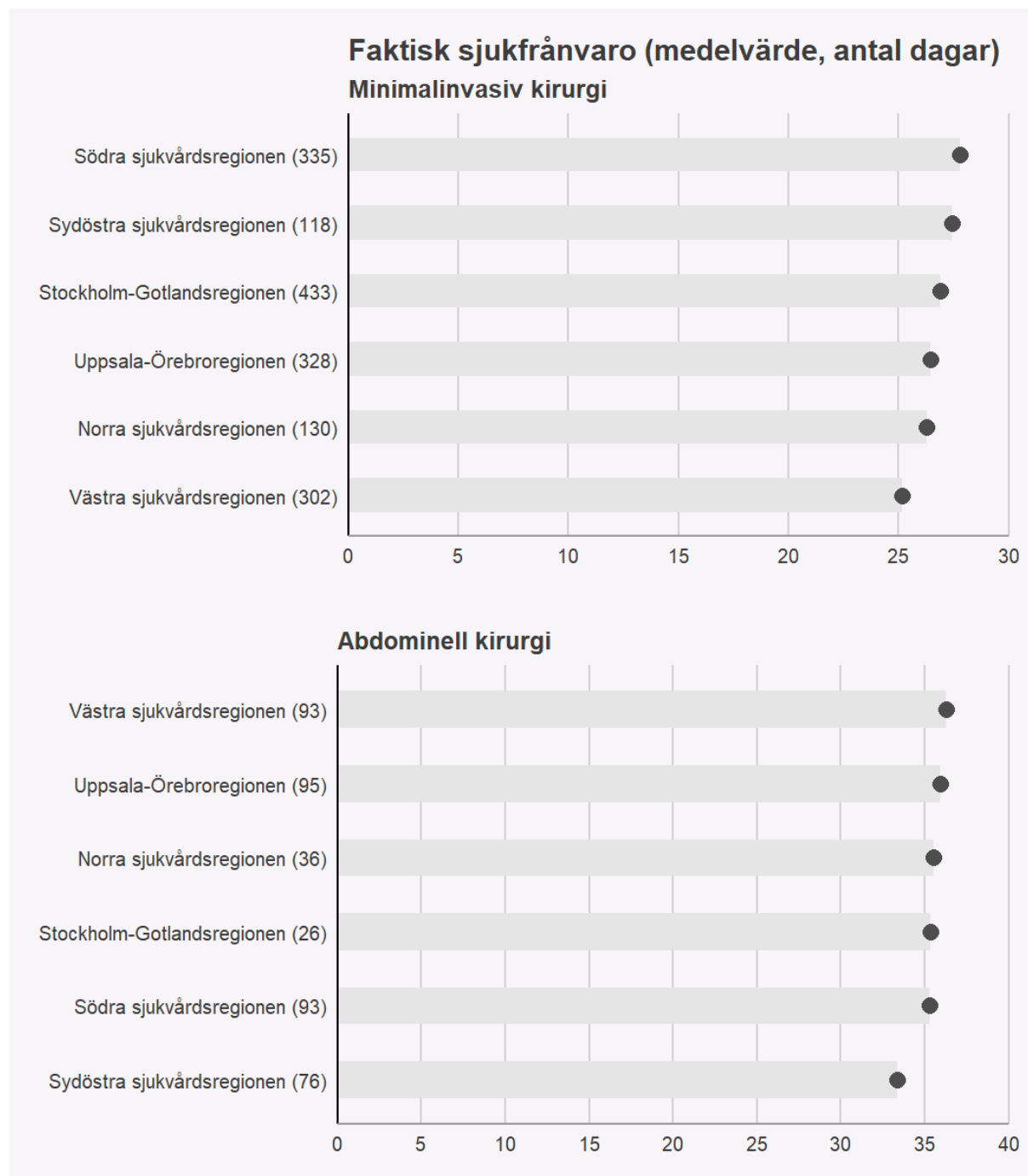


Figur 36. Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad) bland de med en vårdtid längre än en dag.



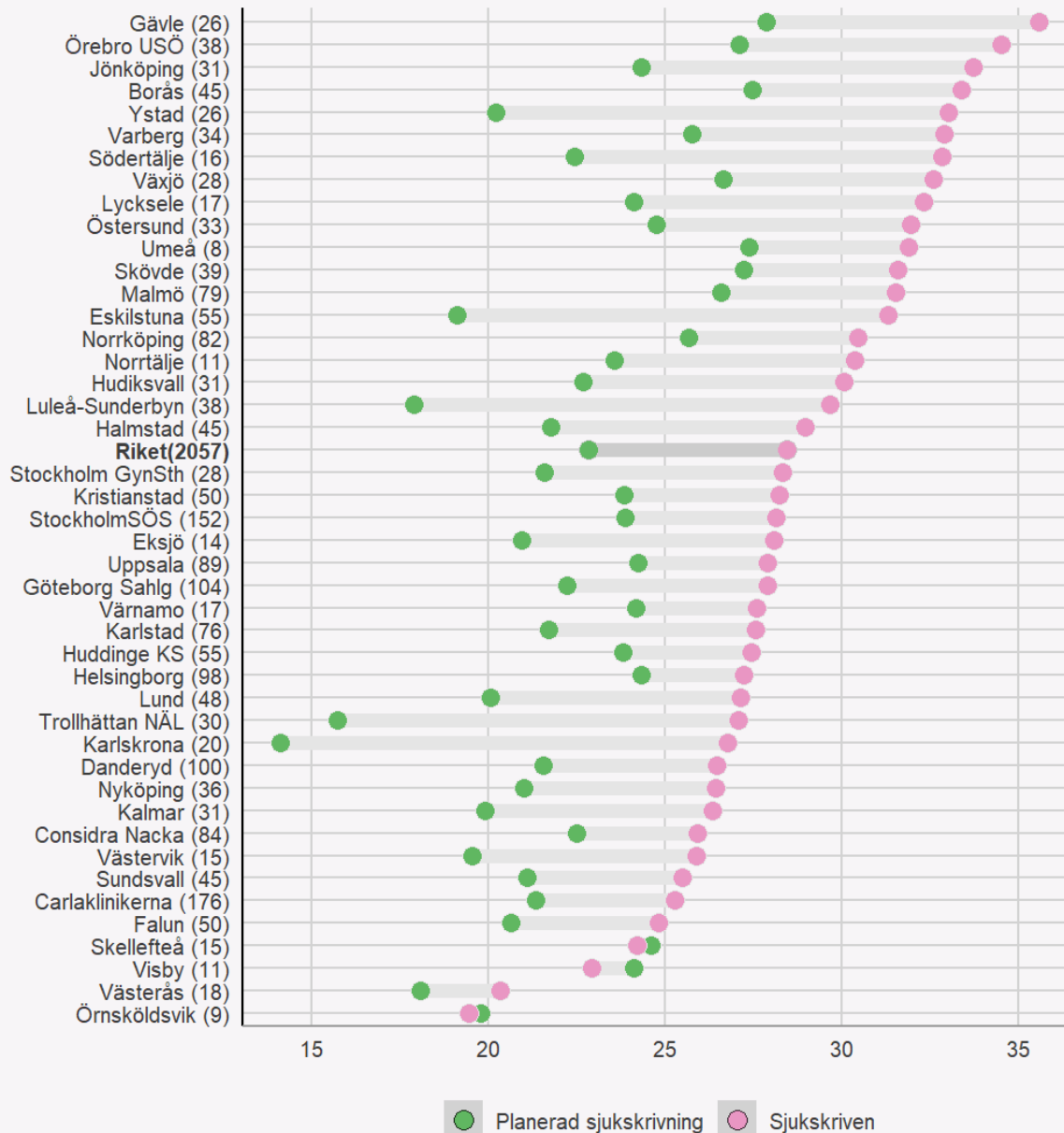
Figur 37. Bedömning av vårdtidens längd (patientrapporterad) bland de som genomgått dagkirurgisk operation.

De flesta som är opererade i dagkirurgi är nöjda med vårdtidens längd.



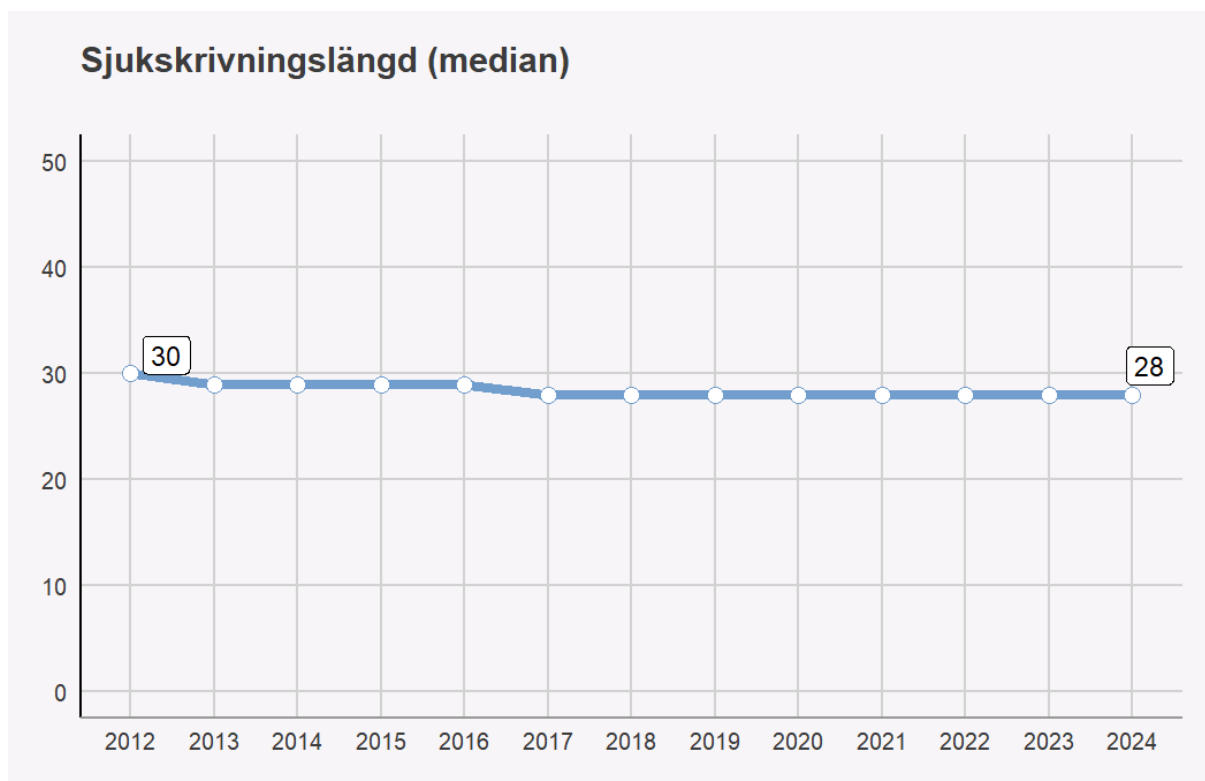
Figur 38. Faktisk sjukfrånvaro (medelvärde antal dagar), uppdelat på sjukvårdsregion

Planerad vs. faktisk sjukskrivningstid (medelvärde, dagar)



Figur 39. Planerad vs. faktisk sjukskrivningstid

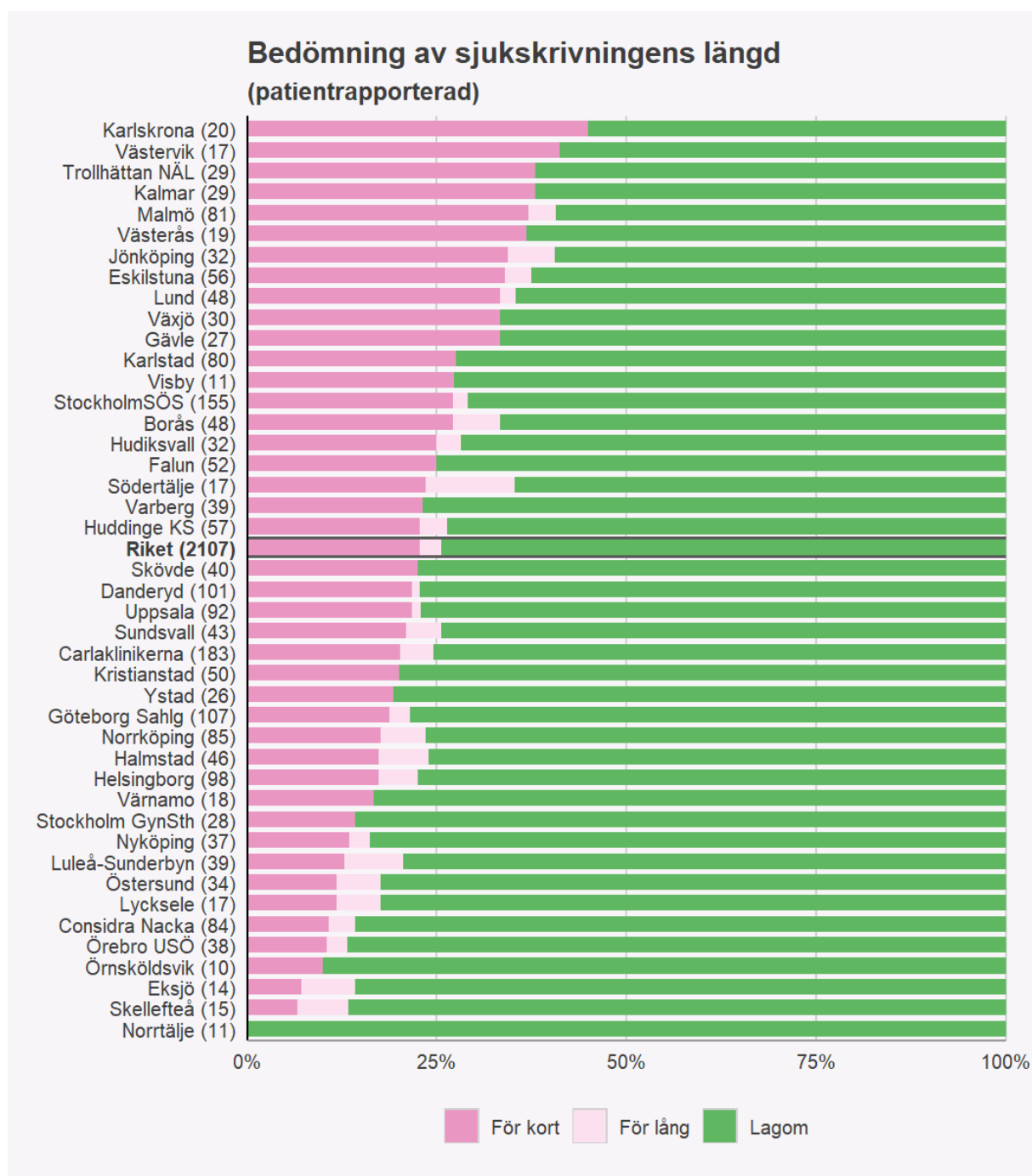
Samma mönster med förlängd sjukskrivningstid jämfört med planerad tid återkommer för samtliga hysterektomitekniker.



Figur 40. Sjukskrivningslängd (median)

Sjukskrivningslängden har minskat marginellt de senaste 13 åren, trots ett brett införande av minimalinvasiva tekniker.

Patientens bedömning av sjukskrivningens längd utgår från de som varit sjukskrivna p.g.a. operation. Sjukskrivna av annan orsak är exkluderade. Således verkar det inte enbart vara så att det är den fysiska återhämtningen efter operationen som påverkar sjukskrivningstiden.

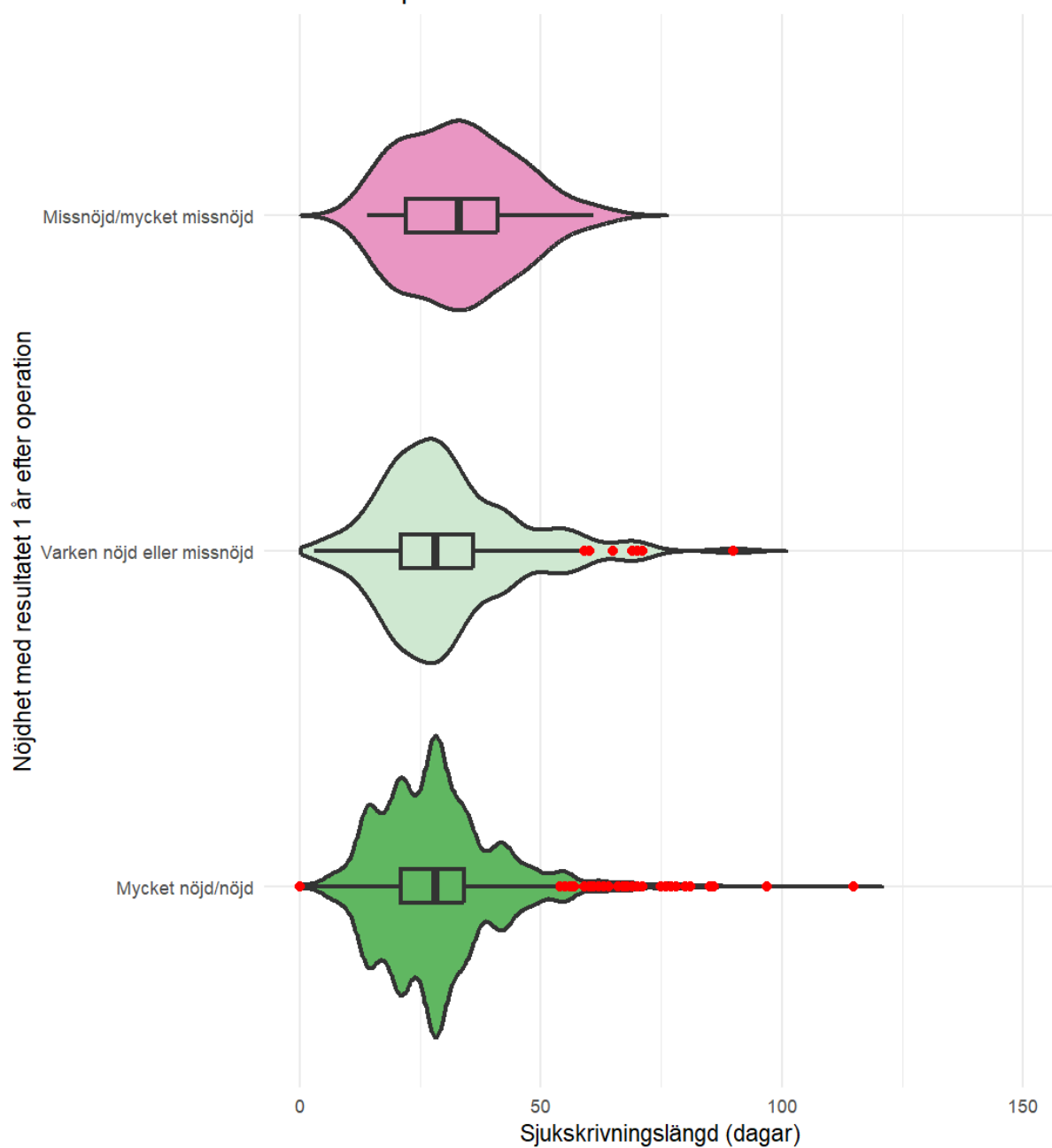


Figur 41. Bedömning av sjukskrivningens längd varierar mellan klinikerna.

Sjukskrivningsrutiner varierar mellan olika kliniker (lokala traditioner?).

Följande figurer är ett försök att finna ytterligare faktorer som kan påverka sjukskrivningens längd.

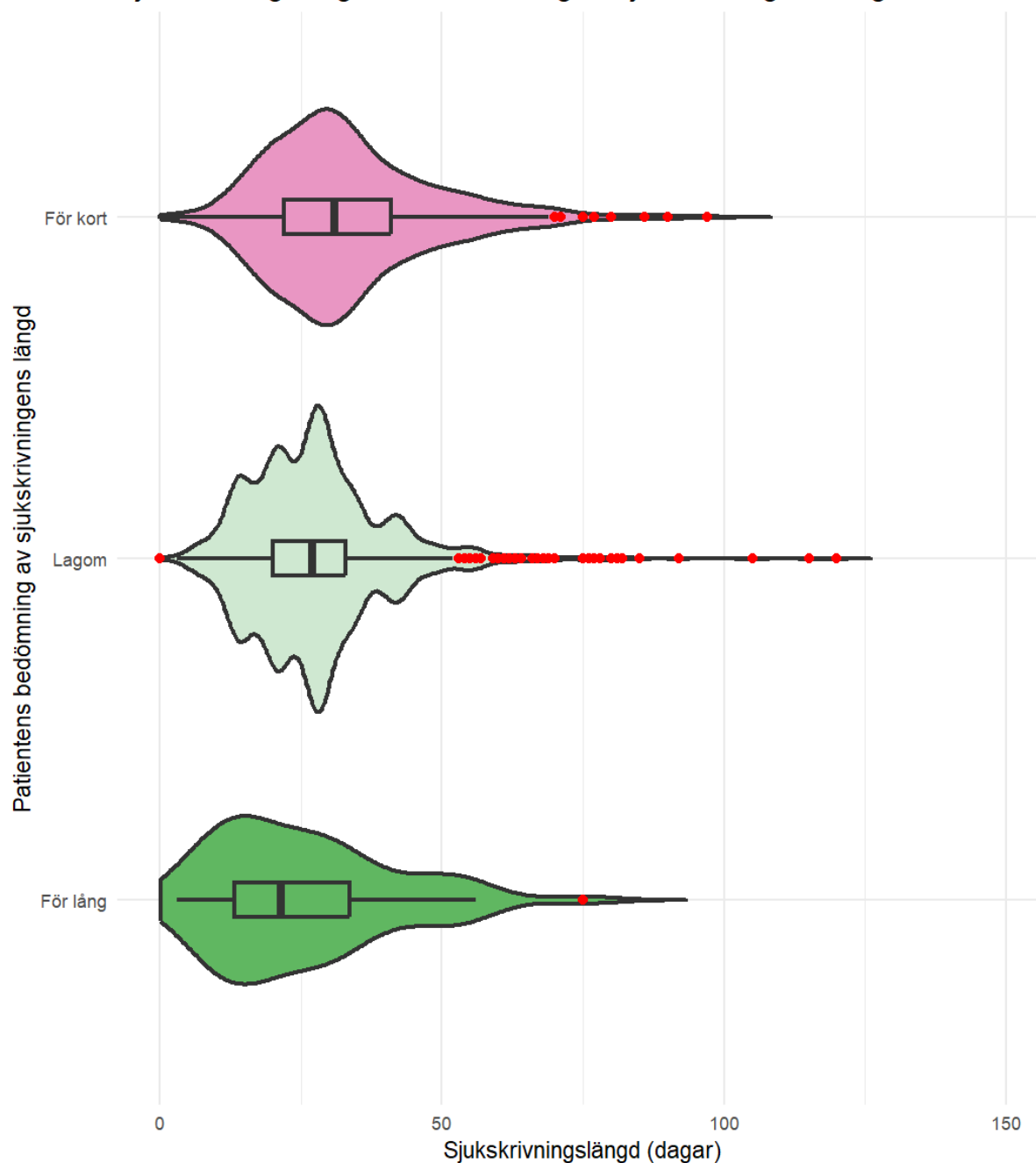
Sjukskrivningslängd och nöjdhet med resultatet 1 år efter operation



Figur 42. Sjukskrivningslängd och nöjdhet med resultatet 1 år efter operation. Tjockleken representerar antalet observationer inom varje kategori

Sjukskrivningens längd verkar inte påverkas av nöjdheten ett år efter operationen.

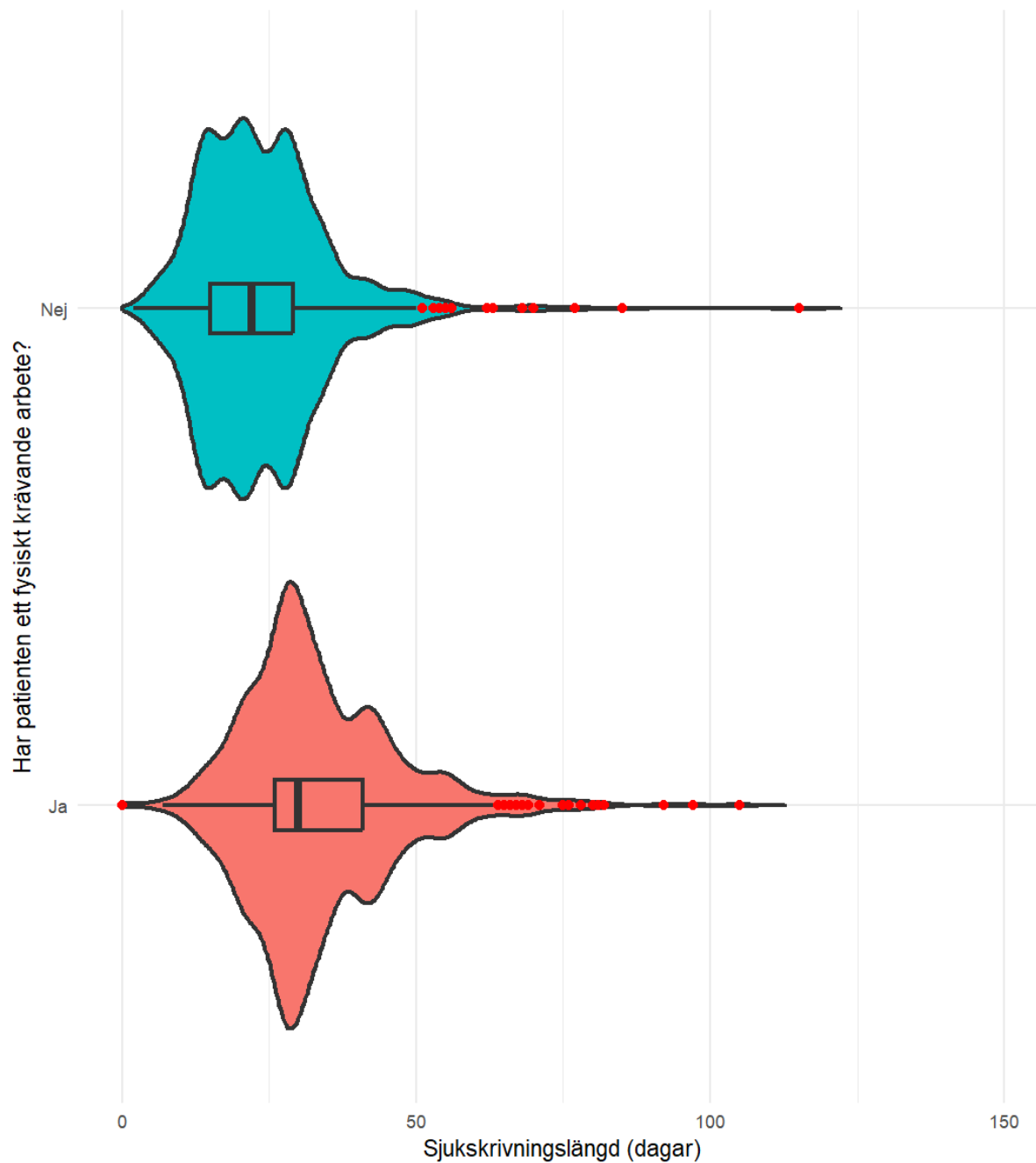
Sjukskrivningslängd och bedömning av sjukskrivningens längd



Figur 43. Sjukskrivningslängd och bedömning av sjukskrivningens längd. Tjockleken representerar antalet observationer inom varje kategori

De med kortast sjukskrivningstid tycker i högre grad att sjukskrivningen är för lång.

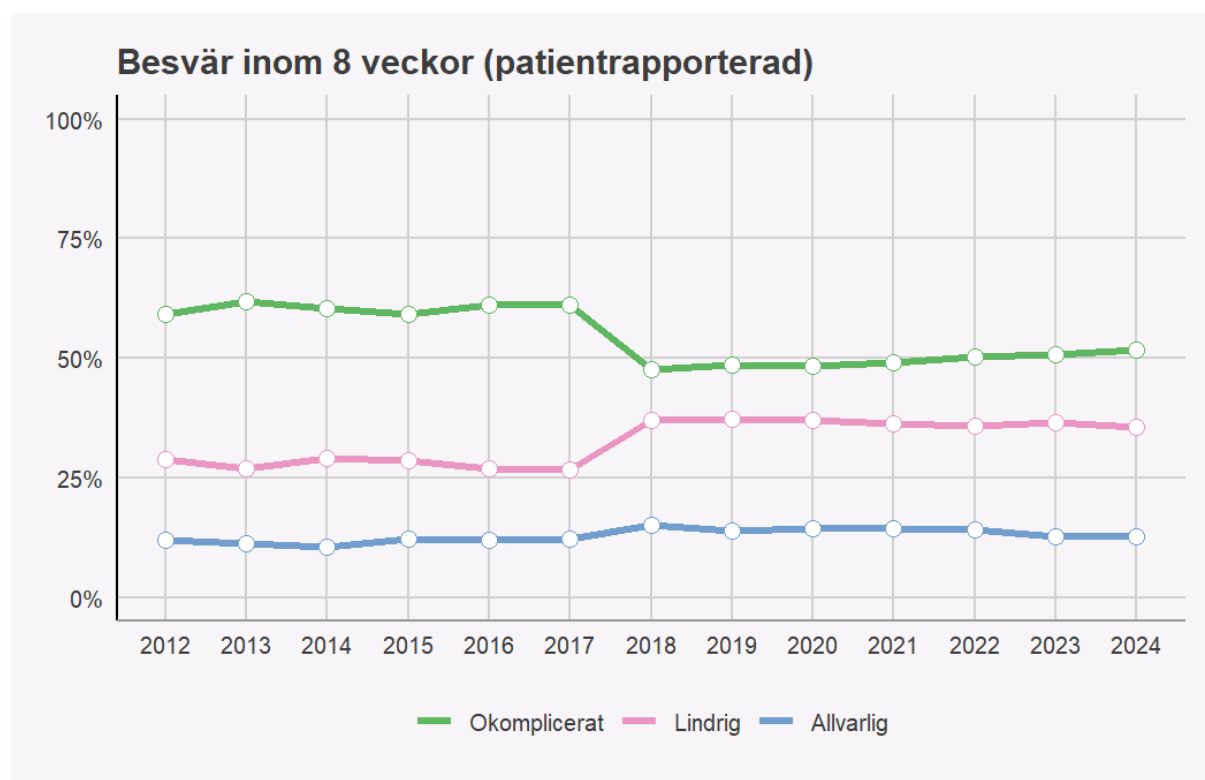
Sjukskrivningslängd och fysiskt krävande arbete



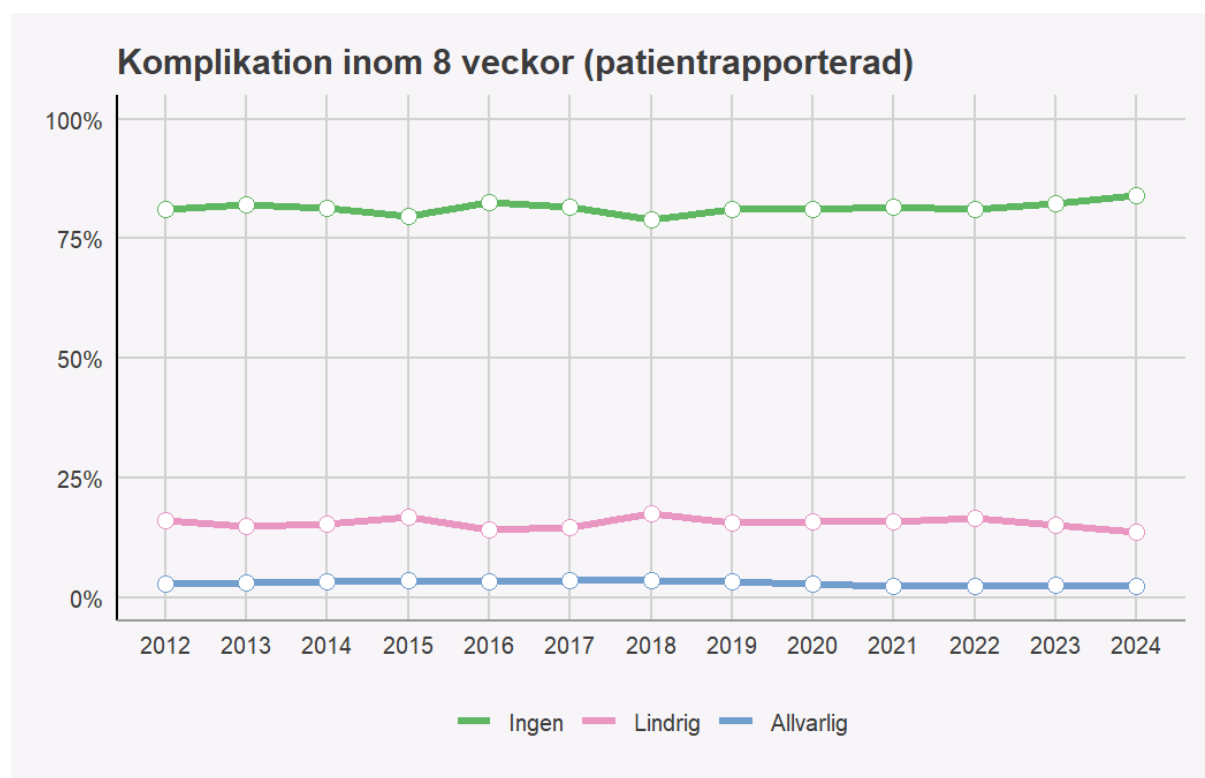
Figur 44. Sjukskrivningslängd och fysiskt krävande arbete. Tjockleken representerar antalet observationer inom varje kategori

Fysiskt tungt arbete verkar inte öka sjukskrivningslängden i särskilt hög grad.

Komplikationer

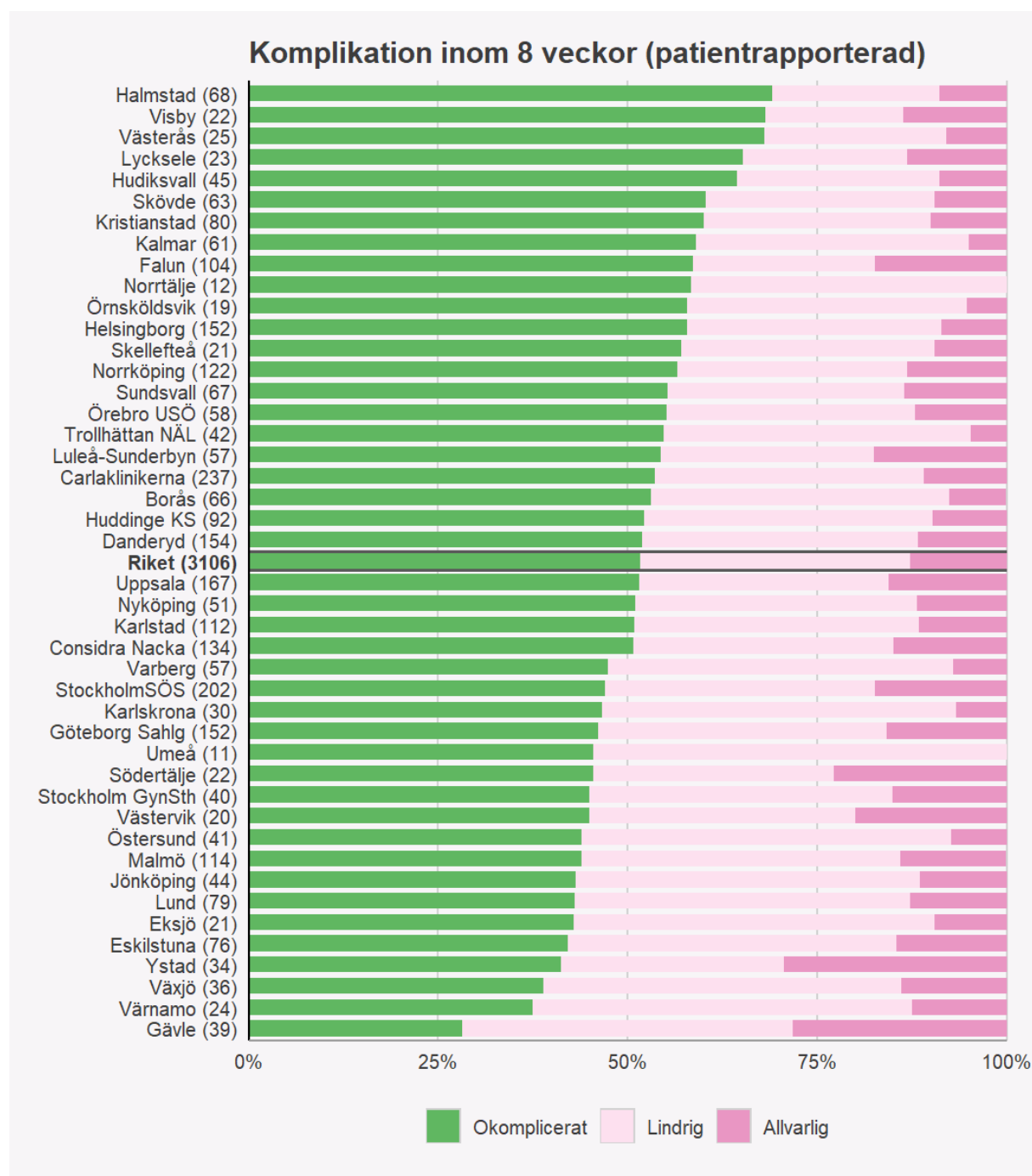


Figur 45. Besvär inom 8 veckor (patientrapporterad).



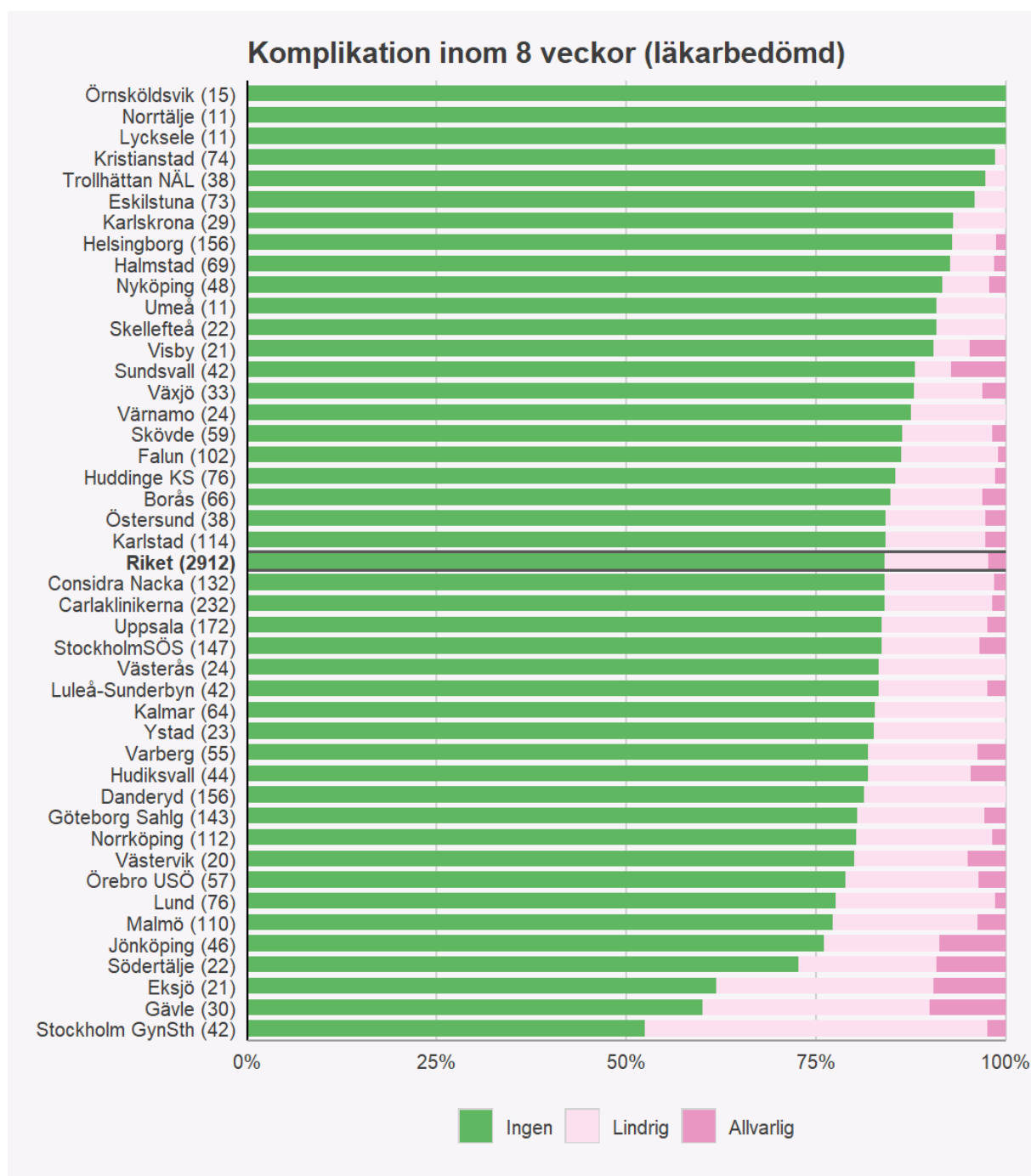
Figur 46. Komplikation inom 8 veckor (patientrapporterad).

Komplikation inom 8 veckor har inte ökat sedan år 2012. Cirka 80% rapporterar ingen komplikation inom 8 veckor.

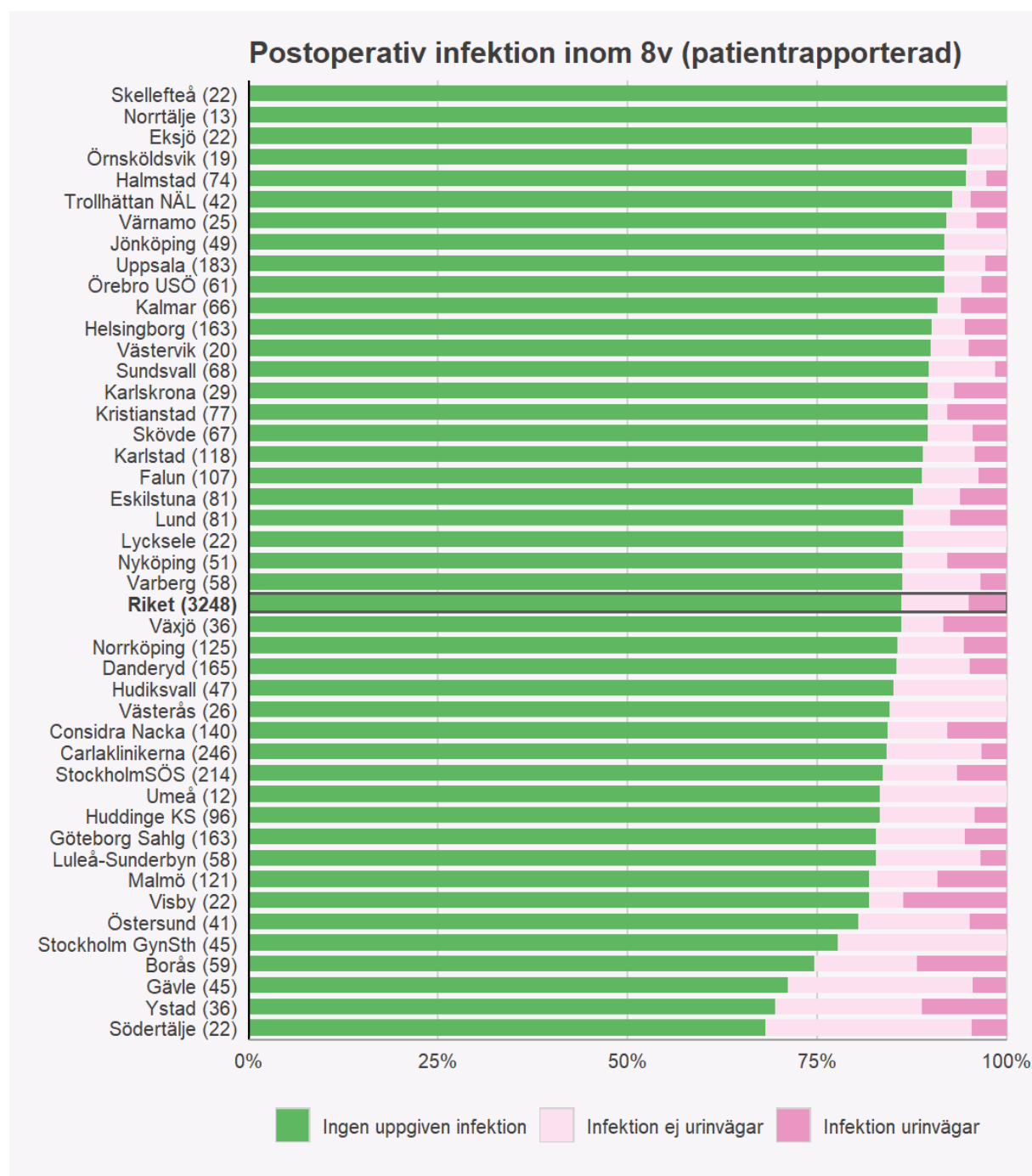


Figur 47. Komplikation inom 8 veckor (patientrapporterad).

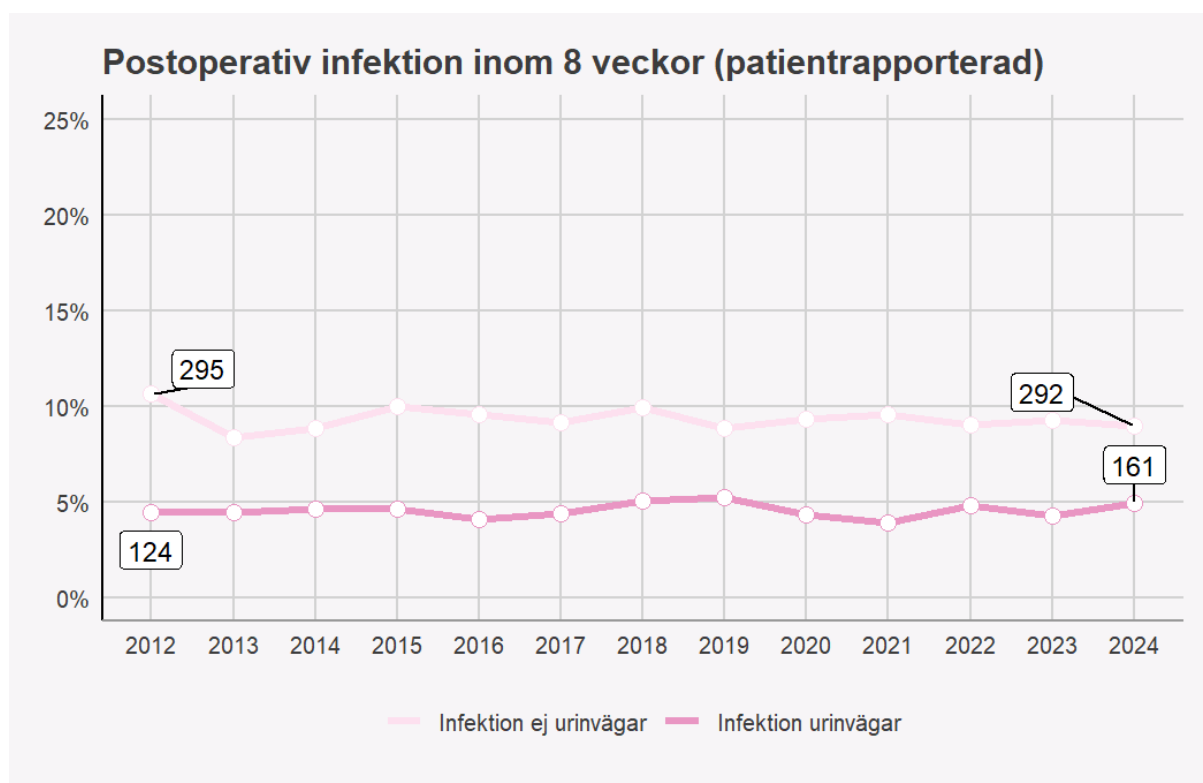
Tolkningen av vad som bedöms som en komplikation och vilket efterförlopp som är normalt eller inte varierar och inga tydliga riktlinjer finns. Ett arbete för bättre strukturering pågår inom styrgruppen för GynOp-registret.



Figur 48. Komplikation inom 8 veckor (läkarbedömd) efter operation.



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



Figur 50. Postoperativ infektion inom 8 veckor (patientrapporterad)

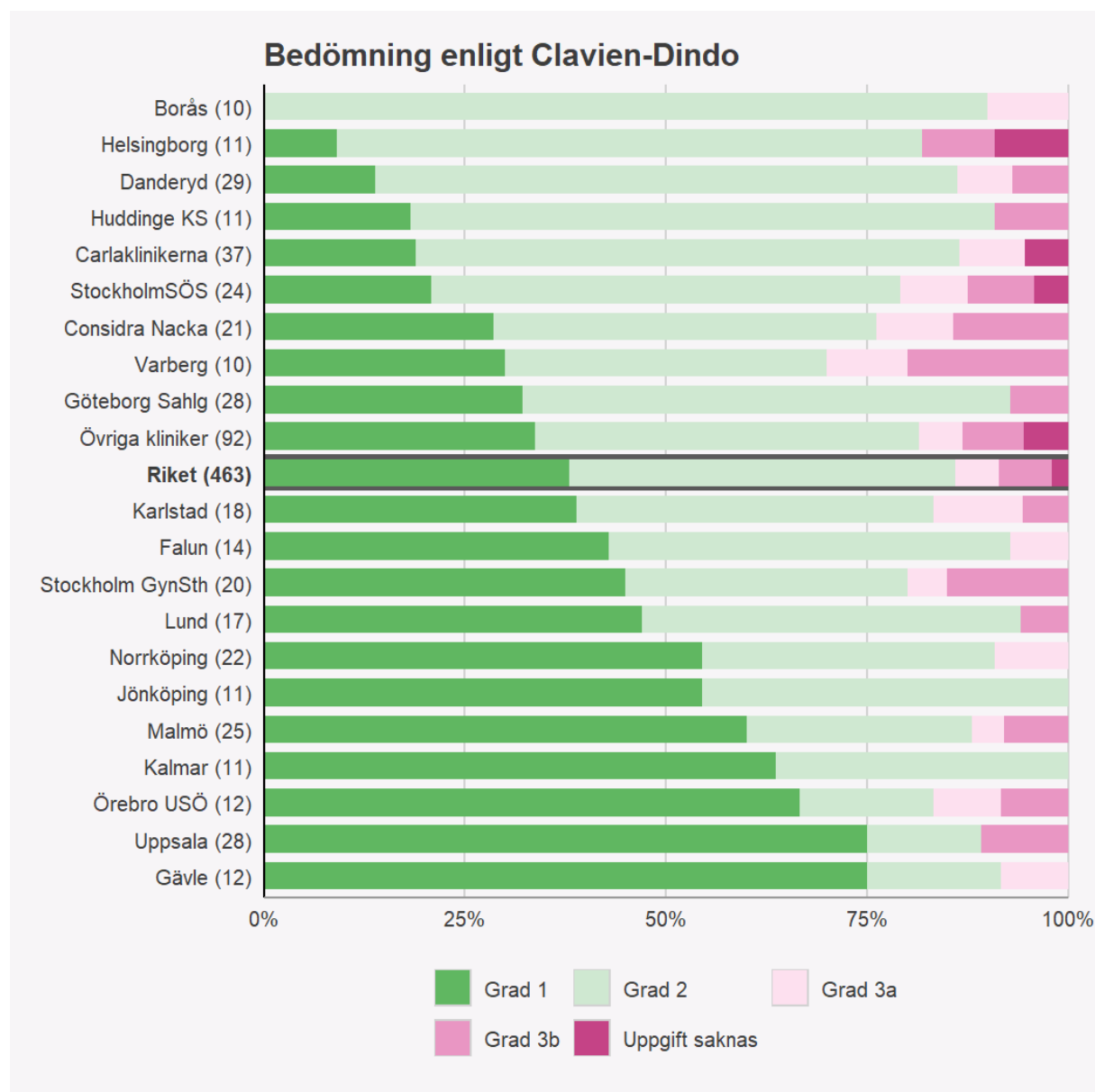
Av populationen har 2% vårdats inneliggande på sjukhus på grund av infektion (80 patienter).

Tabell 7. Rapporterad infektion, inlagd på sjukhus

Inlagd på sjukhus	Antal	Total	Andel
Ej markerad	3149	3229	98%
Inlagd på sjukhus	80	3229	2%

Clavien-Dindo

Clavien-Dindo registreras för de kvinnor som har en bedömd komplikation. Figuren nedan visar enbart de kliniker som har minst tio fall av komplikationer.



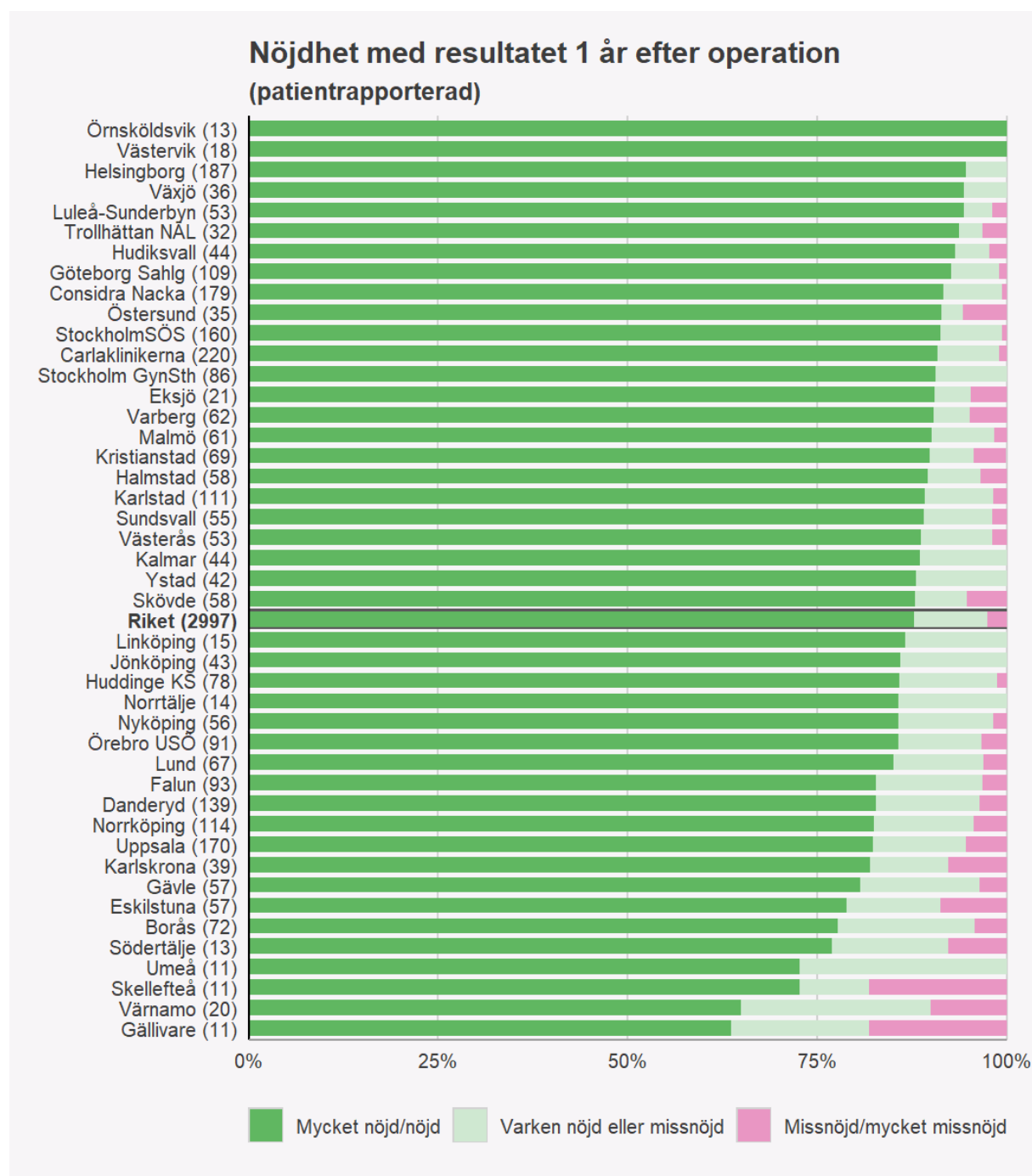
Figur 51. Komplikationsbedömning enligt Clavien-Dindo. "Övriga kliniker" är en sammanslagning av alla kliniker där antalet Clavien-Dindo bedömningar understiger 10.

Andelen komplikationer som har krävt reoperation i narkos utgör 1 % av populationen.

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

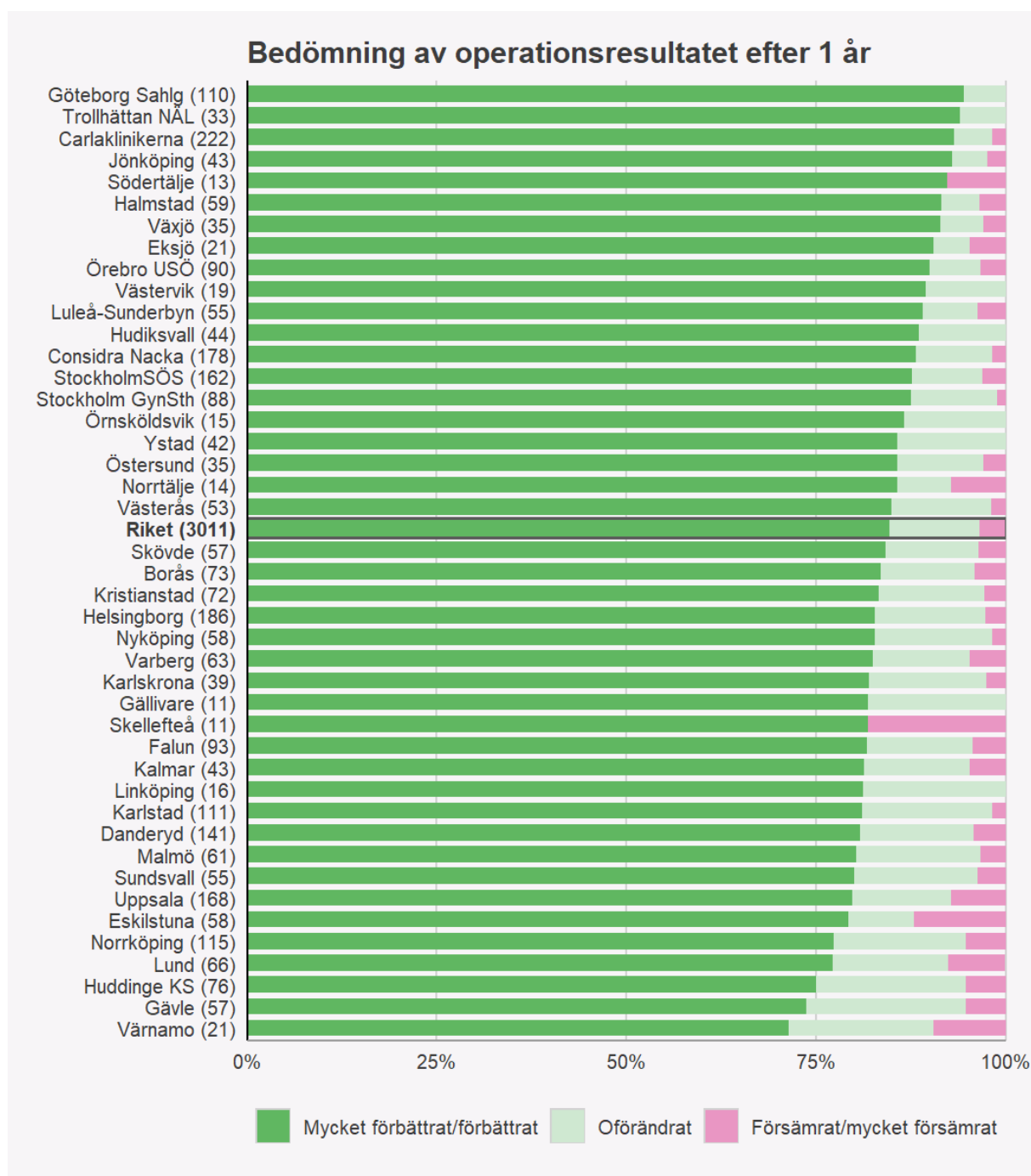
Clavien-Dindo	Antal	Total	Andel	Andel i pop.
Grad 1	176	463	38.0%	5.6%
Grad 2	222	463	47.9%	7.1%
Grad 3a	25	463	5.4%	0.8%
Grad 3b	31	463	6.7%	1.0%
Uppgift saknas	9	463	1.9%	85.6%

Resultat enkät 1 år efter operation



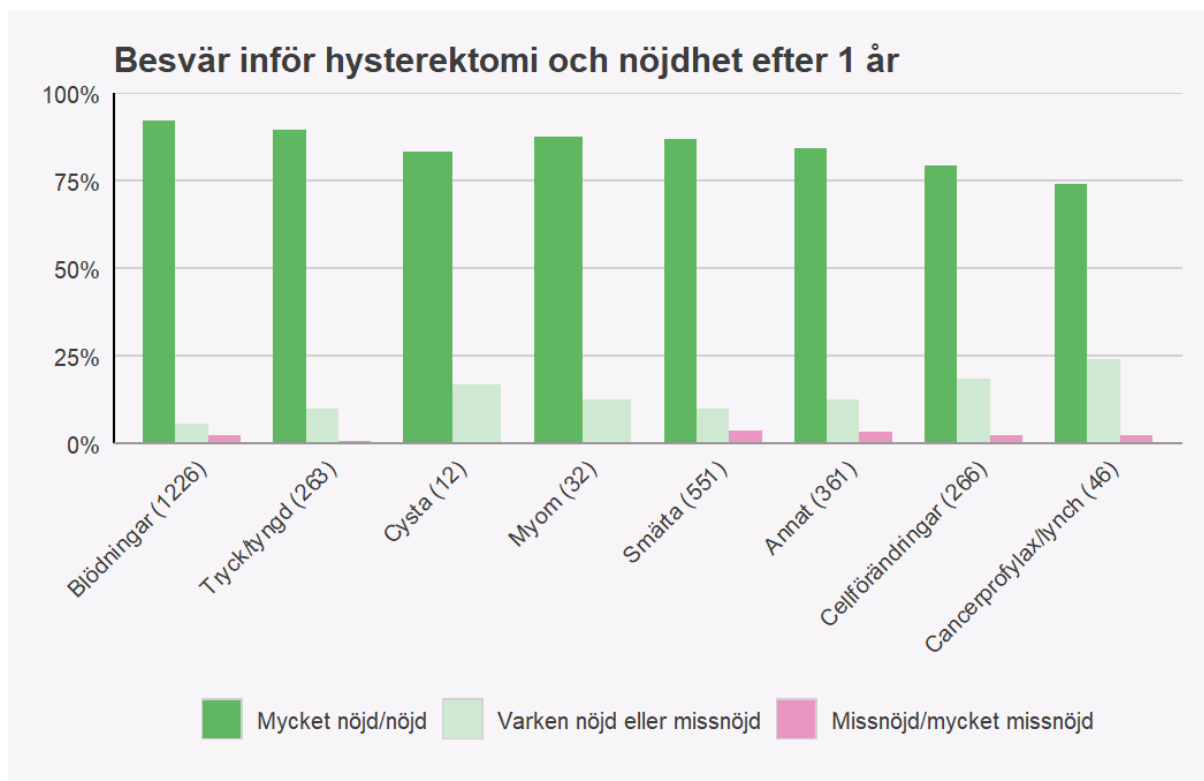
Figur 52. Patientrapporterad nöjdhet 1 år efter operation.

De flesta kvinnorna är nöjda med resultatet ett år efter hysterektomi. I topp återfinns flera högvolymskliniker.



Figur 53. Patientrapporterad förbättring 1 år efter operationen.

De flesta kvinnorna är nöjda med operationsresultatet efter ett år.

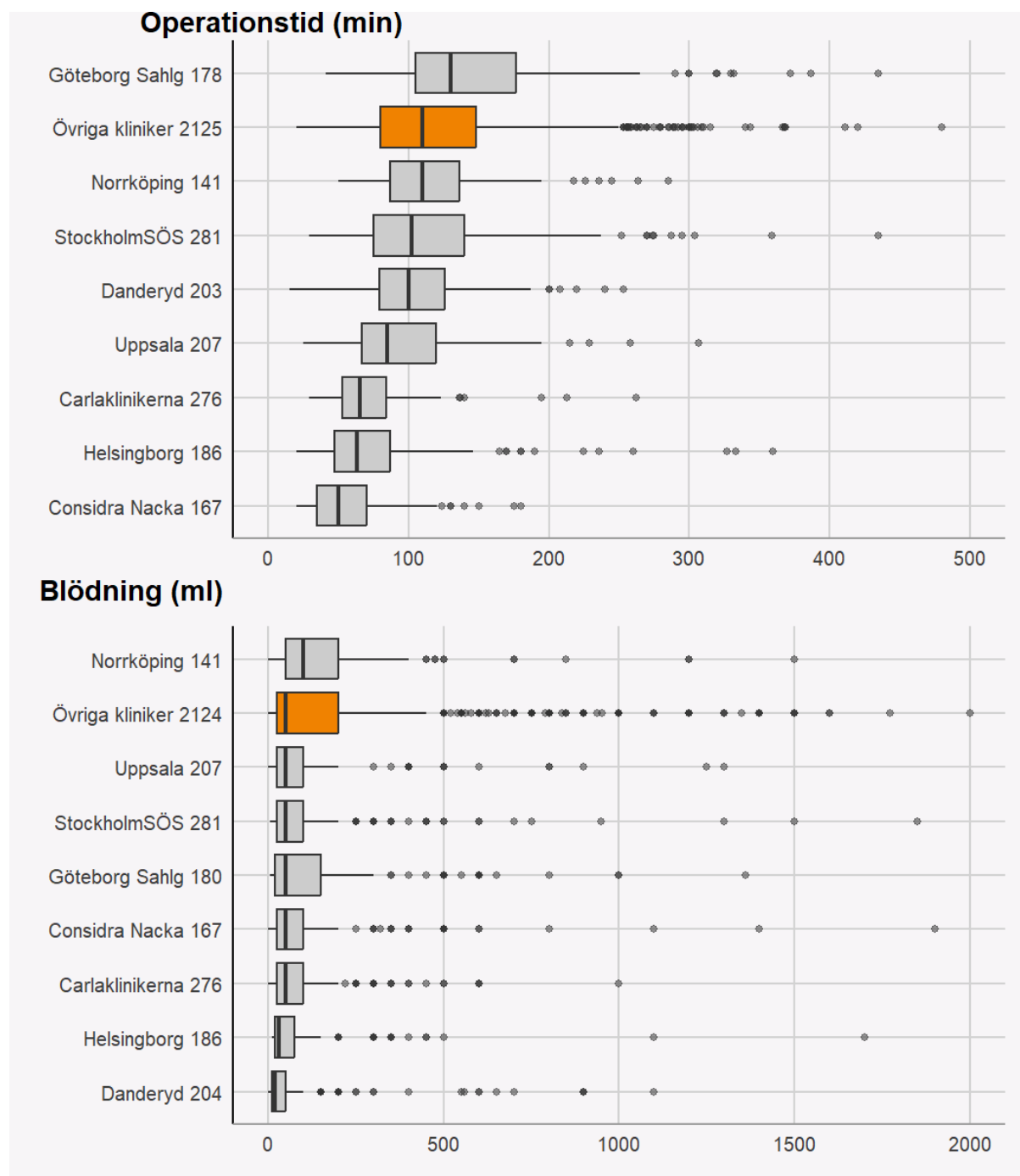


Figur 54. Besvär inför hysterektomi och nöjdhet efter 1 år

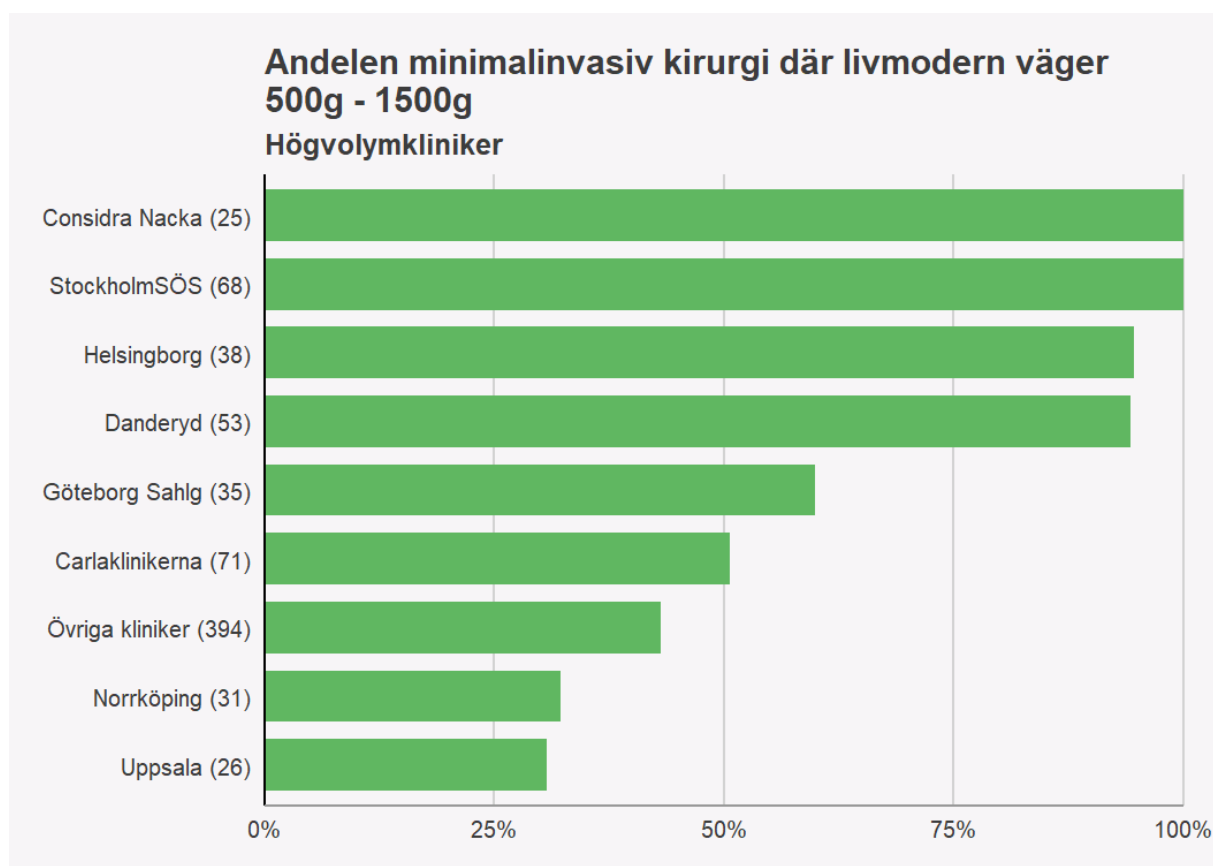
Kvinnor är nöjda med resultatet efter operation oberoende av indikation, inklusive smärtindikation.

Högvolymskliniker

Här visar vi olika mått för de 8 högvolymsklinikerna (Carlaklinikerna, Danderyd, Helsingborg, Nacka, Norrköping, Sahlgrenska, Södersjukhuset och Uppsala).

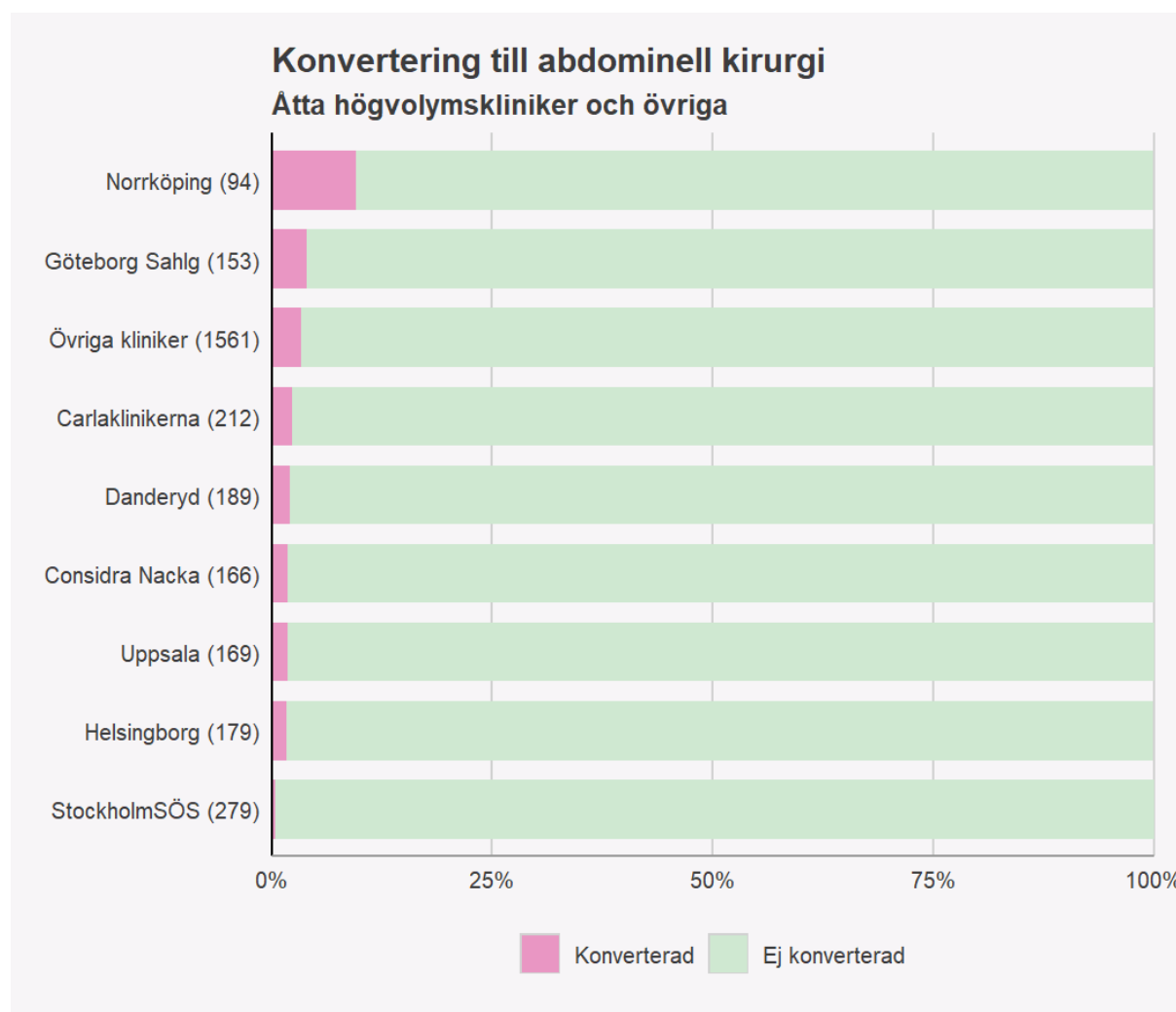


Figur 55. Nyckelvariablerna operationstid och peroperativ blödning för Carlaklinikerna, Danderyd, Helsingborg, Nacka, Norrköping, Sahlgrenska, Södersjukhuset och Uppsala. Övriga kliniker innefattar alla kliniker förutom de åtta högvolymsklinikerna.



Figur 56. Hysterektomi vid större preparat är en ny nyckelvariabel för högvolymsklinikerna. Övriga kliniker innefattar alla kliniker förutom de åtta högvolymsklinikerna. För uterusvikt är endast observationer där vikten är mellan 500 g - 1500 g inkluderade.

Considra (vNOTES och laparoscopi) och Södersjukhuset (dominerande robot, en del vaginalt) utför 100 % av kirurgin med minimalinvasiv teknik vid uterusvikt 500–1500 g. Även Helsingborg (vNOTES och vaginalt) samt Danderyd (dominerande robotassisterad teknik) använder minimalinvasiva tekniker i cirka 90% av fallen.



Figur 57. Konvertering till abdominell kirurgi. Andelen konverterade hysterektomier på åtta högvolymskliniker Carlaklinikerna, Danderyd, Helsingborg, Nacka, Norrköping, Sahlgrenska, Södersjukhuset och Uppsala. Övriga kliniker innefattar alla kliniker förutom de åtta högvolymsklinikerna.

Konverteringsgraden varierar något mellan högvolymsklinikerna, men det rör sig om i huvudsak låga tal med enstaka patienter.

Tabell 9. Konvertering till abdominell kirurgi, Åtta högvolymskliniker och övriga

Klinik	Antal konverteringar
Övriga kliniker	52
Norrköping	9
Göteborg Sahlg	6
Carlaklinikerna	5
Danderyd	4
Considra Nacka	3
Helsingborg	3
Uppsala	3
Södersjukhuset	1

Ordlista

Uppslagsord	Förklaring
Abdominell kirurgi	Operation via större buksnitt
ADL	Activity of daily life – Normala dagliga aktiviteter, till exempel, sköta sin hygien, klä på sig, handla och laga mat på samma sätt som innan operationen.
ASA-klassificering	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.
Benign	Godartad
BMI	BMI Kroppsmasseindex eller BMI (efter engelskans Body Mass Index) är ett mått för en persons eventuella över- eller undervikt. BMI räknas ut genom att dela kroppsvikten i kg med kroppslängden (mätt i m) x 2 dvs kg/m ² . Enligt Världshälsoorganisationen (WHO) motsvaras normalvikt av ett BMI mellan 18.5 och 25.
Dagkirurgi	Med dagkirurgi menas att patienten går hem samma dag som operationen utförts.
Demografi	Befolkningslära.
Embolisering	Med embolisering menas att man täpper till kärl till livmodern för att till exempel minska storleken på eller ta bort myom utan att behöva operera bort dem.
Endometrios	Endometrios innebär att livmoderslemhinna finns på andra ställen i kroppen än inuti livmodern. Endometrios orsakar ofta inflammation, som kan leda till smärta och ibland till att det bildas ärrvävnad och sammanväxningar.
Hysterektomi	Borttagande av livmodern
Incision	Snitt i till exempel huden vid operation
Laparoskopi	Titthålskirurgi i buken
Laparotomi	Bukkirurgi via större öppning i buken, även kallad öppen kirurgi.
LARC	Long-acting reversible contraception), långtidsverkande preventivmedel såsom spiral och p-stav.
Minimalinvasiv	Inom gynekologin avses att operation sker via laparoskopi eller vaginalt
Myom	Muskelknutor i eller utanpå livmodern
NHV	Nationell högspecialiserad vård. Innebär att vissa sjukhus har fått ett nationellt uppdrag att utföra en viss typ av operation eftersom de uppfyller kraven om kunskap att utföra denna typ av operationer.
Postoperativ	Efter operation
SCB	Statistiska centralbyrån.
Subtotal hysterektomi	Livmoderhalsen lämnas kvar vid borttagande av livmoderkroppen. Kallas även supravaginal uterusamputation.
Total hysterektomi	Både livmoderkroppen och livmoderhalsen opereras bort
Uterus	Livmoder (från latin)
vNOTES	En operationsmetod med en kombination av vaginal och laparoskopisk teknik.