

# KVALITETSINDIKATORER NORRA GYN 2026



## Innehåll

|                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------|----|
| Deltagare .....                                              | 2  |
| Introduktion.....                                            | 2  |
| Datakvalitet.....                                            | 2  |
| Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi .....                      | 7  |
| Ålder och BMI.....                                           | 7  |
| Antibiotikaprofylax .....                                    | 9  |
| Operationsmetod.....                                         | 9  |
| Sjukskrivning.....                                           | 10 |
| ST-läkarnas delaktighet .....                                | 11 |
| Postoperativa komplikationer inklusive infektioner .....     | 12 |
| Dagkirurgi .....                                             | 13 |
| Resultat ett år efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi..... | 14 |
| Urininkontinens.....                                         | 15 |
| Ålder och BMI.....                                           | 15 |
| Operationstyp .....                                          | 16 |
| Komplikationer.....                                          | 16 |
| Adnex.....                                                   | 18 |
| Indikation.....                                              | 18 |
| Ålder .....                                                  | 19 |
| Planerad/akut .....                                          | 20 |
| Primärincision och konvertering.....                         | 20 |
| Komplikationer.....                                          | 22 |
| Utbildning av ST-läkare .....                                | 22 |
| Hysterektomi.....                                            | 23 |
| Primärincision.....                                          | 23 |
| Konvertering.....                                            | 24 |
| Peroperativ blödningsmängd .....                             | 24 |
| Operationstid.....                                           | 25 |
| Vårdtid.....                                                 | 26 |
| Sjukskrivning.....                                           | 27 |
| Resultat .....                                               | 28 |
| ST-läkare .....                                              | 29 |
| Komplikationer.....                                          | 29 |
| Avslutning .....                                             | 30 |

## Deltagare

- Monika Windling, Ordförande RAG NorraGyn, RPO-representant, Region Västerbotten
- Carmen Henze, Region Västerbotten
- Eva Karin Sjömåling, Region Jämtland-Härjedalen
- Anton Sommar, Region Västernorrland
- Julia Bilgeri, Region Norrbotten
- Helena Carré, Region Norrbotten
- Sandra Granberg, administrativt stöd, Region Västerbotten

## Introduktion

Sjukvårdsregional arbetsgrupp RAG-benign gynekologi ska:

- Arbeta för god och lika vård i norra sjukvårdsregionen
- Tillsammans hitta lämpliga kvalitetsmått/mätetal för att jämföra klinikerna och driva förbättringsarbete
- RAG-gruppens mål är att följa målvärden från SFOG (Svensk Förening för obstetrik och gynekologi) och GynOp-registret (Nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi). Om SFOG har lämpliga mätetal och målvärden används dessa i första hand.
- Hålla möten som underlättar samverkan mellan läkare i Norra sjukvårdsregionen.

Arbetet har precis påbörjats och årets rapport blir den absolut första. Under 2025 genomfördes ett fysiskt halvdagsmöte under hösten där val av de parametrar som ansågs relevanta arbetades fram. Data diskuterades och rapporten påbörjades under ett tvådagarsinternat 23/4 - 24/4 2026. Rapporten har sedan sammanställts på distans.

I denna inledande del av gruppens arbete har vi valt att fokusera på fyra områden där samtliga data går att ta fram ur GynOp-registret. Detta för att förenkla datauttag då samtliga regioner nyligt har bytt journalsystem till Cosmic vilket försvårar uttag från journal. I framtida arbeten kommer eventuellt andra datakällor tex journalgranskning av allvarliga komplikationer att utföras.

## Datakvalitet

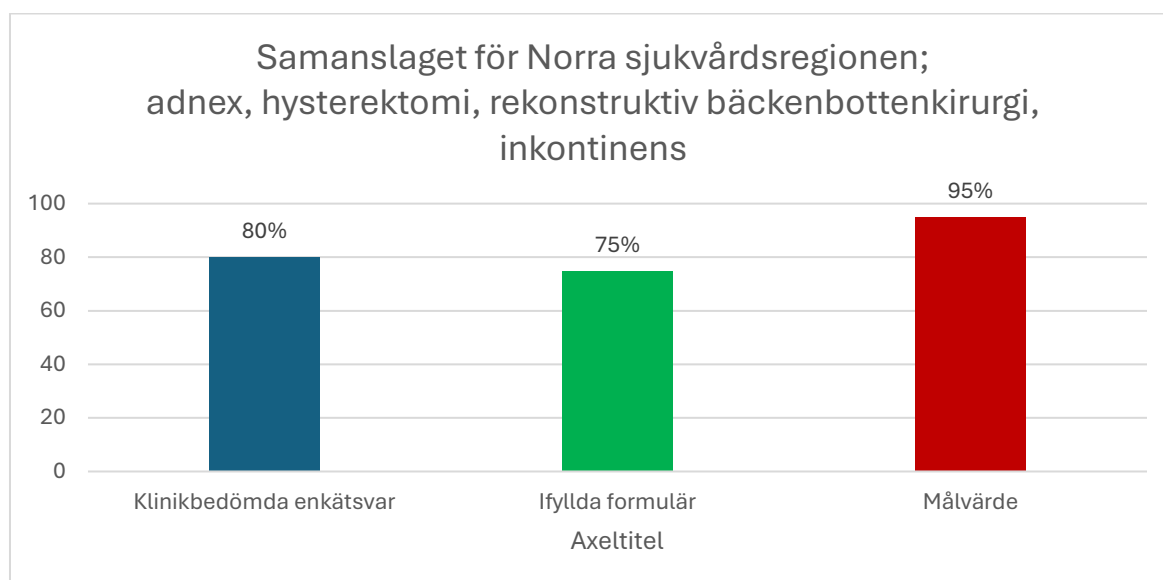
All data har hämtats från nationellt kvalitetsregister inom gynekologisk kirurgi, GynOp-registret. GynOp har i februari 2025 påbörjat byte av plattform till INCA, vilket har gjort att vi inte har kunnat få komplett statistik för alla operationstyper.

Data från GynOp-registret har tagits fram ur systemets rapportgenerator och den interaktiva rapporten av respektive klinik med hjälp av gemensamma mallar. Klinikerna har använt samma metod vid redovisning av en enskild parameter. Statistiken i GynOp-registret redovisas utifrån vilket sjukhus som patienten opereras på och inte vilken klinik som planerat operationen. Då detta var första gången som detta genomfördes upptäcktes en del misstag i datarapporteringen. Gällivare finns inte representerat enskilt i materialet och övriga kliniker i Norrbotten är rapporterade som utförda i Sunderbyn då de i GynOp är samma enhet.

På flera kliniker är tillgängligheten till mottagningstider nedsatt vilket i sin tur påverkar antalet möjliga operationer på årsbasis. Operationskapaciteten är till stora delar inte det som begränsar produktionen i dagsläget.

2025 genomfördes en nationell satsning på prolapsoperationer, ett uppdrag från regeringen och Socialstyrelsen med syfte att köbearbeta vissa diagnoser. Detta har i norra regionen fram för allt lett till ökat antal patienter som skickas utanför regionen för åtgärd enligt vårdgarantin.

Då all data som analyserats tagits från GynOp-registret bedöms det extra viktigt att bedöma datakvaliteten i registret. Därför inleds denna rapport med statistik gällande detta.



Gruppen har beslutat att framför allt belysa parametrarna klinikbedömda enkätsvar och ifyllda formulär när det gäller datakvalitet. I parametern *klinikbedömda enkätsvar* ges svar på hur stor andel av de 8-veckorsenkäter som skickas ut till patienterna som sedan blivit bedömda av kliniken. I dessa enkätsvar framkommer patientens upplevelse postoperativt och kliniken ska bedöma förekomst av komplikationer. Om detta inte är bedömt är det omöjligt att uttala sig kring operationens kvalitet. Sedan enkäten infördes har den till stora delar ersatt de tidigare relativt vanliga postoperativa läkarbesöken. Målvärdet för denna parameter är 95% vilket norra regionen gemensamt för de fyra områden som rapporten innehåller inte uppnår.

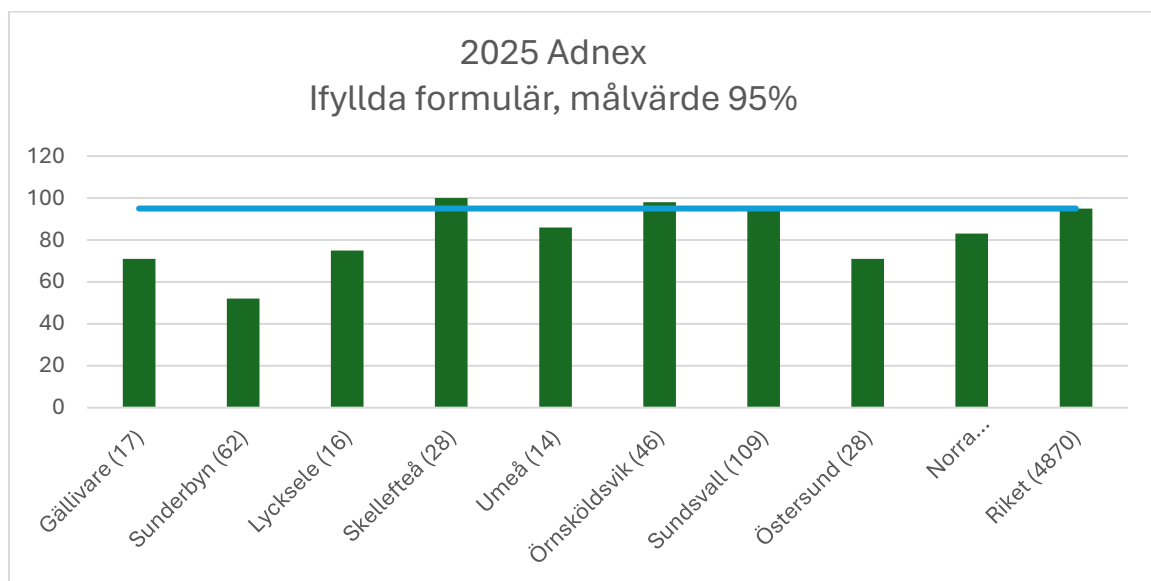
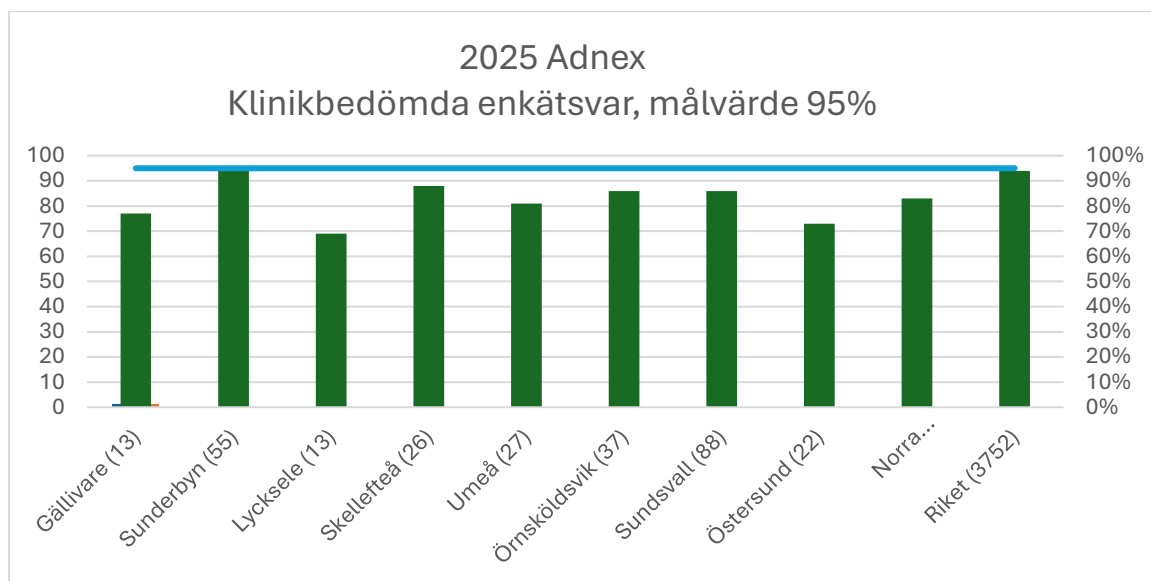
Om detta blir utfört eller inte beror mycket på lokala rutiner och prioriteringar. Något som diskuterades och goda exempel delades. Administrativ personal kan vara en stor avlastning för läkargruppen i detta.

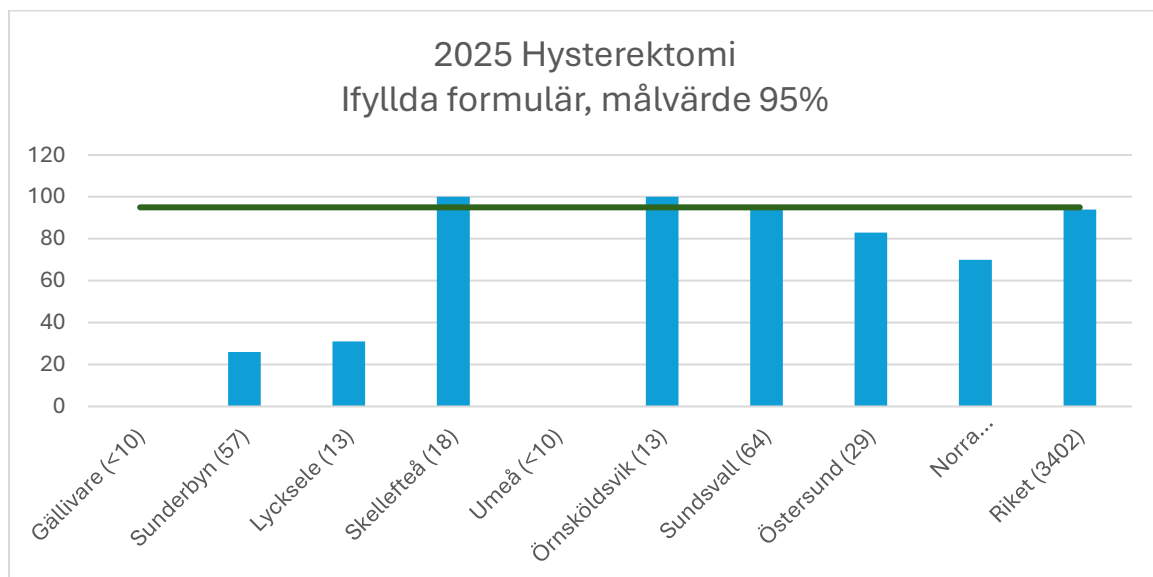
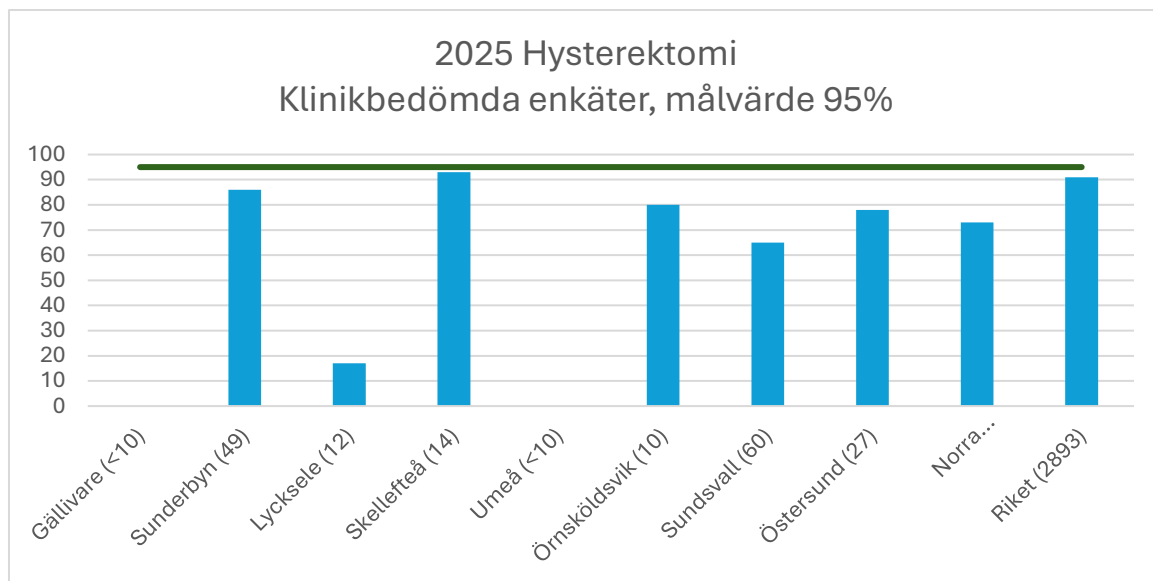
Parameter *ifyllda formulär* är ett mått på hur stor andel av patienterna som samtliga tre formulär som hör till operationstillfället är ifyllt. Det innefattar anamnes/status, operation och epikris. Från dessa tas data för tex bakgrundsdata om patienterna, peroperativa komplikationer, komplikationer under vårdtillfället, sjukskrivningslängd, trombosprofylax etc. Om det inte är komplett ifyllt försvårar det också trovärdigheten när den datan sedan analyseras. I norra sjukvårdsregionen uppnås inte målvärdet på 95%.

Även gällande denna parameter fördes diskussioner i gruppen där lokala rutiner och prioriteringar verkar vara den största orsaken till den variation som ses.

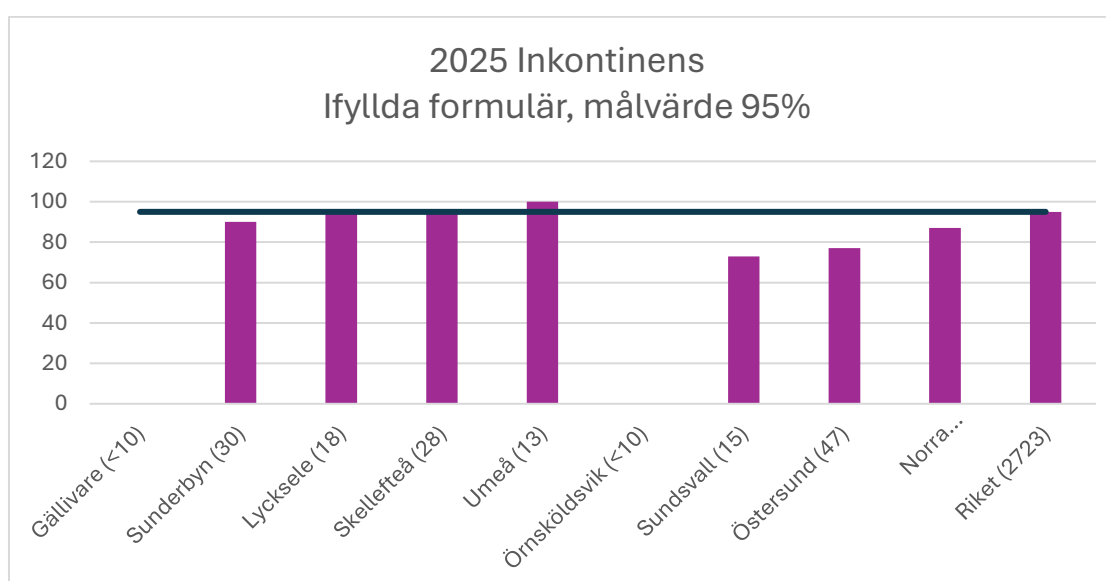
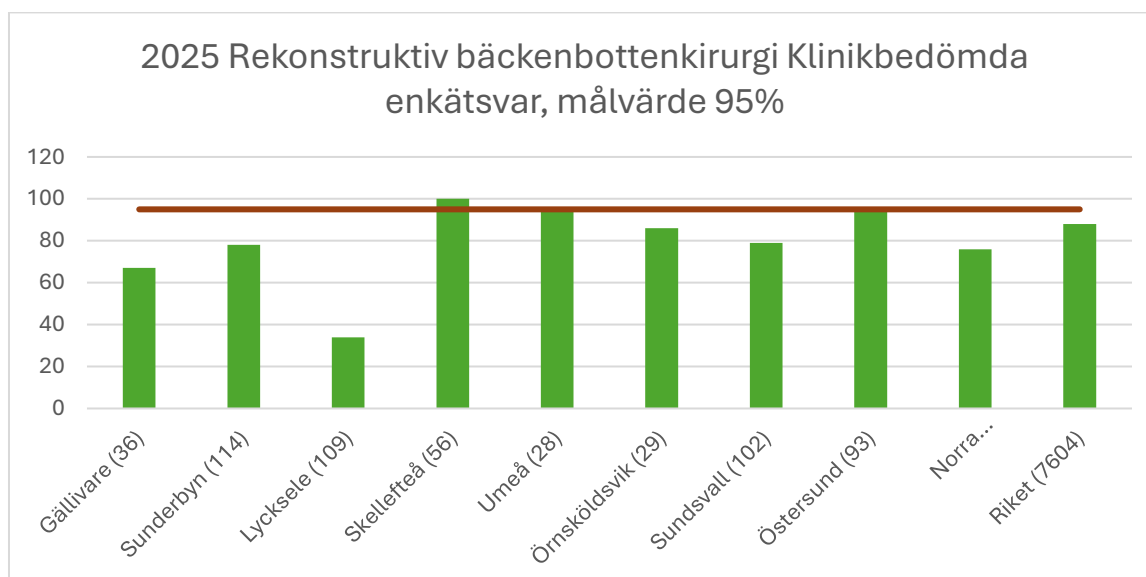
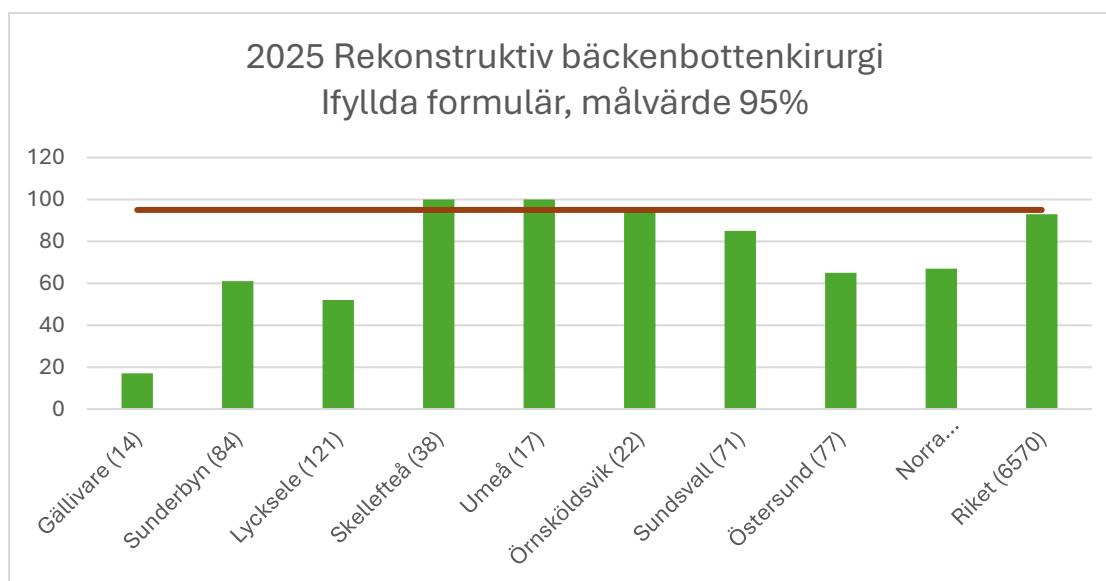
Överenskommet i gruppen att arbeta aktivt på klinikerna för att öka datakvaliteten för båda dessa parametrar för att med större säkerhet kunna lita på resultaten.

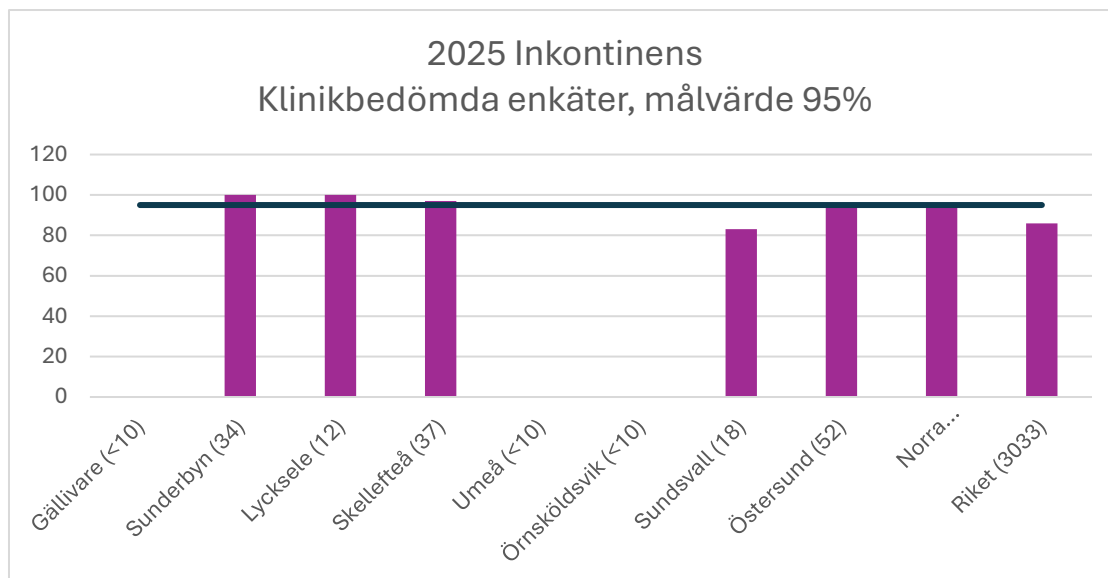
Nedan följer dessa båda parametrar uppdelat efter de fyra delregistren som ingår i denna rapport.





I de fall där kliniken opererar <10 patienter under året ges ingen egen siffra. Antalet finns dock medräknat när hela regionens data presenteras.





Inkontinens är det delregister där datakvaliteten är bäst och inom ett område når målvärdet. Det bedöms bero på att patientgruppen är den minsta och handhas av färre olika läkare. Stor eloge till dessa som sköter detta exemplariskt!

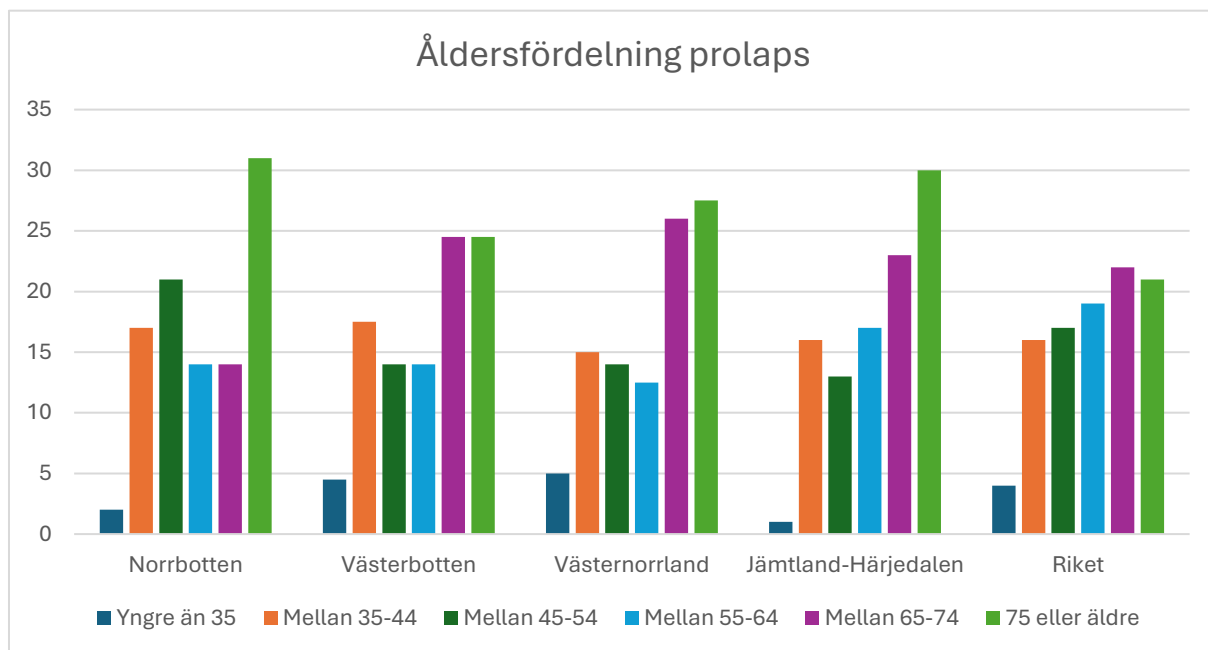
## Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Totala antalet rekonstruktiva bäckenbottenoperationer utförda vid respektive sjukhus:

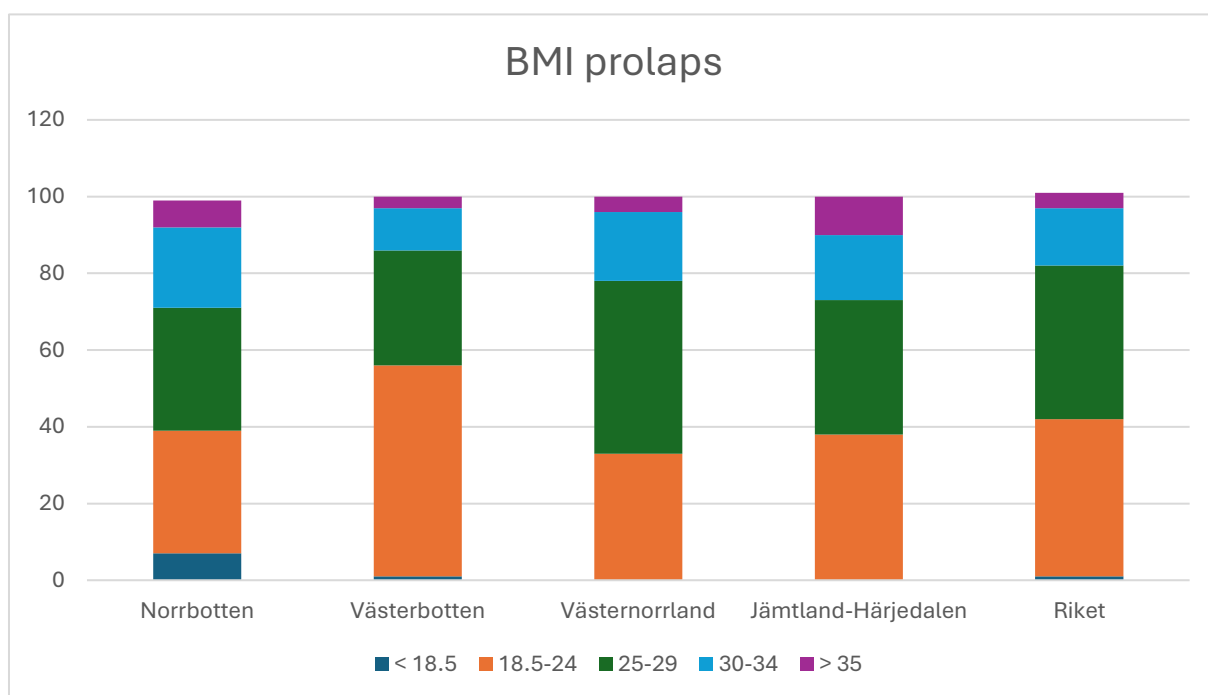
|                         |     |
|-------------------------|-----|
| Sunderbyn, Kalix, Piteå | 84  |
| Skellefteå              | 38  |
| Umeå                    | 17  |
| Lycksele                | 109 |
| Östersund               | 77  |
| Örnsköldsvik            | 21  |
| Sundsvall               | 65  |

## Ålder och BMI

Riskfaktorer för recidivprolaps är bland annat avancerat preoperativt prolapsstadium, levatorskada, hereditet för prolaps och högre BMI. Yngre kvinnor är oftare mindre nöjda och har mer kvarvarande besvär efter prolapskirugi än äldre (Ismail S et al. *Recurrent pelvic organ prolapse: International Urogynecological Association Research and Development Committee opinion*. Int Urogynecol J. 2016 Nov;27(11):1619-1632. doi: 10.1007/s00192-016-3076-7. Epub 2016 Jul 5. PMID: 27379891).

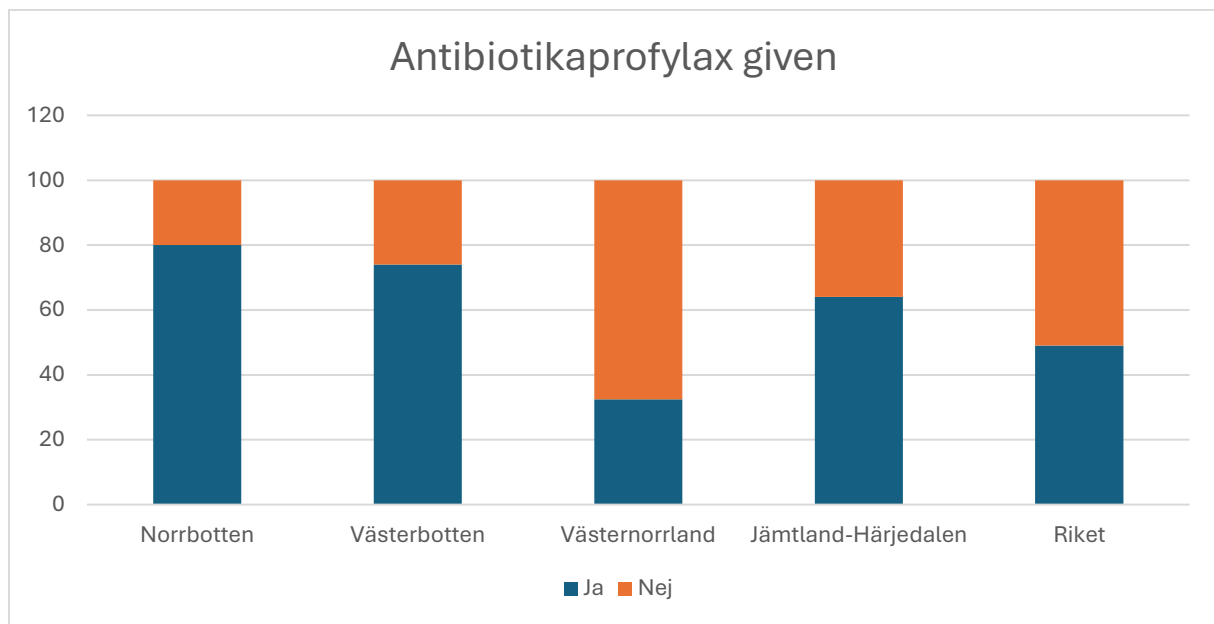


Åldersfördelningen är likartad mellan regionerna med majoriteten av patienterna i åldern 65 och äldre.



BMI-klass skiljer sig inte så mycket åt mellan regionerna, med ca 75–80 procent av patienterna med BMI under 30 procent, vilket korrelerar ganska väl till riket i genomsnitt.

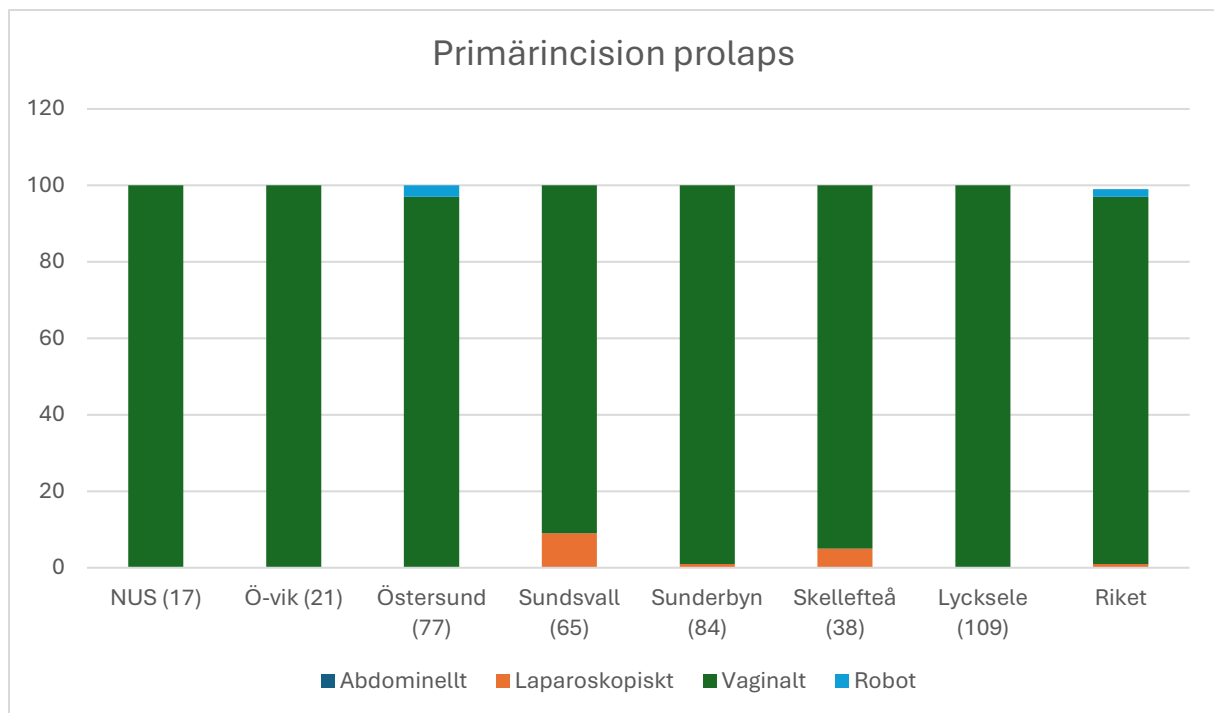
## Antibiotikaprofylax



Ingen av regionerna ordinerar antibiotika rutinmässigt vid isolerad främre kolporafi. Antibiotikaprofylax har ej visat sig minska risken för postoperativa infektioner vid bakre kolporafi, men alla regioner förutom Västernorrland har än så länge rutin för att ge det ändå (Mörlin et al. *Antibiotic prophylaxis in posterior colporrhaphy does not reduce postoperative infection: a nationwide observational cohort study*. Int Urogynecol J. 2023 Nov;34(11):2791-2797. doi: 10.1007/s00192-023-05617-y. Epub 2023 Aug 8. PMID: 37552239).

## Operationsmetod

Vaginala prolapsnät är centraliserade inom ramen för Nationell Högspecialiserad Vård, och inga sådana operationer utförs längre i Norra sjukvårdsregionen. Antalet laparoskopiska prolapsoperationer (sakrokolpopexier och sakrovaginopexier) är få i samtliga regioner, men operatörer som behärskar ingreppet finns i Sundsvall och i Skellefteå. Inom gruppen råder konsensus om att ingreppet är förordat hos vissa patienter, ffa yngre kvinnor med avancerade apikala prolapsar som ej lämpar sig för cervixamputation. Dock har ingreppet lång inlärningskurva vilket gör att det skulle kunna lämpa sig för ett samarbete inom Norra sjukvårdsregionen.

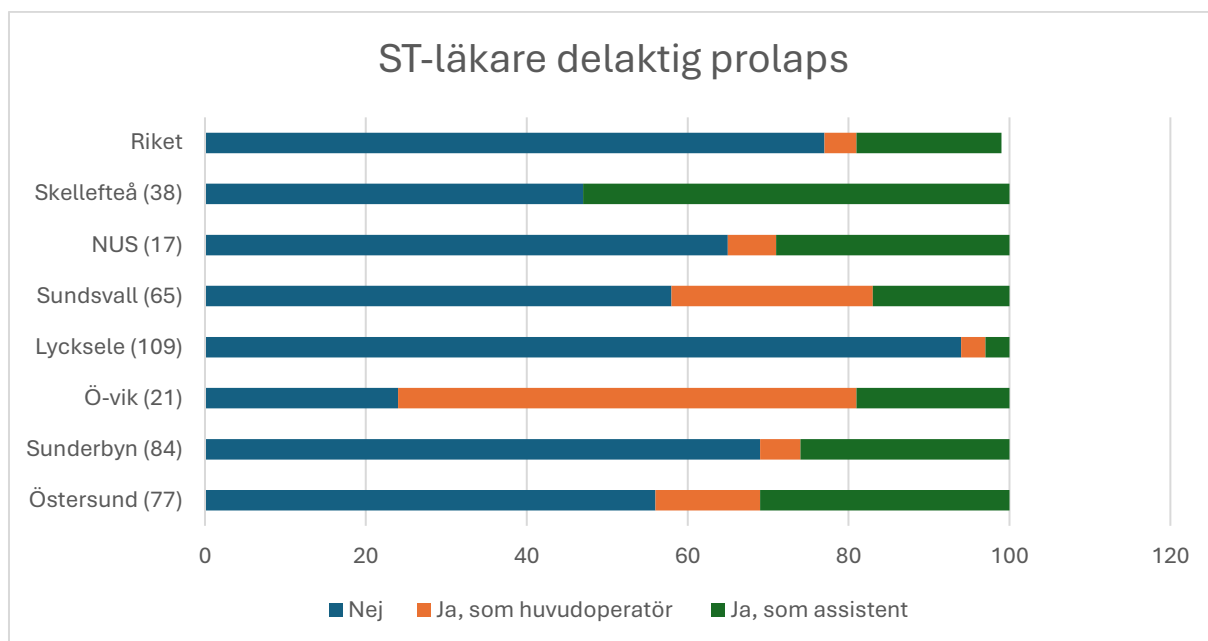


## Sjukskrivning



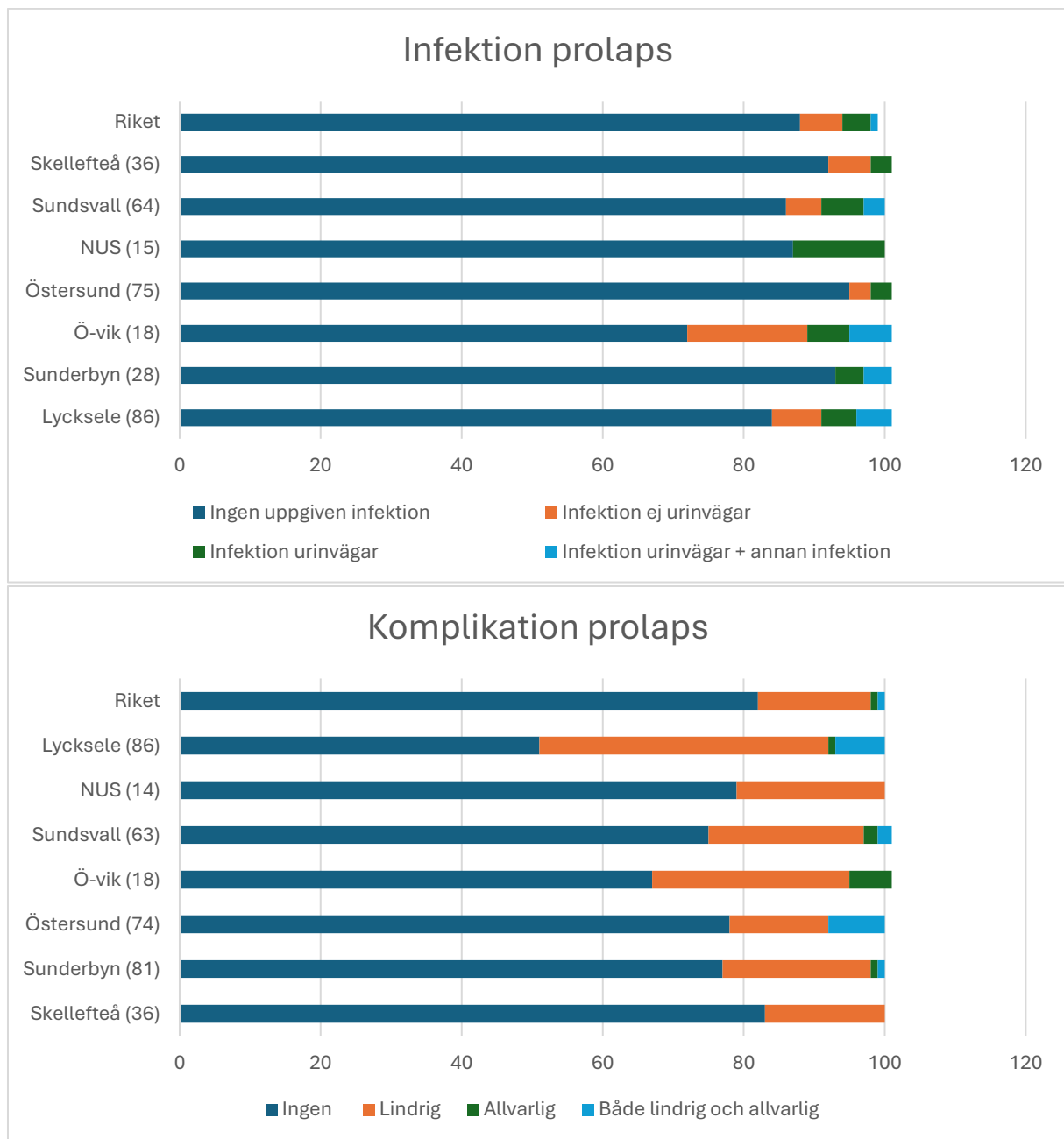
Sjukskrivningslängden varierar mellan 25 och 34 dagar, vilket motsvarar riksgenomsnittet.

## ST-läkarnas delaktighet



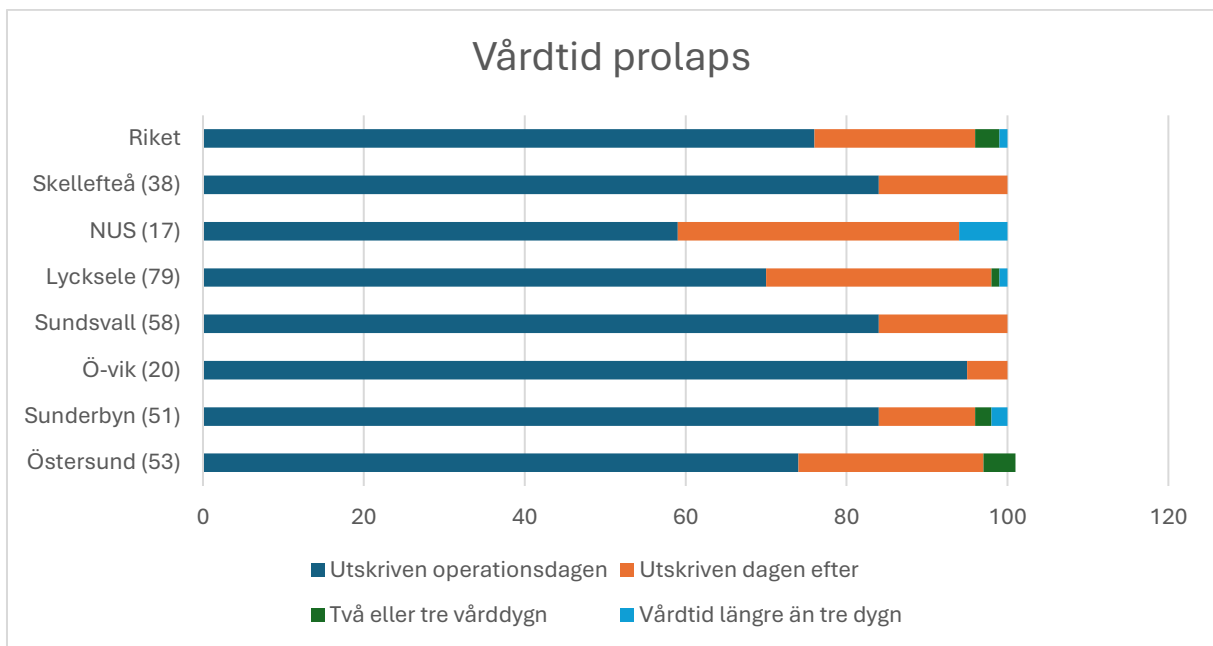
Örnsköldsvik är ett föredöme utbildningsmässigt med ST-läkare som huvudoperatör vid majoriteten av sina operationer. I diskussion inom gruppen framkommer att flertalet enheter hanterar färdiga specialister operativt, då dessa ej har hunnit bli självständiga operatörer under sin ST.

## Postoperativa komplikationer inklusive infektioner



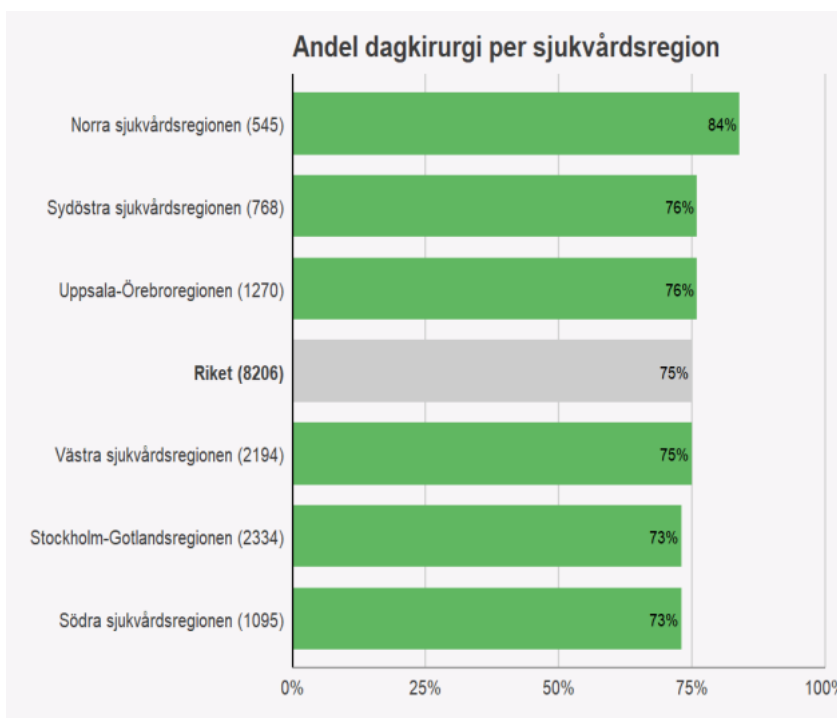
Den vanligaste komplikationen till prolapskirurgi är lokala infektioner, ffa urinvägsinfektioner. Allvarliga komplikationer är ovanliga efter prolapskirurgi. Inför denna årsrapport kunde vi ej analysera vilka allvarliga komplikationer som inträffat men det planerar vi att göra i kommande årsrapporter.

## Dagkirurgi



Målvärde >70% dagkirurgi.

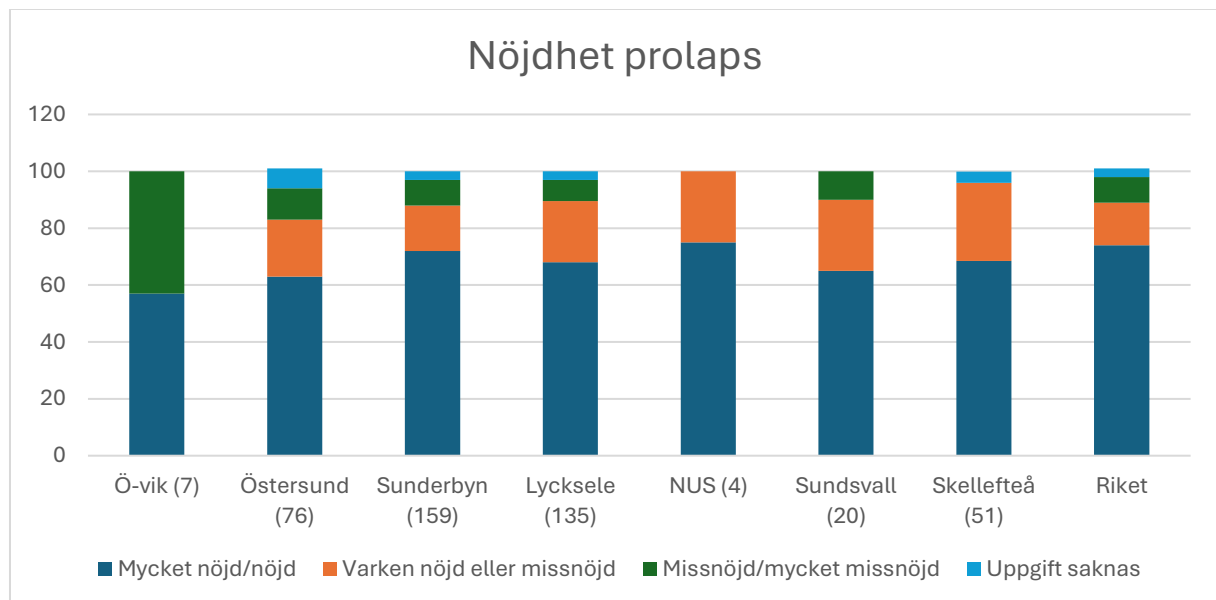
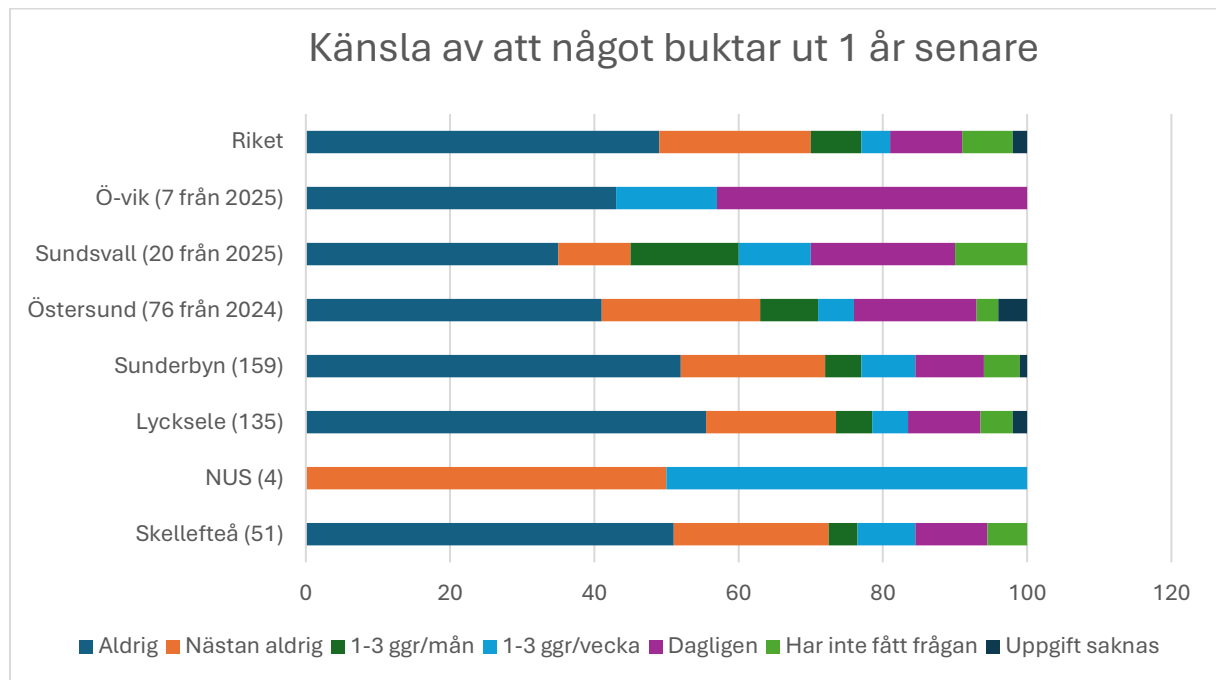
Majoriteten av alla rekonstruktiva bäckenbottenoperationer utförs dagkirurgiskt. Individuella variationer förekommer vilka speglar patientunderlaget samt geografiska skillnader och tillgång till vårdhotell. Intressant att notera är att år 2024 opererades 84% av alla rekonstruktiva bäckenbottenoperationer dagkirurgiskt i Norra regionen, vilket är den högsta siffran av alla Sveriges sjukvårdsregioner.



Tabell hämtad från Årsrapport Rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi 2024.

## Resultat ett år efter rekonstruktiv bäckenbottenkirurgi

Målvärde: 85% som aldrig eller maximalt 1–3 gånger per månad har känsla av att något buktar ut ur slidan ett år postoperativt. Ingen enhet i Norra sjukvårdsregionen når upp till detta målvärde, och ej heller i riket i genomsnitt. Då denna parameter har visat sig korrelera väl till ingreppet korrelerar också med de preoperativa förväntningarna och en bra preoperativ patientinformation liksom patienturvalet är viktigt för att optimera andelen nöjda patienter.

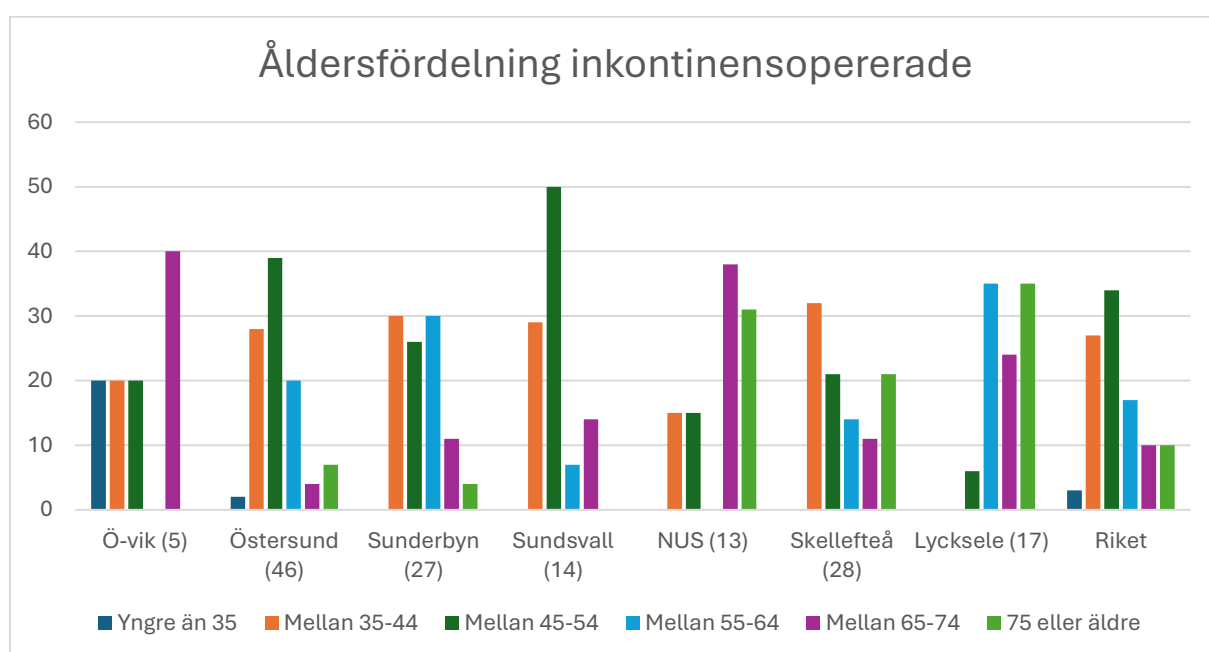


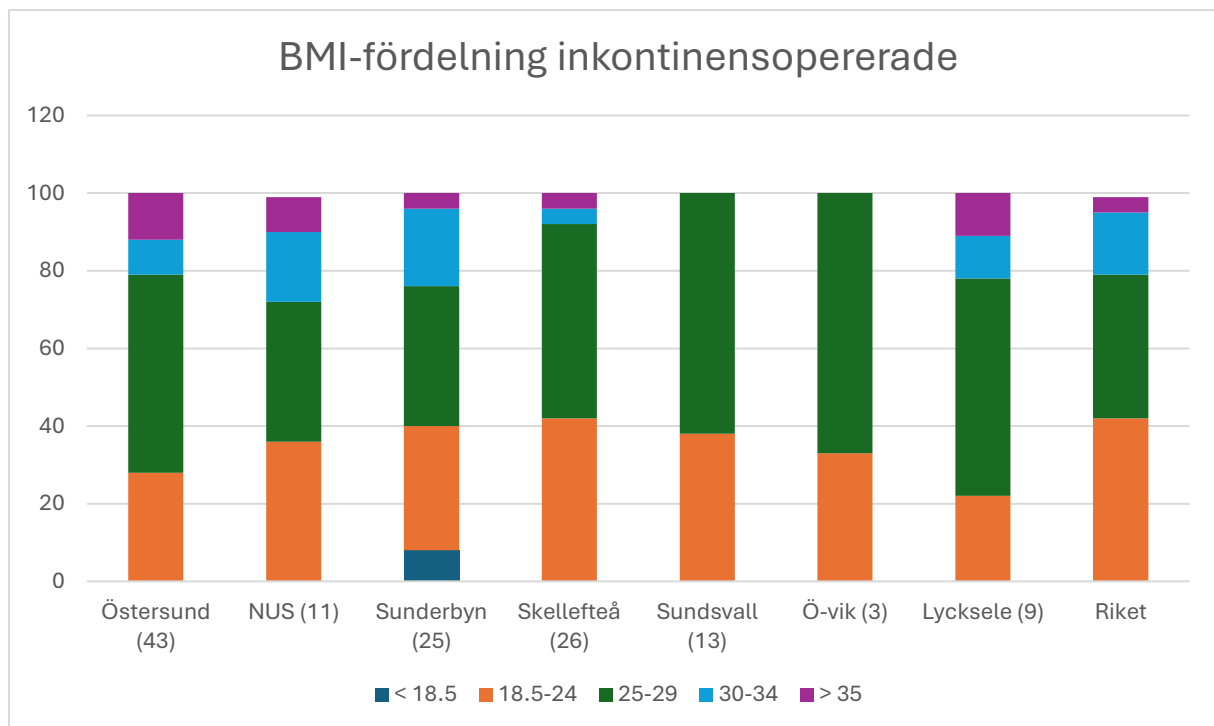
## Urininkontinens

Från 1 oktober 2025 registreras inkontinensoperationer i GynOp INCA. Vi har inte börjat ta ut statistik från nya GynOp INCA. Nedanstående statistik gäller därför endast tom 30 september 2025.

### Ålder och BMI

Vid stigande ålder är det svårare att uppnå fullgod kontinens efter operationen. Interkurrenta sjukdomar ökar med åldern och blandinkontinens blir mycket vanligare. Även högre BMI påverkar resultat efter inkontinensoperation negativt. Vid tolkning av resultaten behöver således ålders- och BMI-fördelning beaktas. Två kliniker har inga patienter över 75-års ålder respektive > BMI 35.





## Operationstyp

I Norra sjukvårdsregion utförs inom inkontinenskirurgin slyngoperationer (TVT, TOT), periuretral injektion med Bulkamid samt Botoxbehandlingar. Det konstateras en växande trend gällande andel Bulkamidbehandlingar som utförs i tre kliniker. Beträffande slyngplastiker är TVT den dominerande metoden som används i största utsträckning.

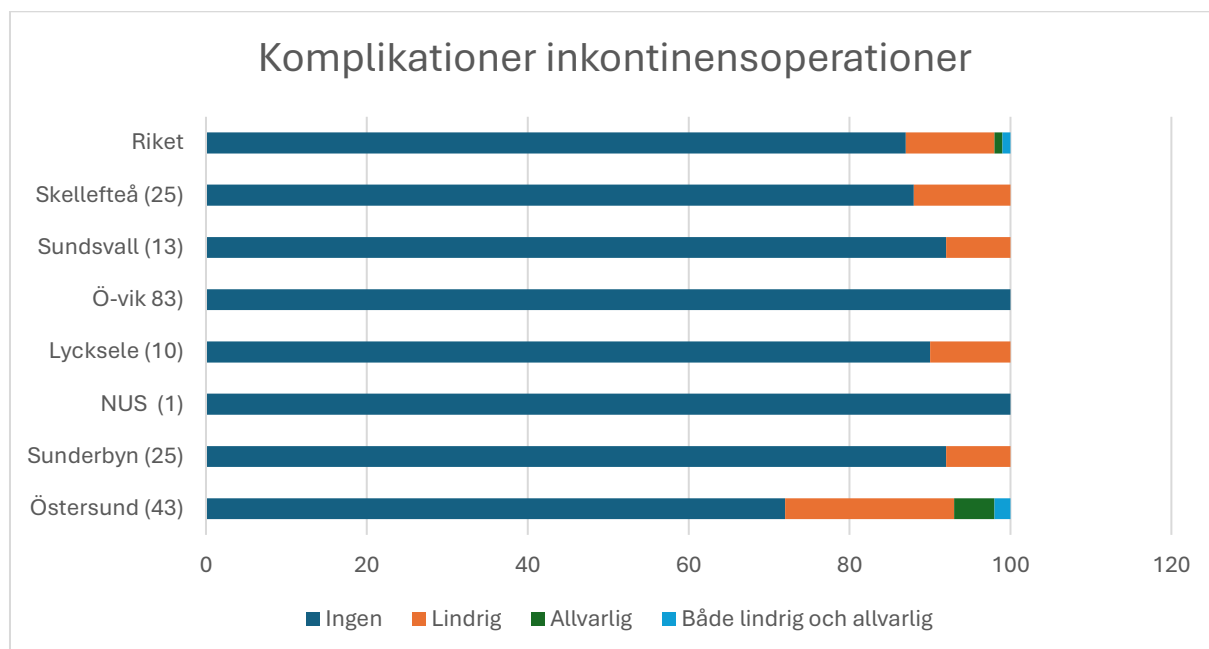
| Operationstyp                | NUS | Östersund | Sundsvall | Sunderbyn | Ö-vik | Skellefteå | Lycksele |
|------------------------------|-----|-----------|-----------|-----------|-------|------------|----------|
| <b>TVT</b>                   | 1   | 40        |           | 19        | 3     | 2          | 4        |
| <b>TVT-O</b>                 |     |           |           |           |       |            |          |
| <b>TOT</b>                   |     |           | 14        |           |       |            |          |
| <b>Enbart i vagina</b>       |     |           |           |           |       |            |          |
| <b>Periuretral injektion</b> |     | 6         |           | 8         |       | 17         |          |
| <b>Botoxinjektion</b>        | 12  |           |           |           |       | 9          | 13       |
| <b>Totalt antal</b>          | 13  | 46        | 14        | 27        | 3     | 28         | 17       |

## Komplikationer

Tabellen bekräftar att inkontinensoperationer är säkra med låg risk för komplikationer varav den största andelen utgörs av lindriga komplikationer. Dessa (ej visat i denna rapport) domineras av urinvägsinfektioner.

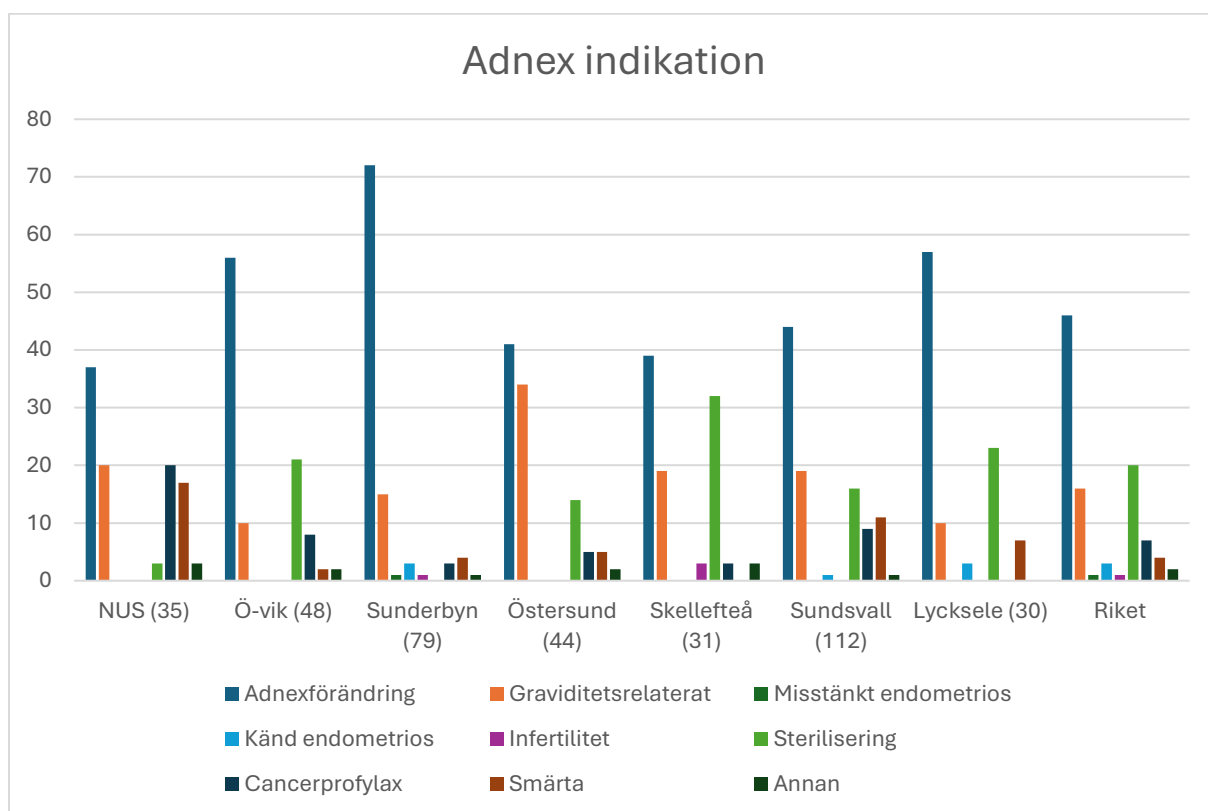
Antibiotikaprofylax ges i riket enligt GynOps årsrapport 2024 vid cirka 90% av slyngoperationerna. Det är dock oklart om detta förhindrar urinvägsinfektion postoperativt. Sårinfektioner är mycket ovanliga och även här verkar antibiotika inte ge något skydd enligt GynOps material, till skillnad från en stor studie som utfördes med patienter från det norska inkontinensregistret (Svenningsen R, Kulseng-Hanssen S, Kråkenes EBC, Schiøtz HA. /s

*antibiotic prophylaxis necessary in mid-urethral sling surgery?* Int Urogynecol J. 2021 Mar;32(3):629-635. doi: 10.1007/s00192-020-04408 z. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32617638; PMCID: PMC7902329).



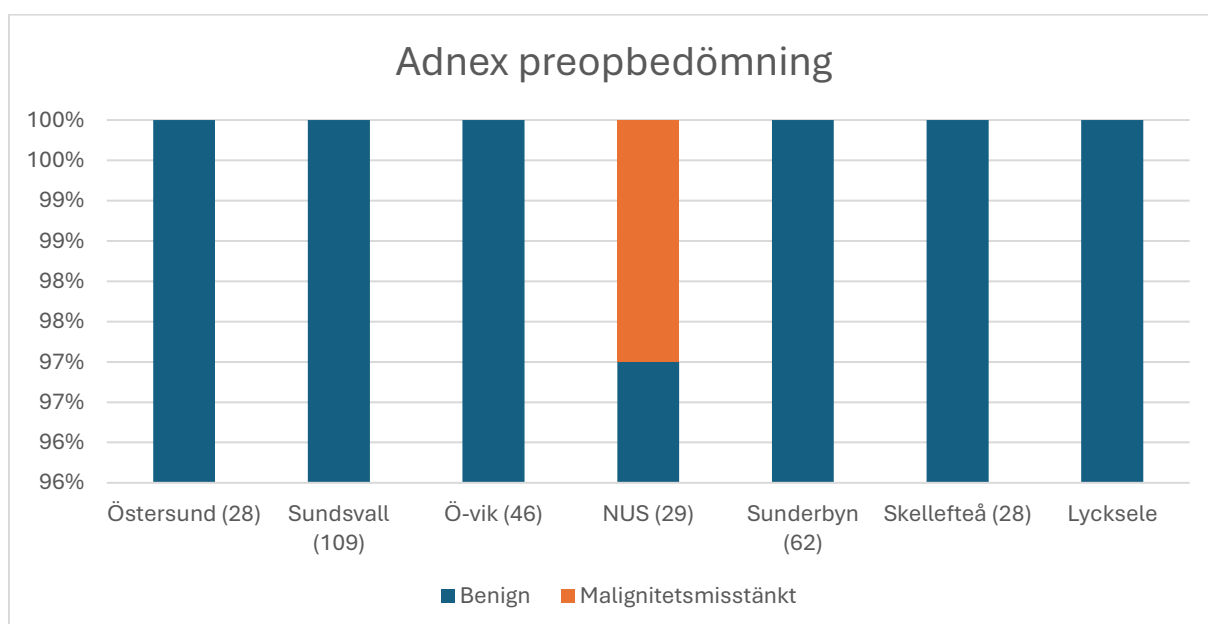
## Adnex

### Indikation



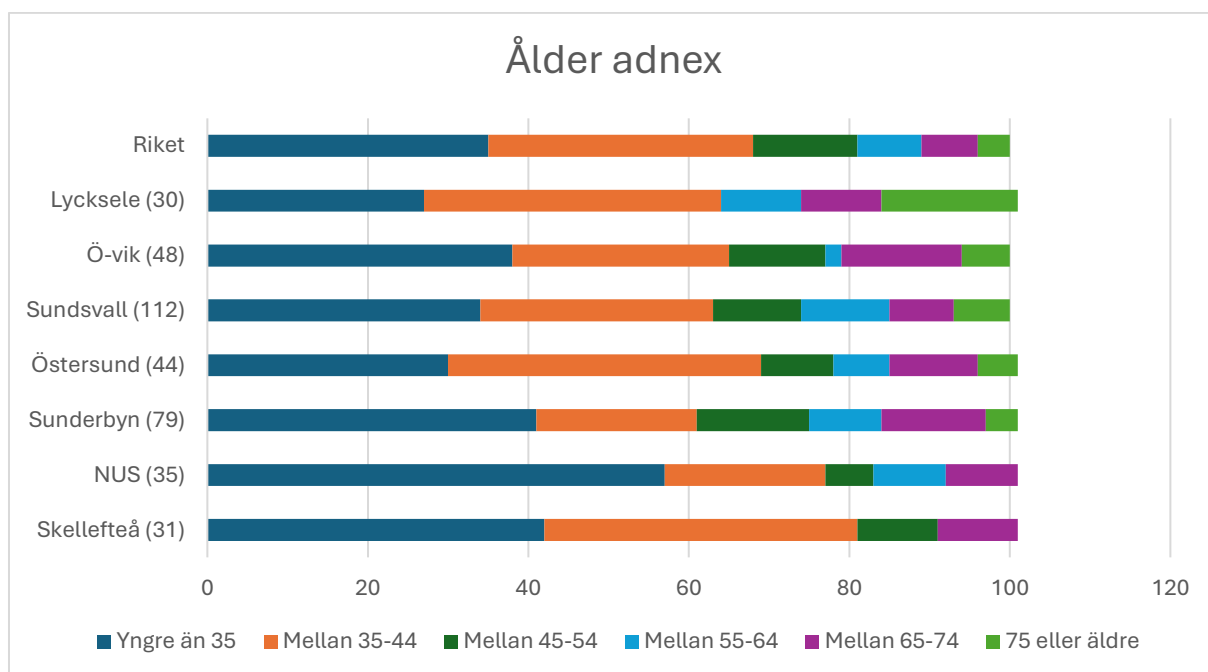
Adnexoperationer omfattar operation på äggstockar och äggledare utan samtidig hysterektomi med benign histologi.

De vanligaste indikationerna är adnexförändring, graviditetsrelaterat dvs extrauterin graviditet och steriliseringar.



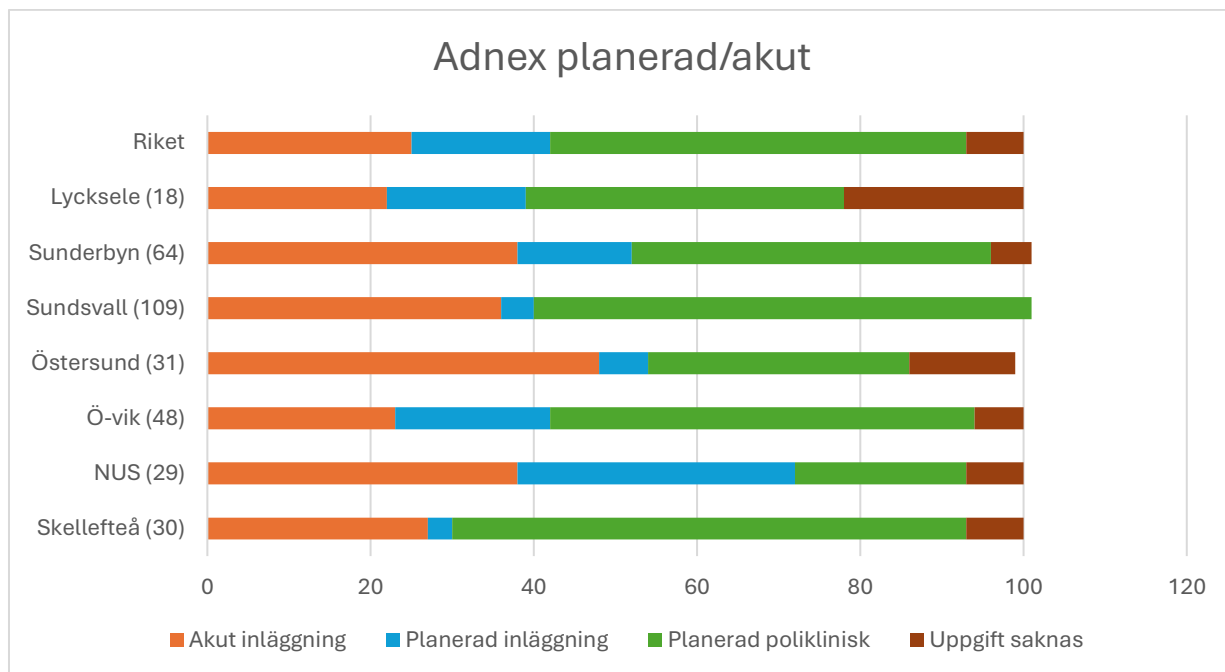
Inget av sjukhusen i norra regionen, med undantag för NUS, opererar misstänkt cancer.

## Ålder

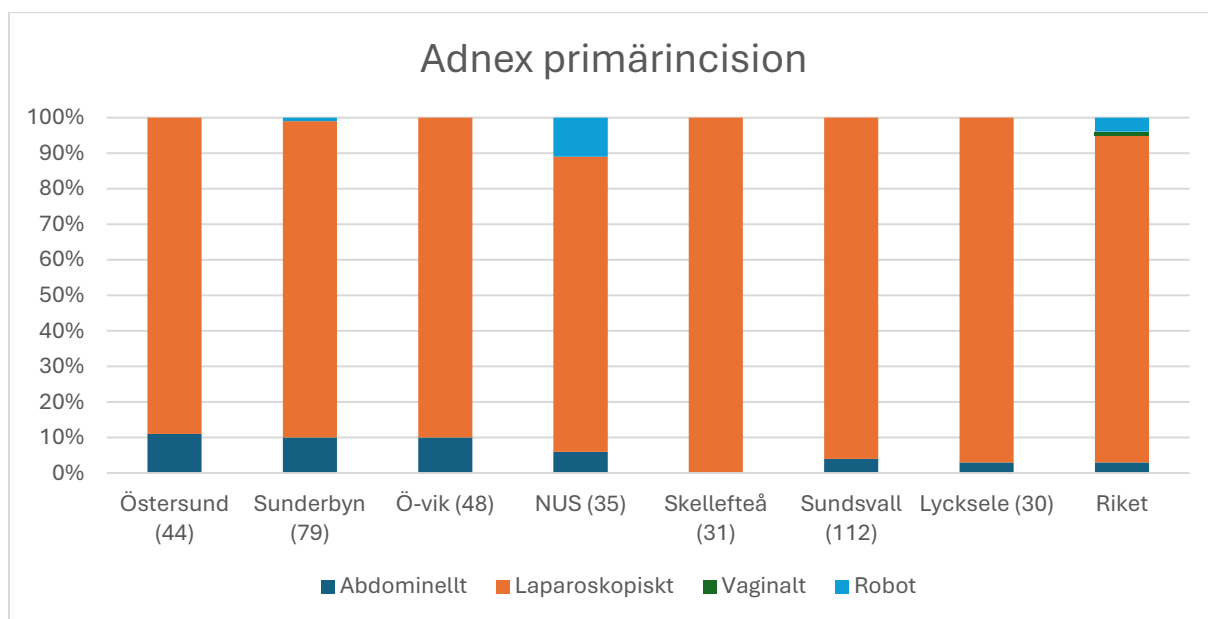


De flesta som opereras är premenopausala.

## Planerad/akut



## Primärincision och konvertering

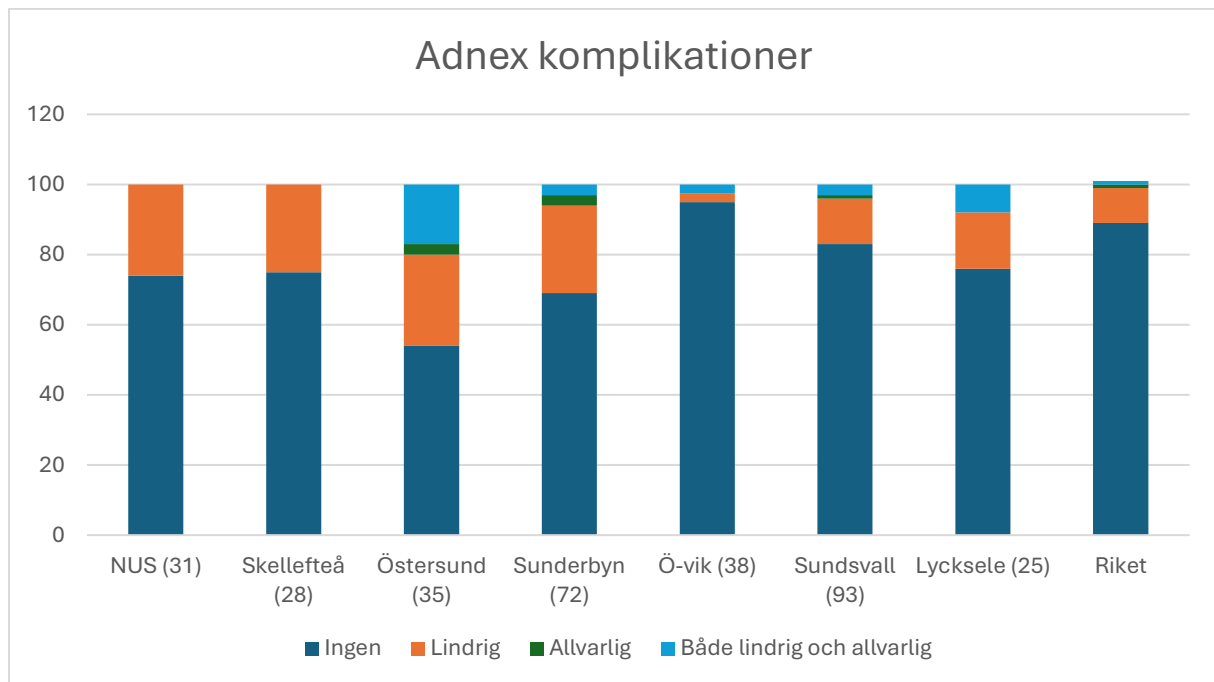


Alla kliniker i regionen uppnår SFOGs målvärde på >90% adnexoperationer påbörjade laparoskopiskt.



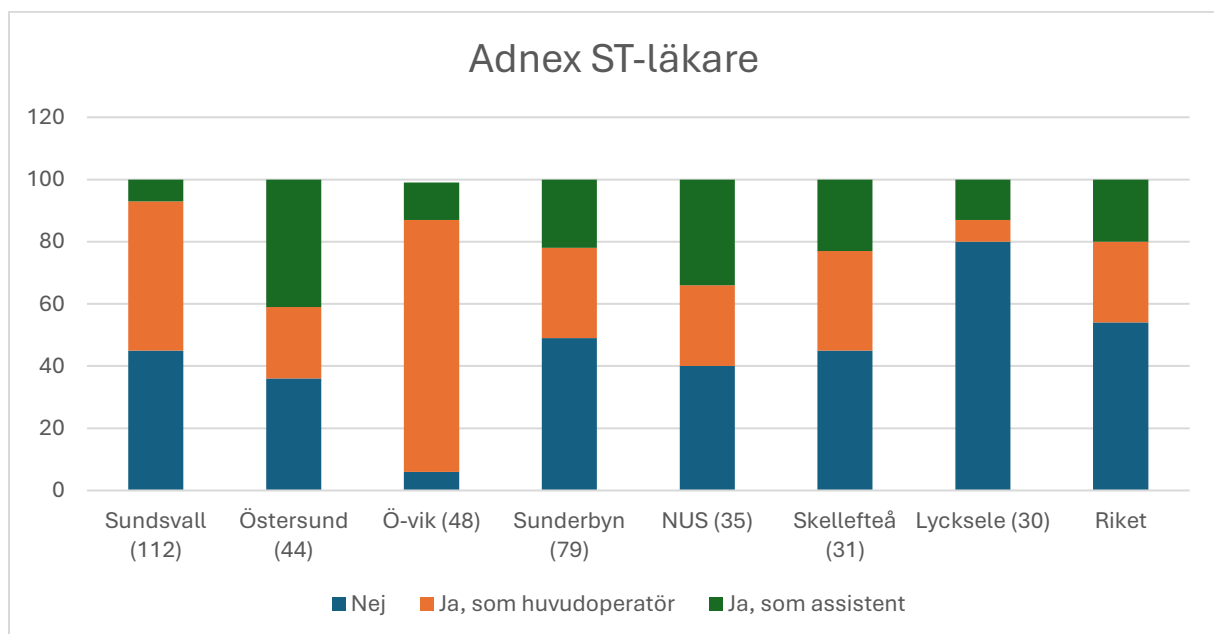
Få operationer som påbörjats laparoskopiskt konverteras till öppen kirurgi.

## Komplikationer



Ingen av klinikerna har haft någon strukturerad genomgång av hur vi bedömer komplikationer i GynOp-registret det senaste året.

## Utbildning av ST-läkare



Målvärde 50%.

De flesta sjukhusen uppnår målet med att ST-läkare ska delta vid 50 % av adnex-operationerna. Nyblivna specialister har behov av kirurgisk utbildning som gör att ST-läkarna kan få stå tillbaka som huvudoperatörer.

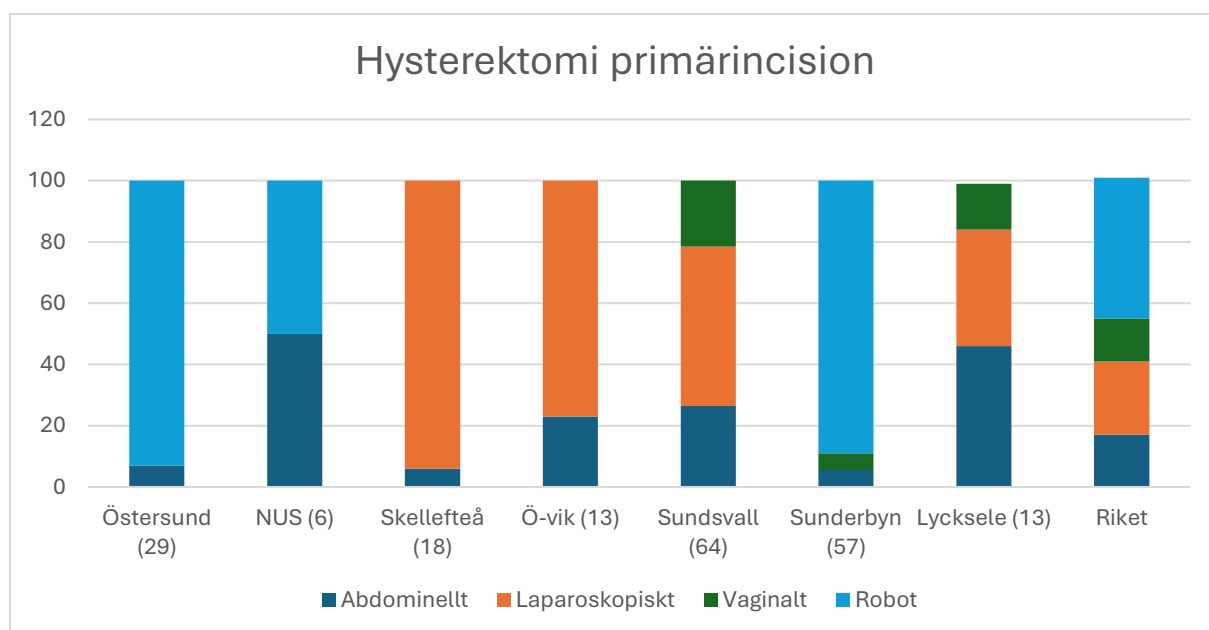
## Hysterektomi

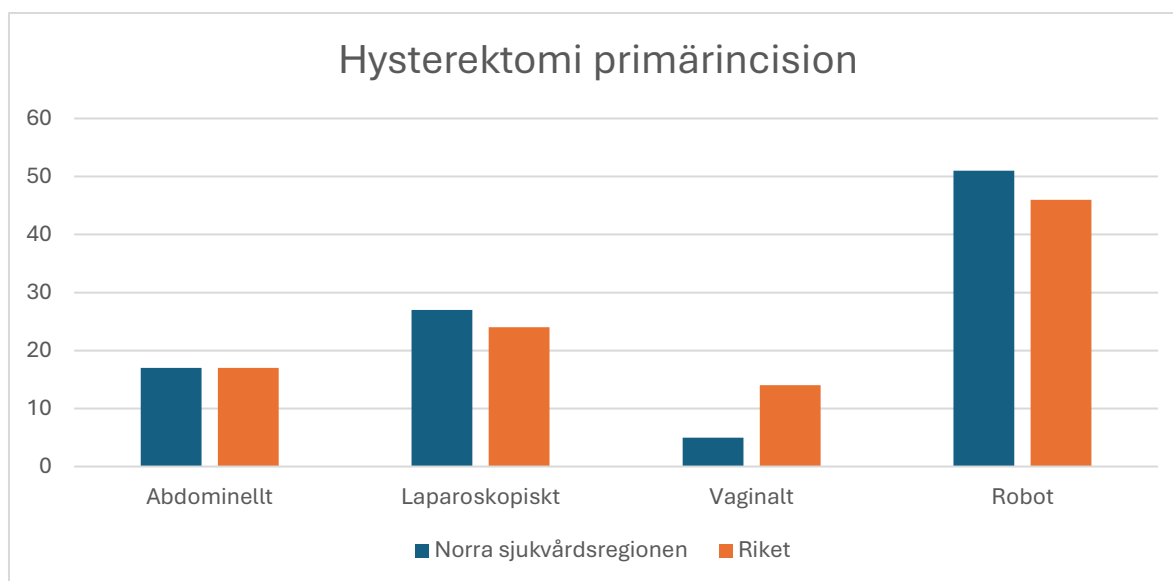
### Primärincision

Vid hysterektomi eftersträvas i första hand en minimalinvasiv operationsmetod (vaginal, inklusive vNOTES, eller laparoskopisk, inklusive robotassisterad laparoskopi). Jämfört med laparotomi är minimalinvasiva metoder associerade med kortare vårdtid och snabbare postoperativ återhämtning. Vaginal hysterektomi är dessutom förenad med mindre blödning och kortare operationstid jämfört med övriga minimalinvasiva metoder och bör erbjudas när detta bedöms möjligt utifrån patientens förutsättningar och operatörens kompetens (*Hysterectomy (benign indications): Selection of surgical route – UpToDate*).

Under det senaste decenniet har andelen minimalinvasivt utförda hysterektomier successivt ökat i Sverige. GynOp:s målvärde för andelen hysterektomier som genomförs minimalinvasivt är fastställt till 75 % för år 2025.

Andelen hysterektomier som genomförs minimalinvasivt i norra sjukvårdsregionen som helhet är i linje med rikssnittet. Majoriteten av sjukhusen i norra sjukvårdsregionen uppnådde under 2025 målet om minst 75 % minimalinvasivt utförda hysterektomier. I Östersund och Sunderbyn utförs nu merparten av hysterektomierna med robotassisterad teknik, vilket har bidragit till en minskad andel laparotomier. Samtidigt har användningen av vaginal hysterektomi i princip upphört efter införandet av robotkirurgi. Gruppen bedömer att det är viktigt att bibehålla kompetens inom vaginal kirurgi för de patienter där vaginal hysterektomi utgör det mest lämpliga behandlingsalternativet.





## Konvertering

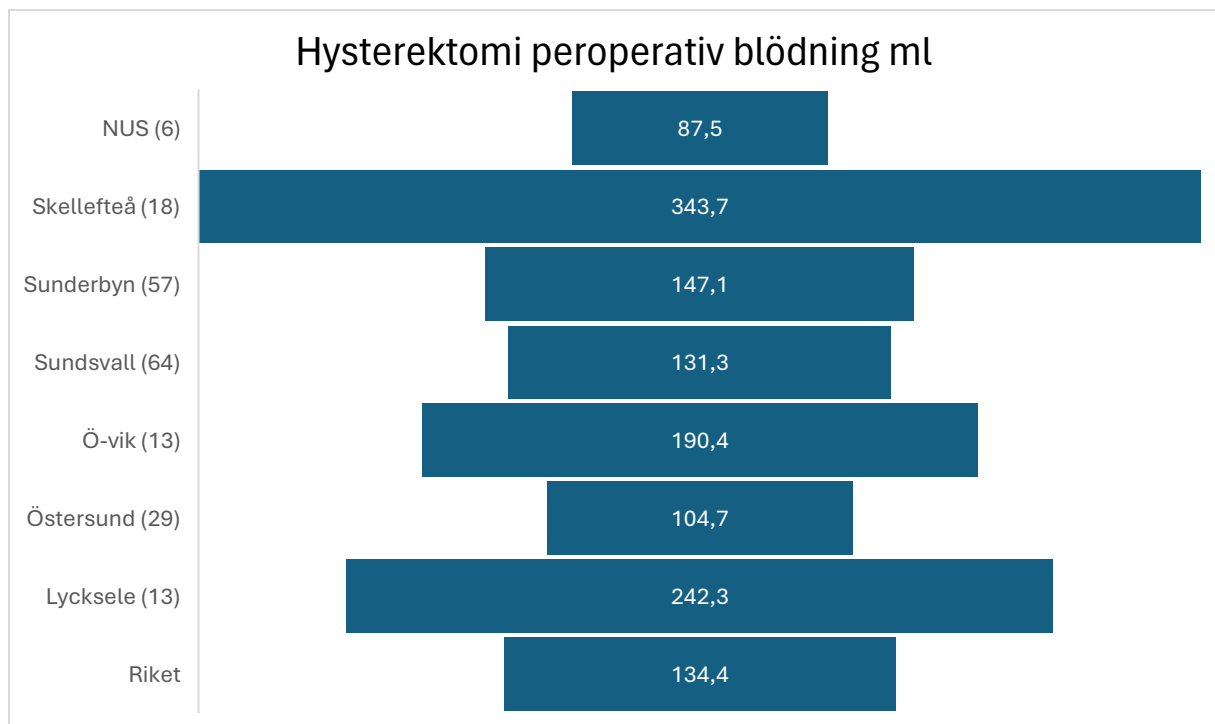
Andelen hysterektomier som initialt påbörjas minimalinvasivt men senare konverteras till laparotomi är generellt låg vid samtliga sjukhus. Gruppen bedömer dock att en högre konverteringsfrekvens inte nödvändigtvis är negativ, förutsatt att den totala andelen minimalinvasiva hysterektomier är hög. Detta kan spegla en ambition att även försöka genomföra minimalinvasiv kirurgi i mer tekniskt utmanande fall där möjligheten att fullfölja ingreppet minimalinvasivt är osäker.

|                     | Totalt antal hysterektomier | Antal konverteringar |
|---------------------|-----------------------------|----------------------|
| <b>Östersund</b>    | 29                          | 0                    |
| <b>Sunderbyn</b>    | 57                          | 1                    |
| <b>Sundsvall</b>    | 64                          | 2                    |
| <b>NUS</b>          | 6                           | 0                    |
| <b>Örnsköldsvik</b> | 13                          | 1                    |
| <b>Lycksele</b>     | 13                          | 0                    |
| <b>Skellefteå</b>   | 18                          | 0                    |

Riket har 3% konverteringar vid hysterektomi.

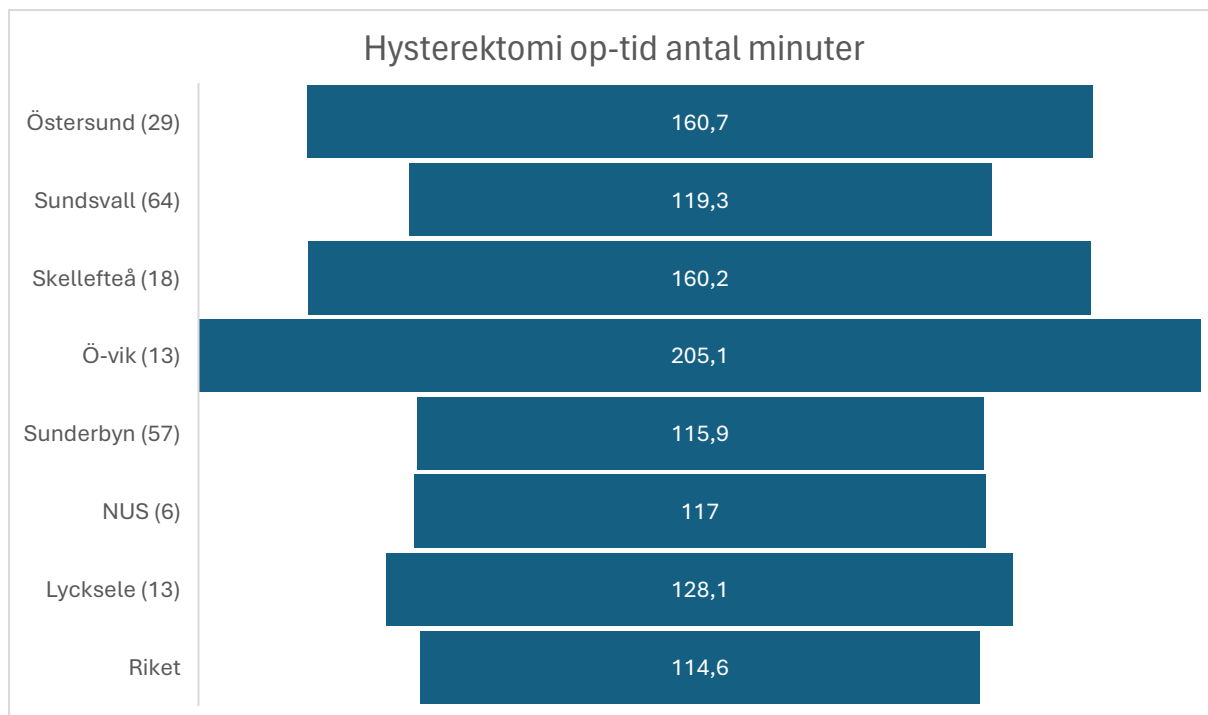
## Peroperativ blödningsmängd

Blödningsmängden ligger vid de flesta sjukhus i nivå med riksgenomsnittet. Skellefteå avviker med högre blödningsvolym, vilket huvudsakligen kan härledas till ett enstaka fall med omfattande blödning. Gruppen bedömer därför att utfallsmåttet blödning >500 ml framöver kan vara mer kliniskt relevant än genomsnittlig blödningsmängd.



## Operationstid

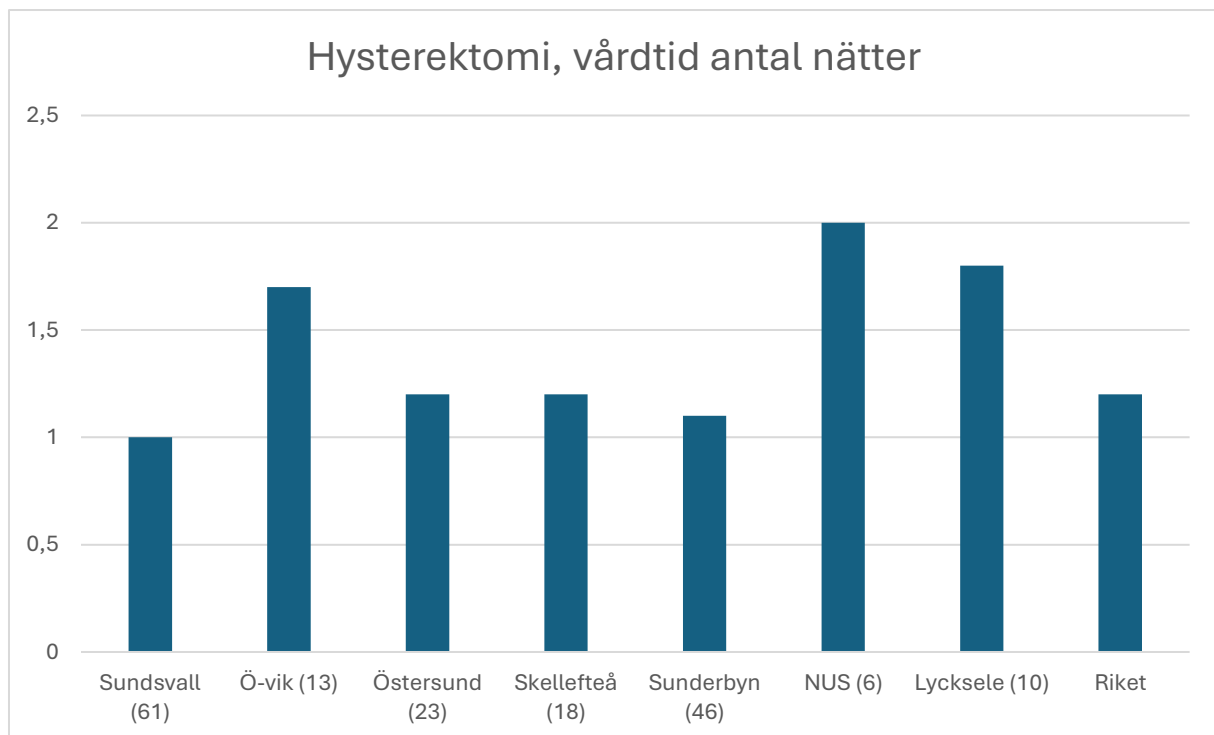
Operationstiderna är över lag jämförbara mellan sjukhusen. Operationstiden påverkas av operationsmetod, ingreppets komplexitet, operationsvolym och operatörens erfarenhet. Inget av sjukhusen i norra sjukvårdsregionen ligger under rikssnittet, även om Sunderbyn, NUS och Sundsvall närmar sig rikssnittet. Örnsköldsvik uppvisar något längre operationstider, vilket sannolikt delvis kan förklaras av att en relativt stor andel av ingreppen utförs av ST-läkare under utbildning.



## Vårdtid

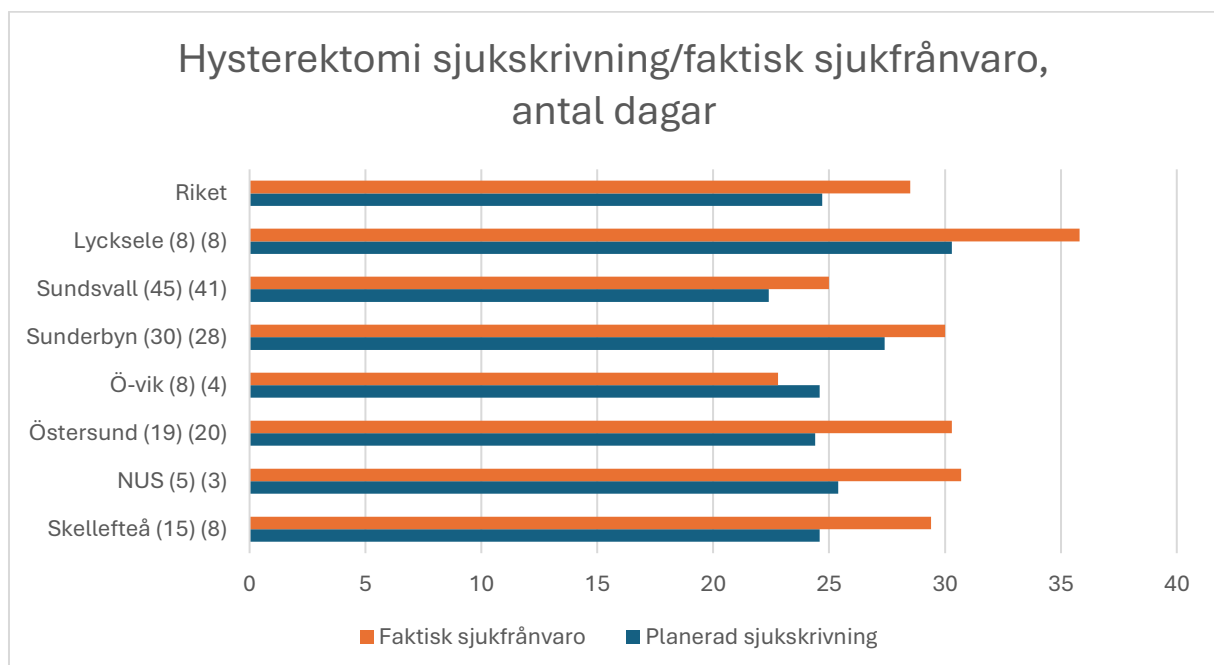
Vårdtiden varierar mellan sjukhusen, vilket delvis kan förklaras av skillnader i användningen av minimalinvasiva operationsmetoder. Även geografiska faktorer, såsom avstånd till sjukhus, kan påverka vårdtidens längd. Det är samtidigt värt att notera att både Östersund och Sunderbyn har en genomsnittlig vårdtid som överstiger ett dygn trots en hög andel minimalinvasivt utförda hysterektomier.

I Sunderbyn erhåller samtliga patienter som genomgår robotassisterad hysterektomi spinalanestesi, vilket begränsar möjligheten till poliklinisering. En avveckling av denna rutin pågår dock. I Östersund har möjligheten till övernattnings på vårdhotell tidigare saknats, men då denna möjlighet nu införts bedöms förutsättningarna för ökad poliklinisering som goda.



## Sjukskrivning

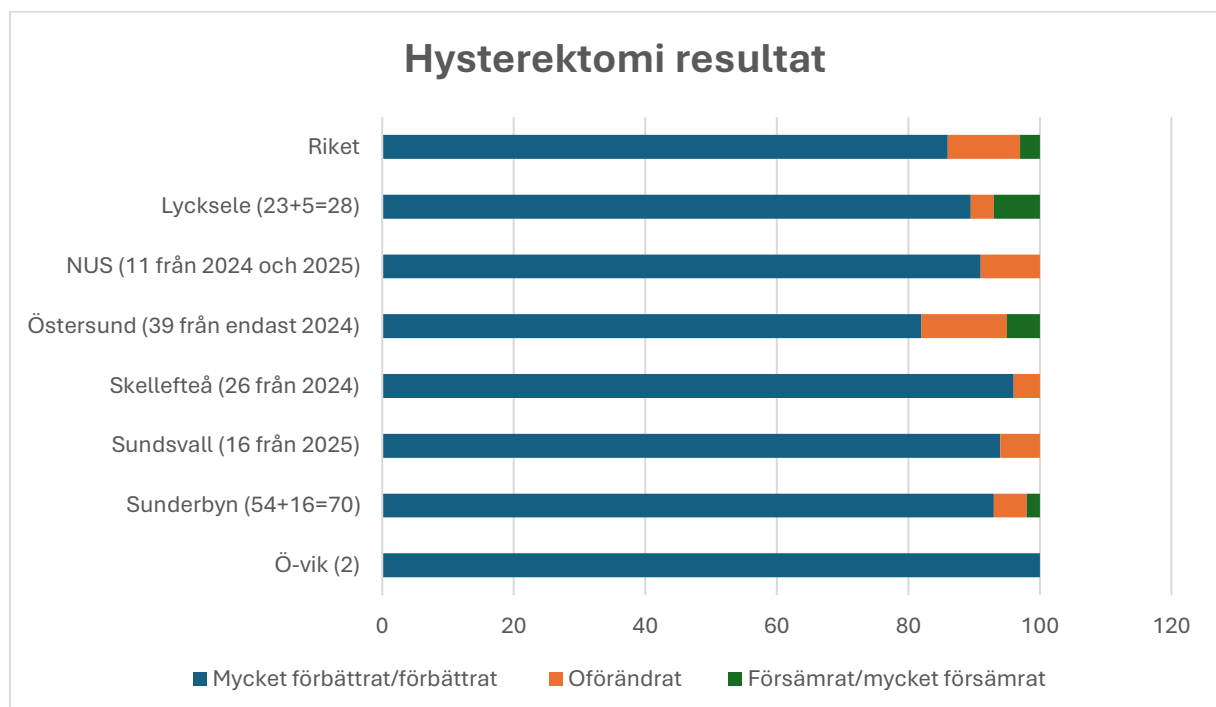
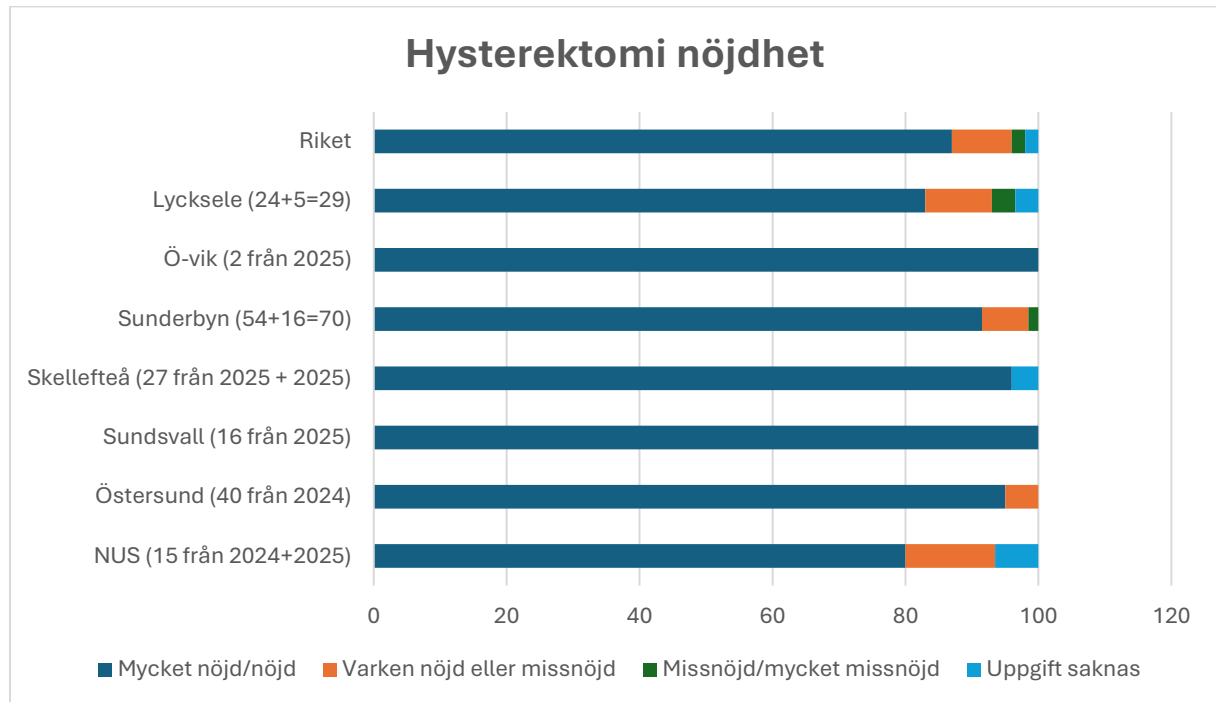
Sjukskrivningstiden efter hysterektomi är över lag jämförbar mellan sjukhusen. I Lycksele ses dock något längre sjukskrivningstider, vilket sannolikt förklaras av en fortsatt hög andel abdominella hysterektomier.



## Resultat

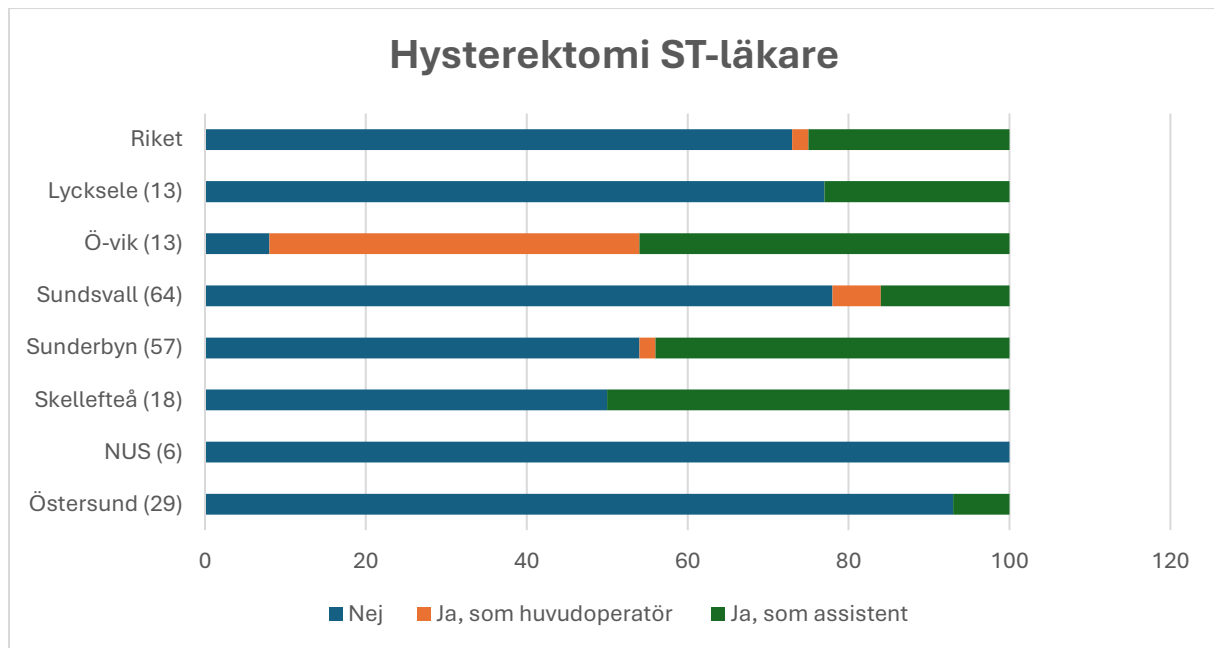
Andelen patienter som uppger nöjdhet med operationsresultatet samt upplever förbättring av sitt tillstånd 12 månader efter hysterektomi är generellt hög vid samtliga sjukhus och överstiger rikssnittet vid flertalet enheter.

Det föreligger dock skillnader mellan sjukhusen avseende vilka patienter som inkluderats i årets rapport. I Umeå och Skellefteå har patienter opererade under både 2024 och 2025 inkluderats. I Sundsvall och Örnsköldsvik har endast patienter opererade under 2025 inkluderats, medan övriga regioner enbart inkluderat patienter opererade under 2024. Inför kommande rapport planeras en ökad harmonisering av inklusionskriterierna.



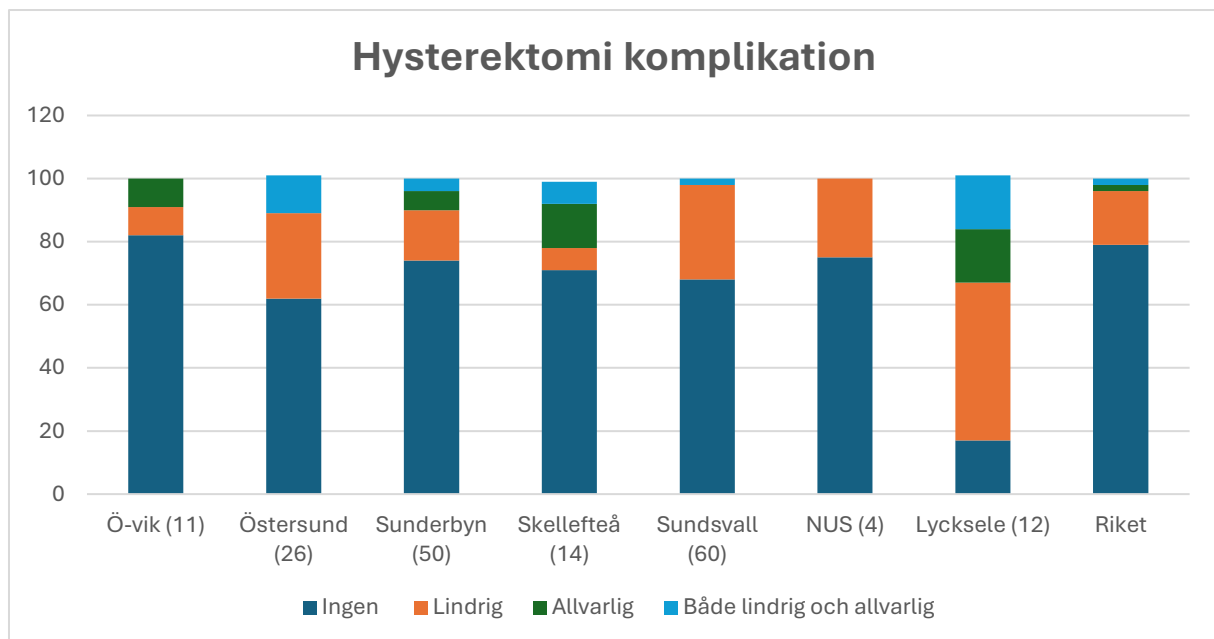
## ST-läkare

Andelen hysterektomier där ST-läkare varit delaktiga varierar betydligt mellan sjukhusen. Örnsköldsvik utmärker sig genom att ST-läkare medverkat vid över 90 % av samtliga hysterektomier och varit huvudoperatör i nära hälften av fallen. Gruppen konstaterar samtidigt att införandet av robotkirurgi har medfört begränsade möjligheter för ST-läkare att fungera som huvudoperatör, även om ambitionen är att fortsatt inkludera ST-läkare som assistenter vid dessa ingrepp.



## Komplikationer

Andelen patienter med allvarliga komplikationer är generellt låg men varierar mellan sjukhusen. Antalet fall är dock begränsat, vilket innebär att några säkra slutsatser inte kan dras enbart utifrån registerdata. Inför nästa rapport planeras därför journalgranskning av samtliga allvarliga komplikationer för att möjliggöra en mer fördjupad analys.



## Avslutning

Denna rapport är den första i sitt slag i norra sjukvårdsregionen. Arbetet med den och diskussionerna mellan deltagarna i arbetsgruppen har varit konstruktiva och framåtsyftande och det är framför allt det som är den stora vinningen med arbetet. Förhoppningen är att vi av det arbetet och av den inspiration vi givit varandra kan driva förbättringsarbeten i våra hemmaregioner och förbättra våra resultat och den vård vi erbjuder våra patienter.

Inför det fortsatta arbetet nästa år har vi flera förbättringsförslag, framför allt gällande vilken data vi tar fram för att det ska vara relevant.

Målet är att detta arbete blir återkommande under många år framöver.