



Norsk gynekologisk endoskopiregister

Nasjonalt medisinsk kvalitetsregister

Årsrapport for 2025

Toril Råknes¹, Tonje Bohlin ¹ Lena Ringstad Olsen²

¹Sykehuset i Vestfold, HF, Tønsberg (SiV)

²Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE)

12. jun 2026

Innhold

1	Sammendrag	7
2	Resultater	8
2.1	Kvalitetsindikatorer	8
2.1.1	Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon	8
2.1.2	Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon	11
2.2	Pasientrapporterte data (PROM/PREM)	13
2.2.1	Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon	13
2.2.2	Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon	17
2.2.3	Pasienttilfredshet - PREM	21
2.2.4	Pasientens helsegevinst - PROM	24
2.3	Andre analyser	25
2.3.1	Konvertering	25
2.3.2	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi	28
2.3.3	Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved laparoskopi	29
2.3.4	Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige	31
2.3.5	Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige	34
2.3.6	Pasientkarakteristika: BMI	37
2.3.7	Pasientkarakteristika: Alder	40
2.3.8	Hyppigste diagnoser	42
2.3.9	Hyppigste prosedyrer	44
2.3.10	Dagkirurgiske inngrep laparoskopi	46
2.3.11	Behandlingsnivå hysteroskopi	49
2.3.12	Operasjonstid	50
2.3.13	Laparoskopisk hysterektomi LCD01/LCD04	52
2.3.14	Hysterektomi, 6 mnd oppfølging	57
2.3.15	Robotkirurgi	58
3	Registerbeskrivelse	67
4	Datakvalitet	69
4.1	Tilslutning og antall registreringer	69
4.2	Dekningsgrad og responsrate	71
4.2.1	Metode for beregning av dekningsgrad	71
4.2.2	Siste beregnede dekningsgrad	73
4.2.3	Responsrate for pasientrapporterte data	77
4.3	Vurdering av datakvalitet	78
4.3.1	Kompletthet	78
4.3.2	Korrekthet	78
4.3.3	Reliabilitet	82
4.3.4	Andre tiltak	82
5	Pasientrettet kvalitetsforbedring	84
5.1	Identifiserte forbedringsområder	84
5.2	Igangsatte/utførte forbedringstiltak	85
5.3	Voss sjukehus. Laparoskopisk hysterektomi 2020-2025	90
6	Formidling av resultater	91
6.1	Utfyllende beskrivelser av formidling av resultater fra NGER	92
6.1.1	Vestre Viken smittevernsavdeling, Middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterektomier	92
6.1.2	Sykehuset i Vesfold HF -Reduksjon av postoperative infeksjoner ved laparoskopisk hysterektomi som ledd i et kvalitetsforbedringsarbeid	92
6.1.3	Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopi i Norge 2013-2024 kartlagt ved hjelp av Norsk Gynekologisk Endoskopiregister	92

6.1.4	Endringer i helserelatert livskvalitet 3 år etter laparoskopisk hysterektomi for benigne indikasjoner	93
7	Samarbeid og forskning	93
7.1	Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre	93
7.2	Datautlevering fra registrene	93
7.2.1	Forskning	94
7.2.2	Kvalitetsforbedring og styringsformål	94
7.2.3	Andre formål	94
7.3	Vitenskapelige artikler	95
8	Referanser til vurdering av stadium	97
8.1	Vurderingspunkter	97
9	Utvikling av registeret	99
9.1	Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra Ekspertgruppen	99
9.1.1	Vurdering av Årsrapport 2024	99
9.2	Planer og behov	99
9.2.1	Dekningsgrad	99
9.2.2	Vitenskapelig arbeid	99
9.2.3	Korrekthet og kompletthet	99
9.2.4	Komplettene registerdata	99
9.2.5	Endring av PREM	100
9.2.6	Endring av PROM	100
10	Litteratur	101

Forkortelser brukt i rapporten

Forkortelser	Forklaringer
DG	Dekningsgrad
ePROM	En nasjonal løsning som gir mulighet for å nå ut til innbyggere på en sikker måte
HF	Helseforetak
HNIKT	Helse Nord IKT
LEON	Lavest effektive omsorgsnivå
LH	Laparoskopisk Hysterektomi NCSP kode LCD01/LCD04
LIS	Lege i spesialisering
NGER	Norsk gynekologisk endoskopiregister
NGF	Norsk gynekologisk forening
NHN	Norsk Helsenet
NKIR	Norsk kvinnelig inkontinensregister
NPR	Norsk pasientregister
PREM	Patient Experience Measures. Skjema som måler pasientens tilfredshet med registrerende enhet.
PROM	Patient-reported Outcome Measures. Pasientrapport helsegevinst.
RAND-36	Skjema som måler pasientens helsegevinst (PROM)
SKDE	Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering
TSS-2	Treatment Satisfaction Scale versjon 2. Skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM)



Resultater 2025

Antall forløp: 15137

Laparoskopi: 9002

Hysteroskopi: 6195

Hysterektomier: 3439

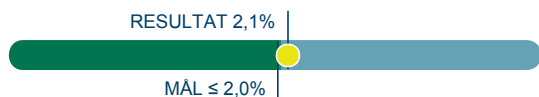


Median alder ved inngrep 47 år

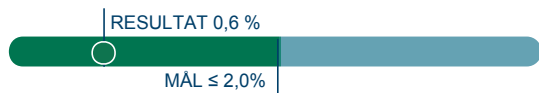


Resultater kvalitetsindikatorer

Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjonen



Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjonen



Hysteroskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon



Laparoskopi: Pasientrapporterte komplikasjoner etter operasjon



Pasienttilfredshet



Dekningsgrad

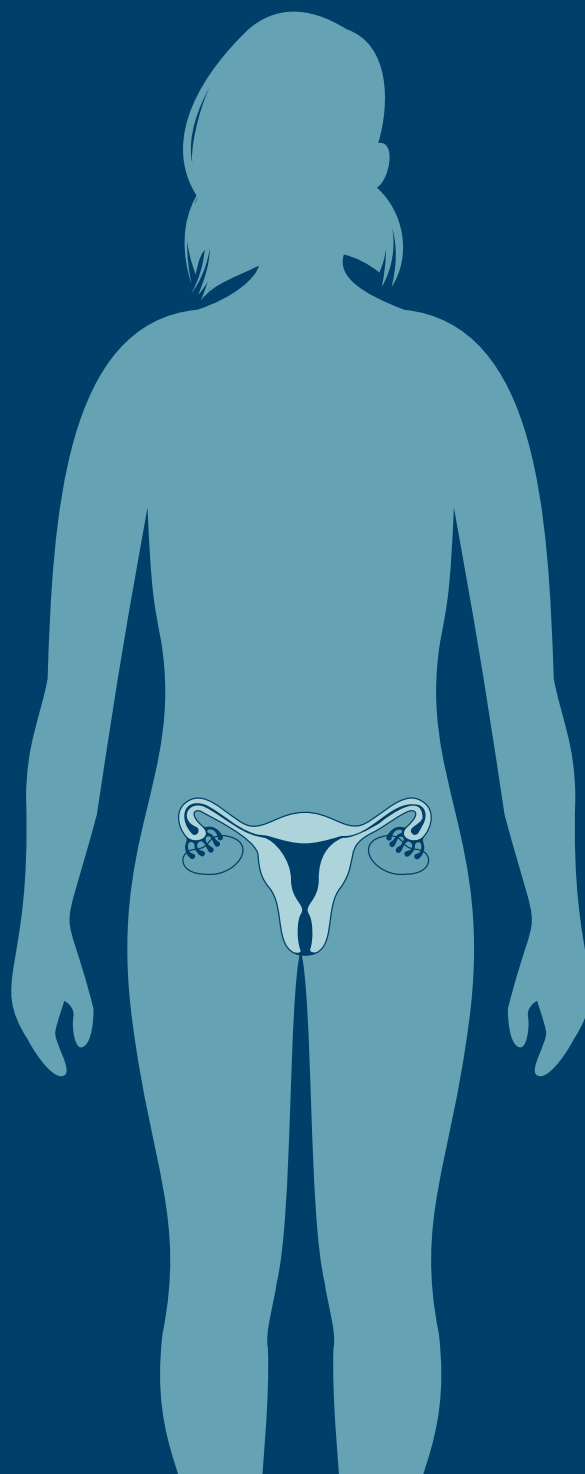
Dekningsgrad: Totalt 85%



Dekningsgrad: Laparoskopi 87%



Dekningsgrad: Hysteroskopi 85%



Del 1
Resultater fra registeret

1 Sammendrag

Resultatene for 2025 viser generelt god kirurgisk kvalitet ved norske gynekologiske avdelinger, med en nasjonal dekningsgrad på 85 %. Det er registrert 15137 inngrep, hvorav 8942 laparoskopiske, 6135 hysteroskopiske og 60 kombinerte. Svarprosent på tilsendte skjema for pasientrapporterte data 4 uker etter utført inngrep var hele 78,5% nasjonalt, og anses som tilfredstillende.

Laparoskopi holder stabil god kvalitet med en intraoperativ komplikasjonsrate på 0,6 %, godt innenfor grønt måltall. Moderat og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi er på 2,3 %, og for andre år på rad innenfor grønt måltall nasjonalt. Infeksjon er den dominerende komplikasjonen, særlig ved laparoskopisk hysterektomi, der raten holder seg på 3,1 %. Endometriose som diagnose fortsetter å øke og utgjorde 26 % av laparoskopiene i 2025.

Intraoperativ komplikasjonsrate ved hysteroskopi ligger på 2,1 %, kun 0,1 prosentpoeng fra grønt måltall, hvorav den vanligste komplikasjonen er perforasjon med en forekomst på 1,13%. Moderat og alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi ligger på måloppnåelse med 0,3%.

Det er en økning av polikliniske hysteroskopier til 36,4 % i 2025, noe som er i tråd med LEON prinsippet og er gunstig både for pasienter og ressursbruk. Resultatene fra kvalitetsforbedringsprosjekt ved Sykehuset i Vestfold HF viser at en slik omlegging kan gjennomføres trygt, med høy gjennomføringsgrad, lav forekomst av komplikasjoner og høy pasientrapportert tilfredshet, selv med økt volum og utvidede inklusjonskriterier.

Det er fortsatt variasjon mellom sykehus i pasientrapporterte komplikasjoner, særlig ved lavvolumenheter der små tall gjør tolkningen utfordrende.

Pasienttilfredsheten er høy og i positiv utvikling: 91,5 % av pasientene oppga en positiv eller svært positiv oppfatning av gynekologisk avdeling i 2025, opp fra 90,9 % i 2024.

Robotassistert kirurgi er i sterk vekst og utgjorde 19,2 % av alle laparoskopier i 2025, med 1729 inngrep mot 1480 i 2024. Den intraoperative komplikasjonsraten er lav på 0,8 %, men postoperative komplikasjoner på 3,5 %, høyere enn for laparoskopi generelt, og fem sykehus er i rødt måltall. Dette bør følges tett ettersom volumet øker, selv om implementeringsfase av robotassistert kirurgi i nye enheter og seleksjon av teknisk krevende inngrep til robot delvis forklarer de høyere tallene.

NGER startet 01.04.25 å følge opp alle hysterektomier 6 måneder etter operasjon for å fange opp komplikasjoner som kan oppstå etter 4 ukers oppfølging. Det er 79 % besvarelse på dette (1690 av 2135 hysterektomier), hvorav 0.7 % har blitt behandlet for vaginaltoppsruptur. Dette er i samsvar med publiserte tall internasjonalt.

Fremover vil det være viktig å fortsette å se på forbedringsområder: tilbakemeldinger og forbedringsfokus for sykehus som oppnår røde komplikasjonstall, fokus på økt dekningsgrad på sykehus som ikke oppnår 80 %, vedvarende fokus på reduksjon av infeksjonsrater etter hysterektomi, overgang for aktuelle inngrep fra heldøgn til dagkirurgisk, og sideforflytning av dagkirurgiske til polikliniske inngrep i tråd med LEON prinsippet.

NGER arbeider videre med å forbedre datakvalitet, forenkle PROM-innhenting og rapportering, slik at registeret kan bidra til ytterligere kvalitetsforbedring og kunnskapsutvikling innen gynekologisk kirurgi i Norge.

2 Resultater

Resultatene i årets rapport bygger på uttrekk gjort den 20.05.2026.

Måltallene som NGER presenterer ble første gang utarbeidet i 2020 etter en gjennomgang av aktuell litteratur. Senere gjennomgang av oppdatert litteratur har ikke gitt grunnlag for å justere måltallene (Bradley, 2024) og (Pryor mfl., 2024).

2.1 Kvalitetsindikatorer

De etablerte kvalitetsindikatorerne til NGER med tilhørende måltall representerer en rettesnor for de ulike sykehusene og fagmiljøet som helhet i forhold til det endoskopiske arbeidet som utføres og hvorvidt dette er i samsvar med forventet nivå. Resultatene presenteres på sykehusnivå og gir således en konkret indikasjon på kvaliteten og forekomsten av komplikasjoner ved de ulike foretakene. Registeret fungerer som en varslingsinstans i forhold til avvikende forekomst av komplikasjoner ved det enkelte sykehus.

Norsk Gynekologisk Forening - NGF har en lang og sterk tradisjon for utarbeidelse av faglige retningslinjer innen gynekologi og obstetikk. Veilederen innen gynekologi er ikke en direkte guide i forhold til kirurgiske prosedyrer. NGER ser ikke behov for å utarbeide parallelle retningslinjer i tillegg til disse, og det er heller ikke ønskelig fra NGF sin side. I Veilederen i gynekologi er det påpekt at alle endoskopiske gynekologiske inngrep skal registreres i Norsk gynekologisk endoskopiregister, og det er lagt inn direkte link til registerets nettside siv.no/nger.

Kvalitetsindikator	Definisjon	Måloppnåelse
Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon	Forekomsten av komplikasjon ved hysteroskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,0$ % Moderat: ≤ 4 % Lav: > 4 %
Laparoskopi: Komplikasjon under operasjon	Forekomsten av komplikasjon ved gynekologisk laparoskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,0$ % Moderat: ≤ 4 % Lav: > 4 %
Hysteroskopi: Pasientrapportert postoperativ komplikasjon	Forekomsten av middels alvorlig og alvorlig komplikasjon etter hysteroskopisk inngrep.	Høy: $\leq 0,3$ % Moderat: $\leq 0,6$ % Lav: $> 0,6$ %
Laparoskopi: Pasientrapportert postoperativ komplikasjon	Forekomsten av middels alvorlig og alvorlig komplikasjon etter gynekologisk laparoskopisk inngrep.	Høy: $\leq 2,5$ % Moderat: ≤ 5 % Lav: > 5 %
Pasienttilfredshet	Andel positiv eller svært positiv oppfatning om gynekologisk avdeling generelt	Høy: ≥ 90 % Moderat: ≥ 80 % Lav: < 80 %
Dekningsgrad	Dekningsgraden angir hvor fullstendig registeret er, det vil si hvor stor andel av de endoskopiske inngrepene utført ved gynekologiske avdelingen i Norge som er registret i NGER.	Høy: ≥ 80 % Moderat: ≥ 60 % Lav: < 60 %

Tabell 1: Alle kvalitetsindikatorer

2.1.1 Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon

2.1.1.1 Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon

Peroperative opplysninger registreres av kirurg etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.

Forekomsten av peroperative komplikasjoner ved hysteroskopi er lav. Når vi ser på tallene for hele landet var det en beskjeden økning fra 1,7 % i 2024 til 2,1 % i 2025, som er moderat måloppnåelse, kun 0,1 % fra grønn måloppnåelse.

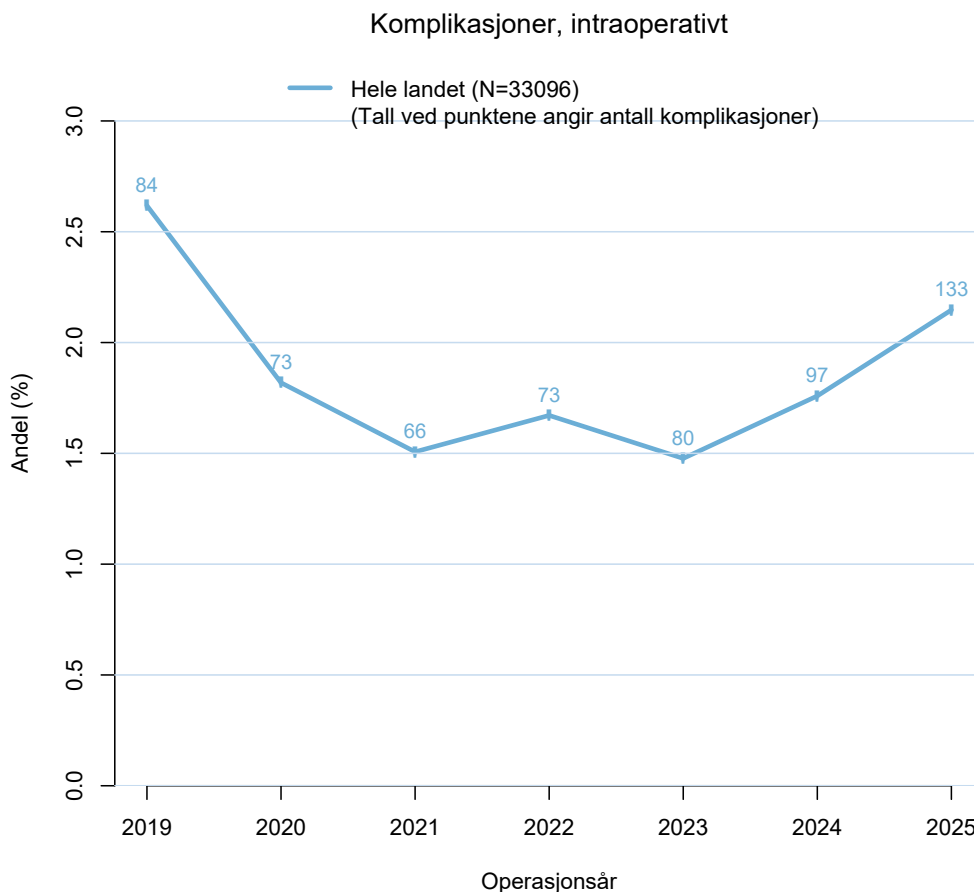
Når vi ser på tallene på sykehusnivå er det en del variasjon mellom de ulike sykehusene som tidligere. I tallene for 2024 var det 6 sykehus med røde måltall, hvorav flere sykehus med over 100 utførte prosedyrer. Av de 6 sykehusene som var registrert med rødt måltall i 2024 var det 4 av disse som har beveget seg til gult eller grønt måltall i 2025, og 2 sykehus har fremdeles rødt måltall i 2025, begge med lavt volum. Av de 5 sykehusene med røde måltall for 2025, har 2 over 150 inngrep, 3 har færre enn 55 inngrep. Det er registrert at 1 sykehus med rødt måltall i 2024(5 %) har redusert ned til 0.8 % (grønt) i 2025.

Den vanligste peroperative komplikasjonen ved hysteroskopi er perforasjon av uterus med en forekomst på 1,13 % i 2025. Andel registrerte blødninger er 0,26 % i 2025. Andelen hysteroskopiske inngrep som er registret som fullstendig gjennomført er stabil høy med 96,1 % i 2025. Dette er et uttrykk for god kvalitet ved kirurgien.

Definisjon/beskrivelse	Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,0$ % Moderat: ≤ 4 % Lav: > 4 %
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Bradley, 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte komplikasjoner under operasjon Nevner: Alle hysteroskopier

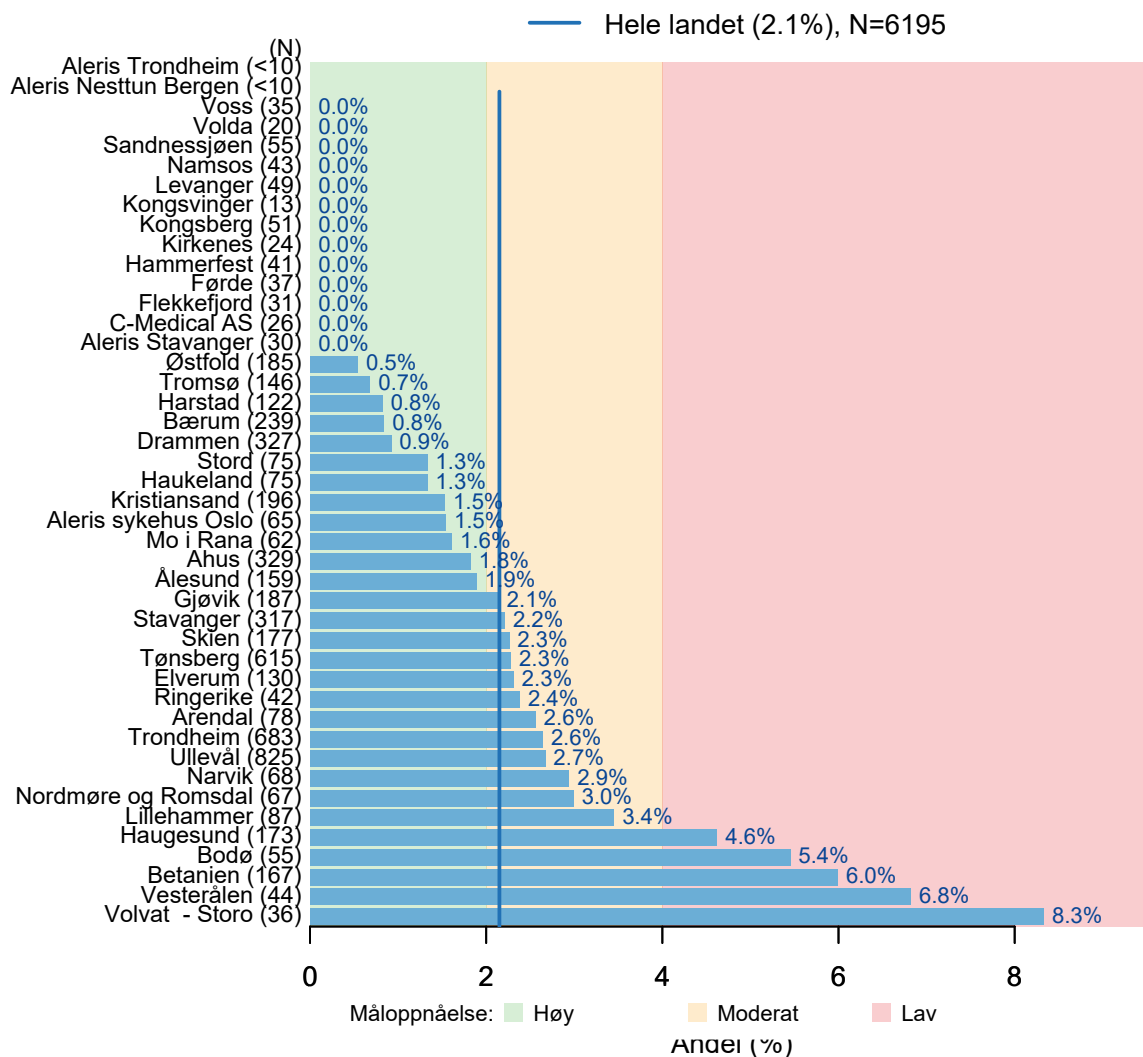
Tabell 2: Hysteroskopi: Komplikasjoner under operasjon

Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 1: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 2: Intraoperative komplikasjoner ved hysteroskopi på enhetsnivå

2.1.2 Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon

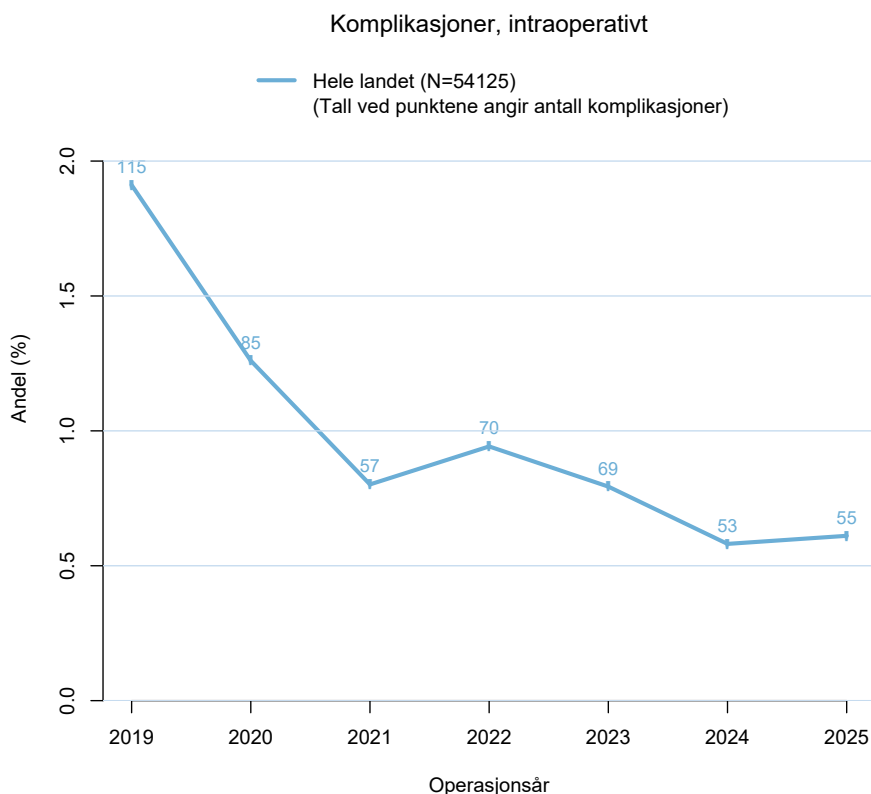
Peroperative opplysninger registreres av kirurg etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.

Grønt måltall for peroperative komplikasjoner ved laparoskopi er satt til 2,0 %. Resultatene fra 2025 viser en minimal økning i forekomsten av komplikasjoner til 0,7 % mot 0,6 % året før. Dette er i tråd med trenden vi har sett i flere år med en stabil rate godt innenfor grønt måltall, hvilket bekrefter en god kvalitet på kirurgien. På sykehusnivå er det kun tre sykehus som ikke er innenfor grønt måltall. Som tidligere er det verdt å merke seg at sykehusene med et stort volum der mye av den avanserte laparoskopiske kirurgien utføres, også har en svært lav forekomst av peroperative komplikasjoner. Forekomsten av ureterskade er som tidligere svært lav med 0,00 % i 2025 mot 0,05 % i 2024. Tilsvarende gjelder skade på tarm med 0,1%, blæreskade 0,24% og karskade 0,08% i 2025. Disseksjon er anført som vanligste årsak til organskade med 42,2 % i 2025, uendret fra 2024. Andelen skader relatert til etablering av laparoskopisk tilgang fortsetter å øke, fra 16,7 % i 2023 til 20,8 % i 2024 og til 27,3 % i 2025.

Definisjon/beskrivelse	Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,0$ % Moderat: ≤ 4 % Lav: > 4 %
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Pryor mfl., 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte komplikasjoner under operasjon Nevner: Alle laparoskopier

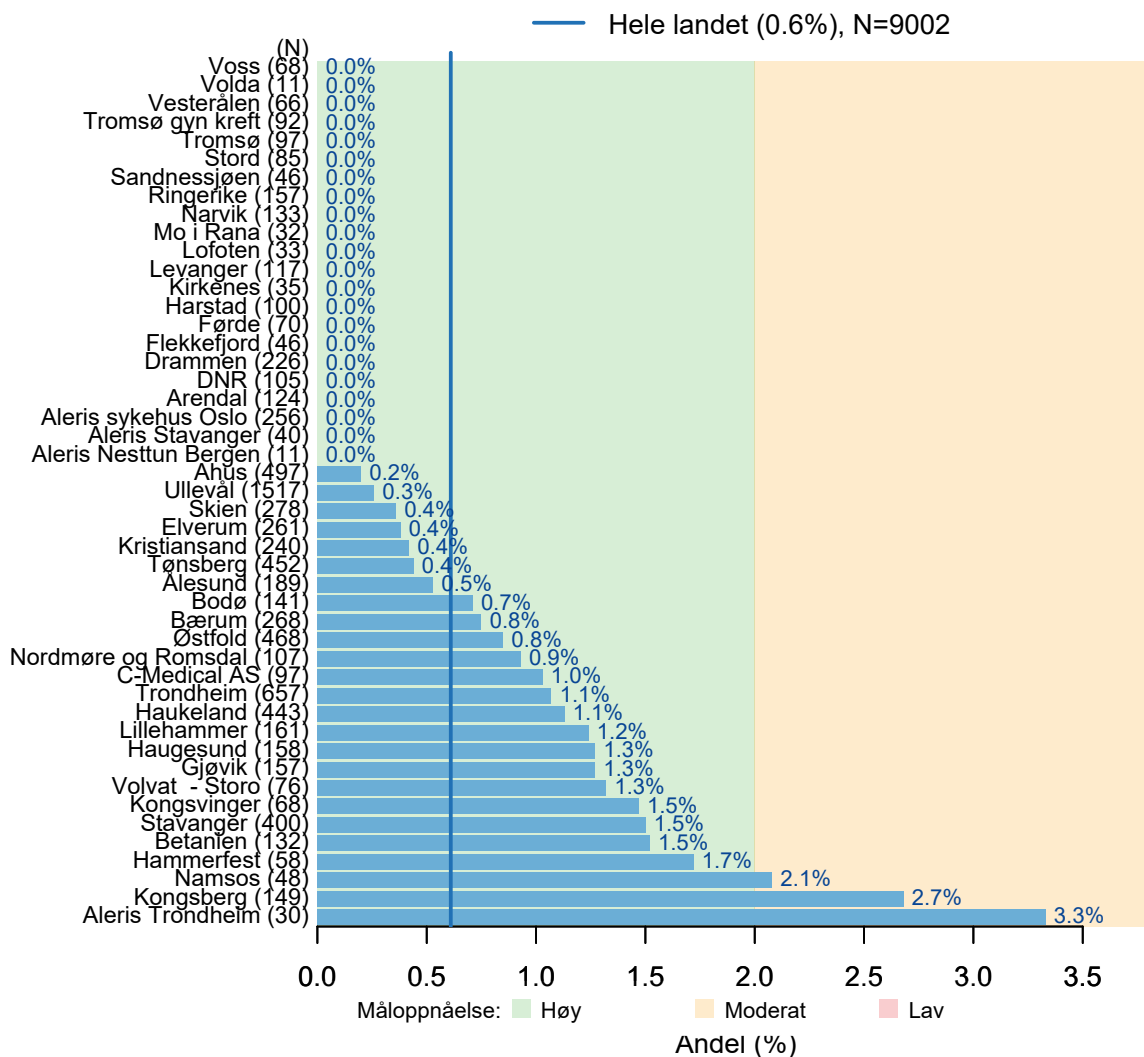
Tabell 3: Laparoskopi: Komplikasjoner under operasjon

Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi



Figur 3: Utvikling intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi

Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 4: Intraoperative komplikasjoner ved laparoskopi på enhetsnivå

2.2 Pasientrapporterte data (PROM/PREM)

2.2.1 Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon

De postoperative komplikasjonene er pasientrapporterte data. Oppfølgingskjema, for kartlegging av postoperative komplikasjoner som reoperasjon, infeksjon, blødning og organskade, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.

Alle postoperative komplikasjoner klassifiseres etter en modifisert variant av Clavien-Dindo klassifikasjonen.

- Lite alvorlig: Ingen varige mèn, behov for behandling, men ikke innleggelse i sykehus.
- Middels alvorlig: Ingen varige mén, men reinnleggelse var nødvendig, eventuelt ble det utført reoperasjon.
- Alvorlig: Truende for livet eller varige mén utover operasjonsarr.
- Dødelig: Komplikasjonen er dødelig.

NGER har definert et måltall for de middels alvorlige- og alvorlige komplikasjonene. Bakgrunnen er at det er dette utvalget som oftest presenteres i internasjonal litteratur. Disse tallene er derfor mest egnet som en nasjonal kvalitetsindikator. Alle meldte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner kvalitetskontrolleres mot pasientjournal før publisering.

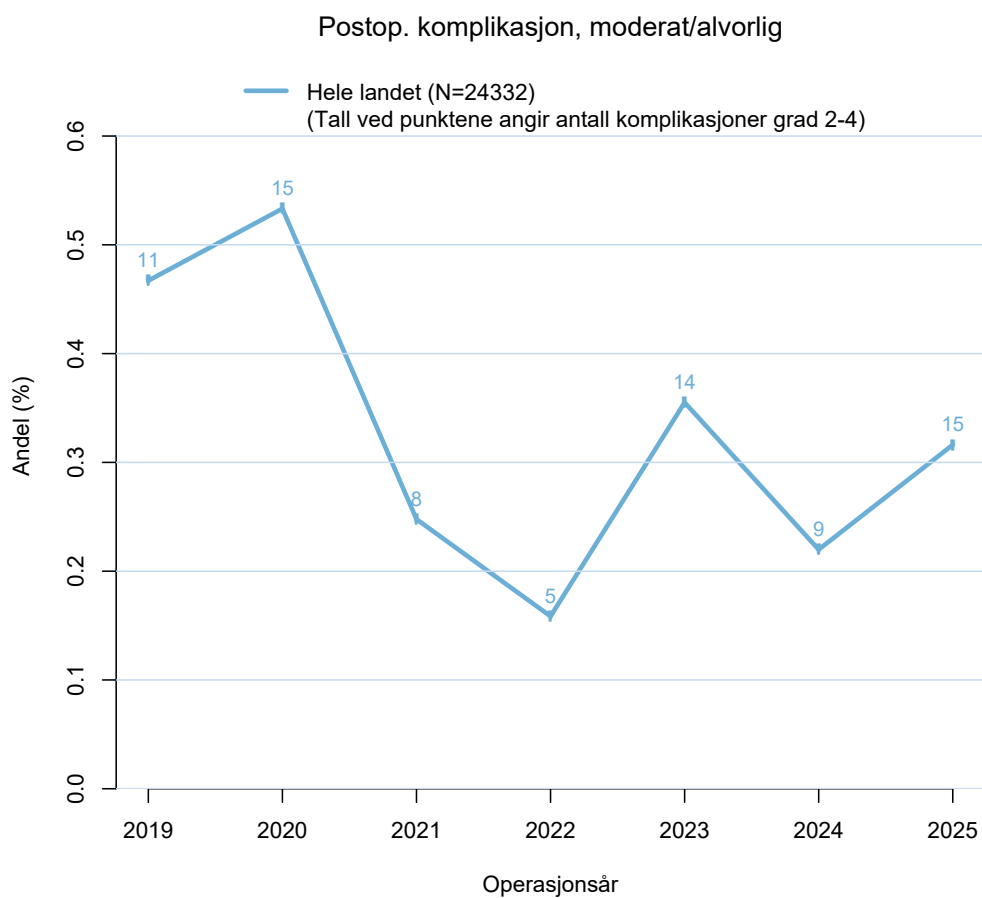
De lite alvorlige komplikasjonene er også viktig i evaluering av kvaliteten ved kirurgien både nasjonalt og lokalt, og presenteres i kapittel 2.3.4

Forekomsten av middels og alvorlige postoperative komplikasjoner etter hysteroskopi er lav. I 2025 var det en liten økning til 0,3 % fra 0,2 % i 2024. Dette anses ikke signifikant da det kun er 15 komplikasjoner. Infeksjon var den vanligste komplikasjonen i 2025 med 46 % der tilsvarende tall i 2024 var 55,6%. Andel blødning er redusert til 40 % i 2025 fra 44,4 % i 2024 . Infeksjon var den vanligste komplikasjonen i 2025 med 46 % der tilsvarende tall i 2024 var 55,6 %. På sykehusnivå er det svært små tall og vanskelig å tolke bildet basert på dette. Det er i 2025 syv sykehus i rødt måltall, som er en økning fra 2024, men det er totalt sett kun 15 tilfeller av moderat/alvorlig post operative komplikasjoner, og derfor svært utlagsgivende for de aktuelle sykehusene på grunn av lavt volum.

Definisjon/beskrivelse	Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 0,3$ % Moderat: $\leq 0,6$ % Lav: $> 0,6$ %
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Bradley, 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter hysteroskopi Nevner: Alle hysteroskopier som har svart på oppfølging

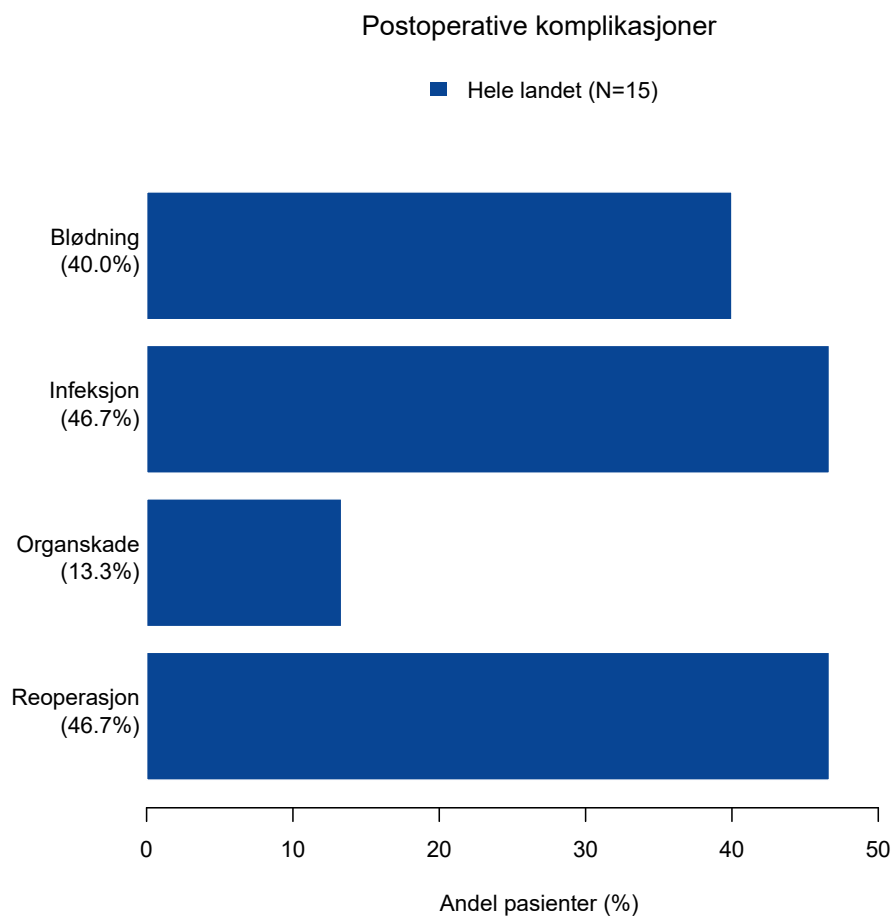
Tabell 4: Hysteroskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner

Operasjonsdato: 2019-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 5: Utvikling moderat alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

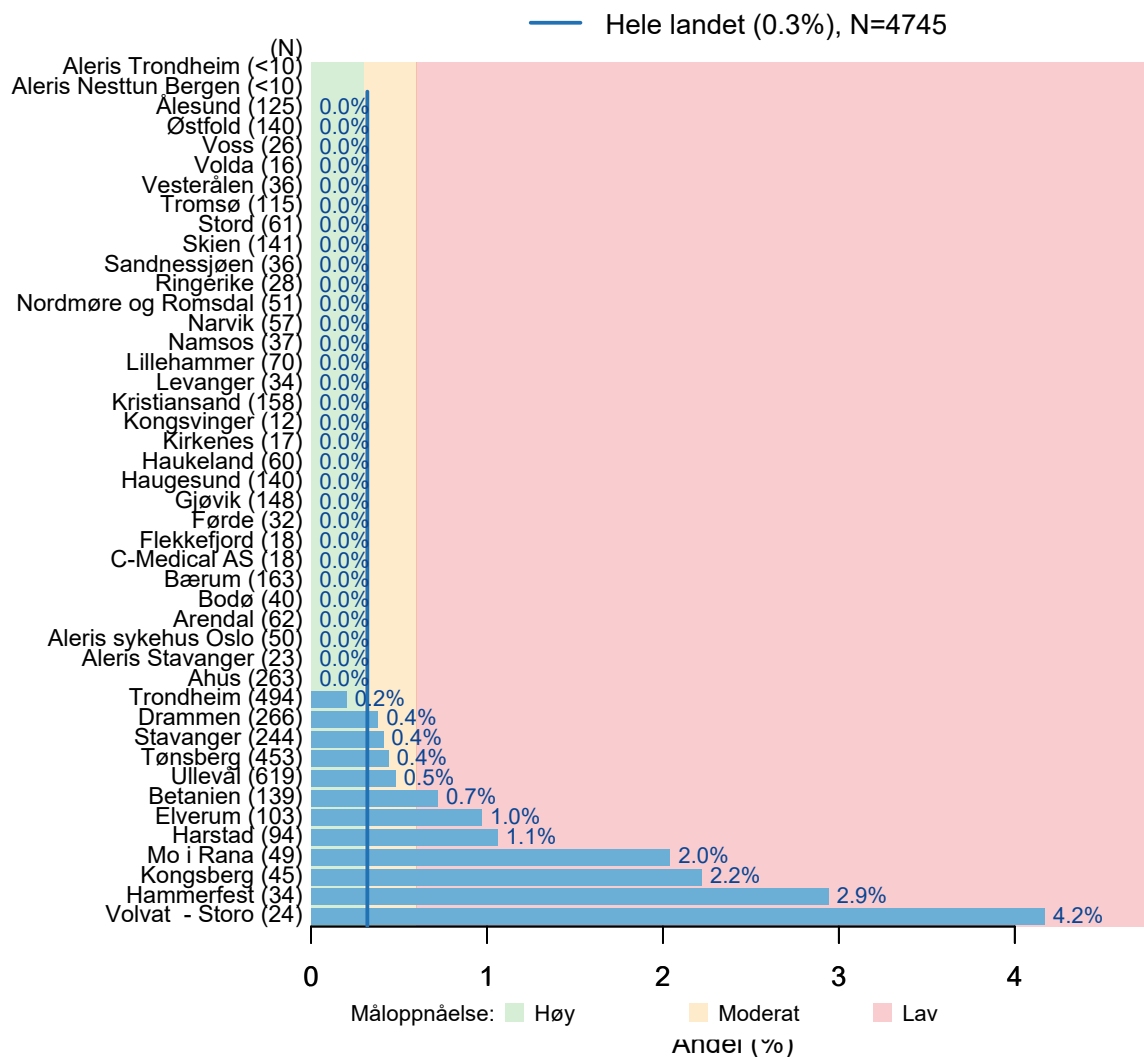
Operasjonsdato: 2025-01-07 til 2025-12-09
Operasjonstype: Hysteroskopi
Alvorlighetsgrad: Middels,Alvorlig,Dødelig



Figur 6: Fordeling postoperative komplikasjoner, moderat alvorlig og alvorlige, ved hysteroskopi

Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 7: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved hysteroskopi på enhetsnivå

2.2.2 Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon

De postoperative komplikasjonene er pasientrapporterte data. Oppfølgingskjema, for kartlegging av postoperative komplikasjoner som reoperasjon, infeksjon, blødning og organskade, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.

Alle postoperative komplikasjoner klassifiseres etter en modifisert variant av Clavien-Dindo klassifikasjonen.

- Lite alvorlig: Ingen varige mén, behov for behandling, men ikke innleggelse i sykehus.
- Middels alvorlig: Ingen varige mén, men reinnleggelse var nødvendig, eventuelt ble det utført reoperasjon.
- Alvorlig: Truende for livet eller varige mén utover operasjonsarr.
- Dødelig: Komplikasjonen er dødelig.

NGER har definert et måltall for de middels alvorlige- og alvorlige komplikasjonene. Bakgrunnen er at det er dette utvalget som oftest presenteres i internasjonal litteratur. Disse tallene er derfor mest egnet som en nasjonal kvalitetsindikator. Alle meldte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner kvalitetskontrolleres mot pasientjournal før publisering.

De lite alvorlige komplikasjonene er også viktig i evaluering av kvaliteten ved kirurgien både nasjonalt og lokalt, og presenteres i kapittel 2.3.5

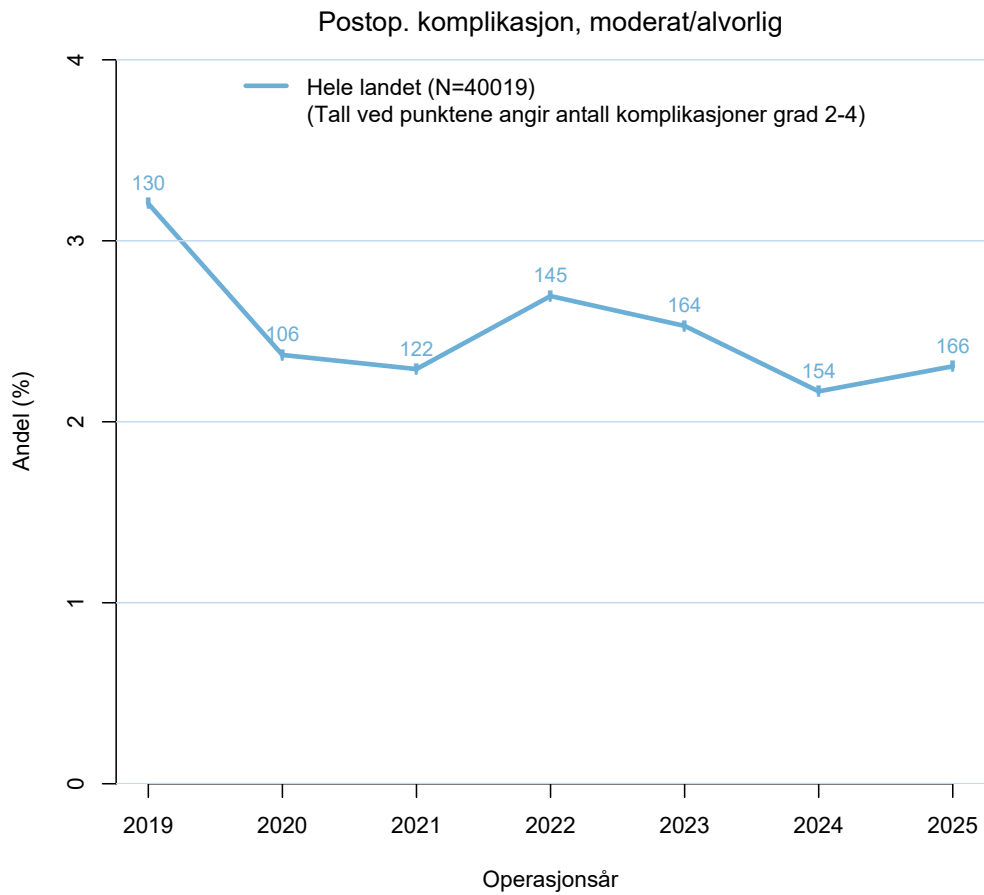
Det var i 2025 liten endring i forekomsten av moderate og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi, med 2,3 % i 2025 mot 2,2 % i 2024. Disse er de laveste forekomstene registrert de siste 5 årene og var i 2024 første gang på tre år at resultatet var innenfor grønt måltall nasjonalt. Av de registrerte postoperative komplikasjonene, ses det en økning i infeksjon fra 58,8 % i 2024 til 65,5 % i 2025. Det er en reduksjon i blødning fra 32 til 23 % og en økning i organskade fra 14,4 til 23,6 %. På samme måte som tidligere har flertallet av sykehusene som er registret med rødt måltall under 100 utførte prosedyrer.

Det er som tidligere ved laparoskopisk hysterektomi man ser den høyeste forekomsten av postoperative infeksjoner. Derfor omtales dette i et eget kapittel også i årets rapport, se kapittel 2.3.13.

Definisjon/beskrivelse	Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: $\leq 2,5$ % Moderat: ≤ 5 % Lav: > 5 %
Kunnskapsgrunnlag	UpToDate (Pryor mfl., 2024)
Beregning	Teller: Alle registrerte pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 4 uker etter operasjon Nevner: Alle laparoskopier som har svart på oppfølging

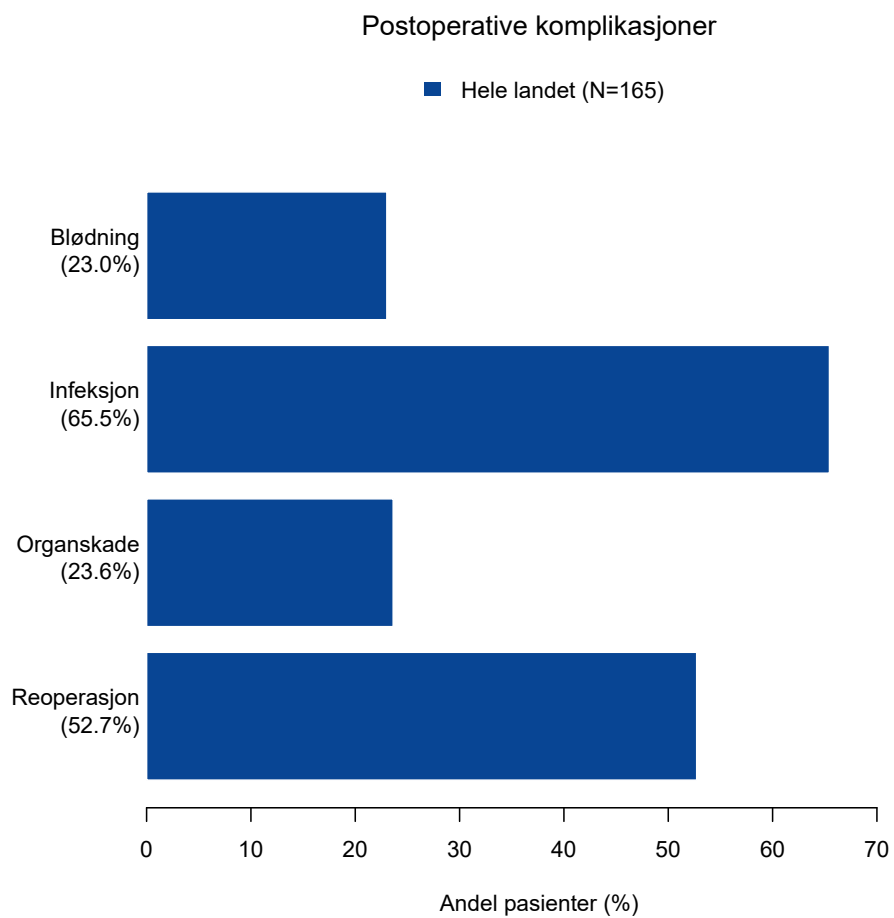
Tabell 5: Laparoskopi: Pasientrapporterte middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner

Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi



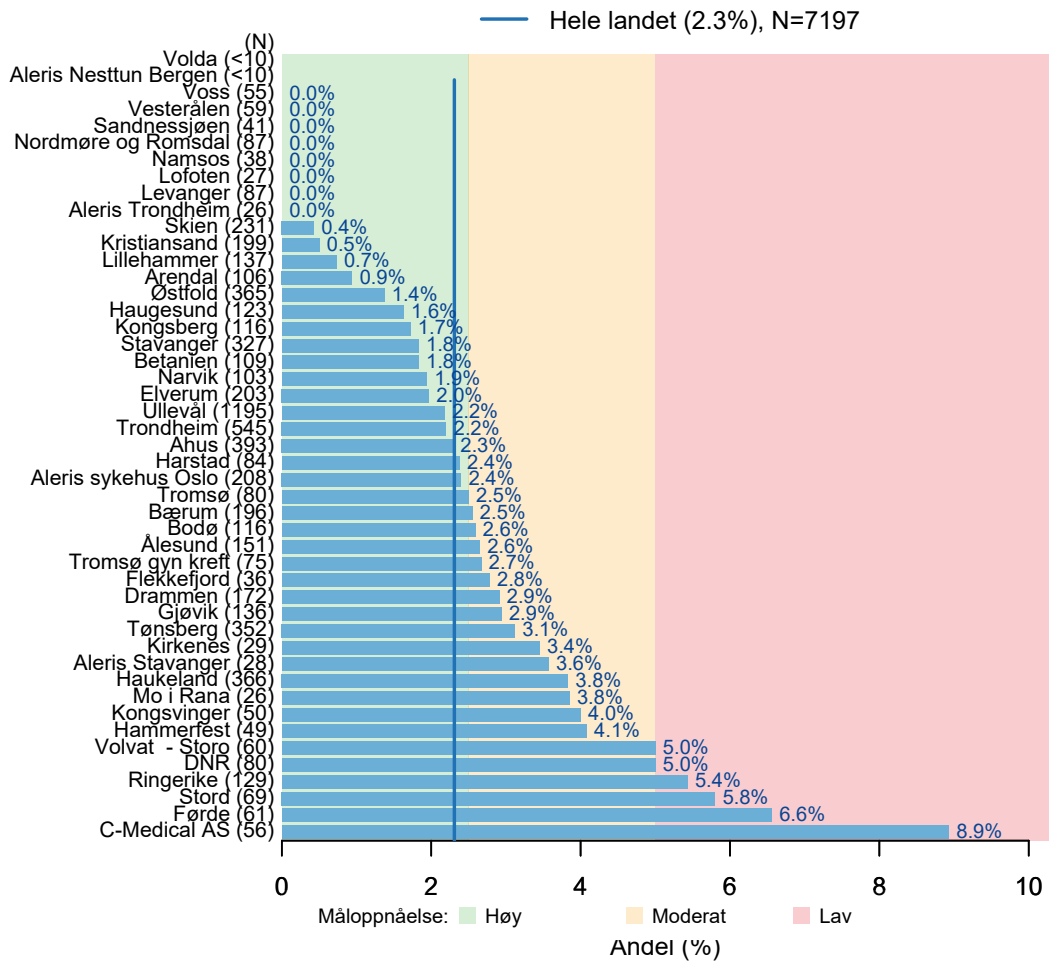
Figur 8: Utvikling moderat alvorlig og alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi

Operasjonsdato: 2025-01-06 til 2025-12-17
Operasjonstype: Laparoskopi
Alvorlighetsgrad: Middels,Alvorlig,Dødelig



Figur 9: Fordeling postoperative komplikasjoner, moderat alvorlig og alvorlige, ved laparoskopi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 10: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopi på enhetsnivå

2.2.3 Pasienttilfredshet - PREM

Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS2 er et skjema som måler pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM).

Treatment Satisfaction Scale 2 -TSS2 inneholder 6 spørsmål. De 5 første spørsmålene har svaralternativer fra 0 til 3. Det siste spørsmålet, som NGER har valgt å presentere som kvalitetsindikator, har svaralternativ fra 0 til 4:

- Hvordan synes du at du ble møtt på gynekologisk avdeling?
- Hvordan synes du at behandlingens opplegg og innhold på gynekologisk avdeling passet for deg?
- Synes du at din behandler på gynekologisk avdeling kunne lytte til og forstå det du tok opp i behandlingen?
- Hadde du tillit til din behandler på gynekologisk avdeling?
- Synes du at du og din behandler på gynekologisk avdeling var enige om målsettingen for din behandling?
- **Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt?** Kvalitetsindikator pasienttilfredshet.

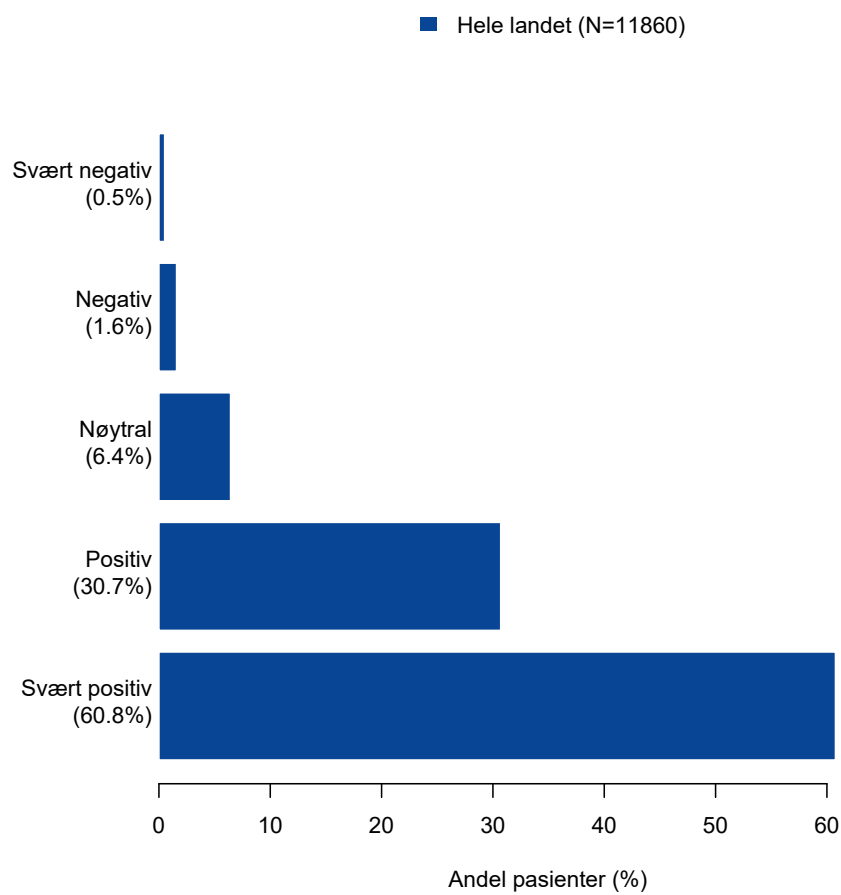
Definisjon/beskrivelse	Pasienttilfredshet
Type indikator	Resultat
Måloppnåelse	Høy: ≥ 90 % Moderat: ≥ 80 % Lav: < 80 %
Kunnskapsgrunnlag	TSS-2 - Treatment Satisfaction Scale
Beregning	Teller: Sum av skår positiv eller svært positiv oppfatning om gynekologisk avdeling generelt. Nevner: Antall svar

Tabell 6: Pasienttilfredshet

I det overveiende antallet av innsendte svar krysser pasienten av for det mest positive alternativet uansett spørsmålstilling. Vi ser også en liten økning i tilfredshet i 2025 med 91,5 % mot 90,9 % i 2024. Det er bare ett sykehus som ligger på rødt nivå med 78,7 %.

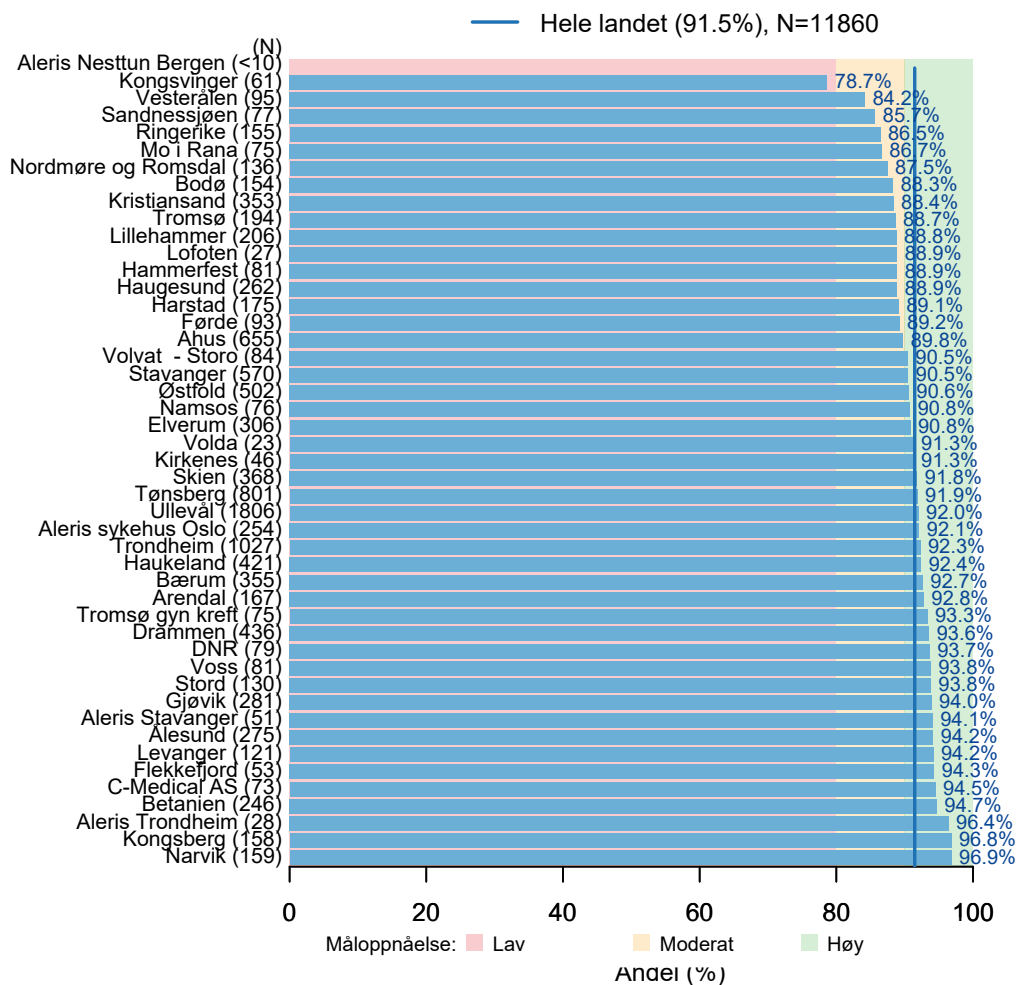
Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-30

Hvilken oppfatning har du om gynekologisk avdeling generelt?



Figur 11: Fordeling svaralternativer oppfatning av gynekologisk avdeling

Positiv el svært positiv oppfatning om gyn. avd.



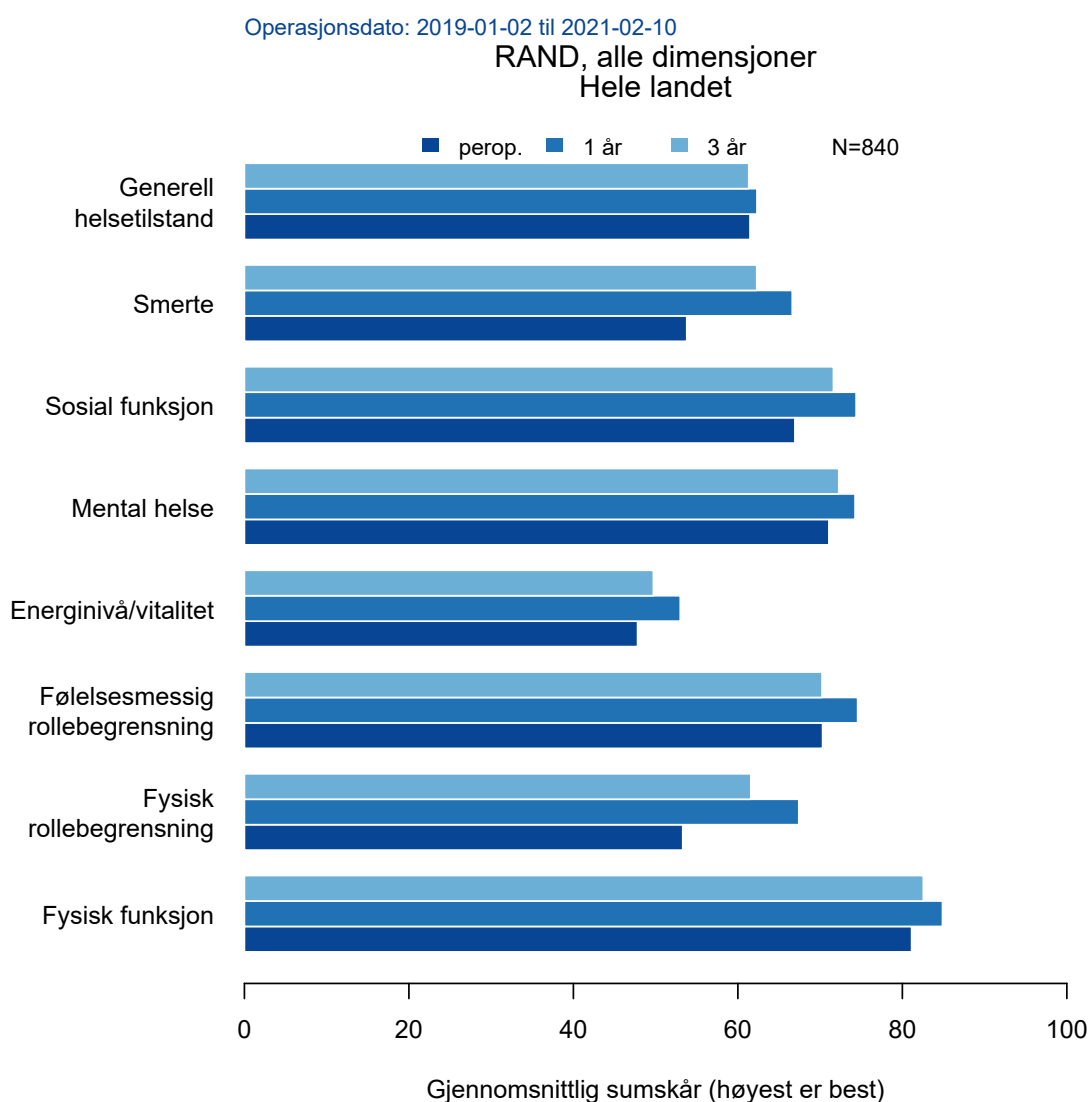
Figur 12: Positiv eller svært positiv oppfatning om gynekologisk avdeling pr sykehus

2.2.4 Pasientens helsegevinst - PROM

Norsk gynekologisk endoskopiregister benytter det standardiserte skjemaet RAND36 for å kartlegge pasientrapporterte utfallsmål (PROM).

I 2019 startet NGER med å registrere RAND36 hos pasienter som gjennomgår laparoskopisk hysterectomi med benign indikasjon før inngrepet samt 1 år og 3 år etter operasjonen ved 5 sykehus i Norge: Ullevål Sykehus, Haugesund sykehus, Bodø sykehus, St Olavs Hospital og Sykehuset i Vestfold. NGER har komplett data på inngrep utført 2019 og 2020. Ettersom disse dataene ble publisert i Journal of Minimally Invasive Gynecology våren 2026 (Denstad mfl., 2026), har vi valgt å kun presentere en graf uten ytterligere kommentarer.

Ettersom pasientene registreres i NGER etter kirurgi, har det vært utfordrende å etablere løsninger for innhenting av PROM før inngrepet. Fra 2026 har registeret innført pasientinitiert PROM, med planlagt prosjektvis innhenting for utvalgte pasientgrupper ved utvalgte sykehus.



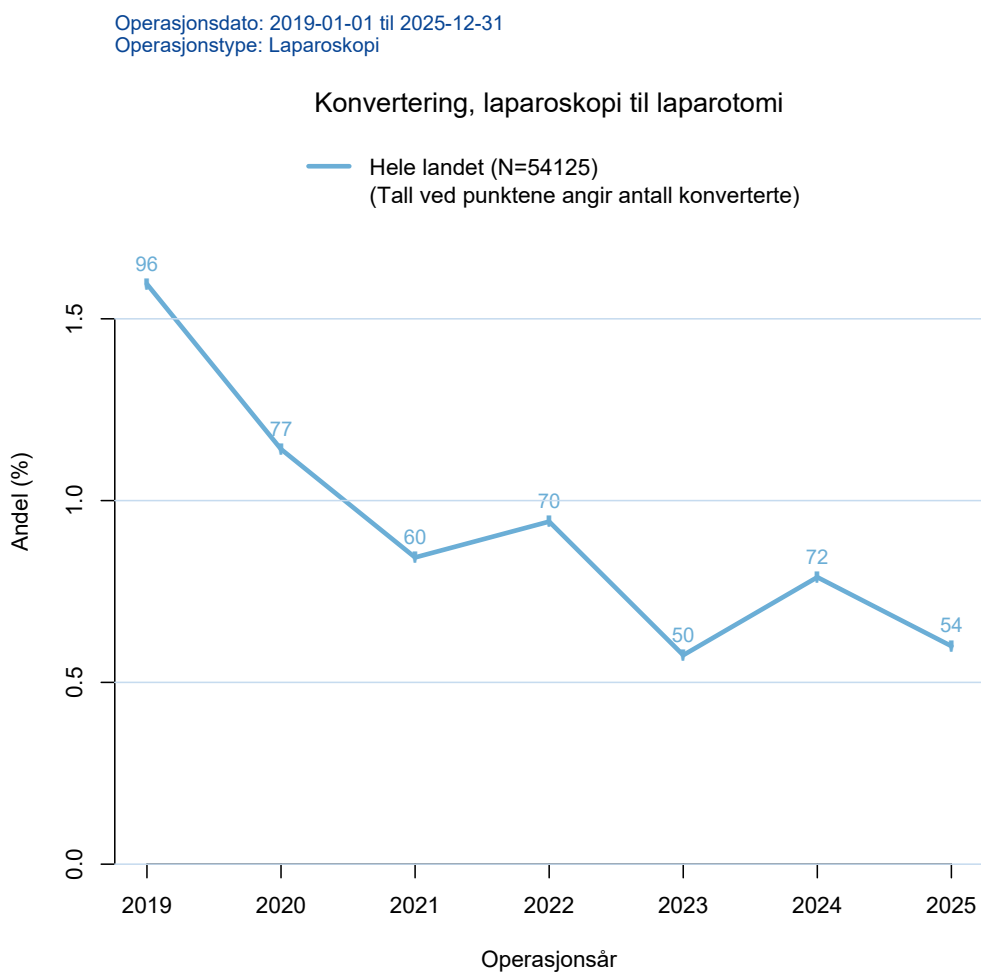
Figur 13: Pasientens helsegevinst alle dimensjoner.

2.3 Andre analyser

2.3.1 Konvertering

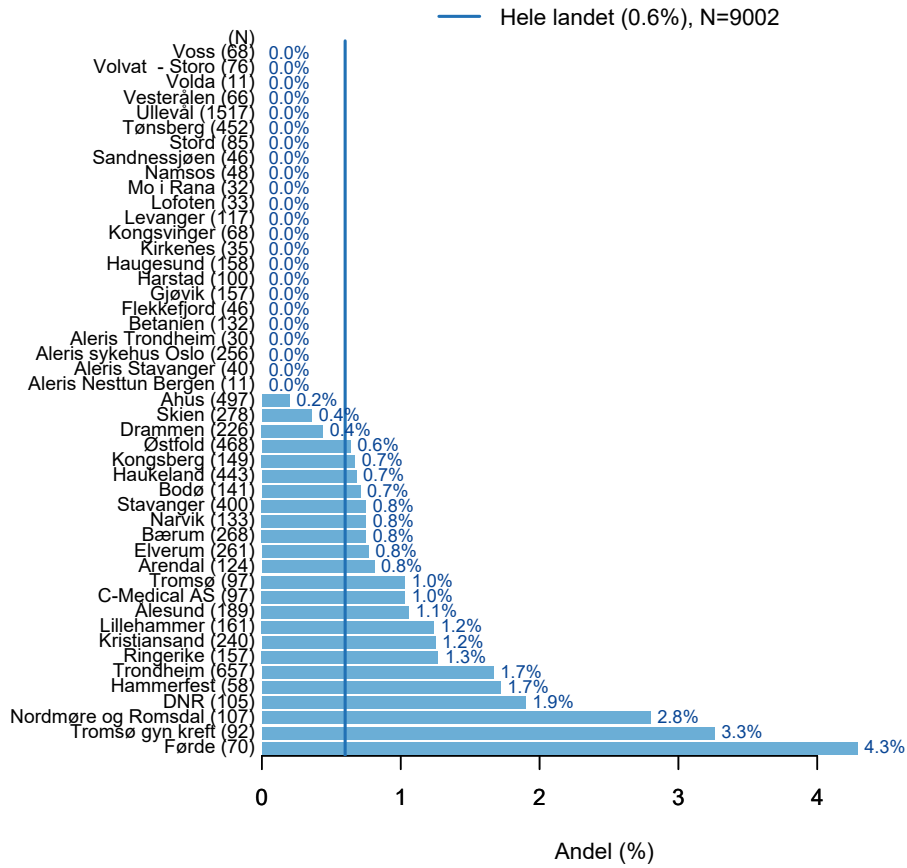
NGER har ikke definert et eget maltall for raten av konverteringer, og kan derfor ikke presentere konvertering som en kvalitetsindikator.

Forekomsten av konvertering fra laparoskopi til laparotomi viste en reduksjon fra 2024 på 0,8 % til 0,6 % i 2025. Dette er små tall og må tolkes med forsiktighet. Det var en nedgang fra 11 sykehus i 2024 til 3 sykehus i 2025 som hadde en konverteringsrate på over 2,0 %. Disse 3 sykehusene hadde volum på mer enn 70 utførte laparoskopiske inngrep. Når man ser på forskjellen mellom forventet og uventet konvertering er det bare 2 av sykehusene som gjenstår med rate over 2 % uventet konvertering, som kan ha sammenheng med at det tredje sykehuset utfører kreftkirurgi, hvor konvertering er mer forventet.



Figur 14: Konvertert laparoskopi til laparotomi utvikling

Konvertering, laparoskopi til laparotomi

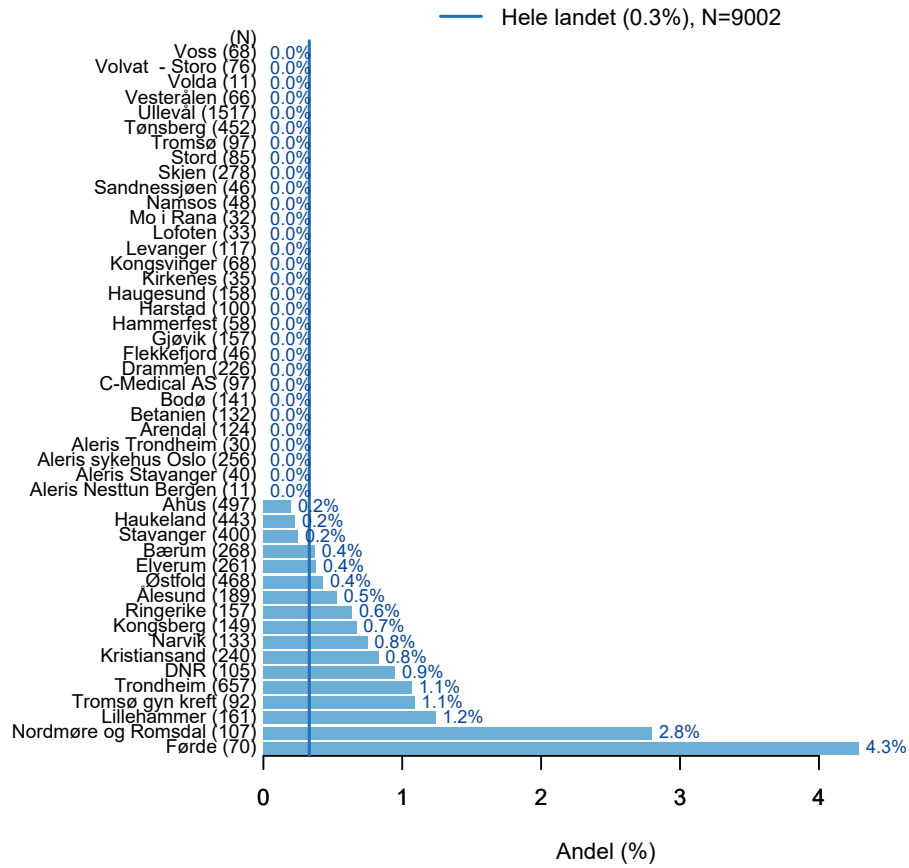


Figur 15: Konvertering på enhetsnivå

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31

Operasjonstype: Laparoskopi

Uventet konvertering, laparoskopi til laparotomi

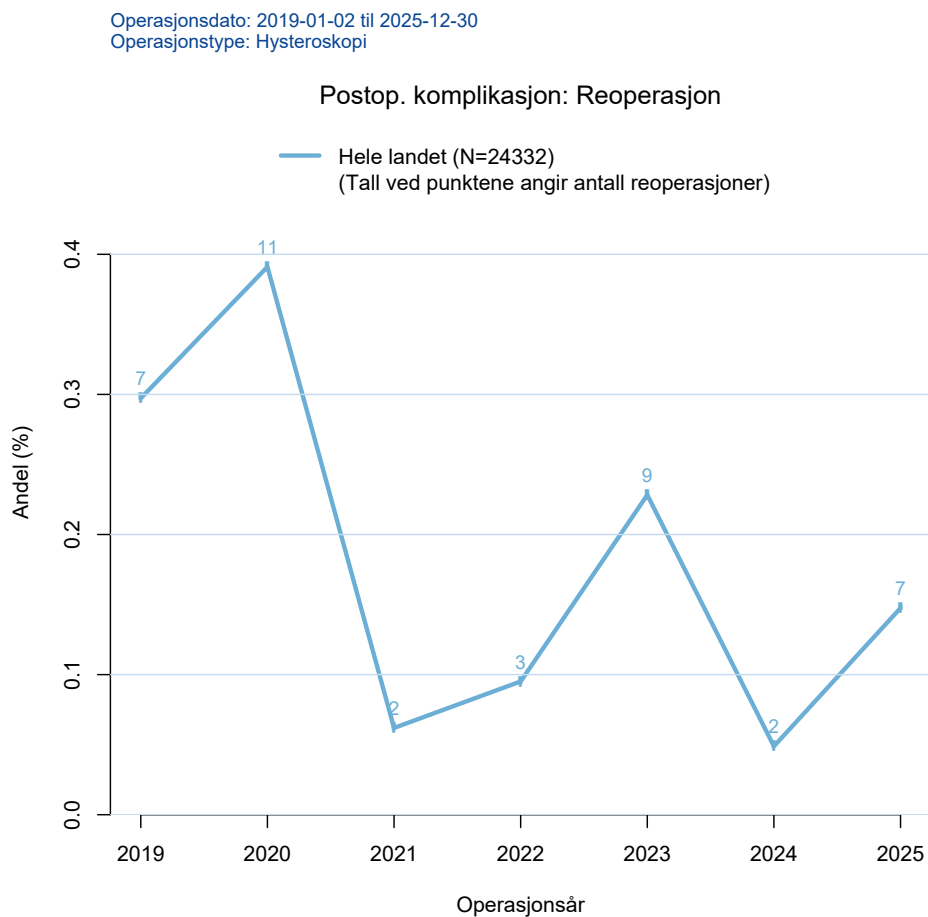


Figur 16: Ikke forventet konvertering på enhetsnivå

2.3.2 Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved hysteroskopi

NGER har ikke definert et eget måltall for raten av reoperasjoner ved hysteroskopi, og kan derfor ikke presentere den som kvalitetsindikator.

Forekomsten av reoperasjoner på grunn av komplikasjoner innen 4 uker etter hysteroskopi gikk opp fra 0,05 % i 2024 til 0,1 % i 2025. Det var kun registret 7 reoperasjoner etter hysteroskopi nasjonalt i 2025. Dette er så små tall at det ikke er naturlig å se på tallene på sykehusnivå.

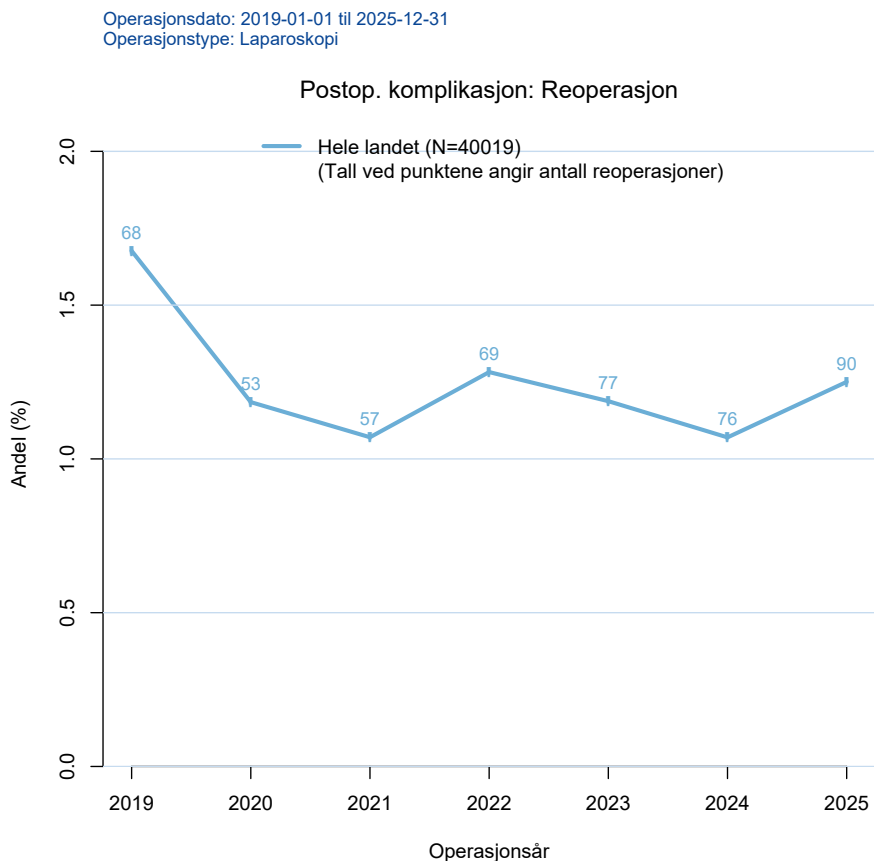


Figur 17: Utvikling reoperasjon ved hysteroskopi

2.3.3 Reoperasjon for komplikasjon innen 4 uker ved laparoskopi

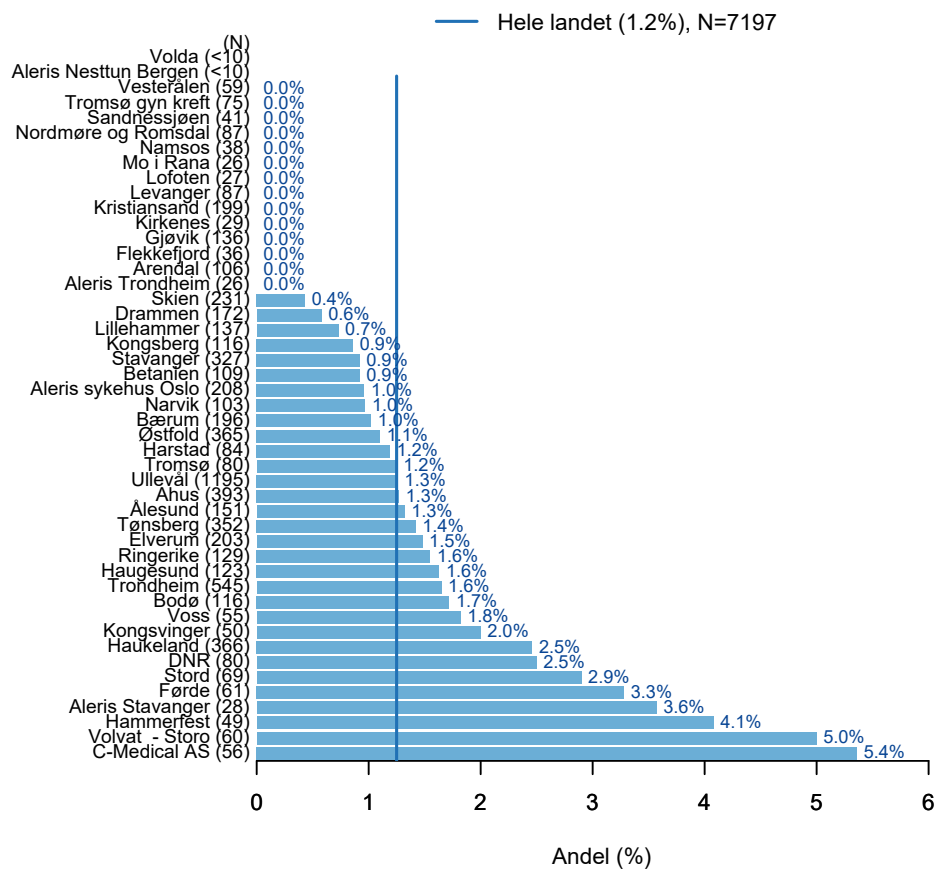
På tilsvarende måte som ved hysteroskopi har ikke NGER definert et måltall for raten av reoperasjoner ved laparoskopi, og kan derfor ikke presentere den som en kvalitetsindikator.

Antall reoperasjoner på grunn av postoperative komplikasjoner innen 4 uker etter en laparoskopi er stabil på rundt 1,2 %. Alle de 7 sykehusene med over 2,0 % reoperasjonsrate har under 90 utførte prosedyrer. Ved postoperative infeksjoner og utvikling av en intraabdominal abscess kan ofte større sykehus få hjelp av radiologisk intervensjon til drenering. Den tjenesten er ikke tilgjengelig ved flere mindre sykehus, og dette kan være en medvirkende årsak til at reoperasjoner blir noe mer vanlige på mindre sykehus.



Figur 18: Utvikling reoperasjon ved laparoskopi

Postop. komplikasjon: Reoperasjon



Figur 19: Reoperasjon for komplikasjon ved laparoskopi innen 4 uker på enhetsnivå

2.3.4 Postoperative komplikasjoner hysteroskopi, lite alvorlige

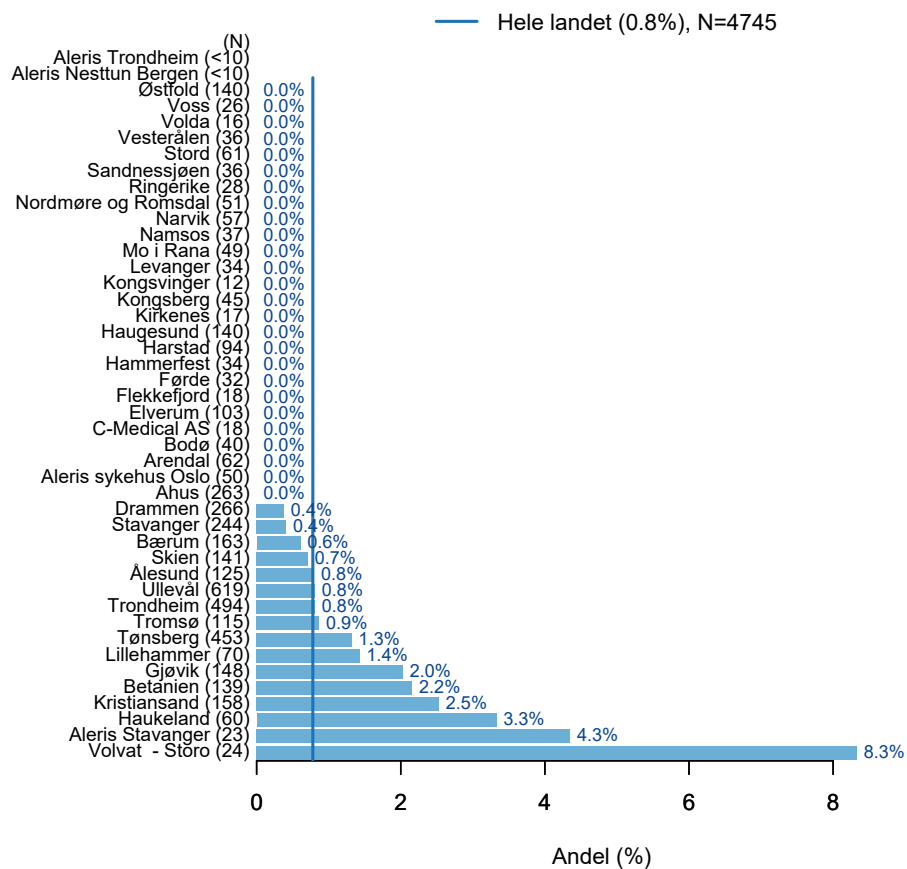
Som nevnt tidligere er det middels og alvorlige postoperative komplikasjonene som presenteres som kvalitetsindikator. Det er likevel mye interessant og viktig informasjon som kan hente ut fra dataene på de lite alvorlige komplikasjonene. Spesielt gjelder dette ved lokale kvalitetsarbeider.

Det er lite endring i forekomsten av de mindre alvorlige postoperative komplikasjonene ved hysteroskopi. Det er fortsatt en positiv tendens med en liten nedgang fra rett under 1,0 % i 2024 til 0,8 % i 2025. På sykehusnivå er det vanskelig å se et tydelig mønster i tallene. Det er små tall (n=37), og derfor veksler mellom blødning og infeksjon som hovedårsak fra år til år. I 2025 er blødning den vanligste komplikasjon med 57 % og deretter infeksjon med 45,9 %.



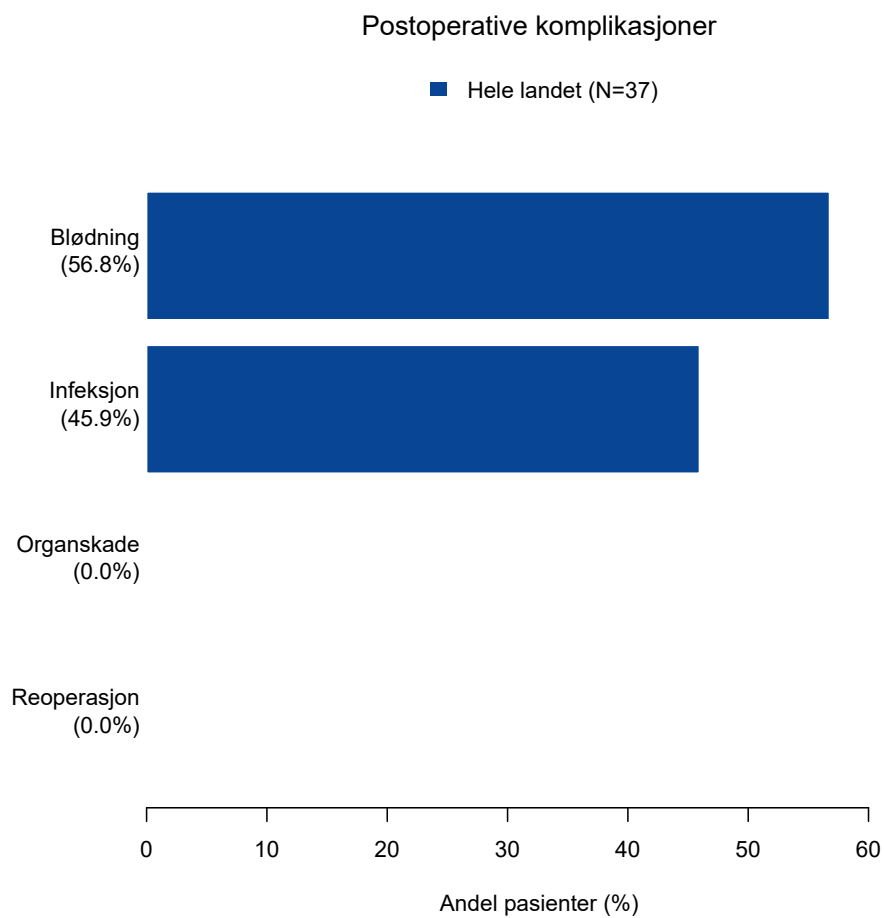
Figur 20: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

Postop. komplikasjon, lite alvorlig



Figur 21: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi på enhetsnivå

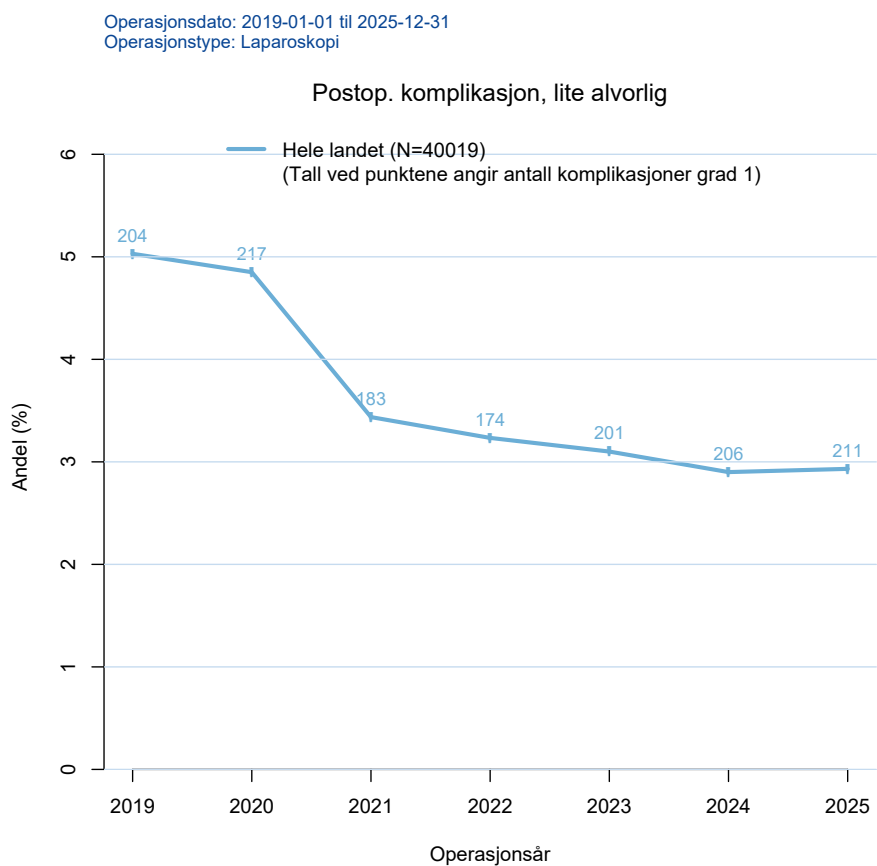
Operasjonsdato: 2025-01-07 til 2025-12-23
Operasjonstype: Hysteroskopi
Alvorlighetsgrad: Liten



Figur 22: Fordeling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved hysteroskopi

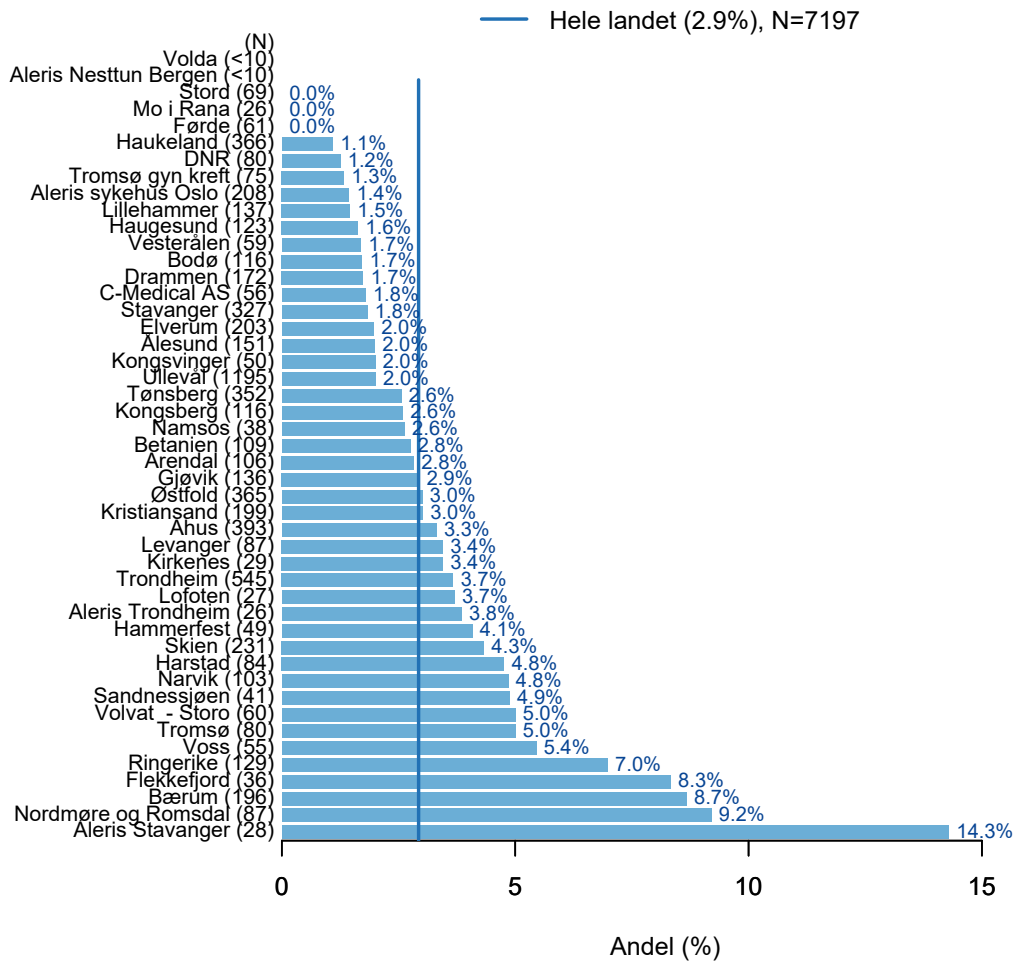
2.3.5 Postoperative komplikasjoner laparoskopi, lite alvorlige

De mindre alvorlige komplikasjonene etter laparoskopi viser ytterligere noe nedgang i 2025 til 2,8 %. Det er infeksjon som fremdeles er den vanligste lite alvorlige postoperative komplikasjonen med 83,9 % av tilfellene, etterfulgt av blødning med 18,5 %.



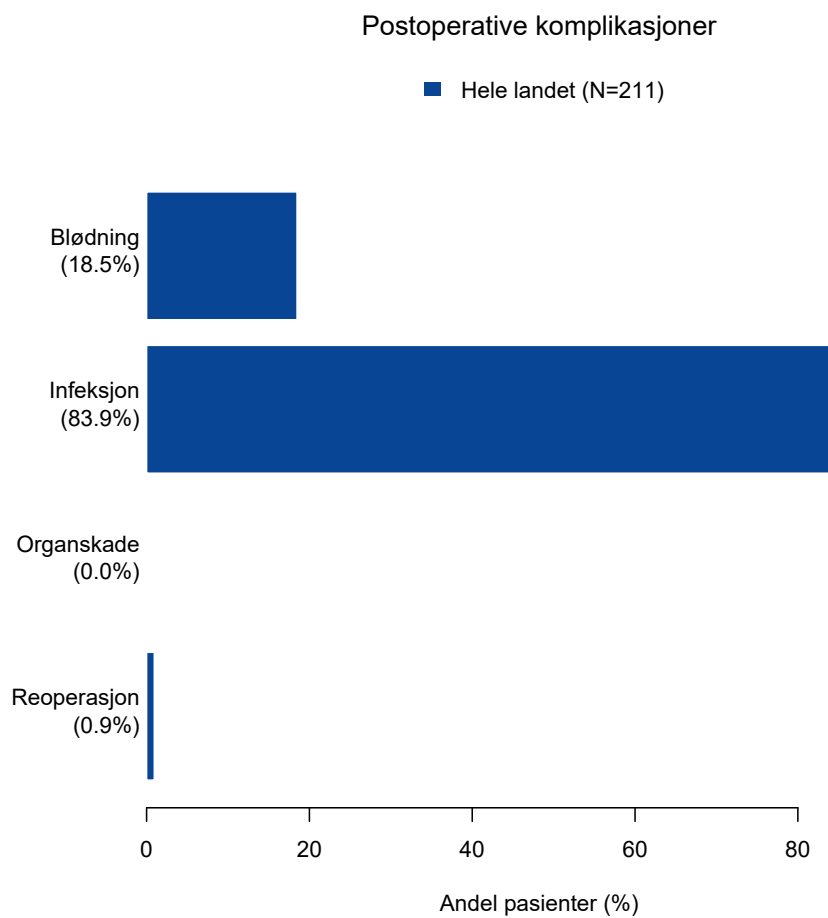
Figur 23: Utvikling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi

Postop. komplikasjon, lite alvorlig



Figur 24: Lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi på enhetsnivå

Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-18
Operasjonstype: Laparoskopi
Alvorlighetsgrad: Liten



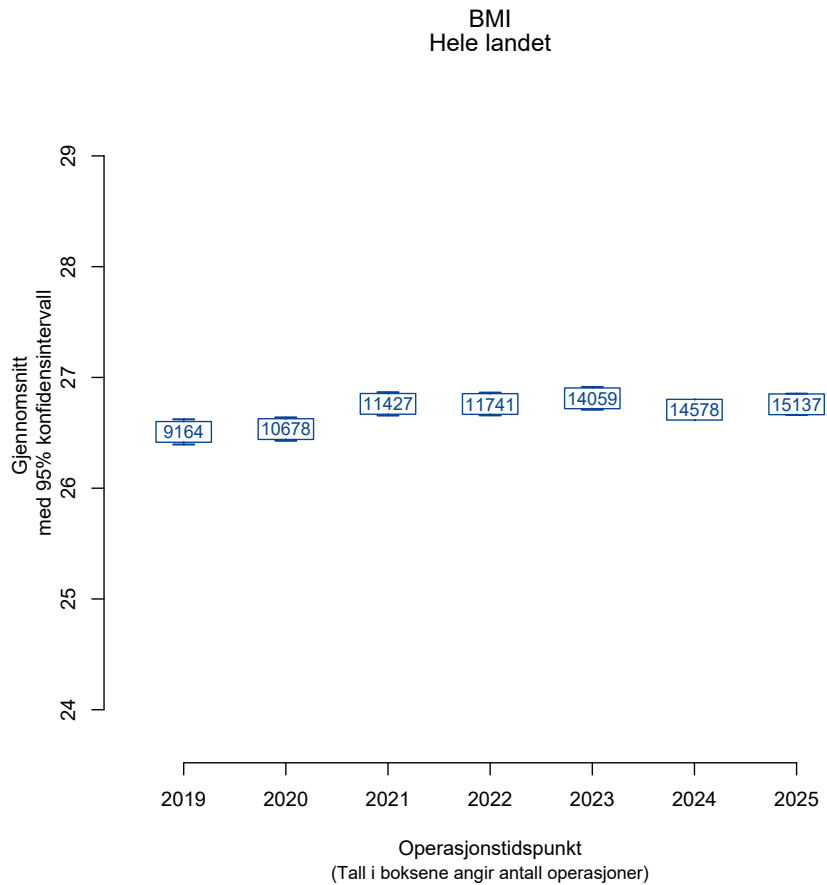
Figur 25: Fordeling lite alvorlige postoperative komplikasjoner ved laparoskopi

2.3.6 Pasientkarakteristika: BMI

NGER har flere variabler relatert til pasientkarakteristika.

Når det kommer til gjennomsnittlig BMI hos pasientene har den vært stabil de siste årene på mellom 26,5 og 27,0. Det er 42,0 % av pasientene som er normalvektige med en BMI mellom 20 og 25. Videre tilhører 32,1 % av pasientene kategorien overvekt med en BMI mellom 25 og 30, mens 15,7 % er i kategorien fedme klasse 1 med en BMI mellom 30 og 35 og 8,3 % med BMI over 35.

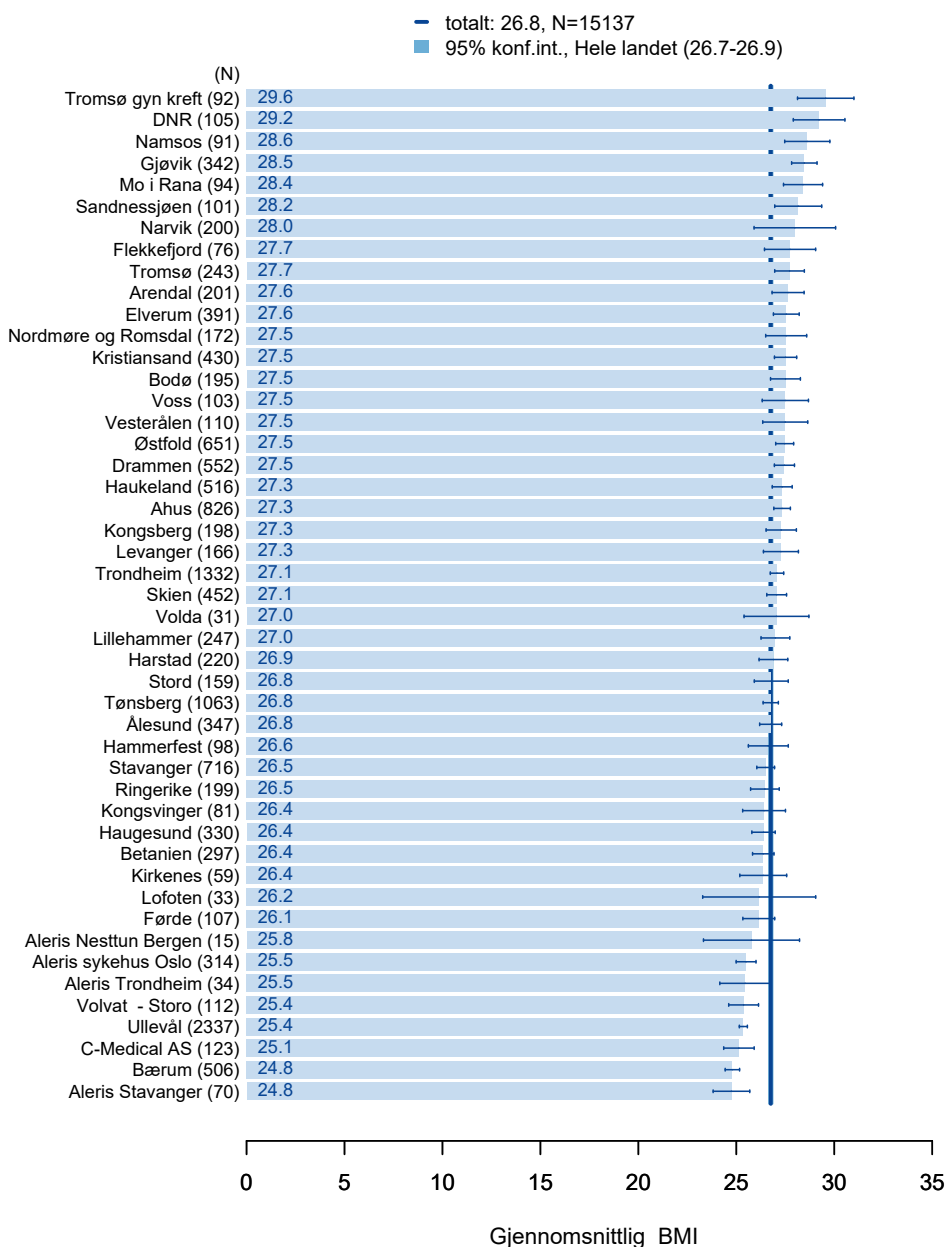
Operasjonsdato: 2019-01-01 til 2025-12-31



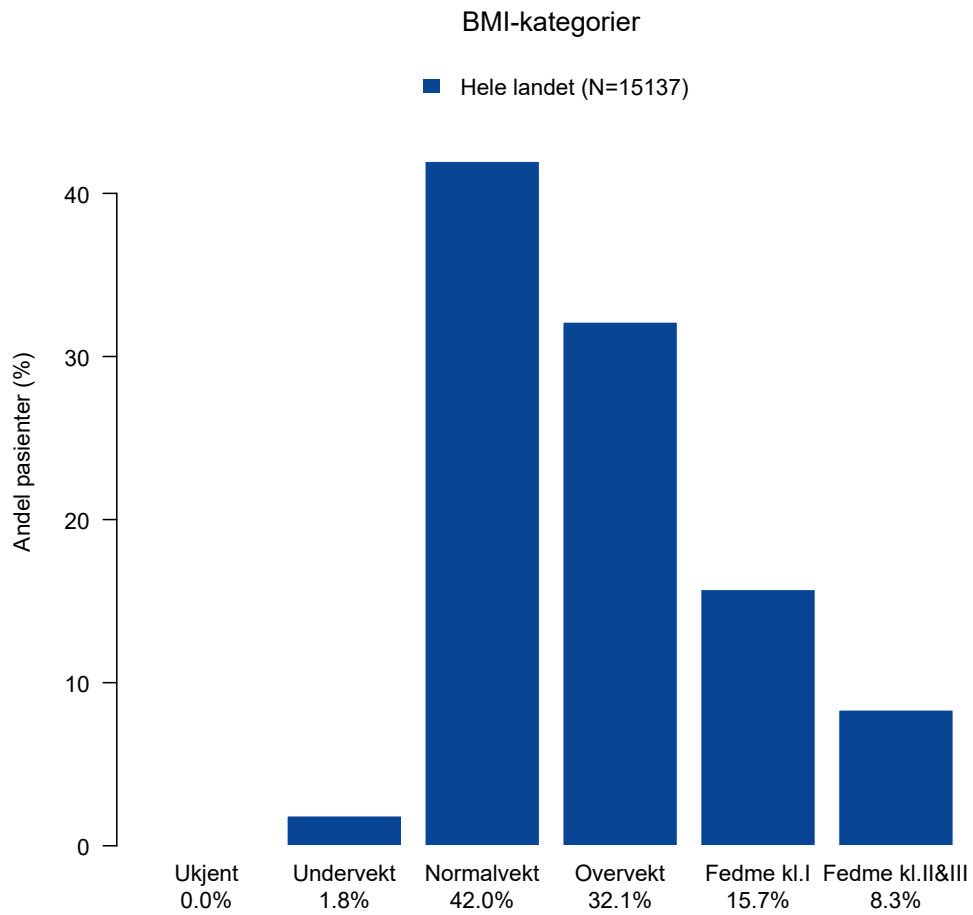
Figur 26: Fordeling BMI kategorier

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31

Gjennomsnittlig BMI



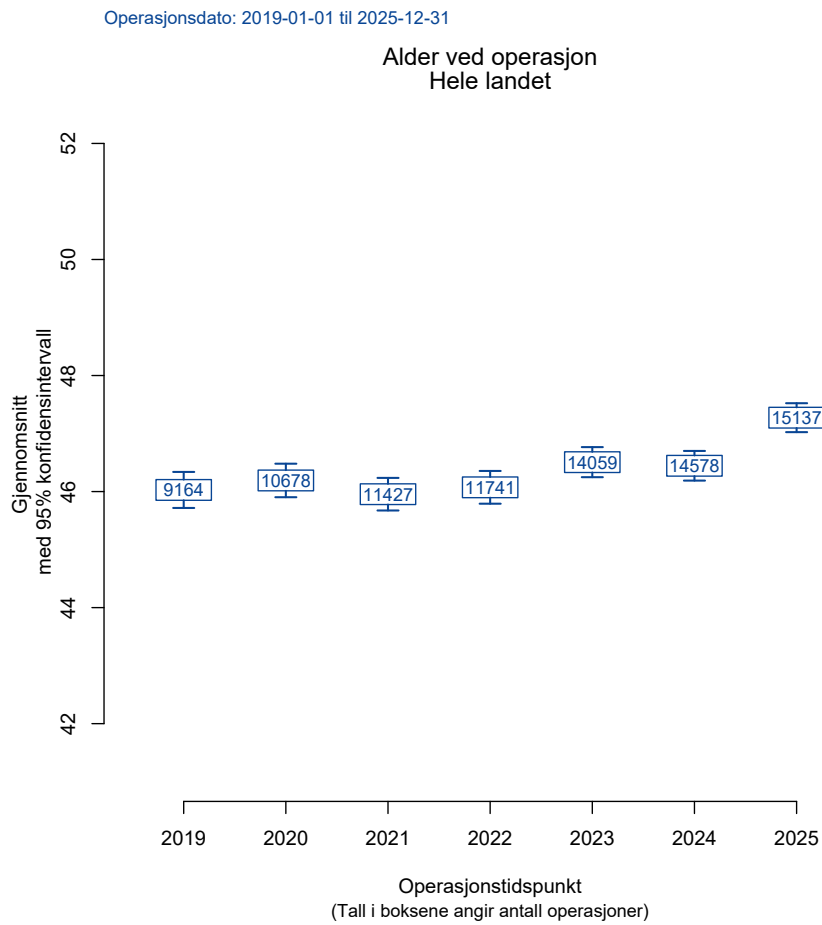
Figur 27: Gjennomsnitt BMI på enhetsnivå



Figur 28: Fordeling BMI kategorier

2.3.7 Pasientkarakteristika: Alder

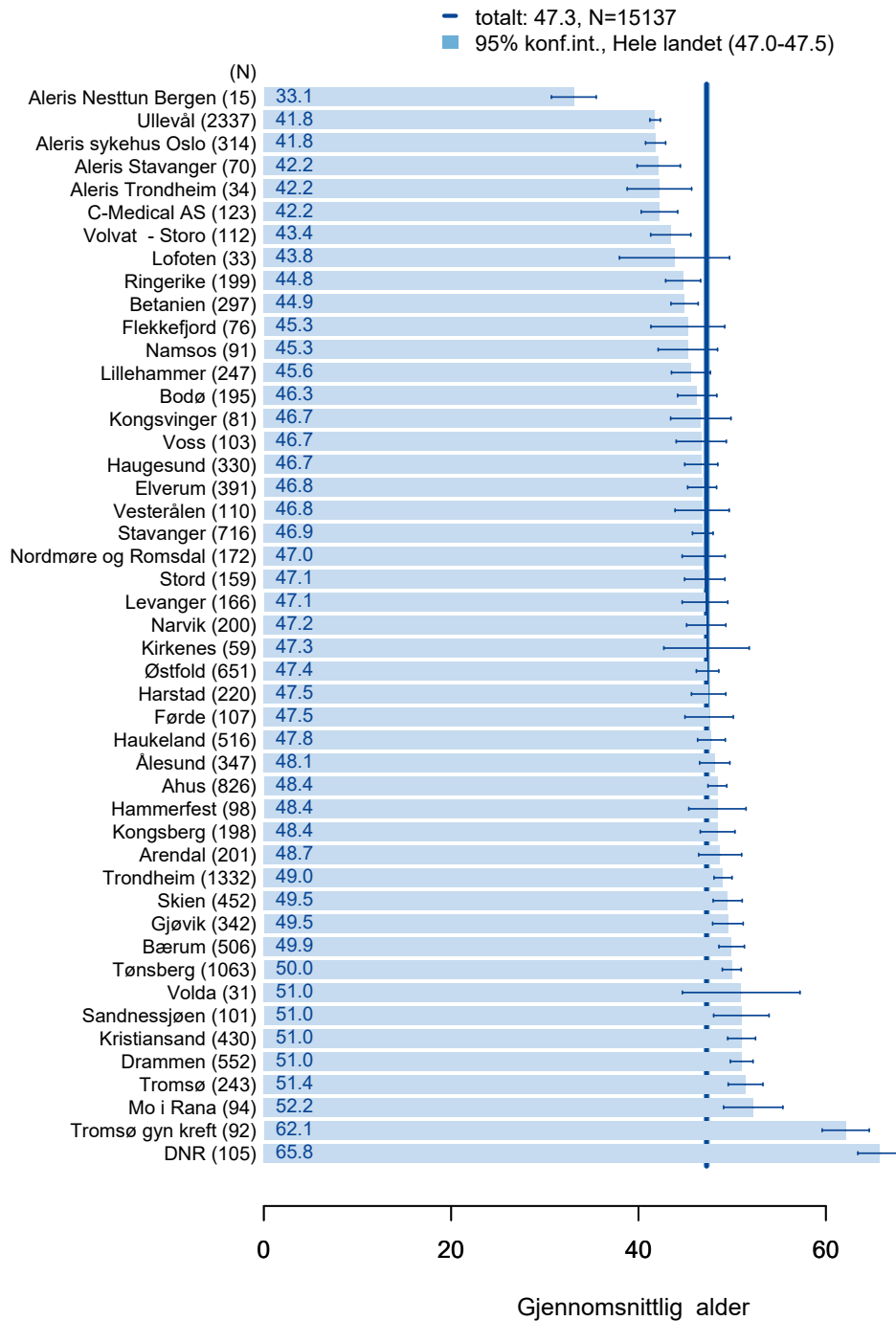
Det er ingen større endringer når det kommer til gjennomsnittlig alder hos pasientene. I 2025 var dette rundt 47 år sammenlignet med 46 år i 2024. Det er naturlig at sentre for kreftkirurgi har en høyere gjennomsnittsalder enn sykehus som primært utfører inngrep med benign indikasjon.



Figur 29: Gjennomsnitt alder ved operasjon

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31

Gjennomsnittlig alder ved operasjon

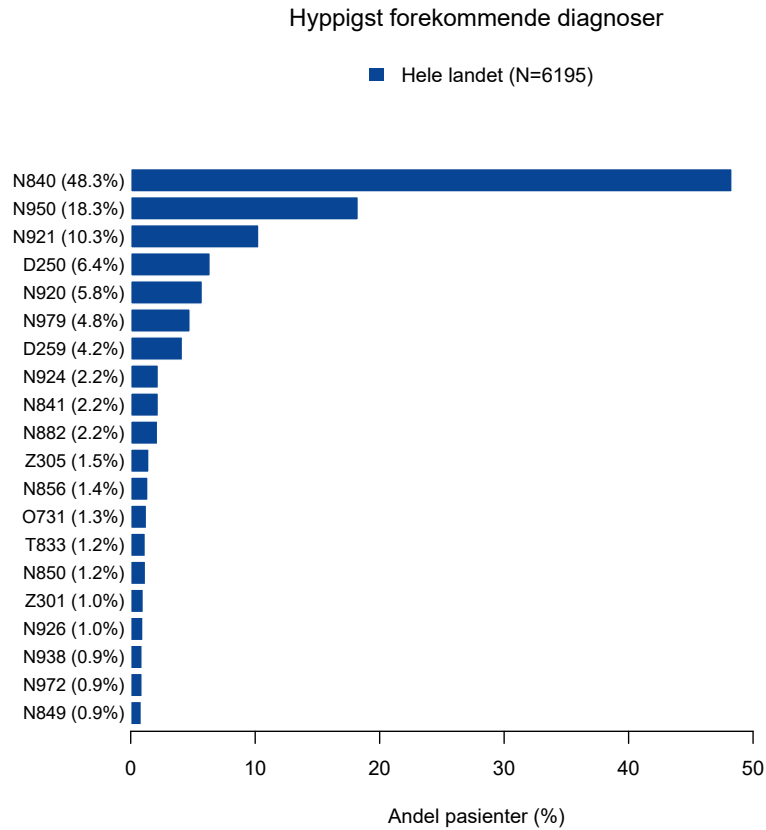


Figur 30: Gjennomsnitt alder ved operasjon på enhetsnivå

2.3.8 Hyppigste diagnoser

Det er ingen endringer når det kommer til de vanligste registrerte diagnosene ved hysteroskopiske inngrep. Det er fremdeles endometriepolypp som er den vanligste diagnosen ved en hysteroskopi med 48% av inngrepene. Det er viktig å huske på at en pasient/inngrep kan være registrert med flere diagnoser.

Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi

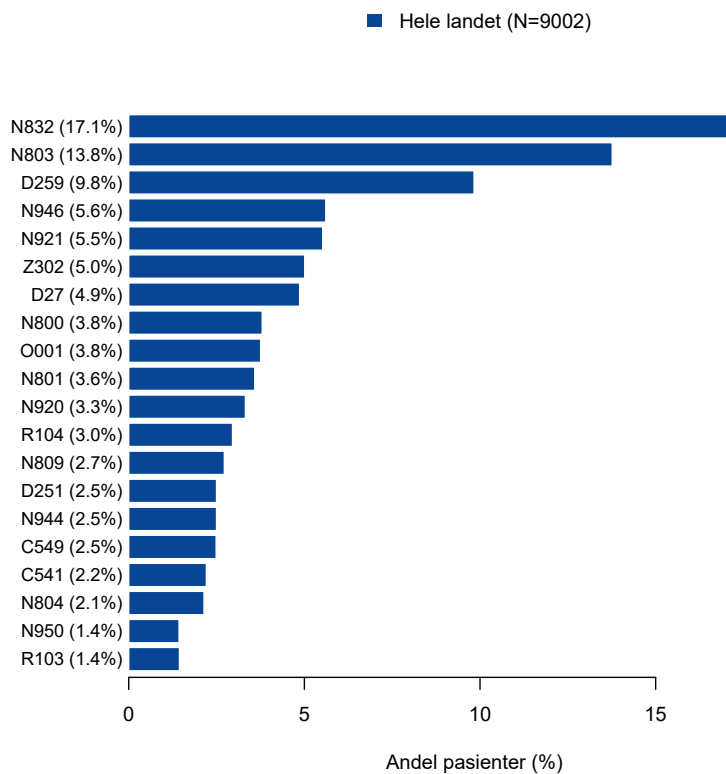


Figur 31: Hyppigst forekommende diagnose ved hysteroskopi. N840 Polypp i livmorlegeme N950 Postmenopausal blødning N921 Kraftig og hyppig menstruasjon med uregelmessig syklus

Det er heller ingen større endringer på de vanligste registrerte diagnosene ved laparoskopi. Slår vi sammen diagnosekodene for endometriose (N80X) blir det en samlet prosent på 26 %. Dette fortsetter å øke fra 24 % i 2024, 20,1 % i 2023 og 20,9 % i 2022.

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

Hyppigst forekommende diagnoser

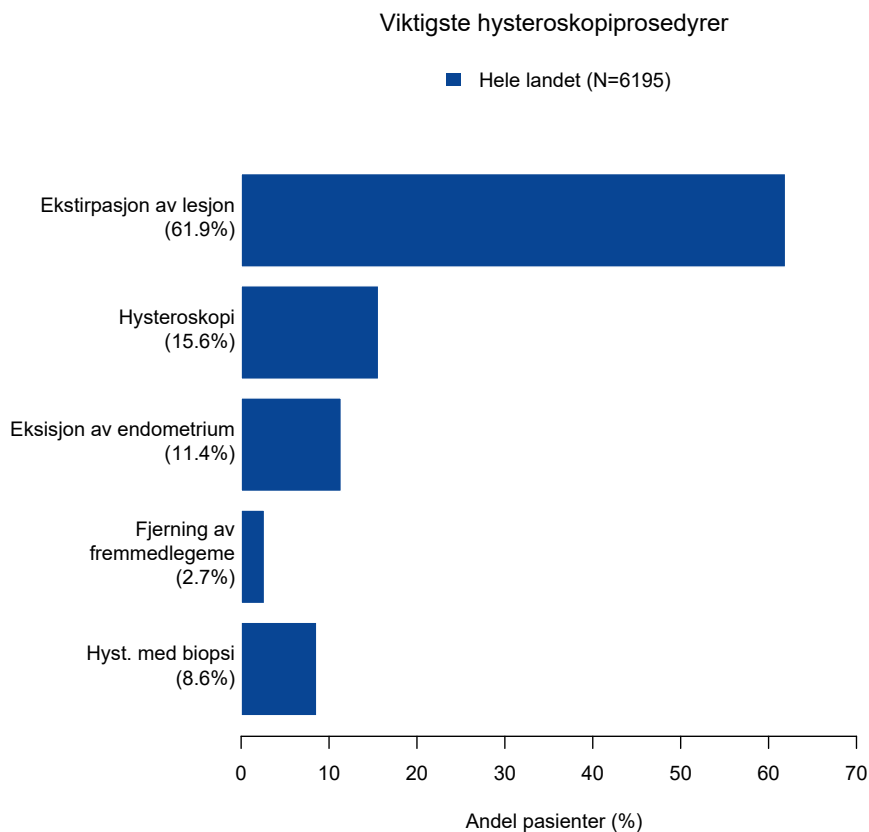


Figur 32: Hyppigst forekommende diagnose ved laparoskopi. N832 Andre og uspesifiserte ovarialcyster N803 Endometriose i bekkenbukhinne D259 Leiomyom i livmor uspesifisert N803

2.3.9 Hyppigste prosedyrer

Ekstirpasjon av lesjon er den vanligste hysteroskopiske prosedyrekoden som er naturlig i lys av at endometriepolypp er den vanligste diagnosen ved hysteroskopi. Det er en nedgang i eksisjon av endometrium (TCER) fra 13,5 % i 2024 til 11,4 % i 2025. Dette kan gjenspeile at andre ablasjonsteknikker er i ferd med å erstatte reseksjon av endometriet.

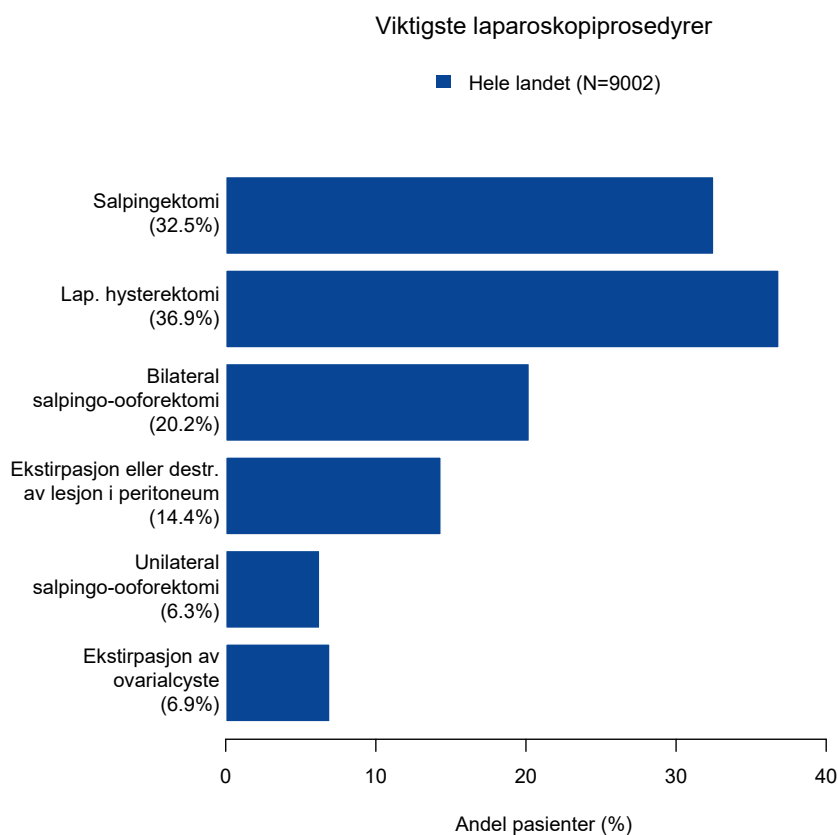
Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi



Figur 33: Fem hyppigste forekommende prosedyrer ved hysteroskopi.

Når det gjelder de vanligste laparoskopiske prosedyrene er det kun mindre prosentendringer for de seks vanligste prosedyrekodene. Laparoskopiske hysterektomier stod for 36,9 % av kodene i 2025 mot 35 % i 2024. Tilsvarende tall for ekstirpasjon eller destruksjon av lesjon i peritoneum” var uendret fra 14,0 % i 2024 mot 14,4 % i 2025.

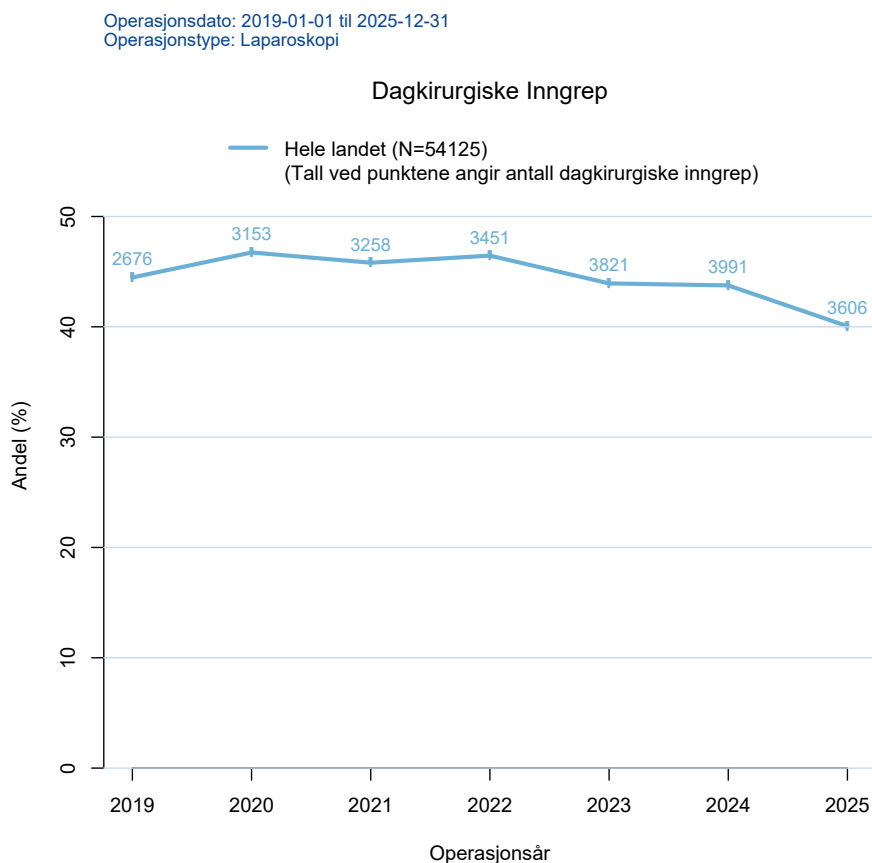
Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi



Figur 34: Seks hyppigste forekommende prosedyrer ved laparoskopi.

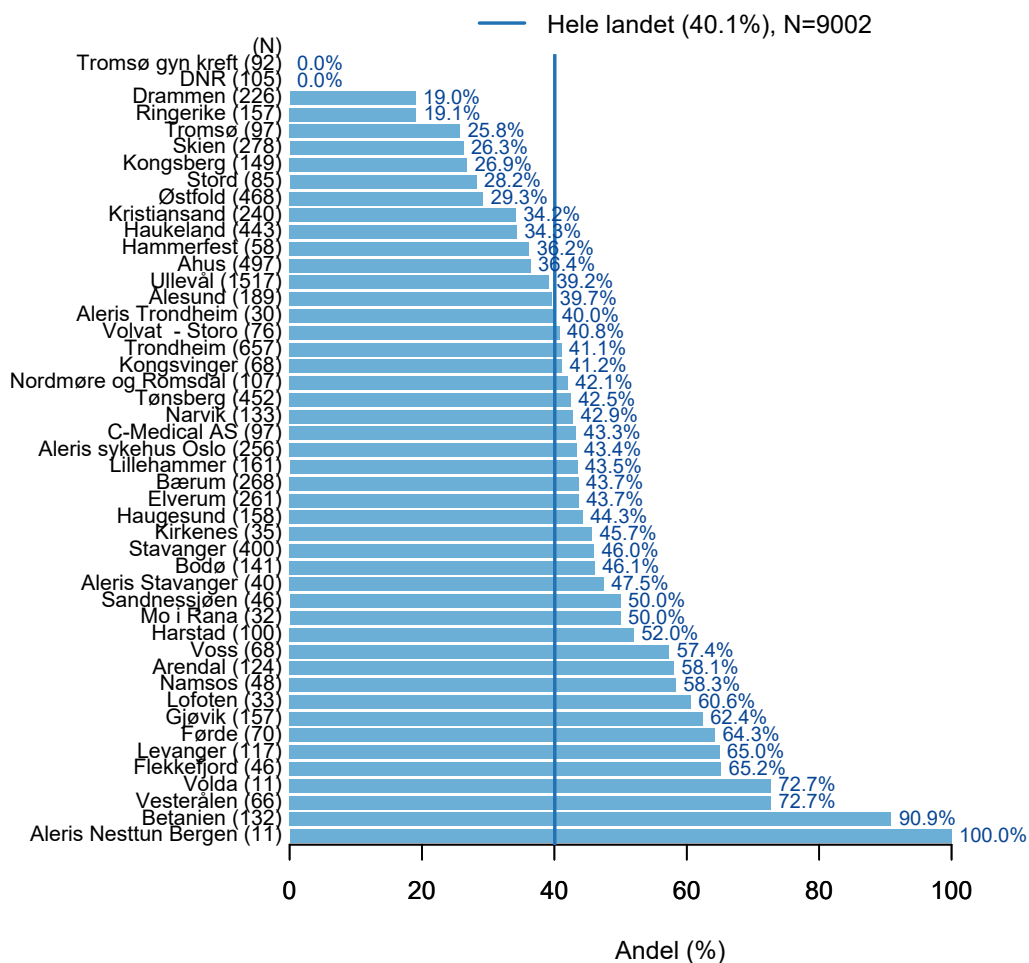
2.3.10 Dagkirurgiske inngrep laparoskopi

Andelen dagkirurgiske inngrep ved laparoskopi fortsetter med en liten nedgang fra 43,7 % i 2024 til 40 % . På sykehusnivå er det som tidligere individuelle variasjoner der noen har økt sin andel dagkirurgi med 10-15 % mens andre sykehus har redusert sin andel tilsvarende. Det er med andre ord ingen nasjonal trend der laparoskopien sideforskyves til dagkirurgiske sløyfer. Når det kommer til de laparoskopiske hysterektomiene var det i 2025 6,7 % av disse som ble utført dagkirurgisk, tilnærmet uendret fra 6,3 % i 2024.



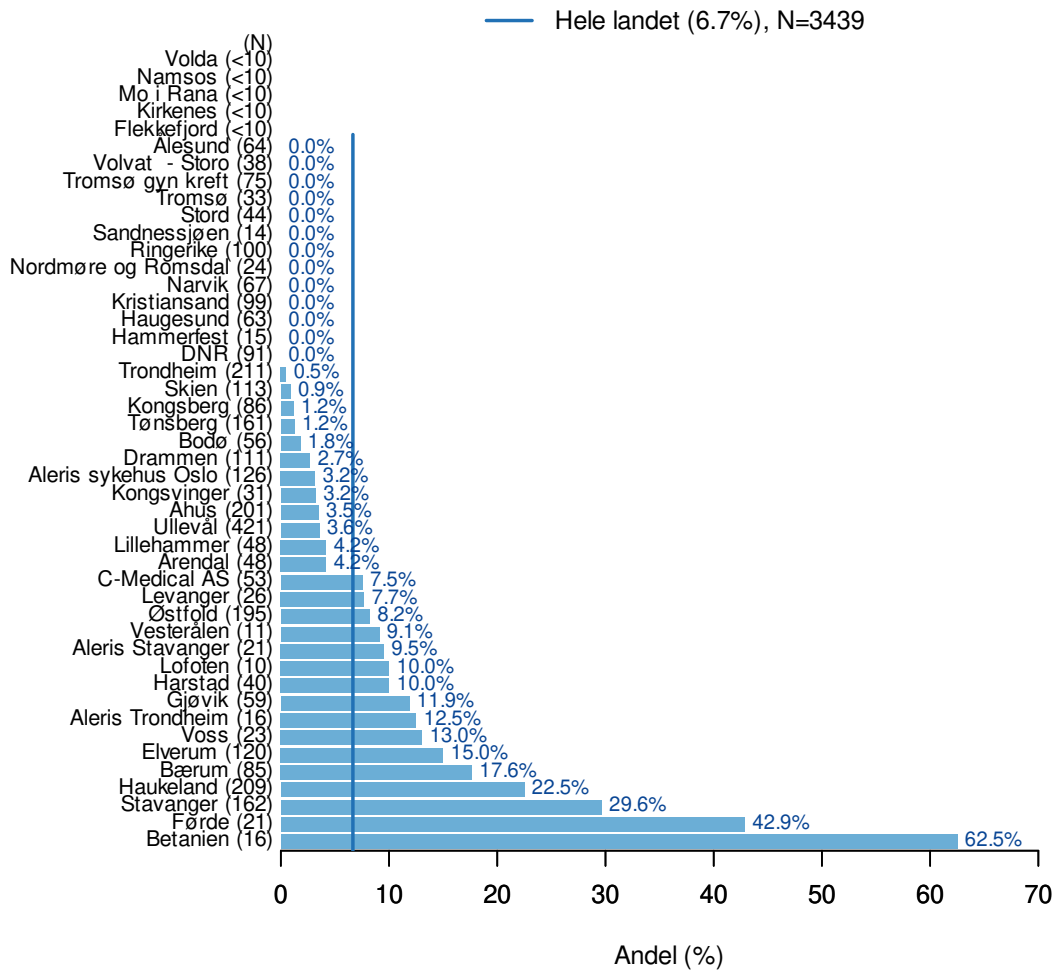
Figur 35: Utvikling dagkirurgiske inngrep ved laparoskopi

Dagkirurgiske Inngrep



Figur 36: Andel dagkirurgiske inngrep ved laparoskopi på enhetsnivå

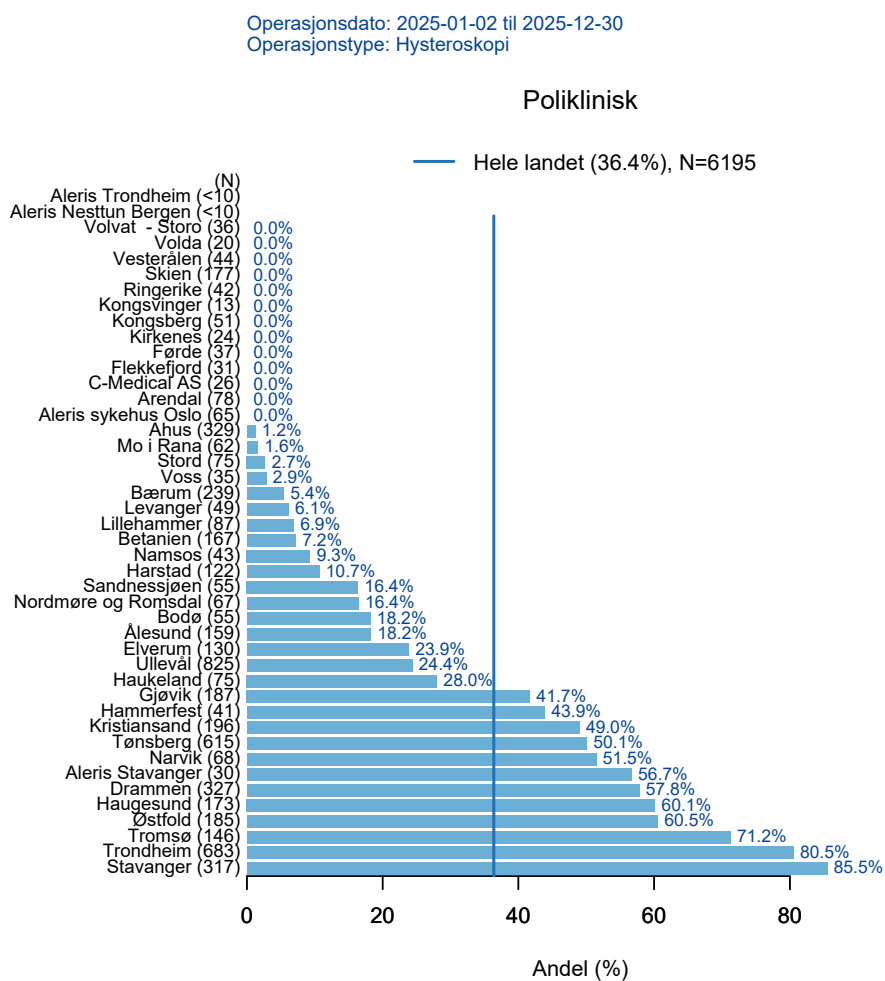
Dagkirurgiske Inngrep



Figur 37: Andel dagkirurgiske inngrep ved hysterektomi på enhetsnivå

2.3.11 Behandlingsnivå hysteroskopi

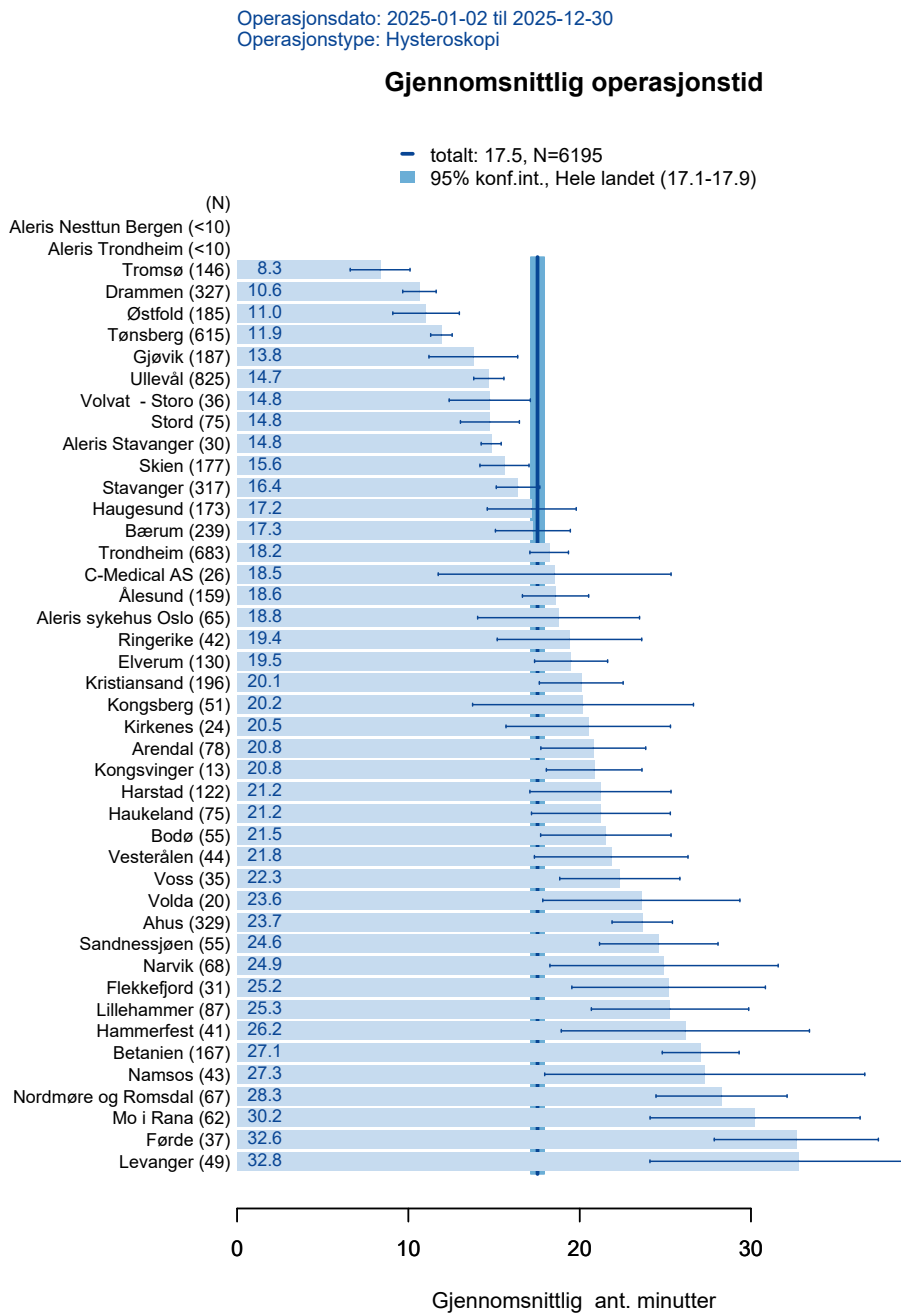
Det er en økende trend ved flere sykehus at hysteroskopiene utføres i en poliklinisk ramme. NGER fikk denne variabelen i november 2023 og har derfor ikke tidligere data å sammenligne med. I 2025 var det en økning til 36,4 % mot 32,2 % i 2024 av hysteroskopiene som ble utført i en poliklinisk setting.



Figur 38: Andel polikliniske inngrep ved hysteroskopi på enhetsnivå

2.3.12 Operasjonstid

Det er som tidligere en tydelig tendens at gjennomsnittlig operasjonstid ved hysteroskopi er lengre ved sykehus som har et lite antall utførte prosedyrer. Gjennomsnittlig operasjonstid for landet som helhet er stabilt på 17,5 minutter.

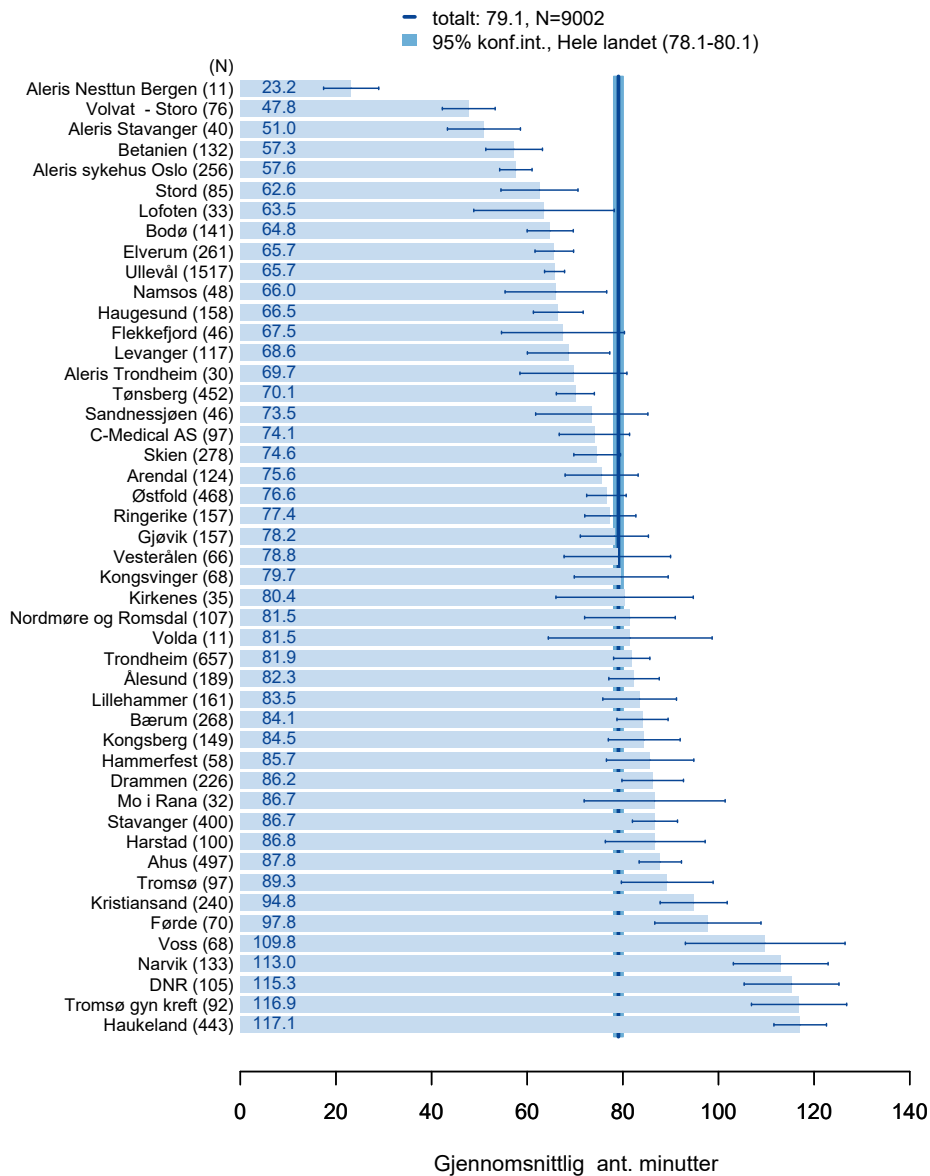


Figur 39: Gjennomsnitt operasjonstid for hysteroskopi på enhetsnivå

Det er ingen større endringer nasjonalt eller lokalt i forhold til gjennomsnittlig operasjonstid ved laparoskopi. I 2025 var gjennomsnittet 79,1 minutter nasjonalt mot 75,5 minutter i 2024.

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

Gjennomsnittlig operasjonstid

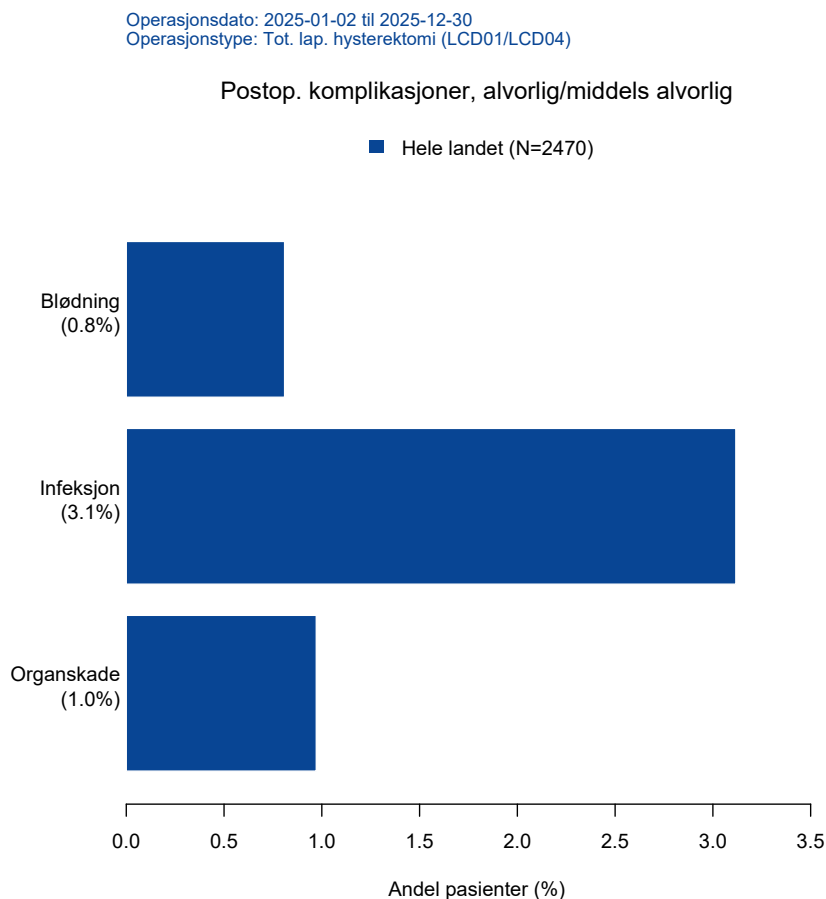


Figur 40: Gjennomsnitt operasjonstid for laparoskopi på enhetsnivå

2.3.13 Laparoskopisk hysterektomi LCD01/LCD04

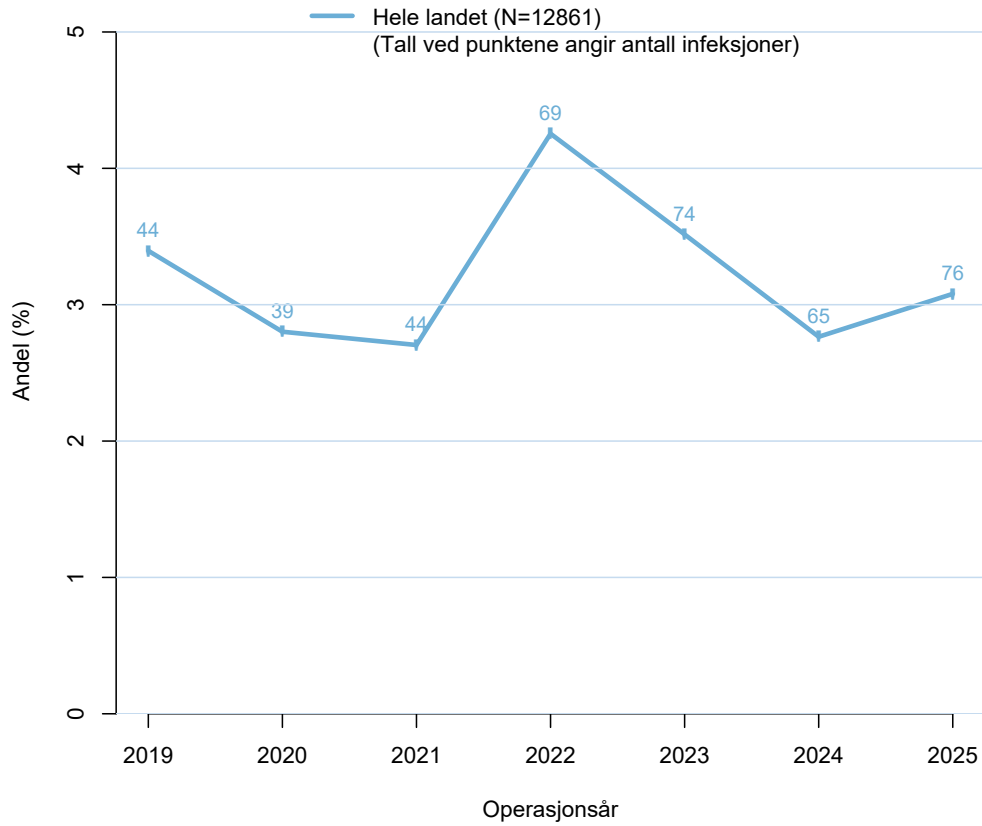
NGER velger også i år å presentere resultater på laparoskopiske hysterektomier i et eget avsnitt.

Det var i 2025 registrert en minimal økning i antall utførte totale laparoskopiske hysterektomier (operasjonskode LCD01 og LCD04) fra 2939 i 2024 til 2979 i 2025. Andelen postoperative infeksjoner av moderat til alvorlig karakter i forbindelse med laparoskopiske totale hysterektomier har økt til 3,1 % i 2025 fra 2,8 % fra 2024. Tallene for blødning er redusert fra 1,2 % i 2024 til 0,8 % i 2025. Registrerte organskader som del av en postoperativ komplikasjon av moderat til alvorlig grad, 1 % i 2025. Forekomsten av postoperative infeksjoner ved total laparoskopisk hysterektomi på sykehusnivå viser variasjoner sammenlignet med året før uten noe tydelig system. Gjennomsnittlig operasjonstid er stabil, men lett økende med 103,2 minutter i 2024 mot 106 minutter i 2025, i sammenheng med økte antall prosedyrer per operasjon. Gjennomsnittlig alder ved inngrepet er tilnærmet uforandret med 50,6 år i 2025 mot 49,7 år i 2024.



Figur 41: Fordeling type middels alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved laparoskopisk hysterektomi

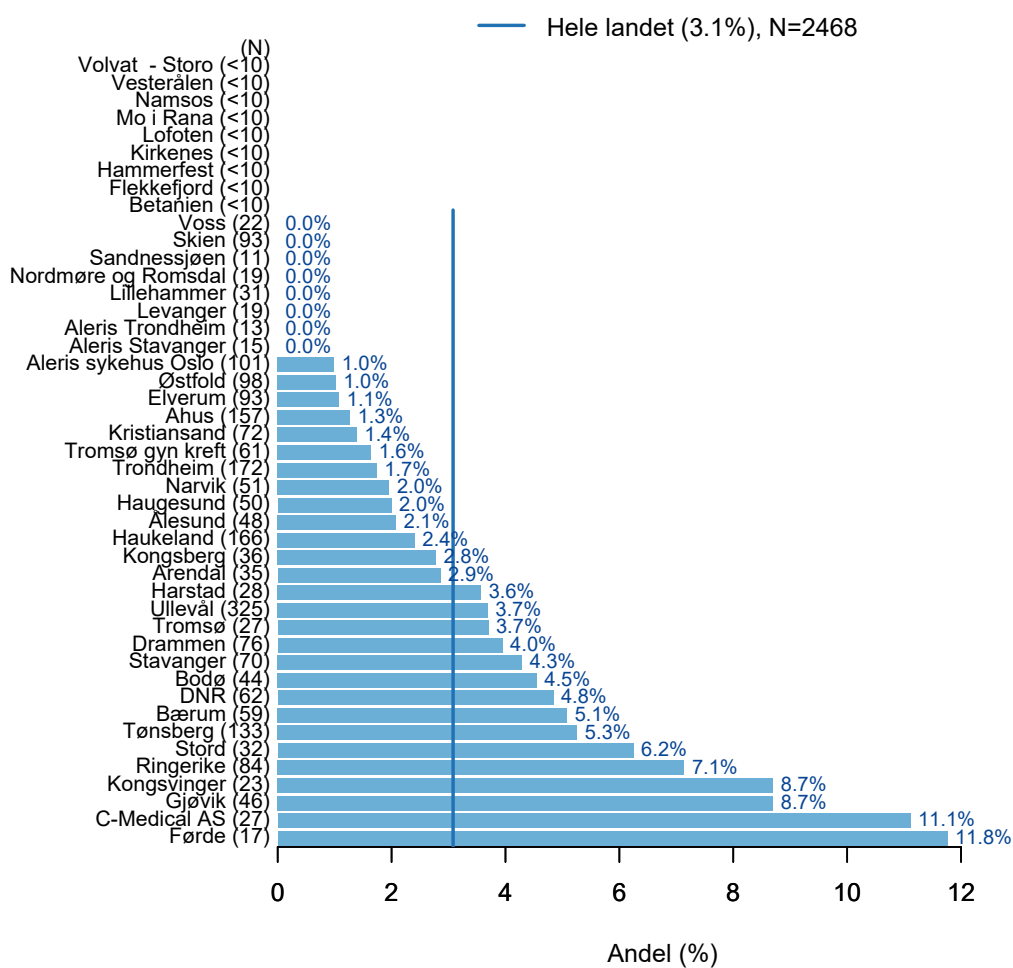
Postop. komplikasjon: Infeksjon (alvorlig/middels)



Figur 42: Utvikling moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterektomi

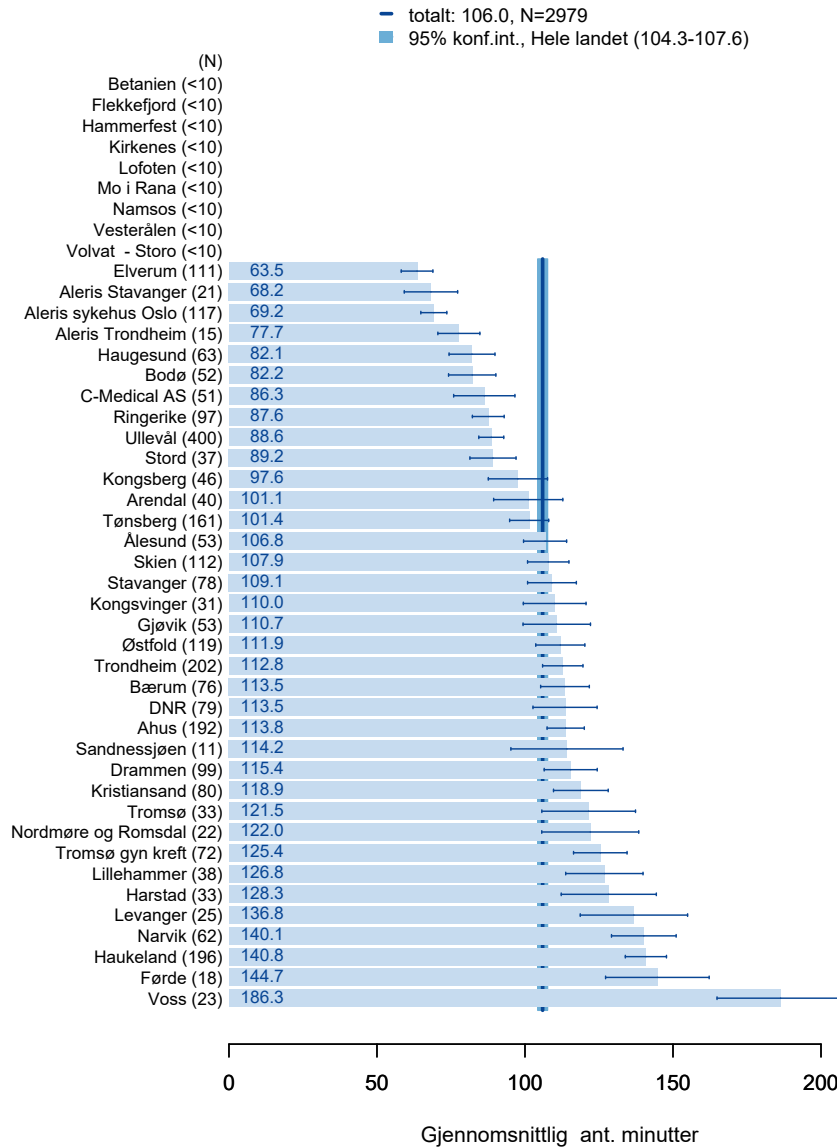
Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-30
Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

Postop. komplikasjon: Infeksjon (alvorlig/middels)



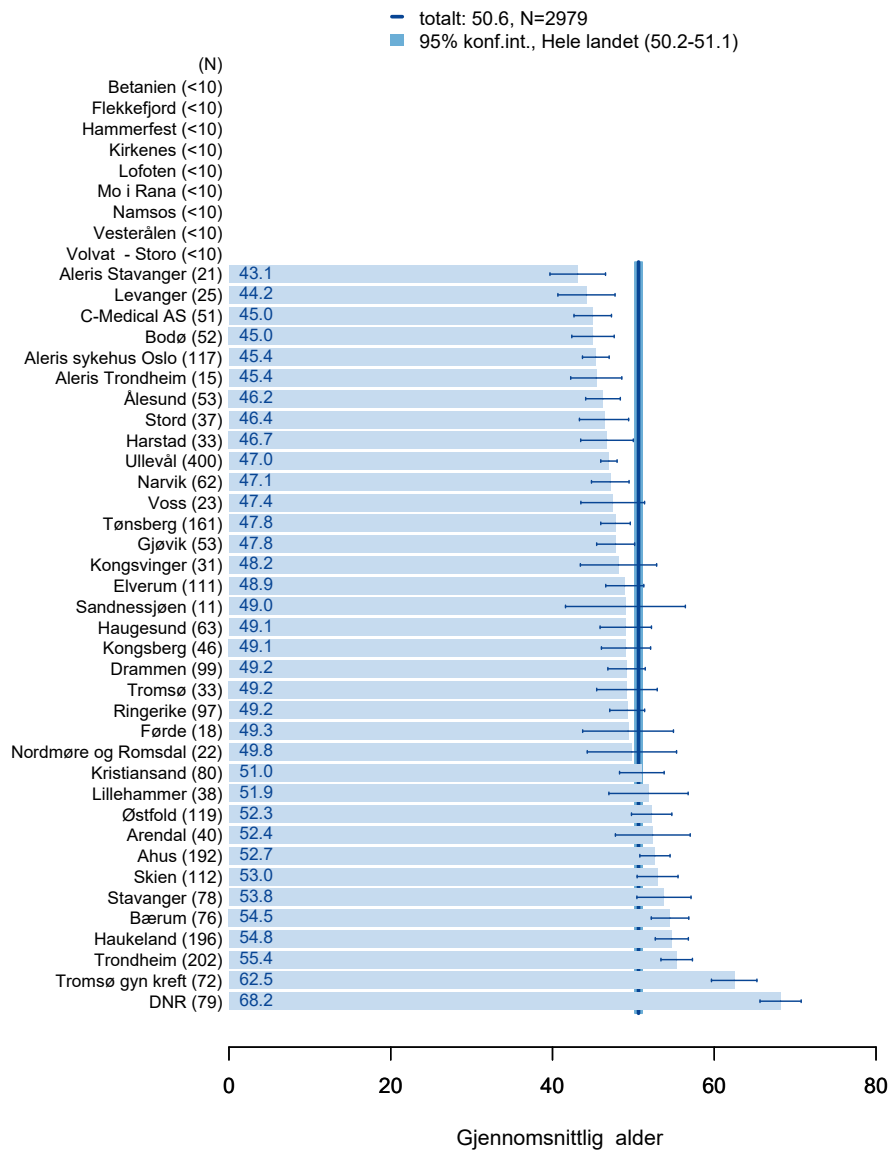
Figur 43: Moderat til alvorlig postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterektomi på enhetsnivå

Gjennomsnittlig operasjonstid



Figur 44: Operasjonstid for laparoskopisk hysterektomi på enhetsnivå

Gjennomsnittlig alder ved operasjon



Figur 45: Gjennomsnittlig alder ved laparoskopisk hysterektomi

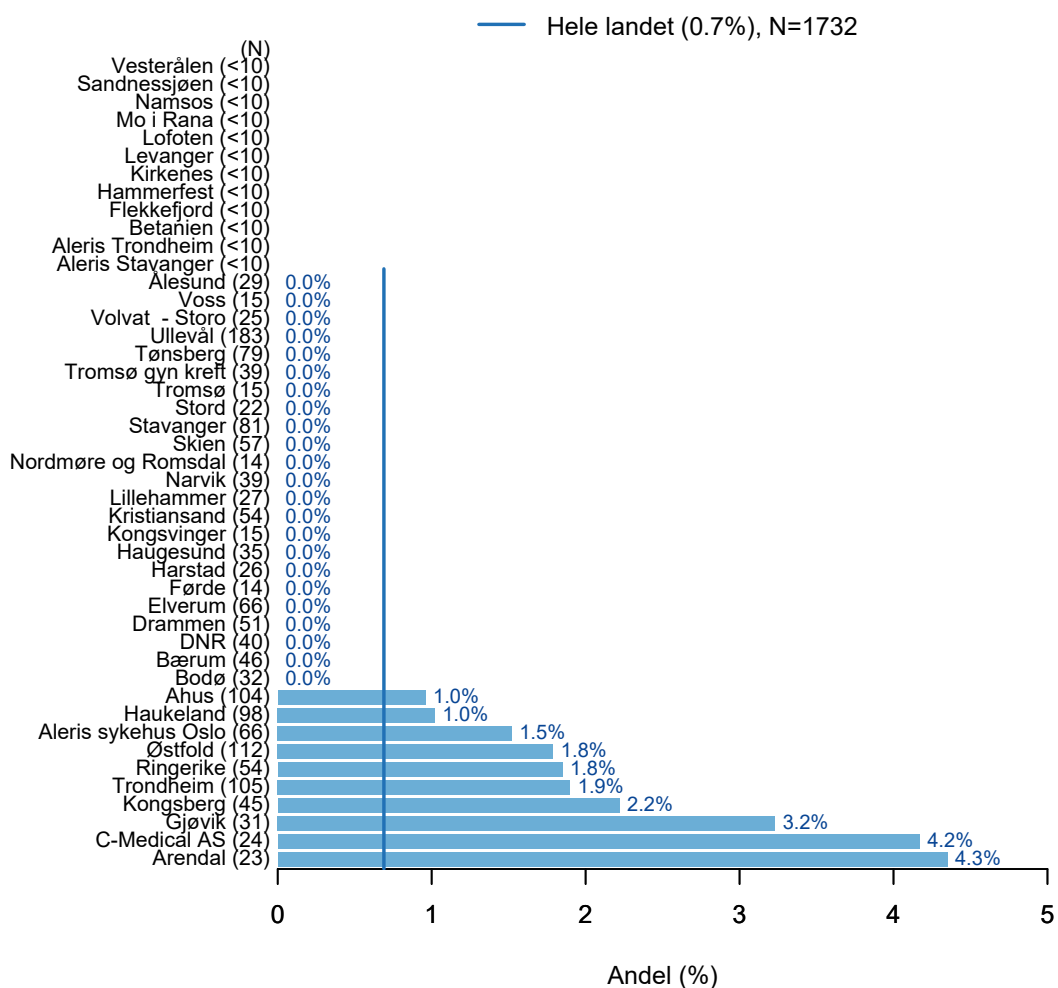
2.3.14 Hysterektomi, 6 mnd oppfølging

Uttrekk av 6 mnd oppfølging er gjort 03.06.2026

NGER startet 01.04.2025 å følge opp alle hysterektomier 6 mnd etter operasjon. Dette for å fjerne bl.a. vaginaltoppsruptur (dehiscens) som oppstår etter 4 uker oppfølging. Fra 01.04.2025 tom 03.12.2025 er det 2135 hysterektomier som har fått tilsendt 6 mnd oppfølging og 81 % (1732) av disse har besvart. Av disse er det 0,7 % som har blitt behandlet for vaginaltoppsruptur. Dette samsvarer med den nyeste publiserte metaanalysen (Zorzato mfl., 2025) med samlet insidens på 0,7 %. Selv om det er små tall, er det viktig å følge med videre.

Operasjonsdato: 2025-04-01 til 2025-12-02

Har du blitt behandlet for Vaginaltoppsruptur?



Figur 46: Vaginaltoppsruptur på enhetsnivå

2.3.15 Robotkirurgi

Robotassisterte inngrep er økende i Norge. Det ble gjennomført 1729 robotassisterte inngrep i 2025, hvilket er 19,2 % av alle laparoskopier. Dette er økende fra 1480 i 2024. Av de robotassisterte inngrepene var 91,7 % av pasientene registrert som innlagte og 8,3% dagkirurgiske.

Robotkirurgi ble først innført ved onkologisk kirurgi i Norge (Sert & Abeler, 2006). Av de 1729 registrerte robot assisterte inngrepene i 2025 var 400 utført for maligne årsaker, hvorav 83,6 % er ved livmorkreft, 8,2 % ved livmorhalskreft, 5,5 % ved eggstokk/egglederkreft, figur 48. For å få en større komplett jobbes det med å øke dekningsgraden for det største senteret for robotkirurgisk kreftkirurgi i Norge, som i 2025 ligger på 40,9 %, med 152 inngrep som ikke er registrert i NGER 2025.

Det er interessant å følge videre med på trendene i kirurgisk behandling for livmorhalskreft, ifht resultater fra Laparoscopic Approach to Cervical Cancer (LACC) (Ramirez mfl., 2024) som viste dårligere overlevelse ved livmorhalskreft ved minimal invasiv kirurgi sammenliknet med åpen kirurgi, og den pågående Robot-assisted Approach to Cervical Cancer (RACC trial) (Falconer mfl., 2025) som skal se på om robot assistert laparoskopisk kirurgi viser bedre resultater for overlevelse, komplikasjoner, livskvalitet og nøyaktighet av diagnostikk av sentinel node. Ved ovarialcancer utføres kirurgi hovedsakelig ved laparotomi i Norge, men robotassistert kirurgi kan ha en plass i selekterte pasienter med tidlig sykdom, i staging og i interval cytoreduktiv kirurgi.

Av benigne diagnoser er myoma uteri, blødningsforstyrrelser og endometriose hovedindikasjoner for robotassistert kirurgi, figur 47. Hysterektomi er den vanligste prosedyren med 80,1 %, figur 49 .

Det kan være størst gevinst ved bruk av robotassistert laparoskopi ved komplekse prosedyrer og ved overvekt (Wu mfl., 2025). Flere av sentrene som tilbyr robotkirurgi er sentre som får henvist de mest teknisk krevende prosedyrene eller med flest prosedyrer per inngrep som ved endometriose og kreftkirurgi. Denne selekteringen kan forventes å gjenspeiles i resultatene og komplikasjonsratene. Av de 1729 registrerte inngrepene, var 65,6 % overvektige eller i Fedme klasse 1-3.

Forekomsten av intraoperative komplikasjoner er på 0,8 %, figur 50, og innenfor høy måloppnåelse. Det noteres at enheten med høyest volum (244) har høyest intraoperativ komplikasjonsrate på 2,5 %.

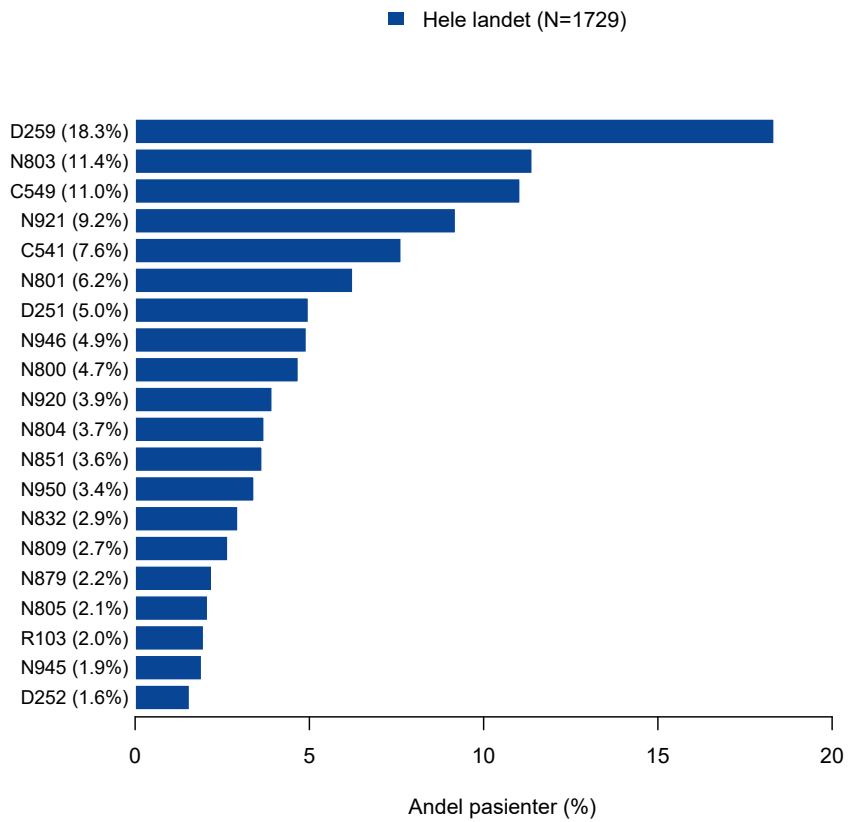
Forekomsten av middels alvorlige- og alvorlige postoperative komplikasjoner etter robotassistert laparoskopi er 3,5 %, figur 51, som ligger innenfor moderat måloppnåelse, og er høyere enn ved alle registrerte laparoskopier hvor postoperativ komplikasjonsrate er på 2,2 %. Av de 50 registrerte postoperative komplikasjonene var infeksjon den vanligste komplikasjonen med i 70 %, organskade 26 %, blødning 18 %, og 50 % av komplikasjonene er reoperert, figur 52. Reoperasjonene i denne figuren kan være registrert alene, men også i tillegg til infeksjon, organskade eller blødning. Forekomsten av postoperative komplikasjoner kan tenkes å være forårsaket seleksjonen av mer teknisk krevende inngrep til robotassistert kirurgi, men anbefales undersøkt nærmere. Det er en del variasjon mellom sykehusene, hvor 5 av sykehusene har lav måloppnåelse (> 5 %) og noen av sykehusene har vært i implementeringsfasen med robotsystemer i 2024 og 2025.

Med økning i antall robotassisterte prosedyrer i Norge, er det viktig å evaluere resultatene fremover, både for å se på forventede gevinster som overgang til økt dagkirurgisk behandling, men også videre kartlegge og vurdere tiltak for å få postoperative komplikasjonsrater ned til høy/grønn måloppnåelse.

	2022	2023	2024	2025
Ahus	93	117	129	105
Arendal	49	45	42	44
C-Medical AS	0	0	14	24
DNR	117	99	151	105
Drammen	0	0	0	17
Elverum	67	67	93	111
Harstad	0	0	24	50
Haukeland	49	156	203	207
Kristiansand	2	41	51	62
Narvik	0	0	0	77
Ringerike	0	0	42	98
Skien	78	84	94	92
Stavanger	17	29	43	53
Tromsø	42	46	62	47
Tromsø gyn kreft	0	85	91	82
Trondheim	103	162	208	244
Tønsberg	0	0	1	56
Ullevål	12	96	148	125
Østfold	92	90	83	130
TOTALT, alle enheter:	721	1118	1480	1729

Tabell 7: Antall registrerte Robotkirurgi

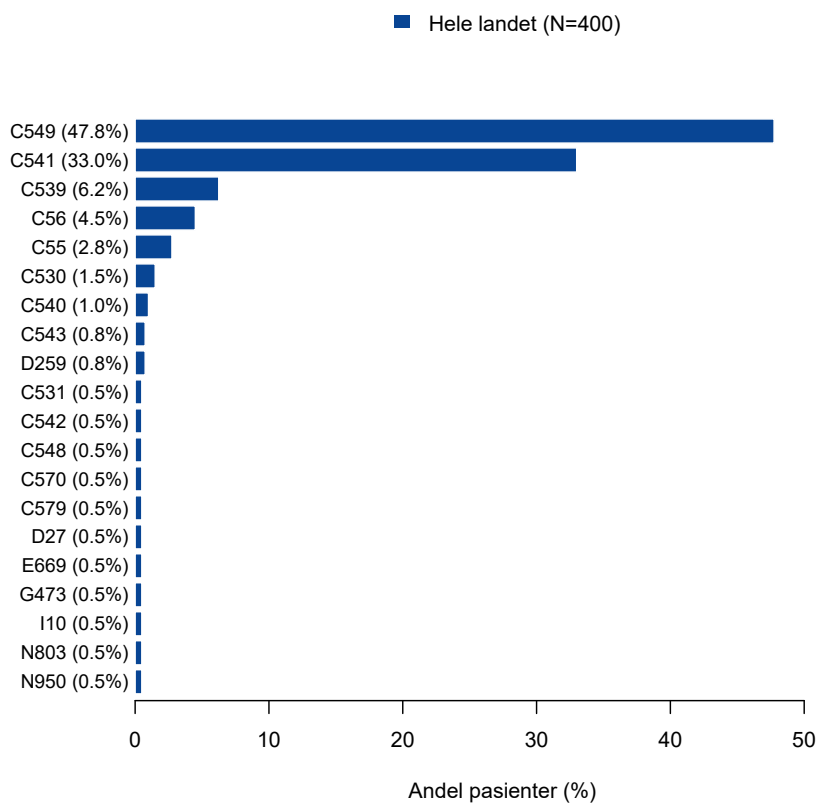
Hyppigst forekommende diagnoser



Figur 47: Hyppigst forekommende diagnose ved robotkirurgi

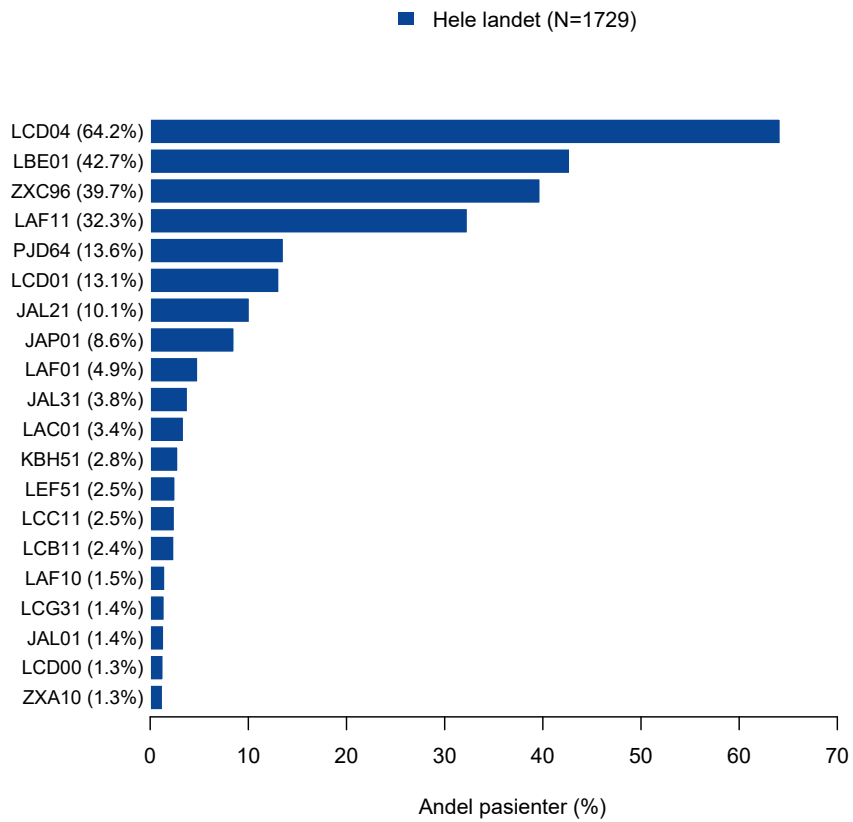
Operasjonsdato: 2025-01-02 til 2025-12-19
Operasjonstype: Lap.inngr m/robotass.
Diagnose: Onkologi

Hyppigst forekommende diagnoser



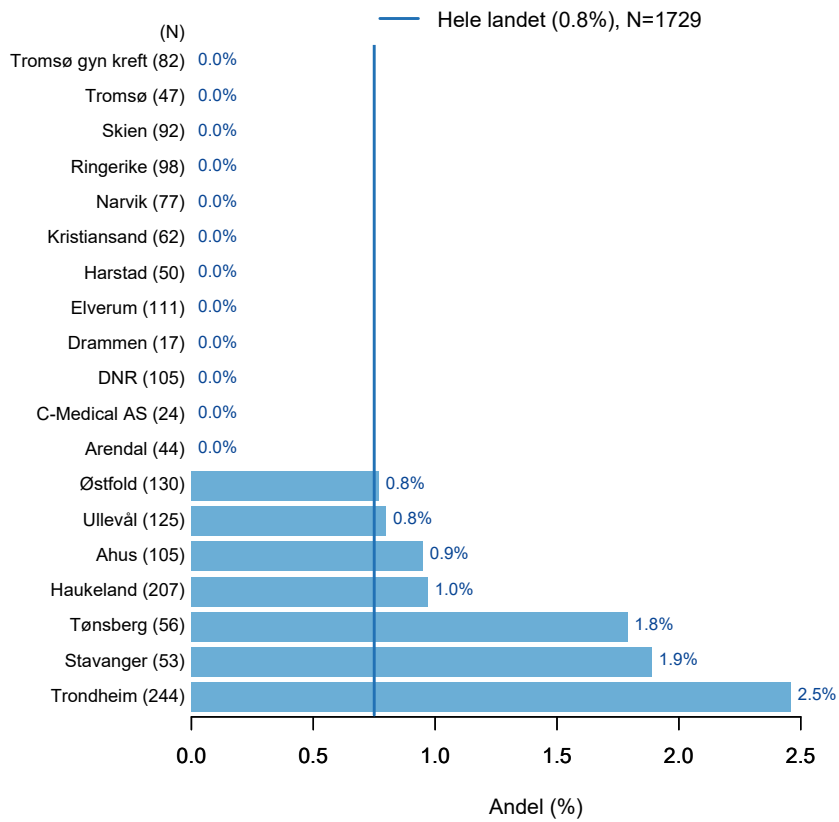
Figur 48: Hyppigst forekommende diagnose ved onkologisk robotkirurgi

Hyppigst forekommende prosedyrer



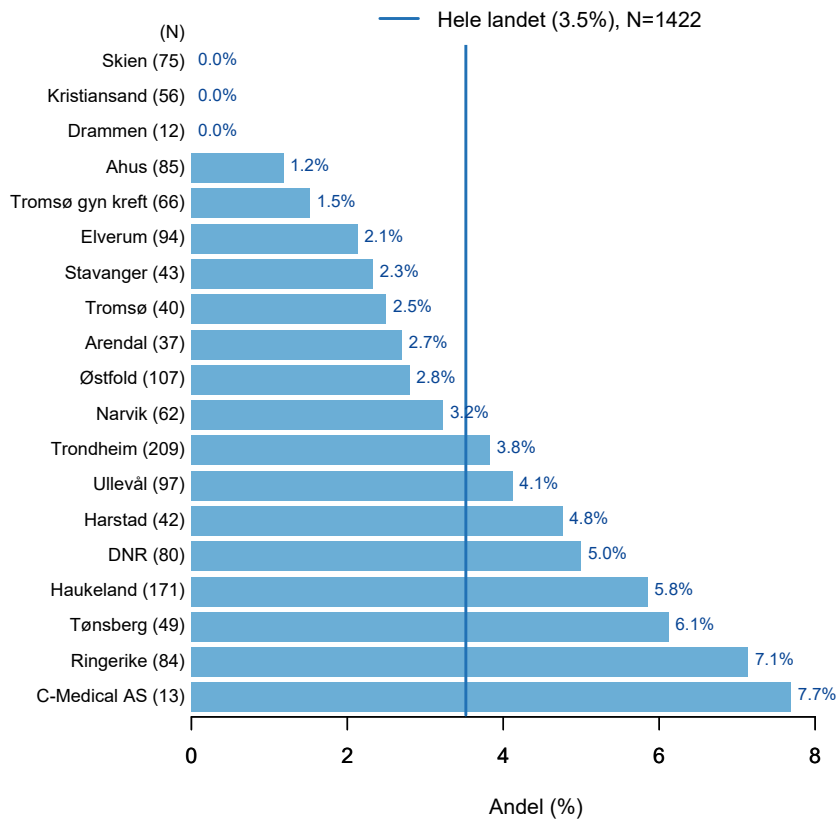
Figur 49: Hyppigst forekommende prosedyre ved robotkirurgi

Komplikasjoner, intraoperativt



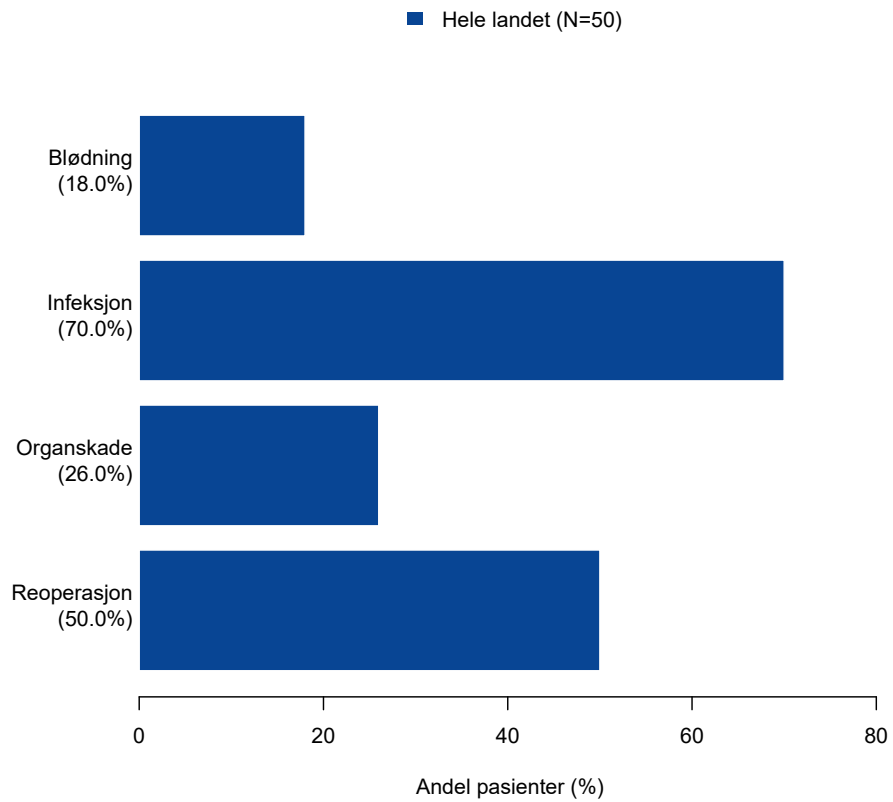
Figur 50: Intraoperative komplikasjoner ved robotkirurgi

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 51: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved robotkirurgi per sykehus

Postoperative komplikasjoner



Figur 52: Moderat alvorlig og alvorlig postoperativ komplikasjon ved robotkirurgi

Del 2
Administrative opplysninger

3 Registerbeskrivelse

Bakgrunn for registeret	Utviklingen av minimal-invasiv kirurgi var i sin tid viktig for å redusere liggetid, redusere antall infeksjoner, redusere sykemeldingstid og bedre pasienttilfredsheten. De senere årene har kompleksiteten og vanskelighetsgraden ved den minimal-invasive kirurgien økt betydelig. Derfor har det blitt stadig viktigere å sikre en nasjonal oversikt over aktiviteten og forekomsten av komplikasjoner knyttet til denne type kirurgi. Dette kan bidra til å øke kvaliteten ved det arbeidet som utføres og den opplæringen og videreutdanningen som tilbys. I tillegg kan det legge grunnlag for nasjonale anbefalinger innen gynekologisk minimal-invasiv kirurgi.
Type register	Kvalitetsregister for gynekologiske endoskopiske prosedyrer.
Årstall etablert	2012
Årstall nasjonal godkjenning	2012
Årstall for start av datainnsamling	2013
Registerets formål	Sikre kvaliteten på laparoskopi og hysteroskopi som utføres ved norske sykehus. Målgruppen er alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. Hensikten er at det enkelte behandlingssted skal kunne holde oversikt over egne resultater (ønskede og uønskede behandlingseffekter). Informasjonen bør komme pasientene til nytte i form av en bedre og mer oversiktlig helsetjeneste.
Analyser som belyser registerets formål	Intra- og postoperativ komplikasjonsrate er de parameterne som i størst mulig grad gjenspeiler kvaliteten på gynekologiske laparoskopier og hysteroskopier. Disse 4 kvalitetsindikatorerne publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se oversikt over alle kvalitetsindikatorere tabell 1. PREM - Pasienttilfredshet: Resultatene skal kunne gi bakgrunn til å forbedre planlegging og gjennomføring av inngrepene, og forbedre kommunikasjon med pasientene. Denne kvalitetsindikatoren publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se oversikt over alle kvalitetsindikatorere tabell 1. PROM - Pasientens helsegevinst: Gjennomføres på utvalgte sykehus og utvalgte pasientgrupper i en begrenset periode. Resultatene publiseres på enhetsnivå for å belyse uønsket variasjon. Se kapittel 2.2.4.
Juridisk hjemmelsgrunnlag	I oktober 2012 ble Norsk gynekologisk endoskopiregister godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet som et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister. NGER fikk konsesjon for behandling av helseopplysninger gitt av Datatilsynet 01. juni 2012. Data innhentet etter 1. oktober 2019 reguleres av Forskrift om medisinske kvalitetsregistre. Frem til 1. November 2022 ble opplysningene i NGER innhentet med deltagerens samtykke. NGERs samtykke gir behandlingsgrunnlag etter Personvernforordningen Artikkel 6 nr. 1 bokstav a og adgang til å behandle helseopplysninger etter artikkel 9 nr 2 bokstav a. Fra 01. November 2022 fikk registeret på plass reservasjonsløsning for pasientene gjennom Helsenorge.no. Registeret behandler nå opplysninger uten den registrertes samtykke etter Forskrift om medisinske kvalitetsregistre §3-2.
Databehandler	Sykehuset i Vestfold HF har databehandleravtale med Norsk helsenett (NHN)
Databehandlingsansvarlig	Administrerende direktør ved Sykehuset i Vestfold HF. Daglig leder har det utøvende, administrative og daglige forvaltningsansvar for NGER.

Faglig leder/ registersekretariat med kontaktinformasjon	<p>Daglig leder: Toril Råknes, sykepleier, klinisk spesialist, Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Faglig rådgiver: Steinar Fritzner Rafaelsen Holmsen, overlege Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Ny faglig rådgiver fra 01.01.2026 Tonje Bohlin overlege Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold</p> <p>Registermedarbeider: Helene Aagesen Røed, helsesekretær og barnepleier, Sykehuset i Vestfold.</p> <p>Kontaktinformasjon: Sykehuset i Vestfold HF, Tønsberg. Nettside: siv.no/nger Epost: NGER@siv.no Telefon: +46 90614685</p>
Fagrådets medlemmer	<p>Helse Nord: Jordi Deu / UNN Tromsø</p> <p>Helse Vest: Olav Nordbø / SUS</p> <p>Helse Sør øst: Thomas Fredrik Thaulow / OUS Ullevål og Mette Skorstad / SSHF kristiansand</p> <p>Helse Midt: Elisabeth Haugen / Ålesund sykehus.</p> <p>Brukerrepresentant: Elisabeth Raasholm Larby / styreleder Endometrioseforeningen</p>
Aktivitet i fagrådet	<p>Årssamling for NGERs fagråd 21. November: Takket Steinar Holmsen for innsatsen som faglig rådgiver gjennom flere år. Diskuterte kandidater til ny faglig rådgiver. Gjennomgang av tilbakemelding på årsrapport 2024. Diskutert endringer i PROM og PREM oppfølging. Plan for vitenskapelig bruk av data. Gjennomgang av funn av variabelutfordringer i forbindelse med Phd. Data-minimering.</p> <p>Gjevnlige avklaringer i Teams kanaler og på epost.</p>
Inklusjonskriterier	Alle pasienter som blir endoskopisk operert for gynekologiske tilstander og sykdommer ved offentlige og private sykehus. For inkluderte prosedyre- og diagnosekoder se kapittel 4.2.1
Metode for datafangst	<p>Personopplysninger og peroperative opplysninger (fra 2013) registreres etter inngrepet i NGER med innlogging via FALK.no.</p> <p>Oppfølgings skjema, PROM(fra 2013), for kartlegging av postoperative komplikasjoner, sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p> <p>TSS-2, PREM (fra 2016) sendes automatisk til pasient 4 uker etter inngrepet via Helsenorge gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p> <p>RAND36, PROM (fra 2019):</p> <p>Før operasjon innhentes RAND36 på papir fra utvalgt gruppe, med returkonvolutt til Norsk gynekologisk endoskopiregisters kontor. Returnert skjema blir registrert direkte inn i NGER med innlogging via FALK.no.</p> <p>1 og 3 år etter operasjon tilsendes RAND36 via Helsenorge.no gjennom ePROM løsningen. De som ikke nås elektronisk får tilsendt papirskjema.</p>
Teknisk løsning for datafangst, og årstall for start	OpenQReg, 2013
Metadata	NGERs metadata ble etablert på Helsedata.no i 2024.
Innsynsløsning	NGER har etablert innsynsløsning via Helsenorge.no i 2024.
Antall pasienter/skjema/hendelser i rapporteringsåret	Unike pasienter: 13979 Operasjoner: 14558
Totalt antall pasienter/skjema/hendelser	Unike pasienter: 93943 Operasjoner: 106734
Stadium og nivå	3A

Tabell 8: Registerbeskrivelse

4 Datakvalitet

4.1 Tilslutning og antall registreringer

Alle offentlige sykehus med gynekologisk endoskopisk virksomhet i Norge, og seks private klinikker, registrerte til NGER i 2025. Det er til sammen **15 137** registrerte inngrep i 2025. Dette er en økning fra 14 578 i 2024.

	2022	2023	2024	2025
Ahus	673	922	908	826
Aleris Nesttun Bergen	0	0	17	15
Aleris Stavanger	0	0	0	70
Aleris sykehus Oslo	369	376	333	314
Aleris Trondheim	0	0	36	34
Arendal	167	197	182	201
Betanien	241	266	295	297
Bodø	223	230	210	195
Bærum	358	396	440	506
C-Medical AS	0	57	70	123
DNR	118	101	156	105
Drammen	646	720	650	552
Elverum	368	389	364	391
Flekkefjord	94	65	104	76
Førde	110	127	113	107
Gjøvik	337	346	309	342
Hammerfest	113	132	126	98
Harstad	206	210	237	220
Haugesund	295	357	351	330
Haukeland	309	619	516	516
Kirkenes	52	71	68	59
Kongsberg	99	108	199	198
Kongsvinger	78	77	93	81
Kristiansand	237	267	333	430
Levanger	147	146	147	166
Lillehammer	259	266	232	247
Lofoten	26	30	11	33
Mo i Rana	62	83	71	94
Namsos	98	141	91	91
Narvik	89	101	97	200
Nordmøre og Romsdal	94	81	49	172
Ringerike	182	215	200	199
Sandnessjøen	128	130	126	101
Skien	429	427	431	452
Stavanger	460	652	755	716
Stord	175	135	178	159
Tromsø	181	189	197	243
Tromsø gyn kreft	0	94	96	92
Trondheim	719	985	1200	1332
Tønsberg	676	852	933	1063
Ullevål	2078	2356	2478	2337
Vesterålen	47	86	110	110
Volda	55	84	38	31
Volvat - Storo	2	1	62	112
Voss	149	96	97	103
Østfold	353	528	569	651
Ålesund	239	348	300	347
TOTALT, alle enheter:	11741	14059	14578	15137

Tabell 9: Antall registrerte inngrep

	Lap	Hys	Begge
Ahus	497	329	0
Aleris Nesttun Bergen	10	4	1
Aleris Stavanger	40	30	0
Aleris sykehus Oslo	249	58	7
Aleris Trondheim	30	4	0
Arendal	123	77	1
Betanien	130	165	2
Bodø	140	54	1
Bærum	267	238	1
C-Medical AS	97	26	0
DNR	105	0	0
Drammen	225	326	1
Elverum	261	130	0
Flekkefjord	45	30	1
Førde	70	37	0
Gjøvik	155	185	2
Hammerfest	57	40	1
Harstad	98	120	2
Haugesund	157	172	1
Haukeland	441	73	2
Kirkenes	35	24	0
Kongsberg	147	49	2
Kongsvinger	68	13	0
Kristiansand	234	190	6
Levanger	117	49	0
Lillehammer	160	86	1
Lofoten	33	0	0
Mo i Rana	32	62	0
Namsos	48	43	0
Narvik	132	67	1
Nordmøre og Romsdal	105	65	2
Ringerike	157	42	0
Sandnessjøen	46	55	0
Skien	275	174	3
Stavanger	399	316	1
Stord	84	74	1
Tromsø	97	146	0
Tromsø gyn kreft	92	0	0
Trondheim	649	675	8
Tønsberg	448	611	4
Ullevål	1512	820	5
Vesterålen	66	44	0
Volda	11	20	0
Volvat - Storo	76	36	0
Voss	68	35	0
Østfold	466	183	2
Ålesund	188	158	1
Sum	8942	6135	60

Tabell 10: Antall registrerte inngrep fordelt på type inngrep for rapporteringsåret

ICD10-kapittel	ICD10-kode
Kap II Svulster	C52, C53.0, C53.1, C53.8, C53.9, C54.0-C54.3, C54.8, C54.9, C55, C56, C57.0-C57.4, C57.7-C57.9, C58, C76.2, C76.3, C77.2, C77.5, C77.8, C77.9, C79.6
Kap XIV Sykdommer i urin- og kjønnsorganer	N32.1, N32.2, N39.3, N39.4, N70.0, N70.1, N70.9, N71.0, N71.1, N71.9, N72, N73.0-N73.6, N73.8, N73.9, N74.0, N74.1-N74.4, N74.8, N80.0-N80.5, N80.8, N80.9, N81.0-N81.6, N81.8, N81.9, N82.0-N82.5, N82.8, N82.9, N83.0-N83.9, N84.0, N84.1, N84.8, N84.9, N85.0-N85.9, N86, N87.0-N87.2, N87.9, N88.0-N88.4, N88.8, N88.9, N91.0-N91.5, N92.0-N92.6, N93.0, N93.8, N93.9, N94.0-N94.6, N94.8, N94.9, N95.0, N95.1, N96, N97.0-N97.4, N97.8, N97.9, N98.0-N98.3, N98.8, N98.9, N99.0-N99.4
Kap XV Svangerskap, fødsel og barseltid	O00.0-O00.2, O00.8, O00.9, O01.0, O01.1, O01.9, O02.0, O02.1, O02.8, O02.9, O03.0-O03.9, O04.0-O04.8, O05.0-O05.8, O07.0, O07.1
Kap XVII Svangerskap, fødsel og barseltid	Q50.0-Q50.6, Q51.0-Q51.9, Q52.0
Kap XVIII Symptomer, tegn	R10.0-R10.4
Kap XIX Skader	T81.0-T81.4, T81.7-T81.9, T83.3-T83.6, T83.8, T83.9

Tabell 11: ICD-10 koder

4.2 Dekningsgrad og responsrate

Definisjon/beskrivelse	Dekningsgrad
Type indikator	Struktur
Måloppnåelse	Høy: $\geq 80\%$ Moderat: $\geq 60\%$ Lav: $> 60\%$
Kunnskapsgrunnlag	Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre
Beregning	Sammenstilling mellom registrerte gynekologiske endoskopiske inngrep i NPR og NGER Teller: kun NGER + begge registrene Nevner: kun NGER + kun NPR + begge registrene

4.2.1 Metode for beregning av dekningsgrad

Ved beregning av dekningsgrad mottar NPR opplysninger om registrerte inngrep for gjeldende år fra NGER. Det blir trukket ut opplysninger fra NPRs nasjonale data for aggregerte sykehusopphold fra aktuelle behandlingssteder for gjeldende år til sammenligning med data fra NGER. Uttrekket er basert på kodeoversikten i tabell 11 og 12. Koblingsnøkkelen mellom registrene er: Fødselsnummer (eller i praksis NPRid) og helseforetak. Dekningsgraden beregnes slik:

$$\text{Dekningsgrad} = \frac{\text{kunNGER} + \text{beggeRegistre}}{\text{kunNGER} + \text{kunNPR} + \text{beggeRegistre}}$$

NCSP-kapittel (2-tegn)	NCSP-kode*
JA Bukvegg, peritoneum, mesenterium og store oment	JAH 01, JAL 01, JAL 11, JAL 21, JAL 24, JAL 31, JAL 97, JAP 01
JE Appendiks	JEA 01, JFA 71, JFA 81, JGB 01, JGB 04, JGB 31
KC Urinblære	KCD 97, KCH 01
LA Ovarium	LAA 01, LAA 11, LAA 97, LAB 01, LAB 11, LAB 21, LAB 96, LAB 97, LAC 01, LAC 11, LAC 21, LAC 31, LAC 97, LAD 01, LAE 11, LAE 21, LAF 01, LAF 11, LAG 01, LAG 11, LAG 21, LAG 97, LAW 97
LB Eggleder	LBA 01, LBB 01, LBB 11, LBC 07, LBC 11, LBC 21, LBC 97, LBD 01, LBE 01, LBF 01, LBF 11, LBF 31, LBF 41, LBF 52, LBF 61, LBF 97, LBW 97
LC Uterus med ligamenter	LCA 01, LCA 22, LCB 01, LCB 11, LCB 14, LCB 25, LCB 28, LCB 32, LCD 31, LCF 01, LCF 11, LCF 97, LCG 02, LCG 11, LCG 21, LCG 31, LCB 97, LCC 01, LCC 05, LCC 11, LCC 97, LCD 01, LCD 04, LCD 11, LCG 41, LCG 97, LCW 97, LCW 98
LE Vagina	LEF 41, LEF 51, LEF 97, LEW 97
LG Kvinnelig sterilisasjon	LGA 11, LGA 21, LGA 22, LGA 97
LU Transluminal endoskopi av kvinnelige genitalia	<i>LUC 02, LUC 05</i>
LW Reoperasjoner ved gynekologisk kirurgi	LWC 01, LWE 01, LWF 01, LWW 97
MA Prosedyrer under svangerskap og ved forløsning	MAW 97
MW Reoperasjoner etter obstetriske inngrep	MWC 01, MWE 01, MWF 01, MWW 97
PJ Lymfesystemet	PJD 63, PJD 64, PJD 97

Tabell 12: NCSP koder

4.2.2 Siste beregnede dekningsgrad

Dekningsgrad (DG) er beregnet på grunnlag av NPR-data for 2024 og 2025, basert på uttrekk gjort **03.03.2026**.

I årets rapport presenteres tabeller for 2025. DG per HF fremgår av tabell 14. DG per sykehus fremgår av tabell 15. Du finner også dekningsgrad for hysteroskopier og for laparoskopier i tabellene 16 og 17.

I 2025 er det kun to sykehus som ligger på rødt nivå. Disse er Helse Møre og Romsdal, Volda, og Oslo universitetssykehus, Radiumhospitalet. NGER er i dialog med disse sykehusene for å forbedre registreringene.

Fullstendig dekningsgradrapport fra NPR kan leses på vår nettside siv.no/nger. Dekningsgrad presenteres også på Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, sin nettside Behandlingskvalitet. Her kan man også se utviklingen over flere år.

År	Begge	Kun NGER	Kun NPR	Total	DG NGER	DG NPR
2024	13 602	979	2 889	17 470	83,5	94,4
2025	13 930	1 174	2 614	17 718	85,2	93,4

Tabell 13: DG alle endoskopier per år

Dekningsgrad HF alle endoskopier 2025	Begge	Kun NGER	Kun NPR	Total	DG NGER	DG NPR
Sykehuset i Vestfold HF	1 039	23	31	1 093	97,2	97,9
St. Olavs Hospital HF	1 272	59	53	1 384	96,2	95,7
Betanien sykehus, Bergen	296	1	13	310	95,8	99,7
Finnmarkssykehuset HF	144	10	10	164	93,9	93,9
Sykehuset Innlandet HF	942	33	65	1 040	93,8	96,8
Helse Nord-Trøndelag HF	217	35	18	270	93,3	87
Nordlandssykehuset HF	312	26	29	367	92,1	92,9
Vestre Viken HF	1 437	17	146	1 600	90,9	98,9
Helgelandssykehuset HF	186	8	24	218	89	96,3
Helse Fonna HF	476	13	99	588	83,2	97,8
Helse Møre og Romsdal HF	479	72	111	662	83,2	89,1
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	731	25	154	910	83,1	97,3
Helse Førde HF	104	2	22	128	82,8	98,4
Oslo universitetssykehus HF	2 390	53	516	2 959	82,6	98,2
Sykehuset Telemark HF	435	17	96	548	82,5	96,9
Sørlandet sykehus HF	674	22	156	852	81,7	97,4
Akershus universitetssykehus HF	875	29	271	1 175	76,9	97,5
Helse Bergen HF	599	20	215	834	74,2	97,6
Sykehuset Østfold HF	640	11	250	901	72,3	98,8
Helse Stavanger HF	682	34	335	1 051	68,1	96,8
Aleris Colosseum Stavanger		67		67	100	0
Aleris Helse AS avd Nesttun		15		15	100	0
Aleris Helse AS avd Oslo		313		313	100	0
Aleris Helse AS avd Trondheim		34		34	100	0
C-MEDICAL AS		123		123	100	0
Volvat medisinske senter AS Storo		112		112	100	0

Tabell 14: DG alle endoskopier per helseforetak

Dekningsgrad alle endoskopier 2025	Begge	Kun NGER	Kun NPR	Total	DG NGER	DG NPR
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	302	45	3	350	99,1	87,1
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	217	3	3	223	98,7	98,7
Vestre Viken, Kongsberg	191	7	3	201	98,5	96,5
Helse Bergen, Voss	91	12	2	105	98,1	88,6
Nordlandssykehuset, Bodø	185	11	5	201	97,5	94,5
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	1 039	23	31	1 093	97,2	97,9
Sykehuset Innlandet, Elverum	382	9	12	403	97	97,8
St. Olavs Hospital HF	1 272	59	53	1 384	96,2	95,7
Vestre Viken, Bærum	504	1	20	525	96,2	99,8
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	91	7	4	102	96,1	93,1
Betanien sykehus, Bergen	296	1	13	310	95,8	99,7
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	69	7	4	80	95	91,2
Nordlandssykehuset, Gravdal	26	6	2	34	94,1	82,4
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	138	27	11	176	93,8	84,7
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	326	11	26	363	92,8	97
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	97	4	8	109	92,7	96,3
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	79	8	7	94	92,6	91,5
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	53	3	6	62	90,3	95,2
Sykehuset Innlandet, Divisjon Lillehammer	234	13	27	274	90,1	95,3
Sørlandet sykehus, Kristiansand	420	5	48	473	89,9	98,9
Vestre Viken, Ringerike	196	3	28	227	87,7	98,7
OUS, Ullevål	2 286	52	364	2 702	86,5	98,1
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	185	16	32	233	86,3	93,1
Helse Fonna, Stord	157	2	26	185	85,9	98,9
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	89	4	16	109	85,3	96,3
Vestre Viken, Drammen	546	6	95	647	85,3	99,1
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	101	9	22	132	83,3	93,2
Helse Førde, Førde	104	2	22	128	82,8	98,4
Sykehuset Telemark HF	435	17	96	548	82,5	96,9
Helse Fonna, Haugesund	319	11	73	403	81,9	97,3
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	67	13	18	98	81,6	86,7
Sjukehuset Nordmøre og Romsdal Hjelset	148	24	39	211	81,5	88,6
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	808	16	253	1 077	76,5	98,5
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	329	6	119	454	73,8	98,7
Sykehuset Østfold HF	640	11	250	901	72,3	98,8
Helse Bergen, Haukeland	508	8	213	729	70,8	98,9
Helse Stavanger, Stavanger	682	34	335	1 051	68,1	96,8
Sørlandet sykehus, Arendal	185	10	104	299	65,2	96,7
OUS, Radiumhospitalet	104	1	152	257	40,9	99,6
Helse Møre og Romsdal, Volda	29	3	69	101	31,7	97
Aleris Colosseum Stavanger		67		67	100	0
Aleris Helse AS avd Nesttun		15		15	100	0
Aleris Helse AS avd Oslo		313		313	100	0
Aleris Helse AS avd Trondheim		34		34	100	0
C-MEDICAL AS		123		123	100	0
Volvat medisinske senter AS		112		112	100	0

Tabell 15: DG alle endoskopier per sykehus

Dekningsgrad hysteroskopier 2025	Begge	Kun NGER	Kun NPR	Total	DG NGER	DG NPR
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	131	27	1	159	99,4	83
Vestre Viken, Bærum	236	1	4	241	98,3	99,6
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	609	1	13	623	97,9	99,8
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	119	1	3	123	97,6	99,2
Sykehuset Innlandet, Elverum	130		4	134	97	100
St. Olavs Hospital HF	664	11	24	699	96,6	98,4
Vestre Viken, Kongsberg	49		2	51	96,1	100
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	41		2	43	95,3	100
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	40		2	42	95,2	100
Nordlandssykehuset, Bodø	55		3	58	94,8	100
Sørlandet sykehus, Kristiansand	188	2	11	201	94,5	99
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	184	1	12	197	93,9	99,5
Betanien sykehus, Bergen	165		11	176	93,8	100
Sykehuset Innlandet, Divisjon Lillehammer	85	1	7	93	92,5	98,9
Helse Fonna, Stord	74		9	83	89,2	100
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	46	3	6	55	89,1	94,5
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	54	1	7	62	88,7	98,4
Vestre Viken, Drammen	325	1	42	368	88,6	99,7
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	30		4	34	88,2	100
Helse Førde, Førde	37		5	42	88,1	100
OUS, Ullevål	812	8	114	934	87,8	99,1
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	59	2	11	72	84,7	97,2
Helse Fonna, Haugesund	167	5	35	207	83,1	97,6
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	22		5	27	81,5	100
Sykehuset Telemark HF	172	2	45	219	79,5	99,1
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	326	3	88	417	78,9	99,3
Vestre Viken, Ringerike	40	2	12	54	77,8	96,3
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	143	3	47	193	75,6	98,4
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	44		15	59	74,6	100
Sjukehuset Nordmøre og Romsdal Hjelset	54	11	23	88	73,9	87,5
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	68		28	96	70,8	100
Helse Stavanger, Stavanger	309	7	148	464	68,1	98,5
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	13		8	21	61,9	100
Sørlandet sykehus, Arendal	73	1	47	121	61,2	99,2
Helse Bergen, Haukeland	71	2	70	143	51	98,6
Sykehuset Østfold HF	184		197	381	48,3	100
Helse Møre og Romsdal, Volda	20		33	53	37,7	100
Helse Bergen, Voss	35			35	100	100
Aleris Colosseum Stavanger		30		30	100	0
Aleris Helse AS avd Nesttun		4		4	100	0
Aleris Helse AS avd Oslo		58		58	100	0
Aleris Helse AS avd Trondheim		4		4	100	0
C-MEDICAL AS		26		26	100	0
Volvat medisinske senter AS		36		36	100	0

Tabell 16: DG Hysteroskopier per sykehus

Dekningsgrad laparoskopier 2025	Begge	Kun NGER	Kun NPR	Total	DG NGER	DG NPR
Helse Møre og Romsdal, Ålesund	147	42	2	191	99	78
Sykehuset Innlandet, Elverum	224	37	5	266	98,1	86,1
Vestre Viken, Kongsberg	132	17	3	152	98	88,8
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	88	12	2	102	98	88,2
Sørlandet sykehus, Flekkefjord	37	9	1	47	97,9	80,9
Helgelandssykehuset, Sandnessjøen	36	10	1	47	97,9	78,7
Nordlandssykehuset, Bodø	118	23	3	144	97,9	84
Betanien sykehus, Bergen	104	28	3	135	97,8	79,3
Helse Bergen, Voss	48	20	2	70	97,1	71,4
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	102	31	4	137	97,1	77,4
Finnmarkssykehuset, Kirkenes	28	6	1	35	97,1	82,9
Sykehuset i Vestfold, Tønsberg	352	100	14	466	97	78,5
St. Olavs Hospital HF	548	108	20	676	97	84
Helse Nord-Trøndelag, Levanger	82	34	4	120	96,7	71,7
Vestre Viken, Bærum	224	44	13	281	95,4	84,3
Finnmarkssykehuset, Hammerfest	46	12	3	61	95,1	80,3
Nordlandssykehuset, Gravdal	18	14	2	34	94,1	58,8
Nordlandssykehuset, Stokmarknes	49	17	6	72	91,7	76,4
Sykehuset Innlandet, Gjøvik	126	26	15	167	91	84,4
Sykehuset Østfold HF	382	85	46	513	91	83,4
Vestre Viken, Ringerike	139	18	16	173	90,8	89,6
Akershus universitetssykehus, Kongsvinger	50	17	7	74	90,5	77
Helse Nord-Trøndelag, Namsos	32	14	5	51	90,2	72,5
Sjukehuset Nordmøre og Romsdal Hjelset	75	32	13	120	89,2	73,3
Sykehuset Innlandet, Divisjon Lillehammer	128	33	20	181	89	81,8
Helgelandssykehuset, Mo i Rana	26	6	4	36	88,9	83,3
Sørlandet sykehus, Kristiansand	195	40	35	270	87	85,2
OUS, Ullevål	1 379	139	236	1 754	86,5	92,1
Sykehuset Telemark HF	227	50	49	326	85	84,7
Helse Fonna, Stord	77	8	16	101	84,2	92,1
Helse Førde, Førde	59	10	14	83	83,1	88
Helse Fonna, Haugesund	127	31	34	192	82,3	83,9
Vestre Viken, Drammen	192	34	51	277	81,6	87,7
Helse Bergen, Haukeland	396	47	119	562	78,8	91,6
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	144	45	56	245	77,1	81,6
Akershus universitetssykehus, Nordbyhagen/Ski	406	89	154	649	76,3	86,3
Sørlandet sykehus, Arendal	96	24	47	167	71,9	85,6
Helse Stavanger, Stavanger	324	75	170	569	70,1	86,8
OUS, Radiumhospitalet	83	22	111	216	48,6	89,8
Helse Møre og Romsdal, Volda	7	5	29	41	29,3	87,8
Aleris Colosseum Stavanger		37		37	100	0
Aleris Helse AS avd Nesttun		11		11	100	0
Aleris Helse AS avd Oslo		255		255	100	0
Aleris Helse AS avd Trondheim		30		30	100	0
C-MEDICAL AS		97		97	100	0
Volvat medisinske senter AS		76		76	100	0

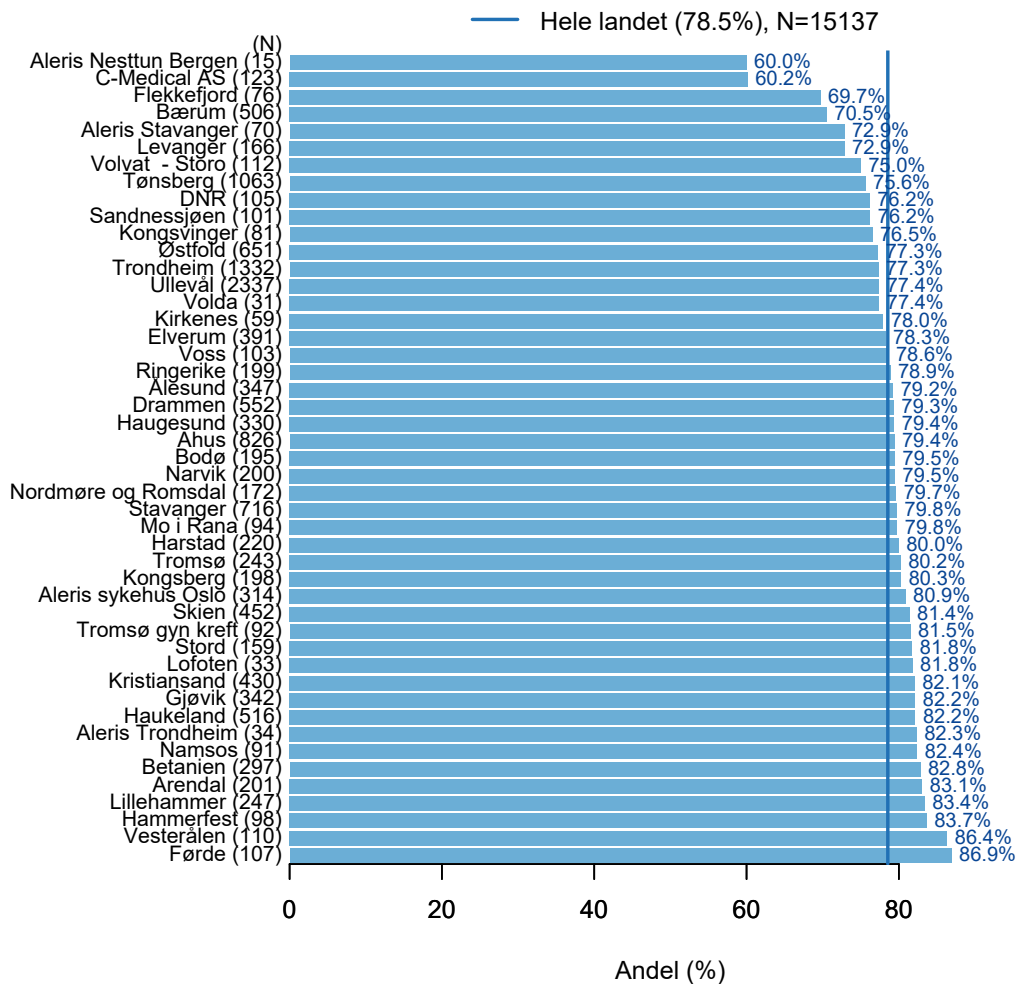
Tabell 17: DG laparoskopier per sykehus

4.2.3 Responstrate for pasientrapporterte data

Svarprosent på tilsendte pasientskjema 4 uker etter utført inngrep var hele 78,5 % nasjonalt, og anses som tilfredstillende.

Operasjonsdato: 2025-01-01 til 2025-12-31

Pasienter som har svart på oppfølging



Figur 53: Responstrate på enhetsnivå

4.3 Vurdering av datakvalitet

4.3.1 Kompletthet

Alle sentrale variabler, og variabler som inngår i kvalitetsindikatorer er obligatoriske. Peroperative komplikasjoner ved både laparoskopi og hysteroskopi har derfor en kompletthet på 100 %. For postoperative komplikasjoner ved laparoskopi og hysteroskopi vises svarprosenten i kapittel 4.2.3. I pasientrapporterte svar er dette et obligatorisk spørsmål og har dermed også 100% kompletthet på besvarte skjema.

Av totalt 222 variabler i personopplysningskjema, registreringsskjema for inngrep, og kartlegging av postoperative komplikasjoner, er det 7 variabler som kan besvares med ukjent/vet ikke. Da sivilstatus og utdanning ikke er en naturlig del av pasientjournal, ser vi at det er disse variablene som besvares hyppigst med ukjent. Registeret jobber med å innhente denne informasjonen på annet vis.

Registeret har også avkrysningsbokser for laparoskopisk utstyr benyttet som ikke er obligatoriske. Disse er det vanskelig å kontrollere komplettheten for, men vi har her valgt å se hvor mange % som har krysset av for minst ett instrument. Disse variablene må vurderes i sammenheng med korrekthetsstudie 4.3.2. Registeret ser på å endre disse variablene til obligatoriske.

Variabler som kan besvares med Ukjent, vet ikke, eller er valgfrie	Kompletthet
Norsktalende	99,7 %
Sivilstatus	81 %
Utdanning	67 %
Tidligere vaginale inngrep	99 %
Tidligere laparoskopiinngrep	99 %
Tidligere laparotomiinngrep	99 %
Preparatuttak	99 %
Laparoskopiske instrumenter benyttet	95 %

Tabell 18: Kompletthet på variabler som kan besvares med ukjent, vet ikke, eller er valgfrie

Registeret har også avkrysningsbokser for hysteroskopiske behandlingsdetaljer som ikke er obligatoriske. Disse er det ikke mulig å kontrollere kompletthet på da mange av de hysteroskopiske inngrepene ikke alltid inneholder disse detaljene.

4.3.2 Korrekthet

Registeret har gjennomført en korrekthetsstudie i 2024/2025.

Metode

Det ble søkt om dispensasjon fra taushetsplikt fra Helse- og omsorgsdepartementet, HOD, og dette ble innvilget. Kontrollen ble gjennomført med besøk fra registerleder som fikk tilgang til tilstrekkelig og relevante pasientopplysninger i pasientjournal.

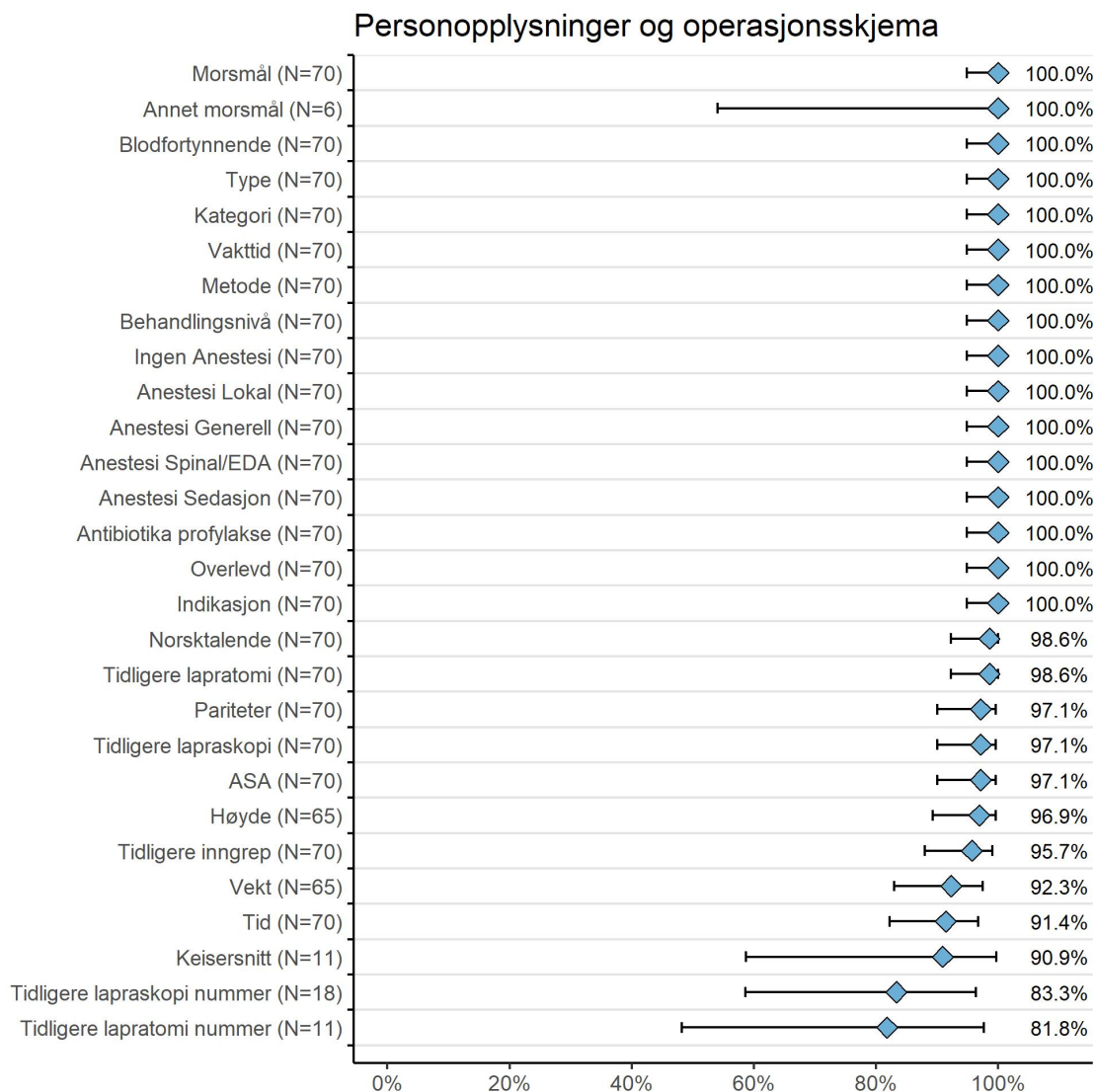
Registersekretariatet sendte ut invitasjon til 8 tilfeldig utvalgte sykehus. Det tilfeldige utvalget blir basert på klynger som dekker ulike sykehus i henhold til størrelse, geografisk plassering og metode for registrering. Ti reelle pasienter fra hvert av disse sykehusene ble tilfeldig trukket ut av registersekretariatet. Ett av de forespurte sykehusene ble ikke med denne gangen. Sykehusene inkluderer i denne studien er: Drammen, Haukeland, Lillehammer, Nordmøre og Romsdal, Hammerfest, Mo i Rana og St. Olav.

Datainnsamling

Datainnsamlingen foregikk med innregistrering i NGER. Utvalgte pasienter som allerede var registrert i NGER ble kontrollregistrert på nytt i NGER med fiktivt navn og fødselsnr. Det var dermed ikke mulig å se registreringen av den originale pasienten mens ny registrering pågikk. Kontrollregistreringen ble utelukkende gjort fra pasientjournal.

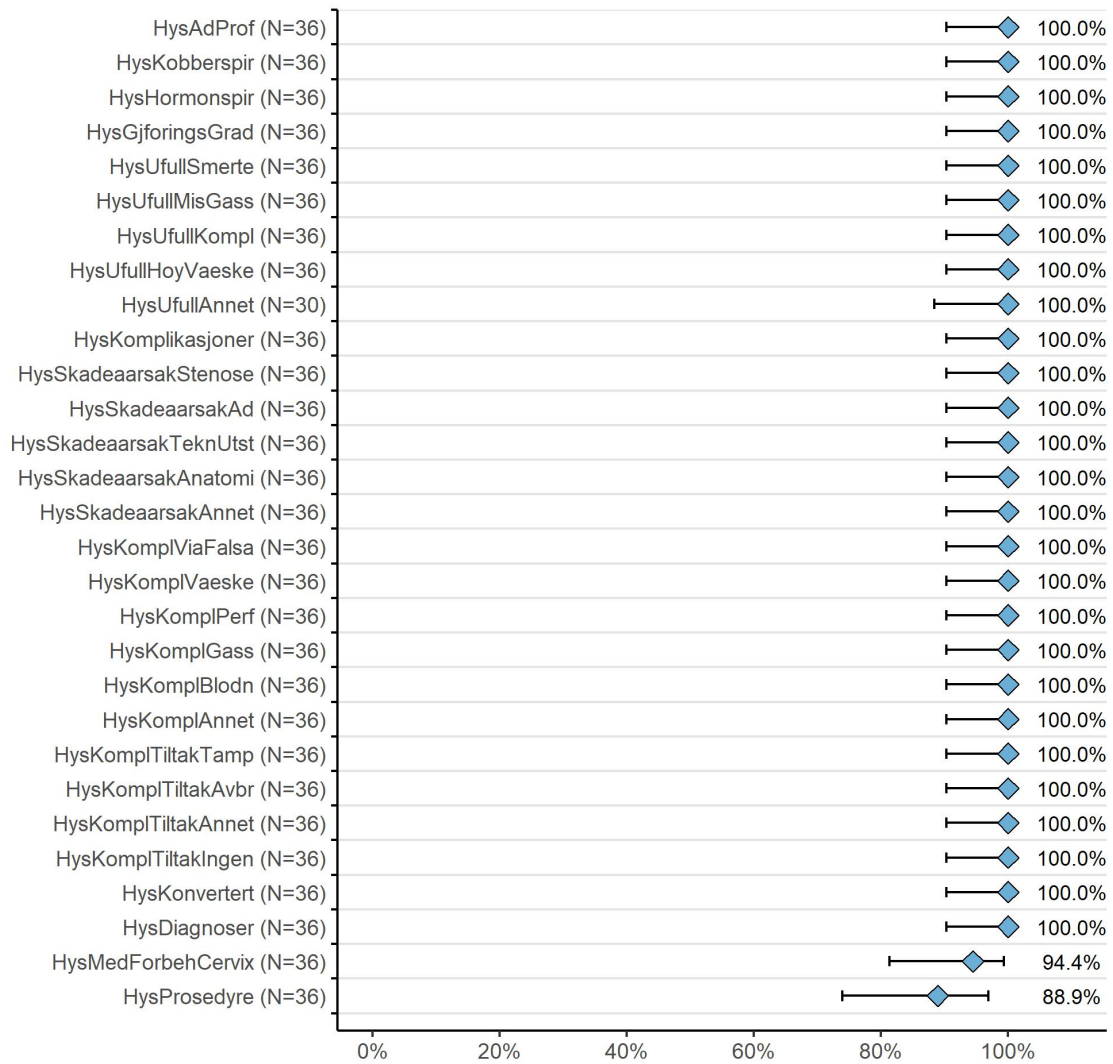
Analyse

Analysen er gjort i 2025 av Naomi Azulay og Kjetil Holm som har fulgt anbefalt metodikk beskrevet i «Håndbok for datakvalitet» ved å regne ut observert korrekthet. Analysen viser høy korrekthet.

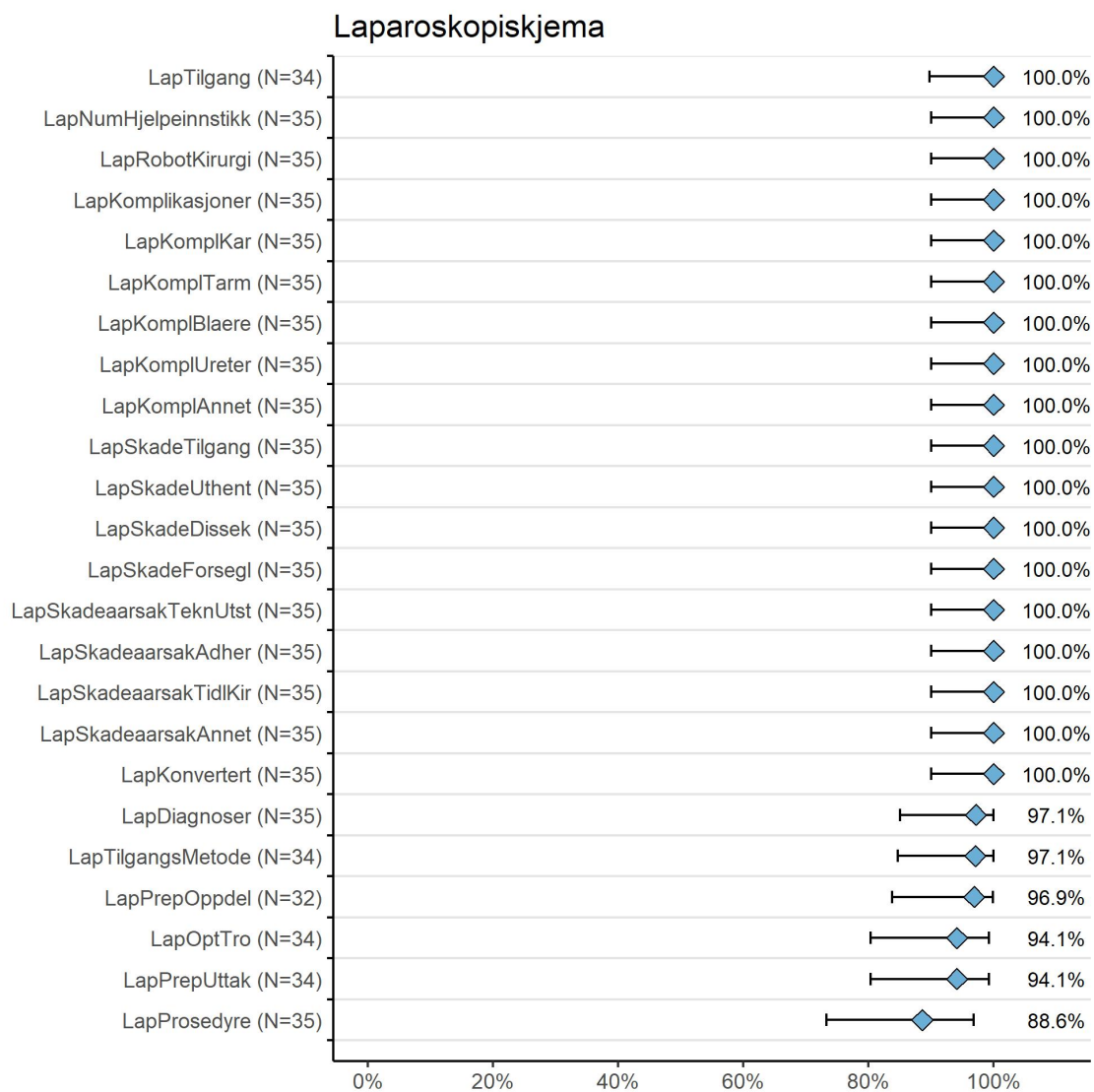


Figur 54: Observert korrekthet personopplysninger og operasjonsskjema

Hysteroskopiskjema



Figur 55: Observert korrekthet Hysteroskopiskjema



Figur 56: Observert korrekthet Laparoskopiskjema

Andre betraktninger

I analysen har registeret valgt å utelukke variabler som er vanskelig å gjenfinne i pasientjournal, slik som sivilstatus, utdanning, instrumenter benyttet og behandlingsdetaljer.

Sivilstatus og utdanning er ikke standard informasjon i journal. Men der hvor vi gjenfant dette i journal er det 100 % observert korrekthet. Registeret velger derfor å støtte seg til komplettheten i disse variablene.

Instrumenter benyttet ved laparoskopi var vanskelig å gjenfinne i operasjonsbeskrivelsene, og derfor vanskelig å gjøre en korrekthetsstudie på. Der vi gjenfant dette i journal hadde variablene en observert korrekthet på 85-97 %. Det vurderes derfor at det er et potensiale for forbedring av praksis for registrering av disse variablene. God dialog mellom NGER og fagmiljøet er vesentlig for å sørge for god opplæring og praksis i forhold til disse variablene.

På samme måte er det vanskelig å gjenfinne og kontrollere Hysteroskopiske behandlingsdetaljer. Der det ble gjenfunnet i operasjonsbeskrivelse har variablene en observert korrekthet på 89-94 %. Her er det derfor samme potensiale for forbedring som nevnt over.

Tre av sykehusene, Hammerfest, Drammen og Lillehammer, hadde detaljerte operasjonsbeskrivelser hvor dette enkelt lot seg gjenfinne, men ved resterende sykehus var det varierende, avhengig av kirurgen som forfattet operasjonsbeskrivelsen. Dette kan bero på individuelle rutiner hos den enkelte kirurg, men vel så ofte på lokal tradisjon og praksis ved de ulike sykehusene. Registeret mener derfor det er et potensiale for bedre opplæring og standardisering av operasjonsbeskrivelser slik at dokumentasjonen er bedre både med tanke på fremtidig direkte uttrekk av data fra journal, samt med tanke på generell god dokumentasjonspraksis i pasientjournal.

4.3.3 Reliabilitet

Analysen er gjort i 2023 av Naomi Azulay og Kjetil Holm, Servicemiljøet i Helse Sør-Øst.

Resultatene viser jevnt over en tilfredsstillende presisjon ved dataregistreringen i NGER. Det er først og fremst bruken av diagnosekoder og prosedyrekoder som er utfordrende. Dette er et punkt som er krevende å endre praksis på for å oppnå større grad av enhetlig registrering. Dette fordi man ønsker å beholde mulighet for registrering av flere koder i samme registreringen. Dette gjør det mulig å registrere mere komplekse kirurgiske prosedyrer på en funksjonell og godt beskrivende måte. Samtidig ser man at dette kan oppleves som potensielt unødvendig merarbeid der kirurgien inneholder flere koder men hvor den likevel oppleves som mindre komplisert.

Videre ligger det en del føringer i tradisjon og kulturelle forhold ved den enkelte avdeling i forhold til hvordan man vekter fordelingen mellom ulike diagnosekoder og prosedyrekoder. Der hvor man nøyer seg med å registrere en kode kan den lokale tradisjonen derfor medføre at det ved et sykehus blir registrert en kode mens ved et annet sykehus velger man en annen kode. Ingen av kodene er feil, men det at man registrerer kun en kode gjør at registreringen blir stående som forskjellig.

Når det gjelder operasjonstid og bruken av uterusmanipulator er dette variabler der registerets variabelbeskrivelser på Helsedata.no bør gi et godt grunnlag for en enhetlig praksis. Variasjonen vi ser på disse punktene vitner derfor om at variabelbeskrivelsene må gjøres bedre kjent i fagmiljøet. NGER ser det derfor som viktig å promotere variabelbeskrivelsene og legge til rette for effektiv introduksjon og opplæring i forhold til nye registrerende kirurger. NGER er også av den oppfattelse at stedlig besøk og oppfølging er viktig for å sikre kunnskap og kjennskap til registeret og dermed sikre en så god kvalitet i registreringsarbeidet som mulig.

Hele prosjektrapporten kan dere finne på vår nettside siv.no/nger.

4.3.4 Andre tiltak

Kvalitetskontroll

NGER har hvert år siden 2019 kvalitetskontrollert alle peroperative komplikasjoner, konverteringer, ufullstendige hysteroskopier, pasientrapporterte reoperasjoner og postoperative komplikasjoner av moderat og alvorlig grad før publisering. Dette gjøres gjennom direkte dialog mellom registeret og

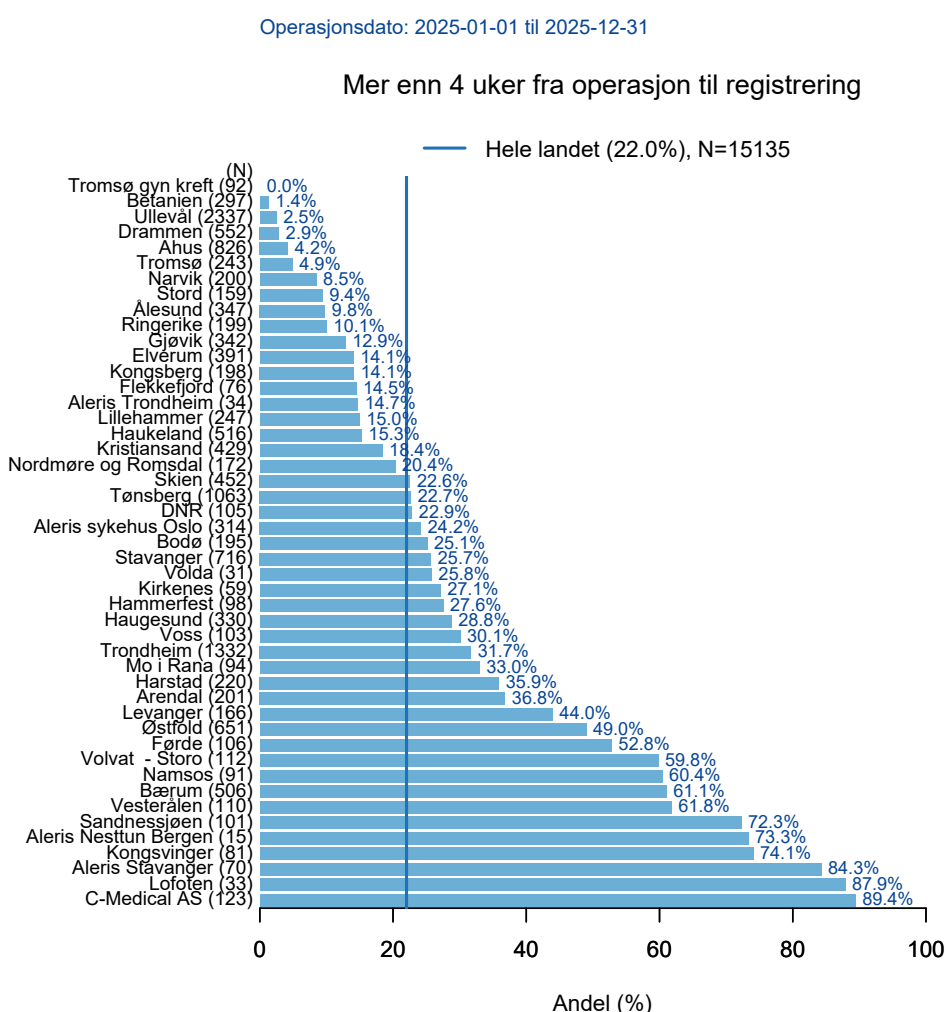
representant fra den registrerende enhet. De ulike tilfellene er kontrollert opp mot aktuelle journal. Eventuelle tilfeller som har vært feil registrert eller klassifisert, har blitt rettet opp.

For å øke nøyaktigheten i dataene er dette et viktig bidrag. Ikke bare får man rettet opp i de konkrete tallene for resultatene i årets rapport, men det legger også til rette for en opplæringsarena der vi kan instruere representanter ved de ulike enheter til en så korrekt og samstemt registrering som mulig. Dette kan den enkelte enhet bygge videre på internt, og sammen med registreringsveilederen sørge for at alle enheter registrerer så likt som mulig.

Kvalitetskontroll viser at kvalitetsindikatordataene er av god kvalitet.

Registreringsforsinkelser

78% av registreringen gjøres innenfor gitte frist på 4 uker. Dette er godt nivå totalt sett. Men når man ser på tallene på enhetsnivå er det store individuelle forskjeller og således tydelig rom for forbedring. Spesielt sykehus der man ser en negativ utvikling fra året før, bør man lokalt være bevisst på rutiner for registrering, og ved behov sette inn tiltak for å redusere forekomsten av registreringsforsinkelser. Gode rutiner for rask registrering er gjerne et uttrykk for kvaliteten på de lokale rutinene, og en forutsetning for at man kan øke dekningsgraden lokalt ved den registrerende enheten.



Figur 57: Registreringsforsinkelser på enhetsnivå

5 Pasientrettet kvalitetsforbedring

5.1 Identifiserte forbedringsområder

Det er jevnt over høy kvalitet ved kirurgien som utføres. Alle komplikasjoner av moderat og alvorlig grad er gjennomgått på kvalitetskontroll med hvert enkelt sykehus. Tilbakemeldinger herfra og resultatgjennomgang i årets rapport for 2025 gir noen aktuelle forbedringsområder:

- I noen år har det vært understreket at andelen laparoskopier som ble utført som dagkirurgi burde økes. Resultatene for 2025 viser en ytterligere negativ utvikling, kapittel 2.3.10. Som tidligere anført vil mye av nøkkelen her være at flere laparoskopiske hysterektomier gjennomføres som dagkirurgi. Ytterligere press på ressursene i spesialisthelsetjenesten i årene som kommer gjør denne form for effektivisering av pasientsløyvene nødvendig. Dette bør derfor være et kvalitetsforbedringsområde både av lokal og nasjonal karakter fremover. Utifra internasjonale erfaringer kan bruk av robotkirurgi og vNotes gi gevinst.
- Andel hysteroskopier utført i en poliklinisk setting, kapittel 2.3.11, er et annet kvalitetsforbedringsområde flere sykehus bør se på. Dette gjelder både en økning av andelen der man allerede har etablert denne praksisen, samt nyetablering av slike behandlingssløyfer der de enda ikke er etablert. På lik linje som punktet over er dette viktig for effektivisering av behandlingsløp på laveste nivå innenfor spesialisthelsetjenesten. Det ble i Tønsberg i 2025 gjennomført et forbedringsprosjekt med gode erfaringer (Strand & Råknes, 2026). Beskrevet i kapittel 5.2, tabell 19.
- Postoperativ infeksjon ved laparoskopisk hysterectomi, figur 43. Forekomsten av postoperative infeksjoner av moderat til alvorlig grad etter laparoskopisk hysterectomi er uendret fra 2,8% i 2024 til 2025. Dette er den vanligste postoperative komplikasjonen etter laparoskopi. På sykehusnivå sees det svingninger i tallene ved flere sykehus fra år til år. Dette er et viktig område der sykehusene har fokus og oppmerksomhet for å identifisere negativ utvikling og forbedringsmulighet. Det ble en endring i anbefalt antibiotikaproylaks fra Helsedirektoratet 14.10.24 som kan påvirke resultatene. Resultatene fra PREVAC studien, referert i kapittel 7.2.2, blir viktige i tiltaksplaner videre.
- Det er for første gang hentet ut tall for robotkirurgi i Årsrapport 2025 2.3.15 som viser økende antall inngrep, ofte med seleksjon av mer kompliserte prosedyrer, kreftkirurgi og viderehenviste pasienter til tertiærsentre. Det er i 2025 moderat måloppnåelse på postoperative komplikasjoner ved robotkirurgi på 3,5% . Det anbefales kartlegging av årsaker, vurdere variasjon i sykehusnivåer og se på tiltak for å oppnå høy/grønn måloppnåelse fremover.

5.2 Igangsatte/utførte forbedringstiltak

Tiltak og resultat

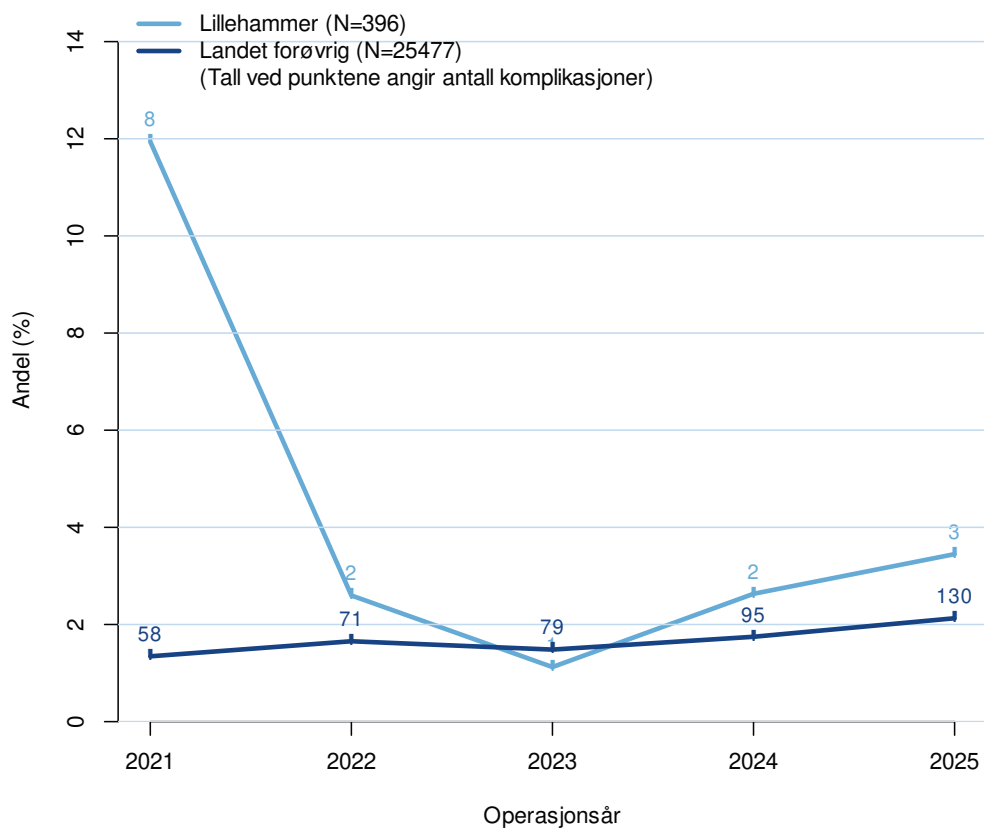
Hysteroskopi: Komplikasjon under operasjon	2022	Lillehammer sykehus, seksjonsoverlege Kristin Floberghagen. Økt fokus på kvaliteten ved hysteroskopier, inkl. færre operatører, mer strukturert opplæring og økt oppmerksomhet på at alle hysteroskopipasienter forbehandles med Cytotec.	Tiltakene har ført til forbedring, se figur 58
Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner	2022	Sandnessjøen sykehus, LIS Kristine B. Olafsen. Gjennomgang av alle hysterektomier med middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 2020. Disse viste seg å hovedsaklig være infeksjoner. Tiltakene var en bevisstgjøring rundt 2. dose antibiotika ved inngrep over 90 minutter, bevisstgjøring rundt bruk av kateter og tidlig fjerning, og faste operasjonsteam.	Tiltakene har ført til forbedring, se figur 59
Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner	2024	Tønsberg Sykehus, Overlege Siri Skrøppa. Gjennomgang av alle hysterektomier med middels alvorlige og alvorlige komplikasjoner 2020-2024. Se abstrakt i kapittel 6.1.2	Tiltakene har ført til forbedring se figur 60. Prosjektet er presentert med Poster ved Sykehuset i Vestfold sin lokale kvalitetskonferanse og NGFs årsmøte i 2024, og Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2025.
Hysteroskopi: Andel hysteroskopier utført poliklinisk, Gjennomføringsgrad, Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner, Peroperative komplikasjoner, og PREM	2024 t.o.m 2025	Sykehuset i Vestfold, Gynekologisk seksjon, overlege Line Smenes Strand, har gjennomført et kvalitetsforbedringsprosjekt med mål om å øke andelen hysteroskopiske inngrep poliklinisk i lokalanestesi. I 2023 ble 21,6 % av hysteroskopiene utført poliklinisk i lokalanestesi.	Etter full implementering av poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi viser resultatene for 2025 at 50,1 % av alle hysteroskopiske inngrep, ble gjennomført poliklinisk i lokalanestesi. Kvalitetsindikatorerne i NGER viser at en slik omlegging kan gjennomføres trygt, med høy gjennomføringsgrad, lav forekomst av komplikasjoner og høy pasientrapportert tilfredshet, selv med økt volum og utvidede inklusjonskriterier. Sluttrapport ble levert i februar 2026. Prosjektet er publisert i fagbladet Gynekologen (Strand & Råknes, 2026).
Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner	2025 pågår	The PREVAC Studi. Oslo Universitetssykehus Ullevål skal i samarbeid med Sykehuset Østfold og Sykehuset Tønsberg, se på om reduksjon av postoperativ vaginaldesinfeksjon påvirker forekomsten av postoperative infeksjoner. Kontrollsykehus er Akershus universitetssykehus, Vestre viken, Bærum og Drammen sykehus. Ledet av overlege Rune Svenningsen. Også referert i kapittel 7.2.2.	Prosjektet er pågående. Et år inn i studien ser man ingen økning i infeksjoner ved intervensjonssykehusene.

Laparoskopi: Pasientrapporterte postoperative komplikasjoner Peroperative komplikasjoner	2026	Voss sjukehus, Gynekologisk seksjon, overlege Birte Toft Haugland,. <i>Laparoskopisk hysterektomi 2020-2025</i> . Kvalitetssikring av avdelinga sin behandling mot nasjonale standardar og å ev avdekke forbedringsområder.	Utdrag fra prosjektets sluttrapport kan du lese i kapittel 5.3
---	------	---	--

Tabell 19: Forbedringstiltak

Operasjonsdato: 2021-01-04 til 2025-12-30
Operasjonstype: Hysteroskopi

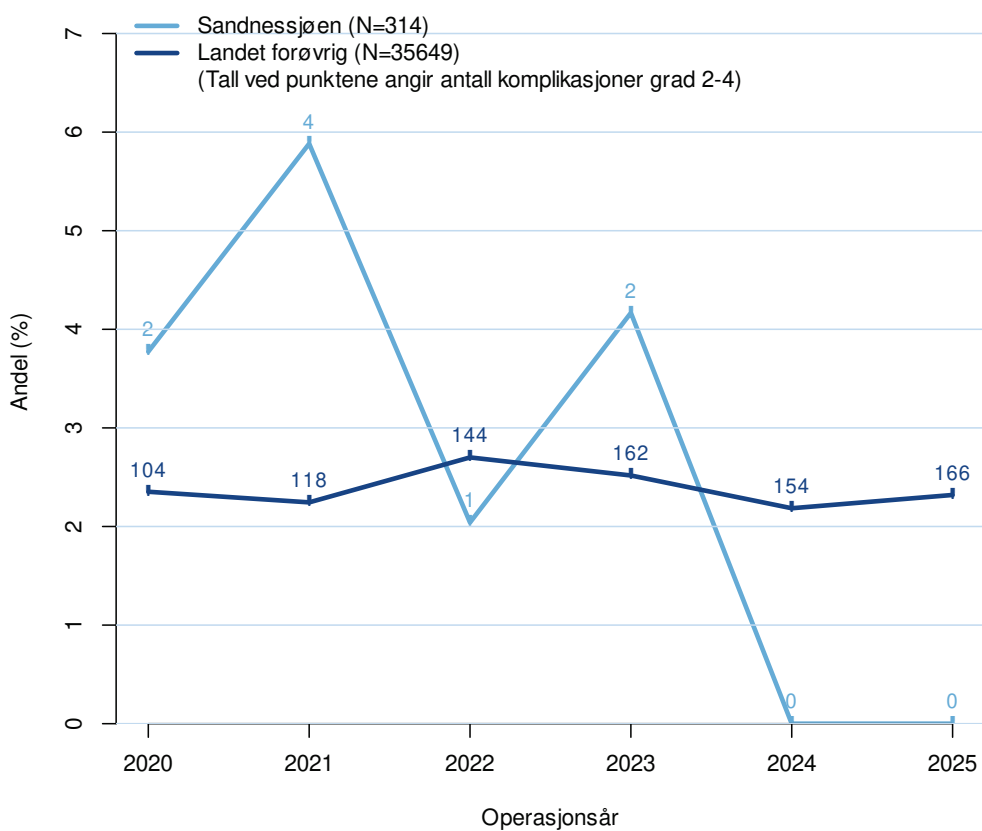
Komplikasjoner, intraoperativt



Figur 58: Forbedringsarbeid Peroperative komplikasjoner ved hysteroskopi, Lillehammer sykehus

Operasjonsdato: 2020-01-02 til 2025-12-31
Operasjonstype: Laparoskopi

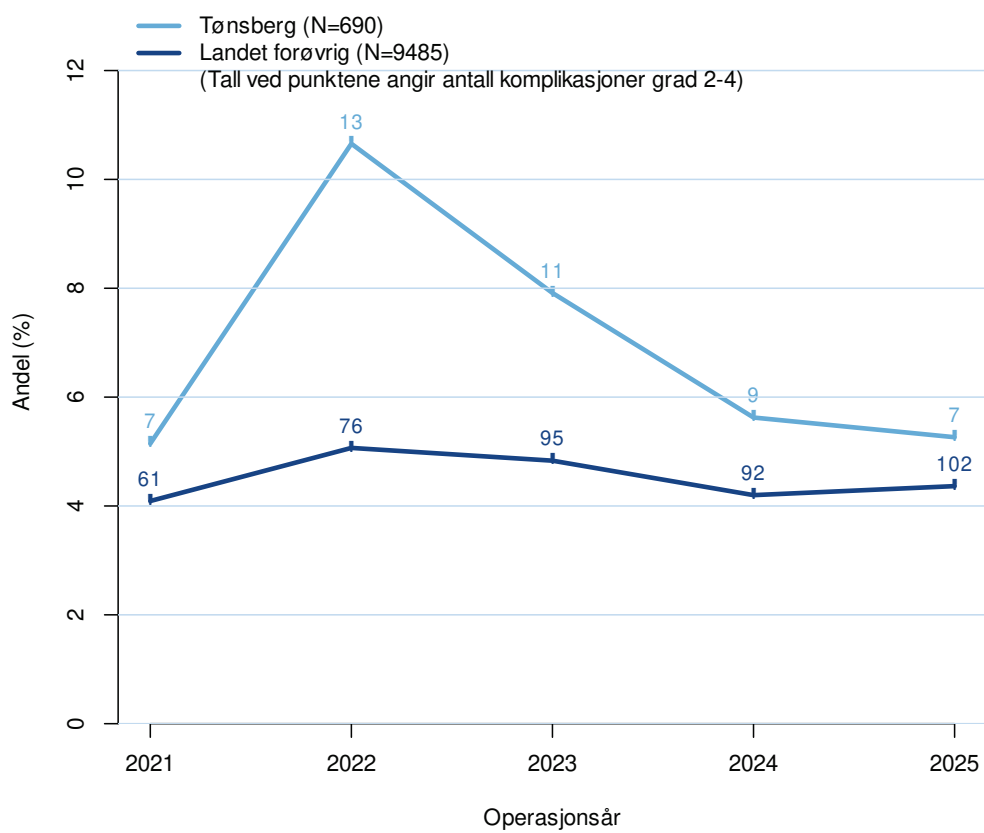
Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 59: Forbedringsarbeid Laparoskopi: middels alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner, Sandnessjøen sykehus

Operasjonsdato: 2021-01-04 til 2025-12-30
Operasjonstype: Tot. lap. hysterektomi (LCD01/LCD04)

Postop. komplikasjon, moderat/alvorlig



Figur 60: Forbedringsarbeid Hysterektomi: middels alvorlige og alvorlige postoperative komplikasjoner, Tønsberg sykehus

5.3 Voss sjukehus. Laparoskopisk hysterektomi 2020-2025

Utdrag fra prosjektets sluttrapport ved overlege Birte Toft Haugland:

Laparoskopisk hysterectomi (LH) vart innført som hovudmetode på Voss sjukehus frå 2020. Dette prosjektet har gått gjennom data vedrørende alle LH-ar frå 01.01.2020 til 31.08.2025. Formålet har vore Kvalitetssikring av avdelinga sin behandling mot nasjonale standardar og å ev avdekke forbettringsområder. Data som er nytta er tal frå Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) samt målretta gjennomgong av EPJ for å henta ut manglande data i NGER. Resultatet syner at pasientane er godt nøgd med behandlinga og vi har få og lite alvorlige komplikasjonar. Materialet er fortsatt lite (n=57) og få komplikasjonar (n=4) første 2 år påverkar samla tal. På den andre sida har det ikkje vore noken moderat eller alvorlige komplikasjonar dei siste 4 åra av perioden. Eg vurderer at tala som foreligger syner at LH er innført på Voss sjukehus på ein trygg måte pasientane er nøgd med, og at ein har og har hatt god kvalitet på pasientbehandlinga. Ut frå dette tilrår eg ikkje andre tiltak enn at ein fortsetter å følge opp eigne tal og gjerne gjenntek liknande prosjekt med 2-5 års intervall.

6 Formidling av resultater

	Form	Frekvens	Målgruppe/ Mottakere
1.	Årsrapport - resultatdel	Årlig	Fagmiljø og pasienter
2.	Kvalitetsregistre.no / SKDE.no	Halvårlig/ 2 x pr. år	Fagmiljø og pasienter
3.	Rapporteket Månedssrapporter, og kontinuerlig oppdaterte resultater til registrerende enheter	Månedlig/ kontinuerlig	Fagmiljø
4.	Kvalitetskontroll/ Individuelle møter Som beskrevet i kapittel 4.3.4.	Årlig/ etter behov	Ledelse enheter
5.	Publisering av årsrapport sammendrag i Gynekologien.	Årlig	Fagmiljø
6.	Foredrag. Status i NGER og nasjonale resultater presenteres i Endoskopiutvalgets formøte.	Årlig	Fagmiljø
7.	Rapportering og presentasjon Smittevernoverlege Mette Walberg ved Vestre Viken HF. <i>Middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterektomier.</i> Beskrevet i kapittel 6.1.1	Årlig	Ledelsen for Vestre Viken HF, ledelse for alle sykehusene i Vestre Viken HF, og lokale enheter.
8.	Poster Overlege Siri Skrøppa, Sykehuset i Vestfold HF. <i>Reduksjon av postoperative infeksjoner ved laparoskopisk hysterektomi som ledd i et kvalitetsforbedringsarbeid.</i> Abstrakt i kapittel 6.1.2. Poster ved Sykehuset i Vestfold sin lokale kvalitetskonferanse 2024, og NGFs årsmøte 2024, og Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2025. Prosjektet er også løftet frem i nyhetssak på Kvalitetsregistre.no i 2026	2024 og 2026	Fagmiljø og lokal enhet
9.	Foredrag Overlege Olav Nordbø, Stavanger Universitetssykehus. <i>Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopi i Norge 2013-2024.</i> Foredrag på Norsk gynekologisk forenings årsmøte. Abstrakt i kapittel 6.1.3.	2025	Fagmiljø
10.	Foredrag, Poster, vitenskapelig artikkel. Overlege Silje DenstadSt. Olavs Hospital HF <i>Endringer i helserelatert livskvalitet 3 år etter laparoskopisk hysterektomi for benigne indikasjoner.</i> Foredrag på Norsk gynekologisk forenings årsmøte i 2025, samt som poster ved Nordic Congress on Gynaecological Endoscopy 2025 og Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2025. Abstrakt i kapittel 6.1.4 for abstrakt. Artikkel i Journal of Minimally Invasive Gynecology våren 2026. (Denstad mfl., 2026)	2025 og 2026	Fagmiljø

Tabell 20: Formidling av resultater

6.1 Utfyllende beskrivelser av formidling av resultater fra NGER

6.1.1 Vestre Viken smittevernavdeling, Middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterektomier

NGER har et samarbeid med Vestre Viken HF, smittevernavdelingen. Vestre Viken HF arbeider målrettet med reduksjon av alvorlig postoperativ infeksjon etter ulike kirurgiske inngrep. Smittevernsoverlege Mette Walberg og spesialrådgiver Ellen Brustad tok i 2021 kontakt med registeret for et samarbeid med årlig utlevering av data for middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterektomier ved alle sykehusene i Vestre Viken HF (Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike sykehus). Tallene presenteres for Ledelsen for Vestre Viken HF, ledelse for alle sykehusene i Vestre Viken HF, og lokale enheter.

6.1.2 Sykehuset i Vestfold HF -Reduksjon av postoperative infeksjoner ved laparoskopisk hysterektomi som ledd i et kvalitetsforbedringsarbeid

Skrøppa, Siri1, Lakskjønn, Monika1, Råknes, Toril 2 1 Gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold HF 2 Norsk Gynekologisk Endoskopiregister Bakgrunn: Siden 2021 har Norsk Gynekologisk Endoskopiregister (NGER) registrert økning av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner i forbindelse med laparoskopisk hysterektomi(LH) ved gynekologisk avdeling, Sykehuset i Vestfold, sammenliknet med nasjonale tall. I perioden 2020-2023 utgjorde infeksjon hovedandelen av moderat alvorlige postoperative komplikasjoner med 76 %. Dette tilsvarer en infeksjonsrate på 6,0 %. Mål: Identifisere eventuelle endringer i behandlingen som årsak til stigning i postoperative infeksjoner slik at målrettede tiltak kan settes inn, og dermed redusere andelen postoperative infeksjoner. Metode: Retrospektiv analyse. Pasientdata er hentet fra NGER, og registrert i kvalitetssystemet Ereg. Ytre Oslofjords Forbedringsutdanning er gjennomført med et kvalitetsprosjekt hvor forbedringsmodellen er brukt, og som ledd i den er det utført sammenlikning med 5 andre gynekologiske avdelinger, gjennomgang av pasientsløyfen samt gjennomgang av journal og kurve til alle pasientene som ble reinlagt med komplikasjoner samt en tilfeldig utvalgt kontrollgruppe. Resultater: To hovedproblemer ble identifisert: 1. 68 % av pasientene med infeksjon fikk ikke profylaktisk antibiotika til anbefalt tid. Dette ble tolket som mulig risikofaktor. Ansvarsområdet ble identifisert og rutiner endret. Sammenlikning med kontrollgruppen viste ikke signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. 2. 45 % av pasientene med postoperativ infeksjon hadde en CRP under 100 ved reinnleggelse. Konklusjon: Det ble ikke sett signifikant sammenheng med tidspunkt for antibiotikaadministrering og postoperative infeksjoner. Avdelingen har for lav terskel for reinnleggelser som oppskalere graden av komplikasjonen. Rutiner bør endres slik at flere behandles poliklinisk. Videre undersøkelser er viktig for å identifisere andre risikofaktorer. Dette forbedringsarbeidet viser hvordan NGER er et viktig verktøy for å sikre kvaliteten i gynekologisk behandling.

6.1.3 Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopi i Norge 2013-2024 kartlagt ved hjelp av Norsk Gynekologisk Endoskopiregister

Norbø, Olav1, Sande, Ragnar K1,2 1 Kvinneklinikken Stavanger Universitetssykehus 2 Klinisk Institutt 2, Universitetet i Bergen Bakgrunn: Tilgangsrelatert skade er en sjelden, men potensielt alvorlig komplikasjon til laparoskopisk kirurgi. Internasjonale studier angir forekomst av tarmskader til 3/1000 og større karskade til 2/1000. Studiene er imidlertid små og av eldre dato. Det er viktig å ha oppdatert relevant informasjon om denne risikoen ved rådgivning av kvinner hvor laparoskopi er et diagnostisk og/eller terapeutisk alternativ. Målet med den aktuelle studien var å studere risiko for tilgangsrelatert skade i Norge over tid ved hjelp av data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Metode: Vi inkluderte alle laparoskopiske prosedyrer registrert i Norsk Gynekologisk Endoskopiregister i perioden 2013 – 2024. Vi har benyttet deskriptiv statistikk i SPSS til å kartlegge utviklingen av tilgangsrelaterte komplikasjoner gjennom perioden, og til å relatere disse til tilgangsteknikk. Vi har brukt Chi-kvadrattester og logistiske regresjonsanalyser for å vurdere signifikansen av funnene. Resultater: Norsk Gynekologisk Endoskopiregister inneholdt data om 62835 laparoskopiske inngrep i perioden. Av disse hadde 150 registrert en tilgangsrelatert komplikasjon. Vi fant en signifikant trend i retning lavere forekomst av tilgangsrelaterte komplikasjoner gjennom studieperioden, med 0,4-0,6 % i perioden 2013-2018, fallende til mellom 0,1 og 0,2 % i perioden 2020-2024. Åpen tilgang var assosiert med 0,3 % risiko for tilgangsrelaterte komplikasjoner for perioden sett under ett, mot 0,2 % for Verres mål. Tilgang via venstre Palmers point var assosiert med 0,4 % risiko for tilgangsrelaterte komplikasjoner for perioden sett under ett, mot 0,2 % for tilgang gjennom navlen. Konklusjon: Fore-

komst av tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopisk gynekologisk kirurgi er lav og fallende i Norge.

6.1.4 Endringer i helserelatert livskvalitet 3 år etter laparoskopisk hysterektomi for benigne indikasjoner

Denstad, Silje E., Volløyhaug, Ingrid, Lieng, Marit, Lonnee-Hoffmann, Risa A.M. 1 Kvinneklubben, St. Olavs hospital, Trondheim 2 Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU, Trondheim 3 Kvinneklubben, Oslo universitetssykehus 4 Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo
Bakgrunn: Laparoskopisk hysterektomi (LH) utføres ofte med mål å forbedre helserelatert livskvalitet (HRL). Få studier har undersøkt endringer i HRL for ulike benigne indikasjoner etter LH. Målet var å undersøke langtidsendringer i HRL etter LH ved benign indikasjon. Metode: Prospektiv kohortstudie med data fra Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Studien inkluderer kvinner som gjennomgikk LH med benign indikasjon ved fem norske helseforetak i 2019–2020. HRL ble målt med RAND-36 (åtte domener, skala 0–100) og sammenlignet preoperativt og tre år postoperativt med t-tester. Resultater: Av 745 kvinner besvarte 445 (59,7 %) RAND-36 etter tre år. Gjennomsnittsalder var 44,4 år (standard avvik (SD) 8,4). Operasjonsindikasjonen var smerte inkludert endometriose og adenomyose hos 224 (50,3 %), myomer hos 175 (39,3 %), blødningsforstyrrelser hos 80 (18,0 %) og andre indikasjoner hos 33 (7,4 %). 62 (13,9 %) hadde flere indikasjoner. Kvinner operert for smertetilstander hadde signifikant forbedring i smerte (gjennomsnittsendring (MD) 14,2; SD 28,5; 95 % konfidensintervall (CI) 10,5–18,0), fysisk rollebegrensning (MD 13,2; SD 46,9; CI 7,0–19,3) og sosial funksjon (MD 4,7; SD 28,8; CI 0,9–8,5). Operasjonsindikasjon myomer ga forbedring i smerte (MD 12,1; SD 31,9; CI 7,3–16,8), fysisk rollebegrensning (MD 10,7; SD 53,9; CI 2,7–18,8), sosial funksjon (MD 4,9; SD 29,8; CI 0,4–9,3) og fysisk funksjon (MD 3,6; SD 20,2; CI 0,6–6,6). Operasjonsindikasjon blødningsforstyrrelser ga forbedring i smerte (MD 15,6; SD 30,5; CI 8,8–22,4) og fysisk rollebegrensning (MD 12,2; SD 52,6; CI 0,5–23,9). Alle $p < 0,05$. Konklusjon: LH ved benign indikasjon er assosiert med signifikant bedring i flere HRL-domener tre år postoperativt.

7 Samarbeid og forskning

7.1 Samarbeid med andre fagmiljøer og helse- og kvalitetsregistre

Norsk gynekologisk endoskopiregister har tett samarbeid med Helse nord-IKT, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering - SKDE, og Fagsenter for pasientrapportert data.

NGER samarbeider med Norsk kvinnelig inkontinensregister, NKIR, rundt felles ny PREM som beskrevet i kapittel 9.2.5.

NGER har et samarbeid med Vestre Viken HF, smittevernavdelingen. Vestre Viken HF arbeider målrettet med reduksjon av alvorlig postoperativ infeksjon etter ulike kirurgiske inngrep. Smittevernoverlege Mette Walberg og spesialrådgiver Ellen Brustad tok i 2021 kontakt med registeret for et samarbeid med årlig utlevering av data for middels alvorlige og alvorlige postoperative infeksjoner ved hysterektomier ved alle sykehusene i Vestre Viken HF (Bærum, Drammen, Kongsberg og Ringerike sykehus). Vi møtes en gang i året.

7.2 Datautlevering fra registrene

Utlevering av data til følgende formål:	2025	2024	2023
Forskning	2	0	2
Kvalitetsforbedring og styringsformål ¹	10	4	2
Andre formål (f.eks. til media)	3	0	0
Totalt	15	4	4

¹Gjelder blant annet datautlevering etter forespørsel fra HF eller RHF, data til nasjonale indikatorer, Helseatlas o.l.

7.2.1 Forskning

LAPCOMP studien. . Norsk gynekologisk endoskopiregister (NGER) utleverte data til del 2 av studien i januar 2025 og til del 1 av studien i november 2025. Studien inngår i et ph.d.-prosjekt ved Silje Eilertsen Denstad, legespesialist ved Kvinneklinikken, St. Olavs hospital, med tittelen: *Laparoskopisk hysterektomi i Norge – komplikasjoner og pasientrapporterte utfallsmål.*

Prosjektet omfatter planlagt publisering av tre til fire artikler, hvorav to inneholder data fra NGER. Målet er å identifisere risikofaktorer for moderat alvorlige og alvorlige komplikasjoner ved laparoskopisk hysterektomi i Norge, samt å undersøke endringer i livskvalitet i forbindelse med inngrepet og hvilke faktorer som påvirker disse endringene. Det langsiktige målet med studien er å bidra med ny kunnskap som kan gi kvinner som skal gjennomgå hysterektomi bedre grunnlag for informerte behandlingsvalg.

Del 2 av studien, som omhandler livskvalitet, ble presentert som foredrag på Norsk gynekologisk forenings årsmøte i 2025, samt som poster ved Nordic Congress on Gynaecological Endoscopy 2025 og Helse- og kvalitetsregisterkonferansen 2025. Abstraktet er tilgjengelig i kapittel 6.1.4. Artikkelen ble publisert i *Journal of Minimally Invasive Gynecology* våren 2026. (Denstad mfl., 2026)

7.2.2 Kvalitetsforbedring og styringsformål

Deltagende miljø kan til en hver tid hente ut egne og nasjonale resultater i Rapporteket-NGER. Viser forøvrig til kapittel 5.2 for utleveringer til forbedringstiltak. I tillegg til dette har registeret i 2025 utlevert data til diverse prosjekter.

- Årlig utlevering i samarbeidet med Vestre Viken HF, referert i kapittel 6.1.1
- Øke dekningsgrad ved Sykehuset Nordmøre og Romsdal, Frank Walter. Oversikt over registrerte i NGER.
- Tall til søknad om midler til et endometrioserelatert prosjekt. Tina Tellun Oslo universitetssykehus.
- Voss sykehus, laparoskopisk hysterektomi 2020-2025. Referert i kapittel 5.3
- Trender for tilgangsrelaterte komplikasjoner ved laparoskopisk i Norge 2013-2024 kartlagt ved hjelp av Norsk Gynekologisk Endoskopiregister. Abstrakt i kapittel 6.1.3.
- I 2025 startet **The PREVAC Studi** . Målet er å øke kvaliteten på behandlingen av kvinner som gjennomgår en operasjon hvor det i dag utføres preoperativ vaginalvask. Studien ønsker å øke kunnskapen om hvorvidt preoperativ vaginaldesinfeksjon påvirker forekomsten av postoperative infeksjoner. NGER skal levere data til dette studien som forventes avsluttet 2027-2028.
- Pasienttilfredshet med pasientkommentarer ved Sykehuset Telemark, Elske Drost Hoffmann.
- Pasienttilfredshet med pasientkommentarer ved Helgelandssykehuset Sandnessjøen, Liv Einemo.
- Pasienttilfredshet med pasientkommentarer ved Kongsvinger sykehus, Georgios Dukakis, Mehre NK Amiri og Kevin Sunde Oppegaard.
- Pasienttilfredshet med pasientkommentarer ved Nordlandssykehuset Vesterålen, Caroline Marie Henriksen

7.2.3 Andre formål

I 2025 har vi utlevert data til

- Emilie Bothner, masterstudent ved Folkehelsevitenskap og epidemiologi, Universitetet i Oslo. Hun skal skrive en oppgave om sosioøkonomiske forskjeller i insidensrate av endoskopisk diagnostisert endometriose.

- Erik Corsman, Normedi. Prosedyrekoder registrert ved hysteroskopier i Norge.
- Erik Strålman Intuitiv. Robotkirurgi og komplikasjoner i Norge.

7.3 Vitenskapelige artikler

Three-Year Changes in Health-Related Quality of Life After Laparoscopic Hysterectomy: A Registry-Based Cohort Study. (Denstad mfl., 2026)

Del 3

Stadievurdering og plan for videre utvikling av registeret

8 Referanser til vurdering av stadium

8.1 Vurderingspunkter

Tabell: Vurderingspunkter for [Navn på register] og registerets egen evaluering.

Nr	Beskrivelse	Kapittel	Egen vurdering [årstall]	
			Ja	Nei
Stadium 2				
1	Samler data fra alle aktuelle helseregioner	4.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Presenterer kvalitetsindikatorene på nasjonalt nivå	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Har en konkret plan for gjennomføring av dekningsgrads-analyser	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Har en konkret plan for gjennomføring av analyser og jevnlig rapportering av resultater på enhetsnivå tilbake til deltakende enheter	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Har en oppdatert plan for videre utvikling	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 3				
6	Kan dokumentere kompletthet av kvalitetsindikatorer	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 60 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Registeret skal minimum årlig presentere kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Registrerende enheter kan få utlevert eller tilgjengeliggjort egne aggregerte og nasjonale resultater	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Presenterer deltakende enheters etterlevelse av de viktigste faglige retningslinjer	2.1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Har en oppdatert plan for videre utvikling av registeret	9	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stadium 4				
12	Har i løpet av de siste 5 år dokumentert om innsamlede data er korrekte og reliable	4.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Kan dokumentere dekningsgrad på minst 80 % i løpet av siste to år	4.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Presenterer minst to ganger årlig kvalitetsindikatorresultater interaktivt på nettsiden kvalitetsregistre.no	6	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Registeret skal dokumentere at data anvendes vitenskapelig	7.2, 7.3	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Presenterer resultater på enhetsnivå for PROM/PREM (der dette er mulig)	2.2	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nivå A, B eller C				
Sett ett kryss for aktuelt nivå registeret oppfyller			Ja	
17	Registeret kan dokumentere resultater fra kvalitetsforbedrende tiltak som har vært igangsatt i løpet av de siste tre år. Tiltakene skal være basert på kunnskap fra registeret	5.2	<input checked="" type="checkbox"/>	
Nivå B				

18 Registeret kan dokumentere at det i rapporteringsåret har 5.2, 5.2
identifisert forbedringsområder, og at det er igangsatt el-
ler kontinuert/videreført pasientrettet kvalitetsforbedrings-
arbeid

Nivå C

19 Oppfyller ikke krav til nivå B

9 Utvikling av registeret

9.1 Registerets oppfølging av fjorårets vurdering fra Ekspertgruppen

9.1.1 Vurdering av Årsrapport 2024

NGER takker for positiv tilbakemeldingen på Årsrapport 2024.

I ekspertgruppens vurdering av Årsrapport 2024 bes registeret å kommentere på følgende:

- Registeret oppgir kompletthet på enkelte variabler, men ikke kvalitetsindikatorer.

Som beskrevet i Årsrapport 2024 er alle sentrale variabler, og variabler som inngår i kvalitetsindikatorer obligatoriske. Det er derfor kun variabler som ikke er obligatoriske, eller som kan besvares med ukjent, som er presentert. Jeg har i år valgt å presisere dette nærmere. Peroperative komplikasjoner ved både laparoskopi og hysteroskopi er obligatoriske variabler og har derfor en kompletthet på 100 %. For postoperative komplikasjoner ved laparoskopi og hysteroskopi vises svarprosenten i kapittel 4.2.3. I pasientrapporterte svar er dette et obligatorisk spørsmål og har dermed også 100 % kompletthet på de som har besvart.

I tidligere årsrapporter skriver NGER at det jobbes med å etablere nasjonale kvalitetsindikatorer. I Helsedirektoratets tilbakemelding i 2026 vedrørende nasjonale kvalitetsindikatorer fremgår det at dobbeltpublisering av indikatorer fra medisinske kvalitetsregistre skal unngås. Som konsekvens ble det avvirket 15 nasjonale kvalitetsindikatorer som har blitt publisert over flere år. Av den grunn er dette arbeidet avsluttet i NGER.

9.2 Planer og behov

9.2.1 Dekningsgrad

Registeret jobber kontinuerlig med å øke og opprettholde dekningsgrad, og er svært fornøyd med at vi i 2025 kan vise til en dekningsgrad på 85 %.

9.2.2 Vitenskapelig arbeid

Det er svært viktig for registeret å kommunisere potensiale og muligheten som ligger i NGER sine data i forhold til å initiere vitenskapelig arbeid. Norsk gynekologisk forening, NGF, ønsker også å bidra aktivt til dette.

9.2.3 Korrekthet og kompletthet

NGER jobber kontinuerlig med datakvalitet. Gjennom korrekthetsstudiet utført i 2025, og under bearbeiding av data til forskning, har registeret funnet svakheter i noen variabler. Registeret jobber nå med å innføre kontrollfunksjoner rundt registrering av disse variablene. Registeret jobber også med dataminimering gjennom å slette/ endre variabler som er mangelfulle eller som kan innhentes andre plasser. Variablene rundt utstyr benyttet diskuteres endret eller slettet.

NGER ønsker å påpeke at registeret kontrollerer sentrale variabler opp mot journal gjennom kvalitetskontroll før publisering årlig som beskrevet i kapittel 4.3.2. Registeret jobber med å finne en effektiv metode for å gjøre dette hyppigere da det er ønskelig å publisere kvalitetskontrollert data to ganger i året.

9.2.4 Komplettere registerdata

NGER ønsker å starte jobben med å berike eksisterende datasett med supplerende opplysninger fra andre kilder. I første omgang med data fra NPR. Registeret håper å kunne starte dette arbeidet i 2026.

9.2.5 Endring av PREM

NGER har gjennom flere år brukt Treatment Satisfaction Scale 2 - TSS2 for å måle pasientens tilfredshet med behandler og behandlende enhet (PREM), men har et ønske om å bytte ut dette skjema. NGER, i samarbeid med Norsk kvinnelig inkontinensregister - NKIR, er i dialog med Fagsenter for pasientrapporterte data for veiledning i valg av et felles skjema for våre to gynekologiske registre. Nytt skjema kom på plass fra 01.01.2026, og vil først bli presentert i Årsrapport 2026.

9.2.6 Endring av PROM

Registeret startet i 2025 6 mnd. oppfølging av alle som er hysterektomert. Bare et lite utvalg av resultateter fra dette er valgt å publiseres i årets rapport. Flere resultater fra dette vil først bli publisert i Årsrapport 2026. Dette inngår også i The PRECAC studi referert i kapittel 7.2.2.

Registeret jobber i 2026 med å opprette pasientintiert PROM med RAND-36, baceline, 1 år og 3 år. Registeret håper å iverksette dette i 2026.

10 Litteratur

- Bradley, L. (2024). Hysteroscopy: Instruments and procedure, Retrieved May 01, 2024. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/hysteroscopy-instruments-and-procedure?search=hysteroscopy&source=search_result&selectedTitle=1%7E99&usage_type=default&display_rank=1
- Denstad, S., Volløyhaug, I., Lieng, M., Salvesen, Ø., & Lonnee-Hoffann, R. (2026). Three-Year Changes in Health-Related Quality of Life After Laparoscopic Hysterectomy: A Registry-Based Cohort Study. *ScienceDirect*. [https://www.jmig.org/article/S1553-4650\(26\)00209-8/fulltext](https://www.jmig.org/article/S1553-4650(26)00209-8/fulltext)
- Falconer, H., Wiklund, K., & Ryden, S. (2025). RACC-Trial, Robot-assisted Approach to Cervical Cancer. <https://racctrial.org/>
- Pryor, A., Mann, W., & Bates, A. (2024). Complications of laparoscopic surgery. Retrieved May 01, 2024. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/complications-of-laparoscopic-surgery?search=complications%20of%20laparoscopic%20surgery&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1
- Ramirez, P., Robledo, K., Rene Pareja, F., Ribeiro, R., Lopez, A., Yan, X., Isla, D., Moretti, R., Bernardini, m., Gebiski, V., Asher, R., Behan, V., Coleman, R., & Obermair, A. (2024). LACC Trial: Final Analysis on Overall Survival Comparing Open Versus Minimally Invasive Radical Hysterectomy for Early-Stage Cervical Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. <https://ascopubs.org/doi/full/10.1200/JCO.23.02335>
- Sert, B., & Abeler, V. (2006). Robotic-assisted laparoscopic radical hysterectomy (Piver type III) with pelvic node dissection - Case report. *European Journal of Gynaecological Oncology*. https://www.researchgate.net/publication/6658952_Robotic-assisted_laparoscopic_radical_hysterectomy_Piver_type_III_with_pelvic_node_dissection_-_Case_report
- Strand, I., & Råknes, t. (2026). Trygg og effektiv overgang til poliklinisk hysteroskopi i lokalanestesi: Kvalitetsforbedringsprosjekt ved Gynekologisk seksjon, Sykehuset i Vestfold. *Gynekologen, 1-2026*. <https://www.gynekologen.no/medlemsblad>
- Wu, H., Zheng, L., Xu, T., Zhao, B., & Yang, H. (2025). Robotic-assisted versus standard laparoscopic surgery for colorectal cancer in obese patients: a systematic review and meta-analysis. https://www.researchgate.net/publication/399112791_Robotic-assisted_versus_standard_laparoscopic_surgery_for_colorectal_cancer_in_obese_patients_a_systematic_review_and_meta-analysis
- Zorzato, P., Vizza, R., Garzon, S., Bosco, M., Festi, A., Ricco, A., Porcari, I., Corrado, G., Leterza, R., & Uccela, S. (2025). Incidence and Prevention of Vaginal Cuff Dehiscence After Laparoscopic and Robotic Hysterectomy in Benign Conditions: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12028423/>