

Sammanställning av Kvalitetsdata 2020

Gällande Cervixcancerprevention i
Sjukvårdsregion Mellansverige

Maj 2021

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESSREGISTRET CYTBURKEN



Beställningsadress

Regionalt cancercentrum väst
Västra Sjukvårdsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
SE-413 45 GÖTEBORG

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@rccvast.se

Rapporterna kan laddas ner från
Regionalt cancercentrum väst hemsida www.rccvast.se

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Områden	2
3 Andel kallade kvinnor	4
4 Täckningsgrad	8
5 Deltagande efter kallelse	23
6 Antal analyserade cellprov	28
7 Endocervikala celler saknas	33
8 Åldersfördelning	35
9 Tid till svar	36
10 Andel avvikande cellprover inom screening	38
11 Diagnosprofil cytologi	40
12 Andel avvikande cellprover i screening som är uppföljda i tid	49
13 Utfall i uppföljande vävnadsprov efter cellprov med cytologisk avvikelse	51
14 PAD-utfall i vävnadsprover från behandling	60
15 Dysplasibehandlingar antal och typ	65
16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	68
17 Andel kvinnor som remitteras till gynekologmottagning från GCK på grund av fynd i cellprov	71

1 Inledning

Det svenska programmet för cervixcancerprevention har över tid varit mycket framgångsrikt men berör också många individer och tar stora resurser i anspråk. De nationella rekommendationerna från Socialstyrelsen förändrades 2015 och preventionsprogrammet regleras i ett nationellt vårdprogram där den första versionen fastslogs i januari 2017. De största förändringarna gentemot tidigare är att screeningprover från kvinnor över 30 år primäranalyseras med HPV-analys istället för cytologisk analys och åldersintervallet där screeningprov erbjuds höjs till 64 år. Under 2019 reviderades vårdprogrammet igen och kontrollfiler för persistent HPV-positivitet lades till.

Införandet av de förändrade rekommendationerna har krävt stora anpassningar inom de verksamheter som deltar i cervixcancerpreventionen. Såväl utbildning, metodförändring, omorganisationer och omfattande anpassningar av IT-stödsystem har krävts. Processen har gått olika fort i olika regioner/landsting, och vanligen har förändringen varit åtminstone delvis stegvis.

Det är en självklarhet att en satsning av den här dimensionen bör utvärderas och kvalitetssäkras för att säkerställa att insatserna som görs är korrekta och ändamålsenliga såväl ur ett individ- och patientperspektiv, folkhälsosynvinkel och resursanvändningsperspektiv. I Socialstyrelsens rekommendationer finns definierade indikatorer som skall användas i utvärderingen, och i vårdprogrammet definieras ytterligare ett stort antal process- och strukturmått som skall utvärderas. För laboratoriediagnostiken finns ett omfattande kvalitetssäkringsarbete som beskrivs i Svensk Förening för Klinisk Cytologi och Svensk Förening för Klinisk Patologi så kallade KVASt-dokument, där en ny version fastslogs i december 2020.

Relevanta kvalitetsdata sammanställs i Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention, vilket är uppdelat i två delar; Analysregistret och Processregistret, den senare med arbetsnamnet Cytburken. Analysregistrets sammanställningar ger till exempel överblick över riket samt utveckling över tid, och är ett viktigt instrument för att monitorera hälsoläget i landet avseende HPV-status och förstadier till cervixcancer, samt hur bra vi är på att upptäcka dessa. Processregistrets kvalitetsdata ger möjlighet att följa utveckling och resultat på lokal nivå, samt bidrar med underlag till verksamheternas egna utvärderingar.

Aktuellt dokument behandlar data från arbetsåret 2020.

Rapportens grunddata baseras på inrapporterad data från de ingående områdena och är framtagna av RCC-Väst.

2021-10-11

Charlotte Örndal Chenyang Zhang Claudia Adok Emil Selmeryd Andreas Torén Mia Westlund

2 Områden

Rapporten omfattar sjukvårdsregion Mellansverige med en samlad befolkning på 2,1 miljoner invånare. I området ingår sju regioner; Region Dalarna, Region Gävleborg, Region Sörmland, Region Värmland, Region Västmanland, Region Uppsala samt Region Örebro län. Dessa regioner omfattar tillsammans 80 kommuner.

Nedan visas en översiktskarta över området och en översikt över antal kvinnliga invånare per region.

Kommuner i sjukvårdsregionen Mellansverige



Invånare kvinnor totalt 2020-12-31

Region	Antal kommuner	Antal kvinnor
Dalarna	15	142092
Gävleborg	10	142708
Sörmland	9	149103
Uppsala	8	193993
Värmland	16	140356
Västmanland	10	137388
Örebro län	12	152321

3 Andel kallade kvinnor

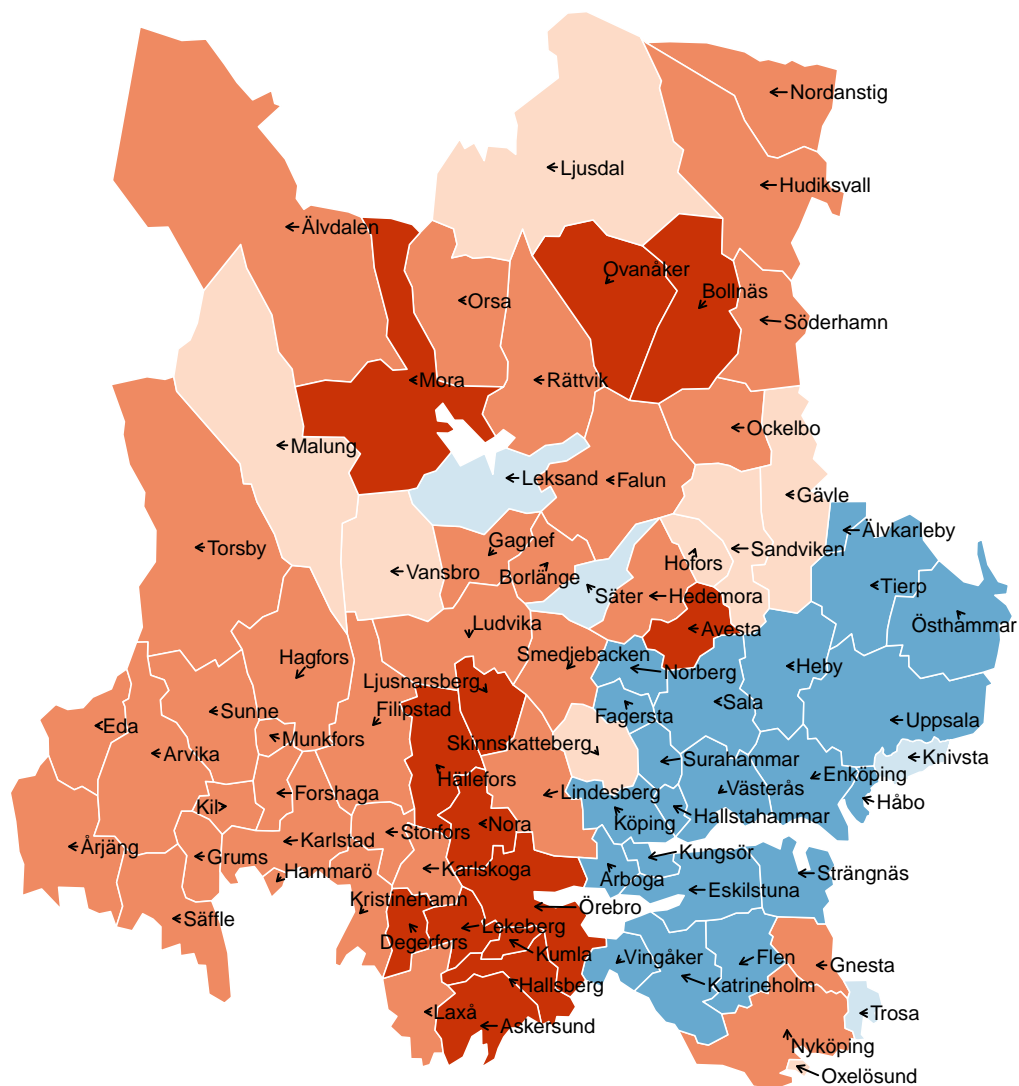
Socialstyrelsen har fastställt ett antal indikatorer för att använda som kvalitetsmått på hur väl screeningprogrammet motsvarar riktlinjerna. Dessa kan hittas här:

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-screeningprogram/screening-livmoderhalscancer-indikatorer-bilaga.pdf>

Andel kallade kvinnor är en av dessa (nummer 1) och är utformad för att identifiera brister i kallelseorganisationen. Enkelt förklarat antas en kvinna som under året varit folkbokförd inom upptagningsområdet, har en ålder som omfattas av screeningens riktlinjer, inte har tagit prov inom åldersadekvat tidsintervall och inte är gallrad på grund av total hysterektomi, egen begäran eller annan medicinsk orsak som aktuell att kalla. Andel kallade kvinnor beräknas genom att gruppen kvinnor som uppfyller kriterierna ovan jämförs mot antalet kvinnor som kallats till gynekologisk cellprovtagning under tidsperioden. Nationell målnivå enligt vårdprogrammet är 100%. På grund av de olika kallelseintervallen för åldersgrupperna 23-50 och 51-70 år redovisas resultatet separerat för dessa åldersgrupper. Beräkningen är på grund av variationen mycket komplex och påverkas också av omkallelser.

Indikatorn gör ingen skillnad mellan om man fått en kallelse och valt att inte delta i screeningen eller om kallelsen, som tillsvidare skickas med konventionell post, inte nått sin avsedda adressat.

Andel av 24–50 åringar som kallelse skickats till i rätt tid.



Skickad inbjudan till ■ <92,0% ■ 92,0% – 97,0% ■ 97,0% – 98,0% ■ 98,0%–99,0% ■ 99,0%–100%

Andel 24 – 50 åringar som kallelse skickats till i rätt tid, per region.

Region	Andel
Sörmland	98,9%
Värmland	95,4%
Västmanland	99,3%
Gävleborg	96,3%
Uppsala	99,3%
Dalarna	95,8%
Örebro län	91,5%
Sjukvårdsregion Mellansverige	96,9%

Andel 51 – 70 åringar som kallelse skickats till i rätt tid, per region.

Region	Andel
Sörmland	98,3%
Värmland	87,6%
Västmanland	99,3%
Gävleborg	73,1%
Uppsala	74,5%
Dalarna	80,8%
Örebro län	91,2%
Sjukvårdsregion Mellansverige	85,8%

Totalt antal utskickade kallelser under år 2020, per region.

Region	Antal
Sörmland	43292
Värmland	21580
Västmanland	28018
Gävleborg	22075
Uppsala	56515
Dalarna	22294
Örebro län	21924

4 Täckningsgrad

Täckningsgrad, även det en av de fastställda kvalitetsparametrarna, är ett mått på hur stor andel av de kvinnor som omfattas av screeningprogrammet som har tagit ett prov under en för åldern definierad period. Enligt nationell standard används 3,5 samt 5,5 år som intervall för beräkningen.

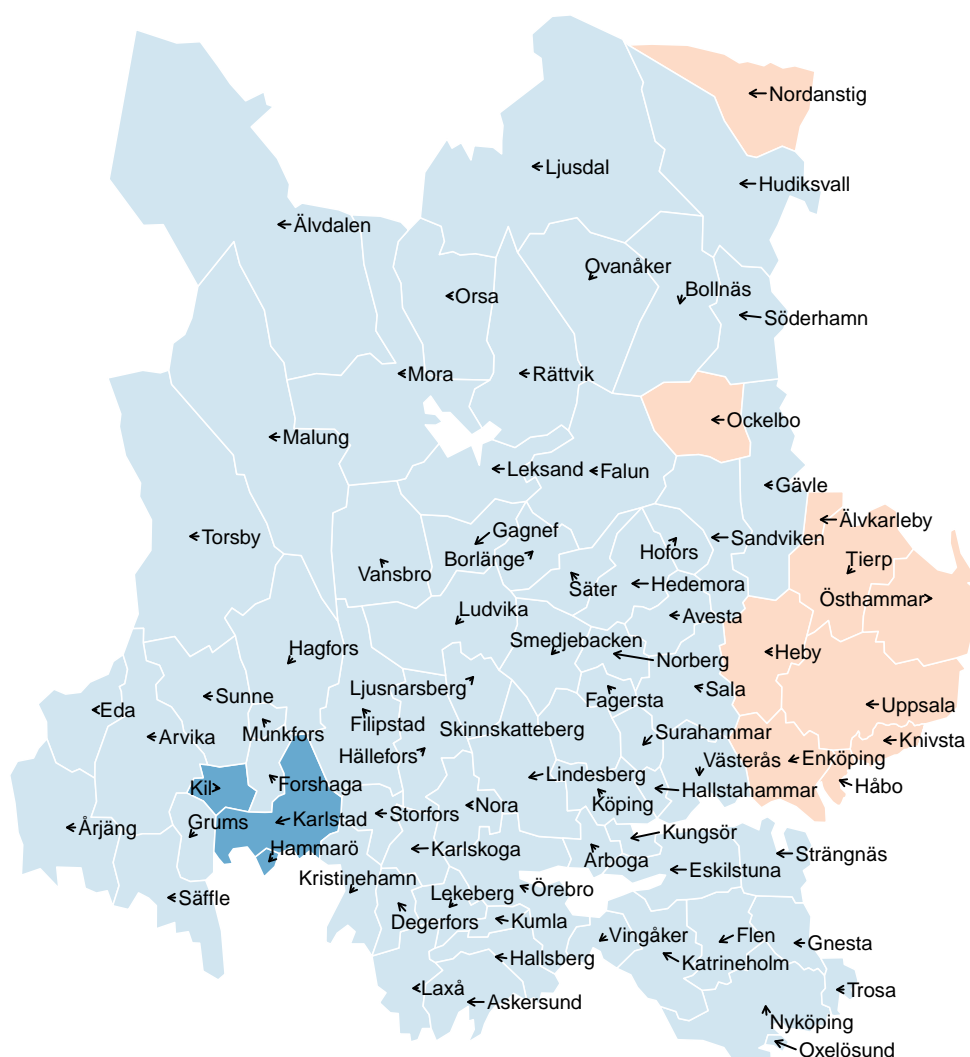
Provtagningen räknas oavsett om provet tagits efter en kallelse, som kompletterande screening eller i annat sammanhang. Provet räknas också oavsett primär analysmetod, det vill säga även prover analyserade med primärscreening HPV ingår. Täckningsgraden är här beräknad utifrån folkbokförda i aktuellt område per 2020-12-31. Antalet unika individer i åldrarna 23-70 år som har ett prov registrerat under den föregående 3,5- respektive 5,5-årsperiodendelat delas med totala antalet kvinnor i samma åldersgrupper.

Täckningsgraden är det mest relevanta måttet på vilket skydd kvinnorna i ett område har av screeningprogrammet. Perioden är definierad för att motsvara ett screeningintervall för åldersgruppen med hänsyn till normala variationer på grund av förseningar i utskick, sommaruppehåll och kvinnans egna ombokningar. Då mätningen grundar sig på data från flera år ändras siffran för täckningsgrad långsamt och det tar tid innan en ändring i deltagandet slår igenom. För kommuner med mer än 50 000 invånare redovisas data även på distriktsnivå. Det nationella målvärdet är 85 % och ingen församling skall ligga under 70 % (målvärdet är definierat före avskaffandet av församling som administrativ geografisk enhet.).

Beräkningen av täckningsgrad är för år 2020 inte ännu ändrad till att passa de ändrade åldersgränserna. Sammanställningen över tid av täckningsgrad är inte med i sammanställningen i år då året har blandade data.

Kommentar: Täckningsgraden ligger likartat i de ingående regionerna, men skiljer sig starkt mellan kommunerna med ett spann mellan 60 till 80 %.

Täckningsgrad 2020–12–31 kvinnor 23–70 år
korrigerad för screeningintervall 3,5 till 5,5 år



Täckningsgrad ■ < 70% ■ 70% – 85% ■ > 85%

Region	Täckningsgrad
Sörmland	76,3%
Värmland	84,3%
Västmanland	81,5%
Gävleborg	73,5%
Uppsala	62,2%
Dalarna	78,3%
Örebro län	78,6%

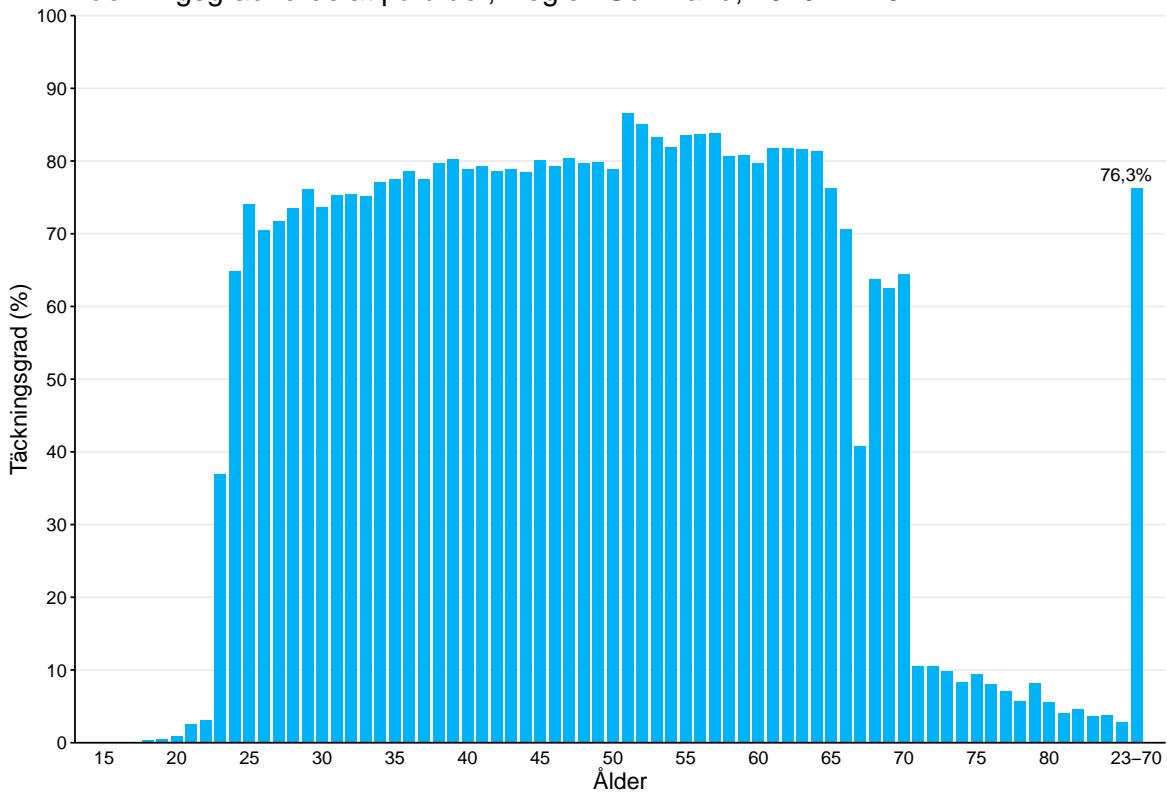
Kommun	Täckningsgrad
Hammarö	89,2%
Karlstad	85,5%
Kil	85,4%
Sunne	84,9%
Torsby	84,5%
Forshaga	84,0%
Arvika	83,8%
Sala	83,2%
Hagfors	82,9%
Kristinehamn	82,9%
Säffle	82,9%
Grums	82,5%
Årjäng	82,2%
Surahammar	82,2%
Köping	82,1%
Arboga	82,1%
Säter	81,8%
Eda	81,6%
Västerås	81,5%
Skinnskatteberg	81,5%
Norberg	81,1%
Lekeberg	80,9%
Munkfors	80,8%
Kungsör	80,8%
Katrineholm	80,2%
Falun	80,1%
Malung	79,8%

Kommun	Täckningsgrad
Hallstahammar	79,6%
Borlänge	79,4%
Gagnef	79,4%
Leksand	79,3%
Storfors	79,3%
Kumla	79,2%
Lindesberg	79,2%
Örebro	79,1%
Filipstad	79,1%
Askersund	78,6%
Älvdalen	78,5%
Hedemora	78,5%
Vansbro	78,4%
Trosa	78,4%
Nora	78,3%
Laxå	78,2%
Fagersta	78,1%
Smedjebacken	78,1%
Hallsberg	78,0%
Orsa	77,8%
Strängnäs	77,6%
Ludvika	77,6%
Vingåker	77,4%
Karlskoga	77,3%
Oxelösund	77,3%
Eskilstuna	76,1%
Rättvik	76,1%

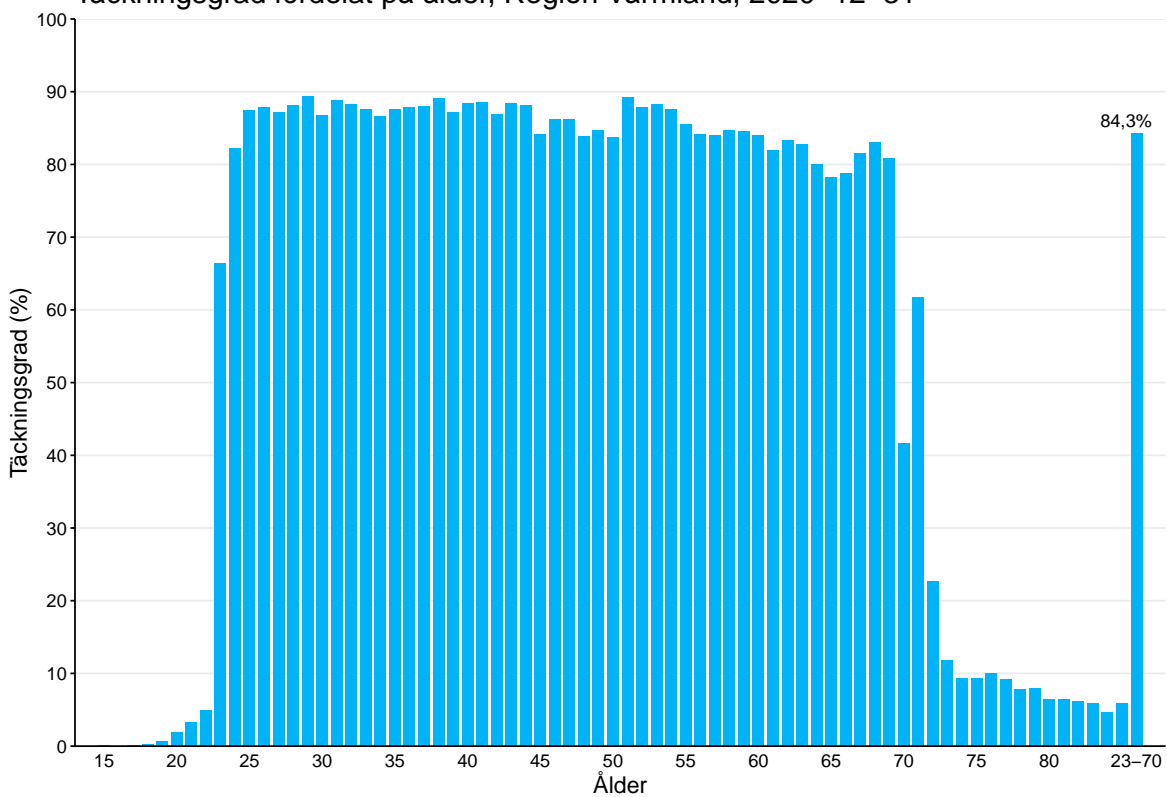
Kommun	Täckningsgrad
Mora	76,1%
Gävle	75,2%
Degerfors	75,0%
Nyköping	74,1%
Sandviken	73,4%
Ovanåker	73,3%
Flen	73,2%
Söderhamn	73,2%
Hällefors	73,0%
Ljusnarsberg	73,0%
Bollnäs	72,9%
Hofors	72,4%
Hudiksvall	72,4%
Gnesta	72,3%
Ljusdal	71,6%
Avesta	71,3%
Ockelbo	68,9%
Nordanstig	67,6%
Knivsta	66,9%
Håbo	66,0%
Enköping	64,7%
Älvkarleby	63,0%
Uppsala	61,5%
Östhammar	61,1%
Heby	59,7%
Tierp	59,6%



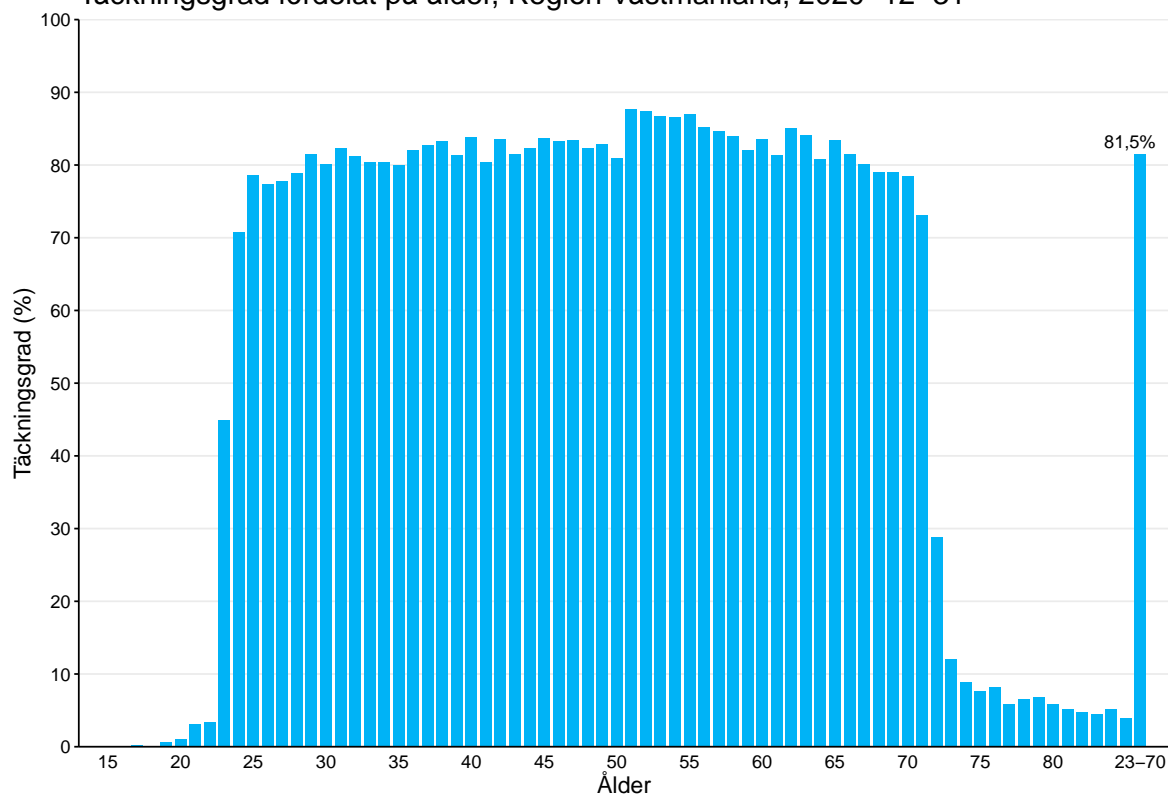
Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Sörmland, 2020-12-31



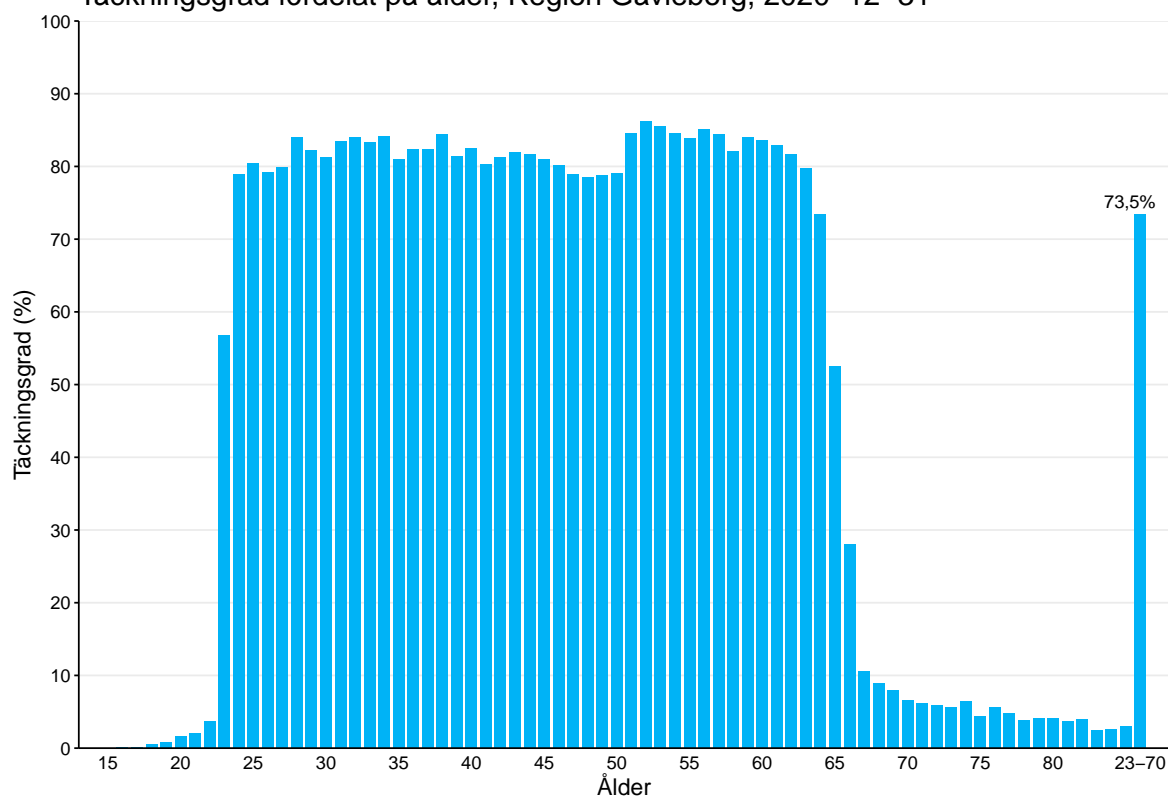
Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Värmland, 2020-12-31



Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Västmanland, 2020-12-31

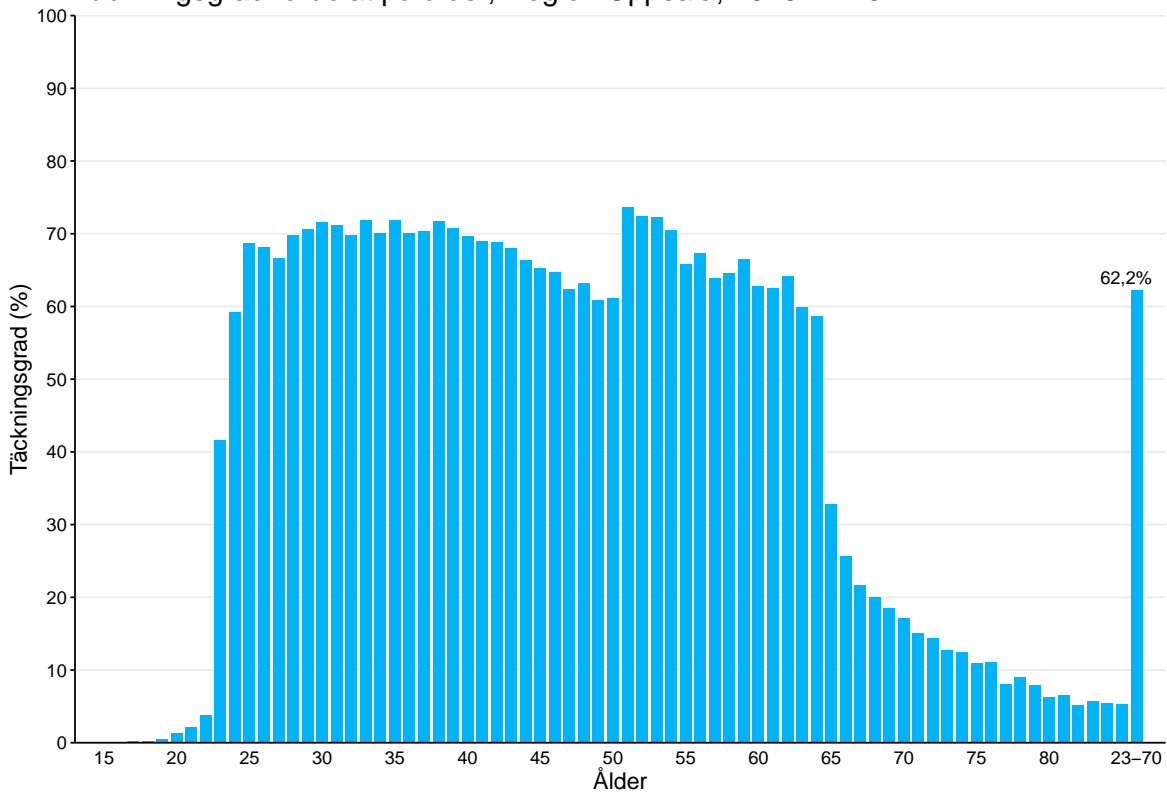


Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Gävleborg, 2020-12-31

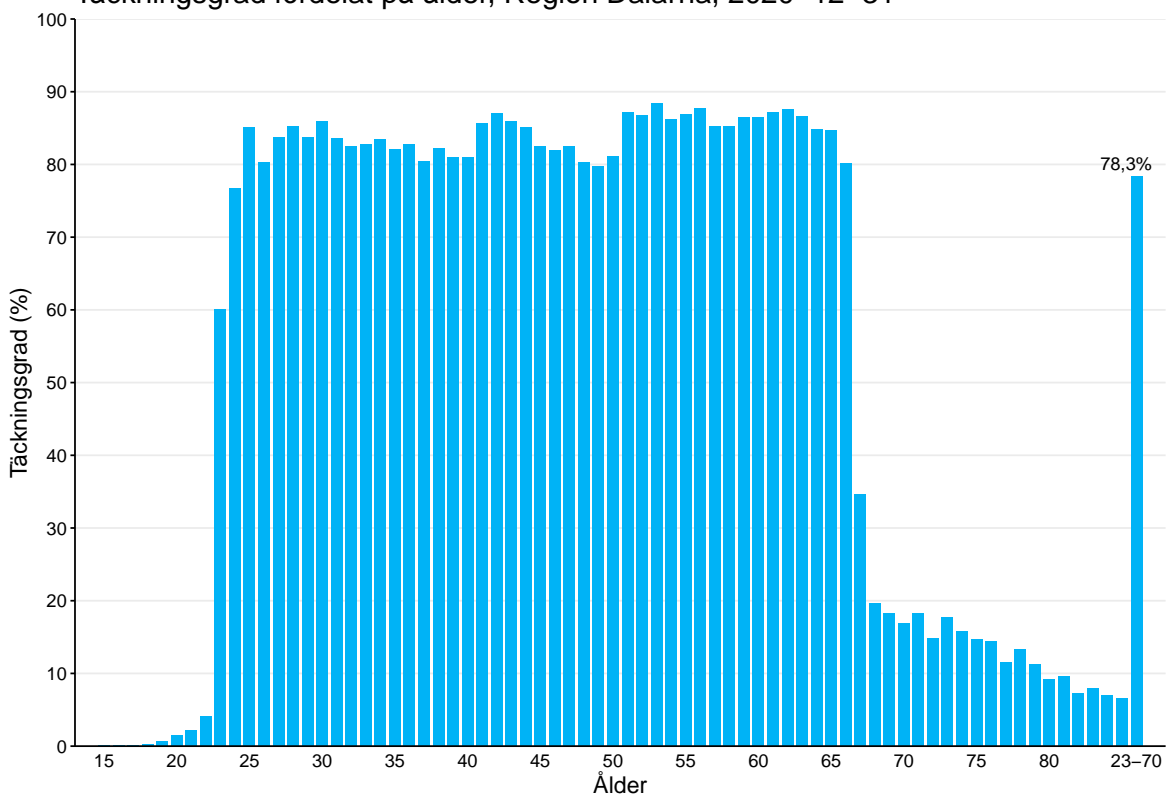


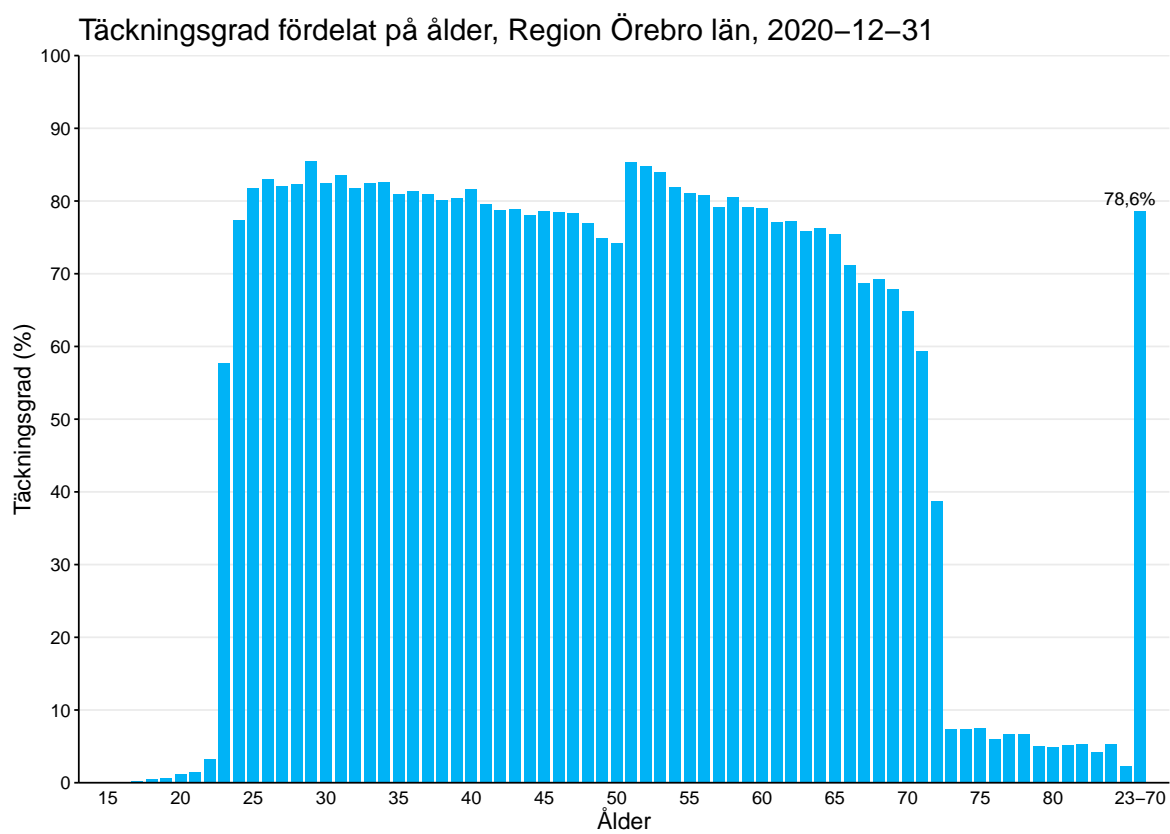


Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Uppsala, 2020-12-31



Täckningsgrad fördelat på ålder, Region Dalarna, 2020-12-31





Täckningsgrad Uppsala kommun per distrikt 2020-12-31.

Distrikt	Täckningsgrad	Distrikt	Täckningsgrad
Dalby	73,1%	Läby	61,5%
Uppsala-Näs	70,1%	Gamla Uppsala	61,0%
Rasbo	66,5%	Rasbokil	60,7%
Börje	66,2%	Ramsta	60,2%
Hagby	66,0%	Bladåker	60,0%
Jumkil	65,6%	Viksta	59,8%
Bälinge	65,1%	Lena	59,7%
Funbo	64,7%	Stavby	59,7%
Tuna	64,2%	Uppsala Helga Trefaldighet	59,1%
Björklinge	64,1%	Gottsunda	58,9%
Ärentuna	63,5%	Knutby	58,3%
Tensta	63,4%	Balingsta	58,2%
Danmark	63,3%	Åland	55,6%
Uppsala domkyrkodistrikt	62,9%	Västeråker	53,8%
Almunge	62,1%	Järlåsa	53,5%
Vaksala	61,9%	Skogs-Tibble	51,2%
Vänge	61,6%	Faringe	47,8%
Åkerby	61,5%		

Täckningsgrad Eskilstuna kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Husby-Rekarne	82,4%
Hällby	82,3%
Gillberga	82,0%
Lista	80,8%
Ärla	80,7%
Stenkvista	80,6%
Tumbo	80,5%
Kafjärden	80,4%
Öja	79,9%
Råby-Rekarne	79,3%
Näshulta	78,5%
Västermo	75,6%
Eskilstuna Kloster	75,5%
Eskilstuna Fors	74,0%
Torshälla	73,8%



Täckningsgrad Nyköpings kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Lid	83,1%
Svärta	81,3%
Bergshammar	79,4%
Vrena	79,2%
Råby-Rönö och Ripsa	78,3%
Runtuna	77,6%
Tuna	77,3%
Stigtomta	76,0%
Nyköpings Sankt Nicolai	75,0%
Lunda	73,4%
Kila	73,2%
Nyköpings Alla Helgona	73,2%
Tunaberg	70,4%
Ludgo-Spelvik	69,2%
Lästringe	67,4%
Tystberga-Bälinge	65,9%

Täckningsgrad Gävle kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Hille	80,2%
Gävle Heliga Trefaldighet	76,8%
Bomhus	76,6%
Valbo	76,2%
Gävle Tomas	74,1%
Gävle Staffan	73,6%
Hedesunda	72,7%
Hamrånge	71,8%
Gävle Maria	71,8%

Täckningsgrad Karlstad kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Älvsbacka	93,0%
Grava	88,7%
Östra Fågelvik	86,7%
Karlstads domkyrkodistrikt	86,4%
Norrstrand	85,3%
Västerstrand	84,2%
Väse	84,2%
Segerstad	84,1%
Alster	84,0%
Nor	82,8%
Nyed	82,6%

Täckningsgrad Västerås kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Kärrbo	92,6%
Lillhärad	90,2%
Barkarö	90,2%
Hubbo	88,3%
Irsta	87,9%
Dingtuna	86,8%
Tortuna	86,7%
Kungsåra	86,4%
Romfartuna	85,2%
Rytterne	85,0%
Önsta	85,0%
Björksta	83,8%
Viksäng	83,6%
Tillberga	82,8%
Ängsö	82,8%
Västerås domkyrkodistrikt	82,4%
Badelunda	81,5%
Sevalla	81,0%
Gideonsberg	79,9%
Skerike	77,9%
Lundby	77,3%
Skultuna	76,9%
Haraker	76,4%

Täckningsgrad Borlänge kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Torsång	83,8%
Stora Tuna	79,3%

Täckningsgrad Falu kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Aspeboda	84,0%
Vika	82,0%
Sundborn	81,9%
Stora Kopparberg	80,4%
Hosjö	80,2%
Grycksbo	80,0%
Falu Kristine	80,0%
Enviken	78,4%
Svärdsjö	77,6%

Täckningsgrad Örebro kommun per distrikt 2020-12-31

Distrikt	Täckningsgrad
Gräve	90,7%
Mosjö	86,8%
Adolfsberg	85,4%
Gällersta	84,3%
Hovsta	83,3%
Axberg	82,9%
Vintrosa	82,3%
Stora Mellösa	82,2%
Täby	82,1%
Kil	81,4%
Rinkaby	81,2%
Tysslinge	80,8%
Glanshammar	80,4%
Norrbyås	80,3%
Örebro Olaus Petri	80,1%
Ervalla	79,6%
Almby	79,3%
Örebro Nikolai	79,3%
Lillkyrka-Ödeby	78,7%
Lännäs	78,4%
Långbro	75,3%
Örebro Mikael	74,7%
Asker	74,6%

5 Deltagande efter kallelse

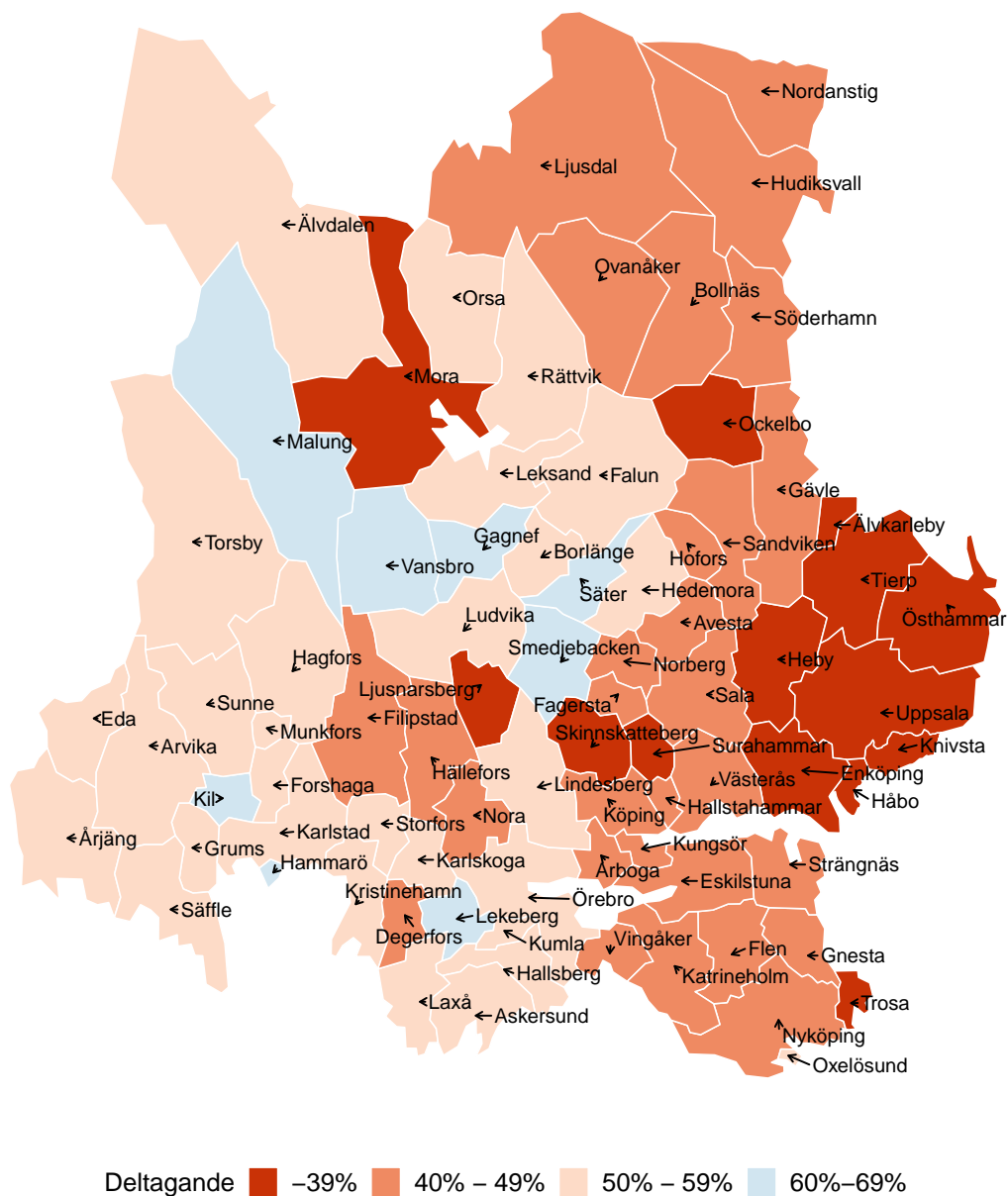
Deltagande efter kallelse motsvarar Socialstyrelsens indikator 2: Andel kvinnor som efter kallelse deltagit i screening för livmoderhalscancer. Indikatorn är ett direkt mått på hur stor andel av de kvinnor som under en tidsperiod kallelse skickats till faktiskt går och tar ett cellprov i anslutning till kallelsen. Indikatorn har ibland tidigare benämnts "hörsamhet". Det finns ingen nationell målnivå fastställd.

Deltagande efter kallelse beräknas som andelen kvinnor som har ett cellprov registrerat inom tre månader efter att en kallelse har skickats ut. Även prover tagna på annan instans än den som kallelsen avsåg inkluderas då kallelsen uppfattas som incitament för provtagningen oavsett var man väljer att ta sitt prov.

I årets beräkning ingår kvinnor som fått kallelse skickad till sig under en period av ett år med slutdatum 2020-09-30, perioden för indikatorn är av praktiska skäl förskjuten jämfört med övriga beräkningar.

Utfallet påverkas av flera faktorer än enbart kvinnors egentliga benägenhet att hörsamma kallelsen. Om kvaliteten på registrering av gallring är låg kommer fler kvinnor som inte behöver eller vill ta cellprov att kallas. Låg tillgänglighet, till exempel bristande tillgång till ombokningstider, gör sannolikt så att kvinnor som i grunden är positiva till cellprov kan bli mindre benägna att gå. Omkallelser till uteblivare, det vill säga kvinnor som upprepat väljer att inte gå på cellprovtagning, men som inte är gallrade ger en påverkan på siffran, då flera kallelser skickas till dessa kvinnor över tid. Det är vanskligt att på ett pålitligt sätt korrigera utfallet för omkallelser, och då dessa kan användas olika i olika områden kan nationella jämförelser vara missvisande. I Cytburkens statistikmodul på nätet redovisas deltagande även på mottagningsnivå.

Deltagande efter kallelse, 2020.

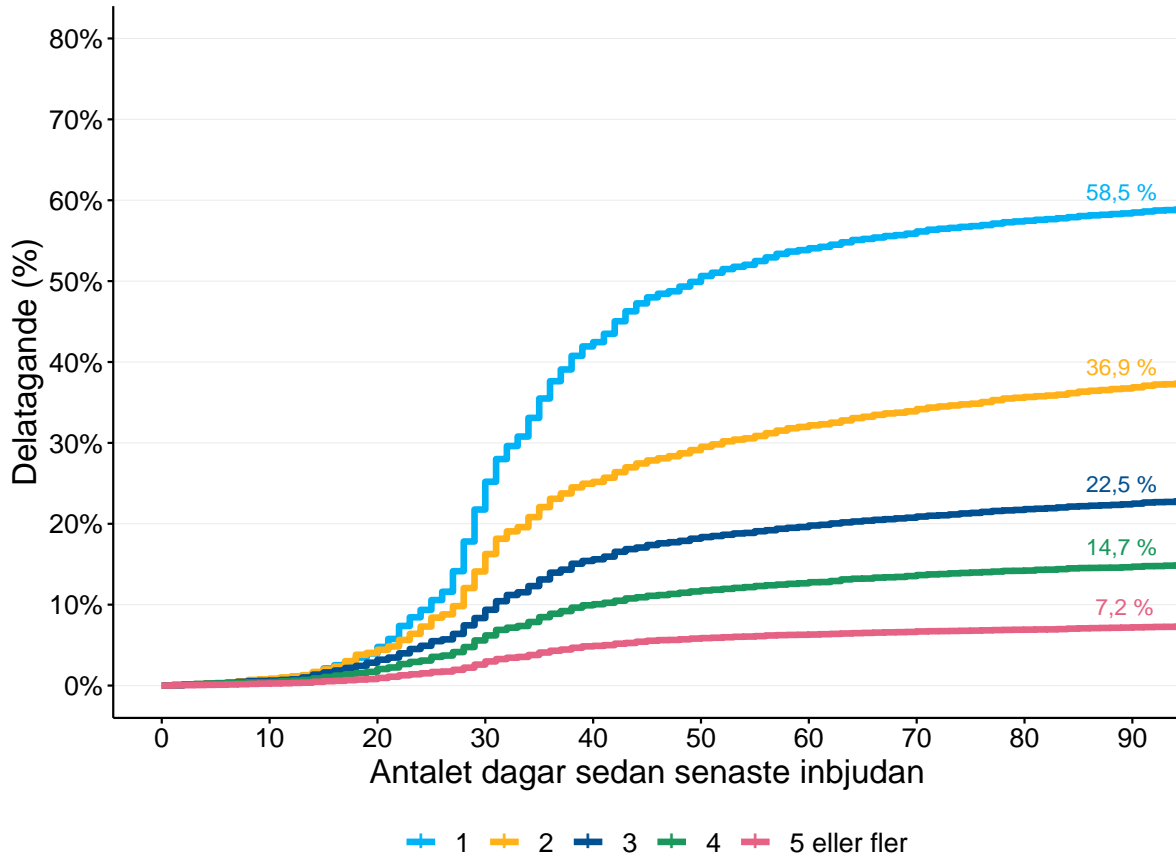


Region	Deltagande 2020	Deltagande 2019
Sörmland	43,9%	49,2%
Värmland	56,3%	57,1%
Västmanland	42,2%	51,9%
Gävleborg	46,5%	57,6%
Uppsala	19,7%	19,2%
Dalarna	54,1%	51,3%
Örebro län	52,9%	57,4%
Sjukvårdsregion Mellansverige	40,5%	46,4%

Kommun	Deltagande 2020	Deltagande 2019	Kommun	Deltagande 2020	Deltagande 2019
Säter	66,3%	57,4%	Örebro	52,5%	56,6%
Hammarö	64,4%	61,2%	Forshaga	52,1%	56,0%
Smedjebacken	63,2%	49,7%	Storfors	51,2%	56,4%
Vansbro	63,2%	50,2%	Eda	51,2%	48,3%
Gagnef	62,6%	46,4%	Grums	51,1%	55,0%
Kil	61,4%	60,4%	Torsby	50,7%	54,8%
Malung	60,6%	56,1%	Hedemora	50,7%	53,0%
Lekeberg	60,1%	61,1%	Laxå	50,4%	62,6%
Karlstad	59,6%	57,5%	Oxelösund	50,3%	55,6%
Munkfors	58,7%	55,1%	Lindesberg	50,0%	56,3%
Årjäng	57,6%	55,5%	Ljusdal	49,9%	62,0%
Hallsberg	57,6%	58,5%	Ovanåker	49,5%	67,6%
Älvdalen	57,3%	48,1%	Nora	49,0%	60,6%
Kumla	57,3%	58,7%	Hofors	49,0%	54,5%
Leksand	56,8%	45,4%	Sala	48,2%	53,7%
Karlskoga	56,0%	59,3%	Bollnäs	47,9%	62,3%
Säffle	55,8%	55,7%	Hudiksvall	47,9%	51,7%
Rättvik	55,6%	47,5%	Degerfors	47,7%	57,8%
Ludvika	55,4%	47,0%	Hällefors	47,4%	56,9%
Hagfors	55,0%	53,0%	Katrineholm	47,2%	51,7%
Askersund	54,2%	57,6%	Sandviken	47,1%	57,5%
Kristinehamn	53,8%	59,9%	Gnesta	46,8%	41,1%
Borlänge	53,4%	54,2%	Gävle	46,3%	58,2%
Sunne	53,3%	60,2%	Fagersta	46,1%	54,2%
Arvika	53,0%	57,0%	Norberg	44,9%	55,4%
Falun	52,9%	52,2%	Nyköping	44,4%	48,3%
Orsa	52,7%	49,4%	Eskilstuna	43,8%	50,9%

Kommun	Deltagande 2020	Deltagande 2019
Avesta	43,8%	48,1%
Kungsör	43,6%	55,0%
Söderhamn	43,1%	57,7%
Vingåker	42,6%	59,8%
Filipstad	42,2%	55,4%
Västerås	42,0%	51,9%
Strängnäs	41,8%	44,9%
Köping	41,7%	48,8%
Flen	41,4%	46,0%
Arboga	40,9%	51,5%
Hallstahammar	40,6%	51,3%
Nordanstig	40,3%	46,4%
Skinnskatteberg	39,5%	48,7%
Ockelbo	39,5%	50,4%
Mora	37,7%	54,1%
Trosa	37,5%	47,8%
Ljusnarsberg	37,1%	49,3%
Surahammar	36,2%	52,8%
Enköping	22,6%	20,0%
Älvkarleby	21,5%	19,8%
Knivsta	21,4%	22,7%
Östhammar	20,9%	20,0%
Håbo	19,8%	20,1%
Uppsala	19,2%	18,9%
Tierp	18,4%	16,8%
Heby	18,1%	16,7%

Deltagande efter kallelse – effekt av antal inbjudningar sedan föregående prov
Mellansverige sjukvårdsdistrikt



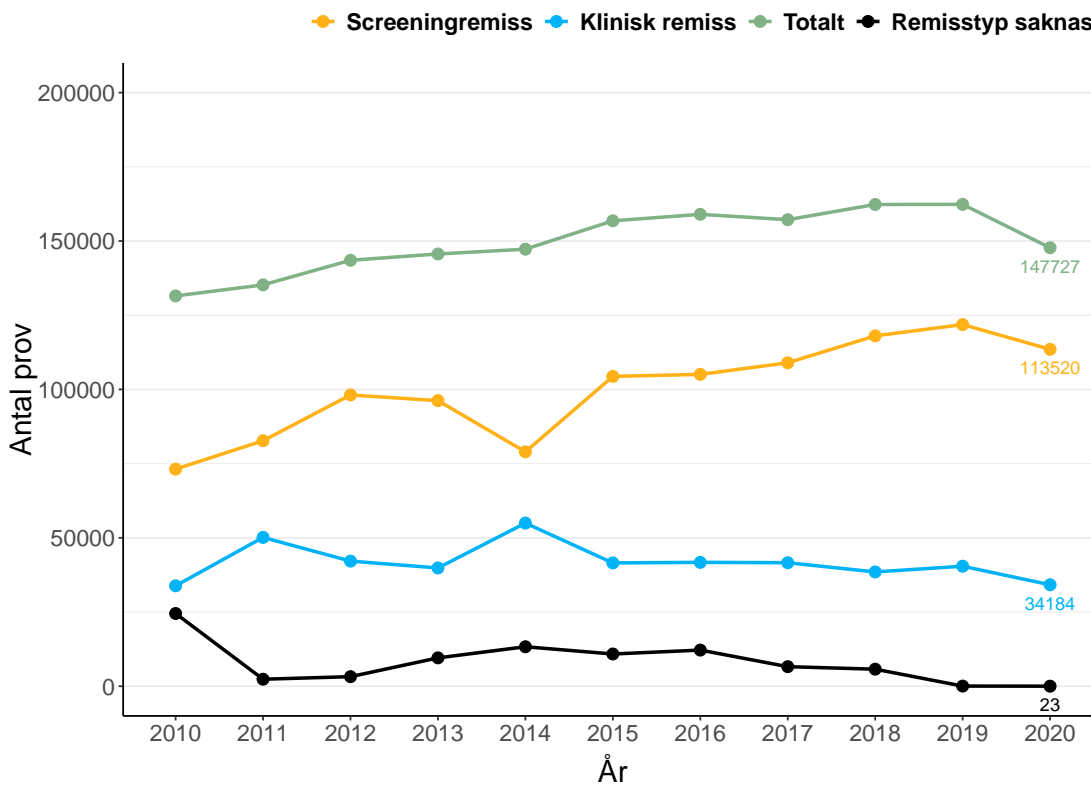
Antal inbjudningar som skickats sedan föregående prov. Om inget prov finns: Total antal inbjudningar.

6 Antal analyserade cellprov

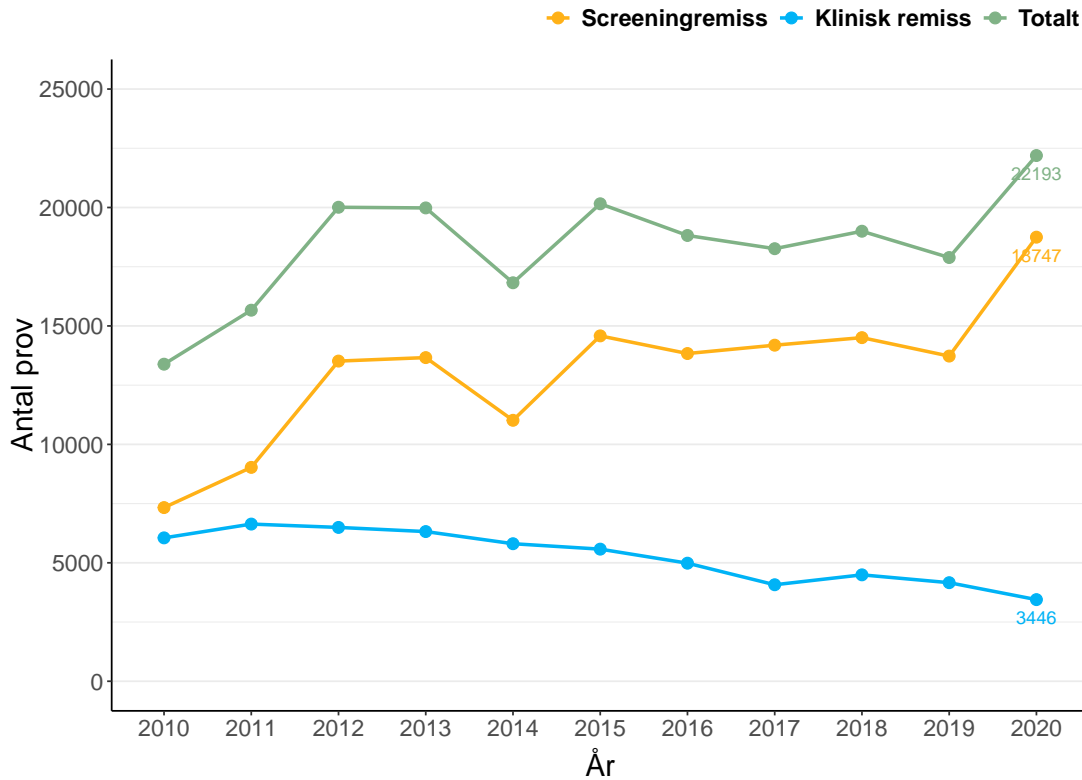
Diagrammen visar det totala antalet cellprover som analyserats från år 2000 och framåt. Alla cellprover är inräknade, oavsett analysmetod. Ett prov räknas en gång även om det har utförts två analyser på provet. Förutom totalantalet visas prover tagna med screeningremiss och klinisk remiss separat. Notera att redovisningen här bygger på var proverna är analyserade och inte på var kvinnan är folkbokförd. Överlappet mellan dessa två är stort men inte totalt.

Kommentar:

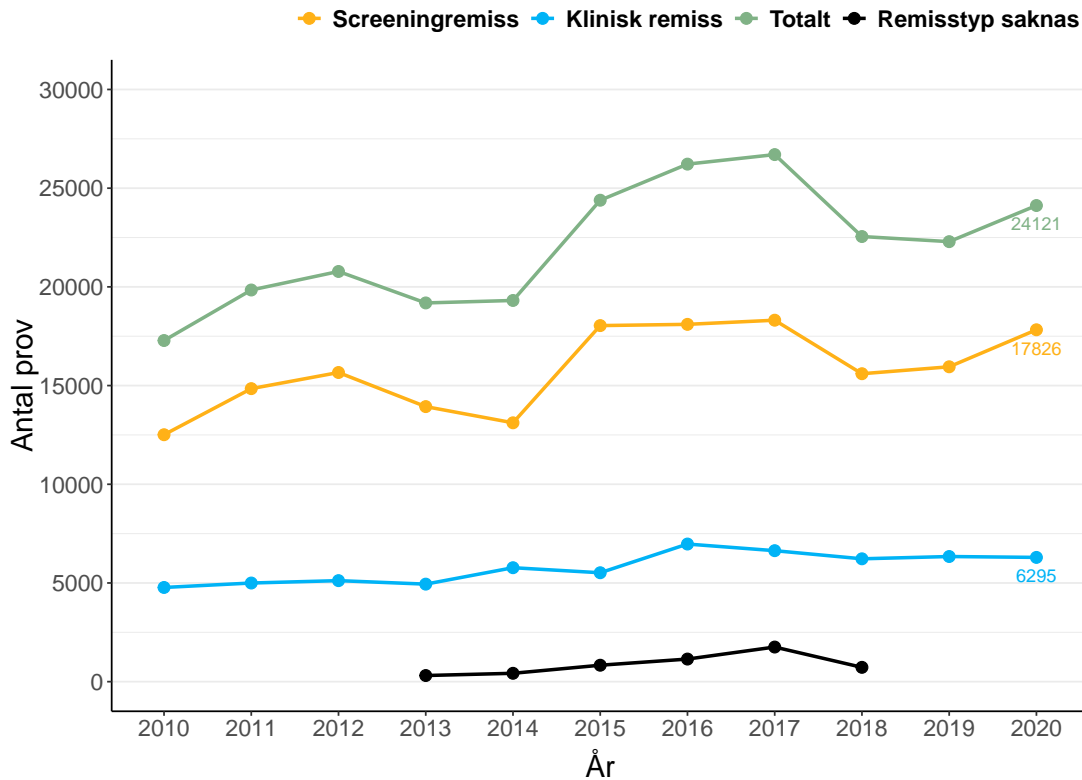
Antal analyserade cellprov, samtliga laboratorier i Sjukvårdsregion Mellansverige



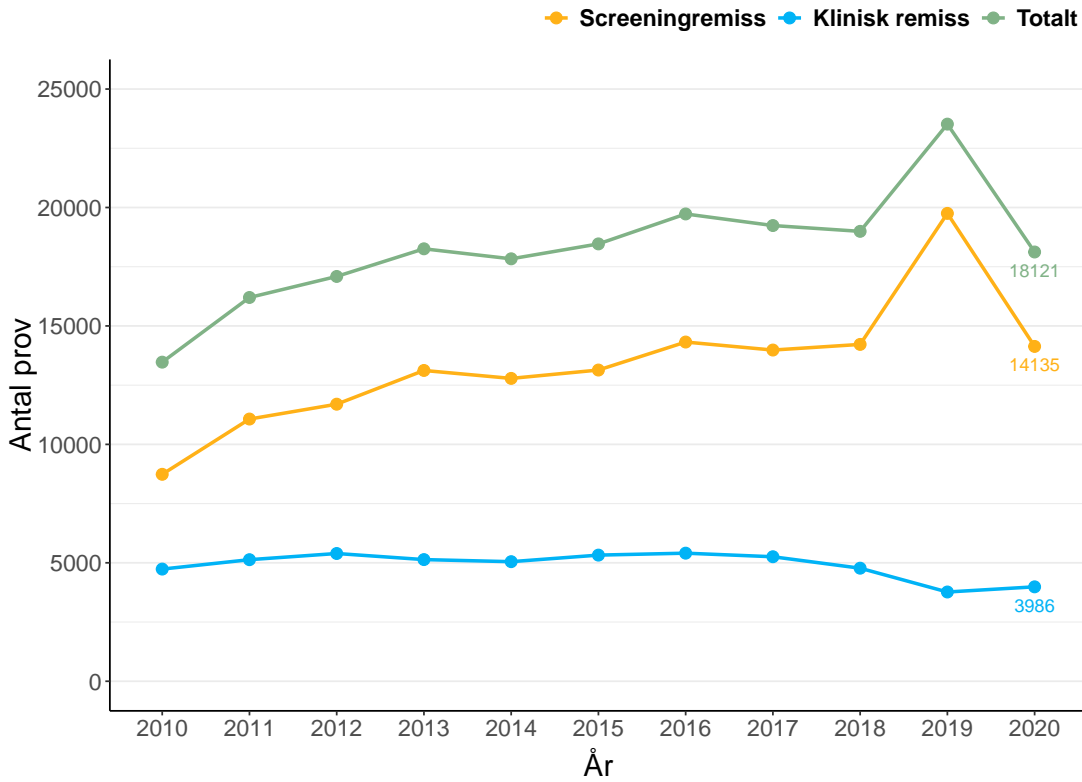
Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Sörmland



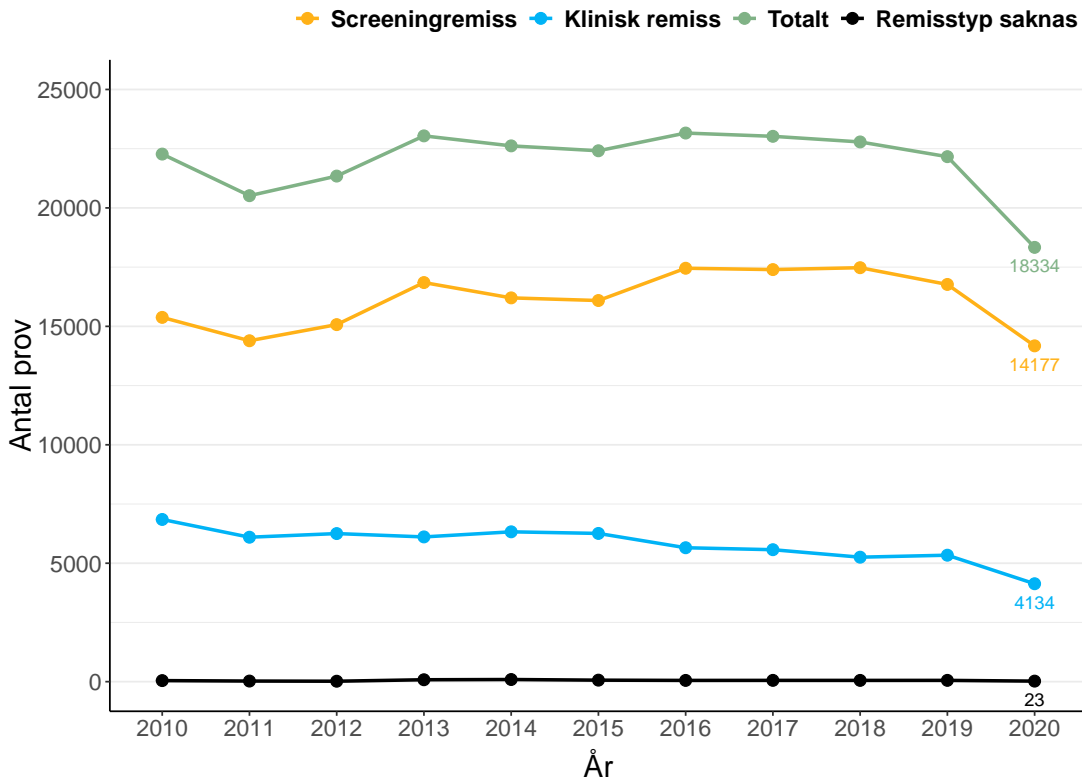
Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Värmland



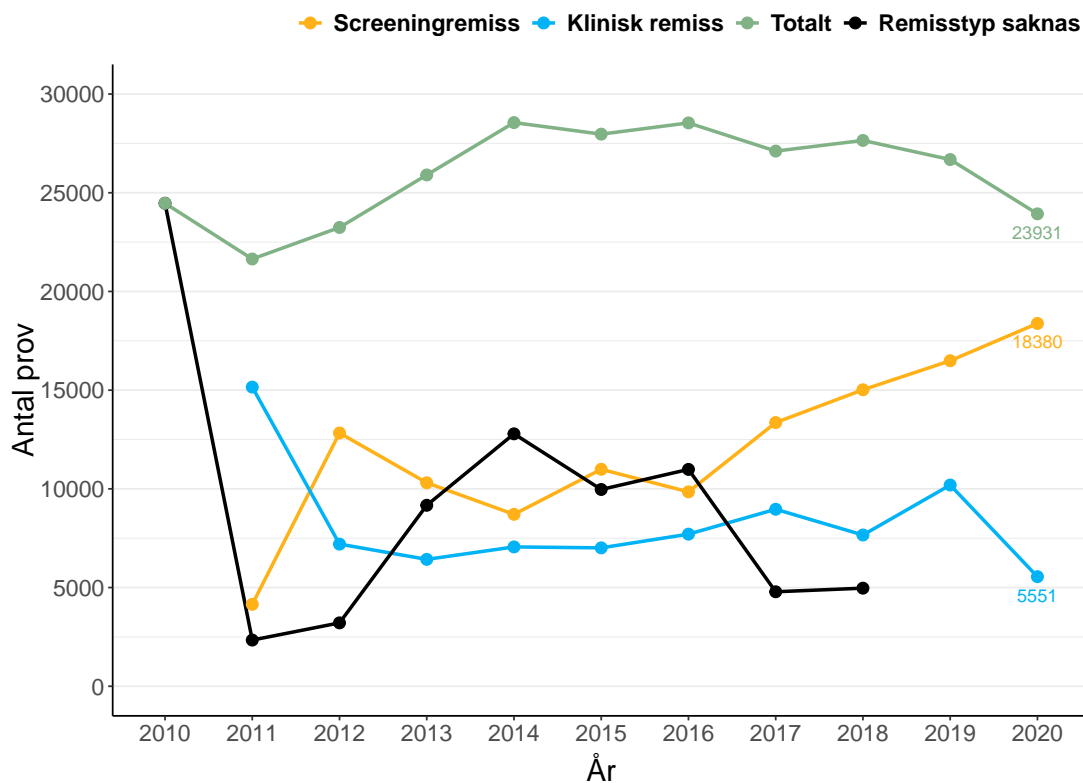
Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Västmanland



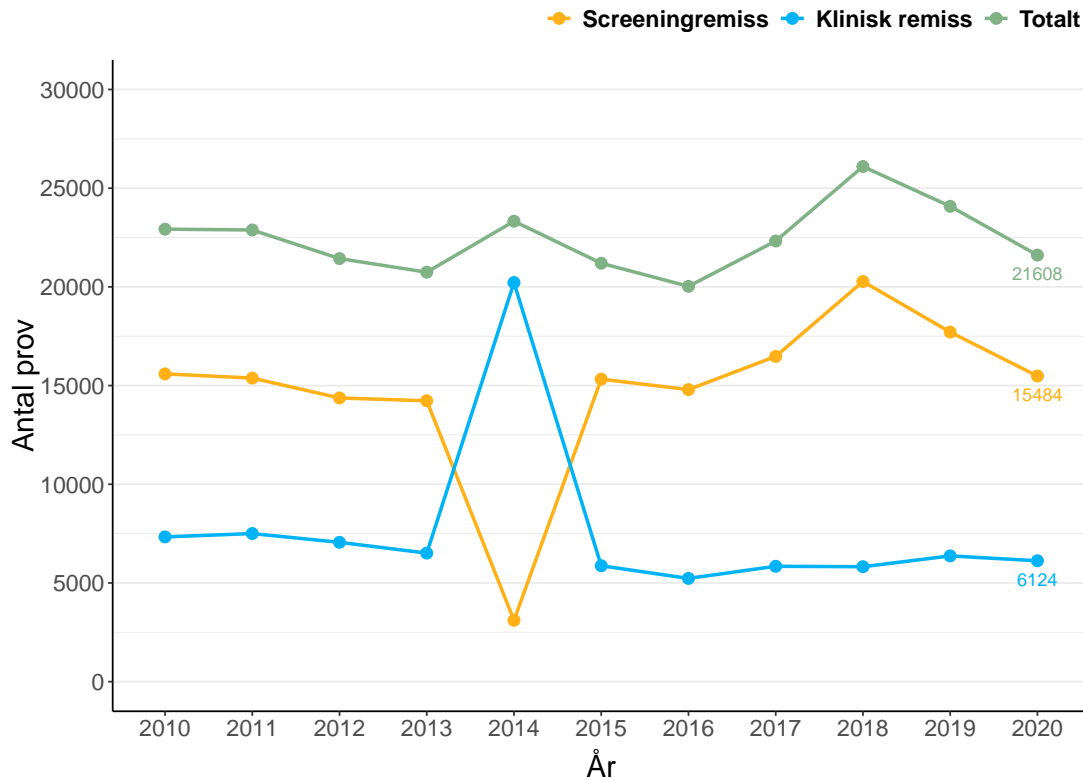
Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Gävleborg

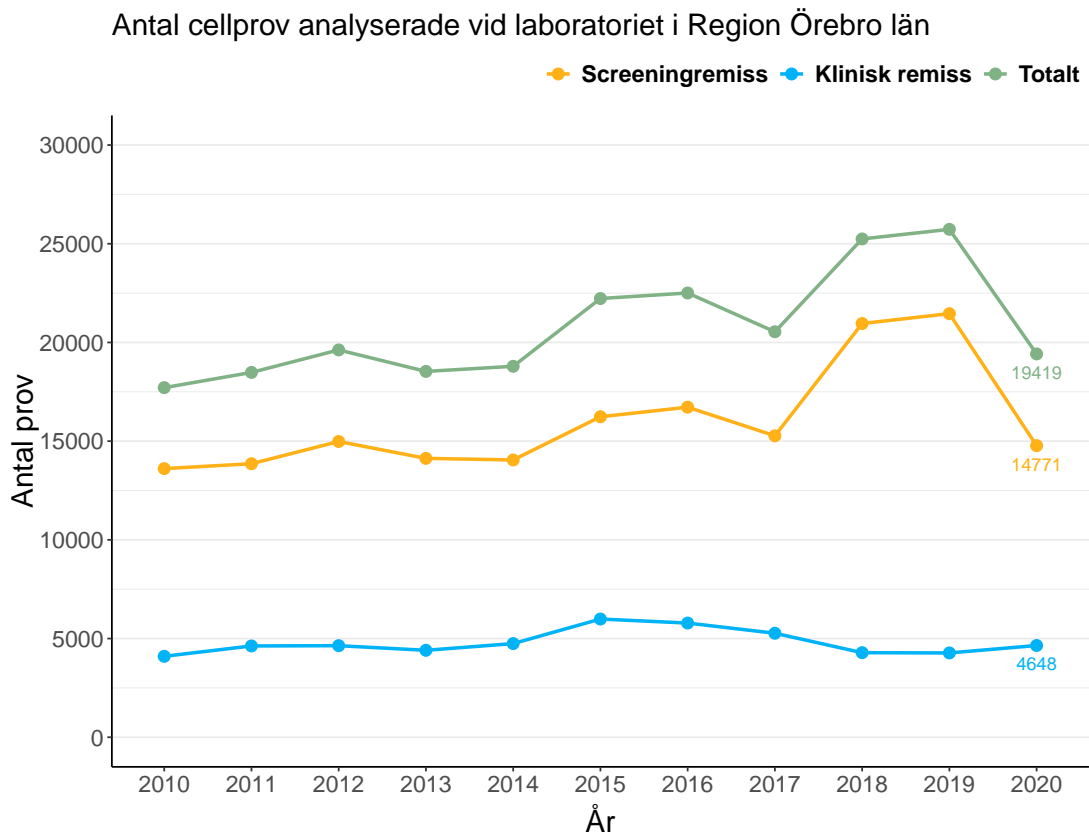


Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Uppsala



Antal cellprov analyserade vid laboratoriet i Region Dalarna





7 Endocervikala celler saknas

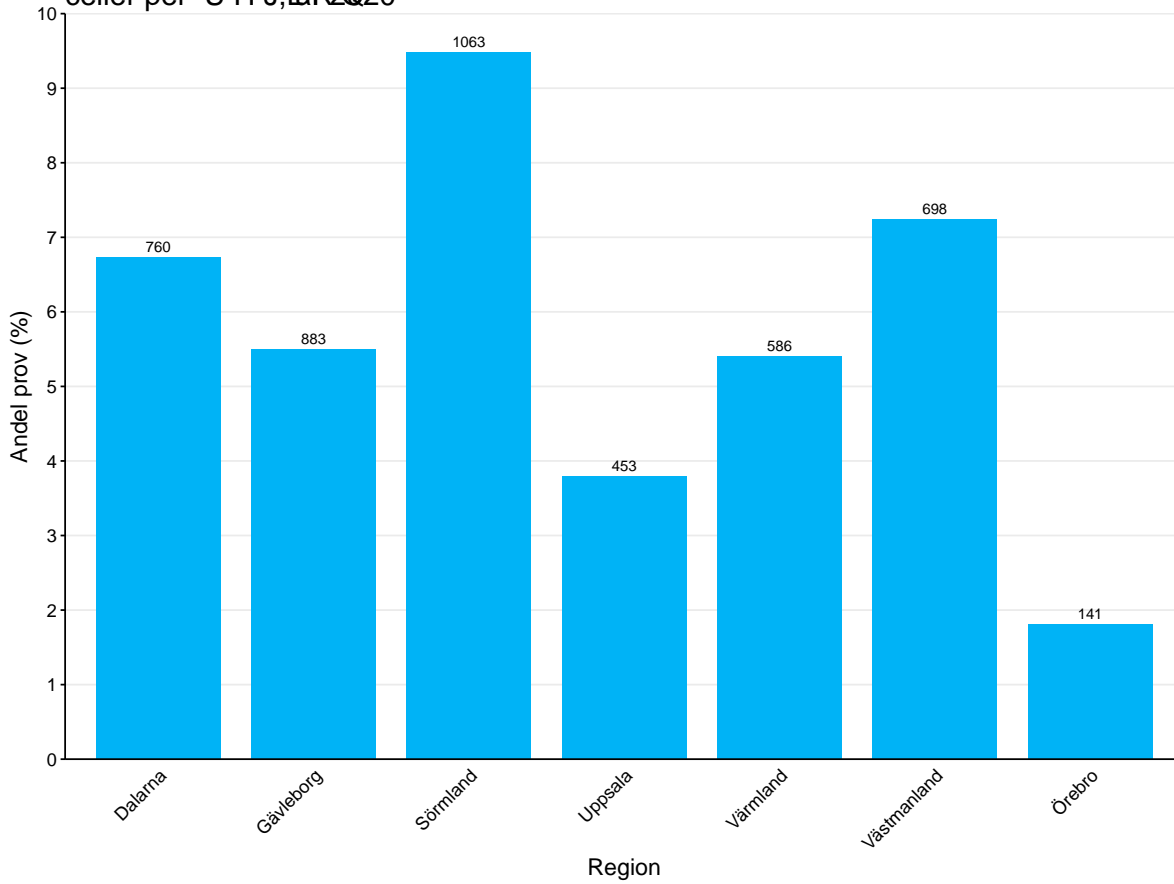
Andel cellprov utan endocervikala celler är Socialstyrelsens indikator nummer 6. Indikatorn ter sig inte omformulerad i enlighet med införandet av primärscreening HPV för stora delar av den population som omfattas av screeningen. Då måttet helt saknar relevans för cellprover som endast undersökts med HPV-analys är dessa prover inte inkluderade i beräkningen. Det bedöms som opålitligt att ta fram indikatorn mot hela cellprovspoolen, då andelen cellprov med avsaknad av endocervikala celler är låg och andelen fall som endast analyserats med HPV inte är en konstant andel utan varierar till exempel med åldersprofilen i befolkningen.

Indikatorn är ett kvalitetsmått på provtagningen för just cytologisk analys. Begreppet innebär att man kan påvisa cervikalt präglade körtelceller, det vill säga celler från körteldifferentierad endocervikal slemhinna, i provet, vilket innebär att epitelövergången ingått i provtagningen och att provet är att betrakta som representativt för transformationszonen. Även förekomst av tydligt metaplastiska skivepitelceller räknas som att kriteriet är uppfyllt.

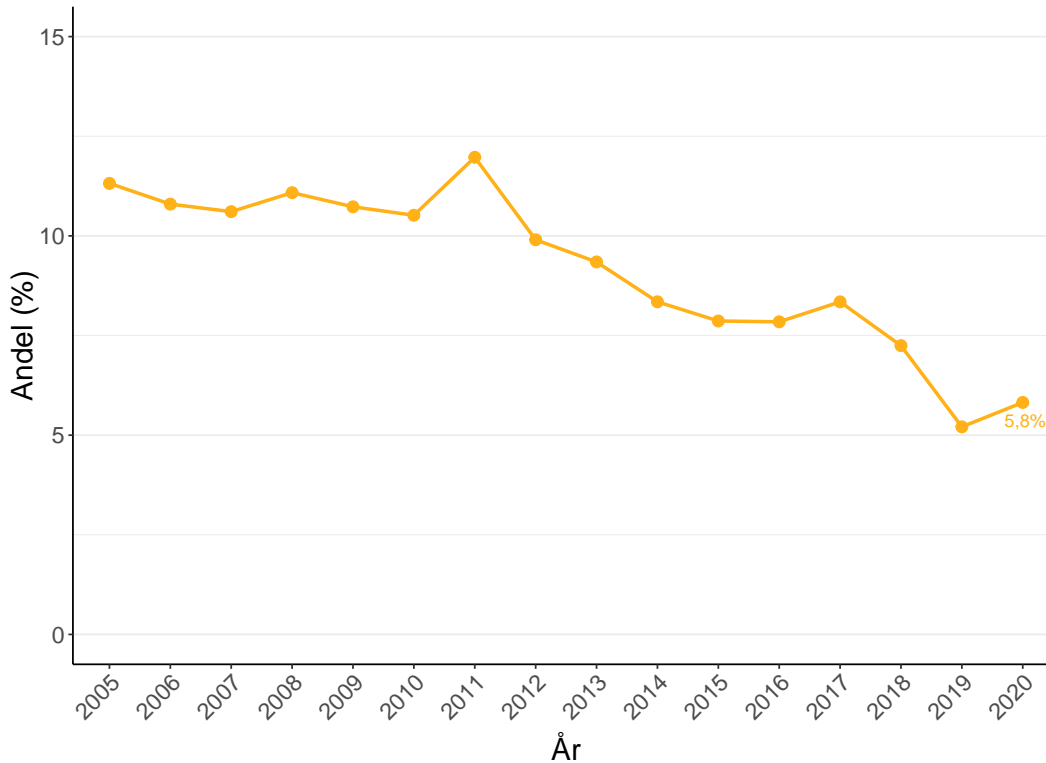
Begreppet är inte heller relevant för cellprover för cytologisk analys tagna från enbart vagina. För att dessa skall kunna räknas bort krävs att sådana prover identifieras korrekt i laboratoriernas informationssystem, vilket inte alltid är fallet. Under vissa sällsynta omständigheter är det närmast omöjligt att erhålla endocervikala celler trots god provtagningsteknik, till exempel vid ovanliga anatomiska förhållanden eller cervixstenos. Måttet är också beroende av att diagnostikerna korrekt och stringent identifierar och kodar avsaknad av endocervikala/metaplastiska celler.

Kommentar: Antalet cellprover som analyseras med cytologi i screeningen minskar efter övergång till primär HPV-analys för majoriteten av screeningpopulationen. Adekvat registrering av påvisade endocervikala/metaplastiska celler kvarstår som en viktig kvalitetsindikator för cellprovtagningen vid prov efter behandling för dysplasi och hos kvinnor i det äldre åldersspannet med påvisad positivitet för HPV.

Andel cytologiskt analyserade cellprov med avsaknad av endocervikala celler per U H J, LÅR 2020



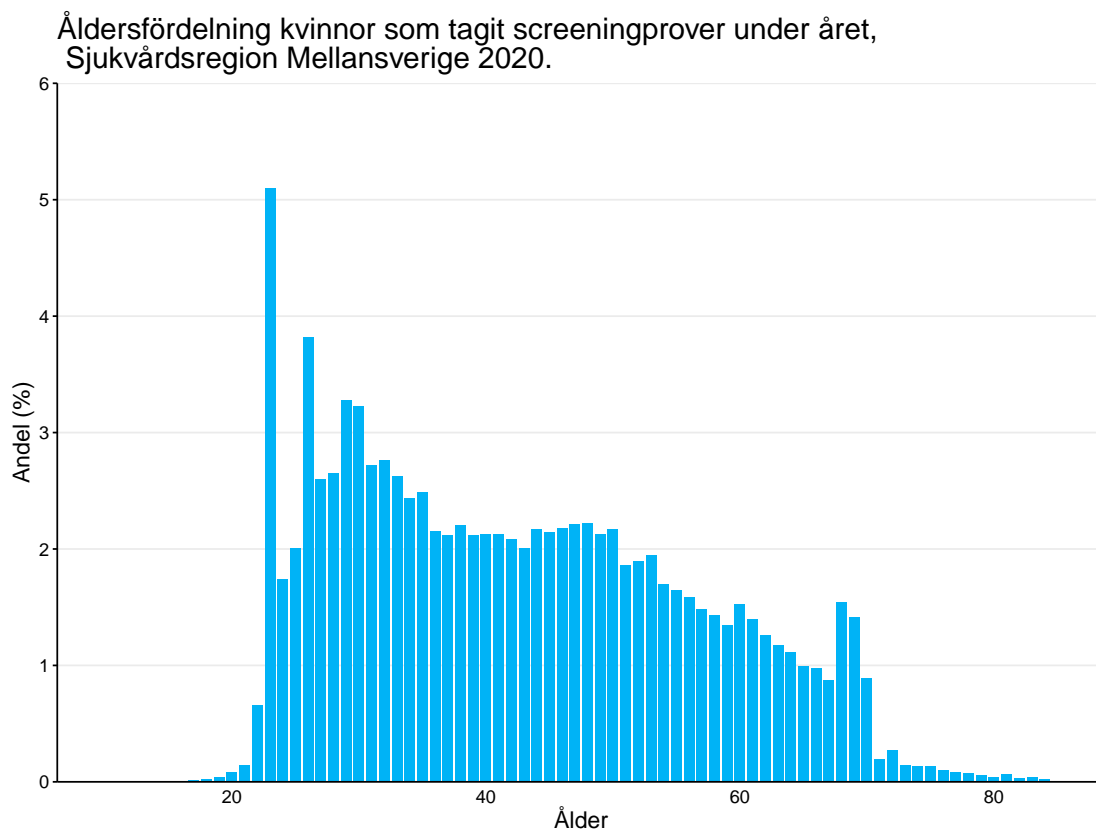
Andel cytologiskt analyserade cellprov med avsaknad av endocervikala celler Sjukvårdsregion Mellansverige år 2005–2020



8 Åldersfördelning

Diagrammet nedan visar åldersfördelningen för kvinnor som tagit screeningprover under det aktuella tidsintervallet. Prover från ålderskohorter utanför screeningåldrarna bör vara sparsamma. För 22-åringar är det rimligt med en andel tagna prover då kompletterande screening kan erbjudas upp till tre månader före ordinarie kallelsetid.

Kommentar:



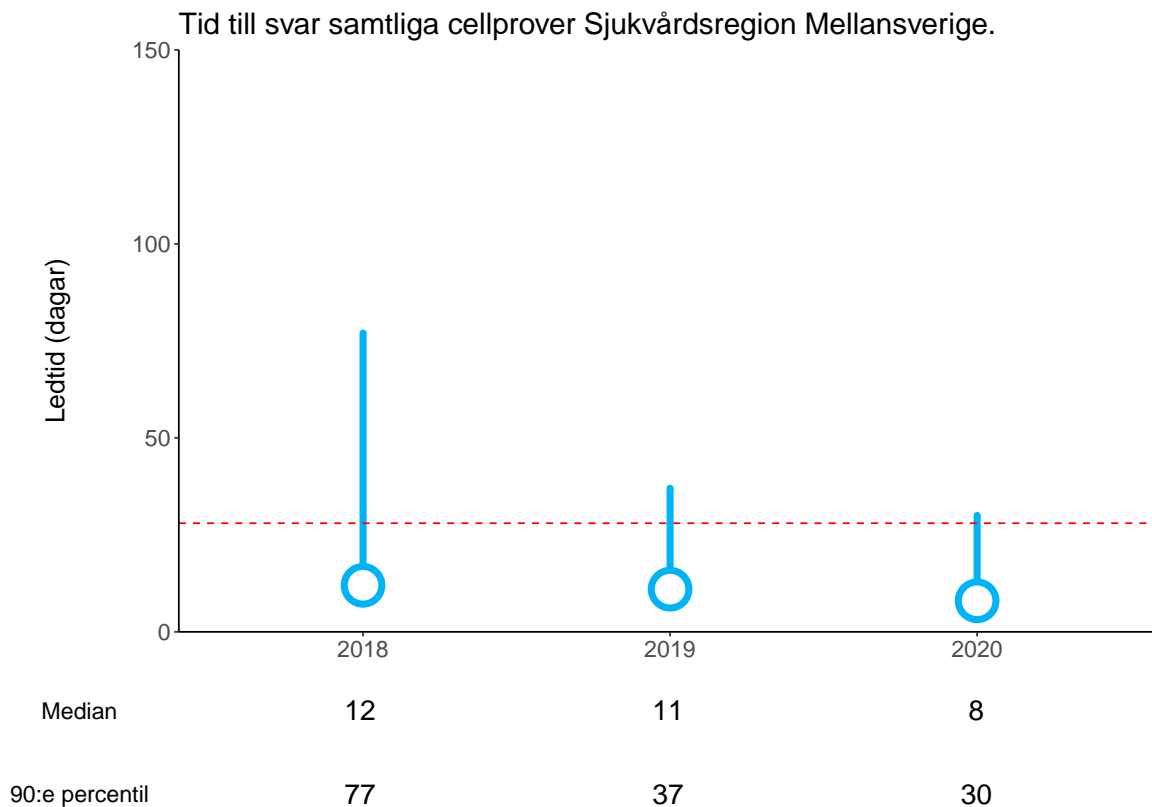
9 Tid till svar

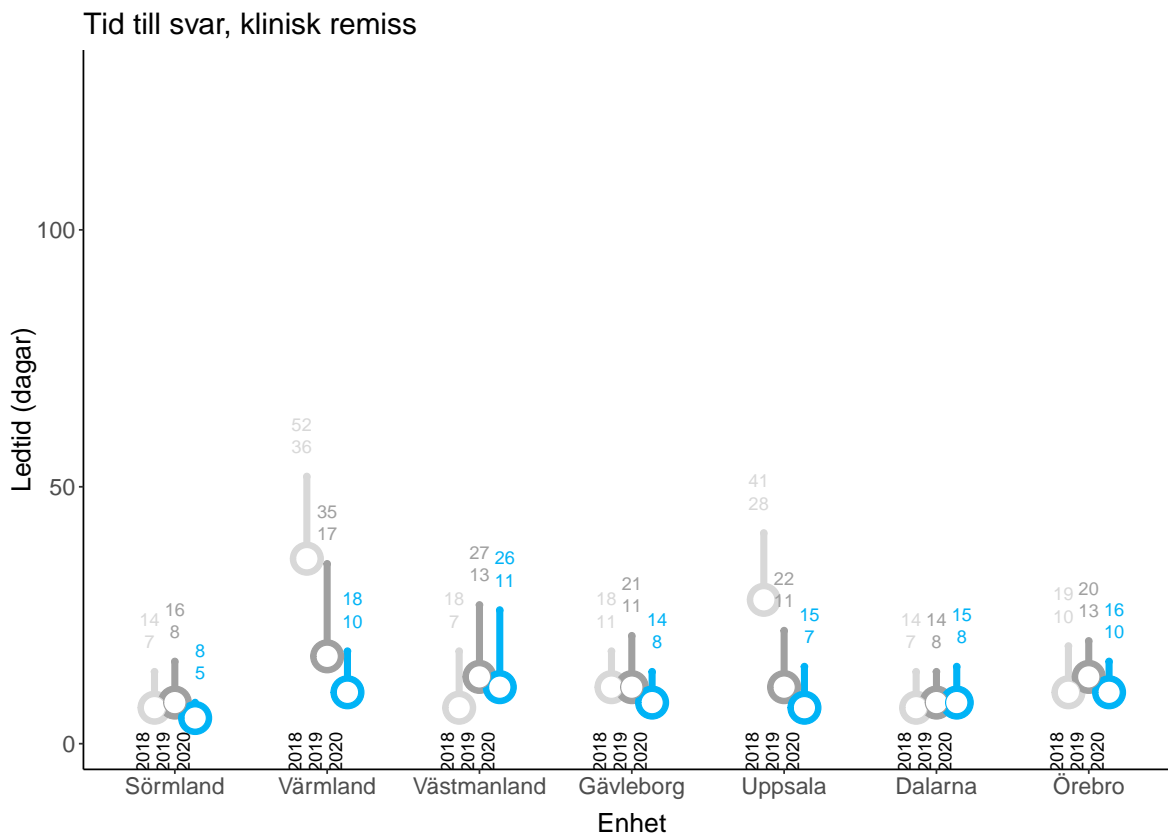
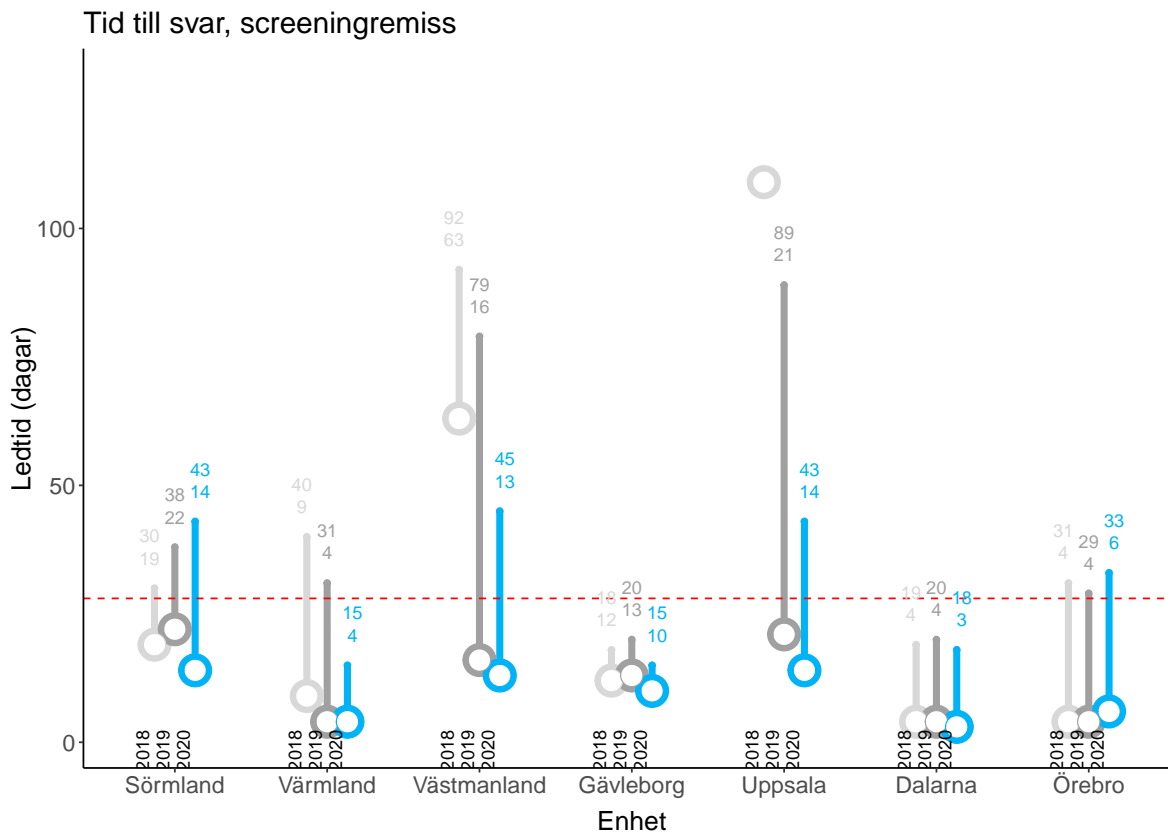
Tid till svar visar antalet kalenderdagar från registreringsdatum på analyserande laboratorium till utskick av svar till kvinnan. Värdet för provtagningsdatum är mer osäkert så länge en signifikant andel icke-elektronisk remisshantering kvarstår och används därför ännu inte för analysen. Det för med sig att förlängda ledtider mellan provtagning och svarsregistrering, som avvikelser i sändning eller kösituation vid inregistreringen på laboratoriet, inte kommer att innefattas i detta mått. Huvuddelen av den mätta tiden utgörs oavsett av processtiden på laboratoriet. Svar med normalfynd och fynd som inte kräver åtgärd eller utredning skickas till kvinnans folkbokföringsadress. Svar vid fynd som innebär utredning eller uppföljning skickas först från laboratoriet till den enhet som är ansvarig för fortsättningen, vanligen en Gynekologmottagning, därifrån skickas sedan besked till kvinnan vilket ofta innehåller ett svarsbrev samt en kallelse till en bokad tid på mottagningen.

Det nationella målvärdet är att 90 % av screeningproverna skall svaras ut inom 28 kalenderdagar från provtagningsdatum.

Resultatet visas med en så kallad boxplot. Den röda streckade linjen motsvarar måltiden för screeningprover. Vårdprogrammet har inte någon fastlagd måltid för prover tagna med klinisk remiss, men en sådan bör vara cirka 10 dagar. Cirkeln visar medianvärdet för antalet dagar och den övre ändpunkten av den blåa linjen när 90 % av proverna är utsvarade. För att målvärdet skall vara uppnått skall hela den blåa linjen vara nedom den röda streckade linjen.

Kommentar:





10 Andel avvikande cellprover inom screening

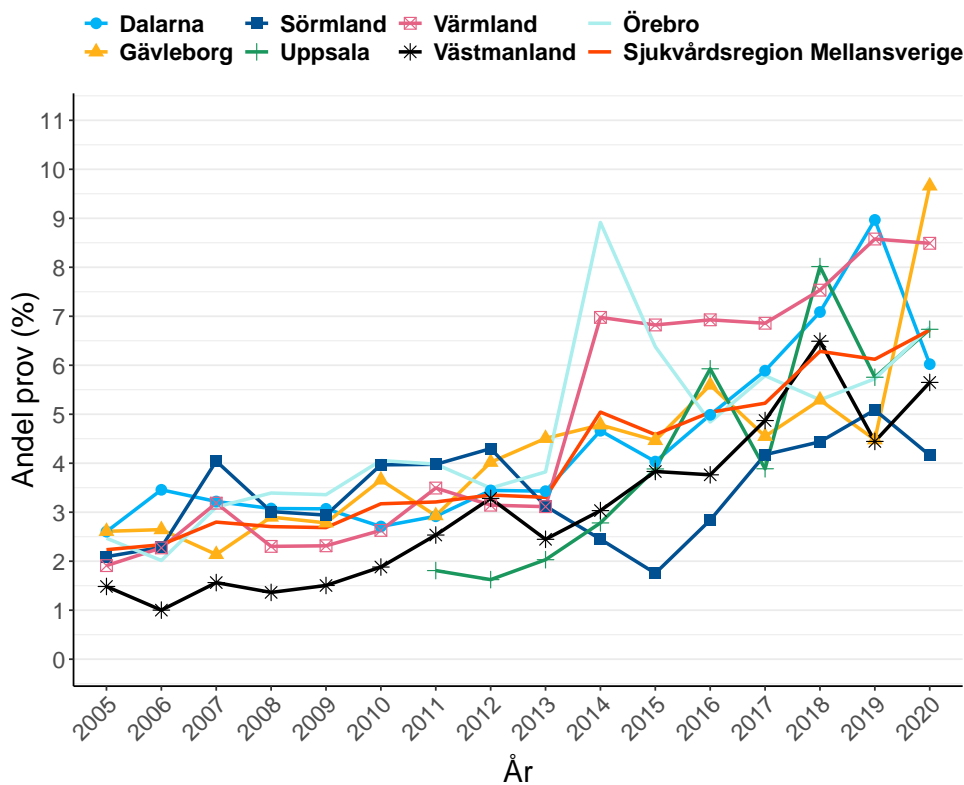
Nedanstående sammanställning visar andelen cellprover tagna med screeningremiss där utfallet visar på någon avvikelse, det vill säga alla avvikelser inte bara de fynd som leder till utredning med koloskopi. Fall som har både avvikande HPV-analysutfall och avvikelse i cytologisk analys har endast räknats en gång.

Sammanställningen i diagrammet är gjord utifrån på vilket laboratorium analysen är gjord, medan kartan grundar sig på kommuner.

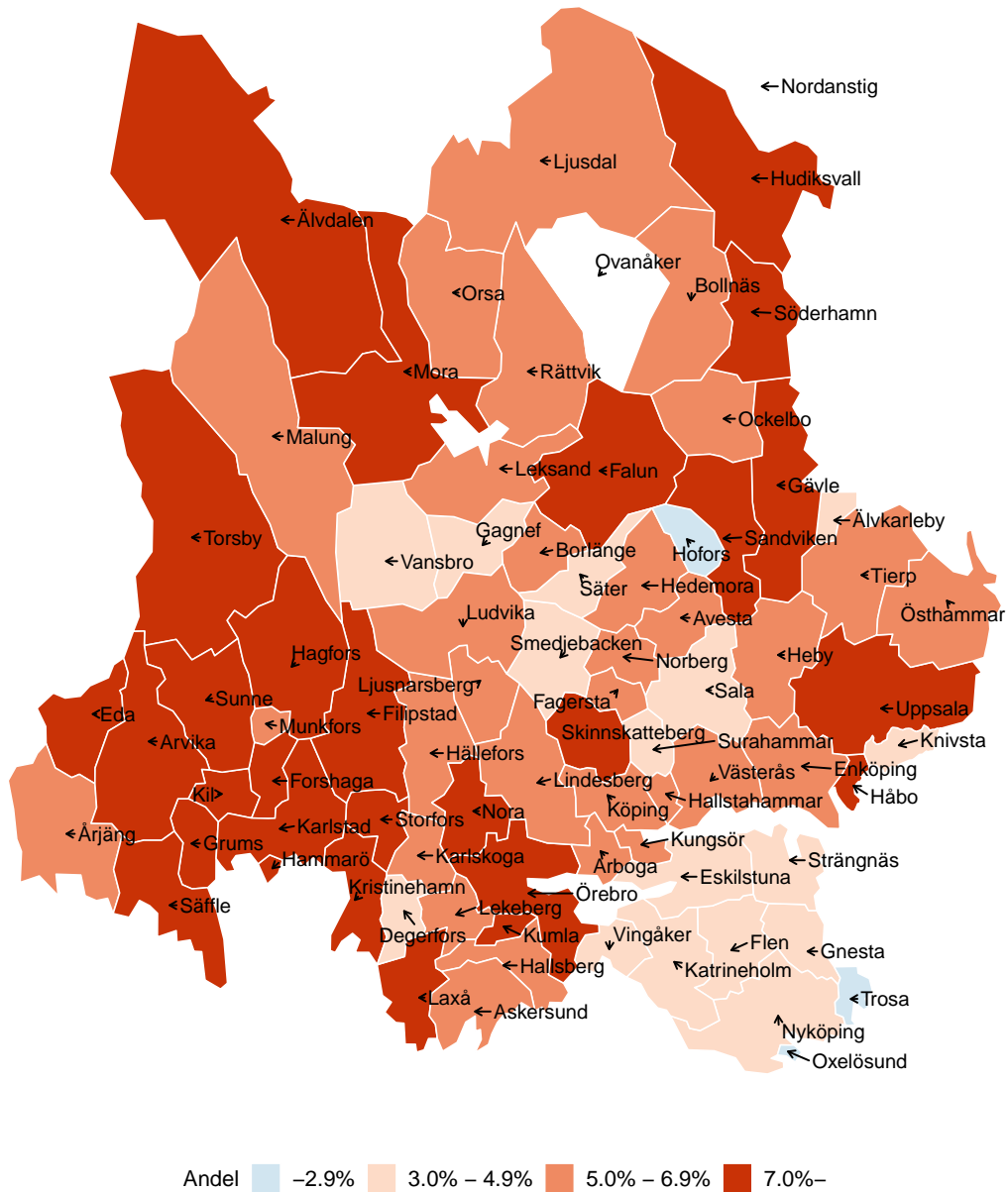
Det finns inget riktmärke för andelen avvikande prover då man inte har något identifierat "sant" värde och en variation över tid och mellan populationer är att vänta. Inom laboratoriernas kvalitetsarbete gör man ändå jämförelser över tid och med riket.

Kommentar:

Avvikande cellprov inom screening per laboratorium 2005–2020



Avvikande cellprov inom screening 2020 visat per geografiskt område.

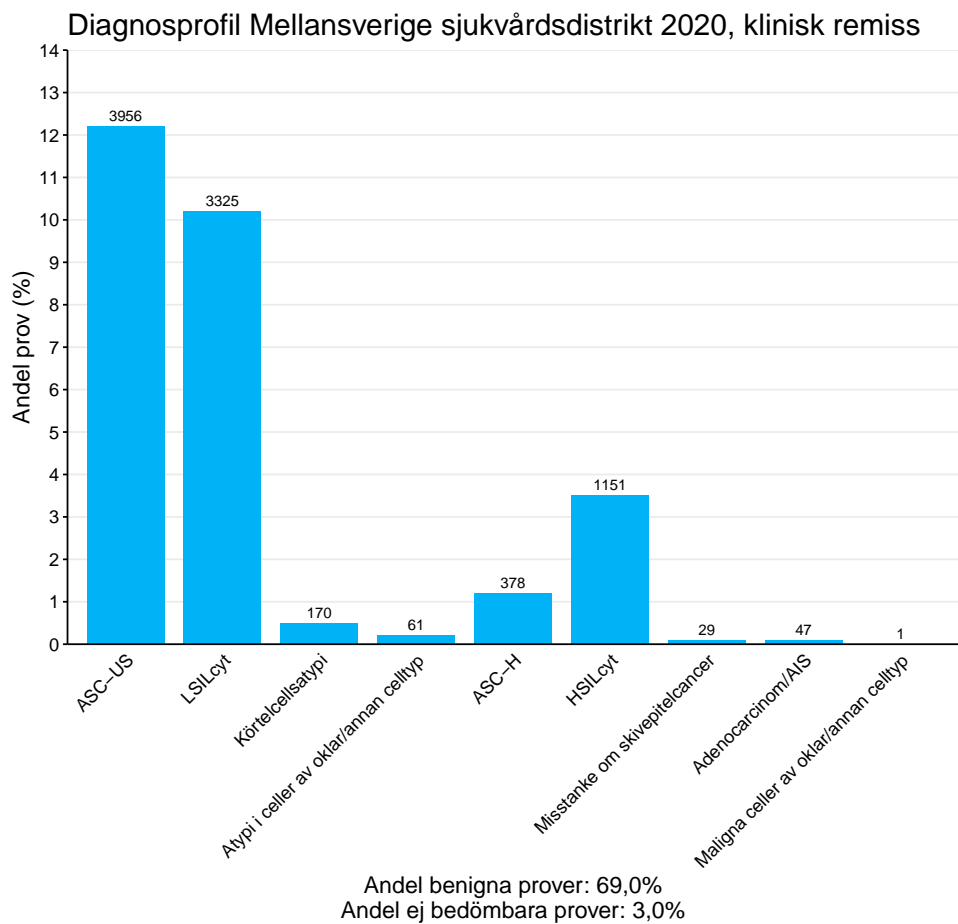
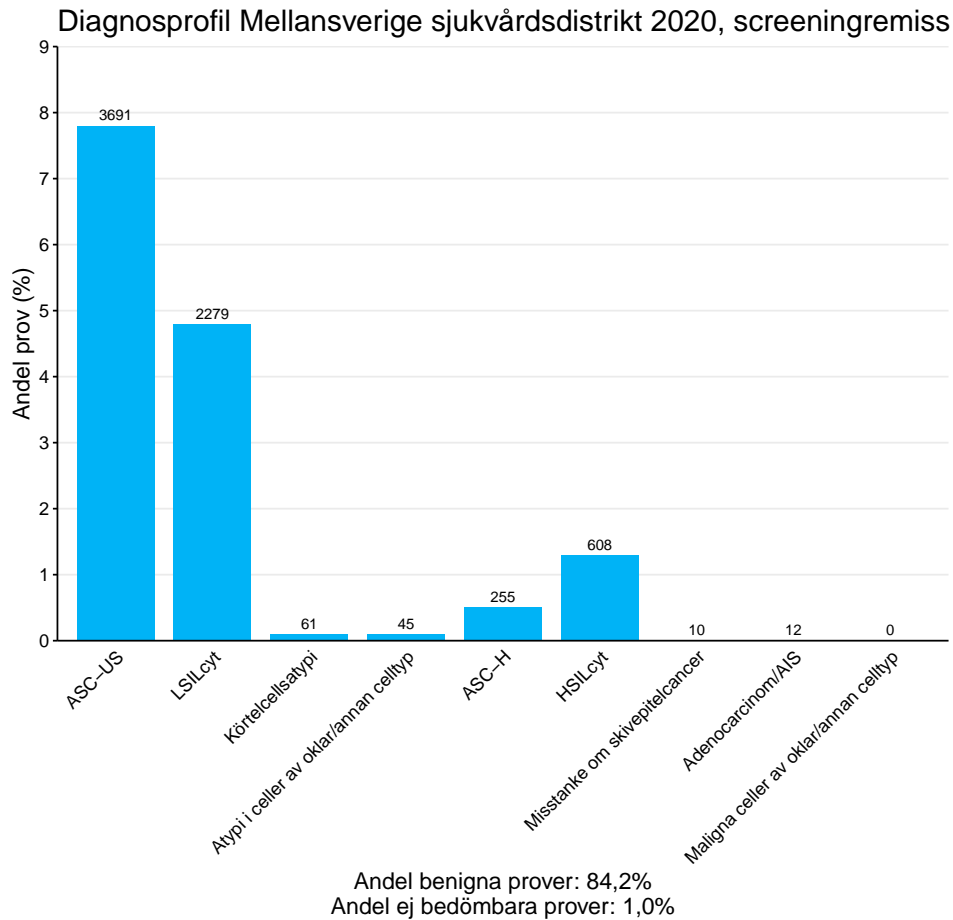


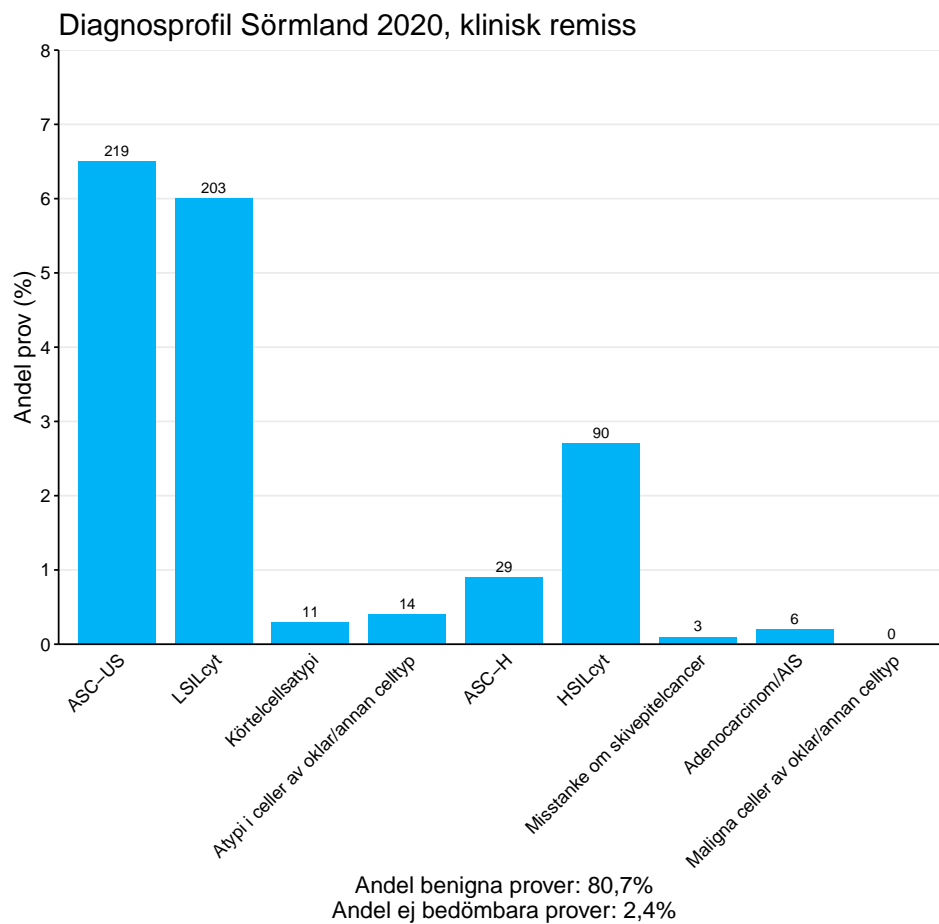
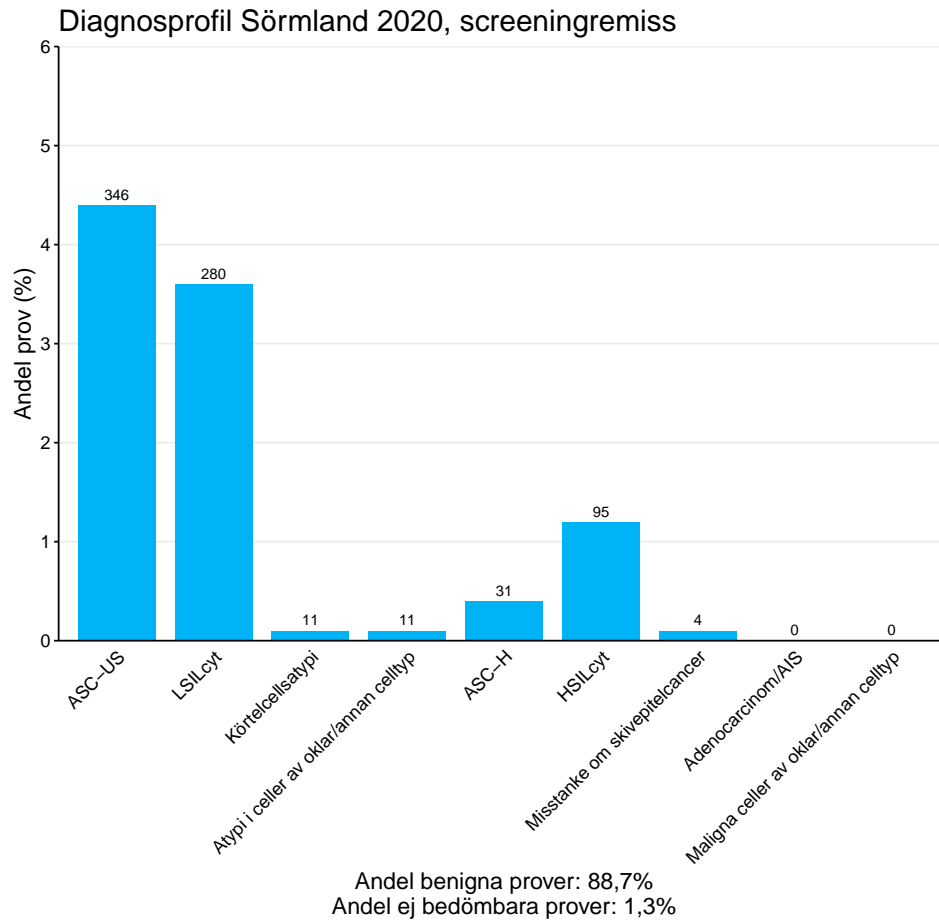
11 Diagnosprofil cytologi

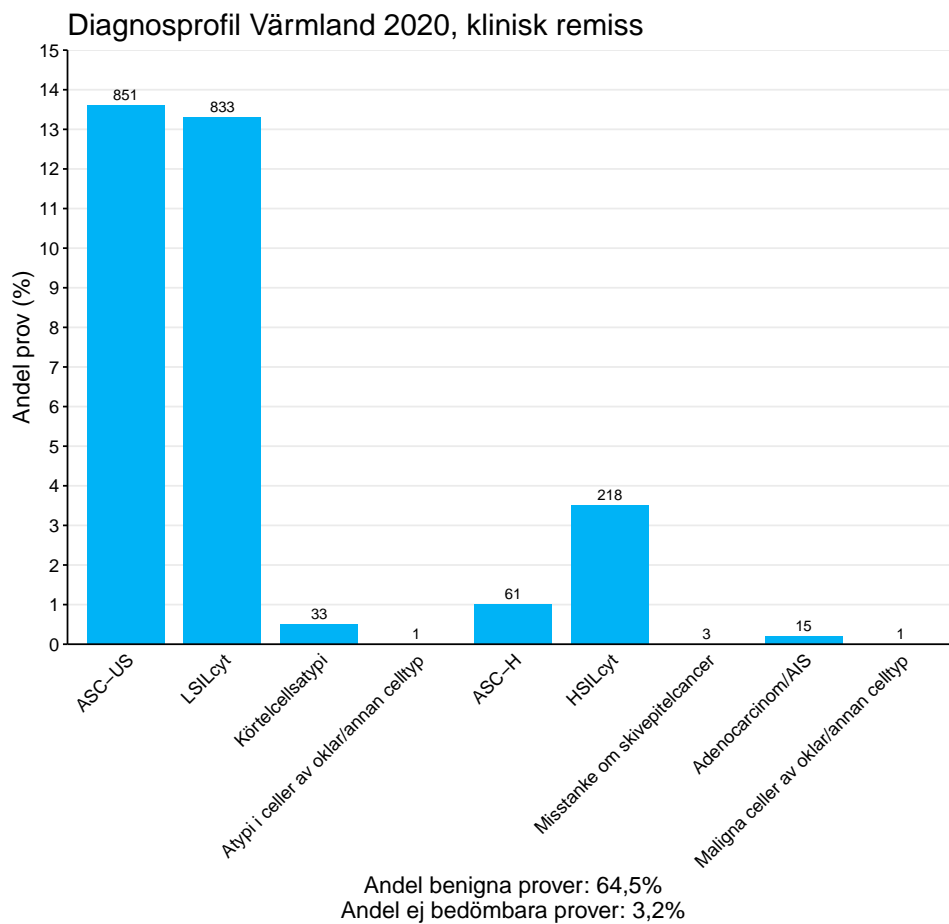
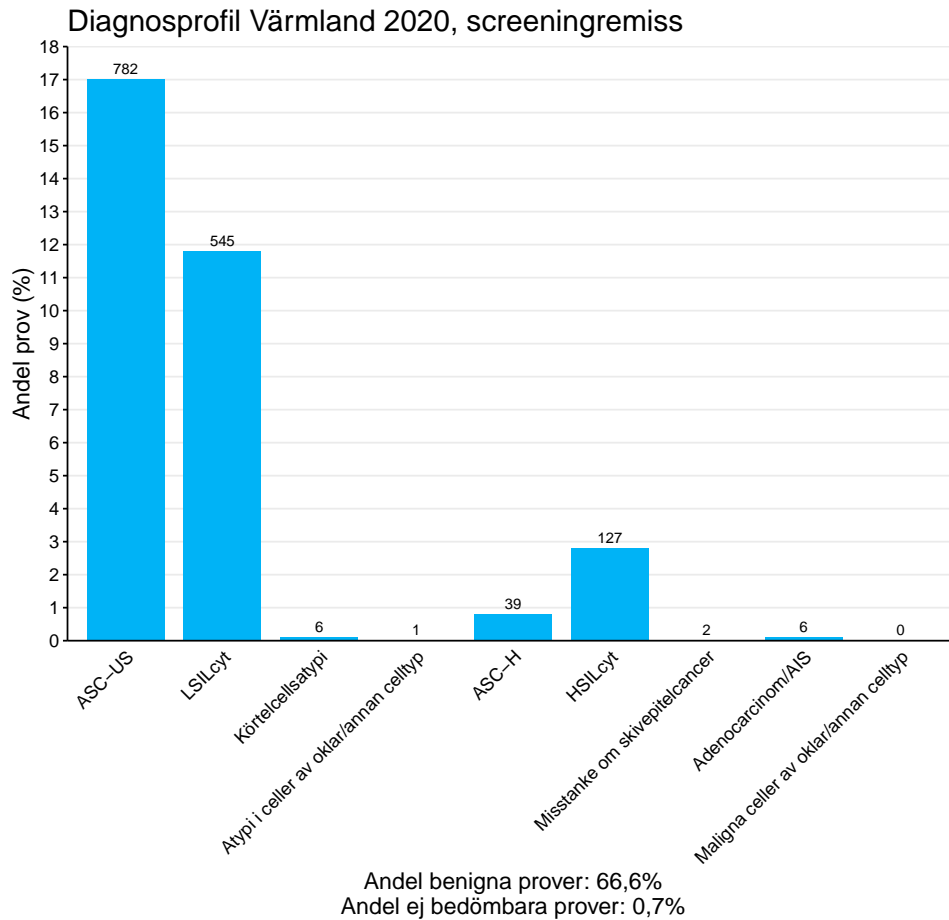
Diagnosprofilerna innefattar enbart prover där det finns en cytologisk analys i årets sammanställning. Skilda profiler tas fram för prover tagna med screeningremiss och prover tagna med klinisk remiss. Om ett fall har fått flera diagnoser (diagnoskoder) klassas fallet enligt diagnosen med högst dysplasi grad/den "värsta" enligt en hierarkis fördefinierad skala, och varje prov räknas bara en gång. Utfallet är framtaget per analyserande laboratorium.

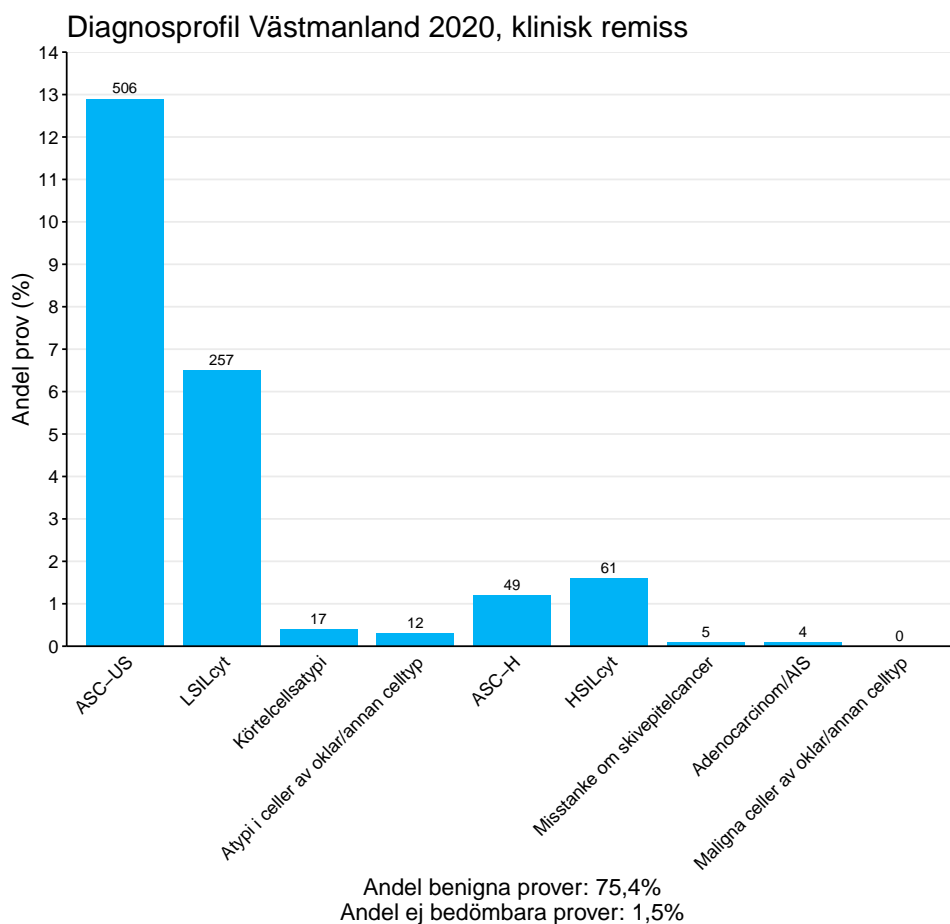
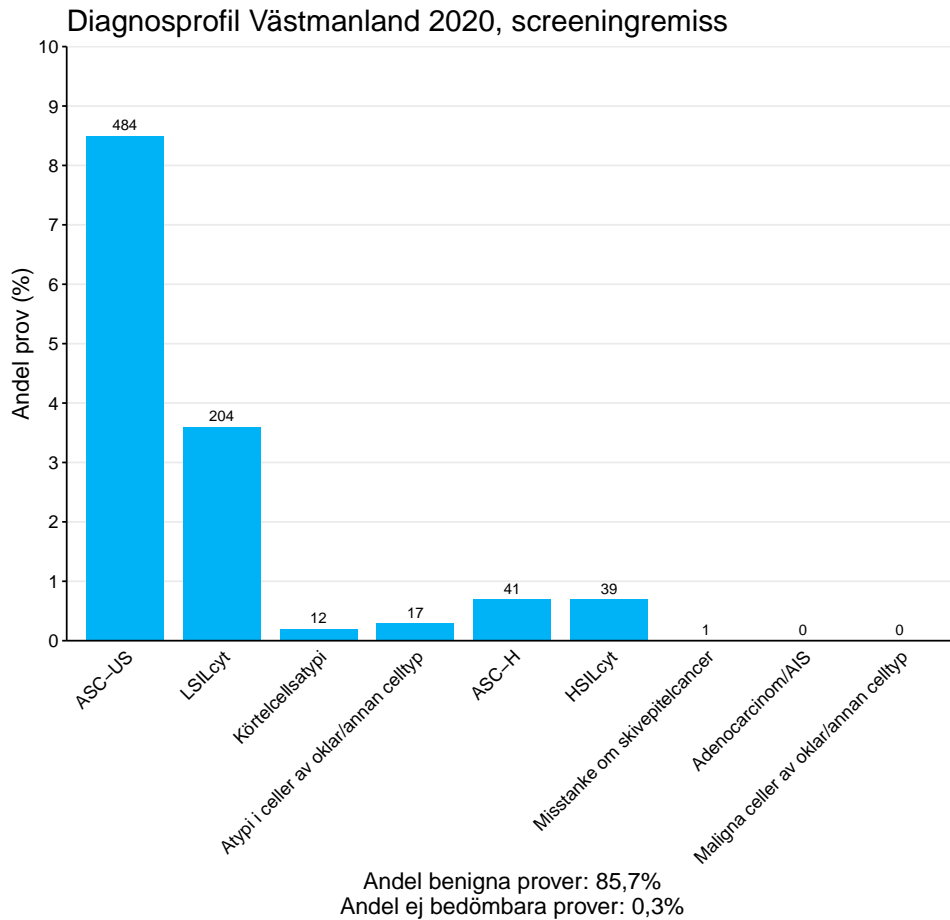
Andelen prover med benigt/normalt utfall, samt obedömbara prover anges med värden under respektive diagram.

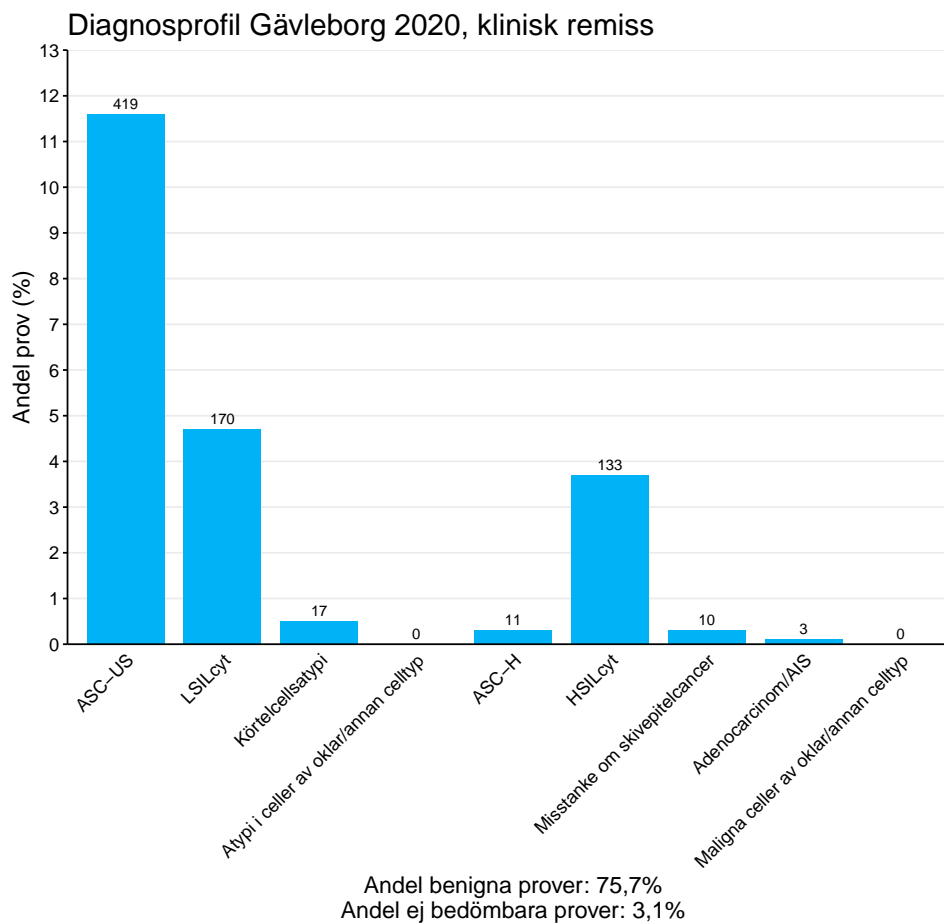
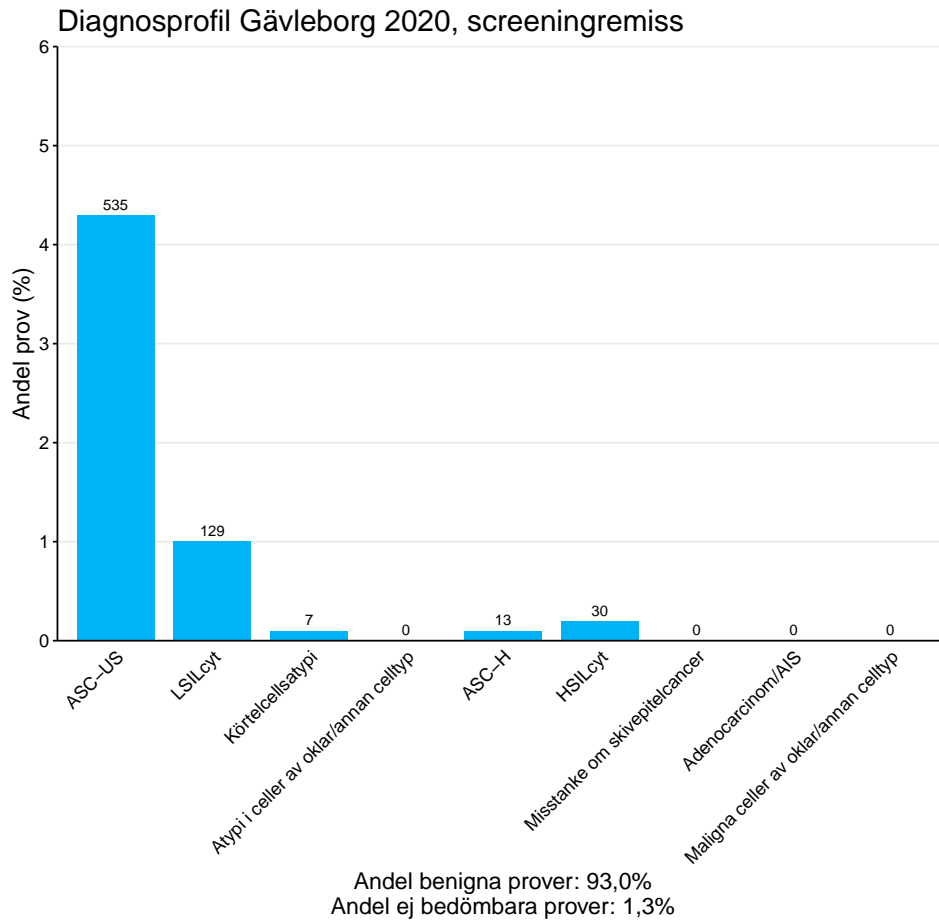
[Kommentar:](#)

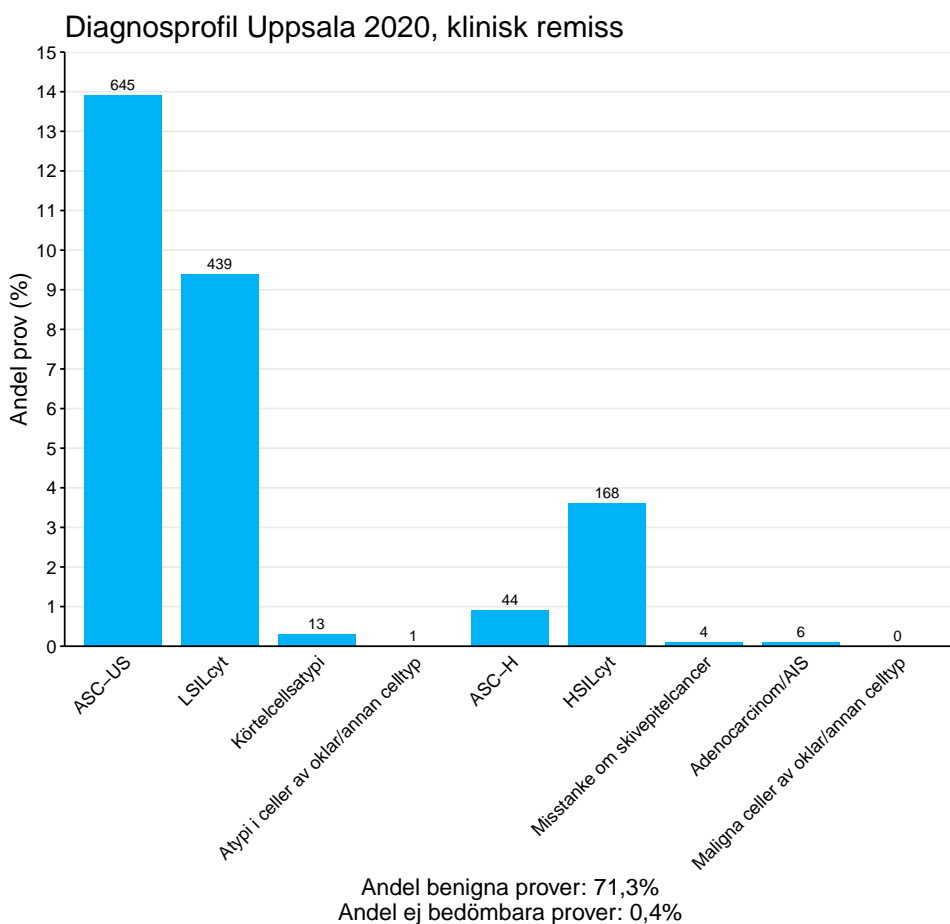
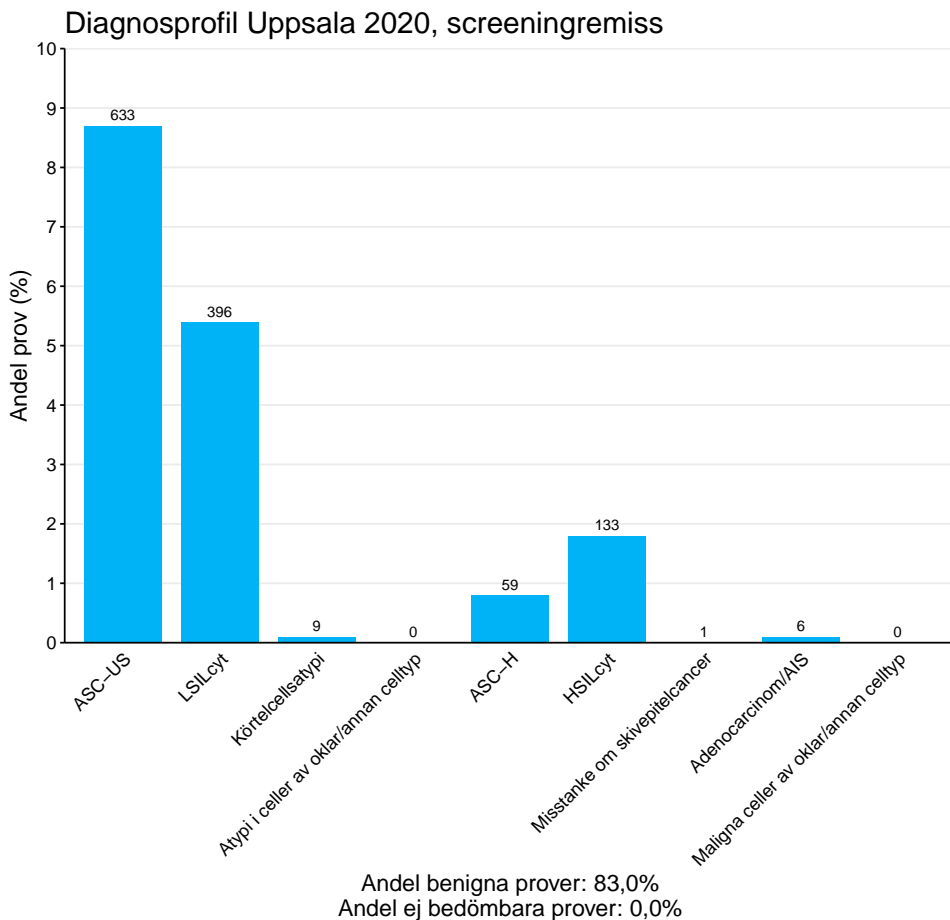


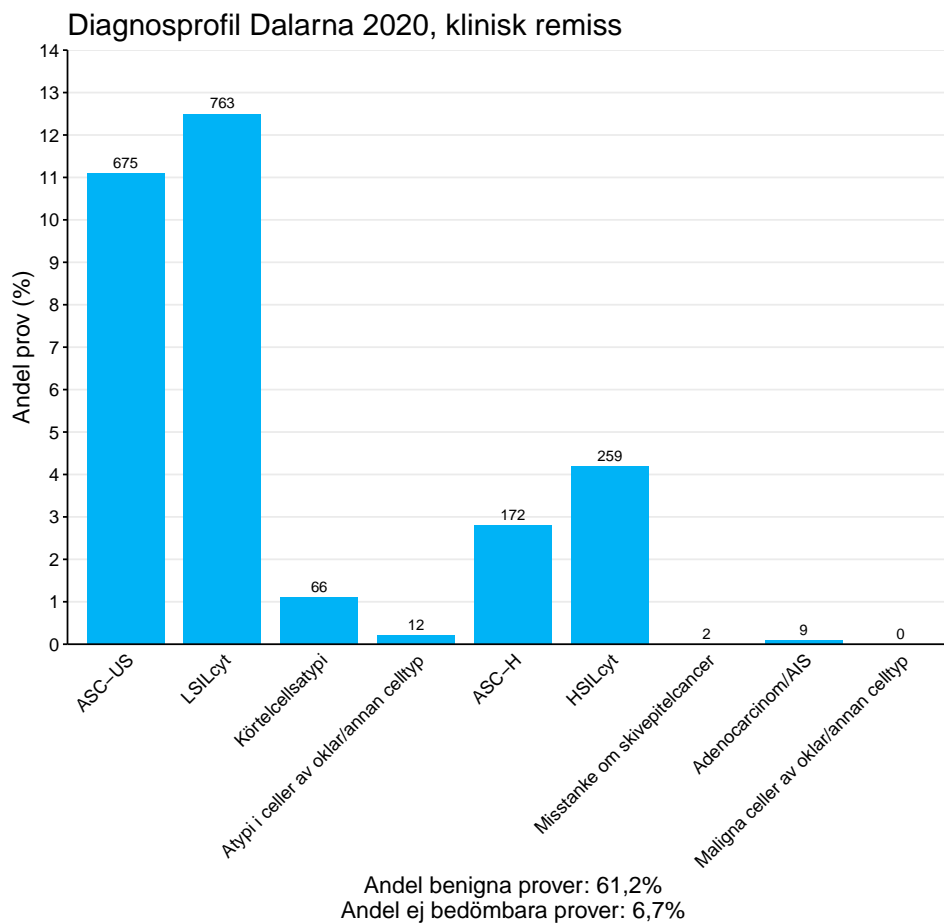
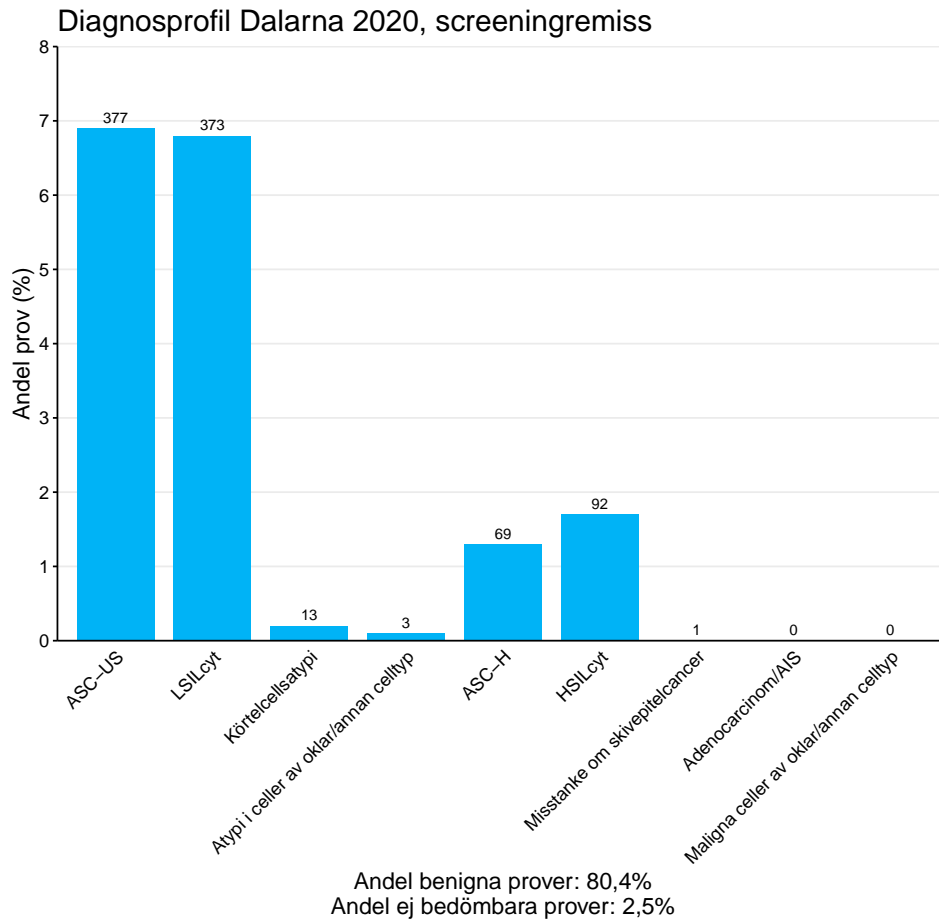


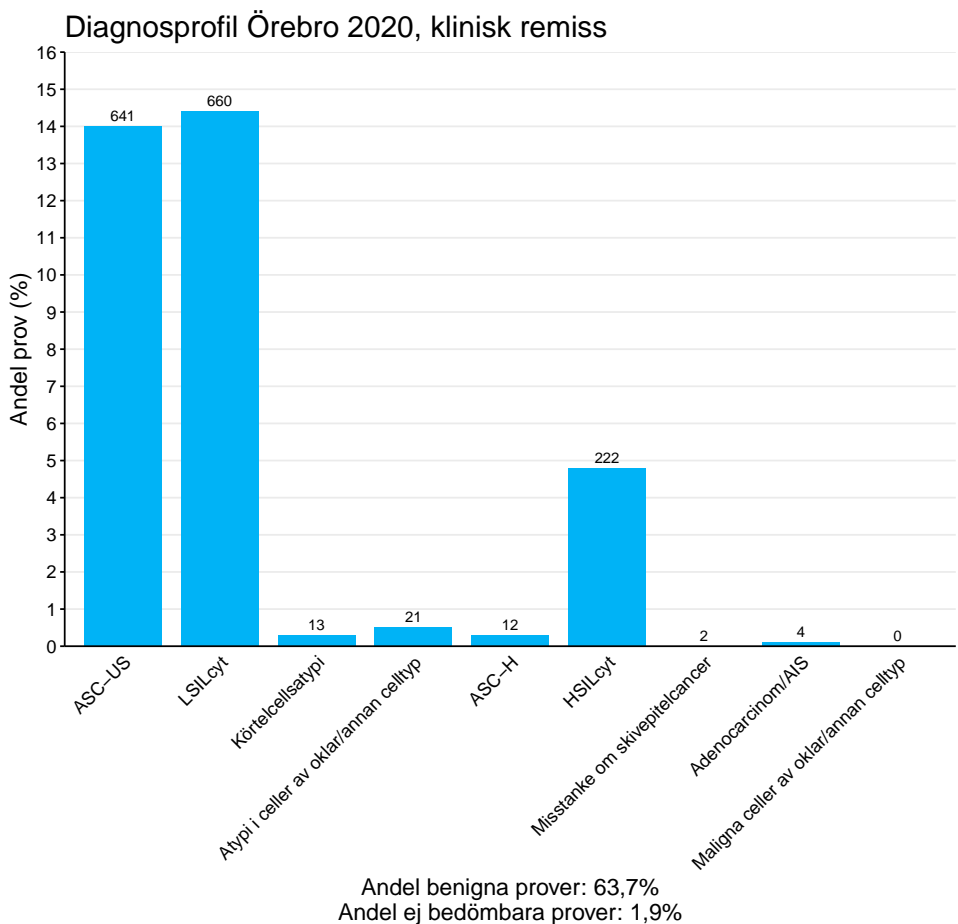
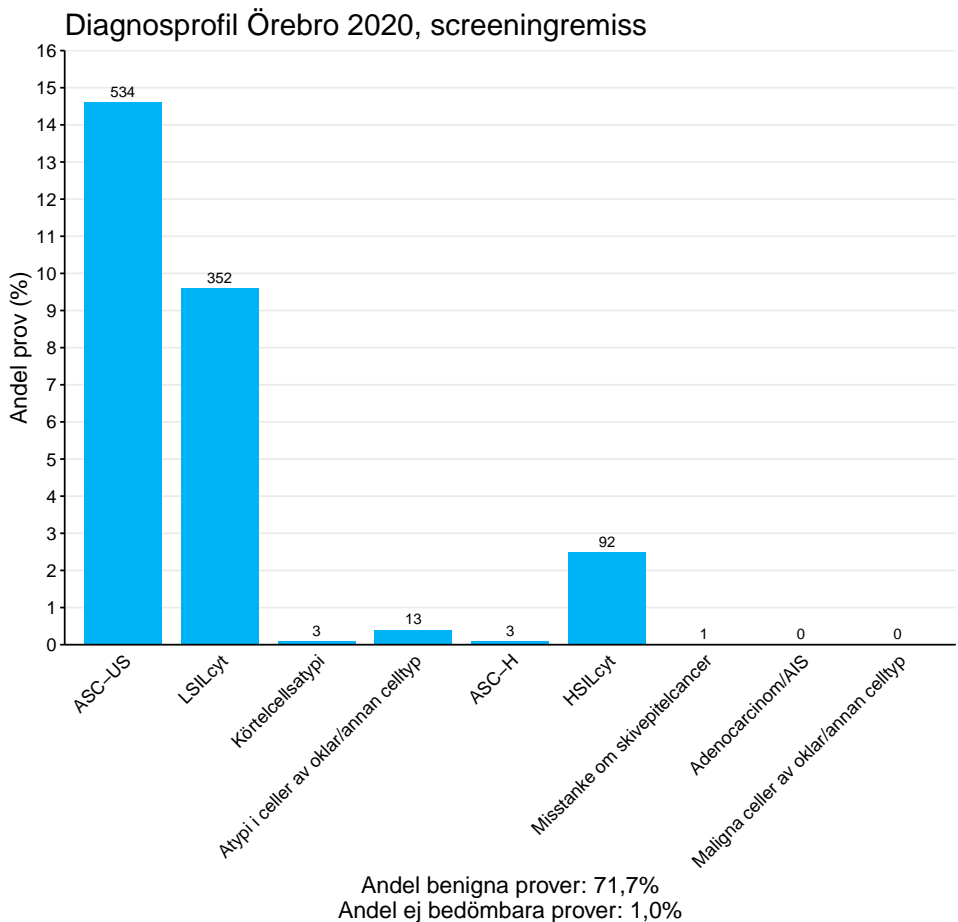












12 Andel avvikande cellprover i screening som är uppföljda i tid

För att utvärdera detta beräknas måttet baserat på cellprover tagna mellan 2019-07-01 och 2020-06-30 för låggradiga förändringar samt 2019-10-01 och 2020-09-30 för höggradiga förändringar. Som uppföljning räknas histologiskt prov/PAD och för låggradiga förändringar även nytt cellprov samt cellprov med HPV-analys och negativt utfall. Målvärdet är satt utifrån ett patientperspektiv. Utfallet, framför allt avseende uppföljningen av höggradiga lesioner är beroende av såväl laboratoriets ledtider som gynekologins handläggningstider.

[Kommentar:](#)

Andel cellprov med ASCUS/LSIL som följts upp inom 6 månader från provtagningsdatum.

Region	Andel prov
Gävleborg	95,6%
Värmland	99,9%
Uppsala	93,5%
Sörmland	88,5%
Västmanland	83,3%
Dalarna	92,0%
Örebro	93,6%
Sjukvårdsregion Mellansverige	93,5%

Andel cellprov med höggradig cytologisk avvikelse som följts upp inom 3 månader från provtagningsdatum.

Region	Andel prov
Gävleborg	71,1%
Värmland	88,7%
Uppsala	72,8%
Sörmland	54,8%
Västmanland	28,4%
Dalarna	55,2%
Örebro	60,2%
Sjukvårdsregion Mellansverige	64,9%

13 Utfall i uppföljande vävnadsprov efter cellprov med cytologisk avvikelse

Dessa lite snåriga tabeller är viktiga att studera i synnerhet för gynekologer, cytodiagnostiker och patologer. Tabellerna visar utfallet i vävnadsprov taget inom 12 månader efter ett cellprov (cytologi och HPV) med påvisade avvikelser. Vid fall med flera diagnoser har den med högst grad använts. Varje cellprov förekommer endast en gång, men ett vävnadsprov kan kopplas med flera cellprover om en kvinna har provtagits flera gånger under den aktuella tidsperioden. HPV-negativa cellprover klassas som benignt. Analysen utgår från cellprover tagna under 2019 för att ett års observationstid för efterföljande vävnadsprov skall vara möjlig för hela materialet.

Från utfallet kan risken att ha en höggradig dysplasi efter en viss cytologisk diagnos extrapoleras. Tabellen visar också andelen av cellprover med avvikande utfall som följs upp med vävnadsprov. Redovisningen är sammanställt efter analyserande laboratorium. Två tabeller finns framtagna. Den som presenteras här utgår från alla cellprover där det finns en diagnos. En andra tabell som endast utgår från cellprover som har uppföljande vävnadsprov finns som web-appendix på:

<https://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/kvalitetsregister/kvalitetsrapporter/>.

Detta är ett strikt datauttag och vi måste försiktigtvis reservera oss för tveksamheter eller fel i programkoder, dateringar, konverteringar eller andra eventuella fel i databasen.

Kommentar:

Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Sjukvårdsregion Mellansverige

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	4516	3,1%	3316	2,3%	544	0,38%	29	0,02%	696	0,48%	134668	94%	143769	100%
ASC-US	1917	13%	3845	26%	1422	9,4%	27	0,18%	358	2,4%	7481	50%	15050	100%
LSILcyt	1183	10%	4095	36%	2110	19%	19	0,17%	236	2,1%	3757	33%	11400	100%
Körtelcellsatypi	123	22%	111	20%	82	15%	70	13%	34	6,1%	139	25%	559	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	42	18%	38	16%	55	23%	6	2,5%	13	5,4%	86	36%	240	100%
ASC-H	105	6,9%	480	31%	701	46%	20	1,3%	23	1,5%	203	13%	1532	100%
HSILcyt	117	3,1%	383	10%	2736	72%	93	2,5%	36	0,95%	421	11%	3786	100%
Misstanke om skivepitelcancer	1	1,3%	1	1,3%	18	23%	35	45%	9	12%	14	18%	78	100%
Adenocarcinom/AIS	5	4,3%	2	1,7%	25	22%	48	42%	3	2,6%	32	28%	115	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	1	50%	–	–	1	50%	2	100%
Totalt	8009	4,5%	12271	7%	7693	4,4%	348	0,2%	1408	0,8%	146802	83%	176531	100%



Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Sörmland

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	529	2,1%	251	0,98%	63	0,25%	6	0,023%	94	0,37%	24698	96%	25641	100%
ASC-US	149	13%	177	15%	83	7,3%	4	0,35%	24	2,1%	706	62%	1143	100%
LSILcyt	94	11%	204	23%	102	12%	1	0,12%	20	2,3%	448	52%	869	100%
Körtelcellsatypi	4	8,7%	3	6,5%	9	20%	10	22%	–	–	20	43%	46	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	3	6,7%	7	16%	11	24%	4	8,9%	2	4,4%	18	40%	45	100%
ASC-H	10	10%	23	23%	33	33%	2	2%	1	1%	30	30%	99	100%
HSILcyt	22	5,4%	42	10%	226	55%	15	3,6%	2	0,49%	104	25%	411	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	6	55%	–	–	5	45%	11	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	9	69%	2	15%	–	–	2	15%	13	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	811	2,9%	707	2,5%	536	1,9%	50	0,18%	143	0,51%	26031	92%	28278	100%

Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Värmland

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	985	6,8%	759	5,3%	67	0,46%	3	0,021%	193	1,3%	12447	86%	14454	100%
ASC-US	540	17%	966	31%	257	8,2%	8	0,25%	78	2,5%	1300	41%	3149	100%
LSILcyt	353	13%	1179	45%	431	16%	4	0,15%	63	2,4%	618	23%	2648	100%
Körtelcellsatypi	23	32%	12	17%	1	1,4%	16	22%	3	4,2%	17	24%	72	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	1	20%	1	20%	–	–	3	60%	5	100%
ASC-H	21	12%	55	32%	82	48%	2	1,2%	1	0,58%	10	5,8%	171	100%
HSILcyt	19	3%	86	13%	498	77%	11	1,7%	–	–	29	4,5%	643	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	1	12%	5	62%	–	–	–	–	2	25%	8	100%
Adenocarcinom/AIS	3	9,1%	1	3%	3	9,1%	17	52%	–	–	9	27%	33	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
Totalt	1944	9,2%	3059	14%	1345	6,3%	62	0,29%	338	1,6%	14436	68%	21184	100%



Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Västmanland

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	295	1,8%	156	0,94%	47	0,28%	4	0,024%	82	0,49%	15991	96%	16575	100%
ASC-US	146	7,7%	237	12%	105	5,5%	4	0,21%	71	3,7%	1344	70%	1907	100%
LSILcyt	64	6,2%	184	18%	142	14%	5	0,49%	37	3,6%	592	58%	1024	100%
Körtelcellsatypi	4	9,1%	4	9,1%	2	4,5%	3	6,8%	1	2,3%	30	68%	44	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	5	9,1%	2	3,6%	10	18%	–	–	4	7,3%	34	62%	55	100%
ASC-H	6	3,3%	15	8,2%	70	38%	3	1,6%	5	2,7%	85	46%	184	100%
HSILcyt	4	1,7%	8	3,3%	138	57%	3	1,2%	1	0,41%	87	36%	241	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	6	29%	9	43%	2	9,5%	4	19%	21	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	10%	4	40%	–	–	5	50%	10	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Totalt	524	2,6%	606	3%	521	2,6%	36	0,18%	203	1%	18172	91%	20062	100%

Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Gävleborg

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	841	2,5%	189	0,57%	115	0,35%	9	0,027%	84	0,25%	31983	96%	33221	100%
ASC-US	219	13%	167	10%	212	13%	4	0,24%	49	3%	986	60%	1637	100%
LSILcyt	72	12%	104	17%	216	36%	2	0,33%	12	2%	202	33%	608	100%
Körtelcellsatypi	14	23%	8	13%	13	21%	18	29%	3	4,8%	6	9,7%	62	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
ASC-H	3	10%	2	6,9%	17	59%	–	–	1	3,4%	6	21%	29	100%
HSILcyt	9	2,9%	15	4,9%	238	78%	18	5,9%	6	2%	21	6,8%	307	100%
Misstanke om skivepitelcancer	1	7,7%	–	–	3	23%	8	62%	–	–	1	7,7%	13	100%
Adenocarcinom/AIS	2	25%	–	–	–	–	4	50%	1	12%	1	12%	8	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	1161	3,2%	485	1,4%	814	2,3%	64	0,18%	156	0,43%	33206	93%	35886	100%



Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Uppsala

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	497	2,1%	659	2,8%	137	0,58%	6	0,025%	35	0,15%	22347	94%	23681	100%
ASC-US	136	5,6%	715	30%	388	16%	7	0,29%	15	0,62%	1152	48%	2413	100%
LSILcyt	87	5,3%	500	30%	474	29%	4	0,24%	8	0,48%	582	35%	1655	100%
Körtelcellsatypi	7	11%	13	21%	21	34%	16	26%	–	–	5	8,1%	62	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
ASC-H	6	3,2%	36	19%	114	61%	6	3,2%	–	–	25	13%	187	100%
HSILcyt	8	1,2%	43	6,6%	523	80%	24	3,7%	1	0,15%	55	8,4%	654	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	2	20%	7	70%	–	–	1	10%	10	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	1	3,3%	8	27%	17	57%	–	–	4	13%	30	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	741	2,6%	1967	6,9%	1667	5,8%	87	0,3%	59	0,21%	24172	84%	28693	100%

Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Dalarna

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	560	3,3%	1045	6,2%	69	0,41%	1	0,0059%	141	0,84%	15002	89%	16818	100%
ASC-US	174	7,2%	1090	45%	219	9%	–	–	61	2,5%	882	36%	2426	100%
LSILcyt	132	5,1%	1383	53%	466	18%	3	0,11%	53	2%	575	22%	2612	100%
Körtelcellsatypi	65	27%	70	29%	34	14%	7	2,9%	19	7,9%	46	19%	241	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	7	17%	14	34%	7	17%	–	–	1	2,4%	12	29%	41	100%
ASC-H	54	6,5%	345	42%	361	44%	7	0,85%	15	1,8%	43	5,2%	825	100%
HSILcyt	5	0,6%	142	17%	621	74%	21	2,5%	11	1,3%	36	4,3%	836	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	5	100%	–	–	–	–	5	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	4	33%	4	33%	1	8,3%	3	25%	12	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	997	4,2%	4089	17%	1781	7,5%	48	0,2%	302	1,3%	16599	70%	23816	100%



Utfall i vävnadsprov från cervix tagna inom 12 månader efter cellprov, baserat på alla cellprov med cytologisk analys: Örebro

Histopatologi från enbart cervix

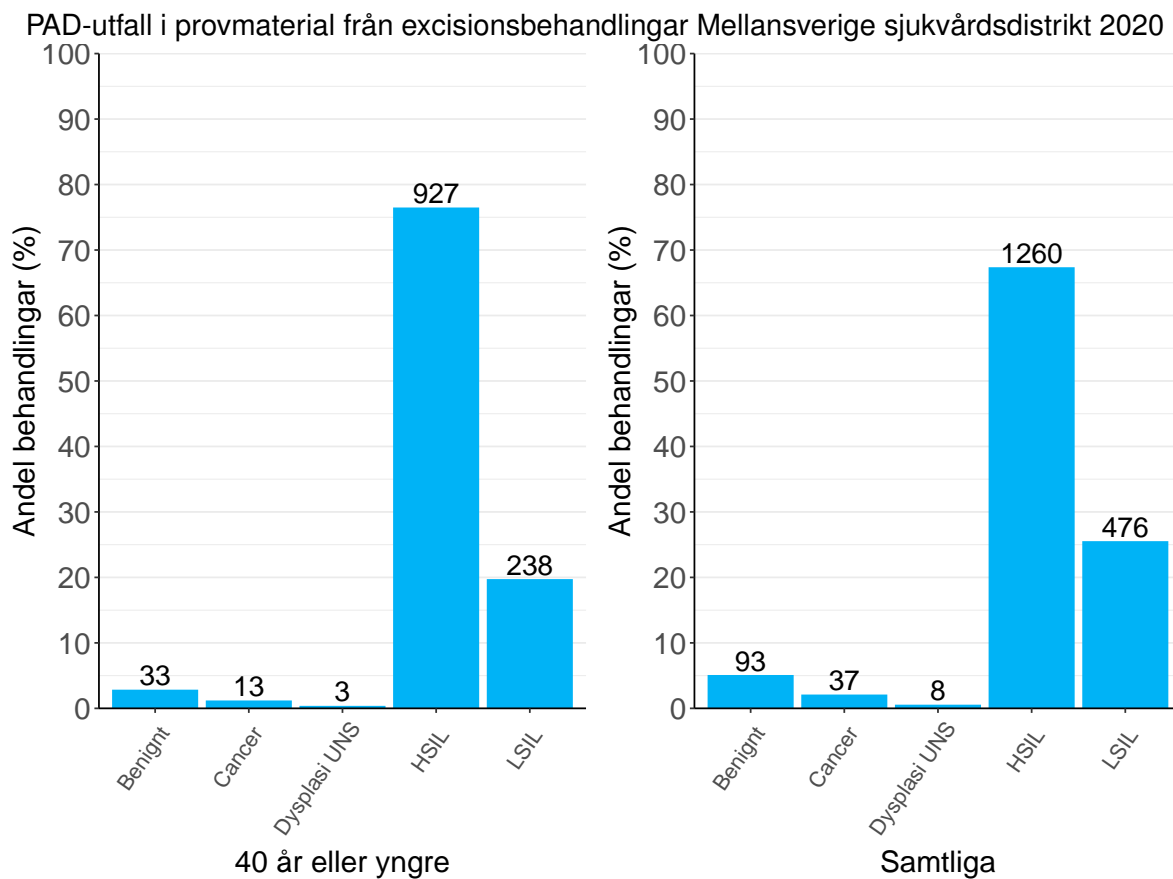
	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Inget prov		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	809	6%	257	1,9%	46	0,34%	–	–	67	0,5%	12200	91%	13379	100%
ASC-US	553	23%	493	21%	158	6,7%	–	–	60	2,5%	1111	47%	2375	100%
LSILcyt	381	19%	541	27%	279	14%	–	–	43	2,2%	740	37%	1984	100%
Körtelcellsatypi	6	19%	1	3,1%	2	6,2%	–	–	8	25%	15	47%	32	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	27	29%	15	16%	26	28%	–	–	6	6,5%	18	20%	92	100%
ASC-H	5	14%	4	11%	24	65%	–	–	–	–	4	11%	37	100%
HSILcyt	50	7,2%	47	6,8%	492	71%	1	0,14%	15	2,2%	89	13%	694	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	2	20%	–	–	7	70%	1	10%	10	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	1	11%	8	89%	9	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	1831	9,8%	1358	7,3%	1029	5,5%	1	0,0054%	207	1,1%	14186	76%	18612	100%

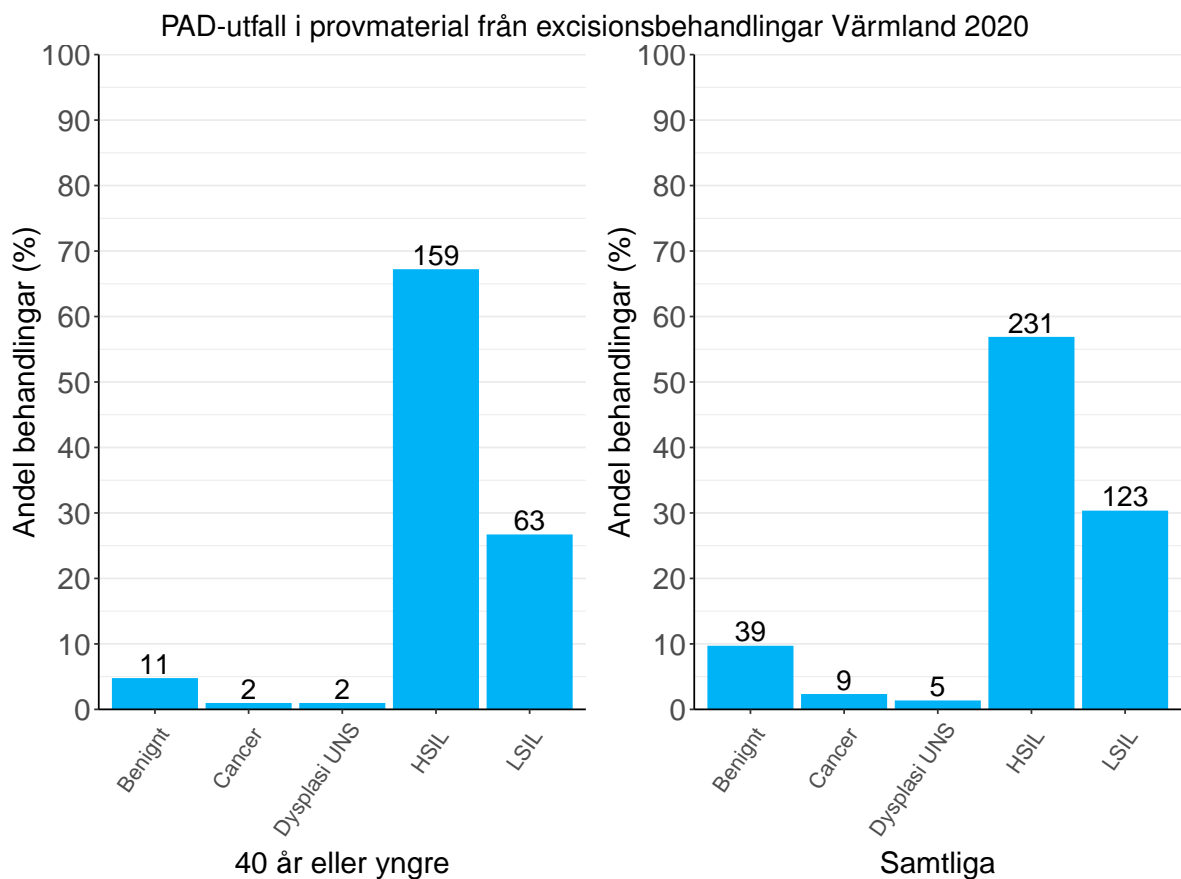
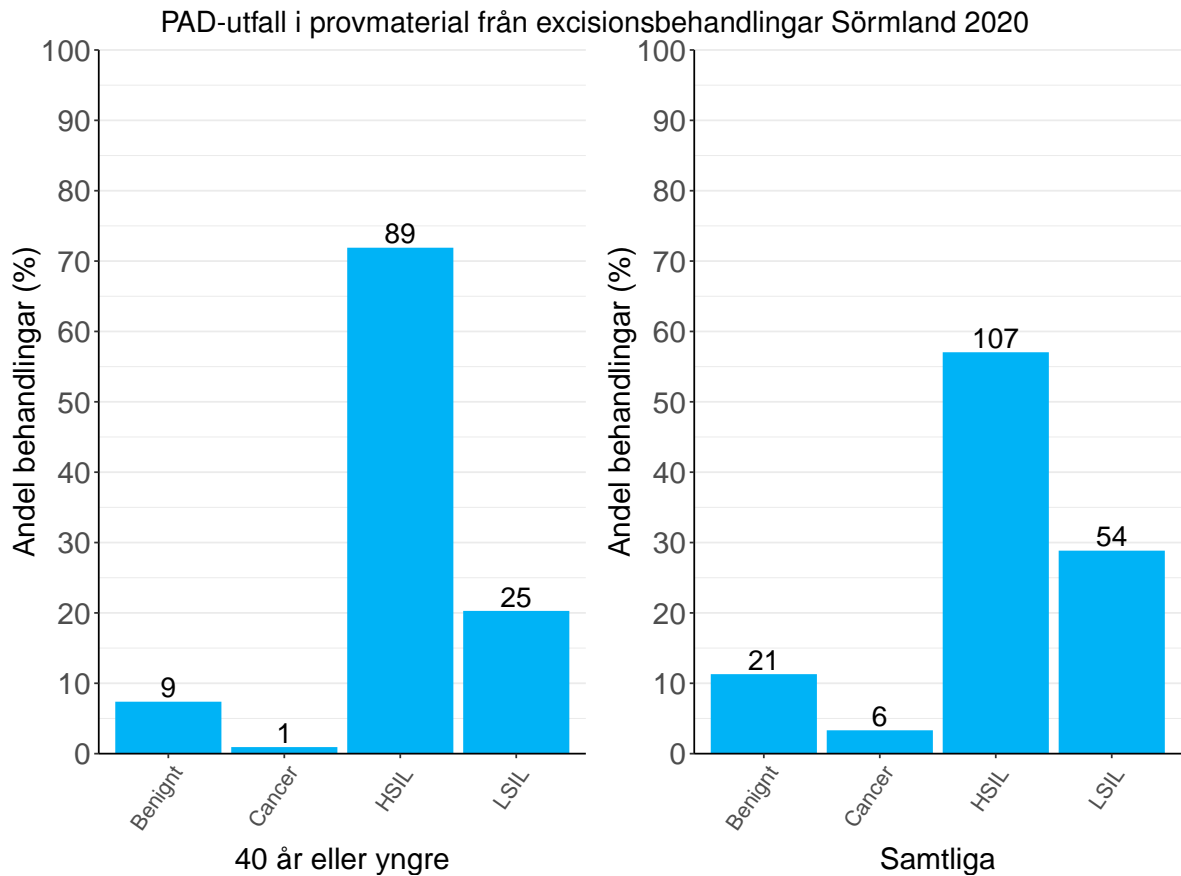
14 PAD-utfall i vävnadsprover från behandling

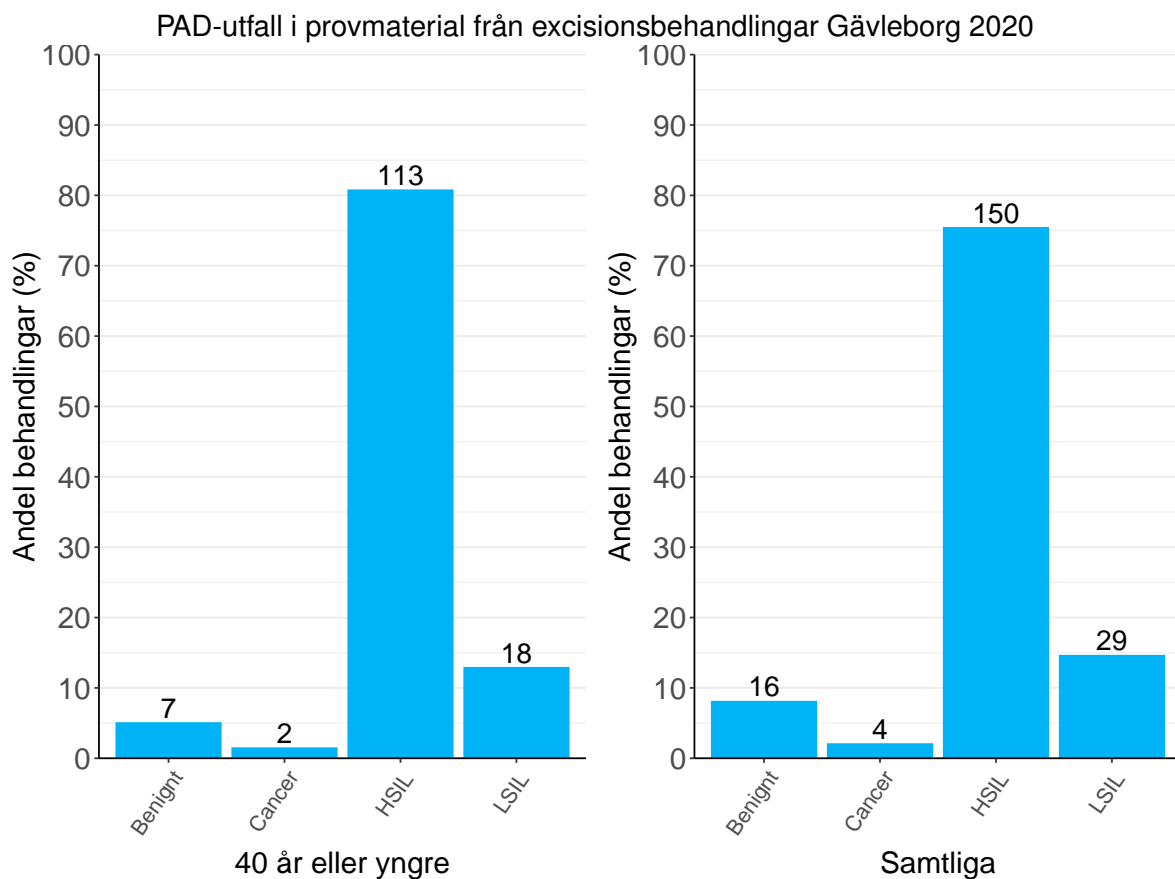
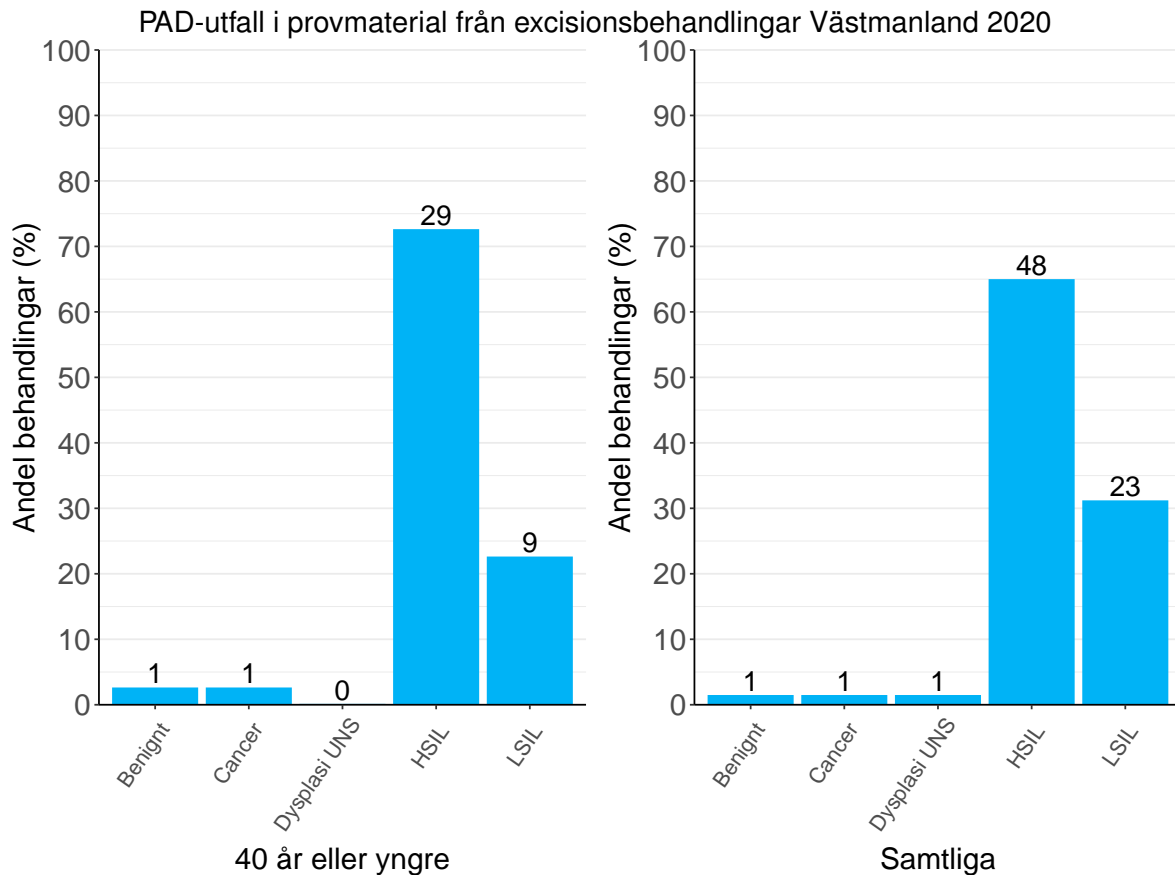
Det histopatologiska utfallet i excisionsprover är en nationell kvalitetsindikator enligt vårdprogrammet, där andelen koner med höggradig förändring (HSIL/AIS eller cancer) bör ligga över 75 % i samtliga ålderskategorier och där andelen excisionsbehandlingar utan påvisad dysplasi ("benigna koner") bör ligga under 15 % för hela gruppen och under 10 % för kvinnor under 40 år. En hög andel HSIL i excisionsbehandlingarna anses tyda på att utredningarna håller hög kvalitet, då inte excisionsbehandling utan uppföljning rekommenderas för LSIL i de allra flesta fall. När det gäller andelen koner med påvisad dysplasi är det emellertid inte realistiskt att andelen går helt till noll. Några dysplasier går till exempel sannolikt under i samband med biopsitagning och efterföljande läkningsprocess.

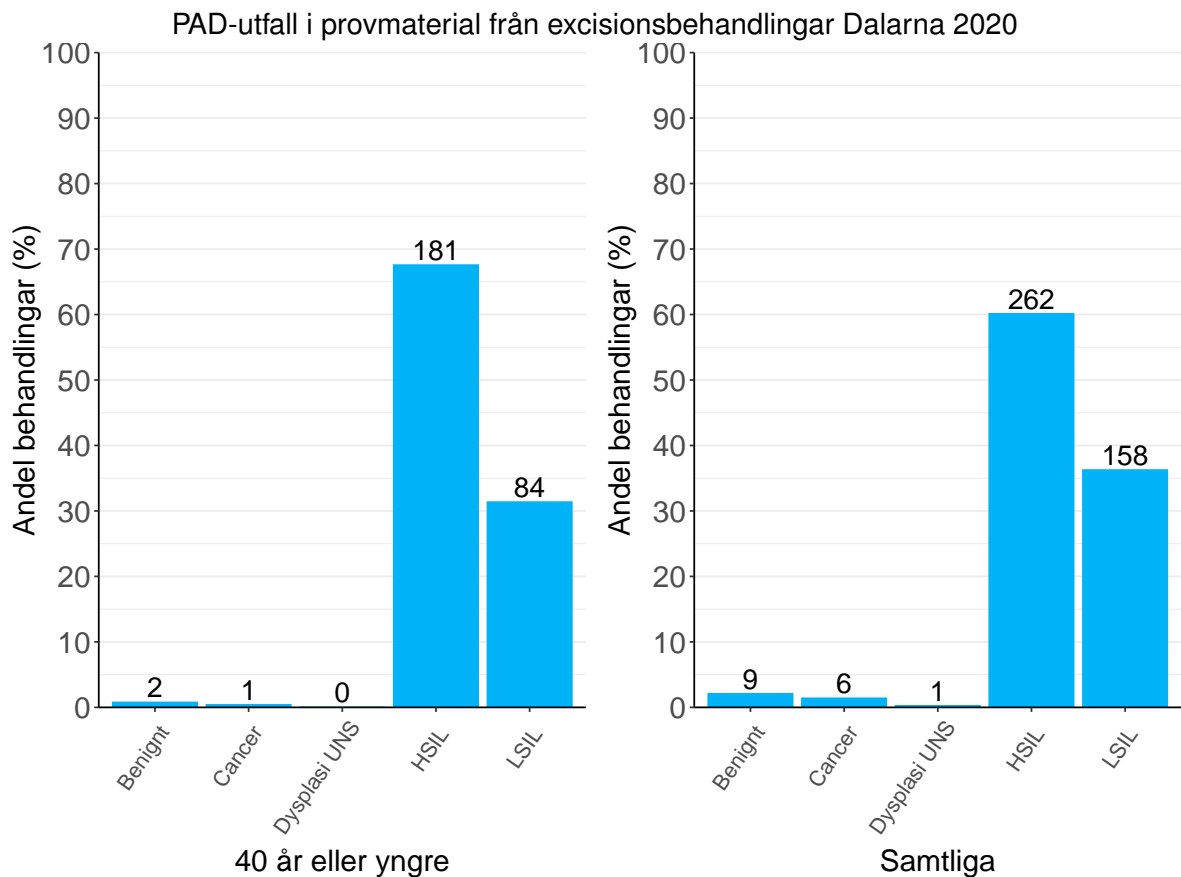
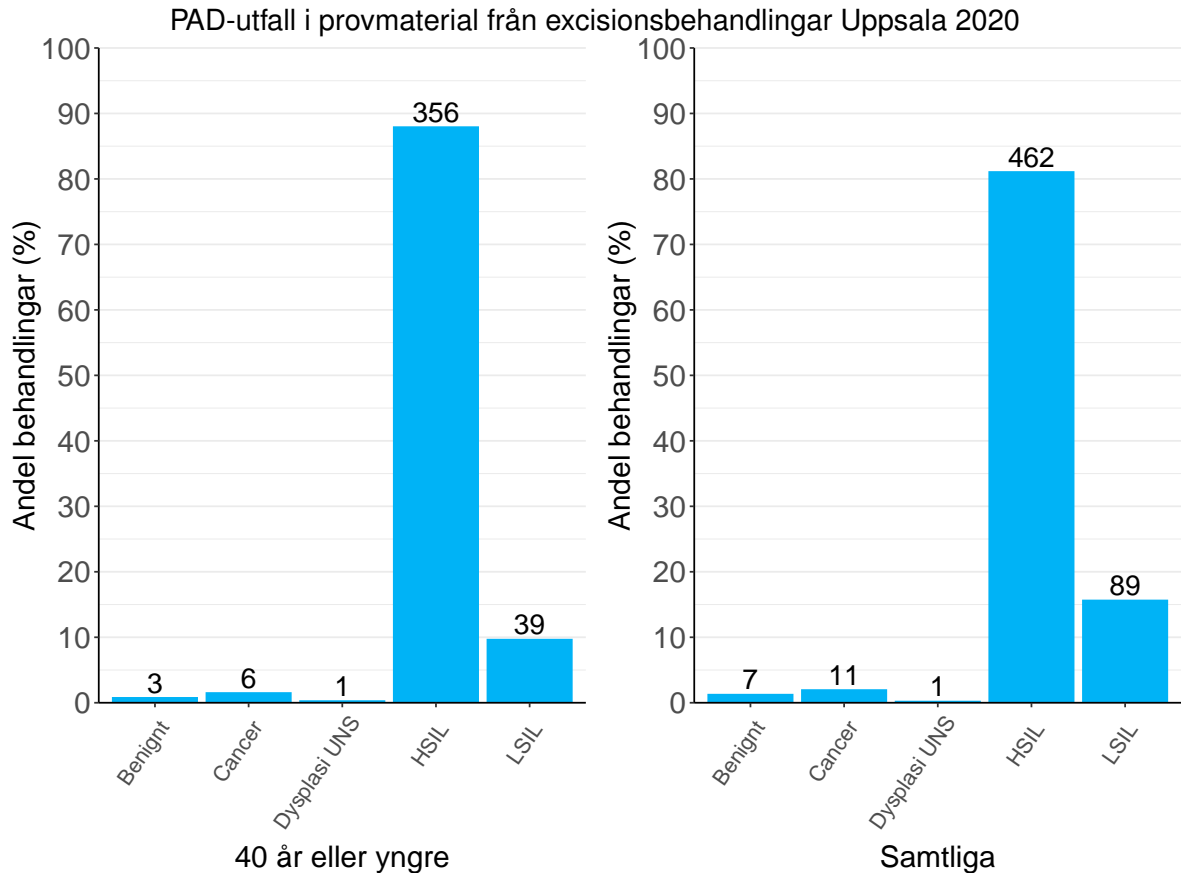
Det presenterade utfallet har några svagheter; på grund av svårigheter att klassificera typ av vävnadsprov i data inrapporterad till Cytburken kan information falla bort. Detta är orsaken till kolumnen PAD-utfall saknas.

Kommentar:









PAD-utfall i provmaterial från excisionsbehandlingar per behandlande enhet 2020

Behandlande enhet	PAD-utfall								Totalt Antal
	Benigt		CIN2+		Övrigt		PAD-utfall saknas		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Gyn mottagningen Karlstad	37	10%	219	59%	112	30%	1	–	370
Gyn Torsby	1	4%	16	57%	10	36%	1	4%	28
GynekologiskaSpecMott AS	7	1%	397	81%	75	15%	1	–	488
Gynmottagningen Köping	–	–	15	14%	12	11%	1	1%	108
GynOp Enköping	–	–	76	80%	15	16%	2	2%	95
Gynop Karlstad	1	8%	5	38%	6	46%	–	–	13
KK Falun	6	2%	209	58%	138	38%	5	1%	360
KK Mora	3	4%	59	70%	22	26%	–	–	84
Kvinnokliniken Gävle	14	10%	94	69%	23	17%	1	1%	137
Kvinnokliniken Hudiksvall	2	3%	60	86%	6	9%	1	1%	70
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergiska sjukhuset	6	5%	75	60%	32	25%	1	1%	126
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	15	20%	38	50%	22	29%	–	–	76
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	1	–	34	11%	12	4%	1	–	304
Totalt	93	4%	1297	57%	485	21%	15	1%	2259

15 Dysplasibehandlingar antal och typ

Det står alltmer klart att den något ökade risken för att föda för tidigt i graviteter som kommer efter dysplasibehandling står i proportion till volymen cervixvävnad som tas bort eller förstörs. Andelen ”konhöjd registrerad” avser naturligtvis endast excisionsbehandlingar. Vårdprogrammet liksom de nationella riktlinjerna föreskriver att de gynekologer som behandlar dysplasi ska utföra minst 25 ingrepp per år. Efterföljande tabell visar andelen operatörer på respektive enhet som når upp till denna volym. Den visar också den ur patientperspektiv viktigaste uppgiften - hur stor andel av alla behandlingar görs av läkare med denna erfarenhet.

[Kommentar:](#)

Antal behandlingar och antal registrerade konhöjder per enhet 2020

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Exc	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Gyn mottagningen Karlstad	370	0	0	0	370	368	99%	8	2	15
Gyn Torsby	28	0	0	0	28	28	100%	12	5	17
GynekologiskaSpecMott AS	488	0	0	0	488	488	100%	10	3	18
Gynmottagningen Köping	108	0	0	0	108	108	100%	8	5	20
GynOp Enköping	95	0	0	0	95	95	100%	11	5	15
Gynop Karlstad	13	0	5	0	18	13	100%	10	6	20
KK Falun	360	0	0	0	360	359	100%	13	0	23
KK Mora	84	0	0	0	84	83	99%	13	7	23
Kvinnokliniken Gävle	137	0	0	0	137	136	99%	12	7	29
Kvinnokliniken Hudiksvall	70	0	1	1	72	70	100%	10	5	15
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergsga sjukhuset	126	0	0	0	126	126	100%	9	4	21
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	76	0	0	0	76	72	95%	10	4	17
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	304	0	0	0	304	303	100%	10	5	20
Alla enheter	2259	0	6	1	2266	2249	100%	10	0	29

Exc = excision, Des = Destruktion, Hyst = Hysterektomi, Övr = Övrigt, Tot = Totalt

Erfarenhet operatörer

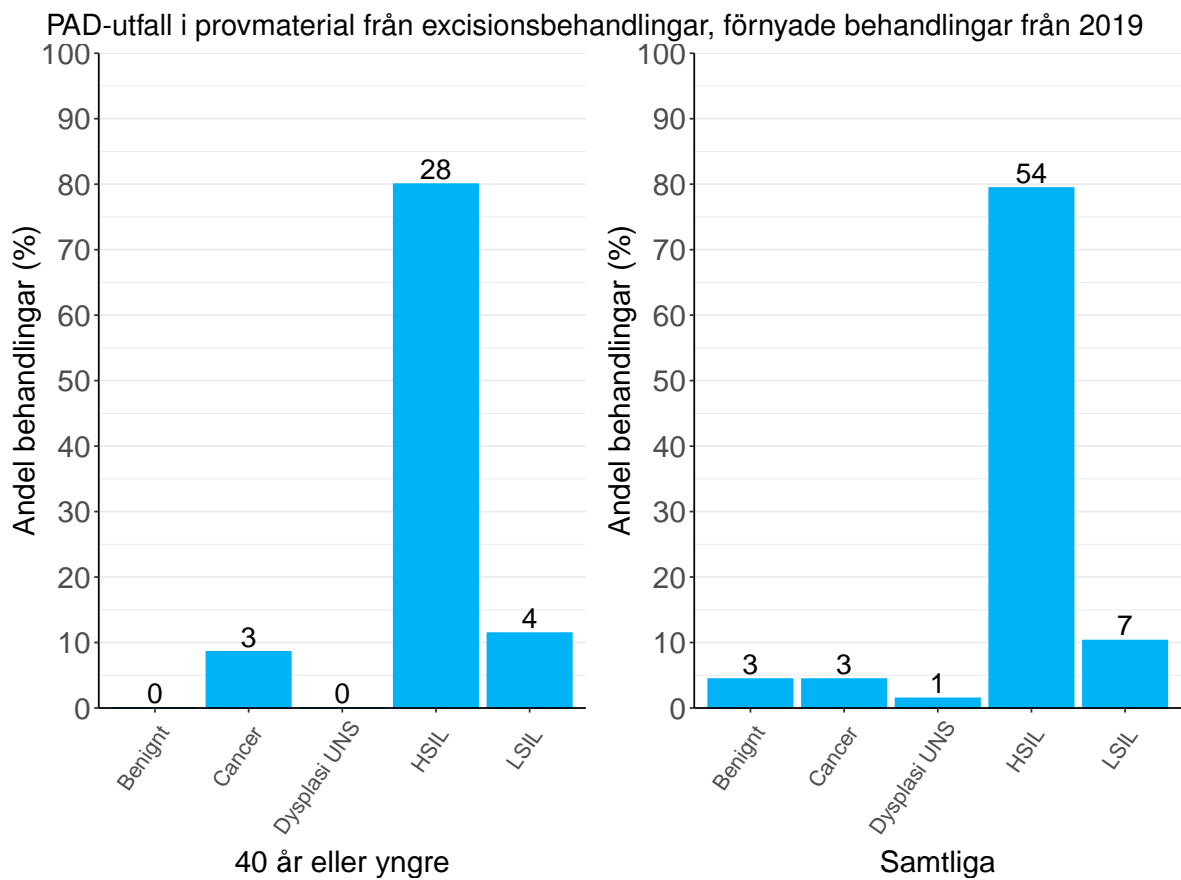
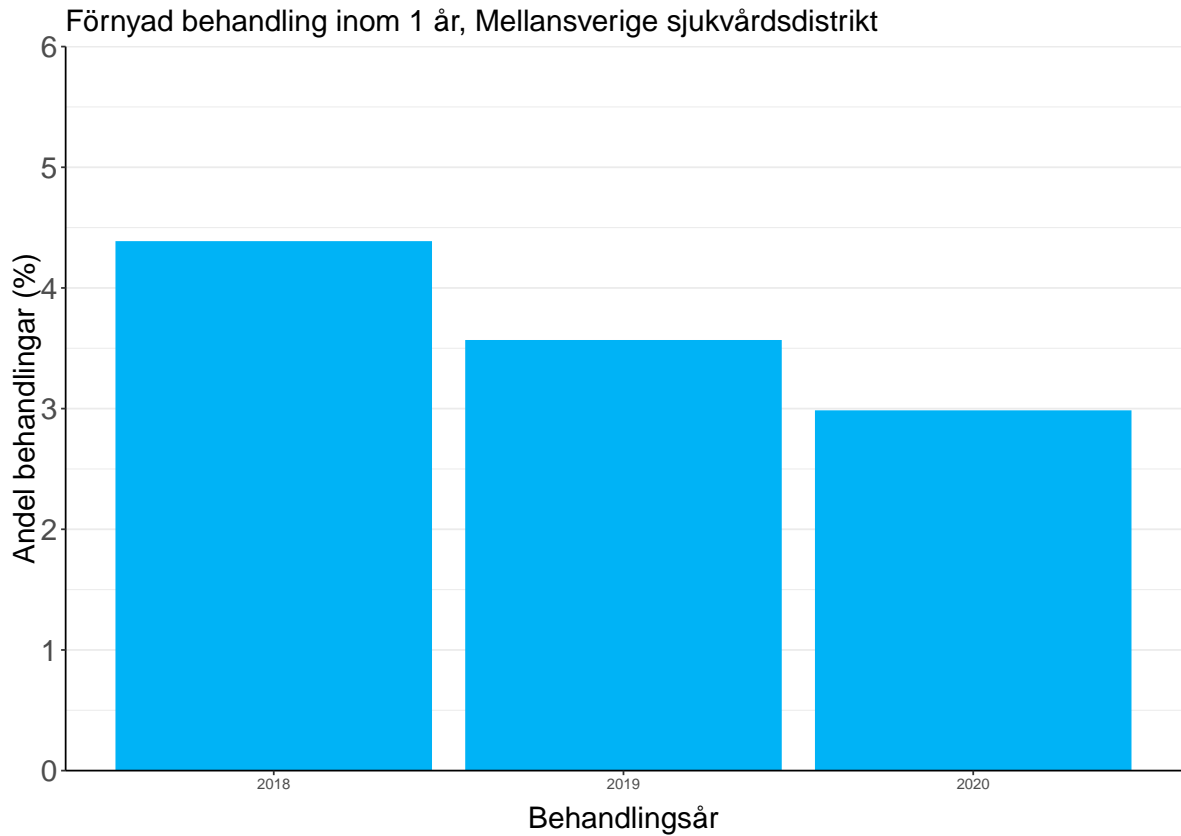
Enhet	Operatörer med minst 25 ingrepp per år			
	Antal operatörer	Andel operatörer	Antal behandlingar	Andel behandlingar
Gyn mottagningen Karlstad	12	25%	260	70%
Gyn Torsby	8	0%	6	21%
GynekologiskaSpecMott AS	7	57%	452	93%
Gynmottagningen Köping	2	100%	108	100%
GynOp Enköping	5	20%	48	51%
Gynop Karlstad	5	0%	11	61%
KK Falun	22	23%	209	58%
KK Mora	3	33%	82	98%
Kvinnokliniken Gävle	8	25%	103	75%
Kvinnokliniken Hudiksvall	2	50%	56	78%
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergska sjukhuset	10	10%	42	33%
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	6	17%	30	39%
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	8	50%	291	96%
Alla enheter	92	27%	1698	75%

16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

Vissa dysplasibehandlingar behöver göras om. En viss andel re-behandlingar ska accepteras, alternativet är att för mycket vävnad tas bort på för många kvinnor. Det aktuella årets siffror speglar naturligtvis behandlingarna som gjordes ett år tidigare. Ny behandling har rapporterats öka risken för prematurbörd 8 -10 ggr jämfört med icke-behandlade kvinnor. Data särredovisas även här för kvinnor upp till 40 års ålder. Data innefattar alla typer av behandlingar där dysplasi har varit en indikation. En tabell visar upprepade behandlingar per enhet som gjorde den ursprungliga behandlingen, oavsett var behandling nr 2 gjordes. Dessa data ska tolkas försiktigt, eftersom slumpen kan spela stor roll vid dessa små tal.

Om siffran är mycket låg kan det vara ett uttryck för att borttagandet/destruktionen av vävnad i många fall varit onödigt stor vid den ursprungliga behandlingen. Nationella kvalitetsmålet för re-behandling inom ett år är <5%.

[Kommentar:](#)



Förnyade behandlingar från 2019 per ursprungsenhet

Enhet	Antal	Ombehandlade	Ombehandlade
	behandlingar	Antal	Andel
Gyn mottagningen Karlstad	339	13	4%
Gyn Torsby	38	1	3%
GynekologiskaSpecMott AS	390	13	3%
Gynmottagningen Köping	101	4	4%
GynOp AS	7	0	0%
GynOp Enköping	96	0	0%
Gynop Karlstad	22	1	5%
KK Falun	592	12	2%
KK Mora	120	4	3%
Kvinnokliniken Gävle	139	3	2%
Kvinnokliniken Hudiksvall	80	4	5%
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergska sjukhuset	185	4	2%
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	93	4	4%
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	249	10	4%
Alla enheter	2451	73	3%

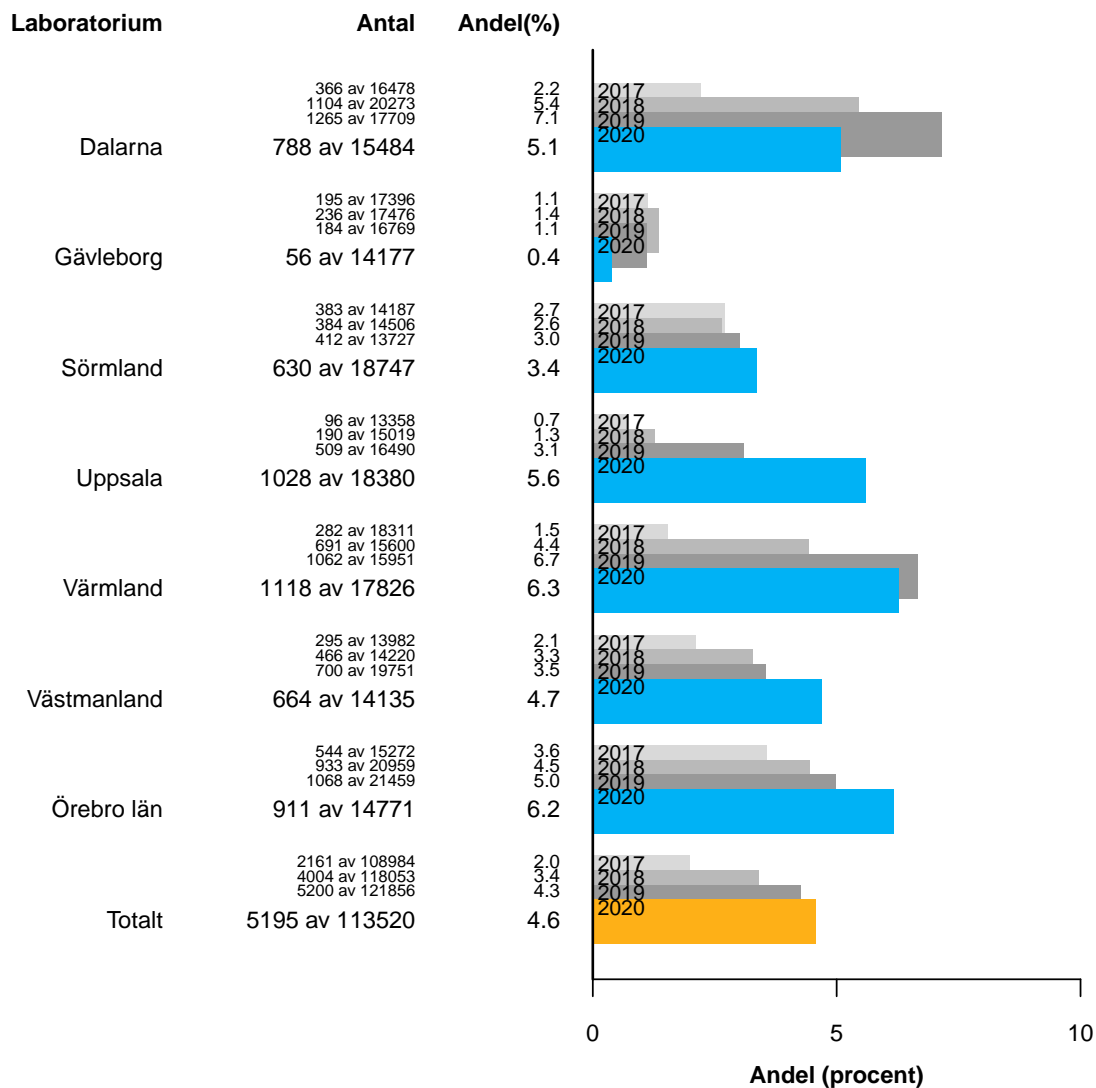
17 Andel kvinnor som remitteras till gynekologmottagning från GCK på grund av fynd i cellprov

Andel och antal kvinnor som remitteras för kolposkopi är en viktig parameter när det nationella vårdprogrammet införs. Kolposkopiundersökningar är en begränsad resurs och behöver användas klokt. Om det finns stora skillnader mellan regioner och skillnader över tid behöver detta analyseras.

Mätningen är gjord som en kvot där antalet kvinnor med höggradiga cytologiska förändringar (inkl. körtelförändringar) samt alla som har HPV och samtidigt ASCUS eller LSILcyt divideras med antalet kvinnor som genomfört screeningundersökning, oavsett metod (HPV eller cytologi). En begränsning i detta sätt att räkna är att det inte tar hänsyn till att alla kvinnor som är under 28 år och som har ASC-US eller LSIL-cyt kontrolleras om med ett cellprov och om detta utfaller utan cytologiska avvikelser behövs inte någon ytterligare åtgärd, alltså kolposkopi skall inte göras

Kommentar:

Avvikande GCK prov till utredning



Kvinnor under 28 år som tog ett screeningprov 2020.

Laboratorium	Antal screeningprov	Antal HPV-pos ASCUS/LSILcyt
Dalarna	2136	193 (9%)
Gävleborg	2273	0 (0%)
Sörmland	1783	84 (4,7%)
Uppsala	4006	308 (7,7%)
Värmland	2515	344 (13,7%)
Västmanland	2112	175 (8,3%)
Örebro län	3084	328 (10,6%)
Totalt	17909	1432 (8%)



Regionalt cancercentrum väst är ett samarbete mellan Västra Götalandsregionen och Region Halland. Vi arbetar för en mer patientfokuserad, jämlik och effektiv cancervård genom samverkan och lärande. www.rccvast.se

Rapporten är utgiven av Regionalt cancercentrum väst. 2021-05-14.