

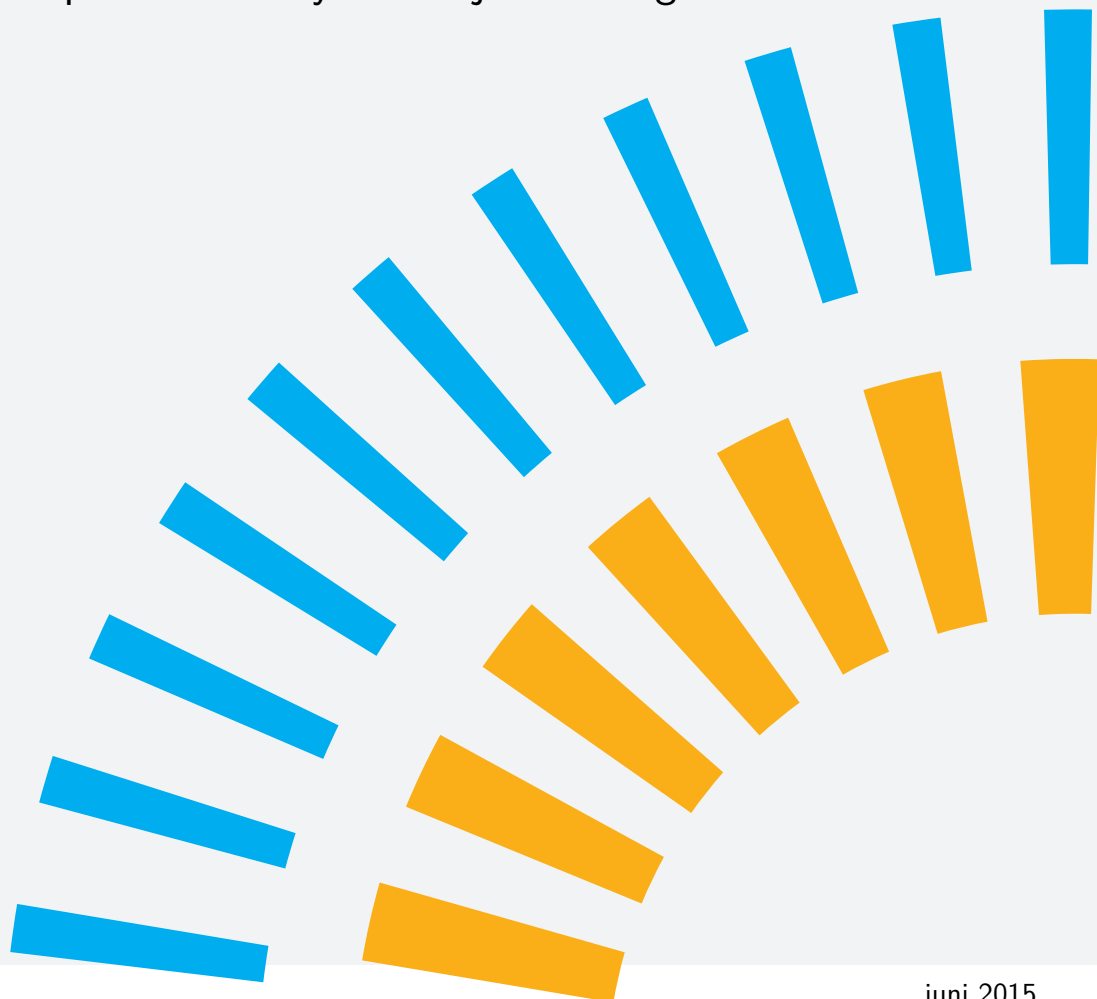


REGIONALT
CANCERCENTRUM
VÄST

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")

Sammanställning av Kvalitetsdata 2014

gällande Cervixcancerprevention i Sydöstra sjukvårdsregionen





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

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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

Innehållsförteckning

1 Inledning	2
2 Invitationsstatus	4
3 Täckningsgrad	7
4 Deltagande efter inbjudan	15
5 Antal cellprover	19
6 Endocervikala celler saknas	21
7 Åldersfördelning cellprov	23
8 Tid till svar	24
9 Andel icke-normala cellprover	26
10 Diagnosprofil cytologi	28
11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	32
12 Utfall av cytologi	33

1 Inledning

Cytburken är sedan juni 2012 Processregistret inom Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention. Det kommer att innebära att data nu kan jämföras med fler landsting och att de redovisningar som görs kommer att utgå från nationellt beslutade kvalitetsparametrar. Denna rapport har tidigare getts ut som en regional rapport för Västra Sverige men publiceras härmed för flera områden och regioner.

När den första upplagan av denna rapport publicerades för 10 år sedan skrev vi:

”Det finns flera skäl till varför det är speciellt viktigt att kvalitetsgranska arbetet att förebygga cervixcancer.

- Verksamheten berör hela den kvinnliga befolkningen som inbjuds till screening. Det är en intervention i friska människors liv som får olika negativa effekter om det inte sköts professionellt och efter högsta standard.
- Överdiagnostik leder till resursslöseri men vi vet också att även lätt avvikande prov kan utlösa starka reaktioner med oro och ångest och upplevelse av sjukdom.
- Det finns säkra belägg idag för att överbehandling kan ha negativa effekter för kvinnors barnafödande.
- Screening sker för att förebygga en dödlig sjukdom. Misstag och dålig kvalitet kan innebära att kvinnor dör i onödan.
- Vårdkedjan är komplicerad och innefattar primärvård, laboratorieverksamhet och specialistvård. Kopplingarna mellan dessa länkar i kedjan går åt alla håll och det finns hela tiden risker att överföringarna inte fungerar.
- Verksamheten bygger på en lång rad professionella men subjektiva bedömningar i alla delar av vårdkedjan. Detta gör verksamheten särskilt känslig för kvalitetsbrister.

Första samlade rapporten med kvalitetsdata från det cervixcancerförebyggande arbetet i Västra Sverige är en milstolpe. Rapporten innehåller data från alla delar av vårdkedjan, men innefattar bara några mätbara variabler. Som med alla kvalitetsdata måste uppgifterna tolkas med eftertanke. Det är många kompromisser som ligger bakom sådana data och det är inte alltid som de mest mätbara egenskaperna är de viktigaste ur kvalitetssynpunkt. Vissa uppgifter kan inte omedelbart omsättas i kvalitetstermer men kan vara av intresse för att belysa olika delar av verksamheten.”

Denna årliga rapport kompletteras med StatProcess – en redovisning online av nyckeldata där man kan välja detaljnivå. Denna redovisning ersätter de kommunrapporter som tidigare producerats i pappersform. StatProcess ger jämförelsedata bakåt i tiden och ger möjlighet att se andra enheters och kommuners data. Inloggning sker via www.cytburken.se. Även de som inte använder Cytburken kliniskt kan få behörighet att ta del av statistiken. Kontakta mia.westlund@rccvast.se

Denna rapport gäller 2014 års data och är den första rapporten från processregistret, inom Nationella kvalitetsregistret, med kvalitetsdata från det cervixcancerförebyggande arbetet i Kalmar och Jönköpings län som tagits fram. Tyvärr är därmed inte hela sydöstra sjukvårdsregionen representerad då Östergötland saknas. Med Sydöstra Sverige menas i denna rapport Kalmar och Jönköpings län.

Rapportens grunddata tas fram av RCC-Väst efter inrapportering från respektive landsting. Kommentarer har skrivits av processledaren för cervixcancerprevention RCC sydöst, Caroline Lilliecreutz.

Vi är angelägna om synpunkter av alla de slag kring rapporten. Vi hoppas att den kan fortsätta att ge underlag för kvalitetsförbättringar.

2015-06-01

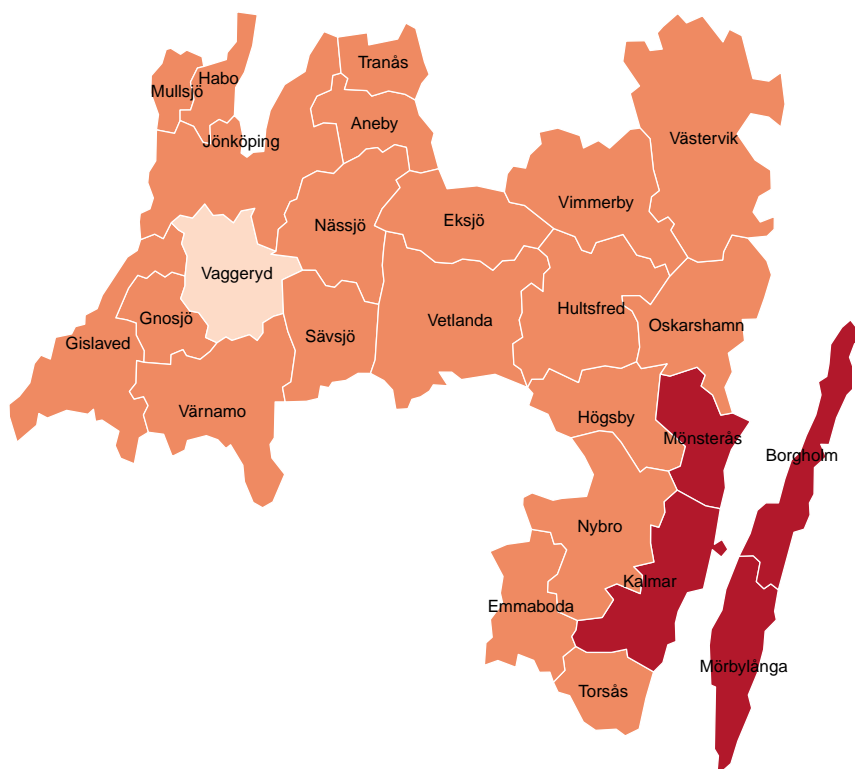
Björn Strander Chenyang Zhang Mia Westlund Torbjörn Eles Ulrika Hermansson

2 Invitationsstatus

Detta är ett mått på om de kvinnor som ska inviteras för cellprovtagning också blir inviterade. Det hör också till de nya nationellt beslutade kvalitetsparametrarna. Mätning sker vid ett bestämt datum. Ur befolkningsregistret tas fram de kvinnor som åldersmässigt är aktuella för provtagning och sedan länkas dessa uppgifter mot Cytburken som dels visar vilka av kvinnorna som är aktuella för provtagning utifrån senast taget prov och dels innehåller uppgift på inbjudningar till provtagning som har gått ut. För att förenkla denna ganska komplicerade datahantering är mätningen begränsad till kvinnor i åldrarna 24-49. Det nationella målvärdet är 100%.

Kommentar: I Jönköpings län kallas kvinnorna i relativ god omfattning även om förbättringspotential finns. Kalmars sämre data beror sannolikt på barnmorskebrist där mottagningar för gynekologisk cellprovtagning har ställt in då andra arbetsuppgifter prioriterats.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan ■ < 92.0% ■ 92.0% – 97.0% ■ 97.0% – 98.0%

Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Jönköping län	95.3%
Kalmar län	90.6%
Sydöstra Sverige	93.4%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Jönköping län	22464
Kalmar län	13335

3 Täckningsgrad

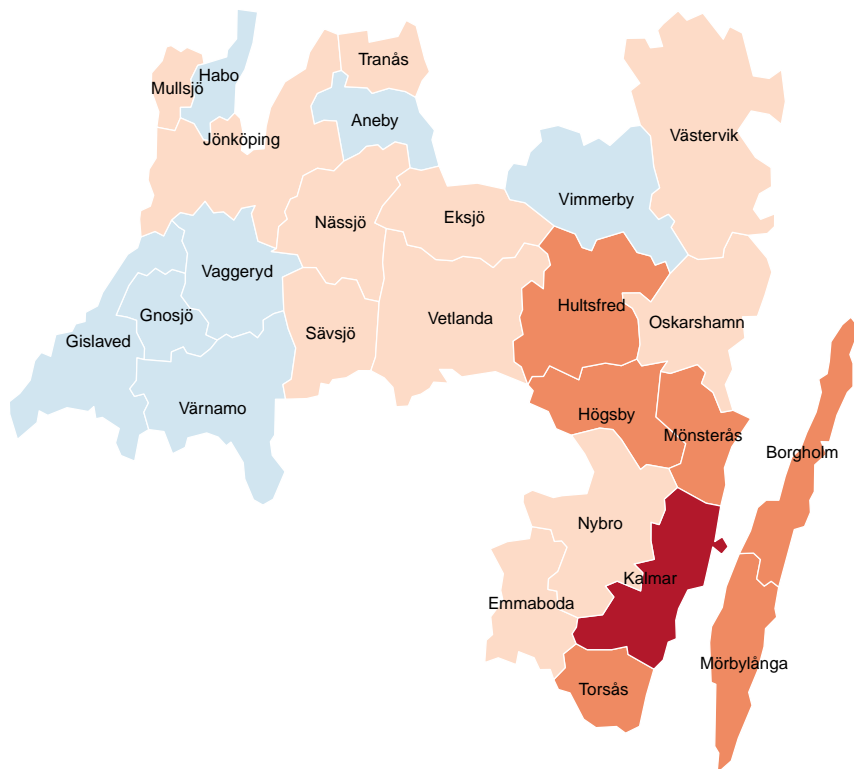
Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/21 2014 i respektive kommuner och församlingar. Antalet unika individer i motsvarade ålder som tagit ett prov under den föregående 3.5-årsperioden respektive 5.5-årsperioden delas sedan med detta tal. Täckningsgraden redovisas för alla screeningåldrar (26-60 års ålder 31/12) med ett sammanvägt mått. 3.5 och 5.5 år är numera nationell standard för dessa beräkningar. För att ge möjlighet till jämförelse med tidigare rapporter för landsting som deltagit i Cytburken före 2010 redovisas både det nya och det gamla beräkningssättet (4 års täckningsgrad i åldrarna 25-49) i diagrammet som visar täckningsgrad över tid. Täckningsgraden innefattar alltså all provtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang.

Täckningsgraden är det mest relevanta måttet på vilket skydd som kvinnorna i området har av cellprovstagning. Perioden ska motsvara en screeningomgång med de variationer som kan förekomma med rimliga förseningar i utskick, sommaruppehåll, ombokningar mm. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas. Täckningsgrad redovisas på församlingsnivå i alla kommuner med mer än 25000 invånare.

Nationellt målvärde är 85% och att ingen församling ska ligga under 70%. Observera att de värden som rapporteras till Öppna Jämförelser är hämtade ur analysregistret och är framtagna med en mindre detaljerad beräkningsmetod som ger högre värden.

Kommentar: Jönköpings län når nästan upp till det nationella målet på 85% i täckningsgrad och har förbättrats jfr med 2013. Kalmar län har dock en negativ trend och uppvisar en täckningsgrad på 80%. Kvinnor i gruppen 23-30år samt 45-50 år har en lägre täckningsgrad jfr med resten och troligen spelar tillgängligheten en stor roll för dessa åldersgrupper. Särskilda lösningar kan övervägas. Kalmar har däremot en täckningsgrad på över 80% på kvinnor 60-66 år vilket Jönköping inte uppvisar. Sydöstra regionen har sedan 1 september 2014 ett gemensamt vårdprogram som syftar till att alla kvinnor ska kallas till sitt sista prov efter 60 års ålder vilket förhoppningsvis kommer att ändra på detta.

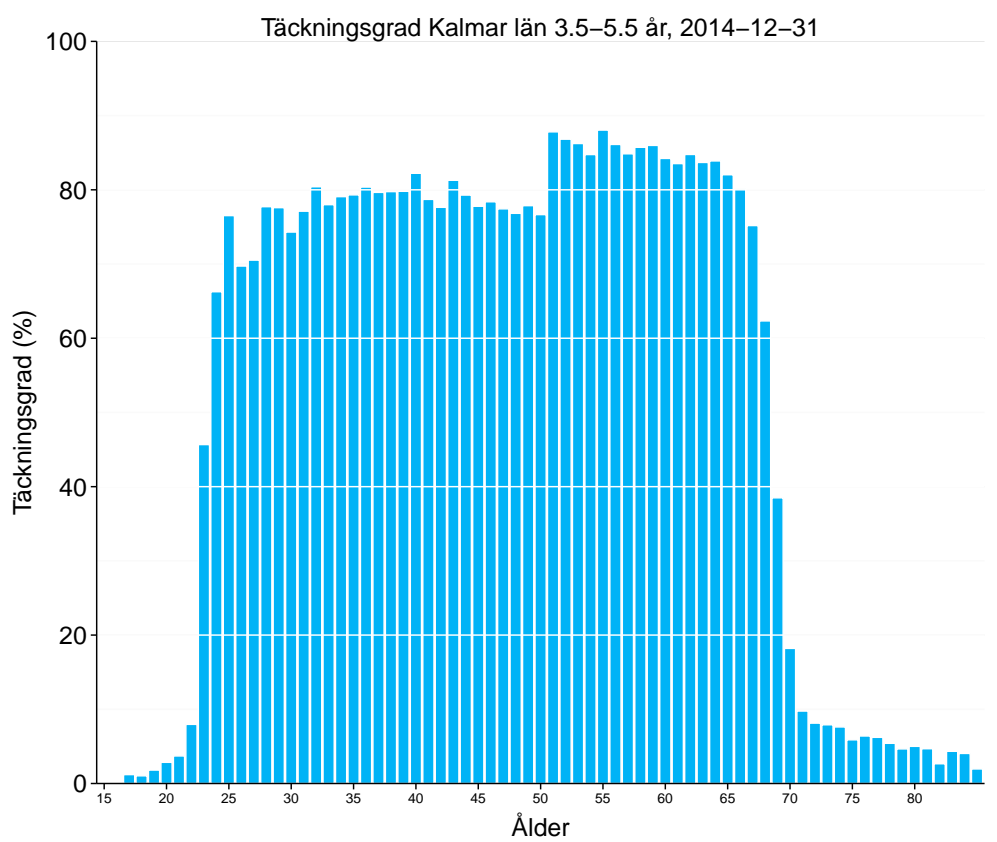
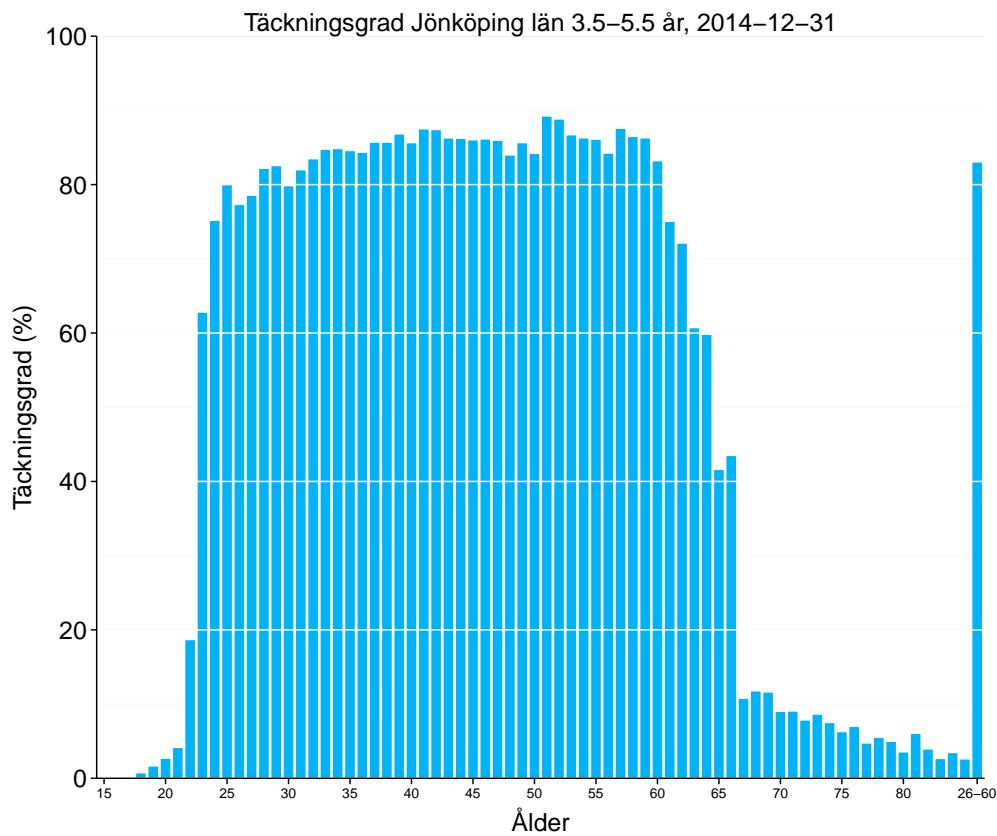
Täckningsgrad 3.5–5.5år, 2014–12–31



Täckningsgrad ■ 7–8% ■ 79–81% ■ 82–85% ■ 86% –

Område	Täckningsgrad
Jönköping län	84.9%
Kalmar län	80.3%

Kommun	Täckningsgrad
Värnamo	86.9%
Vaggeryd	86.8%
Gnosjö	86.5%
Habo	86.3%
Vimmerby	86.2%
Aneby	86.1%
Gislaved	85.9%
Eksjö	85.1%
Oskarshamn	84%
Vetlanda	84.6%
Jönköping	84.6%
Sävsjö	84.3%
Nässjö	84.1%
Västervik	83.2%
Nybro	83.2%
Emmaboda	82.9%
Mullsjö	82.9%
Tranås	82.8%
Mörbylånga	80.8%
Borgholm	80.1%
Mönsterås	79.9%
Hultsfred	79.8%
Högsby	79.8%
Torsås	79.4%
Kalmar	75.7%



Täckningsgrad Jönköping per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Skärstad-Ölmstad	90.5%
Månsarp	89.5%
Hakarp	88.2%
Norrahammar	87.8%
Rogberga-Öggestorp	87.6%
Bankeryd	87.3%
Lekeryd	87.1%
Barnarp	86.2%
Jönköpings Sofia-Järstorp	85.3%
Ödestugu	85.2%
Norra Mo	84%
Gränna	83.9%
Visingsö	83.3%
Jönköpings Kristina-Ljungarum	81.5%
Huskvarna	80.1%

Täckningsgrad Gislaved per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Gislaved	85.4%
Våthult	89.1%
Bosebo	93.1%
Anderstorp	84.9%
Norra Hestra	87.6%
Villstad	85.9%
Burseryd	87.4%
Västbo S:t Sigfrid	86.5%

Täckningsgrad Nässjö per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Nässjö	85.2%
Norra Sandsjö	79%
Bringetofta	80.4%
Norra Solberga-Flisby	81%
Barkeryd-Forsorum	85.6%
Malmbäck	84.6%
Almesåkra	83.7%

Täckningsgrad Vetlanda per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Nävelsjö	90.8%
Bäckseda	89.9%
Nye, Näshult och Stenberga	86.6%
Björkö	86.3%
Näsby	85.7%
Vetlanda	84%
Lannaskede	83.8%
Alseda	82.8%
Korsberga	80.7%

Täckningsgrad Värnamo per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Tännö	93.5%
Bredaryd	91.1%
Forshedabygden	87.4%
Värnamo	87.4%
Voxtorp	86.6%
Gällaryd	86.2%
Kulltorp, del	85.2%
Nydala-Fryele	81.3%
Rydaholm	80.1%

Täckningsgrad Kalmar per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Hossmo	82.8%
Åby	81.3%
Ryssby	78.8%
Kalmar domkyrkoförs.	78.5%
Förlösa-Kläckeberga	78.4%
Ljungby	77.1%
Kalmar S:t Johannes	76.6%
Arby-Hagby	75.6%
Karlslunda-Mortorp	74%
Dörby	74.7%
Heliga Korset	74.5%
Halltorp-Voxtorp	74.2%
S:ta Birgitta	70.6%
Två systrar	69.8%

Täckningsgrad Oskarshamn per församling 2014-12-31

Område	Täckningsgrad
Döderhult	85.6%
Misterhult	84.7%
Oskarshamn	83%

Täckningsgrad Västervik per församling 2014-12-31

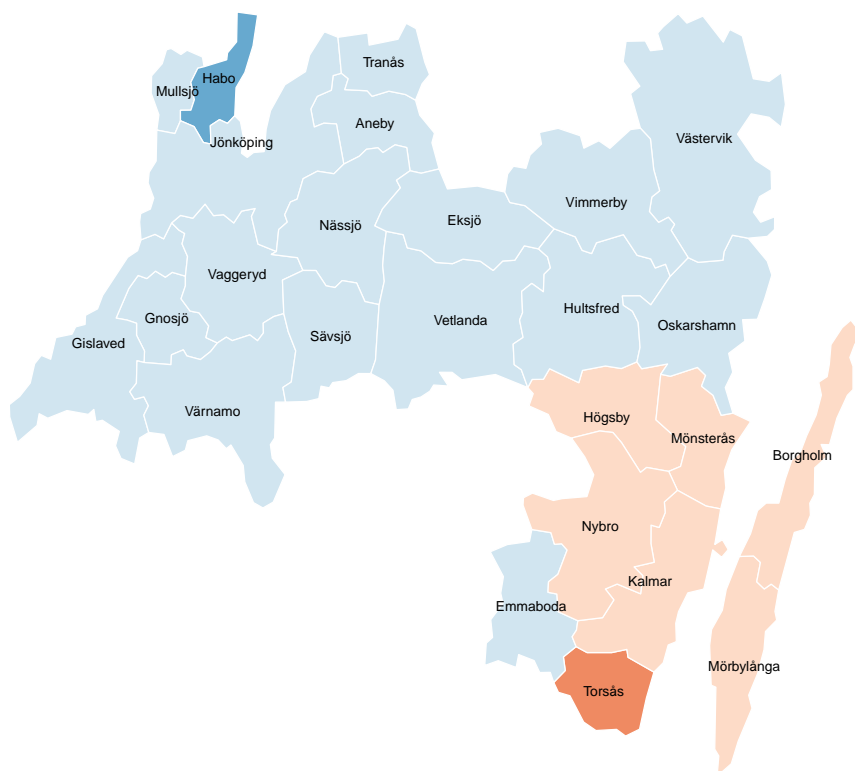
Område	Täckningsgrad
Loftahammar	89.1%
Överum	84.3%
Västervik	84.2%
Ukna	83.5%
Hjorted	82%
Gladhammar-Västrum	82.2%
Dalhem	81.5%
Hallingeberg-Blackstad	81.1%
Lofta	80%
Gamleby	80.4%
Odensvi	79.7%
Törnsfall	79.1%
Västra Ed	76.1%

4 Deltagande efter inbjudan

Deltagande efter inbjudan är det direkta måttet på hur stor andel av kvinnorna som efter att fått en inbjudan tar ett prov. Måttet har tidigare ibland benämnts Hörsamhet. Deltagande efter inbjudan räknas som andelen kvinnor som får ett prov taget inom tre månader efter en inbjudan skickats ut. Vi har utgått från inbjudningar utskickade under ett år fram till 30 sept 2014. Vi fångar då också upp de kvinnor som inte går till barnmorskemottagningen utan ordnar provtagning på annat sätt men som sannolikt gör detta som en effekt av att man fått en inbjudan. Låga siffror kan bero på dålig tillgänglighet men också på att gallring av kvinnor som inte ska delta fungerar dåligt. Eftersom kvinnor som inte deltagit får ny inbjudan varje år blir dessa överrepresenterade och måttet är inte representativt för alla kvinnor. Det kan därför uppfattas som lägre än förväntat. Deltagande efter inbjudan kan bara jämföras med områden som har årlig omkallelse av de som uteblivit. Deltagande efter inbjudan redovisas på mottagningsnivå i StatProcess, det nya webbgränssnittet.

Kommentar: 62% deltar inom 90 dagar efter en första kallelse, jämfört med 53% året innan. Variationen av deltagande efter inbjudan är dock stor allt från 49%-73%. Alla i sydöstra regionen som uteblir får en årlig påminnelse.

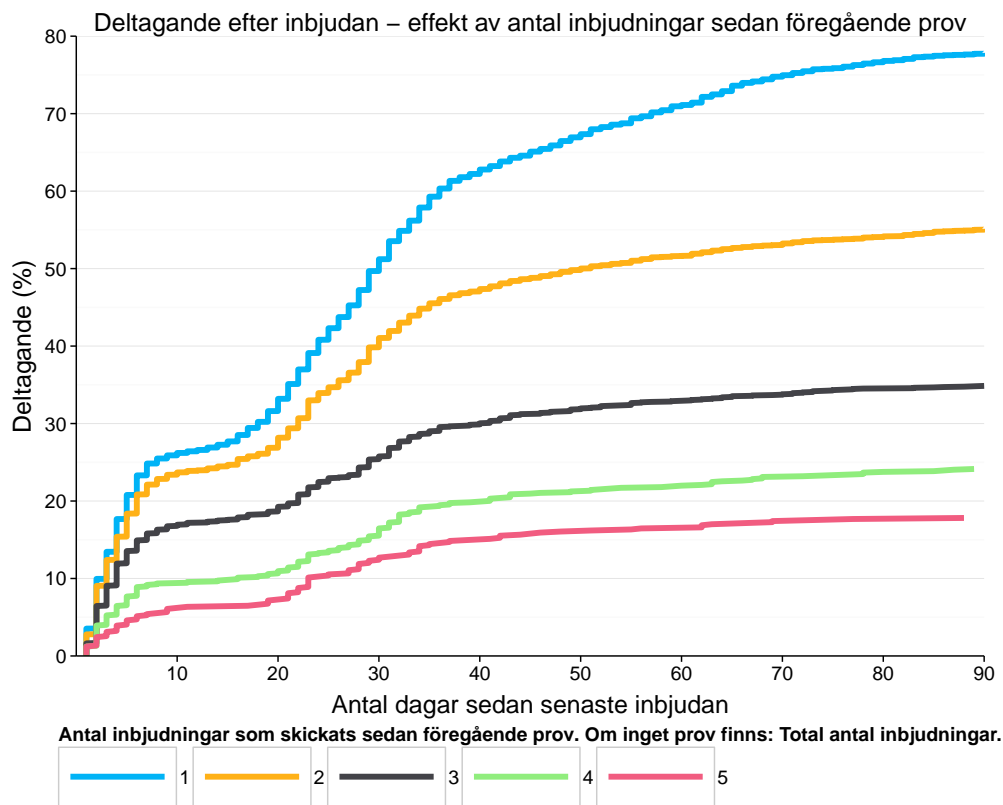
Deltagande efter inbjudan. 2014



Deltagande ■ 40% – 49% ■ 50% – 59% ■ 60% – 69% ■ 70% –

Område	Deltagande
Jönköping län	64%
Sydöstra Sverige	62%
Kalmar län	60%

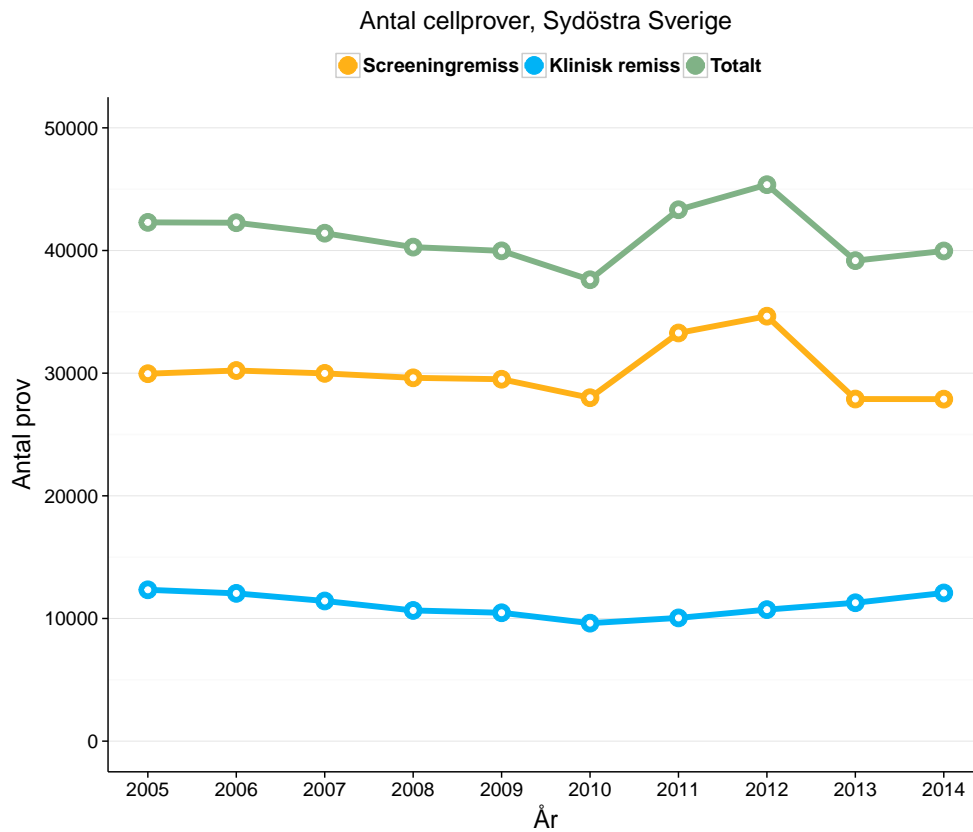
Kommun	Deltagande
Habo	73%
Vimmerby	69%
Eksjö	68%
Tranås	67%
Vaggeryd	66%
Aneby	66%
Gislaved	65%
Gnosjö	65%
Värnamo	64%
Jönköping	64%
Västervik	63%
Oskarshamn	63%
Vetlanda	63%
Sävsjö	62%
Nässjö	61%
Mullsjö	61%
Emmaboda	60%
Hultsfred	60%
Nybro	58%
Kalmar	57%
Mönsterås	56%
Mörbylånga	56%
Borgholm	53%
Högsby	52%
Torsås	49%

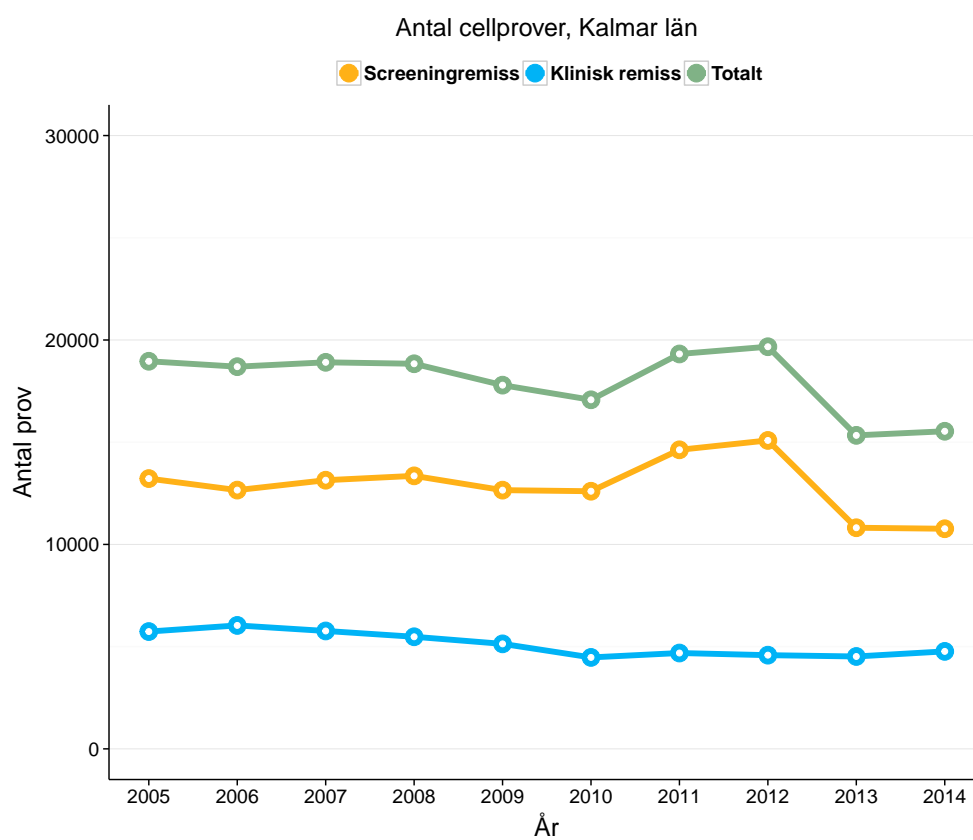
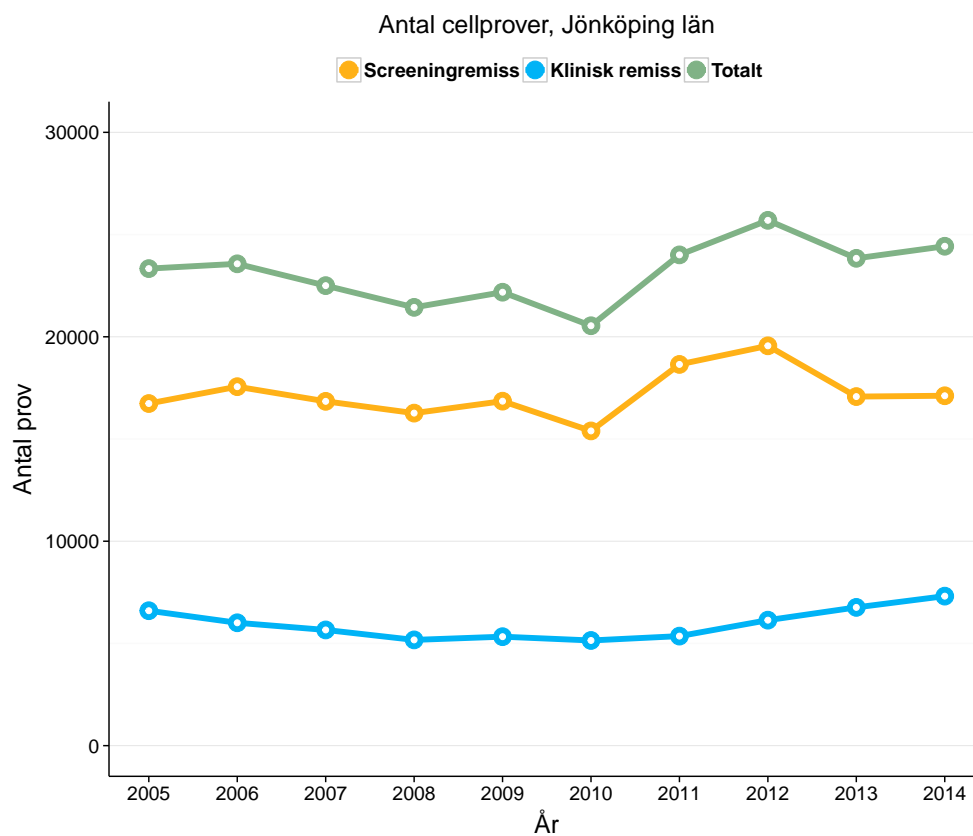


5 Antal cellprover

Diagrammen visar antalet prover från år under 2000-talet. Observera att skalorna är olika för diagrammen.

Kommentar: Det finns en tendens till fler tagna cellprov från 2013-2014. Jönköping har en lätt ökning av antal cellprover tagna på klinisk remiss.

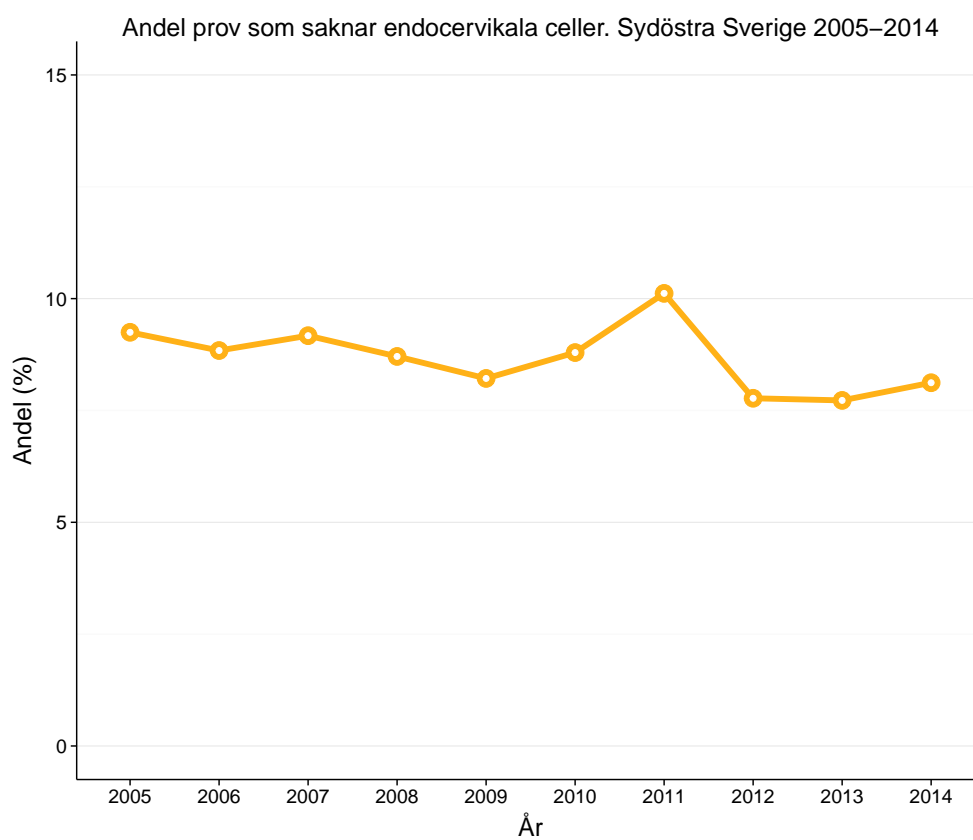
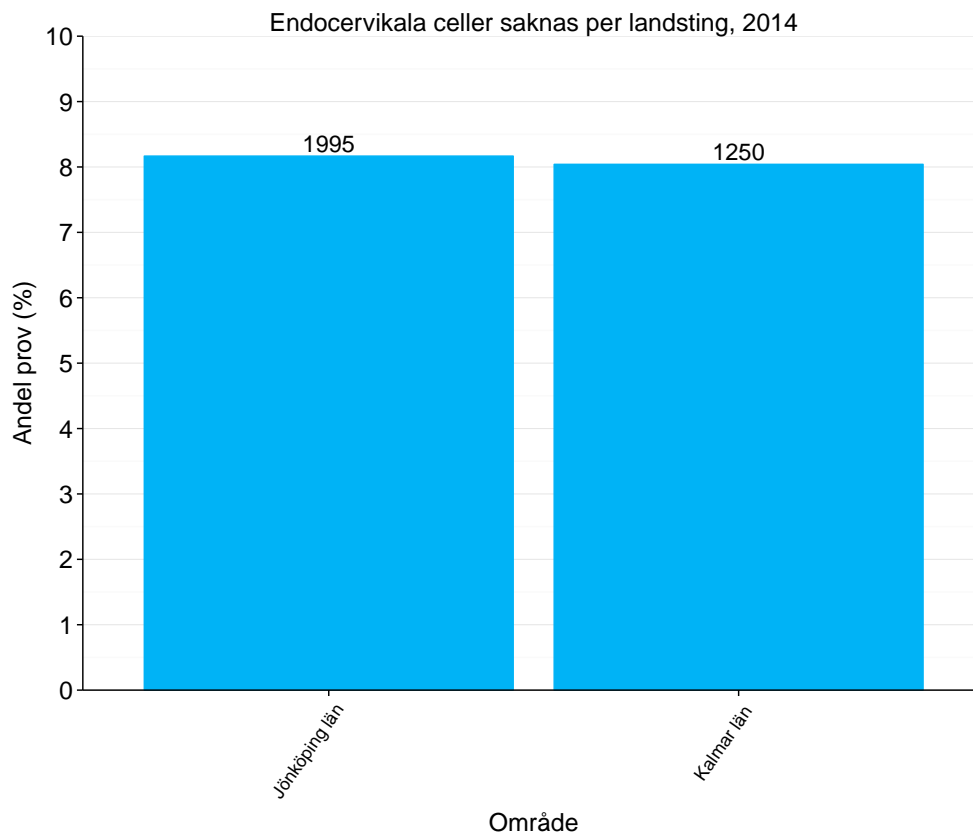




6 Endocervikala celler saknas

Avsaknad av endocervikala celler är det mått vi använder för provtagningskvalité. I sällsynta fall kan man inte få med endocervikala celler i provet trots god provtagningssteknik. I normalfallet ska metaplastiska celler eller körtelceller finnas med i provet som tecken på att övre delen av transformationszonen är representerad. Provtagning på kvinnor efter menopaus och kvinnor som tidigare behandlats för dysplasi är svårare. Gynekologmottagningar kan möjligen förväntas ha en något större andel av dessa kvinnor än MVC (barnmorskemottagningar) men allt fler landsting inför kontrollfil och då kommer även fler äldre kvinnor att få prov tagna vid MVC. Vätskebaserad cytologi är en omställning för laboratorierna som har svårare att identifiera endocervikala- eller metaplastiska celler trots korrekt provtagning. En marginell felkälla är att en mycket liten andel av proverna är tagna på hysterektomerade kvinnor där laboratorierna ändå har rapporterat att endocervikala celler saknas.

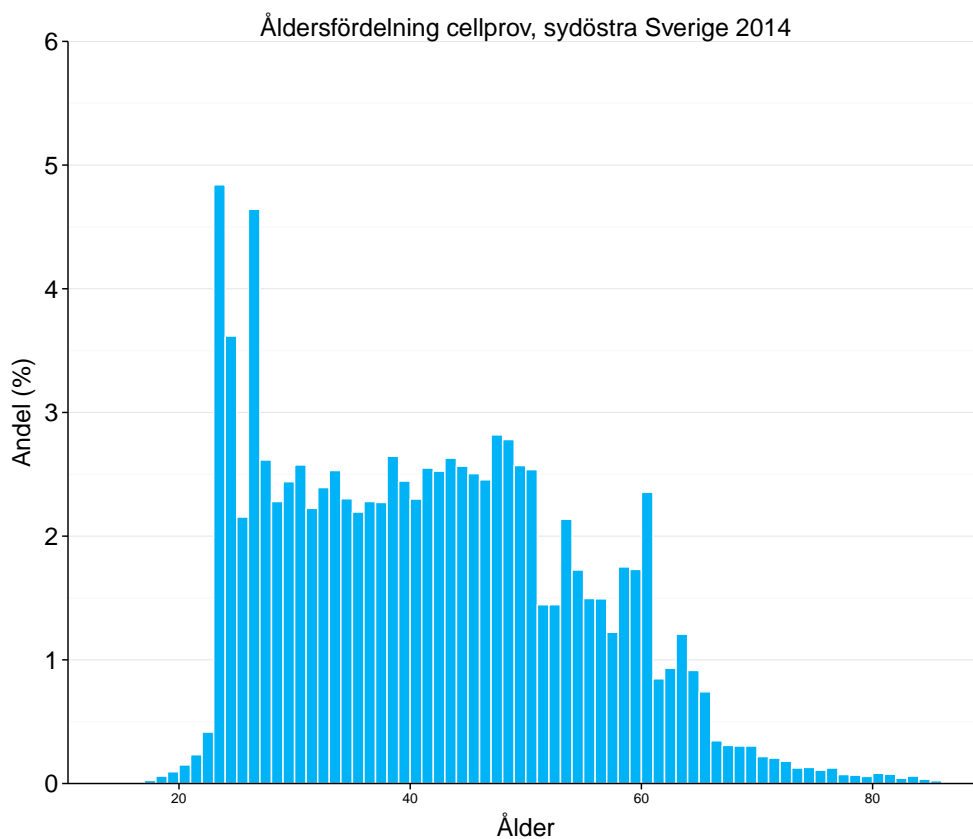
Kommentar: Efter införandet av vätskebaserad cytologi minskade andel prov som saknar endocervikala celler för att nu har planat ut med en tendens till ökning. Det gemensamma vårdprogrammet anger att >90% av proverna skall innehålla endocervikala celler och det uppfylls.



7 Åldersfördelning cellprov

Detta är ett mått på hur väl de rekommenderade åldersintervallen följs. 100% följsamhet till åldrarna 23-60 är inte önskvärd, men prover utanför dessa åldrar bör vara mindre vanliga, framförallt hos de unga. En del prover tas på 22-åriga kvinnor och det överensstämmer med att dessa kan erbjudas opportunitisk prov upp till 3 månader innan de skulle kallas.

Kommentar: Följer väntat mönster.

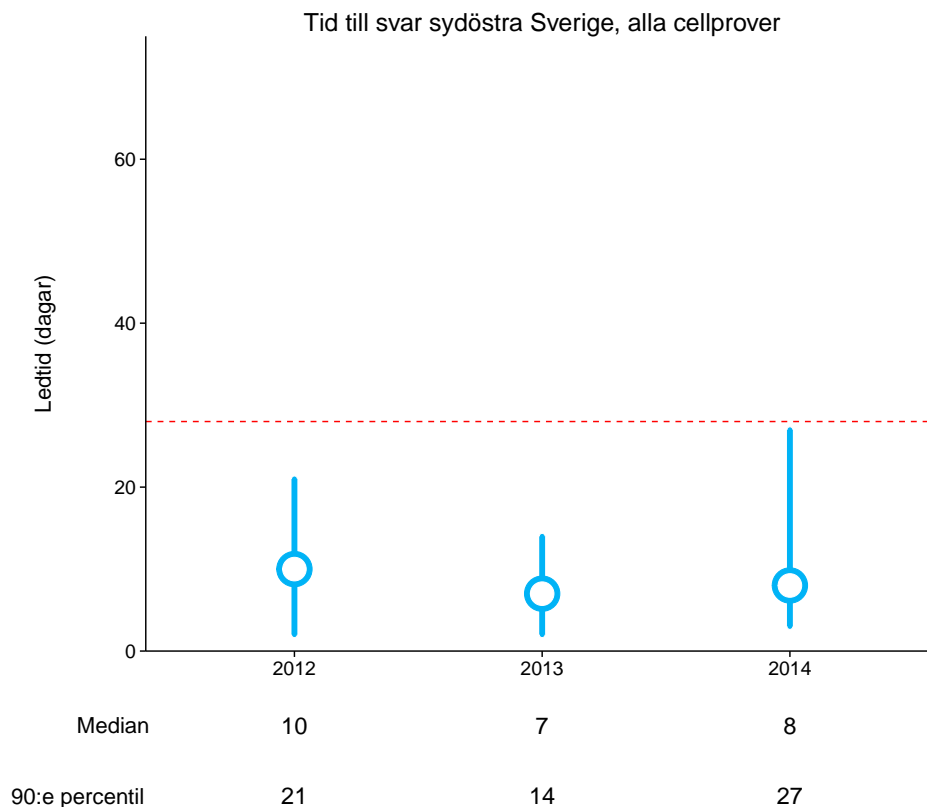


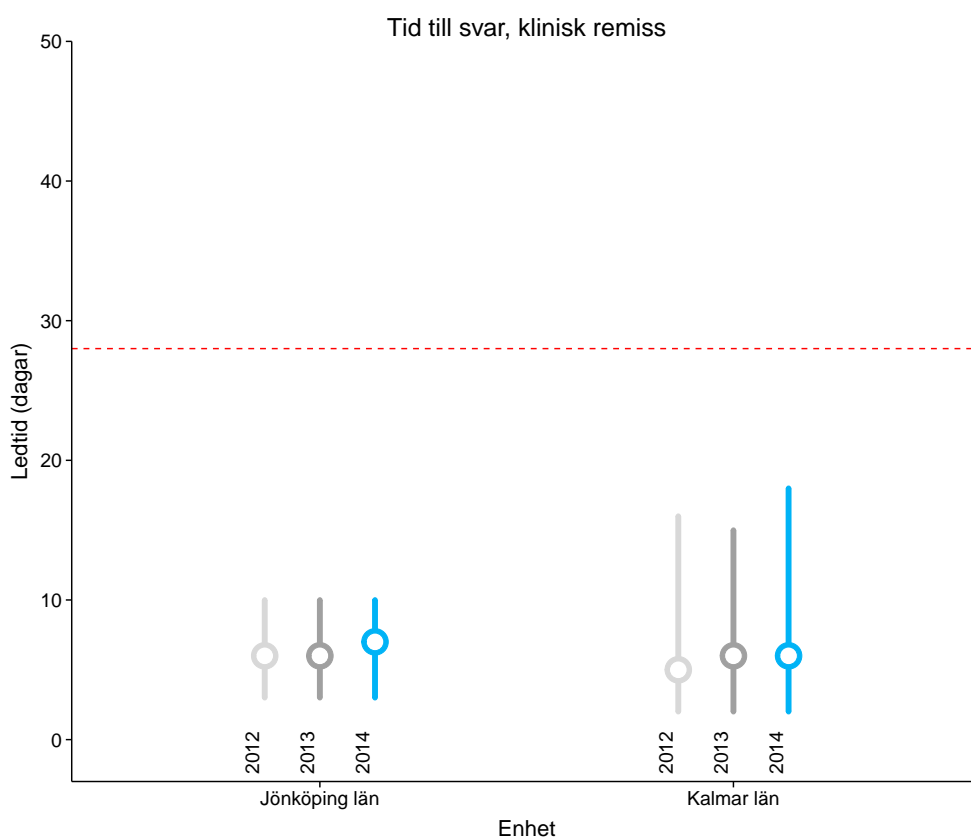
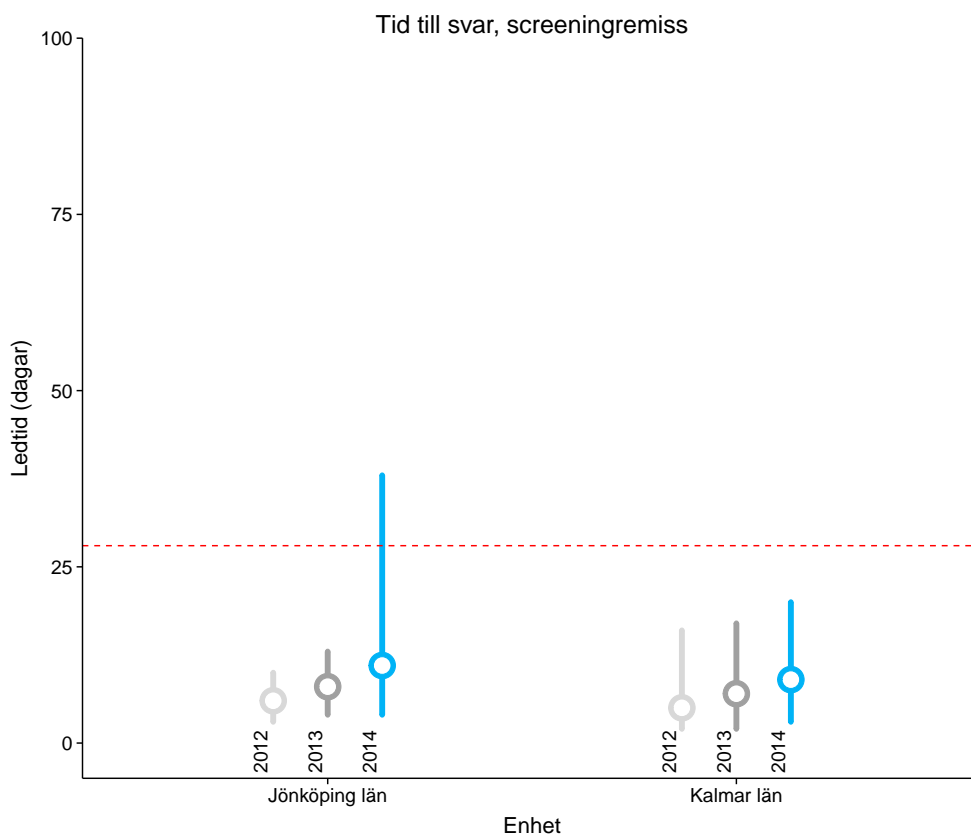
8 Tid till svar

Tid till svar visar det totala antalet kalenderdagar från registrering till det att svar skickas ut från laboratoriet. I denna rapport redovisas screeningprover och prover tagna utanför organiserad screening på standardremiss separat. Försenad transport av provet från mottagningen kan påverka denna tid (mindre vanligt) men huvuddelen av tiden processas provet från laboratoriet. Svar om normalt prov går direkt till kvinnan medan svar om avvikande prov skickas tillsammans med följebrev och vanligen en bokad tid från en gynekologmottagning.

Data redovisas som en variant av s.k. boxplots. Medianvärdet är cirkeln, övre ändpunkten av linjen representerar det nationella målvärdet om 90%. För att uppfylla målvärdet att 90% av screeningproverna ska rapporteras ut inom 28 dagar från provtagningsdatum, ska de blå linjerna ligga under den röda streckade linjen.

Kommentar: Laboratoriet i Kalmar klarar båda målvärdena även om det finns en tendens att svarstiden ökar. Laboratoriet i Jönköping svarar ej ut 90% av provsvaren från screeningremiss inom rekommenderat tidsintervall.



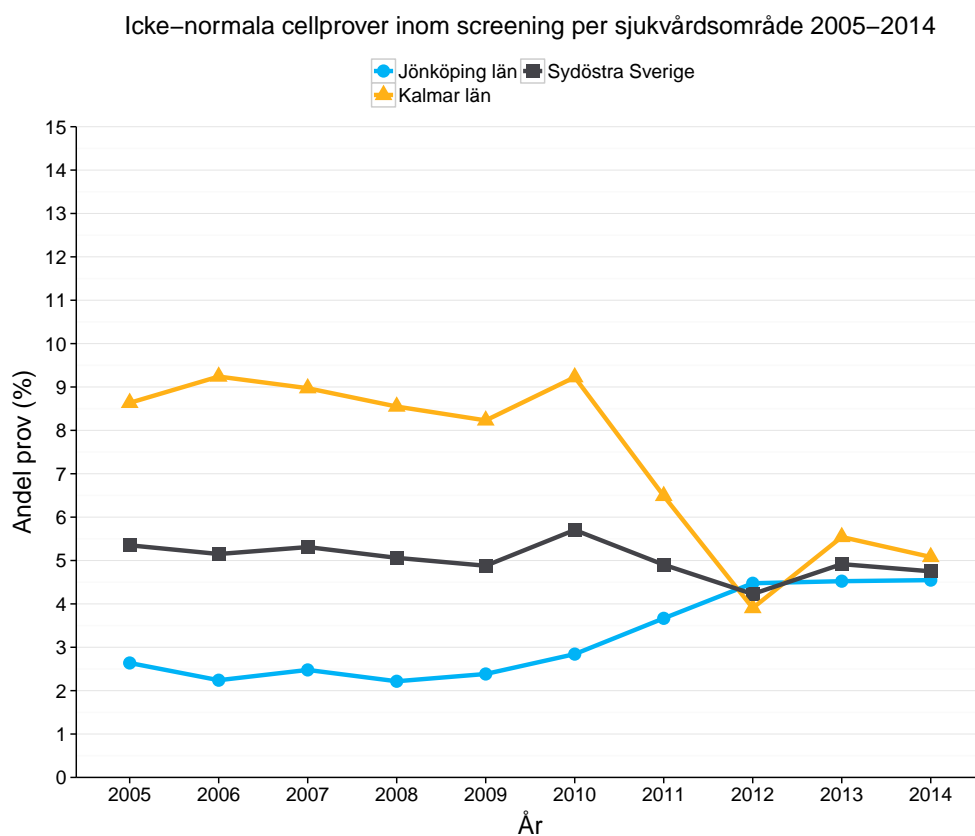


9 Andel icke-normala cellprover

Något riktmärke finns inte eftersom den sanna förekomsten av avvikande cellprover kan variera mellan olika områden och under olika tidsperioder. Skillnaderna beror dock sannolikt i hög grad på olika bedömningar vid laboratorierna. En hög andel avvikande prover innebär en större belastning på gynekologin som har att utreda och följa upp. En för låg andel å andra sidan innebär risk att precancerösa förändringar missas.

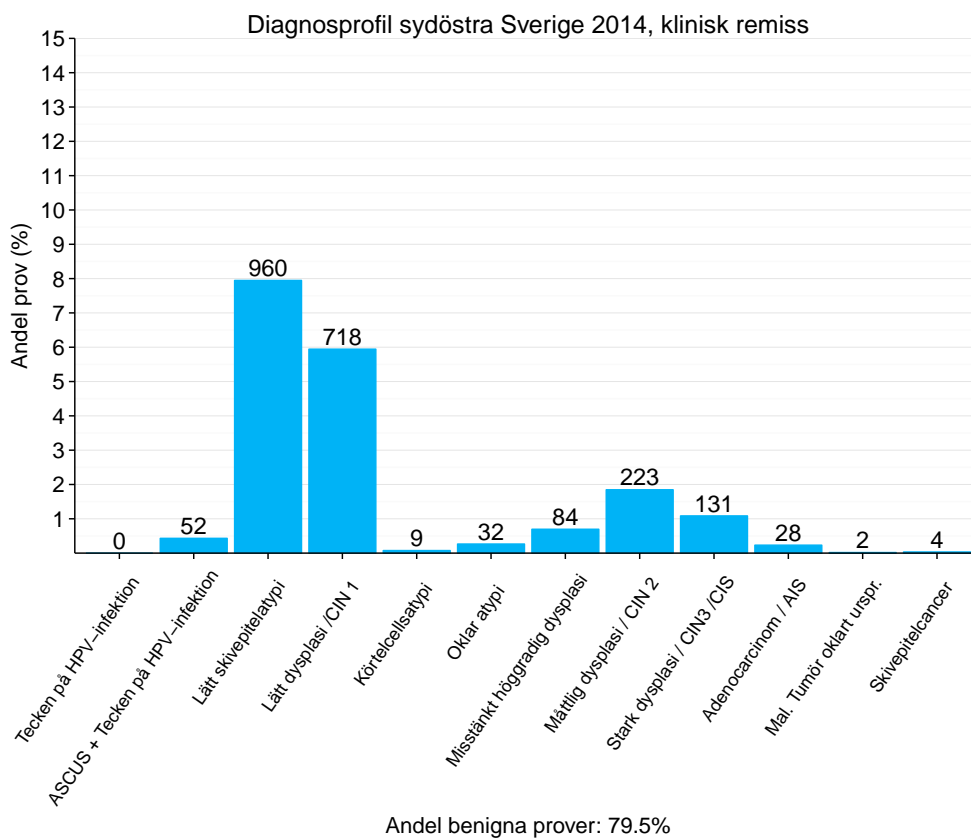
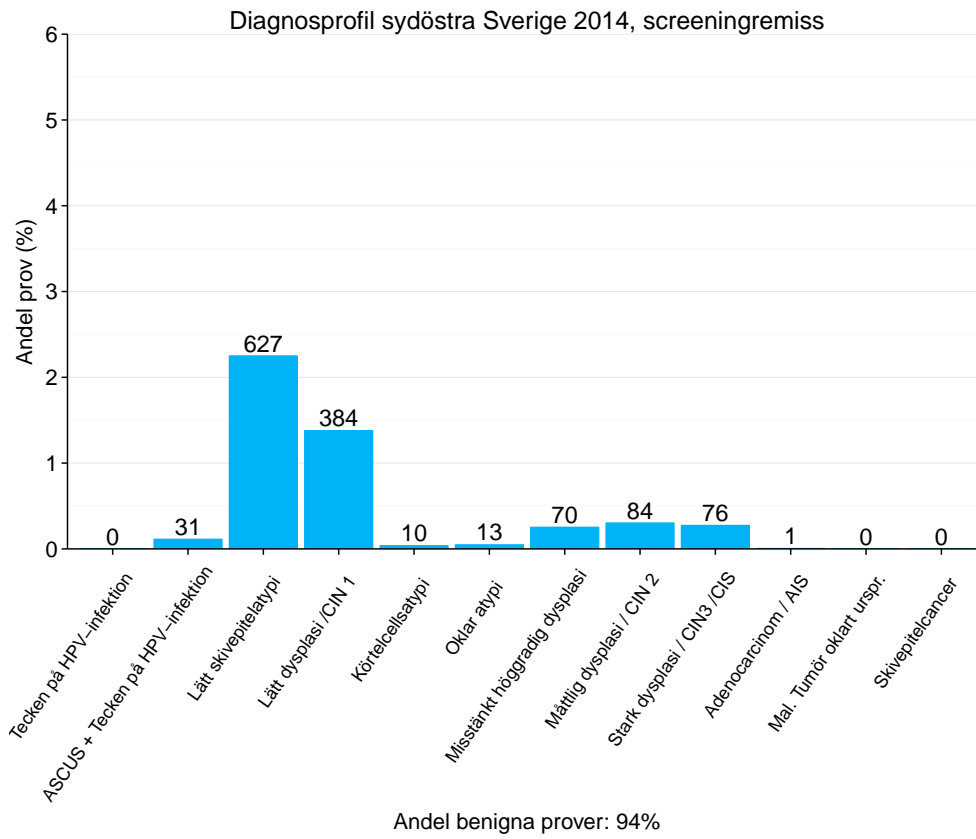
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess finns mer detaljerade data på andelen avvikande prover i olika åldrar.

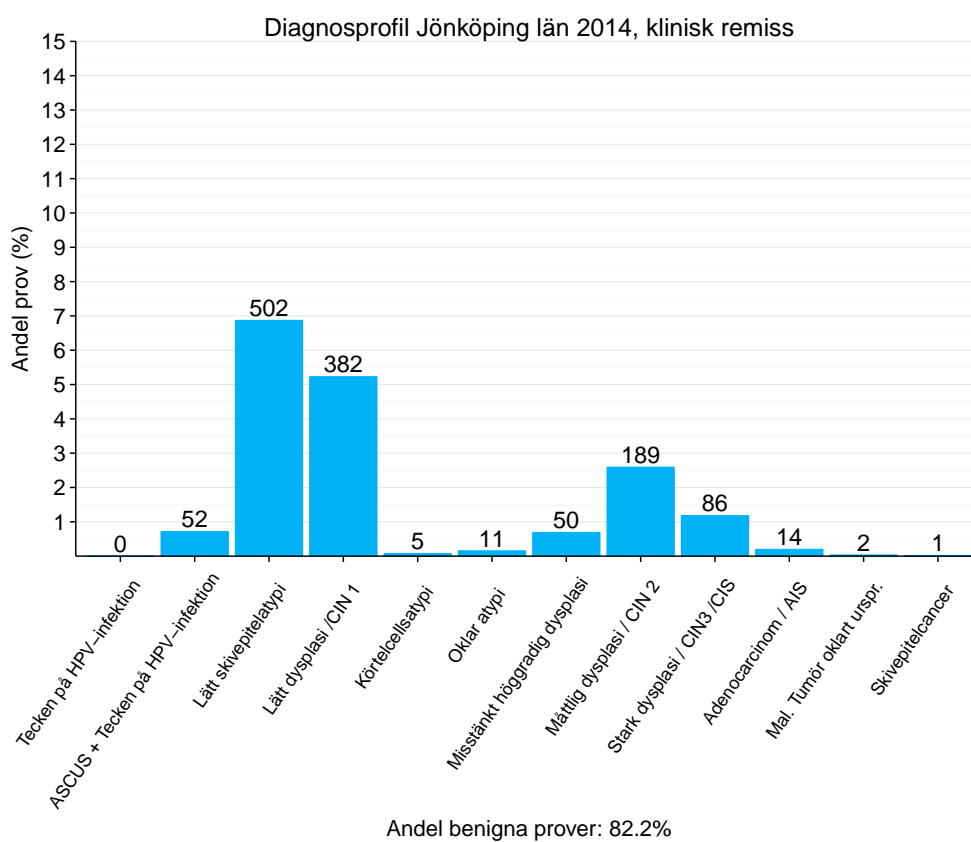
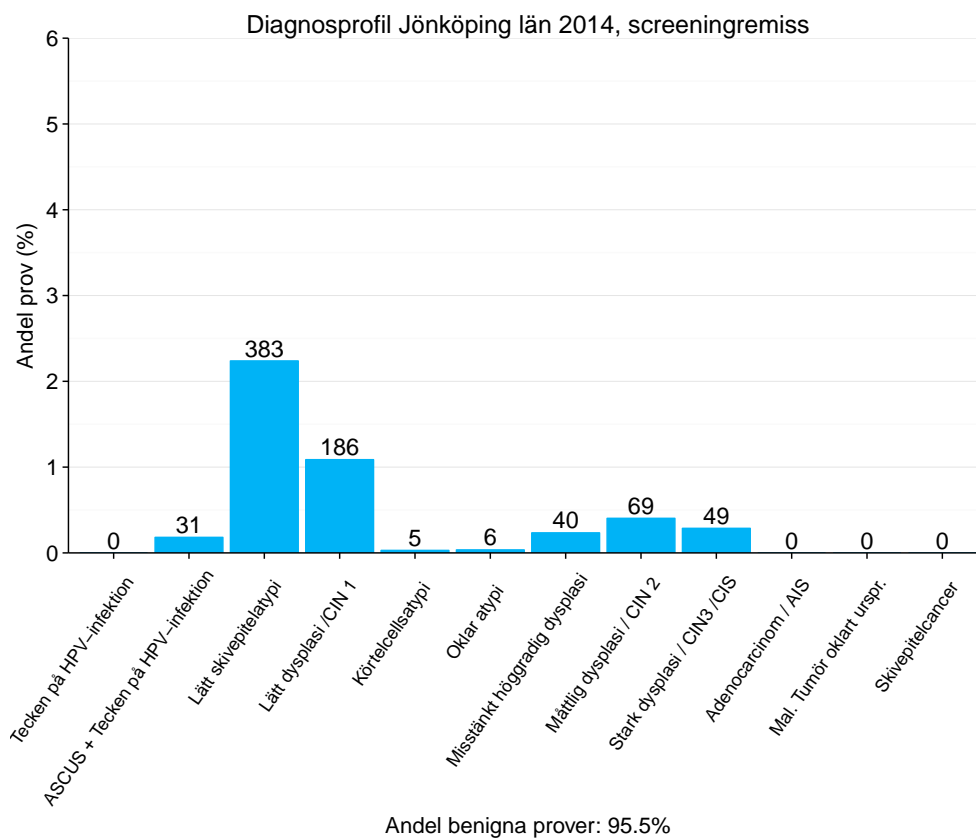
Kommentar: Andelen prover som är onormala i screening är sedan 2012 lika mellan laboratorierna i Kalmar och Jönköping. Detta speglar troligen att diagnostiken genomförs på liknande sätt. På grafen kan man se att laboratorierna närmat sig varandra över tid.

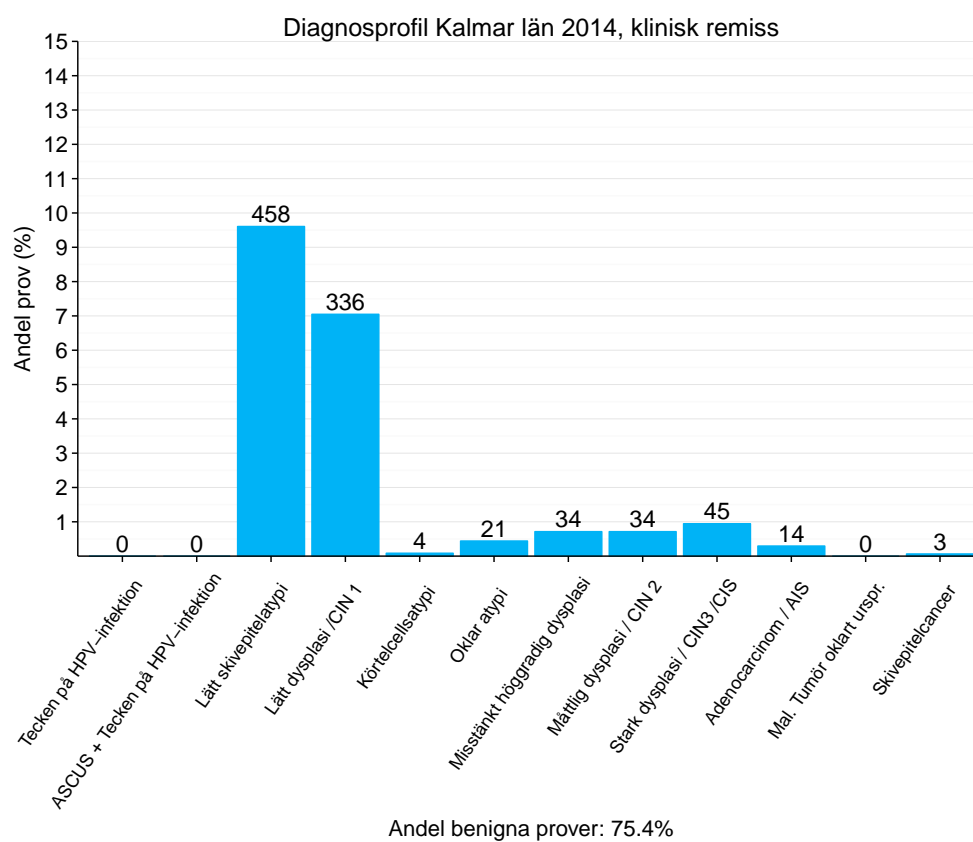
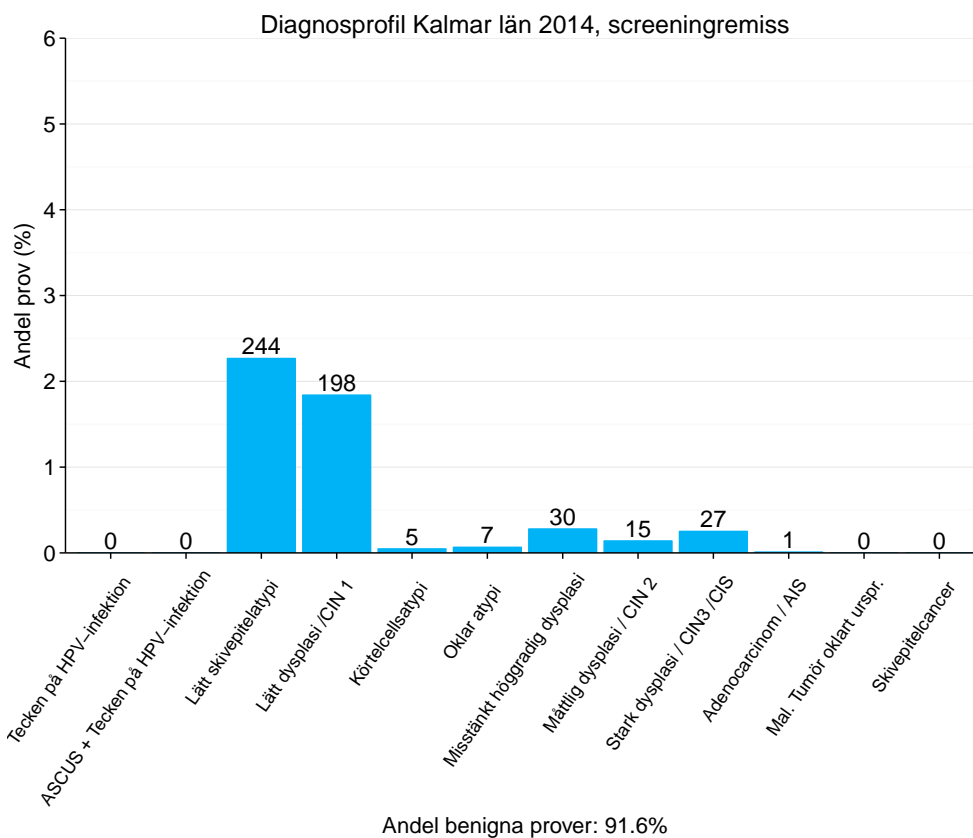


10 Diagnosprofil cytologi

Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (GCK-remiss) och övriga prover (standardremiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.







11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

Detta är en ny kvalitetsparameter som har fastställts av Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention. Riktvärdena är $\geq 90\%$. För att möjliggöra 6 månaders uppföljning av ASCUS/CIN1 räknas måttet utifrån cellprover tagna 1 juli 2013 till 30 juni 2014 och motsvarande datum för höggradiga cytologavvikelser blir 1 okt 2013 resp 30 sept 2014. Nytt cellprov, och/eller PAD räknas som uppföljning och för ASCUS/CIN1 också HPV-test med negativt utfall. Måttet är satt ur ett patientperspektiv. Resultaten, fr.a. för höggradigt avvikande cellprover, är beroende av vårdkedjan – både laboratoriets och gynekologins rutiner måste fungera.

Kommentar: Kalmar når upp till en mycket bra målnivå på 98% för andel ASCUS/CINI som följts upp 6 månader från provtagningsdatum och nästan upp till målnivå med 89% andel höggradigt atypiska prover som följts upp inom 3 månader från provtagningsdatum. Jönköping följer upp 90% av sina höggradiga atypiska prover inom 3 månader men endast 76% av ASCUS/CIN I inom 6 månader vilket kan bero på en längre ledtid på laboratoriet.

Andel ASCUS/CIN1 som följts upp inom 6 månader från provtagningsdatum

Område	Andel prov
Jönköping län	76%
Kalmar län	98%
Sydöstra Sverige	85%

Andel höggradigt atypiska prover som följts upp inom 3 månader från provtagningsdatum

Område	Andel prov
Jönköping län	90%
Kalmar län	89%
Sydöstra Sverige	90%

12 Utfall av cytologi

Denna lite snåriga tabell är viktig att studera inte minst för gynekologer, cytodiagnostiker och patologer. Den visar den allvarligaste diagnosen som uppträtt i vävnadsprov inom 12 månader efter ett avvikande cytologprov. Den ger bl.a. en fingervisning om risken för en kvinna att ha en höggradig dysplasi i PAD vid en given cytologisk diagnos. Den visar oss också hur stor andel av avvikande diagnoser som följs upp med histopatologi. Redovisningen här görs utifrån laboratorium eftersom diagnostiken skiljer sig en del mellan laboratorierna och en given cytologisk diagnos helt klart har olika allvarlighetsgrad och olika samstämmighet med cytologi. Två tabeller är framtagna. Den som ligger här utgår från alla cellprover med en given diagnos. En andra tabell finns tillgänglig som webb-appendix på www.cancercentrum.se/vast/cellprov/rapport. Den visar den procentuella fördelningen endast av de prover som följts upp med histopatologi.

Varje cellprov förekommer bara en gång i sammanställningen medan ett histopatologiskt prov kan förekomma flera gånger om en kvinna har tagit flera cellprover inom tidsintervallet. Cellproverna härrör från år 2013 för att kunna ge 1 års uppföljning av alla. Detta är ett strikt datauttag och vi måste försiktigtvis reservera oss för tveksamheter eller fel i programkoder, dateringar, konverteringar och andra ofullkomligheter i databasen.

Kommentar: Kvinnor som har den cytologiska diagnosen lätt skivepitelatyperi och är uppföljda med histopatologi har CIN2-3 i mellan 14-27% beroende på vilket labb som ställt diagnosen. HPV triagering har lett till att 22-31% av cellproverna med diagnosen lätt skivepitelatyperi saknar histopatologisk uppföljning.

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2013: Sydöstra Sverige

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	654	1.9%	353	1%	228	0.66%	16	0.046%	318	0.92%	33023	95%	34592	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	14	9.7%	47	33%	36	25%	–	–	23	16%	24	17%	144	100%
Lätt skivepitelatypti	155	9.9%	438	28%	327	21%	3	0.19%	230	15%	406	26%	1559	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	88	7.9%	340	31%	341	31%	2	0.18%	135	12%	201	18%	1107	100%
Körtelcellsatypti	5	17%	3	10%	8	27%	2	6.7%	6	20%	6	20%	30	100%
Oklar atypti	3	5.5%	14	25%	15	27%	1	1.8%	10	18%	12	22%	55	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	4	2.1%	19	10%	156	83%	4	2.1%	3	1.6%	1	0.53%	187	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	8	2.5%	23	7.2%	277	86%	1	0.31%	7	2.2%	5	1.6%	321	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	3	1.2%	–	–	230	89%	11	4.3%	8	3.1%	5	1.9%	257	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	11%	1	11%	2	22%	5	56%	9	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Skivepitelcancer	–	–	–	–	5	71%	2	29%	–	–	–	–	7	100%
Totalt	934	2.4%	1237	3.2%	1624	4.2%	44	0.11%	742	1.9%	33689	88%	38270	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2013: Jönköping län

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	443	2.1%	184	0.86%	197	0.92%	8	0.037%	195	0.91%	20430	95%	21457	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	14	9.7%	47	33%	36	25%	–	–	23	16%	24	17%	144	100%
Lätt skivepitelatypti	126	15%	183	22%	224	27%	2	0.24%	107	13%	180	22%	822	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	80	15%	152	28%	198	36%	–	–	74	14%	44	8%	548	100%
Körtelcellsatypti	3	16%	2	11%	6	32%	2	11%	3	16%	3	16%	19	100%
Oklar atypti	2	15%	3	23%	5	38%	1	7.7%	–	–	2	15%	13	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	3	2.8%	8	7.5%	92	86%	3	2.8%	–	–	1	0.93%	107	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	8	3.4%	20	8.4%	199	84%	1	0.42%	7	2.9%	3	1.3%	238	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	2	1.2%	–	–	148	89%	7	4.2%	8	4.8%	2	1.2%	167	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	50%	–	–	–	–	1	50%	2	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Skivepitelcancer	–	–	–	–	2	100%	–	–	–	–	–	–	2	100%
Totalt	681	2.9%	599	2.5%	1108	4.7%	25	0.11%	417	1.8%	20690	88%	23520	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2013: Kalmar län

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	211	1.6%	169	1.3%	31	0.24%	8	0.061%	123	0.94%	12593	96%	13135	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lätt skivepitelatypti	29	3.9%	255	35%	103	14%	1	0.14%	123	17%	226	31%	737	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	8	1.4%	188	34%	143	26%	2	0.36%	61	11%	157	28%	559	100%
Körtelcellsatypti	2	18%	1	9.1%	2	18%	–	–	3	27%	3	27%	11	100%
Oklar atypti	1	2.4%	11	26%	10	24%	–	–	10	24%	10	24%	42	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	1	1.2%	11	14%	64	80%	1	1.2%	3	3.8%	–	–	80	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	–	–	3	3.6%	78	94%	–	–	–	–	2	2.4%	83	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	1	1.1%	–	–	82	91%	4	4.4%	–	–	3	3.3%	90	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	14%	2	29%	4	57%	7	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	3	60%	2	40%	–	–	–	–	5	100%
Totalt	253	1.7%	638	4.3%	516	3.5%	19	0.13%	325	2.2%	12999	88%	14750	100%



Rapporten är utgiven av Regionalt cancercentrum väst. 2015-06-02.