

Sammanställning av Kvalitetsdata 2017

Gällande Cervixcancerprevention i Sydöstra
Sjukvårdsregionen

Oktober 2018

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")



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	3
2 Invitationsstatus	4
3 Täckningsgrad	7
4 Deltagande efter inbjudan	18
5 Antal cellprover	22
6 Endocervikala celler saknas	25
7 Åldersfördelning cellprov	27
8 Tid till svar	28
9 Andel icke-normala cellprover	30
10 Diagnosprofil cytologi	32
11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	37
12 Utfall av cytologi	38
13 PAD-utfall av behandling	43
14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör	47
15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	50
16 Andel kvinnor som remitteras till kolposkopi från GCK	53

1 Inledning

Cytburken är arbetsnamnet på Processregistret inom Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention. Data kan nu jämföras mellan allt fler landsting. I år publiceras tre regionala rapporter Uppsala - Örebro, Sydöst och Väst. Redovisningarna görs utifrån nationellt beslutade kvalitetsparametrar. I årets rapport är primära HPV-analyser inkluderade under begreppet cellprov. En ny kvalitetsparameter är redovisad i avsnitt 16.

När den första upplagan av denna rapport publicerades för 14 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 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, laborieverksamhet 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 rapport gäller 2017 års data. Denna årliga rapport kompletteras med Statistikmodulen i Cytburken som ger en redovisning online av nyckeldata där man kan välja detaljnivå. Statistikmodulen 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

Rapportens grunddata tas fram av RCC-Väst efter inrapportering från respektive landsting, Caroline Lilliecreutz regional processägare har kommenterat utfallet.

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

2018-10-22

Björn Strander Chenyang Zhang Emil Selmeryd Mia Westlund Andreas Torén

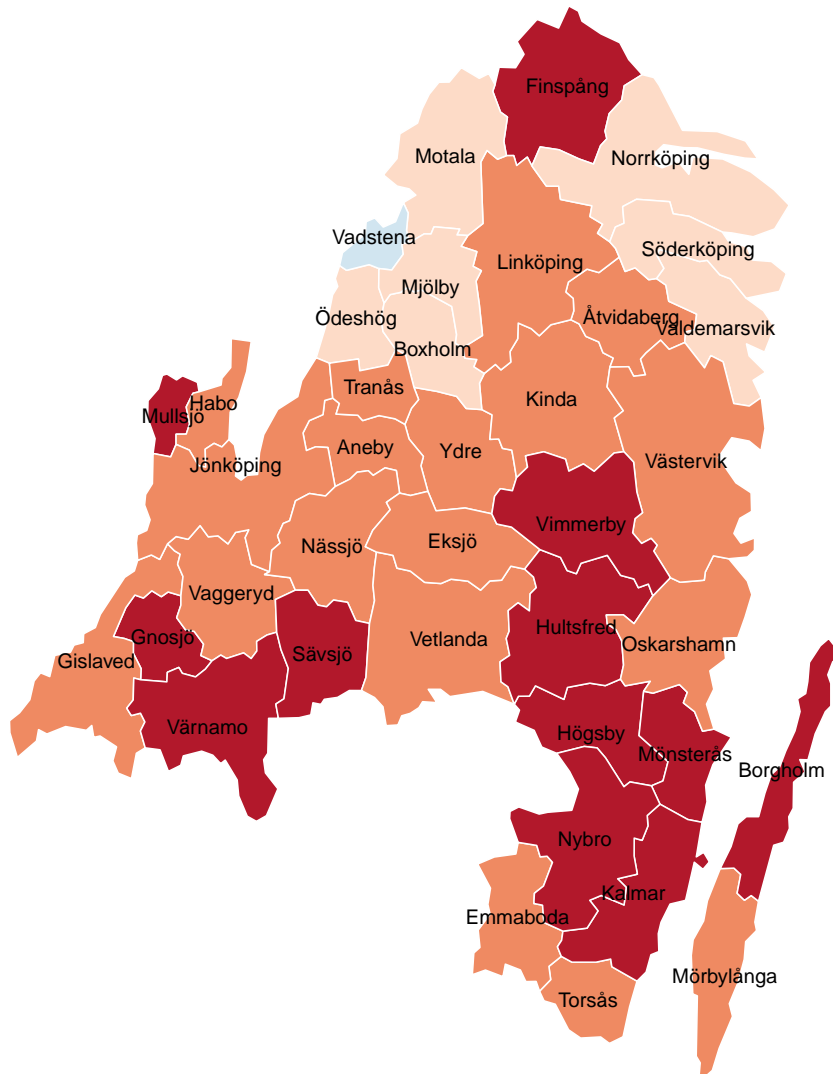
2 Invitationsstatus

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. Mätningen sker vid ett viss datum. Från befolkningsregistret hämtas data över de kvinnor som åldersmässigt är aktuella för provtagning. Dessa uppgifter länkas därefter till Cyburken (processregistret) som ger besked om vilka kvinnor som är aktuella för provtagning utifrån senast taget prov och att inbjudning till provtagning skickats ut. För att förenkla denna komplicerade datahantering är mätningen begränsad till kvinnor i åldrarna 24-49. Det nationella målvärdet är 100%.

Kommentar: SÖ regionen har under 2017 kallat 75 966 kvinnor för gynekologisk cellprovtagning. 94,1% av alla kvinnor i SÖ regionen får sin inbjudan i tid. Andelen har totalt sett ökat med 1,5% sedan 2016. Bäst på att kalla kvinnorna i tid är Östergötland med 96,1%. Kalmar kallar 90,7% av kvinnorna i tid vilket är en ökning från föregående år. Jönköping ligger oförändrat mellan 2016-2017 på ca 93%.

Största anledning till att kvinnorna inte kallas i tid torde vara rådande barnmorskorbrist och att den gynekologiska cellprovskontrollen inte kan prioriteras inom mödrahälsovården.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan ■ 92,0% – 97,0% ■ 97,0% – 98,0% ■ 98,0%–99,0%



Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Östergötland	96,1%
Jönköping län	93,6%
Kalmar län	90,7%
Sydöstra Sverige	94,1%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Östergötland	38429
Jönköping län	25365
Kalmar län	12172
Sydöstra Sverige	75966

3 Täckningsgrad

Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/21 2017 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. Täckningsgraden innefattar alltså all provtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang. Prover som primärt analyserats för HPV är inkluderade.

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.

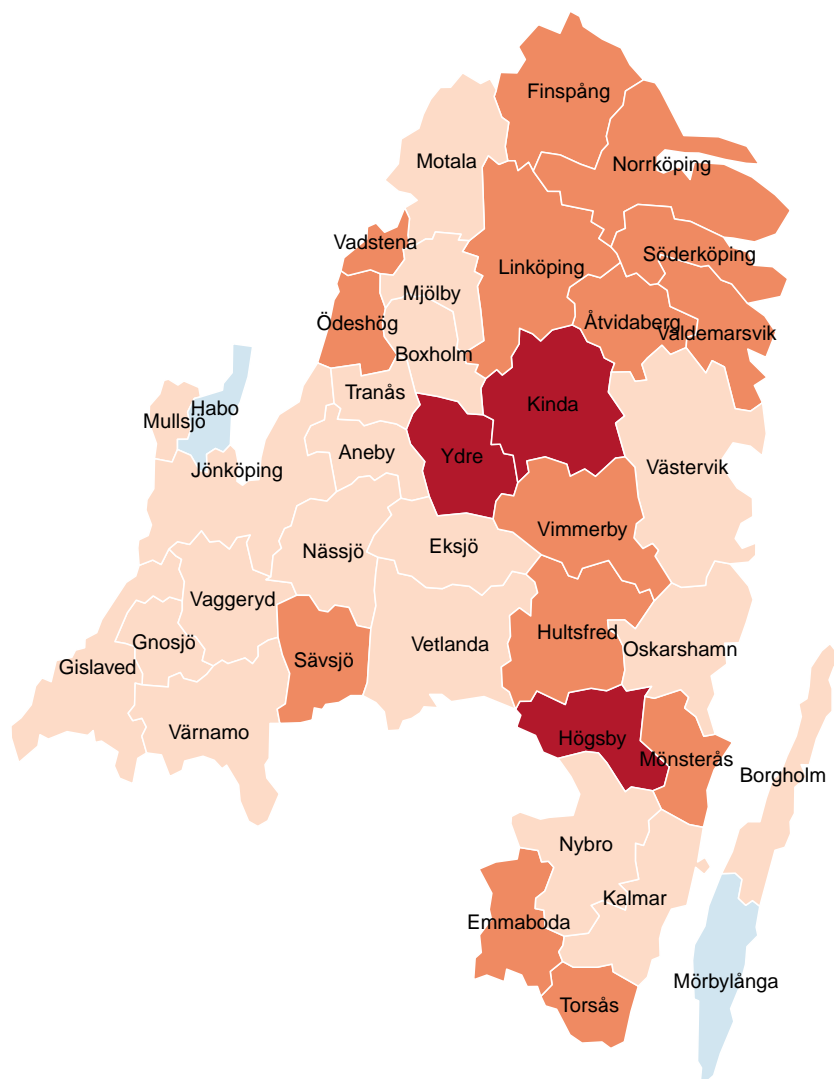
Kommentar: Östergötland har förbättrat sin täckningsgrad från 76,1% 2015 resp 79,3% 2016 till 80,7% 2017. Kalmar har förbättrat sin täckningsgrad från 76,6% 2015 resp 78% 2016 till 82,6% 2017. Jönköpings har en oförändrad täckningsgrad jfr med 2015 och 2016 på 83,9% 2017.

Kommunerna med bäst täckningsgrad (87%) är Mörbylånga och Habo. Endast 3 kommuner inom SÖ regionen når upp till det nationella målet. Jfr med 2015 och 2016 då hela 15 resp 8 kommuner i SÖ regionen låg på eller under 78% i täckningsgrad är den siffran nere på 3 st kommuner.

2 församlingar i SÖ regionen ligger under 70% i täckningsgrad. Båda i Östergötland. Dessa bör uppmärksammas särskilt.

Täckningsgraden skiljer sig inte nämnvärt mellan olika åldersgrupper inom SÖ regionen.

Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2017–12–31

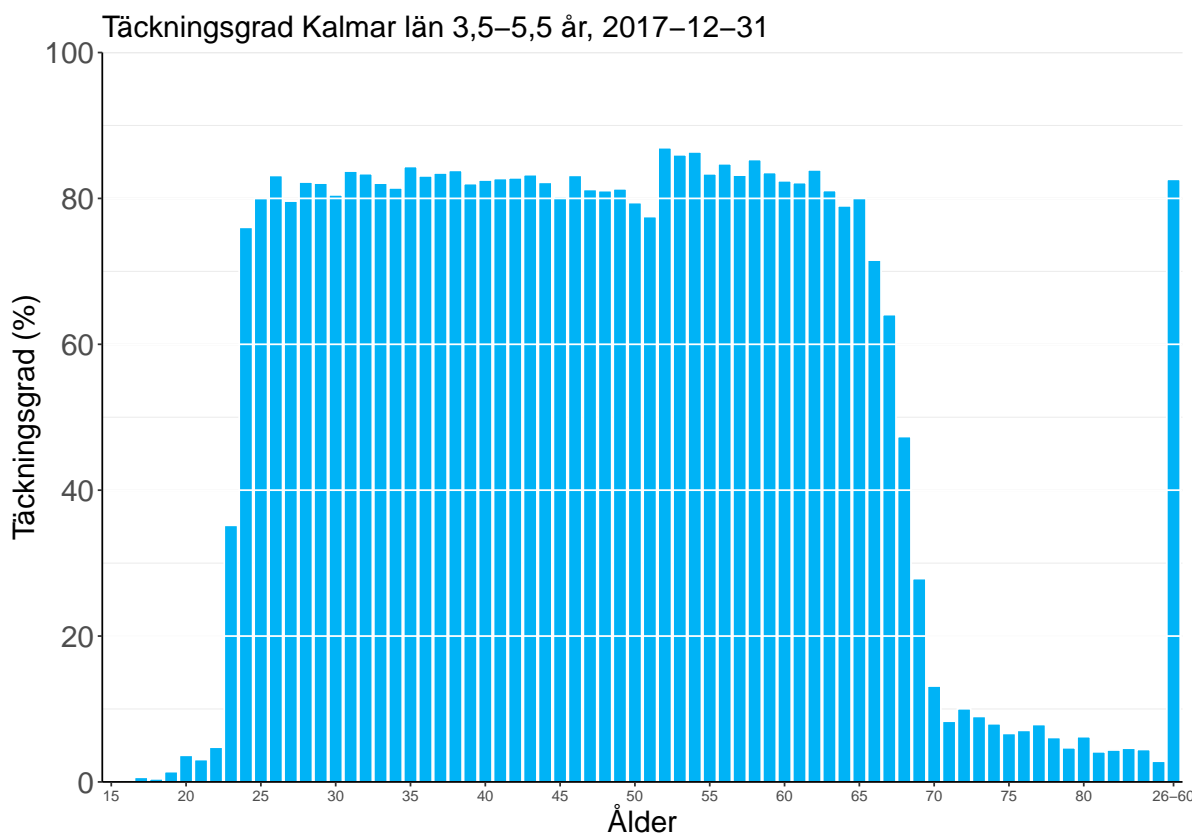
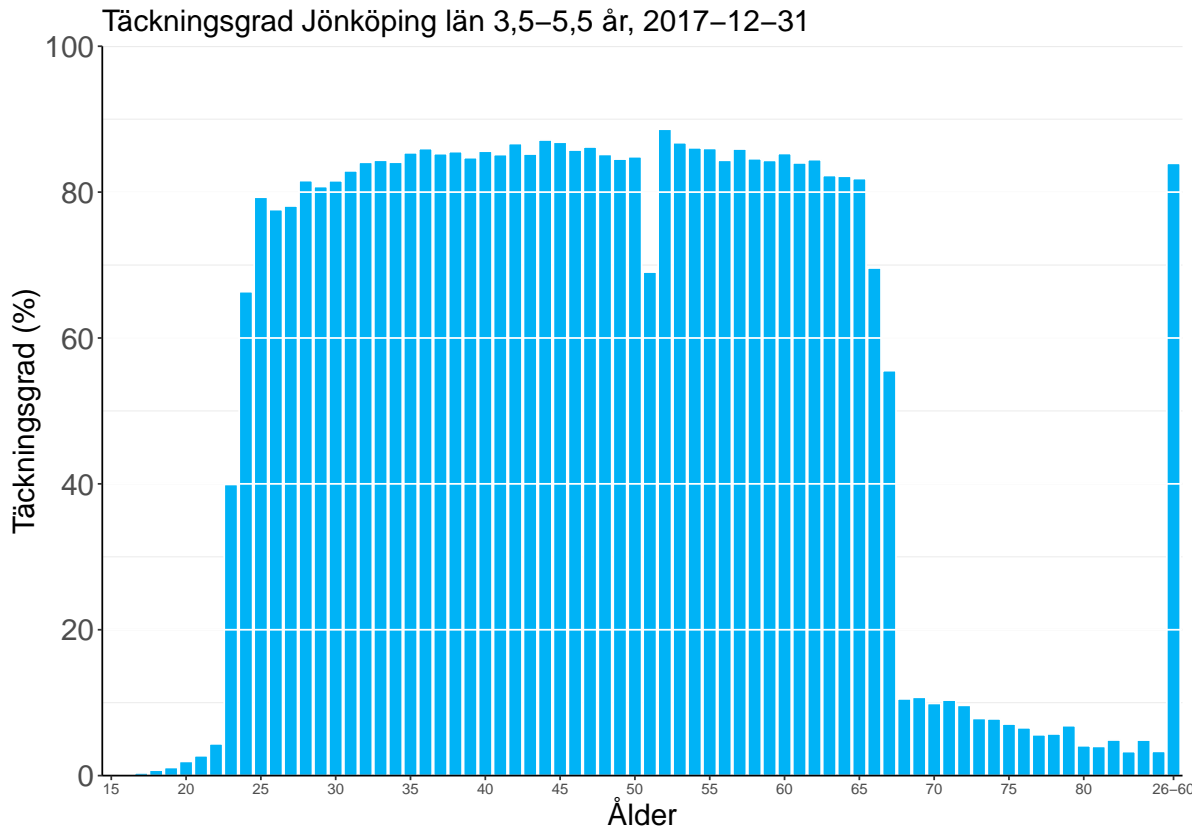


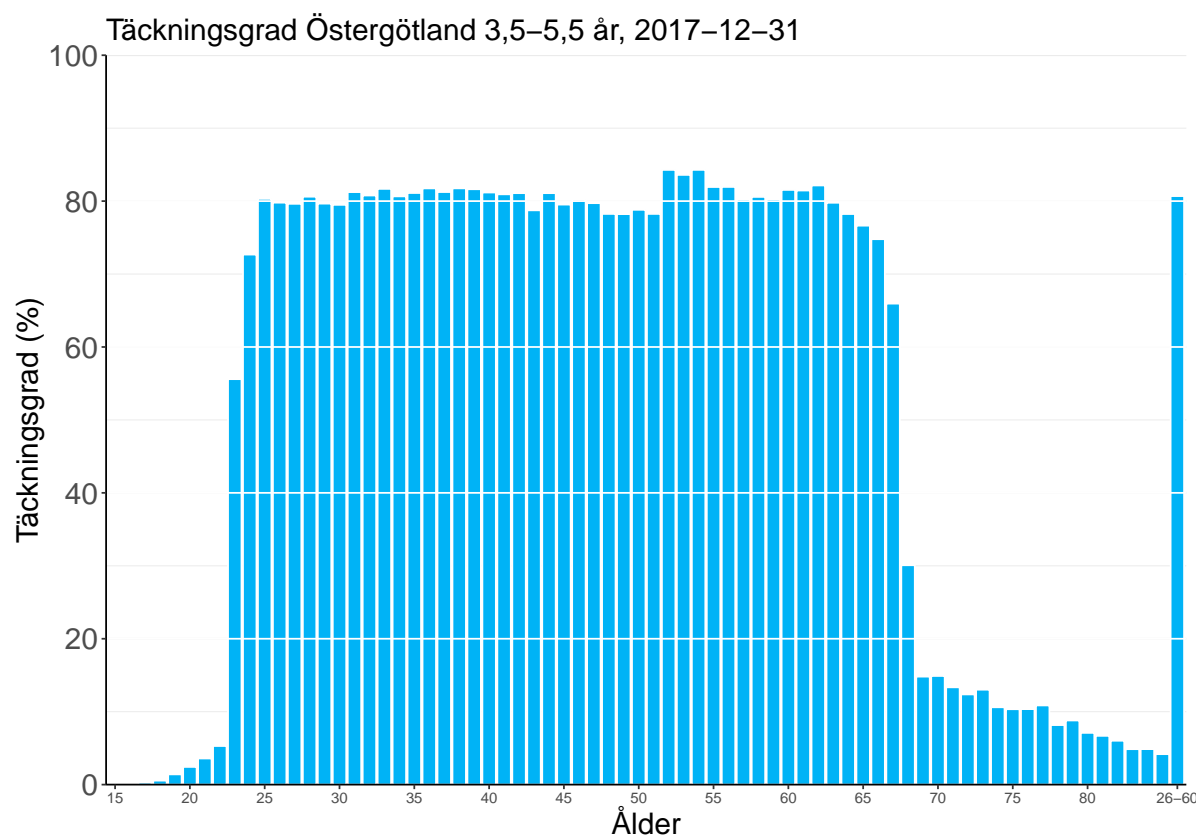
Täckningsgrad ■ 78% ■ 79% – 81% ■ 82% – 85% ■ 86% –

Område	Täckningsgrad
Jönköping län	83,9%
Kalmar län	82,6%
Östergötland	80,7%

Kommun	Täckningsgrad
Mörbylånga	87,9%
Habo	87,4%
Oskarshamn	85,2%
Gislaved	84,9%
Vaggeryd	84,7%
Tranås	84,7%
Eksjö	84,6%
Borgholm	84,6%
Jönköping	84,3%
Värnamo	84%
Aneby	83,9%
Västervik	83,6%
Mjölby	83,5%
Kalmar	83,4%
Motala	83,3%
Vetlanda	83,2%
Nässjö	83%
Gnosjö	82,9%
Boxholm	82,7%

Kommun	Täckningsgrad
Mullsjö	82,3%
Nybro	82,2%
Mönsterås	81,5%
Vadstena	81%
Torsås	80,8%
Söderköping	80,6%
Ödeshög	80,6%
Norrköping	80,4%
Linköping	80,4%
Sävsjö	80,3%
Emmaboda	80,2%
Åtvidaberg	79,9%
Vimmerby	79,6%
Valdemarsvik	78,9%
Hultsfred	78,8%
Finspång	78,5%
Kinda	77,8%
Ydre	77,7%
Högsby	68,1%





Täckningsgrad Jönköping per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Skärstad-Ölmstad	88,6%
Huskvarna	88,5%
Bankeryd	88,4%
Barnarp	87,2%
Lekeryd	87,1%
Rogberga-Öggestorp	86,8%
Månsarp	86,7%
Norrahammar	86,3%
Ödestugu	86,2%
Jönköpings Sofia-Järstorp	84,8%
Gränna	84,4%
Norra Mo	82,5%
Hakarp	81,5%
Jönköpings Kristina-Ljungarum	81,3%
Visingsö	80,5%

Täckningsgrad Gislaved per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Våthult	90,5%
Norra Hestra	86,9%
Västbo S:t Sigfrid	86,3%
Villstad	86,1%
Anderstorp	84,1%
Burseryd	83,3%

Täckningsgrad Nässjö per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Almesåkra	84,1%
Barkeryd-Forserum	84%
Nässjö	83,5%
Norra Solberga-Flisby	83%
Malmbäck	82,7%
Norra Sandsjö	80,1%

Täckningsgrad Vetlanda per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Näsby	84,8%
Vetlanda	84,3%
Nävelsjö	84,2%
Korsberga	83,6%
Nye, Näshult och Stenberga	82,5%
Lannaskede	80,2%
Alseda	79,3%

Täckningsgrad Värnamo per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Tännö	91%
Voxtorp	88,2%
Värnamo	84,1%
Forshedabygden	83,8%
Gällaryd	83,3%
Bredaryd	82,8%
Nydala-Fryele	82,1%
Kulltorp, del	80,3%

Täckningsgrad Kalmar per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Ryssby	87,3%
Ljungby	86,1%
Kalmar S:t Johannes	85,9%
Kalmar domkyrkoförs.	82,5%
Karlslunda-Mortorp	81,9%
Arby-Hagby	78,1%
Halltorp-Voxtorp	77,7%
S:ta Birgitta	75,8%

Täckningsgrad Oskarshamn per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Misterhult	87,8%
Döderhult	84,7%
Oskarshamn	84,3%

Täckningsgrad Västervik per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Gladhammar-Västrum	87,1%
Törnsfall	85,9%
Loftahammar	85,4%
Odensvi	82,5%
Hjorted	80%
Hallingeberg-Blackstad	79,7%
Västra Ed	77,9%
Gamleby	76,5%
Överum	75,4%
Dalhem	73,3%
Lofta	70,7%

Täckningsgrad Linköping per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Vist	87,9%
Kärna	85,5%
Landeryd	85,2%
Vårdnäs	85,1%
Åkerbo	83,9%
Vikingstad	83,9%
Vreta kloster	83,5%
Nykil-Gammalkil	83,1%
Skeda	82,7%
Gottfridsberg	80,9%
Linköpings Johannelund	80,4%
Linköpings S:t Lars	79,6%
Linköpings Berga	79,2%
Slaka	78,2%
Ulrika	75%
Linköpings Skäggetorp	68,5%
Linköpings Ryd	64%

Täckningsgrad Mjölby per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Östra Tollstad	86,3%
Västra Harg	86%
Mjölby	83,7%
Skänninge	82,8%
Veta	82,8%
Väderstad	76%

Täckningsgrad Motala per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Fornåsa	84,5%
Borensberg	83,7%
Motala	83,5%
Aska, del	82,2%
Tjällmo	80,2%
Godegård	78,6%

Täckningsgrad Norrköping per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Västra Vikbolandet	84,5%
Kolmården	83,1%
Östra Husby	82,3%
Norrköpings Borg	81,8%
Jonsberg	80,3%
Norrköpings S:t Olof	78,6%
Norrköpings S:t Johannes	77,8%

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 2017. 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 Cytburkens statistikmodul.

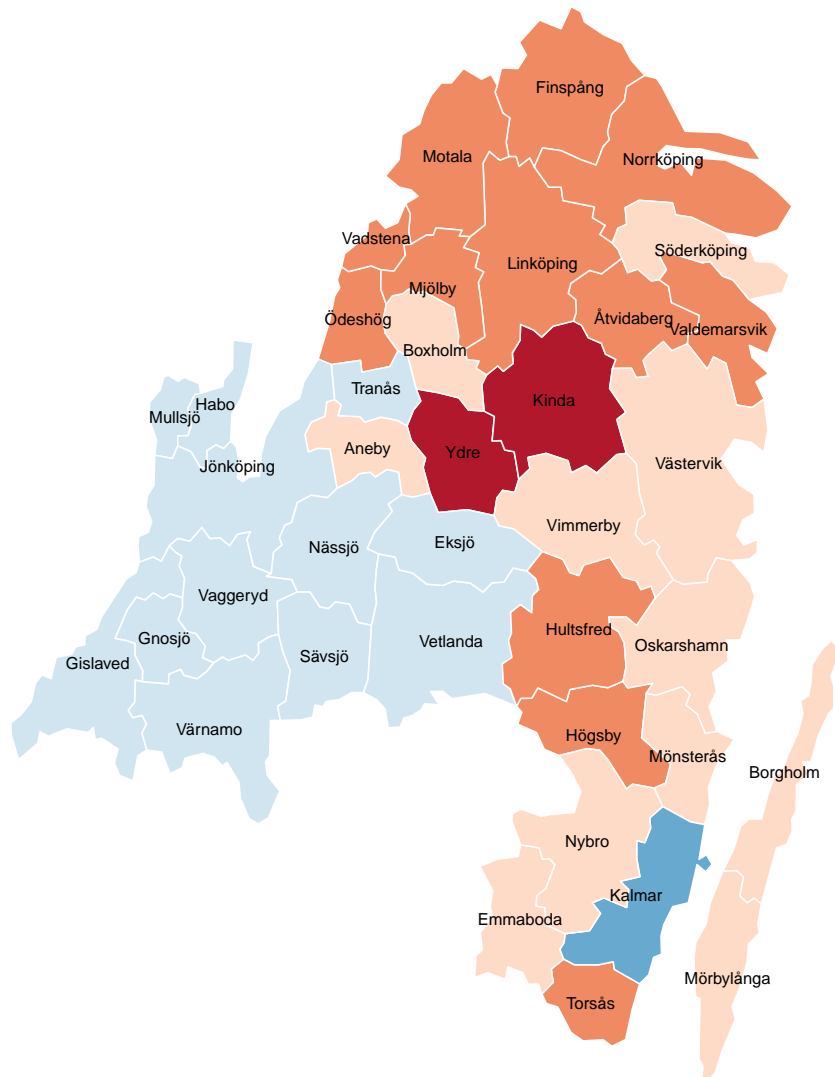
Kommentar: Alla kvinnor i SÖ regionen som uteblir från cellprovtagning efter inbjudan får en årlig påminnelse.

Totalt sett är det en uppåtstigande trend i deltagande efter inbjudan i hela SÖ regionen från 49% 2015 resp 52% 2016 till 53% 2017. Kalmar län har en nedåtstigande trend från 68% 2016 till 60% 2017. Jönköping ligger oförändrat på 64%. Östergötland ligger sämst med 40% 2016 resp 43% 2017.

Bäst kommun är Kalmar med 70% som deltar inom 3 månader efter inbjudan. Östergötland utmärker sig med låga siffror där 2 kommuner ligger under 40% (6 st 2016). Tillgängligheten i dessa kommuner är inte tillfredsställande med långa avstånd till mottagningen som utför GCK.

Styrgrupperna har fortsatt sitt arbete kring att säkra att lokala rutiner för att gallra ut de som ej ska bli kallade finns.

Deltagande efter inbjudan. 2017

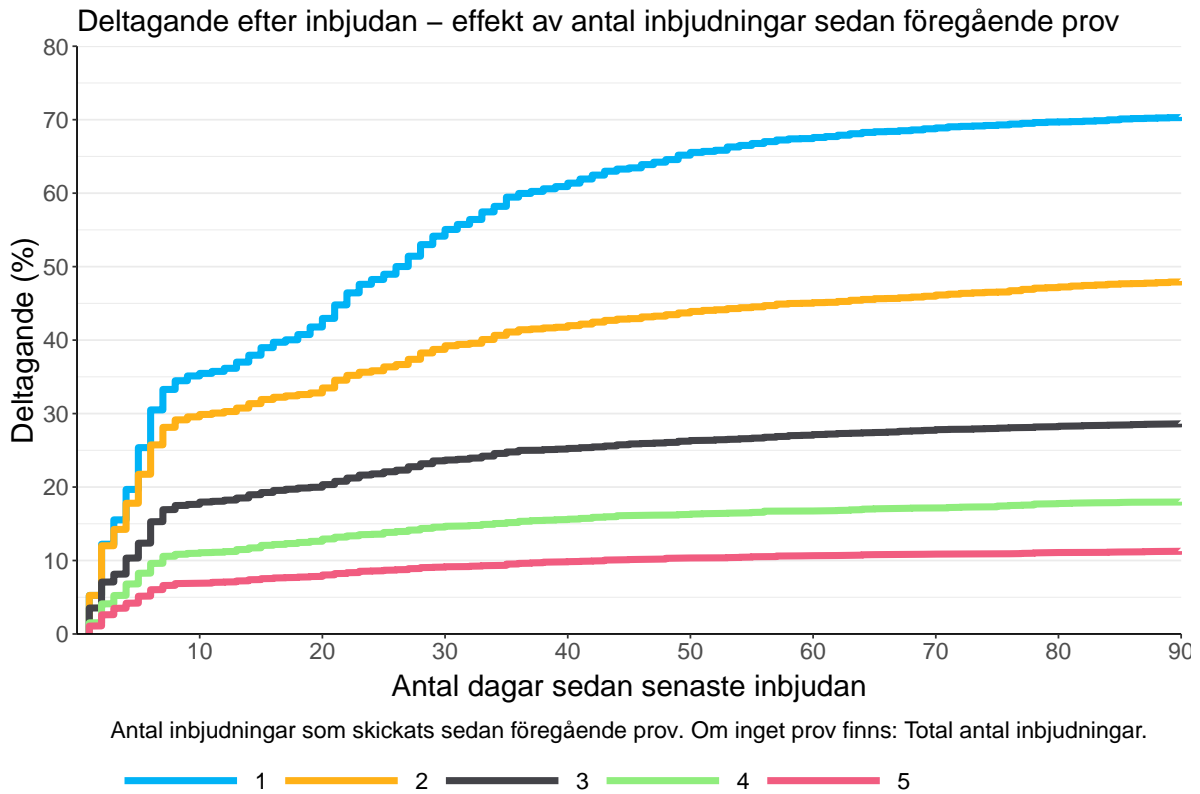


Deltagande ■ $\le 39\%$ ■ 40% – 49% ■ 50% – 59% ■ 60% – 69% ■ 70% –

Område	Deltagande
Jönköping län	64%
Kalmar län	60%
Sydöstra Sverige	53%
Östergötland	43%

Kommun	Deltagande
Kalmar	70%
Gnosjö	69%
Eksjö	68%
Habo	68%
Mullsjö	66%
Gislaved	66%
Värnamo	65%
Sävsjö	64%
Nässjö	64%
Vetlanda	63%
Vaggeryd	63%
Jönköping	62%
Tranås	60%
Borgholm	59%
Oskarshamn	58%
Mönsterås	58%
Aneby	58%
Mörbylånga	57%
Västervik	55%

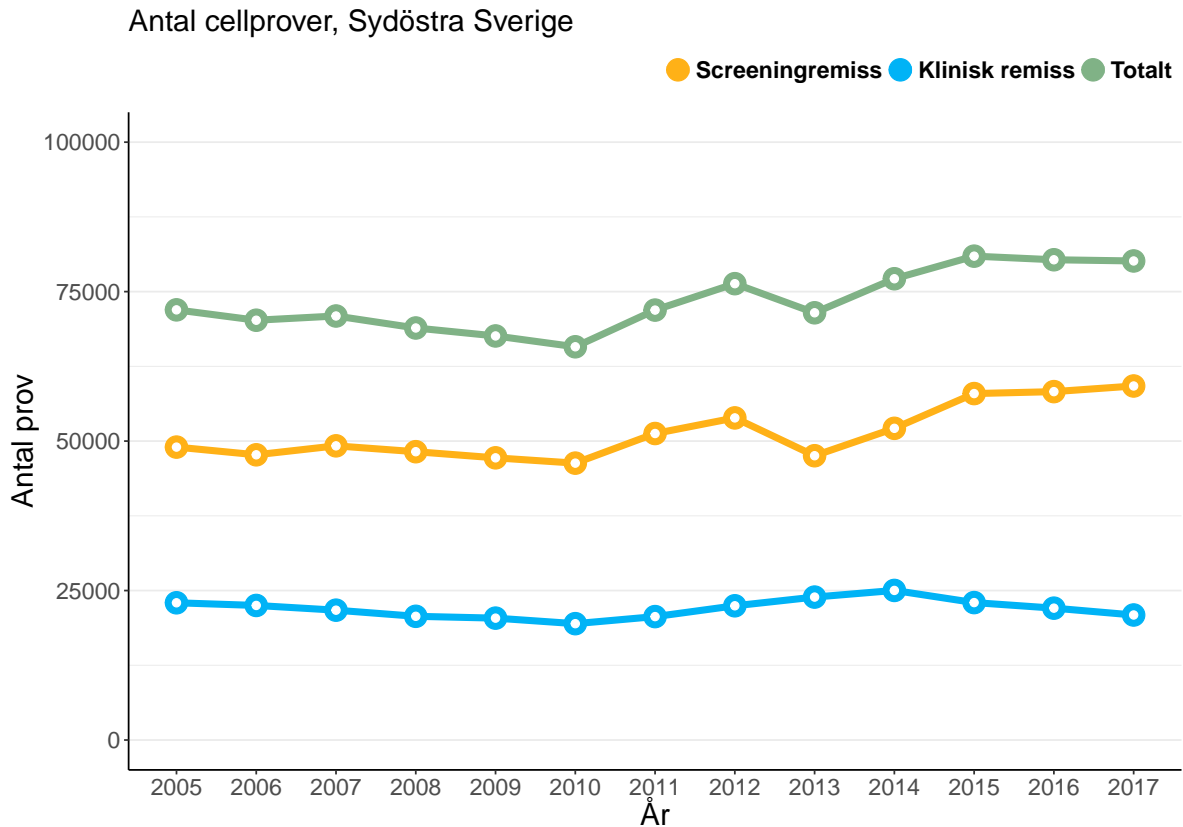
Kommun	Deltagande
Söderköping	52%
Vimmerby	52%
Nybro	51%
Emmaboda	50%
Boxholm	50%
Finspång	48%
Motala	48%
Hultsfred	48%
Mjölby	47%
Ödeshög	46%
Torsås	45%
Vadstena	44%
Linköping	44%
Högsby	42%
Valdemarsvik	42%
Norrköping	40%
Åtvidaberg	40%
Kinda	38%
Ydre	28%



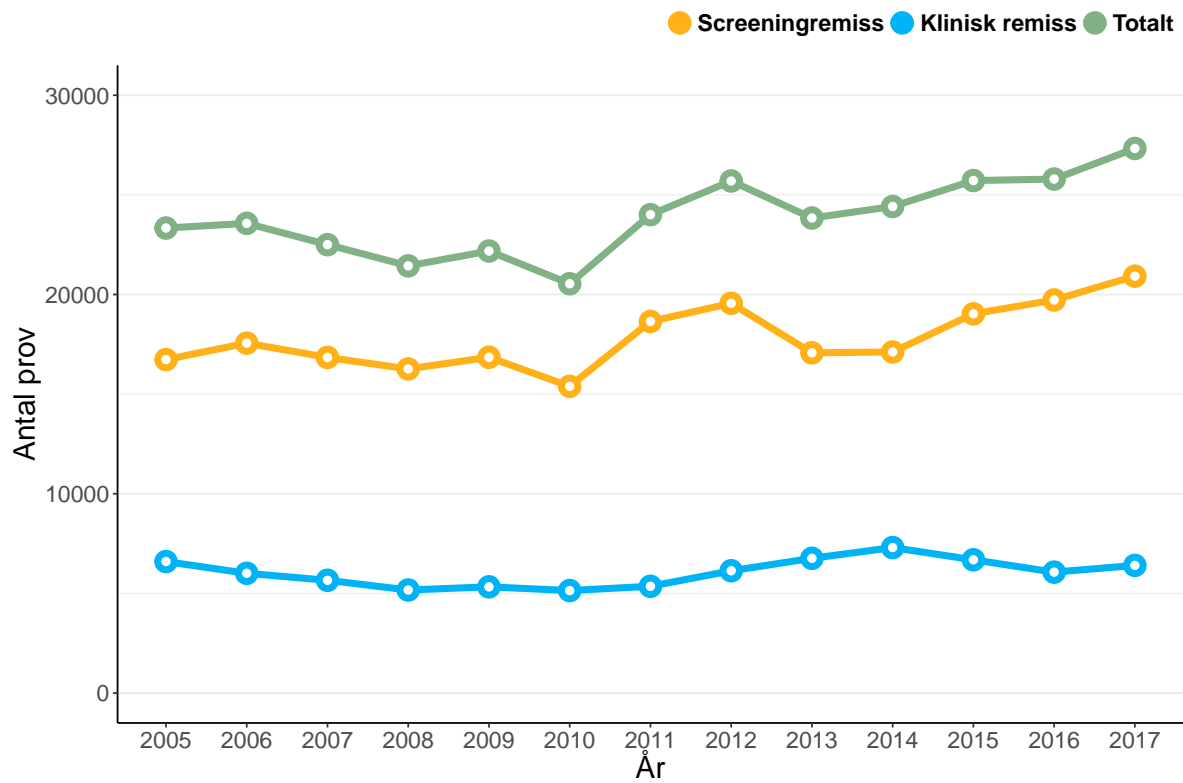
5 Antal cellprover

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

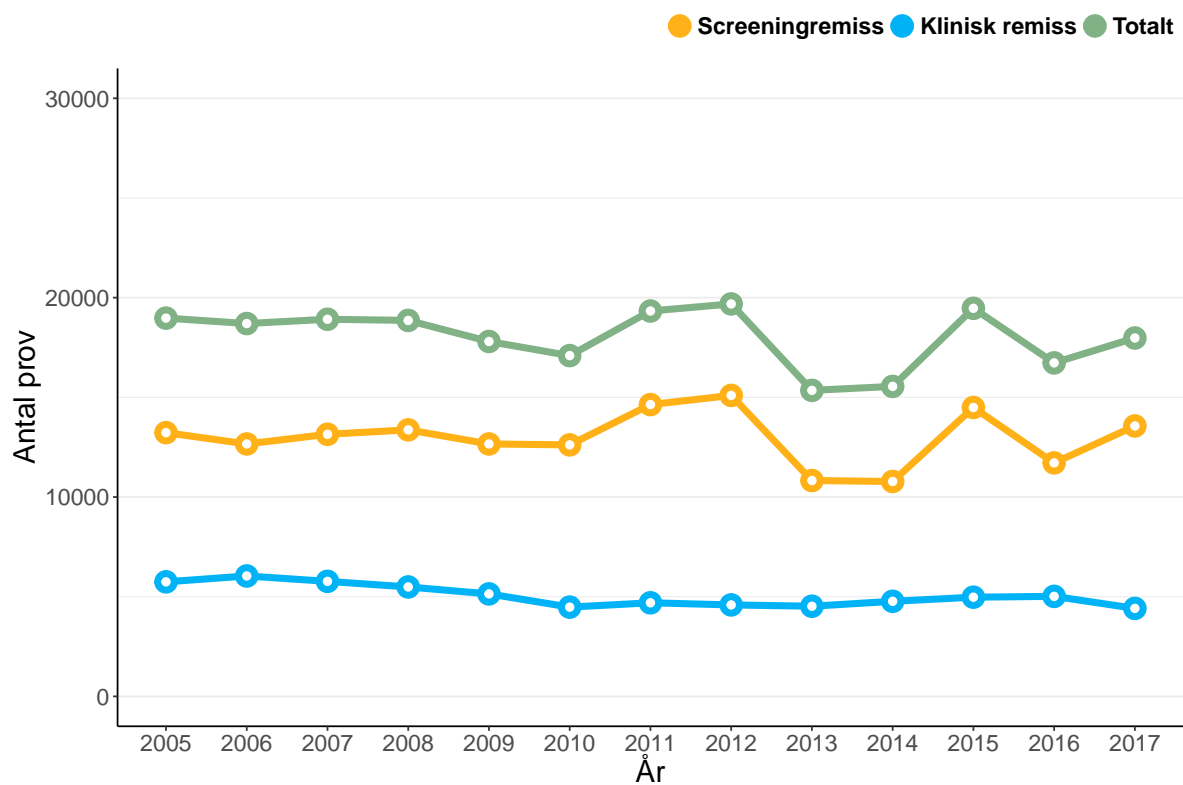
Kommentar: Antal prover tagna på screeningremiss ökar i Sö regionen totalt. I Östergötland ses dock en minskning. Antalet prover tagna på klinisk remiss ligger relativt oförändrat.

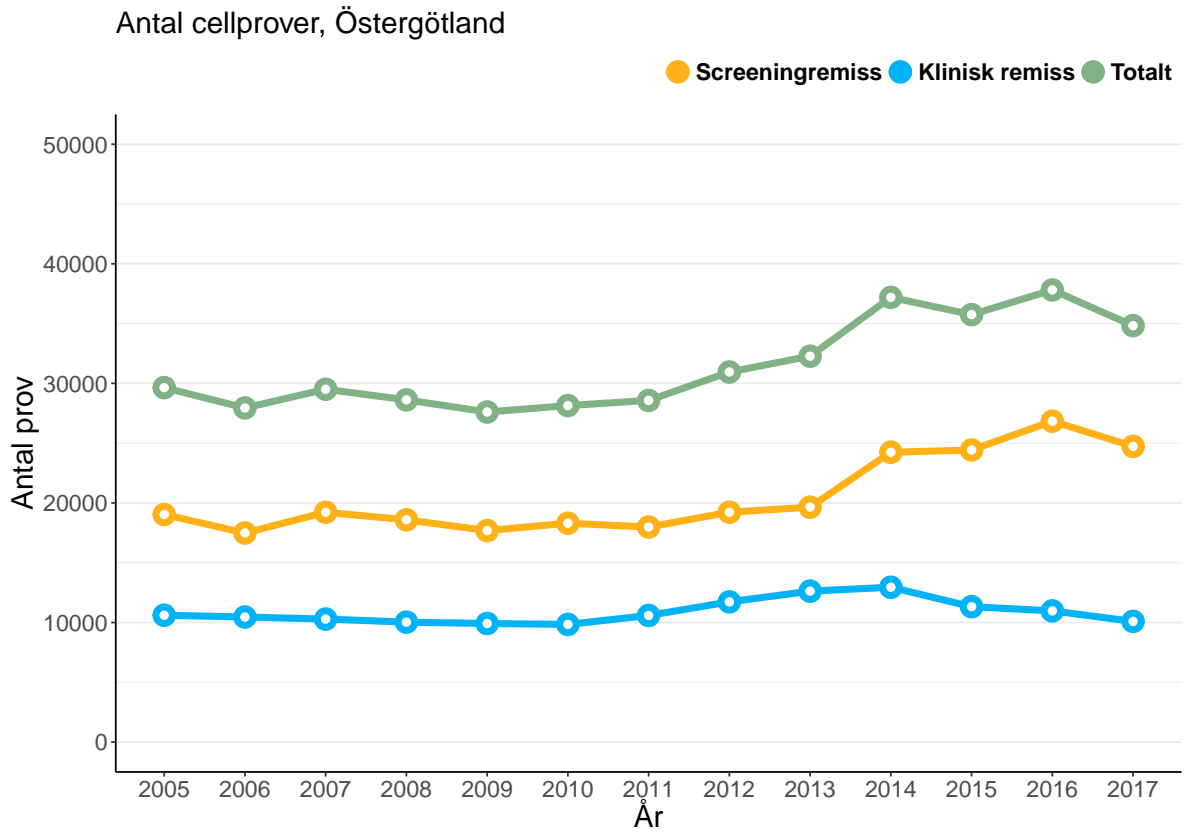


Antal cellprover, Jönköping län



Antal cellprover, Kalmar län

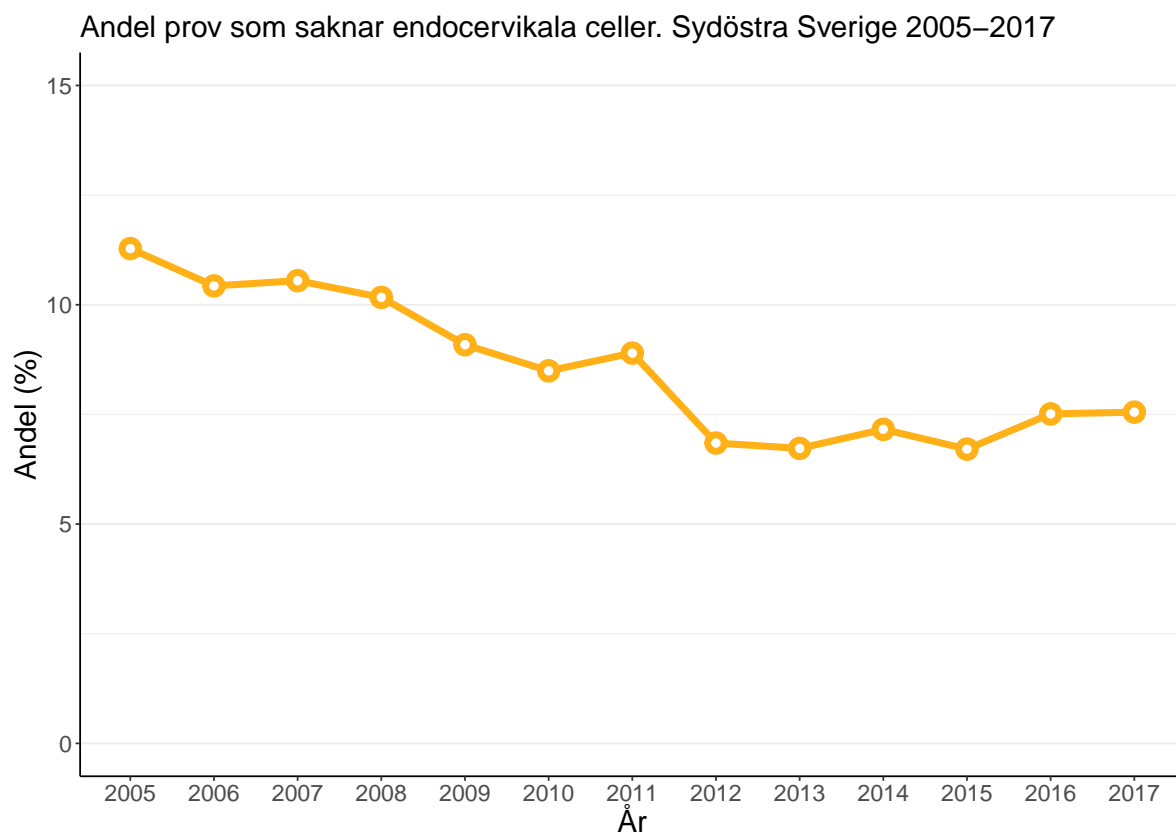
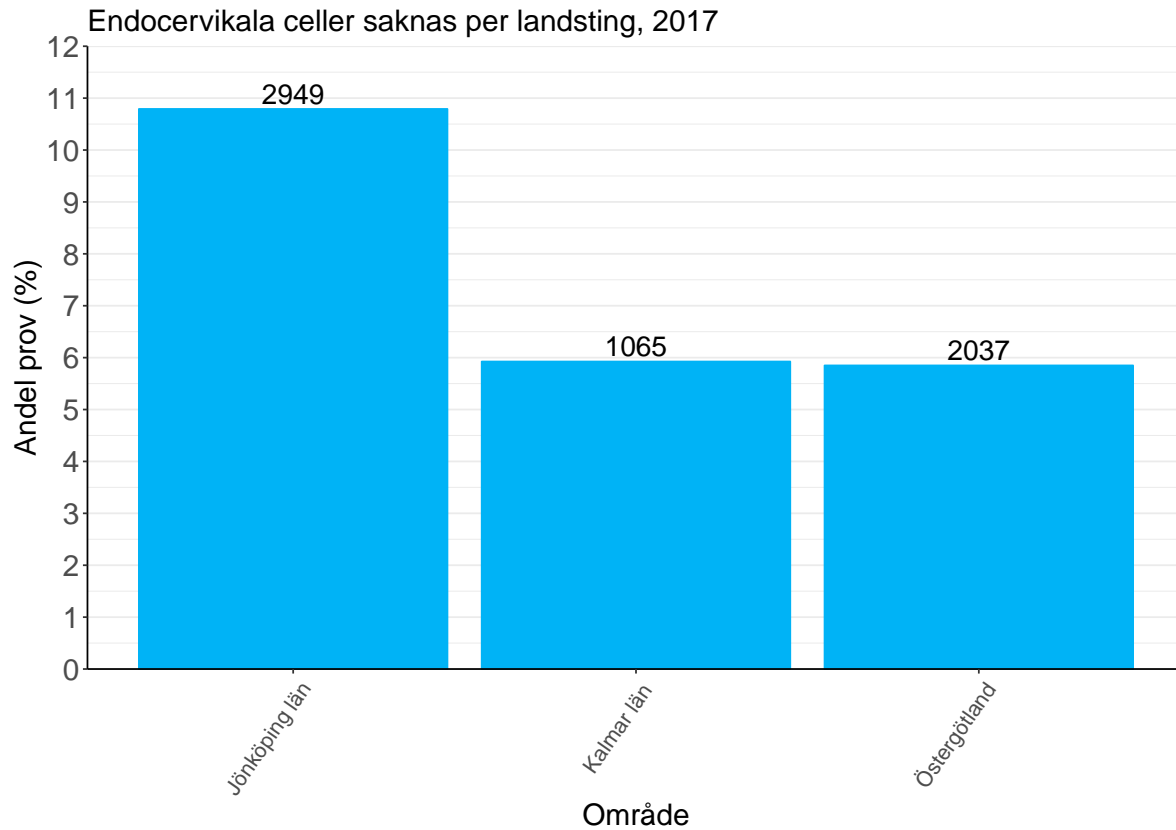




6 Endocervikala celler saknas

Avsaknad av endocervikala celler är måttet för provtagningskvalité och är ett av Socialstyrelsens kvalitetsmått. I sällsynta fall kan man inte få med endocervikala celler i provet trots god provtagningsteknik. I normalfallet ska metaplastiska celler eller körtelceller finnas med i provet som tecken på att övre delen av transformationszonen är representerad. Måttet är beroende av att laboratoriet identifierar dessa celler korrekt.

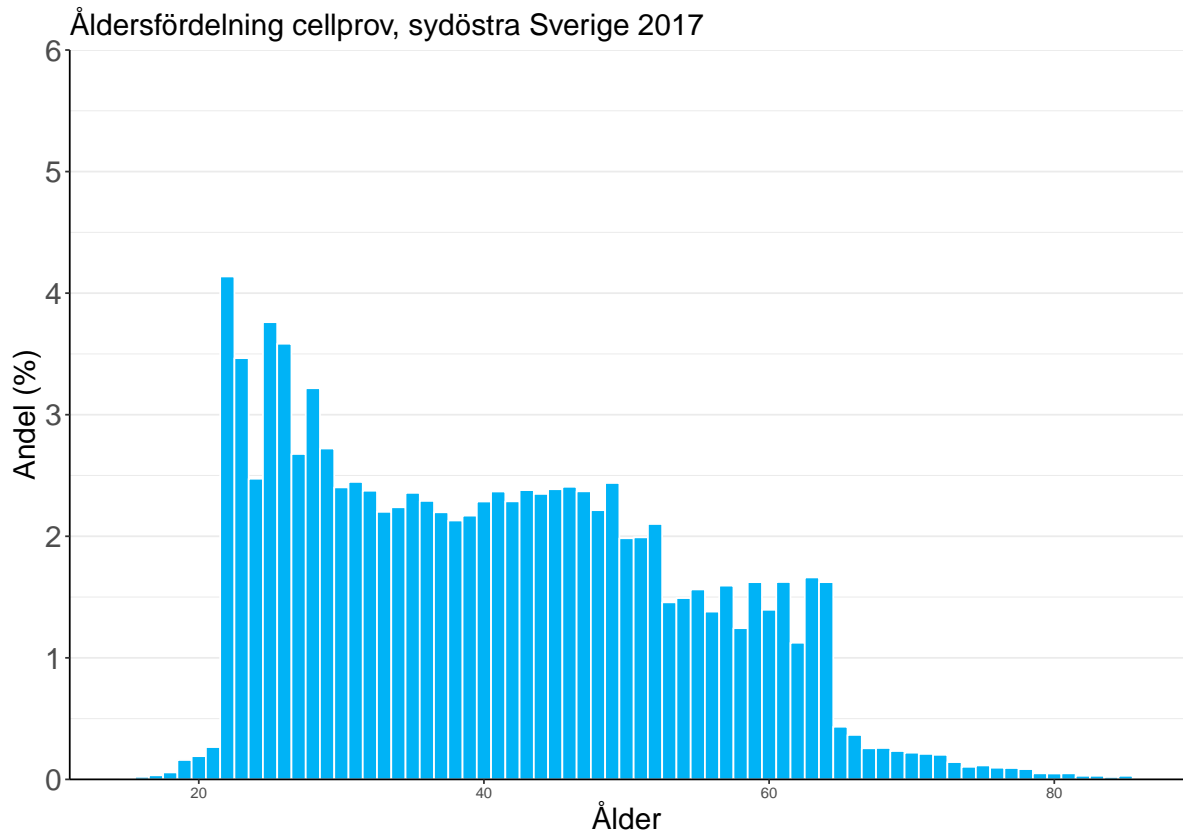
Kommentar: Andelen cellprov inom SÖ regionen som saknar endocervikala celler ligger relativt oförändrat mellan 2016-2017 på ca 7,5%.



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 kompletterande screening upp till 3 månader innan de skulle kallas.

Kommentar: Följer förväntat mönster



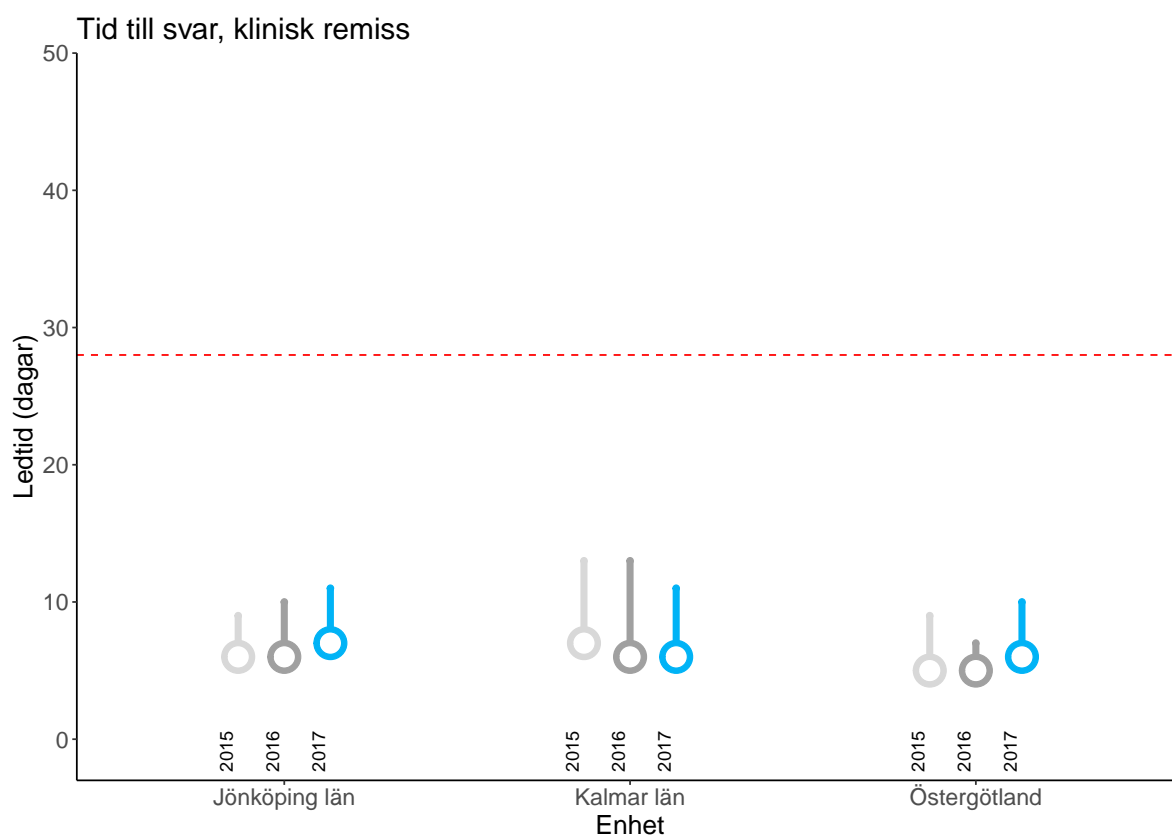
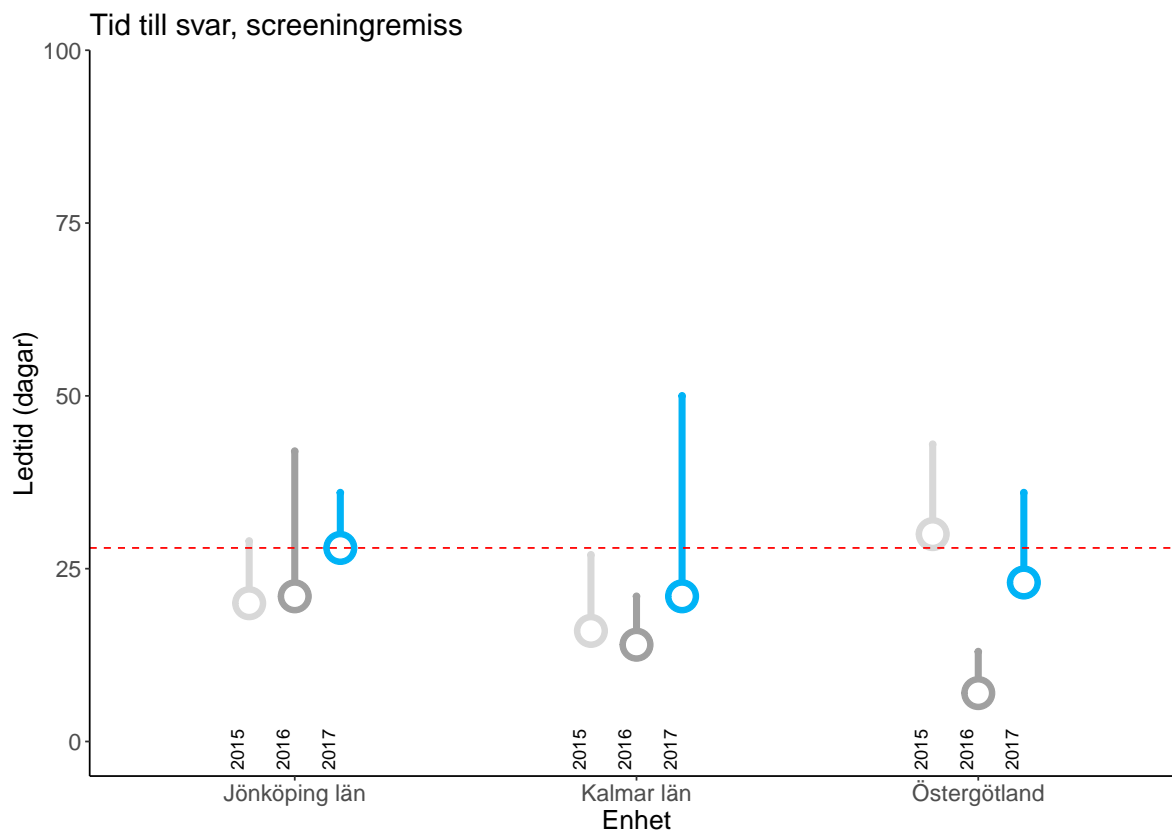
8 Tid till svar

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: Inget av patologi-laboratorierna i SÖ regionen klarar det nationella målvärdet om att svara ut 90% av screeningproverna inom 28 dagar. Detta är en försämring mot 2016 då Laboratorierna i Östergötland och Kalmar klarade av detta mål. Anledningen kan vara brist på cytodiagnostiker.

Tid till svar från klinisk remiss uppfylls av samtliga laboratorier.



9 Andel icke-normala cellprover

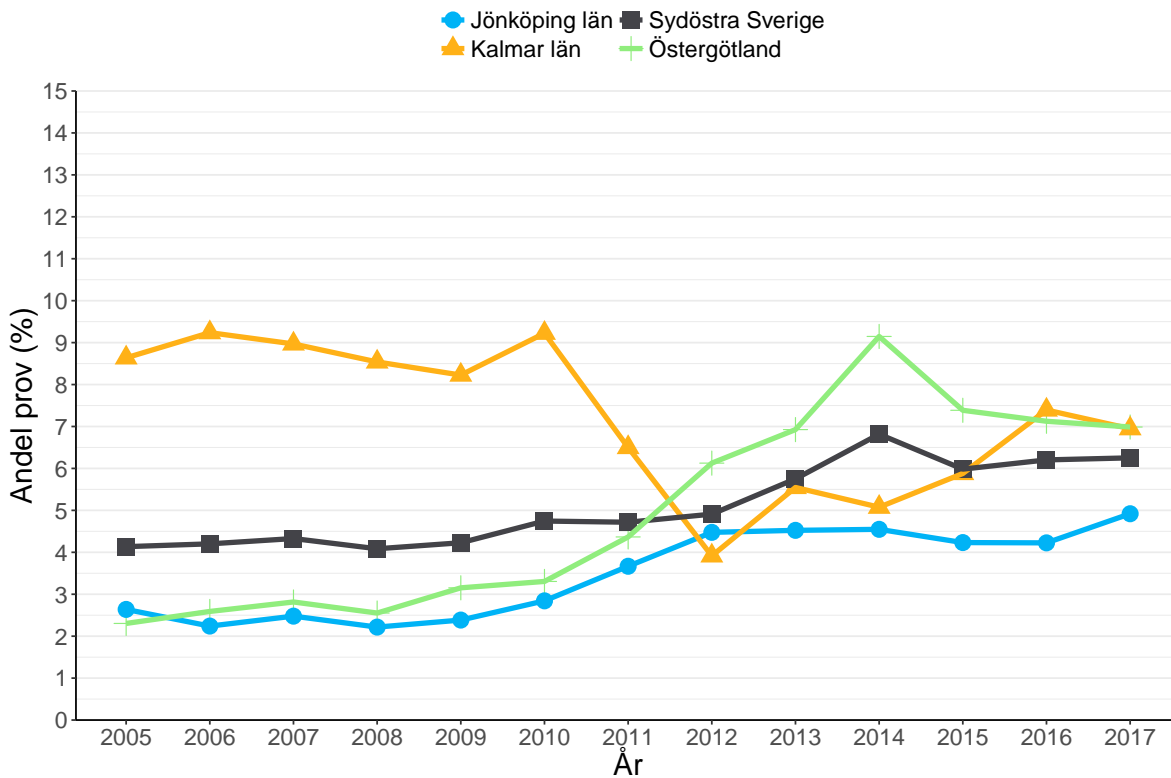
Något riktmärke finns inte eftersom den sanna förekomsten av avvikande cellprover kan variera mellan olika områden och under olika tidsperioder. Skillnaderna beror dock sannolikt i hög grad på olika bedömningar vid laboratorierna. En hög andel avvikande prover innebär en större belastning på gynekologin 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 proverna i organiserad screening. Detta ger en 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 Cytburkens statistikmodul finns mer detaljerade data på andelen avvikande prover i olika åldrar.

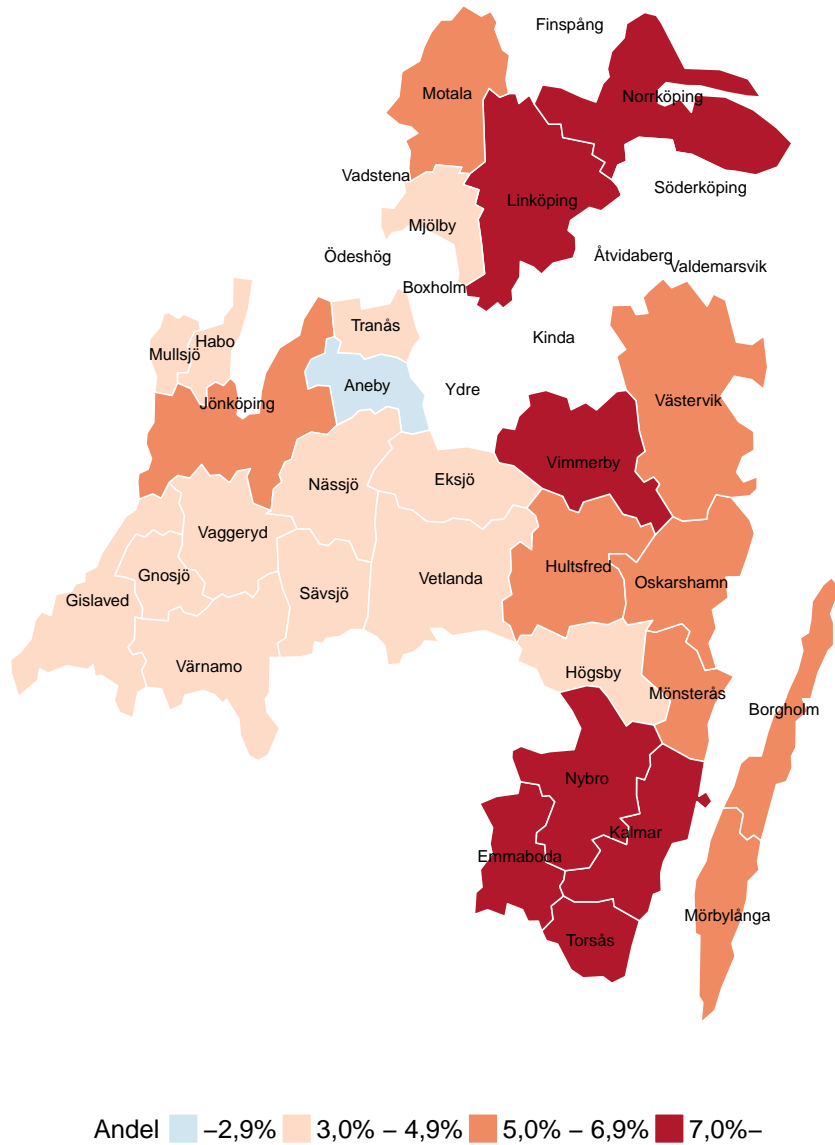
Kommentar: Andel icke-normala prover tagna inom screening i SÖ regionen ligger på ca 6

Över tid kan man se att laboratorierna har närmat sig varandra.

Icke-normala cellprover inom screening per sjukvårdsområde 2005–2017



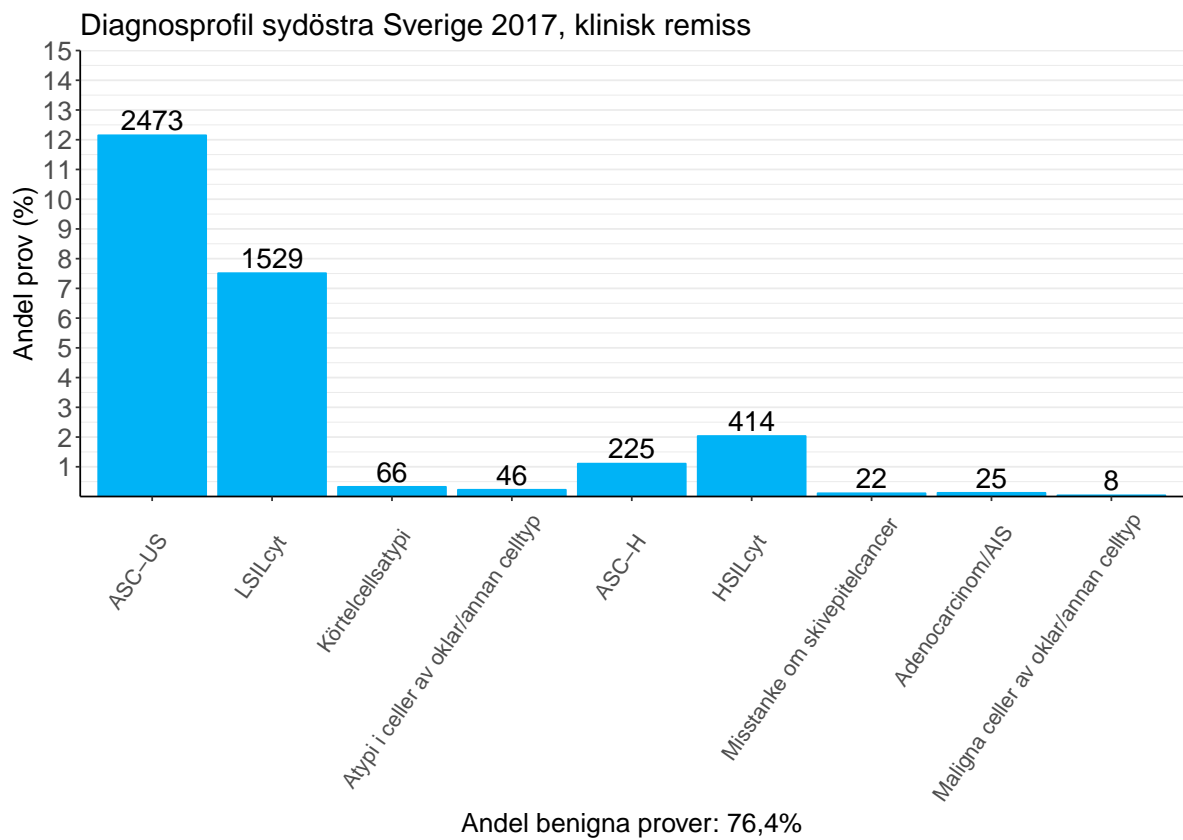
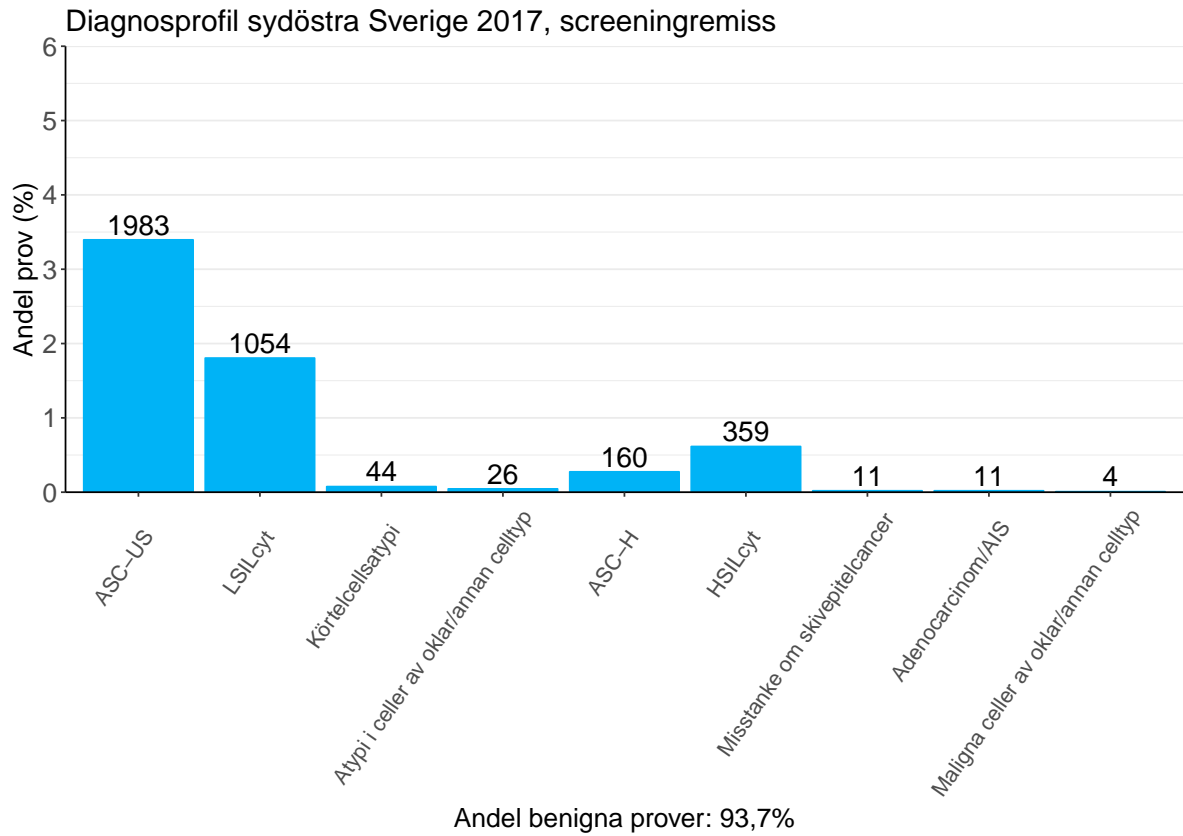
Andel icke-normala cellprover inom screening 2017

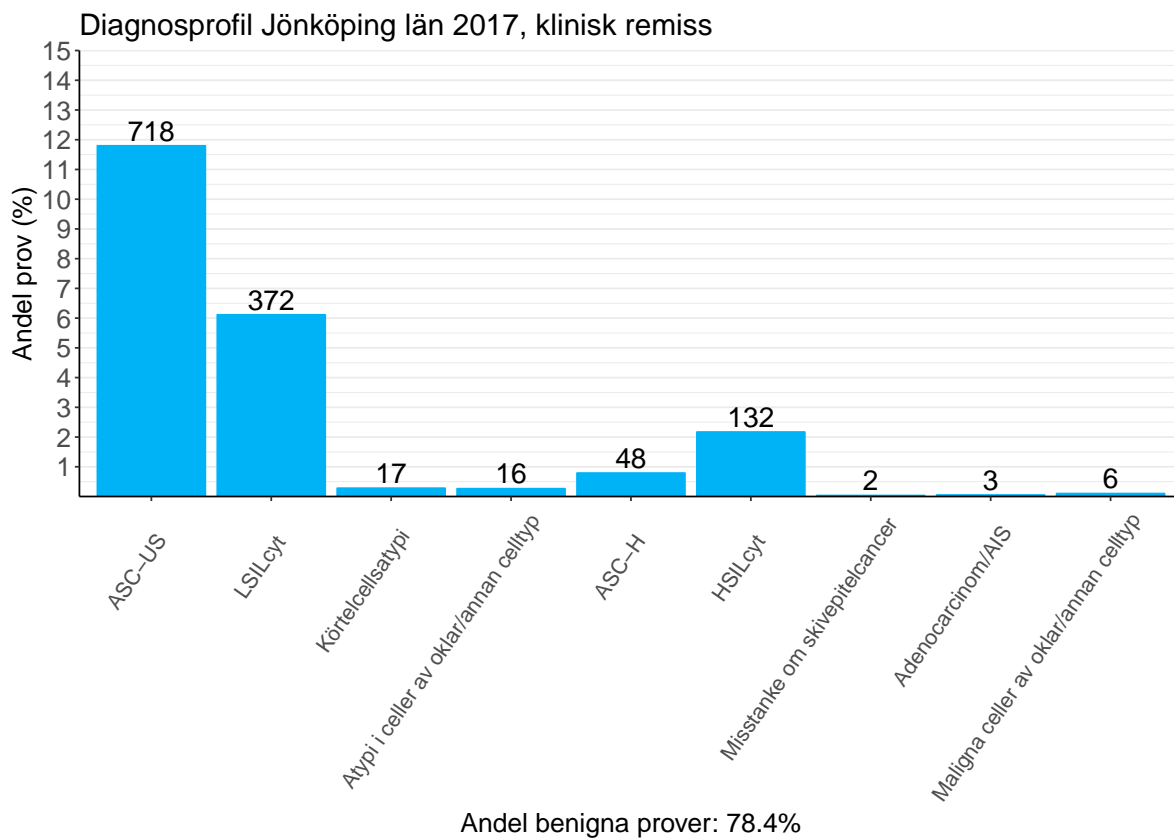
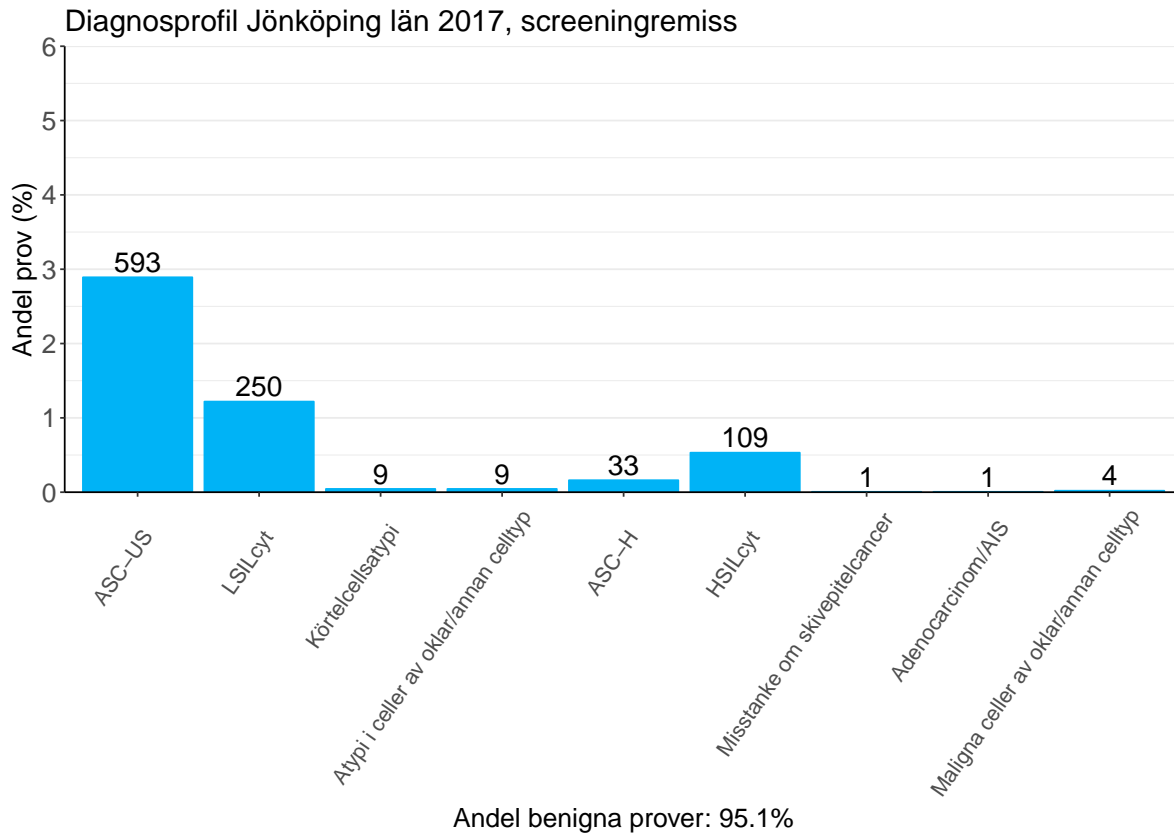


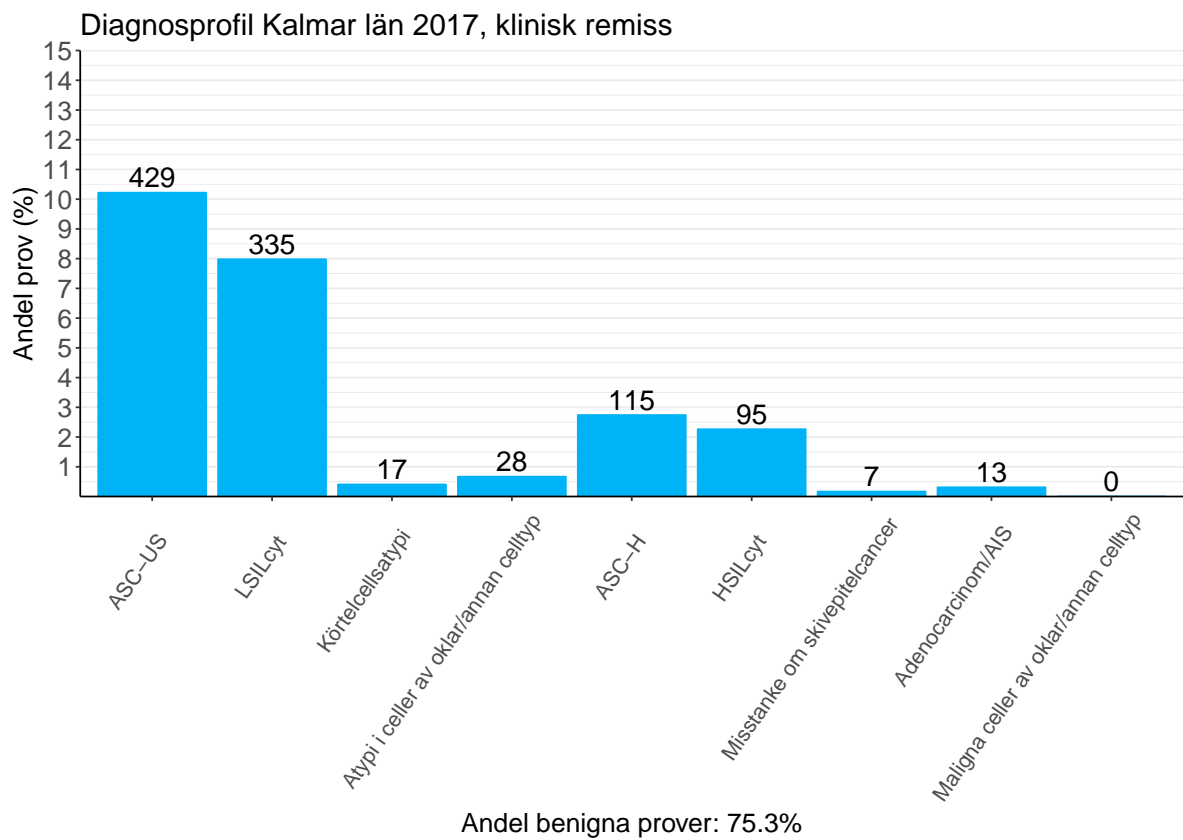
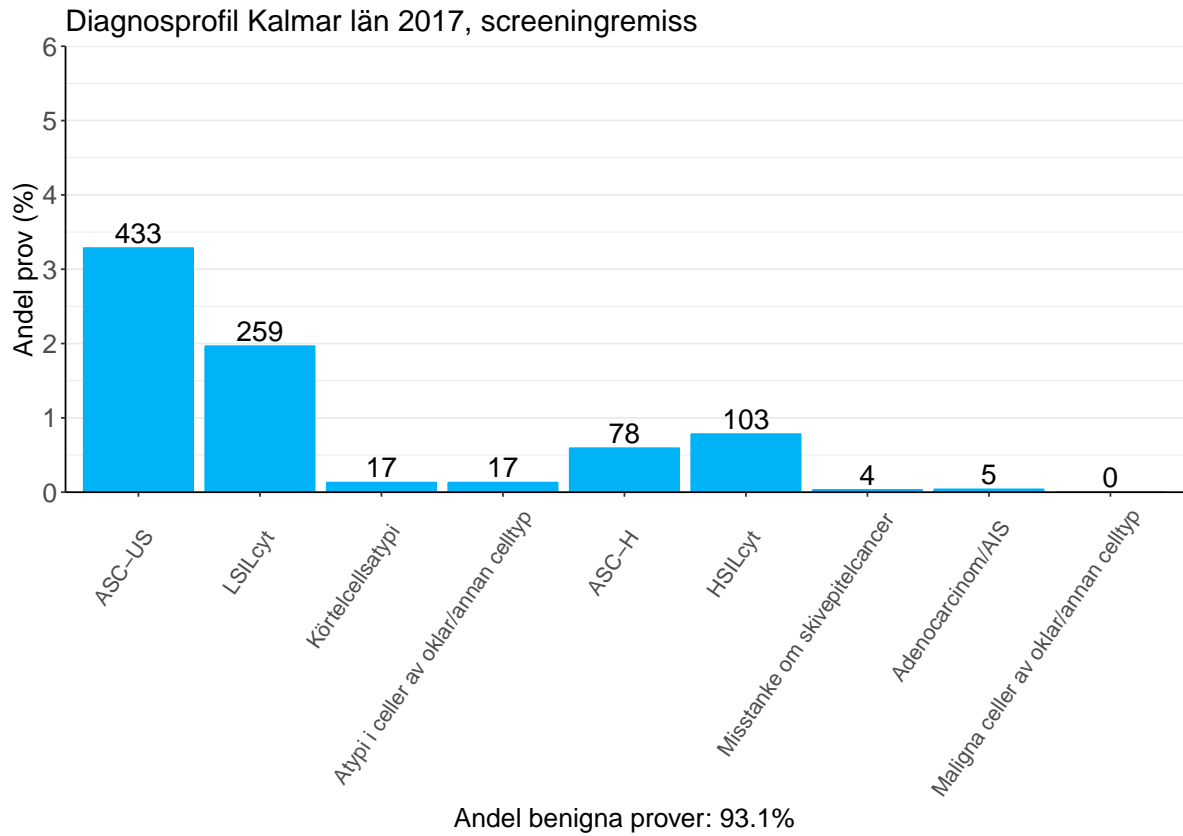
10 Diagnosprofil cytologi

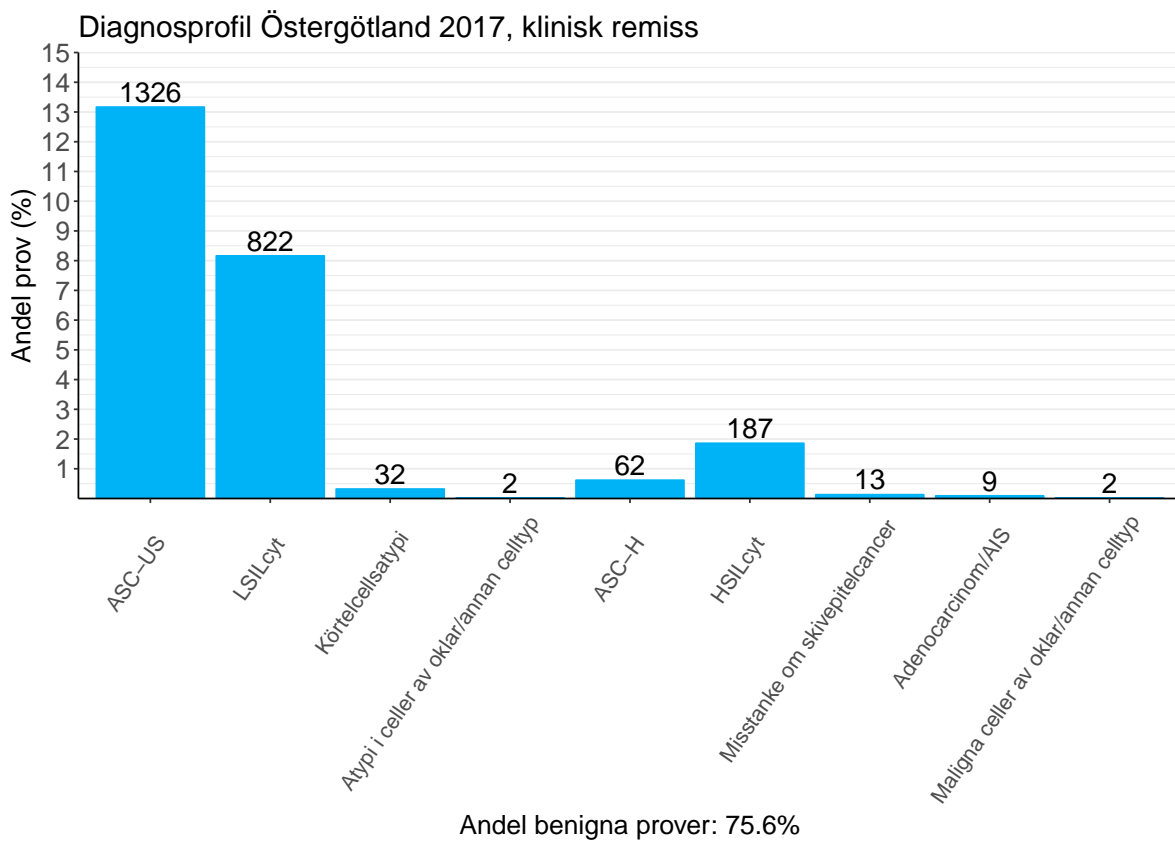
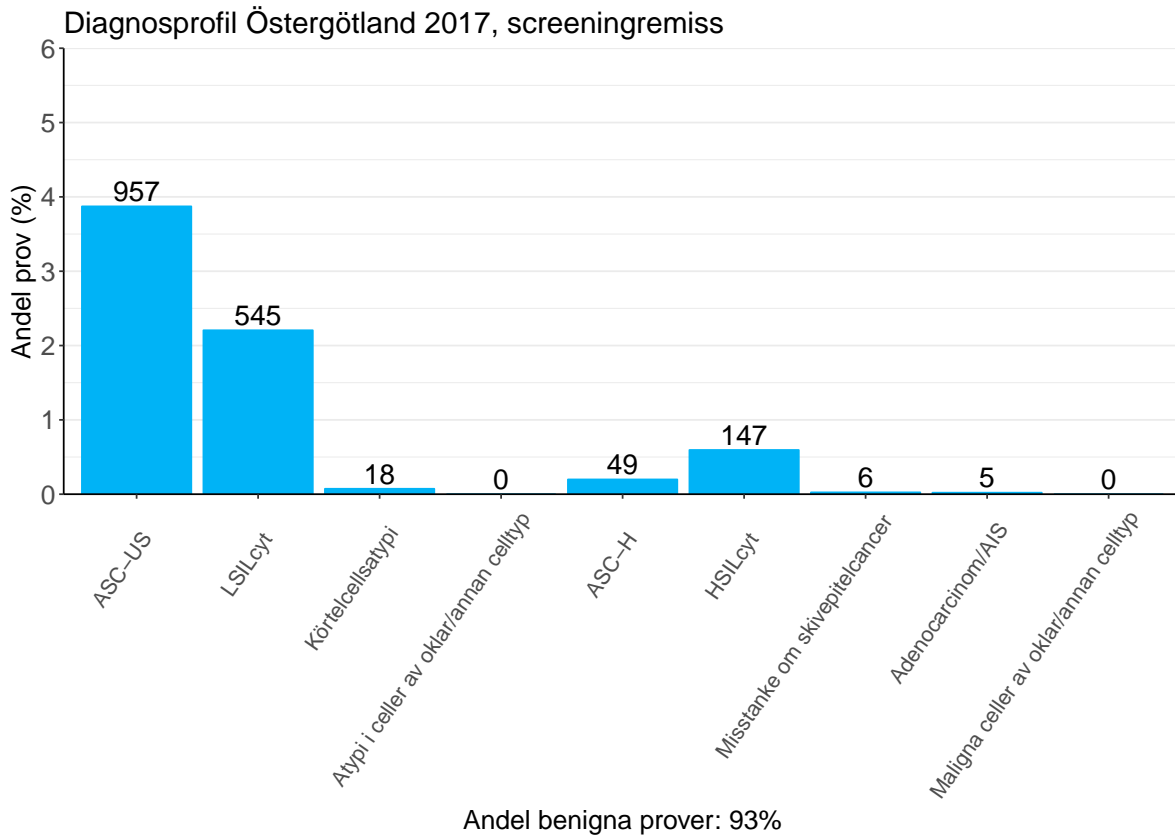
Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (GCK-remiss) och övriga prover (klinisk remiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

Kommentar: Andelen patologiska provsvar tagna på klinisk remiss är genomgående högre än andelen patologiska provsvar tagna på screeningremiss









11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

Riktvärdet är att 90% av alla avvikande prover skall vara uppföljda inom 6 månader för ASCUS/LSILcyt och inom 3 månader för höggradig förändring. För att möjliggöra 6 månaders uppföljning av ASCUS/LSILcyt räknas måttet utifrån cellprover tagna 1 juli 2016 till 30 juni 2017 och motsvarande datum för höggradiga cytologavvikelser blir 1 okt 2016 resp 30 sept 2017. Nytt cellprov, och/eller PAD räknas som uppföljning och för ASCUS/LSILcyt 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 och Östergötland har återigen försämrats avseende andel LSIL/ ASCUS som följs upp inom 6 månader från provtagningsdatum och ligger nu på 82% resp 71,5% (83,2% resp 88,3% 2016). Jönköping ligger högt på 90,7% (91% 2016) och når upp till riktvärdet på 90%.

Kalmar och Jönköping har försämrats avseende andel HSIL som följs upp inom 3 månader från provtagningsdatum och ligger nu på 77,7% resp 64,8% (93,2% resp 72,3% 2016). Östergötland har förbättrats och ligger på 89,1% (88,2%) och når nästan upp till riktvärdet på 90%.

Andel ASCUS/LSILcyt som följs upp inom 6 månader från provtagningsdatum

Område	Andel prov
Jönköping län	90.7%
Kalmar län	82%
Östergötland	71.5%
Sydöstra Sverige	79%

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

Område	Andel prov
Östergötland	89.1%
Kalmar län	77.7%
Jönköping län	64.8%
Sydöstra Sverige	79%

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 <http://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/kvalitetsregister/kvalitetsrapporter/>. 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 2016 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: Överensstämmelsen mellan höggradigt avvikande cellprover och uppföljande histopatologi är god i hela SÖ regionen.

I de fall cytologin visat ASCUS eller LSIL har 11 resp 21% av proverna HSIL i uppföljande histopatologi.



Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2016: 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	1072	1,6%	305	0,45%	83	0,12%	11	0,016%	174	0,26%	65597	98%	67242	100%
ASC-US	441	11%	736	18%	475	11%	17	0,41%	134	3,2%	2376	57%	4179	100%
LSILcyt	221	9,5%	563	24%	494	21%	13	0,56%	82	3,5%	953	41%	2326	100%
Körtelcellsatypi	49	37%	7	5,3%	35	27%	15	11%	2	1,5%	24	18%	132	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	16	21%	7	9,2%	28	37%	7	9,2%	5	6,6%	13	17%	76	100%
ASC-H	12	4,3%	29	10%	208	74%	10	3,6%	10	3,6%	11	3,9%	280	100%
HSILcyt	31	4%	64	8,3%	585	76%	38	4,9%	6	0,78%	50	6,5%	774	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	5	45%	5	45%	–	–	1	9,1%	11	100%
Adenocarcinom/AIS	5	18%	–	–	6	21%	8	29%	1	3,6%	8	29%	28	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	1	100%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%
Totalt	1848	2,5%	1711	2,3%	1919	2,6%	124	0,17%	414	0,55%	69033	92%	75049	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2016: 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	445	2%	52	0,24%	28	0,13%	6	0,027%	27	0,12%	21522	97%	22080	100%
ASC-US	226	24%	147	16%	127	14%	9	0,97%	22	2,4%	393	43%	924	100%
LSILcyt	104	21%	124	26%	123	25%	1	0,21%	10	2,1%	123	25%	485	100%
Körtelcellsatypi	10	26%	–	–	15	39%	8	21%	–	–	5	13%	38	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	7	26%	2	7,4%	10	37%	3	11%	–	–	5	19%	27	100%
ASC-H	2	4%	2	4%	40	80%	3	6%	1	2%	2	4%	50	100%
HSILcyt	17	8,4%	22	11%	148	73%	4	2%	1	0,5%	10	5%	202	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	50%	–	–	1	50%	2	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	811	3,4%	349	1,5%	491	2,1%	35	0,15%	61	0,26%	22062	93%	23809	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2016: 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	303	2,3%	98	0,73%	26	0,19%	4	0,03%	86	0,64%	12832	96%	13349	100%
ASC-US	100	12%	144	17%	101	12%	2	0,24%	83	10%	393	48%	823	100%
LSILcyt	58	11%	100	19%	121	23%	–	–	57	11%	191	36%	527	100%
Körtelcellsatypi	8	38%	–	–	7	33%	2	9,5%	1	4,8%	3	14%	21	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	9	19%	5	11%	18	38%	4	8,5%	5	11%	6	13%	47	100%
ASC-H	8	4,3%	20	11%	142	76%	2	1,1%	9	4,8%	5	2,7%	186	100%
HSILcyt	5	3,4%	2	1,4%	131	90%	3	2,1%	1	0,68%	4	2,7%	146	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	–	–	1	100%
Adenocarcinom/AIS	1	14%	–	–	2	29%	2	29%	1	14%	1	14%	7	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	1	100%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%
Totalt	493	3,3%	369	2,4%	549	3,6%	19	0,13%	243	1,6%	13435	89%	15108	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2016: Östergötland

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	324	1%	155	0,49%	29	0,091%	1	0,0031%	61	0,19%	31243	98%	31813	100%
ASC-US	115	4,7%	445	18%	247	10%	6	0,25%	29	1,2%	1590	65%	2432	100%
LSILcyt	59	4,5%	339	26%	250	19%	12	0,91%	15	1,1%	639	49%	1314	100%
Körtelcellsatypi	31	42%	7	9,6%	13	18%	5	6,8%	1	1,4%	16	22%	73	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	100%	2	100%
ASC-H	2	4,5%	7	16%	26	59%	5	11%	–	–	4	9,1%	44	100%
HSILcyt	9	2,1%	40	9,4%	306	72%	31	7,3%	4	0,94%	36	8,5%	426	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	4	44%	5	56%	–	–	–	–	9	100%
Adenocarcinom/AIS	4	21%	–	–	4	21%	5	26%	–	–	6	32%	19	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	544	1,5%	993	2,7%	879	2,4%	70	0,19%	110	0,3%	33536	93%	36132	100%



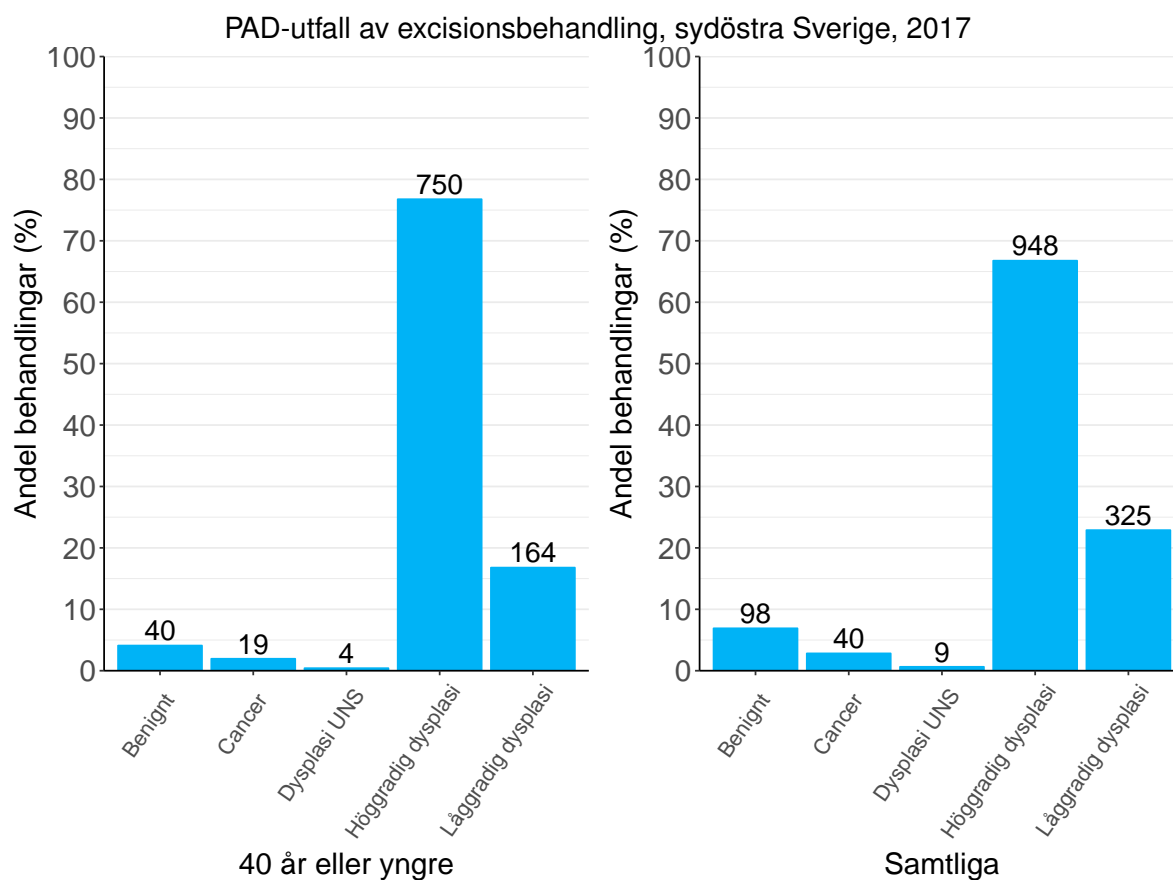
13 PAD-utfall av behandling

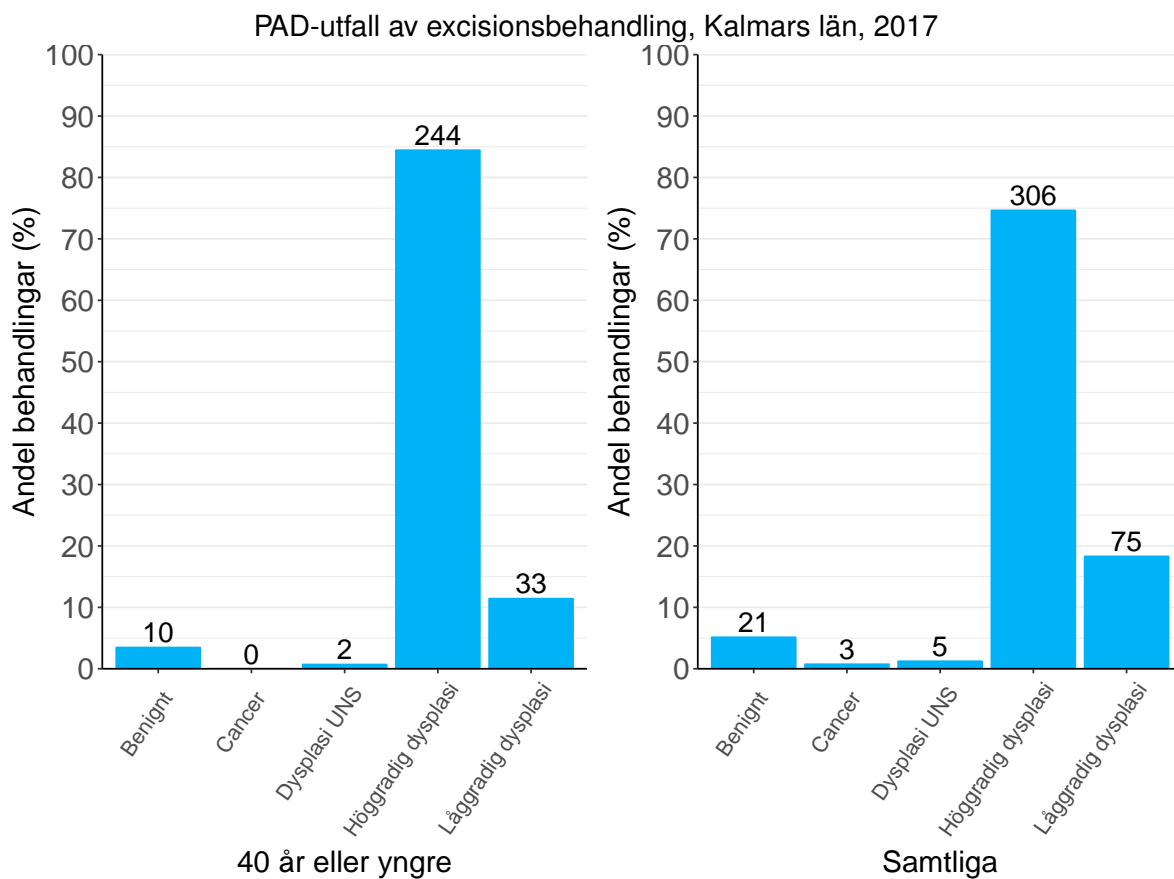
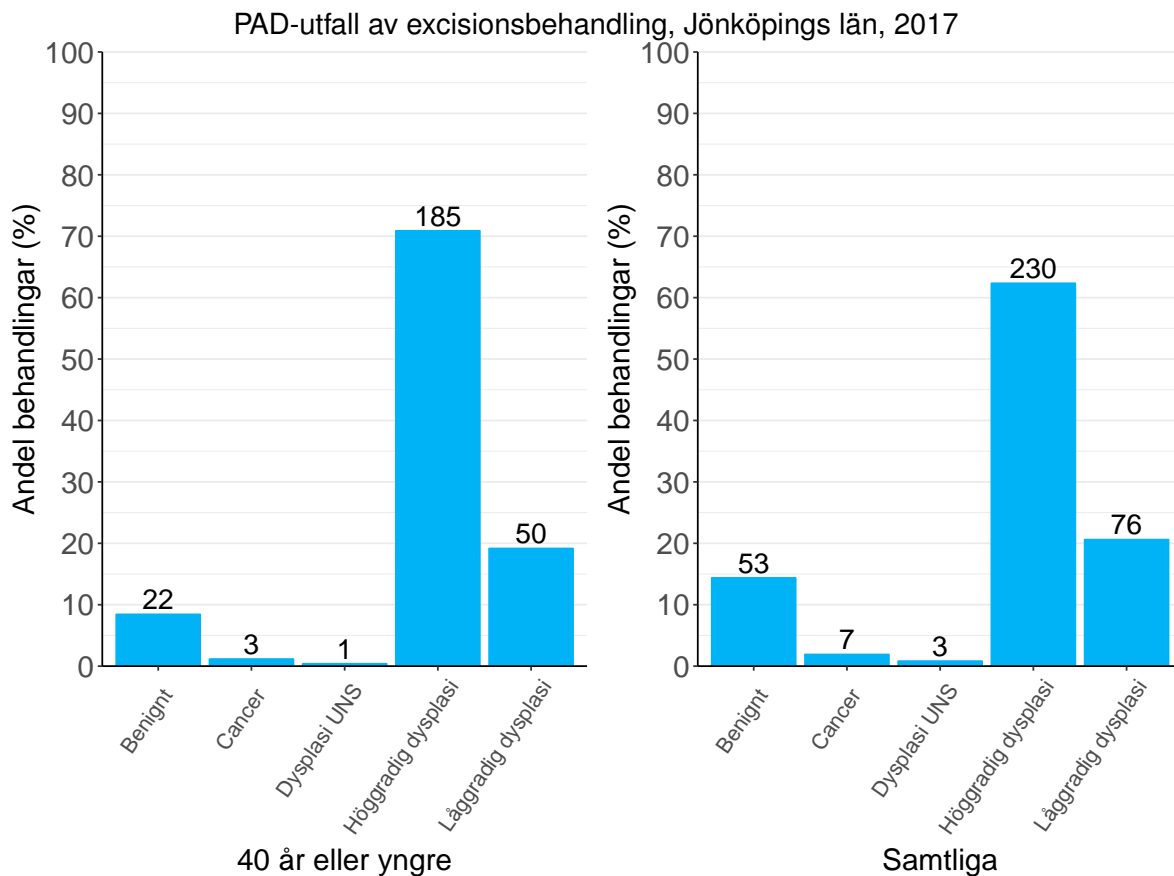
En styrka med excisionsbehandlingar är att de genererar ett preparat för PAD och behandlingseffekten kan utvärderas. Utfallet av excisionsbehandlingar under år 2017 redovisas här. I enlighet med vårdprogrammet särredovisas uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. Vårdprogrammet förordar inte behandling av lätta dysplasier (LSIL), och tveklöst är en hög andel av höggradig dysplasi i koner och resektat ett tecken på att patienterna är väl utredda. LSIL skall följas enligt vårdprogrammet och excisionsbehandling förordas endast för en liten grupp. Andelen benigna excisioner kan inte vara noll ens under ideala omständigheter eftersom en del små dysplasier kan tas bort helt vid px (provexcision) i samband med utredning. Enligt tidigare beräkningar minskar det andelen benigna koner med 1,5% och ökar andelen HSIL+ (HSIL eller invasiv cancer) med 2% om PAD:n 60 dagar före behandling räknas med.

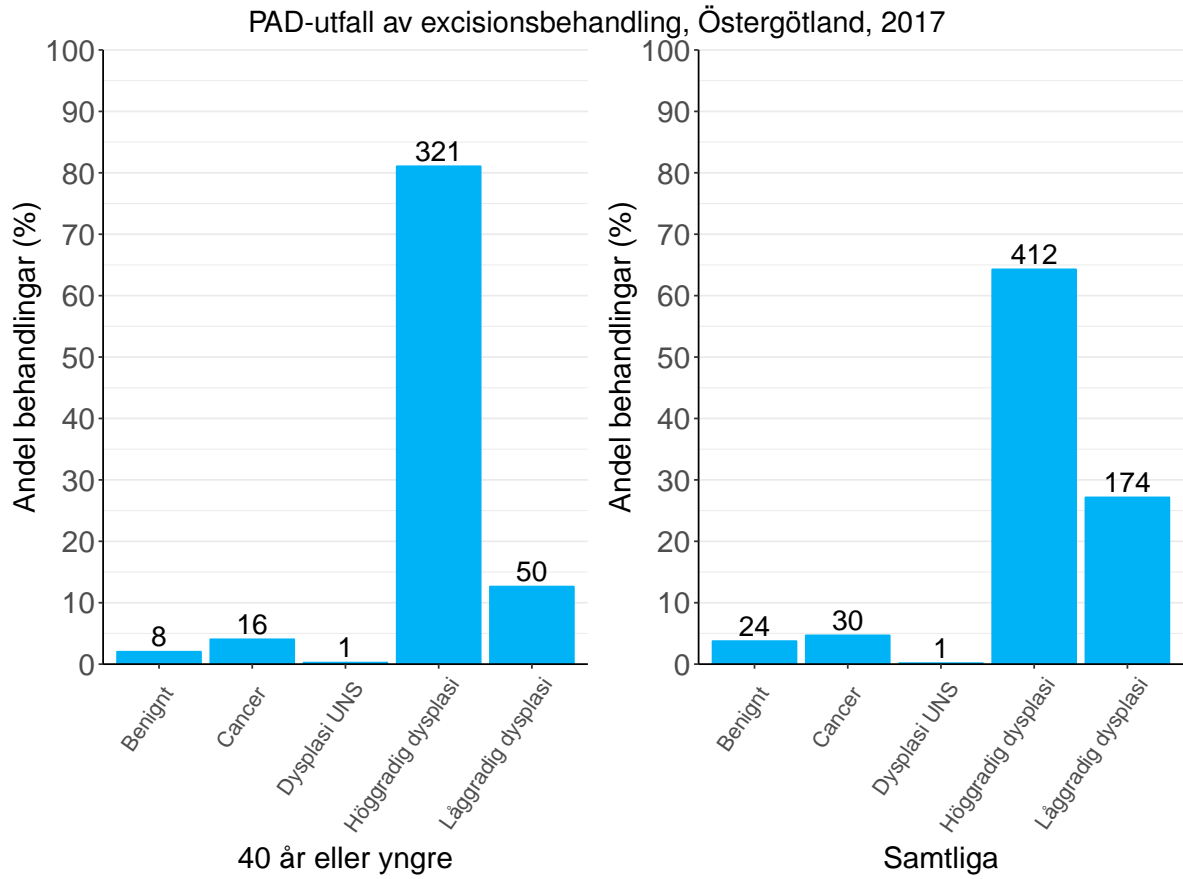
Utfallet får i hög grad ses som ett mått på utredningens kvalitet och i mindre grad på själva behandlingens kvalitet. Vårdprogrammets kvalitetsmått har högst 15% benigna excisioner som riktmärke. Motsvarande för kvinnor under 40 års ålder är 10%. Nationella standards har också fastställts för andelen HSIL+ i PAD som för kvinnor under 40 år bör vara $\geq 75\%$.

Kommentar: I hela SÖ regionen och inom varje region/landsting uppfylls målen återigen för andel benigna koner både för samtliga kvinnor och för de kvinnor ≤ 40 år .

I hela SÖ regionen hade 69% av konerna höggradig dysplasi i PAD vilket är ngt under målet på 75% hos kvinnor ≤ 40 år. Två av klinikerna når dock målet (Värnamo och Kalmar).







PAD-utfall av excisionsbehandling per behandlande enhet 2017

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt Antal
	Benigt		CIN2+		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Kvinnokliniken Eksjö	19	17%	65	57%	31	27%	115
Kvinnokliniken Jönköping	27	15%	118	64%	38	21%	183
Kvinnokliniken Kalmar	14	5%	205	77%	47	18%	266
Kvinnokliniken Linköping	14	4%	237	69%	91	26%	345
Kvinnokliniken Norrköping	10	3%	205	69%	84	28%	299
Kvinnokliniken Värnamo	7	10%	54	76%	10	14%	71
Kvinnokliniken Västervik	7	5%	104	72%	33	23%	144
Totalt	98	7%	988	69%	334	23%	1423

14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör

Det står alltmer klart att den något ökade risken för att föda för tidigt i gravititeter 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. Läkare som flyttar mellan enheter i sjukvårdsregionen under kalenderåret bär med sig behandlingserfarenhet, medan enstaka erfarna läkare som byter till annan verksamhet, arbetat utanför sjukvårdsregionen eller varit långledig under stor del av kalenderåret inte kommer upp i 25 behandlingar av detta skäl. Operatörer vid hysterektomi räknas inte in i de kvantitativa målen.

Kommentar: En hög andel av konernas konhöjd är inrapporterad till registret och medianhöjden är på majoriteten av klinikerna tillfredsställande.

27% av alla operatörer inom SÖ regionen har den erfarenhet av ingreppet som det nationella vårdprogrammet förordar. 64% av behandlingarna utförs av operatörer med ”rätt kompetens”.

Det finns en del att utveckla i regionen kring uppbyggnaden av kolposkopistmottagningar och kompetensförsörjning inom området.

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Exc	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Kvinnokliniken Eksjö	122	0	1	0	123	115	94%	10	5	18
Kvinnokliniken Jönköping	186	0	0	0	186	186	100%	7	2	17
Kvinnokliniken Kalmar	278	0	0	0	278	244	88%	8	2	30
Kvinnokliniken Linköping	358	1	0	0	359	356	99%	6	2	30
Kvinnokliniken Norrköping	317	0	0	0	317	314	99%	10	1	20
Kvinnokliniken Värnamo	73	0	0	0	73	72	99%	12	4	22
Kvinnokliniken Västervik	146	0	2	0	148	141	97%	10	3	19
Alla enheter	1480	1	3	0	1484	1428	96%	9	1	30

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

Erfarenhet operatörer

Enhet	Operatörer med minst 25 ingrepp		
	Antal operatörer	Andel operatörer	Andel behandlingar
Kvinnokliniken Eksjö	8	25%	65%
Kvinnokliniken Jönköping	7	43%	83%
Kvinnokliniken Kalmar	13	46%	75%
Kvinnokliniken Linköping	22	18%	53%
Kvinnokliniken Norrköping	11	45%	73%
Kvinnokliniken Värnamo	8	12%	77%
Kvinnokliniken Västervik	16	6%	23%
Alla enheter	81	27%	64%

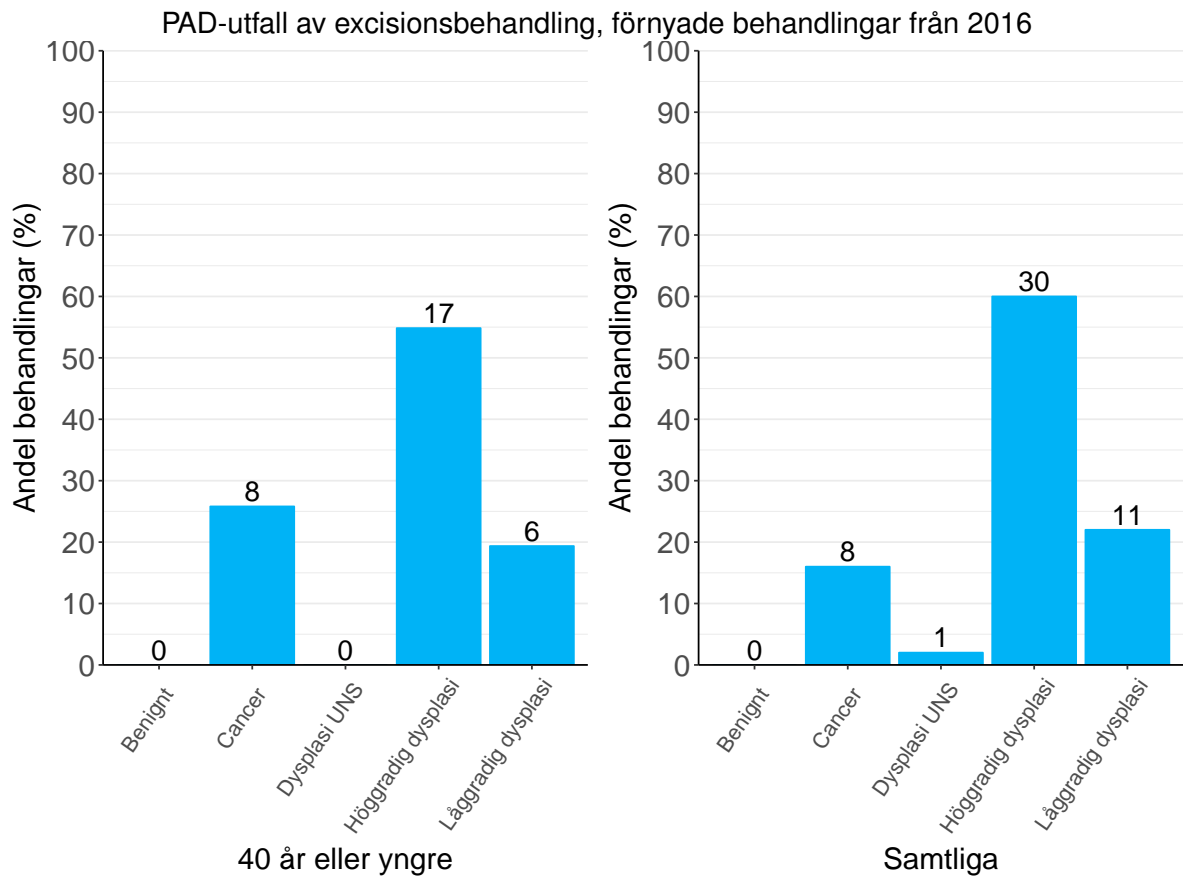
15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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: Andelen rekoniseringar för hela SÖ regionen är 3,34% vilket uppfyller målet. Data från respektive klinik ses i tabellen.

Andel rekoniseringar 2016: 3,34%



Förnyade behandlingar från 2016 per ursprungsenhet

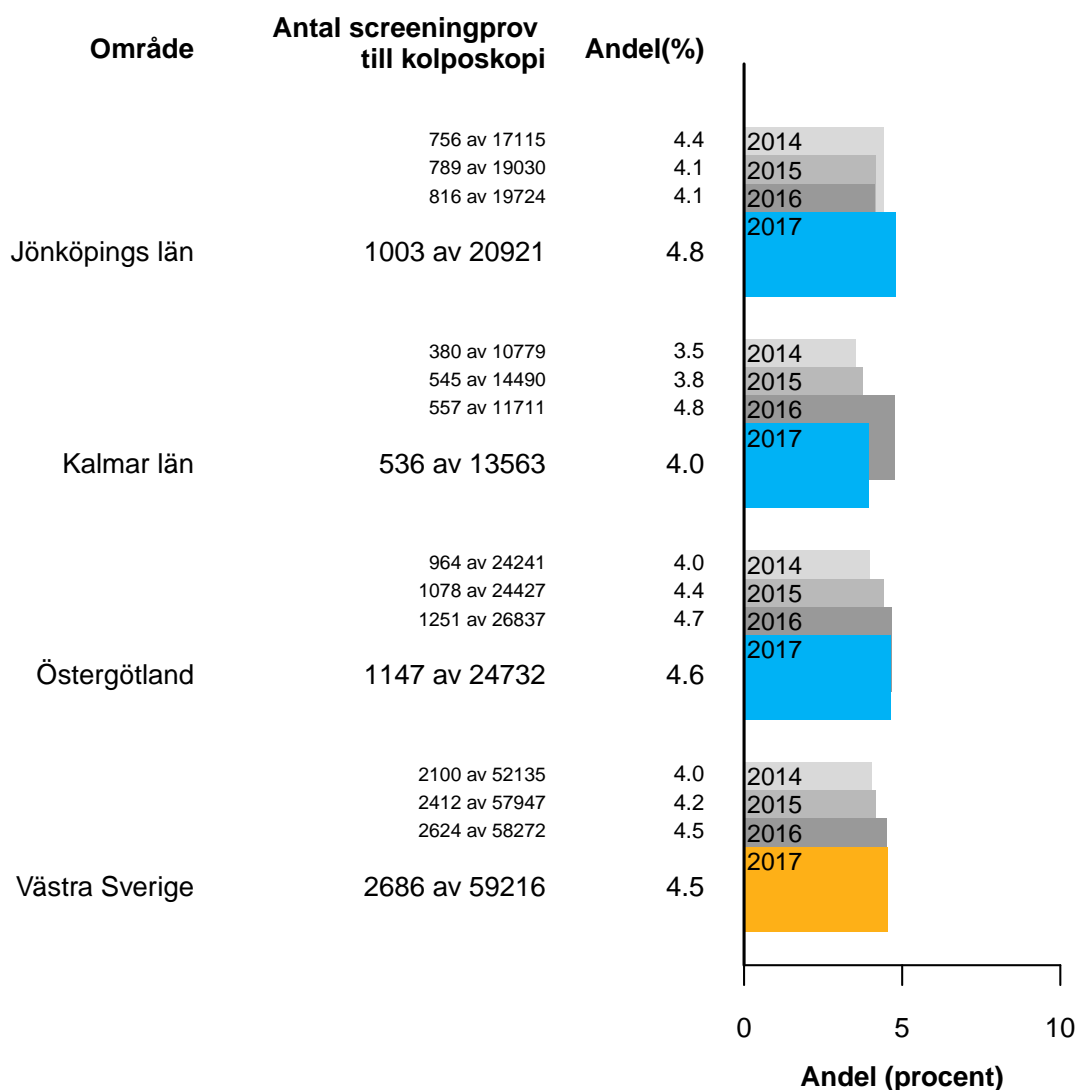
Enhet	Antal	Ombehandlade	Ombehandlade
	behandlingar	Antal	Andel
Kvinnokliniken Eksjö	133	2	2%
Kvinnokliniken Jönköping	201	11	5%
Kvinnokliniken Kalmar	212	2	1%
Kvinnokliniken Linköping	441	14	3%
Kvinnokliniken Norrköping	317	10	3%
Kvinnokliniken Värnamo	82	4	5%
Kvinnokliniken Västervik	170	9	5%
Alla enheter	1556	52	3%

16 Andel kvinnor som remitteras till kolposkopi från GCK

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 landsting 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 det inte tar hänsyn till att alla kvinnor som är under 28 år och som har ASCUS eller LSILcyt inte kommer att behöva kolposkopi, eftersom ett förnyat prov kan utfalla normalt. Innan kolposkopiregistrering blir utbredd finns det inget bra sätt att identifiera dessa kvinnor. Därför särredovisas kvinnor med ASCUS/LSILcyt och som är under 28 år.

Kommentar: I SÖ regionen remitteras 4,5% av kvinnorna som genomgått screeningprover till kolposkopi. Siffran varierar från 4,0% i Kalmar till 4,8% i Jönköping.



Kvinnor under 28 år som var screenade 2017.

Område	Antal screeningprov	Antal HPV-pos ASCUS/LSILcyt
Jönköpings län	3429	320
Kalmar län	2149	150
Östergötland	5272	511

