

Sammanställning av Kvalitetsdata 2017

Gällande Cervixcancerprevention i Region
Uppsala-Örebro

Maj 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	17
5 Antal cellprover	22
6 Endocervikala celler saknas	26
7 Åldersfördelning cellprov	28
8 Tid till svar	29
9 Andel icke-normala cellprover	31
10 Diagnosprofil cytologi	33
11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	41
12 Utfall av cytologi	42
13 PAD-utfall av behandling	50
14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör	55
15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	58
16 Andel kvinnor som remitteras till kolposkopi från GCK	61

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, 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 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, Lovisa Bergengren och Hanna Sahlgren regionala 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.

2018-05-08

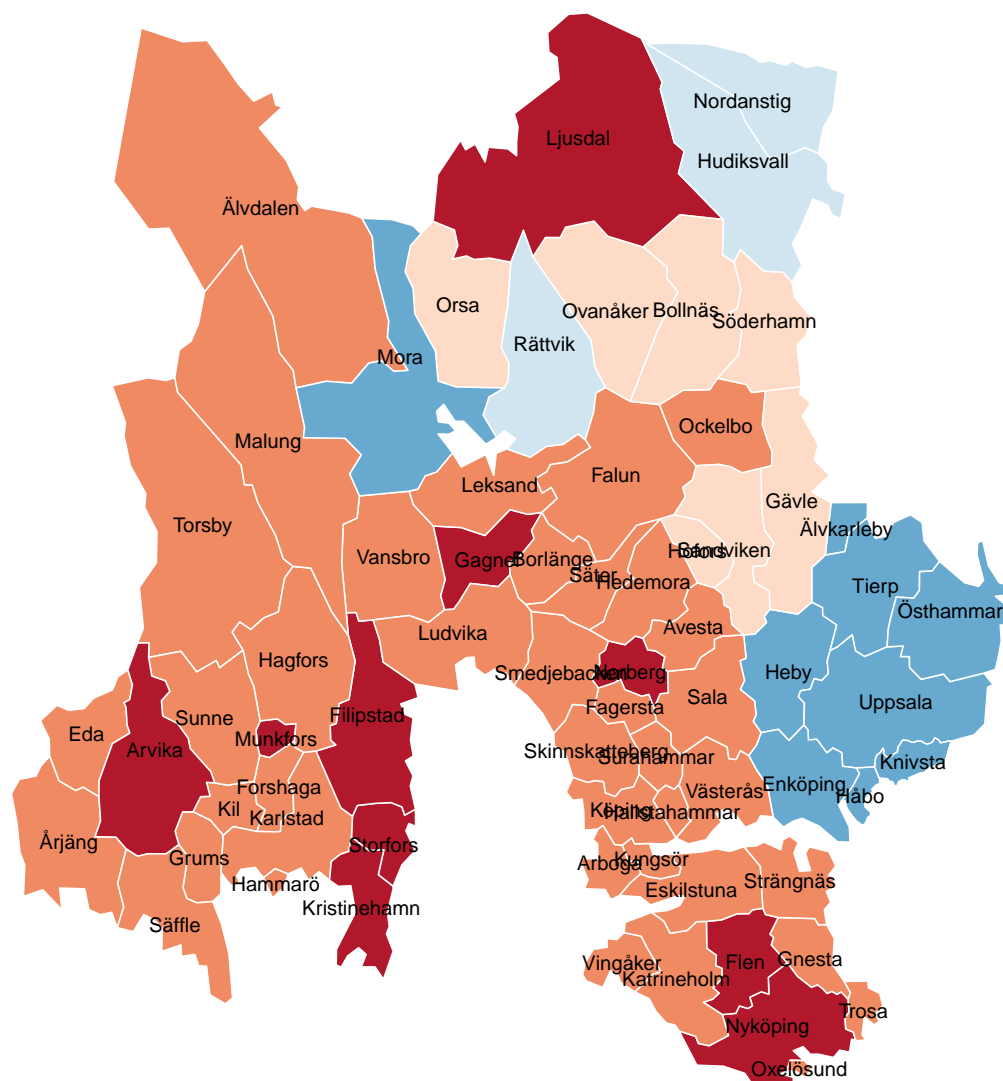
Björn Strander Chenyang Zhang Emil Selmeryd Mia Westlund Andreas Torén

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: Flera områden, inom flera landsting, når inte upp till 92%, vilket vi måste analysera vidare.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan ■ ≤ 92,0% ■ 92,0% – 97,0% ■ 97,0% – 98,0% ■ 98,0% – 99,0% ■ 99,0% – 100%



Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Södermanland	92,7%
Värmland	93,7%
Västmanland	95,3%
Gävleborg	97%
Uppsala	99,2%
Dalarna	94,4%
Region Uppsala-Örebro	95,7%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Södermanland	23943
Värmland	17510
Västmanland	19679
Gävleborg	24639
Uppsala	45557
Dalarna	20109

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. 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 kommuntabellerna. Täckningsgraden innefattar alltså all provtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang. Prov som primärt analyserats för HPV är inkluderade.

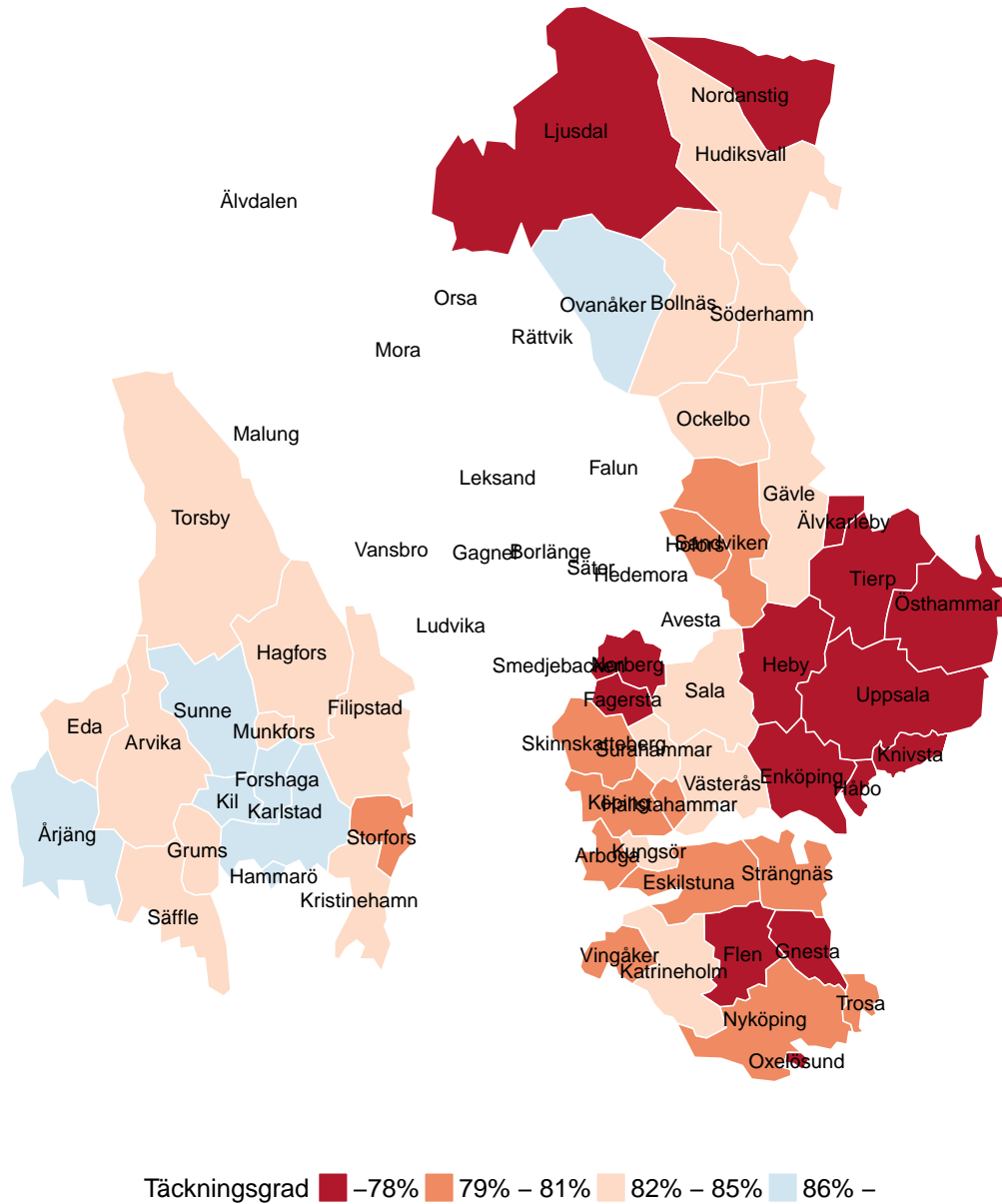
Täckningsgraden är det mest relevanta måttet på vilket skydd som kvinnorna i området har av cellprovstagning. Perioden ska motsvara en screeningomgång med de variationer som kan förekomma med rimliga förseningar i utskick, sommaruppehåll, ombokningar mm. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet 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: Provtagning inom rätt åldersspann, med liten provtagning innan första kallelsen. Prov efter 65 år troligtvis mestadels uppföljningsprov. Uppsala en bit lägre täckningsgrad än rikets snitt men är i uppåtgående. Täckningsgrad för Dalarna har inte kunnat beräknas eftersom det kräver data från fler år. Dalarna är med i Cytburken sedan mars 2018.

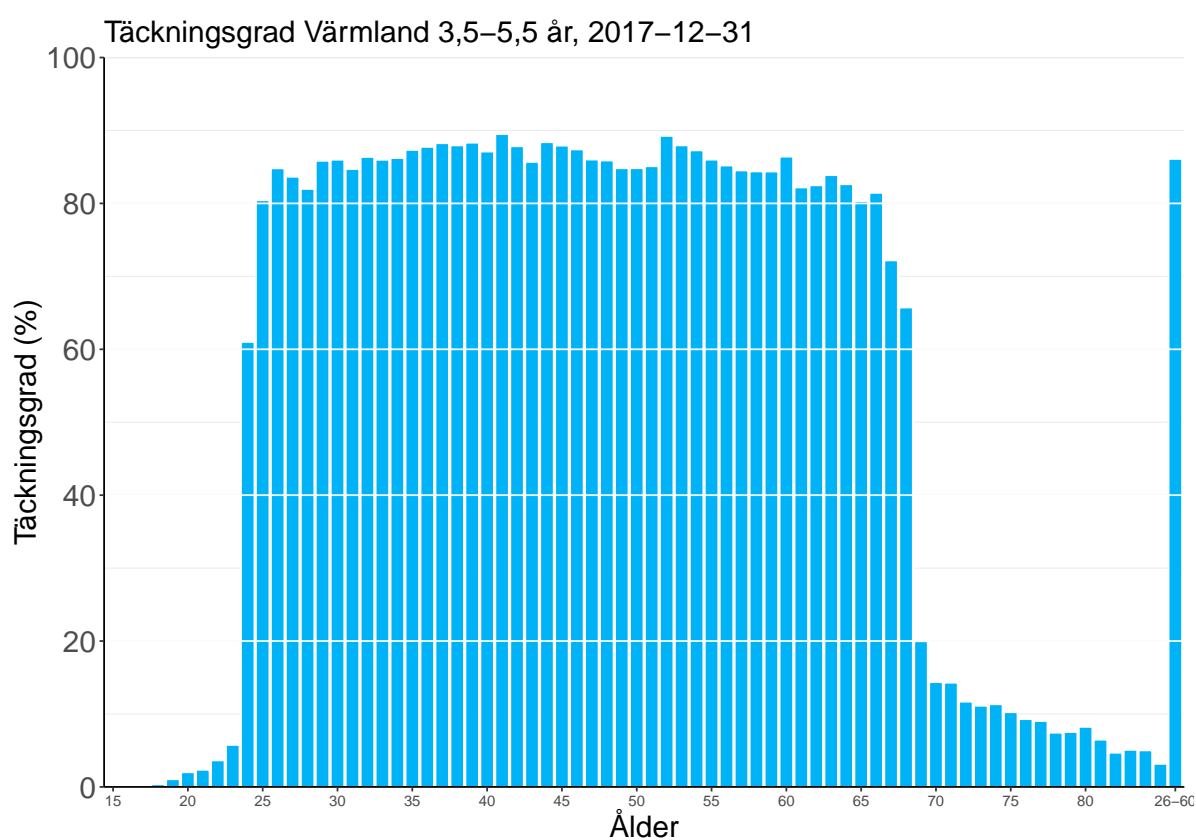
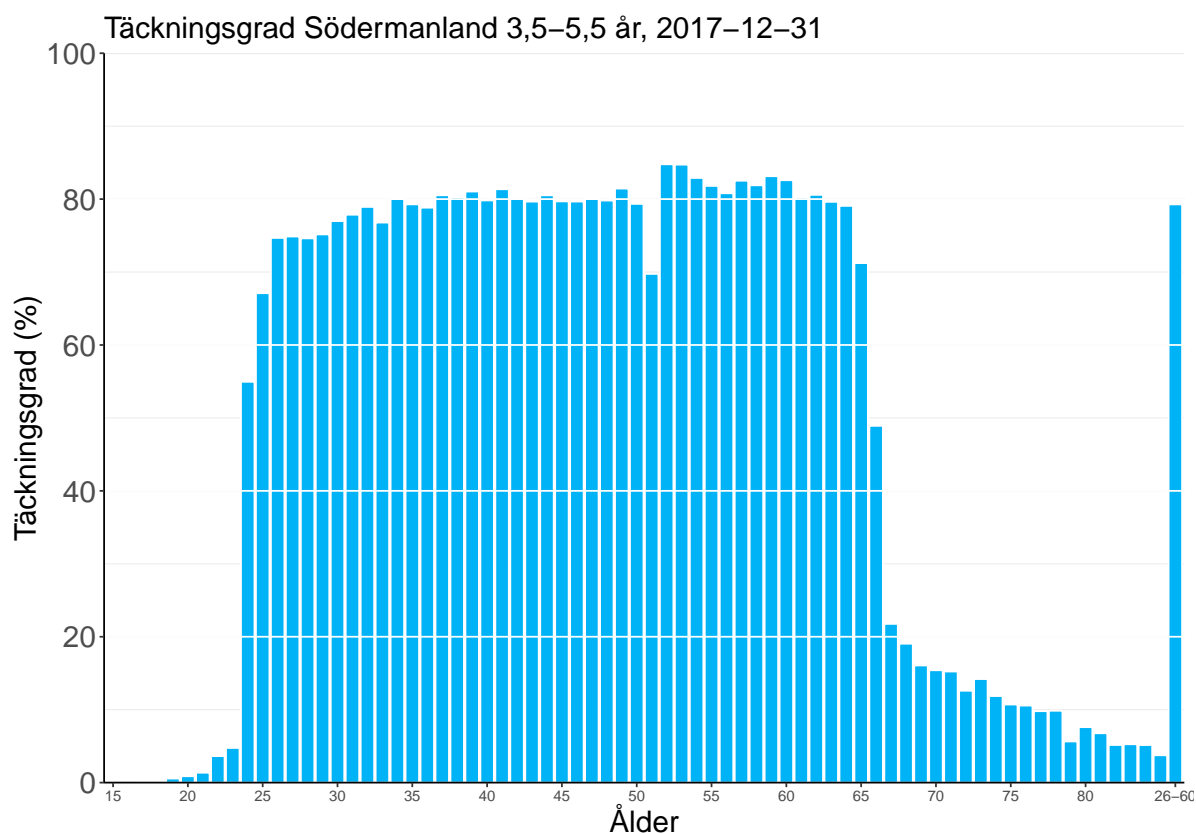
Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2017–12–31

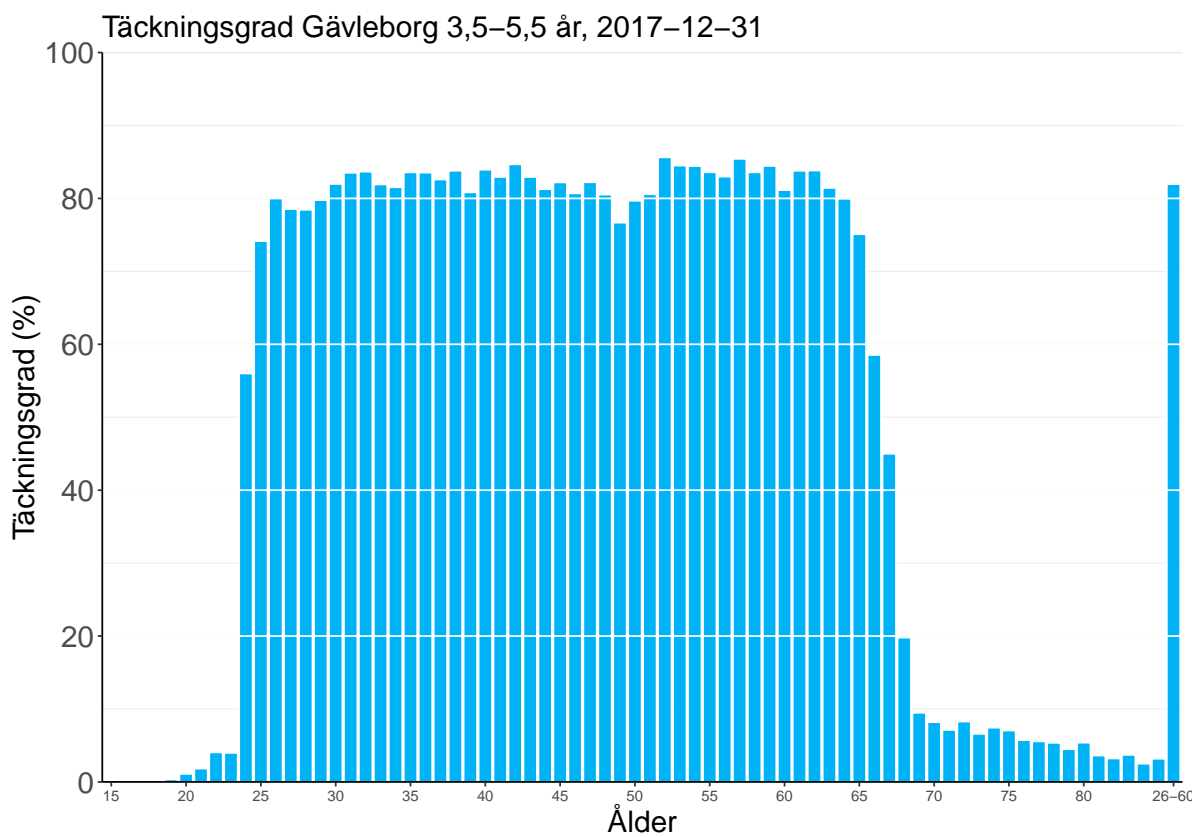
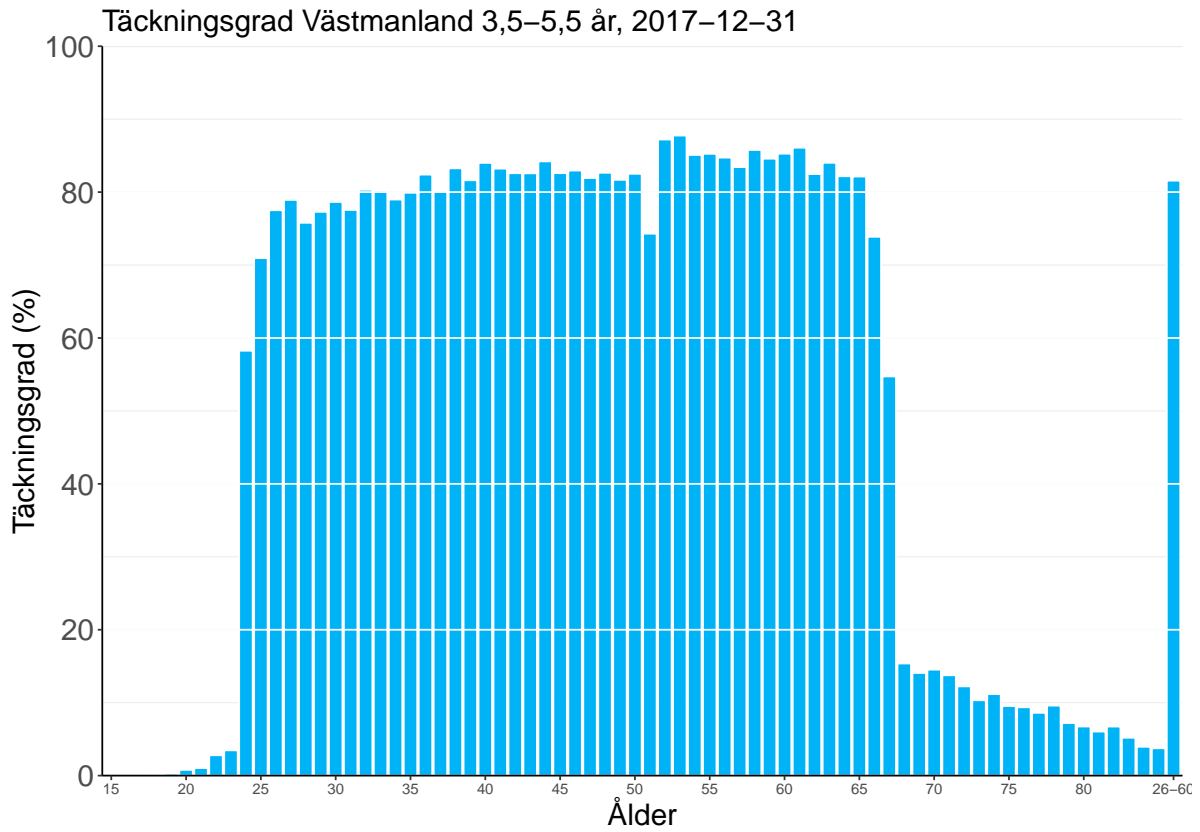


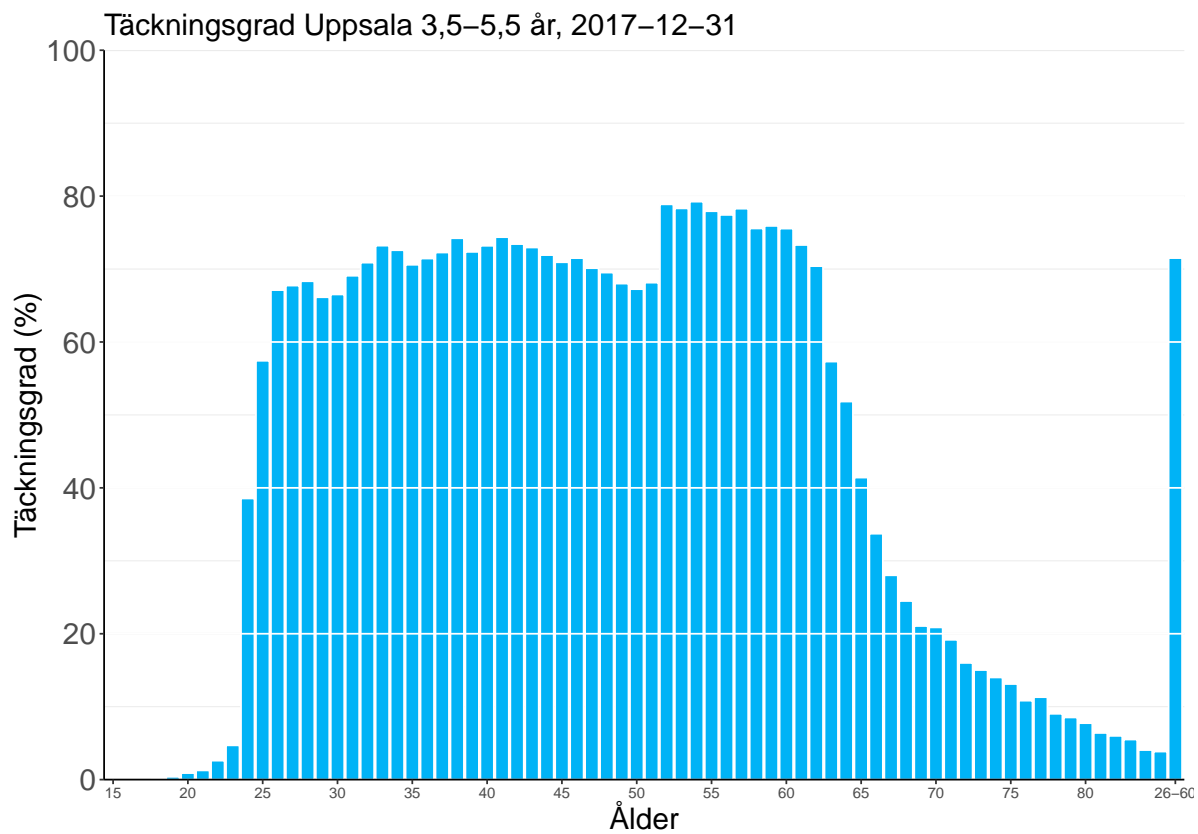
Område	Täckningsgrad
Värmland	86,1%
Gävleborg	82%
Västmanland	81,6%
Södermanland	79,3%
Uppsala	71,5%



Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år	Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år
Hammarö	90,2%	91,8%	Sandviken	81,1%	81,8%
Kil	89,9%	92,1%	Köping	80,7%	82,2%
Forshaga	88,4%	91%	Hofors	80%	80,5%
Karlstad	88,4%	89,6%	Vingåker	80%	81,9%
Årjäng	87,1%	87,5%	Eskilstuna	79,9%	80,7%
Ovanåker	86,4%	86,6%	Storfors	79,9%	81%
Sunne	85,8%	89,5%	Arboga	79,8%	81,6%
Hagfors	84,6%	86,6%	Skinnskatteberg	79,7%	82,2%
Bollnäs	84,3%	84,3%	Nyköping	79,6%	81,3%
Säffle	84,1%	84,2%	Strängnäs	79,5%	81,3%
Eda	84%	85%	Trosa	79,2%	80,8%
Kristinehamn	83,7%	85,1%	Gnesta	78,1%	82,9%
Arvika	83,7%	85,6%	Fagersta	77,9%	78,4%
Sala	83,5%	84,5%	Oxelösund	77,7%	78,8%
Grums	83,2%	85,5%	Ljusdal	77,4%	78,1%
Söderhamn	83%	84,3%	Nordanstig	76,9%	78,4%
Gävle	82,9%	84,2%	Norberg	76%	76,7%
Torsby	82,8%	84,2%	Östhammar	75,9%	78,5%
Munkfors	82,7%	84,8%	Knivsta	75,6%	78,3%
Västerås	82,6%	83,3%	Håbo	75,1%	77,1%
Kungsör	82,6%	83,2%	Tierp	73,4%	75,7%
Katrineholm	82,6%	83,6%	Flen	73,3%	73,4%
Surahammar	82,4%	85,9%	Enköping	73,2%	75,2%
Hudiksvall	82,1%	83,3%	Älvkarleby	72,7%	75,9%
Filipstad	82%	81,9%	Uppsala	70,9%	71,6%
Ockelbo	81,6%	84%	Heby	70,8%	73,4%
Hallstahammar	81,3%	82,9%			







Täckningsgrad Eskilstuna per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Hällby förs. med Tumbo och Råby-Rekarne	86,4%
Västra Rekarne	85,4%
Kafjärden	84,7%
Husby-Rekarne	83,7%
Näshulta	83,6%
Stenkvista-Ärla	80,6%
Eskilstuna	78,7%
Torshälla	77,5%

Täckningsgrad Nyköping per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Stigtomta-Vrena	83,6%
Kiladalen	83,6%
Tunaberg	81,2%
Rönö	80,3%
Nyköping	78,9%
Tystbergabygden	73,1%

Täckningsgrad Gävle per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Hille	88%
Valbo	85,4%
Bomhus	84,9%
Hedesunda	84,6%
Gävle Heliga Trefaldighet	82,4%
Hamrånge	81,3%
Gävle Staffan	80,9%
Gävle Maria	79,8%

Täckningsgrad Karlstad per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Grava	91,8%
Karlstads domkyrkoförs.	89%
Väse-Fågelvik	88,6%
Västerstrand	87,9%
Norrstrand	87,8%
Alster-Nyedsbygden	86,3%
Nor-Segerstad	85,4%

Täckningsgrad Västerås per församling 2017-12-31

Område	Täckningsgrad
Kungsåra	89,3%
Västerås-Barkarö	88,5%
Dingtuna-Lillhärad	88%
Tillberga	87,3%
Viksäng	85%
Önsta	84%
Västerås domkyrkoförs.	84%
Västerås Badelunda	83,2%
Norrbo	82,7%
Västerås Lundby	77,5%
Skerike	76,7%

Täckningsgrad Uppsala per församling 2017-12-31

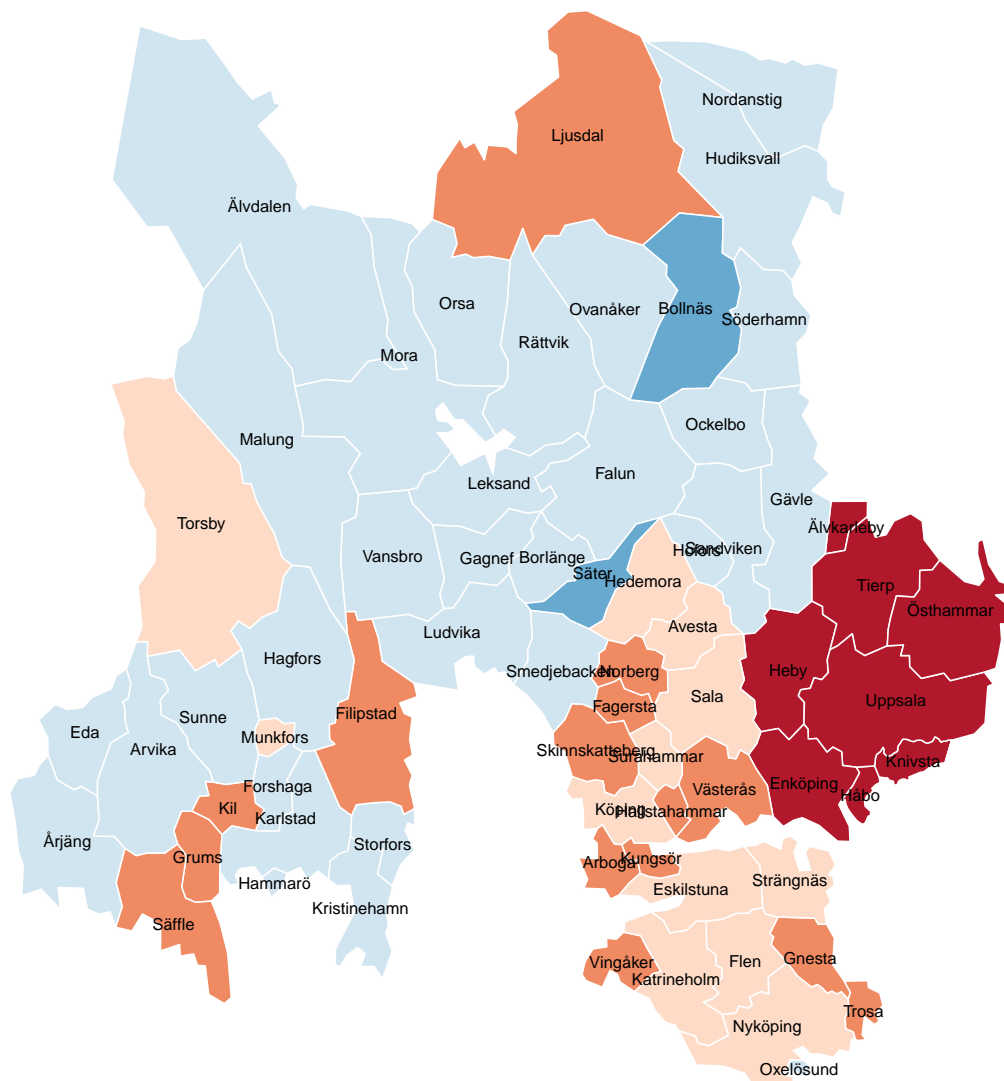
Område	Täckningsgrad
Dalby	84,3%
Uppsala-Näs	77,7%
Rasbo	76,6%
Västeråker	76,5%
Bälingebygden	76,1%
Balingsta	75,8%
Björklinge	75,7%
Danmark-Funbo	75,6%
Hagby	73,7%
Almunge	73%
Ärentuna	72,4%
Stavby	72,1%
Rasbokil	71,7%
Uppsala domkyrkoförs.	71,5%
Vaksala	71,4%
Tuna	71,2%
Lena	70,7%
Faringe	70,2%
Norra Hagunda	68,6%
Knutby-Bladåker	68,6%
Helga Trefaldighet	67,8%
Ramsta	67%
Viksta	66,5%
Gottsunda	66%

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 2016. 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: De flesta landsting sänder sedan en tid kallelse med tid och plats förbokad. Rutin för hur landstingen skiljer sig mellan hur man handhar kvinnor som inte önskar delta behövs, då det säkert påverkar siffrorna.

Deltagande efter inbjudan. 2017

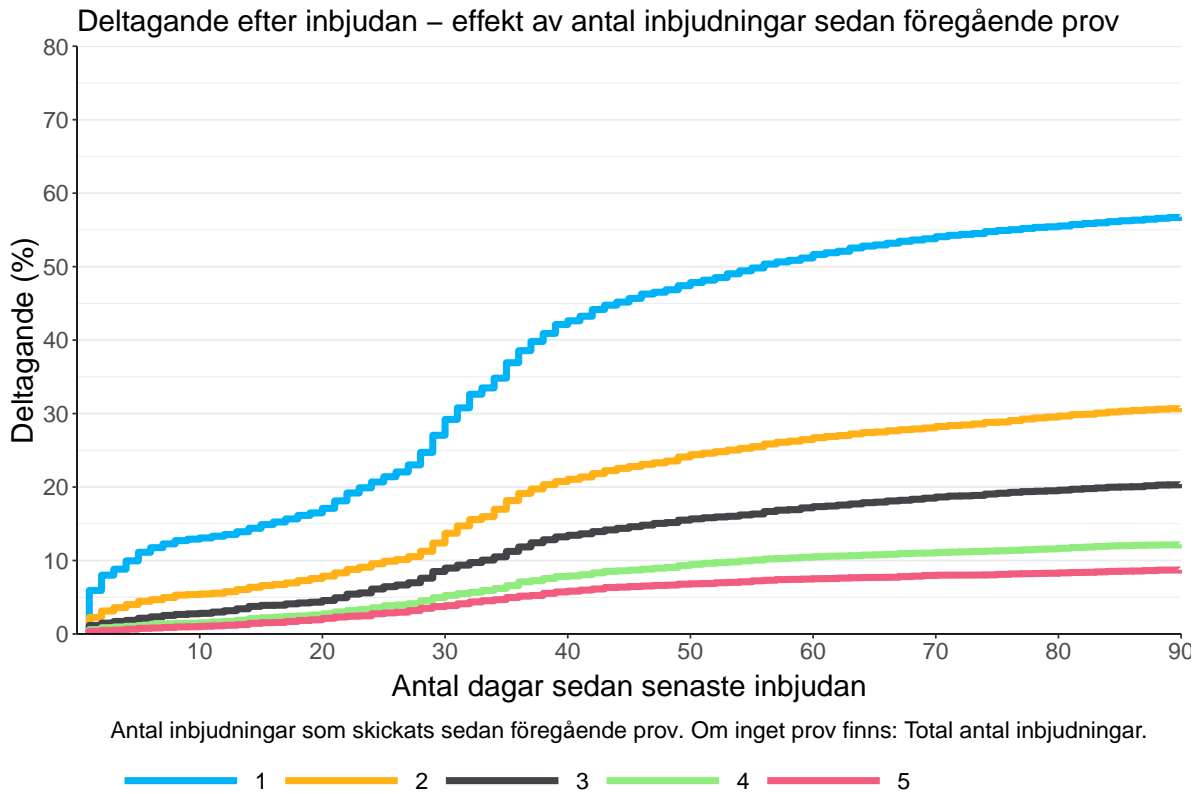


Deltagande ■ 39% ■ 40 – 49% ■ 50 – 59% ■ 60 – 69% ■ 70% –

Område	Deltagande
Gävleborg	66%
Dalarna	63%
Värmland	61%
Södermanland	53%
Västmanland	49%
Region Uppsala-Örebro	47%
Uppsala	20%



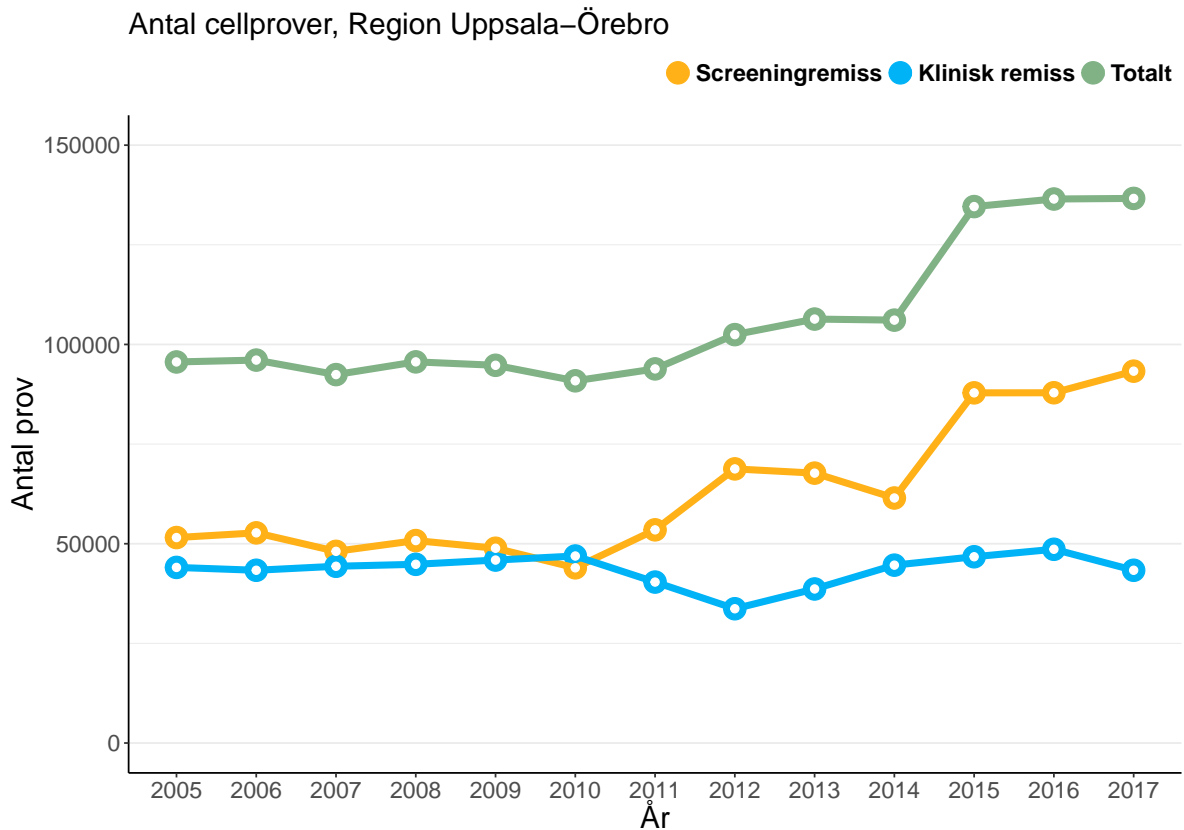
Kommun	Deltagande	Kommun	Deltagande
Bollnäs	72%	Munkfors	57%
Säter	71%	Nyköping	55%
Sunne	69%	Torsby	55%
Mora	69%	Hedemora	54%
Vansbro	69%	Eskilstuna	54%
Hudiksvall	68%	Köping	54%
Gagnef	68%	Sala	53%
Gävle	67%	Katrineholm	53%
Hammarö	66%	Strängnäs	52%
Forshaga	66%	Flen	51%
Hofors	66%	Surahammar	50%
Leksand	66%	Skinnskatteberg	49%
Smedjebacken	66%	Arboga	49%
Ovanåker	66%	Ljusdal	49%
Älvdalen	65%	Grums	49%
Nordanstig	64%	Hallstahammar	49%
Ockelbo	64%	Västerås	49%
Oxelösund	64%	Kil	48%
Karlstad	64%	Filipstad	48%
Hagfors	64%	Säffle	48%
Arvika	64%	Kungsör	47%
Kristinehamn	64%	Norberg	47%
Sandviken	63%	Gnesta	46%
Söderhamn	63%	Vingåker	45%
Orsa	63%	Trosa	45%
Storfors	63%	Fagersta	44%
Falun	62%	Östhammar	25%
Eda	62%	Knivsta	23%
Ludvika	62%	Enköping	20%
Malung	62%	Heby	20%
Borlänge	61%	Älvkarleby	20%
Rättvik	60%	Uppsala	19%
Årjäng	60%	Häbo	18%
Avesta	59%	Tierp	18%



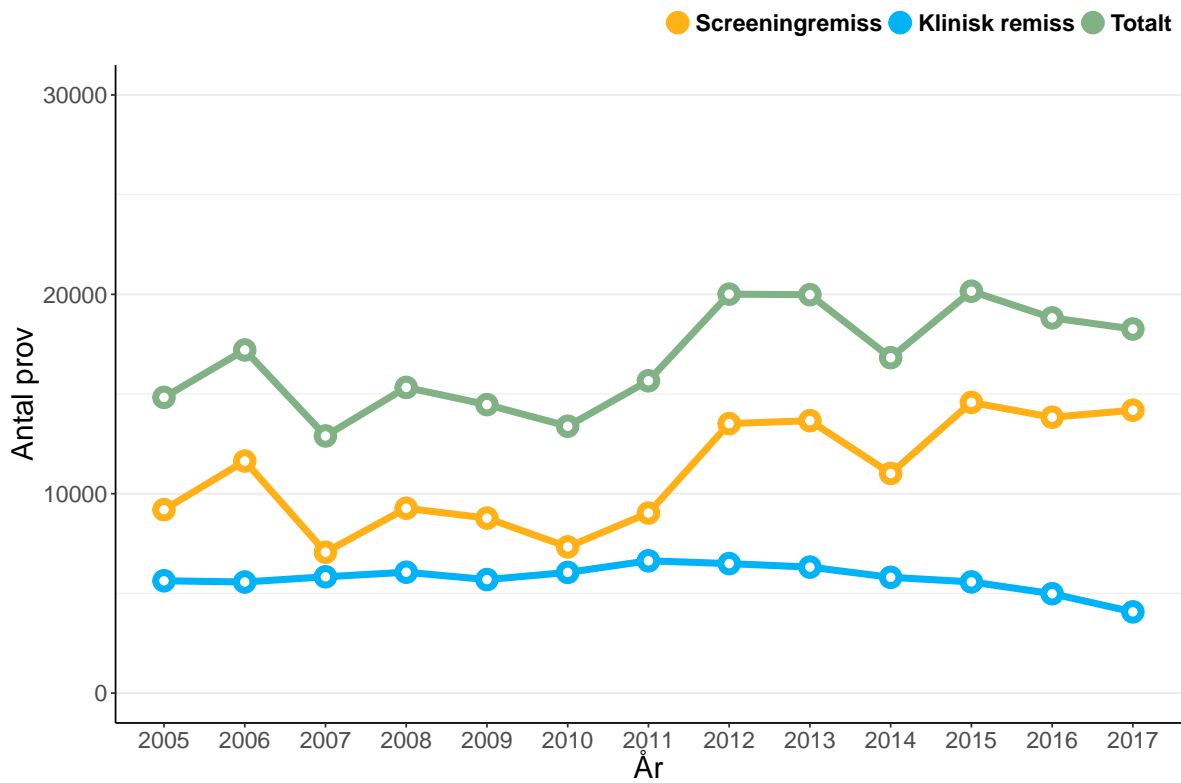
5 Antal cellprover

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

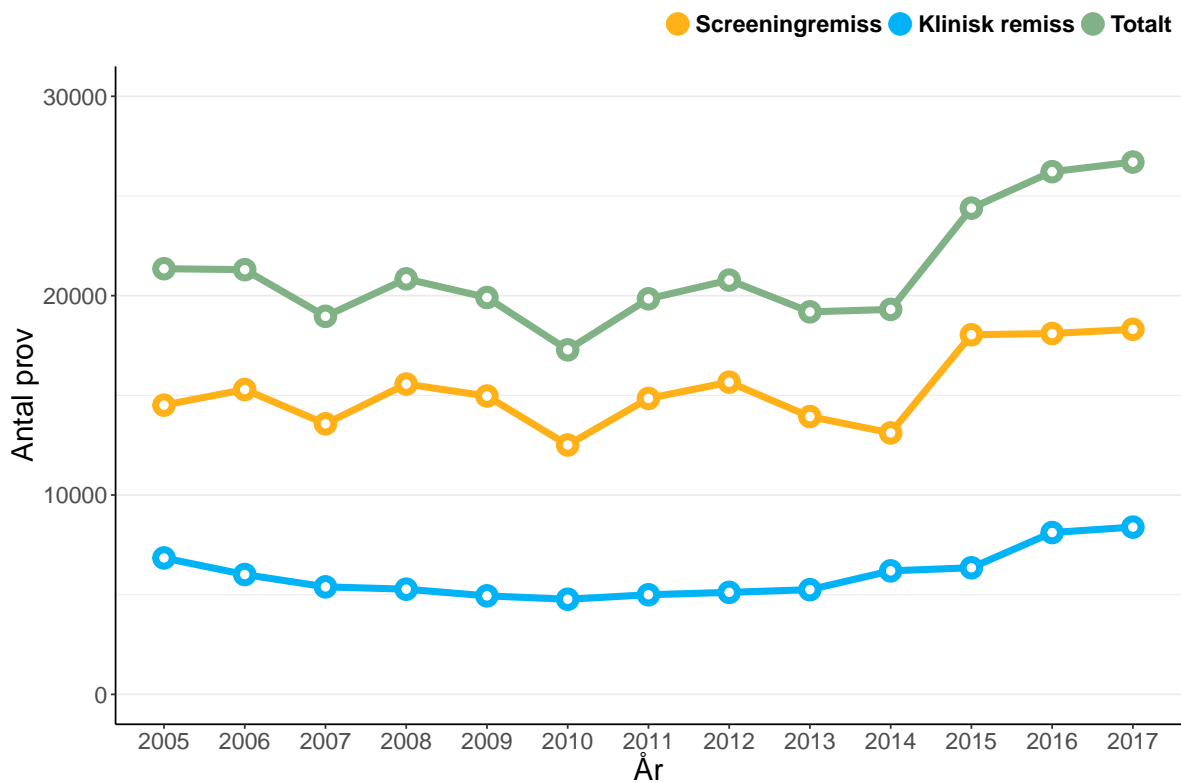
Kommentar: Inom regionen används remisserna olika och indicerat prov definieras olika vilket måste diskuteras för att vi vidare ska analysera siffrorna. Vissa landsting har tom enbart en remiss.



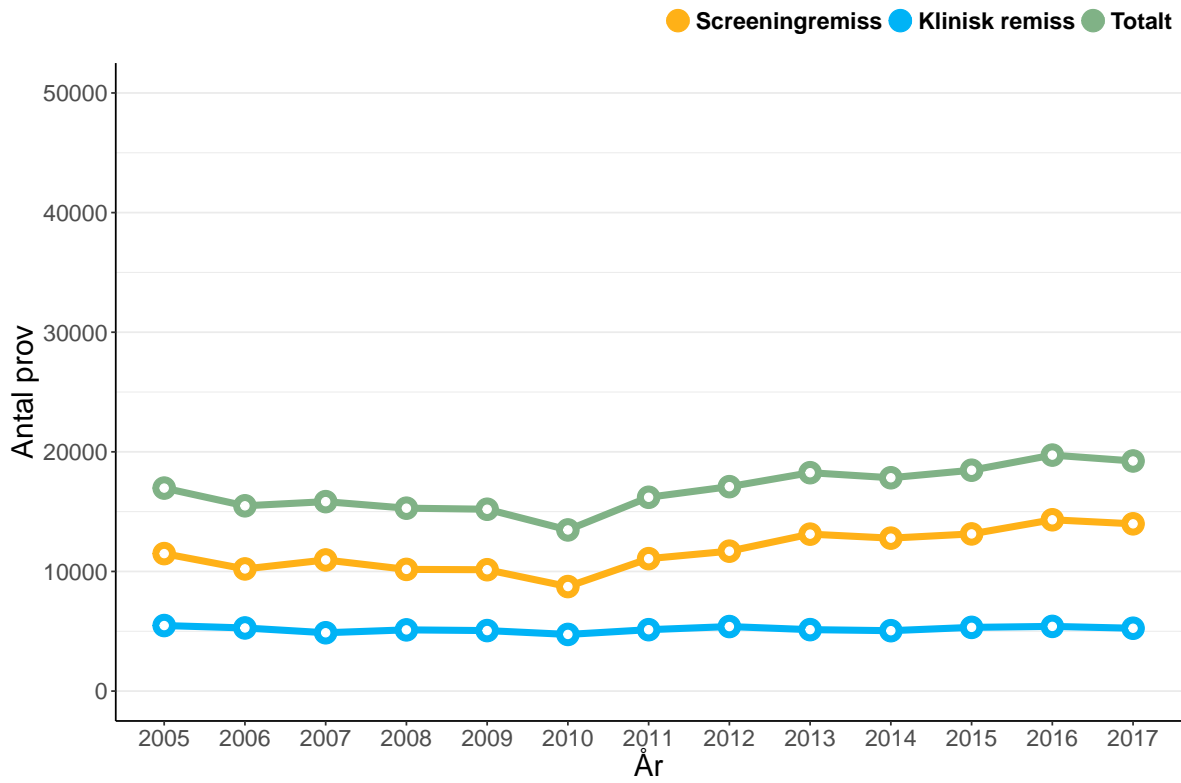
Antal cellprover, Södermanland



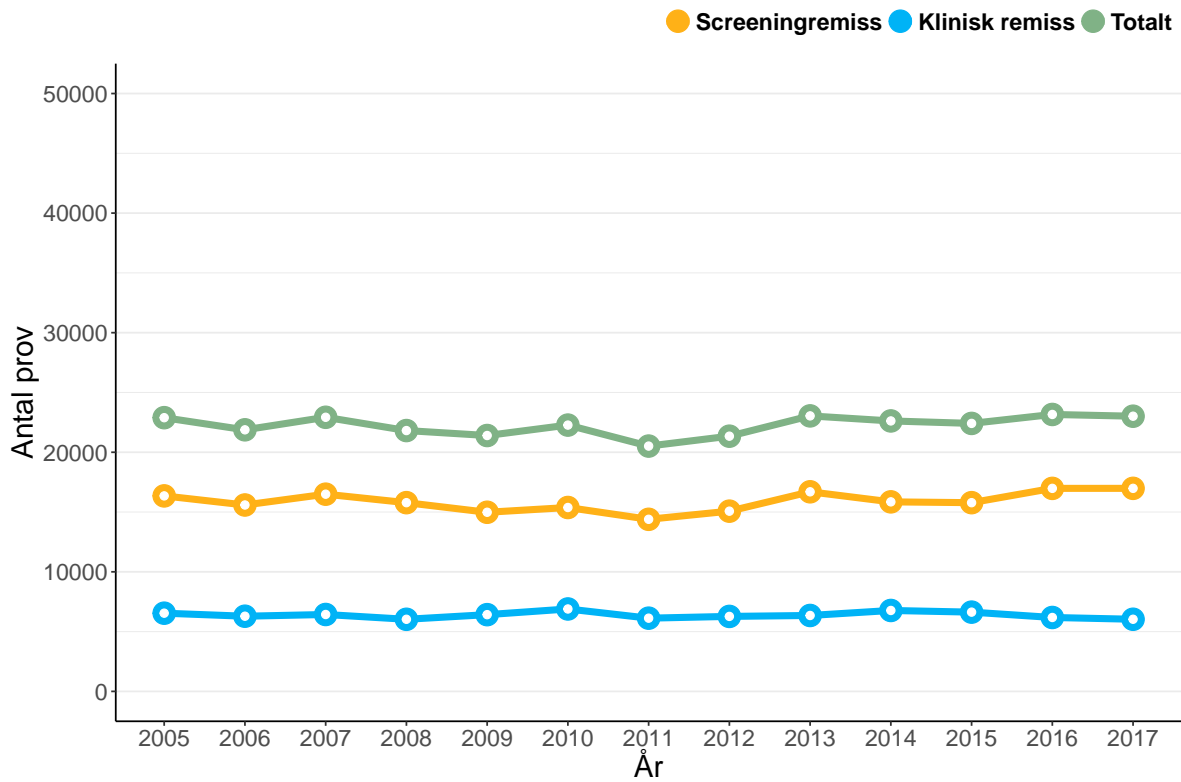
Antal cellprover, Värmland



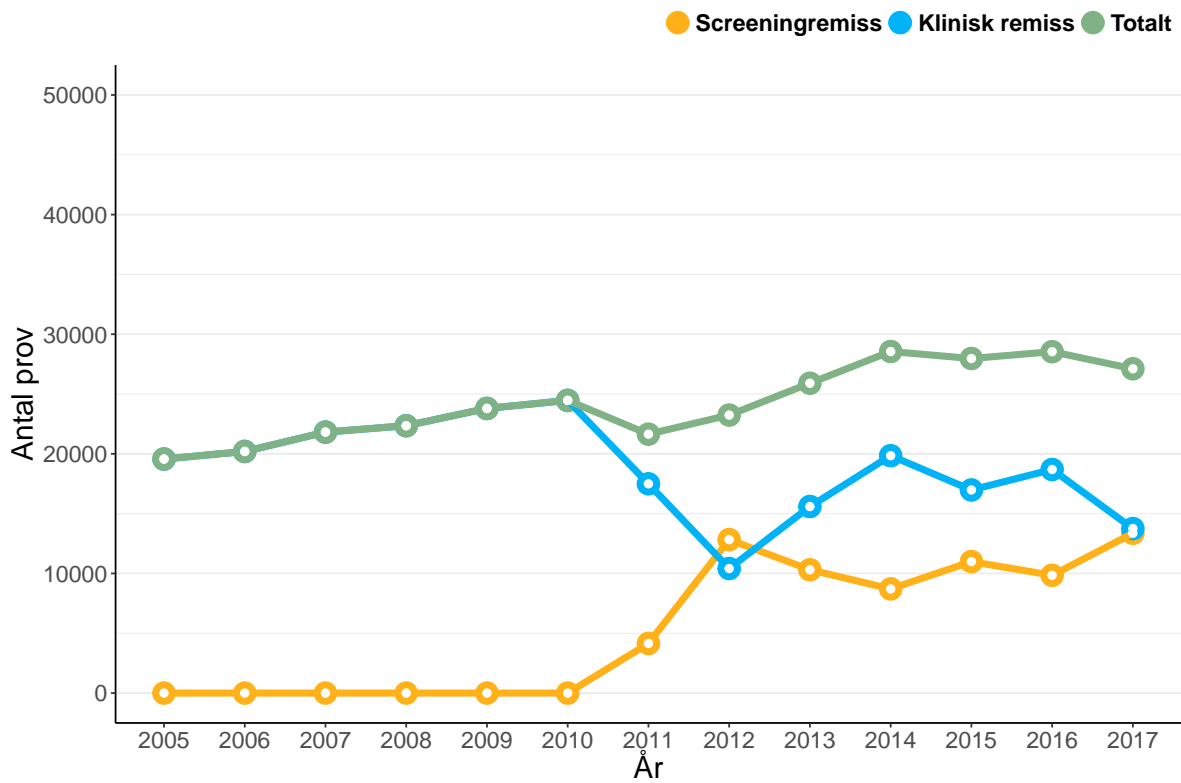
Antal cellprover, Västmanland



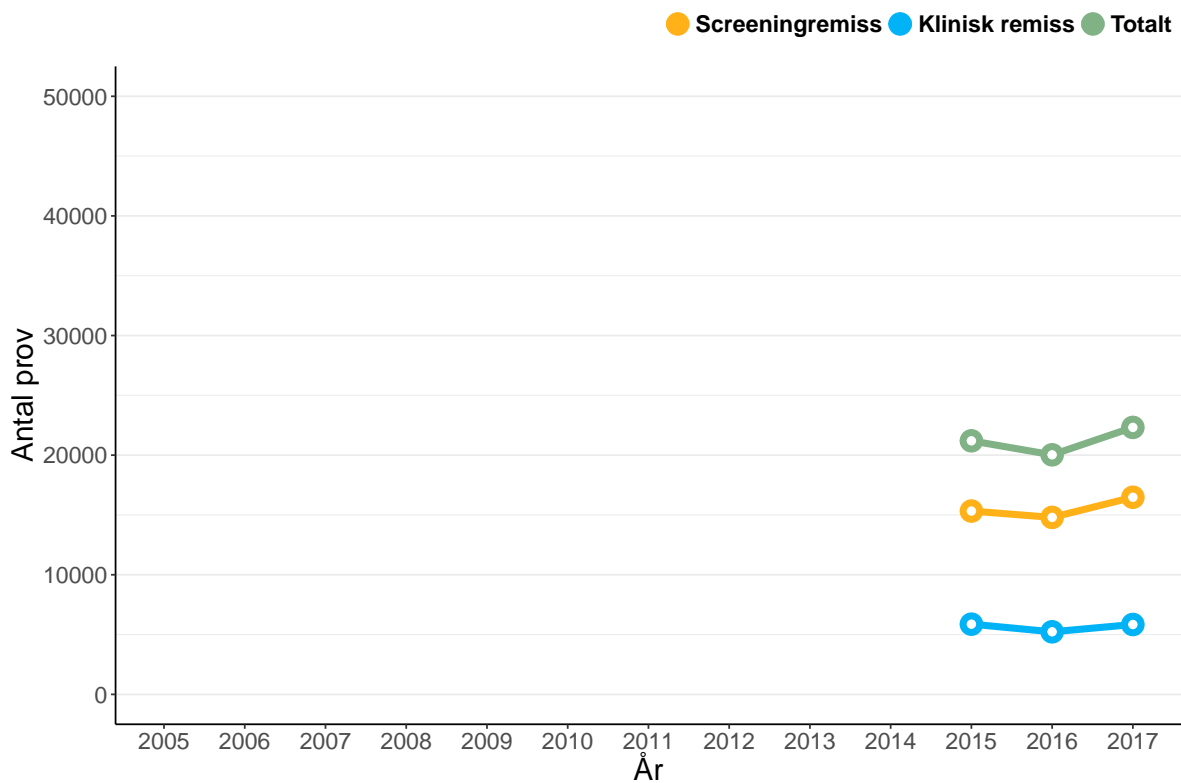
Antal cellprover, Gävleborg



Antal cellprover, Uppsala



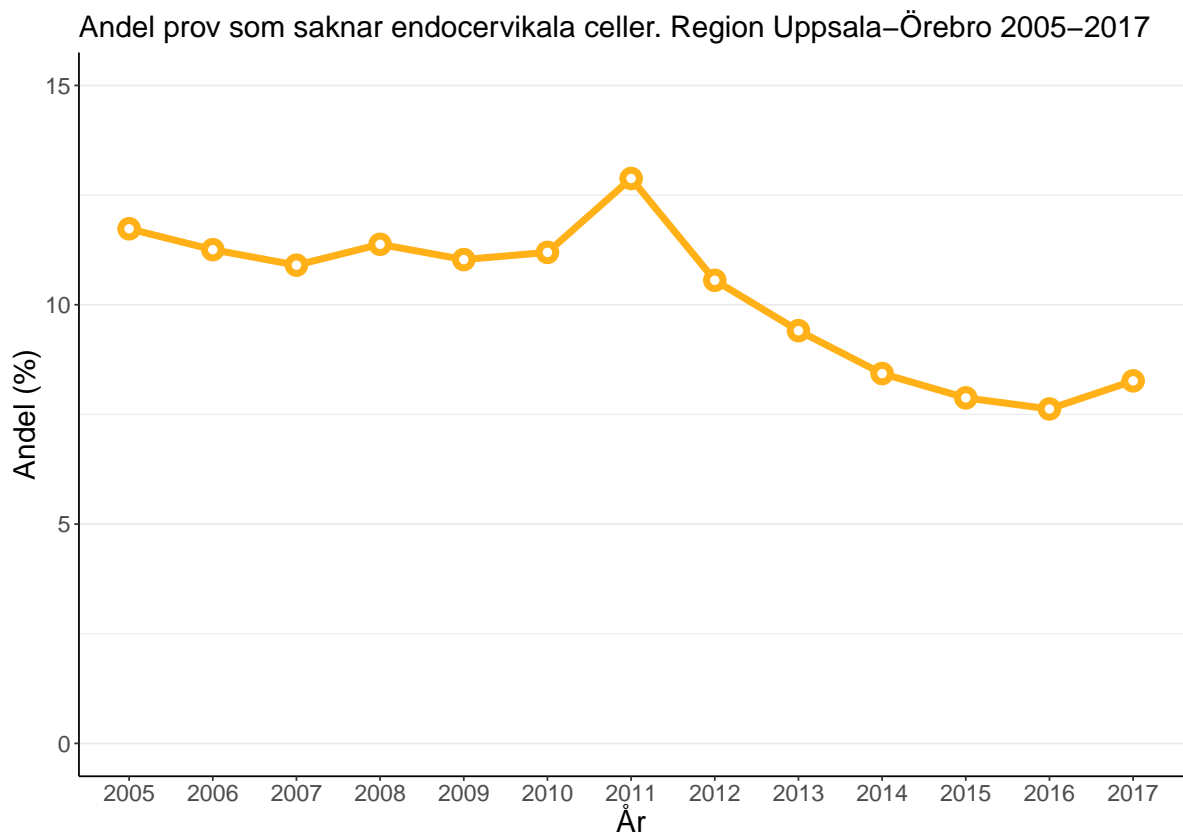
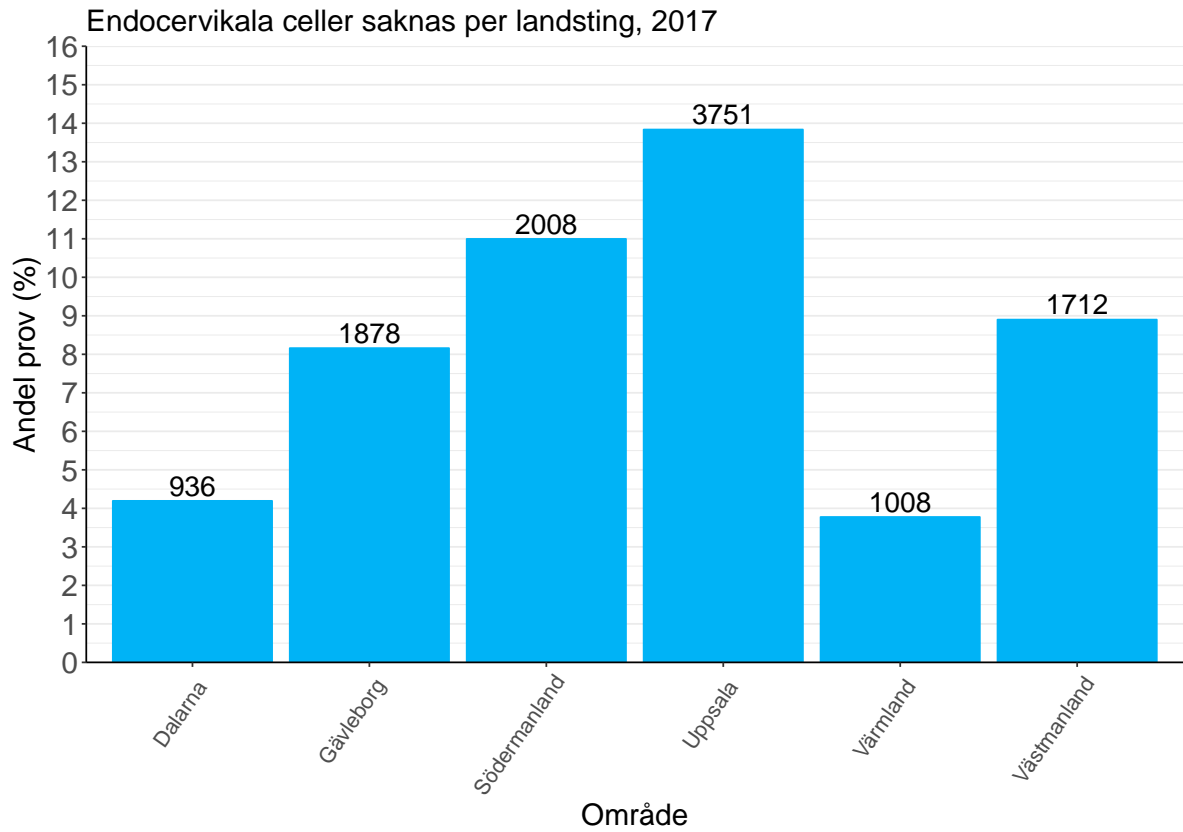
Antal cellprover, Dalarna



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.

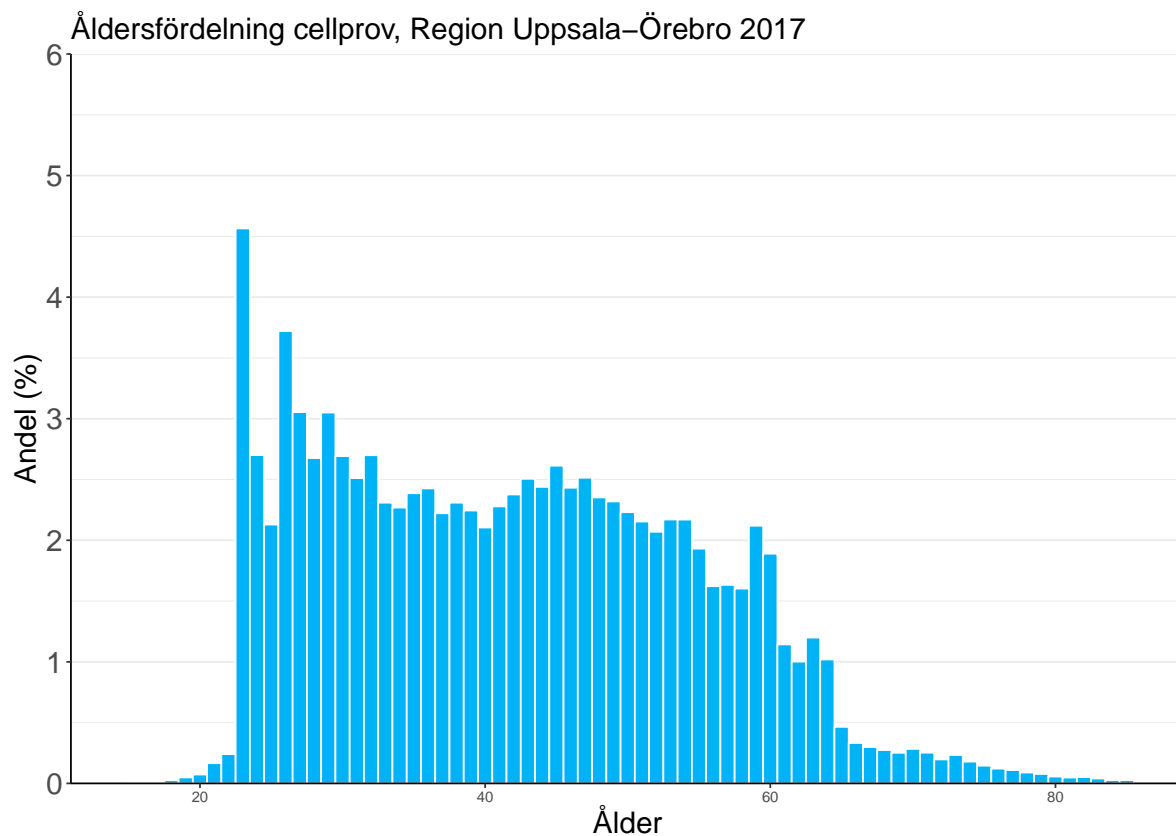
[Kommentar:](#)



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: Förväntad fördelning utifrån kallelseintervallen.

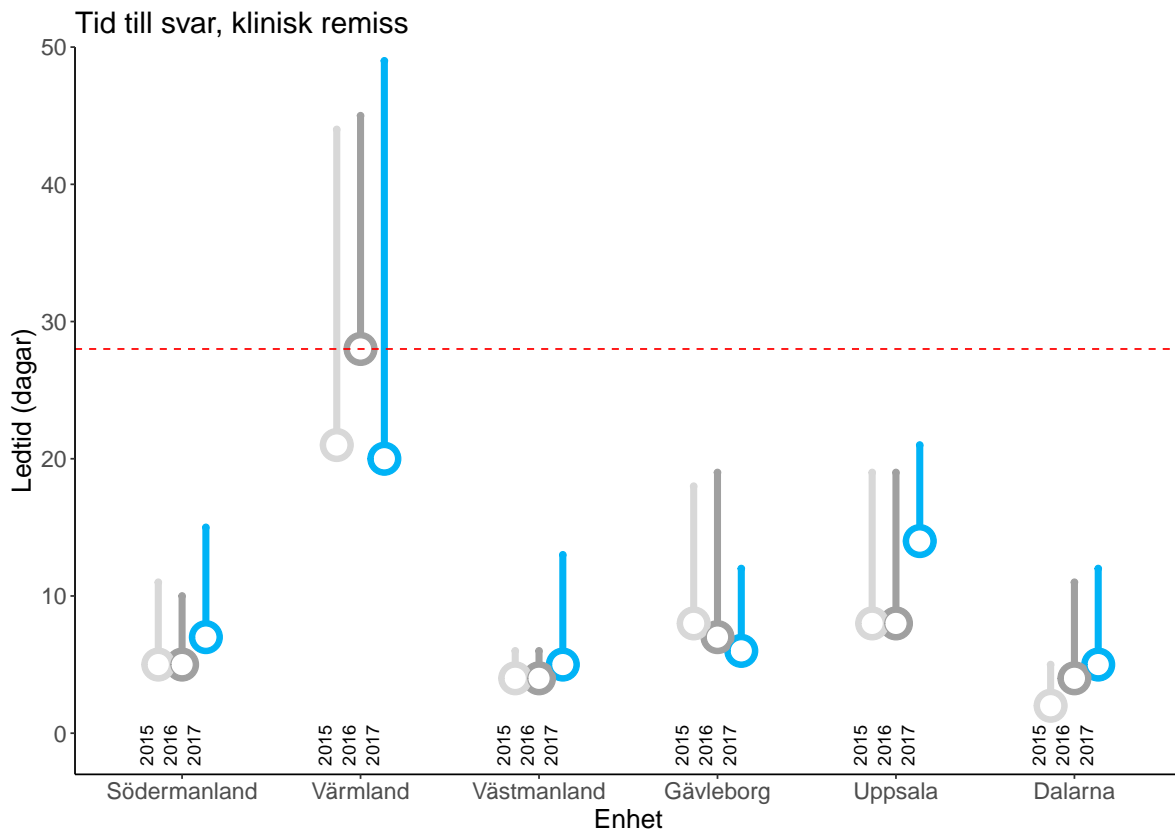
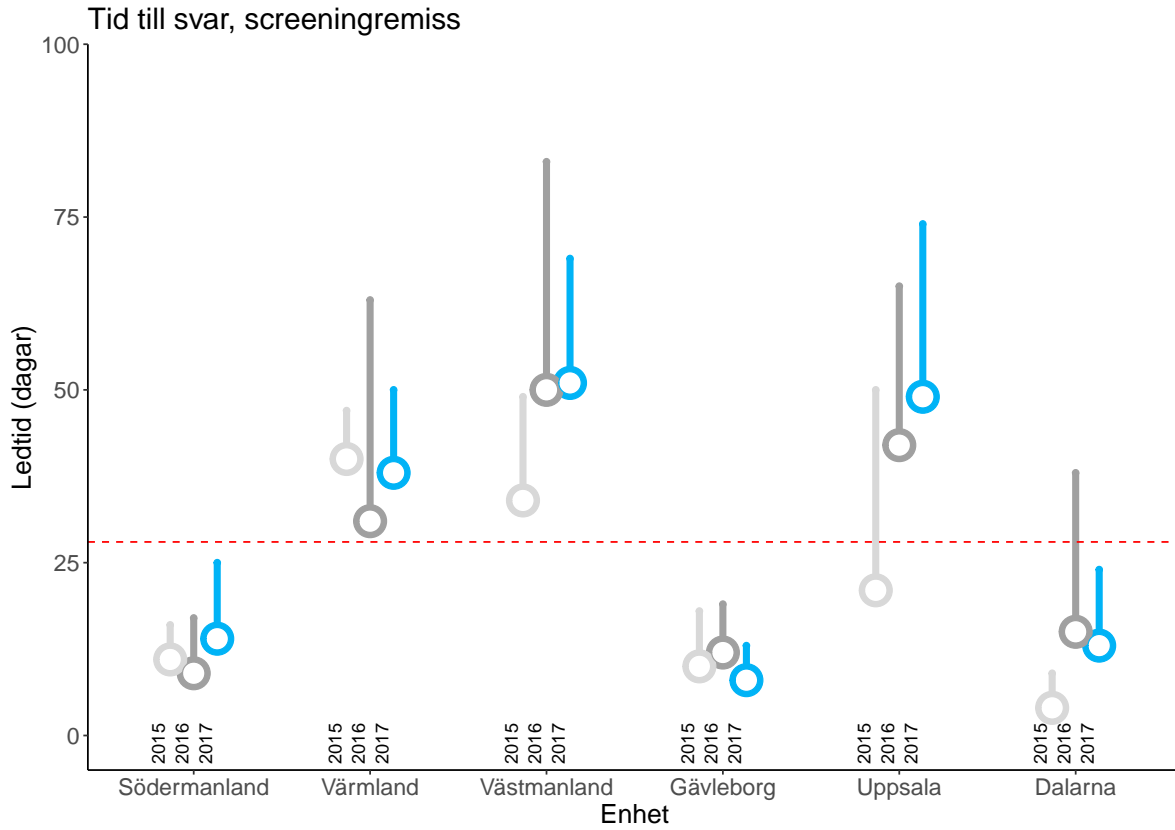


8 Tid till svar

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: Siffror som kan belysa bristen på personal inom laboratoriemedicin. Inom regionen bör siffrorna diskuteras vidare. Utifrån införande av HPV som primärscreening kan siffrorna komma att ändras närmsta året vilket vi får följa.



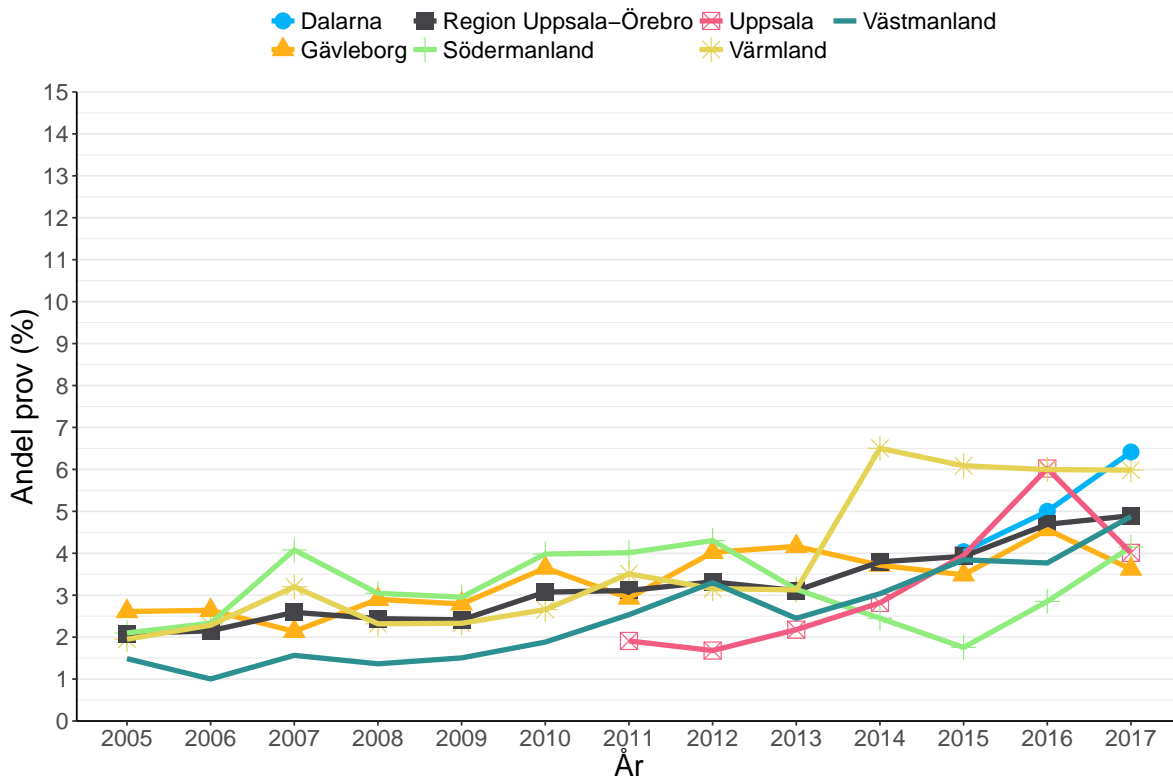
9 Andel icke-normala cellprover

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.

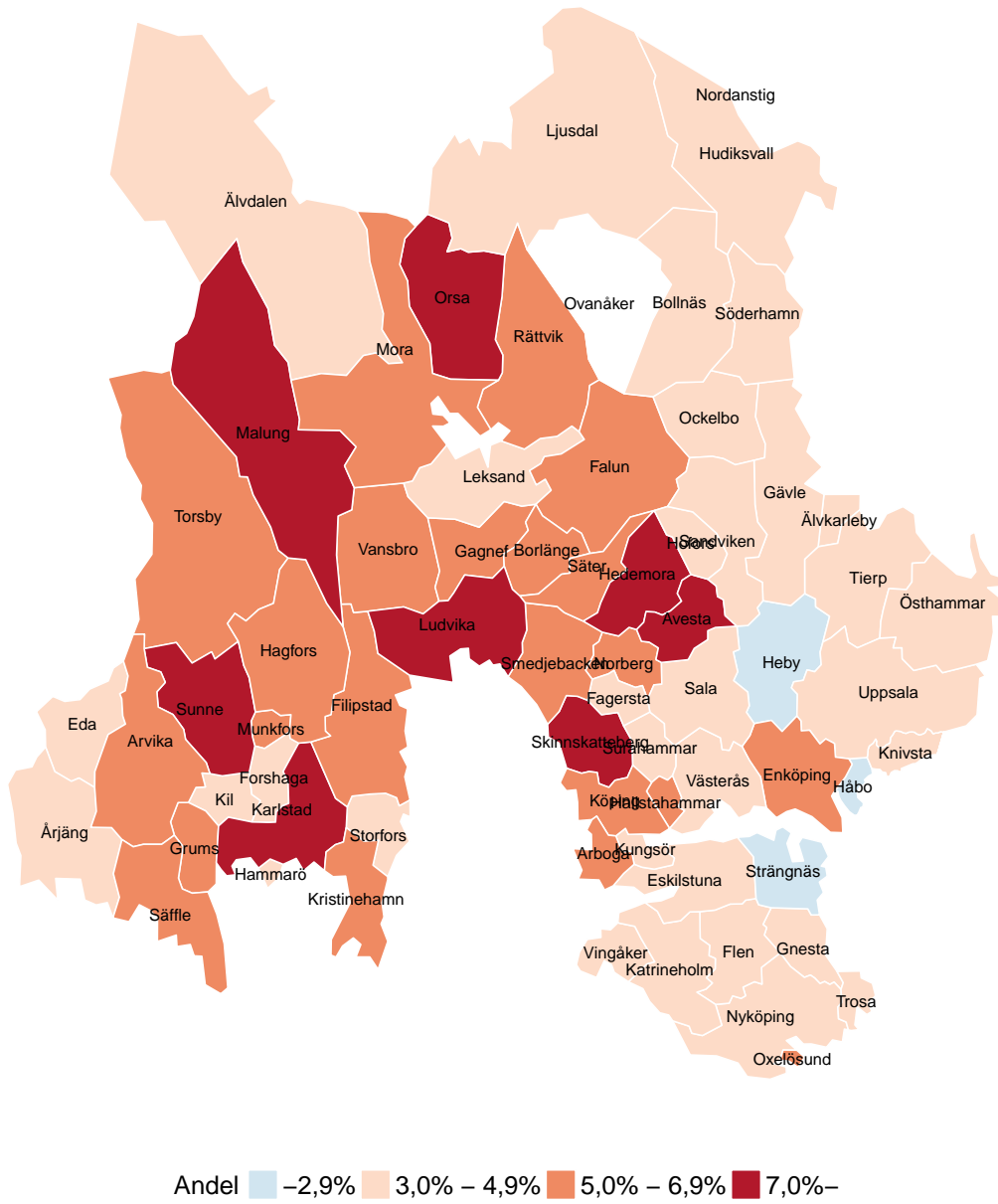
Kommentar: Oroande siffror på ökning i flera landsting. Vad detta beror på bör analyseras vidare., och hållas under god uppsikt när primärscreening med HPV införs.

Icke-normala cellprover inom screening per landsting 2005–2017





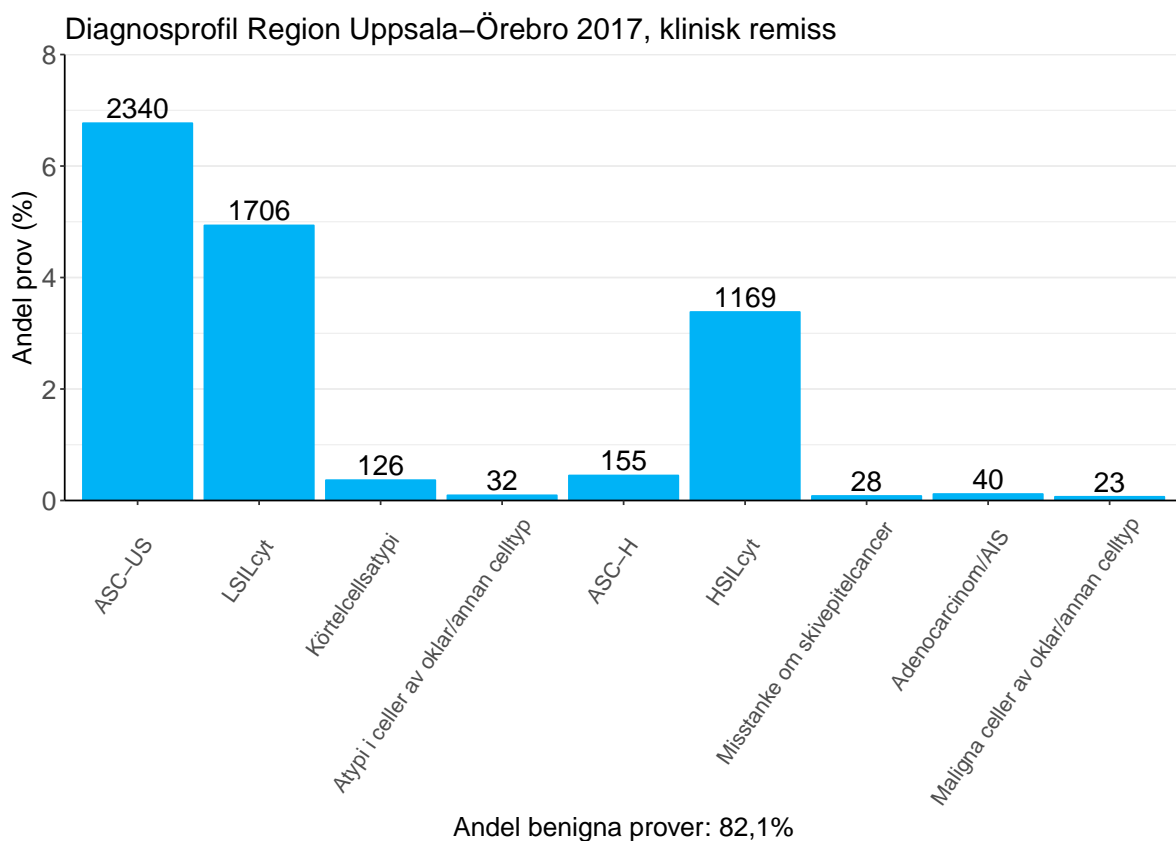
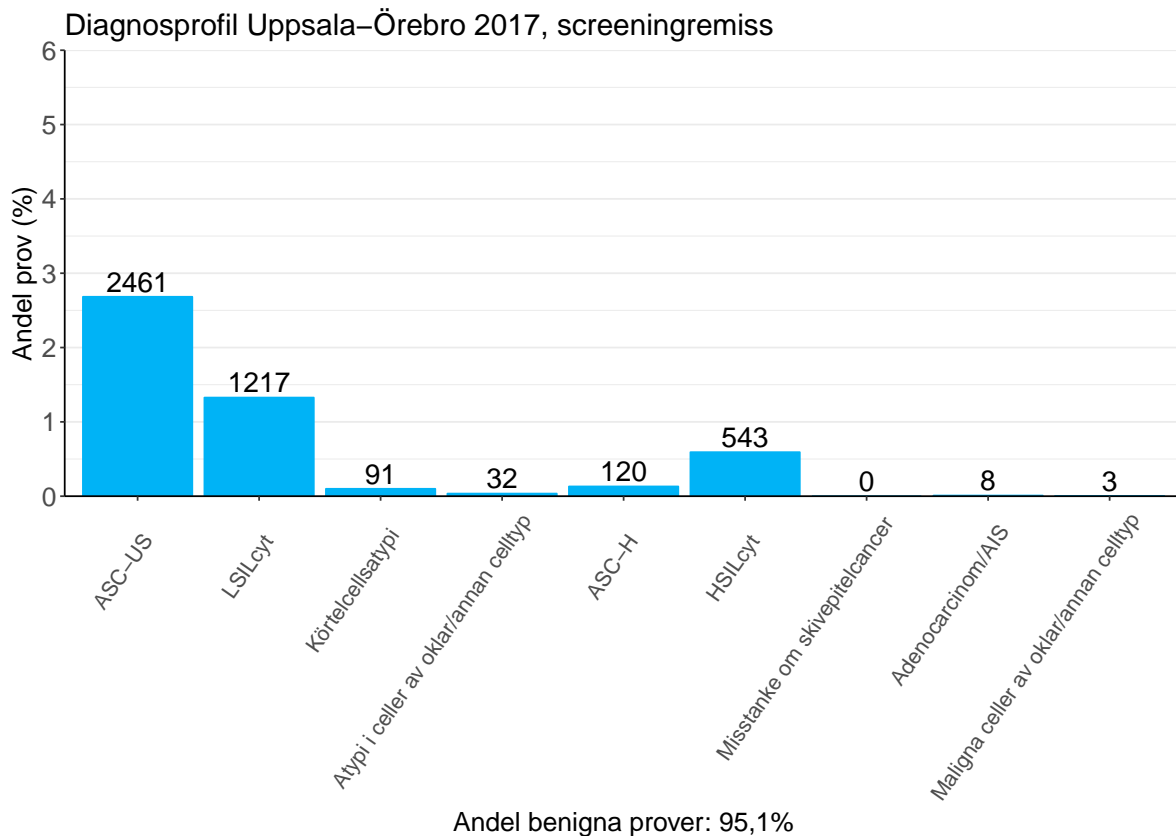
Andel icke-normala cellprover inom screening 2017

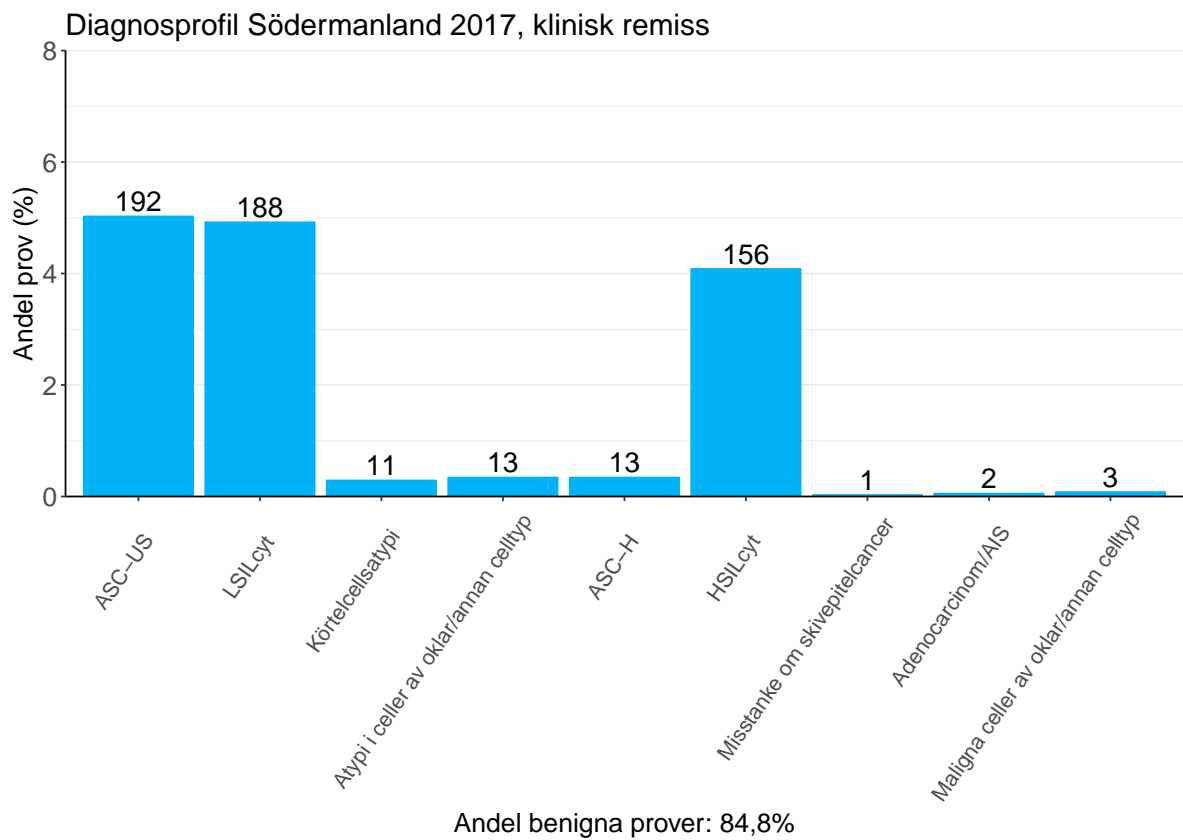
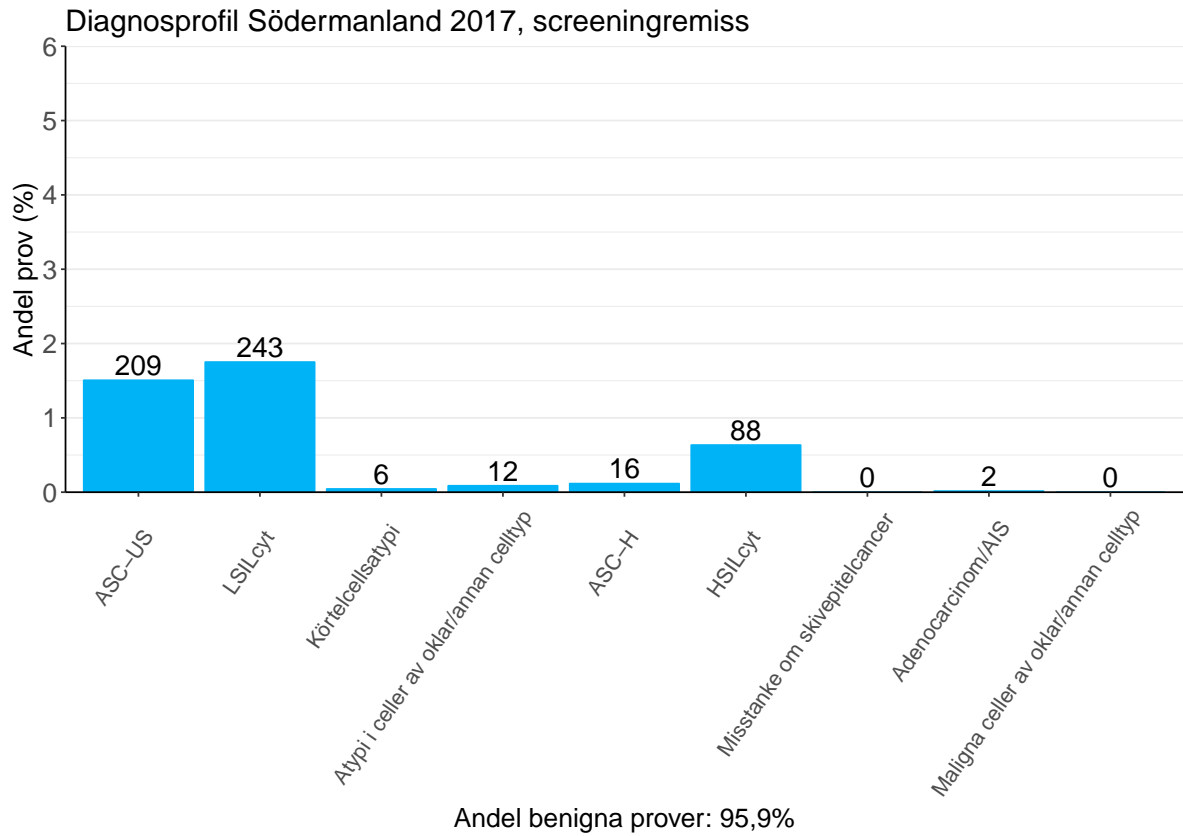


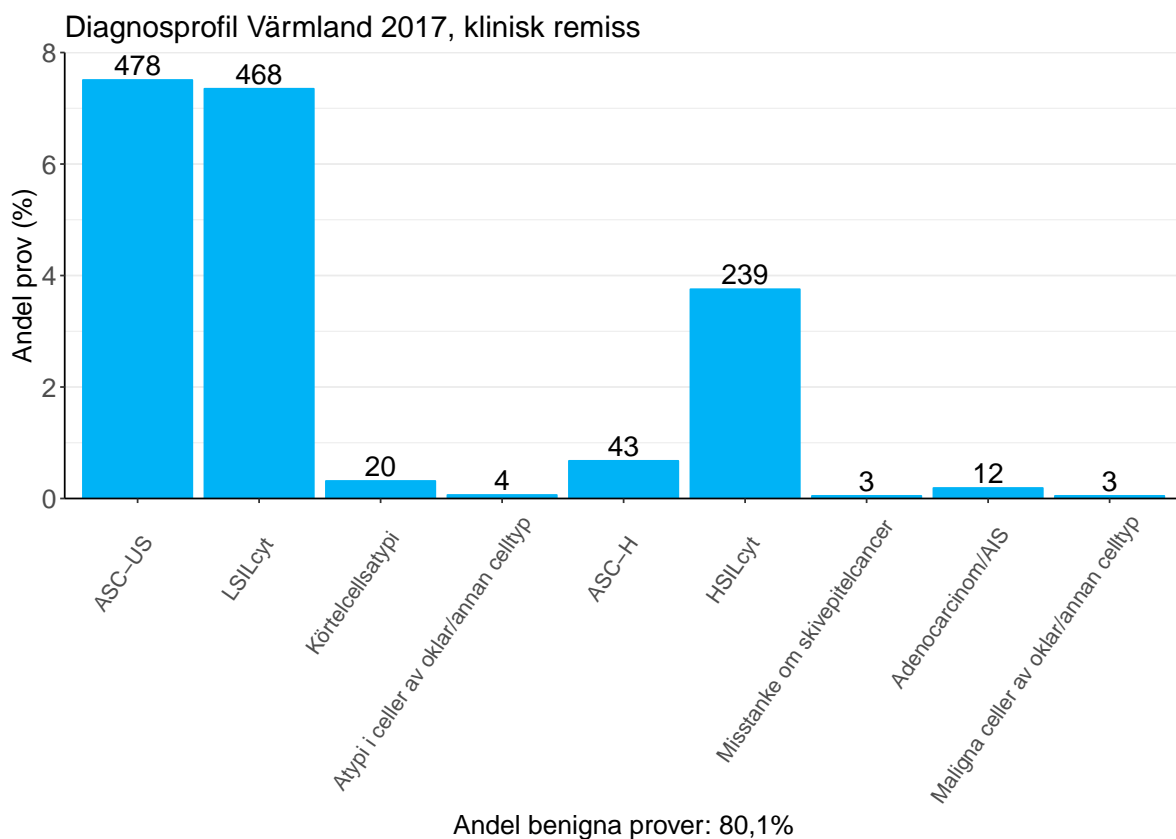
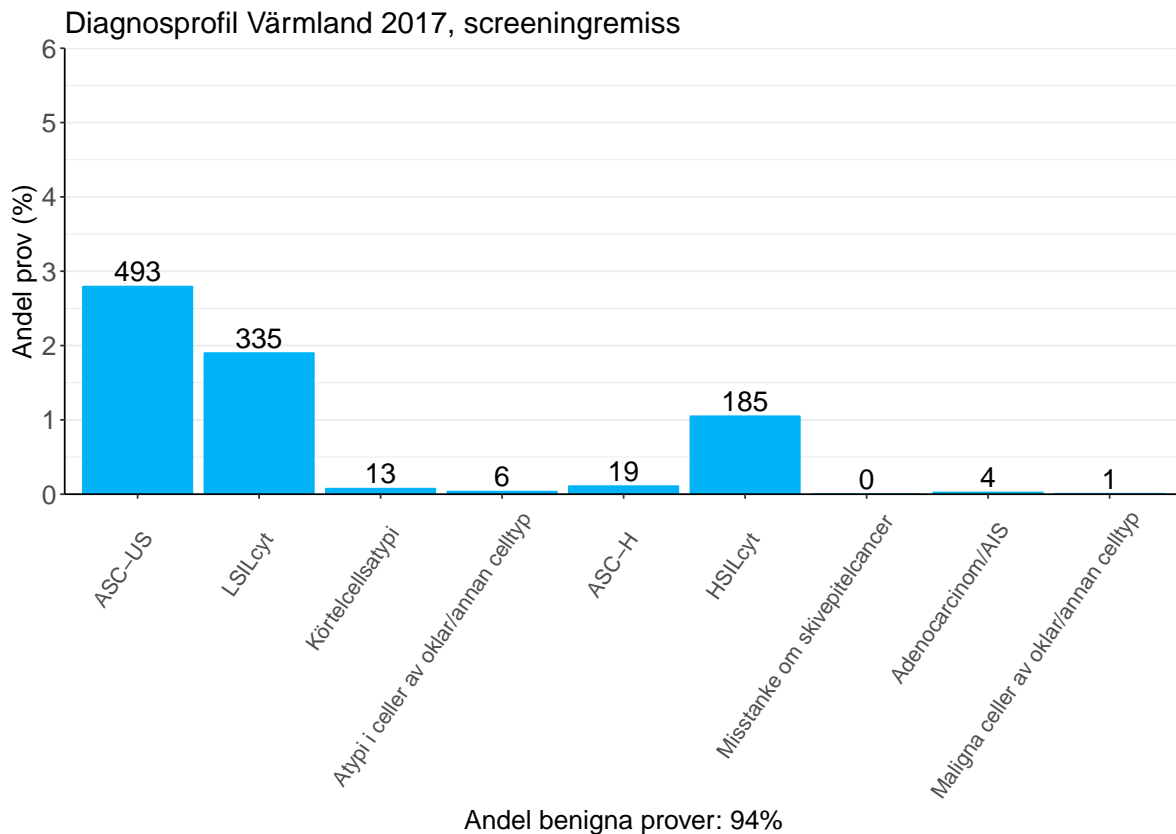
10 Diagnosprofil cytologi

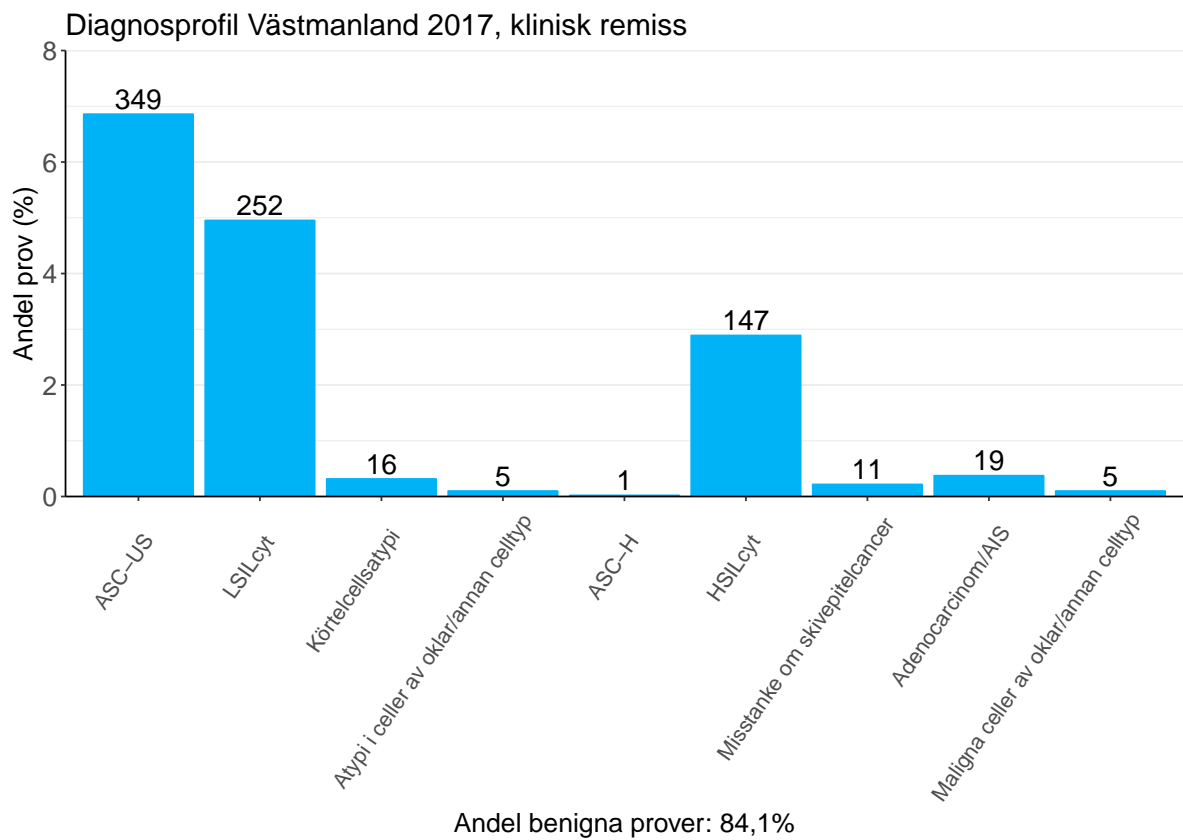
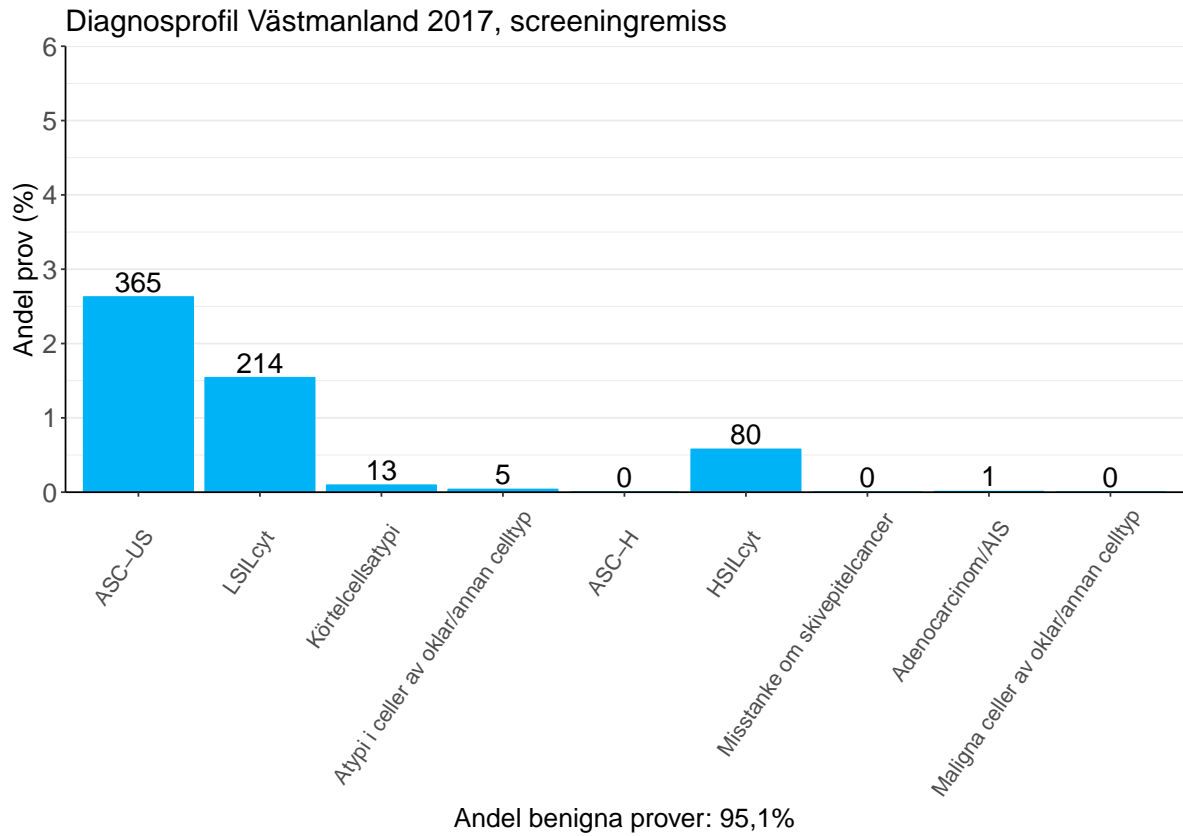
Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (GCK-remiss) och övriga prover (standardremiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

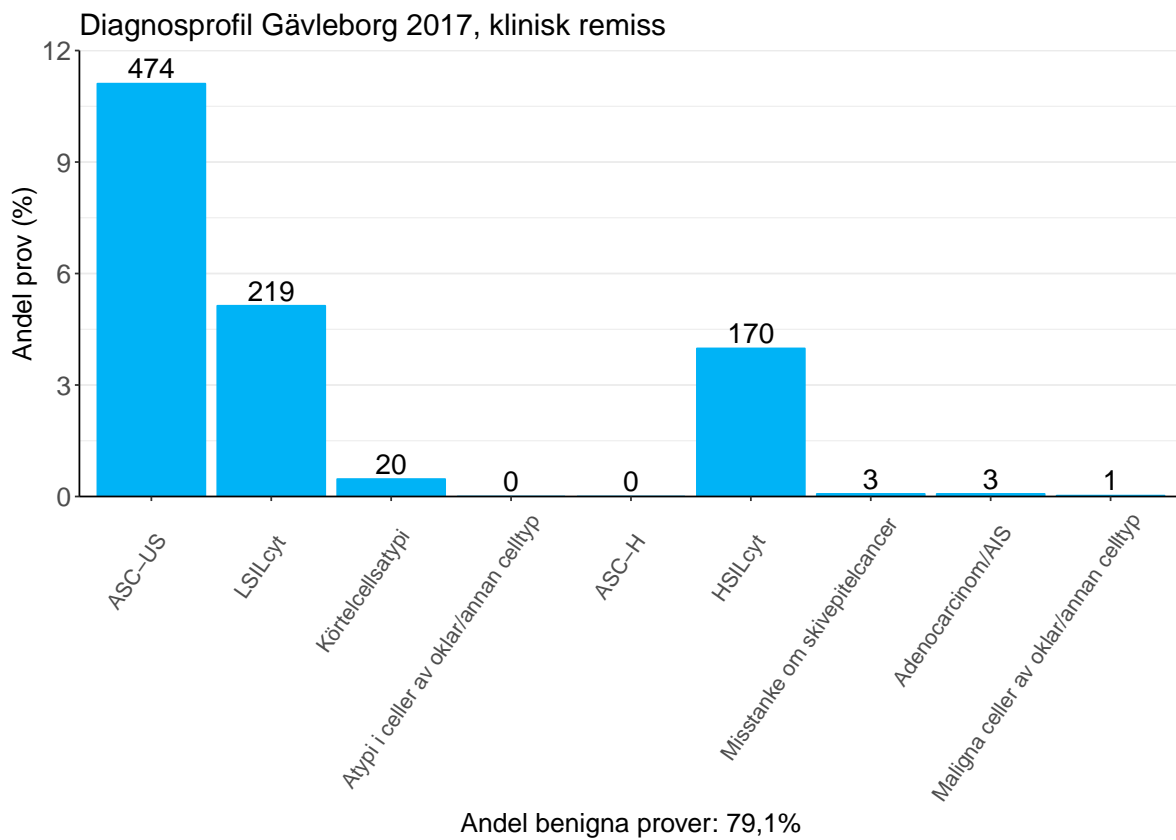
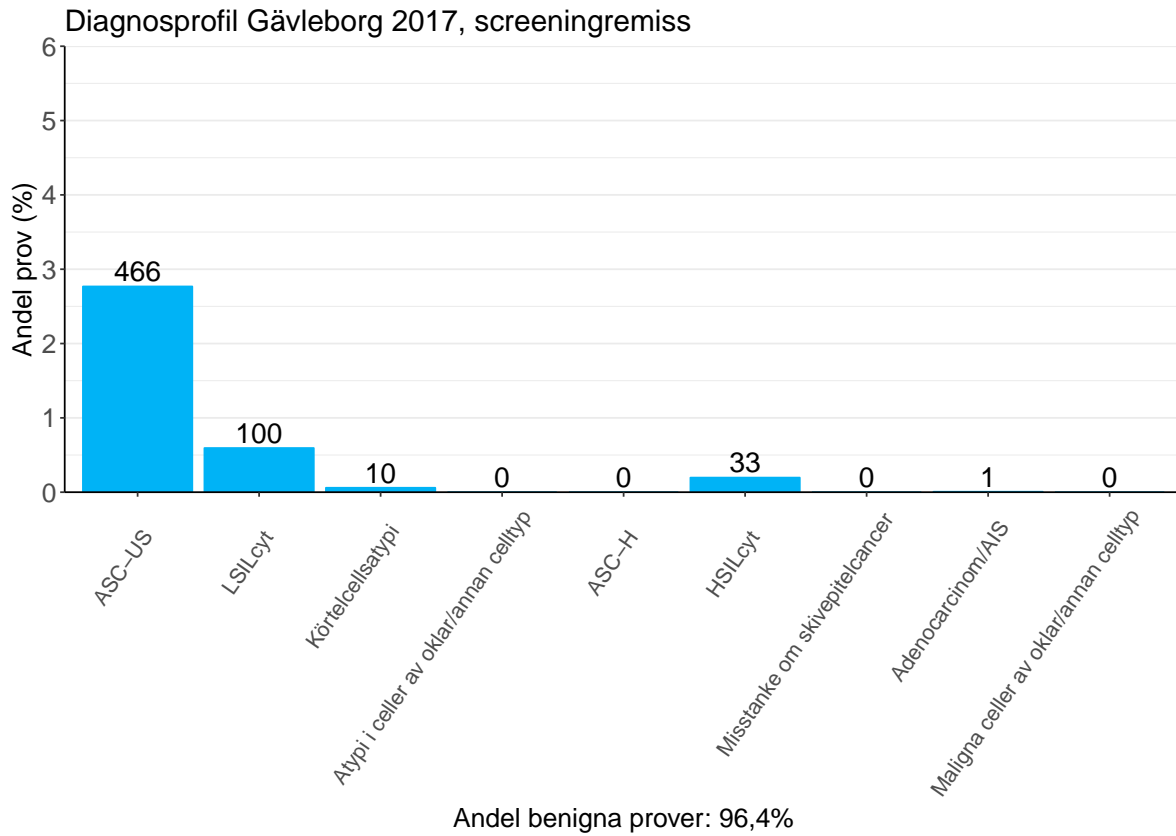
Kommentar: HSIL andelen högre bland kliniska remisser, vilket bör vara fallet. Oroande stor andel ASCUS diagnoser, eftersom de leder till åtgärd och därmed resurser.

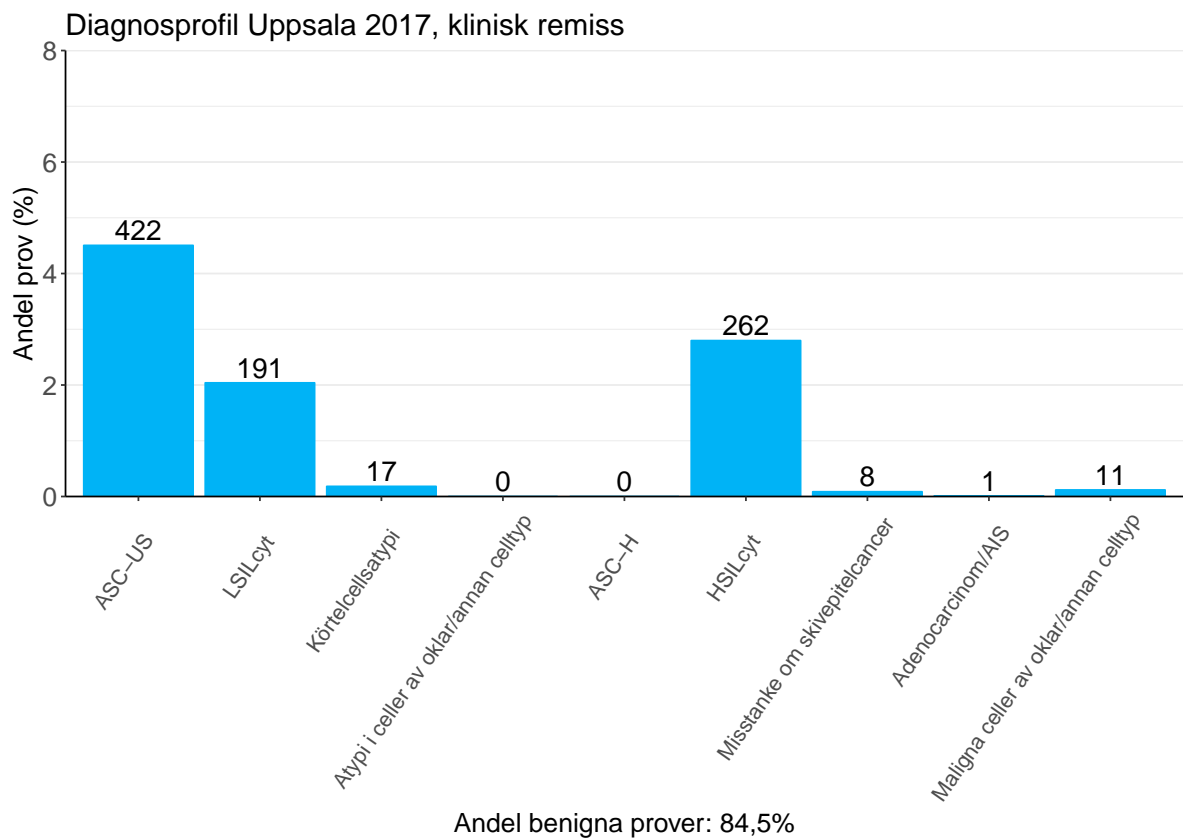
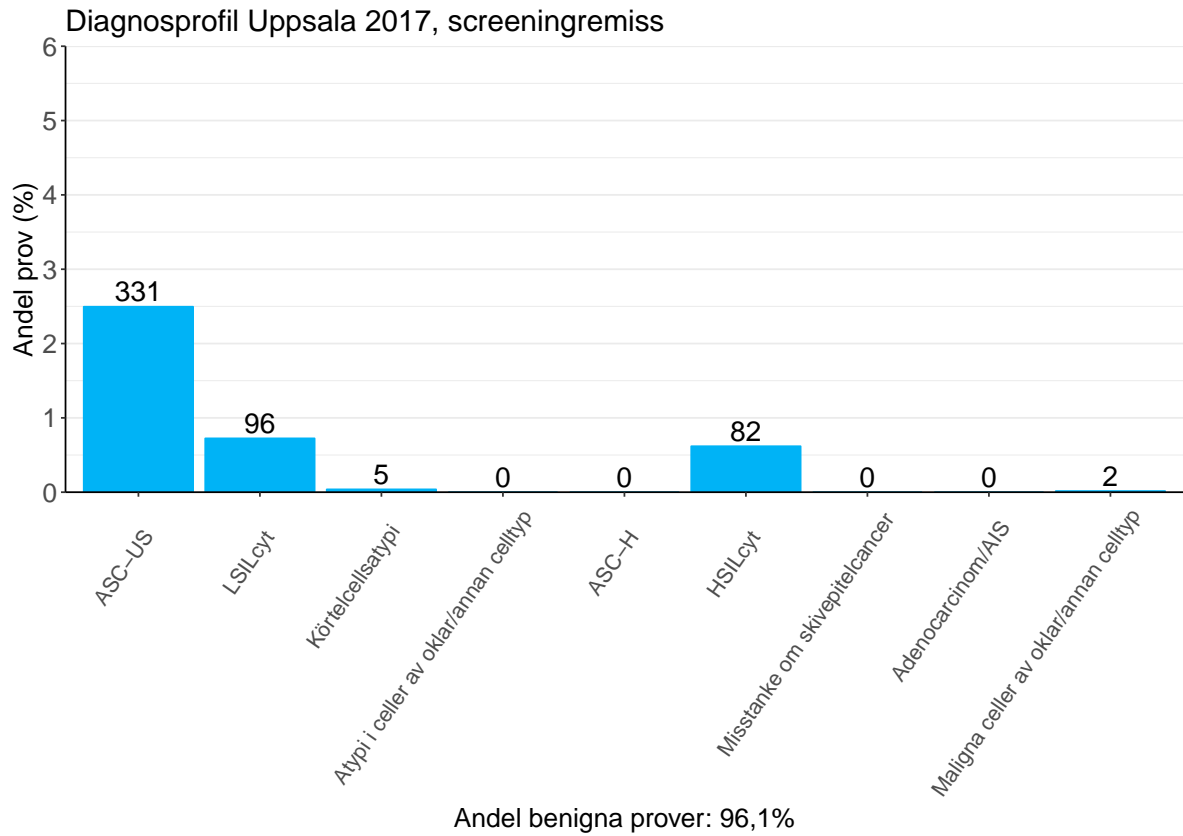


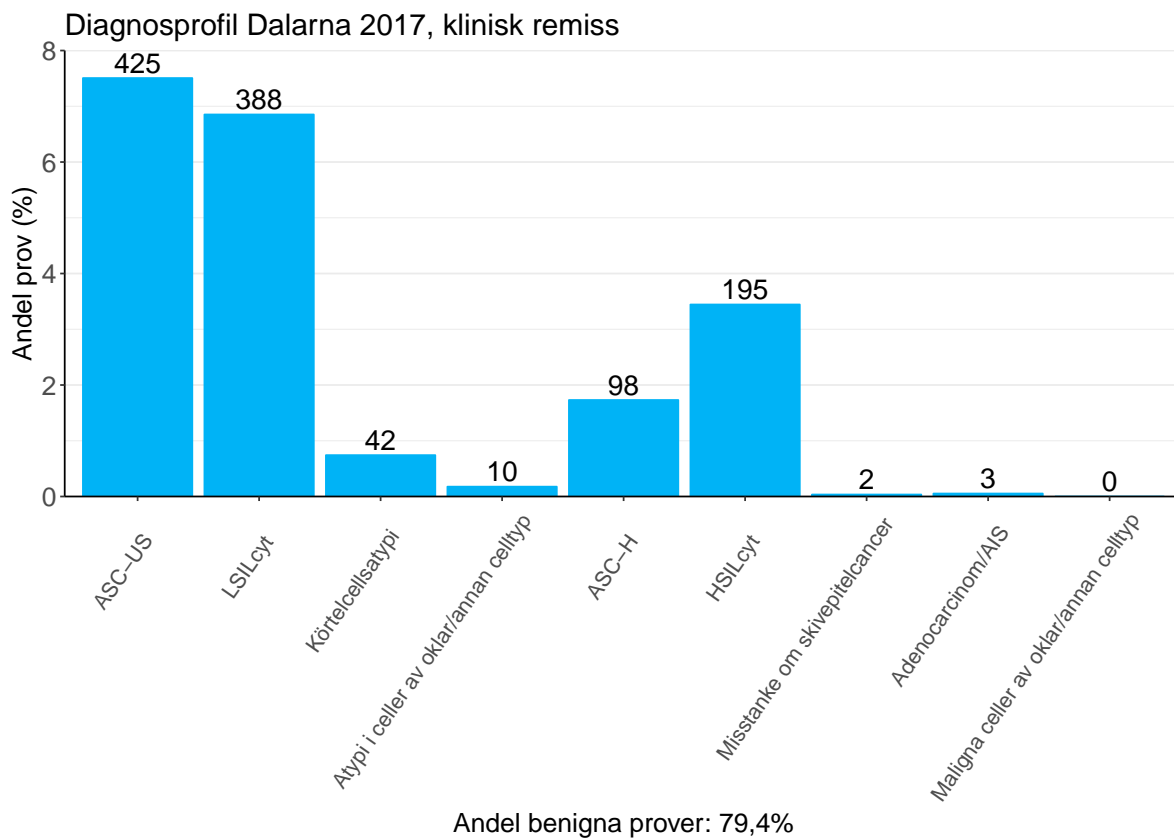
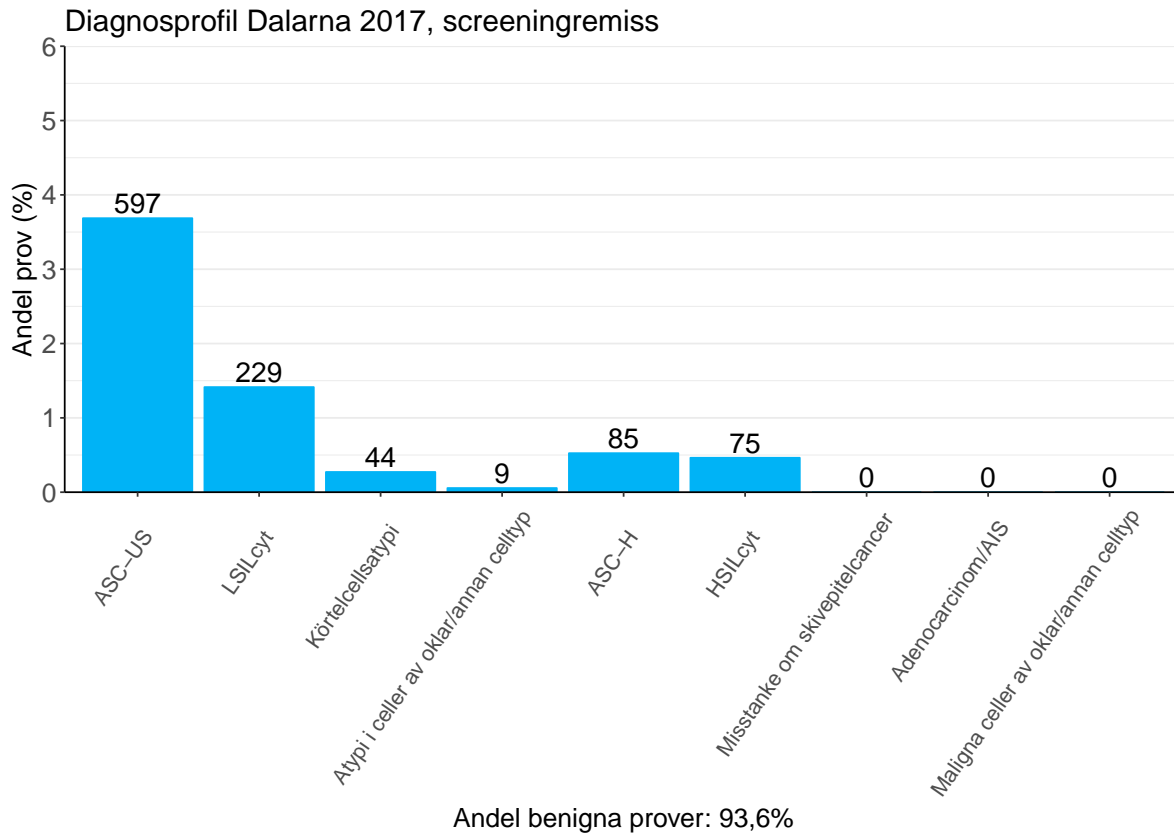












11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

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/CIN1 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: Siffrorna andel ASCUS/LSIL pendlar väldigt jämfört med tidigare år, ssk i Västmanland, och även Södermanland. Dalarna har korrigerade siffror i analysregistret beroende på att dessa siffror är felregistrerade.

Siffrorna för HSIL pendlar likväl, stora skillnader jfr förra året i Västmanland och Uppsala vilket föranleder att man kan misstänka felregistrering.

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

Område	Andel prov
Gävleborg	98.2%
Värmland	95.3%
Uppsala	79.7%
Södermanland	77.6%
Västmanland	61.5%
Dalarna	48.7%
Region Uppsala-Örebro	76.7%

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

Område	Andel prov
Södermanland	87.9%
Gävleborg	82.1%
Värmland	74.2%
Västmanland	52.1%
Uppsala	43.5%
Dalarna	73.9%
Region Uppsala-Örebro	69.4%

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 2015 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: Ungefär hälften av alla cancrar upptäcks i benigna och ASCUS/LSIL gruppen. Bland HSIL (CIN2+) är ca 5% cancer. Relativt oförändrat jfr med tidigare år.



Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2016: Region Uppsala-Örebro

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	2209	2,1%	1081	1%	417	0,39%	19	0,018%	363	0,34%	102139	96%	106228	100%
ASC-US	551	13%	789	18%	633	15%	18	0,41%	154	3,5%	2197	51%	4342	100%
LSILcyt	264	11%	709	28%	703	28%	14	0,56%	78	3,1%	735	29%	2503	100%
Körtelcellsatypi	32	26%	22	18%	45	37%	7	5,8%	8	6,6%	7	5,8%	121	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	6	13%	9	19%	16	34%	5	11%	1	2,1%	10	21%	47	100%
ASC-H	14	9,3%	22	15%	103	68%	2	1,3%	3	2%	7	4,6%	151	100%
HSILcyt	50	3,5%	125	8,7%	1157	80%	55	3,8%	9	0,62%	45	3,1%	1441	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	11	85%	–	–	2	15%	13	100%
Adenocarcinom/AIS	1	4,2%	–	–	8	33%	8	33%	–	–	7	29%	24	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	1	25%	–	–	2	50%	–	–	–	–	1	25%	4	100%
Totalt	3128	2,7%	2757	2,4%	3084	2,7%	139	0,12%	616	0,54%	105150	92%	114874	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	314	1,9%	100	0,59%	33	0,2%	2	0,012%	134	0,79%	16297	97%	16880	100%
ASC-US	91	25%	95	26%	58	16%	1	0,27%	31	8,4%	93	25%	369	100%
LSILcyt	38	17%	84	39%	42	19%	–	–	12	5,5%	42	19%	218	100%
Körtelcellsatypi	3	15%	4	20%	11	55%	1	5%	1	5%	–	–	20	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	3	21%	4	29%	5	36%	1	7,1%	–	–	1	7,1%	14	100%
ASC-H	5	21%	4	17%	13	54%	–	–	–	–	2	8,3%	24	100%
HSILcyt	5	3,1%	23	14%	121	76%	6	3,8%	1	0,62%	4	2,5%	160	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	2	100%	–	–	–	–	2	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	100%	2	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	459	2,6%	314	1,8%	283	1,6%	13	0,073%	179	1%	16441	93%	17689	100%



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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	481	2,3%	281	1,4%	65	0,31%	5	0,024%	50	0,24%	19918	96%	20800	100%
ASC-US	94	12%	195	24%	96	12%	2	0,25%	15	1,9%	405	50%	807	100%
LSILcyt	88	12%	243	34%	150	21%	2	0,28%	11	1,6%	214	30%	708	100%
Körtelcellsatypi	6	35%	6	35%	3	18%	–	–	1	5,9%	1	5,9%	17	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	1	12%	1	12%	2	25%	1	12%	–	–	3	38%	8	100%
ASC-H	9	26%	6	18%	15	44%	1	2,9%	2	5,9%	1	2,9%	34	100%
HSILcyt	21	4,7%	36	8%	373	83%	13	2,9%	3	0,67%	4	0,89%	450	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	4	100%	–	–	–	–	4	100%
Adenocarcinom/AIS	1	6,2%	–	–	7	44%	3	19%	–	–	5	31%	16	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	701	3,1%	768	3,4%	711	3,1%	31	0,14%	82	0,36%	20551	90%	22844	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	394	2,3%	24	0,14%	28	0,16%	3	0,017%	68	0,39%	16974	97%	17491	100%
ASC-US	118	22%	75	14%	79	14%	1	0,18%	51	9,3%	223	41%	547	100%
LSILcyt	72	19%	70	19%	126	34%	3	0,8%	28	7,5%	75	20%	374	100%
Körtelcellsatypi	11	37%	1	3,3%	7	23%	4	13%	6	20%	1	3,3%	30	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	2	20%	6	60%	–	–	1	10%	1	10%	10	100%
ASC-H	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
HSILcyt	8	3,9%	8	3,9%	180	87%	7	3,4%	1	0,48%	3	1,4%	207	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	2	67%	–	–	1	33%	3	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	33%	2	67%	–	–	–	–	3	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	603	3,2%	180	0,96%	427	2,3%	22	0,12%	155	0,83%	17278	93%	18665	100%



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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	335	1,8%	70	0,37%	44	0,23%	2	0,011%	26	0,14%	18432	97%	18909	100%
ASC-US	129	12%	110	10%	138	13%	9	0,82%	32	2,9%	683	62%	1101	100%
LSILcyt	29	7,8%	69	19%	116	31%	2	0,54%	13	3,5%	141	38%	370	100%
Körtelcellsatypi	3	27%	1	9,1%	4	36%	2	18%	–	–	1	9,1%	11	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
ASC-H	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
HSILcyt	7	4,3%	12	7,4%	125	77%	2	1,2%	2	1,2%	15	9,2%	163	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	503	2,4%	262	1,3%	427	2,1%	20	0,097%	73	0,36%	19272	94%	20557	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	456	3,1%	361	2,5%	143	0,98%	5	0,034%	39	0,27%	13622	93%	14626	100%
ASC-US	105	13%	168	21%	139	17%	3	0,37%	7	0,87%	387	48%	809	100%
LSILcyt	21	7,4%	75	27%	103	37%	5	1,8%	4	1,4%	74	26%	282	100%
Körtelcellsatypi	6	43%	4	29%	4	29%	–	–	–	–	–	–	14	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASC-H	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
HSILcyt	7	2,2%	34	11%	238	76%	20	6,4%	1	0,32%	13	4,2%	313	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	2	67%	–	–	1	33%	3	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	2	100%	–	–	–	–	2	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	1	25%	–	–	2	50%	–	–	–	–	1	25%	4	100%
Totalt	596	3,7%	642	4%	629	3,9%	37	0,23%	51	0,32%	14098	88%	16053	100%





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

Histopatologi från enbart cervix

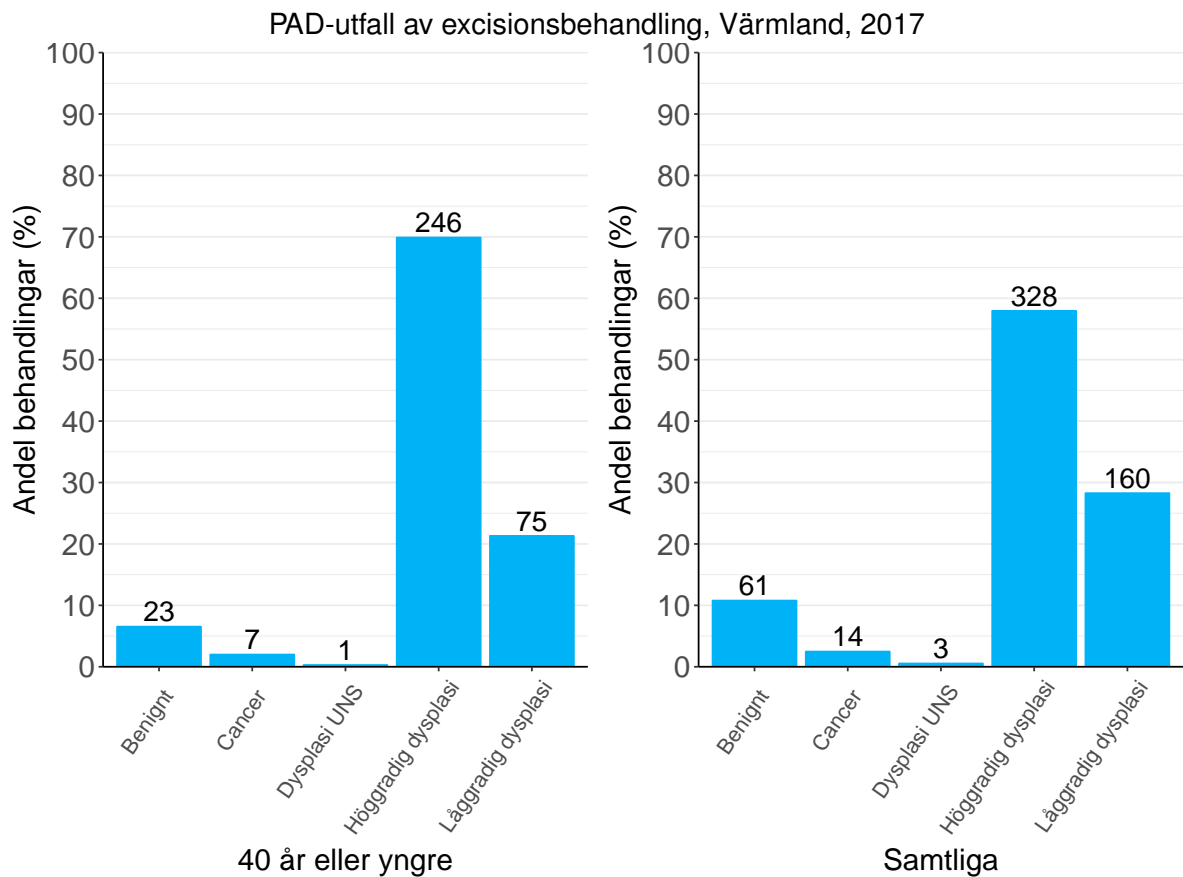
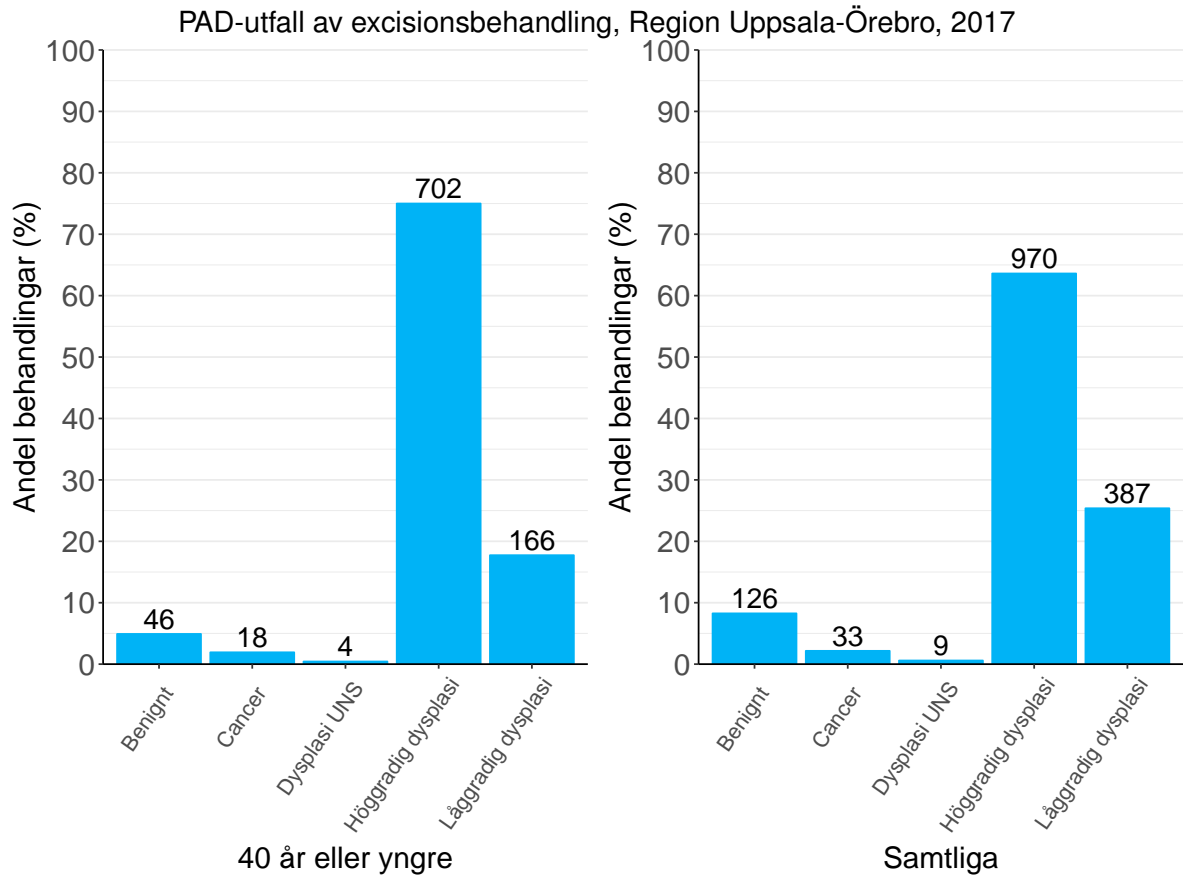
	Benigt		LSIL		HSIL		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt prov	229	1,3%	245	1,4%	104	0,59%	2	0,011%	46	0,26%	16896	96%	17522	100%
ASC-US	14	2%	146	21%	123	17%	2	0,28%	18	2,5%	406	57%	709	100%
LSILcyt	16	2,9%	168	30%	166	30%	2	0,36%	10	1,8%	189	34%	551	100%
Körtelcellsatypi	3	10%	6	21%	16	55%	–	–	–	–	4	14%	29	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	2	14%	2	14%	3	21%	2	14%	–	–	5	36%	14	100%
ASC-H	–	–	12	13%	75	81%	1	1,1%	1	1,1%	4	4,3%	93	100%
HSILcyt	2	1,4%	12	8,1%	120	81%	7	4,7%	1	0,68%	6	4,1%	148	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	266	1,4%	591	3,1%	607	3,2%	16	0,084%	76	0,4%	17510	92%	19066	100%

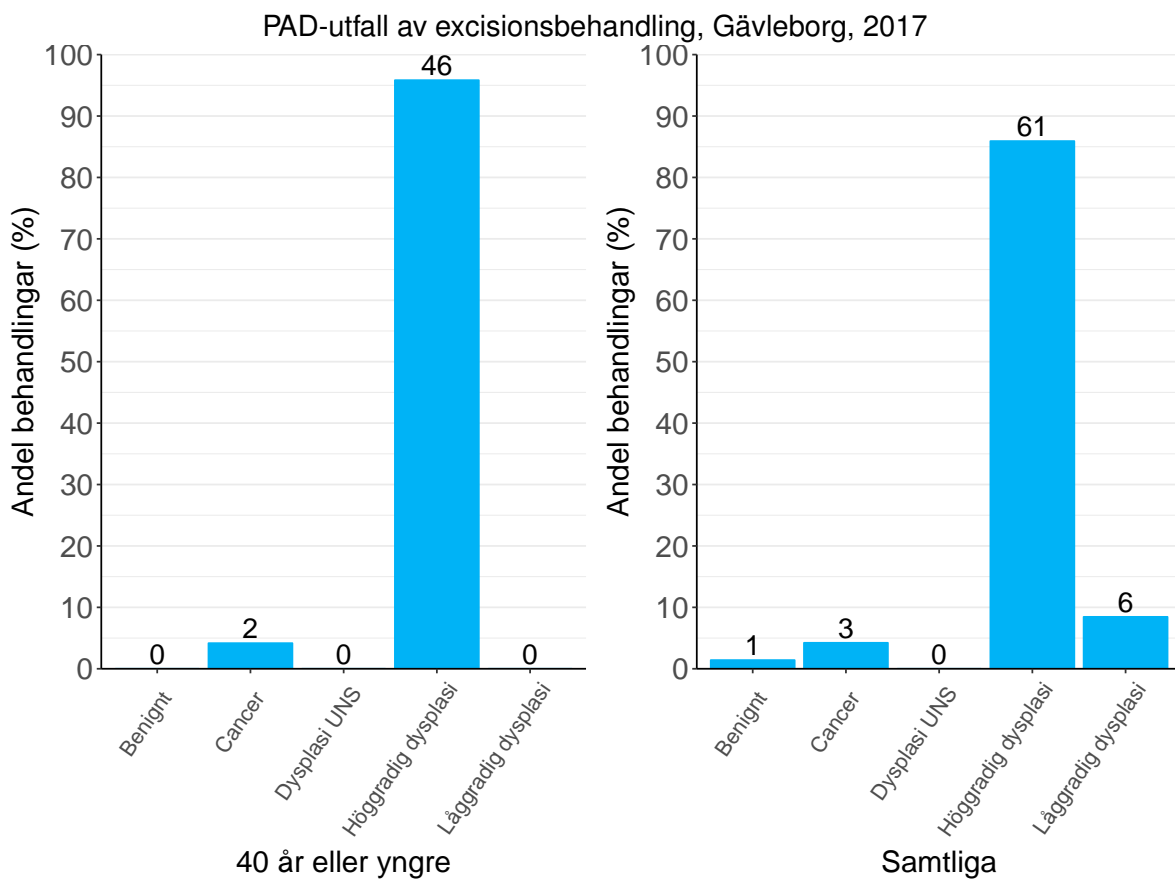
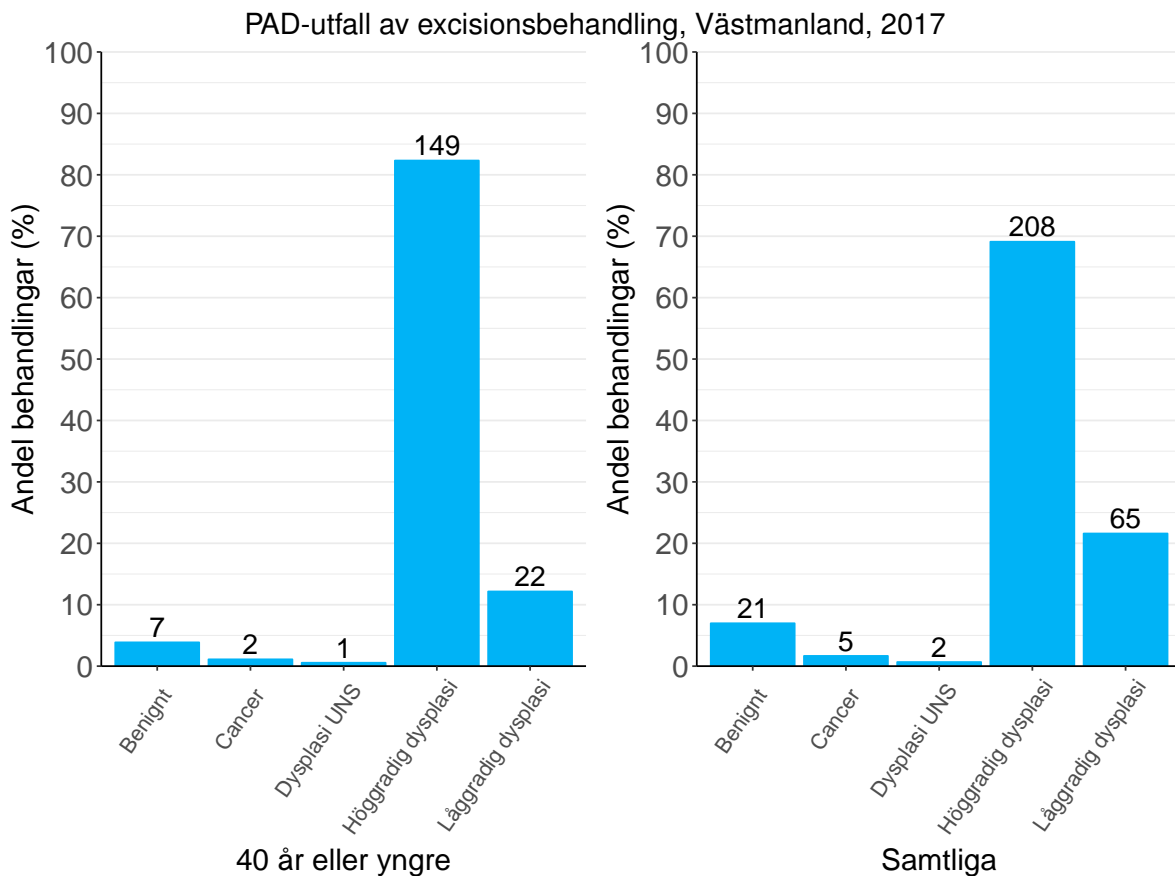
13 PAD-utfall av behandling

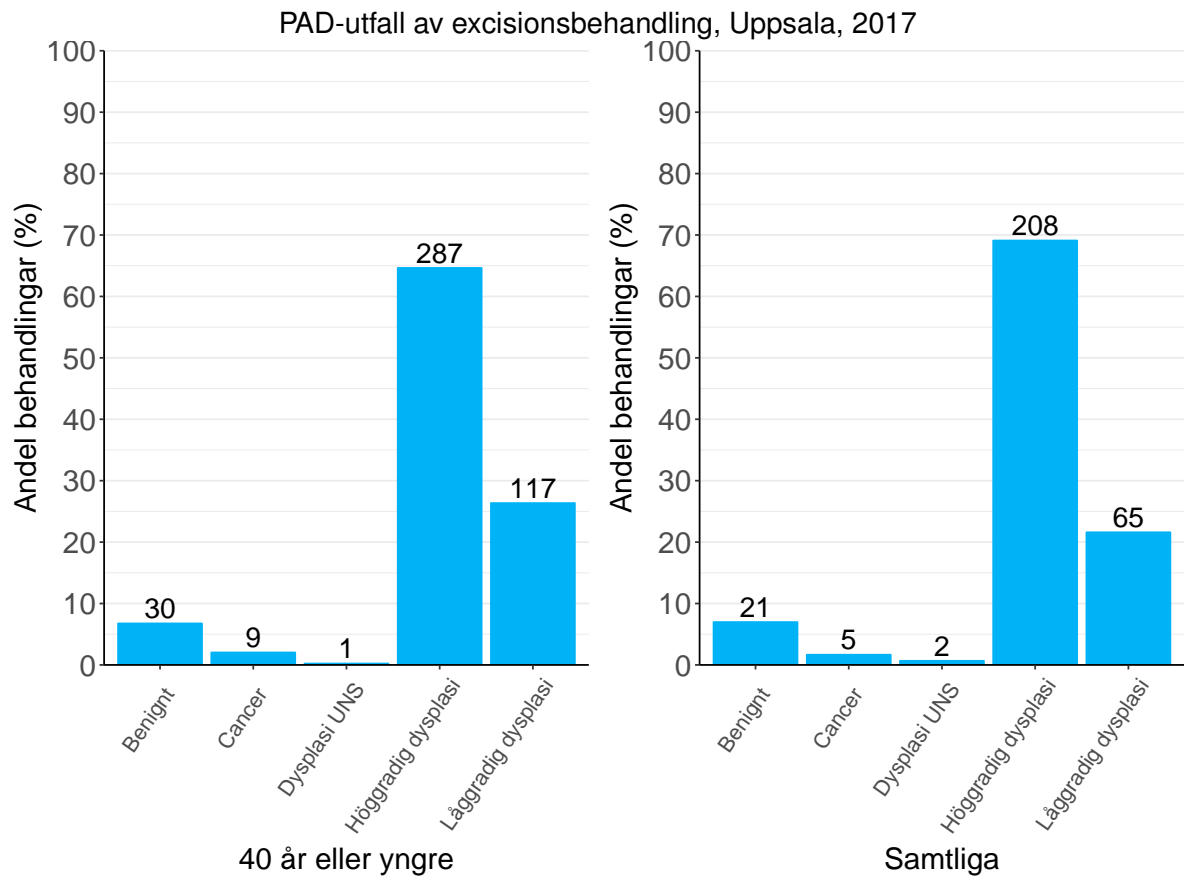
En styrka med excisionsbehandlingar är att de genererar ett preparat för PAD och behandlingseffekten kan utvärderas. Utfallet av excisionsbehandlingar under år 2016 redovisas här. I enlighet med vårdprogrammet särredovisas uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. Vårdprogrammet förordar inte behandling 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: Ett par orter utmärker sig att ligga över rekommenderade gränsen för benigna koner, Torsby ffa. Där är stafettläkare från Norge och ingen fast gynekolog.







PAD-utfall av excisionsbehandling per behandlande enhet 2017

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt Antal
	Benigt		CIN2+		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Gyn Torsby	5	29%	7	41%	5	29%	17
GynekologiskaSpecMott AS	20	5%	249	64%	104	27%	389
Gynmottagningen Köping	6	14%	23	55%	9	21%	42
GynOp AS	3	18%	7	41%	6	35%	17
GynOp Enköping	7	13%	40	73%	8	15%	55
Kvinnokliniken Gävle	–	–	6	75%	2	25%	8
Kvinnokliniken Hudiksvall	1	2%	58	92%	4	6%	63
Kvinnokliniken Karlstad	56	10%	335	61%	158	29%	550
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergsska sjukhuset	9	13%	39	57%	19	28%	68
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	4	5%	49	64%	23	30%	76
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	15	5%	190	70%	58	21%	273
Totalt	126	8%	1003	64%	396	25%	1558

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 anturligtvis 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: Större andel rapporterade konhöjder i år vilket är bra.

Andel ingrepp per operatör är svårbedömt p.g.a. underrapportering och behöver analyseras närmare.

14 KONHÖJD OCH ANTAL INGREPP PER OPERATÖR

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Exc	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Gyn Torsby	20	0	0	0	20	18	90%	10	2	20
GynekologiskaSpecMott AS	391	0	0	0	391	390	100%	11	1	22
Gynmottagningen Köping	47	0	0	0	47	41	87%	6	3	15
GynOp AS	18	0	0	0	18	11	61%	12	8	16
GynOp Enköping	55	0	0	0	55	55	100%	12	5	20
Kvinnokliniken Gävle	8	0	0	0	8	6	75%	15	10	15
Kvinnokliniken Hudiksvall	67	0	0	0	67	53	79%	10	2	20
Kvinnokliniken Karlstad	554	1	1	1	557	498	90%	8	2	20
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergsska sjukhuset	68	0	0	0	68	56	82%	8	3	13
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	80	0	0	0	80	77	96%	10	3	20
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	281	0	3	0	284	273	97%	10	4	25
Alla enheter	1589	1	4	1	1595	1478	93%	10	1	25

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

Erfarenhet operatörer

Enhet	Antal operatörer	Operatörer med minst 25 ingrepp	
		Andel operatörer	Andel behandlingar
Gyn Torsby	11	0%	10%
GynekologiskaSpecMott AS	20	25%	66%
Gynmottagningen Köping	2	50%	83%
GynOp AS	10	0%	28%
GynOp Enköping	4	25%	60%
Kvinnokliniken Gävle	3	0%	0%
Kvinnokliniken Hudiksvall	11	0%	0%
Kvinnokliniken Karlstad	21	33%	79%
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergska sjukhuset	12	0%	0%
Kvinnokliniken Nyköpings lasarett	7	14%	50%
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	9	67%	95%
Alla enheter	99	21%	68%

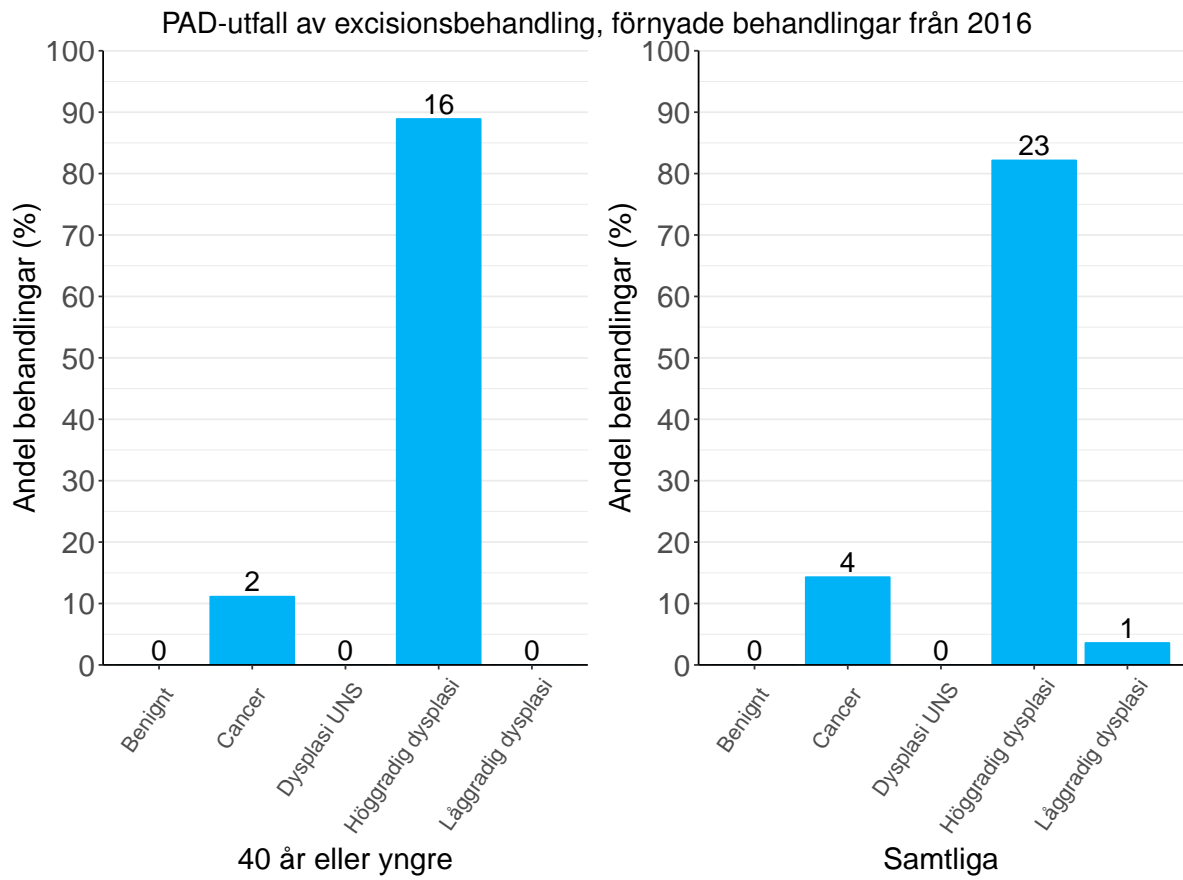
15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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: Måttet ligger på <5% och nästan alla är HSIL, vilket ser mycket bra ut.

Andel rekoniseringar 2016: 4,8%



Förnyade behandlingar från 2016 per ursprungsenhet

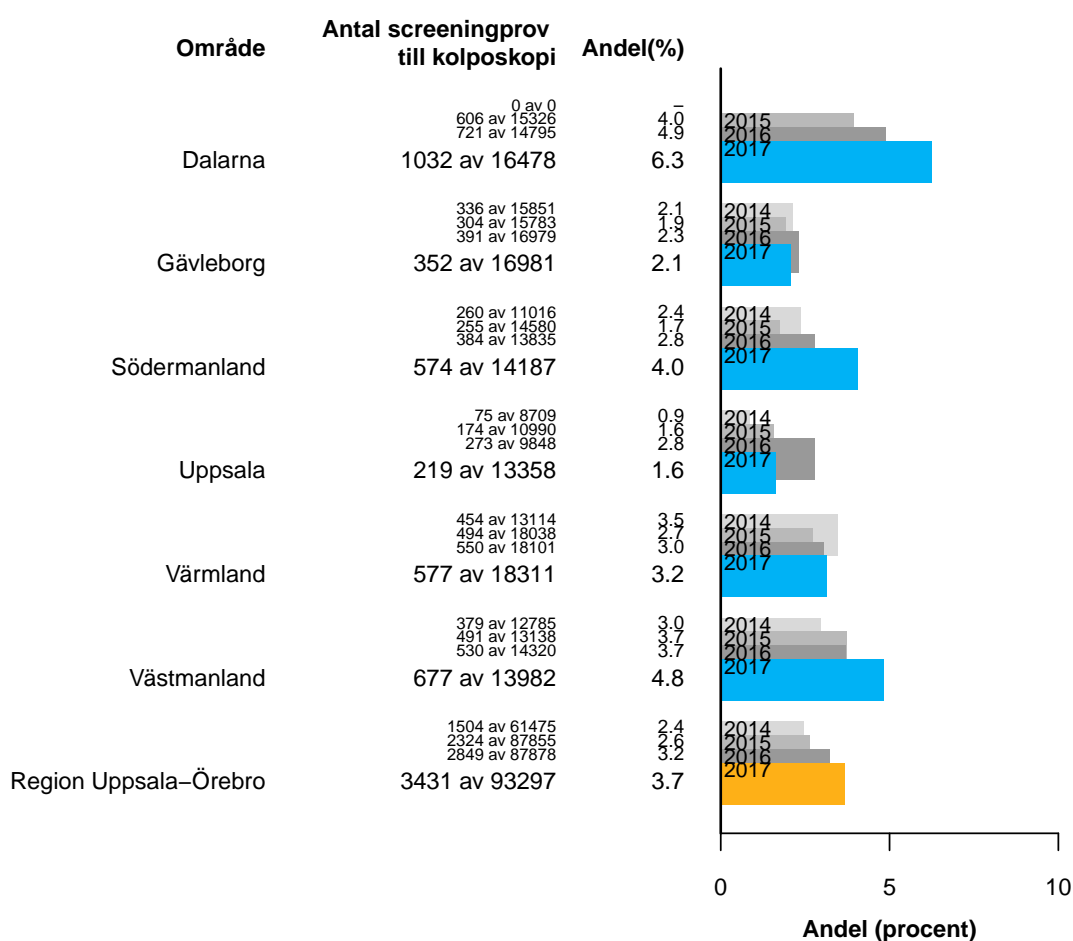
Enhet	Antal	Ombehandlade	Ombehandlade
	behandlingar	Antal	Andel
Gyn Torsby	17	0	0%
GynekologiskaSpecMott AS	27	1	4%
Gynmottagningen Köping	5	0	0%
GynOp AS	4	0	0%
Kvinnokliniken Hudiksvall	32	0	0%
Kvinnokliniken Karlstad	463	25	5%
Kvinnokliniken Mälarsjukhuset-Kullbergska sjukhuset	1	0	0%
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	34	2	6%
Alla enheter	583	28	5%

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: Varierande data jfr mellan landstingen på om kolposkopier har ökat eller minskat. Siffror kommer att ändras i o med nya VP. ASCUS fortfarande stor anledning till kolposkopier vilket är ett problem resursmässigt.



Kvinnor under 28 år som var screenade 2017.

Område	Antal screeningprov	Antal HPV-pos ASCUS/LSILcyt
Dalarna	2602	227
Gävleborg	2517	123
Södermanland	2464	141
Uppsala	3568	95
Värmland	3027	249
Västmanland	2518	187

