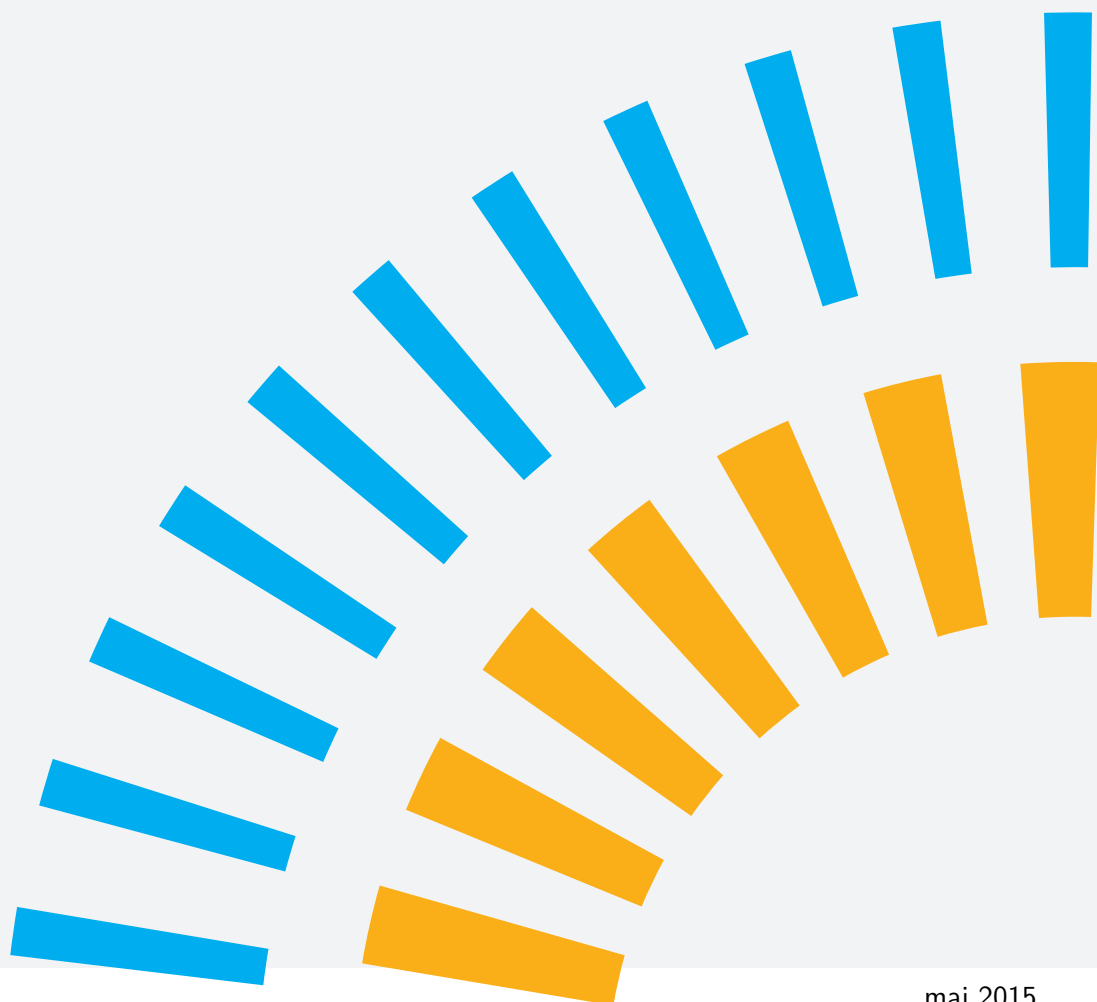




Sammanställning av Kvalitetsdata 2014

gällande Cervixcancerprevention i Västra sjukvårdsregionen





Beställningsadress

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

Tel 010-4412823

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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

Innehållsförteckning

1 Inledning	2
2 Invitationsstatus	3
3 Täckningsgrad	6
4 Deltagande efter inbjudan	16
5 Antal cellprover	20
6 Endocervikala celler saknas	24
7 Indikationsprofil cytologprov	26
8 Åldersfördelning cellprov	30
9 Tid till svar	31
10 Andel icke-normala cellprover	33
11 Diagnosprofil cytologi	35
12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	43
13 Utfall av cytologi	45
14 PAD-utfall av behandling	52
15 Konhöjd och antal ingrepp per operatör	55
16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	58

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 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 2014 års data. 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

Rapportens grunddata tas fram av RCC-Väst efter inrapportering från respektive landsting. Landstingsansvarig läkare står för kommentarerna

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

2015-04-24

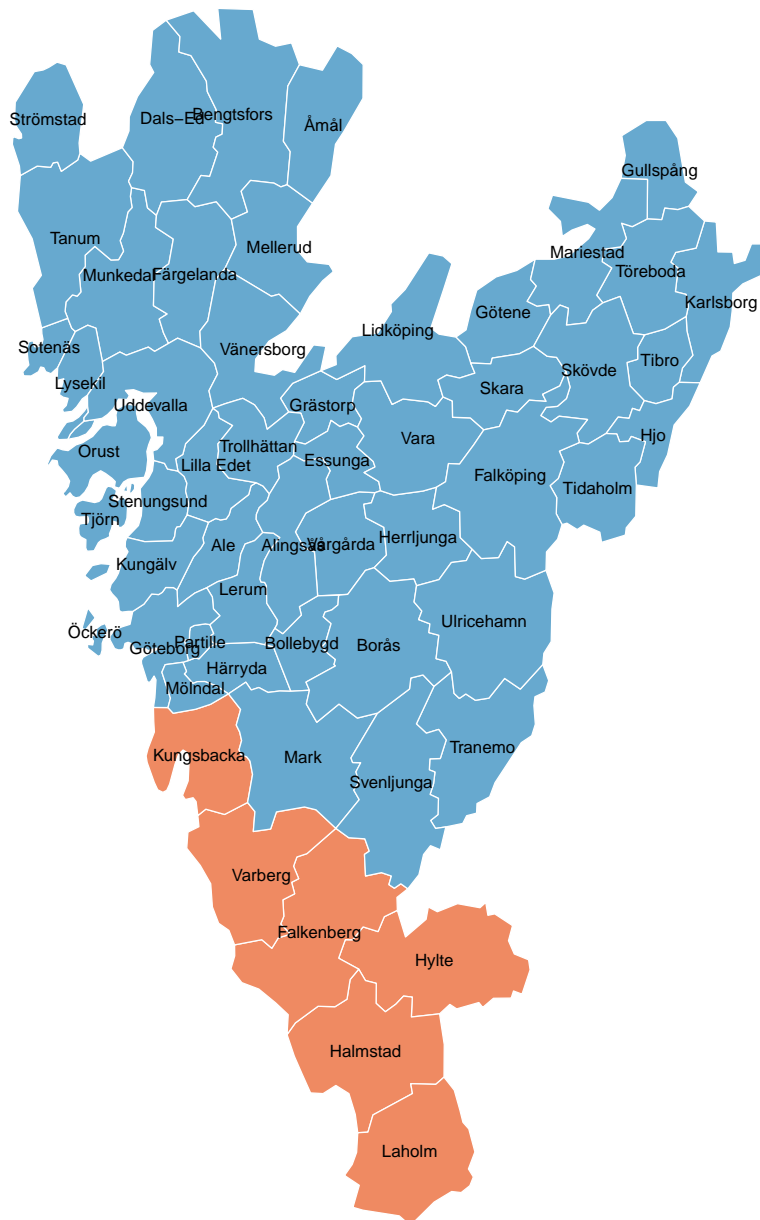
Björn Strander Chenyang Zhang Mia Westlund Torbjörn Eles Ulrika Hermansson

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: VGR ligger utmärkt högt och dessa siffror visar inte bara att ROCK-IT/Screeninvitation, det nya kallelsesystemet, fungerar bra utan också att det sköts bra och de kvinnor som ska bokas blir bokade för kallelser. Hallands sämre data beror sannolikt dels på ett sämre kallelsesystem, men också att man efter tre år ersätter kallelser till uteblivare med brev där kvinnor inbjuds höra av sig för att få en tid.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan 92.0% – 97.0% 99.0%–100%

Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Fyrbodal	99.9%
Västra Götaland	99.8%
Göteborg och södra Bohuslän	99.8%
Södra Älvsborg	99.8%
Skaraborg	99.8%
Västra Sverige	98.9%
Halland	93.8%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Fyrbodal	33771
Skaraborg	20892
Södra Älvsborg	23636
Göteborg och södra Bohuslän	67229
Halland	18638

3 Täckningsgrad

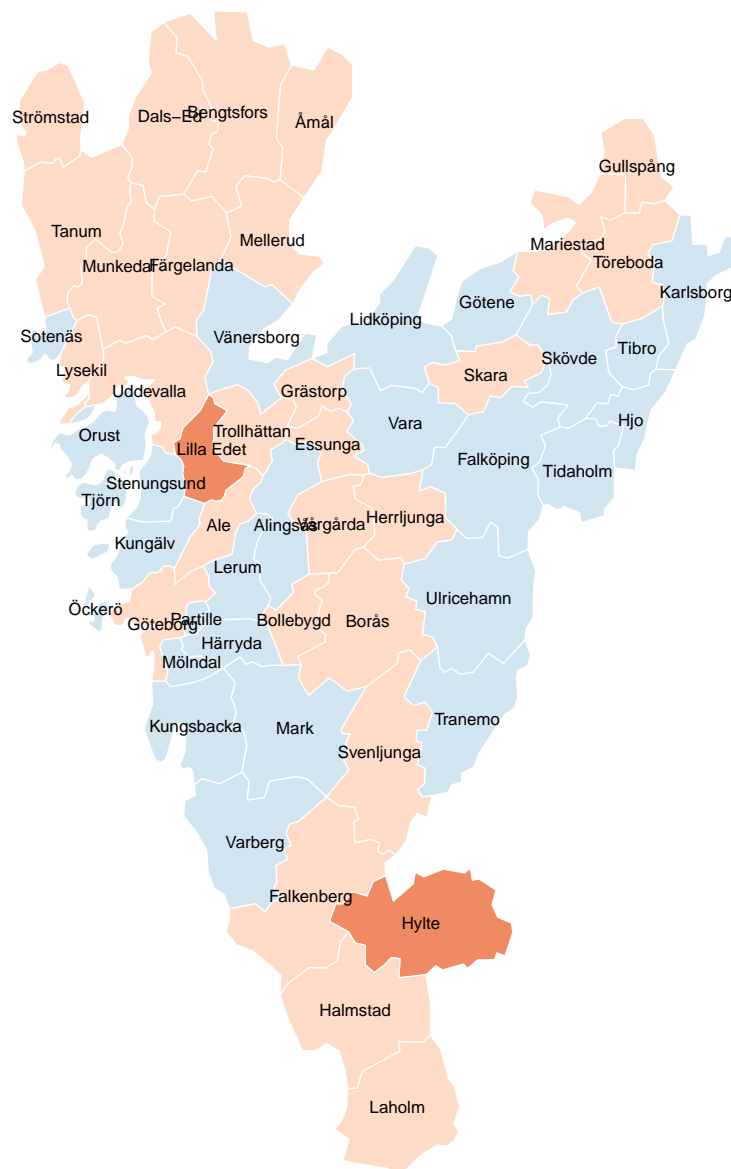
Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/21 2014 i respektive kommuner och församlingar. Antalet unika individer i motsvarade ålder som tagit ett prov under den föregående 3.5-årsperioden respektive 5.5-årsperioden delas sedan med detta tal. Täckningsgraden 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. Även i år redovisas täckningsgrad på församlingsnivå i alla kommuner med mer än 50000 invånare. Församlingsindelningen ändrades på vissa håll 1/1 2010 vilket man ska tänka på vid jämförelsen med äldre rapporter.

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: Utvecklingen är fortsatt glädjande. Tidigare, nationellt sett, redan höga siffror har ytterligare förbättrats, både för Halland och för VGR. Intressant är att täckningsgraden är över 80% även för åldrarna 60 – 63, och minskar först därefter, ett resultat av att kvinnor i några år konsekvent har kallats om de inte har haft ett cellprov taget efter 57 års ålder. Alla kommuner ligger över 80% (3,5 – 5,5 år). Endast tre församlingar i Västra Sverige ligger under 75% som är det regionala målet för enstaka församlingar. Men Bergsjön och Angered i Göteborg har förbättrat sin täckningsgrad rejält, med 2 resp 4 procent. De positiva effekter av det nya kallelsesystemet ROCK-IT följer med i VGR och framför allt i Göteborgsområdet. Ta med en vän-projektet tycks ha haft bestående effekter, och stimulerat till fortsatta goda insatser, ex. Cellprovsveckan.

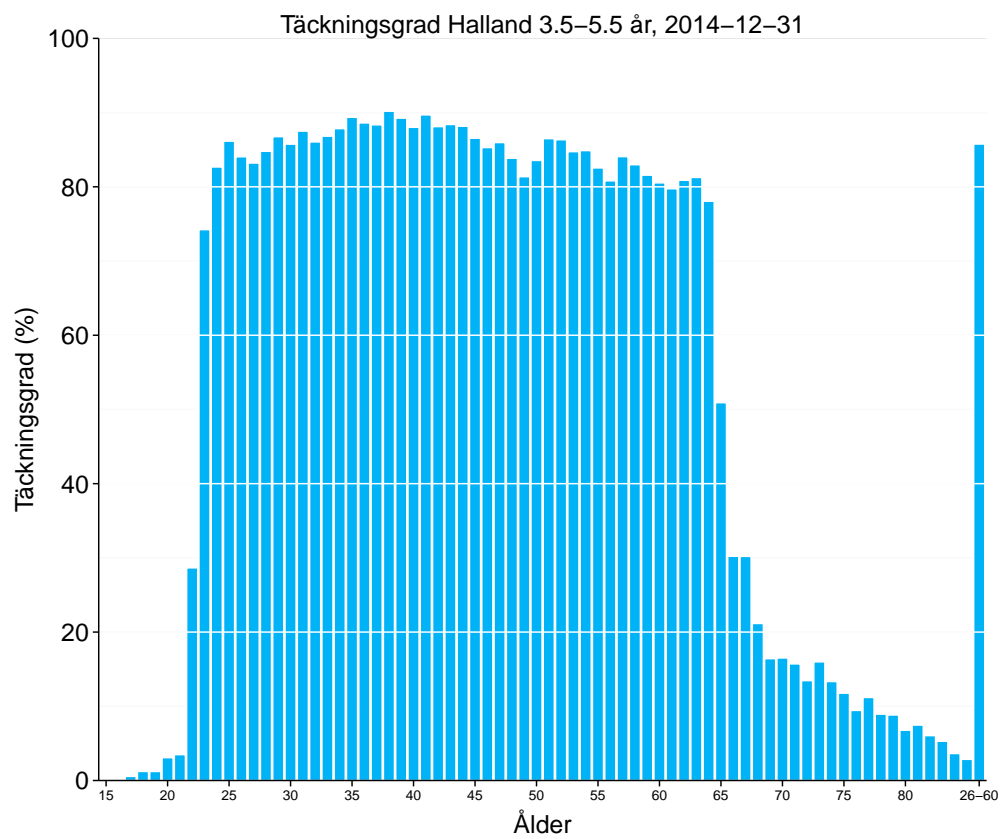
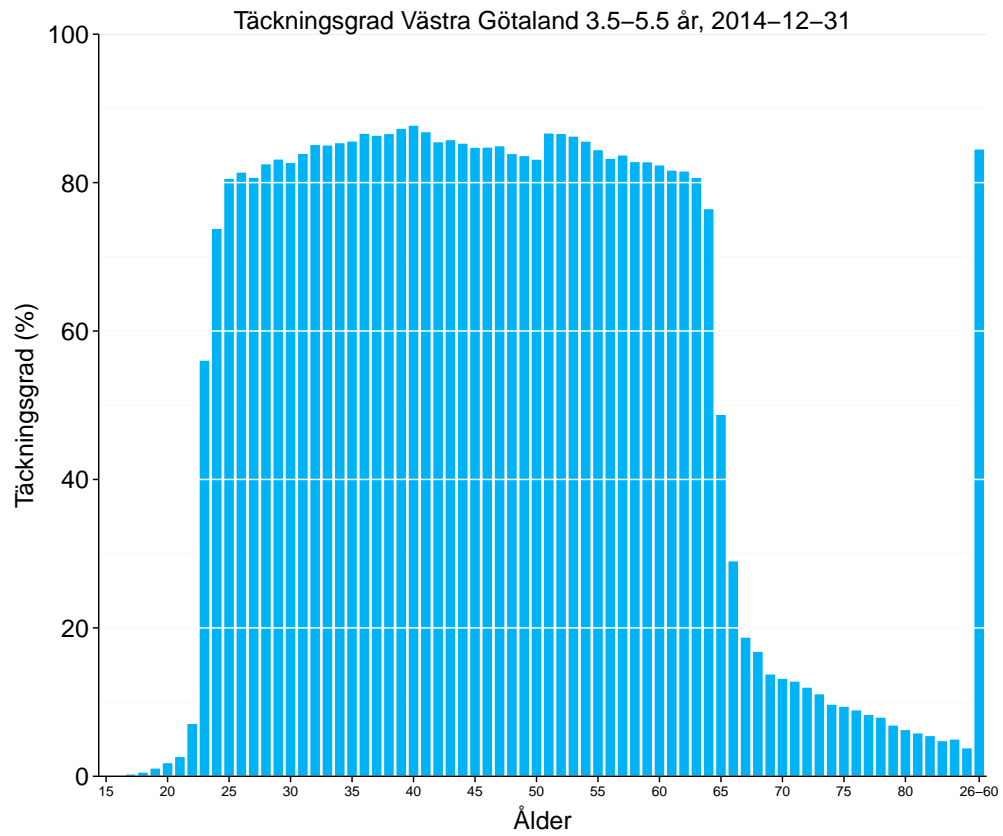
Täckningsgrad 3.5–5.5år, 2014–12–31

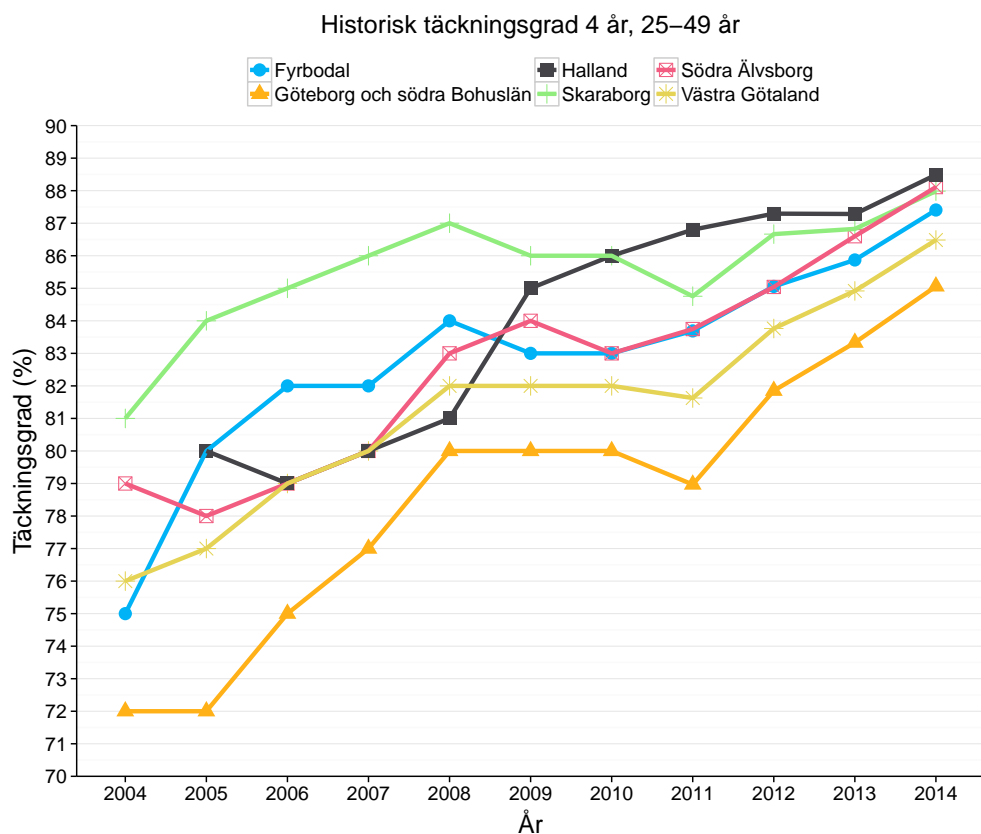


Täckningsgrad ■ 79% – 81% ■ 82% – 85% ■ 86% –

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Södra Älvsborg	86.1%	88.1%
Skaraborg	86.1%	88%
Halland	85.8%	88.5%
Fyrbodal	84.9%	87.4%
Västra Götaland	84.6%	86.5%
Göteborg och södra Bohuslän	83.3%	85.1%

Kommun	3.5 - 5.5 år	4.0 år	Kommun	3.5 - 5.5 år	4.0 år
Härryda	89.3%	91.1%	Svenljunga	85.5%	87.9%
Kungsbacka	88.6%	91.4%	Mariestad	85.4%	87.3%
Tranemo	88.5%	89.9%	Lysekil	85.4%	87.2%
Stenungsund	88.5%	90.2%	Tanum	85.3%	87.1%
Lerum	88.2%	90.2%	Munkedal	85.2%	88.2%
Hjo	88.1%	91.5%	Skara	85.1%	87.2%
Tjörn	87%	89.8%	Borås	85.1%	87%
Lidköping	87.9%	89.5%	Ale	85.1%	87.1%
Kungälv	87.9%	89.7%	Essunga	84%	84.2%
Karlsborg	87.9%	90.2%	Falkenberg	84.8%	87.9%
Alingsås	87.6%	88.9%	Åmål	84.7%	87.2%
Partille	87.6%	89.6%	Bollebygd	84.6%	87.3%
Ulricehamn	87.4%	89%	Töreboda	84.5%	86.4%
Mölndal	87.2%	89.2%	Halmstad	84.5%	86.6%
Sotenäs	87.1%	89.2%	Mellerud	84.2%	87%
Skövde	86.6%	88%	Dals-Ed	84.2%	85.6%
Öckerö	86.5%	89.5%	Herrljunga	84.1%	85.7%
Varberg	86.5%	90.1%	Bengtsfors	84.1%	85.9%
Orust	86.4%	88.9%	Strömstad	83.4%	85.1%
Mark	86.3%	88.1%	Trollhättan	83.2%	86.7%
Tidaholm	86.2%	88.1%	Gullspång	82.9%	84.8%
Grästorp	85%	88.8%	Uddevalla	82.8%	85.2%
Värgårda	85%	87.6%	Laholm	82.5%	85%
Falköping	85.9%	87.1%	Göteborg	82.3%	83.9%
Vänersborg	85.7%	88.1%	Färgelanda	81.7%	84.9%
Vara	85.7%	86.8%	Hylte	81.2%	84%
Tibro	85.6%	89.1%	Lilla Edet	81.1%	85.8%
Götene	85.6%	88.4%			





Täckningsgrad Borås per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Brämhult	90.9%	92.1%
Sandhult	90.8%	92.7%
Toarp	88.3%	91%
Fristad	87.7%	90.9%
Bredared	87.3%	91.1%
Sexdrega, del	85.3%	86.8%
Kinnarumma	84.8%	88.2%
Långhem, del	84.3%	85.6%
Borås Gustav Adolf	83.5%	84.7%
Borås Caroli	83.1%	85%
Seglora	78.7%	84.4%

Täckningsgrad Göteborg per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Älvsborg	90.9%	91.4%
Torslanda-Björlanda	90.7%	92.9%
Askim	89.2%	91.1%
Näset	88.3%	89%
Domkyrkoförs. i Göteborg	85.6%	86.6%
Styrsö	85.4%	87.6%
Göteborgs Oscar Fredrik	85.4%	87.1%
Nylöse	84%	85.8%
Tuve-Säve	84.8%	87.1%
Göteborgs Masthugg	84.6%	86.2%
Göteborgs Annedal	84.5%	85.3%
Göteborgs S:t Pauli	84.4%	86.9%
Göteborgs Vasa	84.2%	85.6%
Härlanda	84.1%	86.3%
Björkekärr	83%	84.4%
Göteborgs Carl Johan	83.8%	86.1%
Högsbo	83.2%	84.8%
Göteborgs Haga	83.2%	84.2%
Örgryte	83.1%	84%
Tynnered	82.6%	83.8%
Backa	81.4%	83.3%
Lundby	80.3%	82.4%
Västra Frölunda	78.7%	80.9%
Göteborgs Johanneberg	77.6%	79.1%
Kortedala	75.9%	77.7%
Angered	73.9%	75.4%
Bergsjön	69.5%	71.2%

Täckningsgrad Skövde per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Skövde	86.1%	87.5%
Skultorp	88.2%	89.6%
Sventorp-Forsby	89.9%	88.4%
Värsås-Varola-Vreten	87.8%	89.5%
Väring	87.7%	88.8%
Frösve	90.4%	92.3%
Berg	86.2%	88%
Götlunda	82.4%	86.4%

Täckningsgrad Halmstad per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Söndrum-Vapnö	88.7%	90.4%
Steninge	88.4%	91.5%
Harplinge	86.9%	89.5%
S:t Nikolai	86.5%	89.1%
Enslöv	86.3%	88.8%
Slättåkra-Kvibille	86.1%	85.6%
Getinge-Rävinge	84.4%	89.2%
Snöstorp	83.9%	86.3%
Martin Luther	81.4%	83.1%
Oskarström	80.6%	83.4%

Täckningsgrad Kungsbacka per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Gällinge	91.8%	92.4%
Släp	91.1%	93.6%
Kullavik	90.7%	92.6%
Onsala	89.6%	92.9%
Älvsåker	89.5%	91.9%
Vallda	89.3%	91.9%
Tölö	88.5%	90.9%
Landa	88.3%	91.4%
Ölmevalla	87.8%	91.1%
Fjärås-Förlanda	86.9%	90.5%
Frillesås	86.7%	89.4%
Kungsbacka-Hanhals	86.4%	89.2%
Idala	85.7%	90.2%

Täckningsgrad Mölndal per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Stensjön	88%	89.5%
Lindome	88.6%	91.2%
Källered	87.2%	89.4%
Fässberg	86.4%	88.2%

Täckningsgrad Trollhättan per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Gärdhem	88.8%	91.4%
Götalunden	86.4%	90.8%
Åsaka-Björke	86.2%	88.5%
Trollhättan	84.9%	88.4%
Fors-Rommele	83.4%	90%
Upphärad	81.6%	83.2%
Lextorp	76.5%	79%
Bjärke, del	73.1%	84%

Täckningsgrad Uddevalla per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Herrestad	88.1%	91.5%
Lane-Ryr	86.8%	90.3%
Bokenäset	86.2%	91.2%
Ljungskile	83.2%	85.4%
Bäve	81.8%	83.6%
Uddevalla	80.8%	83.3%
Dalaberg	80.2%	81.6%

Täckningsgrad Varberg per församling 2014-12-31

Område	3.5 - 5.5 år	4 år
Träslöv	90.9%	93.2%
Lindberga	90.4%	94.1%
Spannarp	88.4%	94.6%
Himledalen	86.4%	90.9%
Veddige-Kungsäter	85%	88.8%
Tvååker	85.8%	89.2%
Varberg	85.5%	88.8%
Värö-Stråvalla	83%	87.4%
Sibbarp-Dagsås	81.2%	89.5%

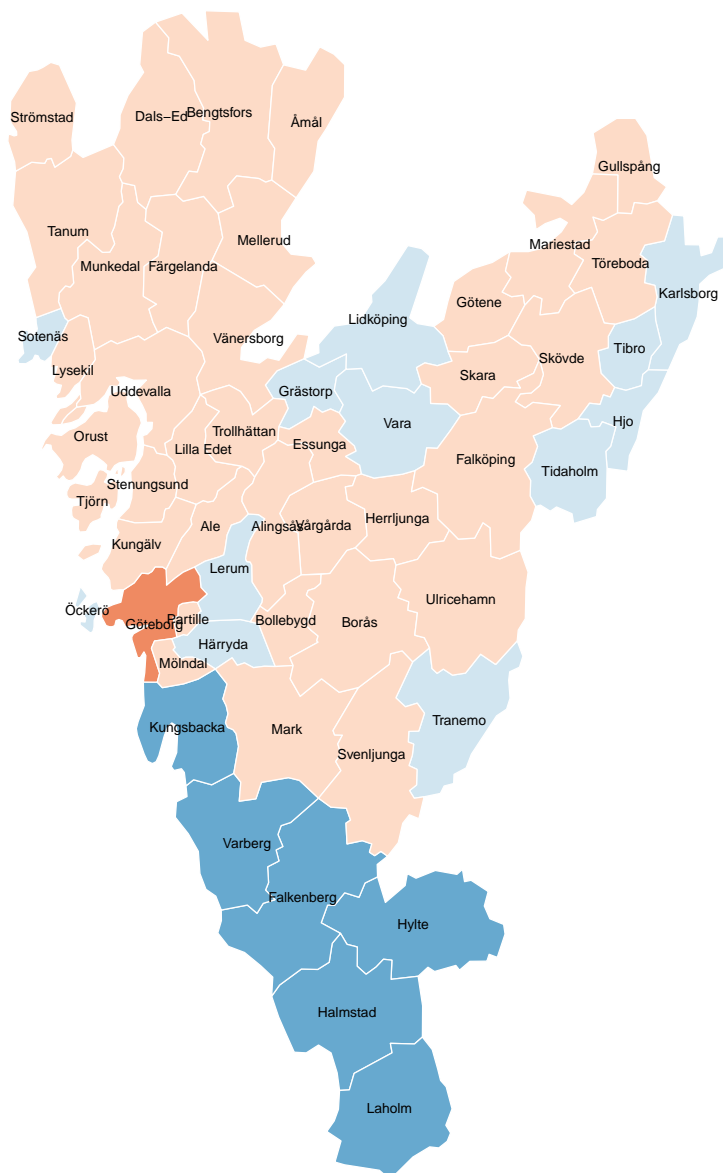
4 Deltagande efter inbjudan

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: Ny förbättring i VGR som nu ökat 2 procentenheter jämfört med året innan. Halland tycks ha fått en ännu mer kraftig förbättring, men siffrorna är svårtolkade eftersom man som tidigare utesluter de som uteblivit mer än tre år efter kallelse.

Över 70% deltar inom 90 dagar efter en första kallelse, och deltagandet hos de som har uteblivit fyra år i rad är fortfarande nära 20% när man får sin femte årliga kallelse.

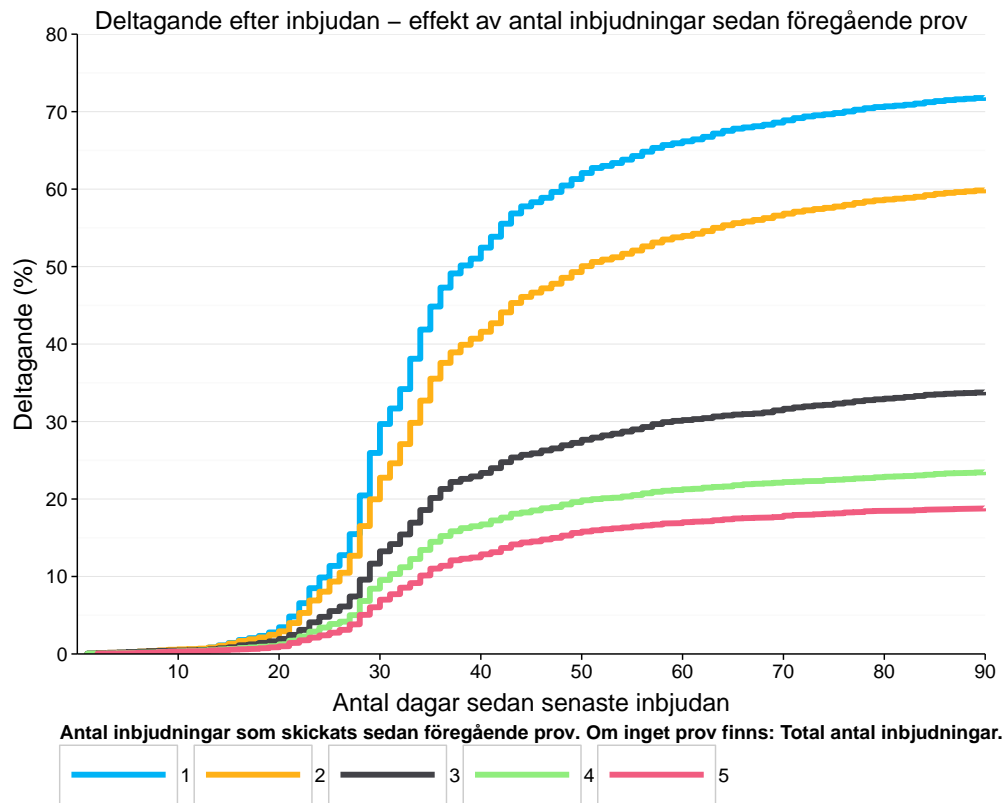
Deltagande efter inbjudan. 2014



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

Område	Deltagande
Halland	73%
Skaraborg	59%
Södra Älvsborg	56%
Fyrbodal	56%
Västra Götaland	54%
Göteborg och södra Bohuslän	50%

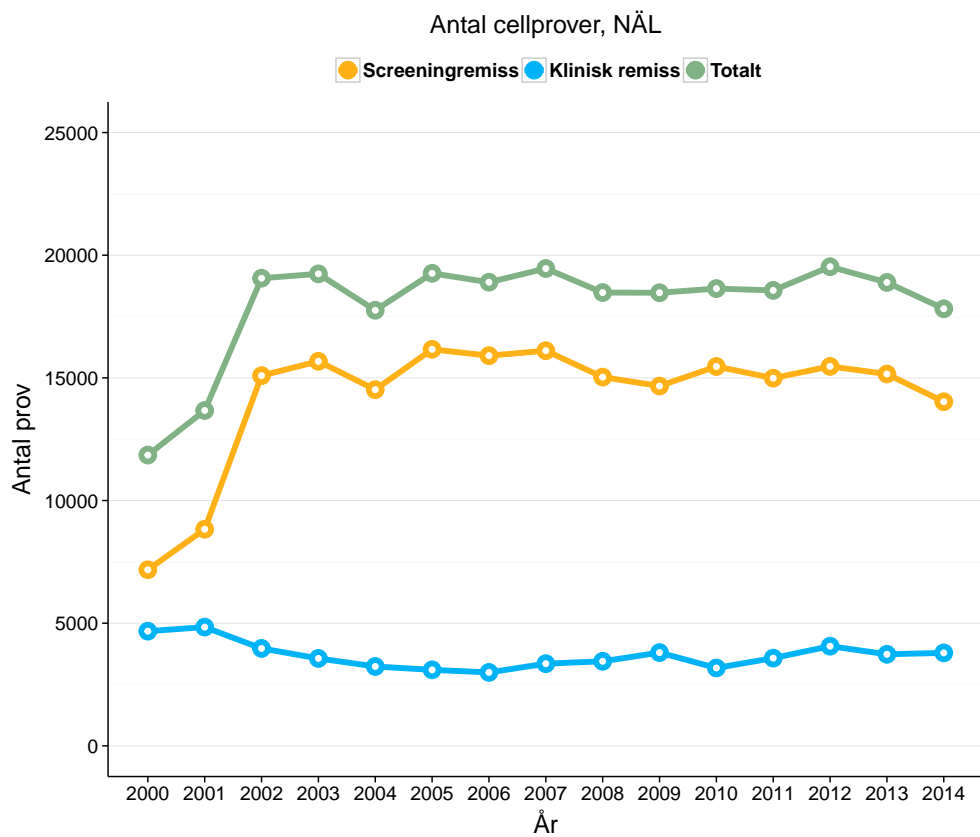
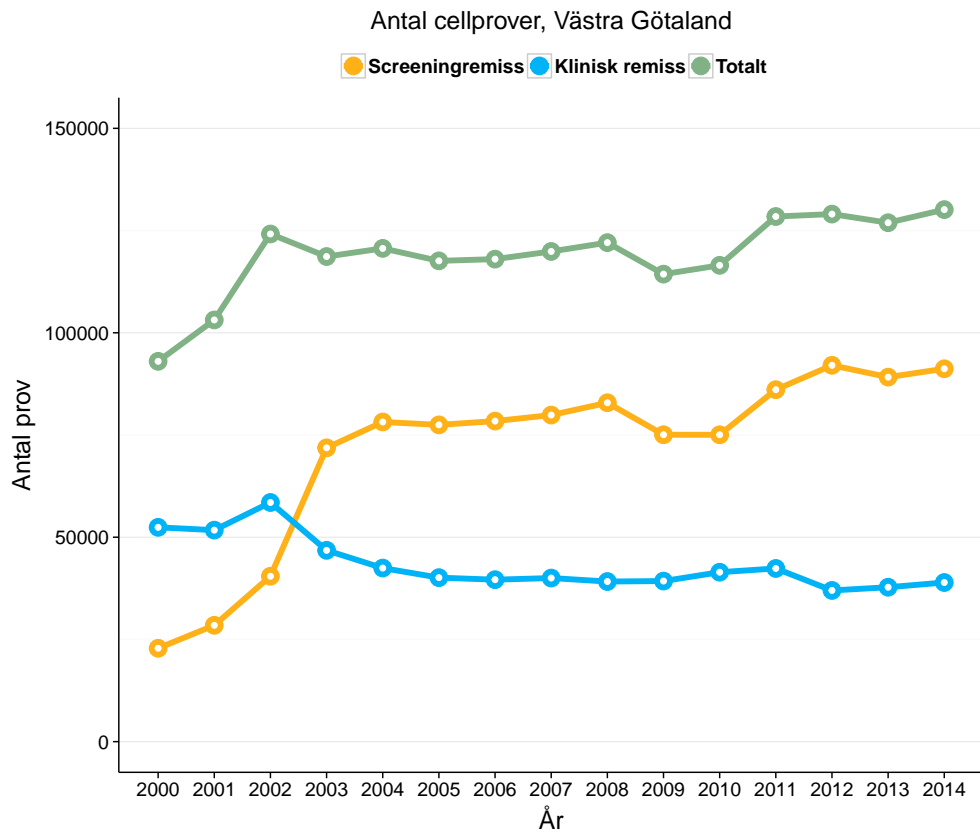
Kommun	Deltagande	Kommun	Deltagande
Varberg	77%	Svenljunga	57%
Falkenberg	73%	Mellerud	57%
Laholm	72%	Bengtsfors	57%
Kungsbacka	71%	Bollebygd	57%
Halmstad	71%	Färgelanda	57%
Hylte	71%	Ulricehamn	56%
Hjo	65%	Kungälv	56%
Tibro	64%	Mark	56%
Lidköping	62%	Gullspång	56%
Vara	62%	Värgårda	56%
Karlsborg	62%	Munkedal	56%
Härryda	62%	Borås	55%
Grästorp	61%	Vänersborg	55%
Öckerö	61%	Strömstad	55%
Tidaholm	60%	Uddevalla	55%
Tranemo	60%	Mölndal	55%
Lerum	60%	Tanum	55%
Sotenäs	60%	Åmål	54%
Skara	59%	Trollhättan	54%
Töreboda	59%	Ale	54%
Götene	59%	Dals-Ed	54%
Orust	58%	Falköping	53%
Tjörn	58%	Essunga	53%
Stenungsund	58%	Partille	53%
Skövde	57%	Herrljunga	50%
Mariestad	57%	Lilla Edet	50%
Alingsås	57%	Göteborg	49%
Lysekil	57%		

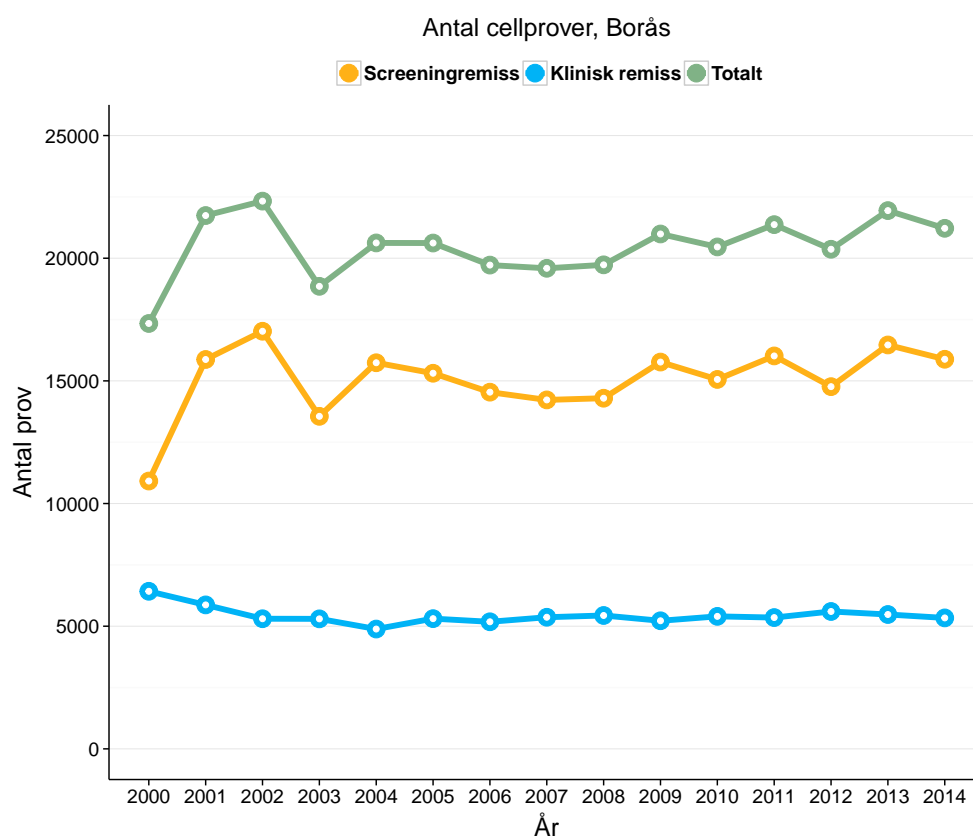
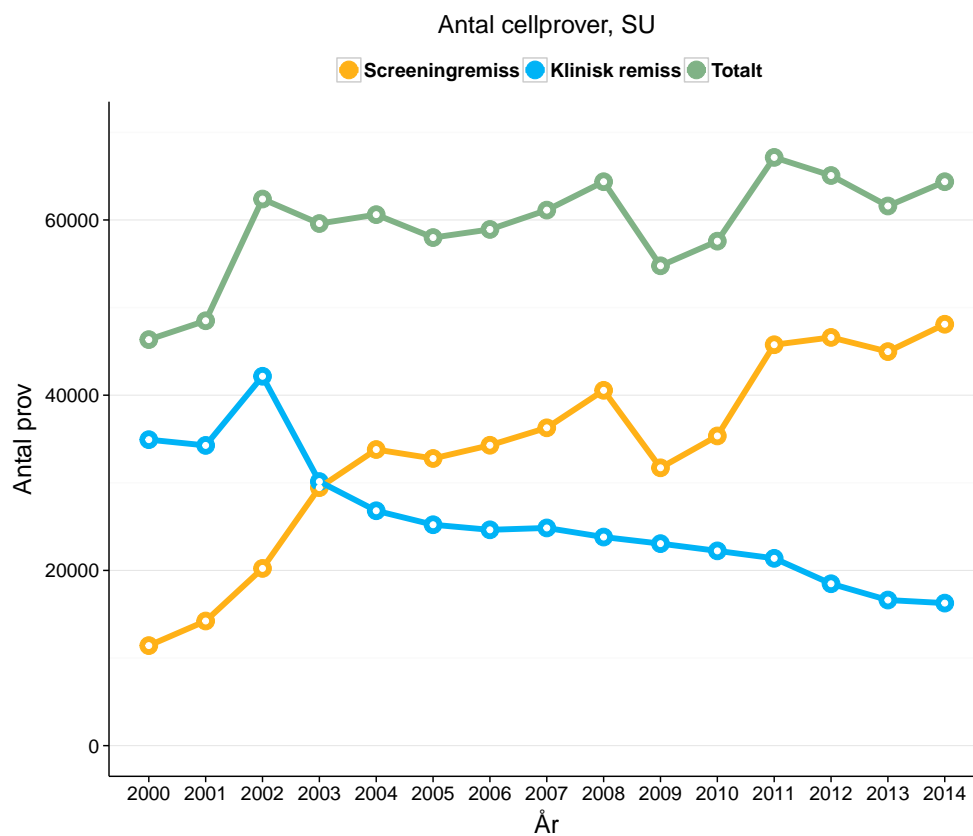


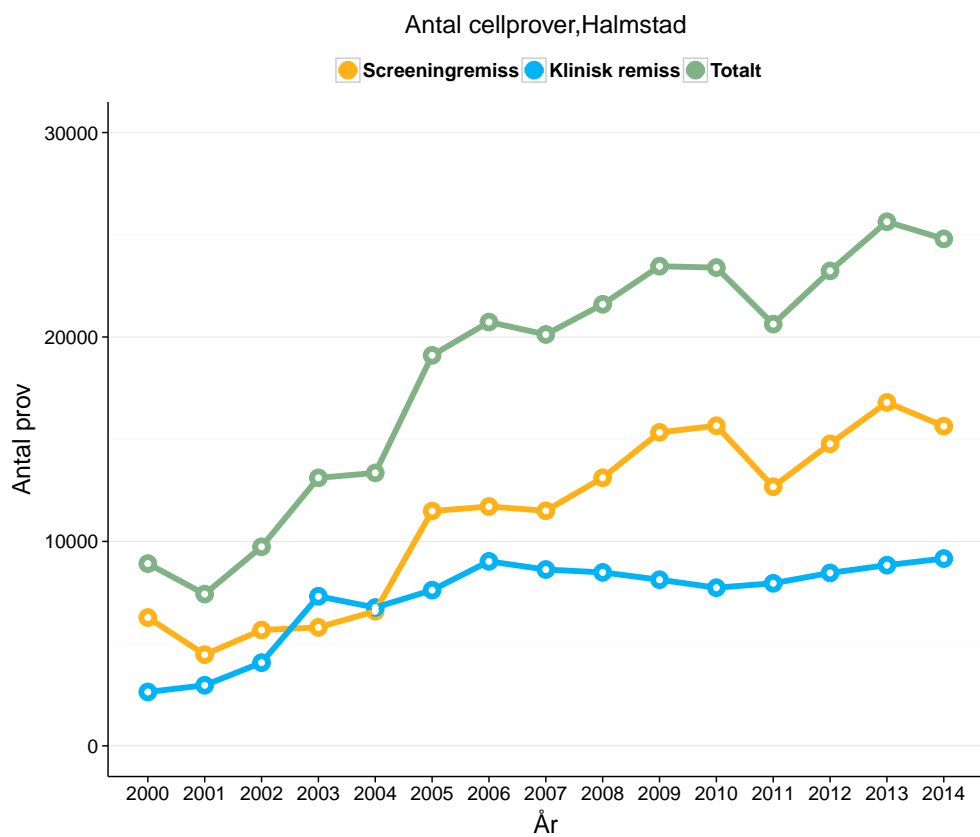
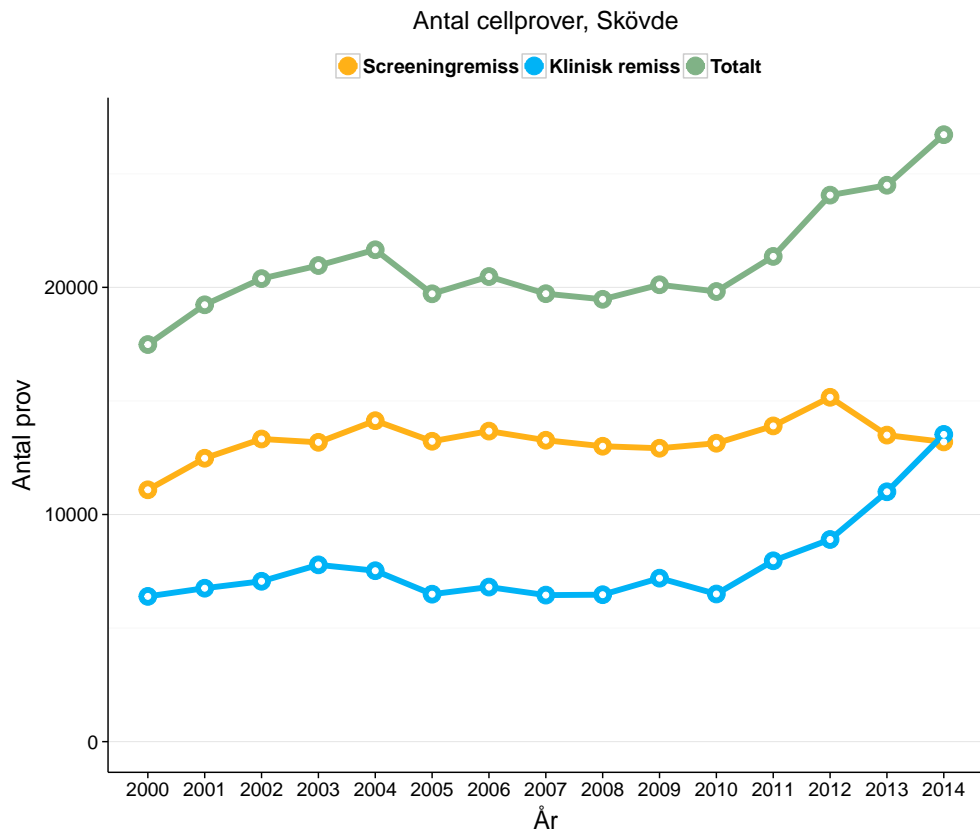
5 Antal cellprover

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

Kommentar: Antalet cellprover som tas är generellt oförändrat, men det finns vissa lokala variationer. Skaraborg har ovanligt nog en stadig ökning av prover tagna på klinisk remiss.



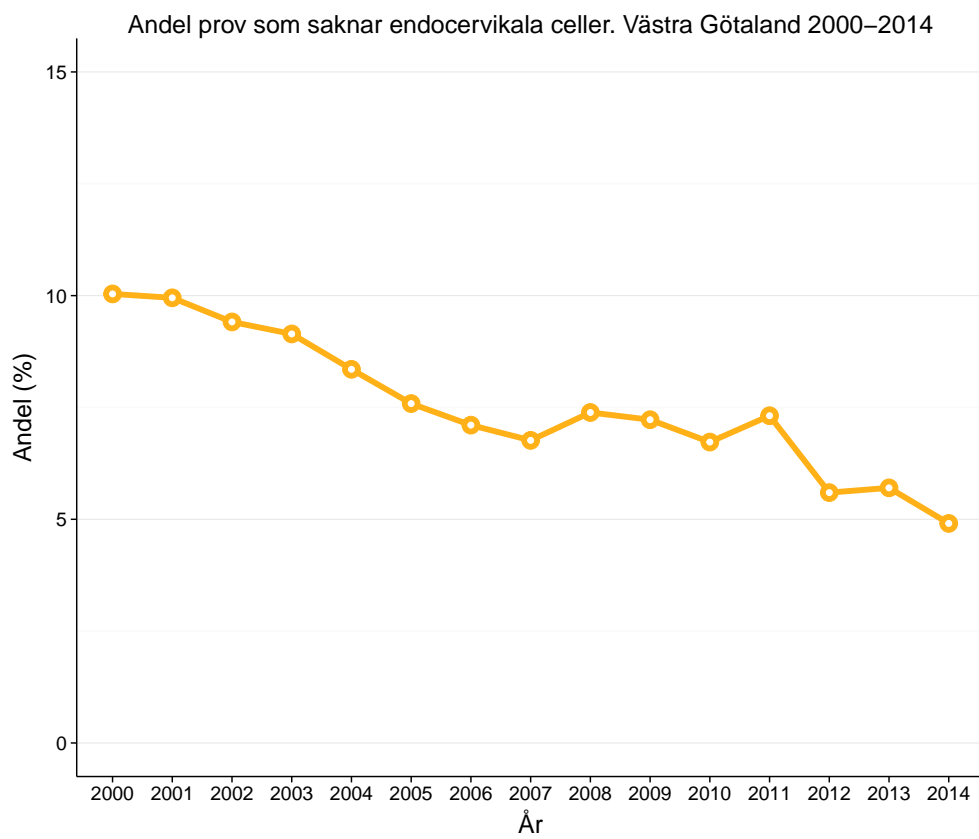
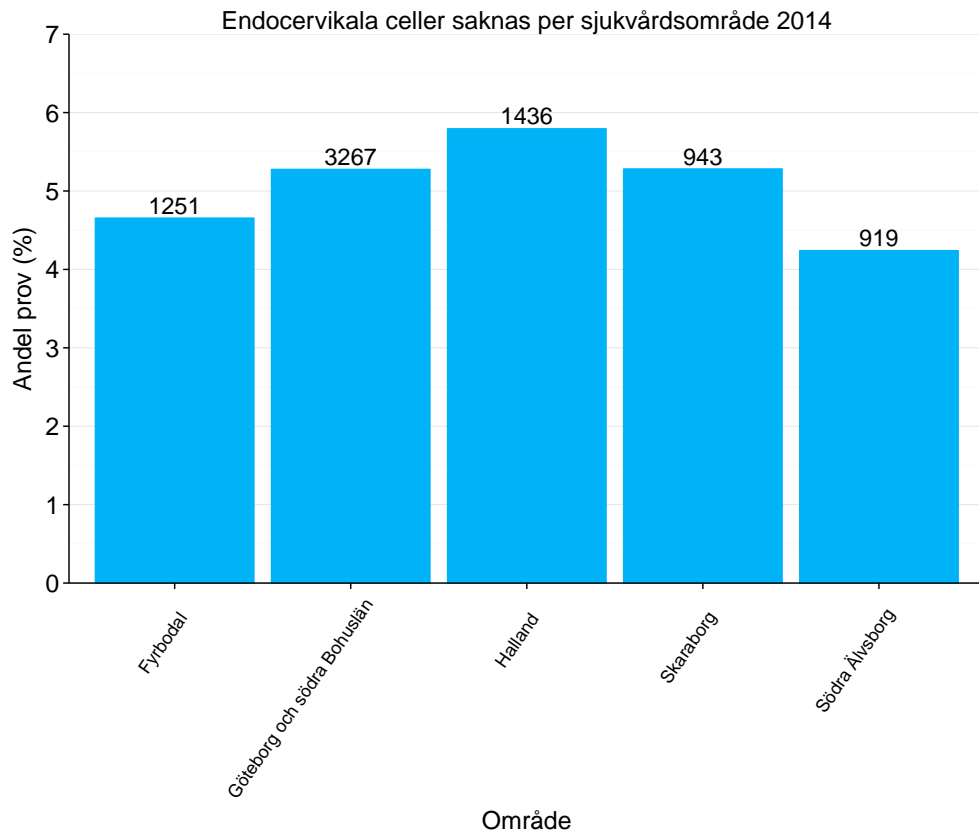




6 Endocervikala celler saknas

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 provtagningsteknik. 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: Vi ser en fortsatt förbättring och västra Sverige som helhet ligger nu bara en procentenhet från vårdprogrammets mål om 96% fullständiga prover. Variationerna mellan de olika områdena och enheterna framgår av Cytburkens statistikmodul.

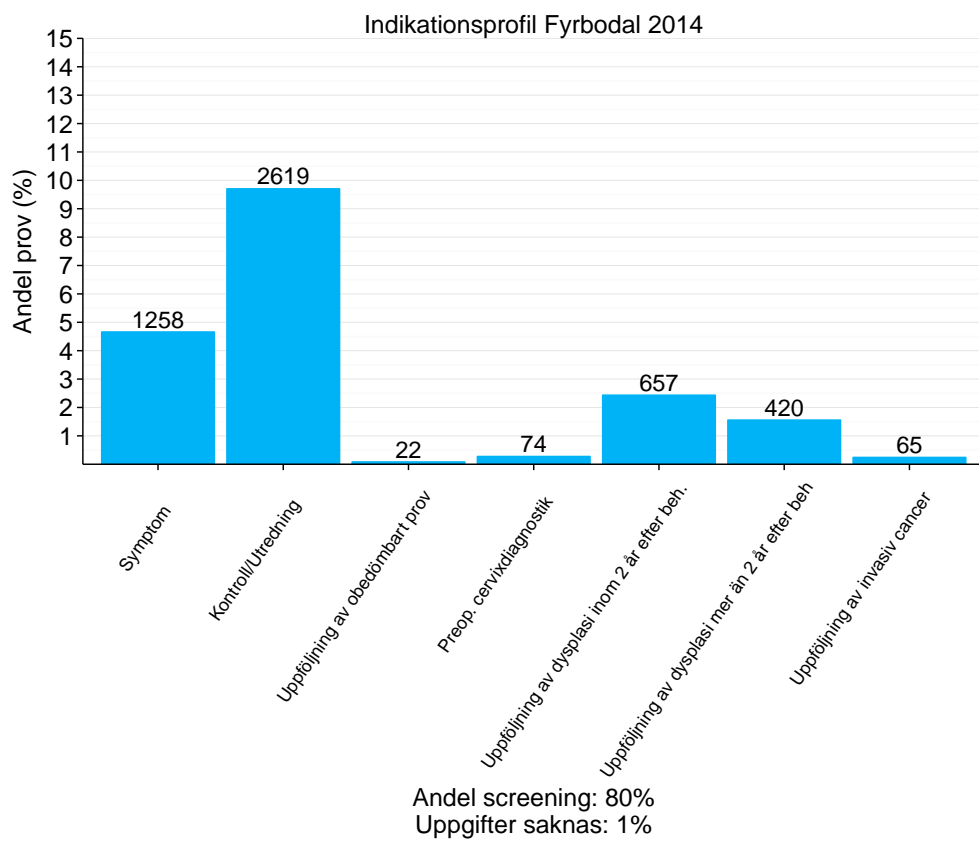
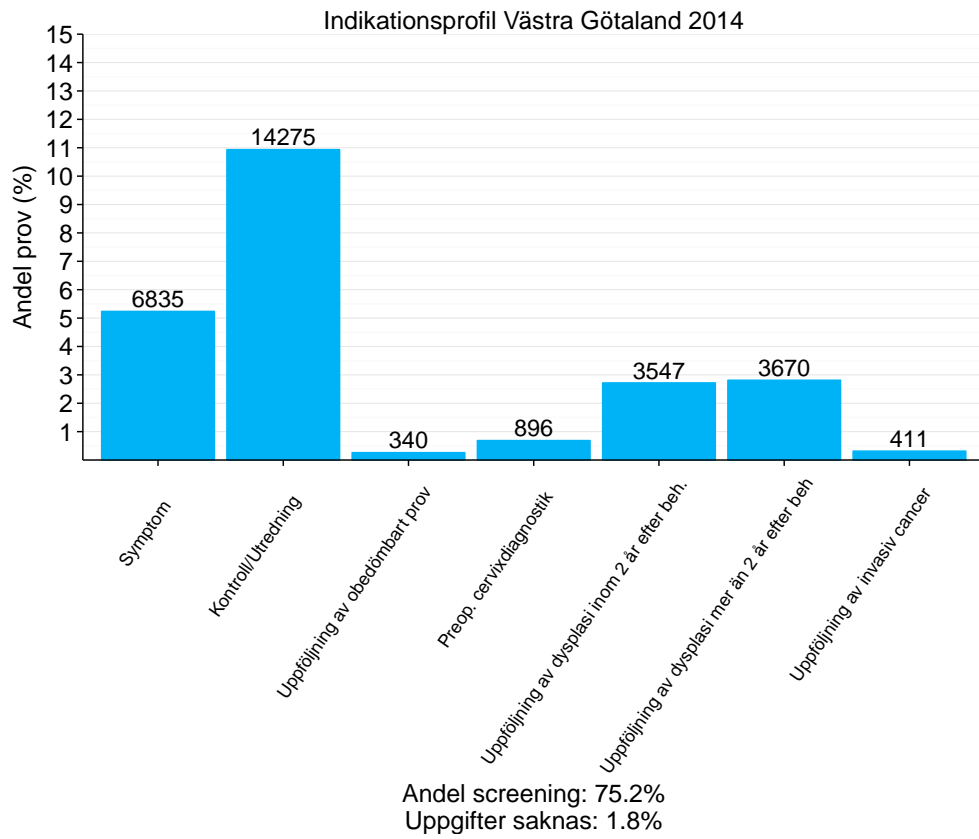


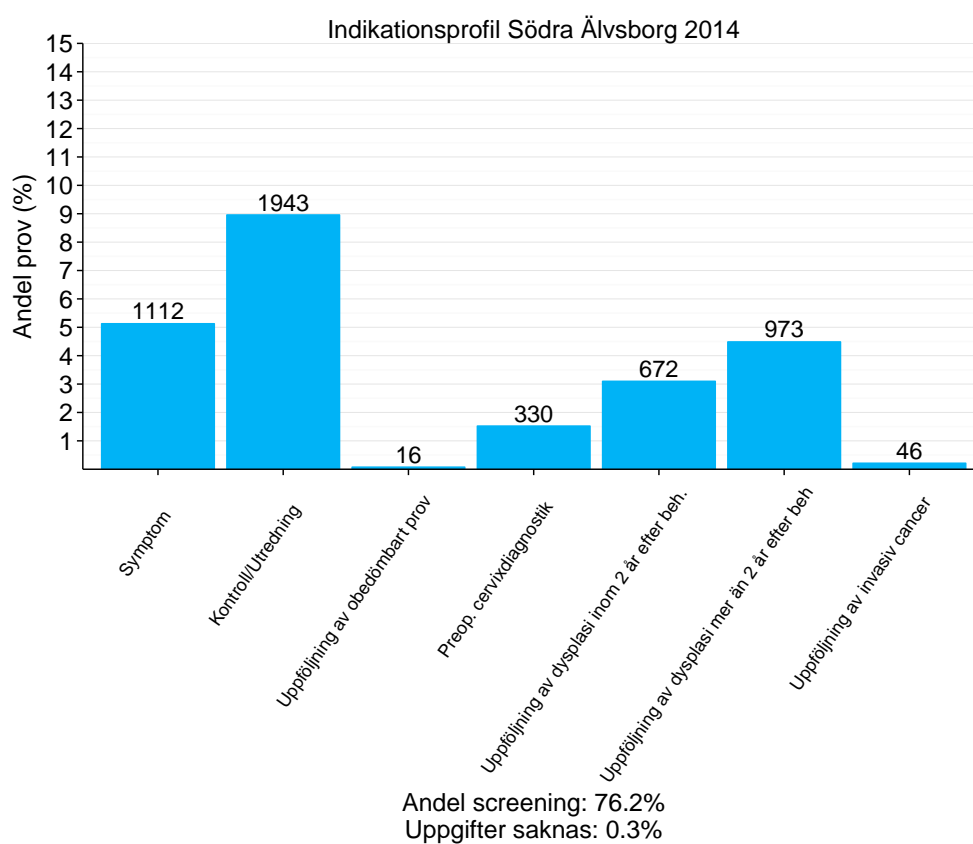
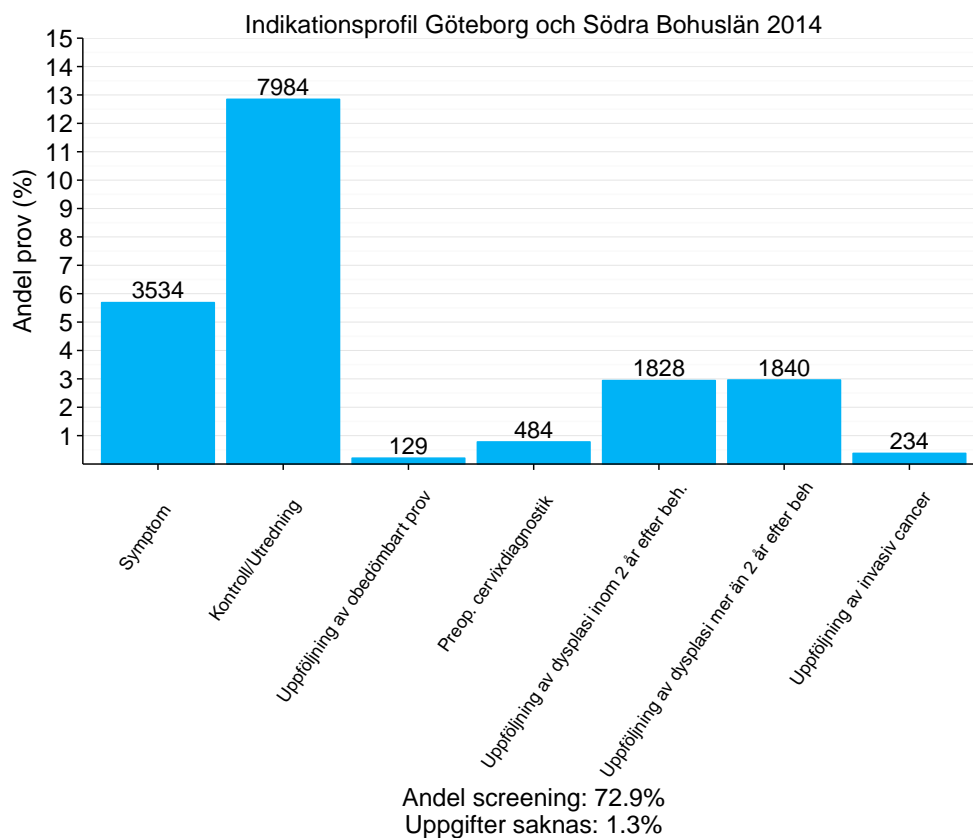
7 Indikationsprofil cytologprov

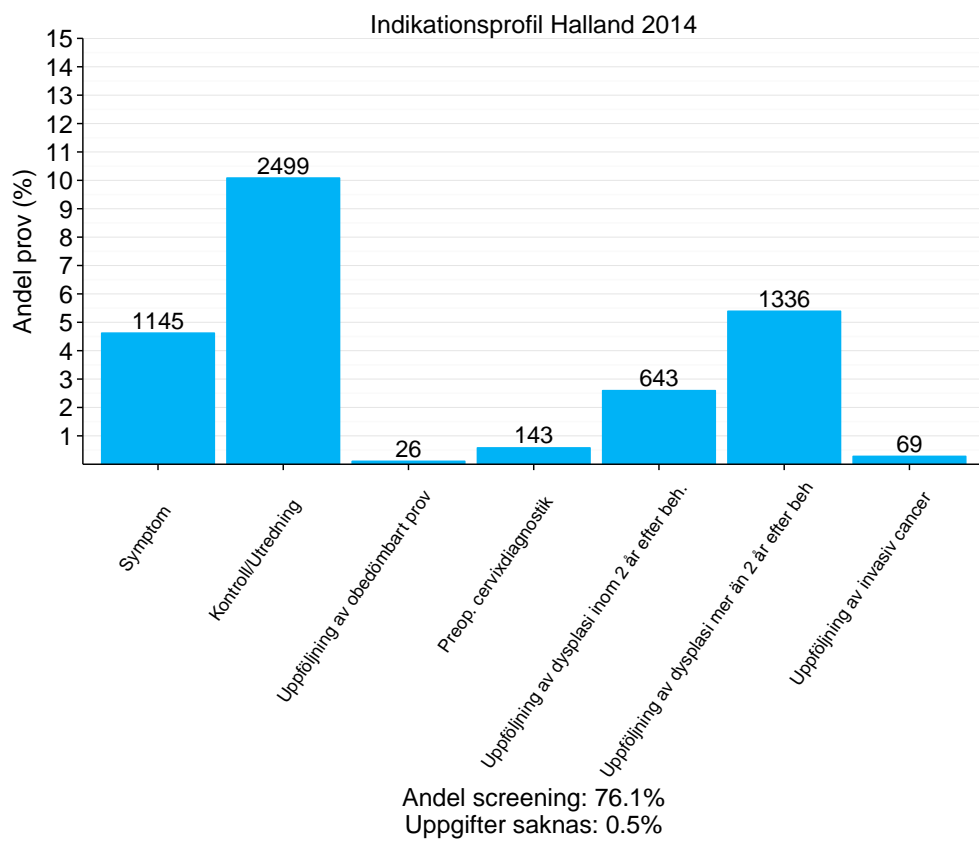
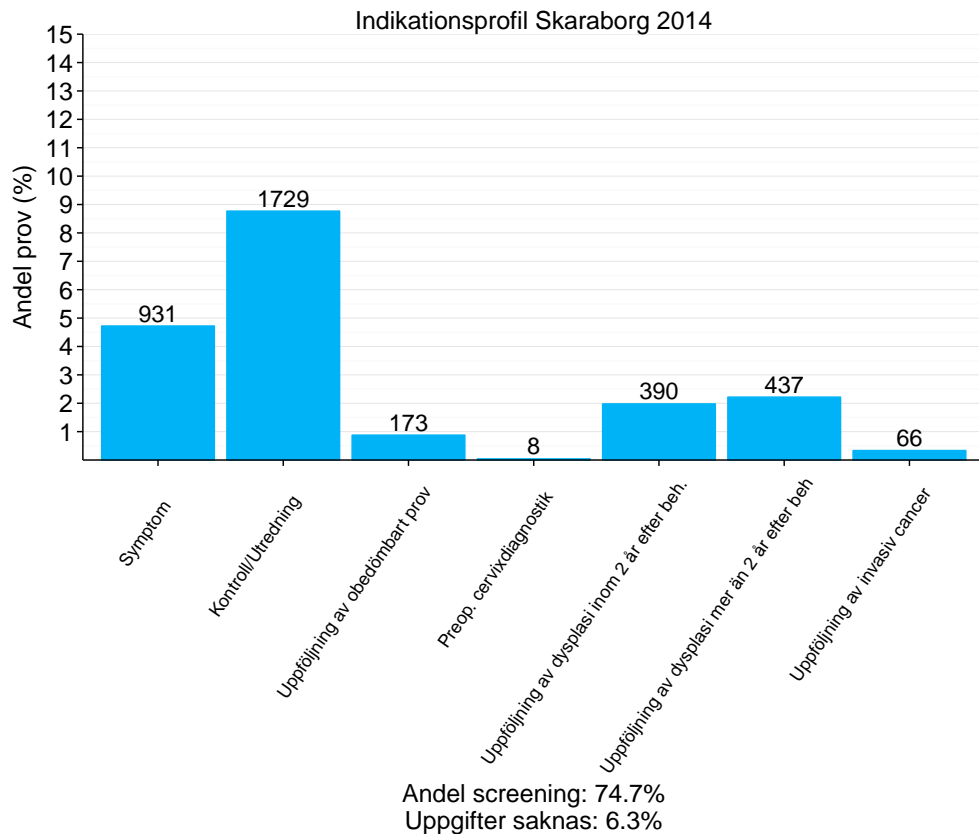
Indikationsprofil är beräknad utifrån uppgifter på remissblanketterna och den geografiska uppdelningen i redovisningen är baserad på var den provtagande mottagningen är belägen.

Prover levererade med screeningremiss räknas alltid som screening. Kontrollfilspatienter ingår också i gruppen screening.

Kommentar: Rapporteringen av indikationen är mycket god utom i Skaraborg.



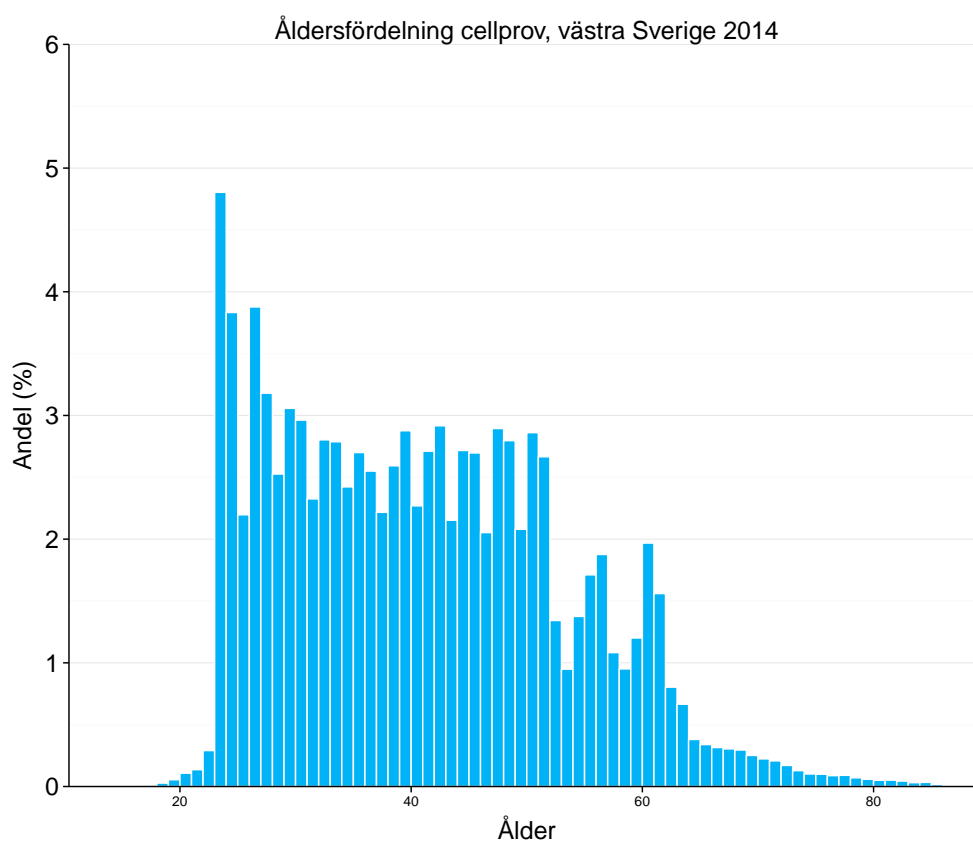




8 Åldersfördelning cellprov

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 opportunistisk prov upp till 3 månader innan de skulle kallas.

Kommentar: Denna följer förväntat mönster som har kommenterats tidigare.



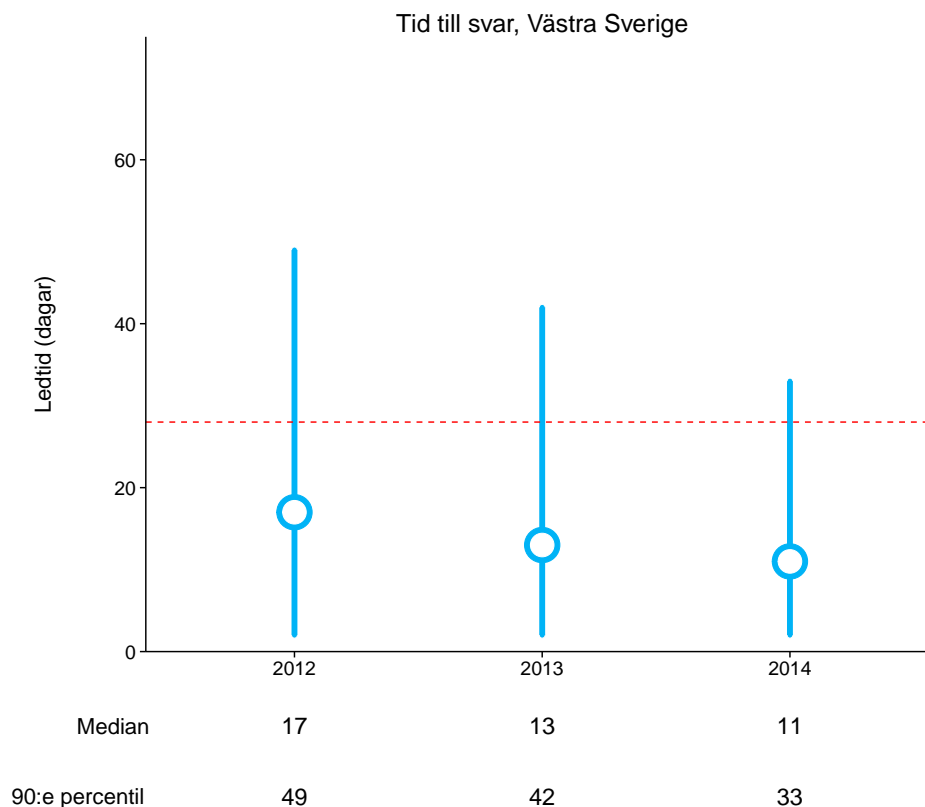
9 Tid till svar

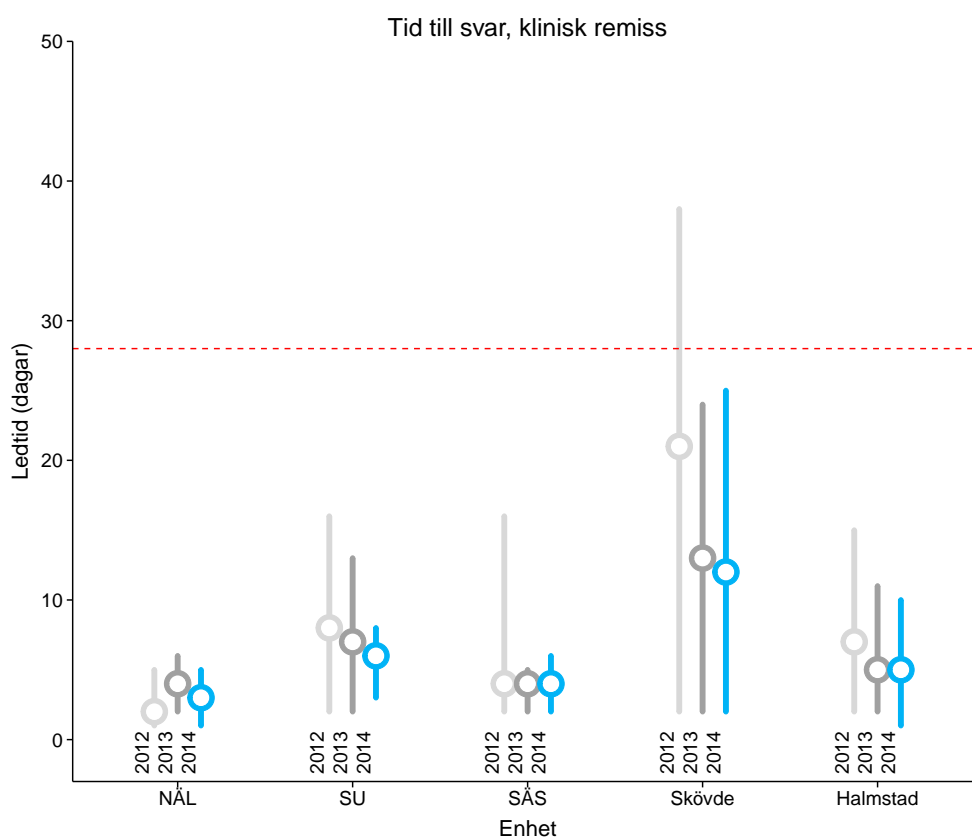
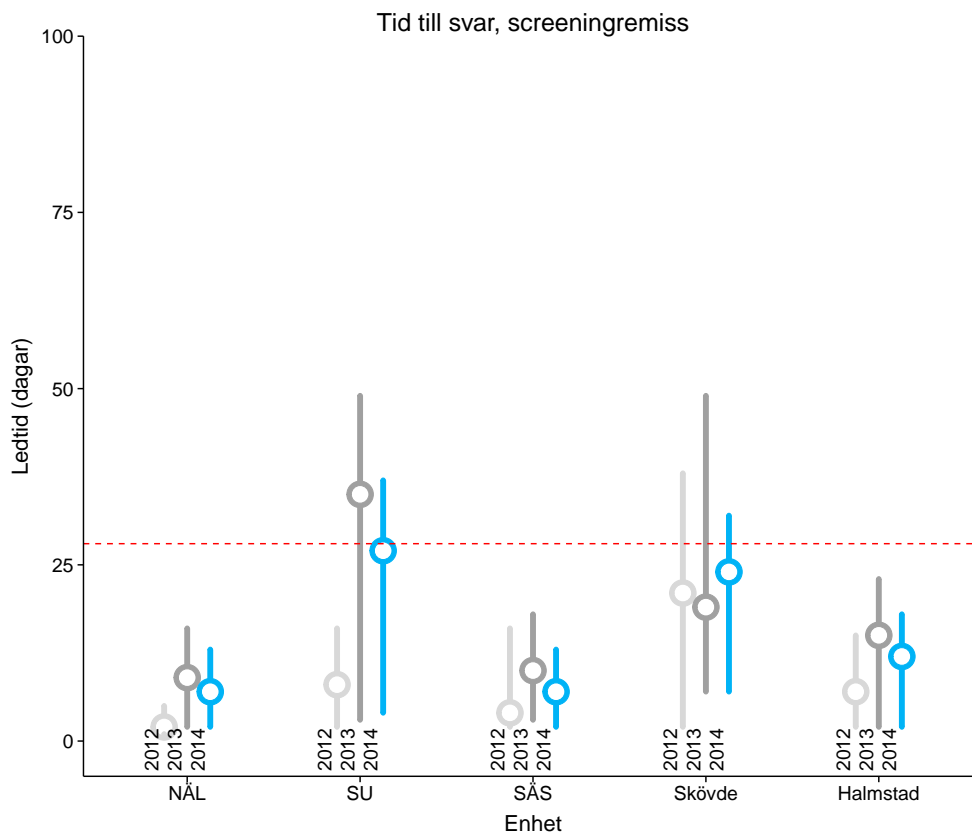
Tid till svar visar det totala antalet kalenderdagar från registrering till det att svar skickas ut från laboratoriet. I denna rapport redovisas screeningprover och prover tagna utanför organiserad screening på standardremiss separat. Försenad transport av provet från mottagningen kan påverka denna tid (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: Över lag en förbättring. Tre laboratorier har i alla mätningar klarat målvärdet med glans – NÄL, Halmstad och SÄS. Variationerna är helt betingade av förhållandena vid SU och SKAS. SKAS förbättring har skett på bekostnad av medianvärdet, d.v.s. "alla" prover tar nu lång tid, men 90% av proverna är utrapporterade tidigare än året innan. SU:s förbättring är god med c:a 10 dagars kortare svarstid för screeningproverna, men når upp till målvärdet för bara 50% av proverna.

Svarstider för histopatologi finns redovisade i Cytburkens statistikmodul.





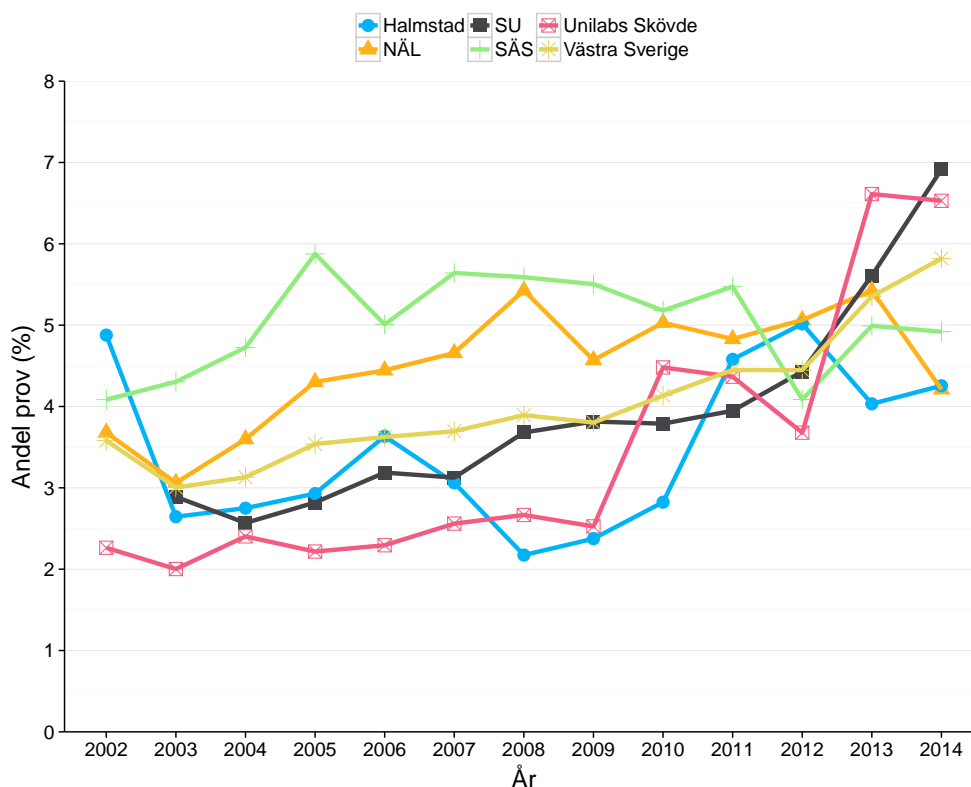
10 Andel icke-normala cellprover

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.

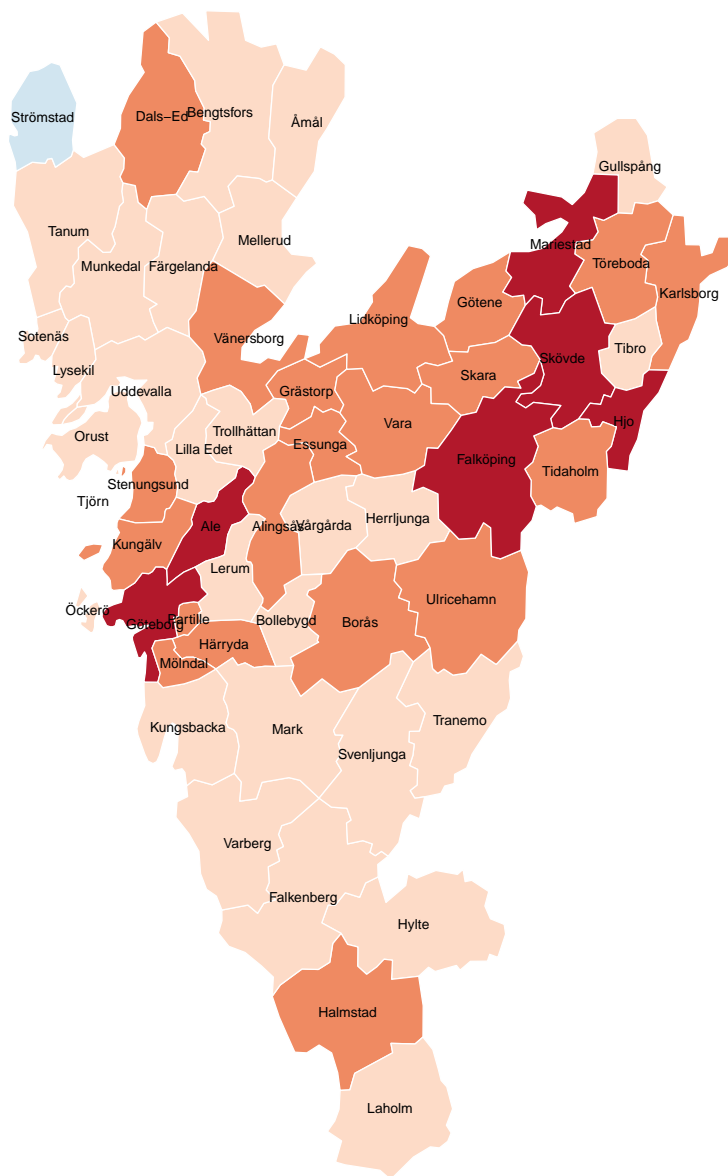
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess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

Kommentar: Andel icke-normala prover i screening har ökat för SU med 2 procentenheter. Det är en avsevärd höjning som motsvarar ytterligare 900 avvikande prover i Göteborgsområdet. Vissa av dessa har negativ HPV i test. Hur stort tillskottet av kolposkopier är har vi ännu inte undersökt. Tidigare undersökningar av den sedan länge stigande trenden har inte talat för en överdiagnostik, utan andelen avvikande cellprover har också motsvaras av ett stigande antal behandlingskrävande CIN2+ i histopatologi. Det är otillfredsställande att andelen prover som är onormala i screening varierar mellan laboratorierna med 4,9% till 9,7%. Detta speglar med all rimlighet skillnader i diagnostik snarare än skillnad i sann förekomst av atypier.

Icke-normala cellprover inom screening per sjukvårdsområde 2002–2014



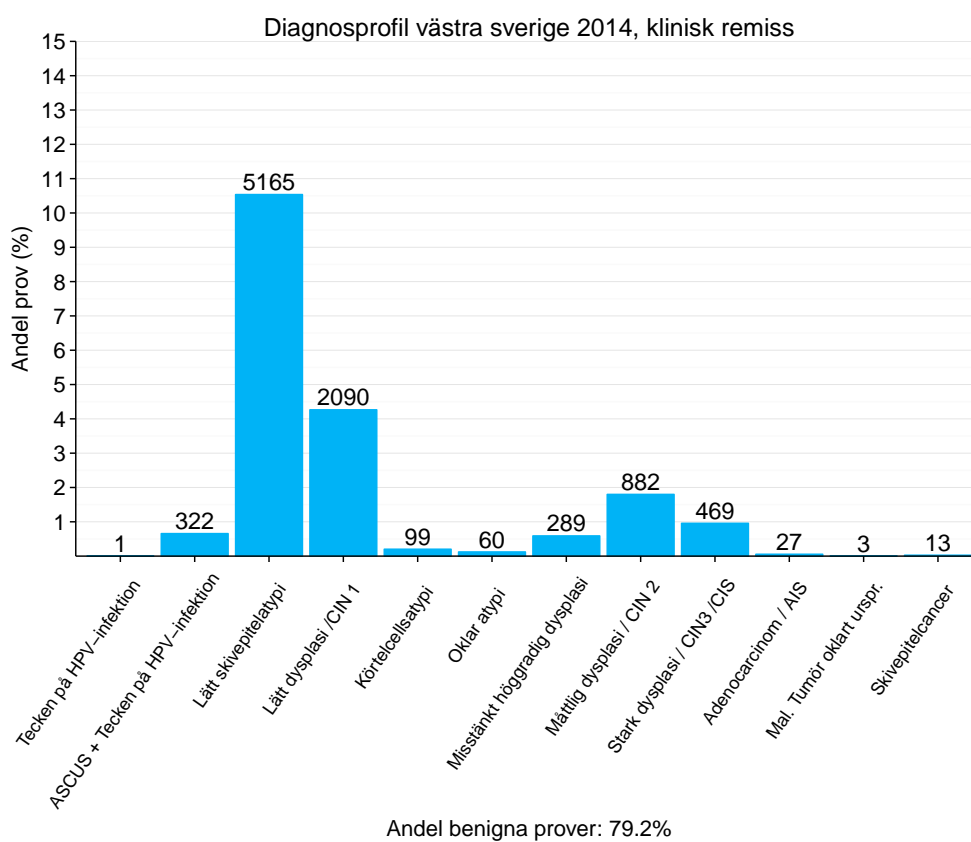
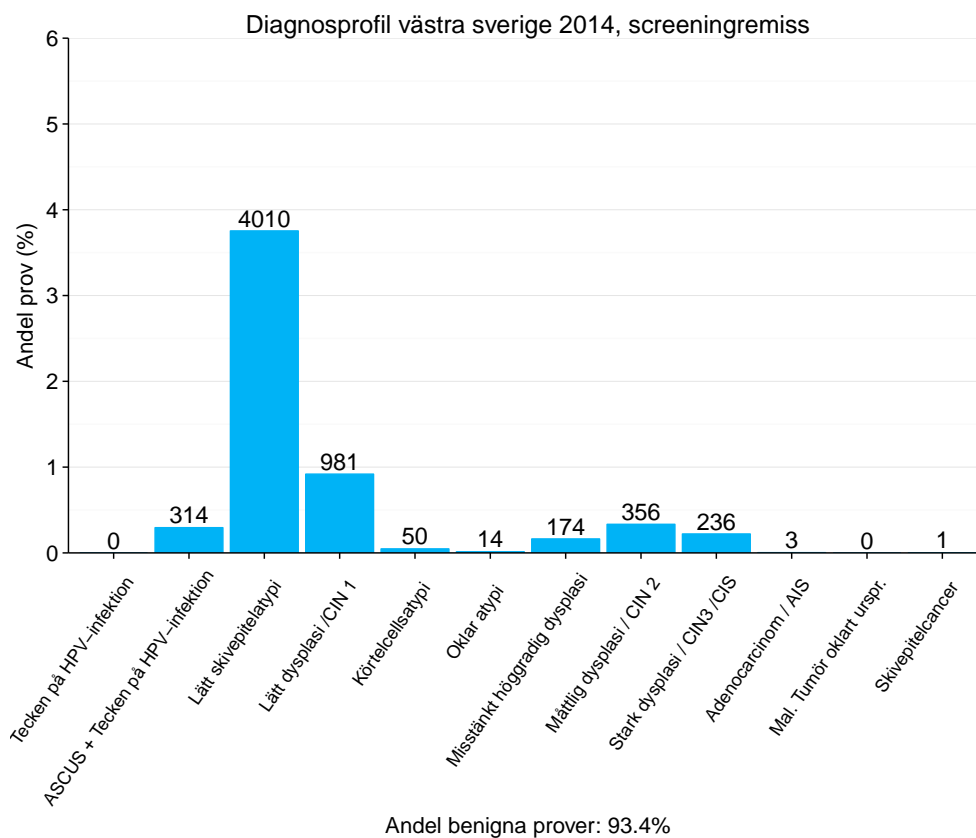
Andel icke-normala cellprover inom screening 2014

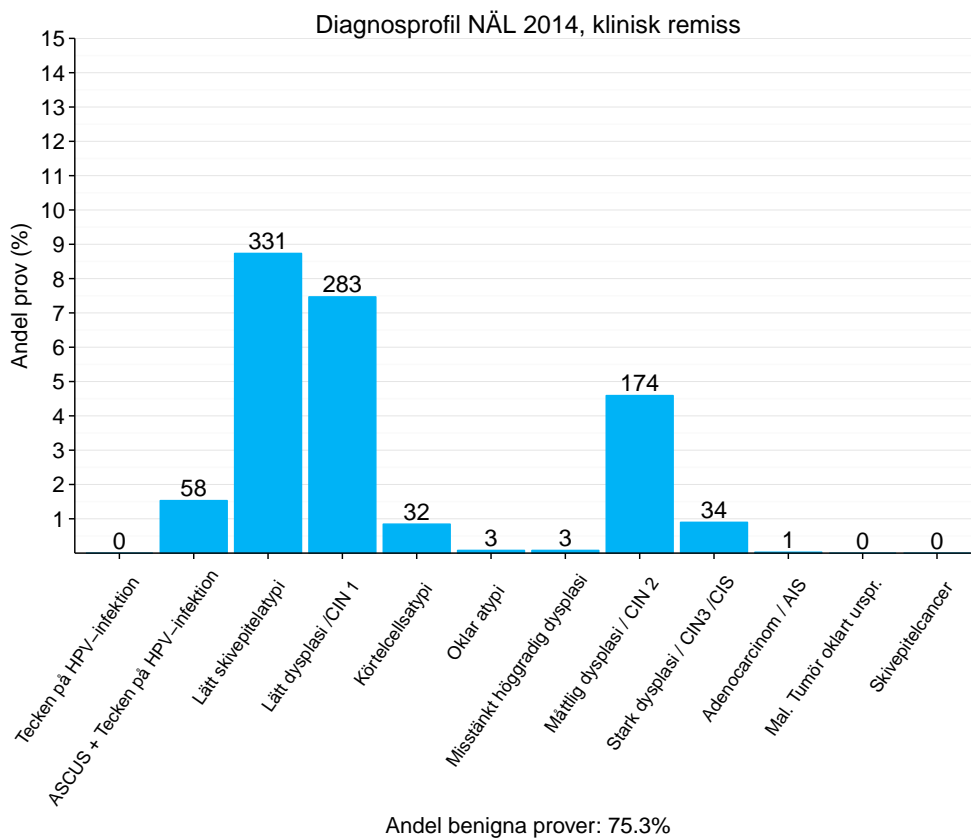
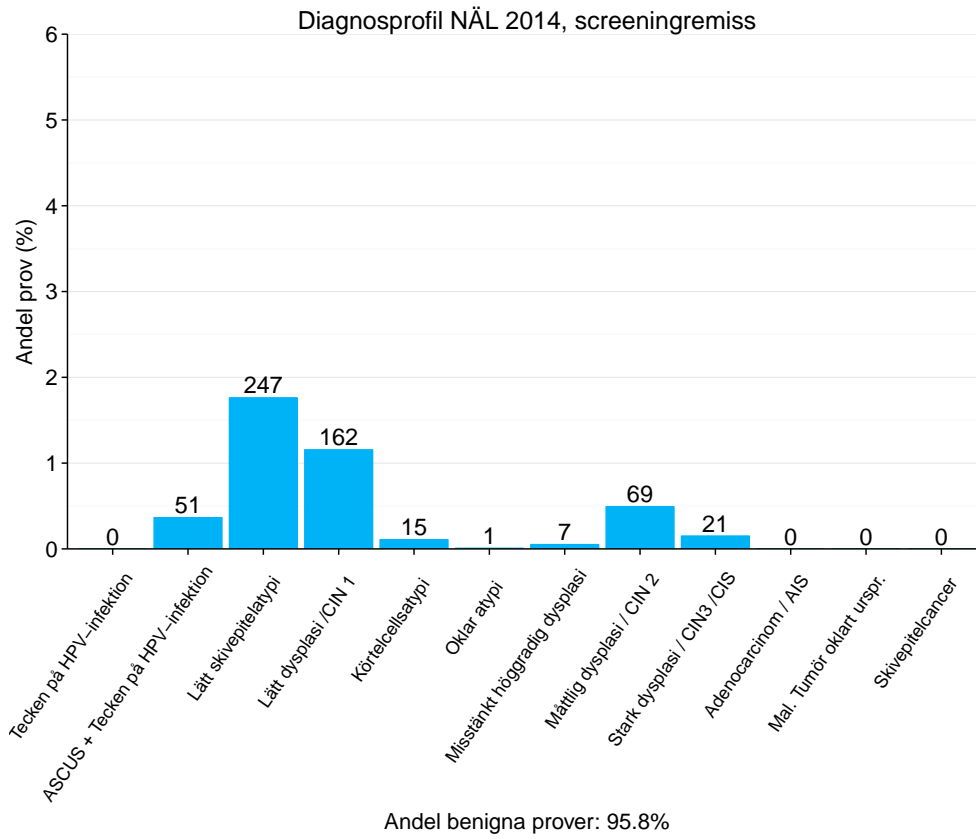


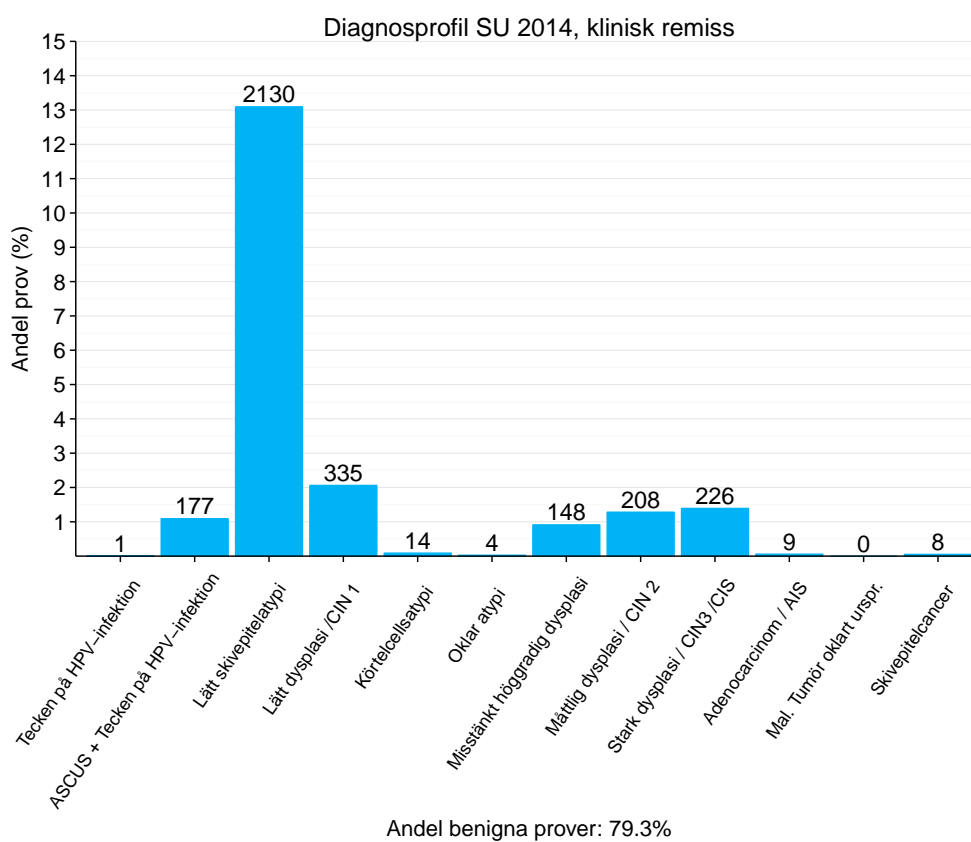
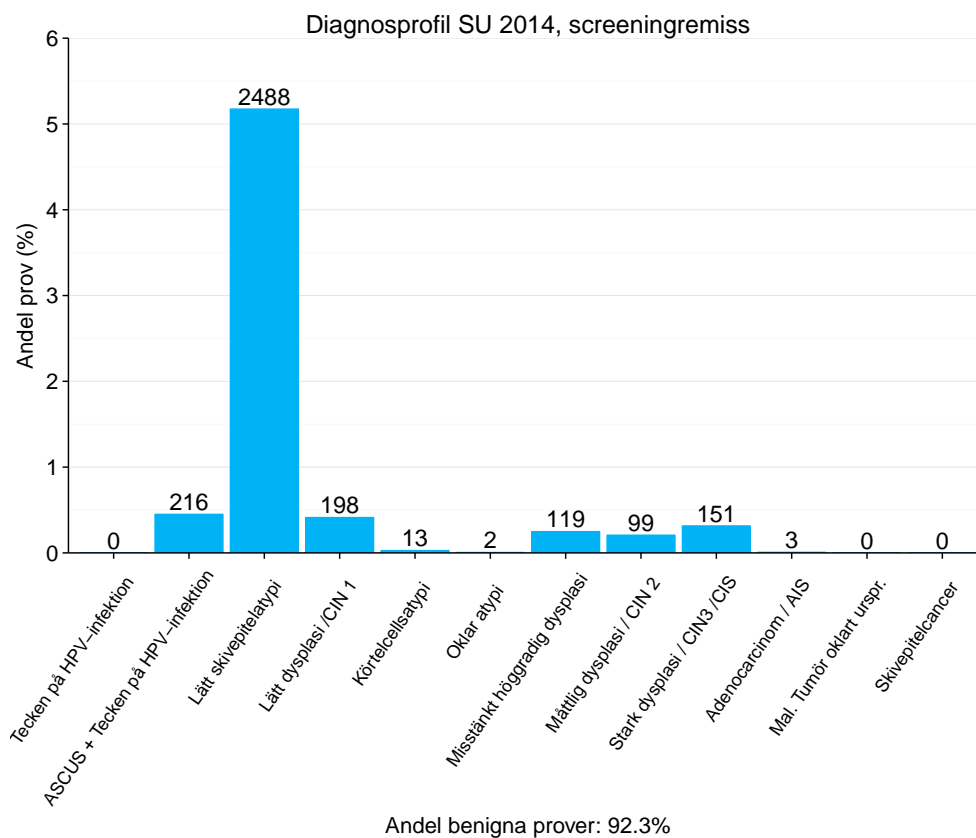
Andel -2.9% 3.0% - 4.9% 5.0% - 6.9% 7.0% -

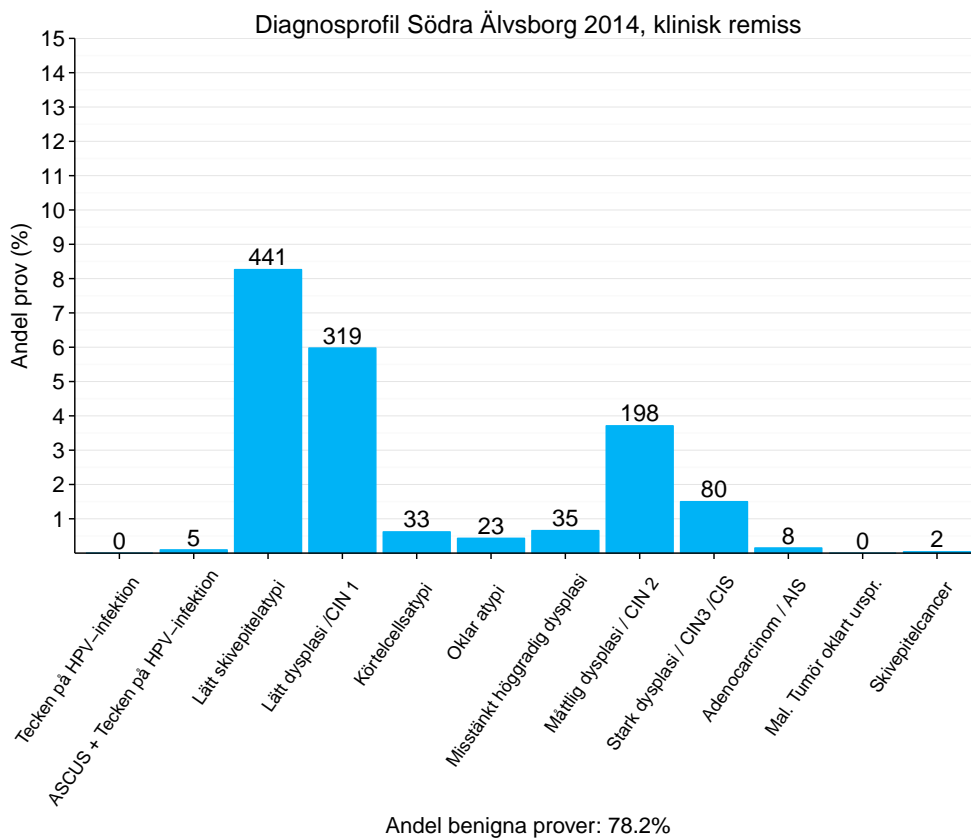
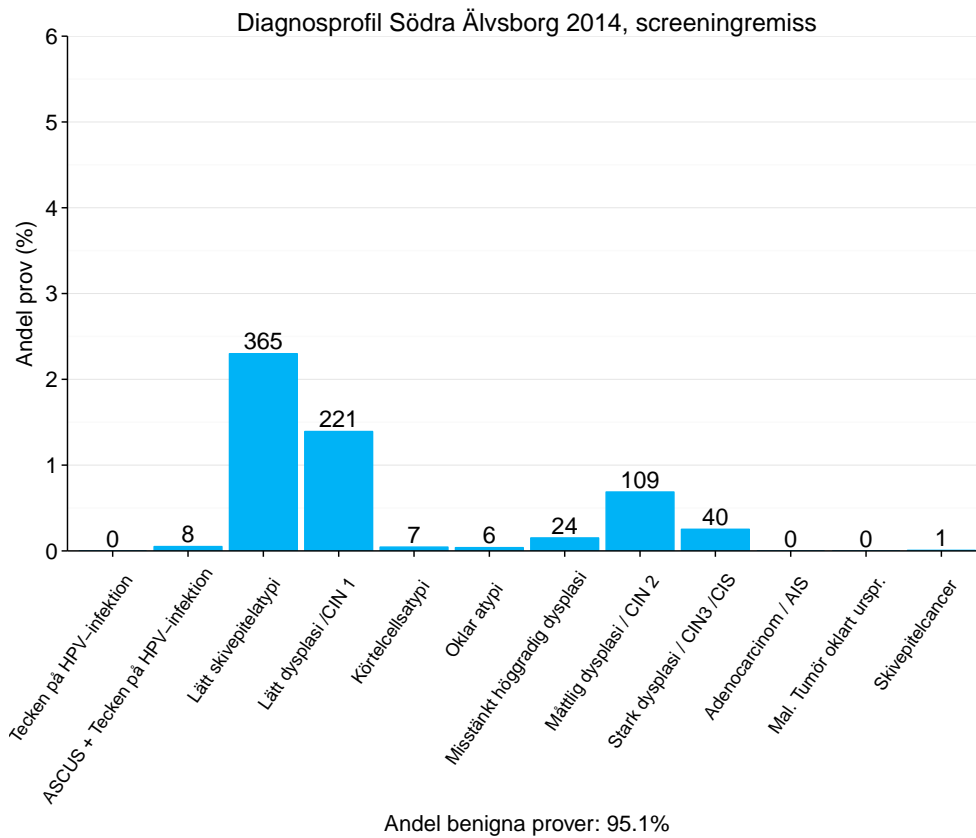
11 Diagnosprofil cytologi

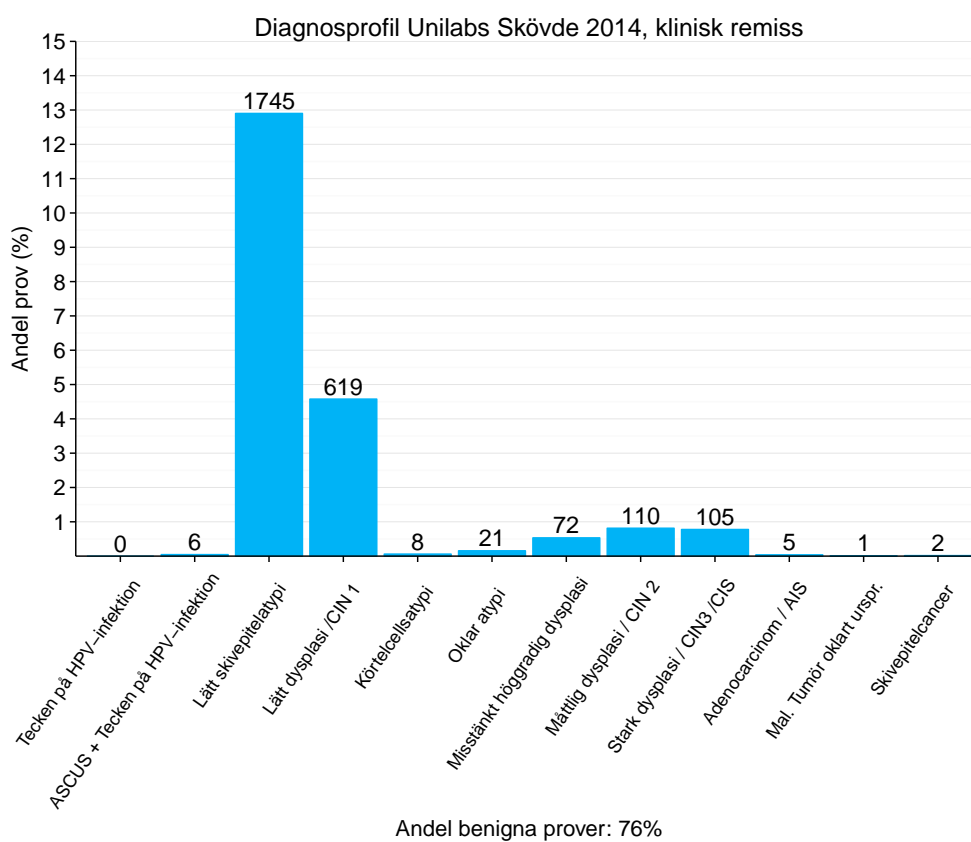
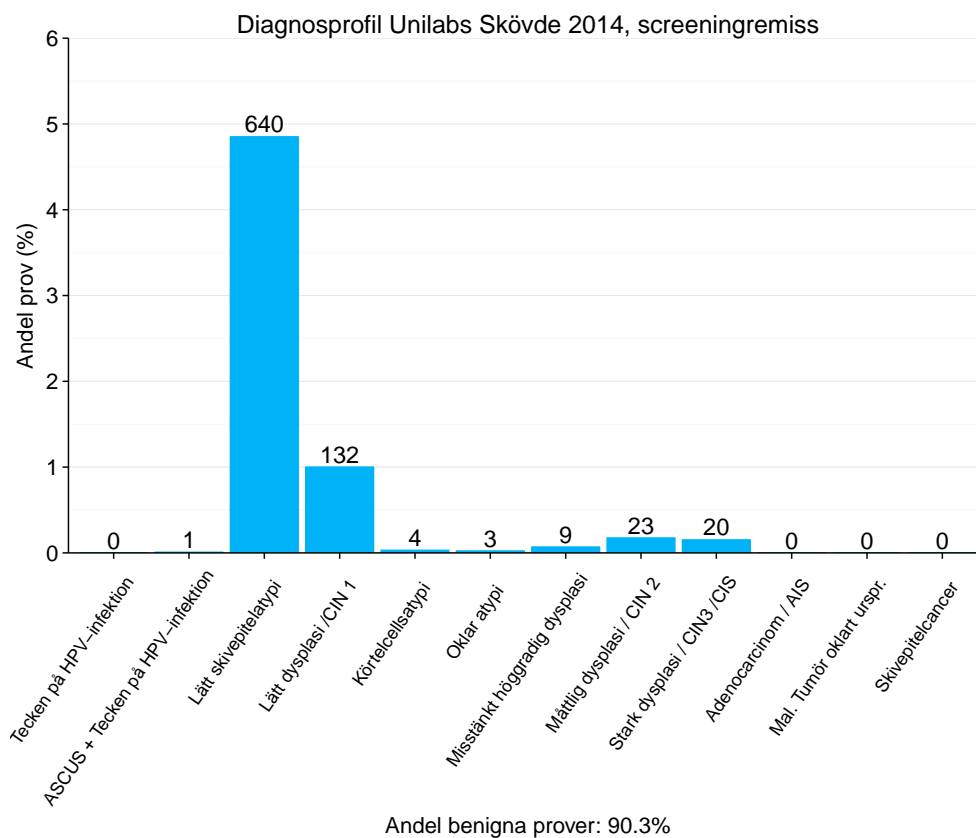
Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (ROCK-remiss) och övriga prover (standardremiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

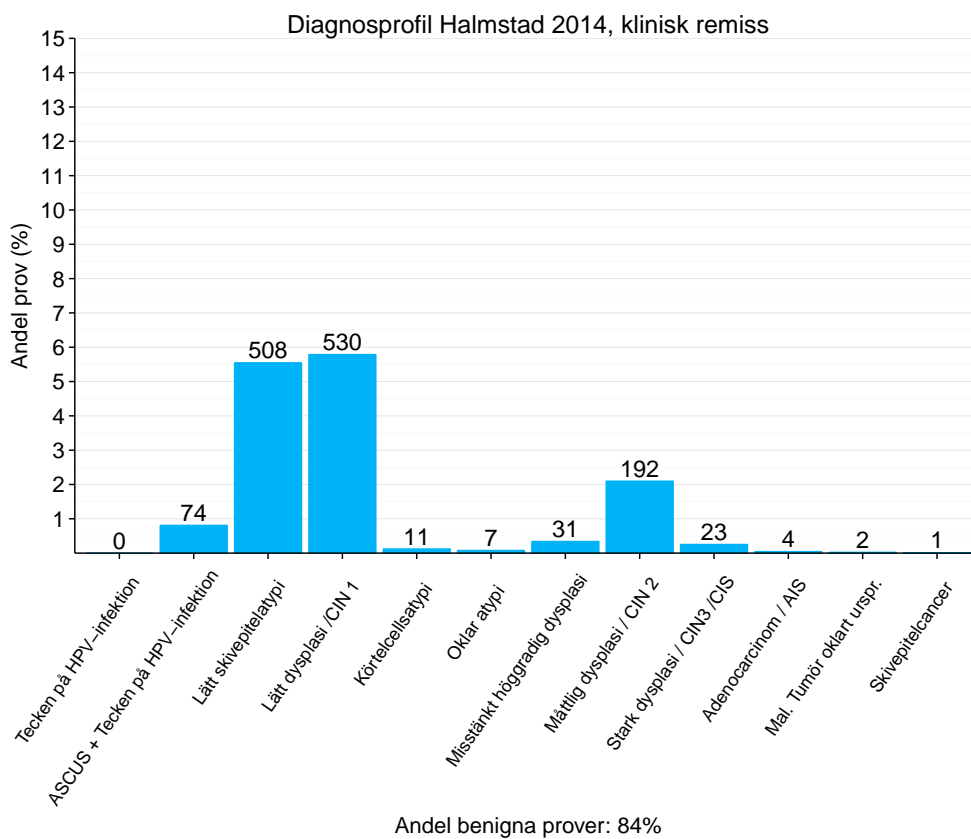
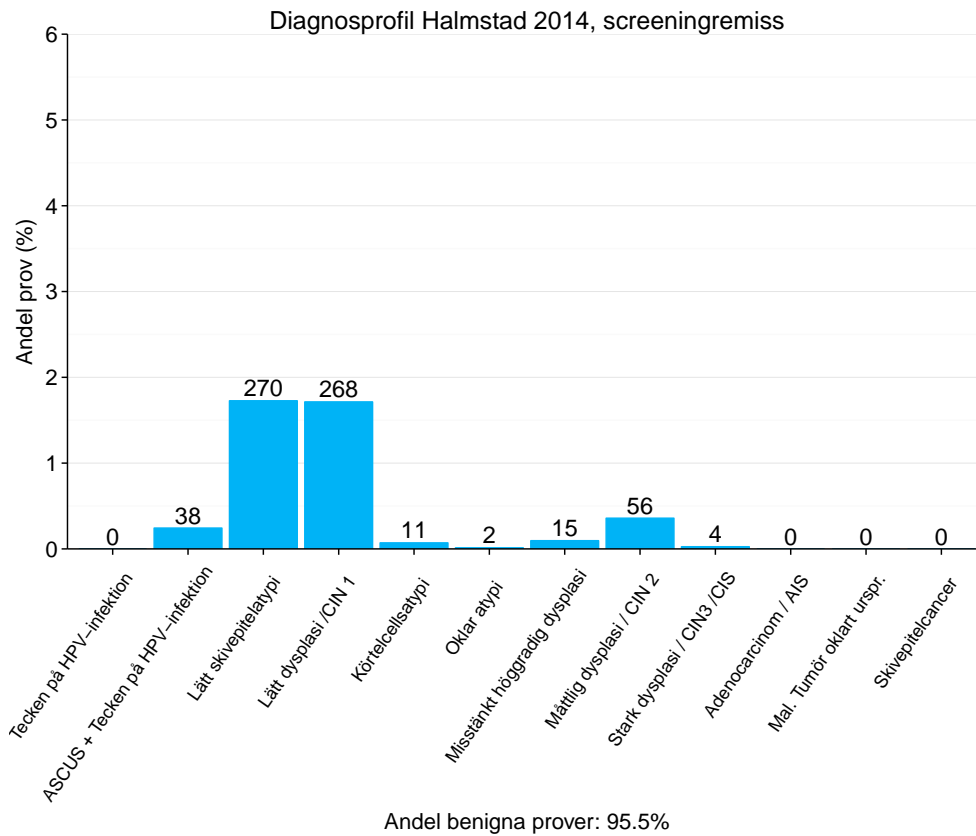


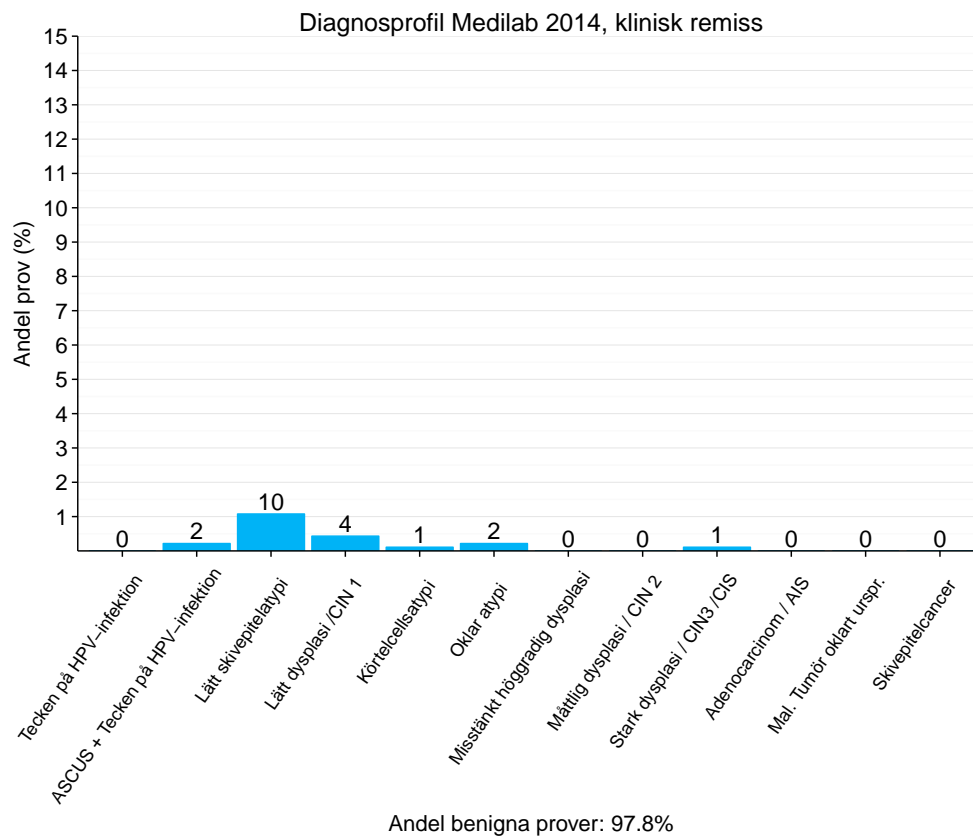












12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

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: Uppföljning av ASCUS/CIN1 kan fortfarande inte redovisas för Halland eftersom man därifrån inte har levererat HPV-data. HPV-triage är ju en uppföljning av en lätt cytologavvikelse. Tydliga förbättringar i de områden som har kunnat redovisa data under en tid. GBG /S Bohus, Fyrbodol och Södra Älvsborg når målnivån. Angående höggradiga förändringar har alla gjort en uppryckning men Fyrbodol är det enda område som når målnivån.. Tveklöst har gynekologin i Göteborgsområdet svårigheter att få en rimligt snabb uppföljning av höggradigt avvikande cellprover eftersom leddiden på laboratoriet är så lång, men den relativa förbättringen av leddiderna slår igenom också på denna uppföljning som visar förbättringar jämfört med 2013. Skaraborgs siffror är bekymmersamma och man behöver gå igenom sin process och åtgärda att man ligger långt ifrån målnivån.

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

Område	Andel prov
Göteborg och södra Bohuslän	94%
Södra Älvsborg	92%
Fyrbodal	92%
Skaraborg	38%
Västra Götaland	86%

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

Område	Andel prov
Halland	89%
Fyrbodal	92%
Västra Sverige	80%
Göteborg och södra Bohuslän	83%
Västra Götaland	79%
Södra Älvsborg	72%
Skaraborg	45%

13 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: Tack vare HPV-triage är det nu en ökad andel prover med ASCUS/CIN1 som saknar histopatologisk uppföljning. Därför är det svårt att använda denna tabell för jämförelse över tid. På hemsidan rccvast.se finns data redovisade enbart för prover som har histopatologisk uppföljning. Variationerna mellan laboratorierna är oförändrat mycket stora. Kvinnor som har den cytologiska diagnosen Lätt skivepiteltypi och är uppföljda med histopatologi har CIN 2-3 i mellan 11 och 40 procent, beroende på vilket lab som har ställt diagnosen.

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2013: Västra Götaland

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	2968	2.8%	821	0.76%	438	0.41%	21	0.02%	491	0.46%	102642	96%	107381	100%
Tecken på HPV-infektion	1	11%	2	22%	–	–	–	–	–	–	6	67%	9	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	120	21%	127	23%	86	15%	–	–	59	11%	169	30%	561	100%
Lätt skivepitelatypti	1524	24%	1027	16%	1085	17%	16	0.26%	322	5.1%	2299	37%	6273	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	351	18%	462	24%	518	27%	8	0.42%	75	3.9%	505	26%	1919	100%
Körtelcellsatypti	34	28%	9	7.4%	36	30%	15	12%	8	6.6%	20	16%	122	100%
Oklar atypti	14	30%	4	8.5%	12	26%	1	2.1%	–	–	16	34%	47	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	30	13%	25	11%	163	69%	7	3%	2	0.85%	9	3.8%	236	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	81	8%	99	9.7%	762	75%	7	0.69%	23	2.3%	46	4.5%	1018	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	17	2.8%	21	3.4%	534	88%	30	4.9%	1	0.16%	7	1.1%	610	100%
Adenocarcinom/AIS	1	4.2%	–	–	2	8.3%	8	33%	–	–	13	54%	24	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Skivepitelcancer	2	12%	–	–	4	25%	10	62%	–	–	–	–	16	100%
Totalt	5143	4.4%	2597	2.2%	3640	3.1%	124	0.1%	981	0.83%	105732	89%	118217	100%

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

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	501	3.1%	43	0.27%	23	0.14%	6	0.037%	21	0.13%	15503	96%	16097	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	24	23%	23	22%	1	0.95%	–	–	12	11%	45	43%	105	100%
Lätt skivepitelatypt	298	38%	92	12%	52	6.7%	1	0.13%	34	4.4%	300	39%	777	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	103	23%	118	26%	75	17%	1	0.22%	27	6%	127	28%	451	100%
Körtelcellsatypi	12	24%	1	2%	20	39%	7	14%	5	9.8%	6	12%	51	100%
Oklar atypi	2	67%	–	–	1	33%	–	–	–	–	–	–	3	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	3	43%	1	14%	1	14%	–	–	1	14%	1	14%	7	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	27	12%	16	7.4%	159	73%	2	0.92%	4	1.8%	9	4.1%	217	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	2	3.3%	4	6.7%	51	85%	2	3.3%	–	–	1	1.7%	60	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	2	100%	2	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	972	5.5%	298	1.7%	383	2.2%	19	0.11%	104	0.59%	15994	90%	17770	100%

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

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	1267	2.4%	559	1%	303	0.57%	8	0.015%	349	0.65%	51071	95%	53557	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	45	14%	75	24%	65	21%	–	–	38	12%	88	28%	311	100%
Lätt skivepitelatypti	671	20%	630	18%	755	22%	9	0.26%	232	6.8%	1118	33%	3415	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	48	11%	104	24%	156	37%	2	0.47%	25	5.9%	91	21%	426	100%
Körtelcellsatypti	15	42%	4	11%	10	28%	1	2.8%	–	–	6	17%	36	100%
Oklar atypi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	13	8.5%	15	9.8%	116	76%	5	3.3%	1	0.65%	3	2%	153	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	12	4.2%	24	8.4%	235	82%	2	0.7%	8	2.8%	5	1.7%	286	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	6	2.5%	6	2.5%	212	88%	13	5.4%	1	0.41%	3	1.2%	241	100%
Adenocarcinom/AIS	1	11%	–	–	1	11%	4	44%	–	–	3	33%	9	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	1	20%	–	–	1	20%	3	60%	–	–	–	–	5	100%
Totalt	2079	3.6%	1417	2.4%	1854	3.2%	47	0.08%	654	1.1%	52390	90%	58441	100%

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

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	313	1.7%	95	0.5%	33	0.17%	–	–	75	0.4%	18401	97%	18917	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	3	100%	3	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	8	25%	3	9.4%	1	3.1%	–	–	4	12%	16	50%	32	100%
Lätt skivepitelatypti	98	15%	119	19%	54	8.5%	1	0.16%	28	4.4%	337	53%	637	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	54	12%	132	29%	95	21%	–	–	15	3.3%	160	35%	456	100%
Körtelcellsatypti	3	13%	4	17%	2	8.7%	6	26%	2	8.7%	6	26%	23	100%
Oklar atypti	5	20%	4	16%	6	24%	–	–	–	–	10	40%	25	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	3	12%	2	8.3%	16	67%	–	–	–	–	3	12%	24	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	22	6.5%	51	15%	228	68%	–	–	9	2.7%	26	7.7%	336	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	3	3%	94	94%	2	2%	–	–	1	1%	100	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	10%	3	30%	–	–	6	60%	10	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	1	20%	–	–	–	–	4	80%	–	–	–	–	5	100%
Totalt	507	2.5%	413	2%	530	2.6%	16	0.078%	133	0.65%	18969	92%	20568	100%

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

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	887	4.7%	124	0.66%	79	0.42%	7	0.037%	46	0.24%	17667	94%	18810	100%
Tecken på HPV-infektion	1	20%	2	40%	–	–	–	–	–	–	2	40%	5	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	43	38%	26	23%	19	17%	–	–	5	4.4%	20	18%	113	100%
Lätt skivepitelatypti	457	32%	186	13%	224	16%	5	0.35%	28	1.9%	544	38%	1444	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	146	25%	108	18%	192	33%	5	0.85%	8	1.4%	127	22%	586	100%
Körtelcellsatypti	4	33%	–	–	4	33%	1	8.3%	1	8.3%	2	17%	12	100%
Oklar atypti	7	39%	–	–	5	28%	1	5.6%	–	–	5	28%	18	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	11	21%	7	13%	30	58%	2	3.8%	–	–	2	3.8%	52	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	20	11%	8	4.5%	140	78%	3	1.7%	2	1.1%	6	3.4%	179	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	9	4.3%	8	3.8%	177	85%	13	6.2%	–	–	2	0.96%	209	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	33%	–	–	2	67%	3	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Skivepitelcancer	–	–	–	–	3	50%	3	50%	–	–	–	–	6	100%
Totalt	1585	7.4%	469	2.2%	873	4.1%	42	0.2%	90	0.42%	18379	86%	21438	100%

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

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	643	2.9%	112	0.5%	48	0.21%	5	0.022%	50	0.22%	21698	96%	22556	100%
Tecken på HPV-infektion	2	67%	–	–	1	33%	–	–	–	–	–	–	3	100%
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	32	40%	9	11%	8	9.9%	–	–	6	7.4%	26	32%	81	100%
Lätt skivepitelatypti	181	26%	120	17%	94	14%	3	0.44%	26	3.8%	263	38%	687	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	158	24%	164	25%	150	23%	3	0.45%	28	4.2%	159	24%	662	100%
Körtelcellsatypti	7	30%	2	8.7%	6	26%	4	17%	1	4.3%	3	13%	23	100%
Oklar atypti	4	19%	2	9.5%	10	48%	–	–	1	4.8%	4	19%	21	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	3	11%	3	11%	15	54%	4	14%	3	11%	–	–	28	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	12	5.3%	22	9.7%	176	78%	11	4.8%	3	1.3%	3	1.3%	227	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	–	–	38	88%	4	9.3%	–	–	1	2.3%	43	100%
Adenocarcinom/AIS	1	17%	–	–	–	–	2	33%	–	–	3	50%	6	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	–	–	1	100%
Totalt	1043	4.3%	434	1.8%	547	2.2%	36	0.15%	118	0.48%	22160	91%	24338	100%

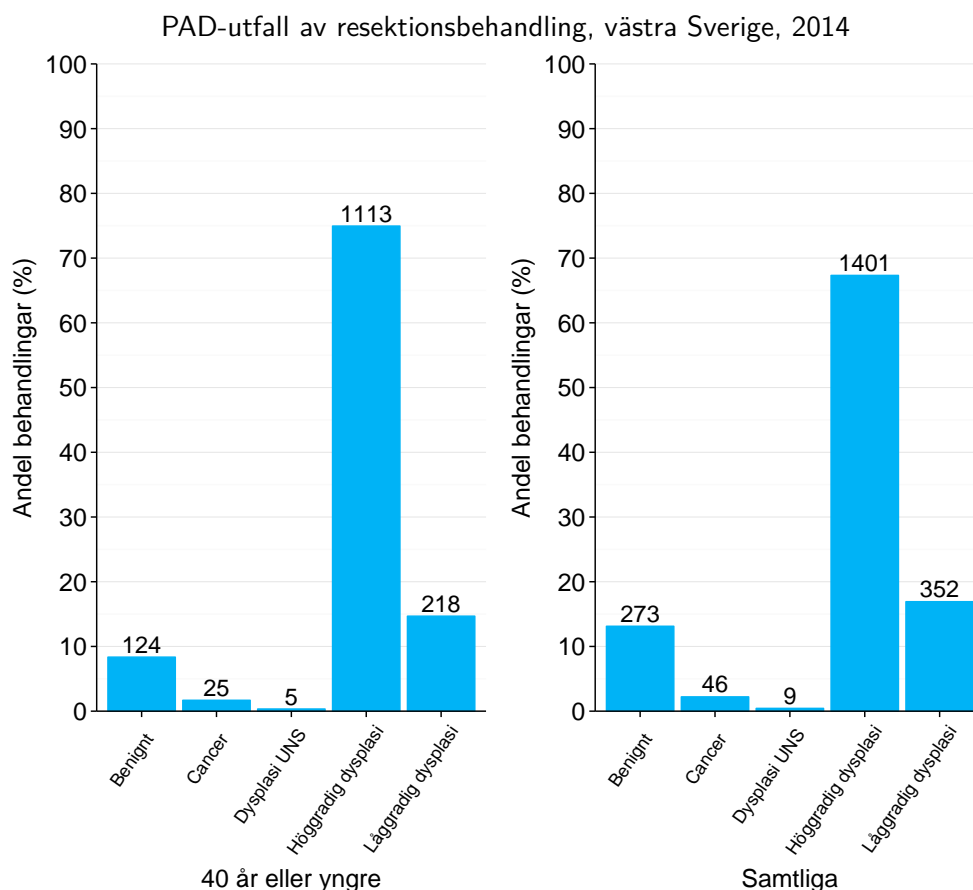
14 PAD-utfall av behandling

I stort sett alla behandlingar av cervixdysplasi 2014 gjordes med resektion och genererade därmed ett preparat för PAD. Utfallet av sådana behandlingar under år 2014 redovisas här. I enlighet med C-ARG:s riktlinjer särredovisas fr.o.m. 2011 uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. Regionens vårdprogram förordar inte längre behandling av lätta dysplasier i första hand, och tveklöst är en hög andel av höggradig dysplasi i koner och resektat ett tecken på att patienterna är väl utredda. Andelen benigna resektat kan inte vara noll ens under ideala omständigheter eftersom en del små dysplasier kan tas bort helt vid provexcision i samband med utredning. Enligt våra beräkningar minskar det andelen benigna koner med 1,5% och ökar andelen CIN2+ med 2% om PAD:n 60 dagar före behandling räknas med.

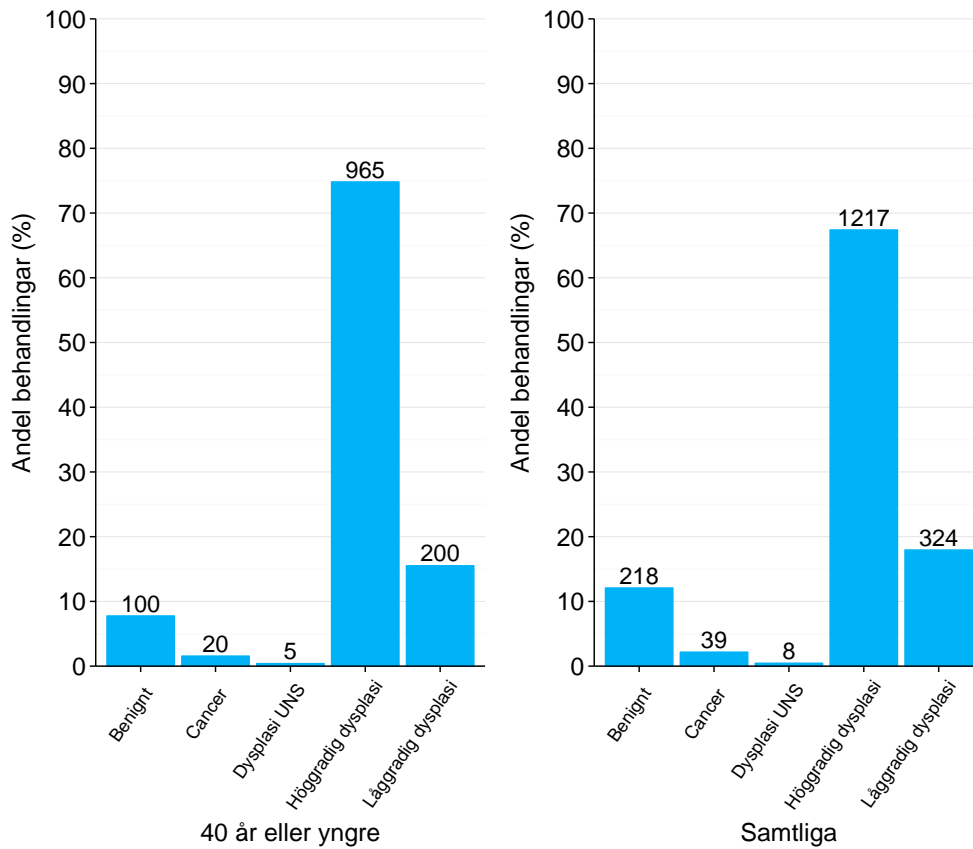
Utfallet får i hög grad ses som ett mått på utredningens kvalitet och i mindre grad på själva behandlingens kvalitet.

Vårdprogrammet har högst 15% benigna resektat som riktmärke vilket också är nationell standard. Motsvarande för kvinnor under 40 års ålder är 10%. Nationella standards har också fastställts för andelen CIN2+ i PAD som för kvinnor under 40 år ska vara $\geq 75\%$.

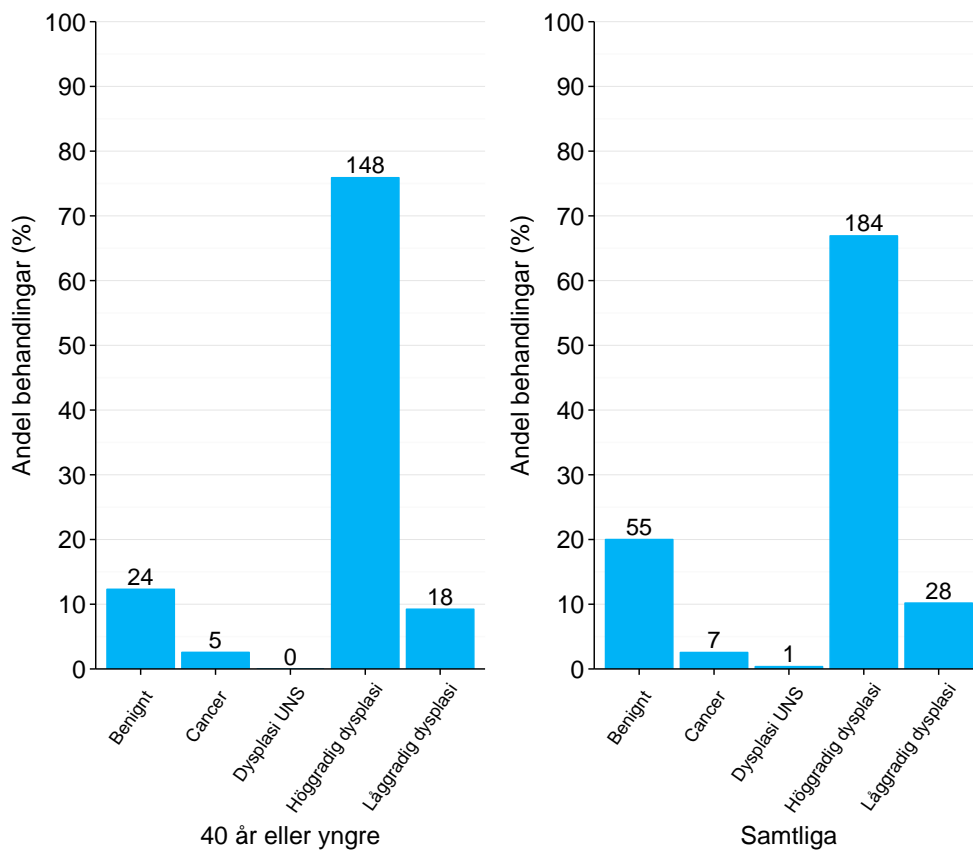
Kommentar: Västra Götaland uppfyller de nationella målen om andel onödiga behandlingar (benigna koner) medan Halland ligger över gränsen. Lite oväntat har antalet resektionsbehandlingar minskat något jämfört med 2013. Andelen benigna koner har ökat något från 11 till 13%. Variationerna mellan enheterna är fortfarande oacceptabelt stor.



PAD-utfall av resektionsbehandling, Västra Götaland, 2014



PAD-utfall av resektionsbehandling, Halland, 2014



PAD-utfall av resektionsbehandling per behandlande enhet 2014

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt Antal
	Benigt		CIN2		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Alingsås sjukhus	8	9%	62	69%	20	22%	90
Angereds Närsjukhus	7	7%	73	72%	21	21%	101
Centrum Skövde	9	21%	31	72%	3	7%	43
Frölunda specialistsjukhus	12	6%	155	73%	45	21%	212
Gyn mott Fröja, Kungälv	2	5%	27	73%	8	22%	37
Gyn mott Fröja, Stenungsund	5	16%	22	71%	4	13%	31
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	–	–	64	89%	8	11%	72
Gyn mott VC Skene	3	11%	18	67%	6	22%	27
Göteborgs Kvinnoklinik	2	7%	21	78%	4	15%	27
Hallands sjukhus Halmstad	17	17%	65	65%	18	18%	100
Hallands sjukhus Kungsbacka	3	6%	45	85%	5	9%	53
Hallands sjukhus Varberg	35	29%	81	66%	6	5%	122
Kvinnokliniken Carlanderska	9	39%	11	48%	3	13%	23
Lundby sjukhus	23	13%	127	72%	26	15%	176
NÄL Trollhättan	30	14%	162	76%	21	10%	213
Skaraborgs sjukhus Lidköping	33	26%	76	61%	16	13%	125
Skaraborgs sjukhus Skövde	16	16%	61	59%	26	25%	103
SU/Sahlgrenska	30	11%	191	68%	61	22%	282
SU/Östra	3	14%	10	48%	8	38%	21
SÄS Borås	26	12%	145	65%	52	23%	223
Totalt	273	13%	1447	70%	361	17%	2081

15 Konhöjd och antal ingrepp per operatör

Det står alltmer klart att den något ökade risken för att föda för tidigt i graviditeter som kommer efter dysplasibehandling står i proportion till volymen cervixvävnad som tas bort eller förstörs. Sedan några år har västra Sverige ett standardiserat protokoll för inrapportering av höjden på resektaten. Andelen ”Konhöjd registrerad” avser naturligtvis endast resektionsbehandlingar.

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 viktigare uppgiften – hur stor andel av alla behandlingar görs av läkare med denna erfarenhet. Läkare som flyttar mellan enheter i Västra Sverige under kalenderåret ”bär med sig” sin behandlingserfarenhet, medan enstaka erfarna läkare som byter till annan verksamhet, arbetat utanför västra Sverige eller varit långledig under stor del av kalenderåret inte kommer upp i 25 behandlingar av detta skäl. Till skillnad från tidigare räknas operatörer vid hysterektomi nu inte in i de kvantitativa målen.

Kommentar: Alla mottagningar som behandlar dysplasi har nu en median konhöjd om 12 mm eller under vilket får anses som tillfredsställande. 74% av behandlingarna i Västra Sverige görs av operatörer som har den volym ingrepp som vårdprogrammet stipulerar. Enstaka felregistrering av operatör kan ge falskt låga värden för Andel operatörer, men knappast Andel behandlingar. De större klinkerna med utbildningsansvar har svårigheter att hålla alla ingrepp på få händer, men det är tydligt att man har lyckats professionalisera verksamheten i olika grad.

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Res	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Alingsås sjukhus	93	0	0	0	93	91	98%	10	4	20
Angereds Närsjukhus	110	0	0	0	110	110	100%	7	3	14
Centrum Skövde	43	0	0	0	43	43	100%	9	6	15
Frölunda specialistsjukhus	213	3	0	0	216	207	97%	10	5	15
Gyn mott Fröja, Kungälv	37	0	0	0	37	35	95%	8	5	12
Gyn mott Fröja, Stenungsund	32	0	0	0	32	32	100%	10	6	20
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	81	0	0	0	81	80	99%	8	5	20
Gyn mott VC Skene	28	0	0	0	28	28	100%	10	6	16
Göteborgs Kvinnoklinik	29	0	0	0	29	23	79%	9	5	12
Hallands sjukhus Halmstad	102	2	0	0	104	104	102%	12	4	20
Hallands sjukhus Kungsbacka	56	0	0	0	56	56	100%	10	4	16
Hallands sjukhus Varberg	124	0	0	0	124	123	99%	10	3	25
Kvinnofokus, Falkenberg Privat	0	1	0	0	1	0	–	–	–	–
Kvinnokliniken Carlanderska	23	0	0	0	23	23	100%	10	4	15
Lundby sjukhus	179	0	0	0	179	176	98%	9	4	12
NÄL Trollhättan	216	1	2	0	219	215	100%	10	4	20
Skaraborgs sjukhus Lidköping	128	0	0	0	128	128	100%	9	5	20
Skaraborgs sjukhus Skövde	104	1	3	0	108	104	100%	8	4	15
SU/Sahlgrenska	303	2	0	1	306	298	98%	8	3	40
SU/Östra	22	0	0	0	22	19	86%	8	3	15
SÄS Borås	230	11	1	1	243	223	97%	9	3	20
Alla enheter	2153	21	6	2	2182	2118	98%	9	3	40

Res = Resektion, Des = Destruktion, Hyst = Hysterektomi, Övr = Övrigt, Tot = Totalt

Erfarenhet operatörer

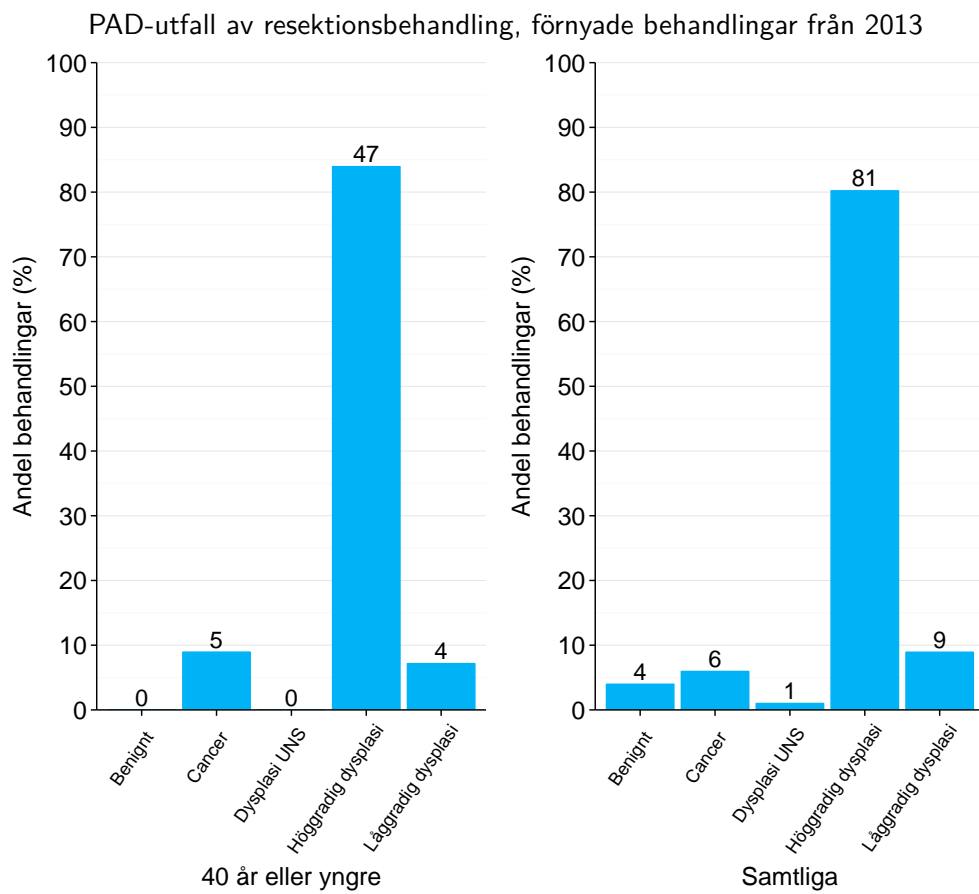
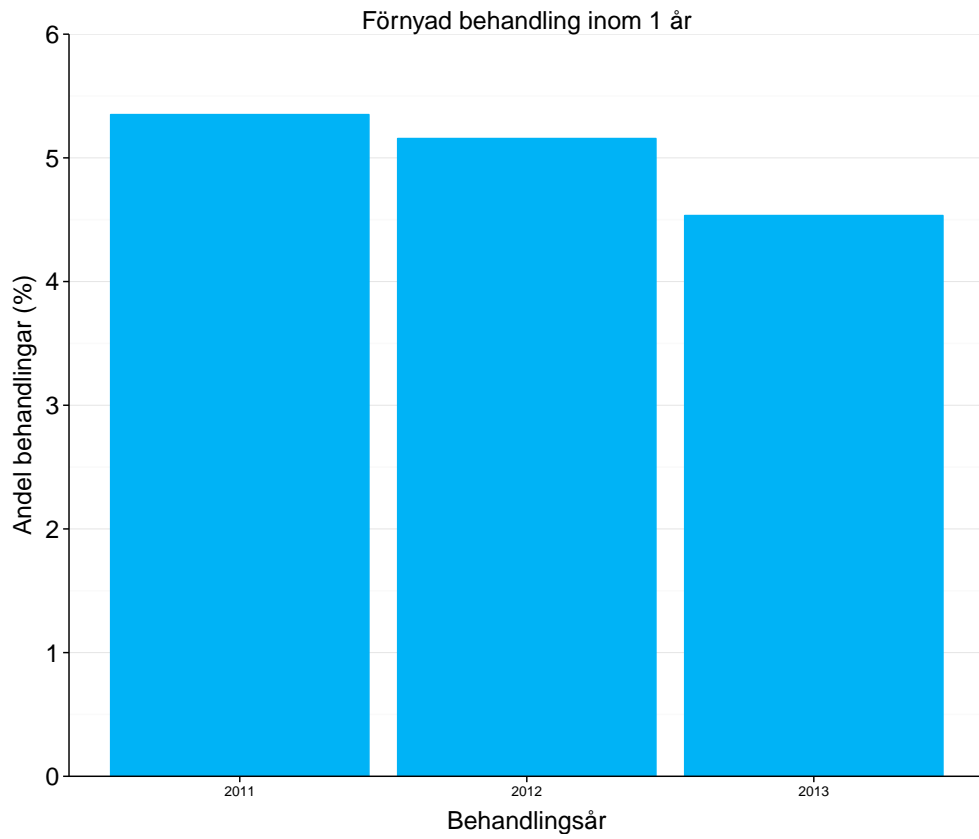
Enhet	Operatörer med minst 25 ingrepp		
	Antal operatörer	Andel operatörer	Andel behandlingar
Alingsås sjukhus	10	10%	32%
Angered's Närsjukhus	6	33%	73%
Centrum Skövde	1	100%	100%
Frölunda specialistsjukhus	3	67%	100%
Gyn mott Fröja, Kungälv	6	0%	0%
Gyn mott Fröja, Stenungsund	5	0%	0%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	1	100%	100%
Gyn mott VC Skene	1	100%	100%
Göteborgs Kvinnoklinik	3	0%	0%
Hallands sjukhus Halmstad	9	11%	38%
Hallands sjukhus Kungsbacka	5	20%	61%
Hallands sjukhus Varberg	7	29%	69%
Kvinnofokus, Falkenberg Privat	1	0%	0%
Kvinnokliniken Carlanderska	3	0%	0%
Lundby sjukhus	4	50%	92%
NÄL Trollhättan	9	33%	71%
Skaraborgs sjukhus Lidköping	6	17%	74%
Skaraborgs sjukhus Skövde	5	40%	59%
SU/Sahlgrenska	14	21%	92%
SU/Östra	7	0%	0%
SÄS Borås	9	33%	87%
Alla enheter	103	25%	74%

16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

Vissa dysplasibehandlingar behöver göras om. En viss andel re-behandlingar ska accepteras, alternativet är att för mycket vävnad tas bort på för många kvinnor. Det aktuella årets siffror speglar naturligtvis behandlingarna som gjordes ett år tidigare. Ny behandling har rapporterats öka risken för prematurbörd 8 -10 ggr jämfört med icke-behandlade kvinnor. Data särredovisas även här för kvinnor upp till 40 års ålder. Data innefattar alla typer av behandlingar där dysplasi har varit en indikation. Relativt få fall av behandlingskrävande kvarstående dysplasi upptäcks mellan 1 och 2 år efter behandling, därför har den tidigare tabellen med 2 års uppföljning tagits bort ur rapporten. En ny tabell har lagts till där upprepade behandlingar redovisas 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 för låg kan det vara ett uttryck för att borttagandet/destruktionen av vävnad i många fall varit onödigt stor vid den ursprungliga behandlingen. Nationell standard, fastlagd 2012, är max 5% re-behandling inom ett år.

Kommentar: Andelen förnyade behandlingar ligger nu under målvärdet vilket är bra. Höggradiga dysplasier dominerar helt i materialet som också innehåller rimligen helt befogade re-behandlingar av invasiv cancer. Antalet re-koniseringar med benigt PAD är glädjande litet.



Förnyade behandlingar från 2013 per ursprungsenhet

Enhet	Antal	Ombehandlade	Ombehandlade
	behandlingar	Antal	Andel
Alingsås sjukhus	128	6	5%
Angereds Närsjukhus	61	0	0%
Centrum Skövde	50	2	4%
Frölunda specialistsjukhus	271	8	3%
Gyn mott Fröja, Kungälv	24	3	12%
Gyn mott Fröja, Stenungsund	49	5	10%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	72	1	1%
Gyn mott Nordstadstorget Göteborg privat	6	0	0%
Gyn mott VC Skene	35	8	23%
Göteborgs Kvinnoklinik	37	2	5%
Hallands sjukhus Halmstad	150	4	3%
Hallands sjukhus Kungsbacka	65	4	6%
Hallands sjukhus Varberg	126	8	6%
Kungälvss sjukhus	2	0	0%
Kvinnofokus, Falkenberg Privat	4	1	25%
Kvinnokliniken Carlanderska	46	5	11%
Lundby sjukhus	156	6	4%
NÄL Trollhättan	132	4	3%
Skaraborgs sjukhus Lidköping	109	0	0%
Skaraborgs sjukhus Skövde	117	3	3%
SU/Sahlgrenska	276	14	5%
SU/Östra	90	8	9%
SÄS Borås	214	10	5%
Uddevalla sjukhus	140	5	4%
Alla enheter	2360	107	5%



Ett samarbete i Västra sjukvårdsregionen

Rapporten är utgiven av Regionalt cancercentrum väst. 2014-04-29.