

Sammanställning av Kvalitetsdata 2017

Gällande Cervixcancerprevention i Västra
Sjukvårdsregionen

Maj 2018

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")



Beställningsadress

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

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Invitationsstatus	2
3 Täckningsgrad	5
4 Deltagande efter inbjudan	15
5 Antal cellprover	19
6 Endocervikala celler saknas	23
7 Indikationsprofil cytologprov	25
8 Åldersfördelning cellprov	29
9 Tid till svar	30
10 Andel icke-normala cellprover	32
11 Diagnosprofil cytologi	34
12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	41
13 Utfall av cytologi	43
14 PAD-utfall av behandling	50
15 Konhöjd och antal ingrepp per operatör	53
16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	56
17 Andel kvinnor som remitteras till kolposkopi från GCK	59

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 17.

När den första upplagan av denna rapport publicerades för 15 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, Anne Ekeryd-Andalen 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.

2018-05-16

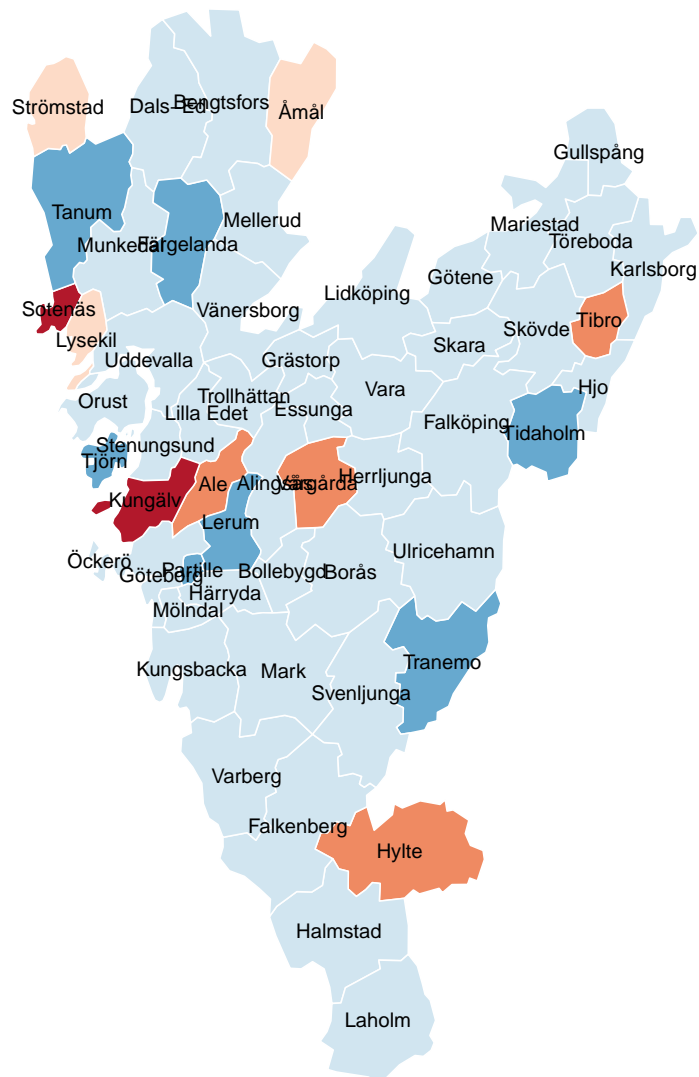
Björn Strander Chenyang Zhang Emil Selmeryd Mia Westlund Andreas Torén

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: I Västra Götaland har tidigare 99,5% nåtts av inbjudan i rätt tid. Under 2017 har det sjunkit till 98%, Fyrbodal är det område som minskat mest, 96,8%.

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
Halland	98,7%
Södra Älvsborg	98,5%
Skaraborg	98,4%
Göteborg och södra Bohuslän	98,3%
Fyrbodal	96,8%
Västra Götaland	98%
Västra Sverige	98,1%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Fyrbodal	32344
Skaraborg	21458
Södra Älvsborg	24407
Göteborg och södra Bohuslän	72057
Halland	27912

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. Prov som primärt analyserats för HPV är inkluderade.

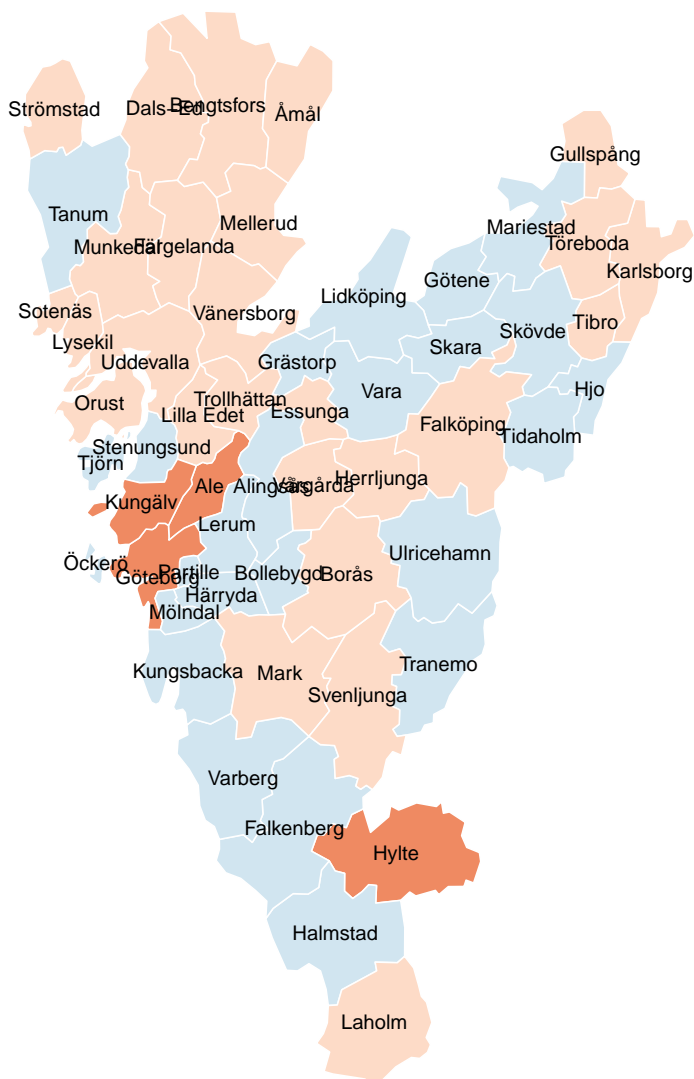
Täckningsgraden är det mest relevanta måttet på vilket skydd som kvinnorna i området har av cellprovstagning. Perioden ska motsvara en screeningomgång med de variationer som kan förekomma med rimliga förseningar i utskick, sommaruppehåll, ombokningar mm. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet ändras det senaste året, eftersom flera års data inkluderas. Täckningsgrad redovisas på församlingsnivå i alla kommuner med mer än 50000 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: Täckningsgraden ligger nu på 83,2%, förra året 83,5%. Halland, Skaraborg och Södra Älvsborg når målvärdet 85%, Halland och Skaraborgs täckningsgrad har ökat. Av regionens 55 kommuner når 28 st (49%) målvärdet, ingen under 70%. I Göteborg ligger församlingarna Kortedala, Angered och Bergsjön kvar på samma nivåer som för 2016, 65,6-73,8%. Församlingen Torslanda-Björlanda som 2015 låg på 87,7% fortsätter att minska, 77,2% 2017. De församlingar i Vgregion som har lägst täckningsgrad har ökat denna under 2017, men Lextorp (Trollhättan) ligger fortfarande under 80%, - 75,9%.

I Hylte, den kommun i Halland som har lägst täckningsgrad, har det skett en förbättring, till 81,4%. Arbetet med att nå alla i Västra sjukvårdsdistriktet fortgår och riktade insatser bör prioriteras.

Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2017–12–31

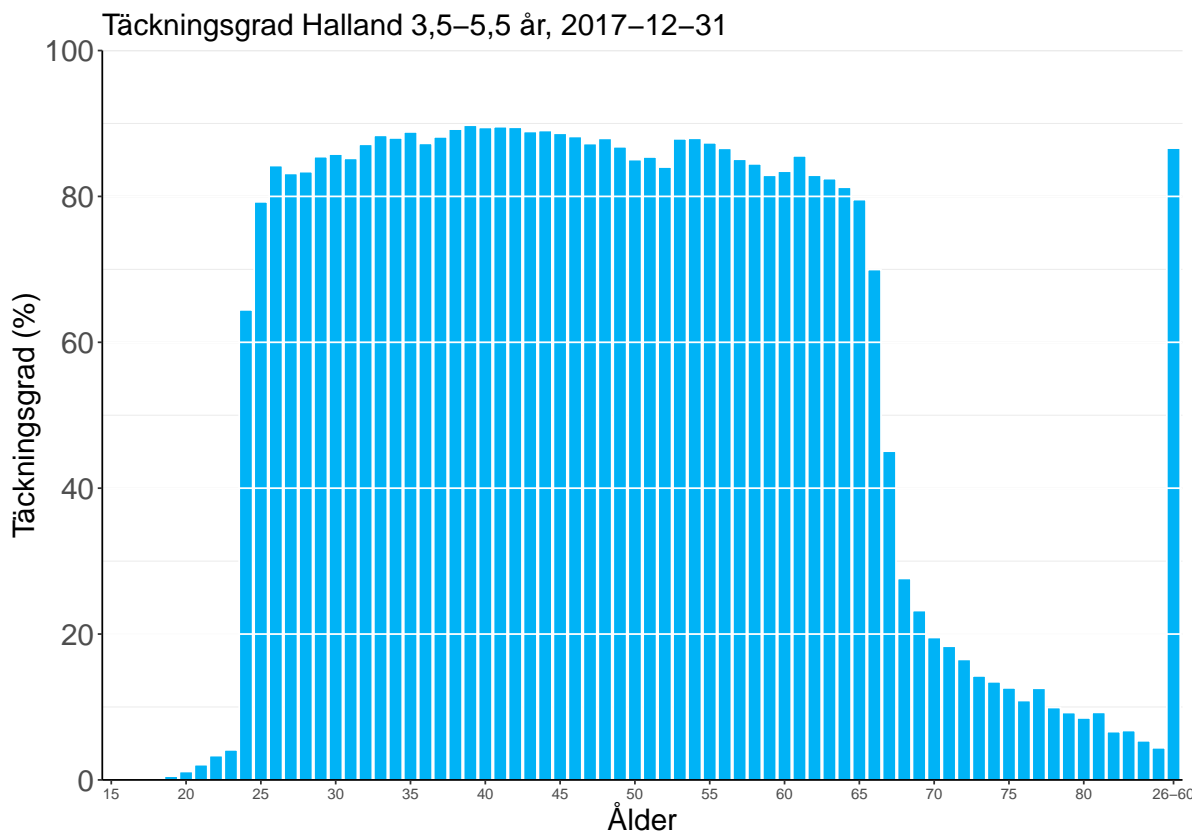
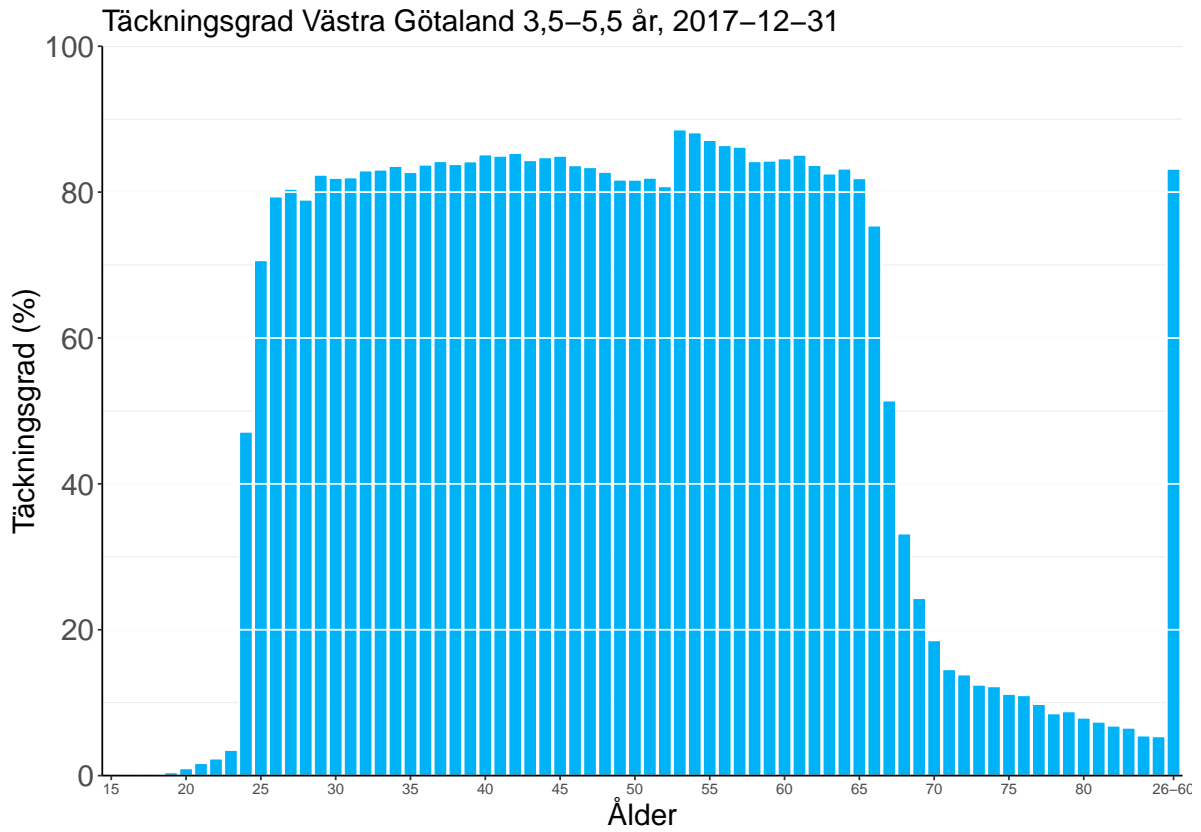


Täckningsgrad 79% – 81% 82% – 85% 86% –

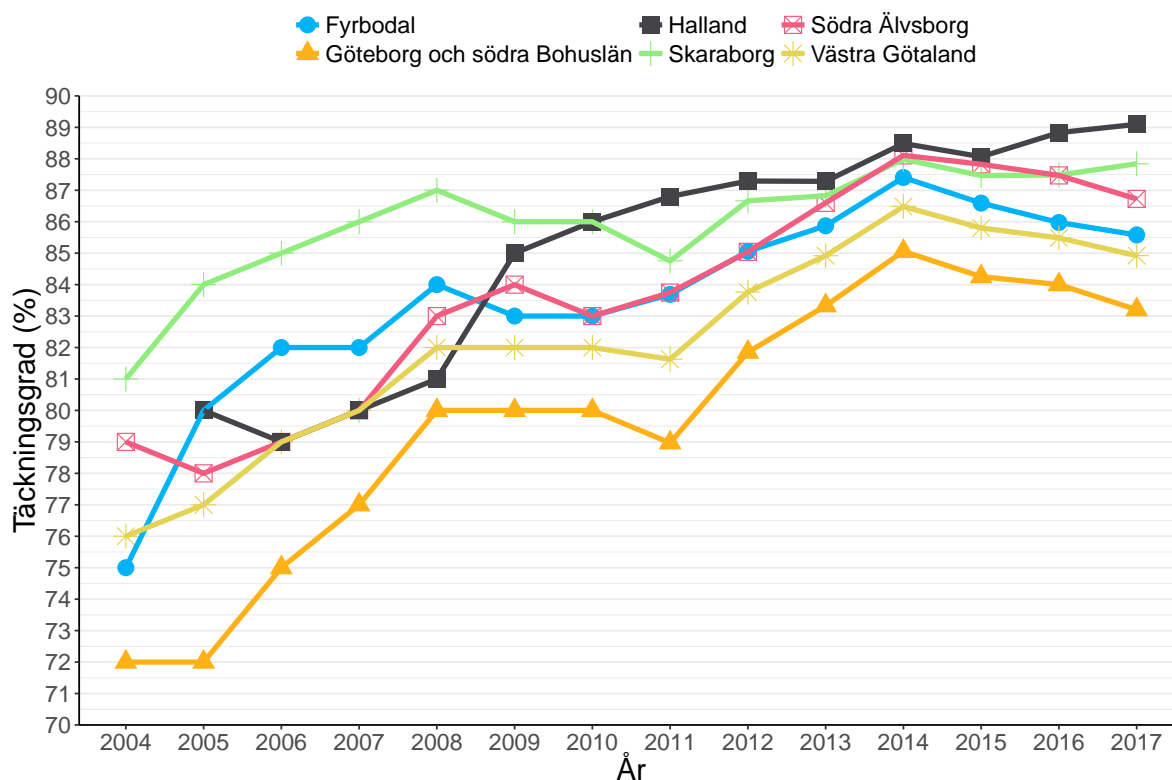
Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Halland	86,6%	89,1%
Skaraborg	86,1%	87,8%
Södra Älvsborg	85%	86,7%
Fyrbodalen	82,9%	85,6%
Göteborg och södra Bohuslän	81,7%	83,2%
Västra Götaland	83,2%	84,9%

Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år
Kungsbacka	89,1%	91,3%
Tranemo	88,8%	88,7%
Härryda	88,6%	90,4%
Tidaholm	88,5%	89,9%
Lidköping	88,1%	89,5%
Götene	87,8%	89,7%
Lerum	87,8%	88,9%
Hjo	87,6%	89,7%
Varberg	87,6%	90,8%
Partille	86,9%	87,5%
Falkenberg	86,8%	89,2%
Skövde	86,8%	87,7%
Öckerö	86,6%	89,6%
Stenungsund	86,6%	88,8%
Ulricehamn	86,5%	88,4%
Mölndal	86,4%	87,4%
Skara	86,3%	87,1%
Grästorp	86,2%	89,2%
Alingsås	86,1%	87,2%
Bollebygd	86%	88,8%
Mariestad	85,9%	88,4%
Vara	85,8%	87,4%
Halmstad	85,6%	87,5%
Tjörn	85,5%	88,2%
Tanum	85,5%	87,2%
Karlsborg	85,2%	87,8%
Falköping	85%	86,1%
Munkedal	84,9%	87,6%

Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år
Essunga	84,6%	86,4%
Svenljunga	84,5%	87%
Borås	84,5%	85,6%
Laholm	84,3%	86,1%
Lysekil	84,2%	86%
Orust	84,2%	87,1%
Gullspång	84,1%	86,3%
Vänersborg	84,1%	85,6%
Herrljunga	84%	86%
Bengtsfors	84%	86,2%
Färgelanda	83,8%	85,8%
Mark	83,8%	85,7%
Dals-Ed	83,2%	83,2%
Tibro	83,2%	85,6%
Töreboda	83,1%	84,6%
Trollhättan	83,1%	84,7%
Strömstad	83,1%	83,2%
Lilla Edet	82,9%	87,4%
Värgårda	82,9%	84,5%
Uddevalla	82,8%	84,3%
Sotenäs	82,4%	82,6%
Mellerud	82,1%	84,4%
Åmål	82%	83,4%
Kungälv	81,5%	86,7%
Hylte	81,4%	83,4%
Göteborg	80,9%	82%
Ale	80,5%	84,2%



Historisk täckningsgrad 4 år, 25–49 år



Täckningsgrad Borås per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Sexdrega, del	90,9%	91,4%
Brämhult	90%	92%
Sandhult	90%	91,8%
Bredared	89%	89,9%
Fristad	88,7%	90,7%
Toarp	88,3%	90,2%
Kinnarumma	86,1%	88,7%
Länghem, del	85,3%	87%
Seglora	83,9%	87,3%
Borås Gustav Adolf	82,7%	83,5%
Borås Caroli	81,5%	82,4%

Täckningsgrad Göteborg per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Älvsborg	89,9%	90,1%
Askim	88,7%	89,5%
Näset	87,7%	88,6%
Styrsö	86,9%	85,5%
Göteborgs Oscar Fredrik	86,1%	87%
Göteborgs Haga	85,9%	86,2%
Härlanda	85,7%	87,5%
Göteborgs Masthugg	85,2%	86,6%
Göteborgs S:t Pauli	85,2%	86,8%
Örgryte	84,4%	83,7%
Nylöse	82,8%	83,4%
Backa	82,6%	83,9%
Björkekärr	82,5%	84,5%
Göteborgs Carl Johan	82,3%	83,7%
Tynnered	82,2%	81,8%
Lundby	82,2%	83,6%
Högsbo	82,2%	83,8%
Tuve-Säve	81,1%	80,6%
Göteborgs Johanneberg	80,7%	81,1%
Göteborgs Vasa	80,3%	81,3%
Domkyrkoförs. i Göteborg	80%	83,1%
Västra Frölunda	78,4%	78,6%
Göteborgs Annedal	78%	81,5%
Torslanda-Björlanda	77,2%	79,1%
Kortedala	73,8%	75,8%
Angered	71,8%	72,4%
Bergsjön	65,6%	66,7%

Täckningsgrad Skövde per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Sventorp-Forsby	91,1%	92,3%
Frösve	90,6%	91,6%
Skultorp	89,4%	92%
Värsås-Varola-Vreten	88,3%	92,2%
Berg	87,4%	88,7%
Väring	86,6%	86,8%
Skövde	86%	86,7%
Götlunda	82,5%	83,3%

Täckningsgrad Halmstad per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
S:t Nikolai	91,7%	93,4%
Harplinge	89,7%	91,7%
Söndrum-Vapnö	89,6%	91,4%
Steninge	88,7%	94,6%
Enslöv	87,9%	90,2%
Snöstorp	84,6%	87,5%
Martin Luther	84,6%	86,3%
Slättåkra-Kvibille	83,8%	85,4%
Getinge-Rävinge	83,6%	86,2%
Oskarström	82,9%	84,7%

Täckningsgrad Kungsbacka per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Kullavik	91,1%	91,4%
Älvsåker	90,2%	93,7%
Onsala	90,1%	92,7%
Släp	90%	92,6%
Tölö	89,8%	92,6%
Landa	88,8%	91%
Ölmevalla	88,4%	89,8%
Gällinge	87,9%	90,4%
Kungsbacka-Hanhals	87,2%	89,6%
Fjärås-Förlanda	86,4%	89,1%
Frillesås	85,6%	89,8%
Idala	85,1%	91,3%

Täckningsgrad Mölndal per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Lindome	89,8%	90,5%
Stensjön	87,3%	88,1%
Källered	85,4%	87,9%
Fässberg	85,1%	86%

Täckningsgrad Trollhättan per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Gärdhem	89,3%	91,4%
Fors-Rommele	86,3%	88,5%
Götalunden	85,3%	87,4%
Åsaka-Björke	85,2%	88%
Trollhättan	84,9%	86,7%
Upphärad	82,7%	86,6%
Bjärke, del	82,1%	87%
Lextorp	75,9%	77%

Täckningsgrad Uddevalla per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Herrestad	87,7%	90%
Bokenäset	85,8%	89,5%
Lane-Ryr	85,2%	87,7%
Ljungskile	83%	84%
Bäve	80,1%	81,5%

Täckningsgrad Varberg per församling 2017-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Lindberga	91,2%	93,5%
Spannarp	90,4%	94,8%
Tvååker	89%	92,1%
Värö-Strävalla	87,5%	90,5%
Himledalen	86,7%	90,9%
Träslöv	86,6%	90%
Sibbarp-Dagsås	86,3%	86,9%
Veddige-Kungsäter	84,8%	88,9%

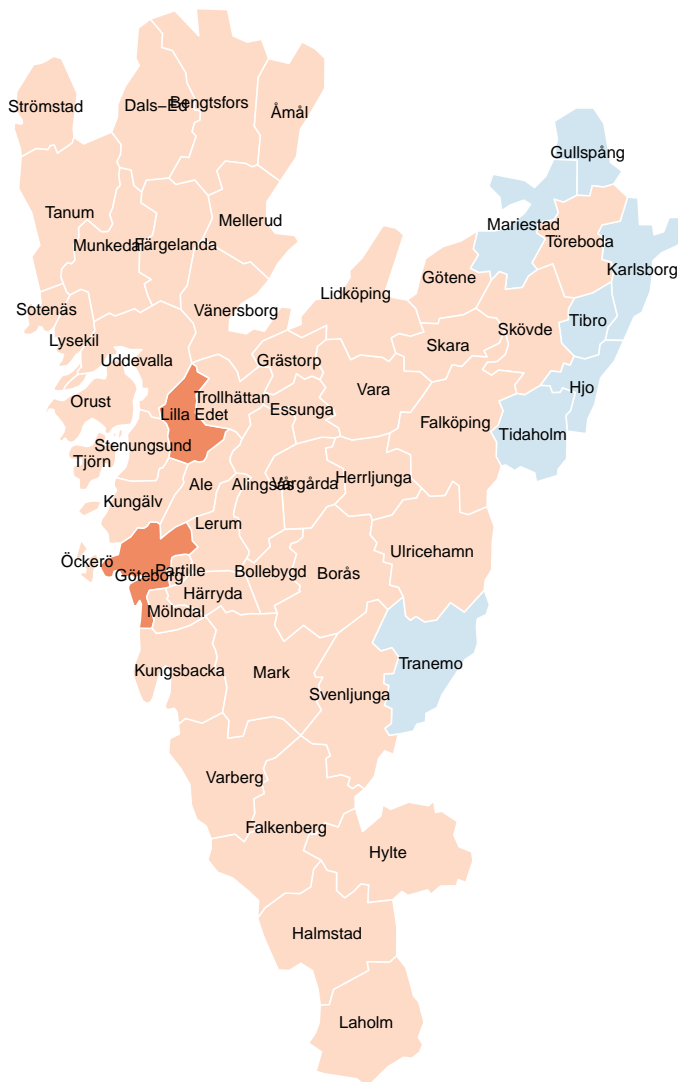
4 Deltagande efter inbjudan

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: Deltagande efter inbjudan fortsätter att minska något utom i Halland och Göteborg och Bohuslän där man ligger på samma nivåer som tidigare. Vid uteblivande upprepas inbjudan årligen upp till 5 år. Efter 3 kallelser har deltagandet stigit till 38%, jfr med 20% 2016.

Arbetet med att nå alla i Västra sjukvårdsdistriktet fortgår och riktade insatser bör prioriteras.

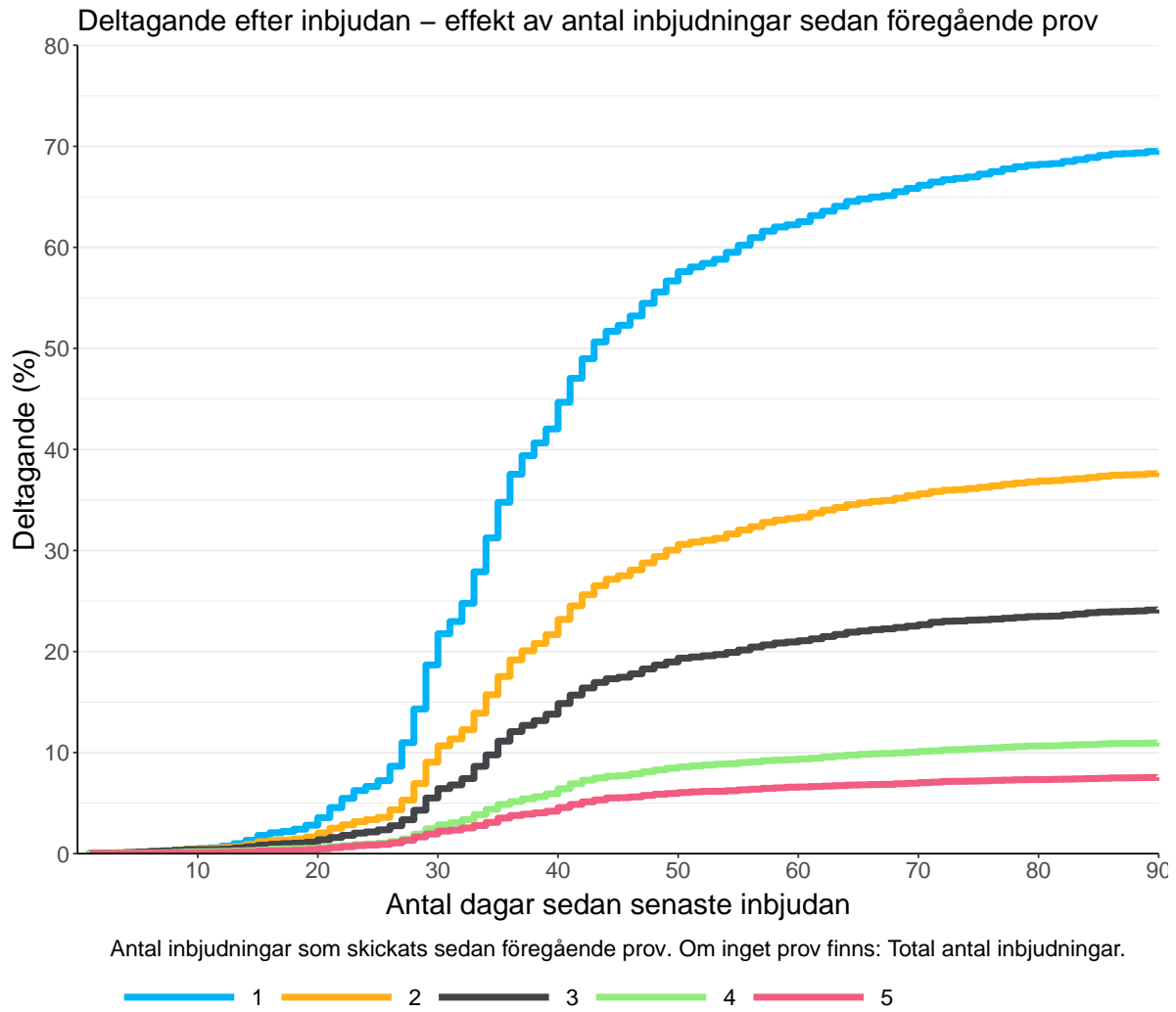
Deltagande efter inbjudan. 2017



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

Område	Deltagande
Skaraborg	58%
Halland	57%
Södra Älvsborg	56%
Fyrbodal	54%
Göteborg och södra Bohuslän	50%
Västra Götaland	53%

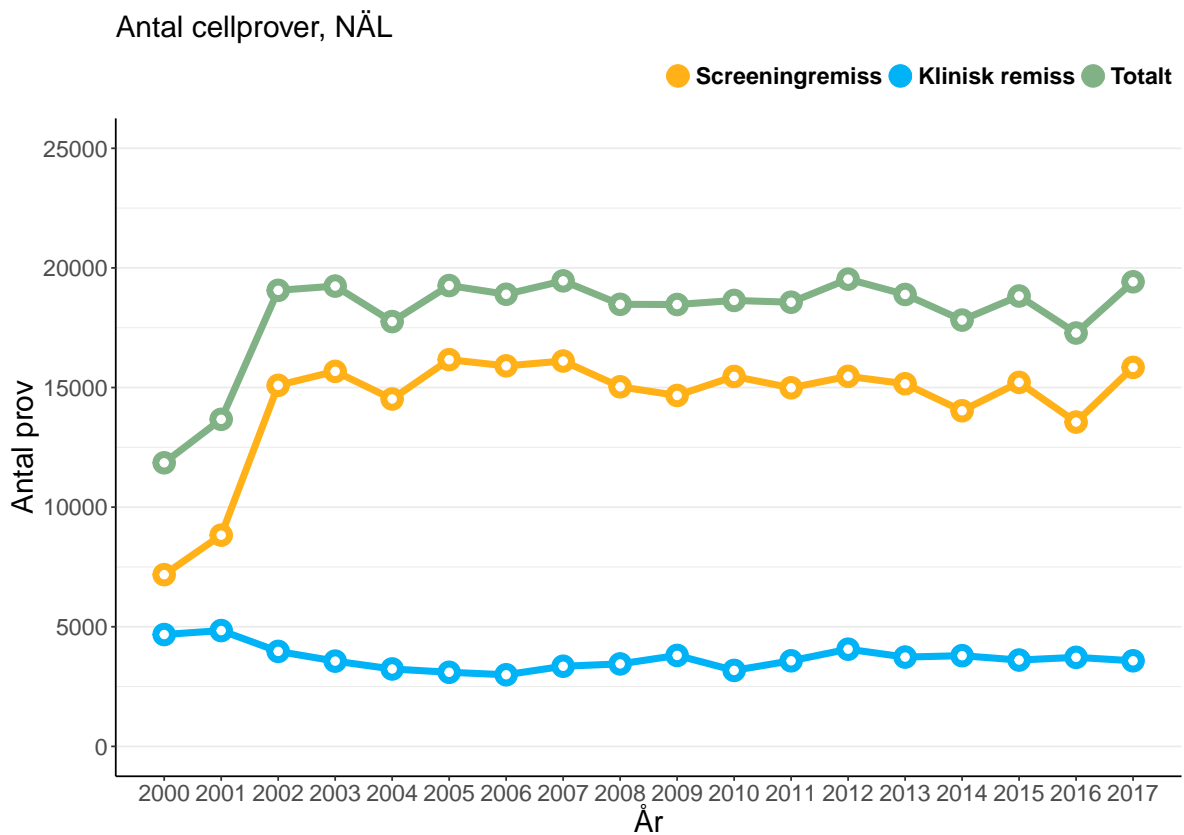
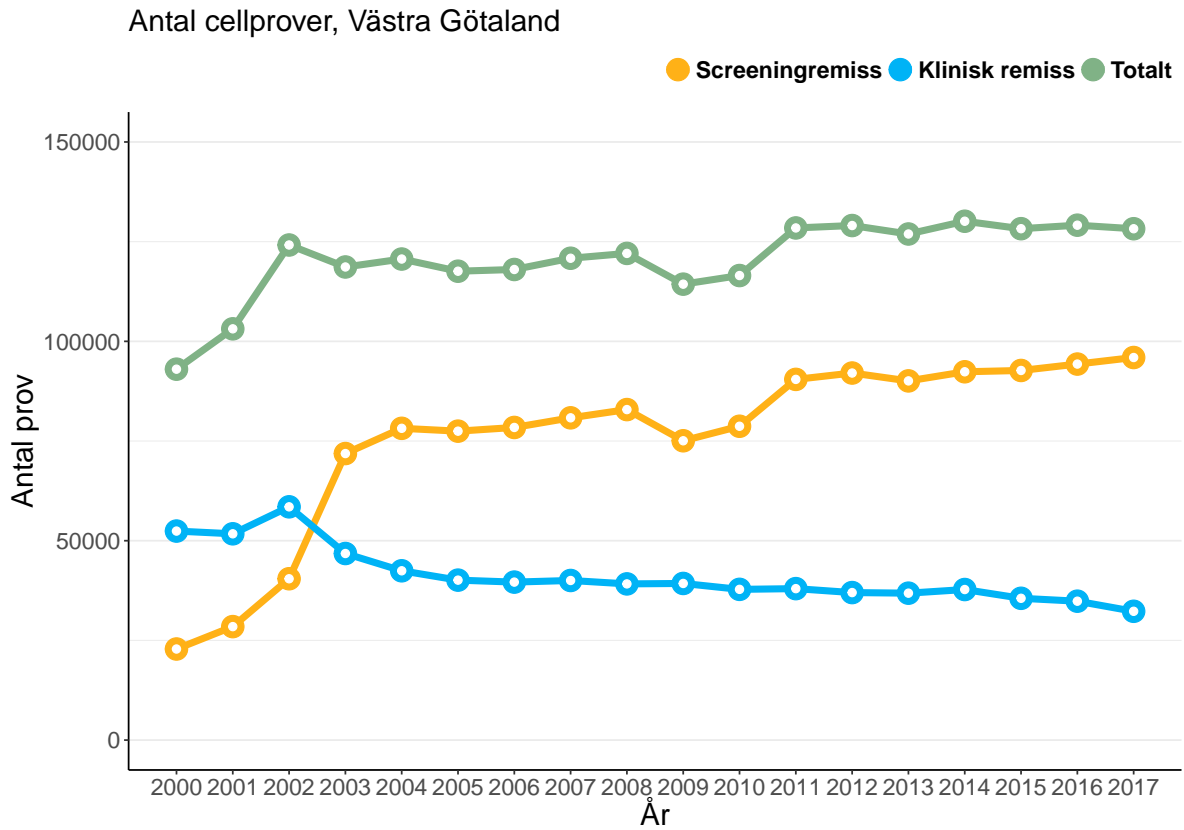
Kommun	Deltagande	Kommun	Deltagande
Hjo	63%	Kungälv	56%
Tranemo	63%	Mellerud	56%
Mariestad	63%	Skövde	56%
Tibro	62%	Munkedal	56%
Karlsborg	61%	Tanum	55%
Tidaholm	61%	Stenungsund	55%
Gullspång	60%	Varberg	55%
Grästorp	59%	Åmål	55%
Ulricehamn	59%	Svenljunga	55%
Skara	59%	Falköping	55%
Götene	59%	Falkenberg	55%
Lidköping	59%	Uddevalla	55%
Lerum	59%	Värgårda	55%
Sotenäs	59%	Härryda	54%
Kungsbacka	59%	Borås	54%
Laholm	58%	Bengtsfors	54%
Vara	58%	Färgelanda	53%
Alingsås	58%	Tjörn	53%
Mölnadal	57%	Trollhättan	53%
Hylte	57%	Dals-Ed	53%
Lysekil	57%	Ale	52%
Orust	57%	Essunga	52%
Öckerö	56%	Töreboda	52%
Bollebygd	56%	Herrljunga	51%
Vänersborg	56%	Strömstad	50%
Halmstad	56%	Göteborg	48%
Mark	56%	Lilla Edet	46%
Partille	56%		



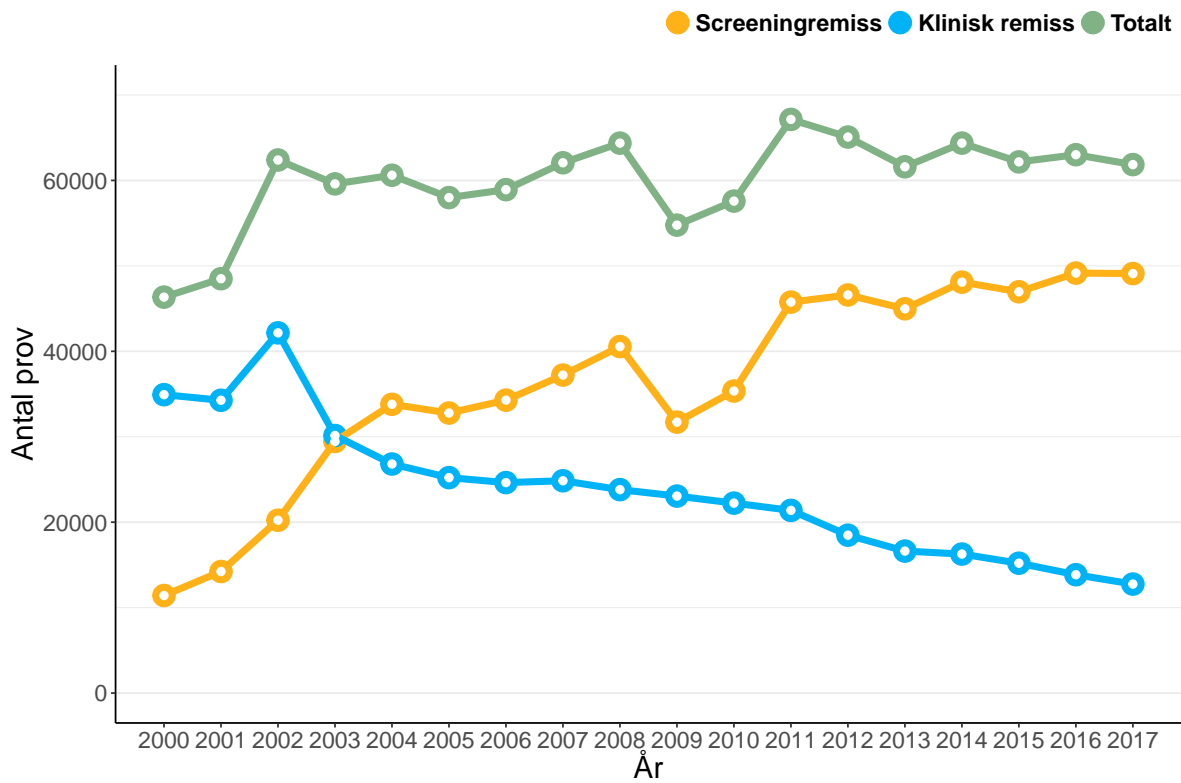
5 Antal cellprover

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

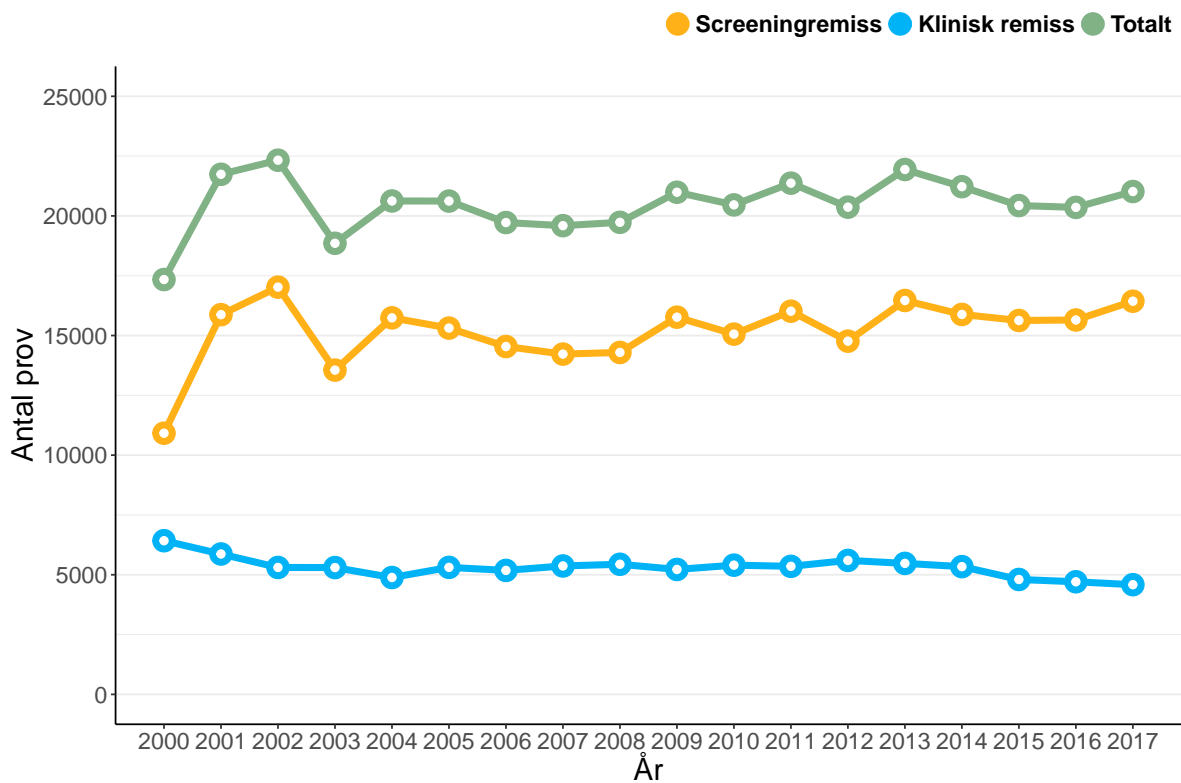
Kommentar: Unilabs Skövde analyserar prover från flera kopplade mottagningar i regionen vilket förklarar den högre andelen indicerade prover jfr med andra laboratorier.



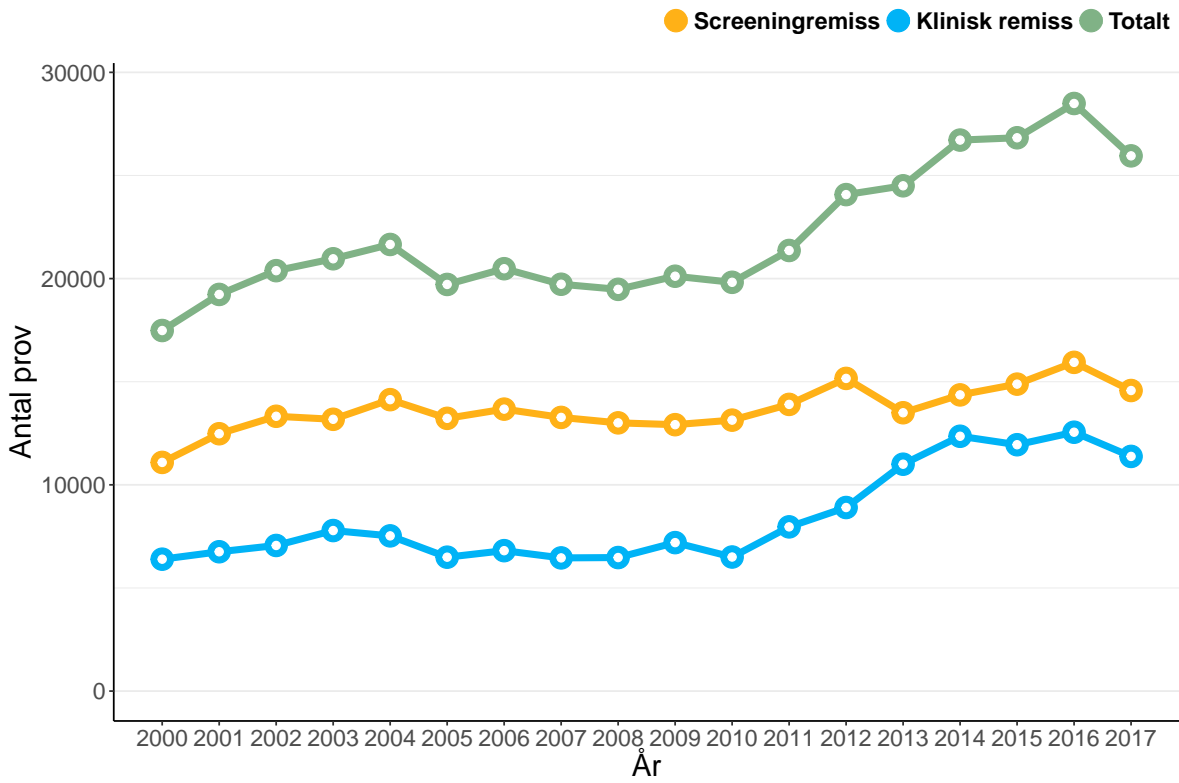
Antal cellprover, SU



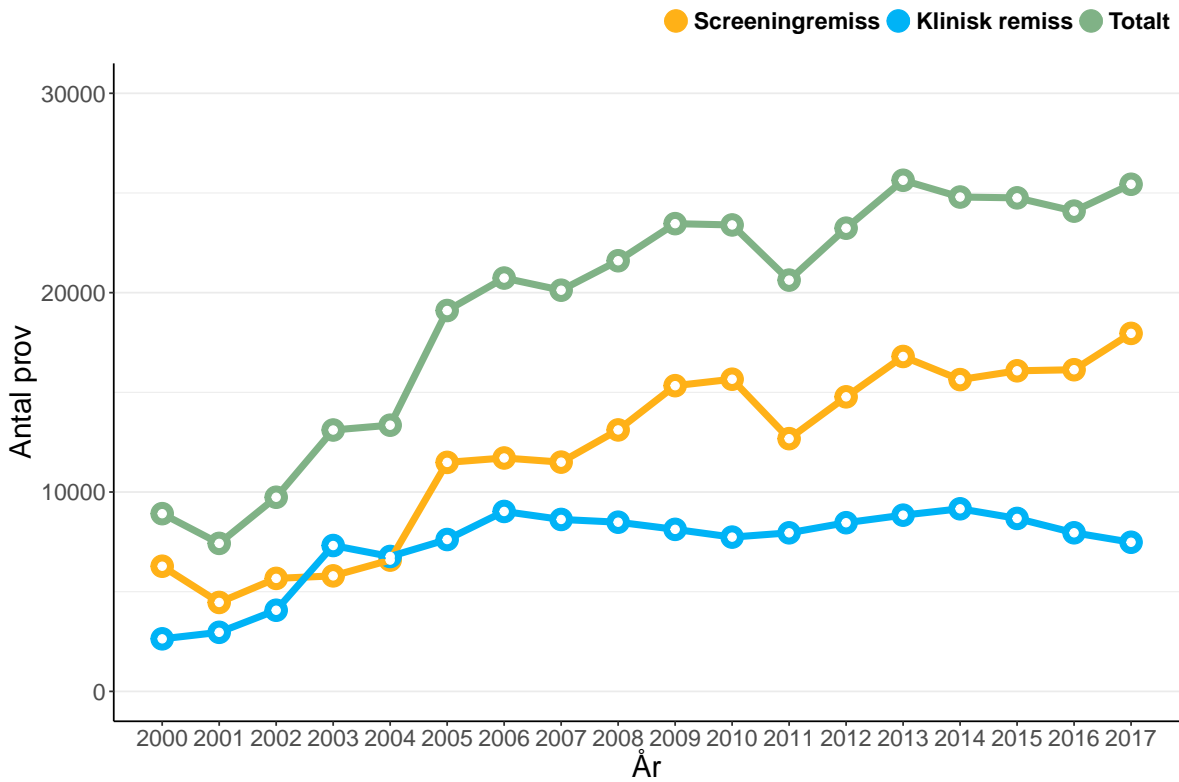
Antal cellprover, Borås



Antal cellprover, Skövde



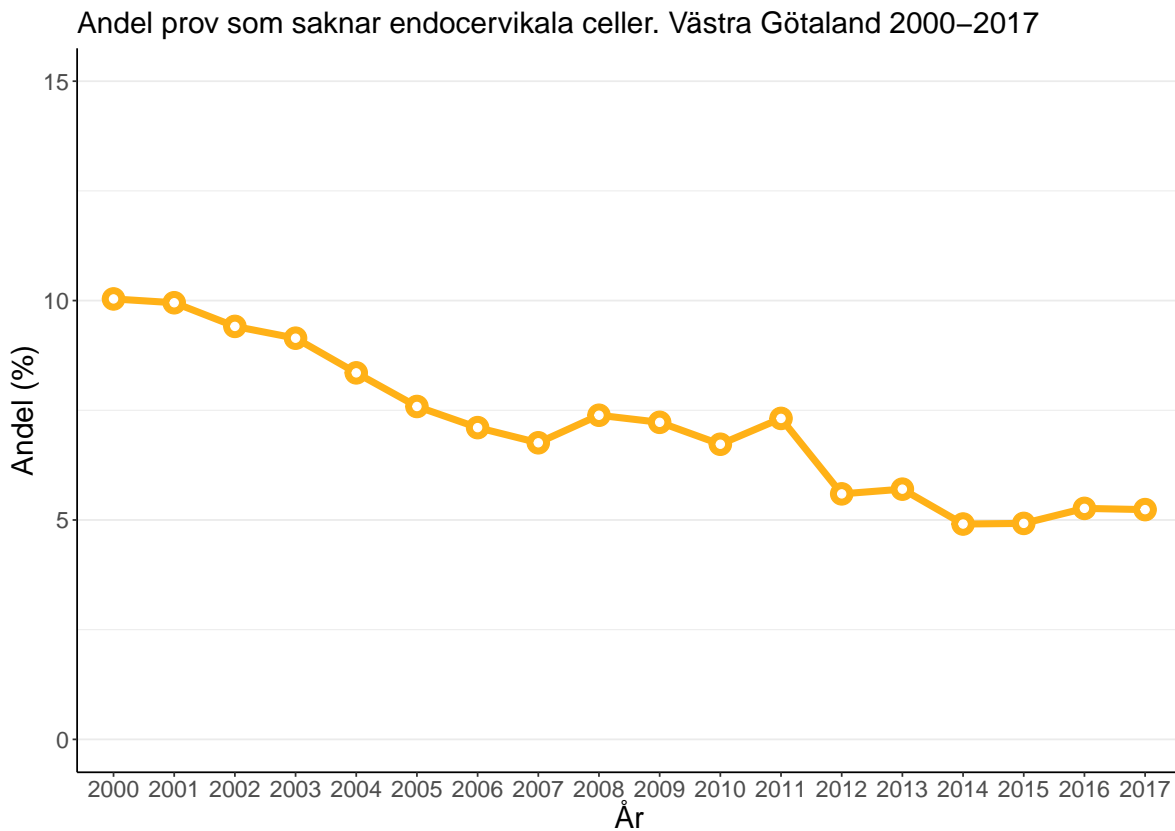
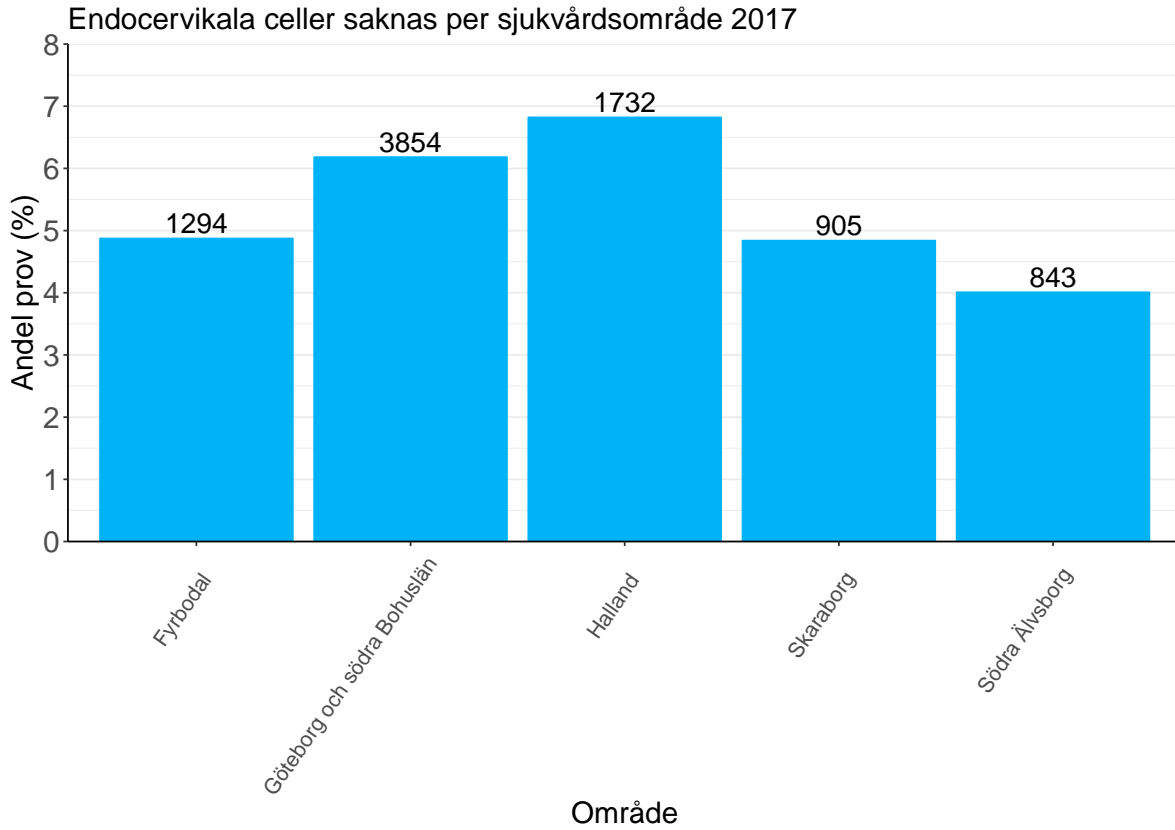
Antal cellprover, Halmstad



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: Fyrbodal och Södra Älvsborg ligger som tidigare under 5%. Skaraborg som 2016 låg på över 7% har nu också kommit ned under 5%. Halland och Göteborg och Bohuslän ligger över 6%. Återkoppling till mottagningar som har höga nivåer har skett under våren med information om webb-utbildning med instruktionsfilm om provtagning och hantering.

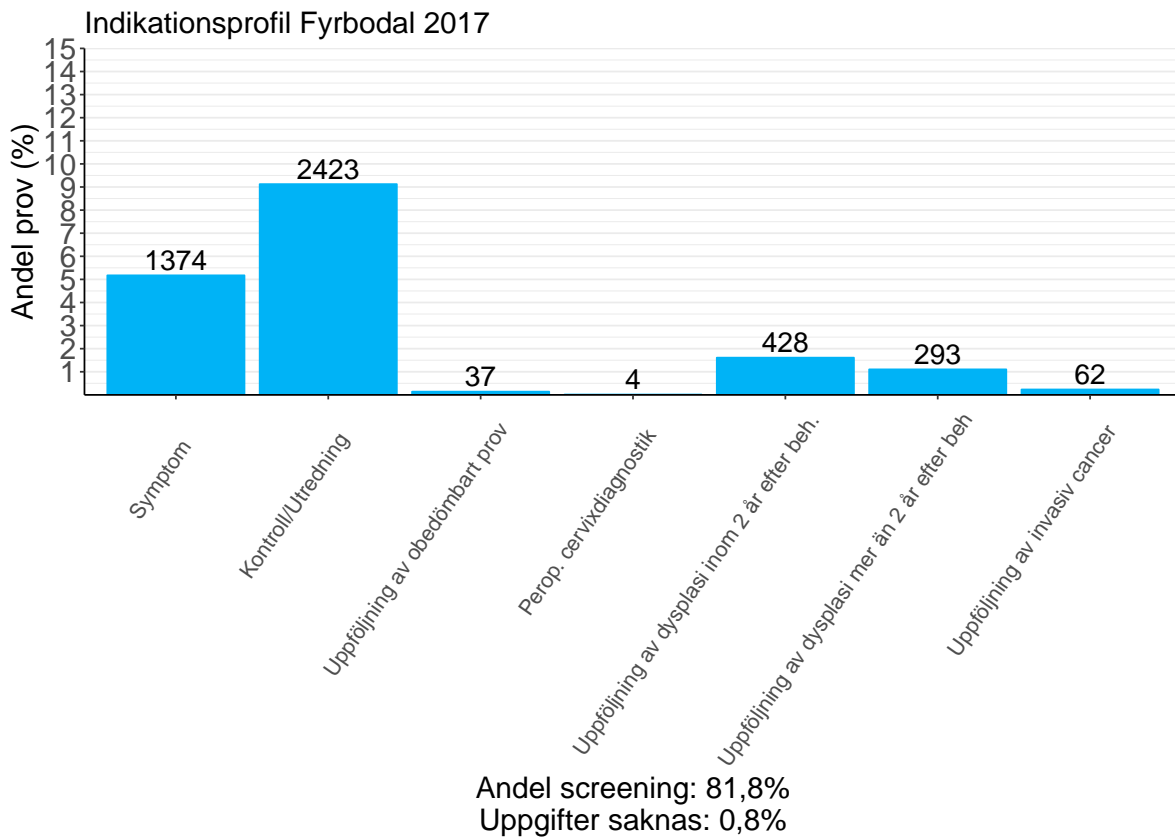
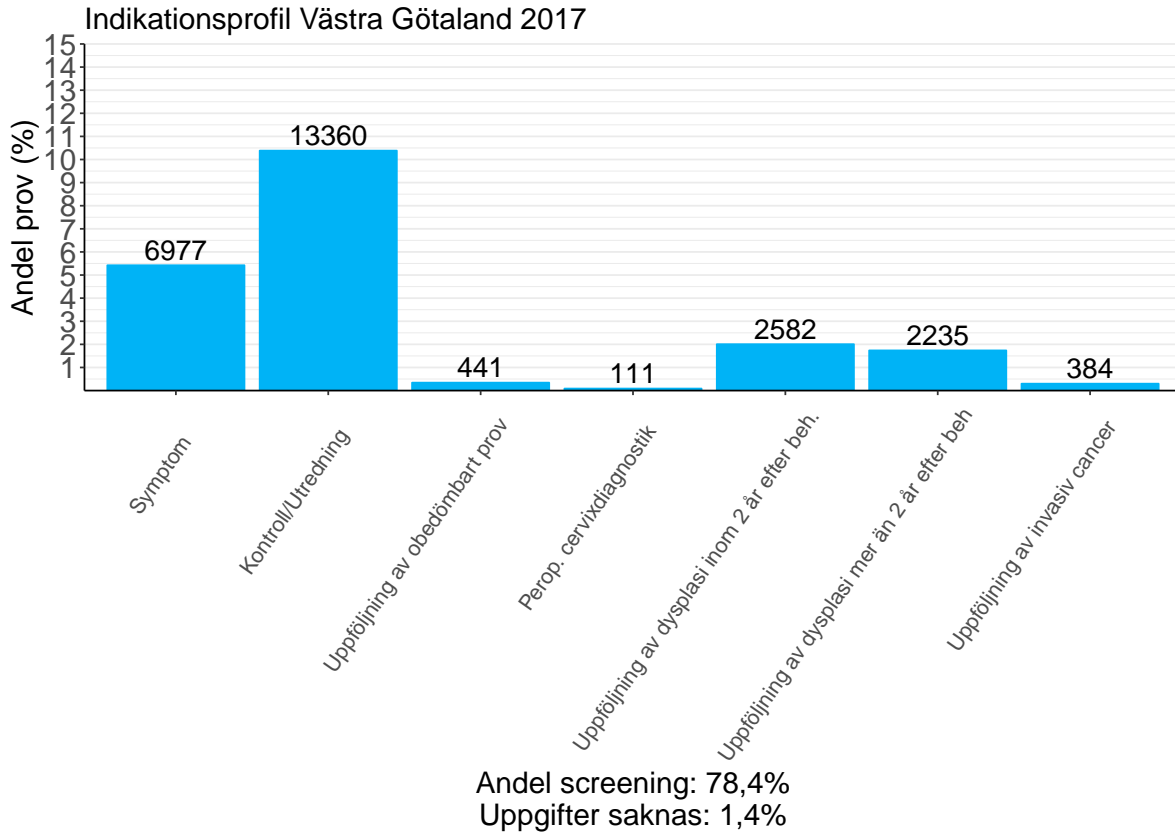


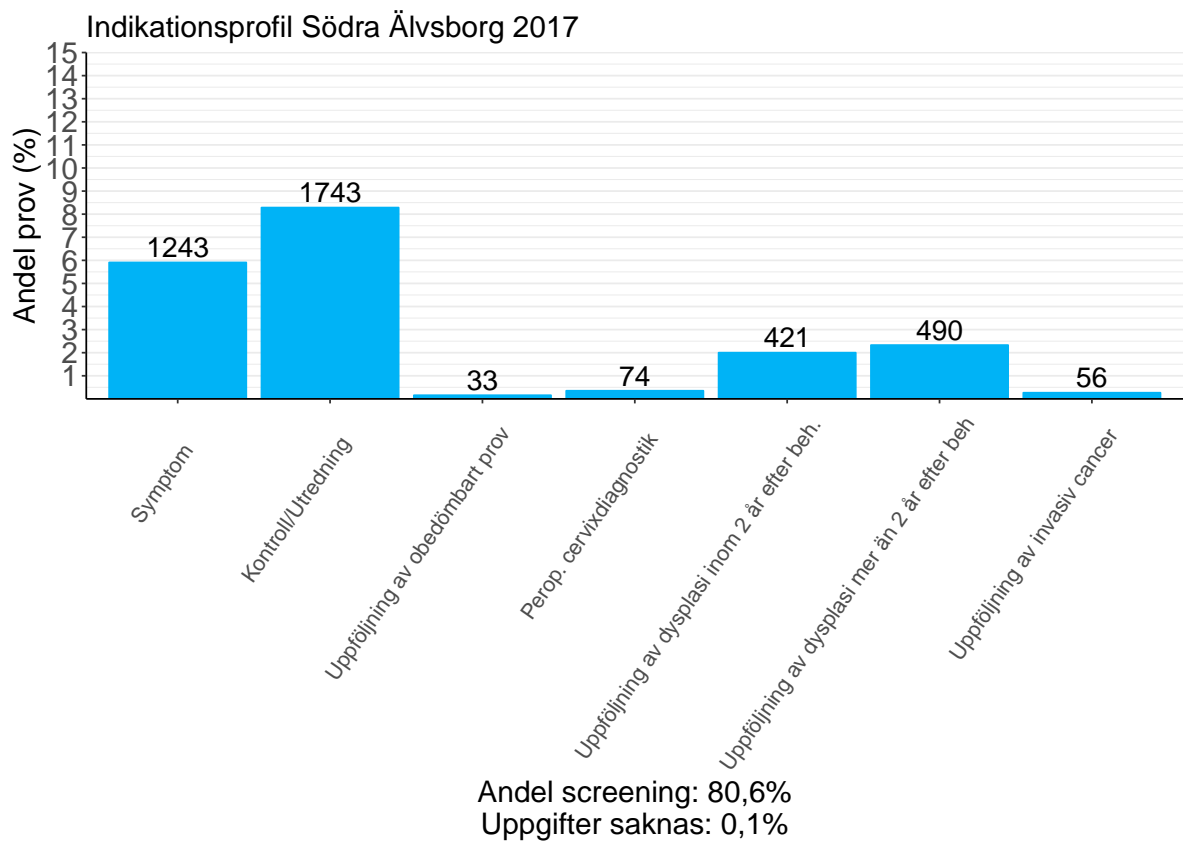
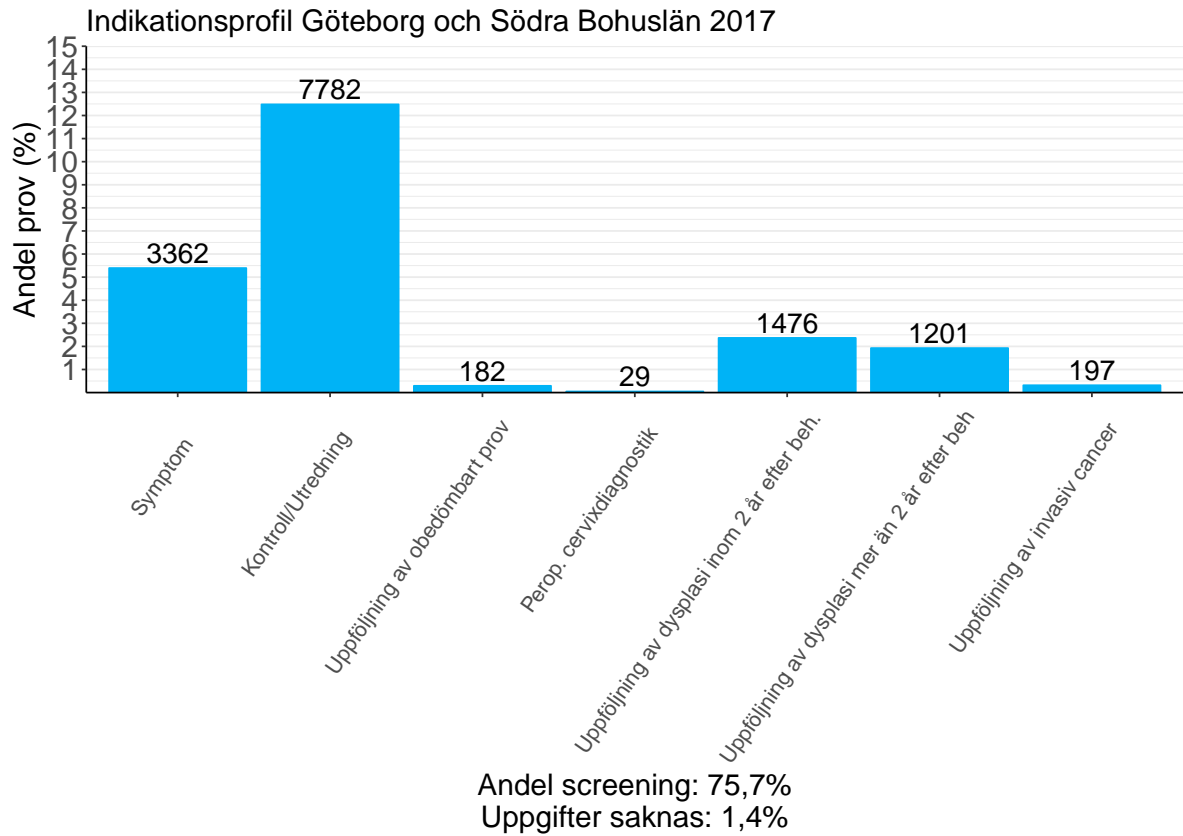
7 Indikationsprofil cytologprov

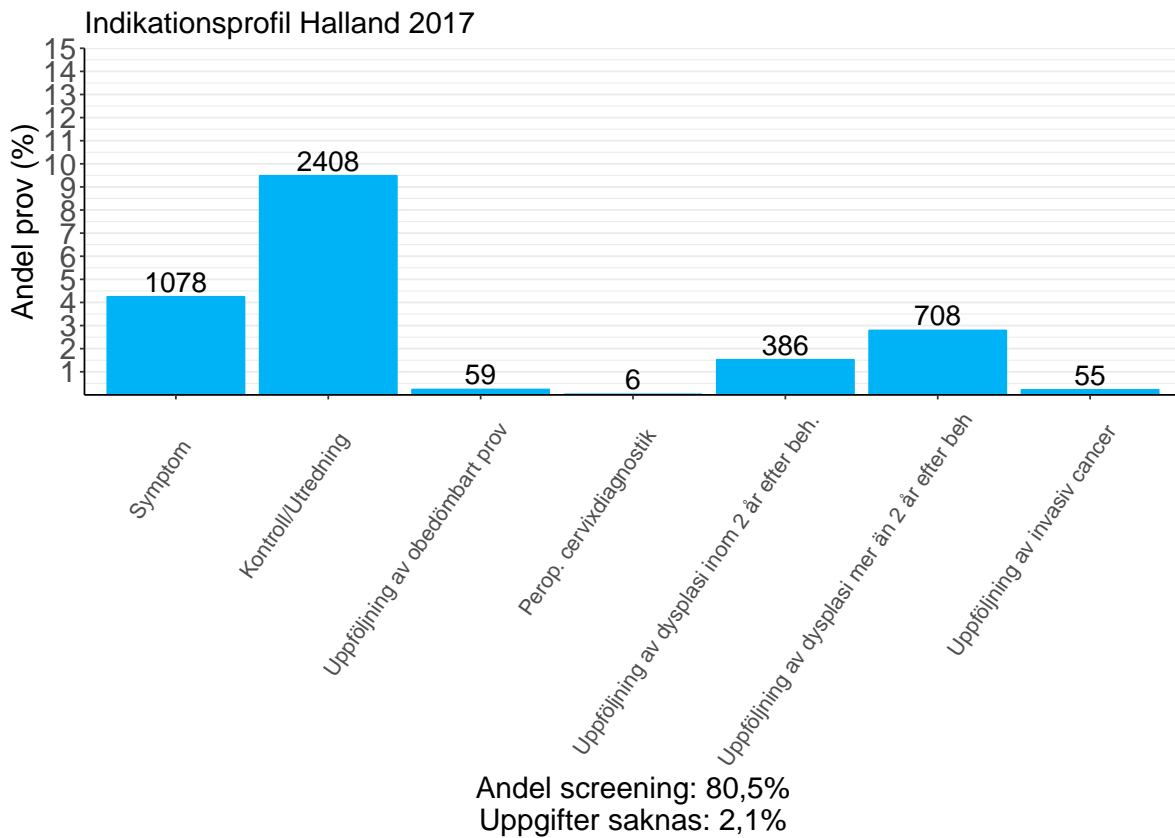
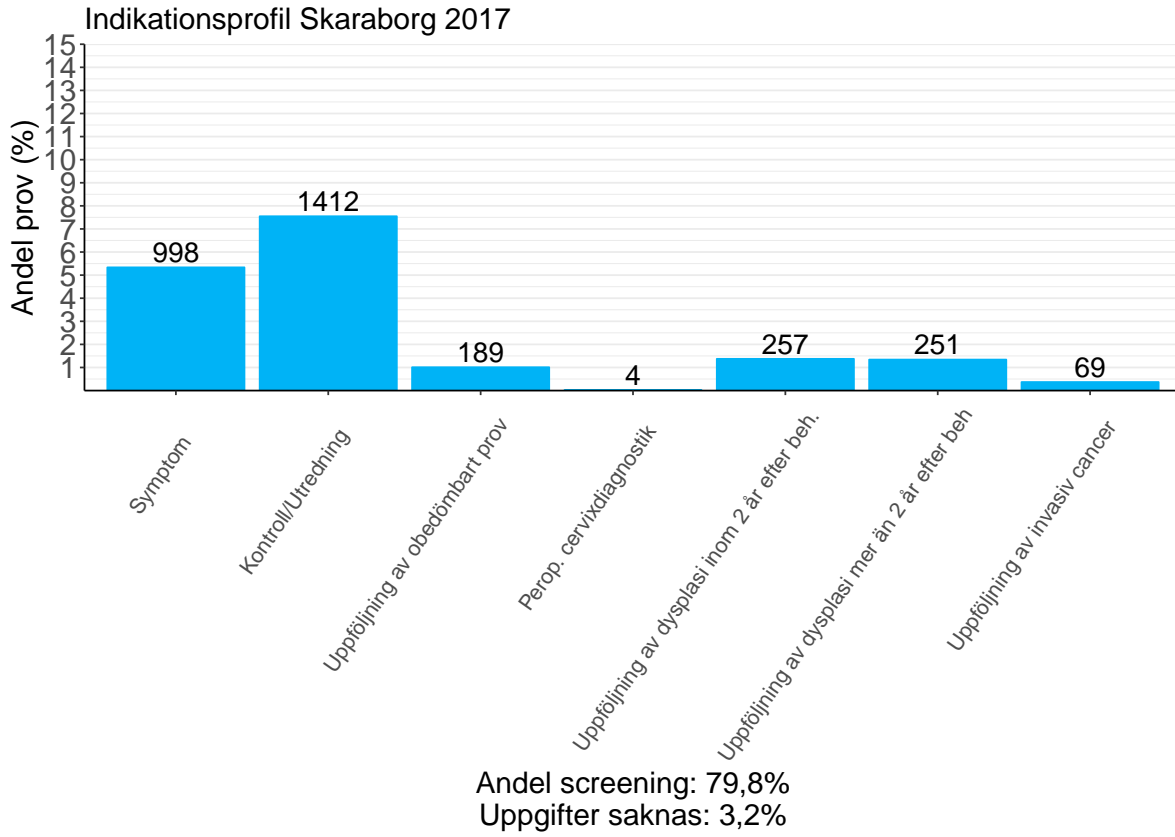
Indikationsprofil är beräknad utifrån uppgifter på remissblanketterna och den geografiska uppdelningen i redovisningen är baserad på var den provtagande mottagningen är belägen.

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

Kommentar: Andelen screeningprover ökar, från 77,2% till 78,4%. Peroperativt cytologprov fortsätter att minska från 241 till 111. Anmärkningsvärt är att antalet prover har ökat på SÄS från 54 till 74 . Peroperativ cervixcytologi ingår inte i vårdprogram.



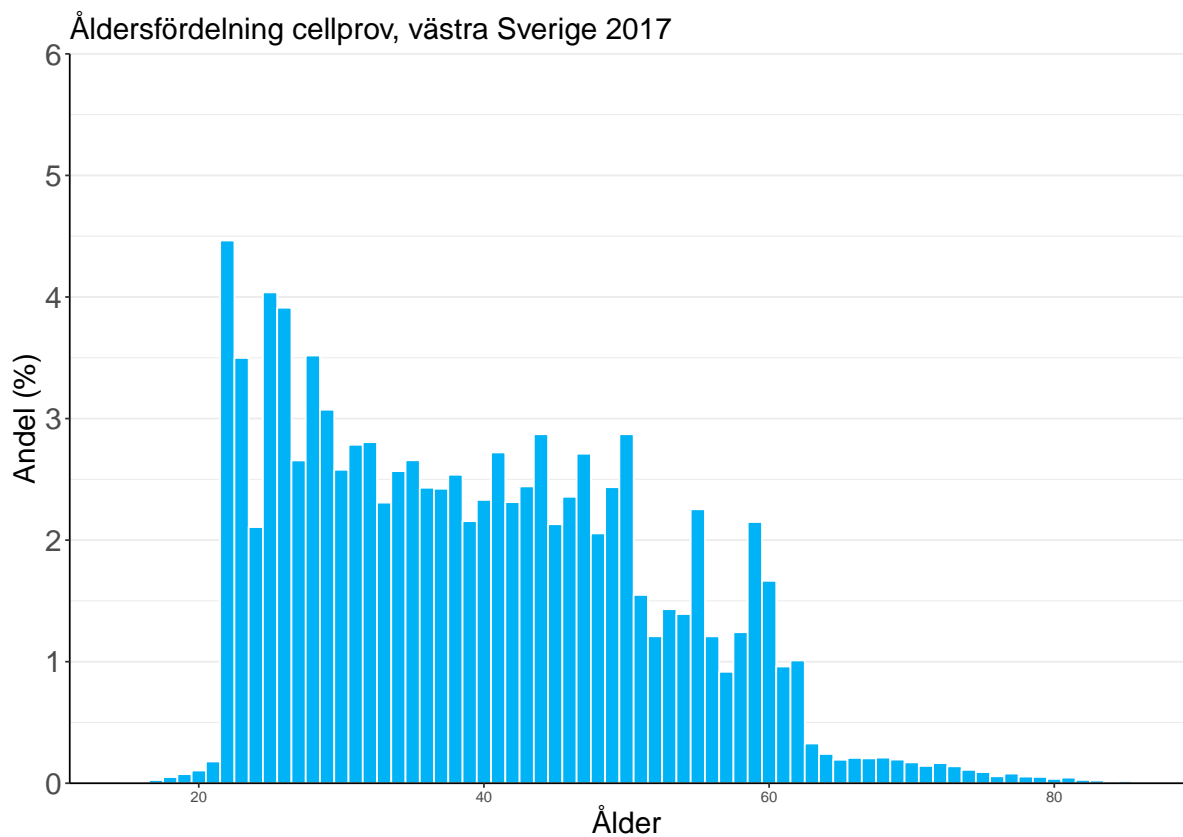




8 Åldersfördelning cellprov

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 kompletterande screening upp till 3 månader innan de skulle kallas.

Kommentar: Allt fler cellprov kommer att tas hos kvinnor äldre än 60 år beroende nytt vårdprogram samt att uppföljning efter behandling för högradiga förändringar är livslång

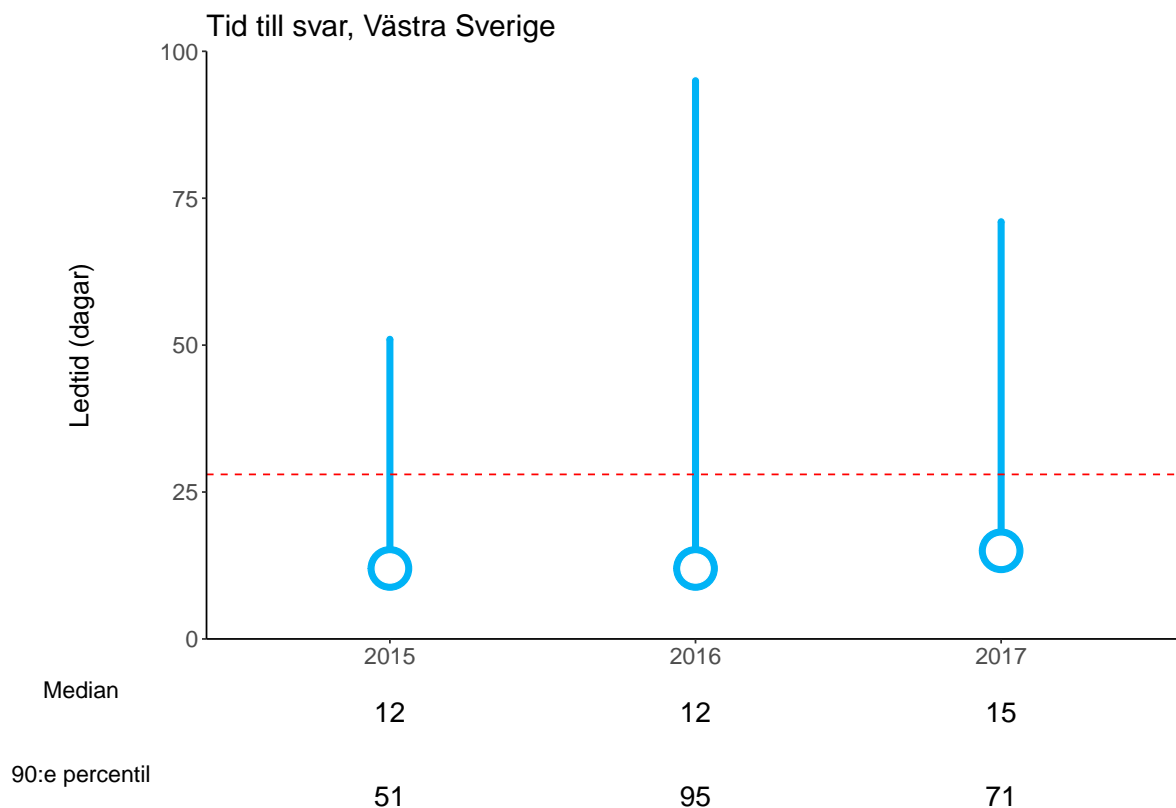


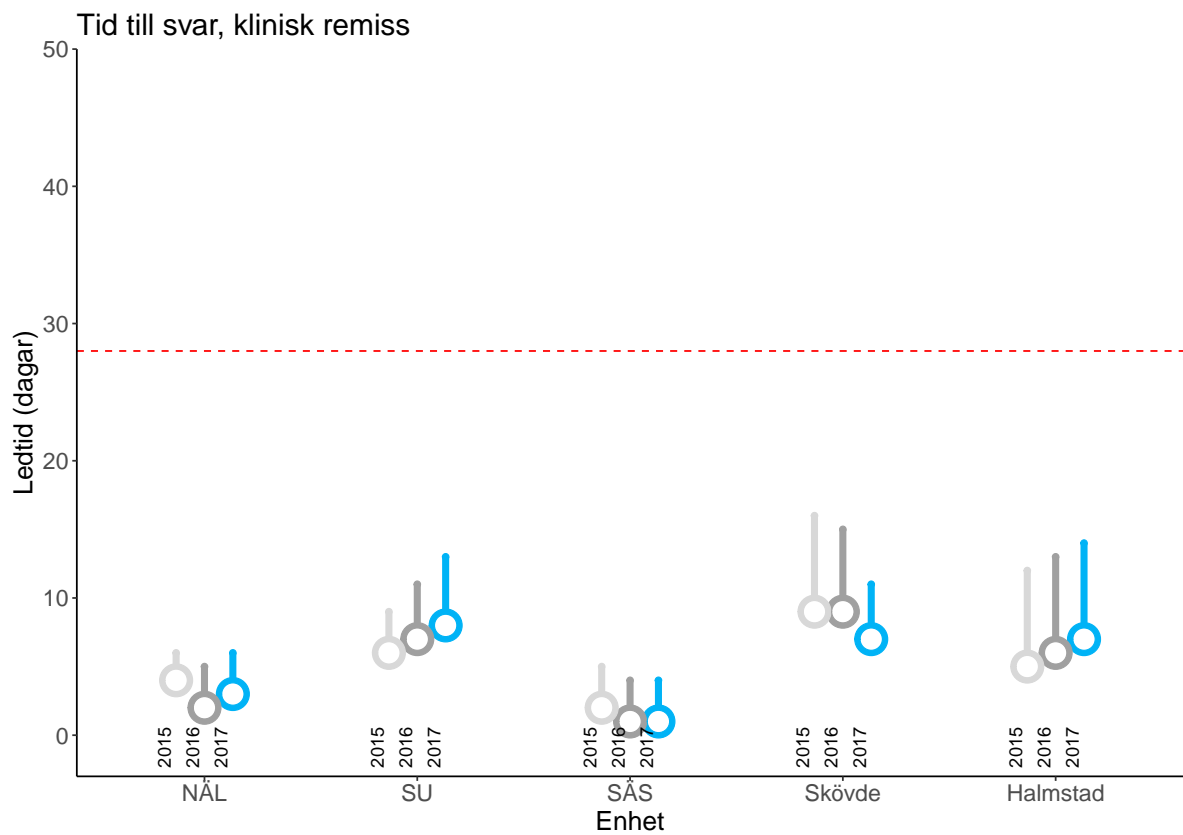
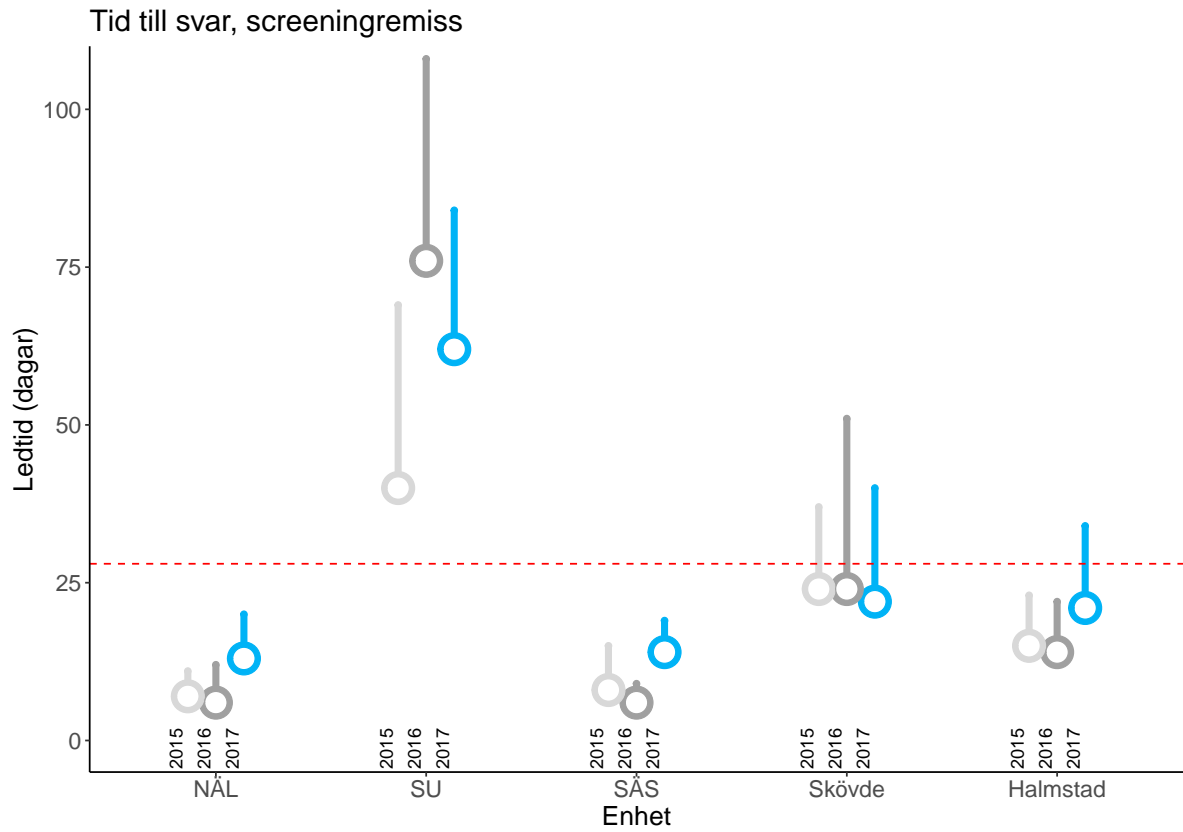
9 Tid till svar

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: Förhoppningsvis har trenden med allt längre svarstider brutits för SU och Unilabs Skövde, även om man för SU's del har långt kvar till nationella riktvärde att 90% skall ha svar inom 28 dagar. För NÄL, SÄS och Halmstad finns en ökning av svarstiderna, men alla utom Halmstad klarar riktvärdet. För klinisk remiss svarar lab ut inom 15 dagar för 90% av proverna. Arbete på laboratorierna pågår för att minska svarstiderna.





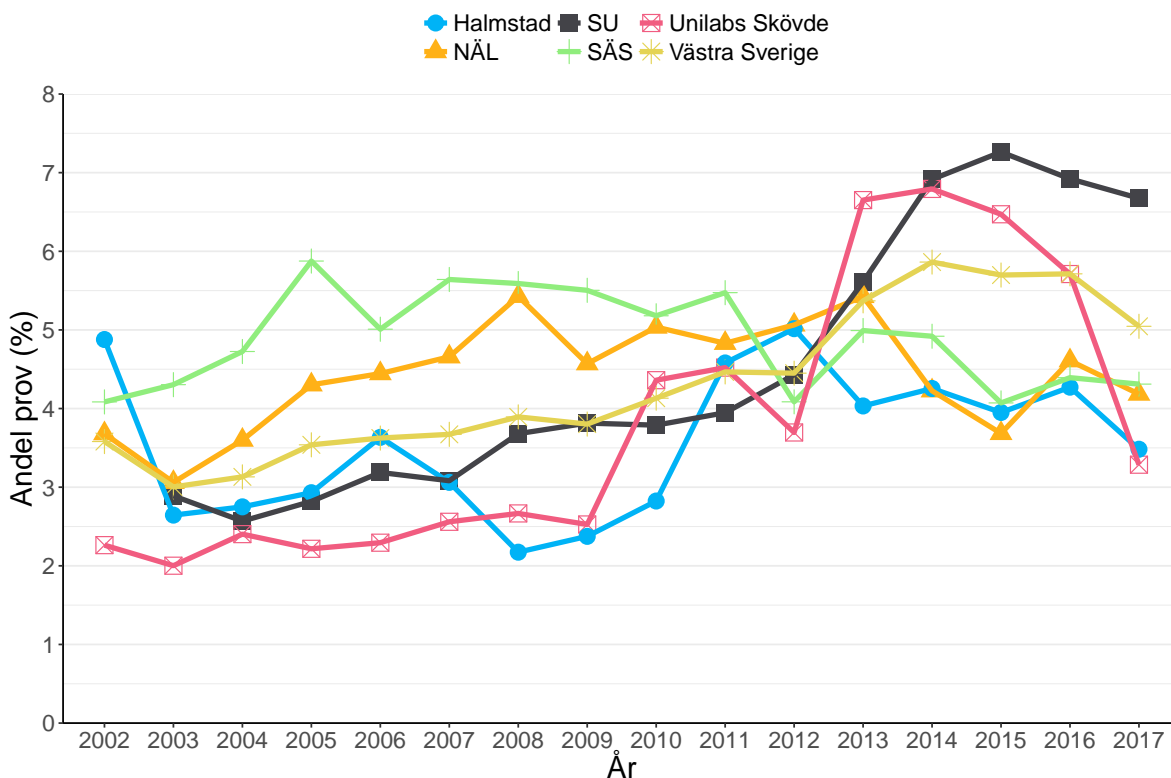
10 Andel icke-normala cellprover

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.

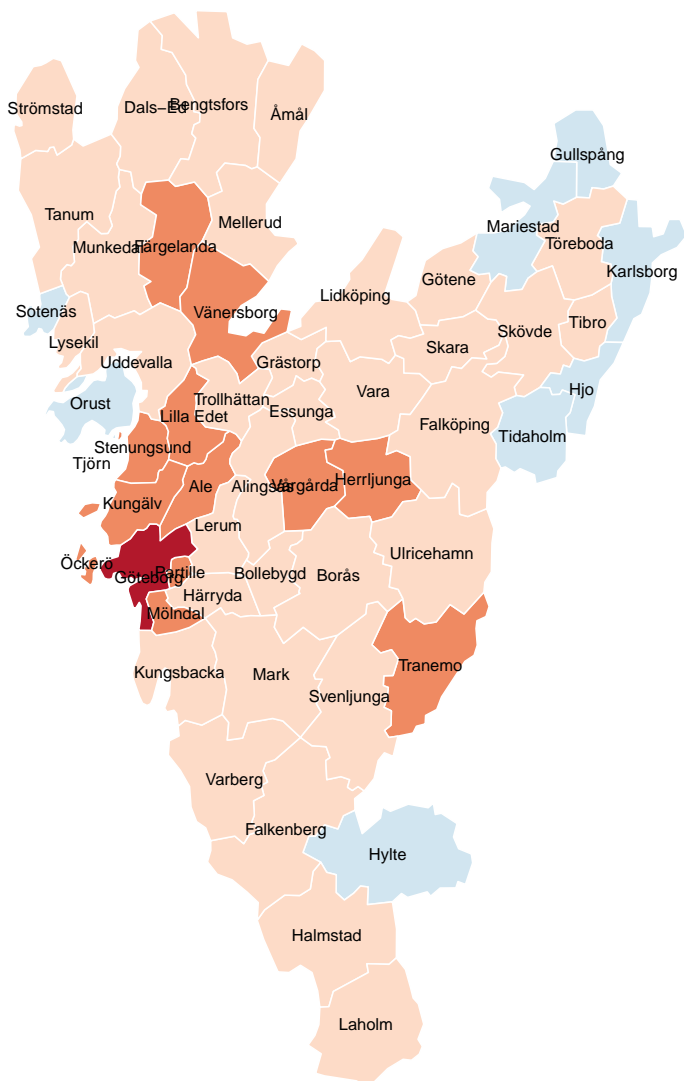
Diagram, karta och tabeller visar proverna i organiserad screening. Detta ger en jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I Cytburkens statistikmodul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

Kommentar: Trenden med ökning av antalet avvikande prover får nu bedömas att ha avstannat. Första kohorterna som är vaccinerade i enlighet med vaccinationsprogrammet har börjat ta cellprov och kan vara en del av förklaringen. Antal avvikande prover hos Unilabs Skövde har minskat och ligger nu på samma nivåer som Halmstad, NÄL, och SÄS. Orsak? Sahlgrenska laboratoriet ligger kvar på en högre nivå, men den tidigare observerade ökningen har nu stannat upp.

Icke-normala cellprover inom screening per sjukvårdsområde 2002–2017



Andel icke-normala cellprover inom screening 2017

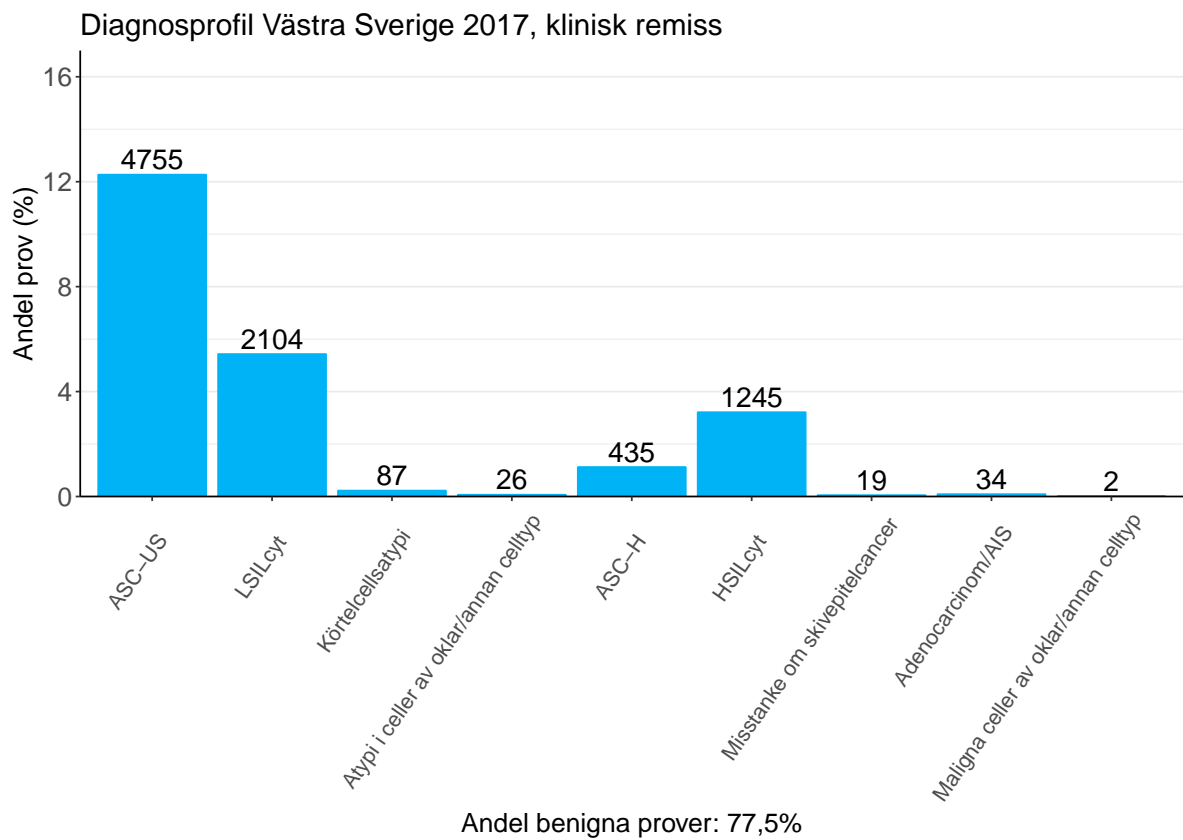
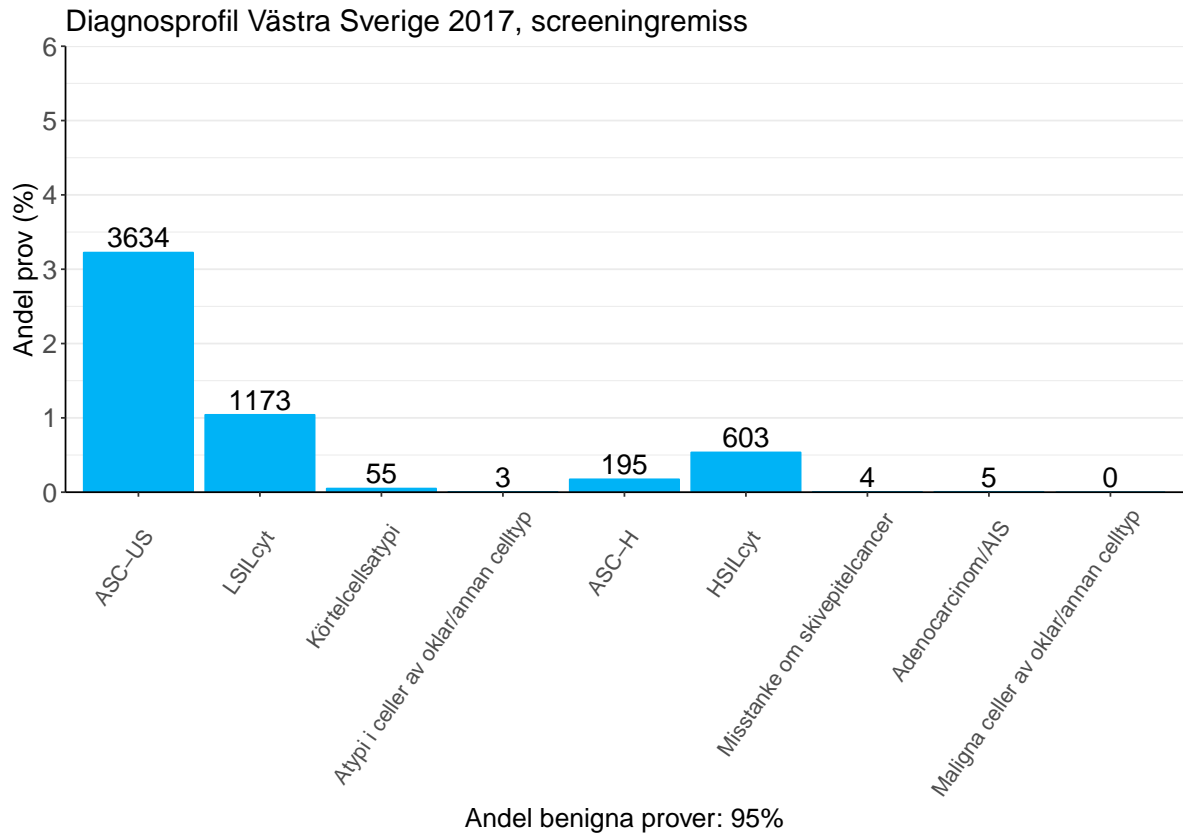


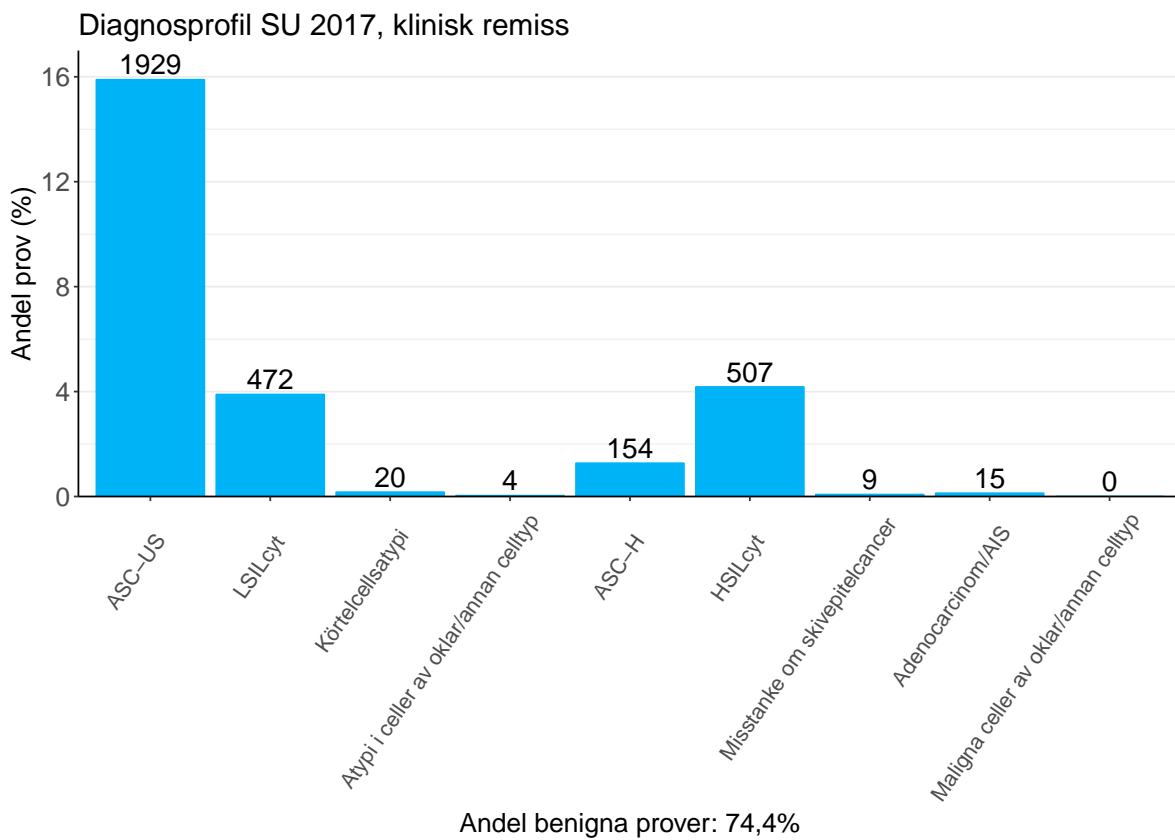
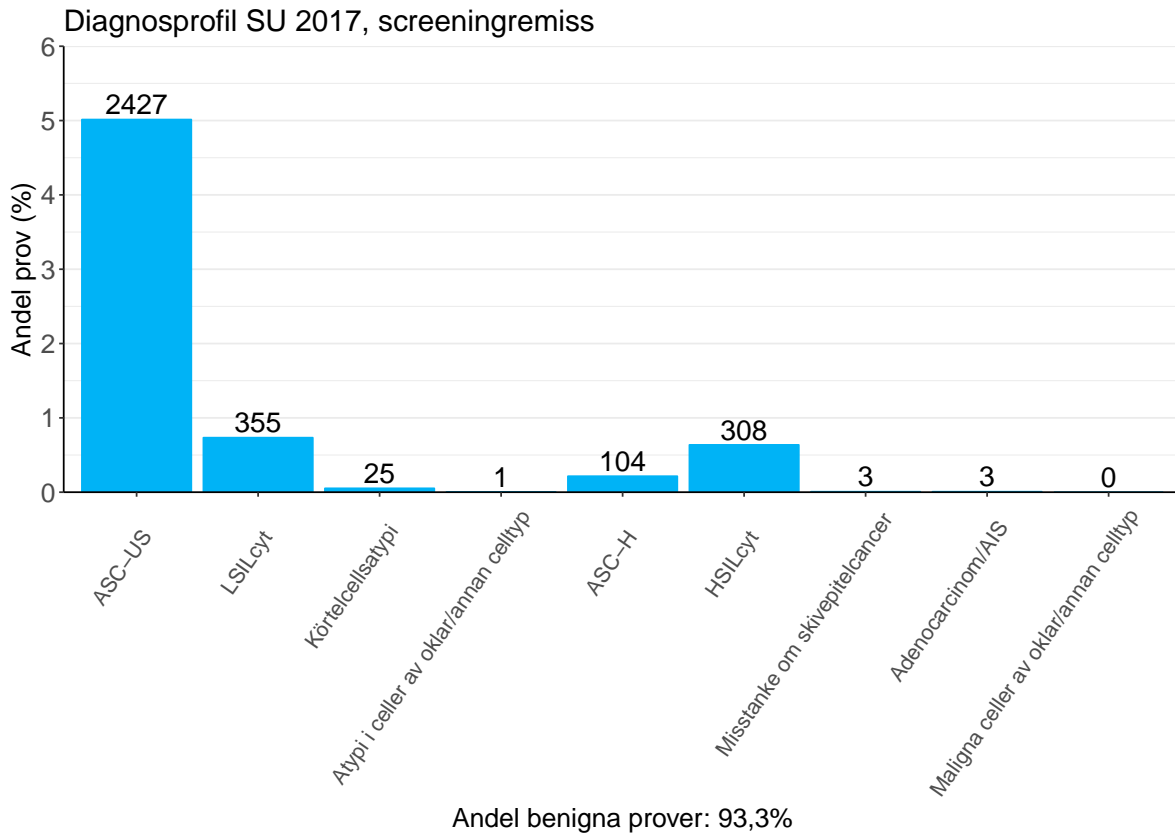
Andel ■ $\leq 2,9\%$ ■ 3,0% – 4,9% ■ 5,0% – 6,9% ■ 7,0%–

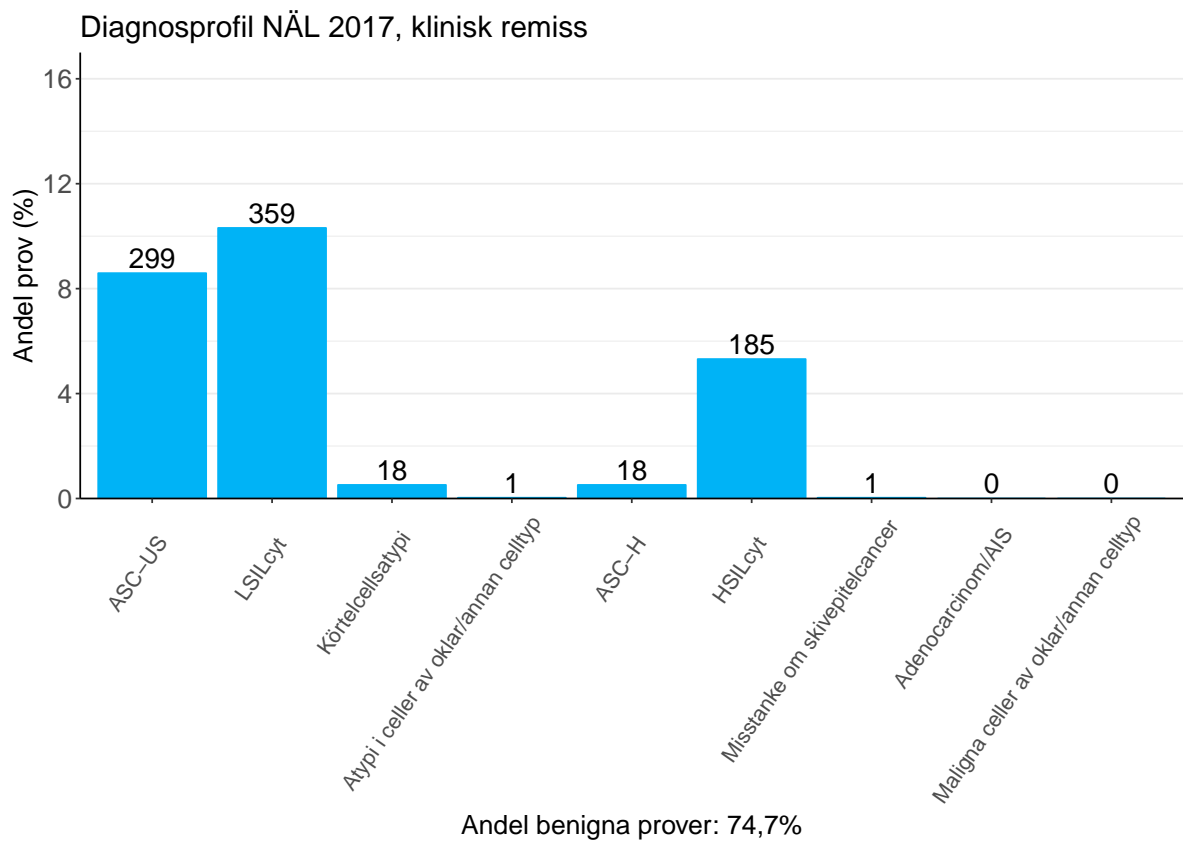
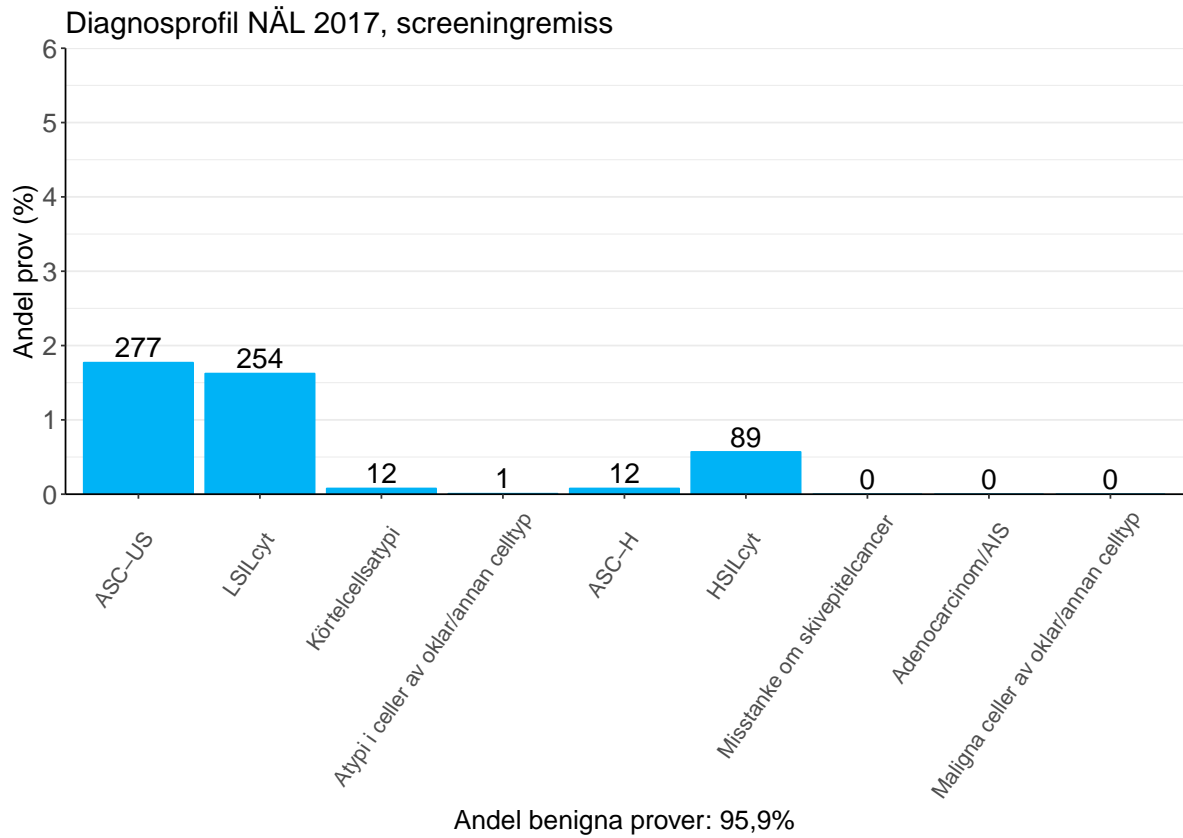
11 Diagnosprofil cytologi

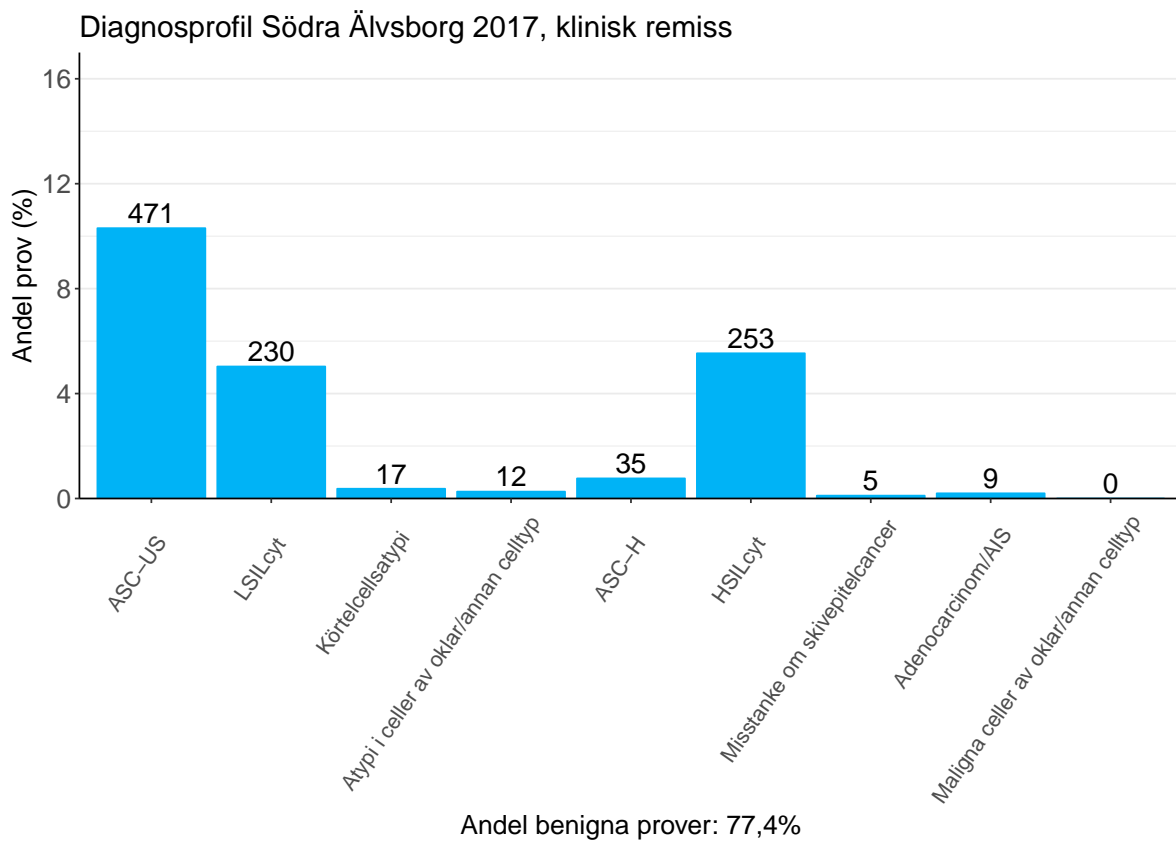
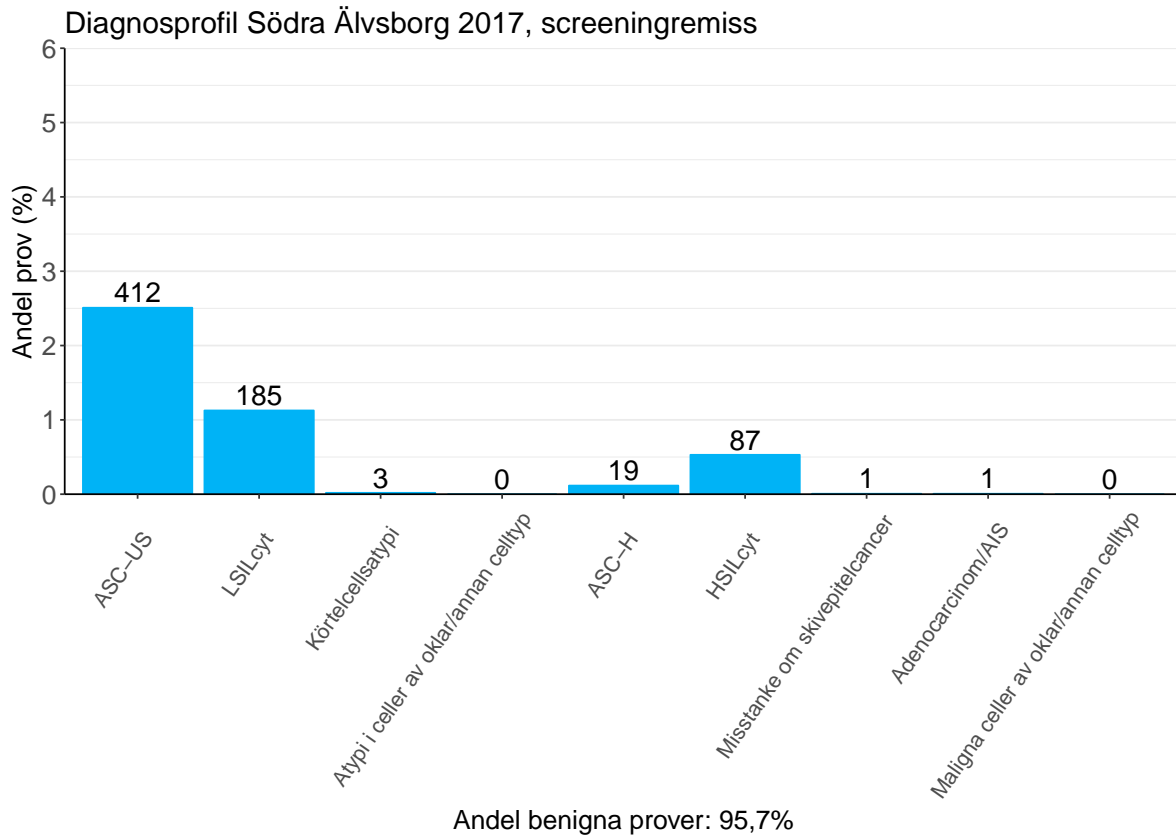
Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (GCK-remiss) och övriga prover (klinisk remiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

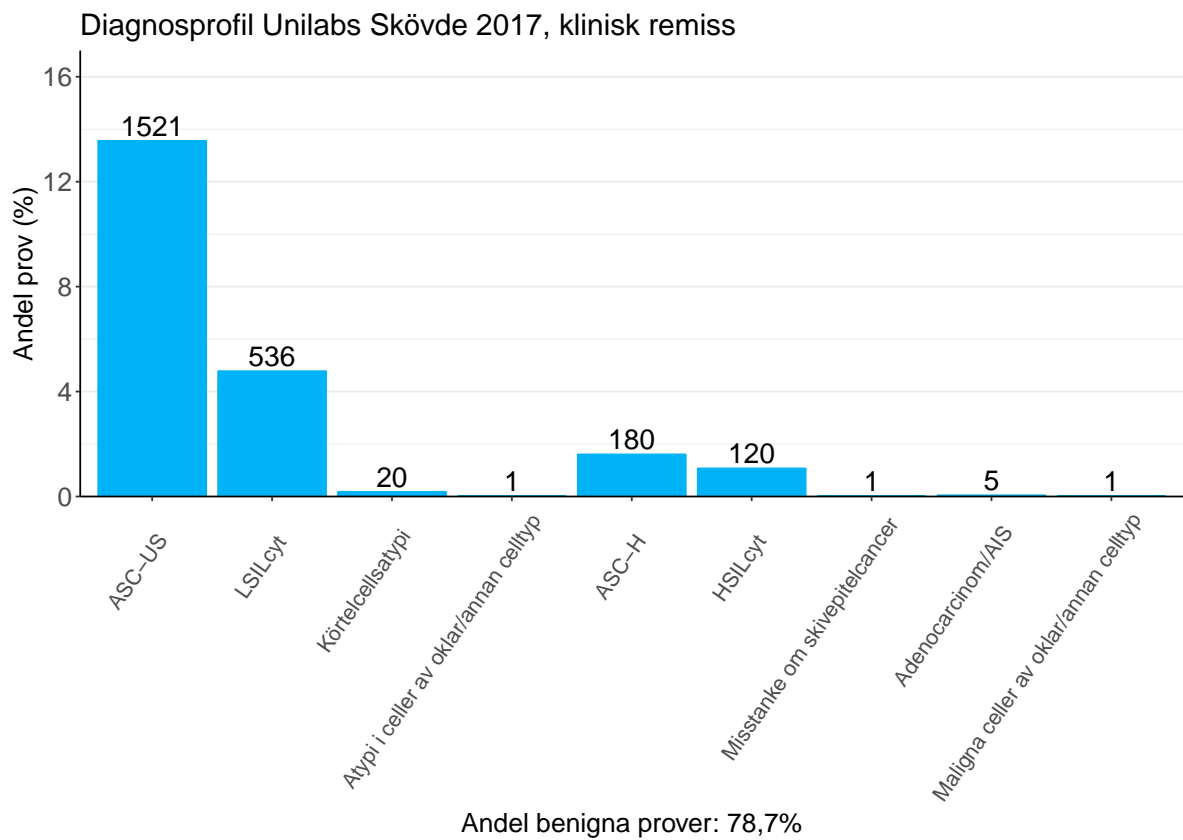
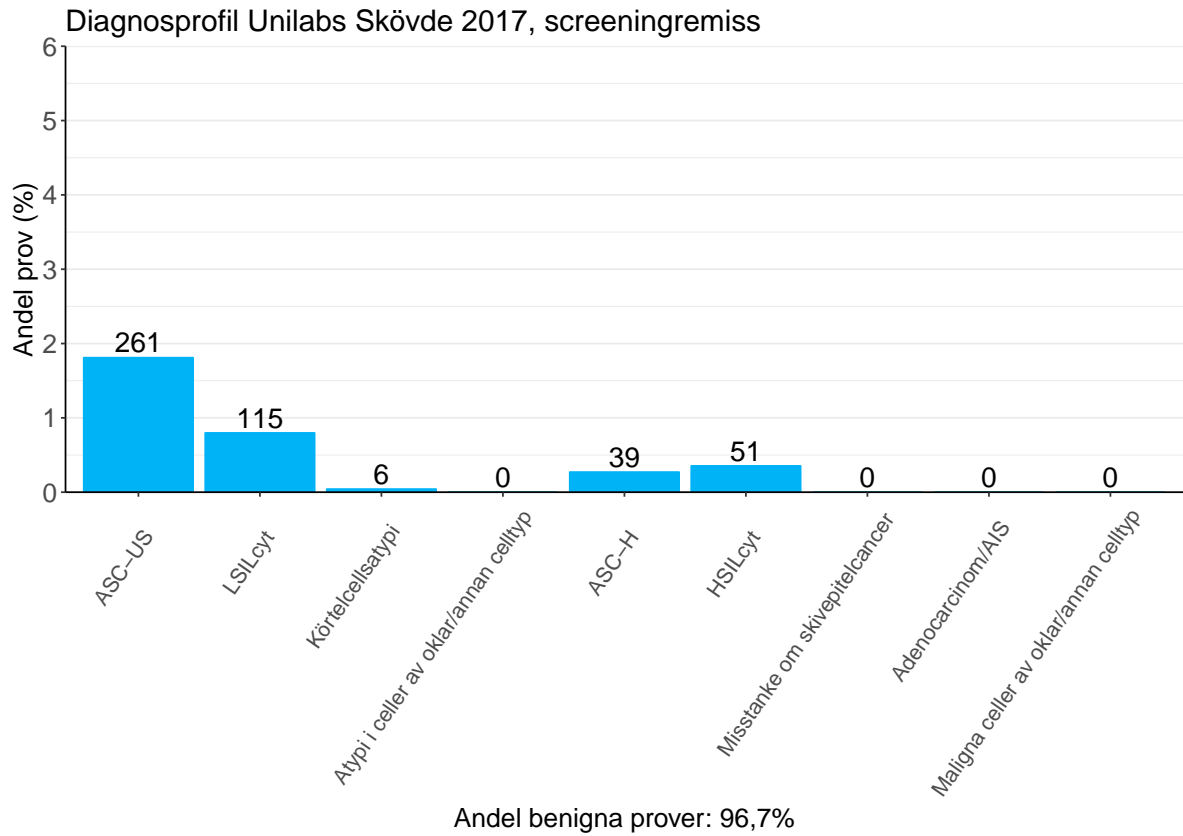
Kommentar: Andelen benigna prover i screening varierar mellan laboratorierna, Halmstad och Unilabs ligger på drygt 96% medan Sahlgrenska ligger på 93.3%. HSILcyt har minskat något i Västra Sverige men det är framför allt 2 laboratorier som står för den största minskningen, SÄS och Skaraborg, 28 resp 33%.

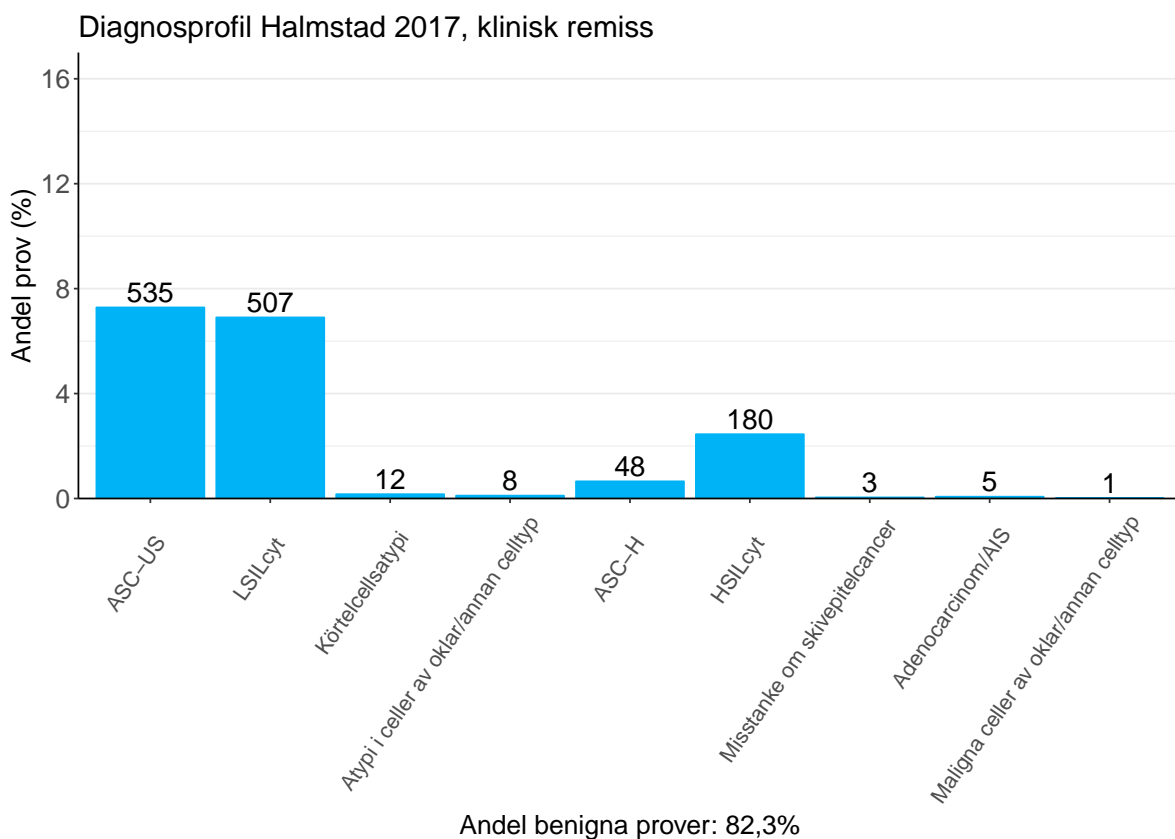
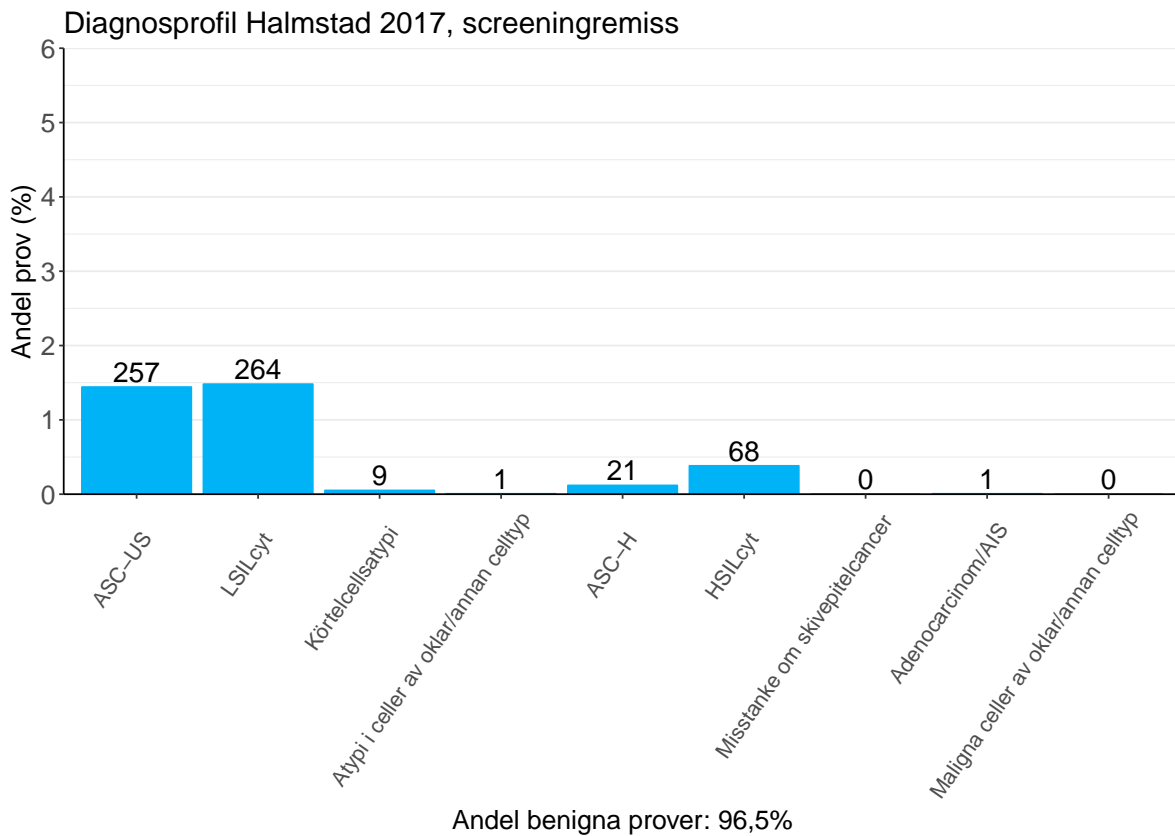












12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

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: Riktvärdet att 90% av låggradiga förändringar skall vara uppföljda inom 6 månader nås av alla utom Södra Älvsborg.

Men för höggradigt atypiska prover ser situationen än värre ut detta år. Ingen når upp till riktvärdet! Halland klarar det bäst, 89% är uppföljda inom 3 månader. Skaraborg har gjort en upphämtning till 35,3%, men Fyrbodal har sjunkit ytterligare till 45,5%. För Göteborg o Bohuslän ligger man kvar på samma nivå, 28,3%. De områden som har adekvata labsvarstider bör se över sina rutiner.

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

Område	Andel prov
Skaraborg	97.1%
Fyrbodal	95%
Göteborg och södra Bohuslän	92%
Södra Älvsborg	84.2%
Västra Götaland	92.2%

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

Område	Andel prov
Södra Älvsborg	82.4%
Fyrbodal	45.5%
Skaraborg	35.3%
Göteborg och södra Bohuslän	28.3%
Västra Götaland	40.7%
Halland	89.1%
Västra Sverige	46.2%

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 <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: Liksom tidigare finns det en spridning mellan laboratorierna, även om den fortsätter att minska. För ASCUS har man px verifierat HSIL i 9,5 till 15% i proverna. För körtlellcellsatypier finner man mellan 13-35% cancer i histopatologin. Enligt gällande vårdprogram skall körtlellcellsatypier utredas med biopsi, vilket inte görs fullt ut. HSIL-cyt ger HSIL i histopatologi 72- 82%.

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

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	3630	3,3%	854	0,79%	298	0,27%	35	0,032%	209	0,19%	103753	95%	108779	100%
ASC-US	1691	21%	1302	16%	1061	13%	18	0,22%	127	1,6%	3853	48%	8052	100%
LSILcyt	438	20%	515	23%	579	26%	6	0,27%	47	2,1%	654	29%	2239	100%
Körtelcellsatypi	26	36%	3	4,1%	12	16%	11	15%	2	2,7%	19	26%	73	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	8	36%	4	18%	4	18%	2	9,1%	1	4,5%	3	14%	22	100%
ASC-H	63	11%	64	11%	404	69%	27	4,6%	8	1,4%	19	3,2%	585	100%
HSILcyt	115	7,1%	113	6,9%	1286	79%	59	3,6%	7	0,43%	49	3%	1629	100%
Misstanke om skivepitelcancer	1	7,1%	–	–	4	29%	7	50%	–	–	2	14%	14	100%
Adenocarcinom/AIS	1	5,9%	–	–	3	18%	7	41%	–	–	6	35%	17	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	5973	4,9%	2855	2,4%	3651	3%	172	0,14%	401	0,33%	108358	89%	121410	100%



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

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	466	3,1%	53	0,36%	18	0,12%	5	0,034%	18	0,12%	14335	96%	14895	100%
ASC-US	160	21%	115	15%	74	9,8%	–	–	17	2,2%	391	52%	757	100%
LSILcyt	83	18%	113	24%	119	25%	3	0,64%	10	2,1%	140	30%	468	100%
Körtelcellsatypi	3	23%	–	–	1	7,7%	2	15%	2	15%	5	38%	13	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	1	50%	–	–	–	–	–	–	1	50%	–	–	2	100%
ASC-H	3	27%	–	–	6	55%	1	9,1%	–	–	1	9,1%	11	100%
HSILcyt	25	11%	26	11%	167	72%	7	3%	1	0,43%	5	2,2%	231	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	741	4,5%	307	1,9%	385	2,4%	18	0,11%	49	0,3%	14877	91%	16377	100%

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

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	1688	3,2%	660	1,2%	186	0,35%	18	0,034%	84	0,16%	50589	95%	53225	100%
ASC-US	772	18%	826	19%	655	15%	13	0,3%	57	1,3%	1969	46%	4292	100%
LSILcyt	84	15%	164	30%	163	30%	1	0,18%	11	2%	125	23%	548	100%
Körtelcellsatypi	13	43%	–	–	8	27%	4	13%	–	–	5	17%	30	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	2	29%	1	14%	1	14%	1	14%	–	–	2	29%	7	100%
ASC-H	26	9,8%	46	17%	163	62%	14	5,3%	7	2,6%	9	3,4%	265	100%
HSILcyt	54	6,5%	57	6,8%	674	81%	32	3,8%	5	0,6%	12	1,4%	834	100%
Misstanke om skivepitelcancer	1	10%	–	–	3	30%	4	40%	–	–	2	20%	10	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	3	33%	4	44%	–	–	2	22%	9	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	2640	4,5%	1754	3%	1856	3,1%	91	0,15%	164	0,28%	52715	89%	59220	100%



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

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	378	2,1%	56	0,31%	27	0,15%	4	0,022%	29	0,16%	17431	97%	17925	100%
ASC-US	124	16%	119	15%	89	11%	–	–	14	1,8%	430	55%	776	100%
LSILcyt	50	13%	83	22%	70	18%	1	0,26%	5	1,3%	173	45%	382	100%
Körtelcellsatypi	9	39%	2	8,7%	3	13%	5	22%	–	–	4	17%	23	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	3	50%	1	17%	–	–	1	17%	–	–	1	17%	6	100%
ASC-H	3	4,8%	9	15%	44	71%	4	6,5%	–	–	2	3,2%	62	100%
HSILcyt	7	2,2%	17	5,3%	266	82%	6	1,9%	–	–	27	8,4%	323	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	1	50%	1	50%	–	–	–	–	2	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	2	40%	–	–	3	60%	5	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	574	2,9%	287	1,5%	500	2,6%	24	0,12%	48	0,25%	18071	93%	19504	100%

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

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	1098	4,8%	85	0,37%	67	0,29%	8	0,035%	78	0,34%	21398	94%	22734	100%
ASC-US	635	29%	242	11%	243	11%	5	0,22%	39	1,8%	1063	48%	2227	100%
LSILcyt	221	26%	155	18%	227	27%	1	0,12%	21	2,5%	216	26%	841	100%
Körtelcellsatypi	1	14%	1	14%	–	–	–	–	–	–	5	71%	7	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	2	29%	2	29%	3	43%	–	–	–	–	–	–	7	100%
ASC-H	31	13%	9	3,6%	191	77%	8	3,2%	1	0,4%	7	2,8%	247	100%
HSILcyt	29	12%	13	5,4%	179	74%	14	5,8%	1	0,41%	5	2,1%	241	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	2	100%	–	–	–	–	2	100%
Adenocarcinom/AIS	1	33%	–	–	–	–	1	33%	–	–	1	33%	3	100%
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	2018	7,7%	507	1,9%	910	3,5%	39	0,15%	140	0,53%	22695	86%	26309	100%





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

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	529	2,5%	37	0,18%	32	0,15%	3	0,014%	87	0,42%	20248	97%	20936	100%
ASC-US	294	30%	121	12%	94	9,5%	3	0,3%	59	5,9%	422	42%	993	100%
LSILcyt	132	24%	134	25%	108	20%	2	0,37%	19	3,5%	151	28%	546	100%
Körtelcellsatypi	5	24%	–	–	5	24%	7	33%	2	9,5%	2	9,5%	21	100%
Atypi i celler av oklar/annan celltyp	1	14%	–	–	3	43%	1	14%	–	–	2	29%	7	100%
ASC-H	5	14%	3	8,1%	26	70%	2	5,4%	1	2,7%	–	–	37	100%
HSILcyt	22	10%	8	3,7%	177	82%	5	2,3%	2	0,92%	3	1,4%	217	100%
Misstanke om skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Maligna celler av oklar/annan celltyp	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	988	4,3%	303	1,3%	445	2%	24	0,11%	170	0,75%	20828	92%	22758	100%

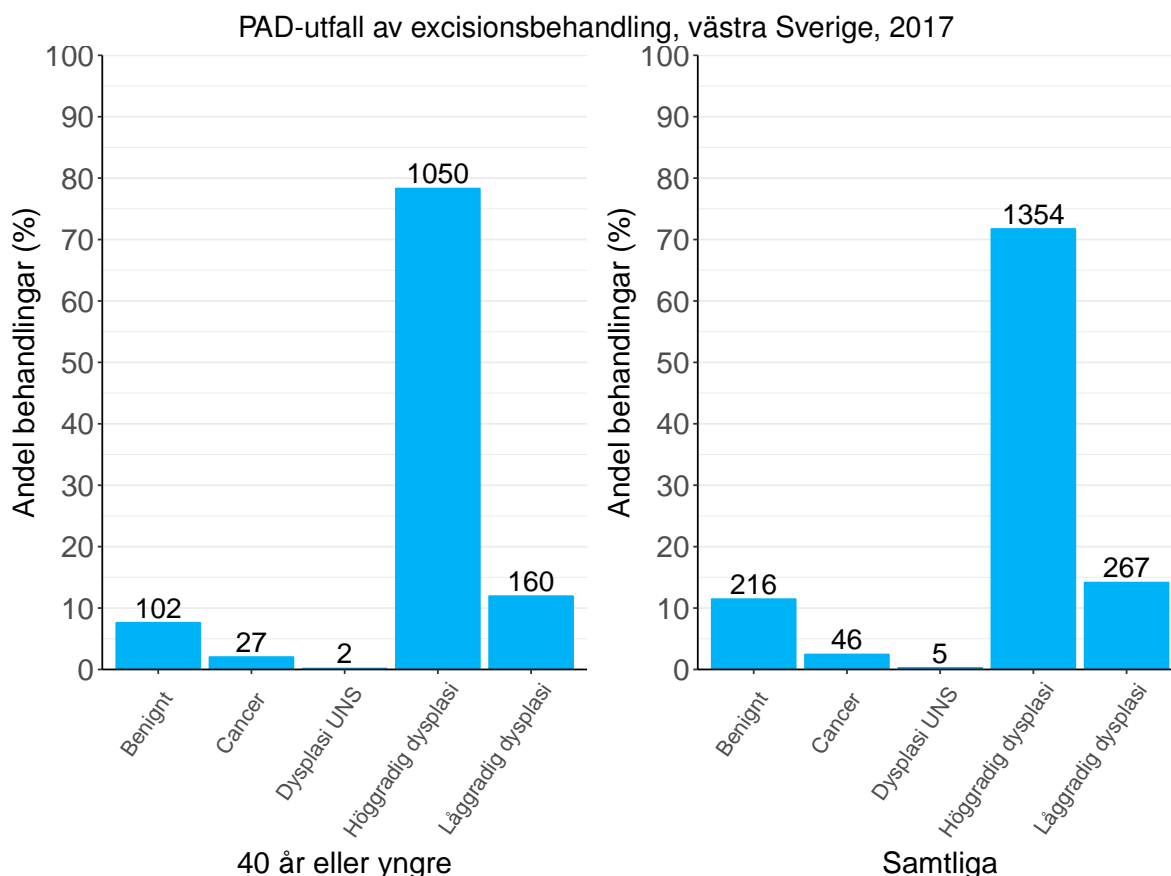
14 PAD-utfall av behandling

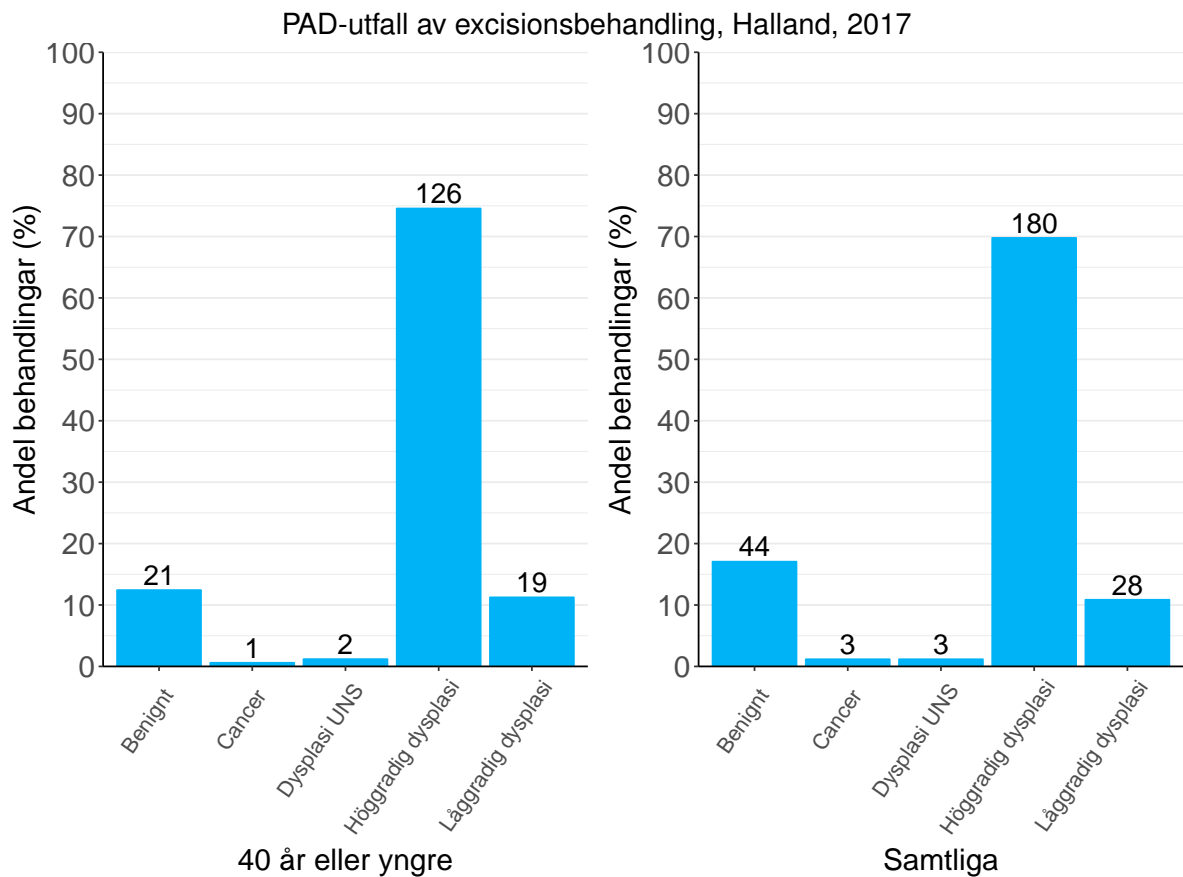
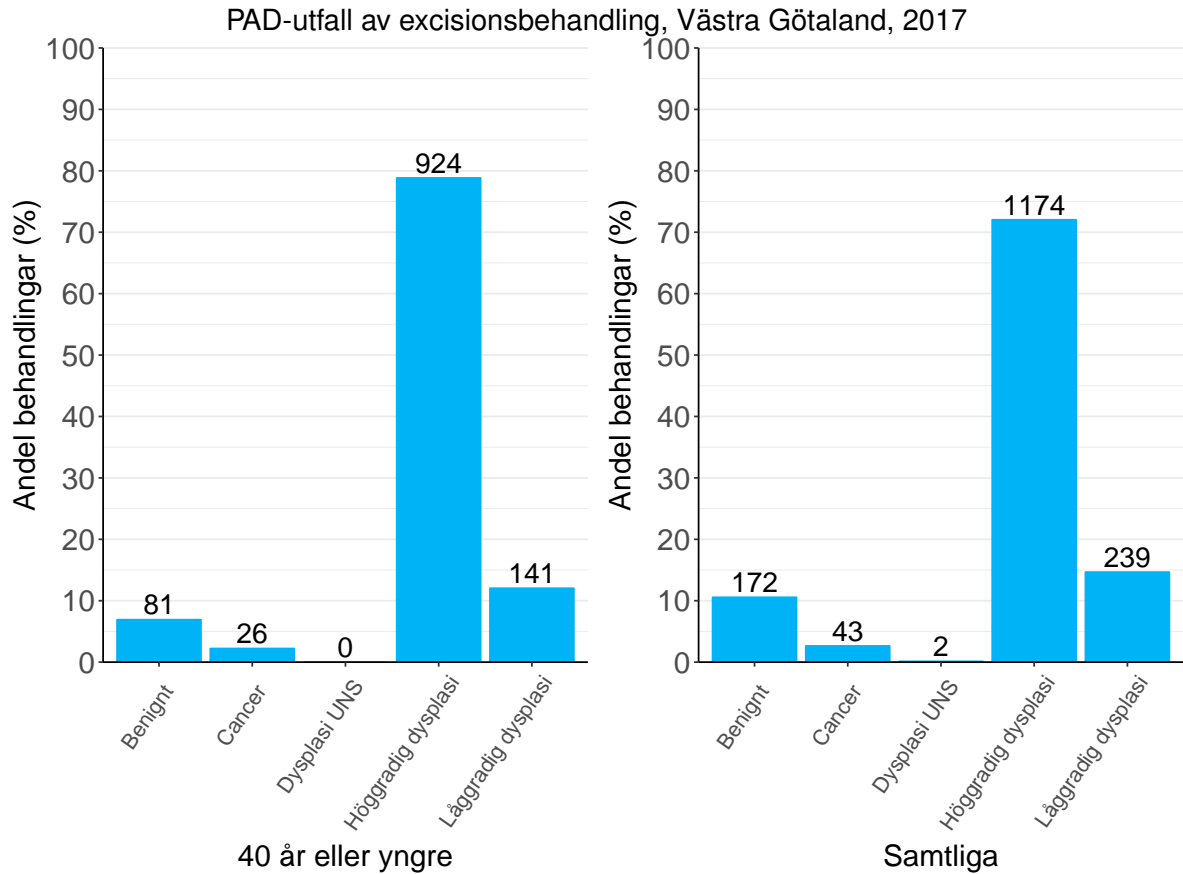
En styrka med excisionsbehandlingar är att de genererar ett preparat för PAD och behandlingseffekten kan utvärderas. Utfallet av excisionsbehandlingar under år 2017 redovisas här. I enlighet med vårdprogrammet särredovisas uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. Vårdprogrammet förordar inte behandling 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: Västra Sverige som enhet klarar de uppställda kvalitetsmålen med ett utfall på 11% benigna koner. Spridningen är dock stor, det finns enheter med stor volym som har en alldeles för hög andel benigna koner. Analys rekommenderas. Man bör också kontrollera utfallet för kvinnor under 40 år per enhet vilket inte redovisas här, men finns i statistikmodulen i Cytburken.

Detta år redovisas SKAS/Lidköping resp SKAS/ Skövde fortfarande var för sig trots att det är en gemensam klinik. Sammantagna antalet behandlingar är 211, benigna koner 15%. I kommande rapporter kommer det att redovisas som SKAS. För 2 klinker ser man en ökning av antalet koner, 37% (SKAS) och 75% Halmstad. Tidigare underrapportering?. Övriga enheter i regionen ligger på samma nivåer eller har minskat något.





PAD-utfall av excisionsbehandling per behandlande enhet 2017

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt
	Benigt		CIN2+		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Alingsås sjukhus	10	12%	59	72%	13	16%	82
Angereds Närsjukhus	4	2%	143	82%	27	16%	174
Frölunda specialistsjukhus	9	5%	151	79%	30	16%	191
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	2	3%	65	83%	11	14%	78
Gyn mott Närhälsan Mark Skene	–	–	15	83%	3	17%	18
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	6	22%	17	63%	4	15%	27
Göteborgs Kvinnoklinik	4	29%	8	57%	2	14%	14
Hallands sjukhus Halmstad	31	21%	98	66%	18	12%	149
Hallands sjukhus Kungsbacka	4	7%	42	78%	8	15%	54
Hallands sjukhus Varberg	9	16%	43	75%	5	9%	57
Kungälv sjukhus	4	8%	38	78%	7	14%	49
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	7	33%	11	52%	3	14%	21
Lundby sjukhus	39	21%	124	68%	20	11%	183
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	18	12%	111	76%	18	12%	147
Skaraborgs sjukhus Lidköping	12	12%	76	74%	15	15%	103
Skaraborgs sjukhus Skövde	19	18%	70	65%	19	18%	108
SU/Sahlgrenska	22	8%	224	78%	41	14%	287
SU/Östra	–	–	1	100%	–	–	1
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	16	11%	104	70%	28	19%	148
Totalt	216	11%	1400	74%	272	14%	1891

15 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 dysplasi behandling 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: Medianhöjd för kon, 9mm ligger på samma nivå som tidigare rapporter. Några enheter har angett konhöjd 2 - 3mm - felangivelse vid inrapportering? Liksom tidigare år är det endast en klinik som anger hysterektomi som primär eller partiell indikation vilket borde vara en underrapportering.

I denna rapport redovisas enbart andel behandlingar som utförts av operatör med minst 25 ingrepp/år. I gruppen som inte når upp till 25 ingrepp finns flera som har mer än 20 ingrepp. Varje opererande enhet med lägre siffror bör se igenom fördelning av operationer per operatör men utbildning måste också tillgodoses.

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Exc	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Alingsås sjukhus	82	0	0	0	82	80	98%	8	3	10
Angered's Närsjukhus	178	0	0	0	178	177	99%	9	5	13
Frölunda specialistsjukhus	194	0	0	0	194	193	99%	8	4	15
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	82	0	0	0	82	82	100%	8	5	17
Gyn mott Närhälsan Mark Skene	19	0	0	0	19	19	100%	11	7	12
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	28	0	0	0	28	28	100%	10	7	15
Göteborgs Kvinnoklinik	14	0	0	0	14	13	93%	8	4	11
Hallands sjukhus Halmstad	149	1	0	0	150	145	97%	10	2	23
Hallands sjukhus Kungsbacka	54	0	0	0	54	54	100%	9	6	14
Hallands sjukhus Varberg	57	0	0	0	57	56	98%	9	4	20
Kungälv's sjukhus	50	0	0	0	50	48	96%	7	5	11
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	21	0	0	0	21	21	100%	10	4	16
Lundby sjukhus	194	0	0	0	194	193	99%	9	5	15
NÄL Norra Älvsborg's Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	156	0	0	0	156	156	100%	10	6	18
Skaraborg's sjukhus Lidköping	106	0	0	0	106	106	100%	9	4	20
Skaraborg's sjukhus Skövde	113	1	1	0	115	113	100%	10	5	17
SU/Sahlgrenska	294	2	19	0	315	278	95%	8	2	18
SU/Östra	1	0	0	0	1	1	100%	7	7	7
SÄS/Södra Älvsborg's sjukhus Borås	149	1	0	0	150	149	100%	9	2	18
Alla enheter	1941	5	20	0	1966	1912	99%	9	2	23

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

Erfarenhet operatörer

Enhet	Antal operatörer	Operatörer med minst 25 ingrepp	
		Andel operatörer	Andel behandlingar
Alingsås sjukhus	5	20%	61%
Angered's Närsjukhus	2	100%	100%
Frölunda specialistsjukhus	5	80%	93%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	3	33%	74%
Gyn mott Närhälsan Mark Skene	1	0%	0%
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	1	100%	100%
Göteborgs Kvinnoklinik	2	0%	0%
Hallands sjukhus Halmstad	10	20%	75%
Hallands sjukhus Kungsbacka	3	33%	52%
Hallands sjukhus Varberg	7	14%	77%
Kungälv's sjukhus	3	33%	72%
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	3	0%	0%
Lundby sjukhus	6	50%	97%
NÄL Norra Älvsborg's Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	7	43%	83%
Skaraborg's sjukhus Lidköping	6	50%	92%
Skaraborg's sjukhus Skövde	6	33%	70%
SU/Sahlgrenska	15	47%	82%
SU/Östra	1	0%	0%
SÄS/Södra Älvsborg's sjukhus Borås	9	22%	72%
Alla enheter	86	40%	80%

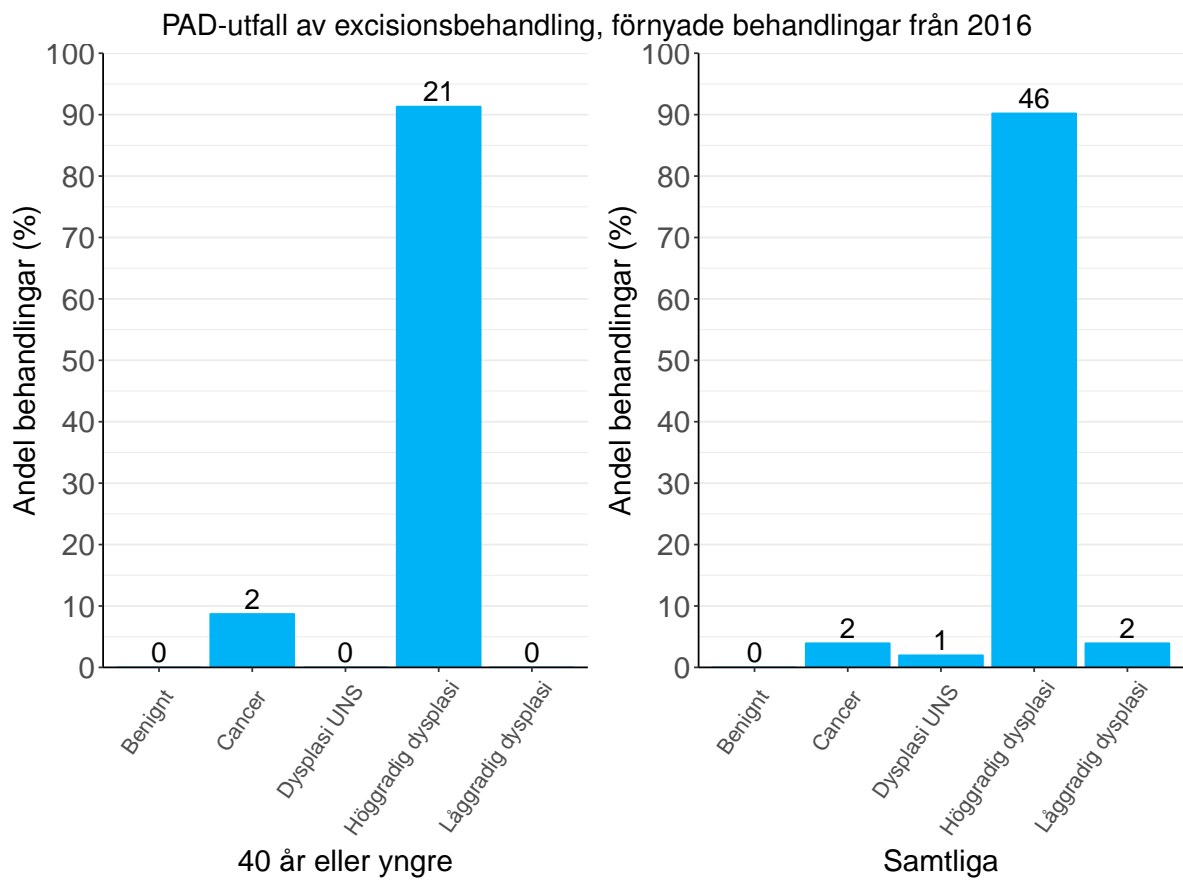
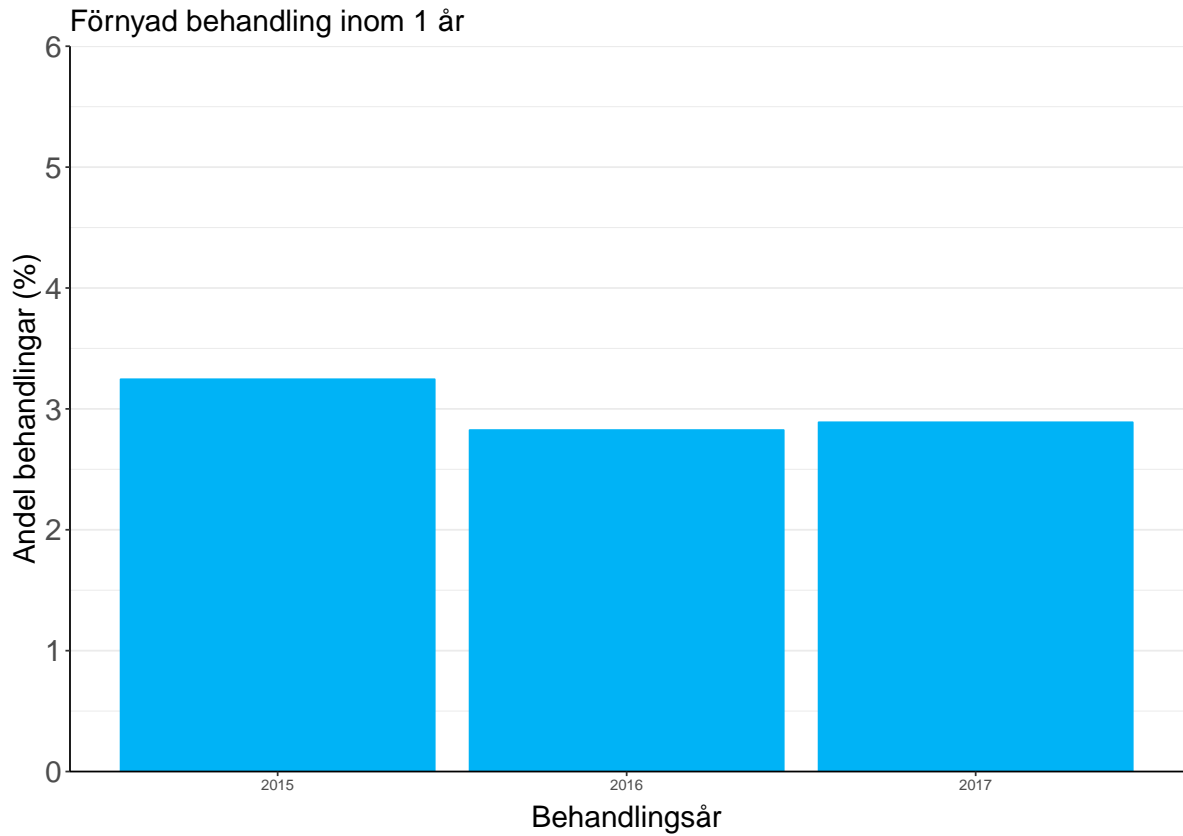
16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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

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

Kommentar: Förnyad behandling efter tidigare excisionsbehandling ligger på samma nivå som 2016, strax under 3%.

Ingen behandling hade ett benigt utfall, men 2 cancerfall som sannolikt är en del i fortsatt utredning eller behandling.



Förnyade behandlingar från 2016 per ursprungsenhet

Enhet	Antal	Ombehandlade	Ombehandlade
	behandlingar	Antal	Andel
Alingsås sjukhus	72	4	6%
Angereds Närsjukhus	182	2	1%
Frölunda specialistsjukhus	191	3	2%
Gyn mott Fröja, Kungälv_ används ej 2018	40	1	2%
Gyn mott Fröja, Stenungsund_ används ej 2018	17	0	0%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	138	2	1%
Gyn mott Närhälsan Mark Skene	15	0	0%
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	35	3	9%
Göteborgs Kvinnoklinik	20	1	5%
Hallands sjukhus Halmstad	89	0	0%
Hallands sjukhus Kungsbacka	29	0	0%
Hallands sjukhus Varberg	70	1	1%
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	23	1	4%
Lundby sjukhus	193	6	3%
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	199	6	3%
Skaraborgs sjukhus Lidköping	93	4	4%
Skaraborgs sjukhus Skövde	85	2	2%
SU/Sahlgrenska	288	12	4%
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	194	9	5%
Alla enheter	1973	57	3%

17 Andel kvinnor som remitteras till kolposkopi från GCK

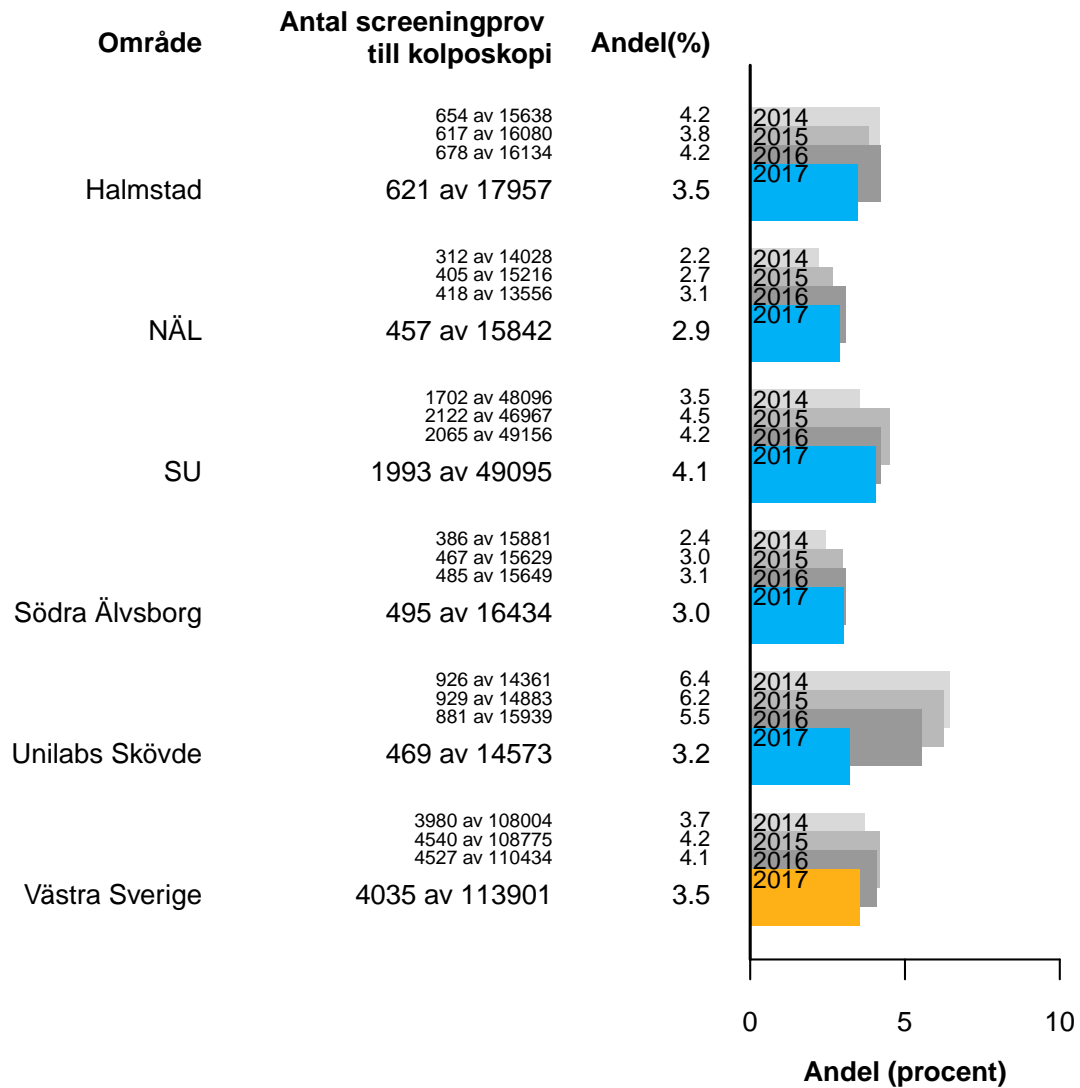
Andel och antal kvinnor som remitteras för kolposkopi är en viktig parameter när det nationella vårdprogrammet införs. Kolposkopiundersökningar är en begränsad resurs och behöver användas klokt. Om det finns stora skillnader mellan landsting och skillnader över tid behöver detta analyseras.

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: Denna redovisning är ny för i år och är ett stöd när det gäller att bedöma behovet av antal kolposkopier för nyupptäckta cellförändringar i screeningen. Man kommer att kunna följa utvecklingen av kolposkopibehovet efter att Nationella Vårdprogrammet är fullt infört.

Det kommande totala kolposkopibehovet kan inte bedömas utifrån dessa siffror, men den beräknade ökningen av antalet kolposkopier till följd av primär HPVscreening kommer till viss del balanseras av att uppföljning efter utredning och behandling inte innefattar kolposkopi i samma utsträckning som tidigare.

Spridningen mellan laboratorierna har minskat, Unilabs Skövde har successivt närmat sig de övriga laboratorierna för att i år ligga inom samma intervall.



Kvinnor under 28 år som var screenade 2017.

Område	Antal screeningprov	Antal HPV-pos ASCUS/LSILcyt	Andel till kolposkopi
Halmstad	3349	248	7,4%
NÄL	2779	172	6,2%
SU	10310	792	7,7%
Södra Älvsborg	2873	195	6,8%
Unilabs Skövde	2543	150	5,9%
Totalt	21854	1557	7,1%

