

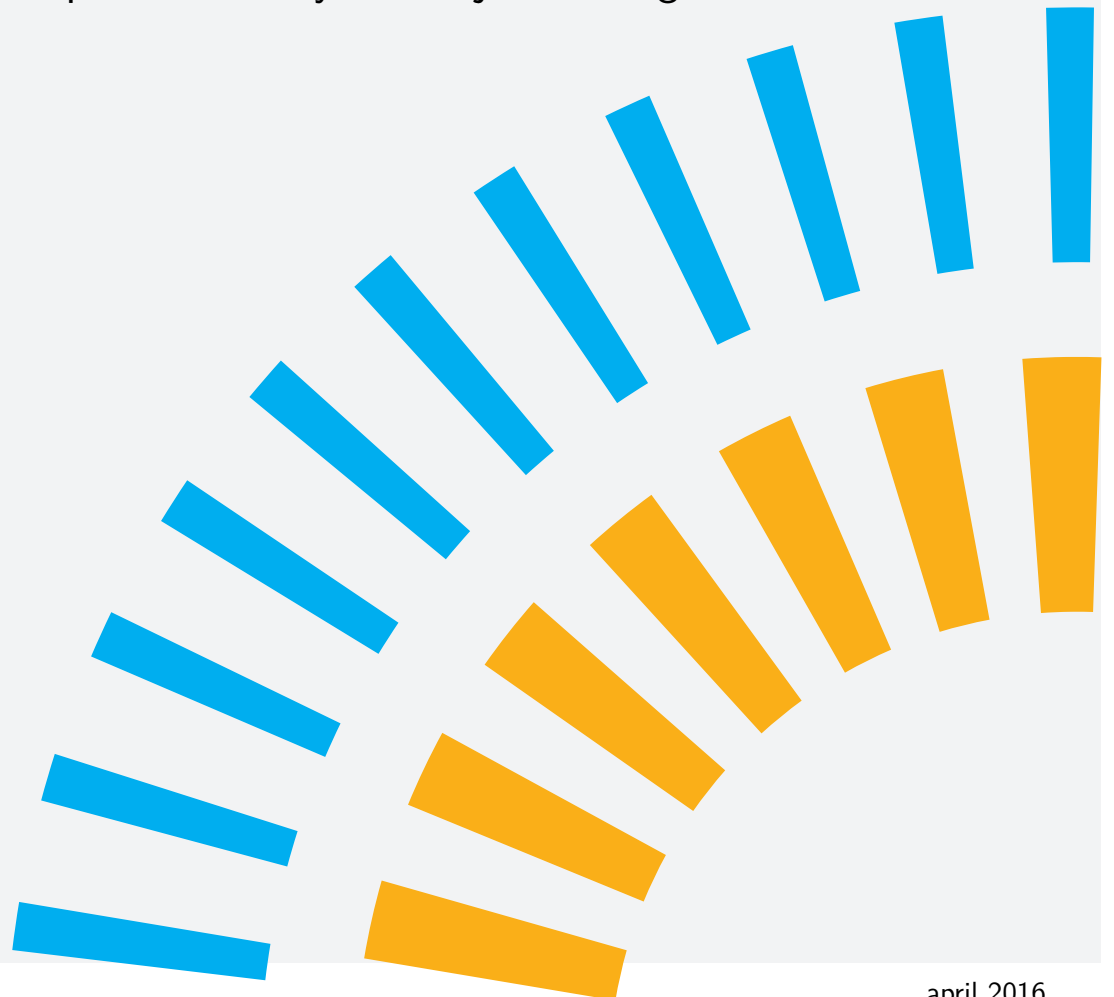


REGIONALT  
CANCERCENTRUM  
VÄST

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR  
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")

# Sammanställning av Kvalitetsdata 2015

gällande Cervixcancerprevention i Sydöstra sjukvårdsregionen





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

Mailadress - [rccvast@rccvast.se](mailto:rccvast@rccvast.se)

Rapporterna kan laddas ner från  
Regionalt cancercentrum väst hemsida [www.rccvast.se](http://www.rccvast.se)

## Innehållsförteckning

<b>1 Inledning</b> . . . . .	<b>2</b>
<b>2 Invitationsstatus</b> . . . . .	<b>4</b>
<b>3 Täckningsgrad</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>4 Deltagande efter inbjudan</b> . . . . .	<b>18</b>
<b>5 Antal cellprover</b> . . . . .	<b>22</b>
<b>6 Endocervikala celler saknas</b> . . . . .	<b>25</b>
<b>7 Åldersfördelning cellprov</b> . . . . .	<b>27</b>
<b>8 Tid till svar</b> . . . . .	<b>28</b>
<b>9 Andel icke-normala cellprover</b> . . . . .	<b>30</b>
<b>10 Diagnosprofil cytologi</b> . . . . .	<b>32</b>
<b>11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid</b> . . . . .	<b>37</b>
<b>12 Utfall av cytologi</b> . . . . .	<b>38</b>

## 1 Inledning

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

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

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

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

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

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

Denna rapport gäller 2015 års data.

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

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

2014-04-13

Björn Strander   Chenyang Zhang   Mia Westlund   Torbjörn Eles   Ulrika Hermansson

## 2 Invitationsstatus

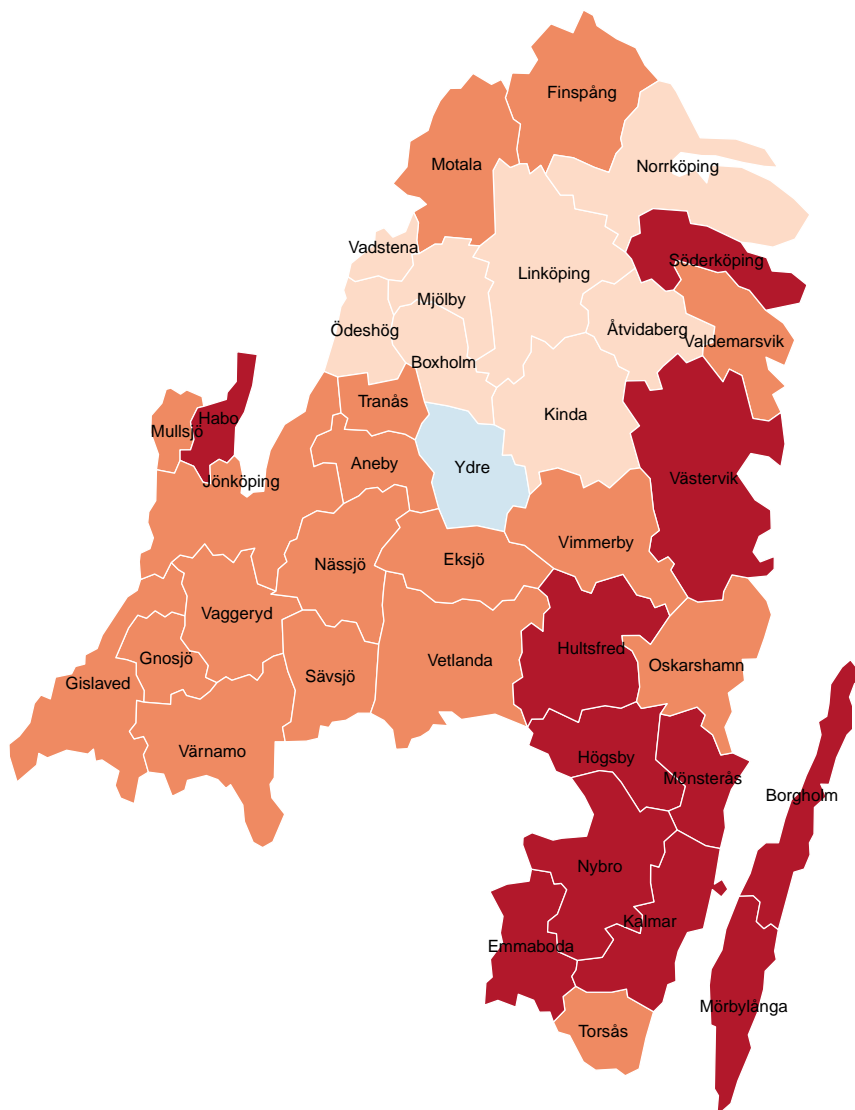
Detta är ett mått på om de kvinnor som ska inviteras för cellprovtagning också blir inviterade. Det hör också till de nya nationellt beslutade kvalitetsparametrarna. Mätning sker vid ett bestämt datum. Ur befolkningsregistret tas fram de kvinnor som åldersmässigt är aktuella för provtagning och sedan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

**Kommentar:** I Jönköpings län kallas 94,5% av kvinnorna i tid för cellprovtagning vilket är oförändrat jämfört med 2014. I både Kalmar och Östergötland har andelen kvinnor kallade i tid ( 83,7% resp 96,8%) försämrats jämfört med 2014.

Om man ser i faktiska tal har 12000 färre kvinnor blivit kallade i Östergötland under 2015 jämfört med 2014 vilket resulterat i en nedåtgående trend.

Mottagningar för cellprovstagning har ställts in pga barnmorskebrist vilket är en del av orsaken till detta. Svårigheter att få jämna flöden i kallelsesystemen tycks vara en annan.

## Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan ■ 92.0% - 97.0% ■ 97.0% - 98.0% ■ 98.0% - 99.0%

## Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Östergötland	96.8%
Jönköping län	94.7%
Kalmar län	83.7%
Sydöstra Sverige	93.3%

## Antal kallelser per område

Område	Antal
Östergötland	39807
Jönköping län	26340
Kalmar län	14820
Sydöstra Sverige	80967



### 3 Täckningsgrad

Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/21 2015 i respektive kommuner och församlingar. Antalet unika individer i motsvarade ålder som tagit ett prov under den föregående 3.5-årsperioden respektive 5.5-årsperioden delas sedan med detta tal. Täckningsgraden redovisas för alla screeningåldrar (26-60 års ålder 31/12) med ett sammanvägt mått. 3.5 och 5.5 år är numera nationell standard för dessa beräkningar. För att ge möjlighet till jämförelse med tidigare rapporter för landsting som deltagit i Cytburken före 2010 redovisas både det nya och det gamla beräkningssättet (4 års täckningsgrad i åldrarna 25-49) i diagrammet som visar täckningsgrad över tid. Täckningsgraden innefattar alltså all provtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang.

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

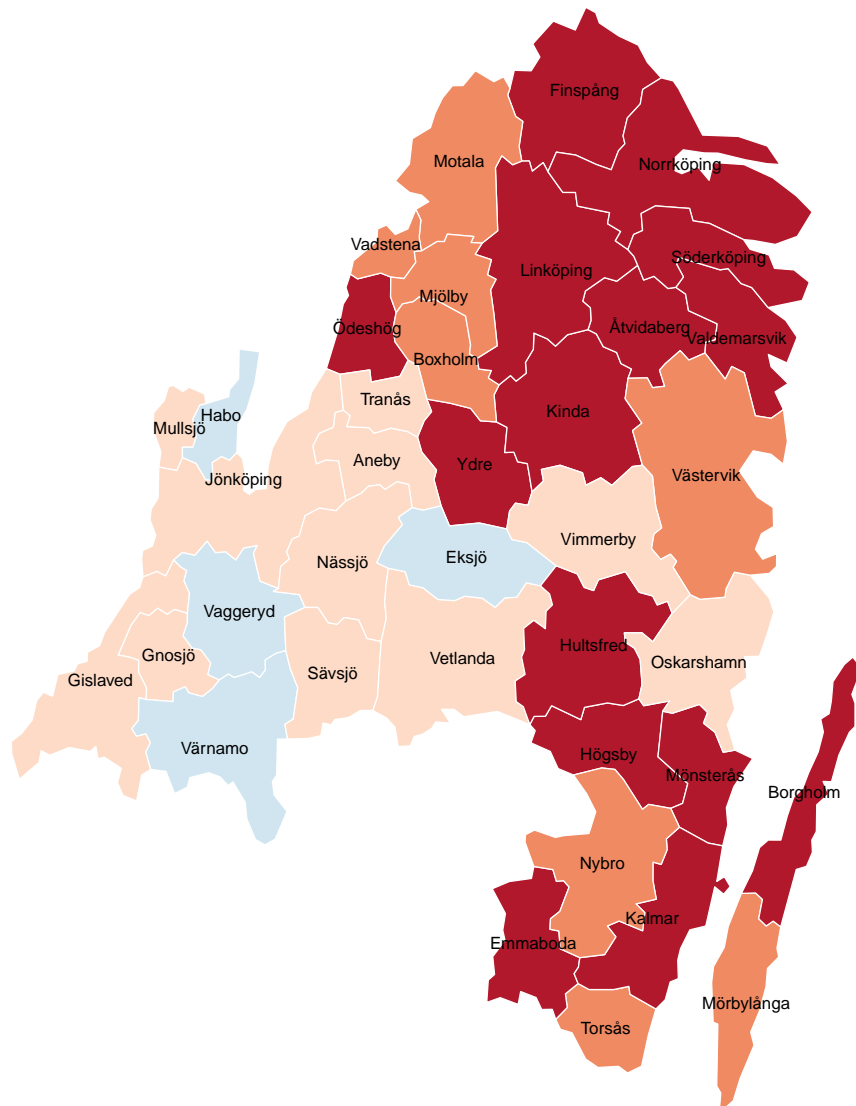
Nationellt målvärde är 85% och att ingen församling ska ligga under 70%. Observera att de värden som rapporteras till Öppna Jämförelser är hämtade ur analysregistret och är framtagna med en mindre detaljerad beräkningsmetod som ger högre värden.

**Kommentar:** Jönköpings län når upp till det nationella målet för täckningsgrad med 85,3% och har fortsatt att förbättra sina resultat jfr med 2014. Kalmar län som under de senaste 5 åren haft en negativ trend på täckningsgraden har 2015 samma resultat som föregående år med en täckningsgrad på 78,8%, det är dock fler kommuner som ligger under 78% 2015 och blir därmed röda på kartan.

Östergötland har under 2015 förbättrat sin täckningsgrad jämfört med 2014 och ligger på 78.3%. Fler kommuner inom Östergötland har därmed förbättrats. Täckningsgraden skiljer sig mellan olika åldergrupper där kvinnor under 50 år ligger sämre till framför allt i Östergötland och Kalmar. Detta kan spegla att dessa åldergrupper är beroende av en god tillgänglighet.

De kommuner och församlingar med låg täckningsgrad bör uppmärksammas särskilt vilket denna redovisning gör möjligt.

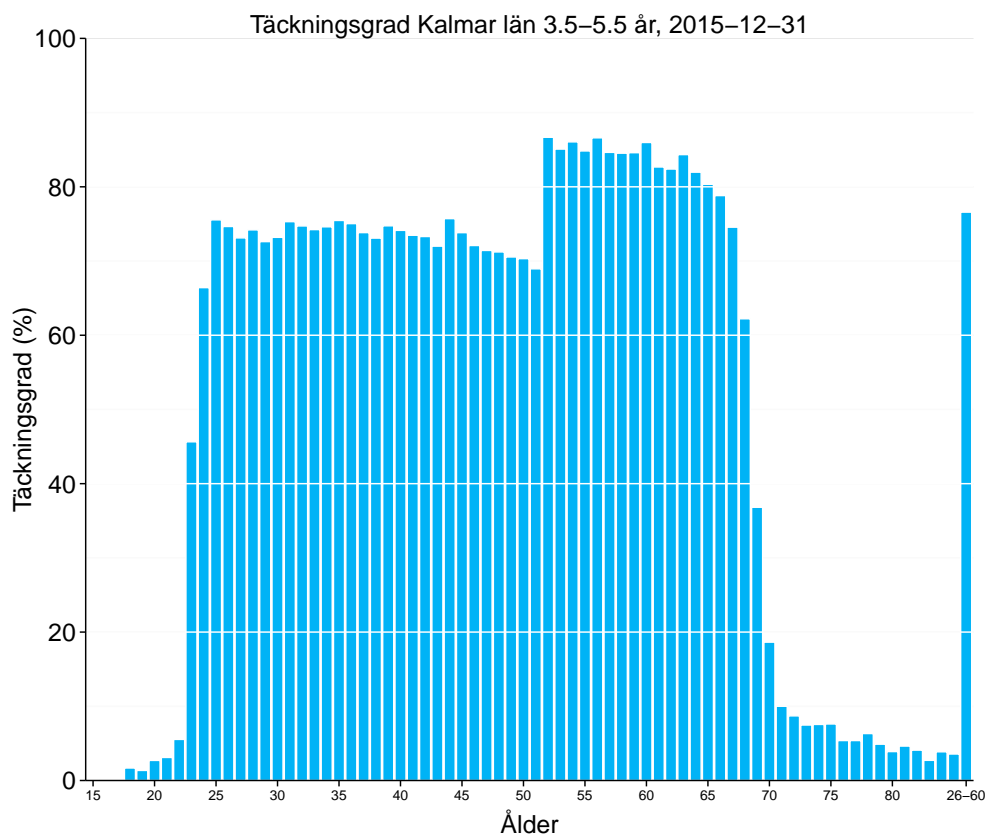
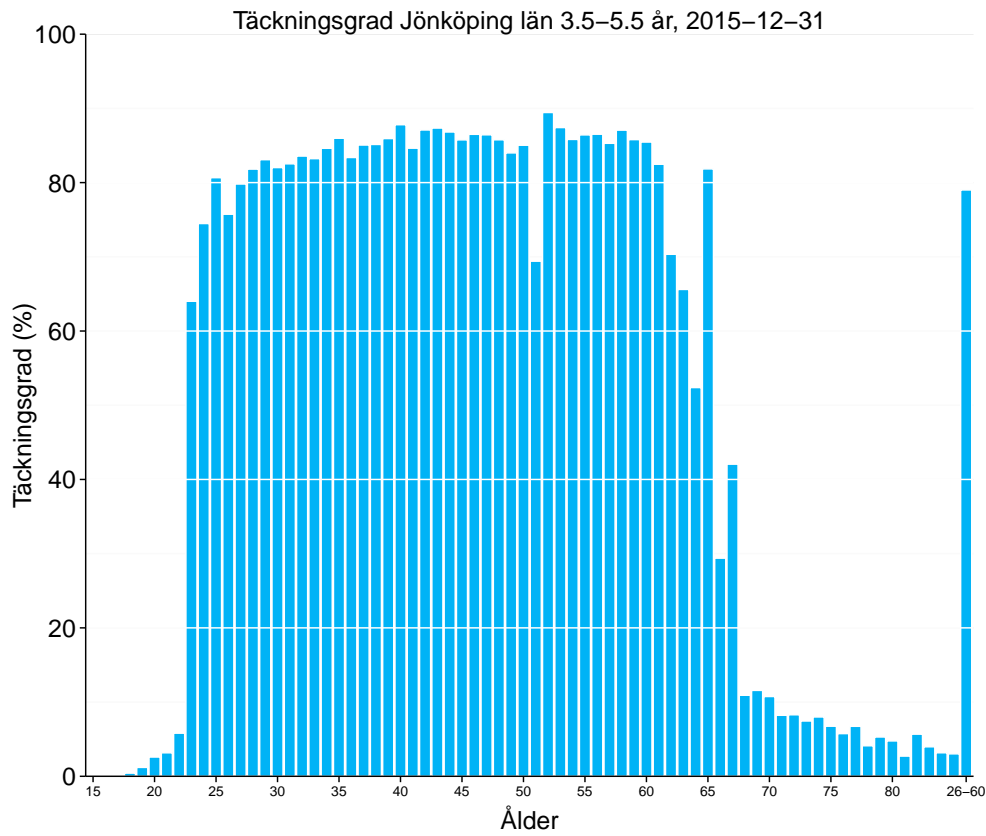
## Täckningsgrad 3.5–5.5år, 2015–12–31

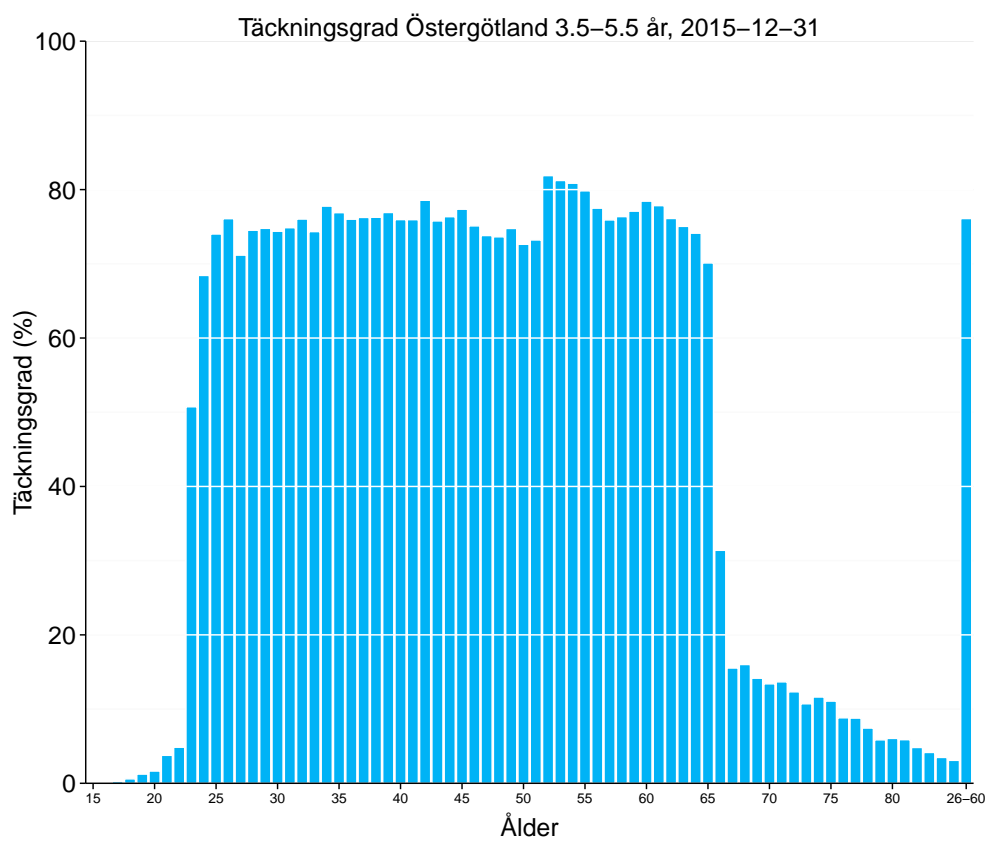


Täckningsgrad ■ 74% - 78% ■ 79% - 81% ■ 82% - 85% ■ 86% -

Område	Täckningsgrad
Jönköping län	84.4%
Kalmar län	76.6%
Östergötland	76.1%

Kommun	3.5 - 5.5 år	4.0 år	Kommun	3.5 - 5.5 år	4.0 år
Habo	87%	89.3%	Boxholm	80.4%	82.7%
Eksjö	86%	86.4%	Vadstena	80.2%	81.6%
Vaggeryd	86.2%	89%	Mörbylånga	79.8%	83%
Värnamo	85.7%	87.1%	Nybro	78.7%	82.3%
Aneby	85.4%	85.1%	Borgholm	78.4%	78.9%
Gislaved	84.9%	86.6%	Linköping	77.7%	79.9%
Vimmerby	84.8%	88%	Emmaboda	77.1%	79.4%
Oskarshamn	84.6%	85.8%	Ödeshög	76.9%	80%
Vetlanda	84.4%	86.7%	Åtvidaberg	76.7%	79.9%
Nässjö	84.2%	85.5%	Söderköping	76.3%	81%
Jönköping	83.9%	85.9%	Mönsterås	75%	78.5%
Tranås	83.8%	85.8%	Hultsfred	75.7%	78.1%
Mullsjö	83.6%	84.9%	Ydre	75.4%	76.6%
Gnosjö	83.3%	86%	Högsby	74.5%	78.3%
Sävsjö	83.2%	84.2%	Kinda	73.8%	77.7%
Mjölby	81.3%	83.5%	Norrköping	73.4%	75.8%
Västervik	80%	84.1%	Finspång	69.2%	74.1%
Torsås	80.6%	81.3%	Kalmar	68.8%	72.8%
Motala	80.5%	81.9%	Valdemarsvik	68.3%	71.6%





## Täckningsgrad Jönköping per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Skärstad-Ölmstad	89.7%
Rogberga-Öggestorp	88.4%
Bankeryd	87%
Hakarp	86.6%
Visingsö	86.3%
Barnarp	85.9%
Jönköpings Sofia-Järstorp	85.8%
Lekeryd	85.7%
Månsarp	83.8%
Norra Mo	83.7%
Norrahammar	83.7%
Gränna	83.6%
Ödestugu	82.8%
Jönköpings Kristina-Ljungarum	81.6%
Huskvarna	80.5%

## Täckningsgrad Gislaved per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Gislaved	85.1%
Våthult	89.2%
Bosebo	96.4%
Anderstorp	85.7%
Norra Hestra	86%
Villstad	86.5%
Burseryd	87.6%
Västbo S:t Sigfrid	86.8%

## Täckningsgrad Nässjö per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Nässjö	85.6%
Norra Sandsjö	80.6%
Bringetofta	87.7%
Norra Solberga-Flisby	84.2%
Barkeryd-Forserum	87.7%
Malmbäck	85.3%
Almesåkra	83.7%

## Täckningsgrad Vetlanda per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Nävelsjö	90.6%
Bäckседа	89.8%
Näsby	89.6%
Lannaskede	85%
Vetlanda	85%
Nye, Näshult och Stenberga	84.7%
Björkö	83.6%
Alseda	83.2%
Korsberga	82.1%

## Täckningsgrad Värnamo per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Tännö	92.1%
Bredaryd	89.7%
Värnamo	87.3%
Forshedabygden	86.1%
Voxtorp	85.1%
Gällaryd	84.9%
Kulltorp, del	84.7%
Nydala-Fryele	82%
Rydaholm	79.5%

## Täckningsgrad Kalmar per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Hossmo	74%
Kalmar domkyrkoförs.	73.3%
Åby	70.9%
Ljungby	70.7%
Förlösa-Kläckeberga	70.4%
Dörby	69.6%
Kalmar S:t Johannes	69.4%
Karlslunda-Mortorp	69.3%
Halltorp-Voxtorp	68.9%
Ryssby	68.9%
Heliga Korset	68.3%
Arby-Hagby	67.7%
S:ta Birgitta	66.9%
Två systrar	65.2%



## Täckningsgrad Oskarshamn per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Döderhult	86.9%
Misterhult	84.6%
Oskarshamn	83.7%

## Täckningsgrad Västervik per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Loftahammar	86.3%
Ukna	84.6%
Västervik	83.8%
Hjorted	81.4%
Törnsfall	79.3%
Gladhammar-Västrum	78.2%
Odensvi	75.8%
Hallingeberg-Blackstad	75.6%
Överum	74.2%
Västra Ed	70.8%
Gamleby	70.6%
Lofta	70.3%
Dalhem	65.4%

## Täckningsgrad Linköping per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Vist	86.2%
Åkerbo	83.2%
Kärna	83.1%
Skeda	82.6%
Vikingstad	81.7%
Vreta kloster	81.6%
Nykil-Gammalkil	81.6%
Landeryd	81.1%
Linköpings Johannelund	79.1%
Vårdnäs	79.1%
Linköpings domkyrkoförs.	79.1%
Linköpings Berga	78%
Linköpings S:t Lars	78.9%
Gottfridsberg	78.6%
Slaka	77.6%
Ulrika	74%
Linköpings Skäggetorp	66.7%
Linköpings Ryd	59.8%

## Täckningsgrad Mjölby per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Östra Tollstad	86%
Väderstad	85.9%
Västra Harg	84.7%
Veta	84.6%
Viby	81.3%
Mjölby	81.2%
Skänninge	79%

## Täckningsgrad Motala per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Borensberg	82.8%
Fornåsa	82.4%
Motala	81.4%
Aska, del	80.6%
Klockrike	80.1%
Tjällmo	79.8%
Västra Ny	79.7%
Godegård	76.9%

## Täckningsgrad Norrköping per församling 2015-12-31

Område	Täckningsgrad
Västra Vikbolandet	78.3%
Kolmården	77.1%
Östra Husby	76.7%
Norrköpings Borg	74.7%
Jonsberg	74.6%
Norrköpings S:t Olof	73.6%
Norrköpings S:t Johannes	70.9%

## 4 Deltagande efter inbjudan

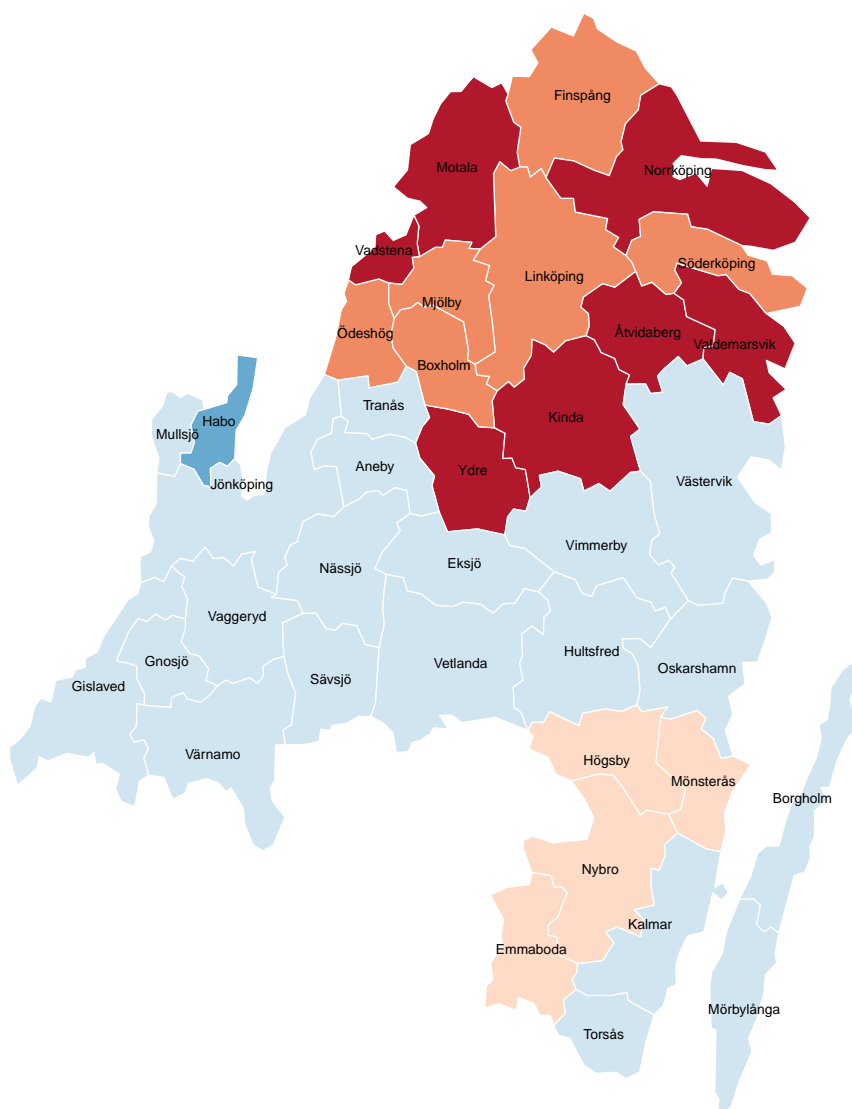
Deltagande efter inbjudan är det direkta måttet på hur stor andel av kvinnorna som efter att fått en inbjudan tar ett prov. Måttet har tidigare ibland benämnts Hörsamhet. Deltagande efter inbjudan räknas som andelen kvinnor som får ett prov taget inom tre månader efter en inbjudan skickats ut. Vi har utgått från inbjudningar utskickade under ett år fram till 30 sept 2015. 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:** Alla kvinnor i sydöstra sjukvårdsregionen som uteblir från cellprovtagning efter kallelse får en årlig påminnelse.

Variationen av deltagande efter inbjudan varierar kraftigt mellan olika länsdelar. Jönköpings län och Kalmar ligger på samma nivå som 2014 medan Östergötland ökat från 31% till 38% vilket är mycket lågt.

Styrpgrupperna i regionen har diskuterat hur man tillgodoser att rätt kvinnor bli kallade och att ett effektivt utgalleringsystem finns men det torde finnas mer att göra. Olika orprojekt för att uppmärksamma uteblivare pågår i regionen vilket också bidrar till att förbättra utgalleringen.

## Deltagande efter inbjudan. 2015

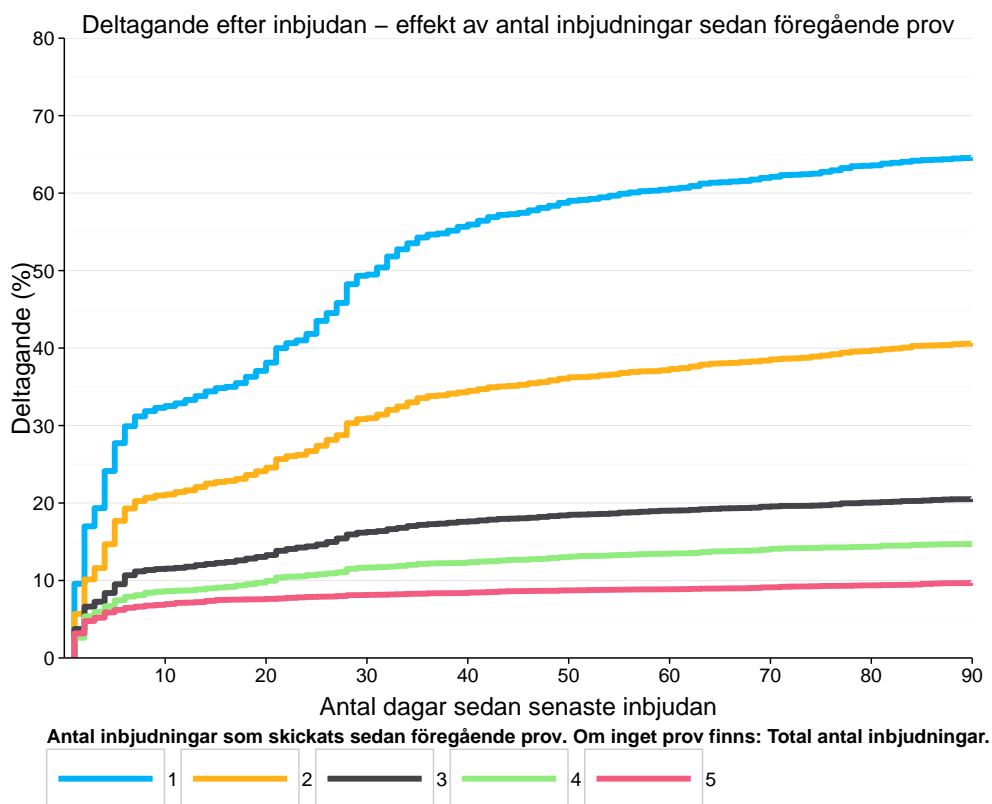


Deltagande ■ <math>\leq 39\%</math> ■ 40% – 49% ■ 50% – 59% ■ 60% – 69% ■ 70% –

Område	Deltagande
Kalmar län	63%
Jönköping län	62%
Sydöstra Sverige	49%
Östergötland	38%

Kommun	Deltagande
Habo	70%
Vimmerby	68%
Västervik	68%
Oskarshamn	68%
Gnosjö	68%
Eksjö	65%
Tranås	64%
Värnamo	64%
Aneby	64%
Borgholm	63%
Mörbylånga	63%
Sävsjö	63%
Gislaved	63%
Vaggeryd	62%
Kalmar	61%
Torsås	61%
Nässjö	61%
Jönköping	61%
Hultsfred	60%

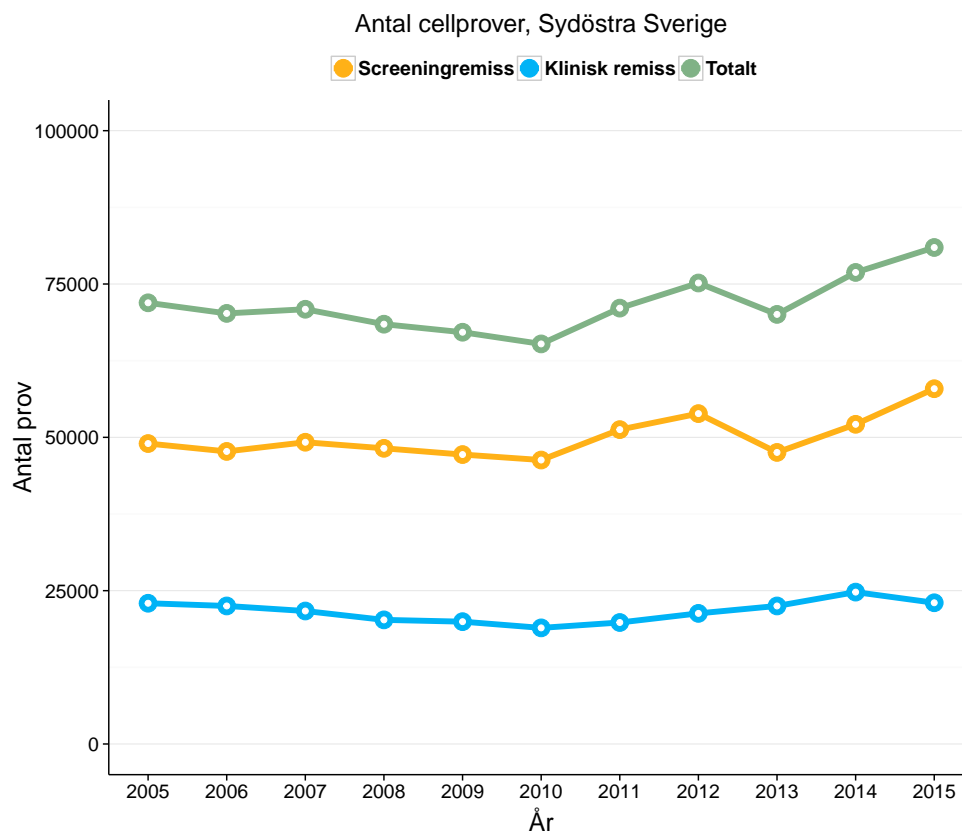
Kommun	Deltagande
Vetlanda	60%
Mullsjö	60%
Mönsterås	57%
Nybro	55%
Emmaboda	55%
Högsby	53%
Mjölby	48%
Boxholm	46%
Söderköping	44%
Ödeshög	42%
Finspång	41%
Linköping	40%
Vadstena	38%
Åtvidaberg	37%
Motala	36%
Kinda	36%
Norrköping	34%
Ydre	32%
Valdemarsvik	31%



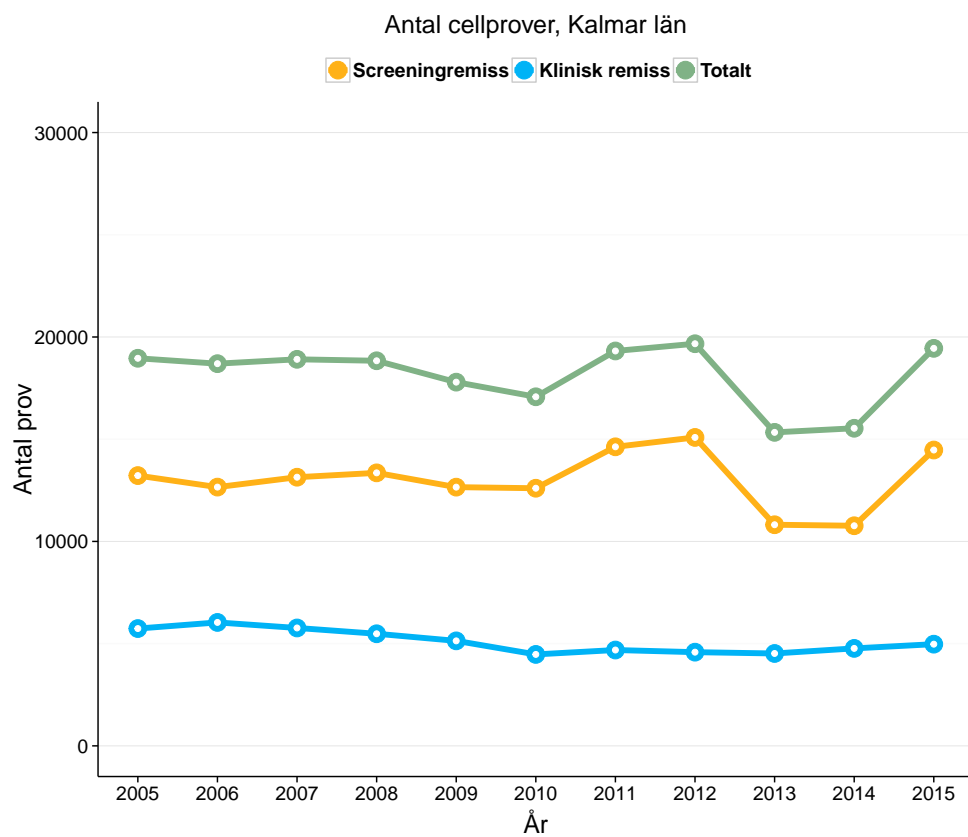
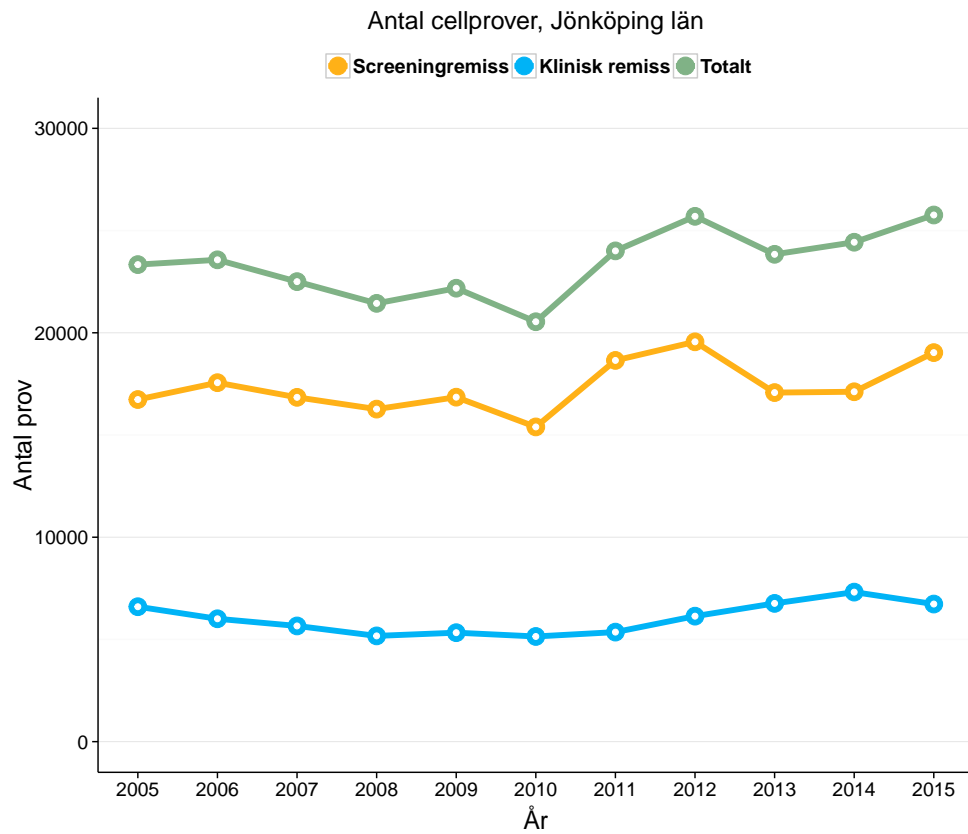
## 5 Antal cellprover

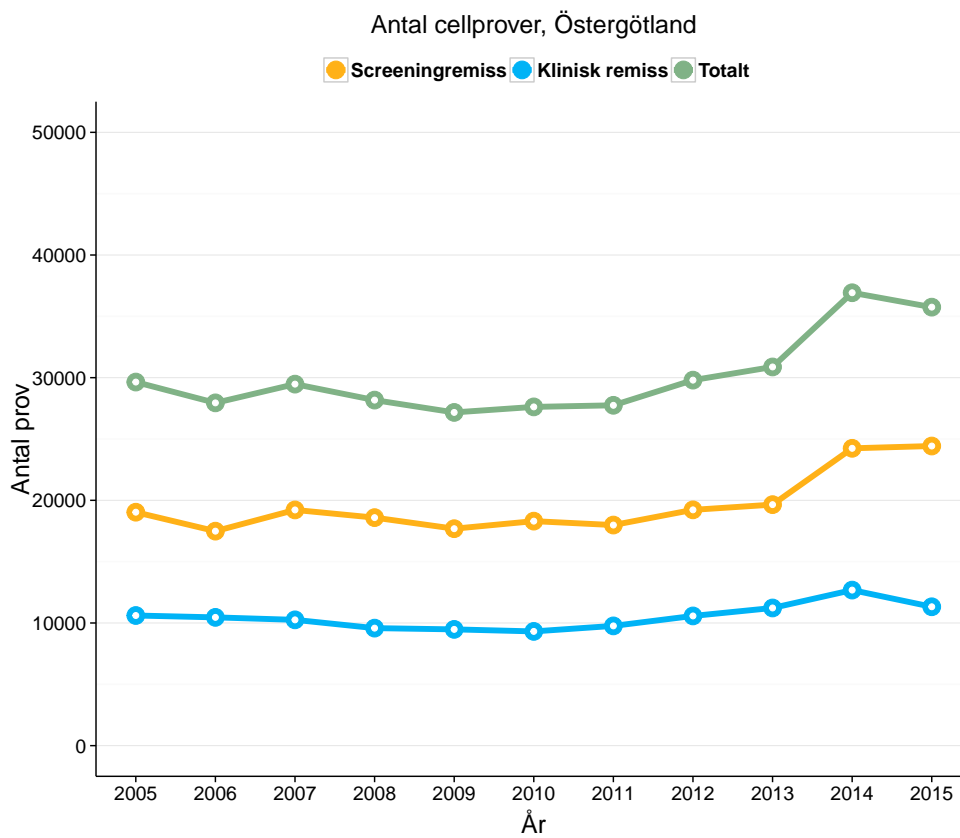
Diagrammen visar antalet prover från år under 2000-talet. Observera att skalorna är olika för diagrammen.

**Kommentar:** Det finns en tendens till fler tagna cellprov från 2014 i hela sydöstra regionen vilket verkar hålla i sig under 2015. Cellprover tagna på screeningremiss verkar stå för ökningen.





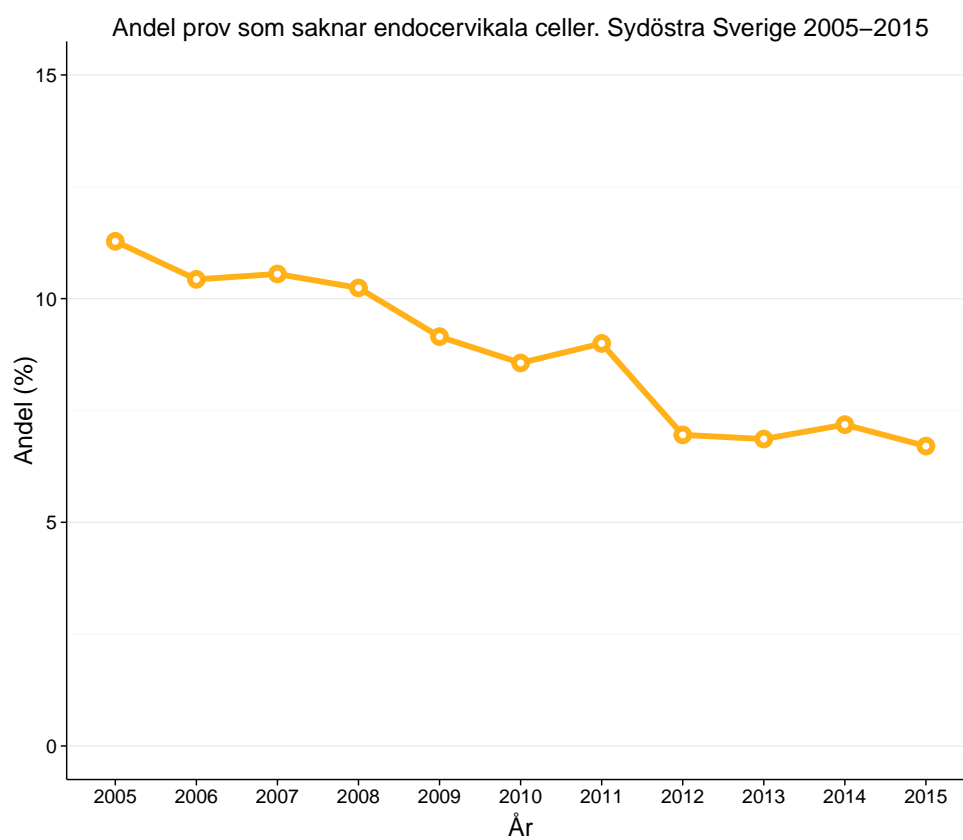
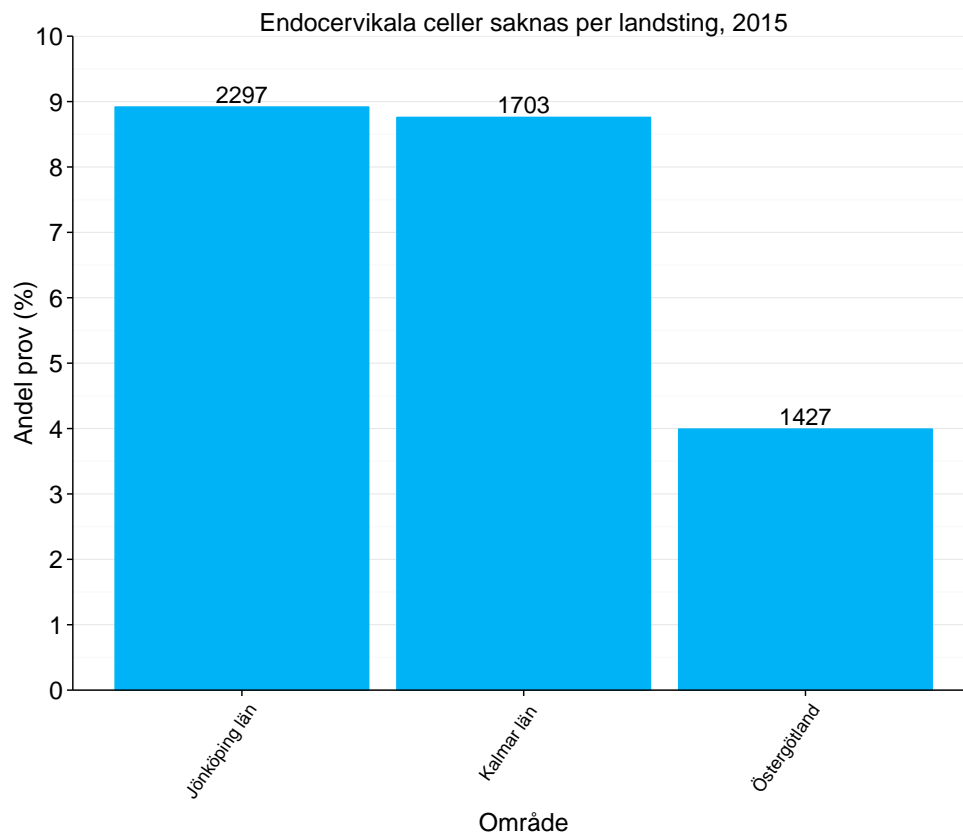




## 6 Endocervikala celler saknas

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

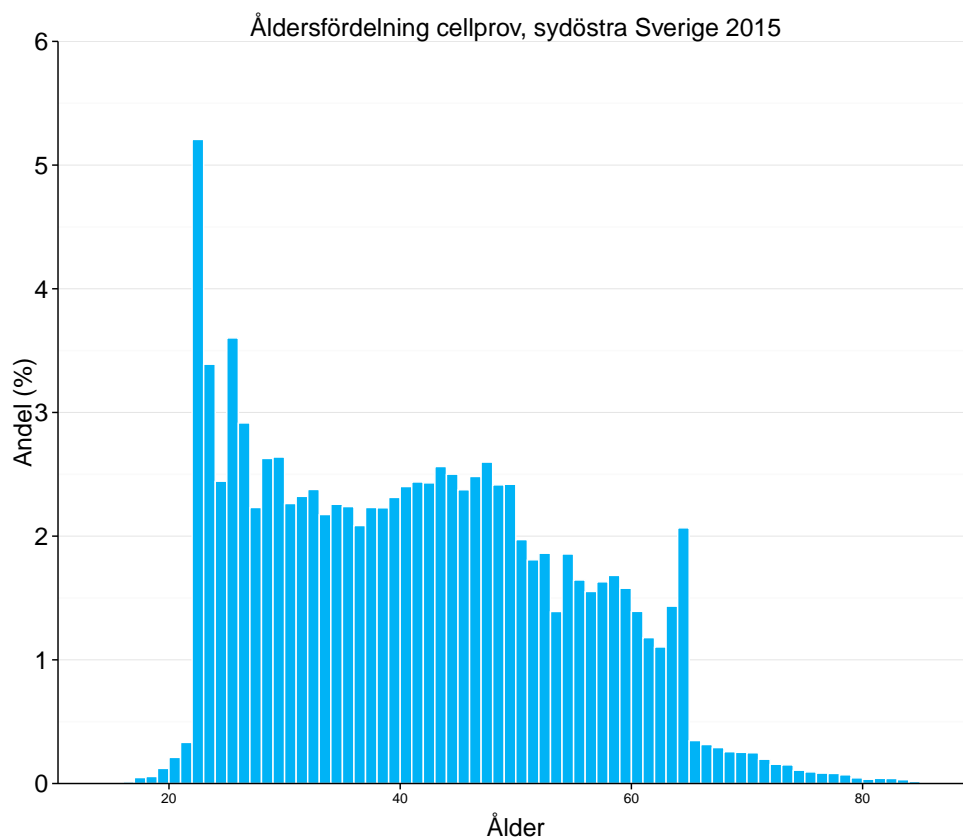
**Kommentar:** Andelen prov som saknar endocervikala celler fortsätter att sjunka vilket visar att provtagnings tekniken i sydöstra sjukvårdsregionen är god och uppfyller det gemensamma vårdprogrammets mål om  $\leq 10\%$ .



## 7 Åldersfördelning cellprov

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

**Kommentar:** Följer förväntat mönster.



## 8 Tid till svar

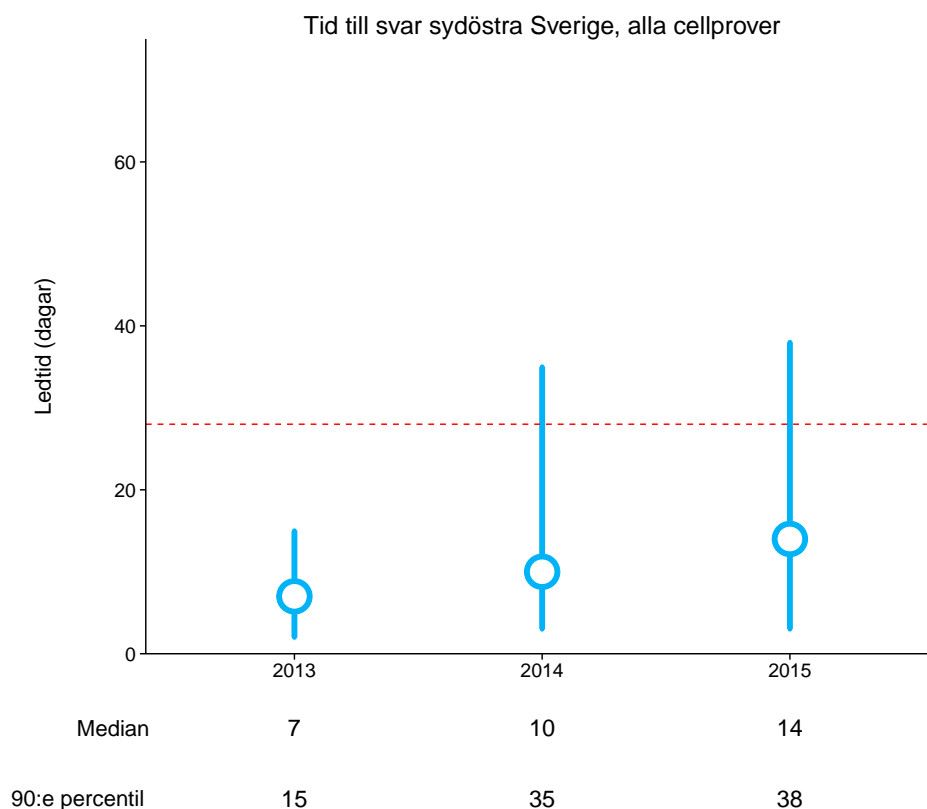
Tid till svar visar det totala antalet kalenderdagar från registrering till det att svar skickas ut från laboratoriet. I denna rapport redovisas screeningprover och prover tagna utanför organiserad screening på standardremiss separat. Försenad transport av provet från mottagningen kan påverka denna tid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

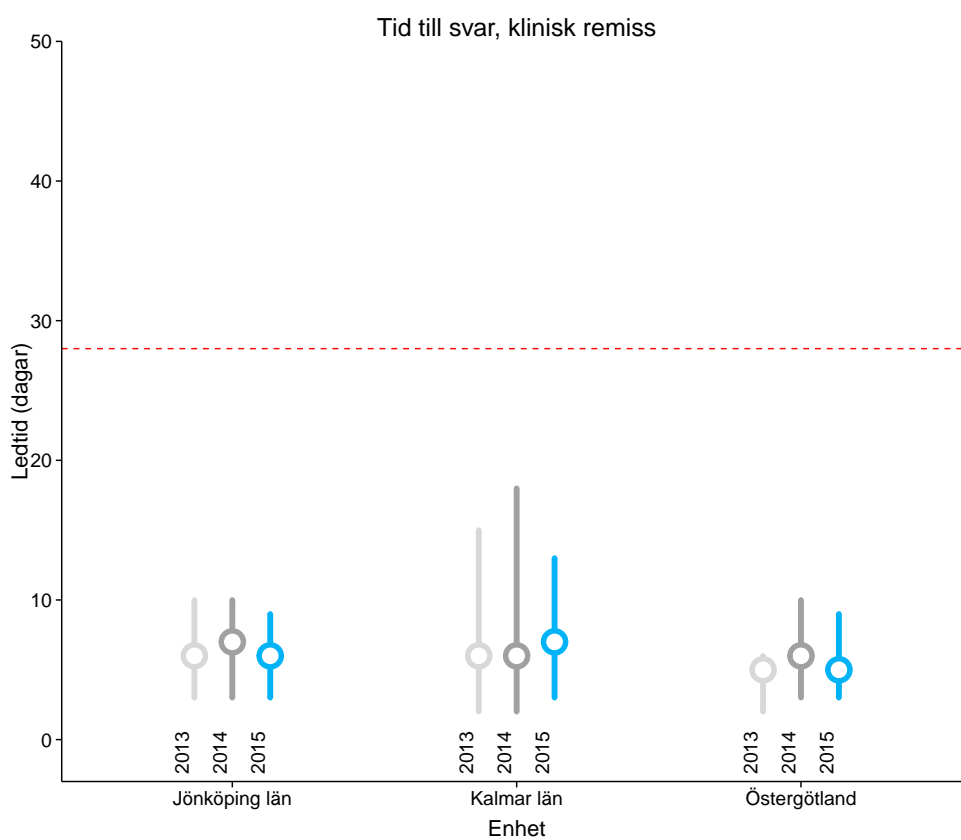
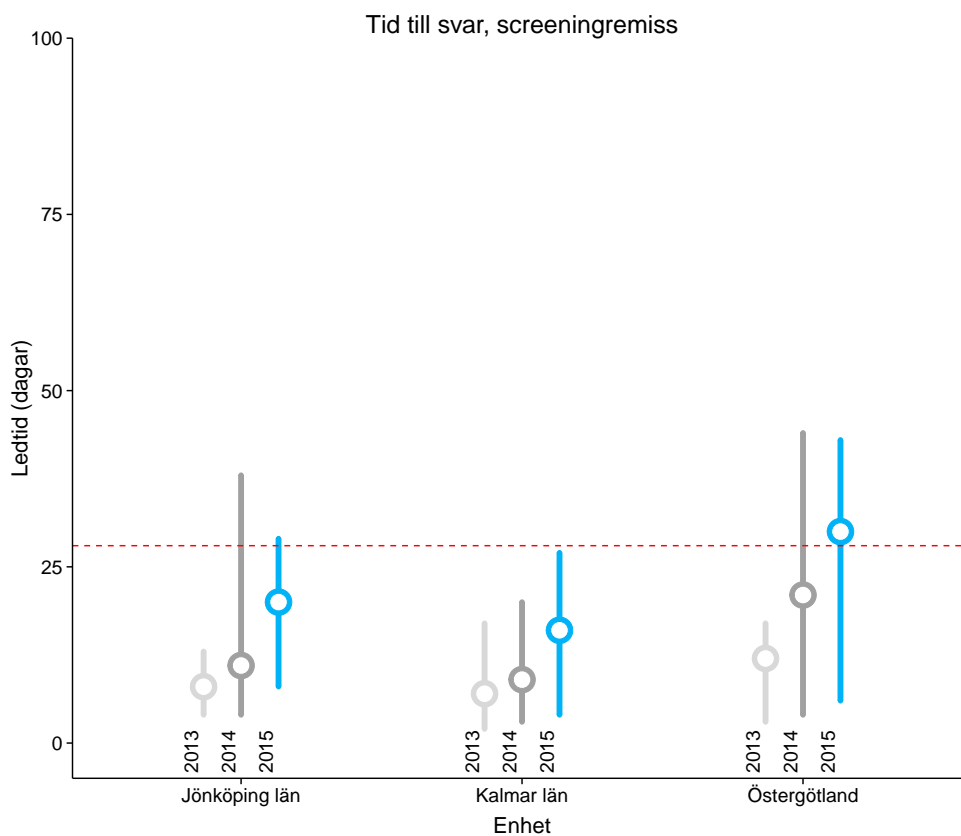
Data redovisas som en variant av s.k. boxplots. Medianvärdet är cirkeln, övre ändpunkten av linjen representerar det nationella målvärdet om 90%. För att uppfylla målvärdet att 90% av screeningproverna ska rapporteras ut inom 28 dagar från provtagningsdatum, ska de blå linjerna ligga under den röda streckade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

**Kommentar:** Laboratoriet i Kalmar klarar båda målvärdena även om det finns en tendens till att svarstiden ökar.

Laboratoriet i Jönköping har förbättrats jämfört med 2014 men svarar fortfarande ej ut 90% av provsvaren från screeningremiss inom rekommenderat tidsintervall. Tid till svar från klinisk remiss ligger inom målet.

Laboratoriet i Östergötland har ökat tid till svar från screeningremiss jämfört med 2014 och klarar inte målvärdet. Tid till svar från klinisk remiss ligger inom målet.



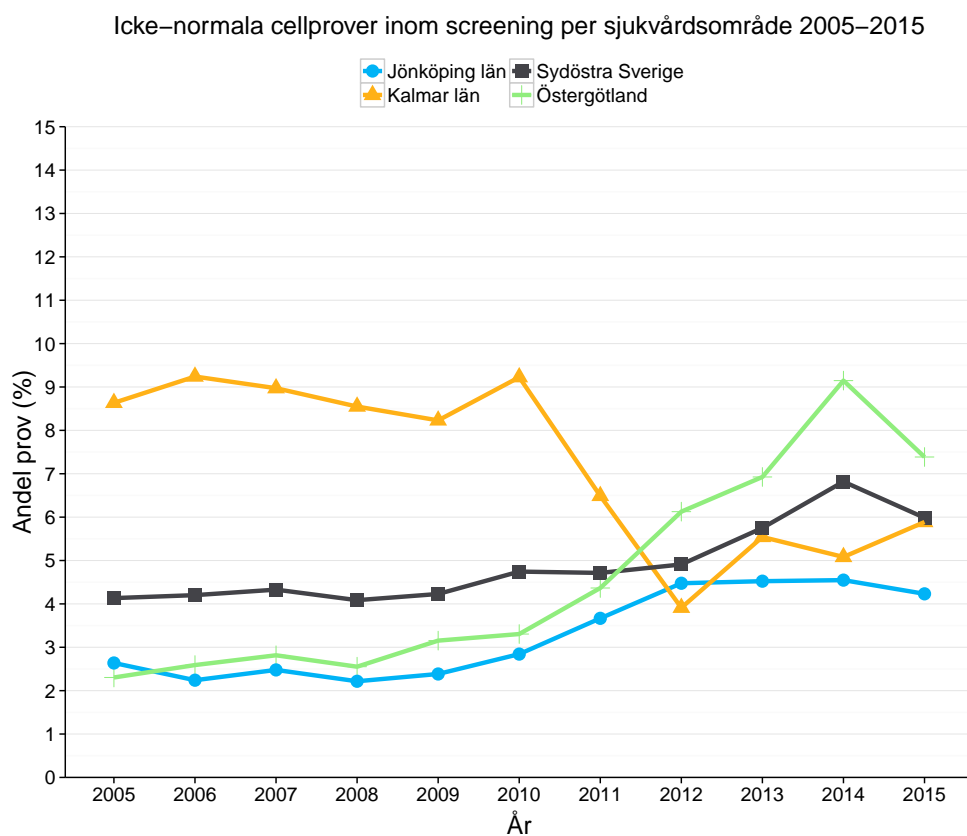


## 9 Andel icke-normala cellprover

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

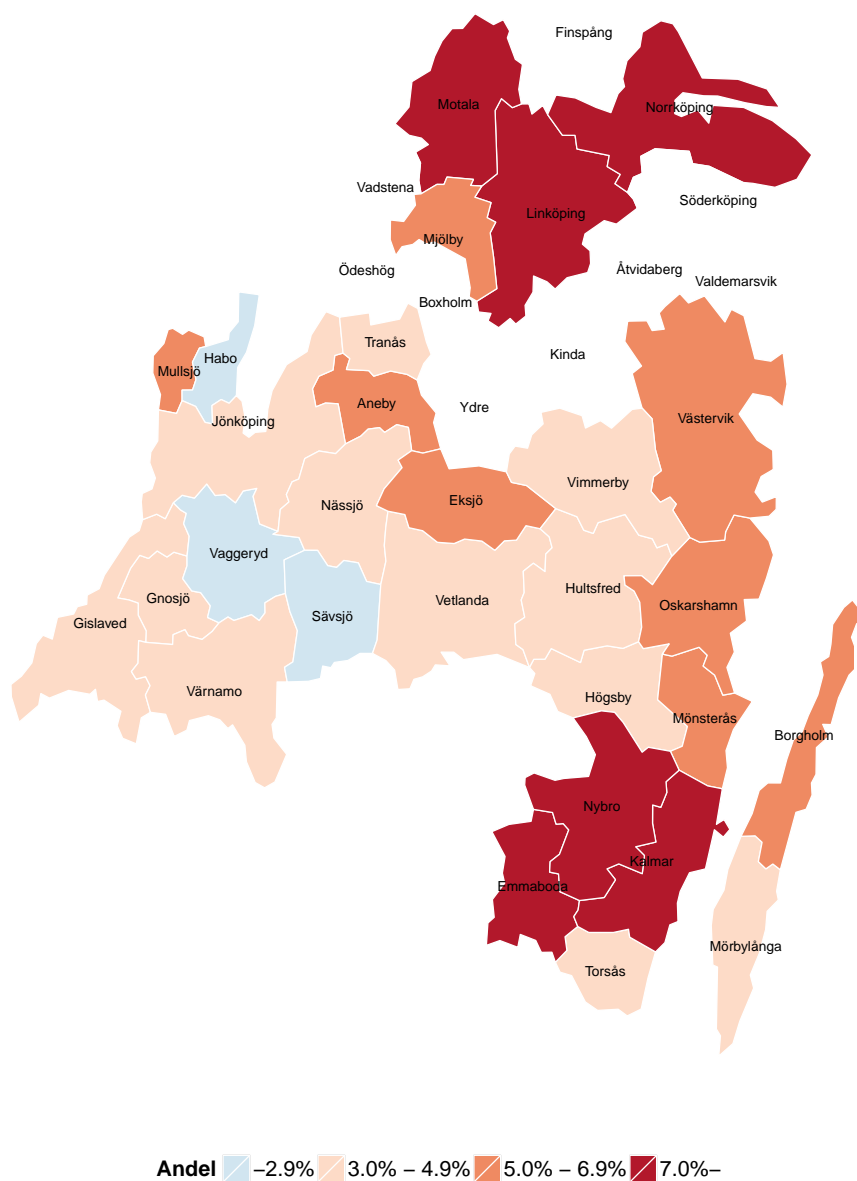
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess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

**Kommentar:** Östergötland skiljer ut sig i regionen med störst andel icke-normala cellprover inom screening även om det finns en nedåtgående trend. Över tid kan man se att på laboratorierna närmat sig varandra.



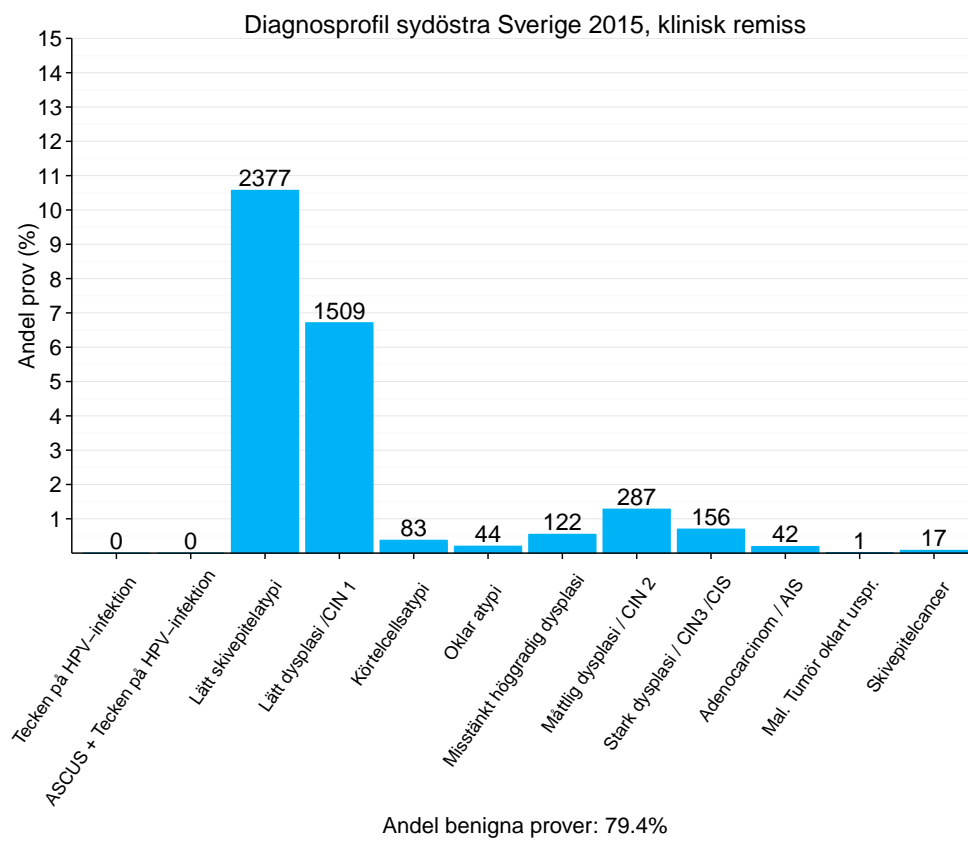
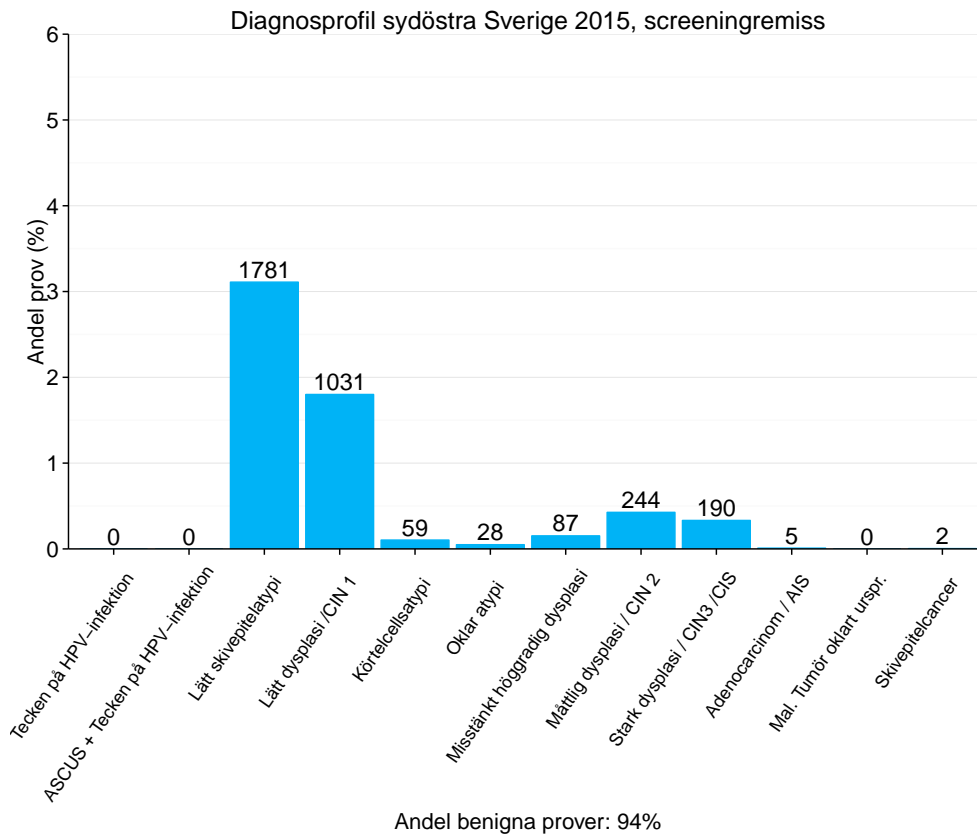


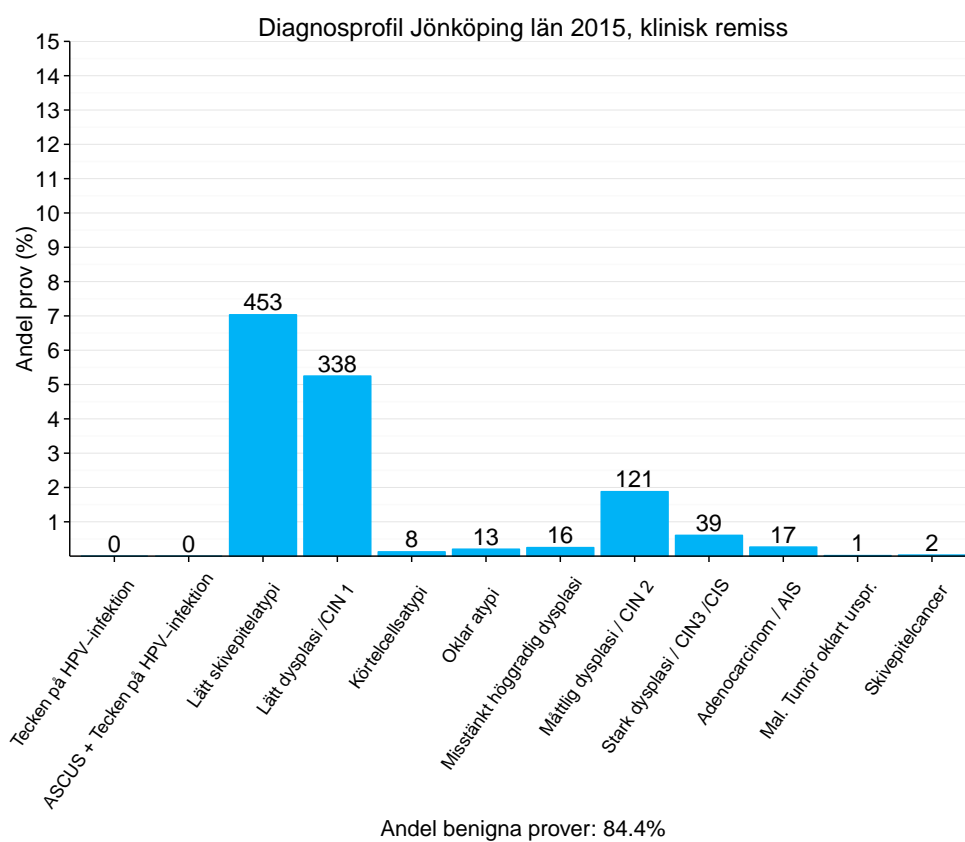
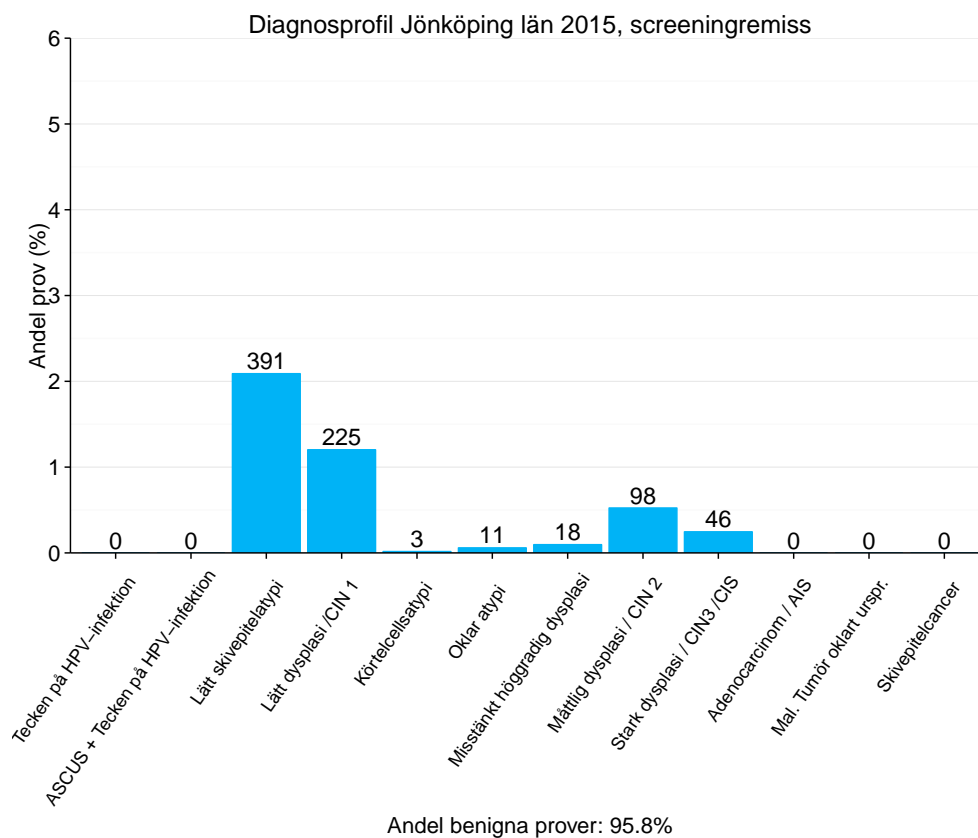
## Andel icke-normala cellprover inom screening 2015

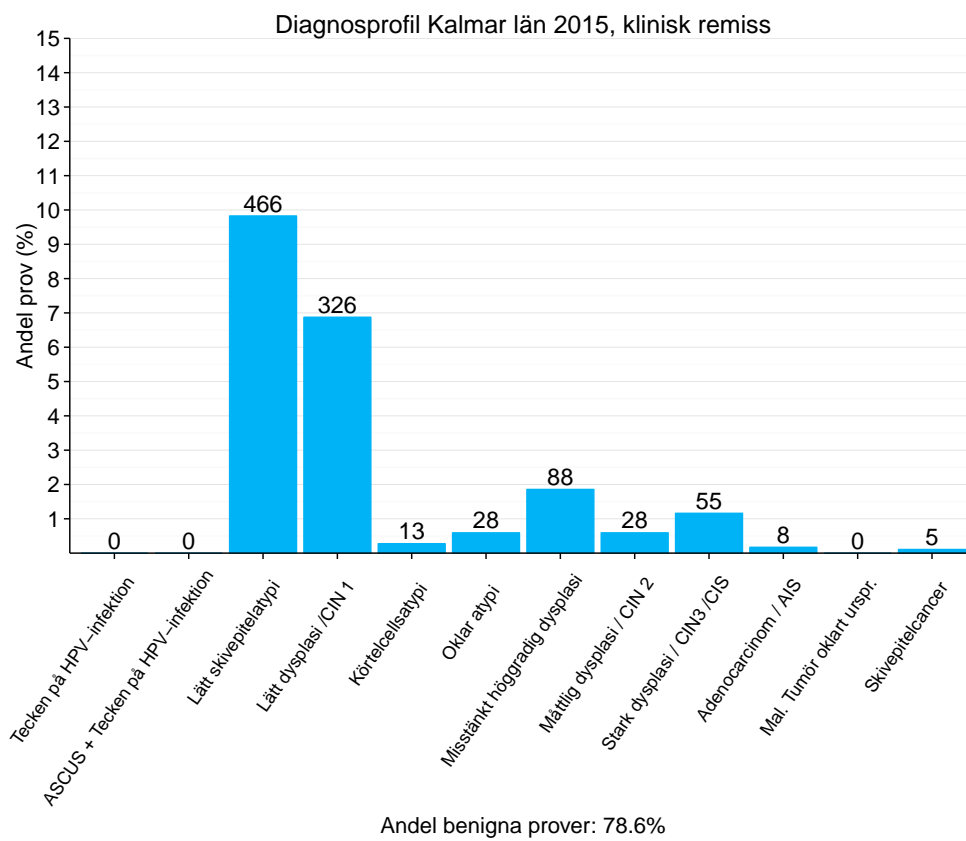
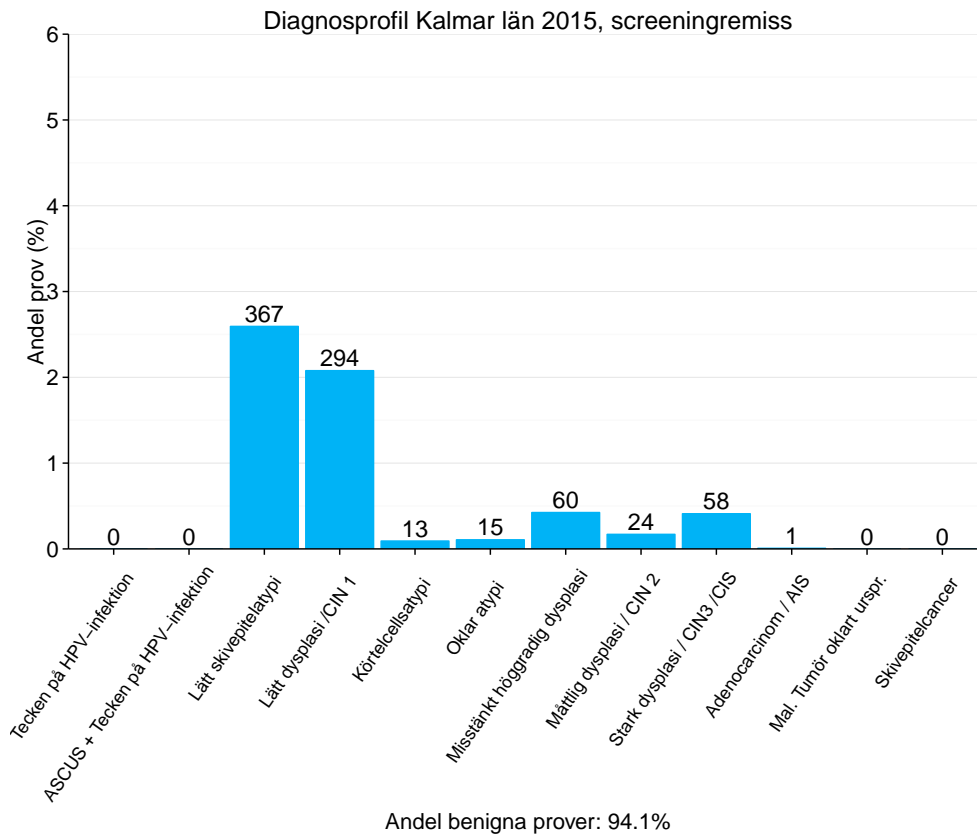


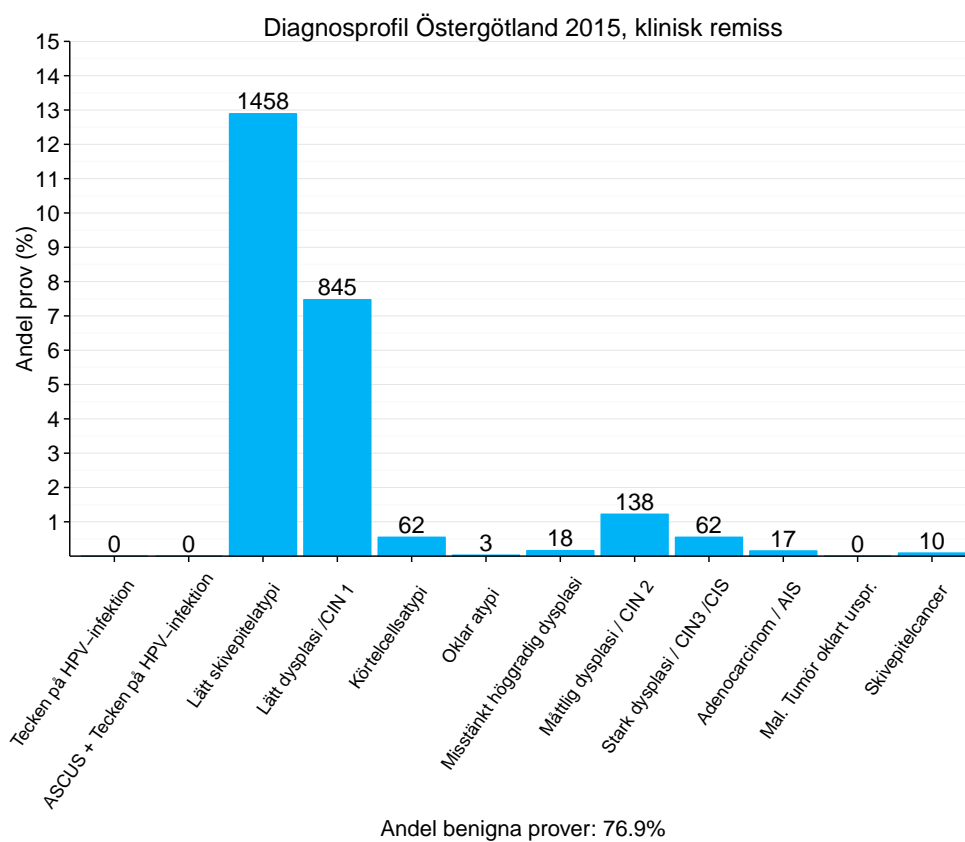
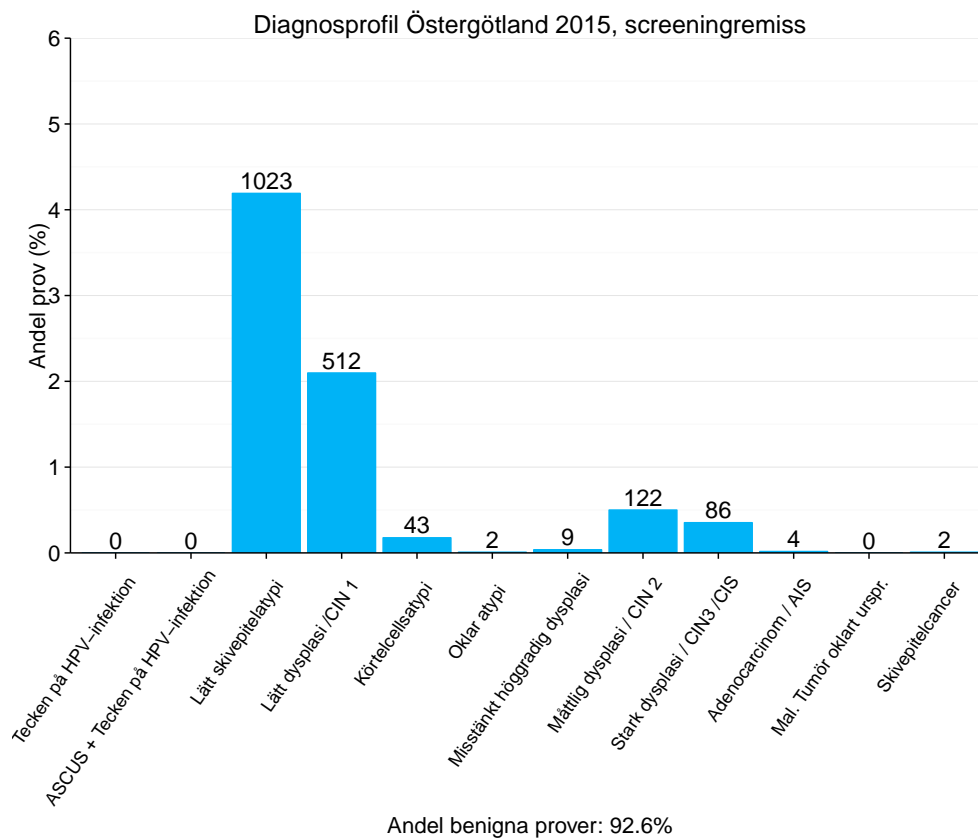
## 10 Diagnosprofil cytologi

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









## 11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

Detta är en ny kvalitetsparameter som har fastställts av Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention. Riktvärdena är  $\geq 90\%$ . För att möjliggöra 6 månaders uppföljning av ASCUS/CIN1 räknas måttet utifrån cellprover tagna 1 juli 2014 till 30 juni 2015 och motsvarande datum för höggradiga cytologavvikelser blir 1 okt 2014 resp 30 sept 2015. Nytt cellprov, och/eller PAD räknas som uppföljning och för ASCUS/CIN1 också HPV-test med negativt utfall. Måttet är satt ur ett patientperspektiv. Resultaten, fr.a. för höggradigt avvikande cellprover, är beroende av vårdkedjan – både laboratoriets och gynekologins rutiner måste fungera.

**Kommentar:** Kalmar och Östergötland når upp till en mycket bra målnivå för andel ASCUS/CIN I som följts upp 6 mån efter provtagningsdatum men klarar ej målet för uppföljning av andel höggradigt atypiska prover inom 3 månader.

Jönköping märker ut sig med en lång uppföljningsstid både för låg- och höggradigt atypisk prover och det är också en klar försämring jfr med 2014-2015 ( 76%-60%) (90%-55%). Svarstiderna på laboratoriet har förbättrats jämfört med 2014 så fördröjning till uppföljning torde ligga hos kvinnoklinikerna.

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

Område	Andel prov
Jönköping län	60%
Kalmar län	99%
Östergötland	98%
Sydöstra Sverige	90%

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

Område	Andel prov
Jönköping län	55%
Kalmar län	87%
Östergötland	81%
Sydöstra Sverige	75%

## 12 Utfall av cytologi

Denna lite snåriga tabell är viktig att studera inte minst för gynekologer, cytodiagnostiker och patologer. Den visar den allvarligaste diagnosen som uppträtt i vävnadsprov inom 12 månader efter ett avvikande cytologprov. Den ger bl.a. en fingervisning om risken för en kvinna att ha en höggradig dysplasi i PAD vid en given cytologisk diagnos. Den visar oss också hur stor andel av avvikande diagnoser som följs upp med histopatologi. Redovisningen här görs utifrån laboratorium eftersom diagnostiken skiljer sig en del mellan laboratorierna och en given cytologisk diagnos helt klart har olika allvarlighetsgrad och olika samstämmighet med cytologi. Två tabeller är framtagna. Den som ligger här utgår från alla cellprover med en given diagnos. En andra tabell finns tillgänglig som webb-appendix på [www.cancercentrum.se/vast/cellprov/rapport](http://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 2014 för att kunna ge 1 års uppföljning av alla. Detta är ett strikt datauttag och vi måste försiktigtvis reservera oss för tveksamheter eller fel i programkoder, dateringar, konverteringar och andra ofullkomligheter i databasen.

**Kommentar:** Överensstämmelsen mellan höggradigt avvikande atypiska cellprover och histopatologin är god i hela sydöstra sjukvårdsregionen. Enbart laboratoriet i Jönköping använder sig av benämningen ASCUS+ tecken på HPV infektion.

I de fall cytologin visar lätt skivepitelatyperi har 8.3-21% CIN 2-3 i uppföljande histopatologi. HPV triagering har bidragit till att 58% av cellproverna med diagnosen lätt skivepitel saknar histopatologisk uppföljning.



Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2014: Sydöstra Sverige

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	939	1.5%	351	0.55%	134	0.21%	20	0.031%	395	0.62%	61676	97%	63515	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	10	12%	20	25%	14	18%	1	1.2%	21	26%	14	18%	80	100%
Lätt skivepitelatypti	349	7.3%	886	18%	543	11%	19	0.39%	245	5.1%	2769	58%	4811	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	146	6.5%	641	28%	602	27%	20	0.89%	143	6.3%	707	31%	2259	100%
Körtelcellsatypi	48	30%	28	17%	22	14%	11	6.8%	22	14%	31	19%	162	100%
Oklar atypi	8	19%	4	9.3%	14	33%	4	9.3%	5	12%	8	19%	43	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	5	3.4%	16	11%	116	79%	4	2.7%	4	2.7%	2	1.4%	147	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	12	2.2%	60	11%	421	78%	14	2.6%	13	2.4%	18	3.3%	538	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	2	0.55%	7	1.9%	317	87%	26	7.1%	5	1.4%	8	2.2%	365	100%
Adenocarcinom/AIS	2	6.1%	–	–	9	27%	15	45%	1	3%	6	18%	33	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	6	33%	11	61%	–	–	1	5.6%	18	100%
Totalt	1521	2.1%	2013	2.8%	2198	3.1%	145	0.2%	854	1.2%	65240	91%	71971	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2014: Jönköping län

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	446	2.1%	174	0.84%	98	0.47%	8	0.038%	183	0.88%	19883	96%	20792	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	10	12%	20	25%	14	18%	1	1.2%	21	26%	14	18%	80	100%
Lätt skivepitelatypi	144	18%	184	23%	172	21%	–	–	77	9.6%	227	28%	804	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	60	12%	144	28%	187	37%	–	–	55	11%	63	12%	509	100%
Körtelcellsatypi	1	10%	1	10%	1	10%	4	40%	2	20%	1	10%	10	100%
Oklar atypi	5	38%	2	15%	2	15%	3	23%	–	–	1	7.7%	13	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	5	6%	8	9.5%	65	77%	2	2.4%	3	3.6%	1	1.2%	84	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	6	2.5%	27	11%	185	77%	–	–	10	4.2%	11	4.6%	239	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	2	1.6%	–	–	111	90%	5	4%	3	2.4%	3	2.4%	124	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	14%	4	57%	–	–	2	29%	7	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	100%
Totalt	679	3%	560	2.5%	836	3.7%	28	0.12%	354	1.6%	20206	89%	22663	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2014: Kalmar län

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	181	1.4%	121	0.96%	19	0.15%	8	0.063%	146	1.2%	12187	96%	12662	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lätt skivepitelatypti	25	3.9%	186	29%	92	14%	–	–	123	19%	210	33%	636	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	12	2.5%	131	28%	139	29%	–	–	67	14%	126	27%	475	100%
Körtelcellsatypi	–	–	1	12%	1	12%	3	38%	2	25%	1	12%	8	100%
Oklar atypi	2	7.7%	2	7.7%	12	46%	1	3.8%	5	19%	4	15%	26	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	–	–	8	13%	51	81%	2	3.2%	1	1.6%	1	1.6%	63	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	–	–	1	2.1%	44	94%	1	2.1%	–	–	1	2.1%	47	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	1	1.4%	66	94%	1	1.4%	–	–	2	2.9%	70	100%
Adenocarcinom/AIS	2	14%	–	–	1	7.1%	8	57%	–	–	3	21%	14	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	1	50%	–	–	–	–	1	50%	2	100%
Totalt	222	1.6%	451	3.2%	426	3%	24	0.17%	344	2.5%	12536	90%	14003	100%

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2014: Östergötland

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	312	1%	56	0.19%	17	0.057%	4	0.013%	66	0.22%	29606	98%	30061	100%
Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ASCUS + Tecken på HPV-infektion	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Lätt skivepitelatypti	180	5.3%	516	15%	279	8.3%	19	0.56%	45	1.3%	2332	69%	3371	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	74	5.8%	366	29%	276	22%	20	1.6%	21	1.6%	518	41%	1275	100%
Körtelcellsatypi	47	33%	26	18%	20	14%	4	2.8%	18	12%	29	20%	144	100%
Oklar atypi	1	25%	–	–	–	–	–	–	–	–	3	75%	4	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Måttlig dysplasi/CIN 2	6	2.4%	32	13%	192	76%	13	5.2%	3	1.2%	6	2.4%	252	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	6	3.5%	140	82%	20	12%	2	1.2%	3	1.8%	171	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	7	58%	3	25%	1	8.3%	1	8.3%	12	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	5	33%	10	67%	–	–	–	–	15	100%
Totalt	620	1.8%	1002	2.8%	936	2.7%	93	0.26%	156	0.44%	32498	92%	35305	100%





Rapporten är utgiven av Regionalt cancercentrum väst. 2016-04-13.