

Sammanställning av Kvalitetsdata 2016

Gällande Cervixcancerprevention i Sydöstra
Sjukvårdsregionen

September 2017

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")



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

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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

Innehållsförteckning

| | |
|---|-----------|
| 1 Inledning | 3 |
| 2 Invitationsstatus | 4 |
| 3 Täckningsgrad | 7 |
| 4 Deltagande efter inbjudan | 18 |
| 5 Antal cellprover | 22 |
| 6 Endocervikala celler saknas | 25 |
| 7 Åldersfördelning cellprov | 27 |
| 8 Tid till svar | 28 |
| 9 Andel icke-normala cellprover | 30 |
| 10 Diagnosprofil cytologi | 32 |
| 11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid | 37 |
| 12 Utfall av cytologi | 38 |
| 13 PAD-utfall av behandling | 43 |
| 14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör | 47 |
| 15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar") | 50 |

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 14 år sedan skrev vi:

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

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

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

Denna rapport gäller 2016 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, Caroline Liljecreutz 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.

2017-06-21

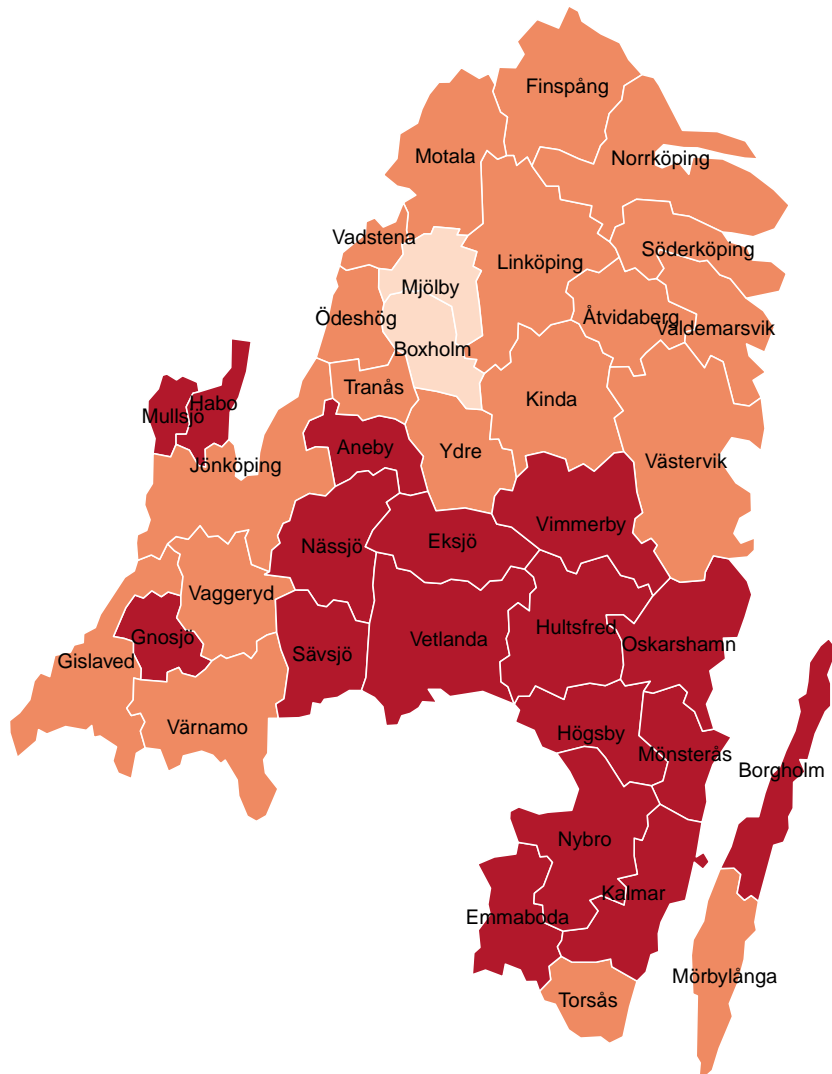
Björn Strander Anne Ekeryd-Andalen Chenyang Zhang Emil Selmeryd Madeleine Book Mia Westlund
Ulrika Hermansson

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: 92,5% av alla kvinnor i SÖ regionen får sin inbjudan i tid. Andelen har totalt sett minskat med 1% sedan 2015. Bäst på att kalla kvinnorna i tid är Östergötland med 96,1%. Kalmar kallar 84,5% av kvinnorna i tid vilket är en svag ökning från föregående år. Sett till antalet prover har det tagits 7109st cellprov färre jämfört med föregående år. Största anledning till att kvinnorna inte kallas i tid torde vara rådande barnmorskorbrist och att den gynekologiska cellprovskontrollen inte kan prioriteras inom mödrahälsövården.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



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



Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

| Område | Andel |
|------------------|-------|
| Östergötland | 96,1% |
| Jönköping län | 93% |
| Kalmar län | 84,5% |
| Sydöstra Sverige | 92,5% |

Antal kallelser per område

| Område | Antal |
|------------------|-------|
| Östergötland | 38536 |
| Jönköping län | 25064 |
| Kalmar län | 10487 |
| Sydöstra Sverige | 74087 |

3 Täckningsgrad

Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/21 2016 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: Jämfört med 2015 då hela 15 kommuner i SÖ regionen låg på eller under 78% i täckningsgrad är den siffran nere på 7 st kommuner. 1:a platsen avseende kommun har Värnamo med 85,6% i täckningsgrad. Östergötland har förbättrat sin täckningsgrad från 76,1% 2015 till 79,3% 2016 och 4 kommuner ligger på 82-85%. Det finns dock 4 kommuner med en täckningsgrad på 78% eller lägre.

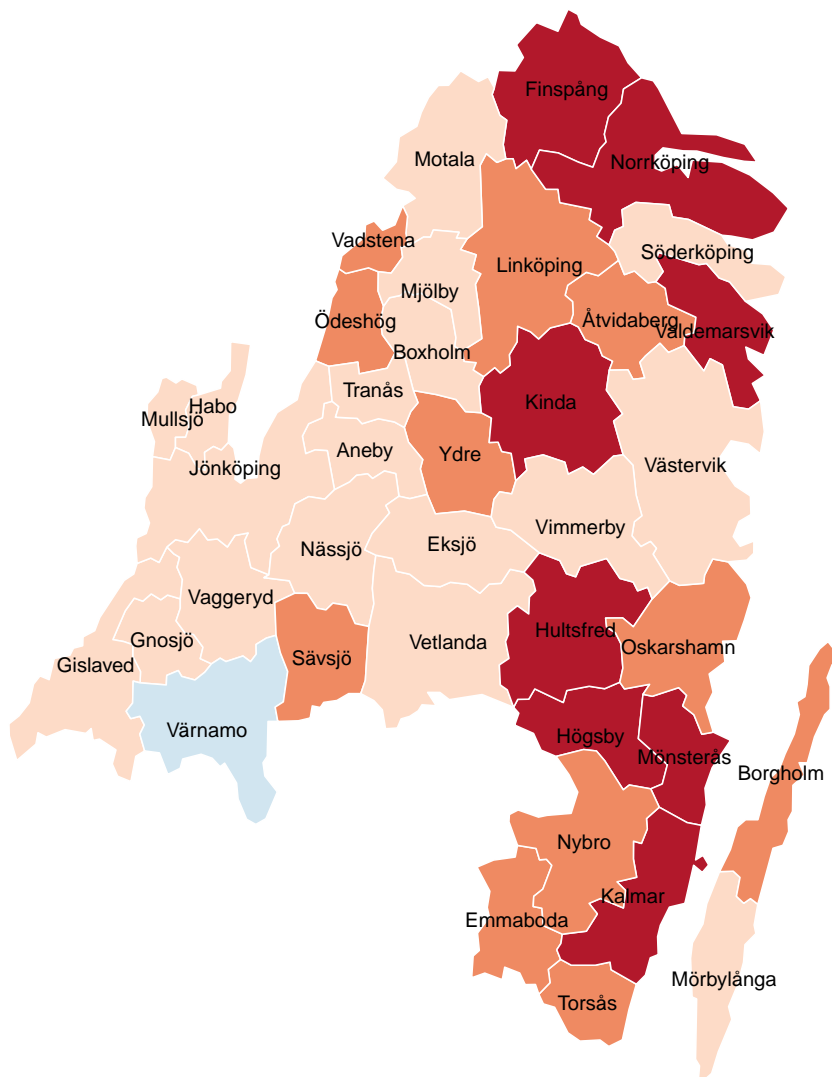
Kalmar har förbättrat sin täckningsgrad från 76,6% år 2015 till 78,0% år 2016 och 3 kommuner ligger mellan 82-85%. Det finns dock 4 kommuner med en täckningsgrad på 78% eller lägre.

Jönköpings län har en försämring av sin täckningsgrad jfr med 2015 och ligger nu på 83,9%. 2015 låg 4 kommuner över 85% i täckningsgrad och nu ligger alla kommuner under detta nationella målvärde.

Täckningsgraden skiljer sig mellan olika åldersgrupper där kvinnor under 50 år ligger sämre till. Detta kan spegla att dessa ålderskategorier är beroende av en god tillgänglighet.

6 församlingar i SÖ regionen ligger under 70% i täckningsgrad- dessa bör uppmärksammas särskilt vilket denna redovisning gör möjligt.

Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2016–12–31

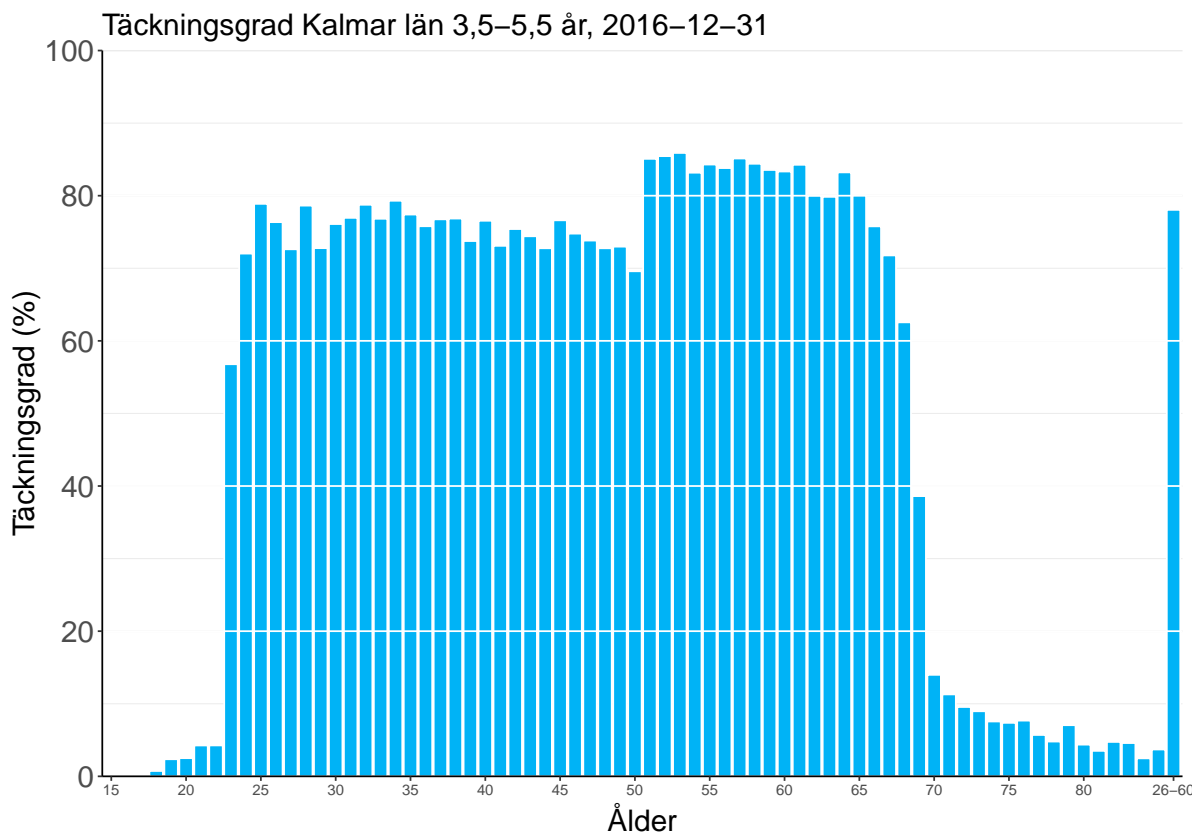
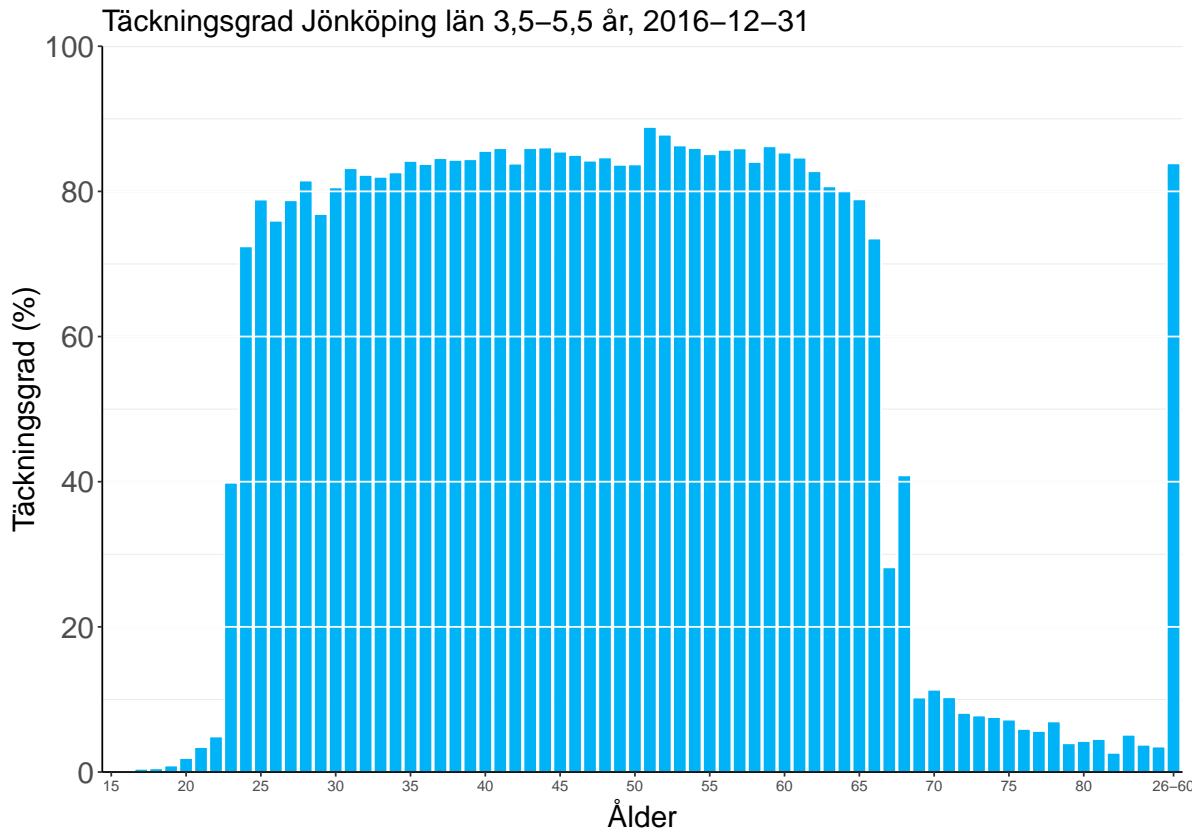


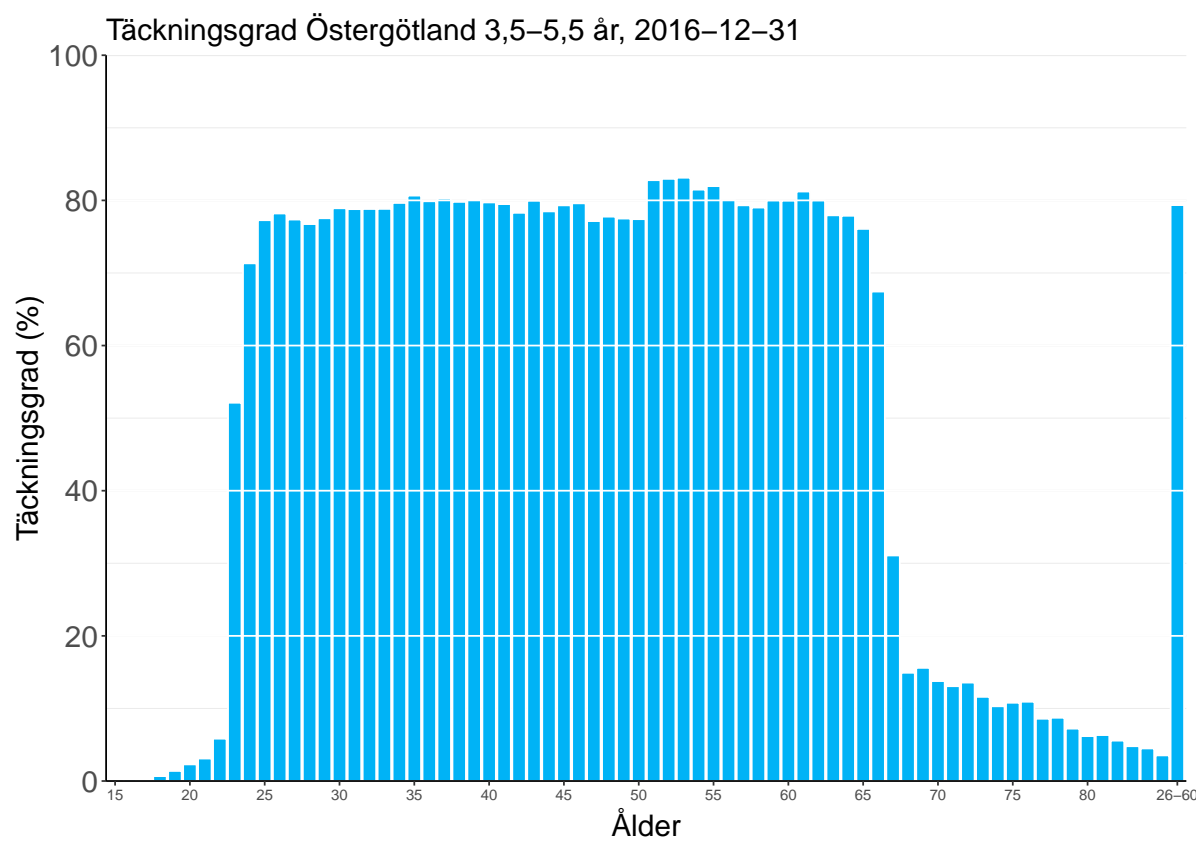
Täckningsgrad ■ 78% – ■ 79% – 81% ■ 82% – 85% ■ 86% –

| Område | Täckningsgrad |
|---------------|---------------|
| Jönköping län | 83,9% |
| Östergötland | 79,3% |
| Kalmar län | 78% |

| Kommun | 3,5 - 5,5 år | 4,0 år |
|-------------|--------------|--------|
| Värnamo | 85,6% | 88% |
| Habo | 85,5% | 88,9% |
| Vaggeryd | 85,4% | 88% |
| Mörbylånga | 85,3% | 85,8% |
| Mjölby | 84,4% | 86,1% |
| Vimmerby | 84,4% | 85,7% |
| Jönköping | 84,3% | 86% |
| Gislaved | 84,3% | 85,5% |
| Eksjö | 84% | 84,9% |
| Gnosjö | 83,7% | 85,5% |
| Västervik | 83,5% | 85,2% |
| Vetlanda | 83,4% | 85,5% |
| Boxholm | 83,3% | 85,6% |
| Tranås | 83,1% | 85% |
| Motala | 82,9% | 84,2% |
| Nässjö | 82,7% | 84,7% |
| Aneby | 82,3% | 82,7% |
| Söderköping | 82% | 83,9% |
| Mullsjö | 81,6% | 84,2% |

| Kommun | 3,5 - 5,5 år | 4,0 år |
|--------------|--------------|--------|
| Nybro | 81,5% | 80,9% |
| Vadstena | 81,4% | 83,8% |
| Ödeshög | 81,3% | 82,7% |
| Borgholm | 81,3% | 79,4% |
| Sävsjö | 81% | 82,8% |
| Torsås | 80,7% | 81,8% |
| Emmaboda | 80,1% | 79,2% |
| Linköping | 80,1% | 81,8% |
| Åtvidaberg | 79,9% | 82,2% |
| Oskarshamn | 79,6% | 84,7% |
| Ydre | 78,9% | 81,4% |
| Kinda | 78,4% | 80% |
| Mönsterås | 77,3% | 79,6% |
| Norrköping | 77,1% | 79,6% |
| Hultsfred | 76,4% | 76,4% |
| Finspång | 75,8% | 78,4% |
| Valdemarsvik | 73,8% | 74,3% |
| Högsby | 72,2% | 74,7% |
| Kalmar | 70,7% | 73,8% |





Täckningsgrad Jönköping per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|-------------------------------|---------------|
| Bankeryd | 90,4% |
| Skärstad-Ölmstad | 88,9% |
| Huskvarna | 87,4% |
| Lekeryd | 86,9% |
| Norrahammar | 86,7% |
| Barnarp | 86,7% |
| Månsarp | 86,4% |
| Rogberga-Öggestorp | 86,3% |
| Gränna | 86,1% |
| Visingsö | 85,1% |
| Jönköpings Sofia-Järstorp | 85,1% |
| Ödestugu | 84,6% |
| Norra Mo | 83,4% |
| Jönköpings Kristina-Ljungarum | 81% |
| Hakarp | 80,2% |

Täckningsgrad Gislaved per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|--------------------|---------------|
| Våthult | 88,2% |
| Norra Hestra | 85,9% |
| Villstad | 85,3% |
| Västbo S:t Sigfrid | 84,6% |
| Anderstorp | 83,9% |
| Burseryd | 81,8% |

Täckningsgrad Nässjö per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|-----------------------|---------------|
| Barkeryd-Forserum | 85,7% |
| Malmbäck | 83,8% |
| Nässjö | 83,3% |
| Norra Solberga-Flisby | 81,8% |
| Norra Sandsjö | 76,7% |
| Almesåkra | 70,6% |

Täckningsgrad Vetlanda per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|----------------------------|---------------|
| Nävelsjö | 86,9% |
| Vetlanda | 84,1% |
| Korsberga | 84% |
| Nye, Näshult och Stenberga | 83,1% |
| Lannaskede | 81,5% |
| Näsby | 80% |
| Alseda | 78,6% |

Täckningsgrad Värnamo per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|----------------|---------------|
| Tännö | 90,7% |
| Bredaryd | 86,9% |
| Forshedabygden | 86,4% |
| Kulltorp, del | 85,6% |
| Värnamo | 85,6% |
| Gällaryd | 85,1% |
| Voxtorp | 84% |
| Nydala-Fryele | 82,2% |

Täckningsgrad Kalmar per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|----------------------|---------------|
| Ljungby | 76,7% |
| Arby-Hagby | 74,1% |
| Karlslunda-Mortorp | 73,8% |
| Kalmar S:t Johannes | 72% |
| Halltorp-Voxtorp | 68,8% |
| Kalmar domkyrkoförs. | 68,4% |
| Ryssby | 68,1% |
| S:ta Birgitta | 67,9% |

Täckningsgrad Oskarshamn per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|------------|---------------|
| Misterhult | 82,9% |
| Oskarshamn | 78,7% |
| Döderhult | 77,7% |

Täckningsgrad Västervik per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|------------------------|---------------|
| Gladhammar-Västrum | 90,4% |
| Törnsfall | 85,6% |
| Loftahammar | 85,5% |
| Odensvi | 82% |
| Hjorted | 79,7% |
| Hallingeberg-Blackstad | 79,1% |
| Lofta | 78,5% |
| Gamleby | 76,7% |
| Överum | 76,7% |
| Dalhem | 75,9% |
| Västra Ed | 75,4% |

Täckningsgrad Linköping per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|------------------------|---------------|
| Vist | 86,6% |
| Kärna | 85,9% |
| Vårdnäs | 85,7% |
| Åkerbo | 84% |
| Landeryd | 83,9% |
| Vreta kloster | 83,8% |
| Skeda | 83,5% |
| Vikingstad | 83,3% |
| Nykil-Gammalkil | 82,6% |
| Linköpings Johannelund | 81,1% |
| Gottfridsberg | 80,5% |
| Linköpings S:t Lars | 79,9% |
| Slaka | 79,3% |
| Linköpings Berga | 78,6% |
| Ulrika | 72,8% |
| Linköpings Skäggetorp | 65,2% |
| Linköpings Ryd | 62,7% |

Täckningsgrad Mjölby per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|----------------|---------------|
| Västra Harg | 90,4% |
| Veta | 86% |
| Östra Tollstad | 85,3% |
| Mjölby | 84,2% |
| Skänninge | 83,8% |
| Väderstad | 77,9% |

Täckningsgrad Motala per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|------------|---------------|
| Borensberg | 83,9% |
| Fornåsa | 83,8% |
| Motala | 82,9% |
| Aska, del | 82,6% |
| Tjällmo | 81,5% |
| Godegård | 74,6% |

Täckningsgrad Norrköping per församling 2016-12-31

| Område | Täckningsgrad |
|--------------------------|---------------|
| Västra Vikbolandet | 81,2% |
| Östra Husby | 80,5% |
| Kolmården | 79,9% |
| Norrköpings Borg | 78,6% |
| Jonsberg | 77,6% |
| Norrköpings S:t Olof | 75,5% |
| Norrköpings S:t Johannes | 73,6% |

4 Deltagande efter inbjudan

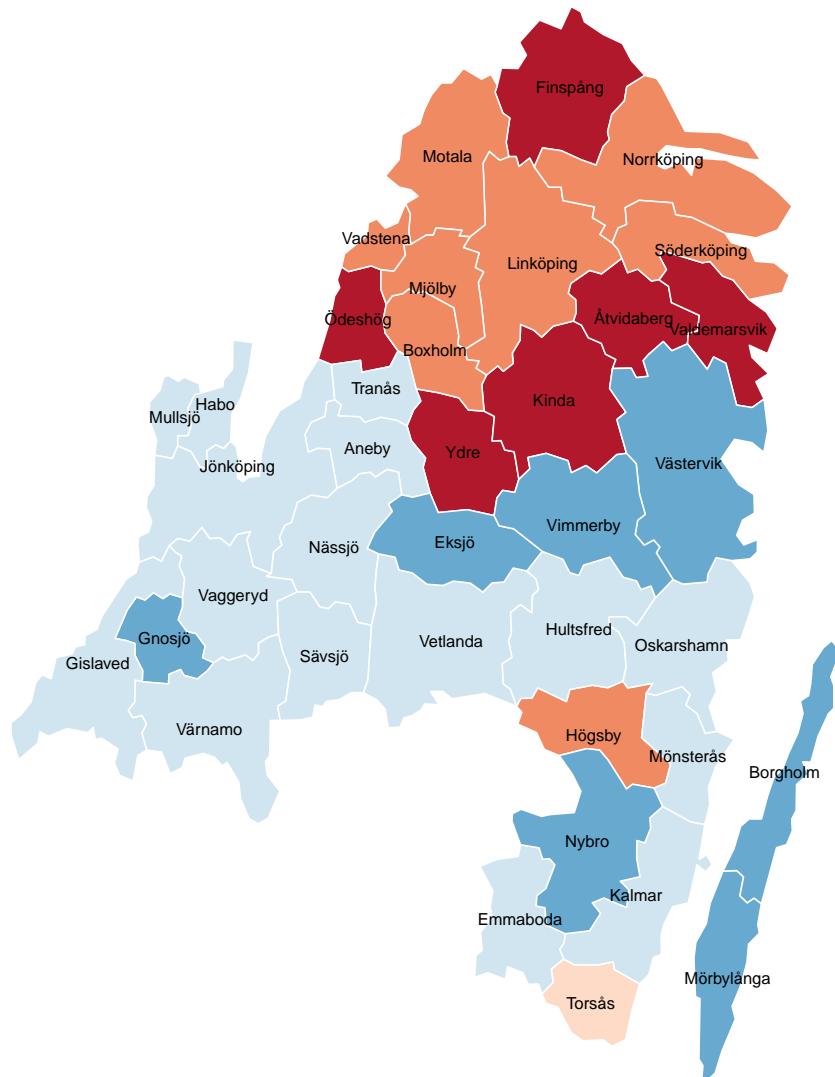
Deltagande efter inbjudan är det direkta måttet på hur stor andel av kvinnorna som efter att fått en inbjudan tar ett prov. Måttet har tidigare ibland benämnts Hörsamhet. Deltagande efter inbjudan räknas som andelen kvinnor som får ett prov taget inom tre månader efter en inbjudan skickats ut. Vi har 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 StatProcess, det nya webbgränssnittet.

Kommentar: Alla kvinnor i SÖ regionen som uteblir från cellprovtagning efter inbjudan får en årlig påminnelse. Totalt sett är det en uppåtstigande trend i deltagande efter inbjudan i hela SÖ regionen från 49% 2015 till 52% 2016.

Bäst kommun är Vimmerby med 79% som deltar inom 3 månader efter inbjudan.

Östergötland utmärker sig dock med mycket låga siffror där 6 kommuner ligger under 40%. Styrgrupperna har fortsatt sitt arbete kring att säkra att lokala rutiner för att gallra ut de som ej ska bli kallade finns. Tillgängligheten på mindre orter kan vara en orsak till att provet skjuts på framtiden. Östergötland har under 2016 påbörjat ett uteblivarprojekt som förhoppningsvis kommer förbättra siffrorna ytterligare.

Deltagande efter inbjudan. 2016

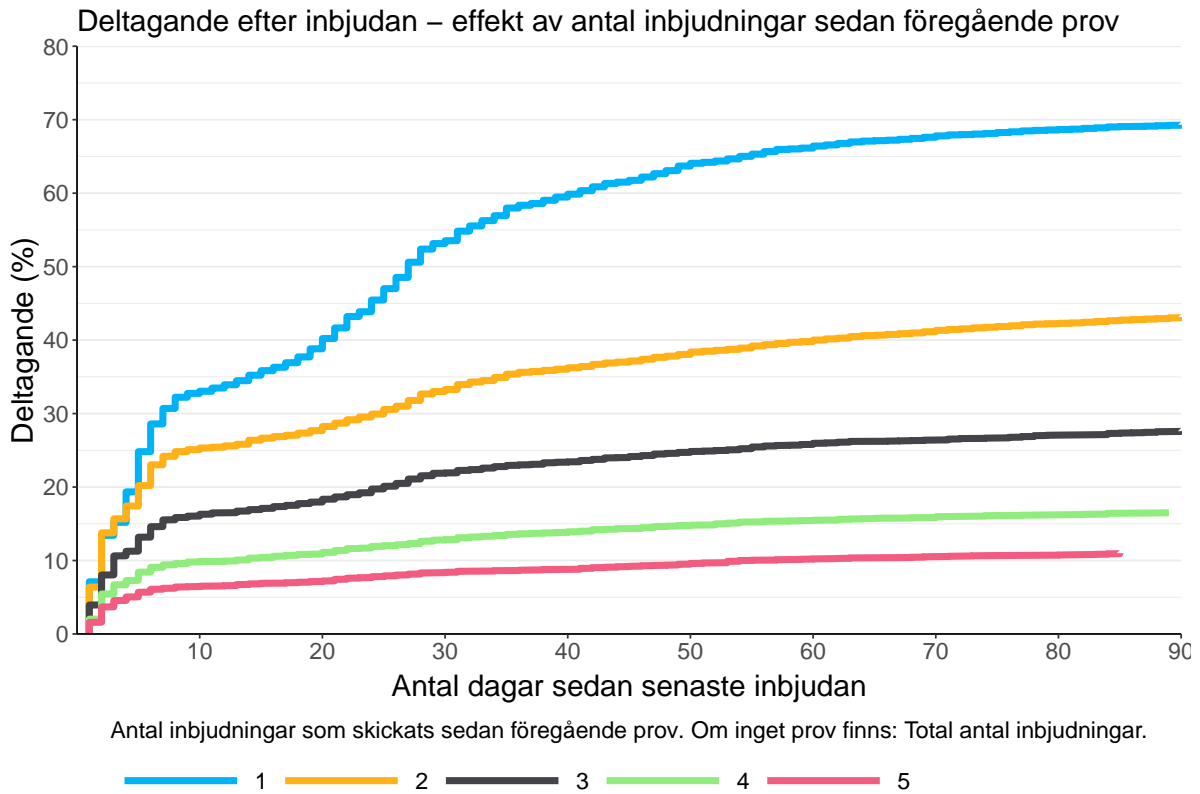


Deltagande ■ 39% ■ 40% – 49% ■ 50% – 59% ■ 60% – 69% ■ 70% –

| Område | Deltagande |
|------------------|------------|
| Kalmar län | 68% |
| Jönköping län | 64% |
| Sydöstra Sverige | 52% |
| Östergötland | 40% |

| Kommun | Deltagande |
|------------|------------|
| Vimmerby | 79% |
| Mörbylånga | 75% |
| Västervik | 73% |
| Borgholm | 72% |
| Gnosjö | 72% |
| Nybro | 72% |
| Eksjö | 70% |
| Habo | 69% |
| Värnamo | 68% |
| Tranås | 67% |
| Vetlanda | 66% |
| Mullsjö | 66% |
| Oskarshamn | 65% |
| Mönsterås | 65% |
| Vaggeryd | 64% |
| Sävsjö | 64% |
| Aneby | 63% |
| Gislaved | 63% |
| Nässjö | 62% |

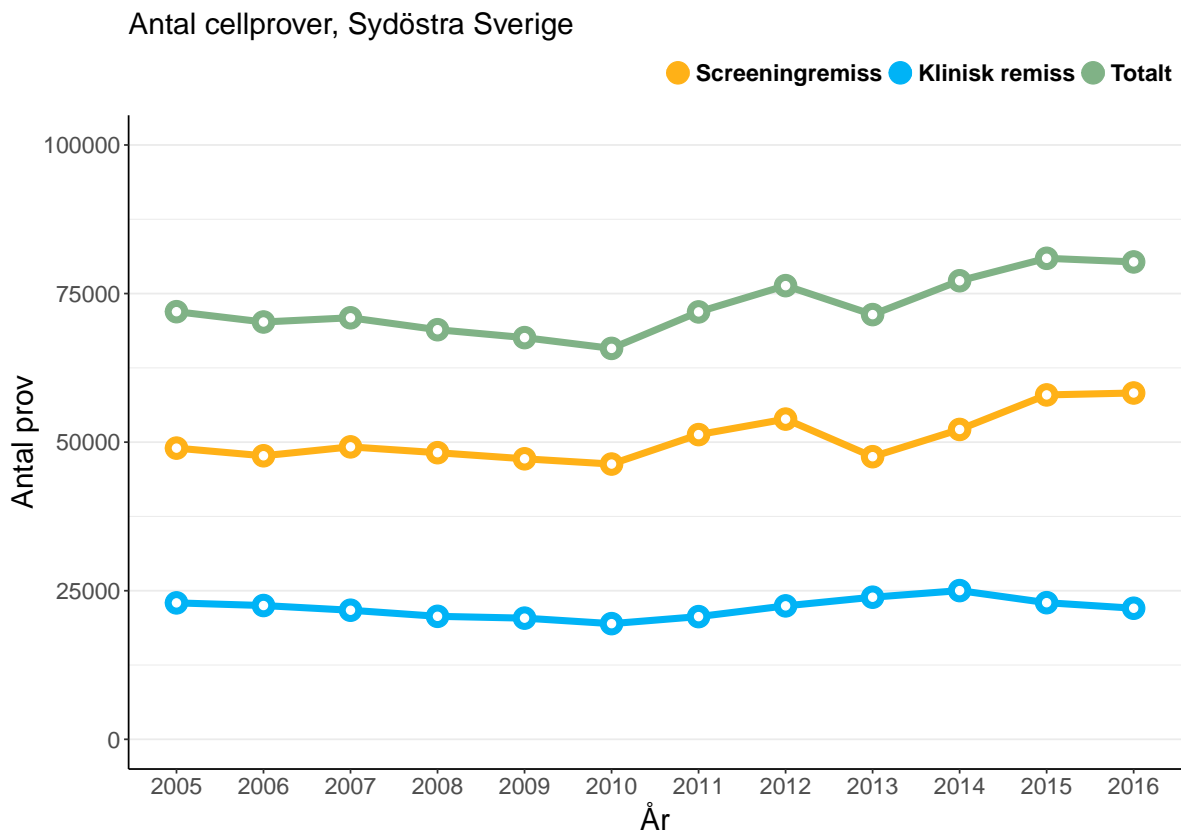
| Kommun | Deltagande |
|--------------|------------|
| Jönköping | 62% |
| Kalmar | 62% |
| Hultsfred | 62% |
| Emmaboda | 60% |
| Torsås | 58% |
| Högsby | 49% |
| Boxholm | 48% |
| Mjölby | 45% |
| Söderköping | 43% |
| Motala | 40% |
| Vadstena | 40% |
| Norrköping | 40% |
| Linköping | 40% |
| Valdemarsvik | 38% |
| Finspång | 38% |
| Kinda | 37% |
| Ödeshög | 37% |
| Ydre | 36% |
| Åtvidaberg | 36% |



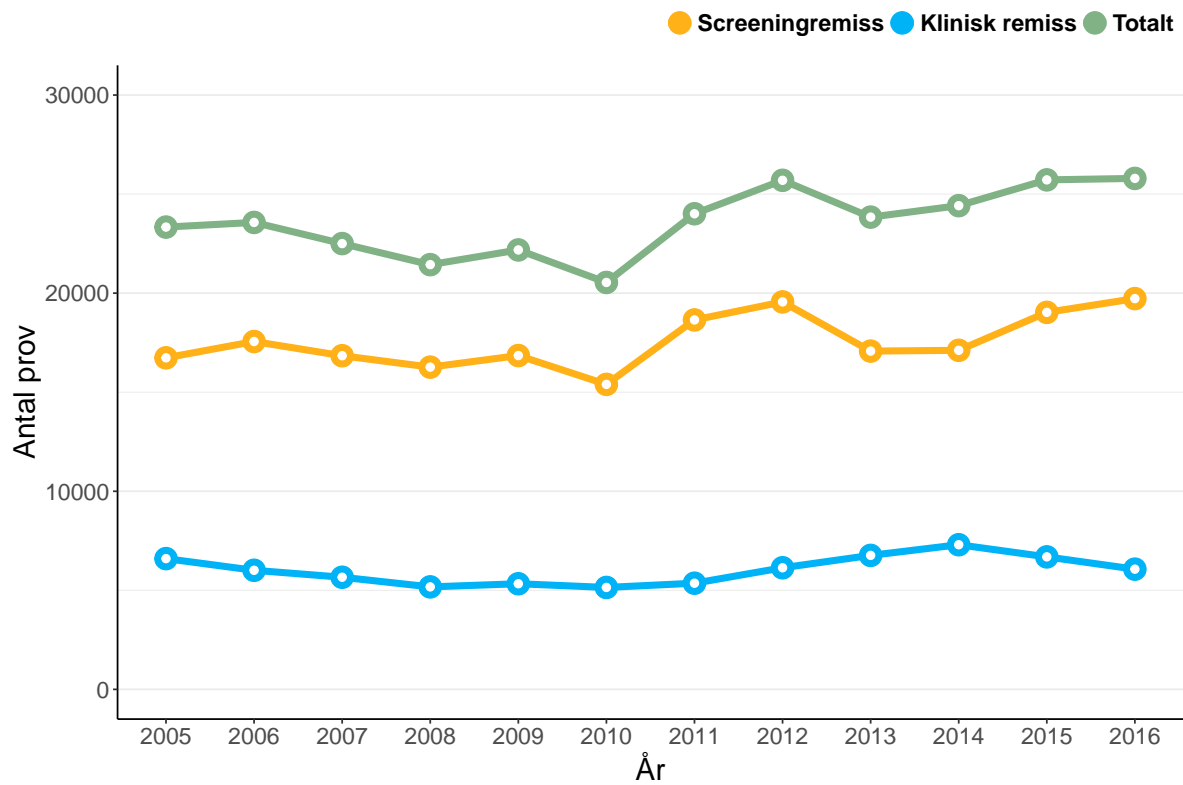
5 Antal cellprover

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

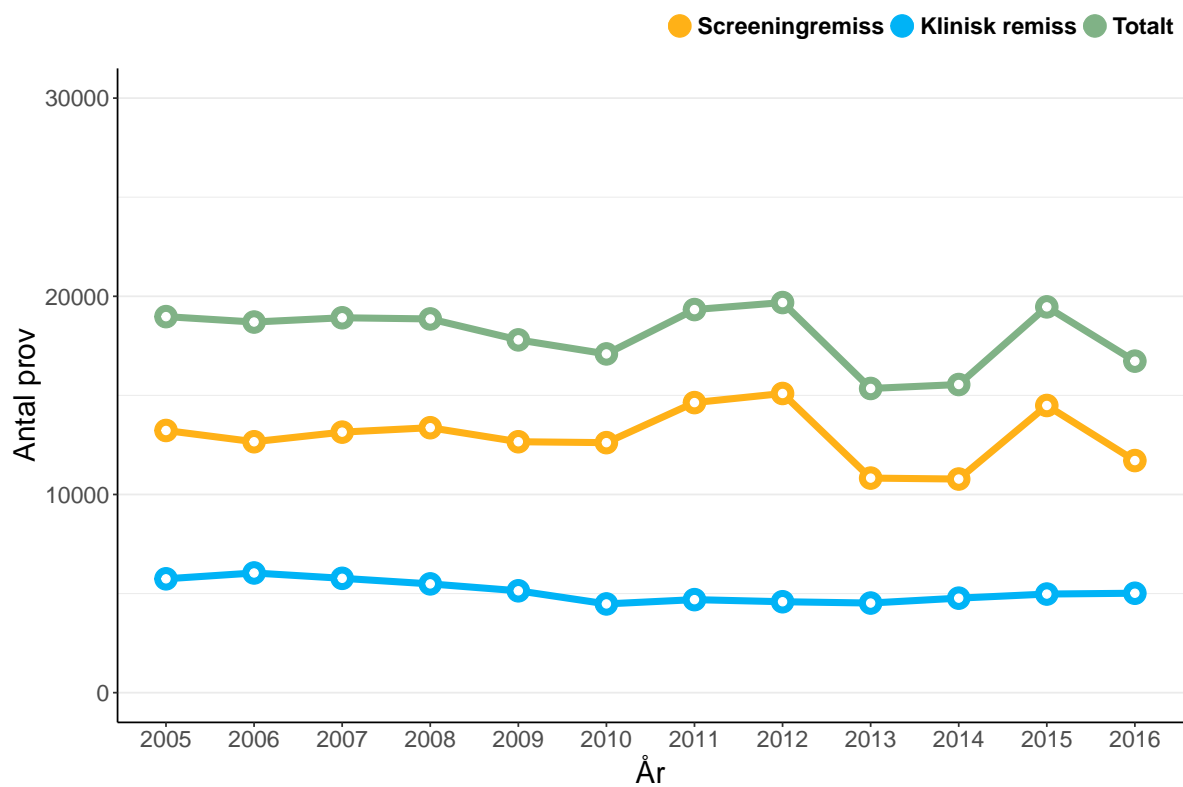
Kommentar: Det finns en tendens till totalt färre tagna cellprov från 2015-2016 i hela SÖ regionen. Antal prover tagna på screeningremiss verkar dock öka i Jönköpings län och Östergötland.

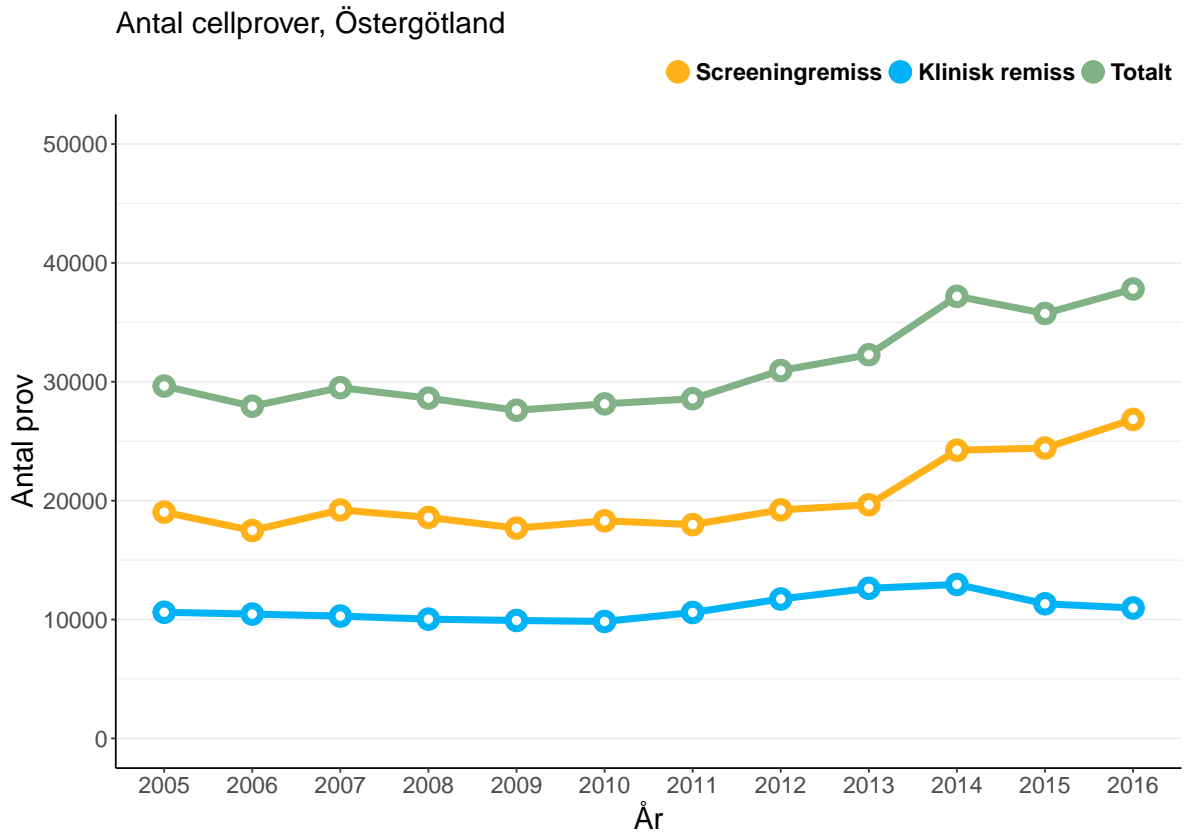


Antal cellprover, Jönköping län



Antal cellprover, Kalmar län

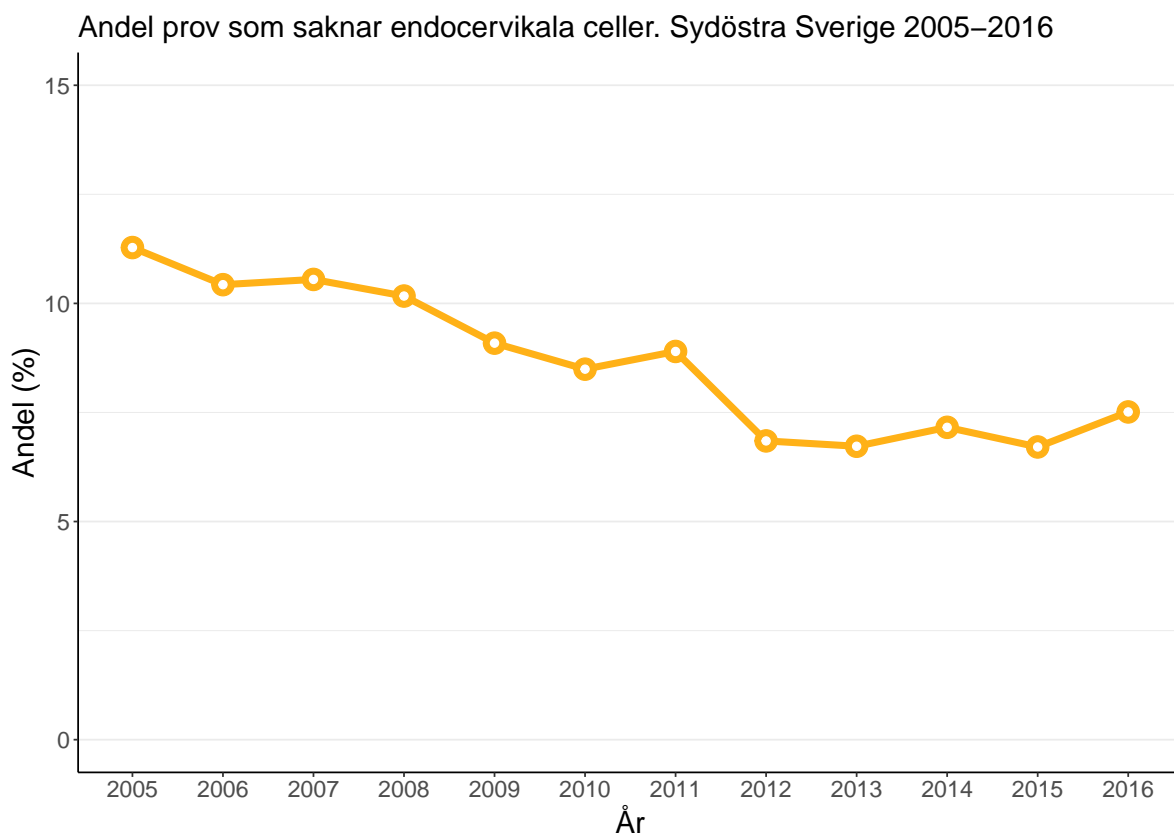
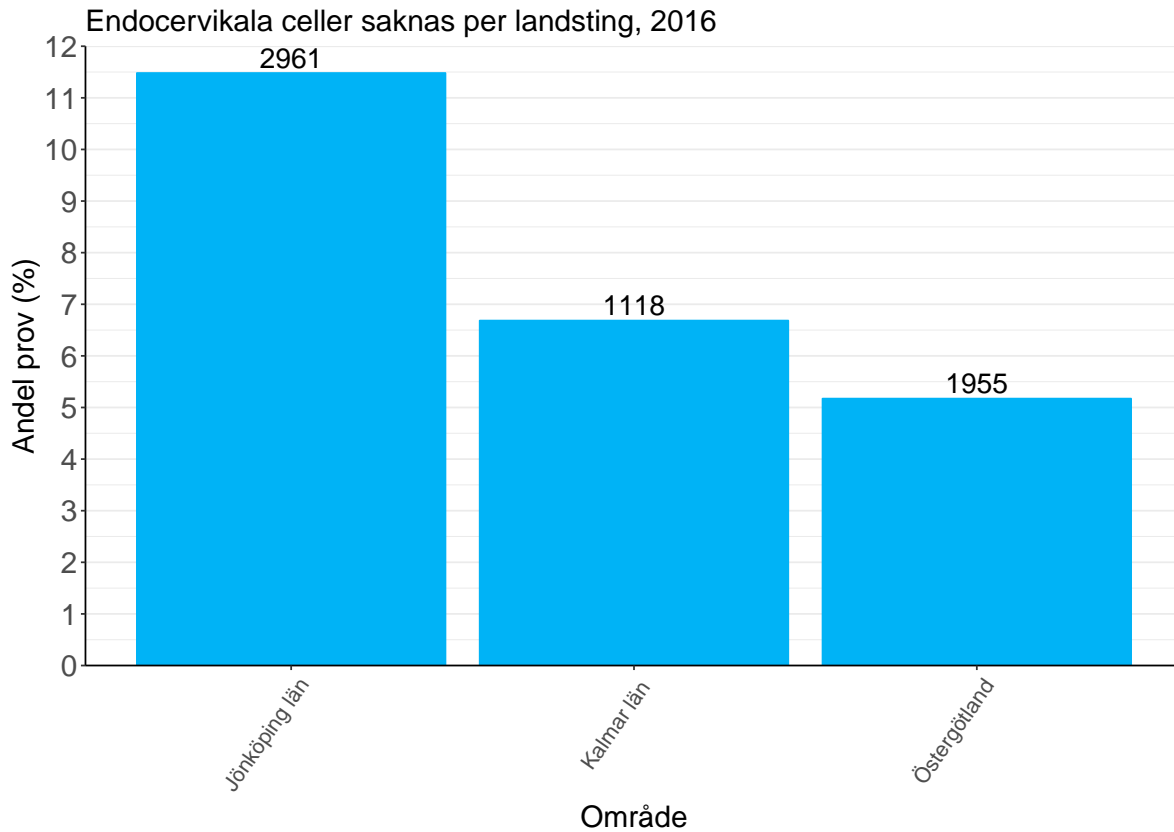




6 Endocervikala celler saknas

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.

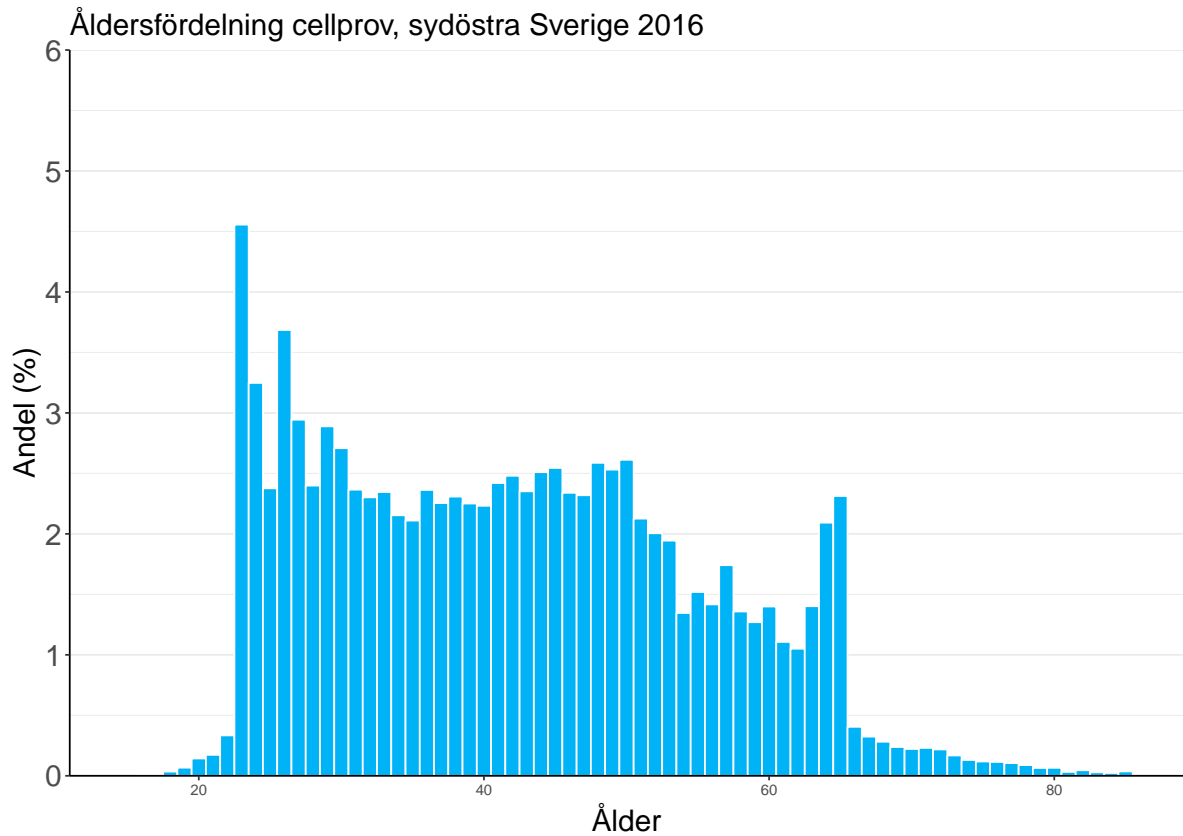
Kommentar: Andelen cellprov som saknar endocervikala celler visar en svagt uppåtgående trend. Kalmar och Östergötland uppfyller dock det gemensamma vårdprogrammets mål om att $\leq 10\%$ av cellproverna ska sakna endocervikala celler.



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



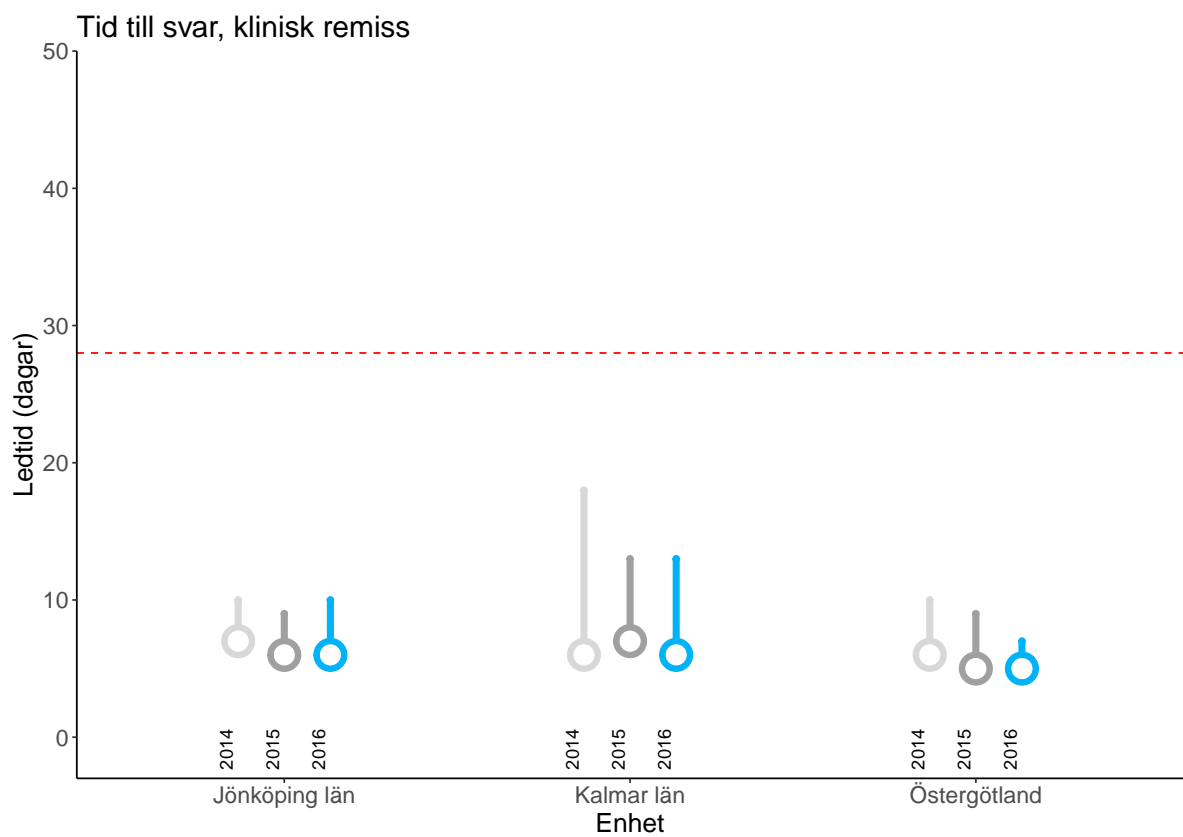
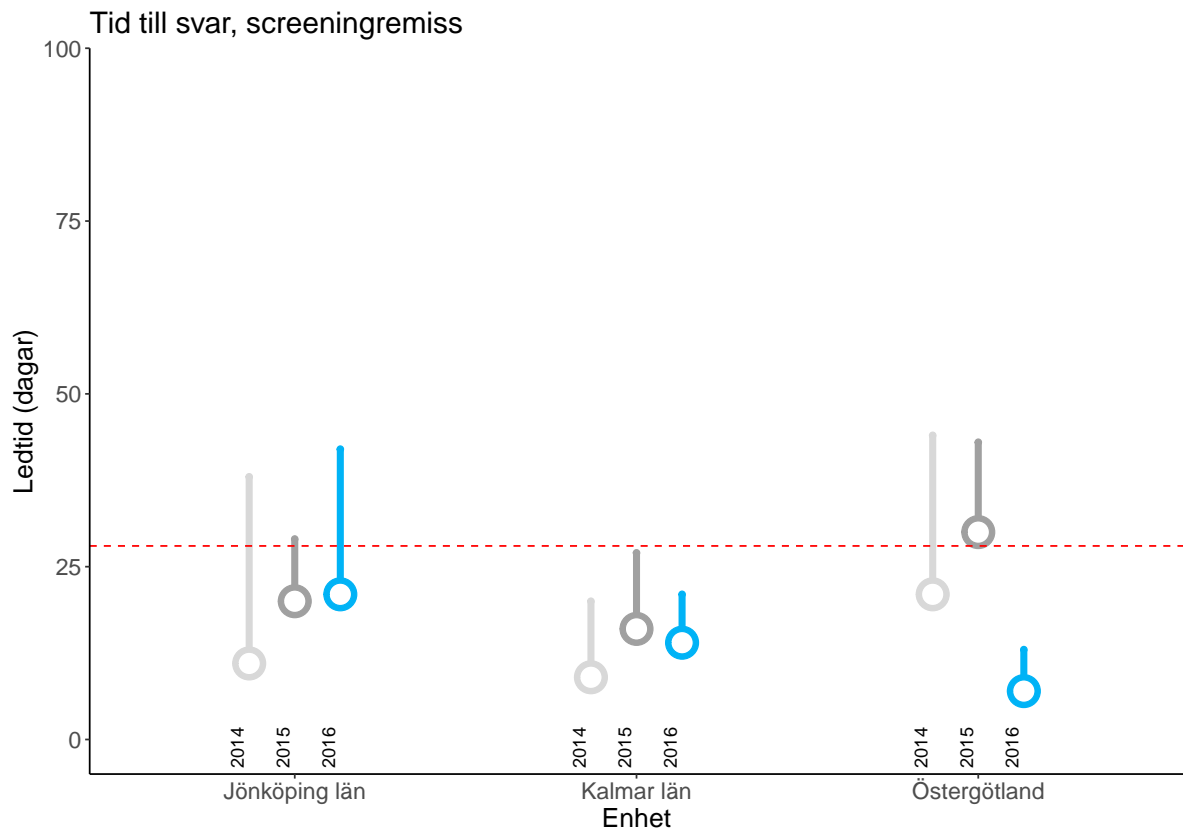
8 Tid till svar

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 Jönköpingslän svarar fortfarande inte ut 90% av provsvaren från screeningremiss inom rekommenderat tidsintervall.

Laboratorierna i Östergötland och Kalmar län har förbättrat svarstiderna jämfört med 2015 och klarar nu målet. Tid till svar från klinisk remiss uppfylls av samtliga laboratorier.



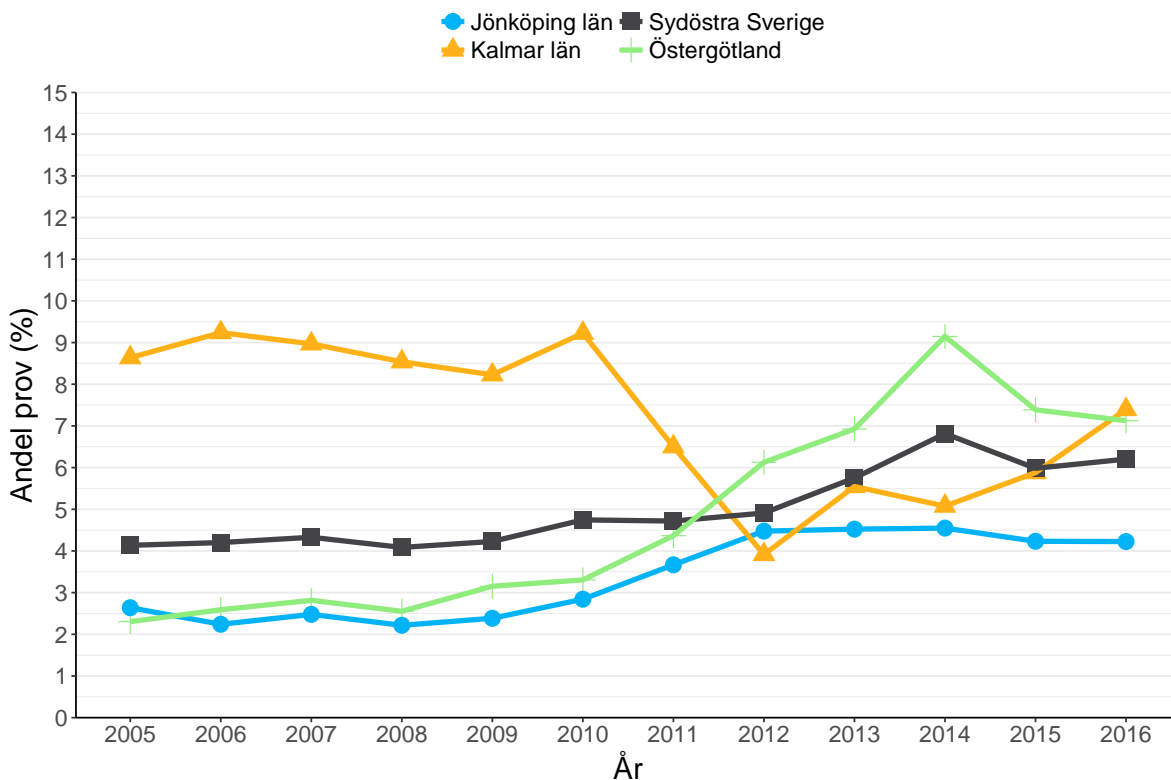
9 Andel icke-normala cellprover

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

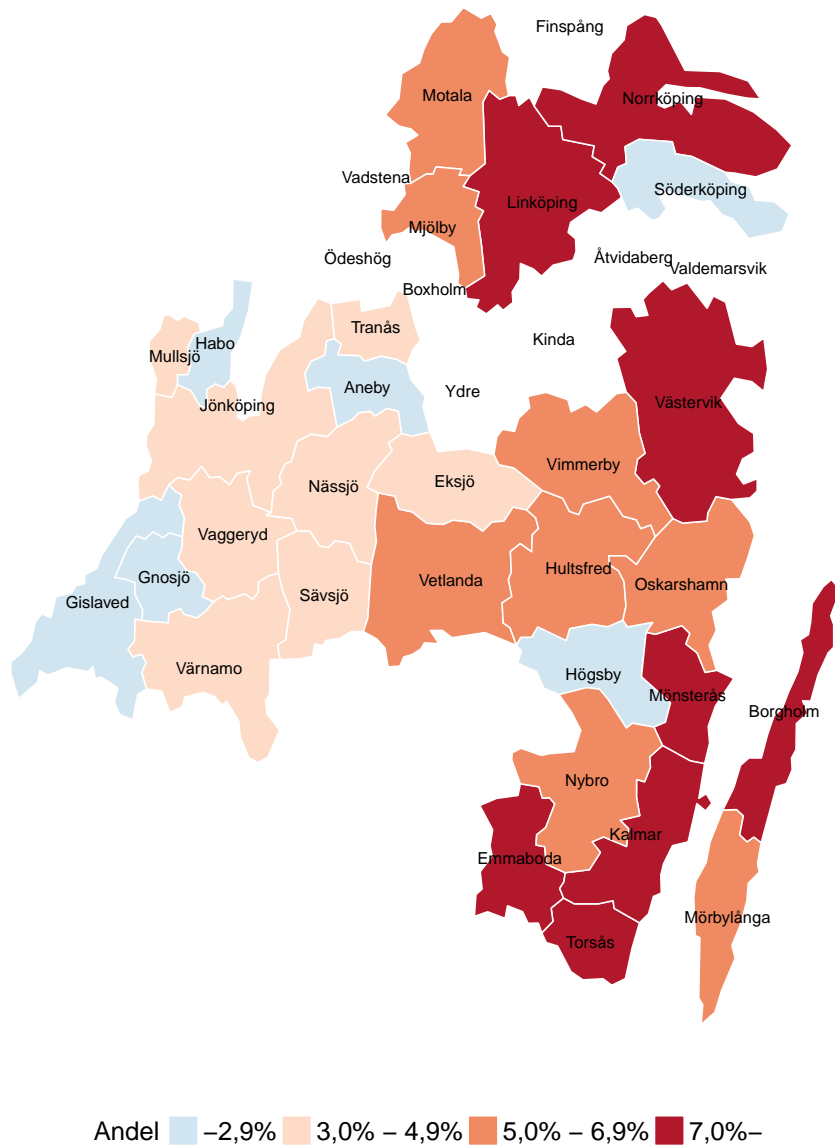
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess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

Kommentar: 6,2% av alla prover inom screening är icke-normala i SÖ regionen. Över tid kan man se att laboratorierna har närmat sig varandra. I Kalmar har andelen icke-normala prover stigit sedan 2012 vilket är ett observandum.

Icke-normala cellprover inom screening per sjukvårdsområde 2005–2016

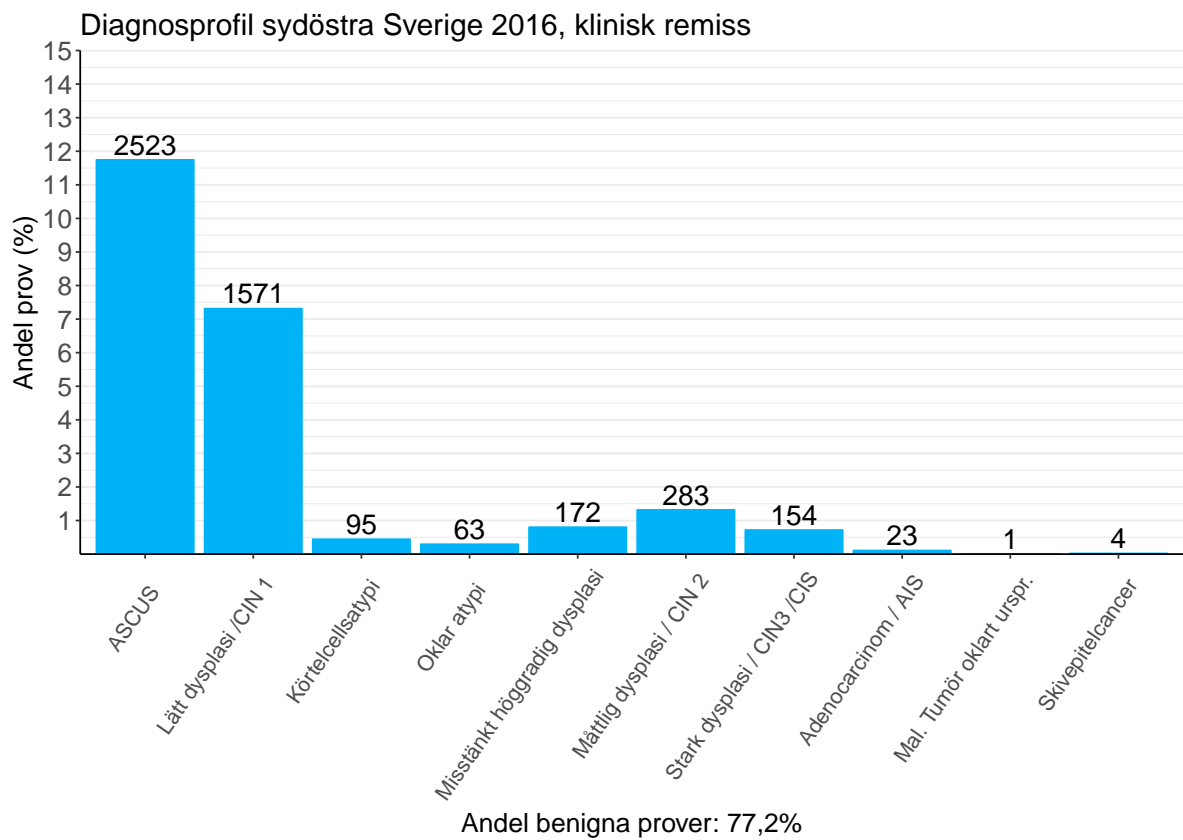
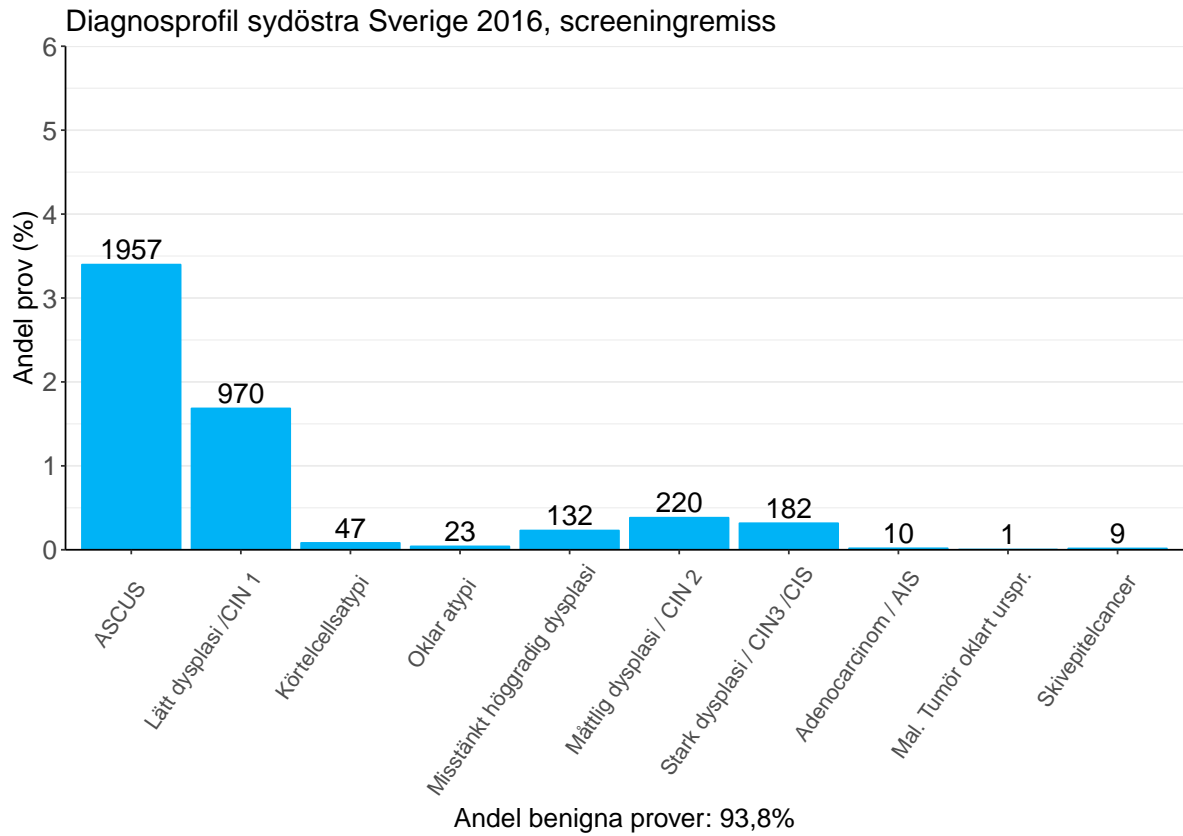


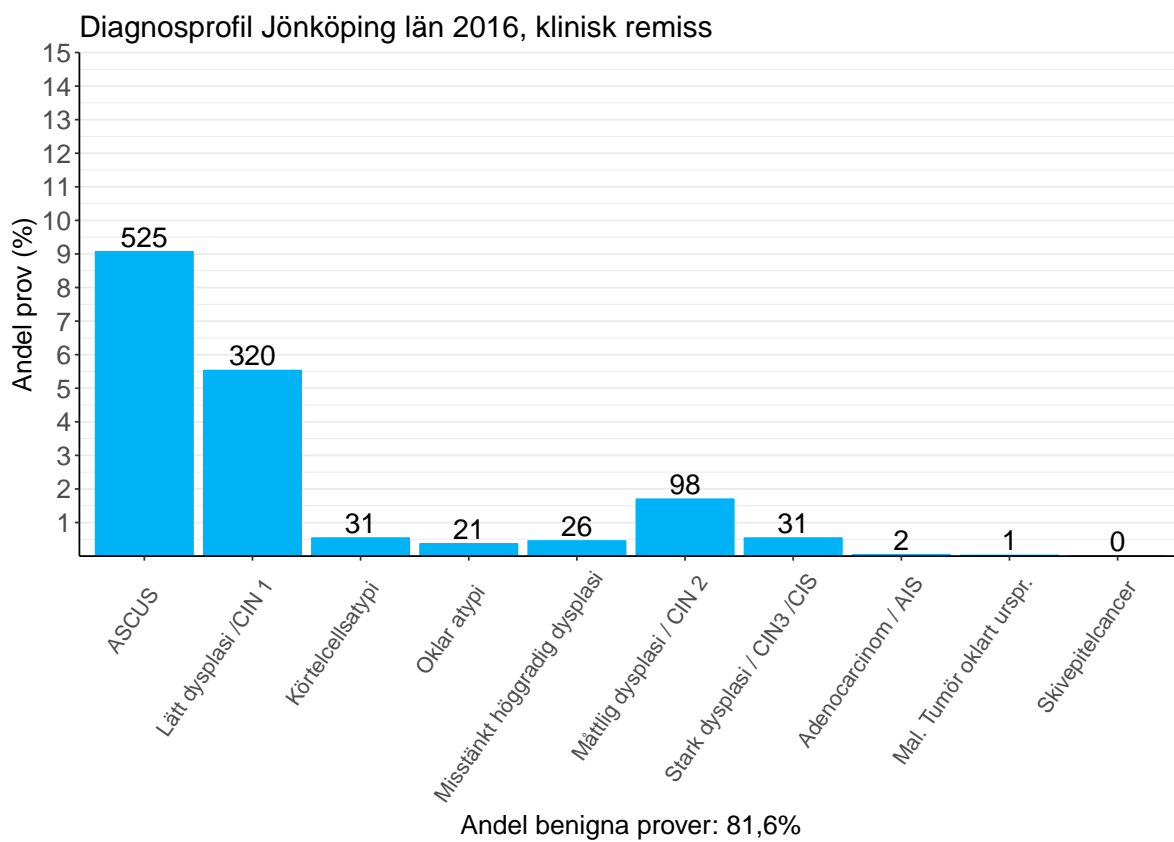
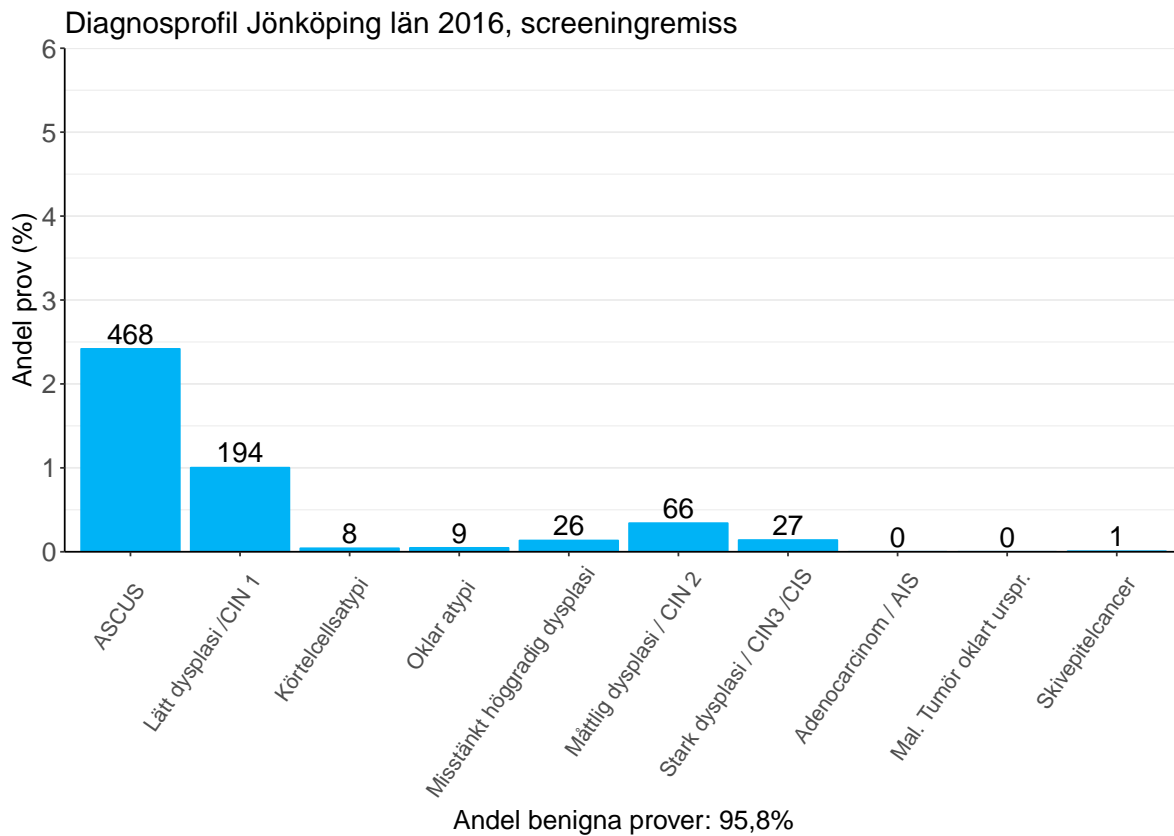
Andel icke-normala cellprover inom screening 2016

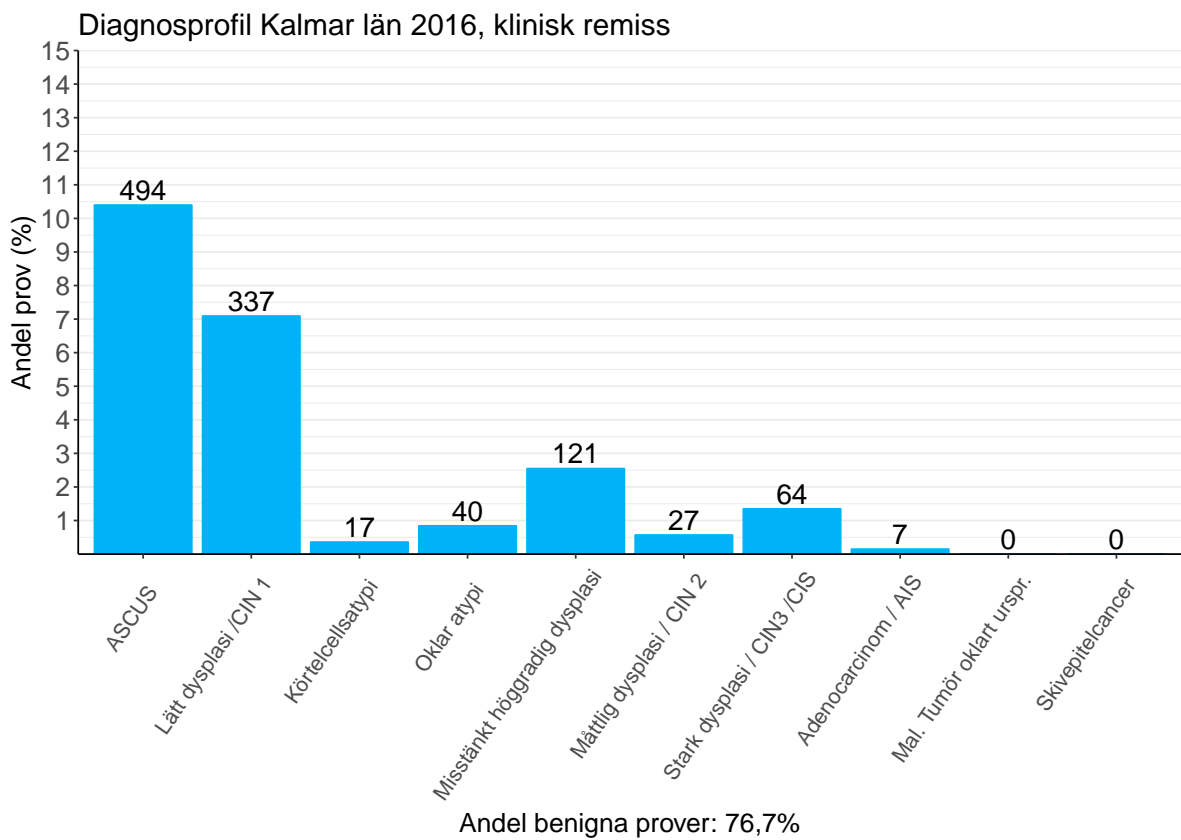
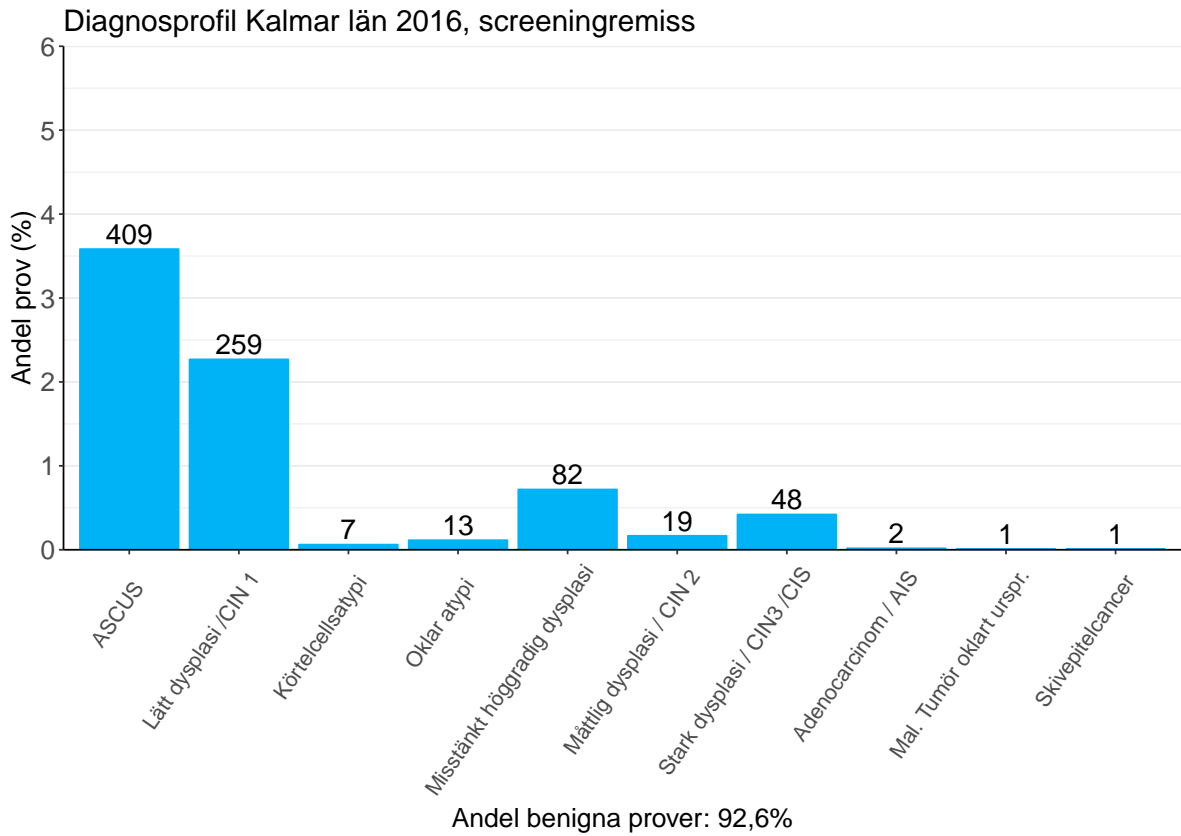


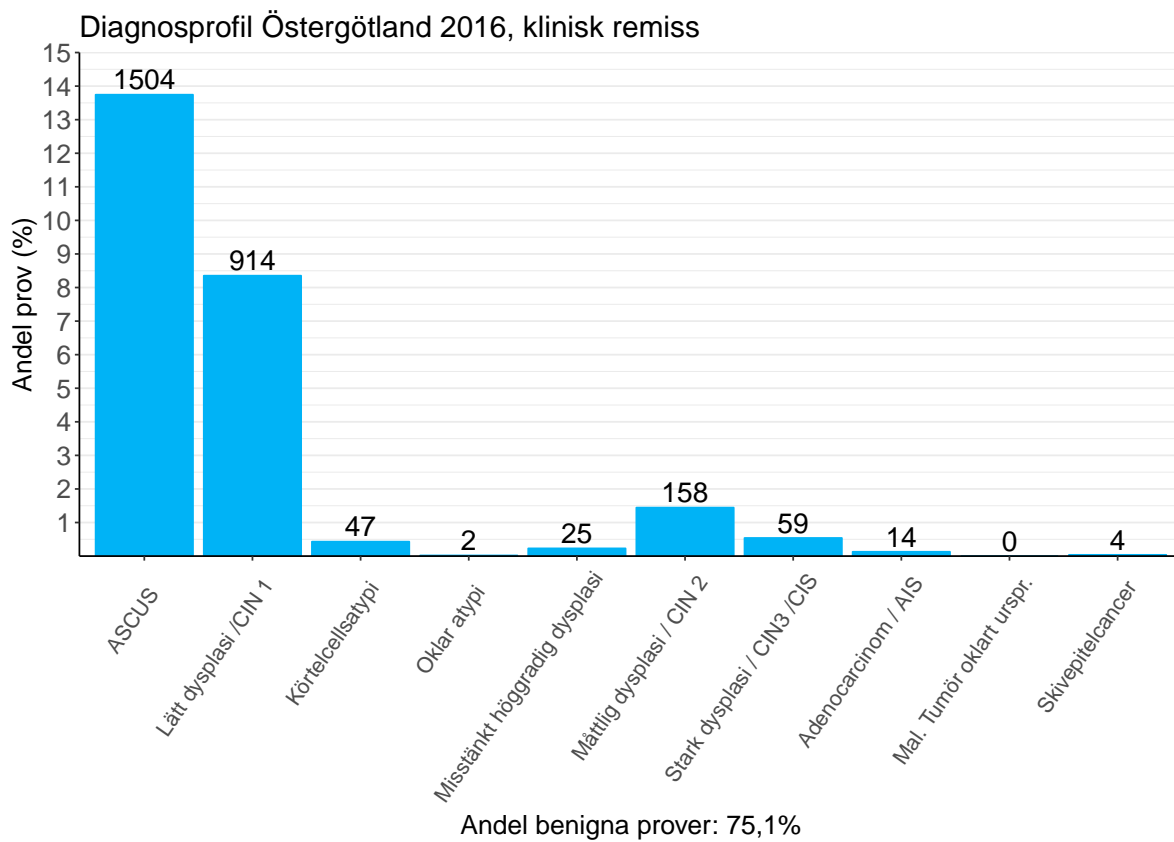
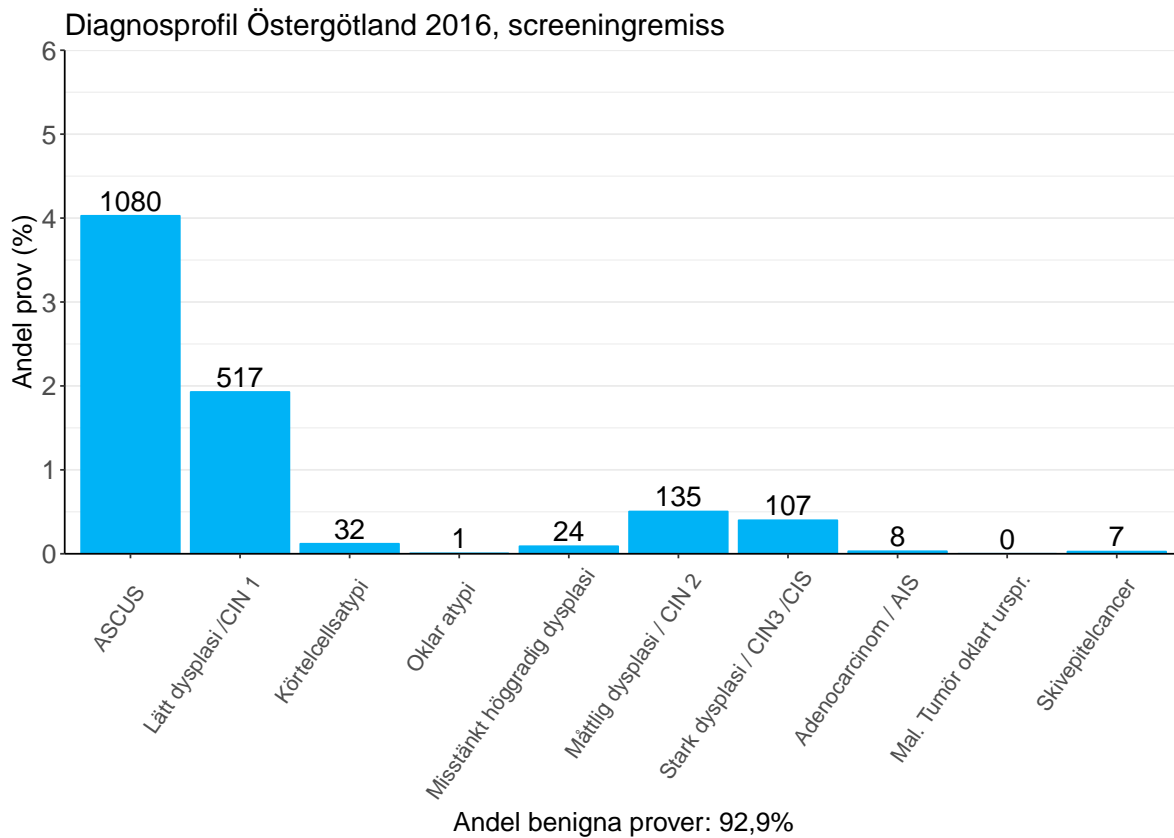
10 Diagnosprofil cytologi

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 2015 till 30 juni 2016 och motsvarande datum för höggradiga cytologavvikelser blir 1 okt 2015 resp 30 sept 2016. 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: Andel ASCUS/CIN I som följts upp inom 6 månader från provtagningsdatum jfr med 2015 och ligger nu på totalt 87,6% vilken är en liten försämring. Jönköping och Östergötland ligger dock stabilt på höga nivåer på 91% resp 88,3% vilket är en ökning jämfört med 2015. Kalmar kommer upp 83,2% vilket är en försämring. Svarstiden för prover från screeningremiss ligger under målet i Jönköpingslän men fördröjningen torde ligga hos kvinnoklinikerna.

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

| Område | Andel prov |
|------------------|------------|
| Jönköping län | 91% |
| Östergötland | 88.3% |
| Kalmar län | 83.2% |
| Sydöstra Sverige | 87.6% |

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

| Område | Andel prov |
|------------------|------------|
| Kalmar län | 93.2% |
| Östergötland | 88.2% |
| Jönköping län | 72.3% |
| Sydöstra Sverige | 86.3% |

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. Den visar den procentuella fördelningen endast av de prover som följts upp med histopatologi.

Varje cellprov förekommer bara en gång i sammanställningen medan ett histopatologiskt prov kan förekomma flera gånger om en kvinna har tagit flera cellprover inom tidsintervallet. Cellproverna härrör från år 2015 för att kunna ge 1 års uppföljning av alla. Detta är ett strikt datauttag och vi måste försiktigtvis reservera oss för tveksamheter eller fel i programkoder, dateringar, konverteringar och andra ofullkomligheter i databasen.

Kommentar: Överensstämmelsen mellan höggradigt avvikande cellprover och uppföljande histopatologi är god i hela SÖ regionen.

I de fall cytologin visat ASCUS eller lätt dysplasi/CIN I har 10-29% av proverna CIN 2-3 i uppföljande histopatologi.

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: 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 | 1007 | 1,5% | 360 | 0,53% | 97 | 0,14% | 8 | 0,012% | 308 | 0,45% | 66589 | 97% | 68369 | 68369 |
| ASCUS | 310 | 8% | 715 | 18% | 470 | 12% | 14 | 0,36% | 222 | 5,7% | 2143 | 55% | 3874 | 3874 |
| Lätt dysplasi/CIN 1 | 185 | 8% | 654 | 28% | 486 | 21% | 6 | 0,26% | 121 | 5,2% | 869 | 37% | 2321 | 2321 |
| Körtelcellsatypi | 29 | 22% | 27 | 21% | 28 | 21% | 10 | 7,6% | 14 | 11% | 23 | 18% | 131 | 131 |
| Oklar atypi | 7 | 11% | 9 | 15% | 23 | 38% | 6 | 9,8% | 6 | 9,8% | 10 | 16% | 61 | 61 |
| Misstänkt höggradig dysplasi | 7 | 3,6% | 23 | 12% | 150 | 77% | 4 | 2% | 10 | 5,1% | 2 | 1% | 196 | 196 |
| Måttlig dysplasi/CIN 2 | 22 | 4,6% | 39 | 8,1% | 387 | 80% | 12 | 2,5% | 4 | 0,83% | 19 | 3,9% | 483 | 483 |
| Stark dysplasi/CIN 3/CIS | 3 | 0,93% | 8 | 2,5% | 269 | 84% | 24 | 7,5% | 2 | 0,62% | 15 | 4,7% | 321 | 321 |
| Adenocarcinom/AIS | – | – | – | – | 8 | 31% | 12 | 46% | 1 | 3,8% | 5 | 19% | 26 | 26 |
| Mal. tumör oklart urspr. | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Skivepitelcancer | – | – | 2 | 13% | 2 | 13% | 9 | 60% | – | – | 2 | 13% | 15 | 15 |
| Totalt | 1570 | 2,1% | 1837 | 2,4% | 1920 | 2,5% | 105 | 0,14% | 688 | 0,91% | 69677 | 92% | 75797 | 75797 |

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: Jönköping län

Histopatologi från enbart cervix

| | Benigt | | CIN1 | | CIN2-3 | | Cancer | | Annat | | Ingen | | Totalt | |
|------------------------------|--------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|
| | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel |
| Cytologi(från cervix) | | | | | | | | | | | | | | |
| Benigt Prov | 445 | 2% | 137 | 0,62% | 45 | 0,2% | 6 | 0,027% | 83 | 0,38% | 21394 | 97% | 22110 | 22110 |
| ASCUS | 158 | 21% | 181 | 24% | 126 | 17% | 4 | 0,53% | 50 | 6,7% | 232 | 31% | 751 | 751 |
| Lätt dysplasi/CIN 1 | 95 | 19% | 152 | 30% | 145 | 29% | 1 | 0,2% | 28 | 5,5% | 85 | 17% | 506 | 506 |
| Körtelcellsatypi | 4 | 40% | 1 | 10% | 2 | 20% | – | – | 1 | 10% | 2 | 20% | 10 | 10 |
| Oklar atypi | 1 | 5,6% | 2 | 11% | 10 | 56% | 2 | 11% | – | – | 3 | 17% | 18 | 18 |
| Misstänkt höggradig dysplasi | 3 | 9,1% | 1 | 3% | 26 | 79% | 1 | 3% | 1 | 3% | 1 | 3% | 33 | 33 |
| Måttlig dysplasi/CIN 2 | 16 | 8,5% | 12 | 6,3% | 147 | 78% | 2 | 1,1% | – | – | 12 | 6,3% | 189 | 189 |
| Stark dysplasi/CIN 3/CIS | 1 | 1,4% | 2 | 2,8% | 56 | 78% | 6 | 8,3% | – | – | 7 | 9,7% | 72 | 72 |
| Adenocarcinom/AIS | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Mal. tumör oklart urspr. | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Skivepitelcancer | – | – | – | – | – | – | 1 | 100% | – | – | – | – | 1 | 1 |
| Totalt | 723 | 3,1% | 488 | 2,1% | 557 | 2,4% | 23 | 0,097% | 163 | 0,69% | 21736 | 92% | 23690 | 23690 |

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: 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 | 241 | 1,5% | 96 | 0,59% | 26 | 0,16% | 2 | 0,012% | 149 | 0,92% | 15672 | 97% | 16186 | 16186 |
| ASCUS | 49 | 6,3% | 121 | 16% | 103 | 13% | 4 | 0,51% | 142 | 18% | 360 | 46% | 779 | 779 |
| Lätt dysplasi/CIN 1 | 34 | 6,1% | 153 | 28% | 109 | 20% | – | – | 74 | 13% | 184 | 33% | 554 | 554 |
| Körtelcellsatypi | 1 | 4% | 3 | 12% | 6 | 24% | 7 | 28% | 3 | 12% | 5 | 20% | 25 | 25 |
| Oklar atypi | 6 | 15% | 5 | 12% | 13 | 32% | 4 | 10% | 6 | 15% | 6 | 15% | 40 | 40 |
| Misstänkt höggradig dysplasi | 3 | 2,2% | 18 | 13% | 107 | 77% | 3 | 2,2% | 7 | 5% | 1 | 0,72% | 139 | 139 |
| Måttlig dysplasi/CIN 2 | 2 | 3,9% | 5 | 9,8% | 39 | 76% | – | – | 3 | 5,9% | 2 | 3,9% | 51 | 51 |
| Stark dysplasi/CIN 3/CIS | 1 | 0,94% | 2 | 1,9% | 97 | 92% | 3 | 2,8% | – | – | 3 | 2,8% | 106 | 106 |
| Adenocarcinom/AIS | – | – | – | – | – | – | 5 | 71% | – | – | 2 | 29% | 7 | 7 |
| Mal. tumör oklart urspr. | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Skivepitelcancer | – | – | – | – | – | – | 4 | 80% | – | – | 1 | 20% | 5 | 5 |
| Totalt | 337 | 1,9% | 403 | 2,3% | 500 | 2,8% | 32 | 0,18% | 384 | 2,1% | 16236 | 91% | 17892 | 17892 |

Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: 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 | 321 | 1,1% | 127 | 0,42% | 26 | 0,086% | – | – | 76 | 0,25% | 29523 | 98% | 30073 | 30073 |
| ASCUS | 103 | 4,4% | 413 | 18% | 241 | 10% | 6 | 0,26% | 30 | 1,3% | 1551 | 66% | 2344 | 2344 |
| Lätt dysplasi/CIN 1 | 56 | 4,4% | 349 | 28% | 232 | 18% | 5 | 0,4% | 19 | 1,5% | 600 | 48% | 1261 | 1261 |
| Körtelcellsatypi | 24 | 25% | 23 | 24% | 20 | 21% | 3 | 3,1% | 10 | 10% | 16 | 17% | 96 | 96 |
| Oklar atypi | – | – | 2 | 67% | – | – | – | – | – | – | 1 | 33% | 3 | 3 |
| Misstänkt höggradig dysplasi | 1 | 4,2% | 4 | 17% | 17 | 71% | – | – | 2 | 8,3% | – | – | 24 | 24 |
| Måttlig dysplasi/CIN 2 | 4 | 1,6% | 22 | 9,1% | 201 | 83% | 10 | 4,1% | 1 | 0,41% | 5 | 2,1% | 243 | 243 |
| Stark dysplasi/CIN 3/CIS | 1 | 0,7% | 4 | 2,8% | 116 | 81% | 15 | 10% | 2 | 1,4% | 5 | 3,5% | 143 | 143 |
| Adenocarcinom/AIS | – | – | – | – | 8 | 42% | 7 | 37% | 1 | 5,3% | 3 | 16% | 19 | 19 |
| Mal. tumör oklart urspr. | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – | – |
| Skivepitelcancer | – | – | 2 | 22% | 2 | 22% | 4 | 44% | – | – | 1 | 11% | 9 | 9 |
| Totalt | 510 | 1,5% | 946 | 2,8% | 863 | 2,5% | 50 | 0,15% | 141 | 0,41% | 31705 | 93% | 34215 | 34215 |

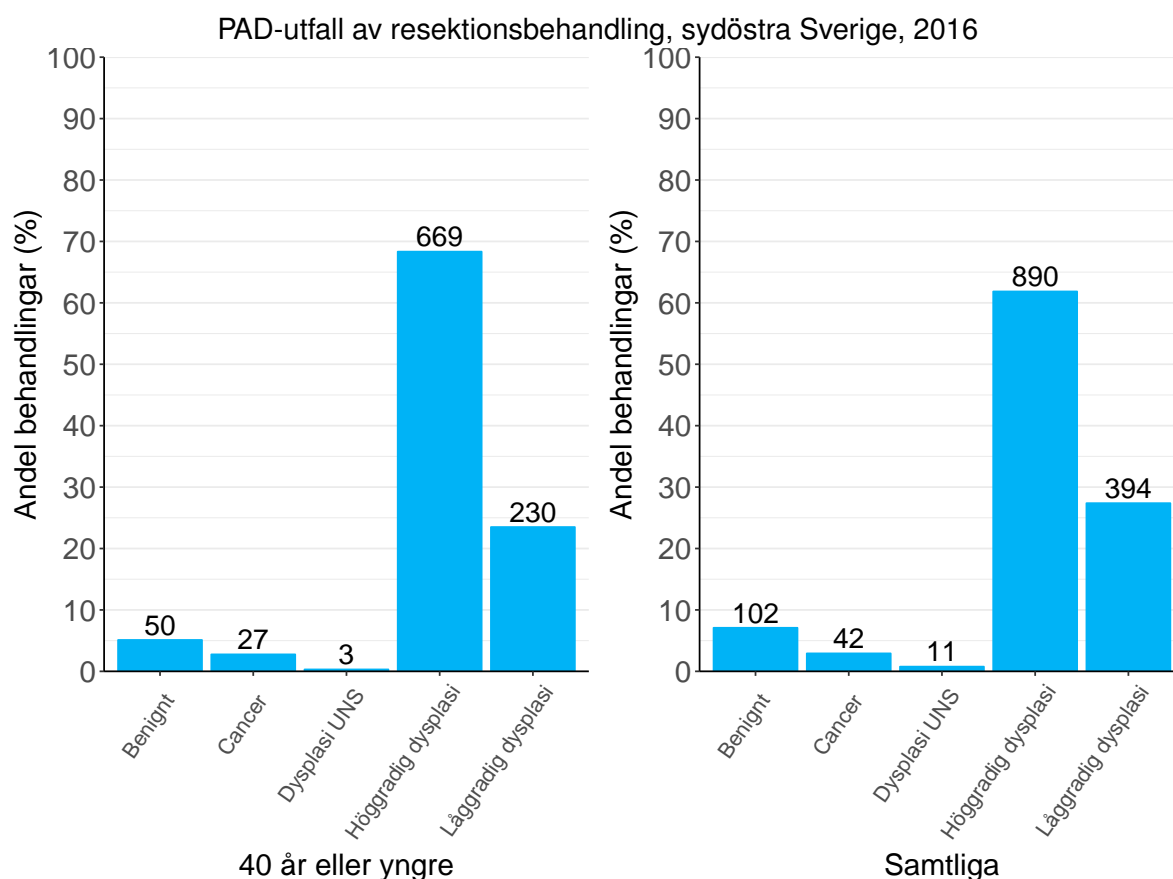
13 PAD-utfall av behandling

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.

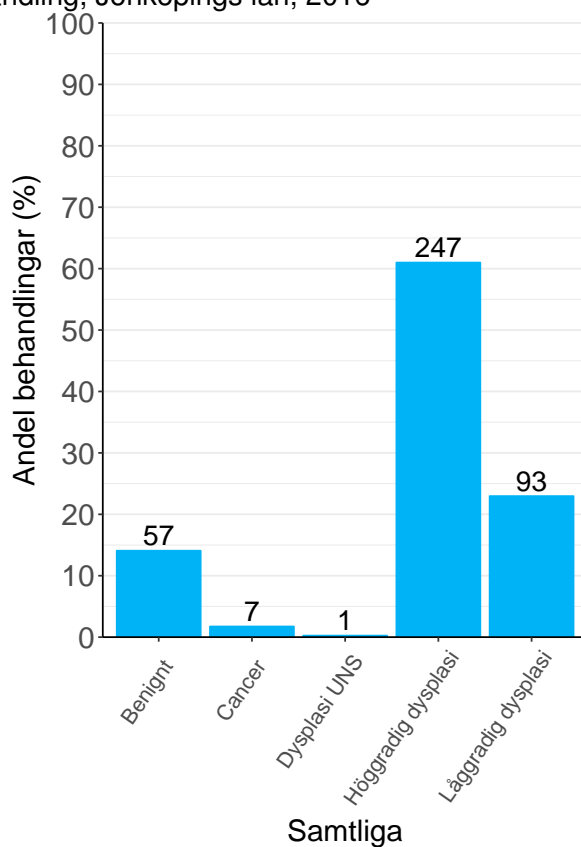
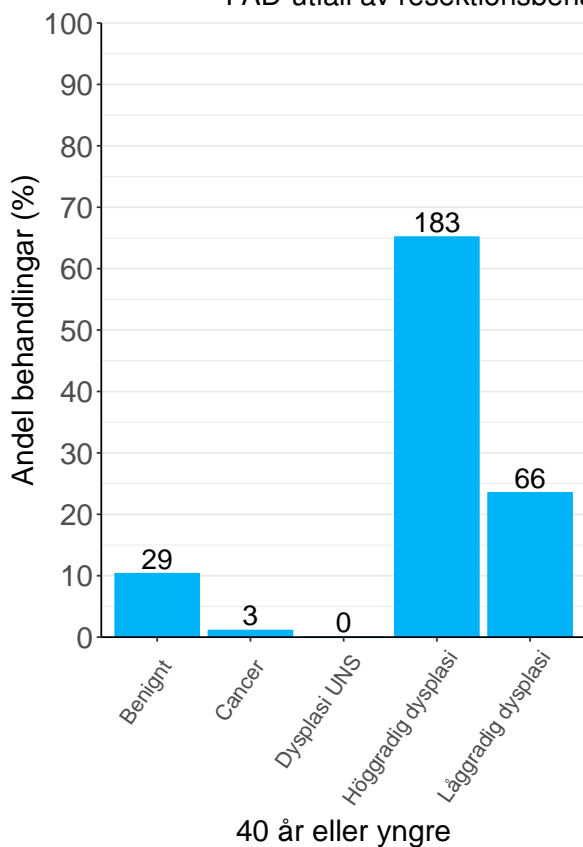
Utfallet får i hög grad ses som ett mått på utredningens kvalitet och i mindre grad på själva behandlingens kvalitet.

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 $\geq 75\%$.

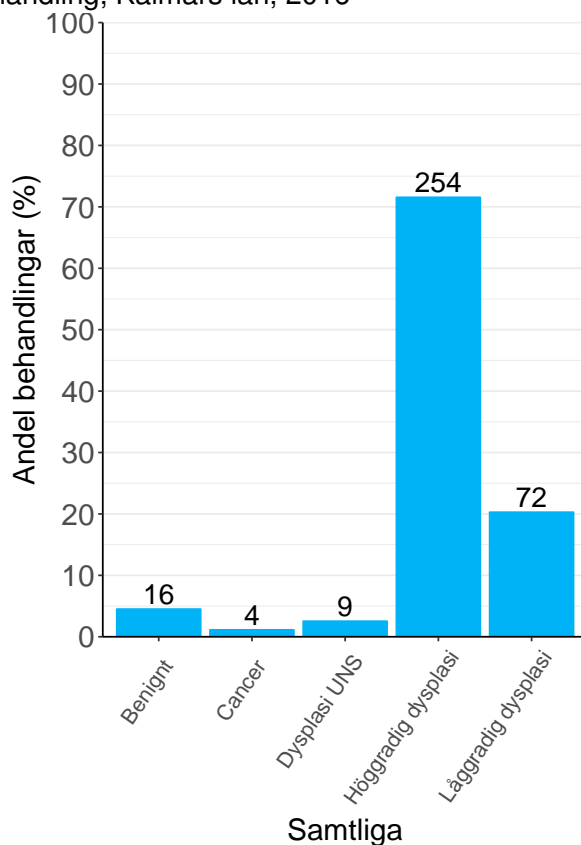
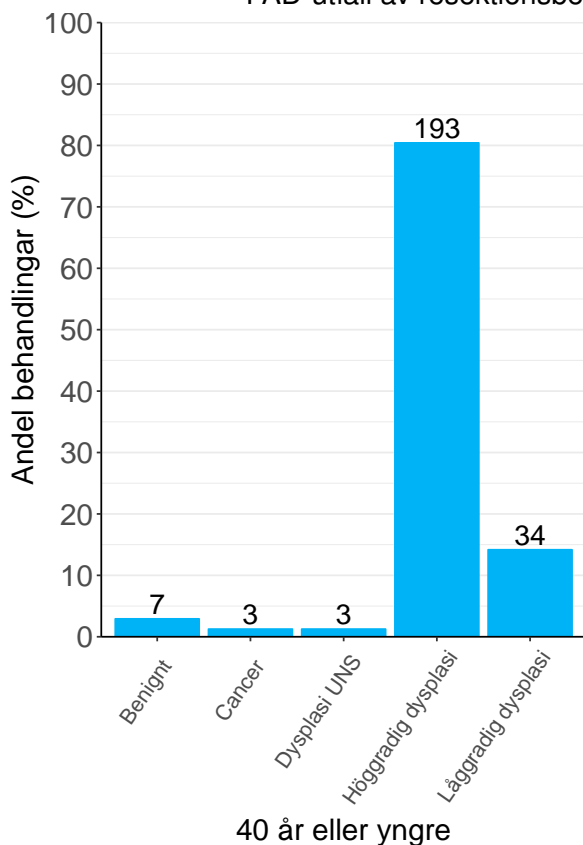
Kommentar: I hela SÖ regionen uppfylls målen för andel benigna koner både för samtliga kvinnor (7%) och för de kvinnor ≤ 40 år (5%). 68% av konerna hade höggradig dysplasi i PAD vilket är ngt under målet på 75% hos kvinnor ≤ 40 år.

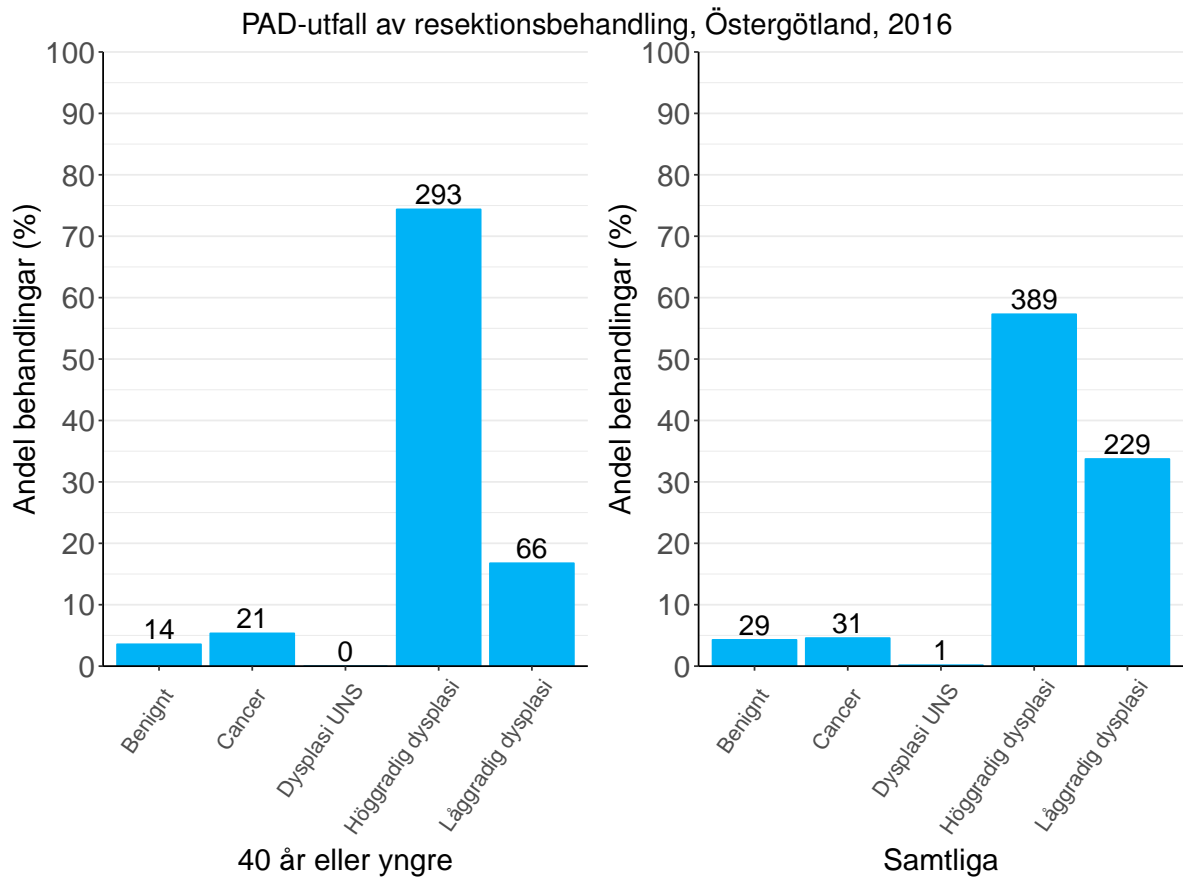


PAD-utfall av resektionsbehandling, Jönköpings län, 2016



PAD-utfall av resektionsbehandling, Kalmar län, 2016





PAD-utfall av resektionsbehandling per behandlande enhet 2016

| Behandlande enhet | Histoklass | | | | | | Totalt Antal |
|---------------------------|------------|-------|-------|-------|--------|-------|-----------------|
| | Benigt | | CIN2+ | | Övrigt | | |
| | Antal | Andel | Antal | Andel | Antal | Andel | |
| Kvinnokliniken Eksjö | 15 | 12% | 78 | 62% | 32 | 26% | 125 |
| Kvinnokliniken Jönköping | 31 | 16% | 119 | 60% | 48 | 24% | 198 |
| Kvinnokliniken Kalmar | 6 | 3% | 147 | 75% | 44 | 22% | 197 |
| Kvinnokliniken Linköping | 19 | 5% | 246 | 61% | 137 | 34% | 402 |
| Kvinnokliniken Norrköping | 10 | 4% | 174 | 63% | 93 | 34% | 277 |
| Kvinnokliniken Värnamo | 11 | 13% | 57 | 70% | 14 | 17% | 82 |
| Kvinnokliniken Västervik | 10 | 6% | 111 | 70% | 37 | 23% | 158 |
| Totalt | 102 | 7% | 932 | 65% | 405 | 28% | 1439 |

14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör

Det står alltmer klart att den något ökade risken för att föda för tidigt i gravititeter som kommer efter dysplasibehandling står i proportion till volymen cervixvävnad som tas bort eller förstörs. Andelen ”konhöjd registreradävser anturligtvis endast resektionsbehandlingar. Vårdprogrammet liksom de nationella riktlinjerna föreskriver att de gynekologer som behandlar dysplai 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 mer sigbehandlingserfarenhet, 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 ksäl. Operatörer vid hysterektomi räknas inte in i de kvantitativa målen.

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

| Enhet | Antal behandlingar | | | | | Konhöjd registrerad | | | | |
|---------------------------|--------------------|-----|------|-----|------|---------------------|-------|--------|-----|-----|
| | Res | Des | Hyst | Övr | Tot | Antal | Andel | Median | Min | Max |
| Kvinnokliniken Eksjö | 128 | 0 | 5 | 0 | 133 | 120 | 94% | 10 | 5 | 23 |
| Kvinnokliniken Jönköping | 200 | 0 | 0 | 0 | 200 | 197 | 98% | 7 | 1 | 13 |
| Kvinnokliniken Kalmar | 211 | 1 | 0 | 0 | 212 | 185 | 88% | 9 | 3 | 22 |
| Kvinnokliniken Linköping | 440 | 1 | 0 | 0 | 441 | 434 | 99% | 5 | 0 | 16 |
| Kvinnokliniken Norrköping | 317 | 0 | 0 | 0 | 317 | 313 | 99% | 10 | 4 | 25 |
| Kvinnokliniken Värnamo | 82 | 0 | 0 | 0 | 82 | 82 | 100% | 8 | 3 | 20 |
| Kvinnokliniken Västervik | 167 | 0 | 1 | 2 | 170 | 165 | 99% | 7 | 2 | 18 |
| Alla enheter | 1545 | 2 | 6 | 2 | 1555 | 1496 | 97% | 8 | 0 | 25 |

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

Erfarenhet operatörer

| Enhet | Operatörer med minst 25 ingrepp | | |
|---------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------------|
| | Antal operatörer | Andel operatörer | Andel behandlingar |
| Kvinnokliniken Eksjö | 4 | 75% | 89% |
| Kvinnokliniken Jönköping | 7 | 29% | 85% |
| Kvinnokliniken Kalmar | 13 | 23% | 51% |
| Kvinnokliniken Linköping | 28 | 25% | 66% |
| Kvinnokliniken Norrköping | 8 | 50% | 80% |
| Kvinnokliniken Värnamo | 7 | 29% | 79% |
| Kvinnokliniken Västervik | 15 | 0% | 0% |
| Alla enheter | 80 | 26% | 65% |

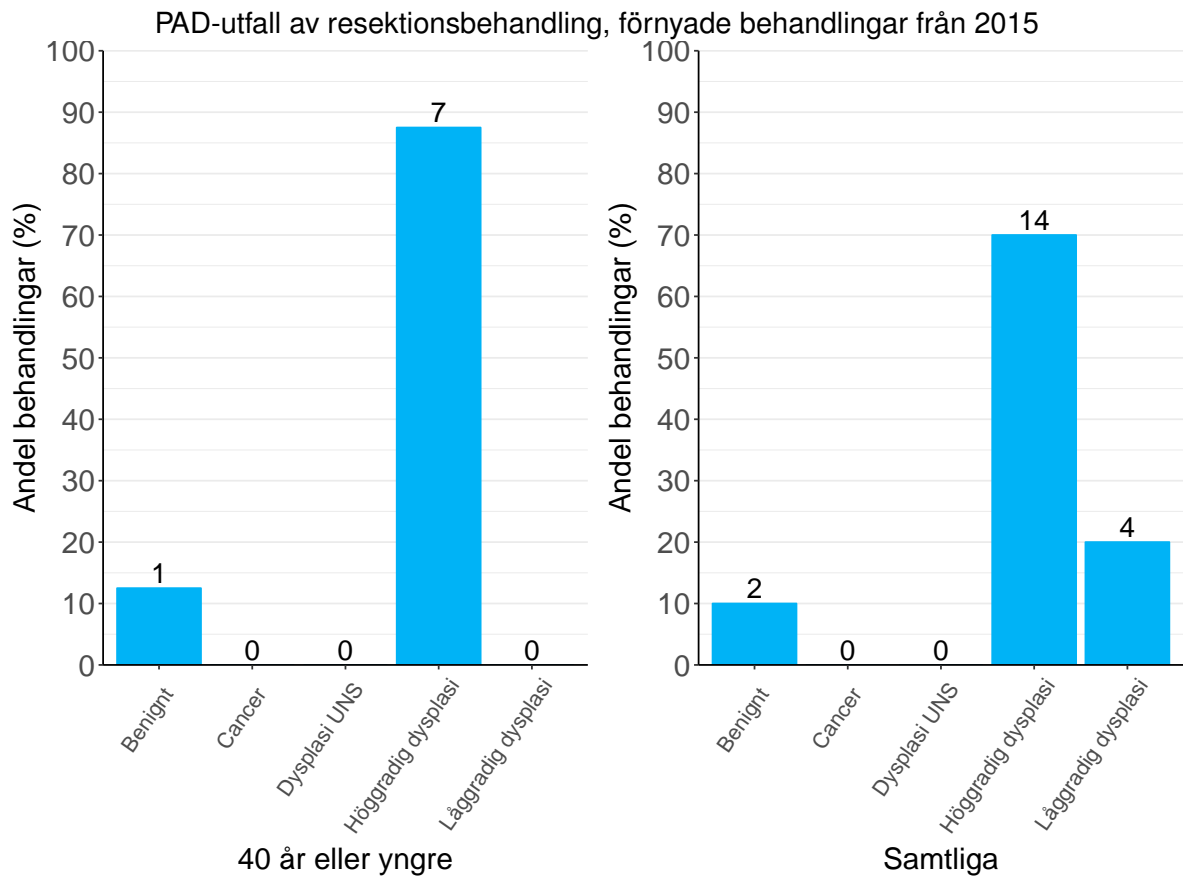
15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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

Om siffran är mycket låg kan det vara ett uttryck för att borttagandet/destruktionen av vävnad i många fall varit onödigt stor vid den ursprungliga behandlingen. Nationell standard, fastlagd 2012 (NACx), är max 5% re-behandling inom ett år.

Kommentar: Andelen rekoniseringar för hela SÖ regionen är 2,48% vilket uppfyller målet. Data från respektive klinik ses i tabellen.

Andel rekoniseringar 2015: 2,48%



Förnyade behandlingar från 2015 per ursprungsenhet

| Enhet | Antal | Ombehandlade | Ombehandlade |
|---------------------------|--------------|--------------|--------------|
| | behandlingar | Antal | Andel |
| Kvinnokliniken Eksjö | 185 | 8 | 4% |
| Kvinnokliniken Jönköping | 198 | 6 | 3% |
| Kvinnokliniken Kalmar | 204 | 1 | 0% |
| Kvinnokliniken Linköping | 1 | 0 | 0% |
| Kvinnokliniken Norrköping | 83 | 0 | 0% |
| Kvinnokliniken Värnamo | 84 | 1 | 1% |
| Kvinnokliniken Västervik | 53 | 4 | 8% |
| Alla enheter | 808 | 20 | 2% |

