

# Sammanställning av Kvalitetsdata 2016

Gällande Cervixcancerprevention i Region  
Uppsala-Örebro

Juli 2017

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR  
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")



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>3</b>
<b>2 Invitationsstatus</b> .....	<b>4</b>
<b>3 Täckningsgrad</b> .....	<b>7</b>
<b>4 Deltagande efter inbjudan</b> .....	<b>17</b>
<b>5 Antal cellprover</b> .....	<b>22</b>
<b>6 Endocervikala celler saknas</b> .....	<b>26</b>
<b>7 Åldersfördelning cellprov</b> .....	<b>28</b>
<b>8 Tid till svar</b> .....	<b>29</b>
<b>9 Andel icke-normala cellprover</b> .....	<b>31</b>
<b>10 Diagnosprofil cytologi</b> .....	<b>33</b>
<b>11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid</b> .....	<b>40</b>
<b>12 Utfall av cytologi</b> .....	<b>41</b>
<b>13 PAD-utfall av behandling</b> .....	<b>48</b>
<b>14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör</b> .....	<b>53</b>
<b>15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")</b> .....	<b>56</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 14 år sedan skrev vi:

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

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

Första samlade rapporten med kvalitetsdata från de fem län i Uppsala-Örebroregionen som hittills anslutits till Cytburken är en milstolpe. Örebro och Dalarna kommer förhoppningsvis vara med i nästa års rapport. 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](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)

Rapportens grunddata tas fram av RCC-Väst efter inrapportering från respektive landsting, Bengt Andrae 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

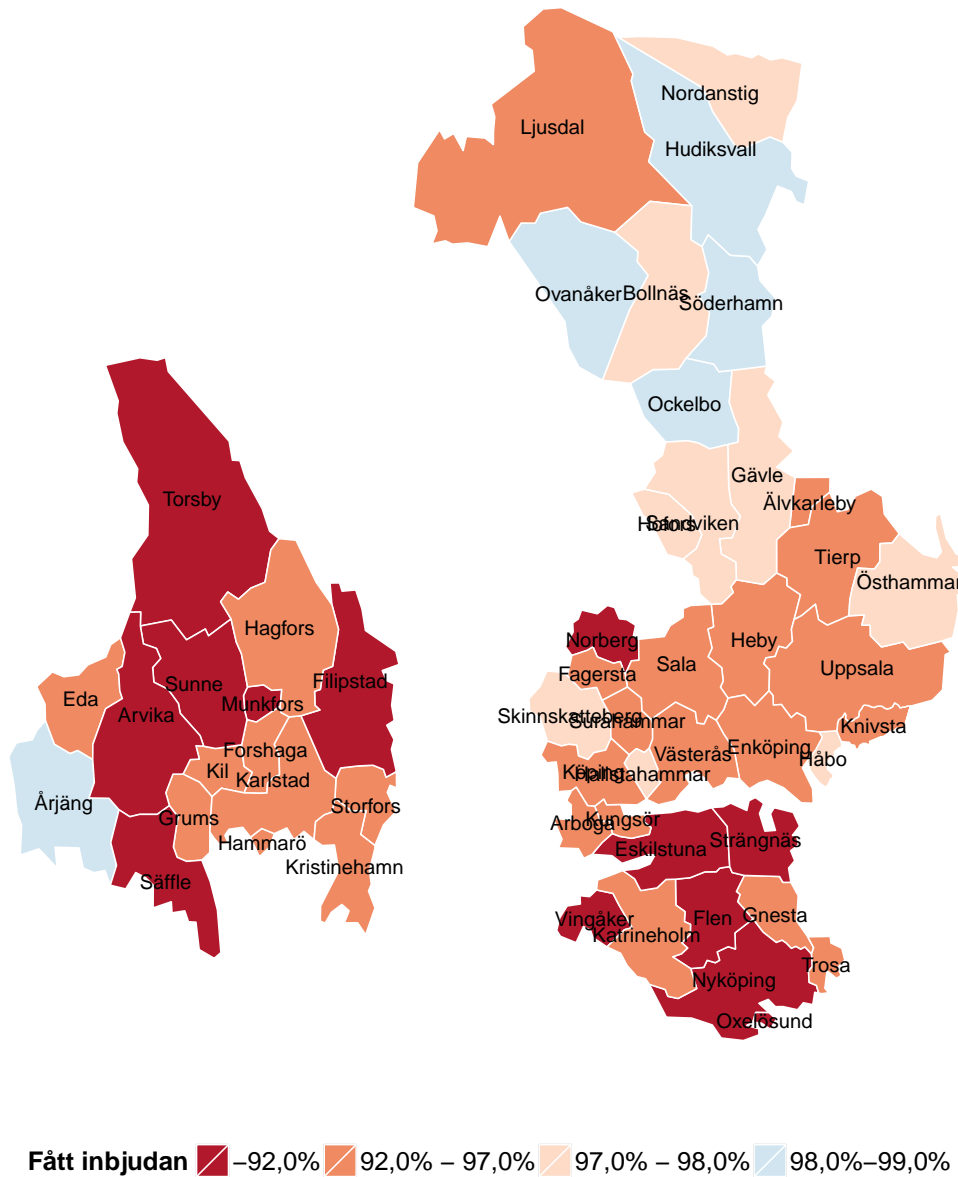
Björn Strander   Anne Ekeryd-Andalen   Chenyang Zhang   Emil Selmeryd   Madeleine Book   Mia Westlund  
Ulrika Hermansson

## 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:** Stora delar regionen når inte upp till 95% vilket bör analyseras vidare.

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





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

Område	Andel
Södermanland	89,8%
Värmland	93,3%
Västmanland	95,5%
Gävleborg	97,6%
Uppsala	96,5%
Region Uppsala-Örebro	94,7%

## Antal kallelser per område

Område	Antal
Södermanland	19955
Värmland	19171
Västmanland	22421
Gävleborg	24692
Uppsala	31231
Region Uppsala-Örebro	117470



### 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.

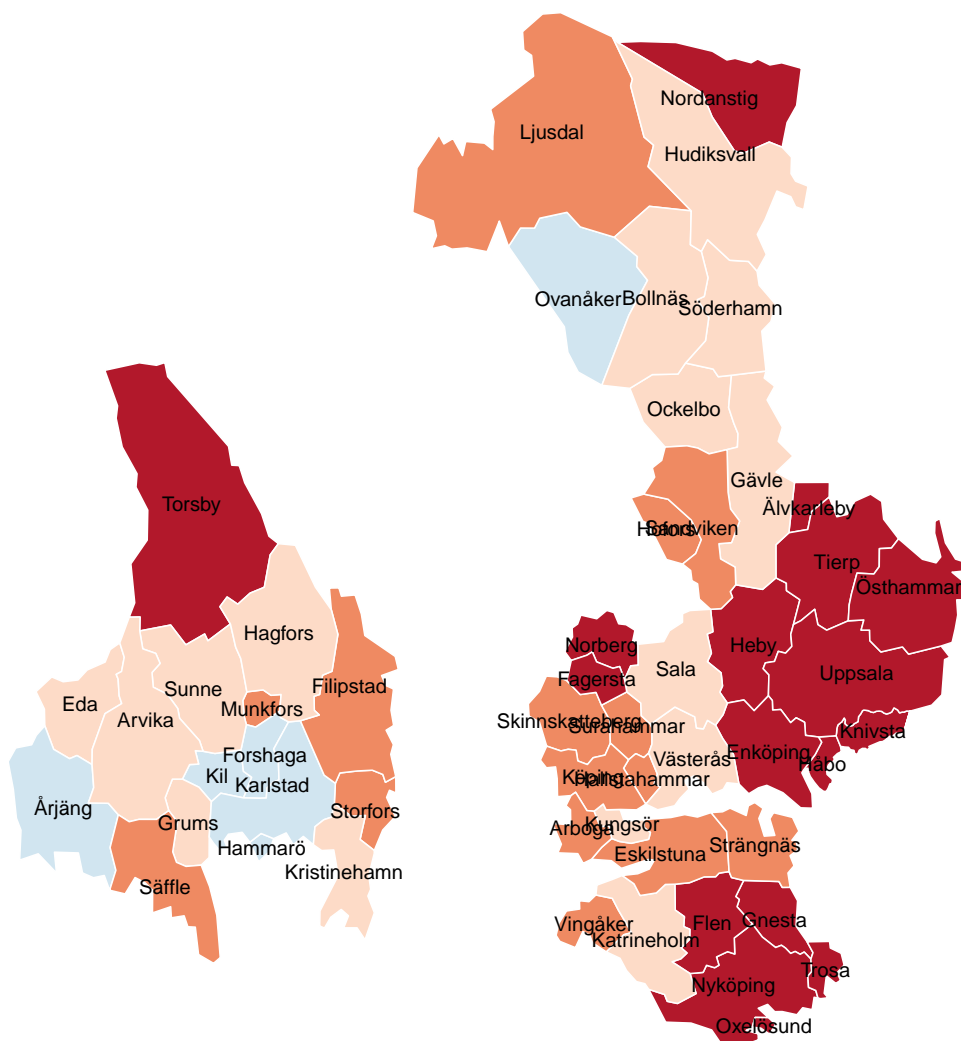
Täckningsgraden är det mest relevanta måttet på vilket skydd som kvinnorna i området har av cellprovstagning. Perioden ska motsvara en screeningomgång med de variationer som kan förekomma med rimliga förseningar i utskick, sommaruppehåll, ombokningar mm. Täckningsgraden ändras långsamt även om deltagandet 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:** Det förekommer mycket lite provtagning i regionen innan första kallelsen, och därefter är täckningsgraden hög från start. Det är bra siffror ur internationellt perspektiv men når inte upp till målvärdet i åldrarna under 50 år. Uppsala ligger lägre än övriga län men tycks vara i stigande. Liten provtagning efter 65 år vilket till stor del kan vara uppföljningsprover.

## Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2016–12–31

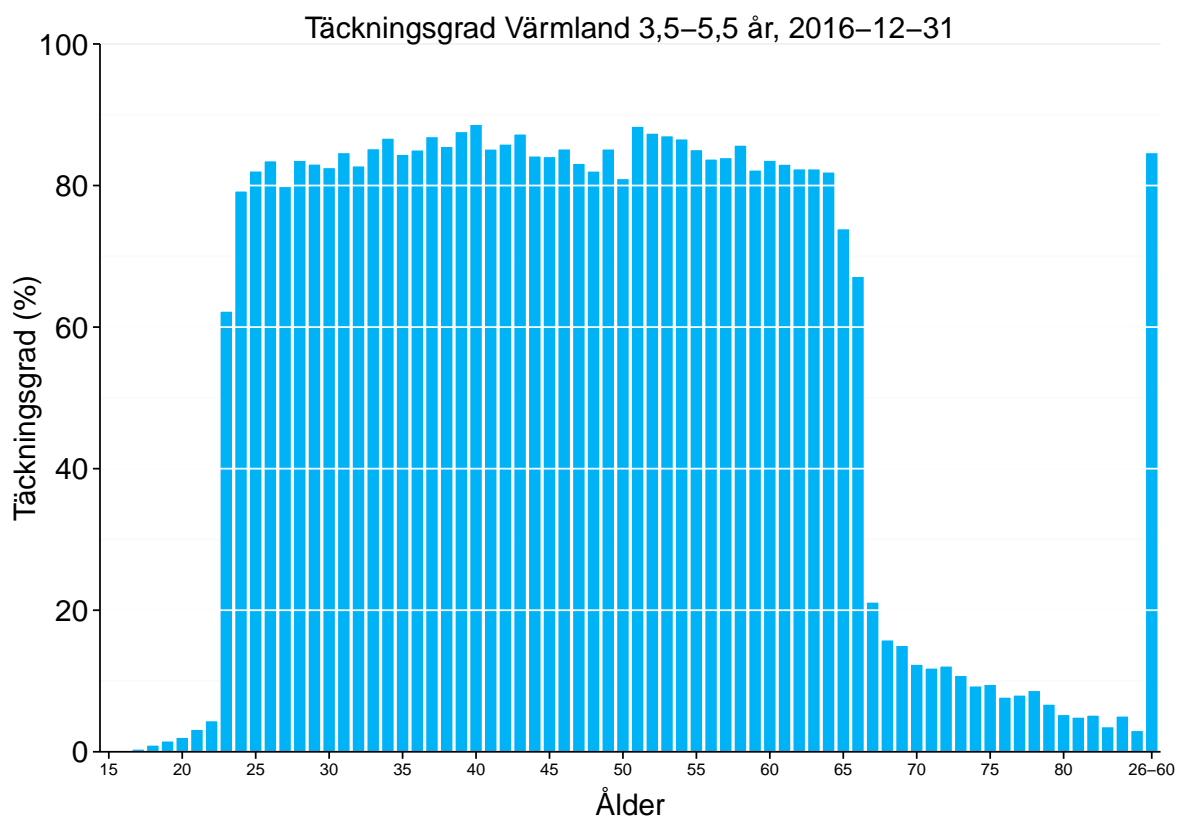
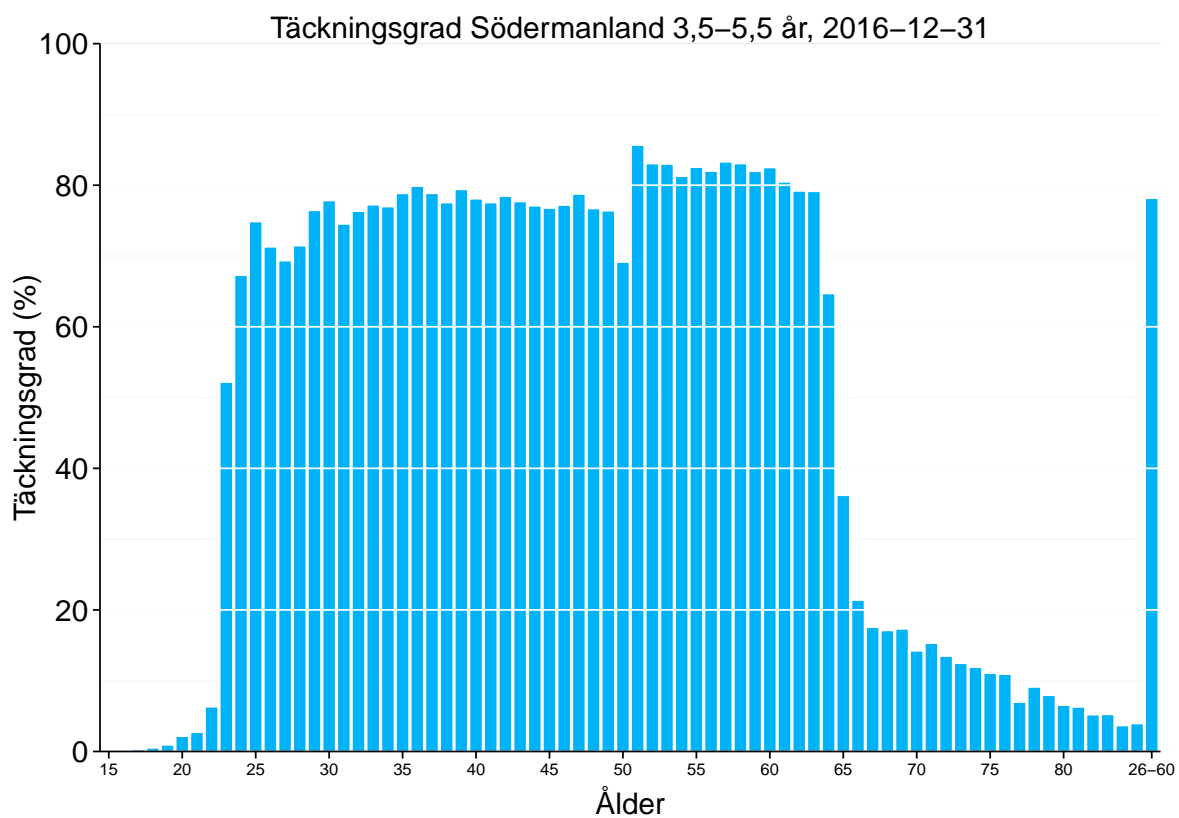


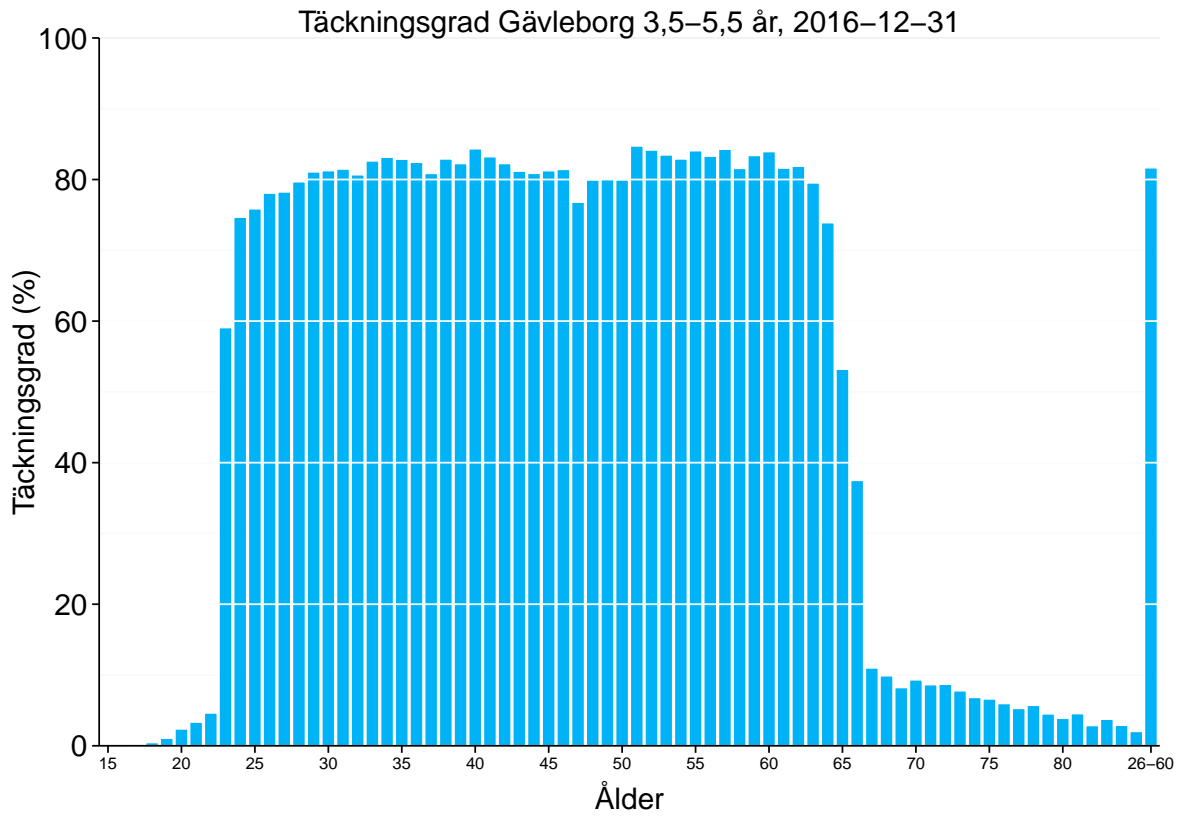
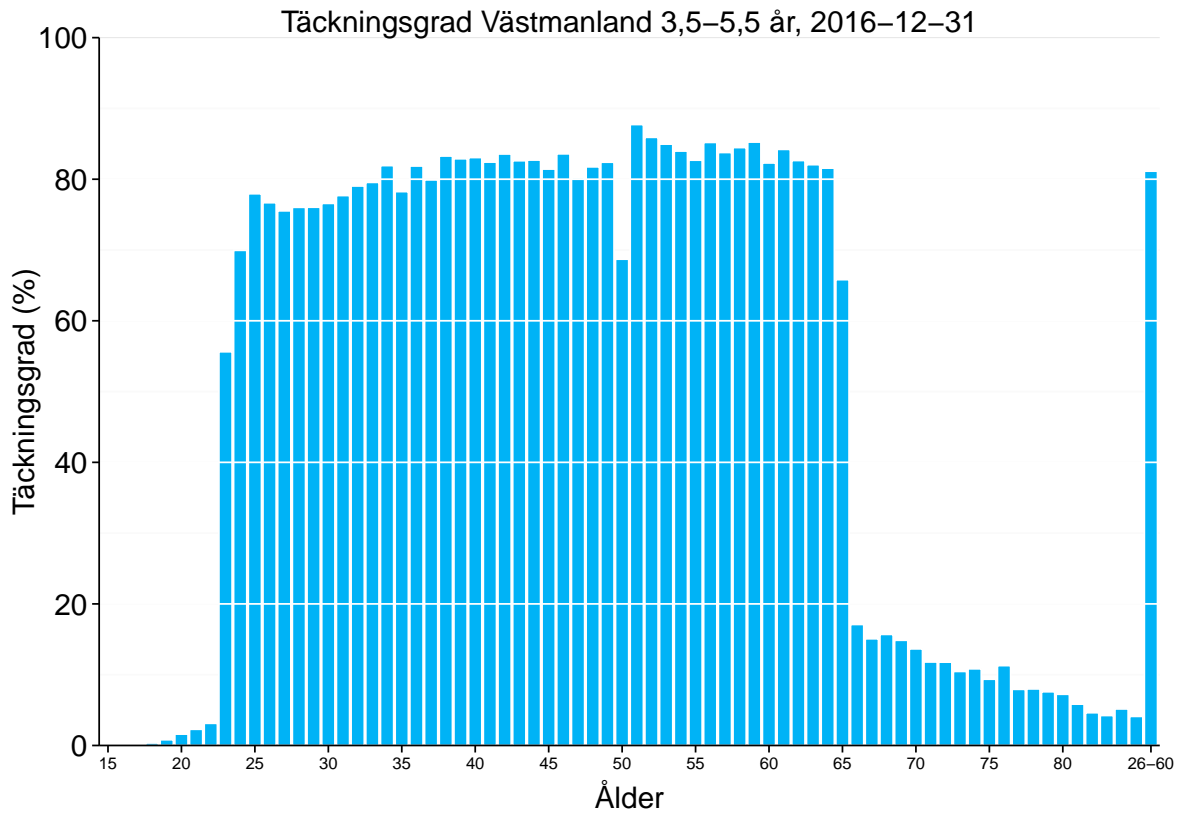
Täckningsgrad ■ 78% ■ 79% – 81% ■ 82% – 85% ■ 86% –

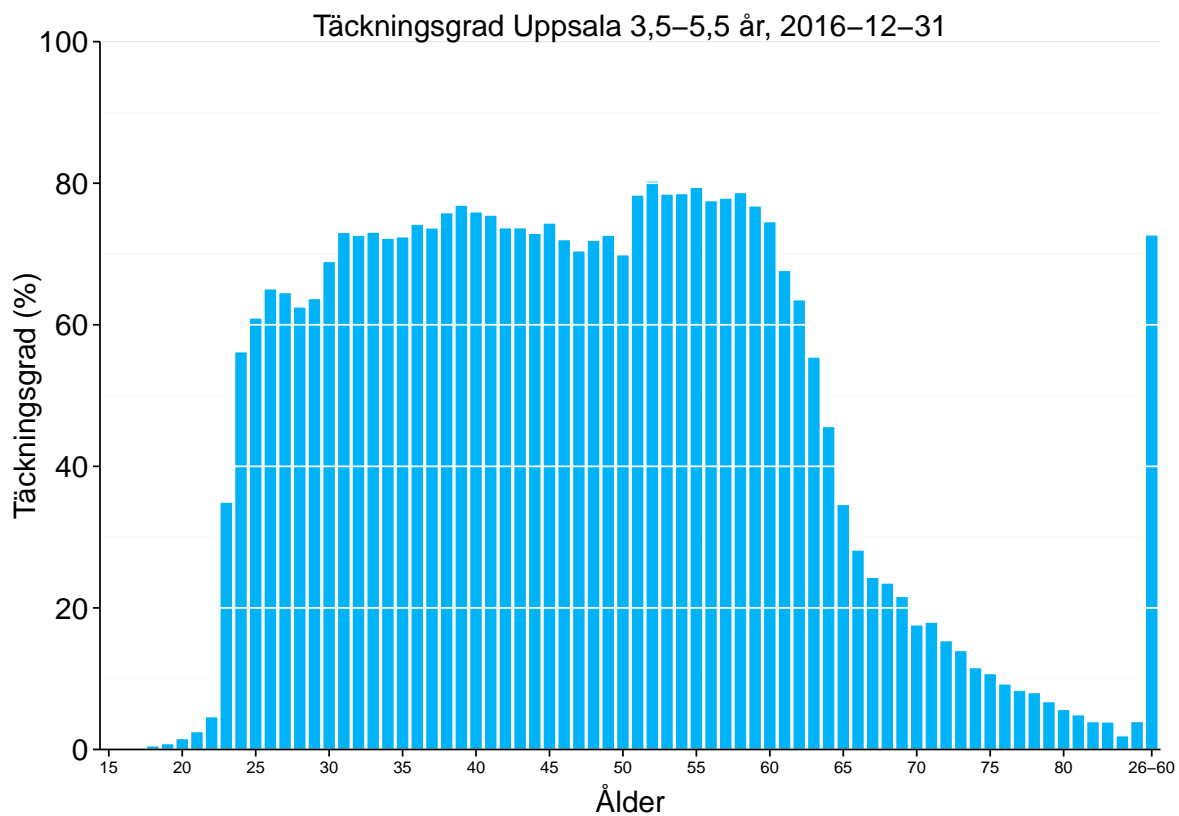
Område	Täckningsgrad
Värmland	84,7%
Gävleborg	81,7%
Västmanland	81,1%
Södermanland	78,2%
Uppsala	72,7%



Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år	Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år
Kil	89%	92,5%	Köping	80,3%	83,5%
Hammarö	88,6%	91,6%	Storfors	80,2%	81,8%
Årjäng	87%	87,8%	Arboga	80,2%	81,3%
Karlstad	86,9%	89,5%	Ljusdal	80%	80,9%
Forshaga	86,6%	90,3%	Hofors	79,8%	80,7%
Ovanåker	86,4%	85,7%	Skinnskatteberg	79,6%	81,8%
Eda	85,3%	86,9%	Strängnäs	78,8%	81,5%
Arvika	84,7%	87,6%	Filipstad	78,7%	79,4%
Bollnäs	84%	83,6%	Eskilstuna	78,7%	80,1%
Kristinehamn	83,8%	85,2%	Trosa	78,4%	81,5%
Sunne	83,7%	88,1%	Nyköping	77,7%	80,5%
Sala	82,7%	84,2%	Östhammar	77%	77,9%
Söderhamn	82,6%	82,9%	Håbo	76,7%	77,7%
Hagfors	82,4%	84,8%	Gnesta	76,5%	80%
Gävle	82,3%	83,9%	Knivsta	76,2%	78,3%
Västerås	82,3%	84,3%	Nordanstig	75,7%	76,7%
Katrineholm	82,2%	83,2%	Torsby	74,8%	77,4%
Kungsör	82,1%	84,6%	Flen	74,4%	74,4%
Ockelbo	81,9%	83,8%	Älvkarleby	74,1%	76,3%
Grums	81,6%	84%	Tierp	73,1%	74,3%
Hudiksvall	81,5%	83,2%	Norberg	73%	73%
Hallstahammar	81,3%	84,8%	Enköping	72,9%	75,3%
Surahammar	81,2%	83,8%	Heby	72,6%	72,7%
Munkfors	80,8%	83,3%	Uppsala	72,4%	72,5%
Sandviken	80,5%	81,6%	Fagersta	72,3%	76,8%
Säffle	80,5%	85,2%	Oxelösund	68,7%	75,1%
Vingåker	80,3%	80,4%			







## Täckningsgrad Eskilstuna per församling 2016-12-31

Område	Täckningsgrad
Hällby förs. med Tumbo och Råby-Rekarne	85,2%
Västra Rekarne	84,3%
Kafjärden	83%
Husby-Rekarne	82,4%
Stenkvista-Ärla	80,5%
Näshulta	79,2%
Eskilstuna	77,3%
Torshälla	77%

## Täckningsgrad Nyköping per församling 2016-12-31

Område	Täckningsgrad
Kiladalen	79,7%
Tunaberg	79,6%
Stigtomta-Vrena	79,1%
Rönö	77,6%
Nyköping	77,3%
Tystbergabygden	74,4%



## Täckningsgrad Gävle per församling 2016-12-31

Område	Täckningsgrad
Hille	87,2%
Hedesunda	85,8%
Valbo	84,5%
Bomhus	82,7%
Gävle Heliga Trefaldighet	82%
Gävle Staffan	80,7%
Hamrånge	80,6%
Gävle Maria	78,7%

## Täckningsgrad Karlstad per församling 2016-12-31

Område	Täckningsgrad
Grava	90,2%
Karlstads domkyrkoförs.	87,7%
Västerstrand	86,8%
Norrstrand	86,8%
Väse-Fågelvik	86,4%
Alster-Nyedsbygden	83,3%
Nor-Segerstad	82,2%

## Täckningsgrad Västerås per församling 2016-12-31

Område	Täckningsgrad
Västerås-Barkarö	88,5%
Kungsåra	88,3%
Dingtuna-Lillhärad	87,6%
Tillberga	86,6%
Viksäng	85,5%
Västerås domkyrkoförs.	83,5%
Önsta	83,4%
Västerås Badelunda	83,1%
Norrbo	80,4%
Västerås Lundby	77,3%
Skerike	76,7%

## Täckningsgrad Uppsala per församling 2016-12-31

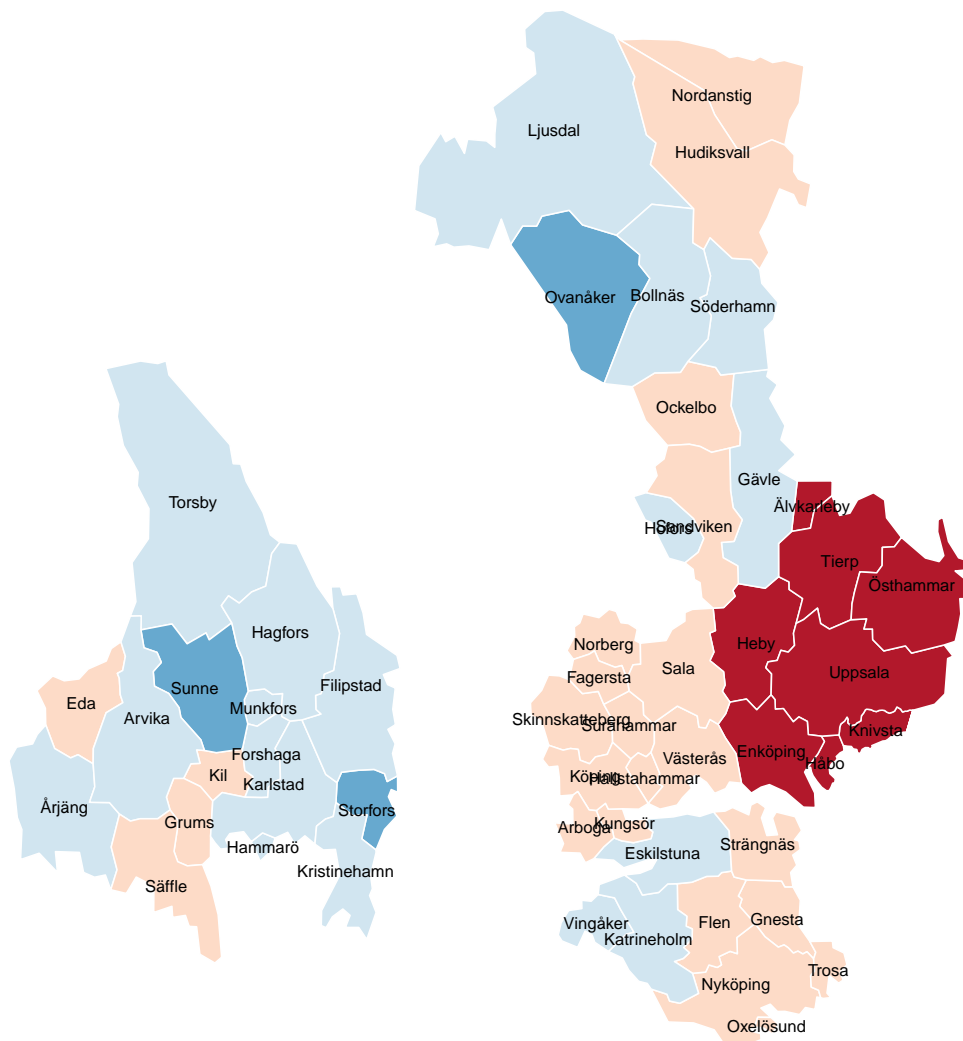
Område	Täckningsgrad
Dalby	81%
Uppsala-Näs	80,1%
Stavby	78%
Björklinge	77,6%
Rasbokil	76,8%
Hagby	76,8%
Bälingebygden	76,7%
Rasbo	76,6%
Balingsta	76,5%
Danmark-Funbo	76,1%
Västeråker	75,3%
Ärentuna	74,6%
Almunge	74,5%
Tuna	74,1%
Lena	73,3%
Knutby-Bladåker	72,6%
Vaksala	72,5%
Uppsala domkyrkoförs.	72%
Viksta	70,8%
Faringe	70,7%
Helga Trefaldighet	70,4%
Ramsta	69,8%
Gottsunda	68%
Norra Hagunda	66,8%

## 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:** I flertalet län erbjuds sedan länge provtagning med tid och plats med högt deltagande, medan Uppsala har fram till nu haft en mer öppen inbjudan vilket kan förklara lägre deltagande och täckningsgrad.

Deltagande efter inbjudan. 2016

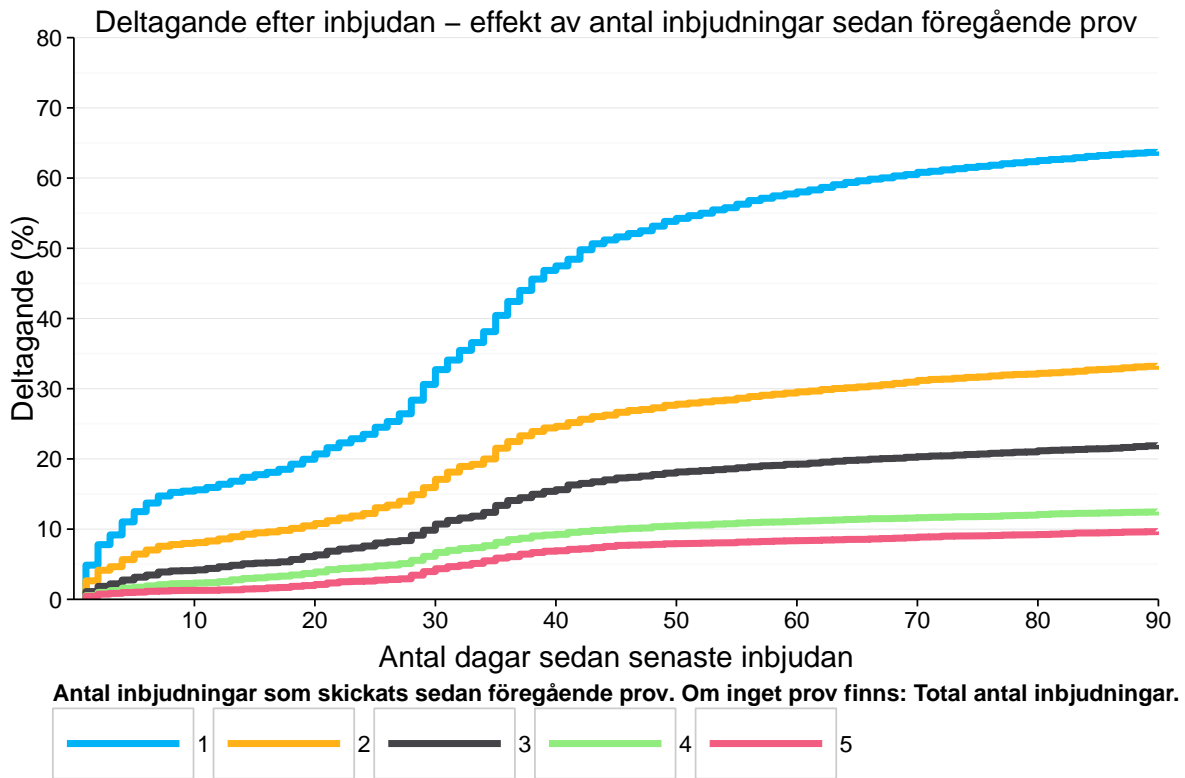


Deltagande ■ -39% ■ 50% – 59% ■ 60% – 69% ■ 70% –

Område	Deltagande
Värmland	65%
Gävleborg	63%
Södermanland	59%
Västmanland	54%
Region Uppsala-Örebro	50%
Uppsala	25%



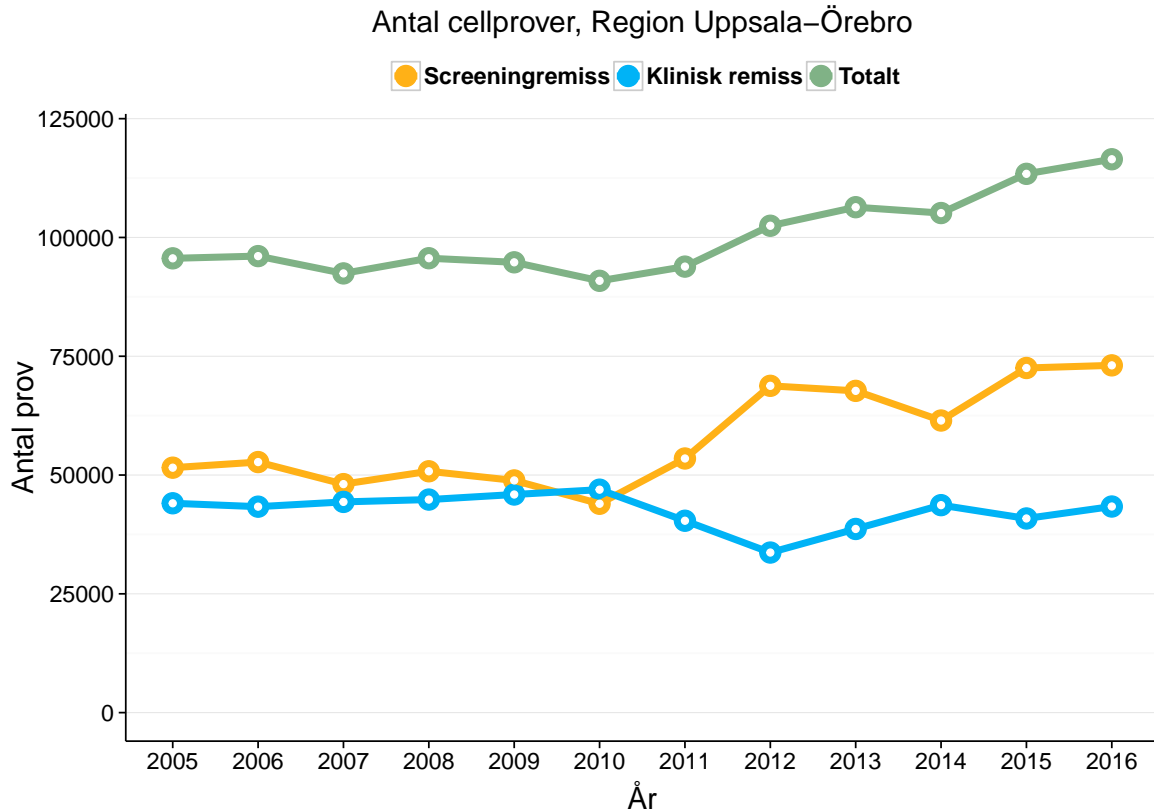
Kommun	Deltagande	Kommun	Deltagande
Ovanåker	78%	Eda	55%
Storfors	76%	Trosa	55%
Sunne	70%	Västerås	55%
Ljusdal	69%	Arboga	55%
Hammarö	69%	Strängnäs	54%
Karlstad	67%	Norberg	54%
Kristinehamn	67%	Kungsör	54%
Söderhamn	67%	Kil	54%
Bollnäs	66%	Sala	53%
Munkfors	66%	Köping	53%
Årjäng	65%	Surahammar	52%
Arvika	65%	Hallstahammar	51%
Hagfors	65%	Nordanstig	51%
Forshaga	65%	Flen	51%
Gävle	65%	Fagersta	51%
Filipstad	64%	Skinnskatteberg	50%
Katrineholm	64%	Grums	50%
Eskilstuna	62%	Gnesta	50%
Hofors	61%	Älvkarleby	30%
Torsby	61%	Håbo	29%
Vingåker	61%	Heby	28%
Sandviken	58%	Östhammar	27%
Säffle	57%	Tierp	26%
Hudiksvall	57%	Knivsta	26%
Ockelbo	56%	Uppsala	25%
Nyköping	56%	Enköping	25%
Oxelösund	56%		



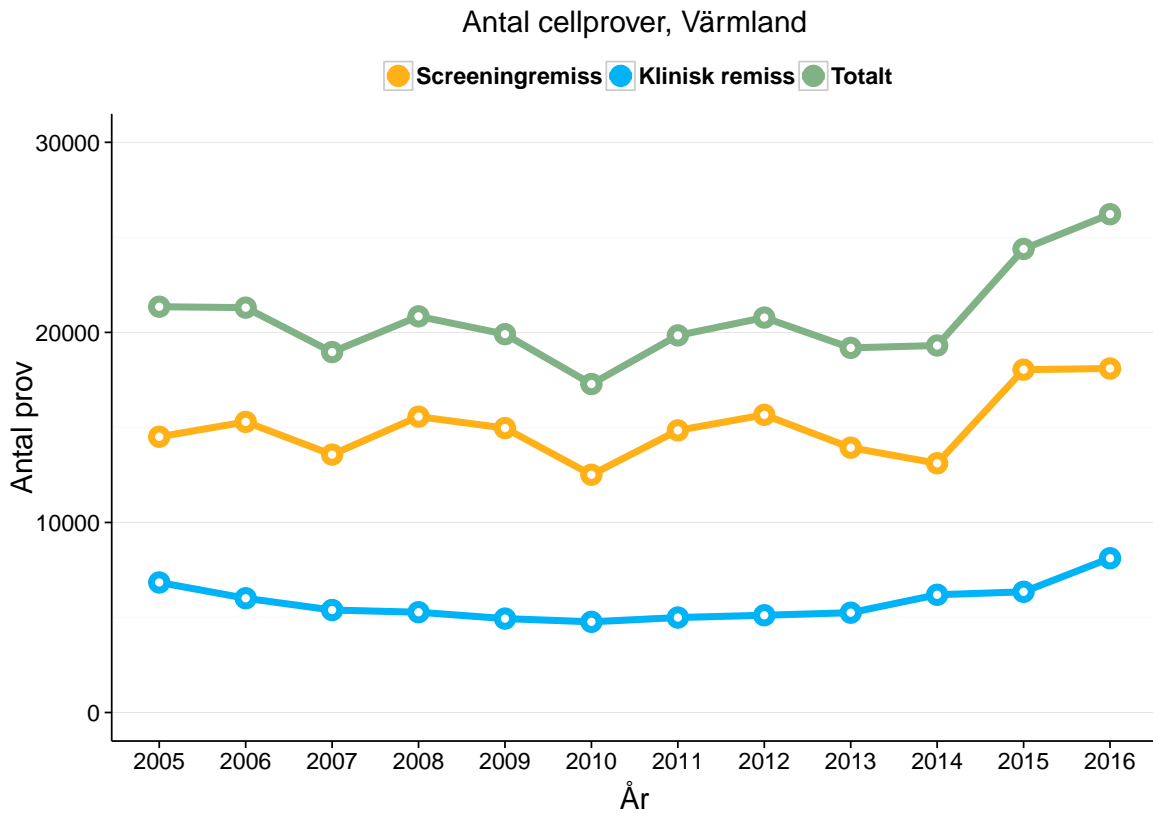
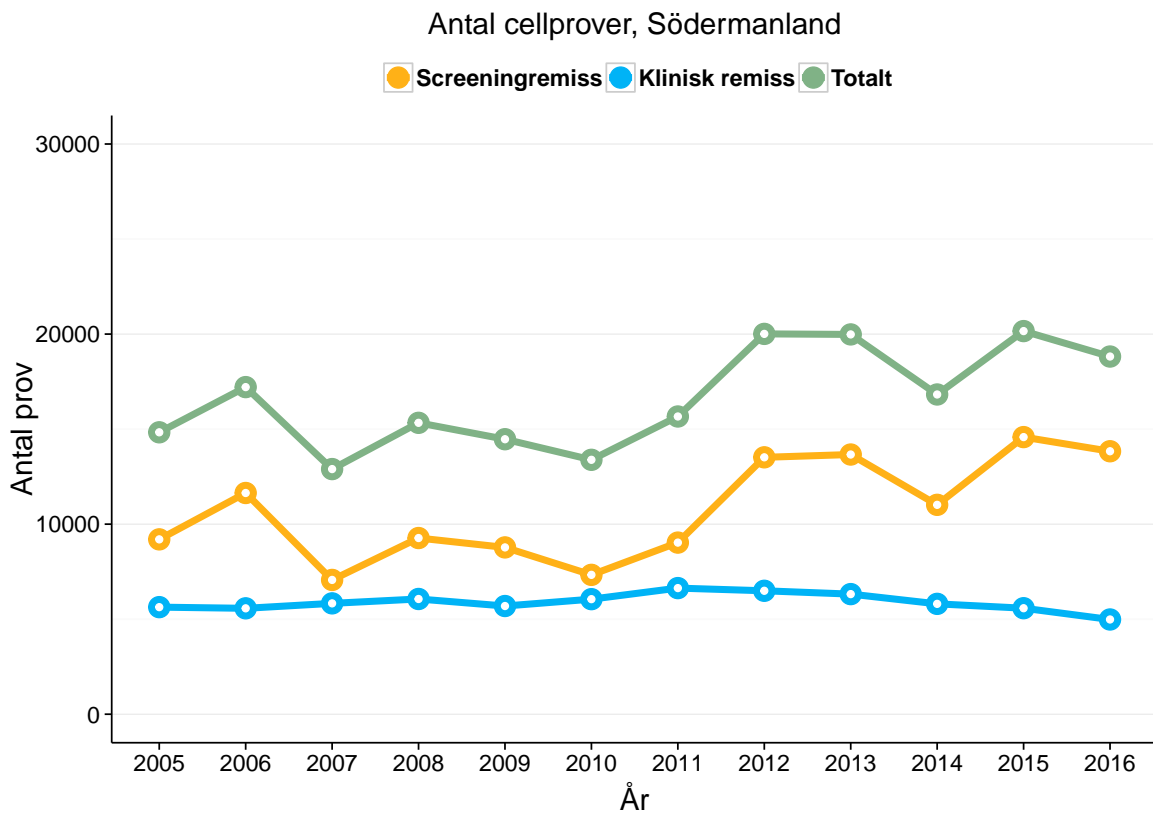
## 5 Antal cellprover

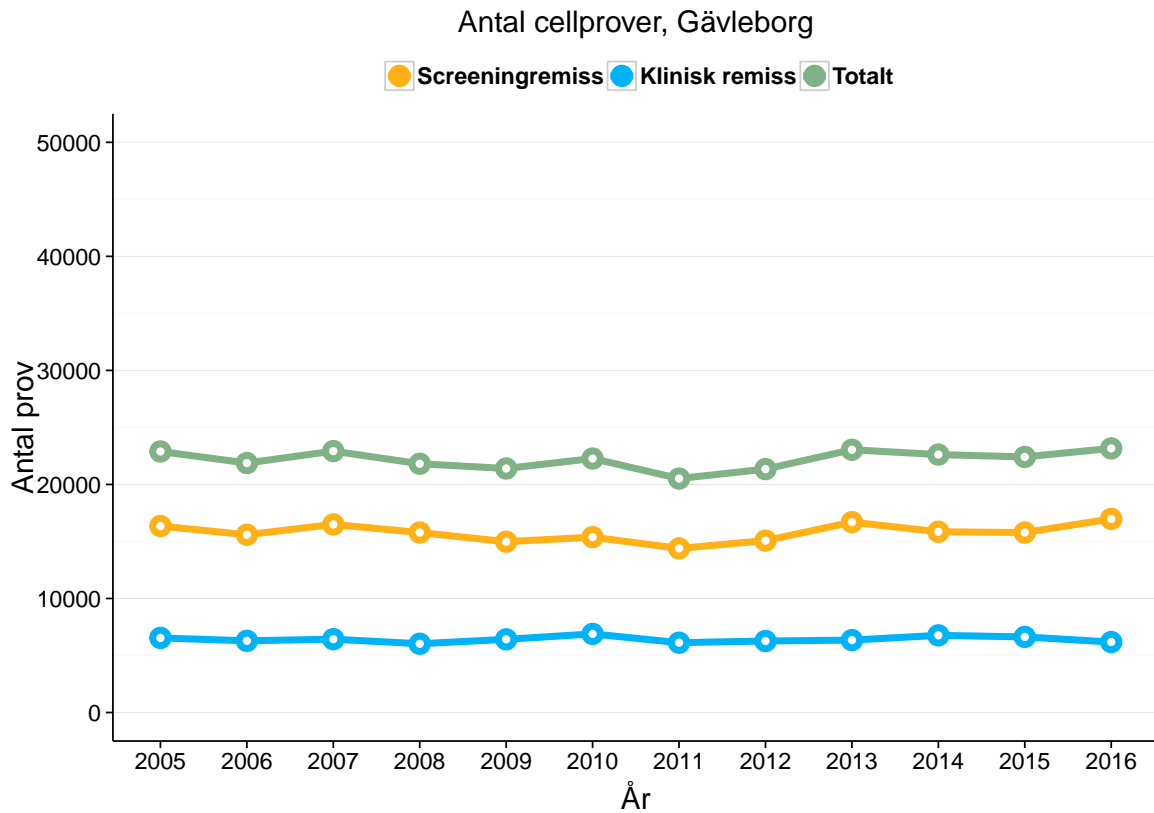
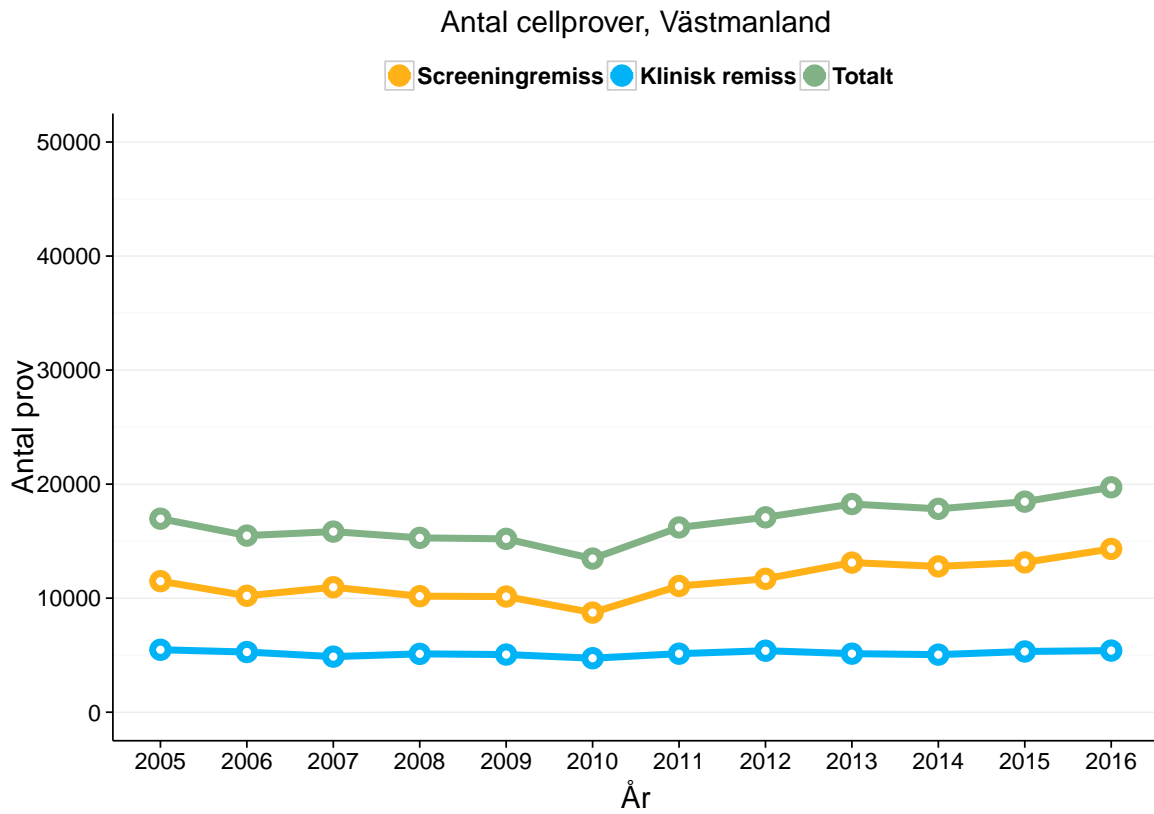
Diagrammen visar antalet prover från år under 2000-talet. Observera att skalorna är olika för diagrammen.

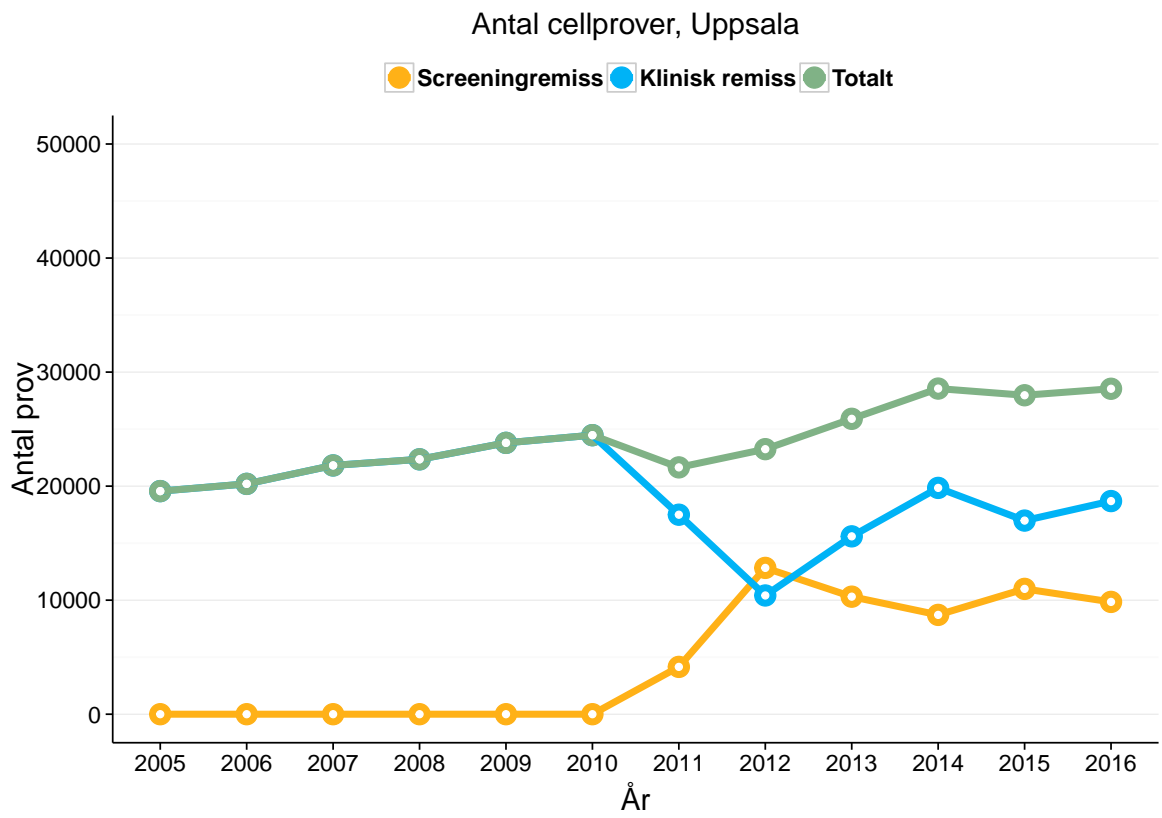
**Kommentar:** Det är i enlighet med intentionen att andelen prover efter inbjudan ökar i hela regionen som mått på att rätt personer blir provtagna. De blå kurvorna innehåller både prover i screeningsyfte utan remiss och utrednings/uppföljningsprover. Bara de som inte är provtagna inom intervallet kallas.







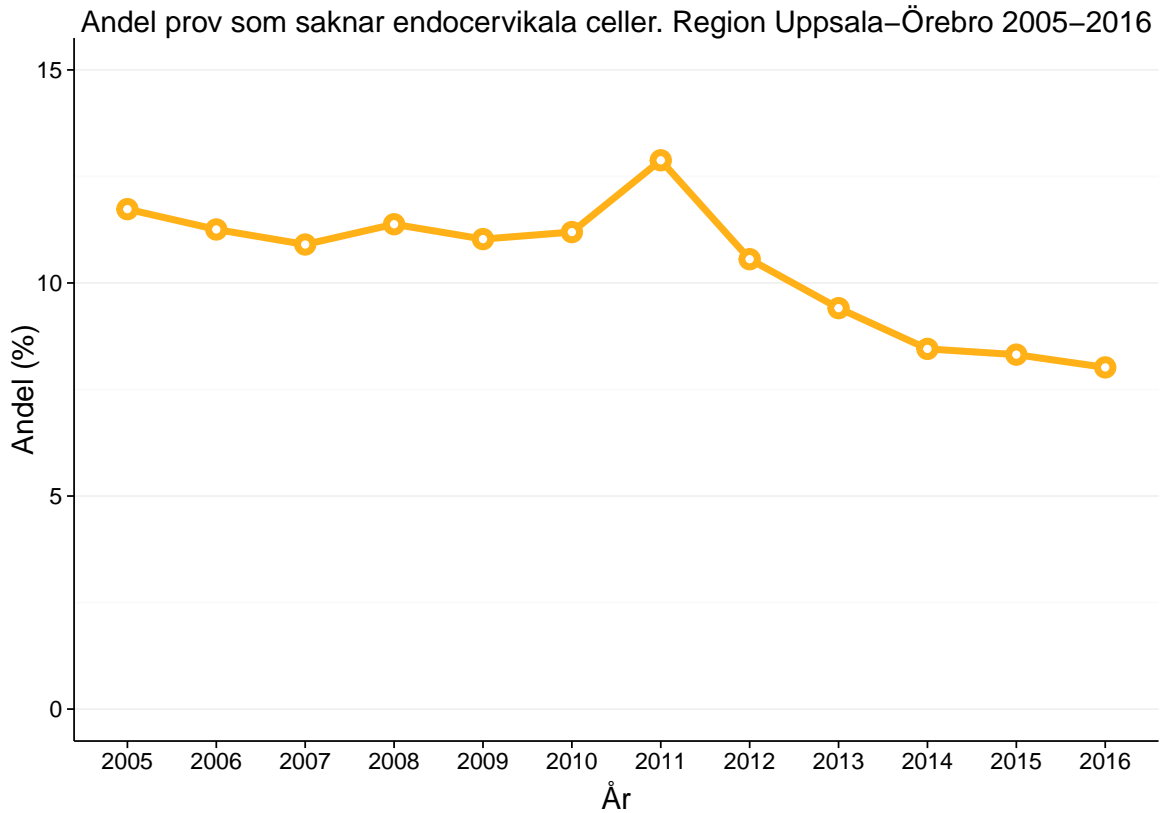
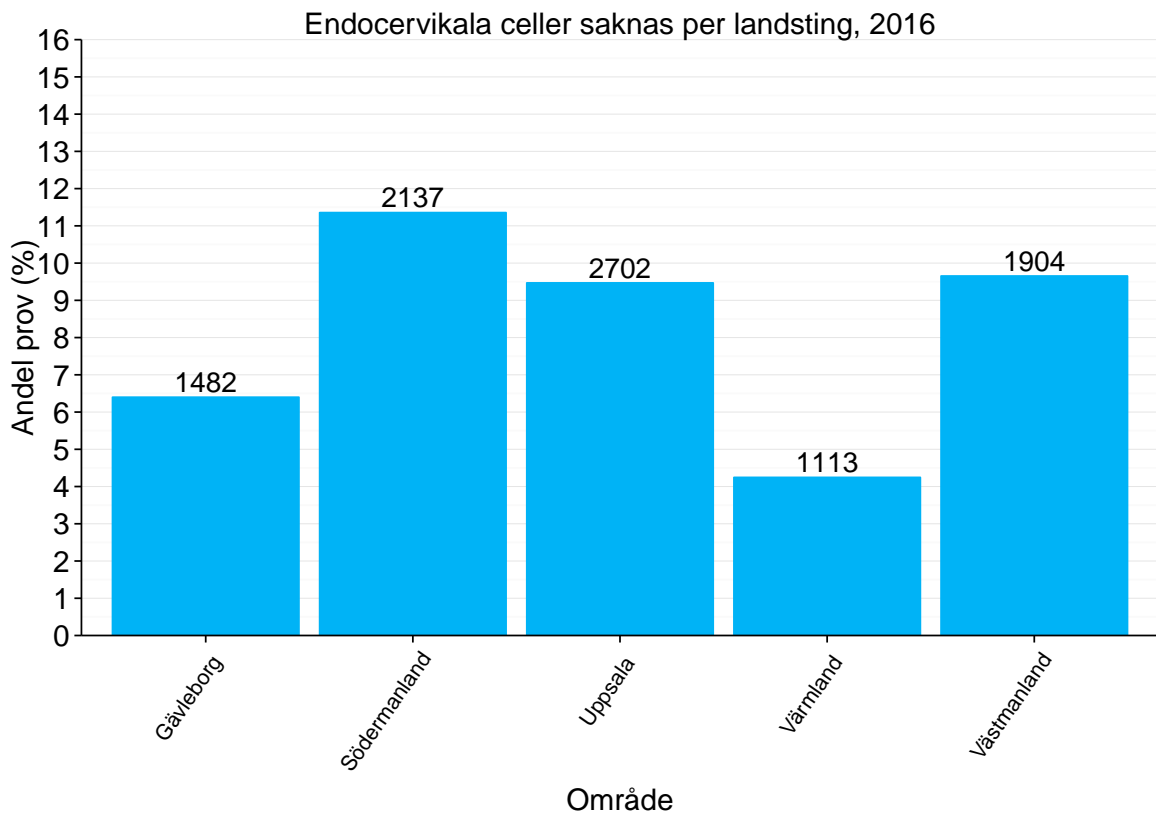




## 6 Endocervikala celler saknas

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.

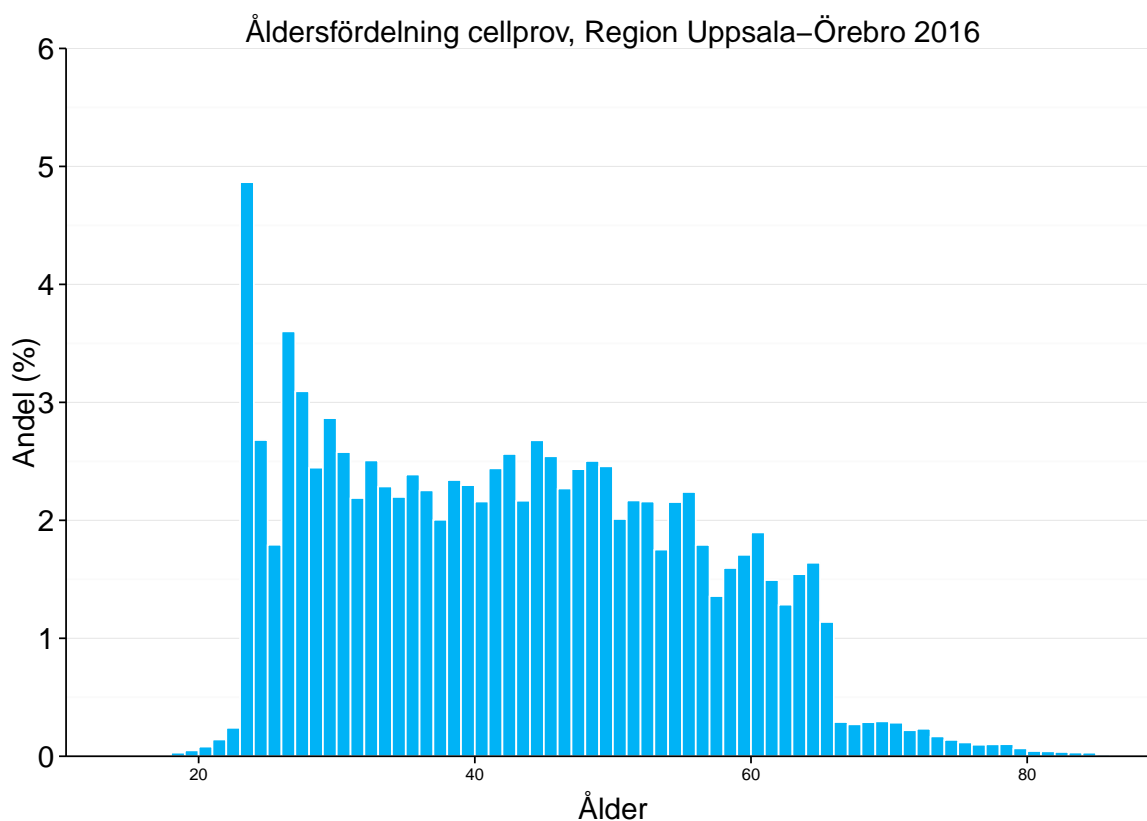
**Kommentar:** Det är ett mått på att provet tas på rätt ställe, andelen ska vara låg och är i sjunkande i hela regionen.



## 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:** Förväntad fördelning utifrån kallelseintervallen.

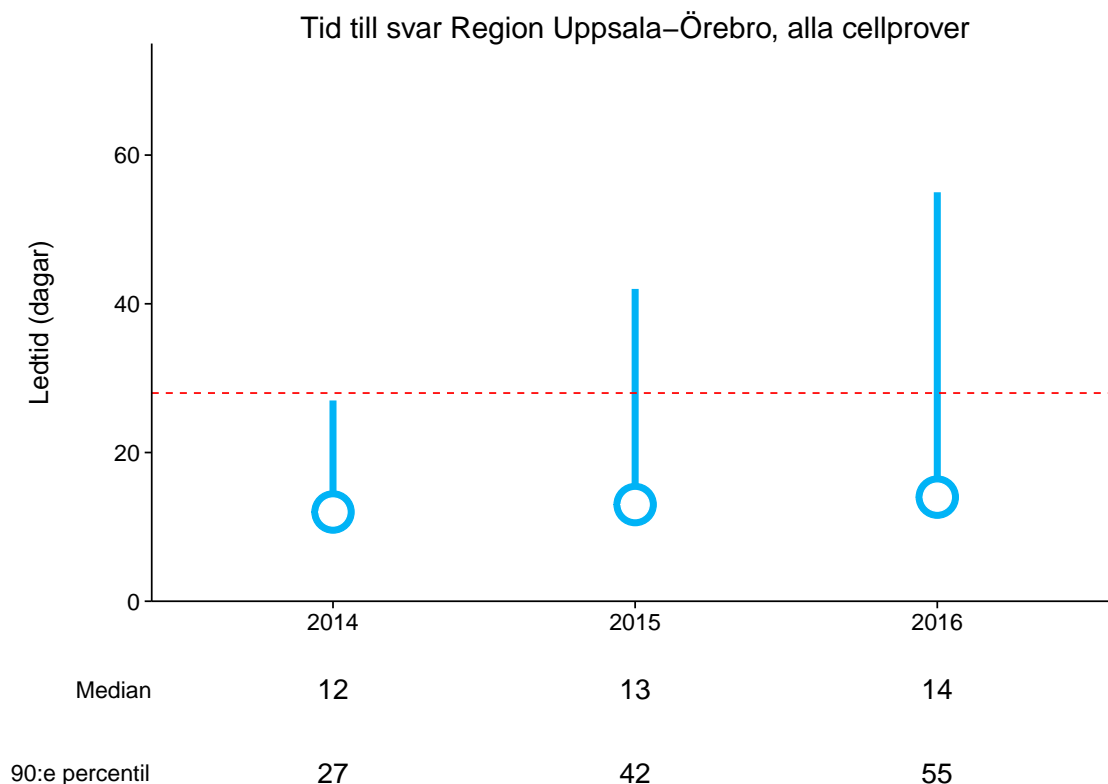


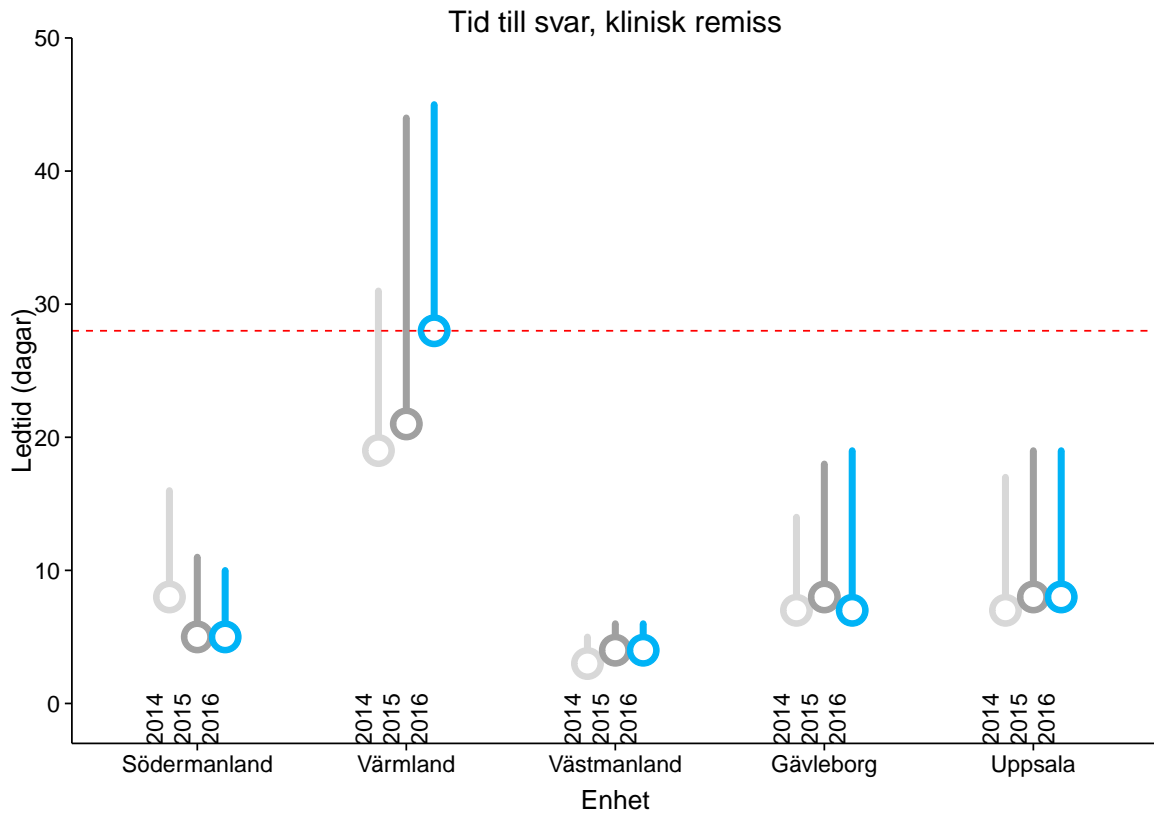
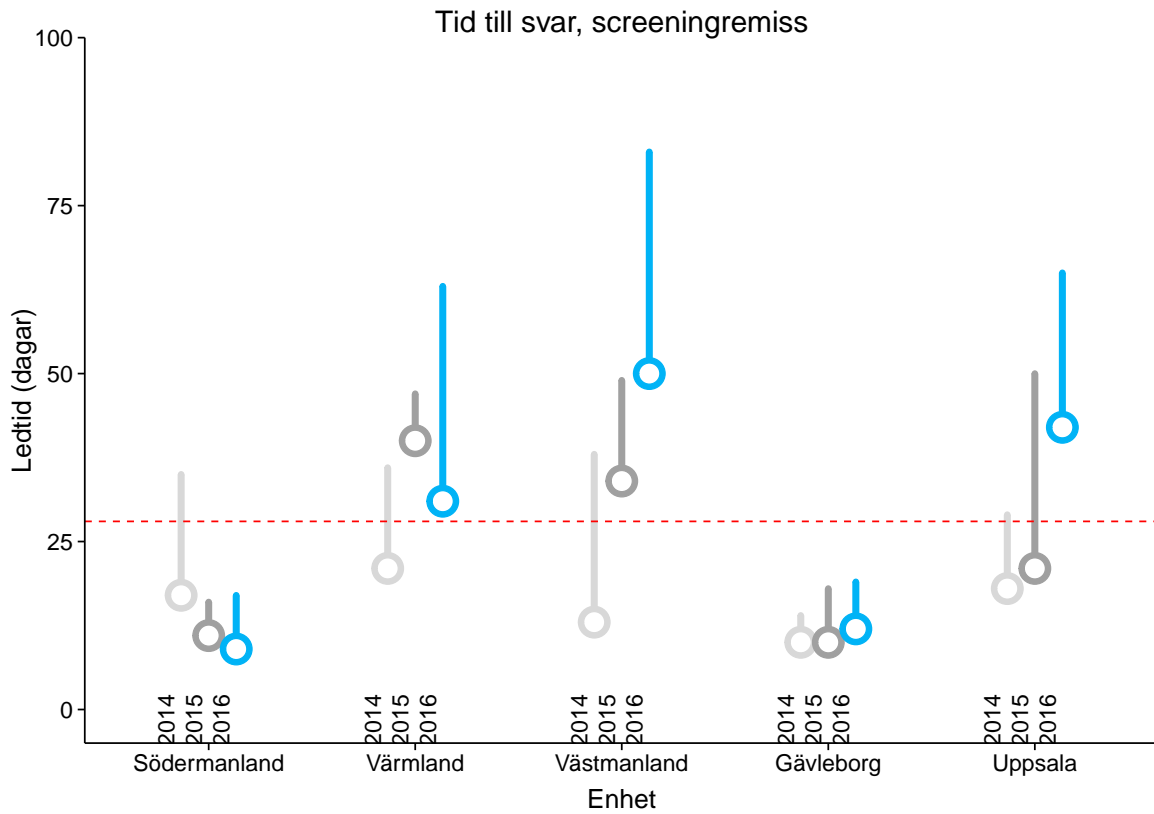
## 8 Tid till svar

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

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

**Kommentar:** Oroande ökning av svarstiden i Värmland, Västmanland, och Uppsala.







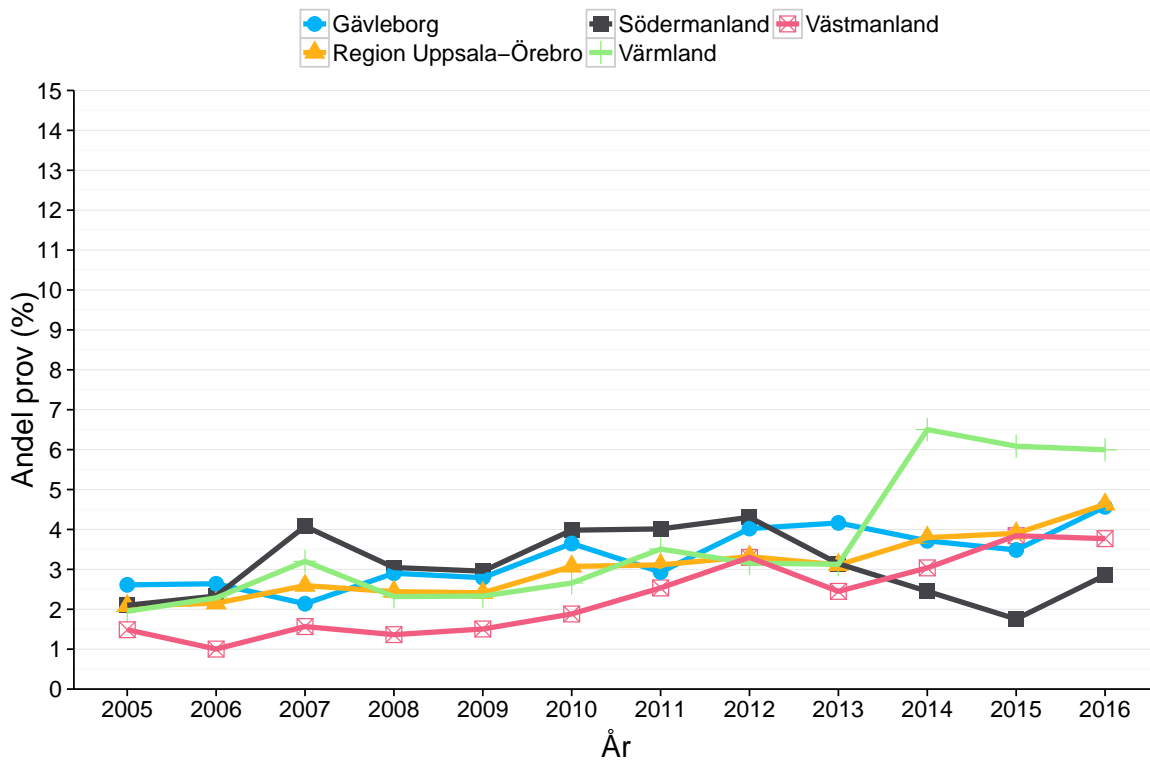
## 9 Andel icke-normala cellprover

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.

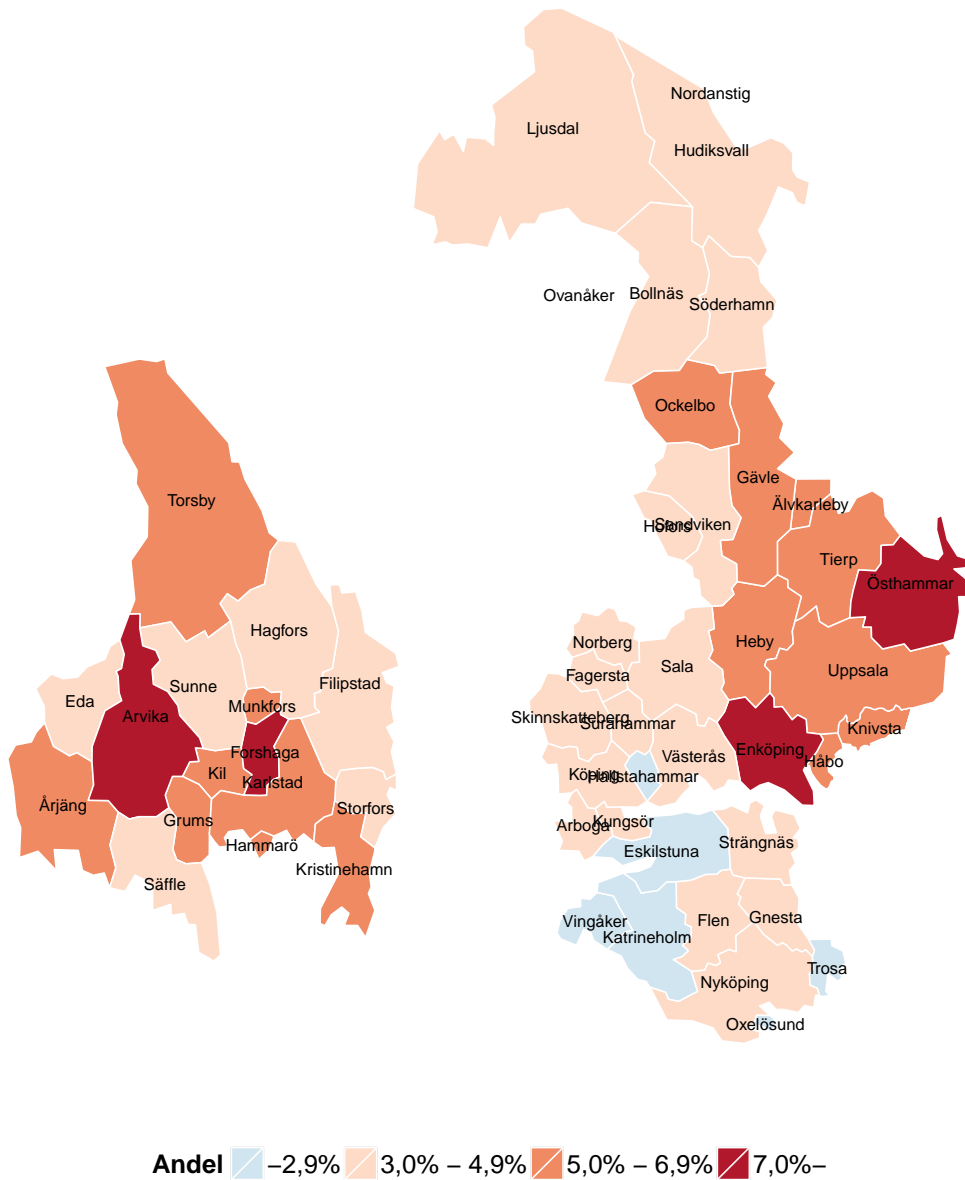
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess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

**Kommentar:** Ligger ganska stabilt utom en ökning i Värmland på senare år.

Icke-normala cellprover inom screening per landsting 2005–2016



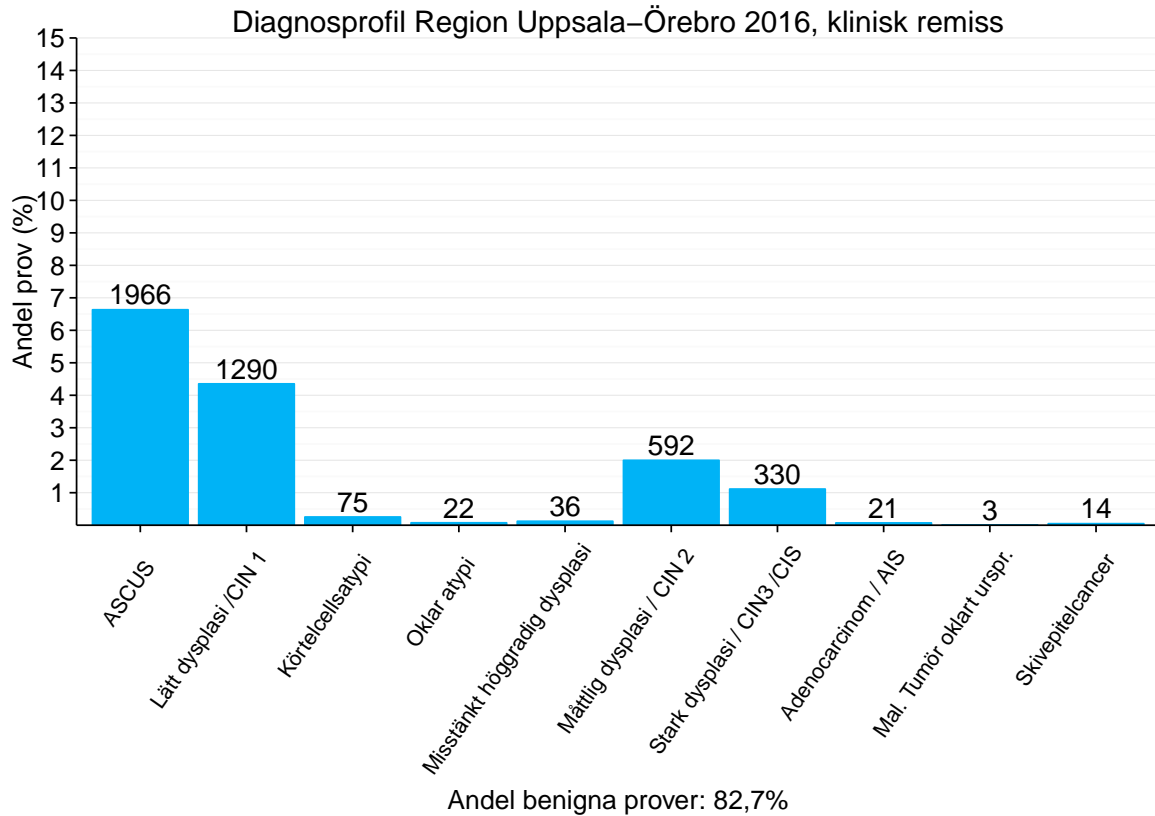
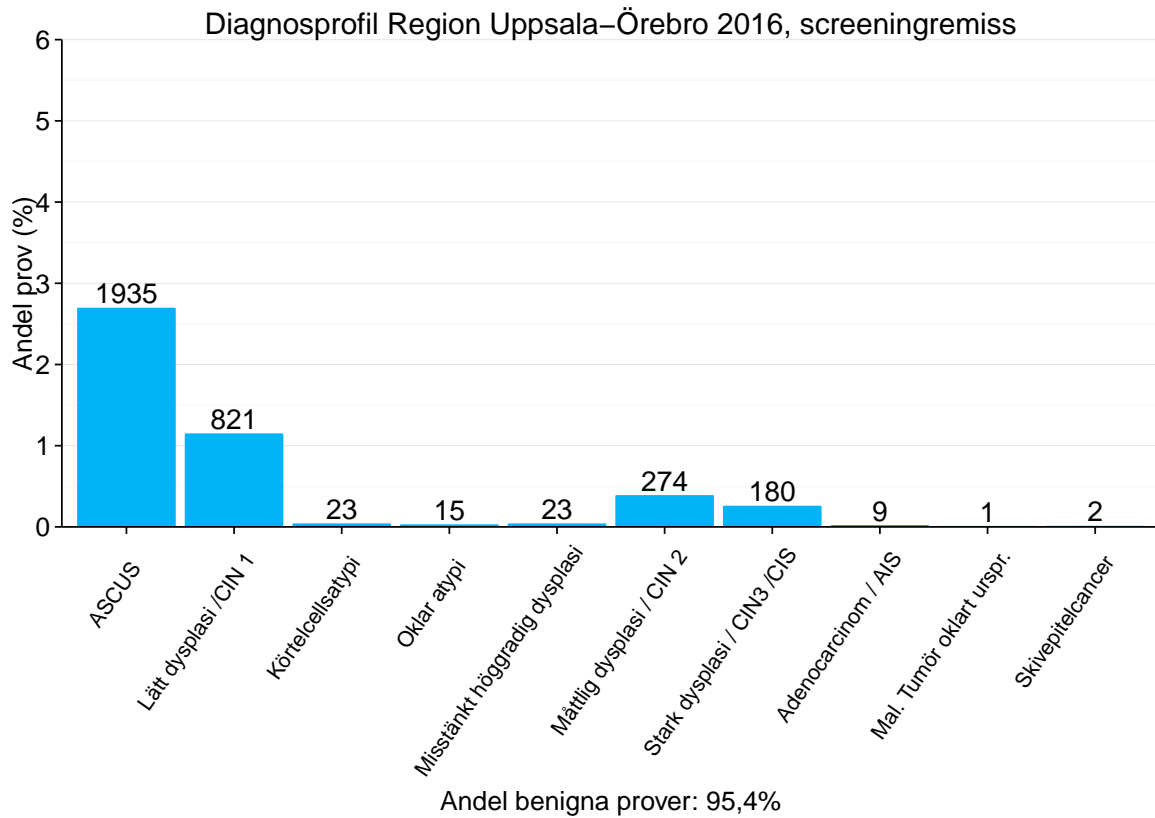
Andel icke-normala cellprover inom screening 2016

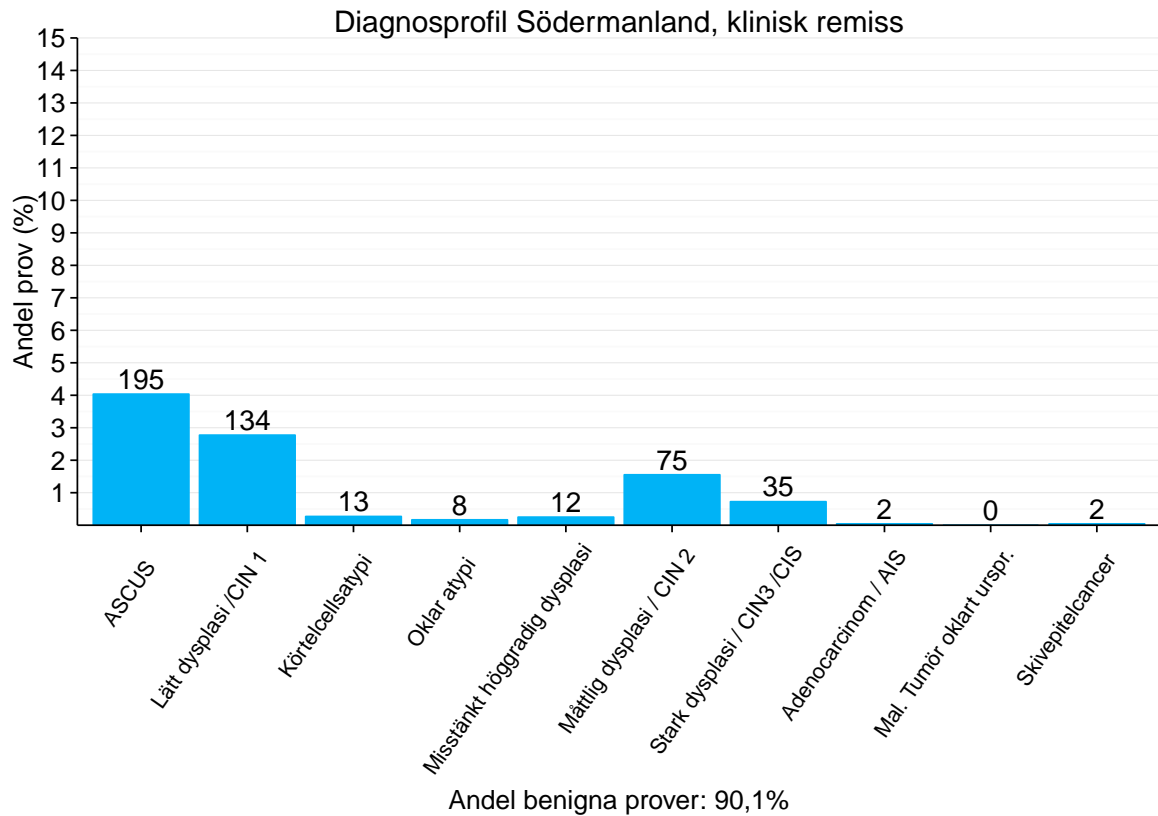
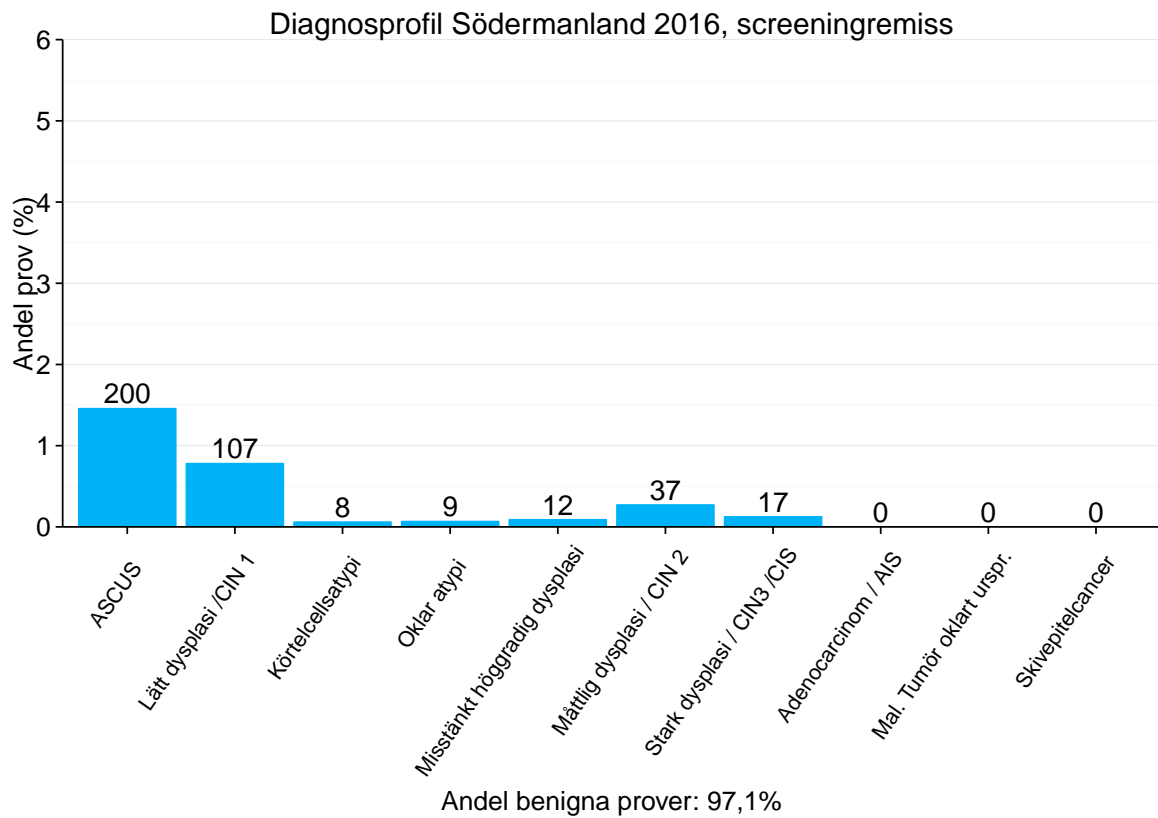


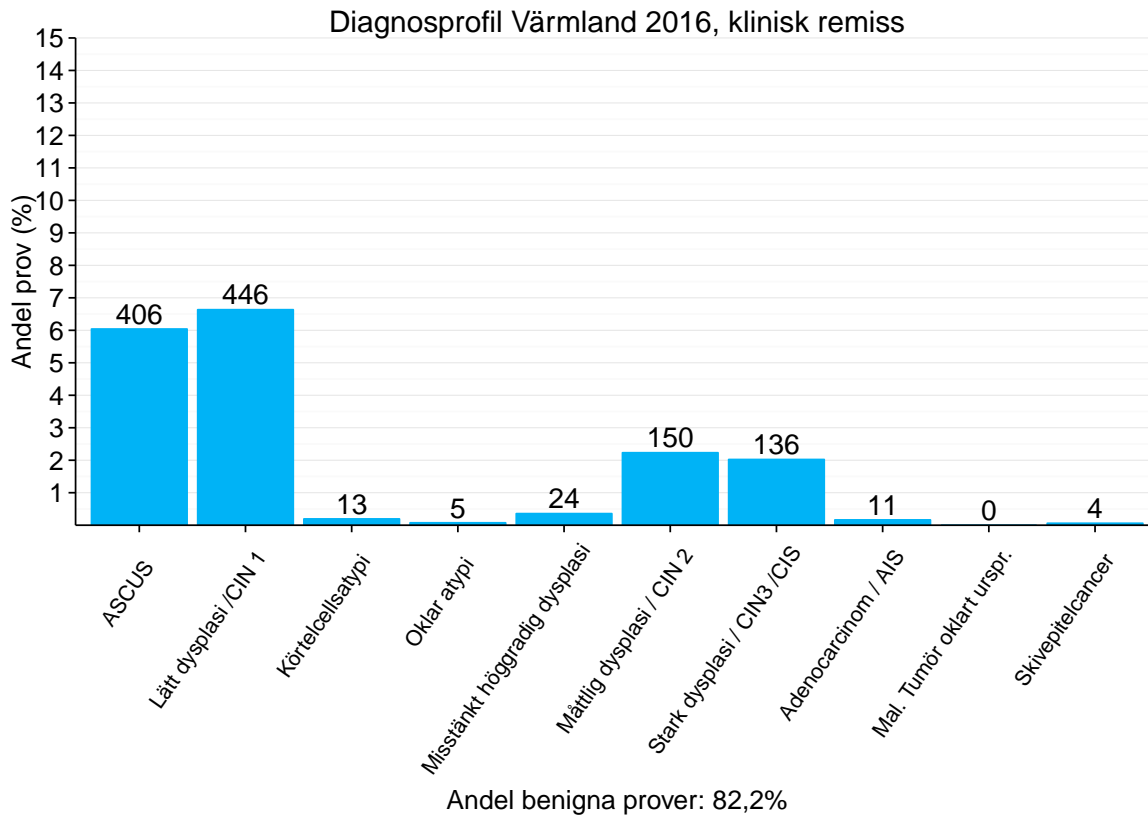
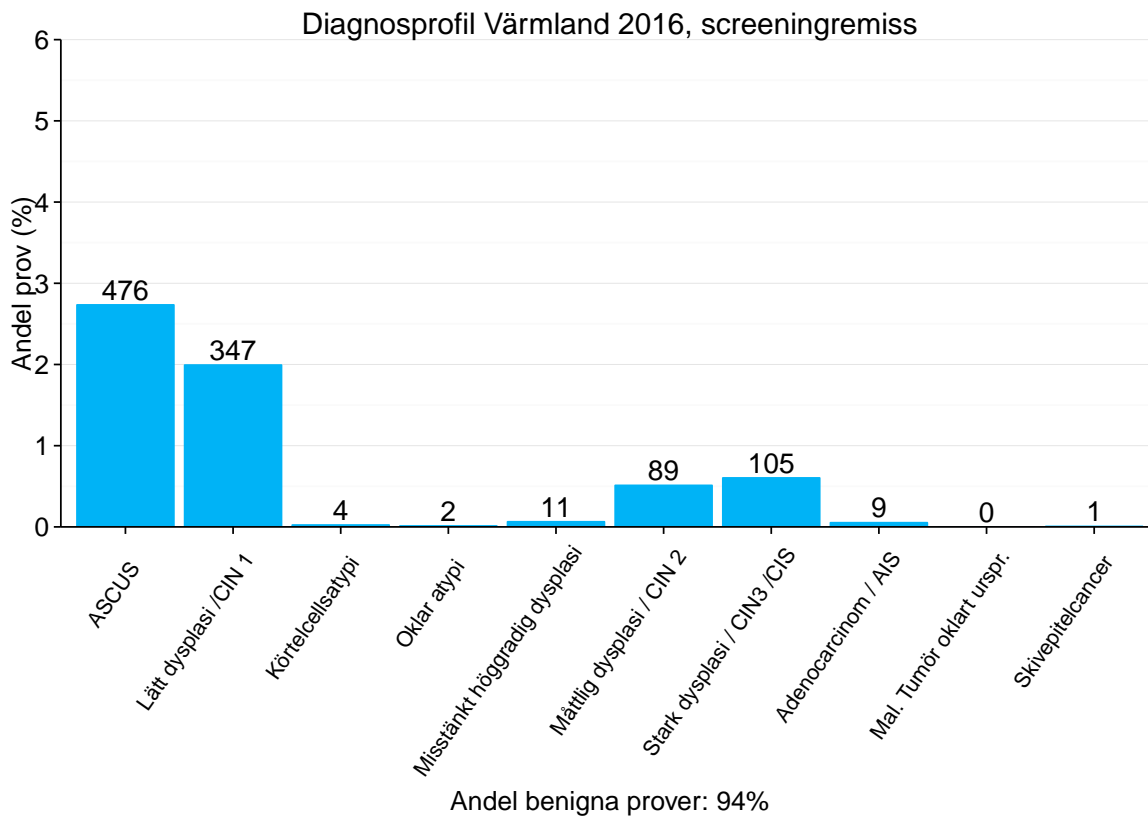
## 10 Diagnosprofil cytologi

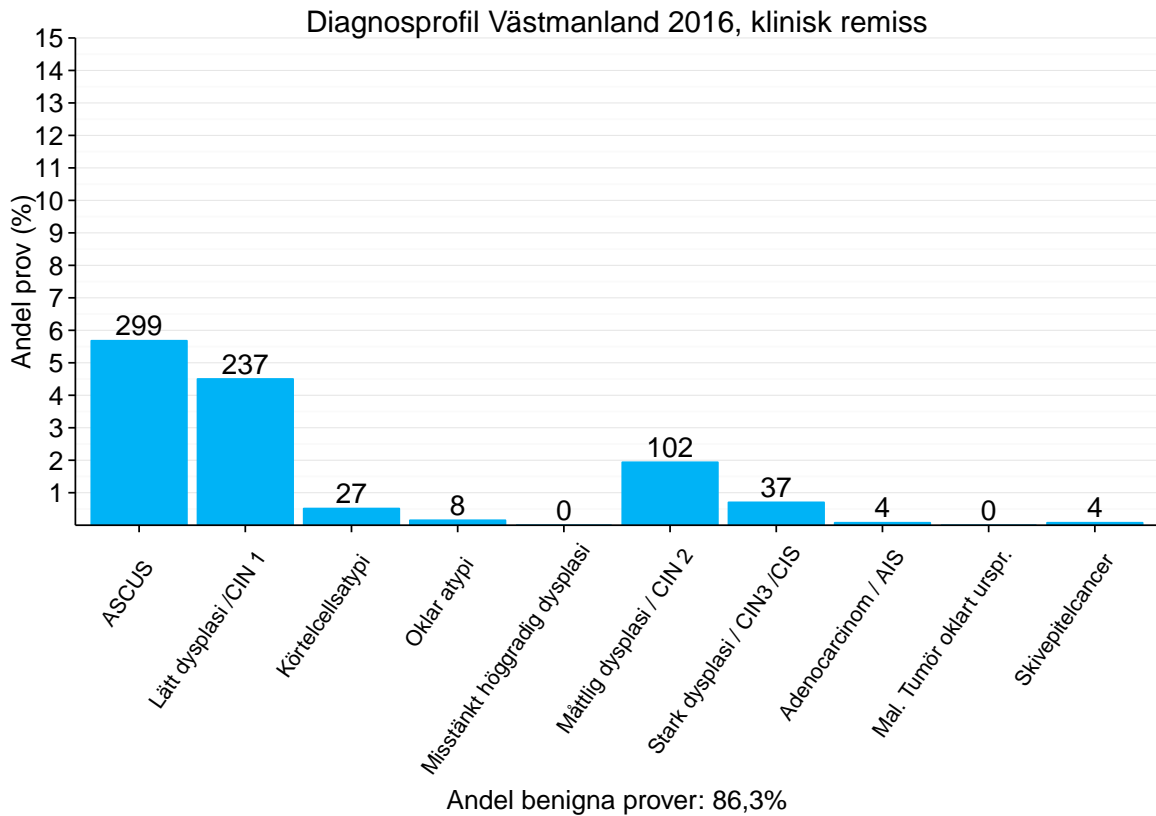
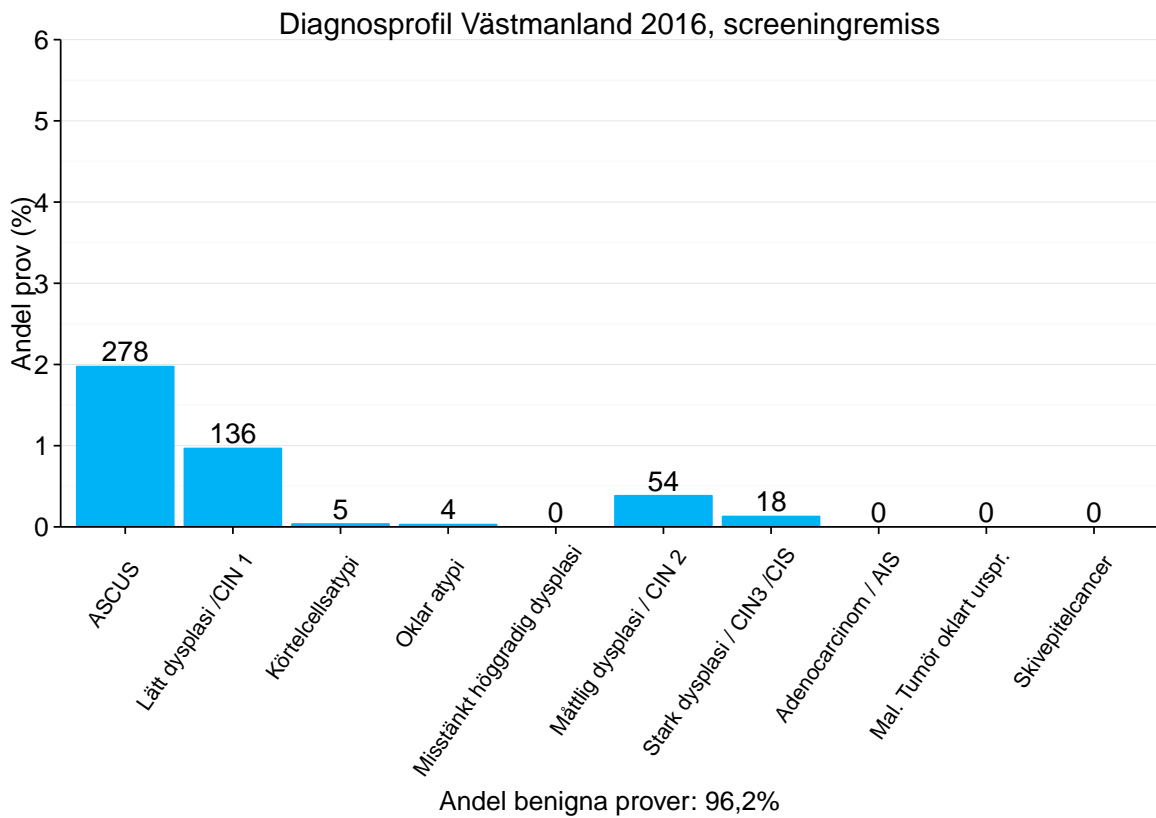
Fr.o.m. 2011 redovisas diagnosprofilerna uppdelat på prover tagna inom organiserad screening (GCK-remiss) och övriga prover (standardremiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den ”värsta” medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

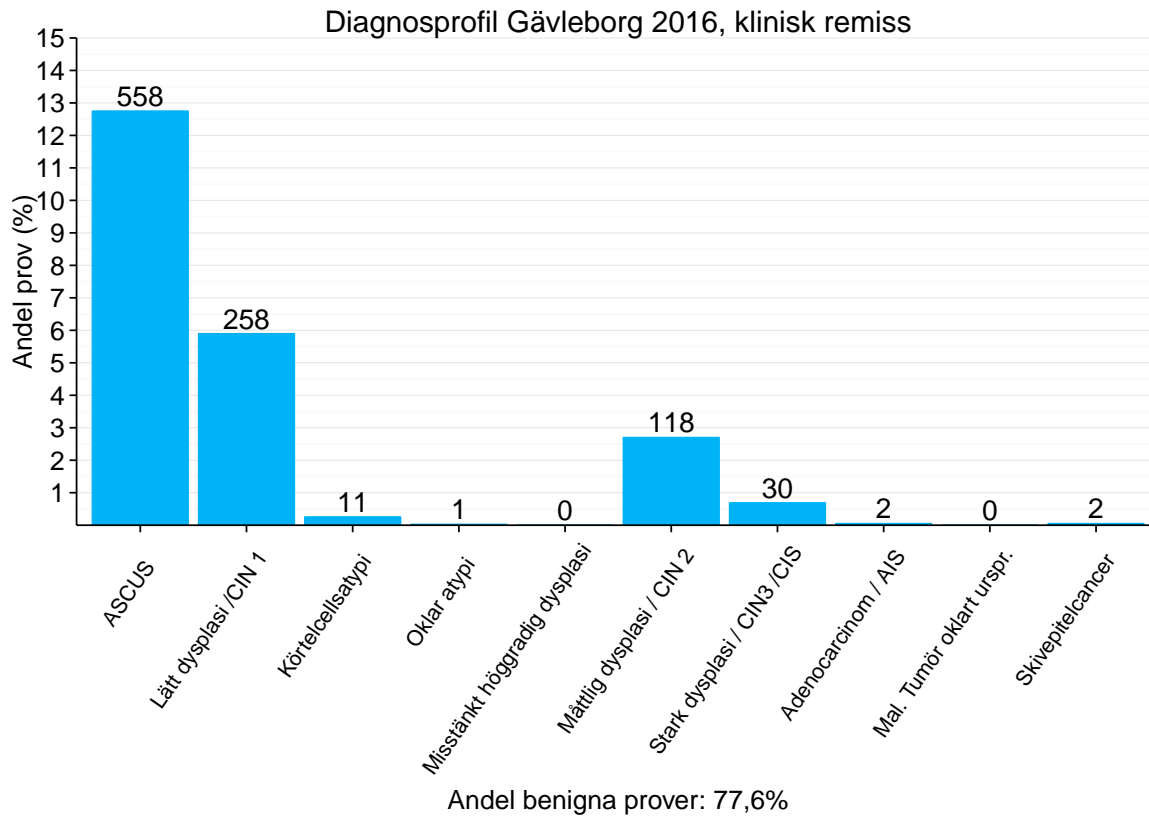
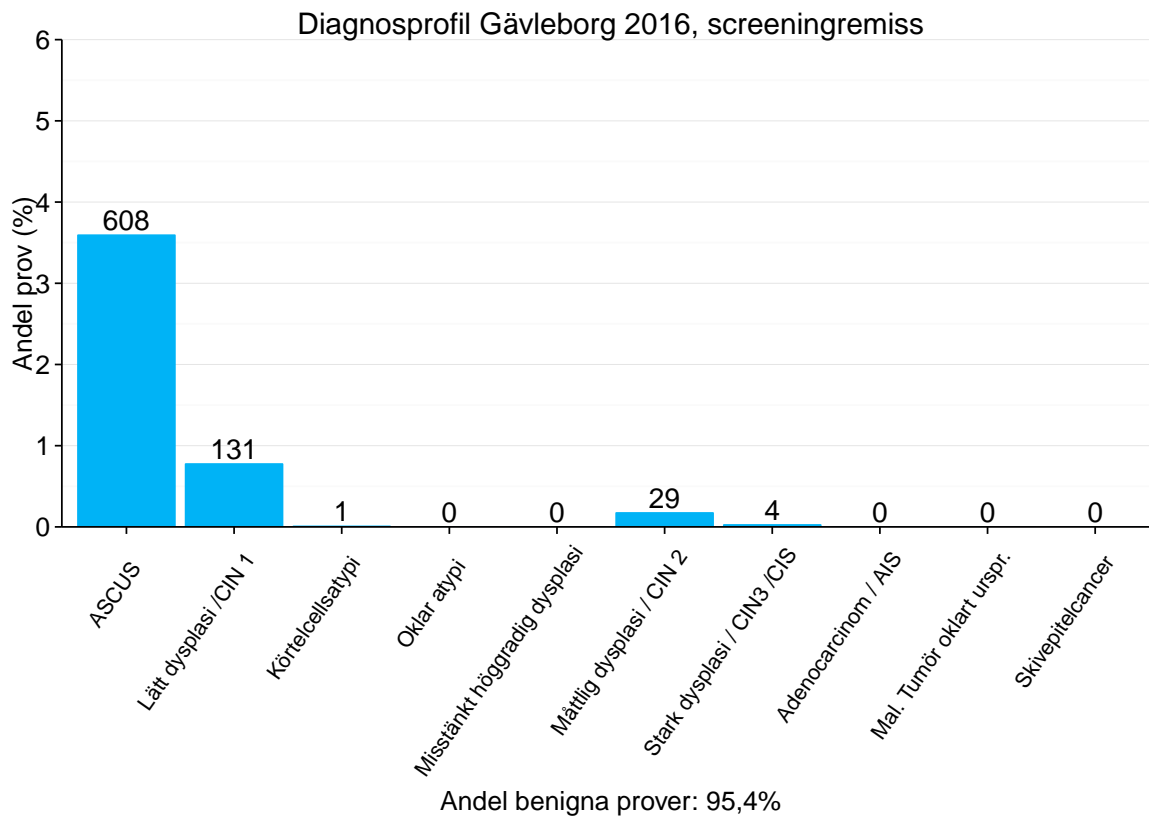
**Kommentar:** ASCUS/CIN1 dominerar och ganska låga tal för höggradig cytologi se vidare kommentar till kapitel 12.



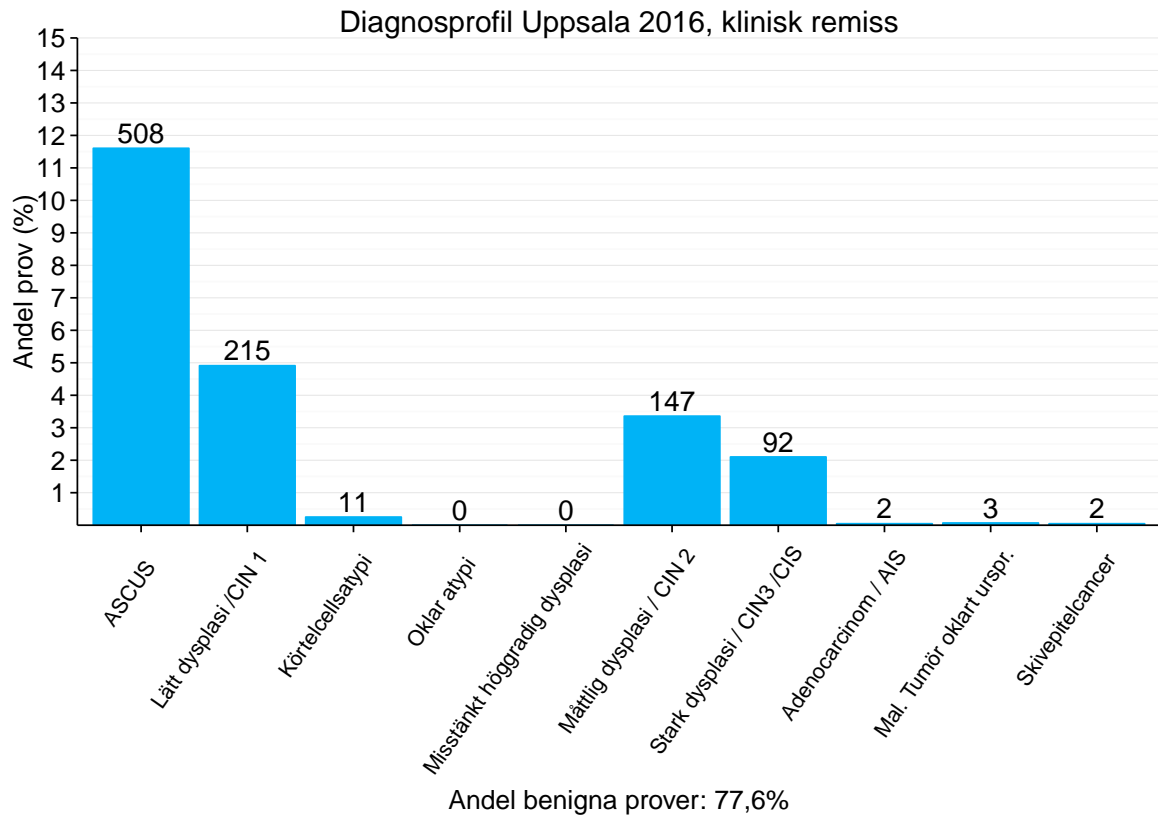
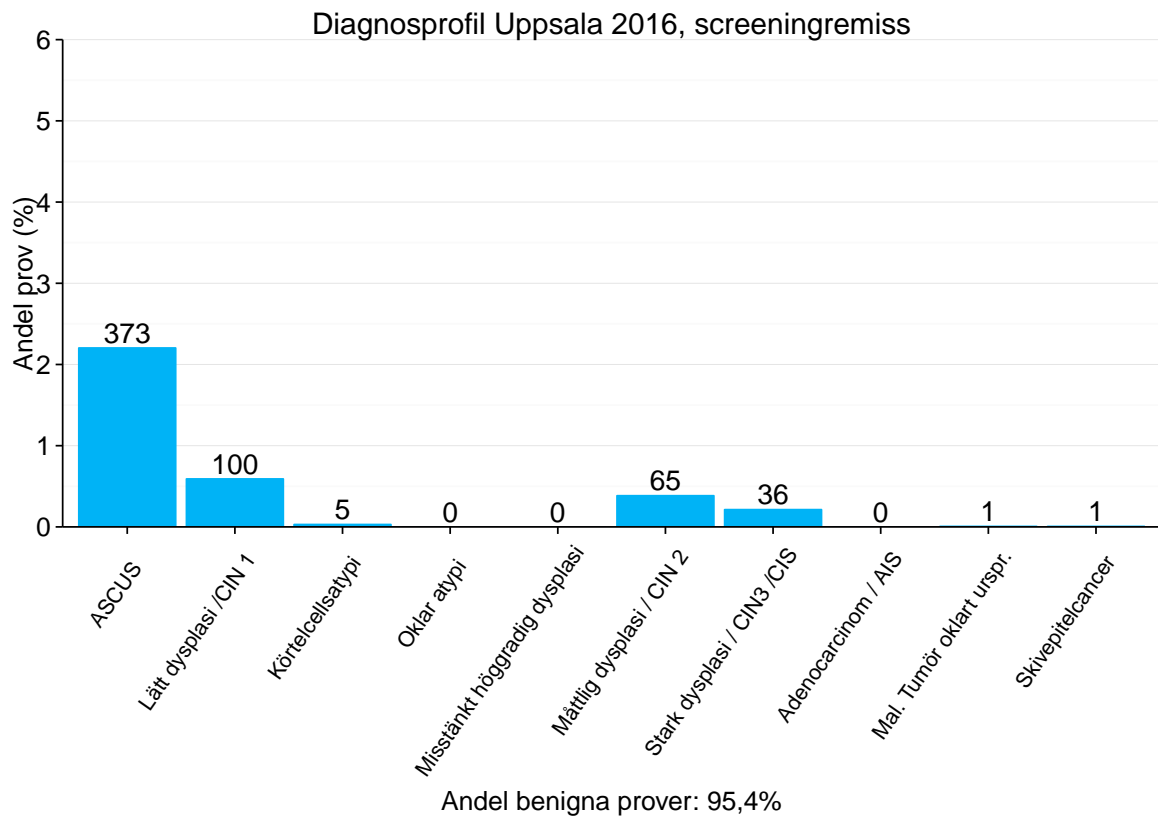












## 11 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

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:** Låggradig förändringar följs upp inom ett halvår i mer än 90%, men av de höggradig förändringar som ska utredas skyndsamt har bara 75% följts upp inom 3 månader.

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

Område	Andel prov
Gävleborg	95.7%
Värmland	95.5%
Västmanland	93.6%
Södermanland	89%
Uppsala	83.8%
Region Uppsala-Örebro	92.3%

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

Område	Andel prov
Södermanland	86.6%
Gävleborg	81.8%
Västmanland	80.9%
Uppsala	73.6%
Värmland	71.5%
Region Uppsala-Örebro	75.8%

## 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 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:** Som synes flaggar CIN2+ och övriga höggradiga förändringa i flertalet fall för en höggradig histologisk dysplasi och för cancer i mer än 5% av fallen. De ska därför handläggas noggrant och skyndsamt. Risken är betydligt lägre vid ASCUS/CIN1 men eftersom de är så många upptäcks hälften av all höggradig dysplasi och en stor del av alla screeningupptäckt cancer efter "lätta förändringar".

## Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: Region Uppsala-Örebro

## 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	2153	2,4%	788	0,9%	370	0,42%	11	0,013%	328	0,37%	84261	96%	87911	87911
ASCUS	513	17%	567	18%	596	19%	18	0,58%	104	3,4%	1299	42%	3097	3097
Lätt dysplasi/CIN 1	246	15%	421	25%	522	31%	9	0,54%	62	3,7%	401	24%	1661	1661
Körtelcellsatypi	30	38%	10	12%	16	20%	7	8,8%	1	1,2%	16	20%	80	80
Oklar atypi	10	20%	4	7,8%	19	37%	4	7,8%	10	20%	4	7,8%	51	51
Misstänkt höggradig dysplasi	3	6,2%	8	17%	32	67%	2	4,2%	2	4,2%	1	2,1%	48	48
Måttlig dysplasi/CIN 2	44	6,5%	71	10%	506	75%	17	2,5%	17	2,5%	22	3,2%	677	677
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	7	1,5%	17	3,7%	400	87%	29	6,3%	2	0,43%	6	1,3%	461	461
Adenocarcinom/AIS	3	10%	1	3,4%	8	28%	12	41%	–	–	5	17%	29	29
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	1	33%	1	33%	1	33%	–	–	–	–	3	3
Skivepitelcancer	1	8,3%	–	–	5	42%	5	42%	–	–	1	8,3%	12	12
Totalt	3010	3,2%	1888	2%	2475	2,6%	115	0,12%	526	0,56%	86016	91%	94030	94030

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

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	329	1,8%	120	0,66%	33	0,18%	1	0,0055%	164	0,91%	17411	96%	18058	18058
ASCUS	66	23%	88	31%	47	16%	–	–	21	7,4%	63	22%	285	285
Lätt dysplasi/CIN 1	45	27%	51	31%	34	20%	–	–	13	7,8%	24	14%	167	167
Körtelcellsatypi	2	18%	2	18%	3	27%	–	–	1	9,1%	3	27%	11	11
Oklar atypi	4	15%	3	11%	16	59%	–	–	3	11%	1	3,7%	27	27
Misstänkt höggradig dysplasi	1	6,7%	1	6,7%	12	80%	1	6,7%	–	–	–	–	15	15
Måttlig dysplasi/CIN 2	3	3%	10	10%	74	75%	1	1%	6	6,1%	5	5,1%	99	99
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	1	2%	48	94%	1	2%	–	–	1	2%	51	51
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	50%	–	–	–	–	1	50%	2	2
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	1	100%	–	–	–	–	1	1
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
<b>Totalt</b>	<b>450</b>	<b>2,4%</b>	<b>276</b>	<b>1,5%</b>	<b>268</b>	<b>1,4%</b>	<b>5</b>	<b>0,027%</b>	<b>208</b>	<b>1,1%</b>	<b>17509</b>	<b>94%</b>	<b>18716</b>	<b>18716</b>

## Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: Värmland

## 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	490	2,5%	200	1%	73	0,37%	1	0,0051%	37	0,19%	18856	96%	19657	19657
ASCUS	82	9,7%	195	23%	149	18%	3	0,35%	13	1,5%	404	48%	846	846
Lätt dysplasi/CIN 1	58	11%	183	33%	140	25%	3	0,54%	5	0,91%	162	29%	551	551
Körtelcellsatypi	10	43%	3	13%	5	22%	2	8,7%	–	–	3	13%	23	23
Oklar atypi	–	–	1	20%	1	20%	1	20%	1	20%	1	20%	5	5
Misstänkt höggradig dysplasi	2	6,1%	7	21%	20	61%	1	3%	2	6,1%	1	3%	33	33
Måttlig dysplasi/CIN 2	8	5%	25	16%	118	74%	–	–	4	2,5%	4	2,5%	159	159
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	3	1,3%	7	2,9%	210	88%	16	6,7%	1	0,42%	2	0,84%	239	239
Adenocarcinom/AIS	3	14%	1	4,5%	7	32%	9	41%	–	–	2	9,1%	22	22
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	1	33%	2	67%	–	–	–	–	3	3
Totalt	656	3%	622	2,9%	724	3,4%	38	0,18%	63	0,29%	19435	90%	21538	21538

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

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	424	2,6%	25	0,15%	23	0,14%	1	0,0062%	43	0,27%	15676	97%	16192	16192
ASCUS	147	32%	60	13%	74	16%	1	0,22%	35	7,5%	147	32%	464	464
Lätt dysplasi/CIN 1	88	25%	82	23%	77	22%	1	0,29%	35	10%	67	19%	350	350
Körtelcellsatypi	12	55%	1	4,5%	4	18%	2	9,1%	–	–	3	14%	22	22
Oklar atypi	6	35%	–	–	1	5,9%	2	12%	6	35%	2	12%	17	17
Misstänkt höggradig dysplasi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Måttlig dysplasi/CIN 2	17	10%	12	7,2%	129	77%	–	–	5	3%	4	2,4%	167	167
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	1	2,3%	2	4,7%	38	88%	–	–	1	2,3%	1	2,3%	43	43
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	33%	–	–	2	67%	3	3
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	3	60%	2	40%	–	–	–	–	5	5
<b>Totalt</b>	<b>695</b>	<b>4%</b>	<b>182</b>	<b>1,1%</b>	<b>349</b>	<b>2%</b>	<b>10</b>	<b>0,058%</b>	<b>125</b>	<b>0,72%</b>	<b>15902</b>	<b>92%</b>	<b>17263</b>	<b>17263</b>

## Histopatologisk utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi från 2015: Gävleborg

## 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	451	2,4%	77	0,41%	51	0,27%	4	0,021%	42	0,22%	18154	97%	18779	18779
ASCUS	160	17%	94	10%	161	17%	10	1,1%	31	3,3%	472	51%	928	928
Lätt dysplasi/CIN 1	43	13%	46	14%	126	39%	2	0,63%	5	1,6%	97	30%	319	319
Körtelcellsatypi	2	29%	–	–	1	14%	1	14%	–	–	3	43%	7	7
Oklar atypi	–	–	–	–	1	50%	1	50%	–	–	–	–	2	2
Misstänkt höggradig dysplasi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Måttlig dysplasi/CIN 2	11	8,6%	15	12%	92	72%	5	3,9%	1	0,78%	4	3,1%	128	128
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	–	–	12	100%	–	–	–	–	–	–	12	12
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	2	100%	–	–	–	–	2	2
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	667	3,3%	232	1,1%	444	2,2%	25	0,12%	79	0,39%	18730	93%	20177	20177







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

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	459	3%	366	2,4%	190	1,2%	4	0,026%	42	0,28%	14164	93%	15225	15225
ASCUS	58	10%	130	23%	165	29%	4	0,7%	4	0,7%	213	37%	574	574
Lätt dysplasi/CIN 1	12	4,4%	59	22%	145	53%	3	1,1%	4	1,5%	51	19%	274	274
Körtelcellsatypi	4	24%	4	24%	3	18%	2	12%	–	–	4	24%	17	17
Oklar atypi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Misstänkt höggradig dysplasi	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Måttlig dysplasi/CIN 2	5	4%	9	7,3%	93	75%	11	8,9%	1	0,81%	5	4%	124	124
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	3	2,6%	7	6%	92	79%	12	10%	–	–	2	1,7%	116	116
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	1	50%	1	50%	–	–	–	–	–	–	2	2
Skivepitelcancer	1	25%	–	–	1	25%	1	25%	–	–	1	25%	4	4
<b>Totalt</b>	<b>542</b>	<b>3,3%</b>	<b>576</b>	<b>3,5%</b>	<b>690</b>	<b>4,2%</b>	<b>37</b>	<b>0,23%</b>	<b>51</b>	<b>0,31%</b>	<b>14440</b>	<b>88%</b>	<b>16336</b>	<b>16336</b>

## 13 PAD-utfall av behandling

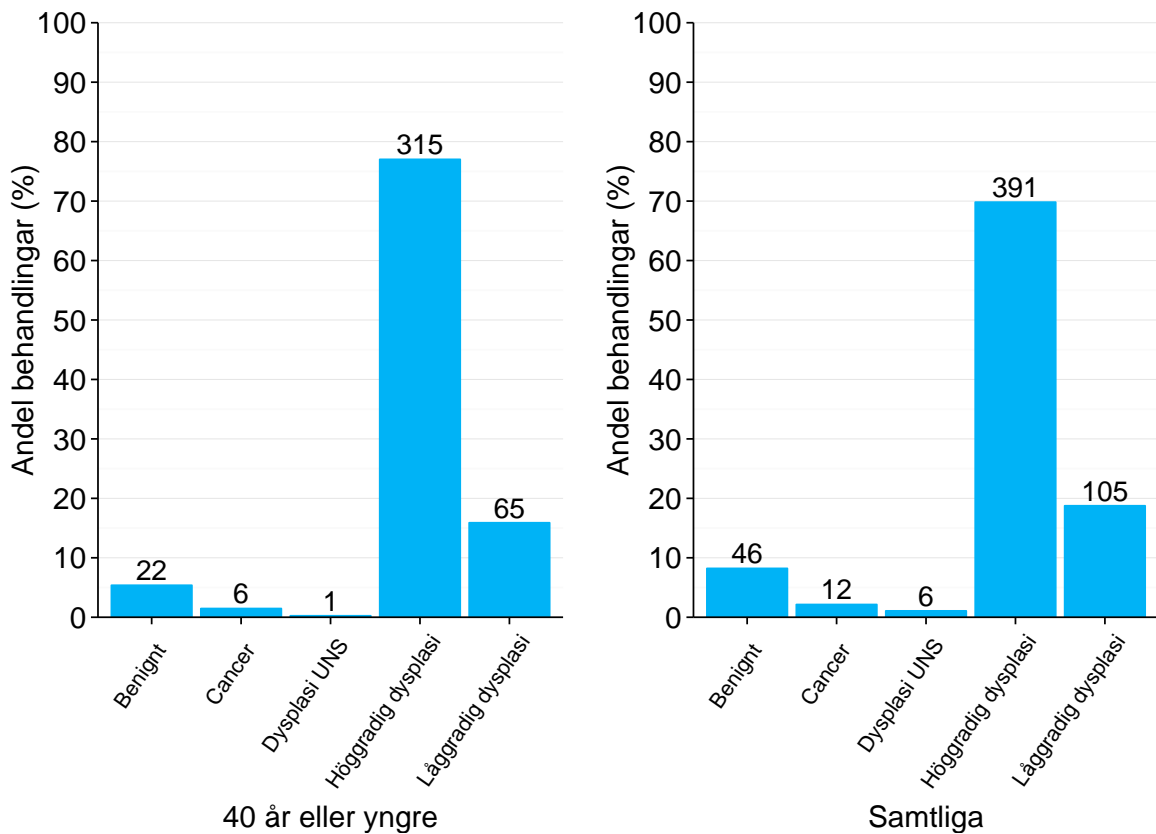
I stort sett alla behandlingar av cervixdysplasi 2014 gjordes med resektion och genererade därmed ett preparat för PAD. Utfallet av sådana behandlingar under år 2014 redovisas här. I enlighet med C-ARG:s riktlinjer särredovisas fr.o.m. 2011 uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. Regionens vårdprogram 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.

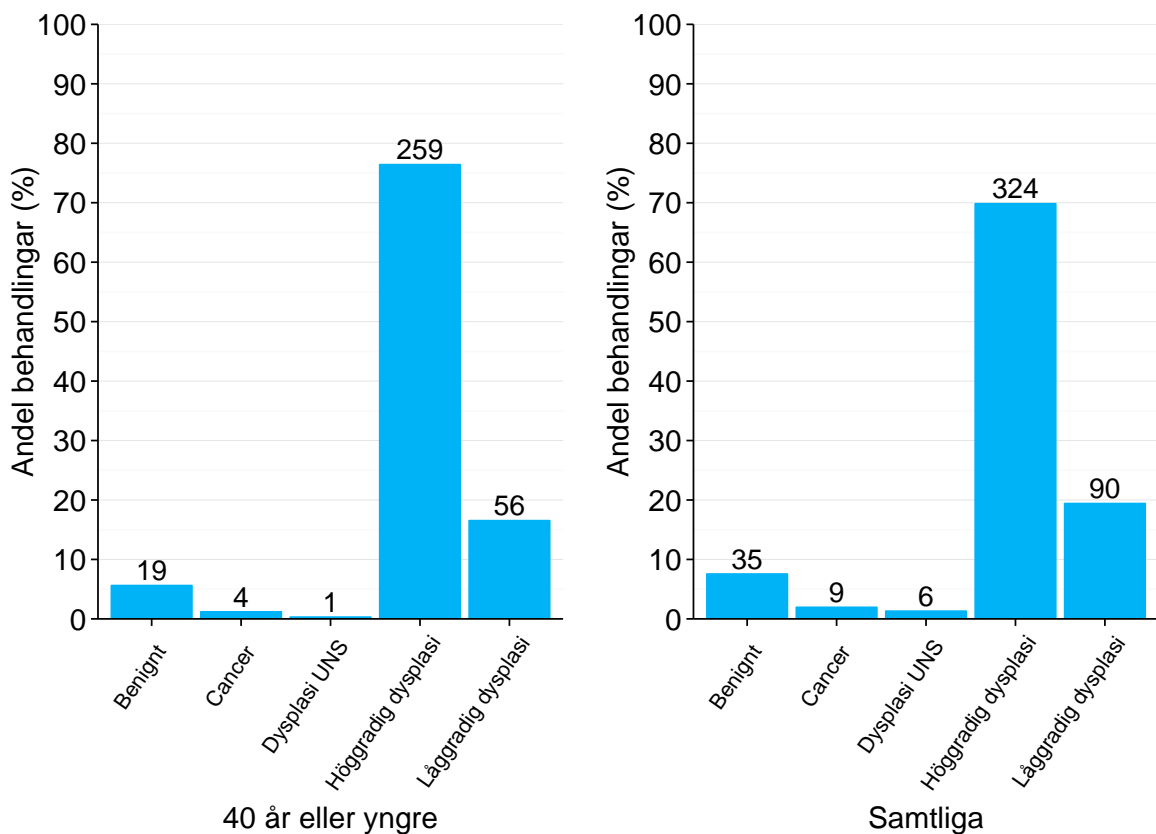
Vårdprogrammet har högst 15% benigna resektat som riktmärke vilket också är nationell standard. Motsvarande för kvinnor under 40 års ålder är 10%. Nationella standards har också fastställts för andelen CIN2+ i PAD som för kvinnor under 40 år ska vara  $\geq 75\%$ .

**Kommentar:** Med något undantag är det glädjande låg andel av benigna resektion preparat.

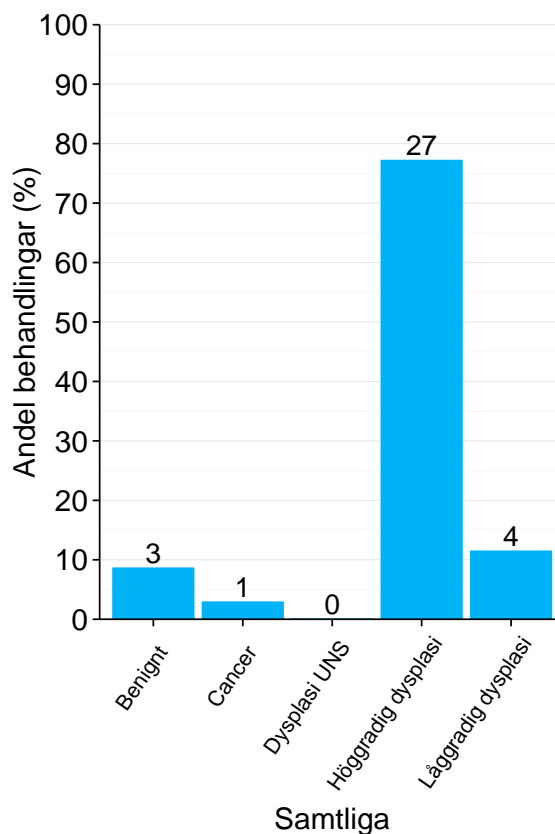
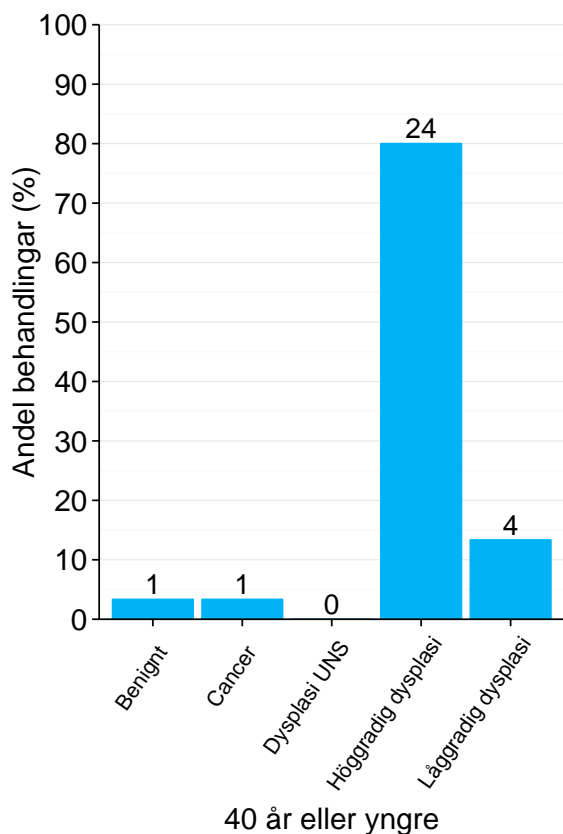
PAD-utfall av resektionsbehandling, Region Uppsala-Örebro, 2016



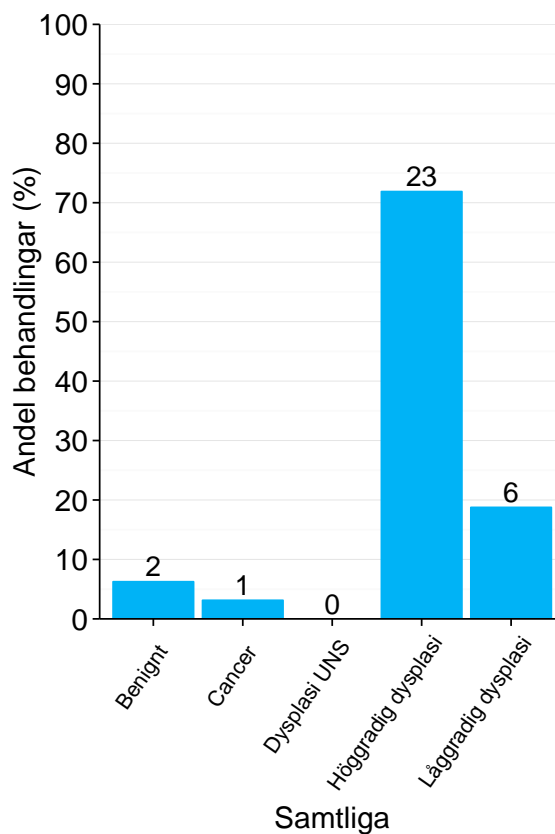
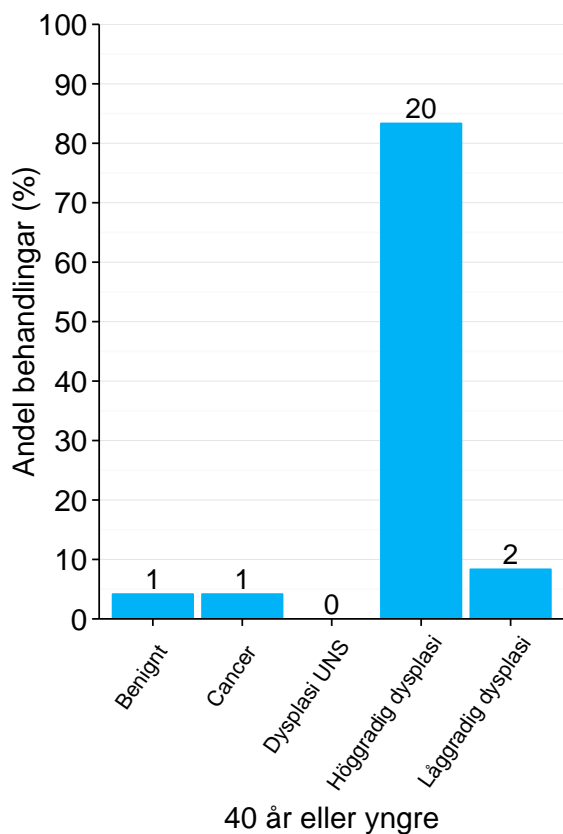
PAD-utfall av resektionsbehandling, Värmland, 2016

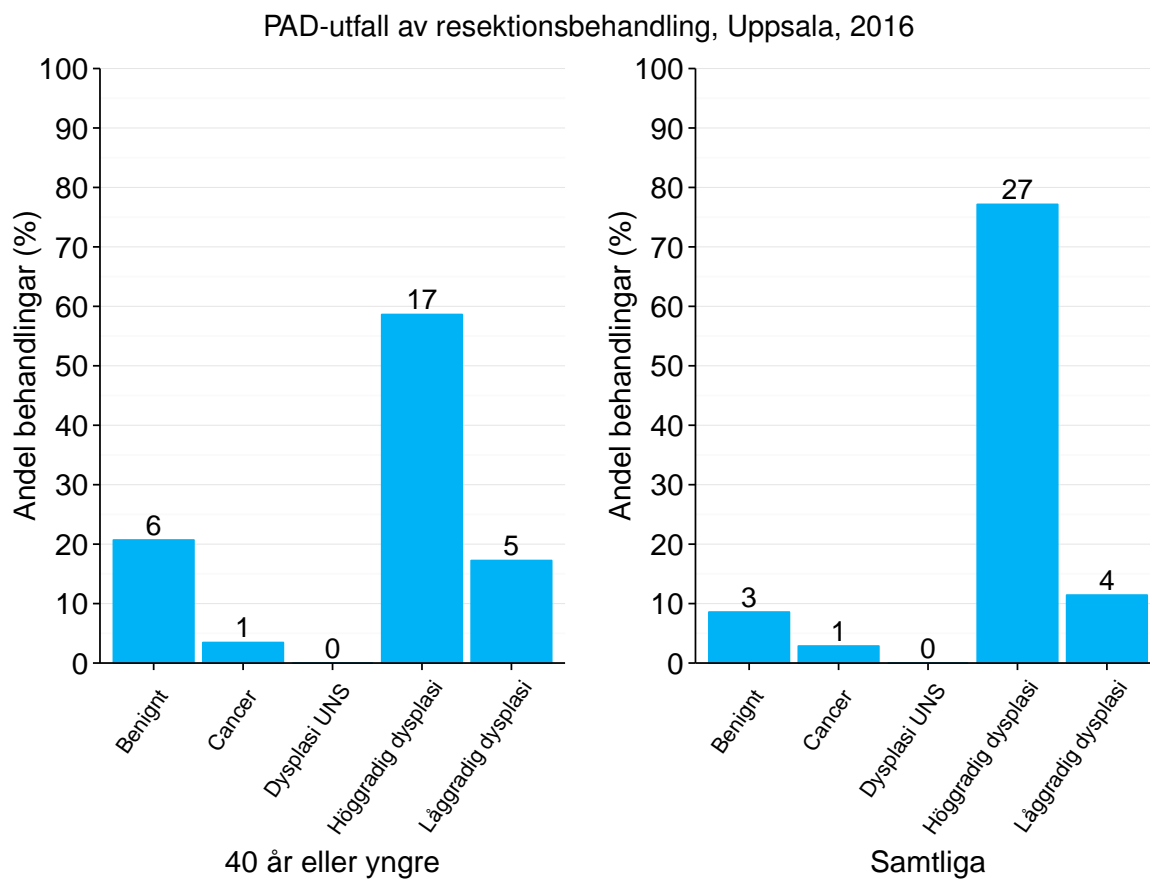


PAD-utfall av resektionsbehandling, Västmanland, 2016



PAD-utfall av resektionsbehandling, Gävleborg, 2016





## PAD-utfall av resektionsbehandling per behandlande enhet 2016

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt Antal
	Benigt		CIN2+		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Gyn Torsby	3	18%	11	65%	3	18%	17
GynekologiskaSpecMott AS	5	19%	16	62%	5	19%	26
Gynmottagningen Köping	–	–	3	75%	1	25%	4
GynOp AS	1	33%	2	67%	–	–	3
Kvinnokliniken Hudiksvall	2	6%	24	75%	6	19%	32
Kvinnokliniken Karlstad	32	7%	322	72%	93	21%	447
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	3	10%	25	81%	3	10%	31
Totalt	46	8%	403	72%	111	20%	560

## 14 Konhöjd och antal ingrepp per operatör

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

Vårdprogrammet liksom de nationella riktlinjerna föreskriver att de gynekologer som behandlar dysplasi ska utföra minst 25 ingrepp per år. Efterföljande tabell visar andelen operatörer på respektive enhet som når upp till denna volym. Den visar också den ur patientperspektiv viktigare uppgiften – hur stor andel av alla behandlingar görs av läkare med denna erfarenhet. Läkare som flyttar mellan enheter i Västra Sverige under kalenderåret ”bär med sig” sin behandlingserfarenhet, medan enstaka erfarna läkare som byter till annan verksamhet, arbetat utanför västra Sverige eller varit långledig under stor del av kalenderåret inte kommer upp i 25 behandlingar av detta skäl. Till skillnad från tidigare räknas operatörer vid hysterektomi nu inte in i de kvantitativa målen.

**Kommentar:** Bara ett fåtal mottagningar har redovisat detta viktiga mått för 2016. Hoppas på bättring till 2017.

## 14 KONHÖJD OCH ANTAL INGREPP PER OPERATÖR

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Res	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Gyn Torsby	17	0	0	0	17	17	100%	10	4	18
GynekologiskaSpecMott AS	27	0	0	0	27	26	96%	13	5	19
Gynmottagningen Köping	5	0	0	0	5	5	100%	7	1	8
GynOp AS	3	0	0	1	4	4	133%	12	10	15
Kvinnokliniken Hudiksvall	32	0	0	0	32	26	81%	10	5	20
Kvinnokliniken Karlstad	451	3	5	4	463	393	87%	8	2	32
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	33	0	1	0	34	31	94%	10	5	22
Alla enheter	568	3	6	5	582	502	88%	8	1	32

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



## Erfarenhet operatörer

Enhet	Operatörer med minst 25 ingrepp		
	Antal operatörer	Andel operatörer	Andel behandlingar
Gyn Torsby	7	0%	0%
GynekologiskaSpecMott AS	5	0%	0%
Gynmottagningen Köping	1	0%	0%
GynOp AS	2	0%	0%
Kvinnokliniken Hudiksvall	7	0%	0%
Kvinnokliniken Karlstad	20	25%	76%
Kvinnoklinikens mottagning Västerås	6	0%	0%
Alla enheter	47	11%	60%

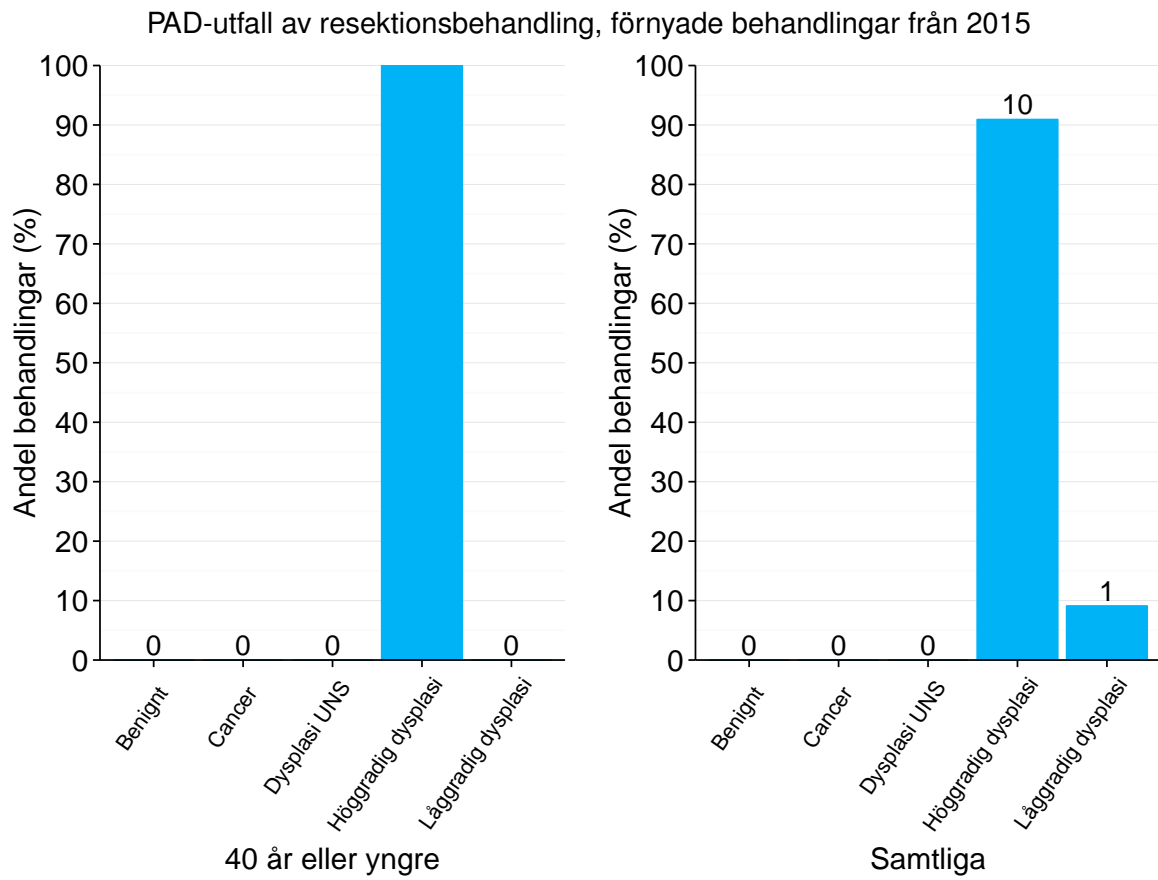
## 15 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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:** Endast redovisat från Värmland.

Andel rekoniseringar 2015: 4,21%



## Förnyade behandlingar från 2015 per ursprungsenhet

	Antal behandlingar	Ombehandlade Antal	Ombehandlade Andel
Enhet			
Kvinnokliniken Karlstad	261	11	4%
Alla enheter	261	11	4%



