

Sammanställning av Kvalitetsdata 2016

Gällande Cervixcancerprevention i Västra
Sjukvårdsregionen

Juni 2017

NATIONELLA KVALITETSREGISTRET FÖR
CERVIXCANCERPREVENTION/PROCESS("CYTBURKEN")



Beställningsadress

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

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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

Innehållsförteckning

1 Inledning	1
2 Invitationsstatus	2
3 Täckningsgrad	5
4 Deltagande efter inbjudan	15
5 Antal cellprover	19
6 Endocervikala celler saknas	23
7 Indikationsprofil cytologprov	25
8 Åldersfördelning cellprov	29
9 Tid till svar	30
10 Andel icke-normala cellprover	32
11 Diagnosprofil cytologi	34
12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid	42
13 Utfall av cytologi	44
14 PAD-utfall av behandling	51
15 Konhöjd och antal ingrepp per operatör	54
16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")	57

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 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, Anne Ekeryd-Andalen regional processägare vid RCC 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.

2017-06-13

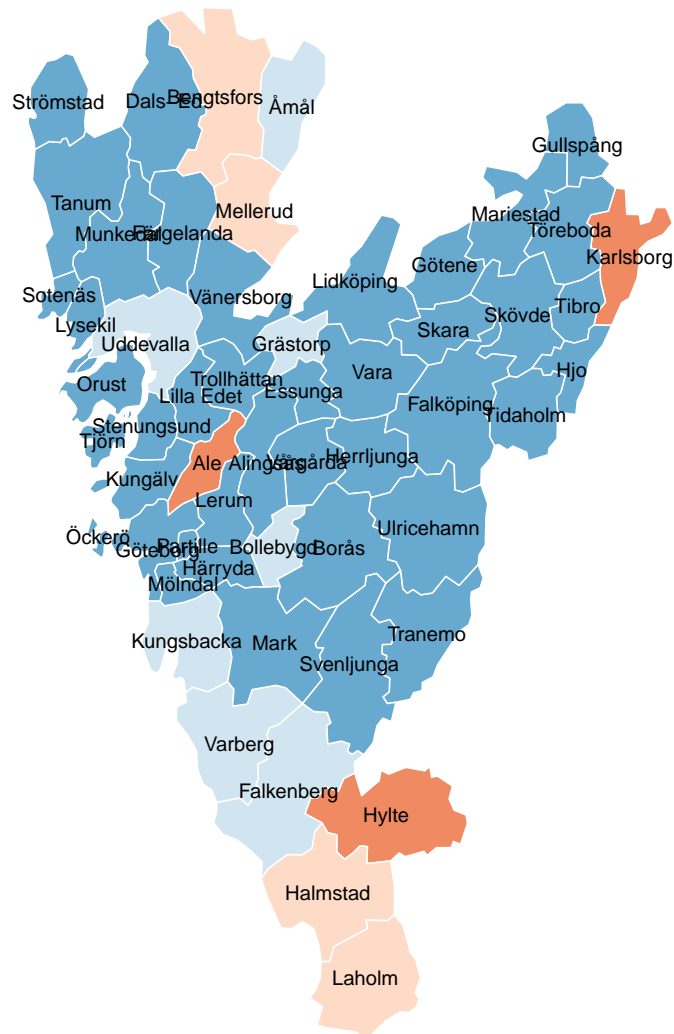
Björn Strander Anne Ekeryd-Andalen Chenyang Zhang Emil Selmeryd Madeleine Book Mia Westlund
Ulrika Hermansson

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. Mätningen sker vid ett viss datum. Från befolkningsregistret hämtas data över de kvinnor som åldersmässigt är aktuella för provtagning. Dessa uppgifter länkas därefter till Cyburken (processregistret) som ger besked om vilka kvinnor som är aktuella för provtagning utifrån senast taget prov och att inbjudning till provtagning skickats ut. För att förenkla denna komplicerade datahantering är mätningen begränsad till kvinnor i åldrarna 24-49. Det nationella målvärdet är 100%.

Kommentar: VGR har sedan tidigare mycket höga siffror, de allra flesta kommuner når till målet. Halland som nu använder samma kallelsesystem har gjort en stor upphämtning.

Andel som fått inbjudan i tid. 24–49 år



Fått inbjudan ■ 92,0% – 97,0% ■ 97,0% – 98,0% ■ 98,0%–99,0% ■ 99,0%–100%

Andel som fått inbjudan i tid, 24-49 år

Område	Andel
Södra Älvsborg	99,7%
Skaraborg	99,6%
Göteborg och södra Bohuslän	99,5%
Fyrbodal	99%
Halland	98,3%
Västra Götaland	99,5%
Västra Sverige	99,3%

Antal kallelser per område

Område	Antal
Fyrbodal	29510
Skaraborg	22926
Södra Älvsborg	23833
Göteborg och södra Bohuslän	69883
Halland	25542

3 Täckningsgrad

Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna skrivna i området 31/12 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.

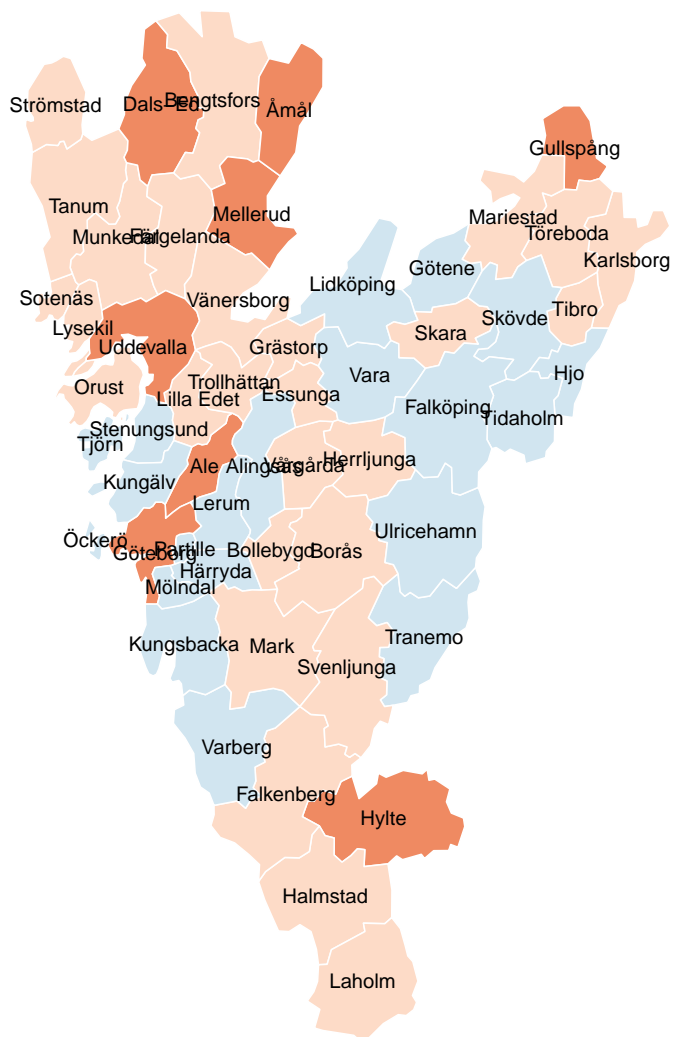
Täckningsgraden redovisas för alla screeningåldrar (26-60 års ålder 31/12) med ett sammanvägt mått. 3,5 och 5,5 år är numera nationell standard för dessa beräkningar. För att ge möjlighet till jämförelse med tidigare rapporter för landsting som deltagit i Cytburken före 2010 redovisas både det nya och 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. Även i år redovisas täckningsgrad på församlingsnivå i alla kommuner med mer än 50000 invånare. Församlingsindelningen ändrades på vissa håll 1/1 2010 vilket man ska tänka på vid jämförelsen med äldre rapporter.

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

Kommentar: Den tidigare relativt höga täckningsgraden i VGR visar nu tyvärr på en lätt nedåtgående trend. I Halland ligger man kvar på samma nivåer som tidigare. Av regionens 55 kommuner når 22 st målvärdet 85%, ingen kommun ligger under 70%. Pågående arbete med att kontakta kvinnor som uteblivit under längre tid per telefon för att erbjuda tid för provtagning fortsätter men har ännu inte gett resultat i statistiken. De församlingar i Göteborg som har haft sämst täckningsgrad, Kortedala, Angered och Bergsjön ligger kvar på samma nivå eller har ytterligare försämrats. I Bergsjön har täckningsgraden minskat från 66,8% till 64%. Vad som kan noteras är att Torslanda-Björlanda som tidigare haft en täckningsgrad på 87,7% har under 2016 sjunkit till 78,7%. De församlingar i Borås, Trollhättan och Uddevalla som tidigare haft lägst täckningsgrad, har ökat med någon till några procentenheter men når fortfarande inte över 80%.

Täckningsgrad 3,5–5,5år, 2016–12–31

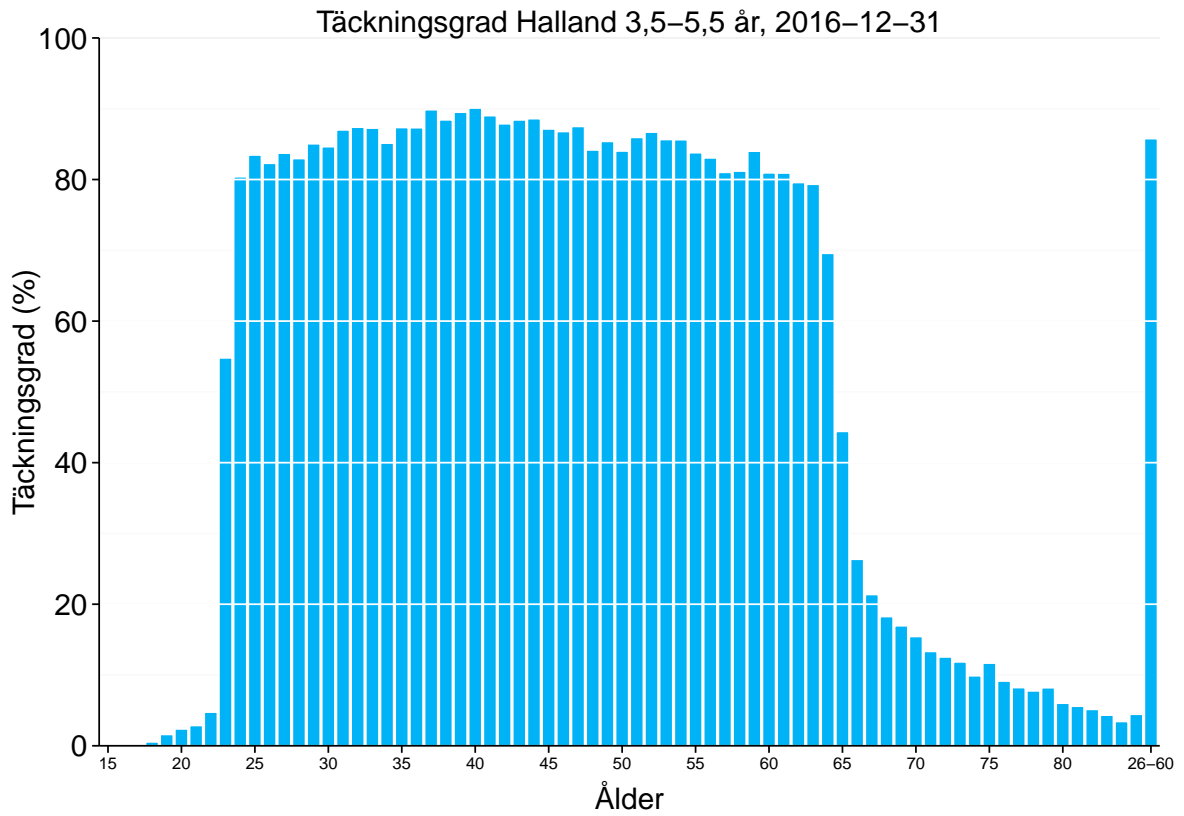
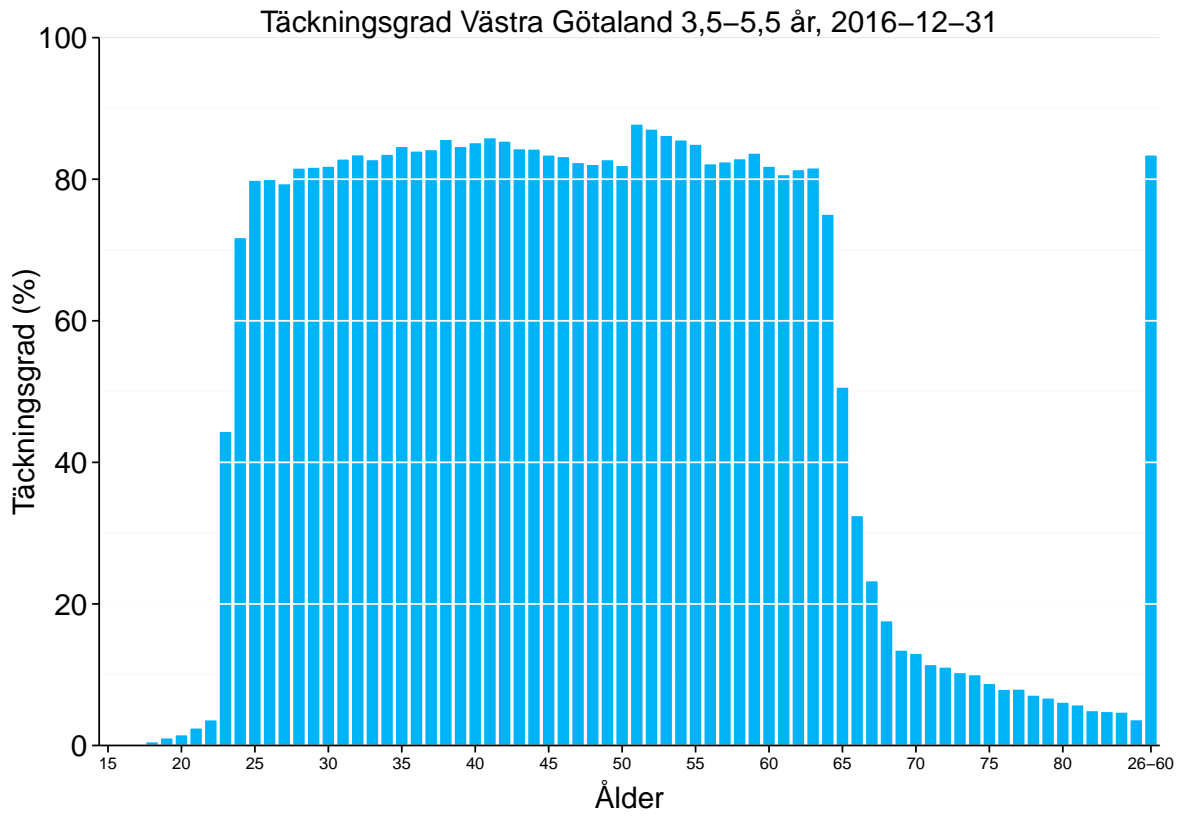


Täckningsgrad 79% – 81% 82% – 85% 86% –

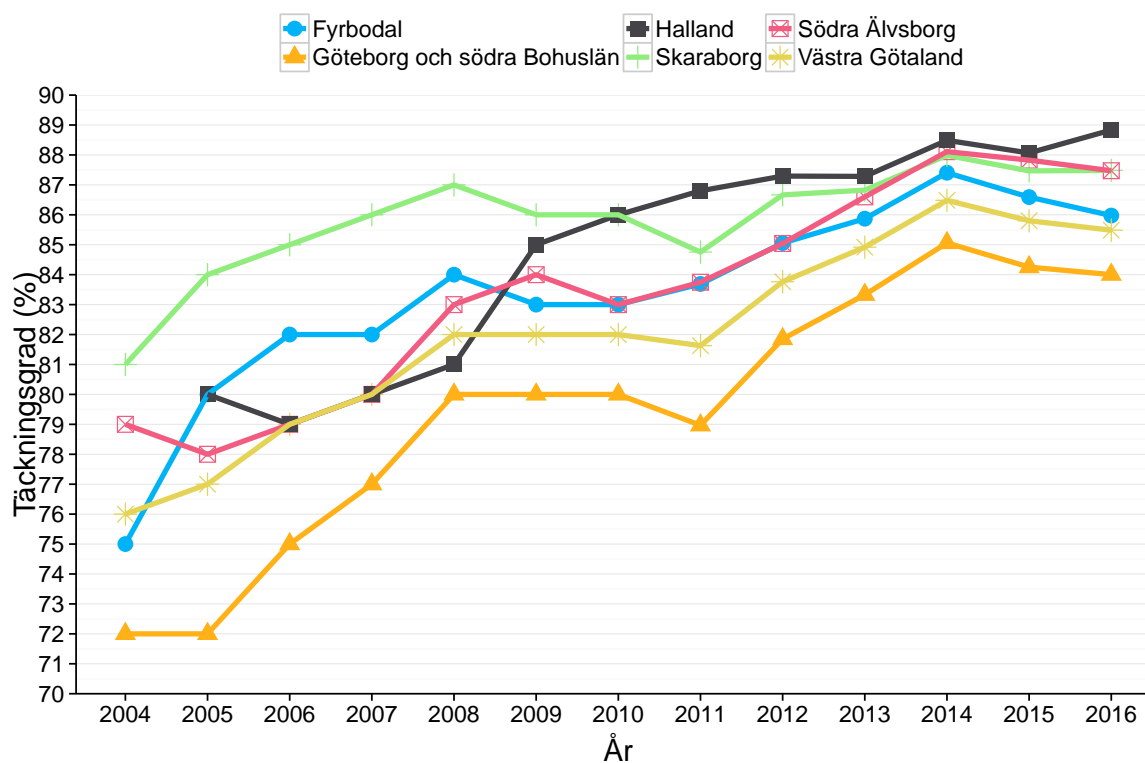
Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Halland	85,8%	88,8%
Skaraborg	85,6%	87,5%
Södra Älvsborg	85,2%	87,5%
Fyrbodalen	83,2%	86%
Göteborg och södra Bohuslän	82,2%	84%
Västra Götaland	83,5%	85,5%

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

Kommun	3,5 - 5,5 år	4,0 år
Grästorps	84,3%	86,6%
Mariestad	84,3%	87,1%
Mark	84,2%	86,3%
Munkedal	84,1%	86,4%
Svenljunga	84%	85,7%
Tanum	84%	86,8%
Herrljunga	84%	86%
Sotenäs	84%	85,8%
Bengtstors	83,8%	85,3%
Lysekil	83,7%	85,1%
Vänersborg	83,7%	86,2%
Laholm	82,4%	85%
Värgårda	82,3%	84,8%
Färgelanda	82,3%	84,1%
Trollhättan	82,1%	84,8%
Strömstad	82,1%	84,5%
Töreboda	81,9%	83,1%
Lilla Edet	81,6%	86,8%
Karlsborg	81,6%	84,8%
Dals-Ed	81,5%	83,4%
Uddevalla	81,4%	83,7%
Gullspång	81,4%	81,2%
Mellerud	81,2%	82,7%
Göteborg	81,2%	82,9%
Ale	80,7%	85,9%
Åmål	79,4%	83%
Hylte	79%	82,5%



Historisk täckningsgrad 4 år, 25–49 år



Täckningsgrad Borås per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Sexdrega, del	90,5%	92,2%
Bredared	89,6%	93,8%
Sandhult	89,4%	91,5%
Brämhult	89,2%	92%
Toarp	88%	90%
Fristad	87,5%	91,8%
Kinnarumma	85,3%	90,2%
Borås Gustav Adolf	83,2%	85,6%
Borås Caroli	82,4%	84,6%
Länghem, del	80,9%	83,3%
Seglora	80,1%	86,3%

Täckningsgrad Göteborg per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Älvsborg	90,2%	90,7%
Näset	88,2%	88,8%
Askim	88,1%	89,7%
Göteborgs Oscar Fredrik	85,9%	87,9%
Göteborgs Masthugg	85%	87,1%
Härlanda	84,8%	86,7%
Göteborgs Haga	84,2%	85,2%
Nylöse	84,2%	85,4%
Göteborgs S:t Pauli	84%	86,7%
Örgryte	83,4%	84%
Högsbo	83,4%	85,3%
Backa	83,4%	84,8%
Styrsö	83,2%	84,6%
Lundby	82,9%	85,1%
Göteborgs Carl Johan	82%	84,3%
Domkyrkoförs. i Göteborg	81,5%	83,9%
Tynnered	81,3%	82,2%
Björkekärr	81,3%	83,6%
Tuve-Säve	81,1%	83,4%
Göteborgs Johanneberg	80,7%	81,7%
Göteborgs Vasa	80,6%	82,7%
Göteborgs Annedal	79,7%	82%
Torslanda-Björlanda	79,3%	80,6%
Västra Frölunda	78,1%	78,8%
Kortedala	74,7%	77,1%
Angered	72,9%	74,7%
Bergsjön	65,4%	68%

Täckningsgrad Skövde per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Frösve	89,5%	90,9%
Skultorp	89,1%	91,8%
Sventorp-Forsby	89%	89,1%
Väring	86,7%	86,4%
Berg	86,5%	88,2%
Skövde	85,3%	86,9%
Värsås-Varola-Vreten	83,6%	89,2%
Götlunda	82,8%	84,7%

Täckningsgrad Halmstad per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Söndrum-Vapnö	89%	90,7%
Harplinge	88%	91%
S:t Nikolai	87,9%	88,7%
Steninge	87,8%	91,6%
Enslöv	86,6%	91%
Getinge-Rävinge	83,5%	88,5%
Snöstorp	83,3%	86,8%
Martin Luther	83%	85,7%
Slättåkra-Kvibille	82,8%	84,6%
Oskarström	80,9%	83,4%

Täckningsgrad Kungsbacka per församling 2016-12-31

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

Täckningsgrad Mölndal per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Lindome	88,9%	90%
Stensjön	86,6%	88,3%
Källered	85,7%	88,4%
Fässberg	84,4%	86,1%

Täckningsgrad Trollhättan per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Gärdhem	86,5%	90,5%
Götalunden	86%	88,4%
Åsaka-Björke	85,6%	88,9%
Trollhättan	83,8%	86,9%
Fors-Rommele	82,9%	87,4%
Upphärad	81,2%	87,6%
Bjärke, del	80%	82,1%
Lextorp	74,8%	76,5%

Täckningsgrad Uddevalla per församling 2016-12-31

Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Herrestad	87,1%	90,4%
Lane-Ryr	85,8%	88,5%
Bokenäset	85,2%	90,3%
Ljungskile	81,1%	83,3%
Bäve	78,9%	80,5%

Täckningsgrad Varberg per församling 2016-12-31

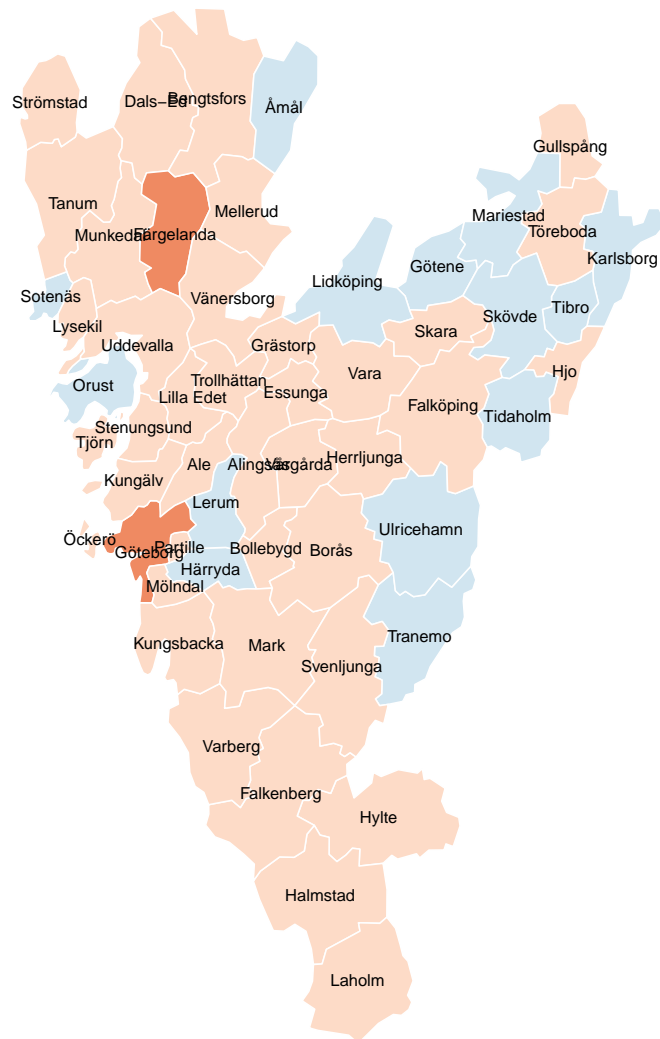
Område	3,5 - 5,5 år	4 år
Lindberga	91%	93,4%
Tvååker	89,3%	92%
Spannarp	87,3%	91,3%
Värö-Strävalla	86,6%	90,2%
Träslöv	86,6%	90%
Himledalen	86,5%	91,1%
Sibbarp-Dagsås	85,4%	88,8%
Veddige-Kungsäter	83,5%	86,8%

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 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: I alla områden utom Halland ligger nivåerna oförändrade eller har stigit marginellt. I Halland har deltagandet sjunkit, men till samma nivå som övriga områden. Det beror på att man använder samma kallelsesystem och fortsätter att kalla varje vid år vid uteblivande vilket man inte gjort tidigare. Vad som hänt sedan förra året är att det kommer fler efter 3:e årets årliga kallelse och skillnaden mellan 4:e och 5:e kallelsen nu är utjämnad.

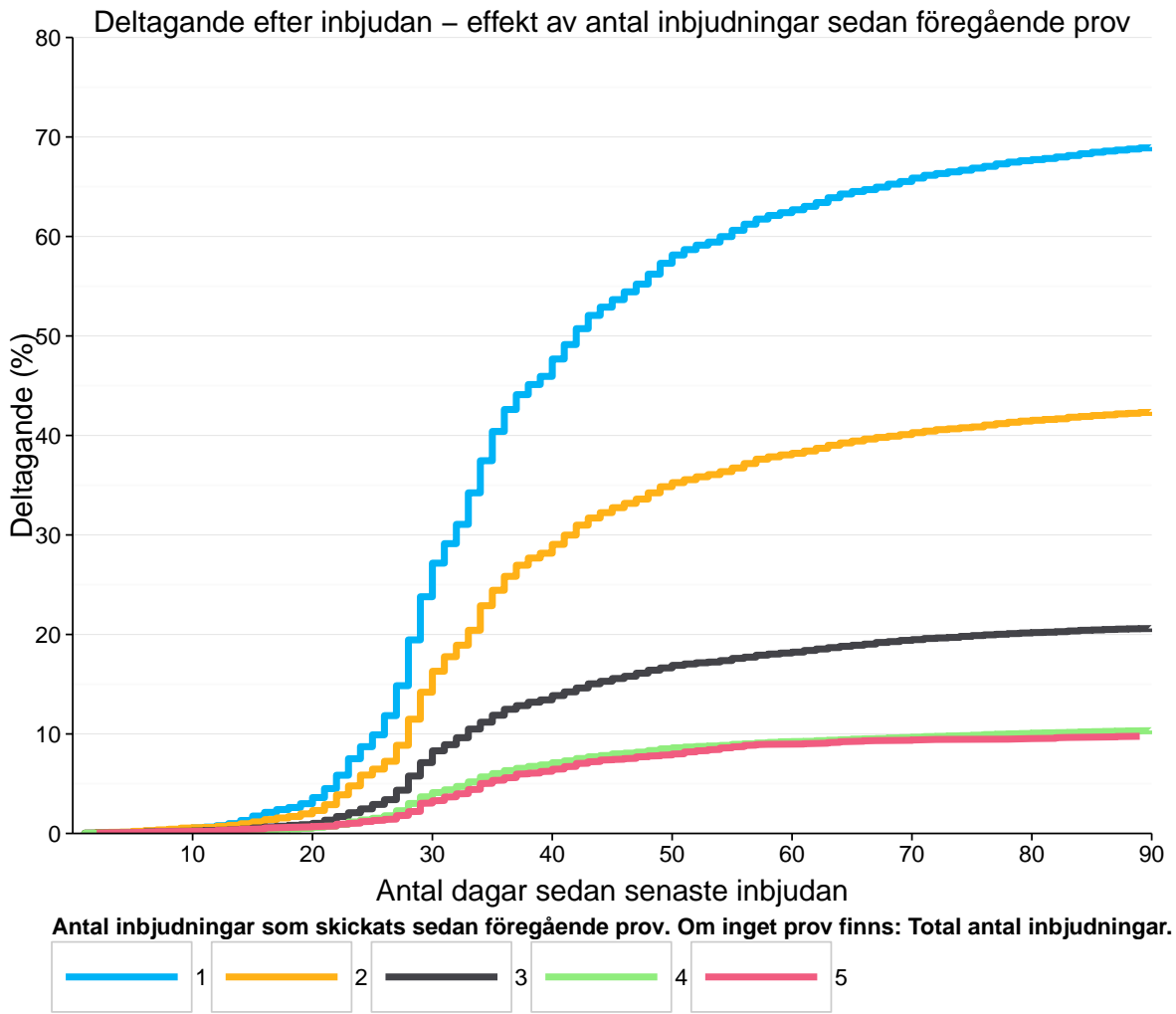
Deltagande efter inbjudan. 2016



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

Område	Deltagande
Skaraborg	61%
Södra Älvsborg	58%
Halland	57%
Fyrbodal	55%
Göteborg och södra Bohuslän	50%
Västra Götaland	54%

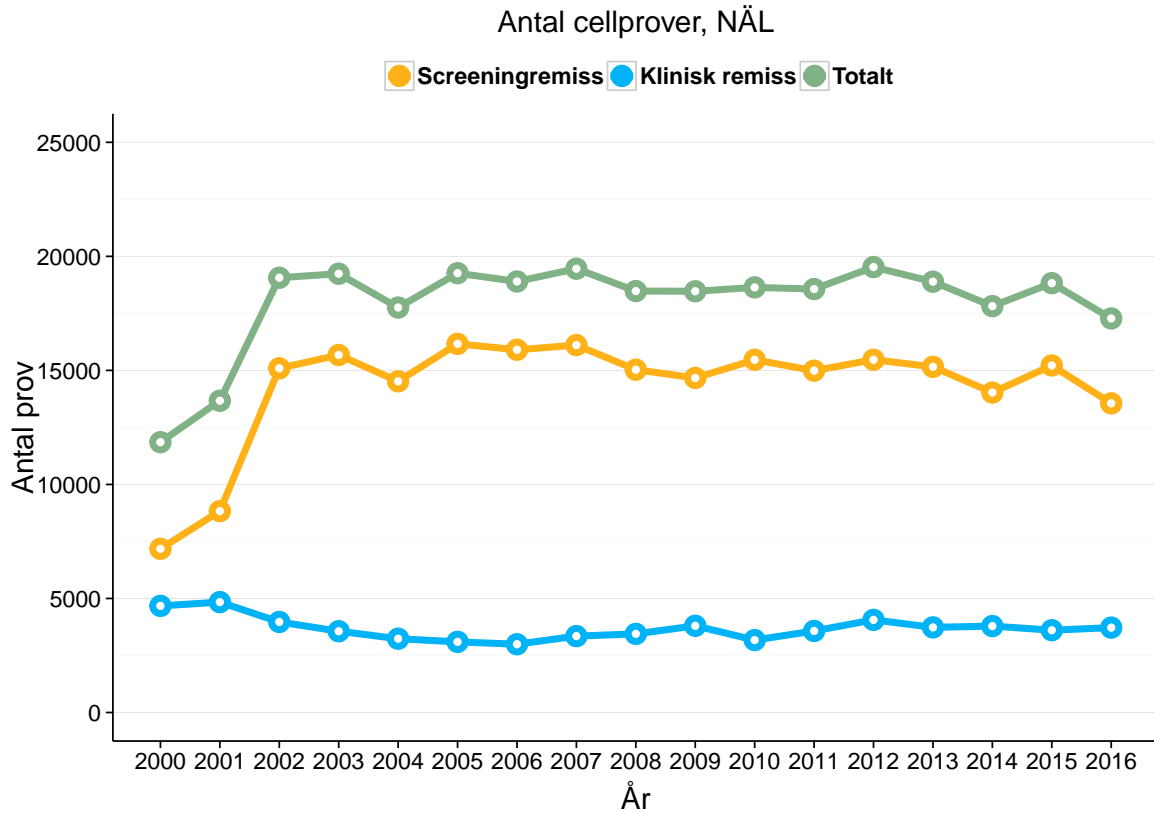
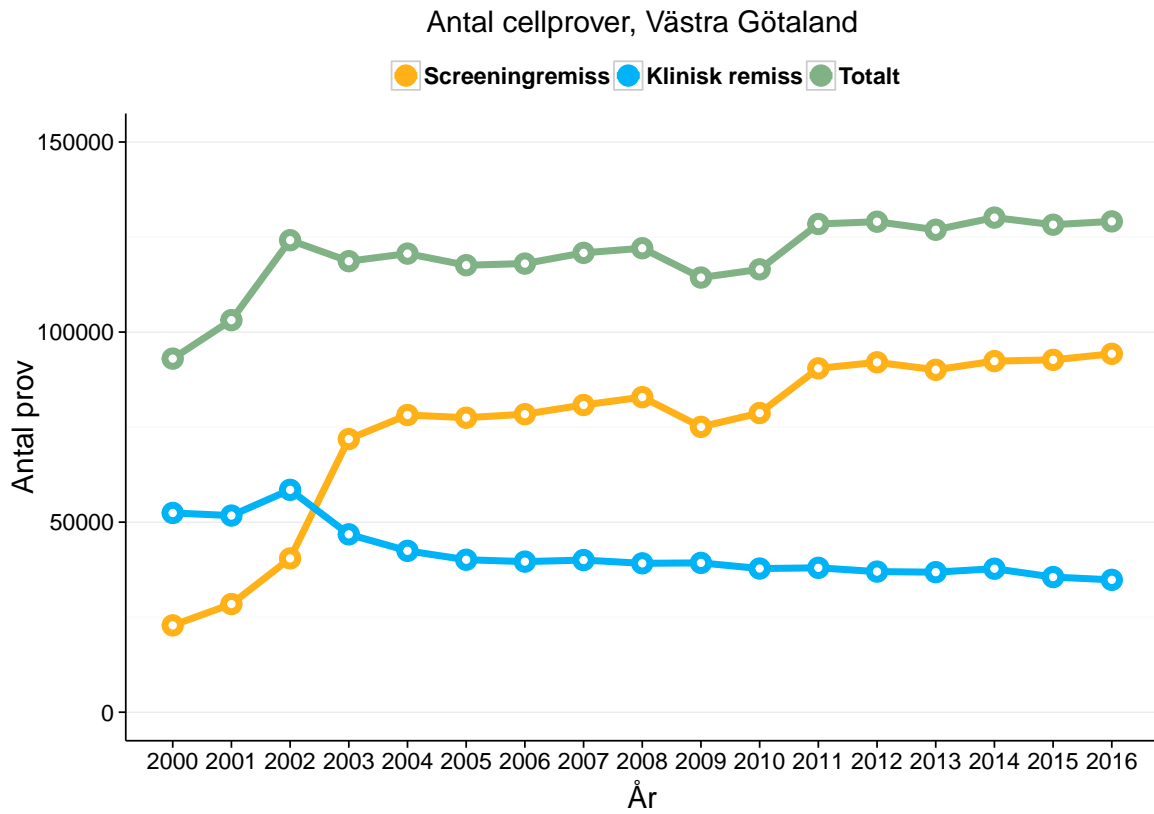
Kommun	Deltagande	Kommun	Deltagande
Karlsborg	67%	Värgårda	57%
Tidaholm	67%	Lysekil	57%
Tranemo	65%	Mellerud	57%
Lidköping	65%	Mölnadal	57%
Götene	63%	Vänersborg	56%
Tibro	63%	Borås	56%
Skövde	62%	Alingsås	56%
Åmål	62%	Öckerö	56%
Ulricehamn	62%	Hylte	56%
Orust	61%	Kungälv	55%
Sotenäs	61%	Gullspång	55%
Mariestad	60%	Herrljunga	55%
Härryda	60%	Munkedal	55%
Lerum	60%	Grästorp	55%
Hjo	59%	Falkenberg	54%
Essunga	59%	Tanum	54%
Skara	59%	Trollhättan	54%
Kungsbacka	59%	Dals-Ed	54%
Varberg	59%	Laholm	54%
Tjörn	58%	Bengtstors	53%
Mark	58%	Strömstad	53%
Bollebygd	58%	Vara	52%
Halmstad	58%	Ale	51%
Partille	58%	Lilla Edet	51%
Stenungsund	58%	Töreboda	51%
Falköping	58%	Göteborg	49%
Svenljunga	57%	Färgelanda	48%
Uddevalla	57%		

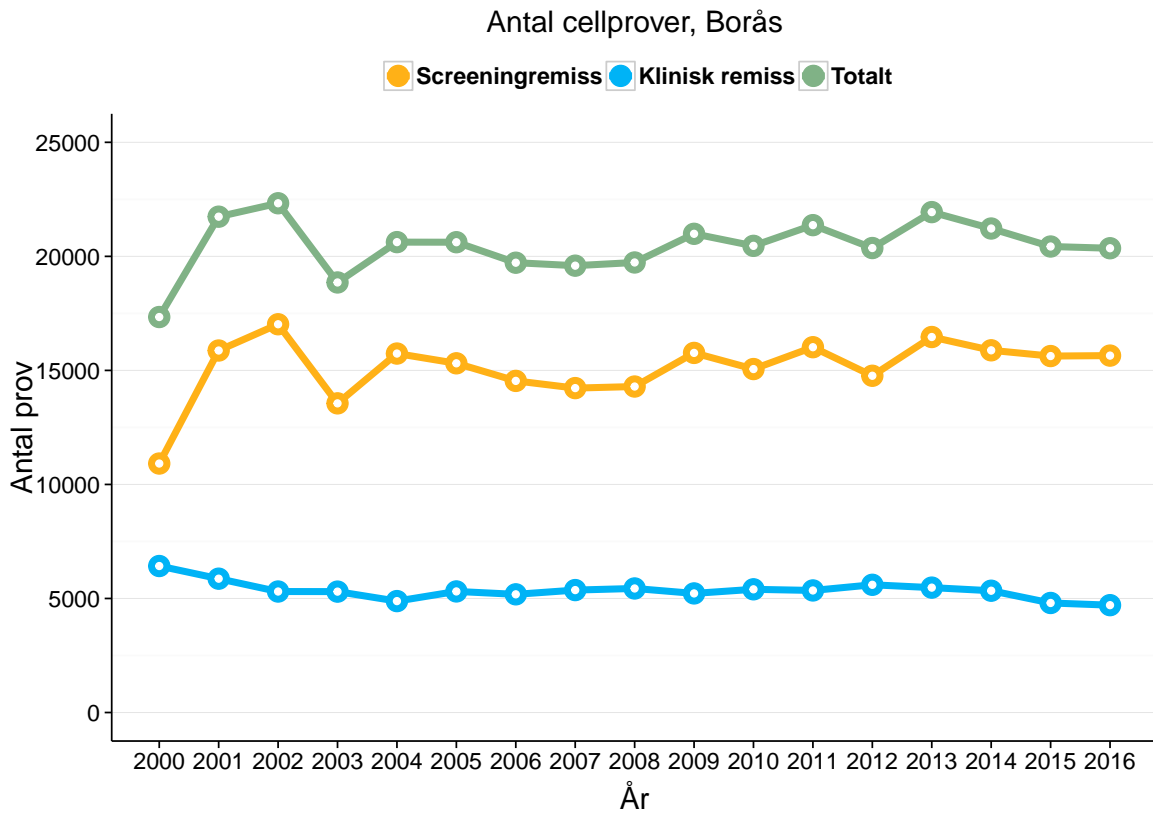
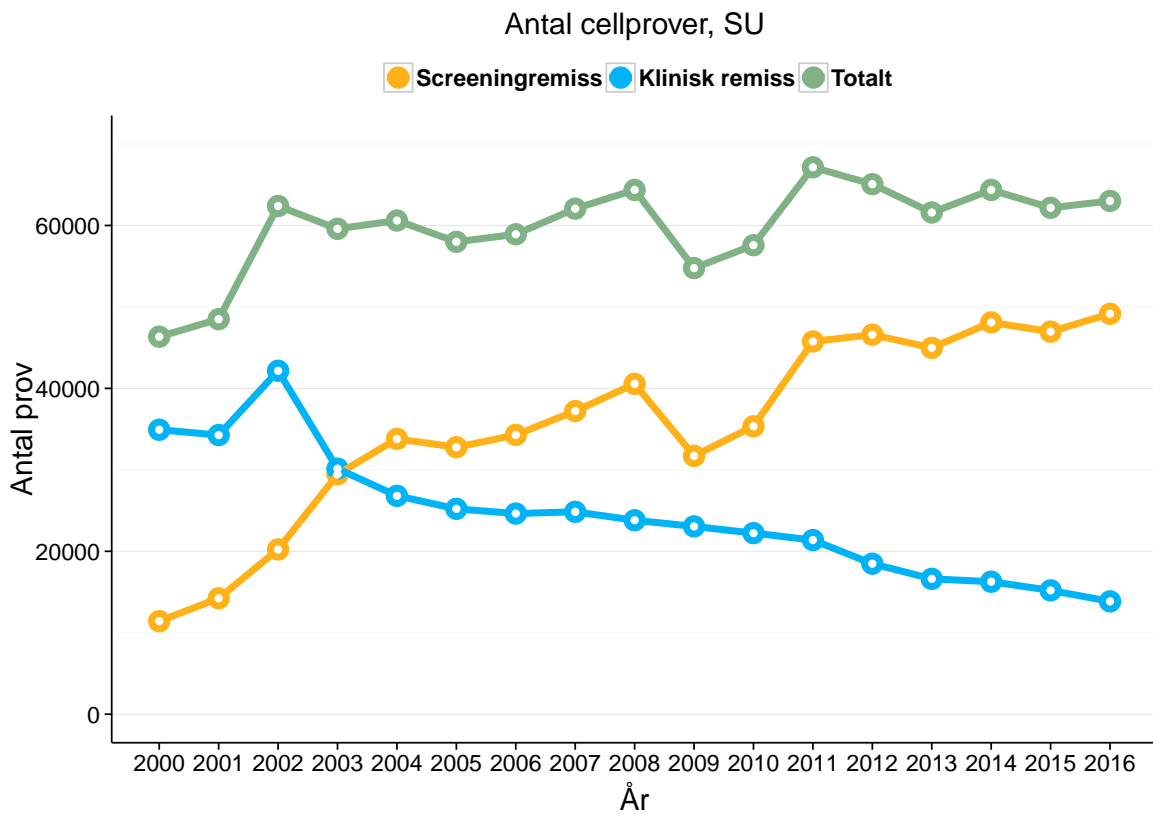


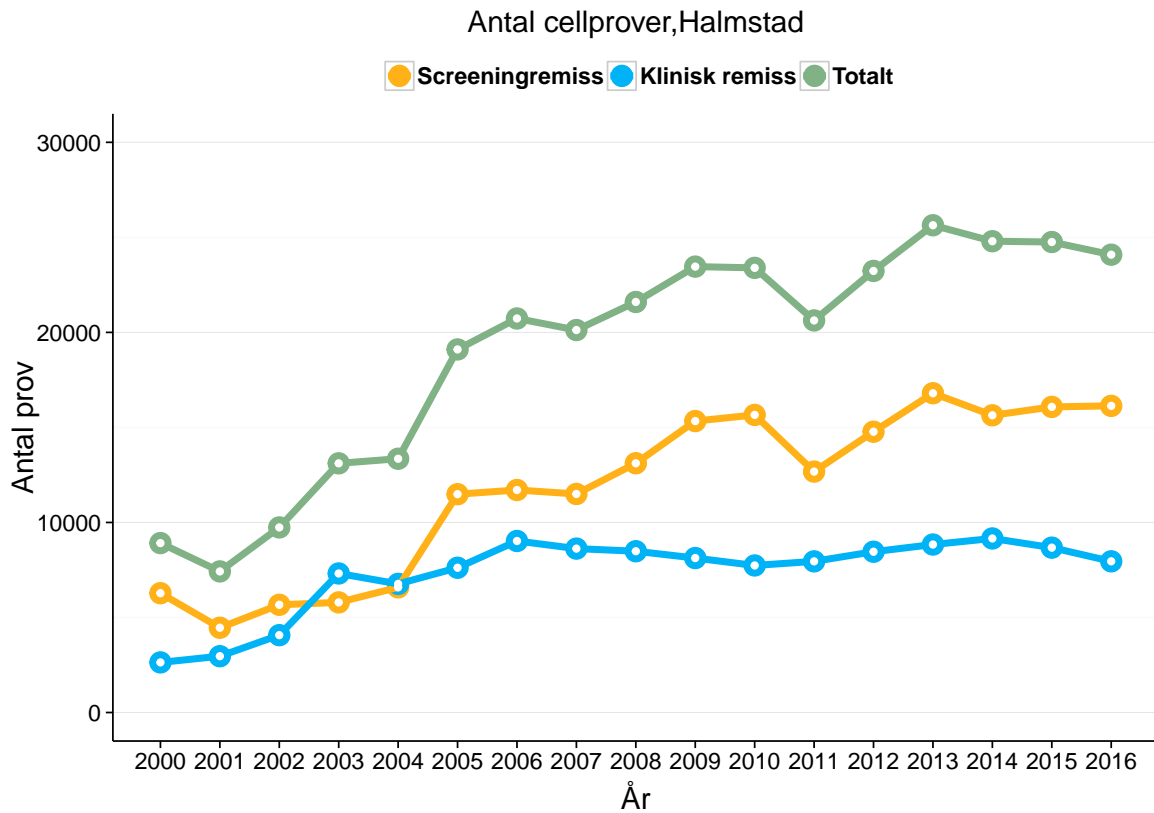
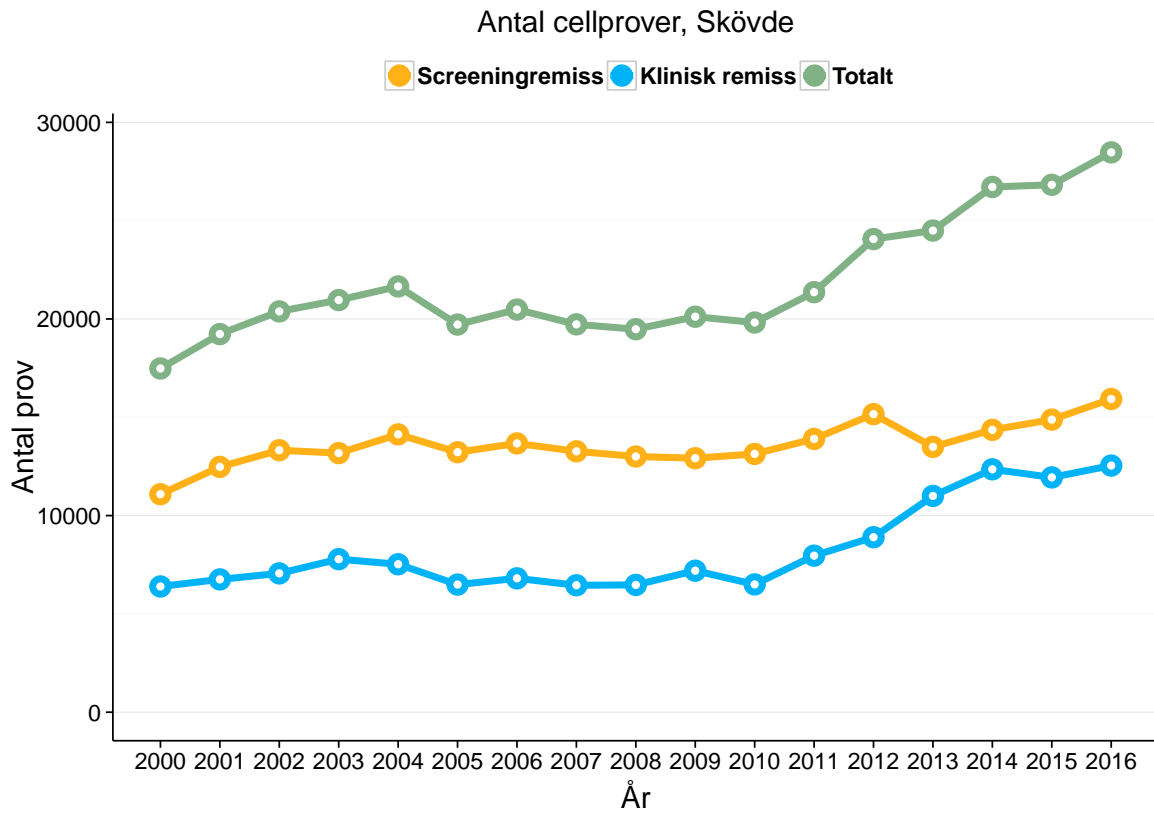
5 Antal cellprover

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

Kommentar: Liksom tidigare år skiljer Skövde och Halland ut sig från övriga områden i fördelningen av prov tagna med screeningremiss jämfört med klinisk remiss vilket behöver analyseras.



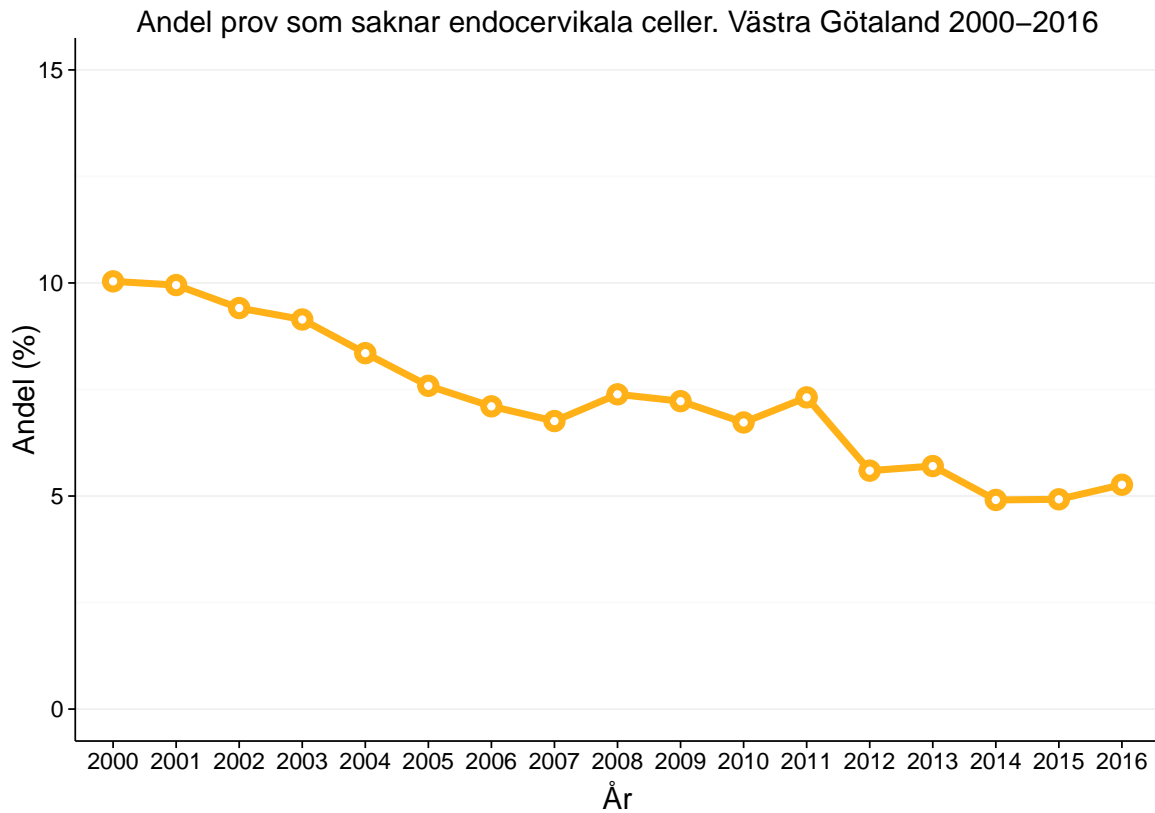
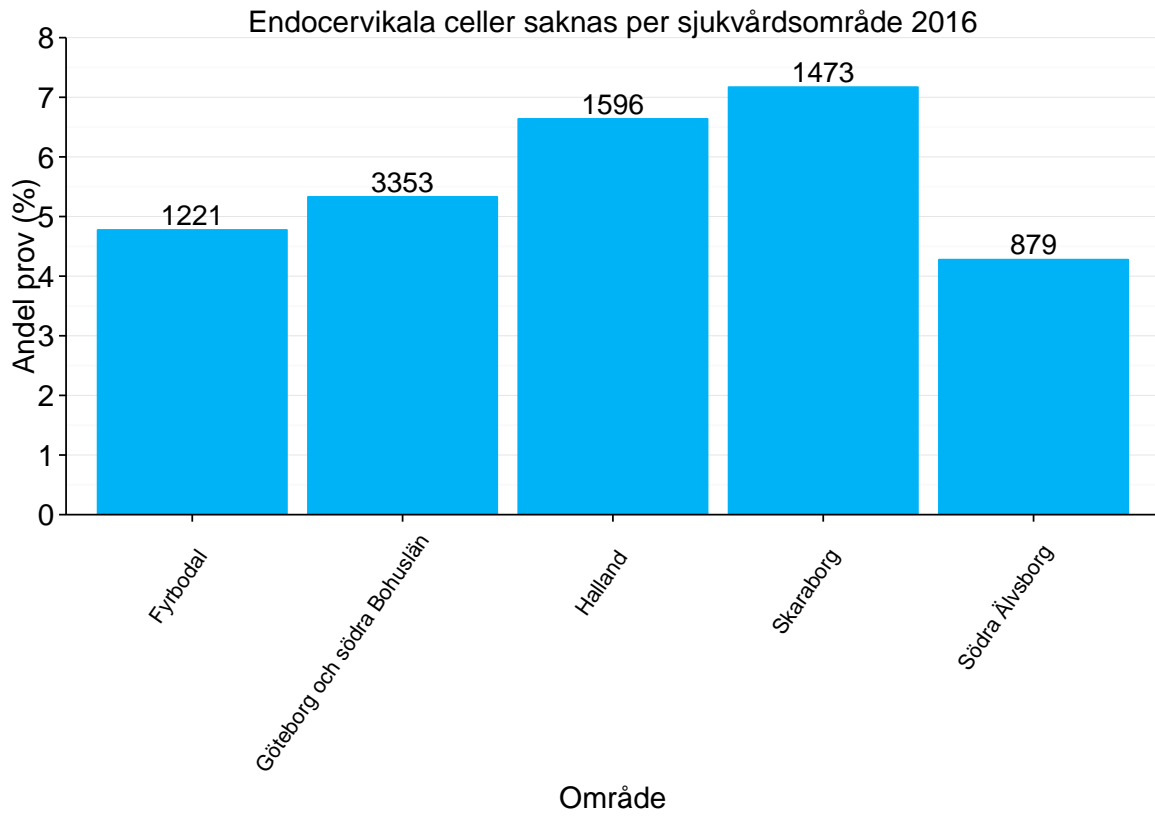




6 Endocervikala celler saknas

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.

Kommentar: Södra Älvsborg och Fyrbodal ligger båda under 5%, men andelen prover som saknar endocervikala celler ökar i Skaraborg och ligger nu över 7%.

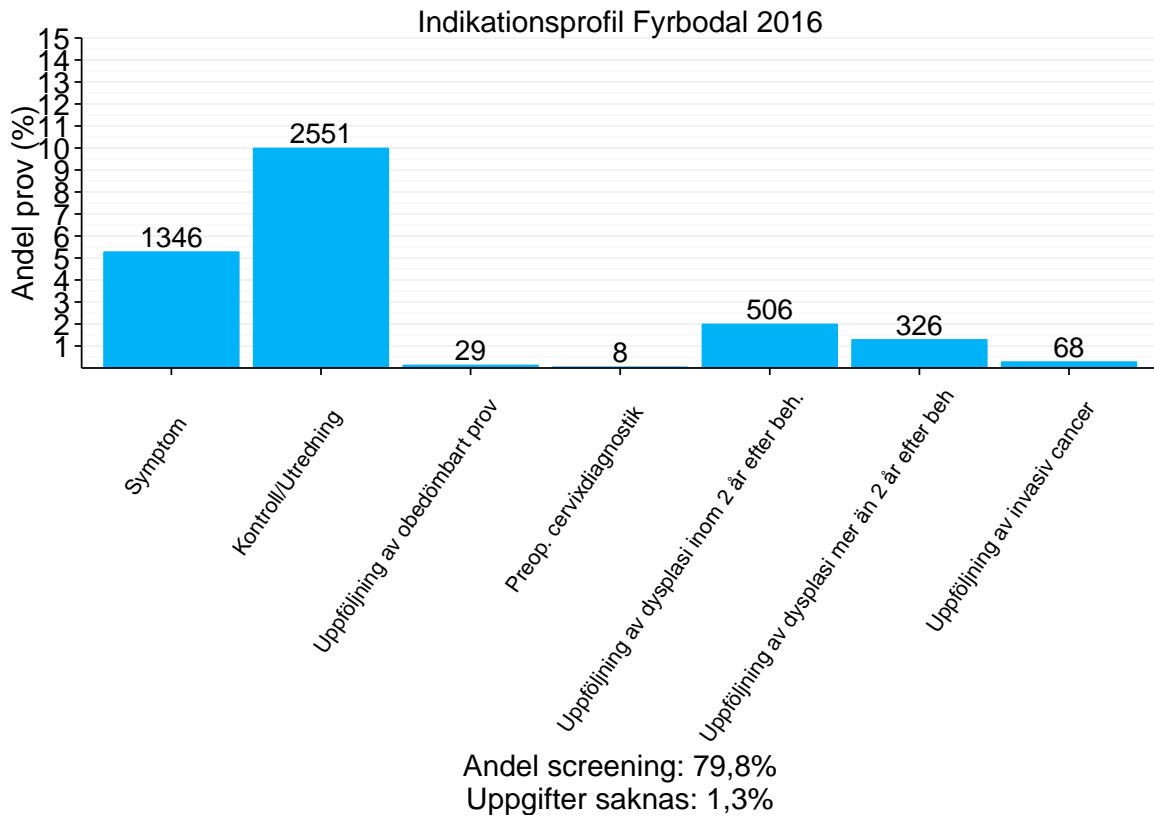
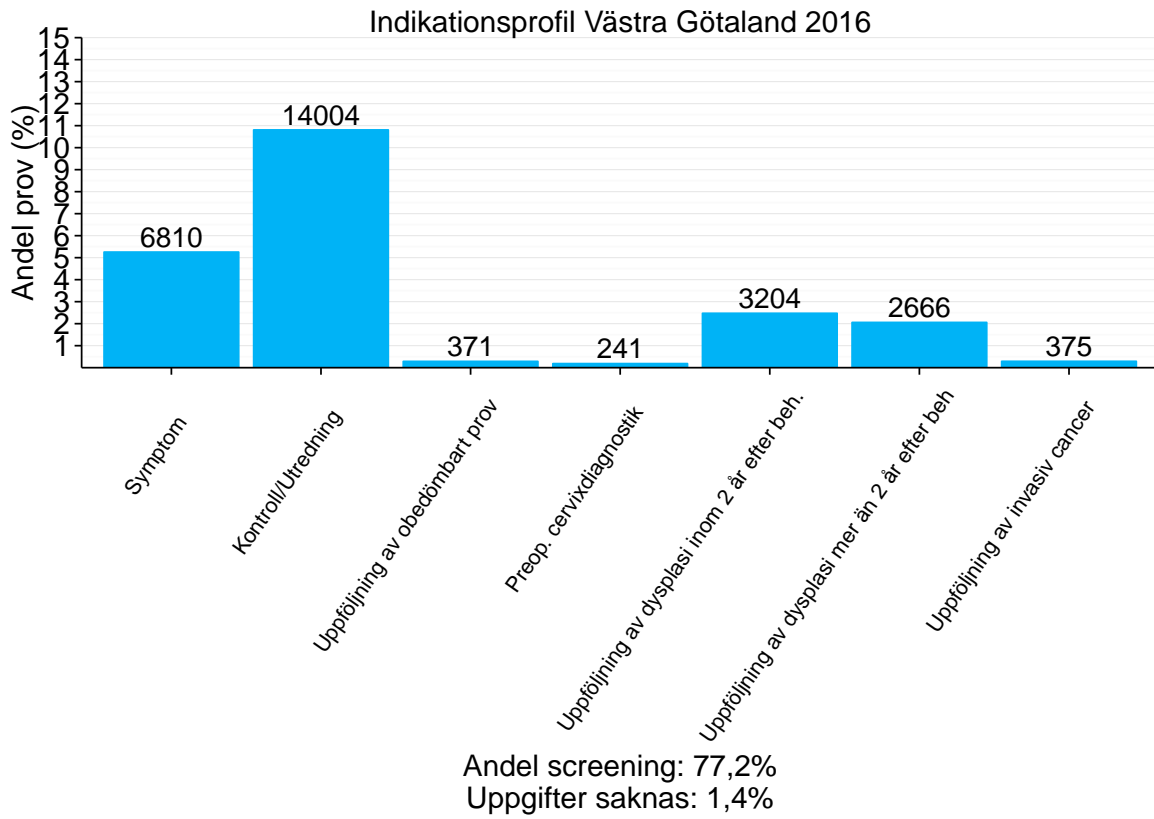


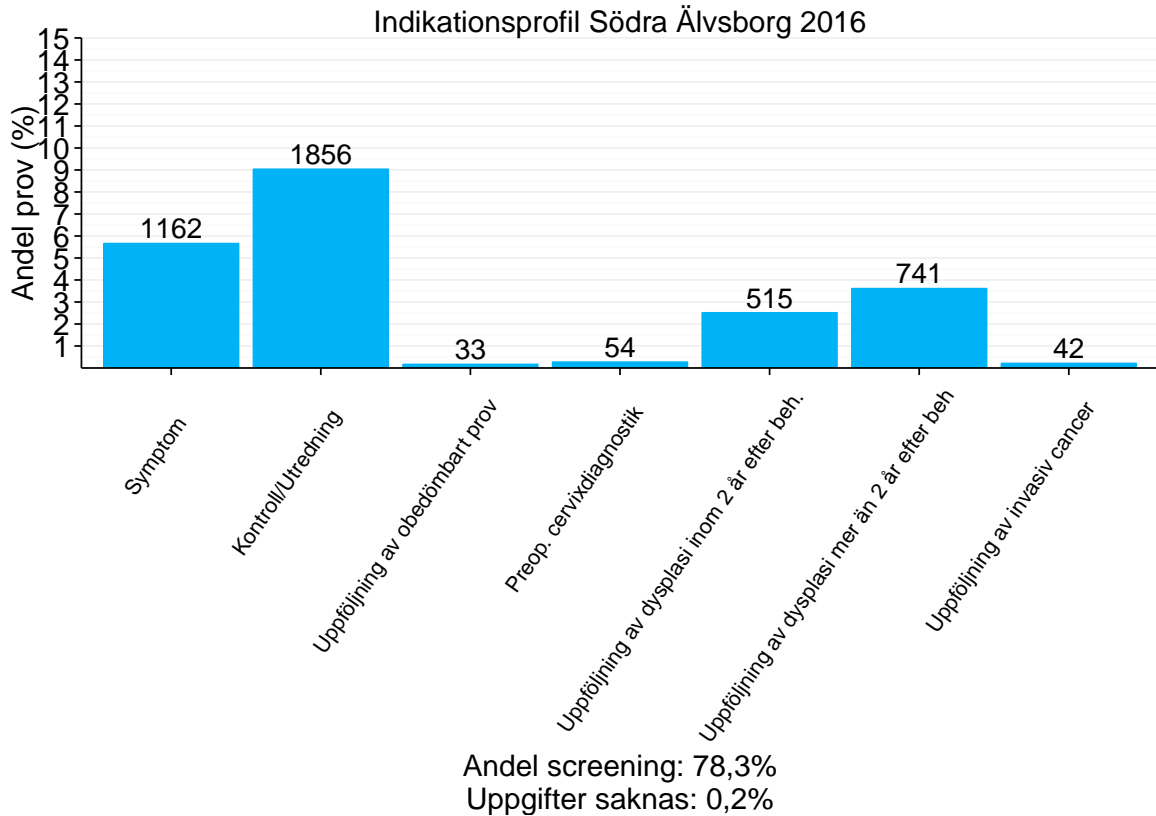
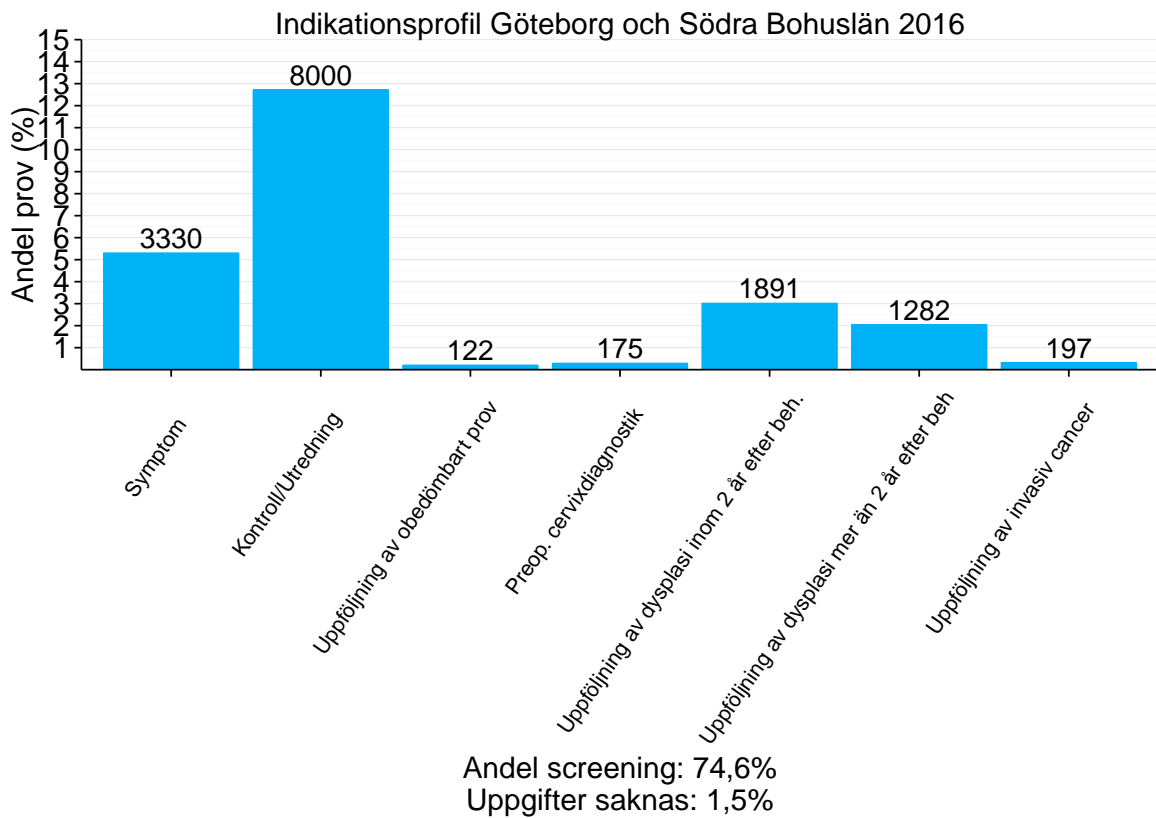
7 Indikationsprofil cytologprov

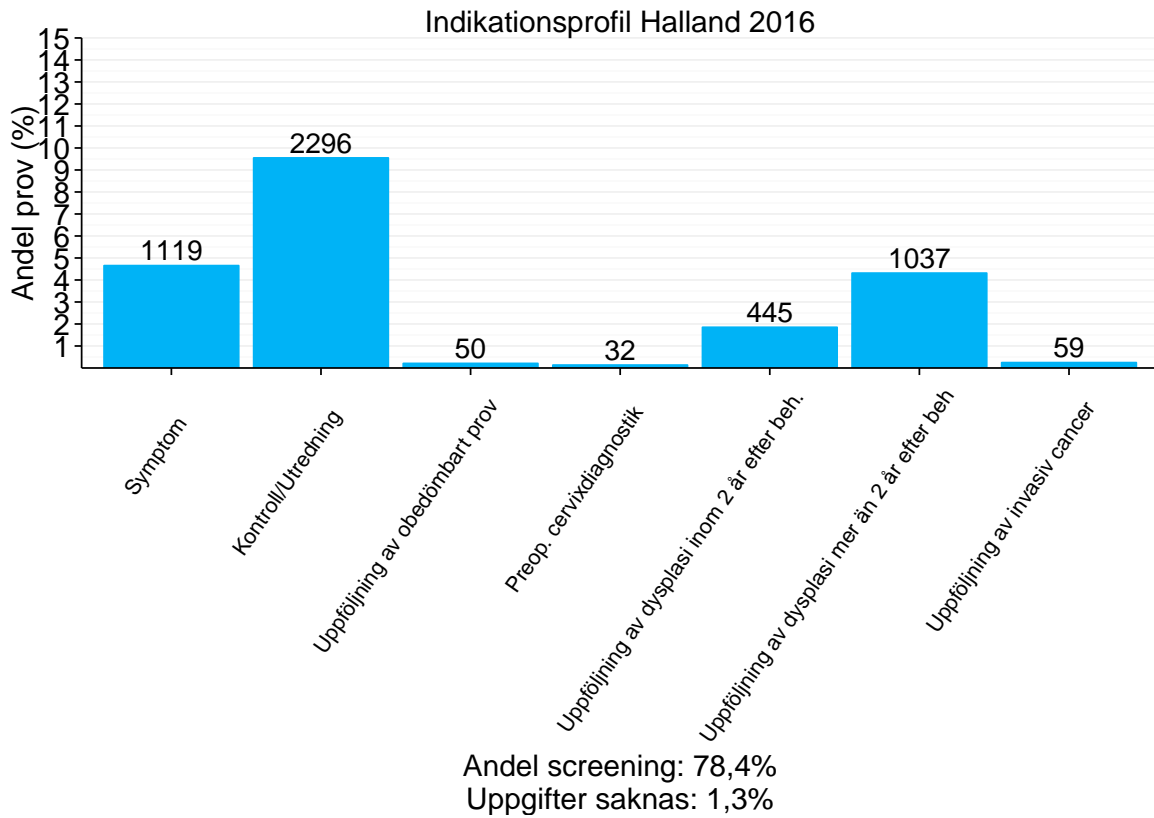
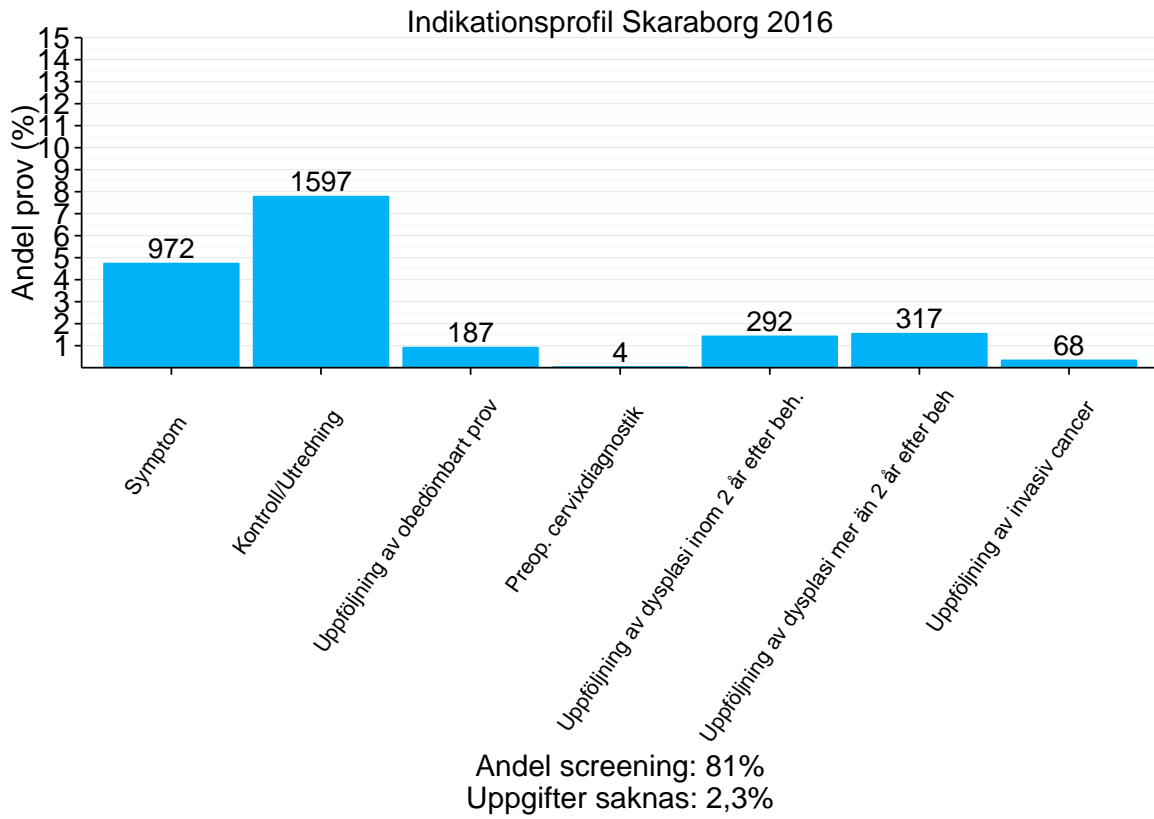
Indikationsprofil är beräknad utifrån uppgifter på remissblanketterna och den geografiska uppdelningen i redovisningen är baserad på var den provtagande mottagningen är belägen.

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

Kommentar: Andelen peroperativa cytologprover fortsätter att minska i hela VGR. Det anmärkningsvärt att område Göteborg och Södra Bohuslän fortfarande har en förhållandevis stor volym att peroperativa prover trots att det inte ingår i föreliggande vårdprogram.



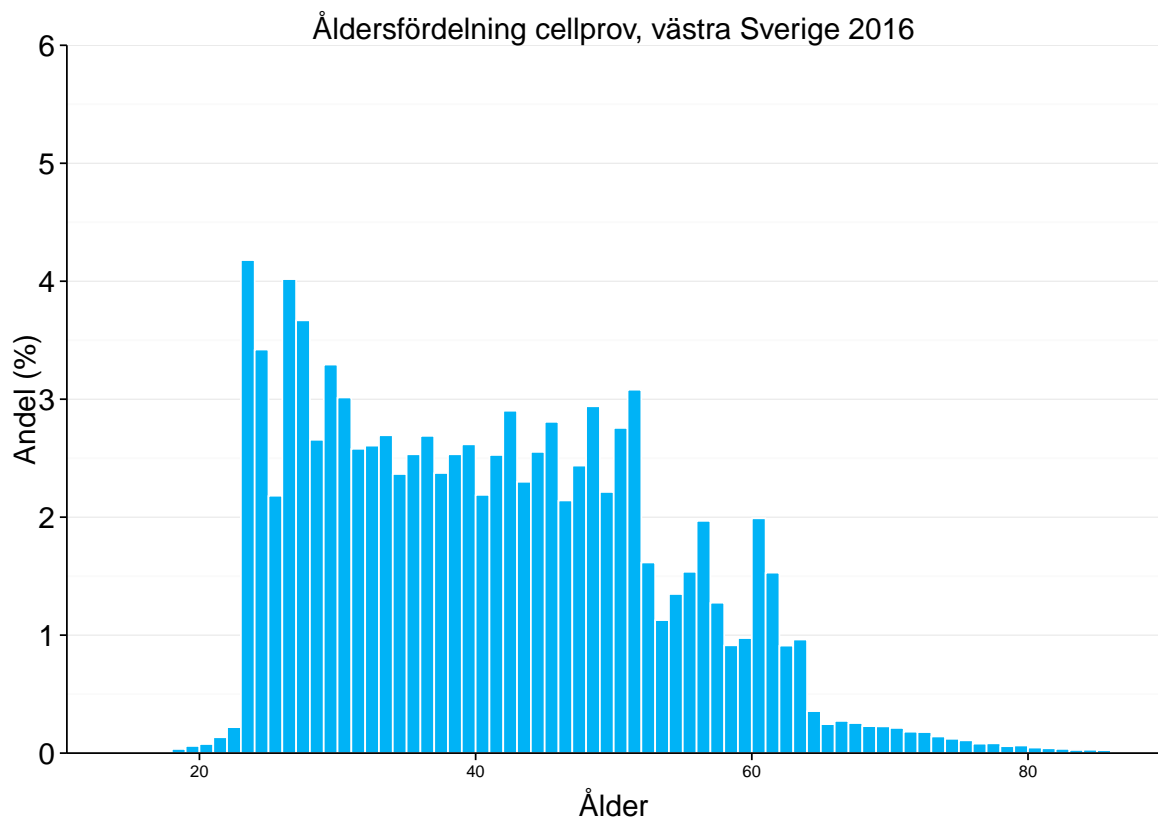




8 Åldersfördelning cellprov

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

Kommentar: Alltfler cellprov kommer att ta hos kvinnor äldre än 60 år beroende på att kontroll efter behandling för höggradig förändring är förlängd till livslång kontroll enligt vårdprogram.

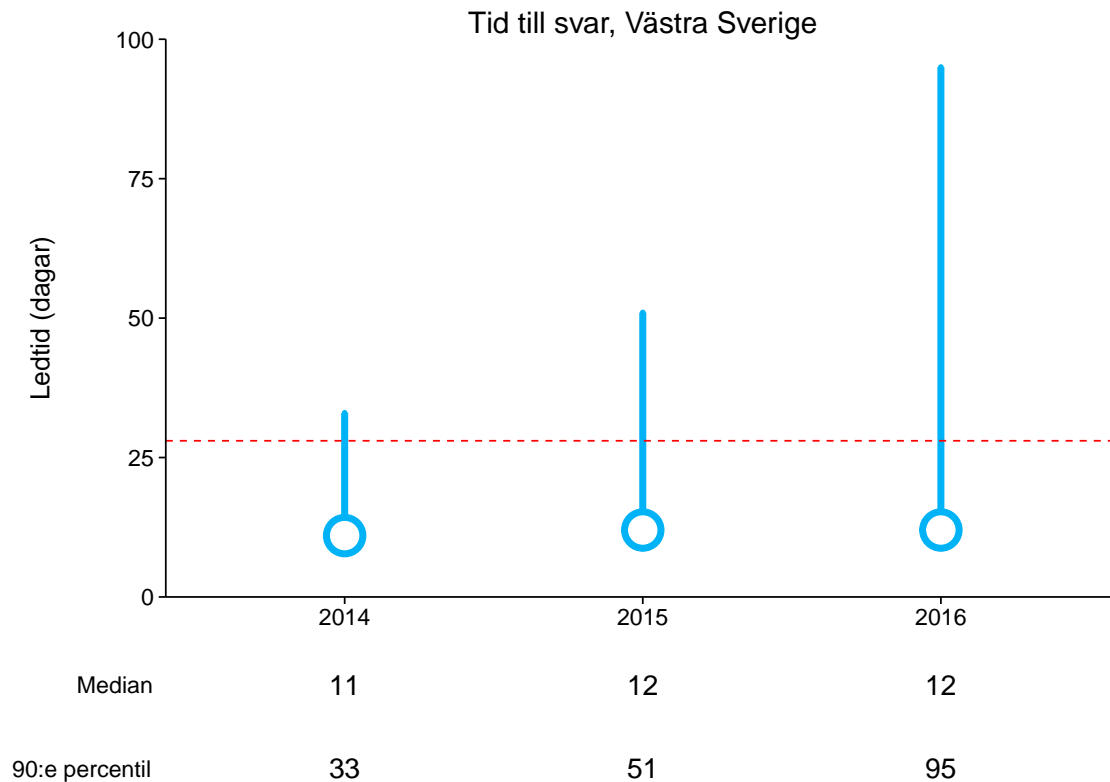


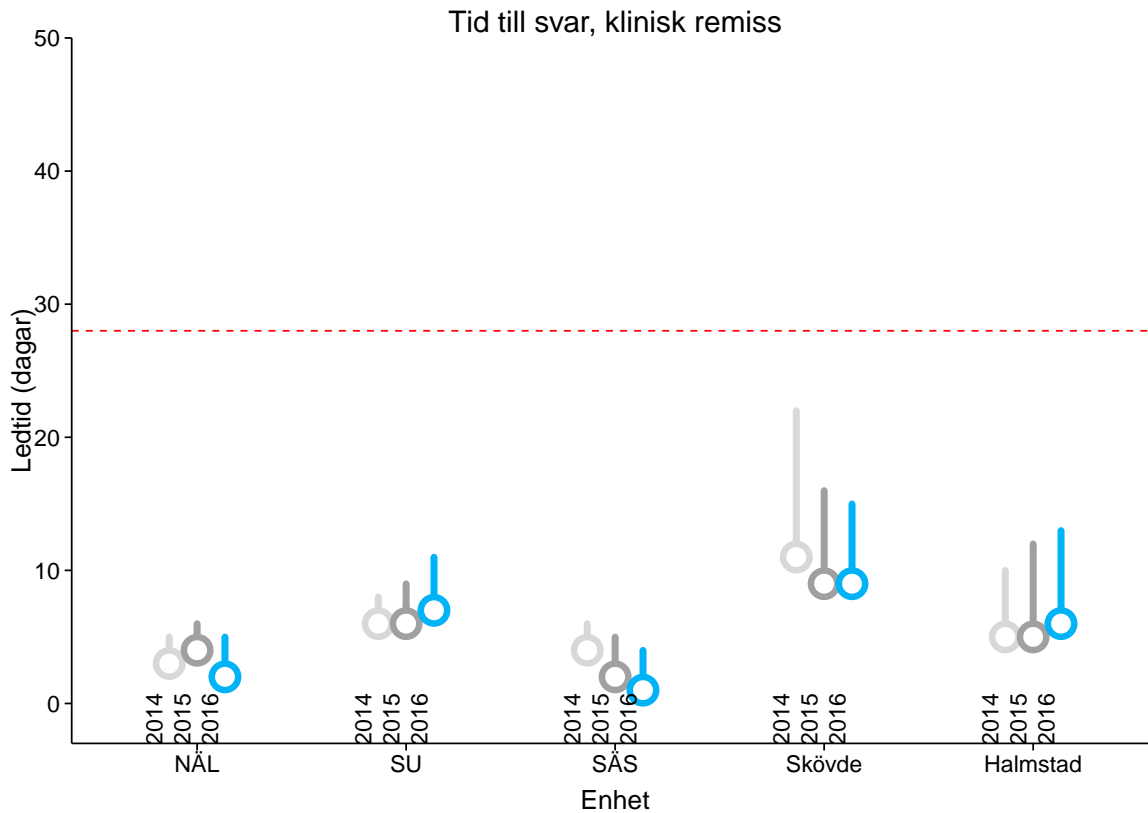
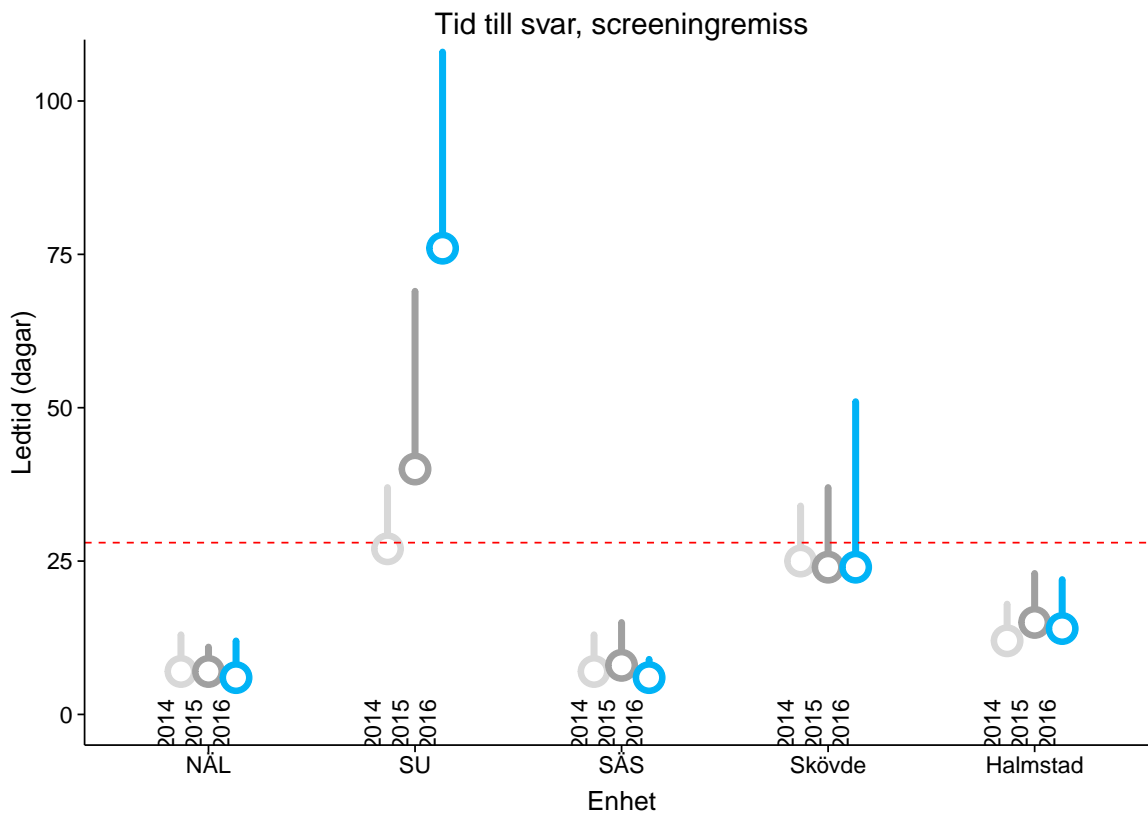
9 Tid till svar

Tid till svar visar det totala antalet kalenderdagar från registrering till det att svar skickas ut från laboratoriet. I denna rapport redovisas screeningprover och prover tagna utanför organiserad screening på standardremiss separat. Försenad transport av provet från mottagningen kan påverka denna tid (mindre vanligt) men huvuddelen av tiden processas provet på 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: Trenden med allt längre svarstid har inte brutits för laboratorerna på SU och Skövde . Mediantiden för svar på SU ligger för 2016 på över 75 dagar vilket är längre än förra årets 67 dagar för 90 % av proverna. Det tar nu mer än 100 dagar till svar för 90% av proverna. Skövdes mediantid ligger oförändrat under 28 dagar men det tar nu mer än 50 dagar för 90% av proverna. Övriga laboratorier klarar kvalitetsmålen med god marginal. Alla laboratorier klarar tid till svar för klinisk remiss med god marginal. Långa svarstider leder till medicinska risker och skapar oro. Arbete pågår på laboratorerna för att minska svarstider.





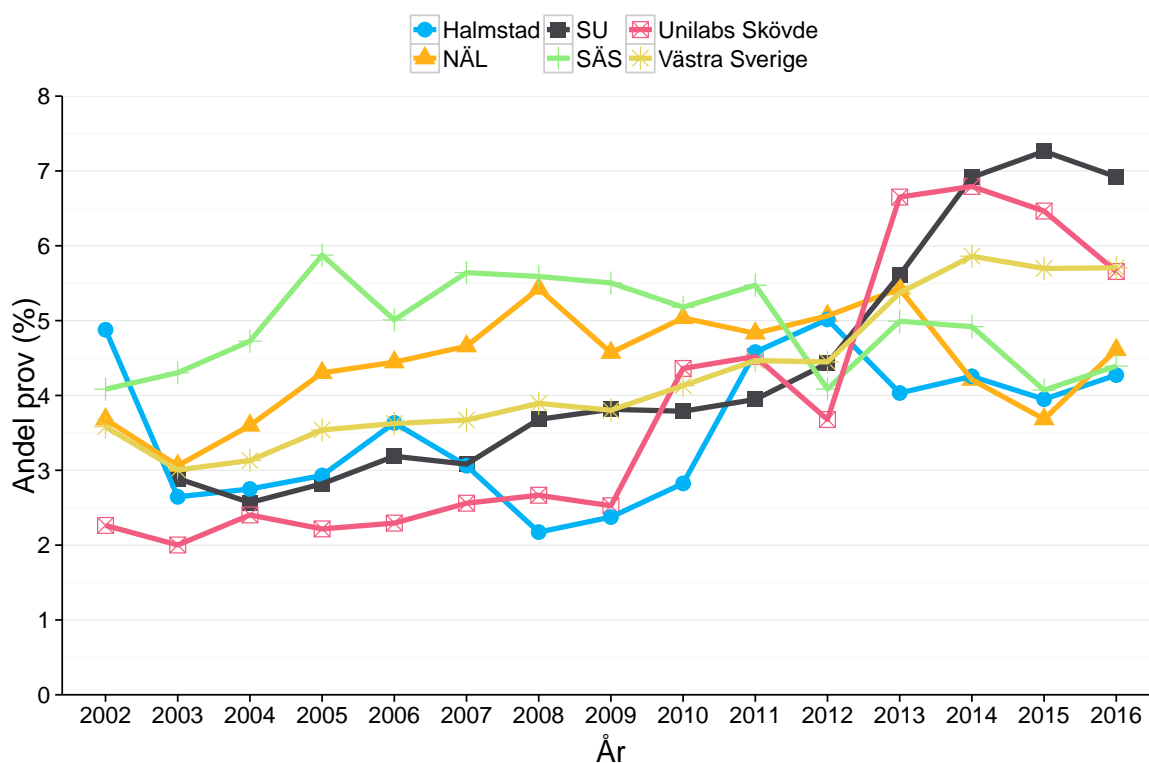
10 Andel icke-normala cellprover

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

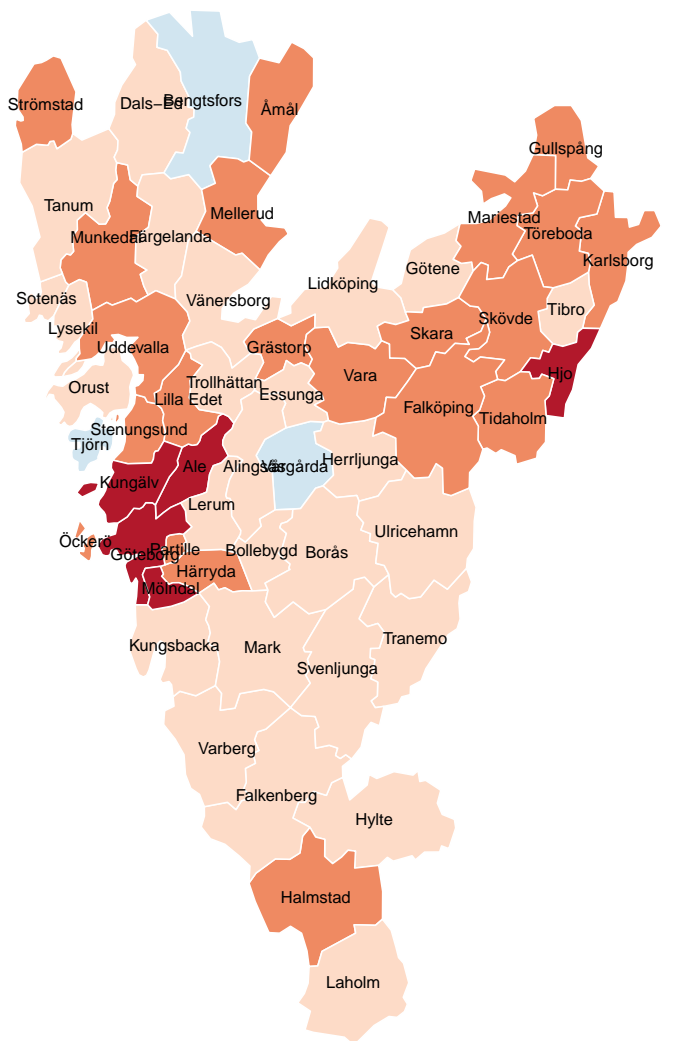
Diagram, karta och tabeller visar i år proverna i organiserad screening. Detta ger en mer jämförbar bild av andelen avvikande prover, över tid och mellan laboratorierna. Diagrammet har gjorts utifrån laboratorierna medan kartan och tabellen utgår från vilken kommun provtagningsenheten tillhör. I StatProcess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

Kommentar: För hela regionen verkar trenden med ökning av antalet avvikande cellprover nu i avstannande. Spridning mellan laboratorierna är fortsatt stor men utveckling verkar följas år för Halmstad, NÄL och SÄS.

Icke-normala cellprover inom screening per sjukvårdsområde 2002–2016



Andel icke-normala cellprover inom screening 2016

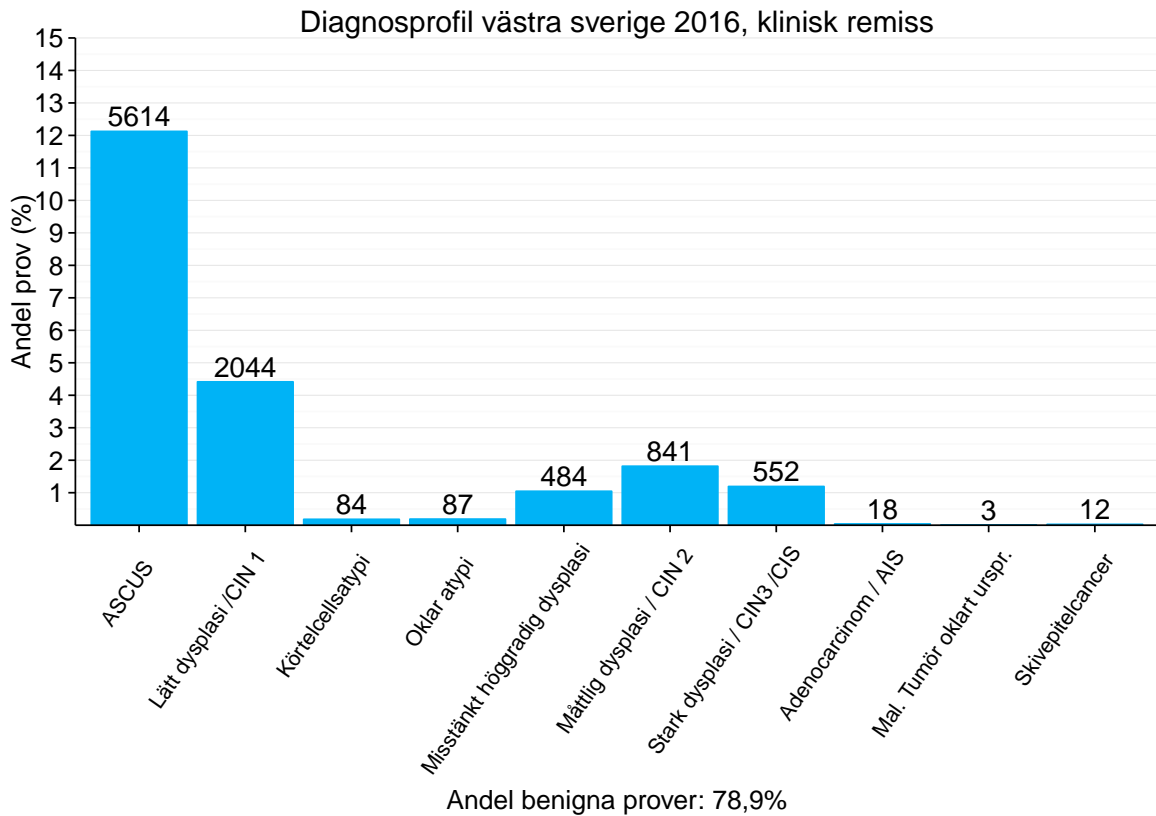
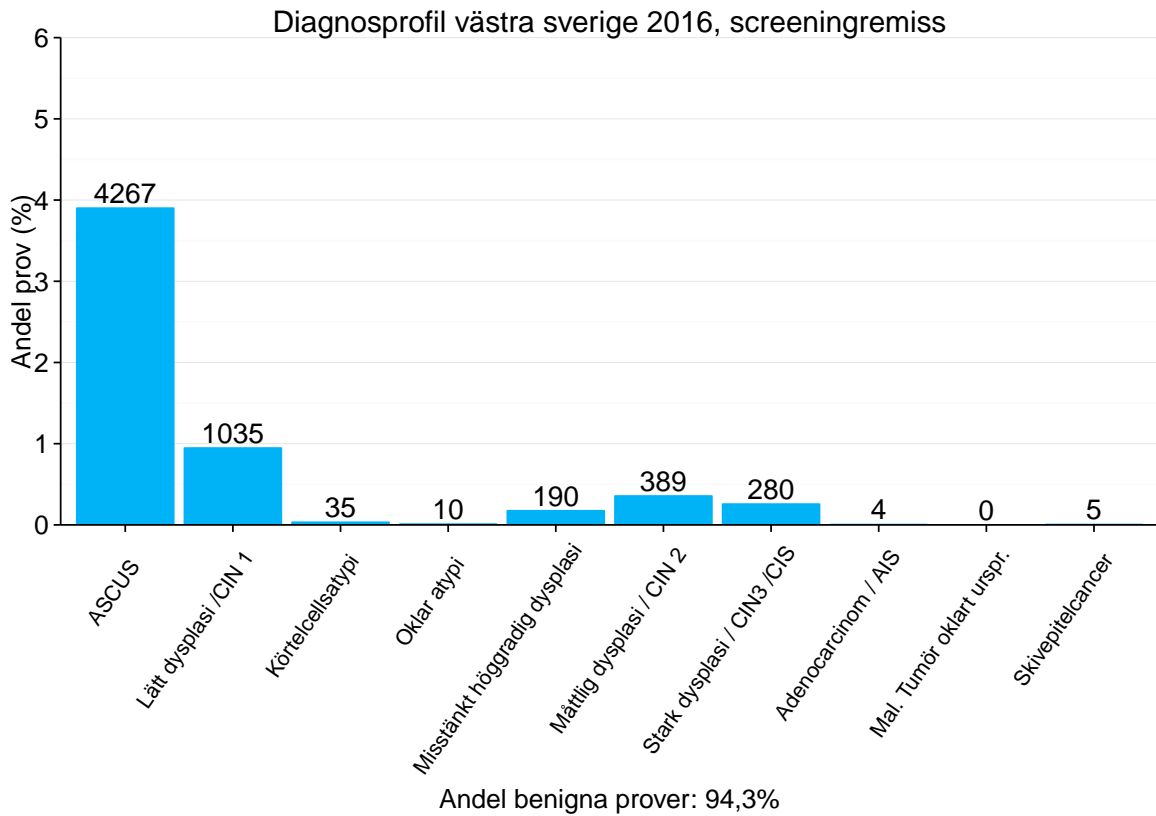


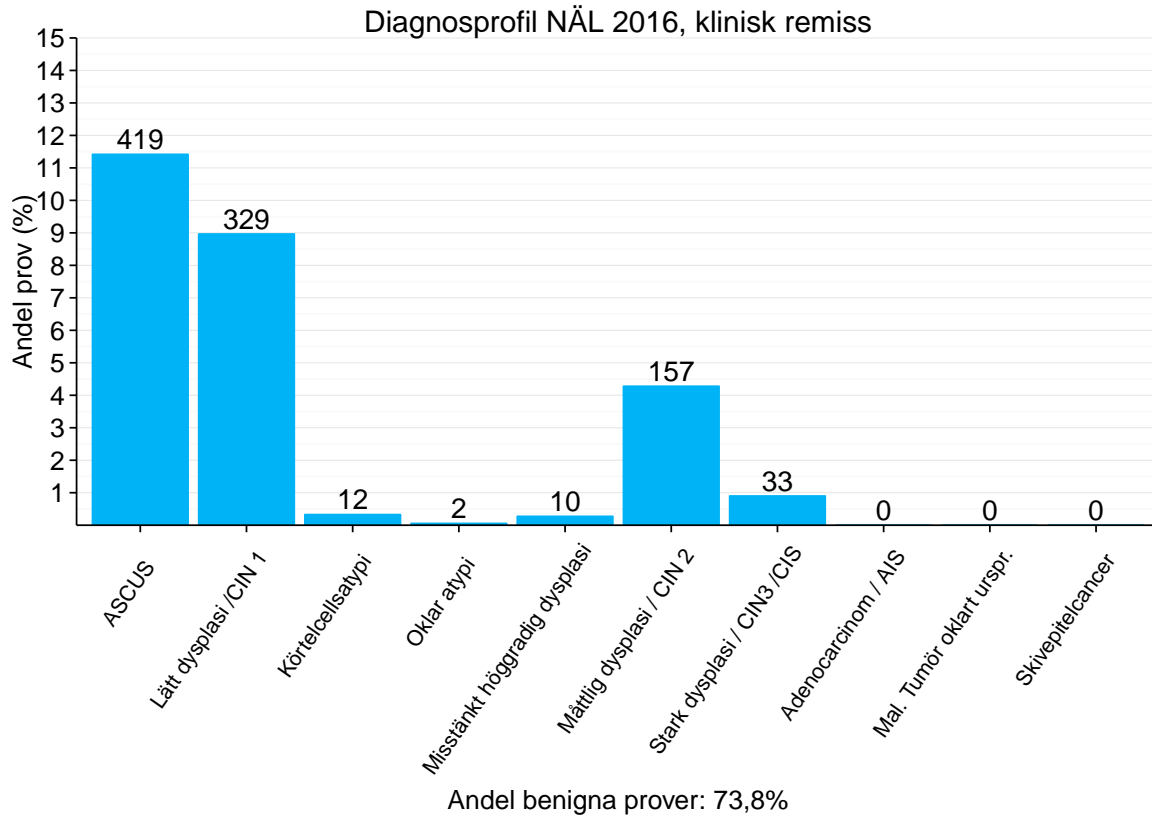
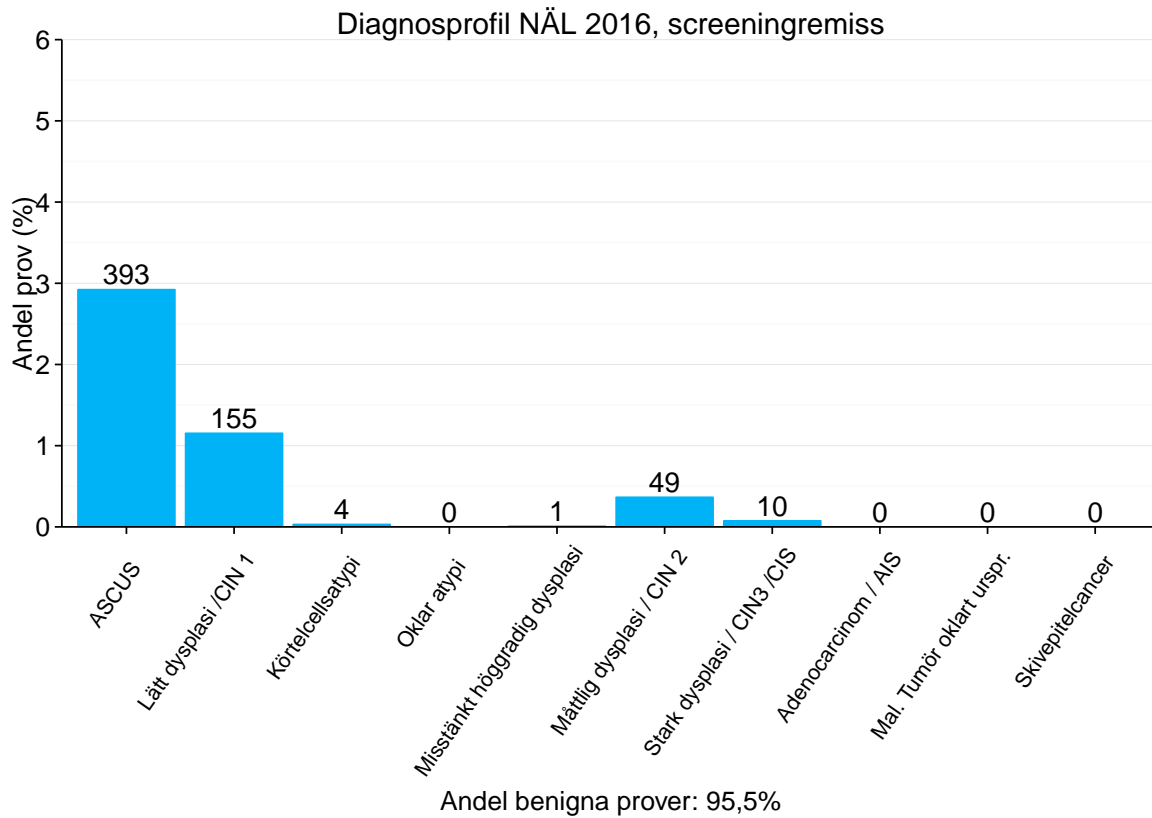
Andel  -2,9%  3,0% - 4,9%  5,0% - 6,9%  7,0% -

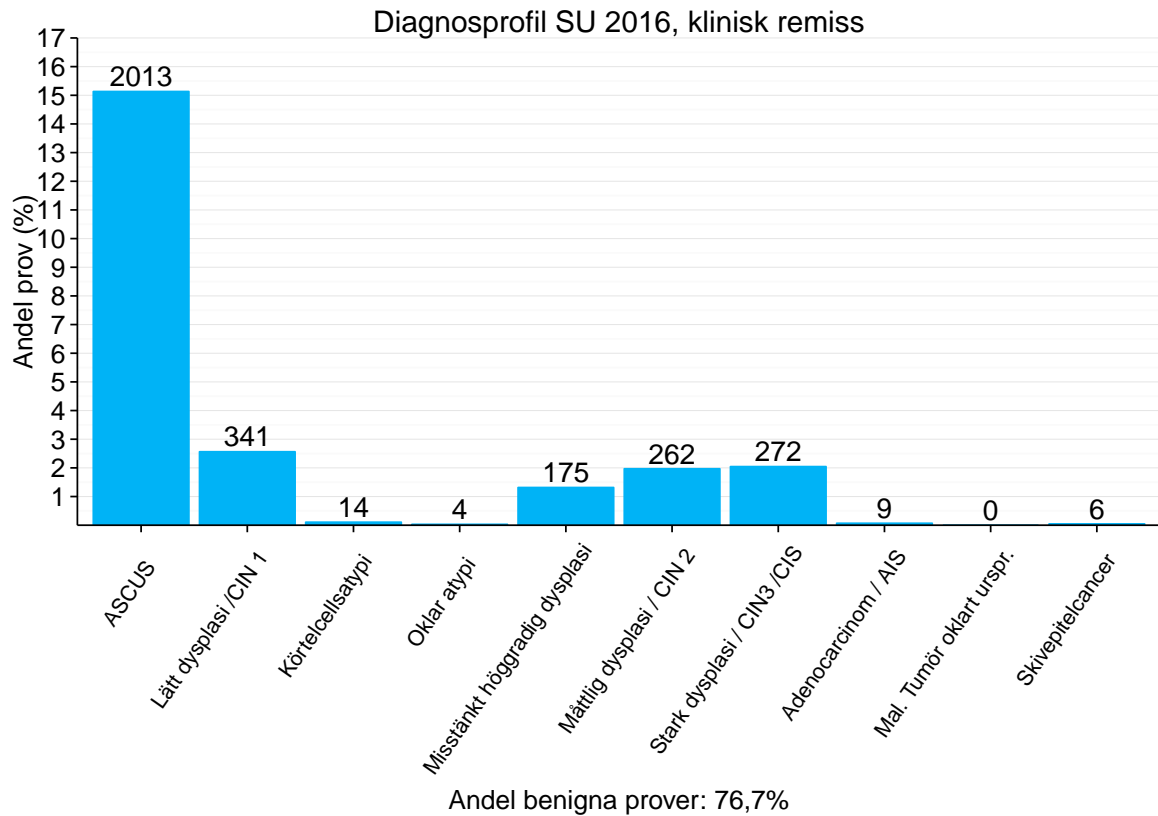
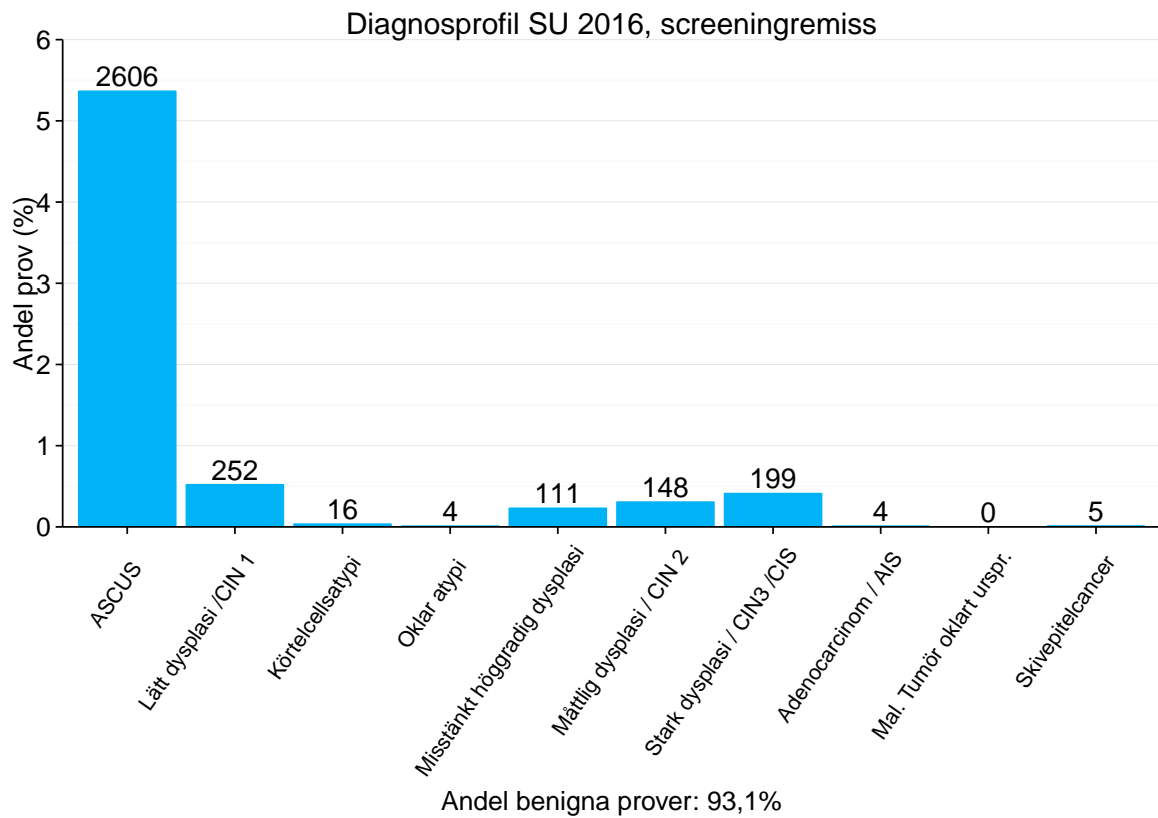
11 Diagnosprofil cytologi

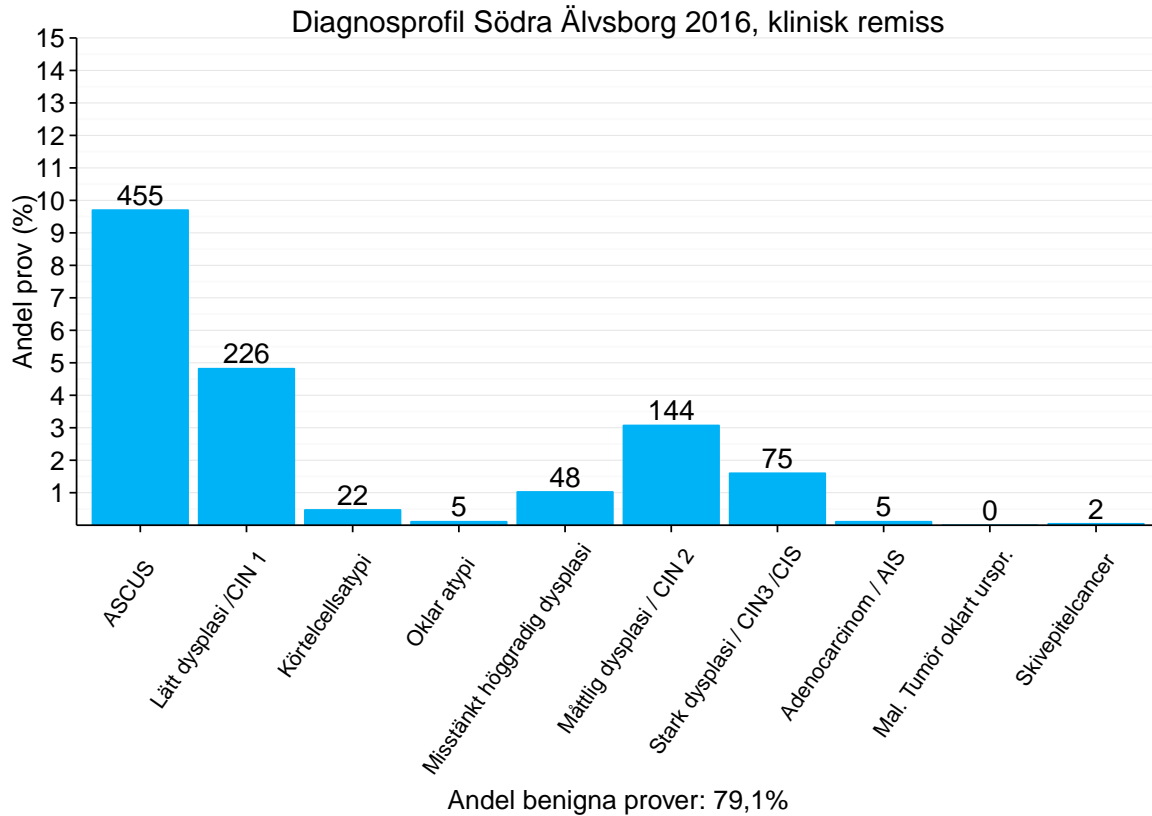
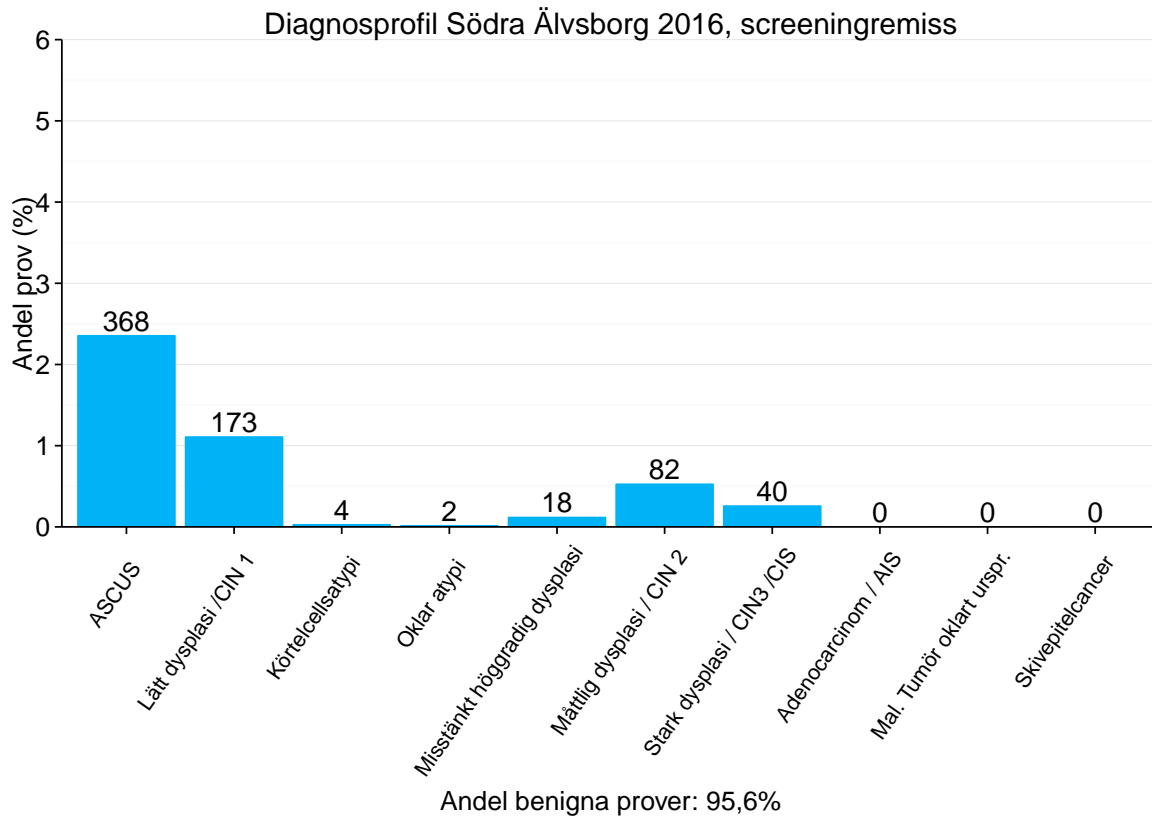
Diagnosprofiler visas uppdelade på prover tagna inom organiserad screening och övriga prover (standardremiss). Ett prov kan ha flera diagnoser men här är bara den "allvarligaste" medräknad efter en hierarkisk skala. Diagrammen har gjorts utifrån respektive laboratorium.

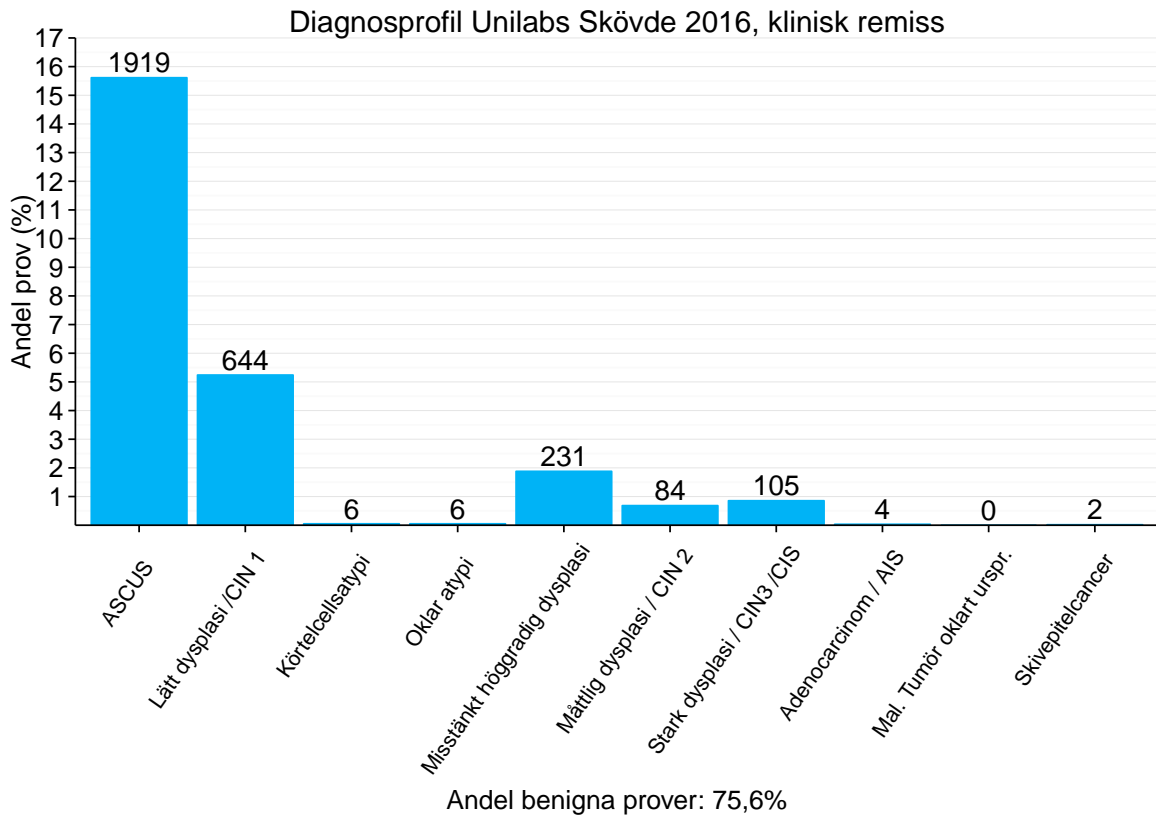
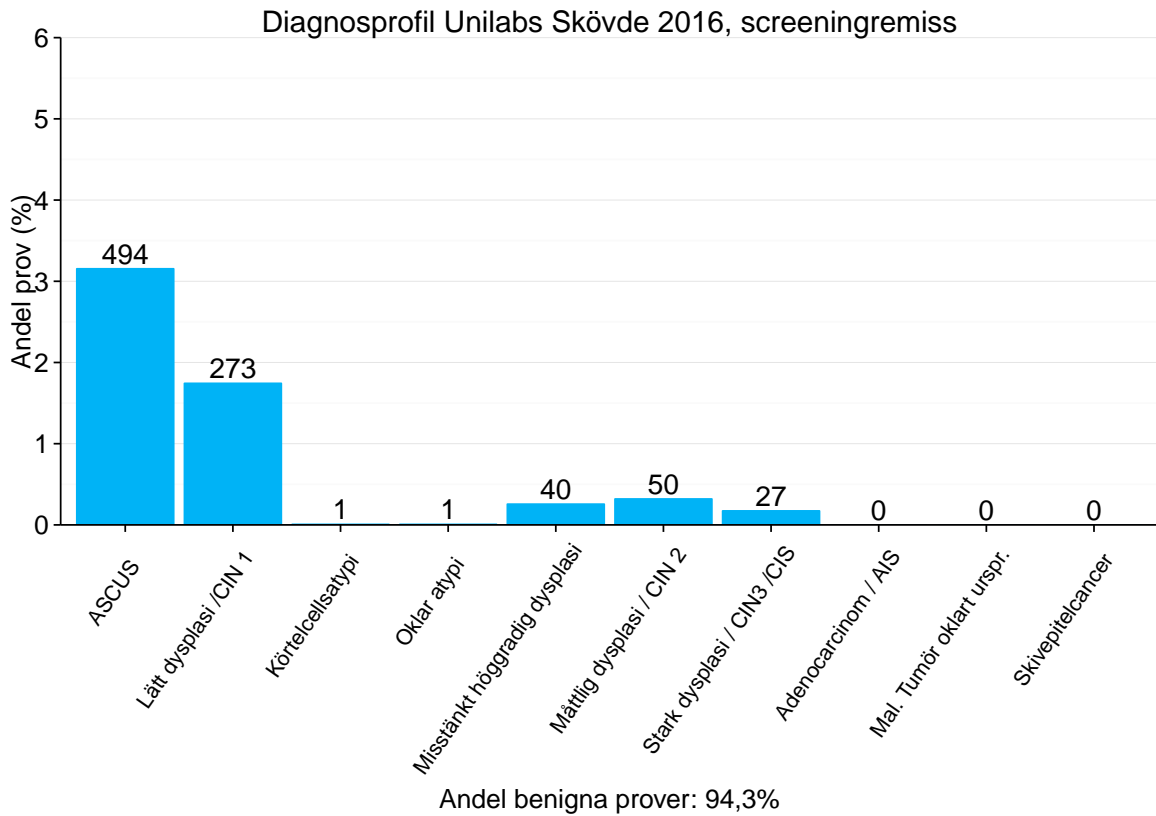
Kommentar: Liksom tidigare år är fördelningen av CIN1 och ASCUS mellan laboratorerna olika. Andelen höggradiga cytologiska förändringar i screening ligger på samma nivå som 2015.

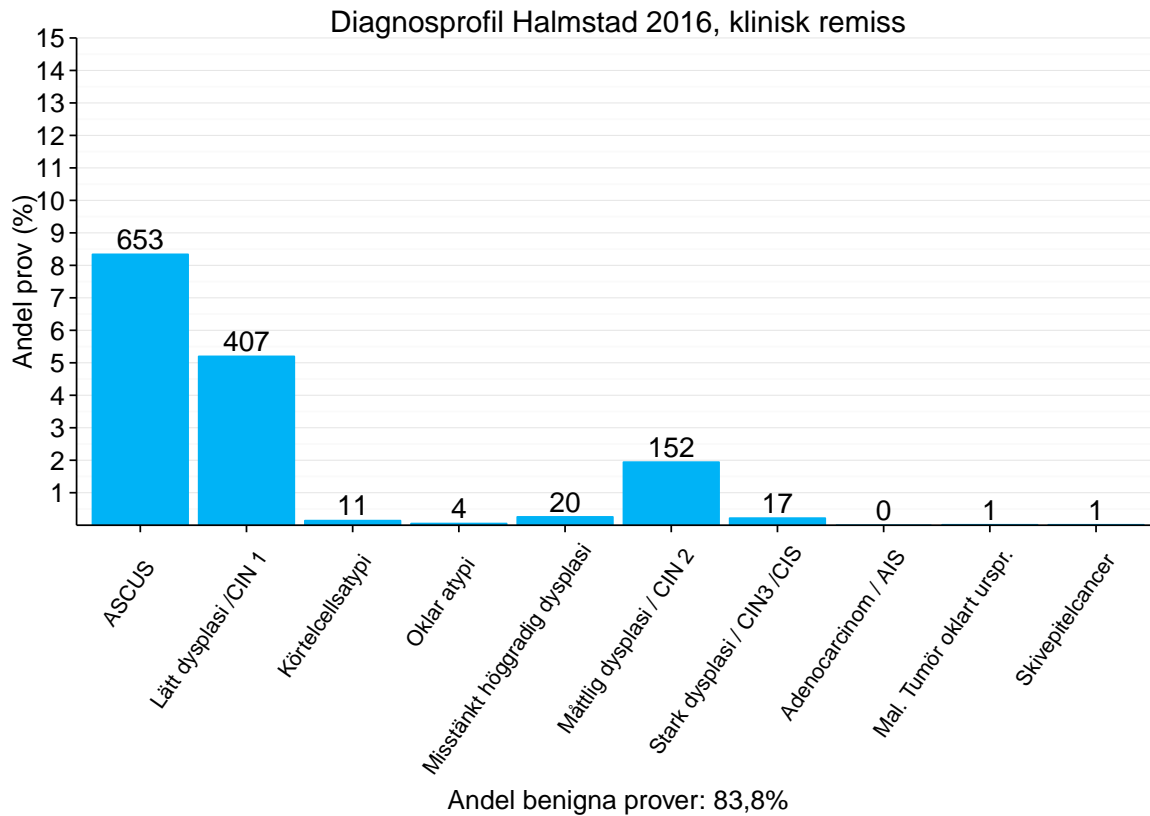
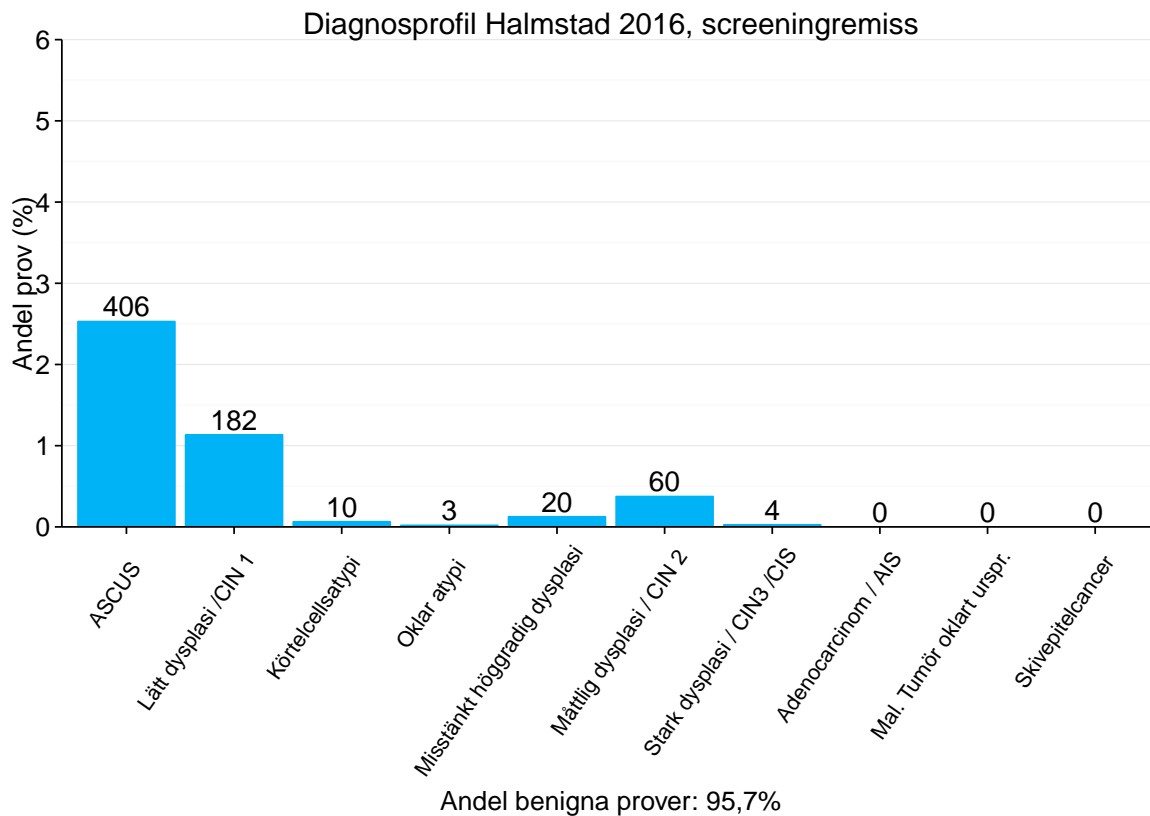


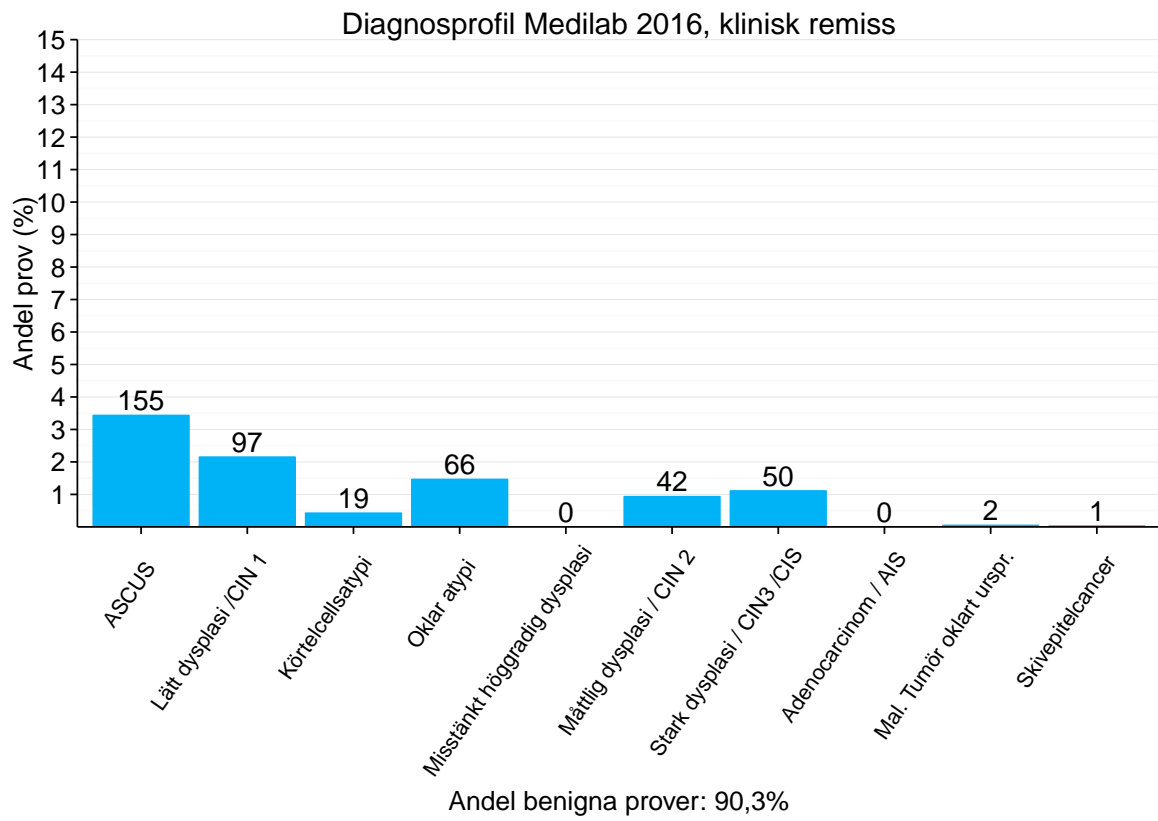












12 Andel avvikande cellprover som är uppföljda i tid

Detta är en ny kvalitetsparameter som har fastställts av Nationella arbetsgruppen för cervixcancerprevention. Riktvärdet är att 90% av alla avvikande prover skall vara uppföljda inom 6 månader för ASCUS/CIN1(LSCIL-cyt) och inom 3 månader för höggradig förändring. 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: För höggradig förändring har det skett en markant försämring för alla enheter. SÅS når nästan upp till 90% nivån men övriga ligger långt under. Med långa svarstider från laboratoriet finns små möjligheter för utredande enhet att kunna följa upp patient i tid. Vårdkedjan måste ses över för de enheter som trots adekvat svarstid från laboratoriet inte når upp till målet.

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

Område	Andel prov
Fyrbodal	94.5%
Skaraborg	89.2%
Södra Älvsborg	88.9%
Göteborg och södra Bohuslän	85.6%
Västra Götaland	88.2%

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

Område	Andel prov
Södra Älvsborg	89.1%
Fyrbodal	56.7%
Skaraborg	29.1%
Göteborg och södra Bohuslän	27.3%
Västra Götaland	42.8%
Halland	79.3%
Västra Sverige	46.5%

13 Utfall av cytologi

Denna lite snåriga tabell är viktig att studera inte minst för gynekologer, cytodiagnostiker och patologer. Den visar den allvarligaste diagnosen som uppträtt i vävnadsprov inom 12 månader efter ett avvikande cytologprov. Den ger bl.a. en fingervisning om risken för en kvinna att ha en höggradig dysplasi i PAD vid en given cytologisk diagnos. Den visar oss också hur stor andel av avvikande diagnoser som följs upp med histopatologi. Redovisningen här görs utifrån laboratorium eftersom diagnostiken skiljer sig en del mellan laboratorierna och en given cytologisk diagnos helt klart har olika allvarlighetsgrad och olika samstämmighet med cytologi. Två tabeller är framtagna. Den som ligger här utgår från alla cellprover med en given diagnos. En andra tabell finns tillgänglig som webb-appendix på <http://www.cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/kvalitetsregister/kvalitetsrapporter/>. Den visar den procentuella fördelningen endast av de prover som följts upp med histopatologi.

Varje cellprov förekommer bara en gång i sammanställningen medan ett histopatologiskt prov kan förekomma flera gånger om en kvinna har tagit flera cellprover inom tidsintervallet. Cellproverna härrör från år 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: Allvarlighetsgraden av ASCUS varierar, men 2016 är spridningen mellan laboratorierna mindre. För 8,8% till 19% av ASCUS visar histopatologin på höggradig förändring. Körtelcellsatypi i cytologi ger en cancerdiagnos i mellan 9 till 38% av proverna. Vid höggradig cellförändring i cytologi finns en höggradig histologisk förändring hos 75-90% av proverna

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	3331	3,1%	983	0,9%	457	0,42%	17	0,016%	268	0,25%	103657	95%	108713	100%
ASCUS	1496	20%	1188	16%	1203	16%	15	0,2%	205	2,7%	3543	46%	7650	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	455	20%	490	22%	579	26%	3	0,13%	75	3,4%	634	28%	2236	100%
Körtelcellsatypi	30	31%	5	5,1%	26	27%	11	11%	3	3,1%	23	23%	98	100%
Oklar atypi	3	23%	1	7,7%	1	7,7%	–	–	1	7,7%	7	54%	13	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	38	8%	56	12%	345	72%	10	2,1%	15	3,1%	13	2,7%	477	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	76	7,5%	106	10%	746	74%	17	1,7%	10	0,99%	55	5,4%	1010	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	13	1,9%	19	2,8%	606	89%	34	5%	1	0,15%	6	0,88%	679	100%
Adenocarcinom/AIS	5	14%	1	2,7%	1	2,7%	12	32%	1	2,7%	17	46%	37	100%
Mal. tumör oklart urspr.	1	20%	–	–	–	–	2	40%	–	–	2	40%	5	100%
Skivepitelcancer	1	5,9%	–	–	6	35%	7	41%	–	–	3	18%	17	100%
Totalt	5449	4,5%	2849	2,4%	3970	3,3%	128	0,11%	579	0,48%	107967	89%	120942	100%

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

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	404	2,4%	38	0,23%	16	0,096%	2	0,012%	32	0,19%	16223	97%	16715	100%
ASCUS	134	25%	78	14%	48	8,8%	–	–	18	3,3%	265	49%	543	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	89	22%	78	19%	87	21%	–	–	13	3,2%	141	35%	408	100%
Körtelcellsatypi	9	38%	–	–	5	21%	4	17%	–	–	6	25%	24	100%
Oklar atypi	1	100%	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	1	50%	–	–	1	50%	–	–	–	–	–	–	2	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	18	9%	24	12%	144	72%	3	1,5%	2	1%	9	4,5%	200	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	4	6,9%	1	1,7%	52	90%	1	1,7%	–	–	–	–	58	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	3	60%	–	–	2	40%	5	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Totalt	660	3,7%	219	1,2%	353	2%	13	0,072%	65	0,36%	16647	93%	17957	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	1540	2,9%	768	1,5%	325	0,62%	7	0,013%	137	0,26%	49804	95%	52581	100%
ASCUS	745	17%	814	18%	860	19%	10	0,22%	107	2,4%	1932	43%	4468	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	99	15%	167	26%	216	34%	–	–	26	4%	135	21%	643	100%
Körtelcellsatypi	9	22%	5	12%	15	38%	4	10%	2	5%	5	12%	40	100%
Oklar atypi	–	–	–	–	1	25%	–	–	–	–	3	75%	4	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	21	6,8%	47	15%	214	70%	8	2,6%	7	2,3%	10	3,3%	307	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	31	8,6%	32	8,9%	268	75%	4	1,1%	6	1,7%	18	5%	359	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	8	1,9%	17	4%	375	89%	18	4,3%	–	–	3	0,71%	421	100%
Adenocarcinom/AIS	4	18%	1	4,5%	1	4,5%	6	27%	1	4,5%	9	41%	22	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	1	8,3%	–	–	4	33%	5	42%	–	–	2	17%	12	100%
Totalt	2458	4,2%	1851	3,1%	2279	3,9%	62	0,11%	286	0,49%	51927	88%	58863	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	391	2,2%	53	0,29%	31	0,17%	1	0,0055%	32	0,18%	17565	97%	18073	100%
ASCUS	99	15%	91	14%	80	12%	3	0,47%	16	2,5%	352	55%	641	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	58	14%	85	21%	76	19%	1	0,25%	12	3%	172	43%	404	100%
Körtelcellsatypi	9	39%	–	–	3	13%	2	8,7%	1	4,3%	8	35%	23	100%
Oklar atypi	1	25%	–	–	–	–	–	–	–	–	3	75%	4	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	1	5,3%	–	–	16	84%	–	–	–	–	2	11%	19	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	12	4,4%	35	13%	197	73%	2	0,74%	–	–	24	8,9%	270	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	–	–	82	90%	8	8,8%	–	–	1	1,1%	91	100%
Adenocarcinom/AIS	1	14%	–	–	–	–	2	29%	–	–	4	57%	7	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	2	67%	1	33%	–	–	–	–	3	100%
Totalt	572	2,9%	264	1,4%	487	2,5%	20	0,1%	61	0,31%	18131	93%	19535	100%



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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	996	4,7%	124	0,58%	85	0,4%	7	0,033%	67	0,31%	20065	94%	21344	100%
ASCUS	518	26%	205	10%	215	11%	2	0,1%	64	3,2%	994	50%	1998	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	209	27%	160	20%	200	26%	2	0,26%	24	3,1%	186	24%	781	100%
Körtelcellsatypi	3	27%	–	–	3	27%	1	9,1%	–	–	4	36%	11	100%
Oklar atypi	1	25%	1	25%	–	–	–	–	1	25%	1	25%	4	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	15	10%	9	6%	114	77%	2	1,3%	8	5,4%	1	0,67%	149	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	15	8,3%	15	8,3%	137	76%	8	4,4%	2	1,1%	4	2,2%	181	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	1	0,92%	1	0,92%	97	89%	7	6,4%	1	0,92%	2	1,8%	109	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	–	–	1	33%	–	–	2	67%	3	100%
Mal. tumör oklart urspr.	1	20%	–	–	–	–	2	40%	–	–	2	40%	5	100%
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	1	50%	–	–	1	50%	2	100%
Totalt	1759	7,2%	515	2,1%	851	3,5%	33	0,13%	167	0,68%	21262	86%	24587	100%

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

Histopatologi från enbart cervix

	Benigt		CIN1		CIN2-3		Cancer		Annat		Ingen		Totalt	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
Cytologi(från cervix)														
Benigt Prov	637	2,9%	74	0,34%	33	0,15%	2	0,0092%	41	0,19%	20879	96%	21666	100%
ASCUS	253	32%	116	14%	76	9,5%	2	0,25%	33	4,1%	323	40%	803	100%
Lätt dysplasi/CIN 1	179	29%	132	21%	107	17%	3	0,48%	32	5,1%	175	28%	628	100%
Körtelcellsatypi	6	21%	–	–	8	29%	7	25%	3	11%	4	14%	28	100%
Oklar atypi	1	17%	1	17%	2	33%	–	–	1	17%	1	17%	6	100%
Misstänkt höggradig dysplasi	2	5,6%	4	11%	25	69%	3	8,3%	1	2,8%	1	2,8%	36	100%
Måttlig dysplasi/CIN 2	14	7%	25	12%	148	74%	7	3,5%	2	1%	5	2,5%	201	100%
Stark dysplasi/CIN 3/CIS	–	–	–	–	22	81%	5	19%	–	–	–	–	27	100%
Adenocarcinom/AIS	–	–	–	–	1	50%	–	–	–	–	1	50%	2	100%
Mal. tumör oklart urspr.	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Skivepitelcancer	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	1	100%	1	100%
Totalt	1092	4,7%	353	1,5%	422	1,8%	29	0,12%	113	0,48%	21392	91%	23401	100%

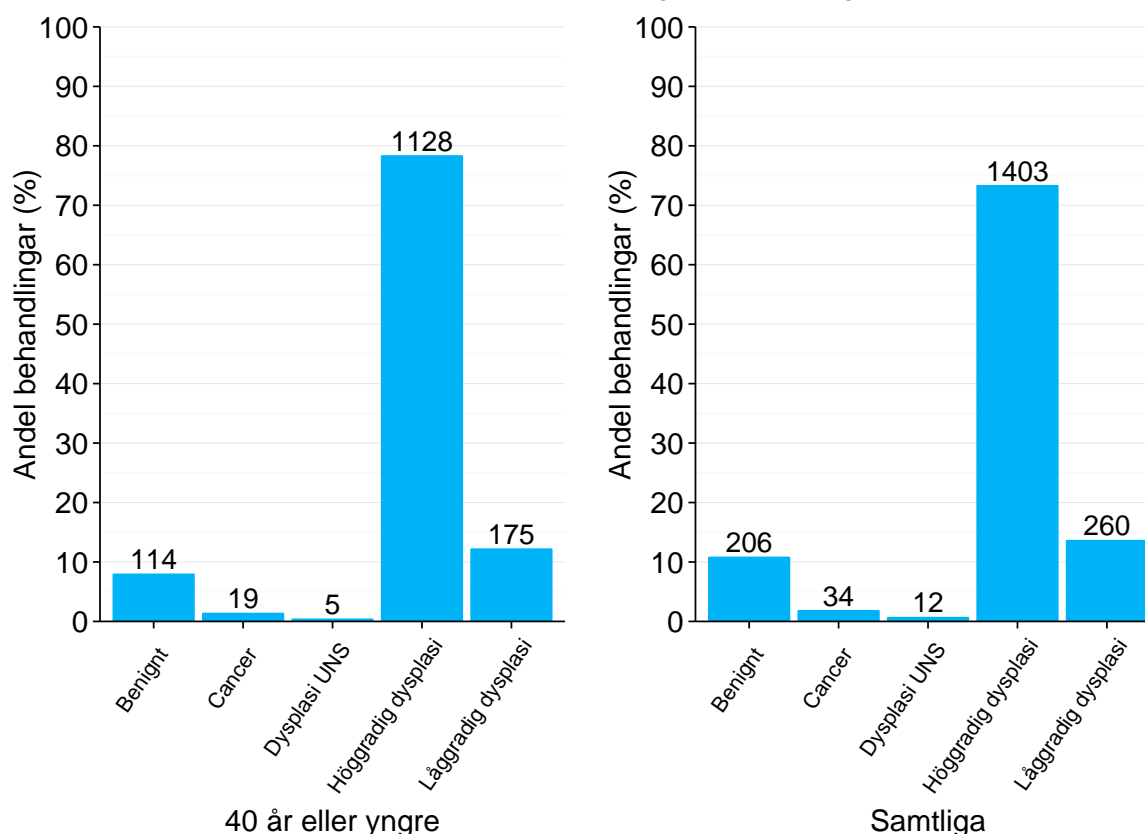
14 PAD-utfall av behandling

En styrka med resektionsbehandlingar är att de genererar ett preparat för PAD och behandlingseffekten kan utvärderas. Utfallet av resektionsbehandlingar under år 2016 redovisas här. I enlighet med C-ARG:s och NACx riktlinjer särredovisas uppgifterna för kvinnor upp till 40 års ålder. C-ARG 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. Lätta förändringar skall följas enligt vårdprogrammet och resektionsbehandling förordas endast för en liten grupp. 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.

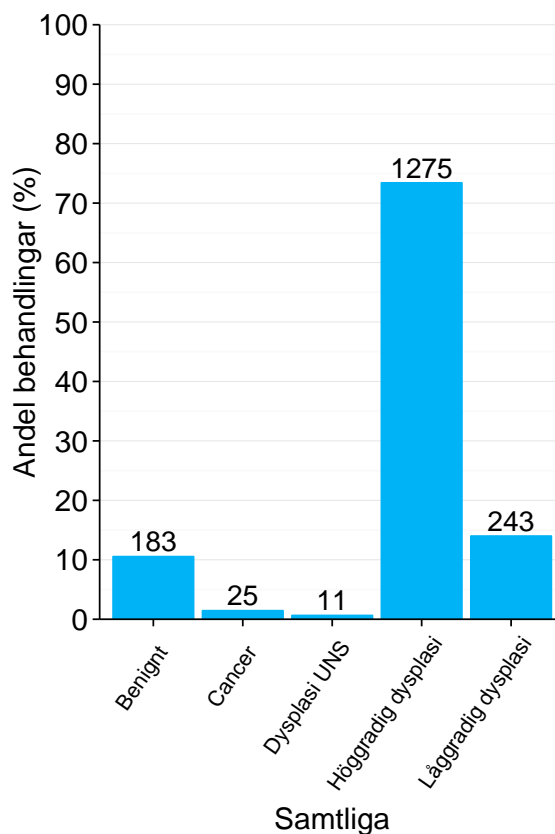
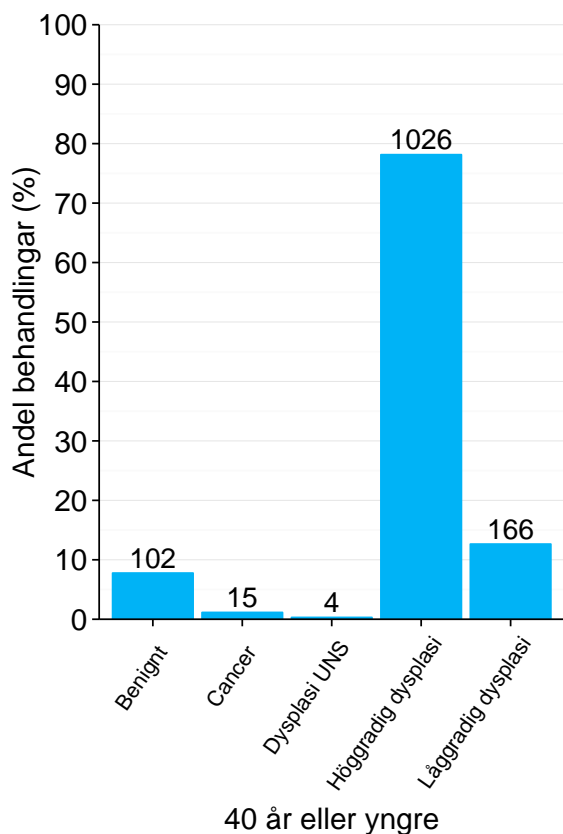
Utfallet får i hög grad ses som ett mått på utredningens kvalitet och i mindre grad på själva behandlingens kvalitet. NACx kvalitetsmått har högst 15% benigna resektat som riktmärke. Motsvarande för kvinnor under 40 års ålder är 10%. Nationella standards har också fastställts för andelen CIN2+ i PAD som för kvinnor under 40 år bör vara $\geq 75\%$.

Kommentar: Västra Sverige klarar de uppsatta kvalitetsmålen. För några behandlande enheter ligger nivåerna alldeles för högt och man bör där se över rutiner och följsamhet till vårdprogram.

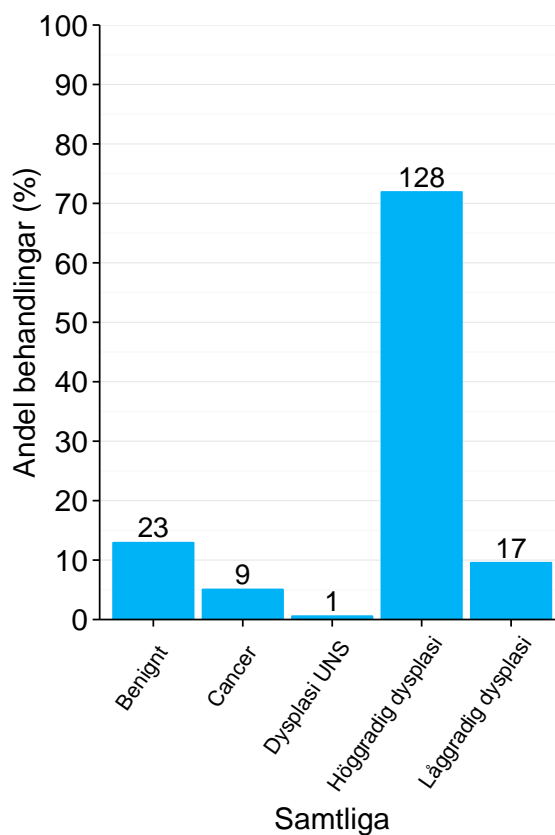
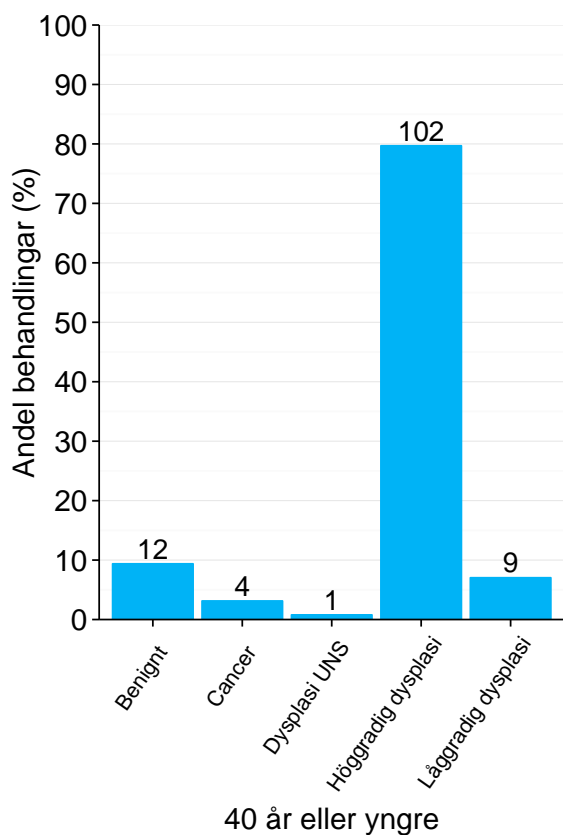
PAD-utfall av resektionsbehandling, västra Sverige, 2016



PAD-utfall av resektionsbehandling, Västra Götaland, 2016



PAD-utfall av resektionsbehandling, Halland, 2016



PAD-utfall av resektionsbehandling per behandlande enhet 2016

Behandlande enhet	Histoklass						Totalt Antal
	Benigt		CIN2+		Övrigt		
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Alingsås sjukhus	7	10%	52	72%	13	18%	72
Angereds Närsjukhus	7	4%	130	73%	40	23%	177
Frölunda specialistsjukhus	10	5%	153	82%	24	13%	187
Gyn mott Fröja, Kungälv	4	11%	30	79%	4	11%	38
Gyn mott Fröja, Stenungsund	1	6%	15	88%	1	6%	17
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	5	4%	115	86%	13	10%	133
Gyn mott VC Skene	1	7%	11	79%	2	14%	14
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	7	21%	22	67%	4	12%	33
Göteborgs Kvinnoklinik	4	21%	14	74%	1	5%	19
Hallands sjukhus Halmstad	9	11%	64	75%	12	14%	85
Hallands sjukhus Kungsbacka	5	17%	23	79%	1	3%	29
Hallands sjukhus Varberg	9	14%	50	78%	5	8%	64
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	6	26%	15	65%	2	9%	23
Lundby sjukhus	37	19%	138	72%	17	9%	192
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	30	15%	140	71%	26	13%	196
Skaraborgs sjukhus Lidköping	23	26%	59	67%	6	7%	88
Skaraborgs sjukhus Skövde	10	13%	57	75%	9	12%	76
SU/Sahlgrenska	15	5%	216	77%	49	18%	280
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	16	8%	133	69%	43	22%	192
Totalt	206	11%	1437	75%	272	14%	1915

15 Konhöjd och antal ingrepp per operatör

Det står alltmer klart att den något ökade risken för att föda för tidigt i gravititeter som kommer efter dysplasi behandling står i proportion till volymen cervixvävnad som tas bort eller förstörs. Andelen ”konhöjd registreradävser anturligtvis 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 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 skäl. Operatörer vid hysterektomi räknas inte in i de kvantitativa målen.

Kommentar: Medianvärdet för konhöjd ligger kvar på 9 mm. Antalet destruktionsbehandlingar fortsätter att minska och har utförts på 2 mottagningar. Endast en enhet har rapporterat hysterektomi med dysplasi som primär eller partiell indikation vilket torde vara en underrapportering.

Enhet	Antal behandlingar					Konhöjd registrerad				
	Res	Des	Hyst	Övr	Tot	Antal	Andel	Median	Min	Max
Alingsås sjukhus	72	0	0	0	72	72	100%	9	5	13
Angereds Närsjukhus	182	0	0	0	182	182	100%	8	3	12
Frölunda specialistsjukhus	191	0	0	0	191	190	99%	9	4	18
Gyn mott Fröja, Kungälv	40	0	0	0	40	39	98%	9	6	14
Gyn mott Fröja, Stenungsund	17	0	0	0	17	17	100%	10	7	20
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	135	0	0	0	135	135	100%	7	5	20
Gyn mott VC Skene	15	0	0	0	15	15	100%	12	8	13
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	35	0	0	0	35	34	97%	10	6	15
Göteborgs Kvinnoklinik	20	0	0	0	20	16	80%	8	3	12
Hallands sjukhus Halmstad	86	3	0	0	89	89	103%	12	5	26
Hallands sjukhus Kungsbacka	29	0	0	0	29	29	100%	8	6	12
Hallands sjukhus Varberg	69	0	0	0	69	69	100%	10	5	25
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	23	0	0	0	23	23	100%	8	3	15
Lundby sjukhus	193	0	0	0	193	191	99%	8	4	20
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	199	0	0	0	199	199	100%	10	5	18
Skaraborgs sjukhus Lidköping	93	0	0	0	93	93	100%	9	6	20
Skaraborgs sjukhus Skövde	80	0	5	0	85	79	99%	10	5	30
SU/Sahlgrenska	286	2	0	0	288	283	99%	8	4	22
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	193	0	0	0	193	185	96%	10	5	17
Alla enheter	1958	5	5	0	1968	1940	99%	9	3	30

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

Erfarenhet operatörer

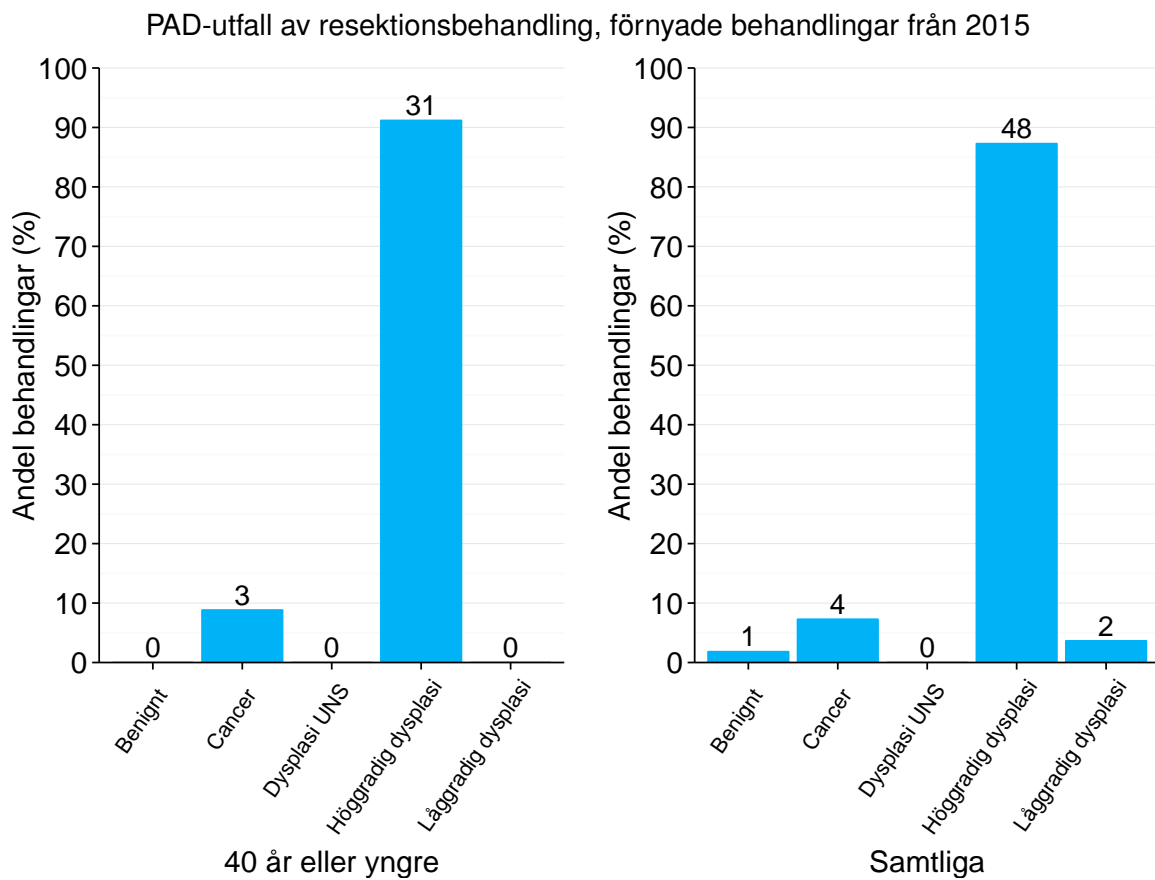
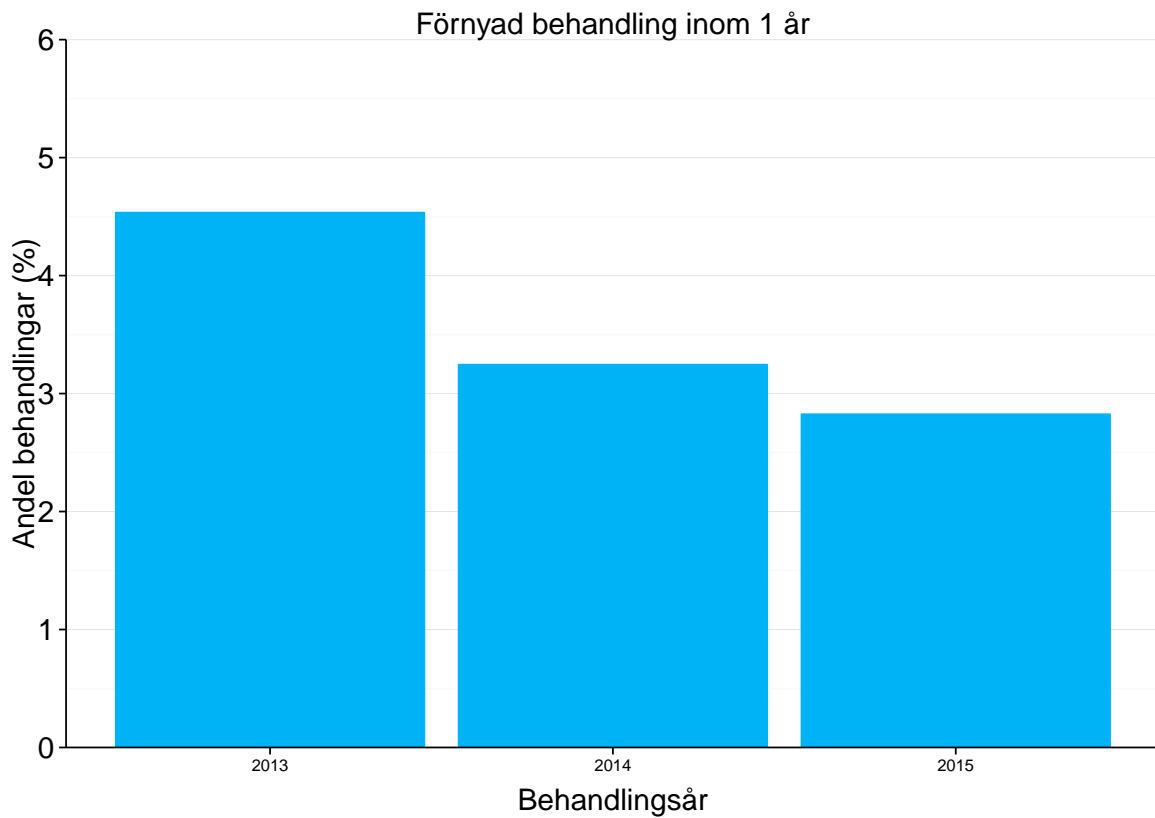
Enhet	Antal operatörer	Operatörer med minst 25 ingrepp	
		Andel operatörer	Andel behandlingar
Alingsås sjukhus	5	20%	72%
Angereds Närsjukhus	4	75%	99%
Frölunda specialistsjukhus	4	75%	94%
Gyn mott Fröja, Kungälv	3	0%	0%
Gyn mott Fröja, Stenungsund	1	0%	0%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	2	100%	100%
Gyn mott VC Skene	1	0%	100%
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	1	100%	100%
Göteborgs Kvinnoklinik	5	0%	5%
Hallands sjukhus Halmstad	10	0%	0%
Hallands sjukhus Kungsbacka	3	0%	0%
Hallands sjukhus Varberg	7	14%	65%
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	3	0%	0%
Lundby sjukhus	6	33%	81%
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	7	43%	75%
Skaraborgs sjukhus Lidköping	5	40%	73%
Skaraborgs sjukhus Skövde	7	0%	8%
SU/Sahlgrenska	8	50%	89%
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	8	38%	92%
Alla enheter	79	33%	74%

16 Förnyade behandlingar ("Re-koniseringar")

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

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

Kommentar: Förnyade behandlingar fortsätter att minska och ligger nu under 3%. Endast vid en behandling var utfallet benignt PAD. Rekonisering som visar cancer är sannolikt en del i fortsatt utredning eller behandling.



Förnyade behandlingar från 2015 per ursprungsenhet

Enhet	Antal behandlingar	Ombehandlade Antal	Ombehandlade Andel
Alingsås sjukhus	76	3	4%
Angereds Närsjukhus	159	6	4%
Frölunda specialistsjukhus	220	2	1%
Gyn mott Fröja, Kungälv	34	0	0%
Gyn mott Fröja, Stenungsund	14	1	7%
Gyn mott Kungshöjd, Göteborg	127	1	1%
Gyn mott VC Skene	21	2	10%
Gynekologmottagningen i Centrum Skövde	34	2	6%
Göteborgs Kvinnoklinik	27	0	0%
Hallands sjukhus Halmstad	91	1	1%
Hallands sjukhus Kungsbacka	37	1	3%
Hallands sjukhus Varberg	76	3	4%
Kvinnokliniken Carlanderska Göteborg	8	0	0%
Lundby sjukhus	136	4	3%
NÄL Norra Älvsborgs Länssjukhus NU-sjukv Trollhättan	221	2	1%
Skaraborgs sjukhus Falköping	1	0	0%
Skaraborgs sjukhus Lidköping	86	2	2%
Skaraborgs sjukhus Skövde	124	8	6%
SU/Sahlgrenska	333	15	5%
SÄS/Södra Älvsborgs sjukhus Borås	193	4	2%
Alla enheter	2018	57	3%



Ett samarbete i Västra sjukvårdsregionen