

Årsrapport 2007



Regionalt Cervixscreeningsregister

Sammanfattning:

Det Regionala Cervixscreeningregistret är inrättat av Hälso- och Sjukvårdsnämnden (HSN) i Region Skåne och har uppdraget att svara för uppföljning och utvärdering av screeningverksamheten. Cervixregistret insamlar och utvärderar kontinuerligt all information om det gynekologiska cellprovtagningsprogrammet samt föreslår kontinuerligt kvalitetsförbättrande åtgärder till verksamheten. Åtterrapporering av nyckeltal som befolkningstäckning per kommun och andel överprovtagna prover har lett till: 1) en mätbar, dock ganska blygsam, ökning av deltagandet 2) en mycket kraftig minskning av överprovtagning utöver rekommendation 3) ökad förbättringsaktivitet, med aktivt förbättringsarbete pågående nu på alla håll i Skåne. 4) minskat antal ej uppföljda avvikande prov. 5) ökad medvetenhet om skillnader i diagnostik och kodning av diagnostiska resultat mellan patologiska/cytologiska kliniker i Region Skåne. 6) en bas för införande av förändringar på ett organiserat och utvärderingsbart sätt.

Under 2007 togs 88283 cellprov från 83160 kvinnor i Region Skåne. Överprovtagning utöver rekommendation har minskat betydligt (uppskattat till 8799 prov 2007, 9008 prov 2006 och hela 13184 prov 2005).

Täckningsgraden (andel av befolkningen som deltar enligt HSNs rekommendation) var 68,7% år 2005. Den ökade betydligt under 2006 till 71,8%, men under 2007 har förbättring endast skett i ett distrikt och för Region Skåne som helhet blev täckningsgraden under 2007 endast 71,1%.

Även om betydande förbättring skett på flera håll, är det således fortfarande långt kvar till målsättningen om 85% deltagande.

Innehåll:

Bakgrund, uppdrag och organisation:

Regionala Cervixscreeningregistret är av HSN förlagt till laboratoriemedicindivisionen vid Universitetssjukhuset MAS. Det är en regional verksamhet som arbetar på ett direkt uppdrag från Hälso- och Sjukvårdsdirektören. I uppdraget anges att "Cervixscreeningregistret ska åtminstone:

- innehålla alla data som behövs för optimal screening, optimal sjukvård och optimala FoU-förutsättningar.
- vara populationsbaserad, välfungerande och täcka hela upptagningsområdet.
- ge möjlighet att utfärda kallelser för hela regionen.
- uppdateras kontinuerligt.
- inkludera fall av alla cytologprover.
- regelbunden uppgradering mot befolkningsregistret.
- kunna användas för kontinuerlig långsiktig monitorering av screeningprogrammets funktion och för kvalitetsutveckling."

Själva cervixscreeningprogrammet har följande, av HSN Region Skåne beslutade, målsättningar:

- Ingen kvinna boende i regionen ska behöva utveckla livmoderhalscancer på grund av kvalitetsbrister i provtagningsprogrammet.

Besöksadress
Universitetssjukhuset MAS
Ingång 78

Postadress
UMAS, Ing. 78
205 02 MALMÖ

Telefon/telefax
046 338126
040 337312 telefax

- Förekomsten av livmoderhalscancer ska uppmätas och rapporteras.
 - För samtliga fall av livmoderhalscancer i regionen undersöks om uppkomsten kan tillskrivas brister i programmet och i så fall ska åtgärder för avhjälpande av dessa brister föreslås.
- För Region Skåne ska EU:s målsättning om ett deltagande av minst 85 % av kvinnorna i de aktuella målgrupperna gälla.
 - Täckningsgraden ska regelbundet analyseras och deltagandet ska uppmätas och rapporteras årligen och bör uppvisa en positiv utveckling.
- Överförbrukning av provtagning utanför rekommenderade intervall ska minimeras.
 - Graden av överförbrukning ska uppmätas och informationsinsatser om att det inte finns hälsovinster med provtagning utöver rekommenderade intervall riktas till både provtagare och allmänhet. Provtagningen som sker inom ramen för den organiserade screeningen ska samordnas med den som sker utanför för att minska tätare provtagningar än vad som rekommenderas.

Registret är för närvarande inbemannat med en registeransvarig professor (Joakim Dillner, 15% arbetstid), en medicinskt ansvarig överläkare (Kaj Bjelkenkrantz, 20% arbetstid), en databasadministratör (Maria Anderberg, 20% arbetstid) samt en projektassistent (Anna-Maria Domanski, 10% arbetstid). Verksamheten kan indelas i:

- Dataimport och kvalitetskontroll av dataunderlaget.
- Informationsinsatser.
- Analys av deltagande och överförbrukning.
- Kvalitetskontroll av screeningprogrammet.

Dataimport och kvalitetskontroll av data

Vi får data från 7 cytologiska laboratorier (Växjö, Halmstad, Karlskrona, Helsingborg, Kristianstad, Lund och Malmö). Vi hämtar antingen data själva via s.k. "remote access" (reglerad i särskilt avtal med berörd verksamhetschef) eller så skickar laboratoriet en export den första måndagen i varje månad. Den faktiska exporten fungerar bra, även om påminnelser kan behövas ibland. Alla data som skickas är krypterade (s.k. SLL-kryptering). Databehandlingen och dess omfattning är registrerad hos personuppgiftsombudet Region Skåne samt reglerad i avtal med Nationella Kvalitetsregistret för Gynekologisk Cellprovtagning.

I dataimporten ingår personnummer, provtagningsår, löpnummer, provets sort, provets inregistreringsdatum, provtagningsstation(kund), provtagarens namn (ofta), provets organstillhörighet, diagnoskod, län och kommunkod.

Varje månad importerar vi också en kopia av aktuellt befolkningsregister, för att använda i beräkningar av deltagande i cellprovtagningarna.

Det har krävts ett omfattande kvalitetsarbete för att säkerställa att ingående data är korrekta och tolkningsbara. Initiala problem rörde t.ex. dubbel-registrering av prov, ej standardiserade diagnoskoder samt problem med att data ändras över tid (prover som kanske inte är färdigbesvarade, kanske svaras om pga ny granskning eller av andra skäl ännu inte varit färdiga vid dataexporten). Rutiner för rensning av dessa felkällor har etablerats, t.ex. genom att vi vid varje månads import inhämtar de senaste 4 månadernas provtagning och "skriver över" tidigare importerade data.

Informationsinsatser

Uppföljningen återrapporteras till verksamheten i första hand till den regionala Styrgrupp som sammanträder 4 gånger per år och har en allsidig representation från berörda verksamheter som

arbetar med implementeringen av screeningprogrammet (Ordförande överläkare Christer Borgfeldt, Kvinnokliniken i Lund).

Registrets personal står också till förfogande med aktuell information vid olika regionala utbildningsdagar eller särskilda av oss sammankallade möten samt på förfrågan från hälso- och sjukvårdsledningen eller massmedia.

För allmänheten har vi en hemsida (www.cellprov.org) med allmän information. Under 2007 har hemsidan kompletterats med en "intern" del där mer detaljerad medicinsk information om registrets aktuella analyser kan ges till informationsmottagare inom vårdsektorn. Under fliken "internt" och med det inom berörda verksamheter spridda lösenordet "cin3" presenteras sammanställningar med diagram och tabeller fortlöpande.

Kvalitetskontroll:

Övervakning över att alla fall av allvarlig cellförändring verkligen följs upp:

Enligt nationella data har cirka 7% av alla kvinnor med livmoderhalscancer under de sex sista åren innan canceren haft en cellförändring som inte följts upp. Kvalitetsuppföljning har visat att utebliven uppföljning är ganska ovanligt vid allvarlig cellförändring, men innebär mycket höga risker för cancer.

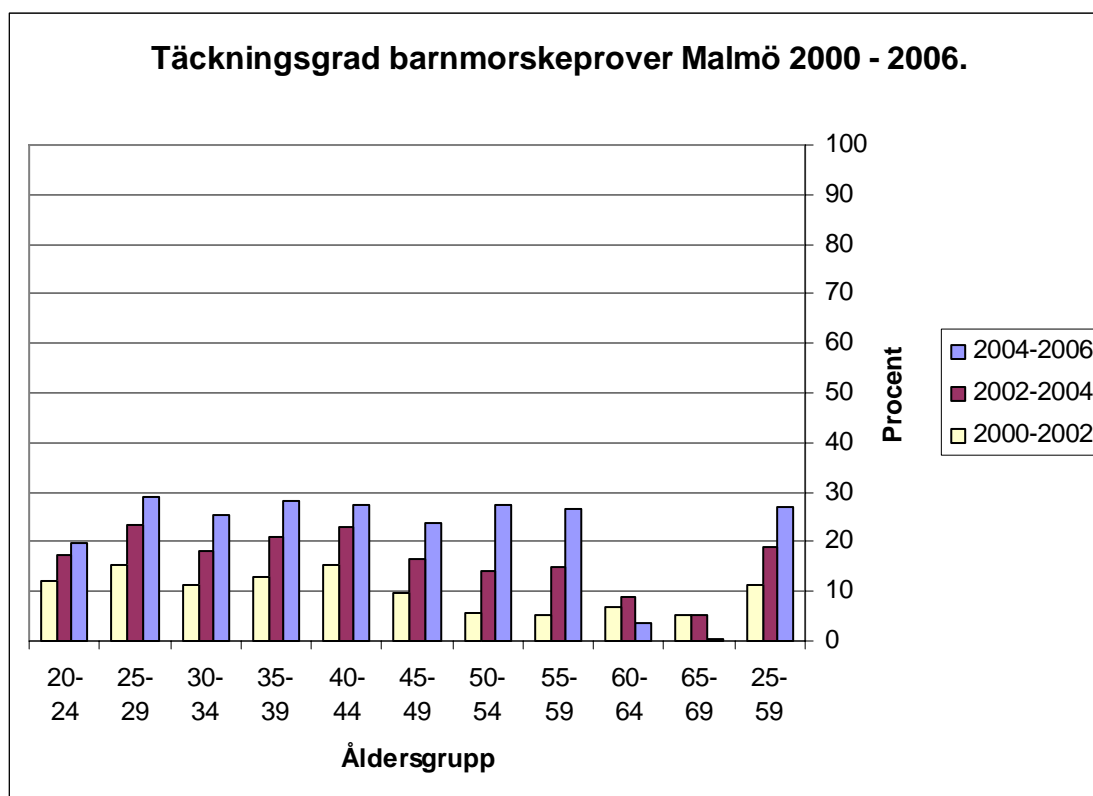
Varje månad analyserar registret vilka kvinnor som har haft väsentlig cellförändring (CIN2+) under intervallet 4-12 månader sedan, men inte följts upp med vävnadsprov. Listor med dessa kvinnor skickas till ansvariga lokala kliniker. De prover som har följts upp med endast nytt cellprov (ej rekommenderat) eller vävnadsprov från annat gynekologiskt organ markeras med denna information så att ansvarig kliniker ser vad som hänt. Lokala kliniker beredda att ta ansvar för att följa upp dessa kvinnor har identifierats under hand och dessa "bevakningslistor" fungerar nu för större delen av Skåne.

Utredning av de cervixcancerfall som uppstått inom Södra sjukvårdsområdet:

Det är en viktig del av vårt uppdrag att undersöka varför en del kvinnor får cervixcancer trots att screening genomförs. Årligt återkommande utredning skall besvara frågan om vilka kvinnor som ändå får cervixcancer - är det bara de som inte deltagit? Drabbar cancer även kvinnor som tagit cellprov och kan canceren i så fall tillskrivas någon form av kvalitetsbrist i programmet, som t.ex. utebliven uppföljning av funnen cellförändring? Vi har valt ut alla kvinnor som fått diagnosen skivepitelcancer i cervix under 2006 i registrets databas. Alla laboratorier har sedan skickat alla proverna som tagits från dessa kvinnor de senaste 6 åren till registret. På registret avidentifierar vi proven och gör om diagnostiken. Genom denna dubbelkontroll kommer vi att kunna se om det för dessa kvinnor funnits svagheter i diagnostik eller vårdkedjor som skulle kunna förbättras.

Uppföljning av i verksamheten genomförda förbättringar:

En viktig del av vårt uppdrag är att ge optimala förutsättningar för FoU inom verksamheten, vilket innefattar att vi erbjuder en standardiserad och oberoende analys av effekten av de förbättringsprojekt som verksamheten genomför. Som exempel visas analys av andel kvinnor i Malmös befolkning som deltar i organiserad screening nedan. En omläggning av systemet för hur kallelser utfärdas i Malmö utfördes 2002 av Agneta Westman vid Cytologen, UMAS, innebärande att kallelser inte som förut utfärdas i ordning efter kvinnans födelsedatum utan i ordning efter hur länge sedan man tagit prov. Detta gör förstås att de mest angelägna proven tas först, vilket borde innebära en ökad täckningsgrad.



Det framgår av ovanstående figur att befolkningstäckningen av provtagningen efter omläggningen ökat kraftigt i den egentliga cellprovskontrollen där prov tas efter kallelse och av barnmorska. Den totala andelen testade kvinnor i Malmö har dock inte förändrats nämnvärt och slutsatsen blir alltså att omläggningen lett till att provtagning flyttats från icke-organiserad till organiserad provtagning. Även om ökad befolkningstäckning inte uppnåtts, så bör det understrykas att en ökad andel organiserad provtagning representerar en betydande förbättring vad avser resursförbrukning.

Ett mycket framgångsrikt projekt påbörjades i Nordvästra Sjukvårdsdistriktet i Mars 2006 på initiativ av mödrahälsovårdens områdeschef Gittan Lundberg. Kallelse-systemet hade innan dess inte innefattat någon särskild erbjuden tid, endast erbjudande om att ringa och beställa tid.

Omläggningen i Nordväst innefattade:

*En bokad tid erbjuden i kallelsen.

*Modellen där kvinnor kallas efter om de inte tagit prov på tre år infördes (ej kallelse efter födelseår som förut).

*För att friställa barnmorsketid togs tidsbokningen bort. Barnmorsketiden läggs istället på provtagning och dubbelt så många kvinnor bokas nu på samma tid som förut.

*Den som inte kan komma på erbjuden tid, behöver inte meddela detta och behöver inte heller boka ny tid. Man kan komma på de "öppna mottagningar" som ordnas 2-3 gånger/vecka (information om var och när de ges finns på telefonsvarare och hemsida).

På ett år kunde 6895 fler kallelser skickas ut, vilket resulterade i ytterligare 3320 tagna prover.

För Nordvästra distriktet som helhet ökade täckningsgraden från 67,3% 2005, till 68,8% 2006 och till 71,1% 2007. De största förbättringarna sågs i Helsingborg, Ängelholm och Båstad. Ökningen i Båstad på bara 2 år från 69% befolkningstäckning 2005 till 81% 2007 är i synnerhet anmärkningsvärd.

I Lund infördes tidbokning med en erbjuden tid i september 2004, vilket utökades till två tider i juli 2005. Ett testning med internetbokning började i december 2005 på en mottagning i Lund. Idag

används internetbokning av 7 av 16 mottagningar i Lund. Täckningsgraden ökade betydligt i Lund mellan 2005 och 2006 och vi ser också betydande ändringar i provflödet i synnerhet på senare tid. En närmare analys av täckningsgrad efter mottagningarnas upptagningsområde och eventuell korrelation med förändrat arbetssätt planeras.

I Kristianstad har erbjuden tid i kallelse införts från och med januari 2008.

Analys av deltagande och överförbrukning: Metodik för beräkning av täckningsgrad:

Hur stor andel av de kvinnor som omfattas av programmet som i själva verket blir testade har beräknats. Två metoder används - dels den traditionella metoden där antalet testade kvinnor inom ett screening-intervall anges genom att antalet testade kvinnor divideras med antalet kvinnor i den åldersgruppen per kommun eller län. Antalet kvinnor som i befolkningsregistret är registrerade som boende i området är korrekt, men i denna beräkningsmetod kontrolleras inte att det är just dessa kvinnor som lämnat prov (det kan ha varit kvinnor från andra områden på semester eller kvinnor som flyttat ut ur området eller inte tillhör området). Med längre intervall och i områden med stor omflyttning av befolkning ökar denna metods osäkerhet. Denna metod används av oss endast för översiktlig beräkning av täckningsgrad i olika åldersgrupper.

Den av oss huvudsakligen använda metoden är att utgå från befolkningsregistret och helt enkelt i registret läsa av vilka kvinnor som just då är registrerade som boende i området som har minst ett prov taget inom en viss tid. Denna metods nackdel är att en del av de kvinnor som bor i ett visst område just nu är nyinflyttade och därför inte kan ha ett prov. Eftersom vår databas omfattar hela Södra sjukvårdsområdet är det endast inflyttning från resten av Sverige eller utlandet som kan påverka värdet. Metoden är därför korrektare än den första metoden.

Det faktum att alla proverna numera samlas i en gemensam databas innebär en klar förbättring för möjligheten att göra korrekta täckningsgradsberäkningar. Till exempel är bara 61% av Malmös kvinnor testade om bara Malmös labdatabas används som underlag för analysen, men den är 65% om samtliga prover i Södra Sjukvårdsregionen analyseras. Skillnaden på cirka 4% motsvarar c:a 2000 kvinnor som är testade utanför MAS upptagningsområde och som därför kommer att kallas till cellprovskontroll i onödan. Man kan tänka sig att denna effekt kan vara minst lika stor för mindre kommuner där många kvinnor pendlar till större orter och kanske tar sitt prov på orten där de arbetar. Analysen visar att ett kallelsesystem baserat på hela Skånes befolkning kan spara in många onödiga kallelser och ett sådant system utredes för närvarande. Om det kan höja deltagandet - och därmed screeningens effekt - är tyvärr inte lika självklart.

Ett sätt att få mera korrekta deltagandedata är att endast beakta de kvinnor som bott i området hela observationsperioden. Praktiskt görs detta genom att ett aktuellt personregister jämförs med ett historiskt personregister och att endast de kvinnor som även finns i det historiska registret undersöks avseende provtagning. Ett första försök med denna metod för kvinnor som 20070516 var 27 år till 49 år (länkat med personregister för 20050531 – dvs. c:a 2 år tidigare) visade att för hela Södra sjukvårdsområdet det fanns 7698 kvinnor som saknades i det äldre registret. När deltagandet under 3 år beräknades med det korrigerade registret jämfört med det ursprungliga ”ökade deltagandet” med mellan 0,5% till 2%. Om vi hade länkat mot ett historiskt befolkningsregister som var 3 år gammalt för de yngre kvinnorna och ett som var 5 år gammalt för de äldre kvinnorna (50 år till 65 år) skulle vi troligen se ett ökat deltagande med cirka 3 – 5 %.

Användande av på detta sätt korrigerade personregister blir naturligtvis även den rätta metoden om och när vi skall undersöka varför kvinnor inte deltar och genomföra riktade uppsökande insatser. Man slipper på detta sätt kontakta 10 000-tals nyinflyttade kvinnor och kan rikta in sig på dem som verkligen bott i Södra sjukvårdsområdet under hela screeningperioden. I tabellen nedan visas hur

många kvinnor/kommun i Södra sjukvårdsregionen som inte bodde här två år tidigare och hur det påverkar täckningsgraden när dessa kvinnor inte räknas med.

För 2008 planerar vi även att analysera täckningsgrad även med hänsyn tagen till de kvinnor som genomgått hysterektomi (fått livmodern bort-opererad), vilket kan öka täckningsgraden ytterligare något.

TABELL. INFLYTTNING OCH UTFLYTTNING OCH DESS PÅVERKAN PÅ MÅTTET ”TÄCKNINGSGRAD”

	Antal nya kvinnor 27 år till 49 år	Procent ökad täckning
Kungsbacka	-576	2
Varberg	-228	1,4
Falkenberg	-141	1,1
Laholm	-54	0,7
Halmstad	-343	1
Hylte	-46	1,4
Hässleholm	-118	0,9
Ängelholm	-99	0,5
Simrishamn	-61	1,2
Kristianstad	-215	0,9
Trelleborg	-96	0,5
Ystad	-67	0,6
Eslöv	-74	0,6
Höganäs	-78	0,8
Helsingborg	-522	1,1
Landskrona	-165	1,2
Lund	-541	1,4
Malmö	-2122	2
Båstad	-51	0,9
Åstorp	-59	0,9
Klippan	-53	1,1
Perstorp	-20	1,3
Osby	-43	1,3
Bromölla	-30	0,8
Tomelilla	-36	1
Höör	-37	0,5
Hörby	-35	0,7
Sjöbo	-57	0,8
Skurup	-57	1,5
Svedala	-49	0,8
Lomma	-65	1
Kävlinge	-61	0,3
Bjuv	-53	1,1
Örkelljunga	-24	0,6
Östra Göinge	-35	0,7
Vellinge	-83	0,7
Burlöv	-67	1,2
Staffanstorps	-64	0,9
Svalöv	-40	0,9

Fastställande av deltagande och önskat deltagande på förvaltningsnivå i Skåne:

Kolumn A visar antalet **testade kvinnor 27 år till 49 år inom 3 år plus antalet testade kvinnor i åldersgruppen 57 år till 65 år inom 5 år, dividerat** med totalantalet kvinnor i de två åldersgrupperna. Uppdraget från HSN är screening **vart 3:e år mellan 23- 49 års ålder** och screening **vart 5:e år mellan 50-65 års ålder**. Valet av åldersgrupper för analysen har gjorts så att alla kvinnorna i intervallet under hela observationstiden kommer att finnas i samma åldersintervall. Detta gör att inte alla kvinnor ingår i analysen men resultatet för de som ingår blir säkerligen representativt även för kvinnor i åldrarna 23 år till 26 år samt 50 år till 56 år. Om ”screening vart 3:e år” tolkas som att ett godkänt intervall för screening är med 2.5 till 3.5 års mellanrum så är det täckningsgrad efter 3.5 år som är det mest relevanta måttet. Skillnaden är som syns i tabellen nedan betydande. I synnerhet i Blekinge tar många kvinnor cellprov med aningens längre intervall än 3 år.

TABELL. JÄMFÖRELSE MELLAN TÄCKNINGSGRAD 3år/5år (Äldre metod) OCH TÄCKNINGSGRAD 3.5 år/5.5 år (Nationella Kvalitetsregistrets nya standard-metod).

Kommun	A	B	(B-A)
	3år/5år	3,5år/5,5år	
Hässleholm	70,3	73,1	2,8
Ängelholm	70,8	74,4	3,6
Simrishamn	64,3	66,8	2,5
Kristianstad	68,7	72,0	3,2
Trelleborg	73,2	78,0	4,8
Ystad	69,7	74,0	4,3
Eslöv	70,3	74,8	4,5
Höganäs	70,2	74,1	4,0
Helsingborg	66,0	70,1	4,1
Landskrona	65,1	70,7	5,6
Lund	70,0	75,3	5,2
Malmö	64,8	69,2	4,4
Båstad	74,3	76,8	2,5
Åstorp	64,6	68,1	3,5
Klippan	70,3	72,8	2,5
Perstorp	63,2	66,4	3,2
Osby	70,4	73,3	2,8
Bromölla	66,2	70,3	4,2
Tomelilla	59,9	63,6	3,7
Höör	66,6	72,2	5,6
Hörby	68,5	73,6	5,1
Sjöbo	65,3	68,6	3,4
Skurup	68,2	72,1	3,9
Svedala	71,3	77,6	6,3
Lomma	76,8	81,4	4,5
Kävlinge	75,3	81,6	6,2
Bjuv	62,8	67,2	4,4
Örkelljunga	65,9	68,5	2,6
Östra			
Göinge	70,6	73,7	3,2
Vellinge	77,1	81,0	3,9
Burlöv	61,8	67,5	5,6
Staffanstorps	70,4	77,6	7,2

Svalöv	63,8	69,7	5,9
---------------	------	------	-----

Täckningsgradens utveckling under de tre senaste åren för Region Skånes kommuner och Sjukvårdsdistrikt presenteras nedan.

Kommun/DISTRIKT	2005	Kommun/DISTRIKT	2006	Kommun/DISTRIKT	2007
Vellinge	82	Vellinge	85	Lomma	84
Svedala	79	Lomma	85	Vellinge	83
Lomma	79	Kävlinge	83	Båstad	81
Trelleborg	77	Svedala	81	Kävlinge	81
Kävlinge	75	Trelleborg	80	Höör	80
Bromölla	74	Staffanstorp	79	Trelleborg	79
Staffanstorp	74	Ystad	77	Svedala	78
Skurup	73	Båstad	76	Staffanstorp	77
Osby	73	Hörby	76	Höganäs	76
Höganäs	73	Eslöv	76	Ängelholm	75
Ystad	73	Östra Göinge	75	Eslöv	74
Örkelljunga	73	Höganäs	75	Ystad	74
Östra Göinge	72	Osby	75	Östra Göinge	74
Hässleholm	72	MELLERSTA	74	Klippan	74
Ängelholm	71	Hässleholm	74	MELLERSTA	73
NORDÖSTRA	71	Skurup	74	Osby	73
Eslöv	69	Ängelholm	73	Hässleholm	72
SYDVÄSTRA	69	Höör	73	Hörby	72
Kristianstad	69	NORDÖSTRA	73	Skurup	72
Båstad	69	SYDÖSTRA	72	HELA SKÅNE	71
Hörby	69	Kristianstad	72	NORDVÄSTRA	71
HELA SKÅNE	69	HELA SKÅNE	72	NORDÖSTRA	71
MELLERSTA	69	SYDVÄSTRA	71	Lund	71
Perstorp	68	Bromölla	71	Bromölla	70
SYDÖSTRA	68	Lund	71	SYDÖSTRA	70
NORDVÄSTRA	67	Simrishamn	71	Burlöv	70
Klippan	67	Klippan	71	Kristianstad	70
Landskrona	67	Landskrona	70	Örkelljunga	70
Svalöv	66	Svalöv	70	Simrishamn	70
Burlöv	66	Sjöbo	70	SYDVÄSTRA	70
Malmö	66	NORDVÄSTRA	69	Helsingborg	69
Lund	66	Burlöv	69	Svalöv	69
Sjöbo	66	Malmö	68	Landskrona	69
Helsingborg	66	Perstorp	68	Sjöbo	68
Höör	63	Helsingborg	66	Åstorp	67
Bjuv	63	Åstorp	66	Perstorp	67
Åstorp	63	Tomelilla	66	Malmö	66
Tomelilla	62	Bjuv	65	Bjuv	65
Simrishamn	62	Örkelljunga	64	Tomelilla	65

Målvolymer och resursanvändning

För att kunna optimera resursanvändningen i cellprovtagningen behöver man fastställa ett mål över hur många prov som bör tas. Vi har därför analyserat provtagningen i förhållande till provtagare och förvaltningar för att möjliggöra styrning av provtagningsresurser i Skåne till de områden/förvaltningar där den behövs.

Om målsättningen är att minst 85% av alla kvinnor i Skåne skall få ett cellprov taget inom rekommenderat intervall (vart 3:e år mellan 23-49 års ålder, vart 5:e år mellan 50-65 års ålder) är det lätt att med utgångspunkt i befolkningens storlek fastställa hur många prov som minst måste tas

för att kunna uppnå målsättningen. För 2008 motsvarar en målsättning om 85% täckningsgrad således att minst 79663 skånska kvinnor bör ta cellprov.

2007 var det dock endast 66793 skånska kvinnor som tog cellprov. En ökning med ca 19,5% borde således ske.

Målvolymer per kommun och per förvaltning, efter hänsyn tagen till överprovtagning, finns redovisat på www.cellprov.org, för den intresserade.

Överprovtagning

Överprovtagning föreligger när prov tas i hälsokontrollssyfte oftare än rekommenderade intervall eller utanför de åldrar som omfattas av programmet. Emellertid kan sådana ”för ofta” tagna prov också vara tagna av angelägna anledningar som vid uppföljning av tidigare cellprov eller om patienten söker med symtom som ger misstanke om cancer.

En viss variation i hur ofta prov tas måste ju också vara tillåtet- ett provtagningsintervall om 2 år och 364 dagar kan t.ex. inte rimligen klassas som överprovtagning. Vid uppmätning av uppskattade överprovtagningsvolymer har vi därför använt 1) alla prover tagna utanför rekommenderade åldersintervall 2) prov tagna med kortare intervall än 2.5 år mellan 23-49 års ålder och oftare än 4.5 år mellan 50-65 års ålder och undantagit alla prov som tas vid specialistmottagningar som uppföljning av tidigare cellförändringar. Vissa av dessa ”överprov” kan säkert vara kliniskt motiverade – som vid misstanke på cancer – men det kan knappast vara särskilt stora volymer. Som framgår nedan har överprovtagning uppmätt på detta sätt minskat mycket kraftigt mellan 2005 och 2006:

År	Total Överprovtagning (antal prov)
2005	13184
2006	9008
2007	8799

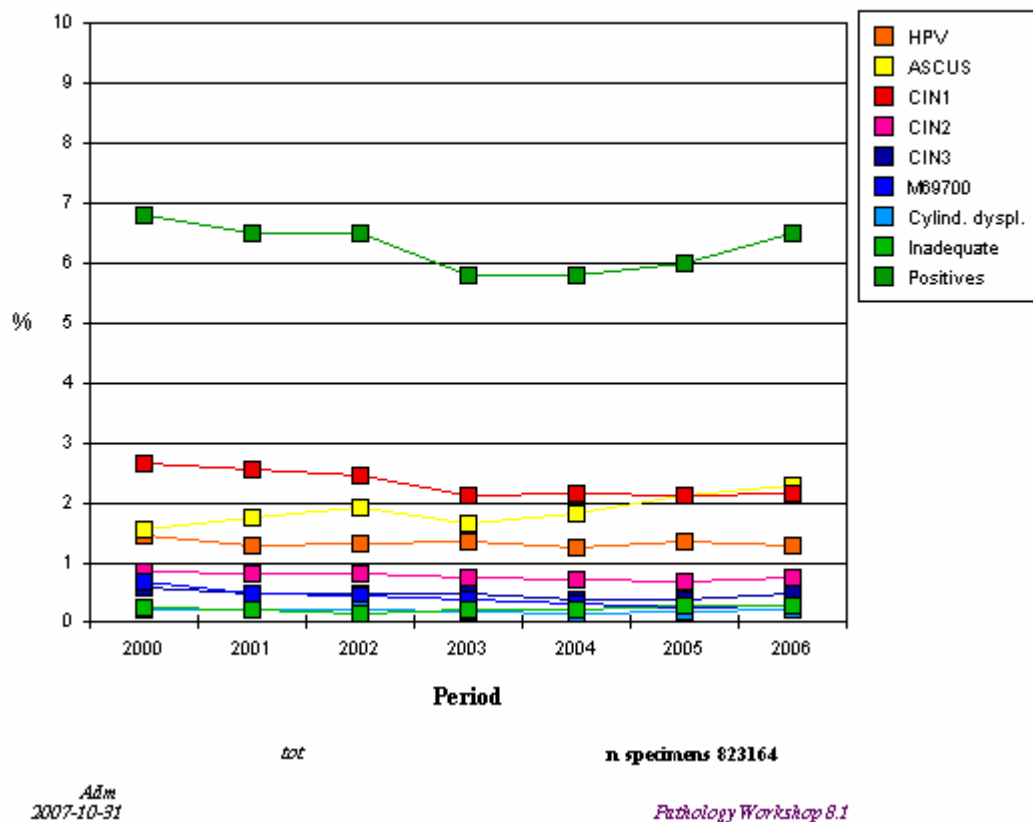
Ungefär 45% av överprovtagningen utgörs av prov som tas för ofta, 21% av prov från kvinnor under 23 års ålder och 33% av prov från kvinnor över 65 års ålder.

Det är väl känt ute i verksamheten att det finns ett register som har i uppdrag att uppmäta överprovtagning och att det framgår i registret även vilka enskilda provtagare som har mycket ”överprovtagning”. Så länge som der sker en påtaglig förbättring överlag har vi inte haft anledning att peka ut enskilda provtagare, utan rapporterar överprovtagningen endast för landstinget och på förvaltningsnivå (finns tillgängligt på www.cellprov.org)

Mellan 2005 och 2006 sågs således en utveckling där befolkningstäckningen av programmet ökade, trots att totala antalet prov minskade, vilket är mycket positivt. Mellan 2006 och 2007 har förbättringen i princip avstannat, varför ytterligare åtgärder kommer att behöva införas under 2008.

Utfall av diagnostiken:

Svarsprofil Södra sjukvårdsområdet, 2000 till 2006



Drygt 6% av alla prov visar någon form av förändring. Både oklara (ASCUS) och lätta (CIN1) cellförändringar finns hos >2% av alla testade kvinnor.

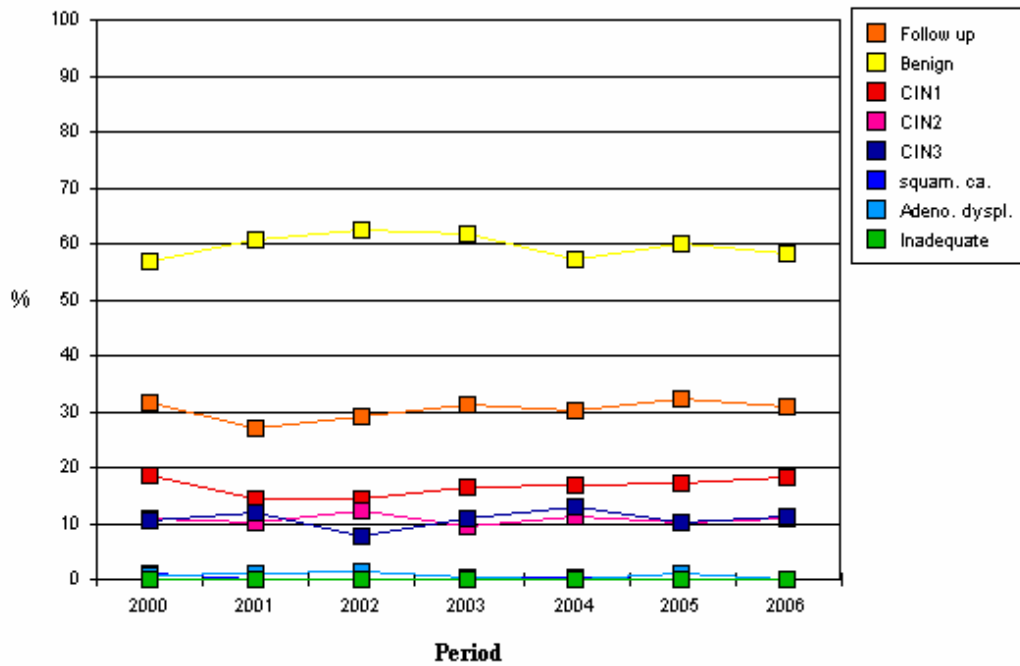
Utfallet av diagnostiken visar en jämn fördelning år från år som diagrammet ovan visar. Det finns vissa skillnader mellan de olika diagnostiska avdelningarna men dessa är relativt små. De enskilda avdelningarna presenteras på "www.cellprov.org" "internt" koden "cin3".

Uppföljning av funna cellförändringar:

I de två figurerna nedan visas dels hur stor andel av alla funna oklara (ASCUS) och lätta (CIN1) cellförändringar som följs upp med vävnadsprov, markerat med brandgula rutor. Uppföljning med vävnadsprov sker endast hos cirka 30-40% av dessa kvinnor. Tagande av vävnadsprov efter ASCUS eller CIN1 minskar cancer-risken men har hitintills inte varit obligatoriskt enligt vårdprogrammer på grund av det stora antalet kvinnor som har dessa lätta cellförändringar. Flertalet av dessa oklara och lätta cellförändringar (ca 60% av ASCUS och ca 45% av CIN1) har en helt normal livmoderhals, men cirka 10% motsvarar en allvarlig cellförändring (CIN3).

Den sällsynta diagnosen M69700 ("oklar cellförändring av oklart ursprung") följs upp med vävnadsprov i ungefär hälften av fallen och 20% av dessa visar sig ha en allvarlig cellförändring (CIN3).

Uppföljande histopatologi efter lätt skivepitelatyperi(ASCUS), inom 4 månader, Södra sjukvårdsområdet, 2000 till 2006

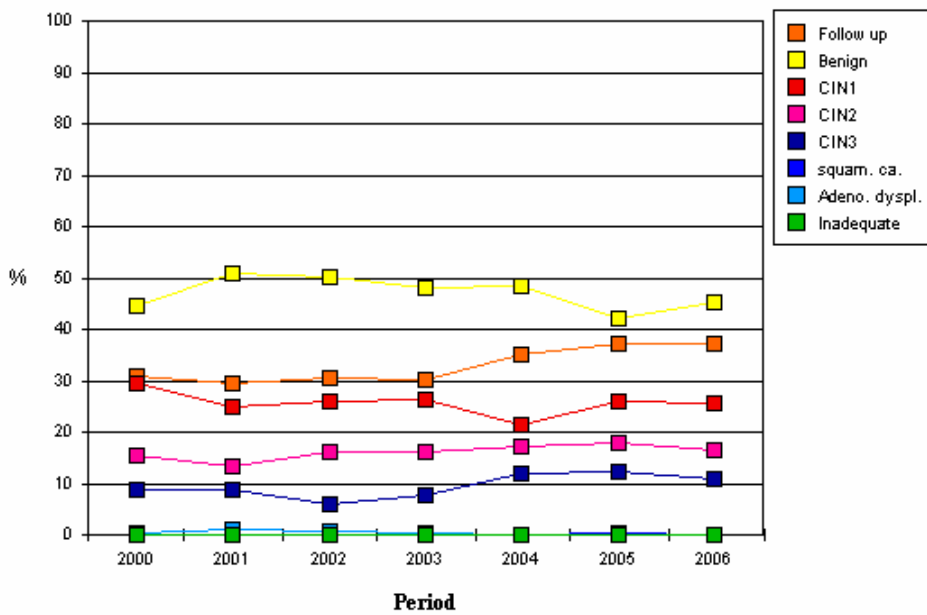


tot

Admn pat histo 4195
2007-10-31 n pat. selected = 11938

n cyt 15478
Pathology Workshop 8.1

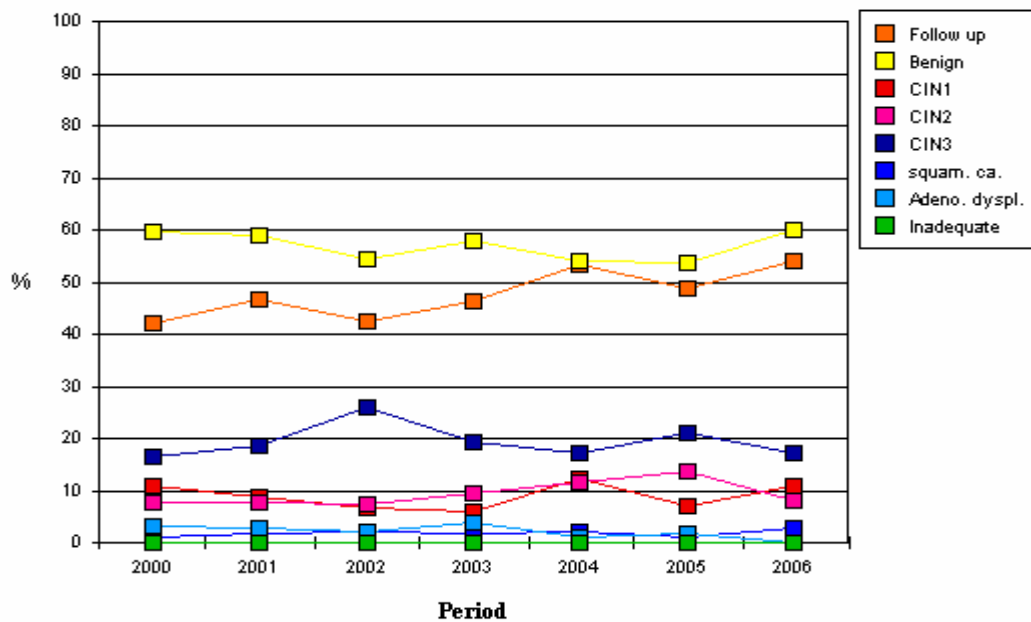
Uppföljande histopatologi efter CIN1, inom 4 månader, Södra sjukvårdsområdet, 2000 till 2006



Admn pat histo 5195
2007-10-31 n pat. selected = 12689

n cyt 19109
Pathology Workshop 8.1

Uppföljande histopatologi efter "Oklar/M69700", inom 4 månader,
Södra sjukvårdsområdet, 2000 till 2006

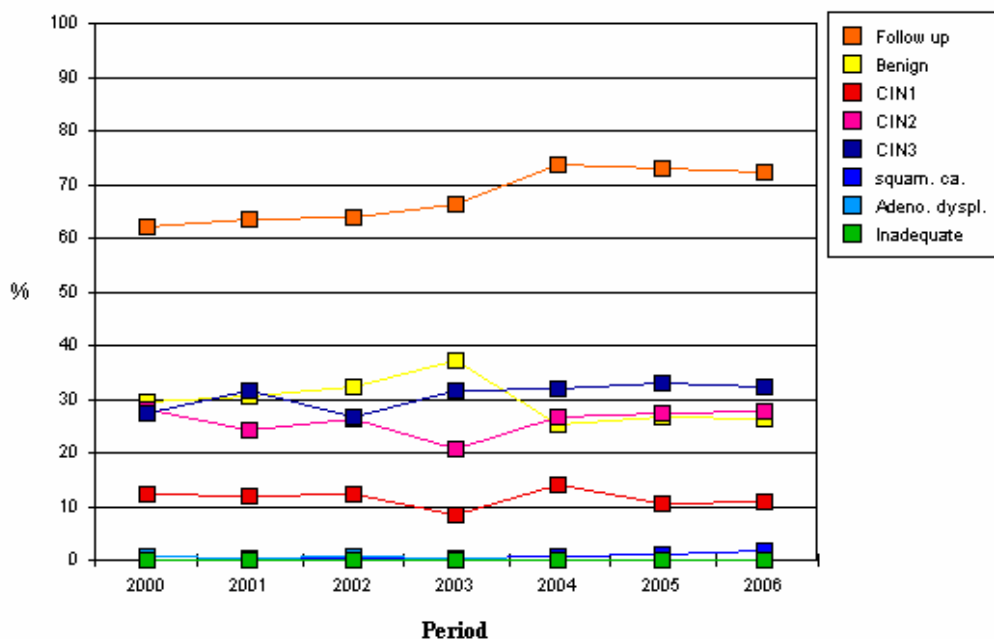


Admin pat histo 1495
2007-10-31 n pat selected = 3030

n cyt 3421
Pathology Workshop 8.1

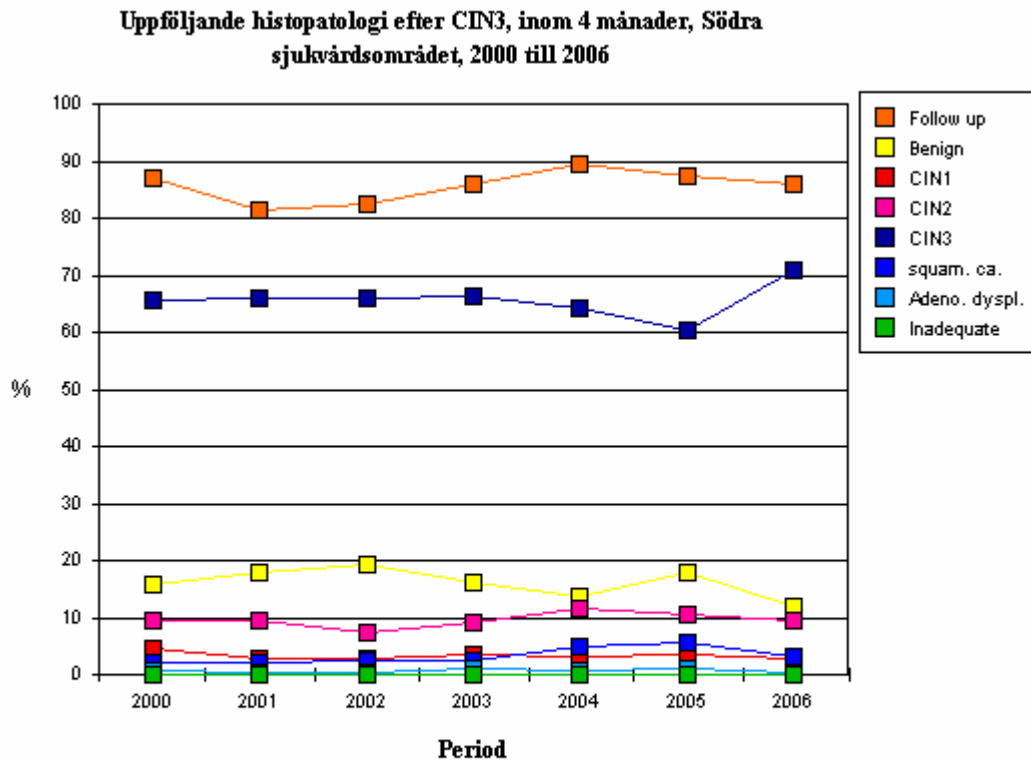
Efter väsentliga cellförändringar (CIN2 eller CIN3) följs de allra flesta kvinnor upp med vävnadsprov (drygt 70% av kvinnor med CIN2 och nästan 90% av kvinnor med CIN3). En allvarlig cellförändring i cellprovet visar sig motsvara en allvarlig förändring (CIN3) även i vävnadsprovet i ca 70% av fallen, tydande på en ganska god träffsäkerhet i diagnostiken.

Uppföljande histopatologi efter CIN2, inom 4 månader, Södra
sjukvårdsområdet, 2000 till 2006



Admin pat histo 3707
2007-10-31 n pat selected = 4842

n cyt 6341
Pathology Workshop 8.1

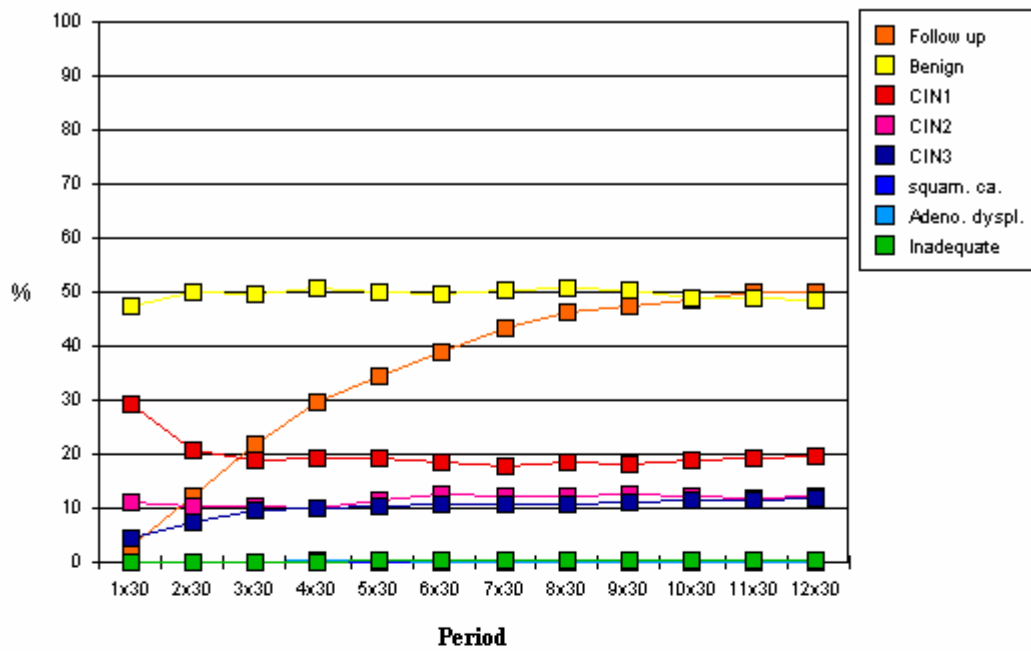


Adm pat histo 2723
2007-10-31 n pat selected = 2916

n cyt 3901
Pathology Workshop 8.1

Uppföljning med vävnadsprov bör ske inom 4 månader efter fynd av cellförändringar i cellprov. Om det sker uppföljning senare än så analyseras nedan. För den lättaste cellavvikelsen (ASCUS) följs så småningom ungefär 50% av kvinnorna upp med vävnadsprov, men denna andel uppnås först nästan ett år efter cellprovet. För den starkaste cellförändringen CIN3 sker uppföljningen snabbare- efter 6 månader har ca 90% av kvinnorna följts upp. Den lilla grupp av <5% av kvinnor med CIN3 som ej följts upp efter 12 månader har mycket hög risk för cancer och täcks numera av registrets "bevakningslistor".

Akkumulerad histopatologi för lätt skiv i Södra 20060101 till 20060630.

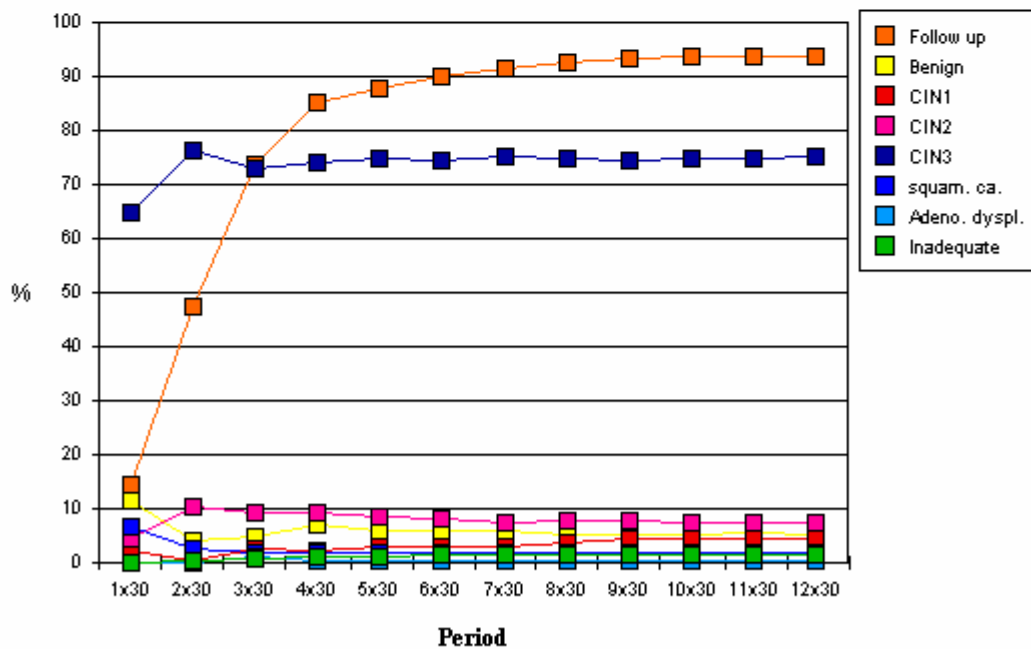


AJM
2007-11-02

n pat. selected = 1319

n cyt 1433
Pathology Workshop 8.1

Akkumulerad histopatologi för CIN3 i Södra 20060101 till 20060630.



AJM
2007-11-02

n pat. selected = 246

n cyt 295
Pathology Workshop 8.1