

**Effekten på deltagarfrekvens av SKL:s mall  
för kallelse till gynekologisk  
cellprovtagning.**



## Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b> .....	<b>4</b>
<b>Inledning</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Organisation</b> .....	<b>5</b>
<b>2. Kallelseförfarande</b> .....	<b>7</b>
<b>3. eBrev och IT-stöd</b> .....	<b>8</b>
<b>4. Faktorer som påverkar deltagande</b> .....	<b>8</b>
Avgift .....	8
Webb bokning.....	11
Införande av HPV testning.....	11
<b>5. Forskning</b> .....	<b>11</b>
<b>6. Deltagandet över tid i Stockholm</b> .....	<b>12</b>
Hörsamhet .....	12
Täckningsgrad.....	13
Täckningsgrad under 2013 Stockholm .....	15
Täckningsgrad för Gotland .....	16
Icke-deltagare.....	16
<b>7. Studieupplägg</b> .....	<b>17</b>
<b>8. Resultat</b> .....	<b>18</b>
Skillnad i deltagande inom 90 dagar efter ny respektive gammal kallelse relaterat till ålder. ....	18
Skillnad i deltagande efter ny respektive gammal kallelse relaterat till inom vilken tidsperiod en kvinna deltar: 30, 60 respektive 90 dagar efter primärbokat datum. ....	19
Skillnad i deltagande efter ny respektive gammal kallelse relaterat till kommun inom Stockholms län och Region Gotland.....	20
<b>9. Vetenskapliga rapporter</b> .....	<b>23</b>
<b>Bilaga 1</b> .....	<b>24</b>
<b>Bilaga 2</b> .....	<b>25</b>
<b>Bilaga 3</b> .....	<b>26</b>
<b>Bilaga 4</b> .....	<b>27</b>

## Sammanfattning

Regionalt cancercentrum Stockholm Gotland ansökte- och fick beviljat medel för att testa ett nationellt kallelsebrev till gynekologisk cellprovtagning vilket SKL utarbetat inom ramen för ett nationellt uppdrag med syfte att höja deltagandet inom befolkningsbaserade screeningprogram.

Stockholm Gotlands RCC skiljer sig från övriga regioner i Sverige genom att vara en regional nod för samordning av alla screeningprogram vilket också innebär att bokning till screening och administration av kallelser och uppföljning är centraliserat till RCC. I övriga landet sköts detta framför allt av patologkliniker. Dessutom har Stockholm Gotlandsregionen infört screening med HPV från 30 års ålder på ett strukturerat sätt så att hälften av kvinnorna kallas till HPV, den andra hälften till rutinmässigt cellprov.

För att kunna mäta effekten på deltagandet relaterat till nytt kallelsebrev har det gamla kallelsebrevet skickats varannan vecka och det nya kallelsebrevet varannan vecka. Både kallelse till HPV och cytologi har testats med gammal respektive ny layout. Första kallelseutskick var den 3 mars 2015 med inbokad första provtagning den 23 mars. Sista primärbokat datum inom ramen för studien var den 28 augusti. Alla kvinnor som kallats följdes individuellt under 90 dagar till och med 3 december 2015. En kvinna som blivit provtagen efter längre tid än 90 dagar räknades som icke-provtagen.

11,1 % fler kvinnor deltog inom 90 dagar i den grupp som fått det nya kallelsebrevet. Bland kvinnor som kallats till HPV med ny kallelse var skillnaden mot dem som kallats med gammalt brev 14,4 %.

Den största effekten av det nya brevet var i den yngsta åldersgruppen (<30 år) som kallas till cytologi, och i den äldsta åldersgruppen (>50 år) som kallats till HPV. De flesta kvinnor som deltar, oberoende av kallelsebrev och HPV/cytologi, gör det inom en månad.

Den nya kallelsen resulterade i ett signifikant ökat deltagande i Stockholms kommun liksom några kranskommuner. Även på Gotland resulterade det nya kallelsebrevet i ett ökat deltagande men ökningen var inte statistiskt signifikant.

Däremot hade den nya kallelsen ingen påverkan på deltagande i de församlingar inom Stockholms kommun som utmärks av tidigare relativt lågt deltagande och en hög andel socioekonomiskt utsatta och hög andel invandrare, exempelvis Spånga-Tensta och Skärholmen.

### **Följande personer har varit delaktiga i rapporten:**

Kristina Elfgren, gynekolog, f.d. processledare vid RCC (sammanställning av ansökan)

Pär Sparén, professor i epidemiologi vid Karolinska Institutet (power beräkning)

Agneta Carlsten Thor, Lena Blomkvist och Susan Vestman (kallelseadministration)

Zohra Gzoul, systemadministration och hantering av postfiler

Sini Kilpeläinen, datauttag

Agneta Lissmats, statistisk bearbetning

Sven Törnberg, studieupplägg, analys och rapportskrivande

*Stockholm 14 december 2015*

## Inledning

I denna rapport redovisas deltagarfrekvensen bland kvinnor som kallats med SKL:s nya kallelsemall jämfört med kvinnor som kallats med den brevlayout som tidigare används inom Stockholm Gotlandsregionen.

Rapporten beskriver hur screeningen är centralt organiserad i Stockholm Gotlandsregionen och redovisar deltagande relaterat till gammal kallelse och ny kallelse, kallelse till cytologi respektive HPV-screening, relaterat till ålder, och inom vilken tid en kvinna hör sammar kallelse, liksom deltagarfrekvens relaterat till olika demografiska områden i regionen.

Stockholms län består av 26 kommuner. På grund av olika sociodemografisk struktur, redovisas viss statistik uppdelad på kommunnivå och församlingsnivå för Stockholms kommun. Region Gotland redovisas separat.

## 1. Organisation

I Stockholm infördes screening för tidig upptäckt av livmoderhalscancer 1968. Fram till 1993 administrerades kallelser och analyserades cellprover vid Sabbatsbergs sjukhus dåvarande patolog-/cytologlaboratorium.

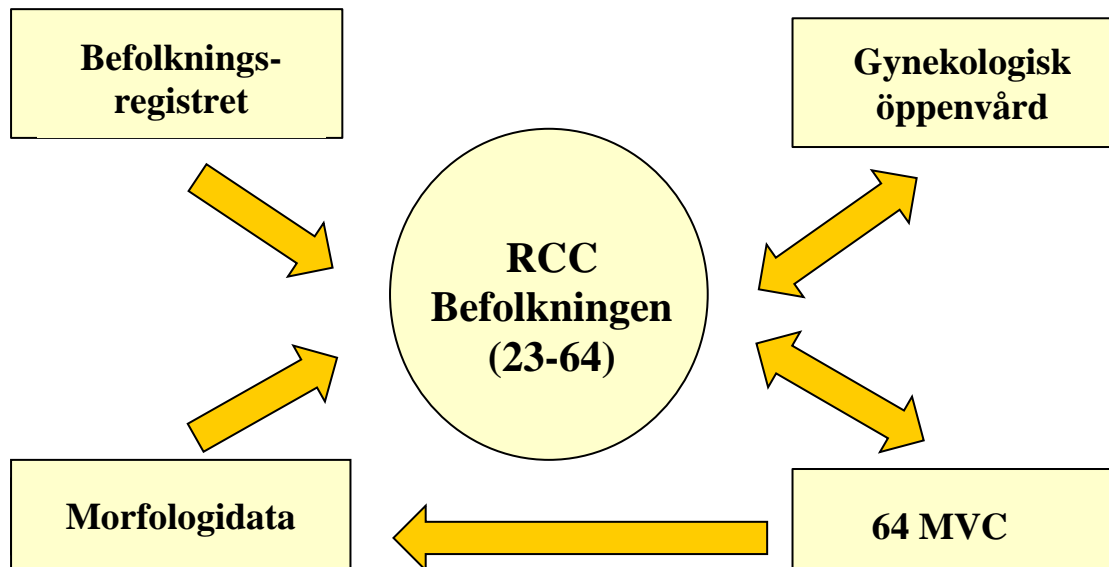
I början av 1990-talet fick Sabbatsbergs sjukhus och Karolinska sjukhuset datoriserade morfologisystem. De övriga fem laboratorierna, Södersjukhuset, Danderyds sjukhus, Huddinge sjukhus, Medilab och MedScand, hade redan datoriserade system. Det medgav möjlighet till effektivisering och samordnad hantering av screeningen. I samband med att Sabbatsbergs sjukhus nedlades 1993, beslöt Hälso- och sjukvårdsnämnden att förlägga ansvaret för samordning, administration och uppföljning till dåvarande Onkologiskt centrum (OC) avdelning för hälsoundersökningar (nuvarande Regionalt Cancercentrum – RCC). OC introducerade datorstödd administrering, vilket innebar personuppgifthantering, länkning mot morfologidatabaser, schemaläggning och automatbokning till cellprovtagning, införande av förbokad tid och svarsbrev. Tidigare hade all bokningshantering varit manuellt

OC kom att bli länets ”nod” som samordnade cervixcancerscreeningen. Denna omorganisation resulterade i en verksamhet som blev mer strukturerad, mer kostnadseffektiv och därmed också möjlig att utvärdera och kvalitetssäkra. Det innebar också att alla kvinnor fick kallelse till provtagning, något som alltså inte hade fungerat när barnmorskemottagningarna skickat ut kallelser manuellt och då inte prioriterat cellprovtagningen framför annan verksamhet. Det fanns områden inom länet där merparten av kvinnor aldrig fått en kallelse till cellprovtagning.

Länets screeningverksamhet kom att samordnas från OC med en verksamhetschef i ledningen. För närvarande leds verksamheten av en ”*verksamhetsutvecklare*”. En *samordningsbarnmorska* hanterar och koordinerar screeningens medicinska delar. Två *administratörer* sköter alla rutiner som rör bokning, utskick av kallelser och svarsbrev till kvinnor provtagna inom den gynekologiska cellprovtagningen. De ansvarar också för enhetens telefonservice samt hanterar all e-post med frågor från kvinnor som fått en kallelse. En *statistiker* analyserar och presenterar statistik i samband med kvalitetsrådsmöten (se nedan), forskningsprojekt och övriga uppdrag. Det finns även en *systemansvarig* vars huvudsakliga arbetsuppgifter är att ansvara för drift, underhåll och utveckling av screeningprogrammets system. Det finns ett kvalitetsråd med företrädare för gynekologi, gynonkologi, mödrahälsovård och cytologi- och patologi representerade. Detta kvalitetsråd är ansvarigt för att screeningprogrammet fungerar med optimal kvalitet och har ansvar för att förbättra brister inom screeningverksamheten. Rådet

sammanträder minst två gånger per år. Vid mötena presenteras statistik samt frågor som rör screeningens alla delar diskuteras. 2012 tog RCC Stockholm över administrationen av Region Gotlands screeningverksamhet.

### Flödesbeskrivning över den gynekologiska cellprovtagningen



Figur 1: Beskrivning av datakommunikation mellan RCC, patolog/cytologlaboratorier, befolkningsregister, barnmorskemottagningar och gynekologiska öppenvårdsmottagningar.

*Befolkningsregistret:* Data över kvinnor mellan 23 och 64 år (60 år före 2015) som är aktuella att inbjuda till undersökning överförs och uppdateras veckovis.

*Patologlaboratorier:* Det är laboratoriet vid Karolinska Universitetssjukhuset som utför analys av cellprov, histopatologiska prov och virusprov inom screeningen. Resultaten registreras och överförs till RCC:s databas. Även laboratorierna Aleris Medilab och vid S:t Görans sjukhus överför data rörande vaginalcytologi elektroniskt veckovis till RCC som på så sätt har cytologidata för samtliga kvinnor i regionen. Den enskilda kvinnans kommande kallelsedatum baseras på datum för hennes senast tagna prov, oberoende om detta gjorts inom eller utanför den organiserade screeningen.

*Barnmorskemottagningar:* 64 barnmorskemottagningar (3 av dessa är på Gotland) ansvarar för provtagning inom screeningen. Varje barnmorskemottagning motsvarar ett definierat geografiskt område. RCC samarbetar med mottagningarna för att säkerställa att alla kvinnor kan bokas och kallas till provtagning.

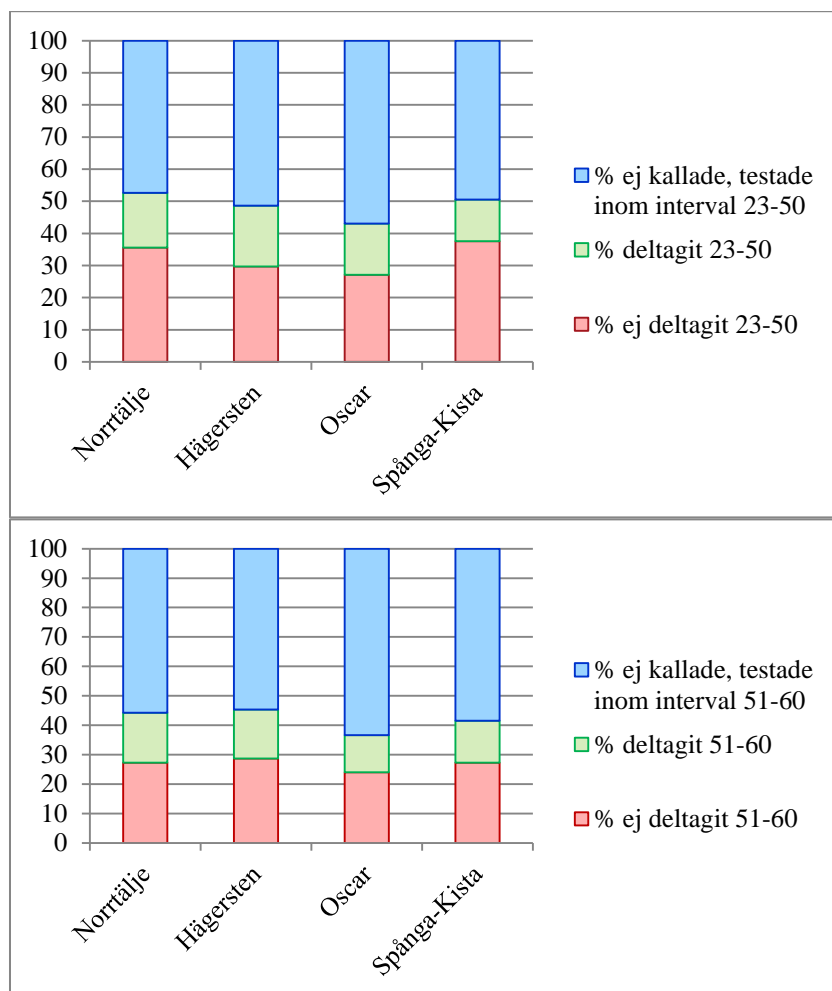
*RCC:* RCC koordinerar verksamheten genom att ha daglig kontakt med barnmorskemottagningar, laboratorier samt gynmottagningar. Bortselektion av nyligen vaginalcytologiskt undersökta kvinnor och inläggning av barnmorskeområden samt bokningsschema görs av RCC. Bokning och utskick av 8–10.000 inbjudningsbrev och cirka 3000 svarsbrev per vecka administreras. Kvinnorna inbjuds till ”sin” mödravårdscentral med en bestämd, men ombokningsbar tid. RCC har telefontid 2 timmar per dag under vilken RCC besvarar dagligen cirka 200 samtal kring allmänna frågor från inbjudna kvinnor om provtagningen samt önskan om ombokningar. Kvinnor kan också omboka via e-post och Mina Vårdkontakter (MVK, se nedan). Undersökningsresultat överförs elektroniskt till RCC. Avvikande fall remitteras av RCC vidare till gynekologisk utredning och behandling. RCC kontrollerar att avvikande fall

blir korrekt utredda och behandlade enligt vårdprogrammet. Dessutom besvaras 70–100 mejl dagligen och 3–4000 kallelsereturer hanteras per år.

*Gymnottagning:* Ansvarar för att kalla kvinnor med cytologisk avvikelse som remitterats från RCC för vidare utredning och eventuell behandling. Uppgift om att kvinnan är omhändertagen meddelas RCC. RCC noterar i bevakningssystemet att kvinnan är uppföljd.

## 2. Kallelseförfarande

Målgruppen i screeningprogrammet är alla kvinnor mellan 23 och 64 års ålder. Samtliga kvinnor är därför aktuella för kallelse varje år. Vid varje hel- och halvårsskifte kontrolleras vilka kvinnor som är ”kallelsebara” vilket är kvinnor som inte har ett vaginalcytologiskt prov registrerat mellan 30 och 36 månader (kvinnor mellan 23 och 50) respektive 54 och 60 månader (kvinnor mellan 51 och 64 års ålder). Detta innebär att det endast är kvinnor som inte har ett prov registrerat som blir kallad till provtagning. Kvinnor som genomgår mera frekvent provtagning hos t.ex. en privatgynnekolog kommer därmed aldrig att bli aktuella för en kallelse. Figuren nedan visar hur stor andel av målgruppen som kallas (*rött & grönt*), som deltar (*grönt*), respektive inte kallas (*blått*) årligen.



Figur 2. De fyra områdena exemplifierar "glesbygdsområde" inom Stockholms län (Norrtälje), ytterområde med högst deltagande inom Stockholms kommun (Hägersten), centralt område inom Stockholm kommun med hög socioekonomisk standard (Oscar),

område med låg socioekonomisk standard och hög andel utlandsfödda (Spånga-Kista) 2013.

Den andel av hela målgruppen som blir kallade är lägre i områden där fler kvinnor regelbundet tar prov vid sidan av screeningen och omvänt högre i områden där få kvinnor tar prov vid sidan av screeningen. Det senare är vanligare i länets kranskommuner med få öppenvårdsgynekologer och i områden som utmärks av låg socioekonomisk standard (se bild ovan).

I och med införandet av primär HPV-screening för kvinnor mellan 30–60 vid halvårsskiftet 2014 har provtagningsintervallet blivit mer individualiserat och är beroende på resultat av tidigare prov.

### 3. eBrev och IT-stöd

FlexLab Invitation, vilket var en vidareutveckling av screeningdelen av morfologisystemet SymPathy, infördes våren 2010. Under våren 2014 implementerades en uppgradering av FlexLab Invitation, vilket innebar att kvinnor kallas till test med antingen ett konventionellt cellprov eller till en provtagning med test för HPV. Fr.o.m. hösten 2014 kallas kvinnor antingen till test med ett konventionellt cellprov eller till en provtagning med test för HPV, samtidigt utökas primärscreeningen till att omfatta kvinnor mellan 30–60 år. För de kvinnor som är HPV-negativa förlängs provtagningsintervallet till 4 år. Fyra olika svarsbrev kommer att kunna skickas ut grundat på diagnos. Systemet är både tids- och händelsestyrt. Från 1/1-2015 omfattas alla kvinnor mellan 23 och 64 år i screeningen.

Implementeringen av HPV-provtagningen sker gradvis och kommer noga följas upp beträffande den avsedda förbättringen av säkerhet och effekt av cellprovtagningen.

### 4. Faktorer som påverkar deltagande

#### Avgift

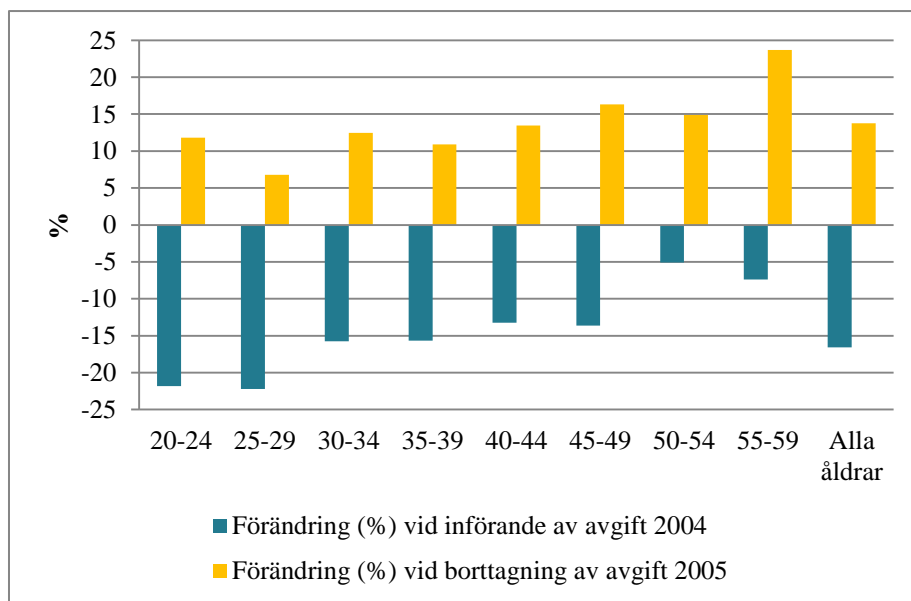
*Stockholms läns landsting:* Under 2003 beslutade politikerna att *avgiftsbelägga* den tidigare avgiftsfria cellprovtagningen. Från halvårsskiftet 2003 infördes en avgift på 140 kronor. Företrädare från screeningverksamheten uppvaktade då ansvariga sjukvårdspolitiker med den risk man förutsåg att avgiftsbeläggningen av den tidigare kostnadsfria organiserade cellprovtagningen skulle leda till att kvinnor, framför allt i riskgrupper såsom unga kvinnor och kvinnor som sällan provtar sig skulle avstå från att komma till provtagning efter att de blivit kallade.

Screeningverksamheten fick i uppdrag att följa effekten av avgiften på kvinnors deltagande och kunde påvisa att deltagandet sjunkit med cirka 16 %. I den yngsta åldersgruppen, kvinnor mellan 23 och 29 års ålder, sjönk deltagandet med 22 % när deltagande under våren 2003 (före avgift) jämfördes med motsvarande period 2004 (efter att avgift införts).

Eftersom OC fått uppdrag att belysa konsekvenserna på deltagarfrekvensen av avgift och den resulterat i så stor minskning, gavs hälso- och sjukvårdsförvaltningens uppdrag att se över möjligheten att ta bort avgiften. Som en konsekvens, togs under hösten 2004 beslutet att ta bort avgiften fr.o.m. 2005. Figur 1 visar ett ökat deltagande inom 90 dagar från en primärbokad tid i alla åldersgrupper från 2004 till 2005. För att finansiera intäktsbortfallet, beslutades samtidigt att inte ersätta vårdgivare, framför allt privatgynekologer, för cellprovtagning som görs i hälsokontrollsyfte vid sidan av screeningen. Detta resulterade i att andelen så kallade ”indicerade” prov av vilka majoriteten var tagna i hälsokontrollsyfte sjönk.

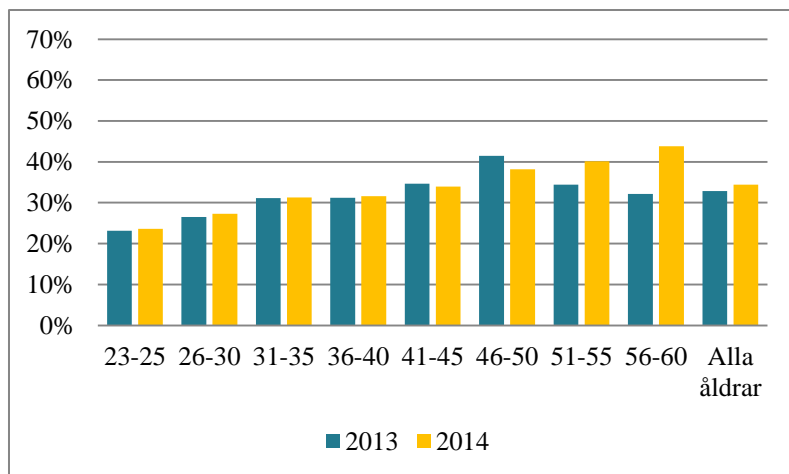


Det resulterade i en besparing som vida översteg den totala kostnaden för hela screeningverksamheten.



Figur 3. Visar den procentuella förändringen i deltagandet i Stockholm under åren 2004 (avgiften infördes) och 2005 (avgiften togs bort), uppdelat på ålder.

*Region Gotland:* På Gotland var screeningen avgiftsbelagd till och med 2013 med 120 SEK. Den 1:a januari 2014 blev screeningen avgiftsfri. För att kunna jämföra deltagande under 2013 med avgift med deltagande under 2014 utan avgift måste varje kvinna kunna följas under lika lång tidsperiod. Det går alltså inte att enbart jämföra deltagarfrekvens under de båda åren, eftersom kvinnor som kallats under 2013 har haft längre tid för att boka om sin tid och därmed större möjlighet att delta. Nedan presenteras deltagandet inom 90 dagar från en primärbokad tid. Figuren illustrerar deltagandet under 2013 (med avgift) och 2014 (avgiftsfritt) uppdelat på ålder.



Figur 4. Visar andel kvinnor som deltog inom 90 dagar från kallelse under 2013 (med avgift) respektive 2014 (utan avgift) på Gotland uppdelat på åldersgrupperna.

## Webbombokning

Under 2006 inledde screeningverksamheten ett samarbete med Vårdguiden som introducerat ombokningsfunktion via sin portal ”*Mina vårdkontakter*” (MVK). Tillsammans med MVK utvecklades en tjänst, som innebar möjligheten för kvinnor att via en webbportal snabbt och lätt ska kunna boka om sin tid till cellprovtagning, detta som ett led i försök att öka deltagandet. Initialt skickades en kod i kallelsen. Koden användes för att logga in och den gick att använda flera gånger. Detta förfaringssätt mötte dock inte Datainspektionens krav på hög autentisering varför tjänsten numera kräver säker inloggning med e-legitimation. Detta uppfattades krångligt av många kvinnor och användningen av tjänsten minskade. I och med införande av så kallat *mobilt bankID* är tjänsten åter enkel att använda. Med *ombokning* avses egentligen möjlighet att se alternativa provtagningstider på den egna eller på andra barnmorskemottagningar. MVK utvecklade under 2014 en ny ombokning som innebar att kvinnan fick en för henne specifik mottagningstid efter önskemål från andra landsting som också använder tjänsten. Detta var dock inte tillämpligt i Stockholm som inte ställer krav på aktiv avbokning och som inte heller har en avgift. Detta ledde till att Stockholms screeningverksamhet tappade denna etablerade tjänst och som konsekvens fått en massiv ökning av förfrågningar om hjälp med ombokning via telefon eller mail.

## Införande av HPV testning

Från och med 2008 infördes sekundärscreening av kvinnor med lätta cellförändringar med HPV inom screeningverksamheten. Detta möjliggjordes tack vare att vätskebaserad cellprovtagning var införd i screeningprogrammet sedan 2007. Under 2012 infördes primärscreening med HPV för de kvinnor som inbjöds till att ta sitt sista cellprov inom screeningverksamheten. Vid halvårsskiftet 2014 omfattas kvinnor från 30 års ålder. Yngre kvinnor än 30 omfattas enbart av cellprov. HPV infördes på ett strukturerat och utvärderingsbart sätt och har därför formen av en studie. Studie förväntas bli publicerad under 2016.

## 5. Forskning

Screeningverksamheten inom RCC Stockholm Gotland har bedrivit egen forskning och deltagit i forskning både nationellt och internationellt.

Bland forskningsresultaten kan nämnas en studie av deltagarfrekvensen kopplat till socioekonomisk status och till födelseland där det visades att lågt deltagande i invandrartäta områden inte är kopplat till födelseland utan framför allt till socioekonomiska faktorer. Att socioekonomiska faktorer verkar ha större negativ betydelse i storstadsområden än i glesbygd. Motsatsen gällde för födelseland där detta verkar ha mindre betydelse inom storstadsområden. Sannolikt för att en större andel av kvinnor inom storstadsområden är födda i utomeuropeiska länder jämfört med i glesbygdslän (Rodvall et al 2005).

*HPV*: Screeningverksamheten har medverkat i två större forskningsprojekt, som rör virusdiagnostik inom cervixcancerscreening. Ett nationellt multicenterprojekt (Swedescreen) startade 1997. I denna randomiserade studie primärscreenades kvinnor mellan 32–38 år för HPV. Studien antogs för publicering i *New England Journal of Medicine* hösten 2007. Våren 2003 kom ytterligare en HPV-studie igång, som innefattade sekundärscreening av lätta dysplasier. Studien antogs för publicering i *International Journal of Cancer* 2011. Studien initierades bland annat för att se om man ytterligare kunde förbättra den gynekologiska cellprovtagningen. Studieresultaten

ledde till en ny provtagningspolicy som antogs 2008. Denna innebar införande av sekundärscreening av alla lätta dysplasier i screeningprogrammet. Våren 2003 påbörjades ytterligare en HPV-studie som innebar sekundärscreening av prov som visat lätta dysplasier. Denna studie har legat till grund för beslut att införa sekundärscreening med HPV inom screeningverksamheten från och med 2008. Under 2012 påbörjades en primärscreeningsstudie med HPV för de kvinnor som inbjöds till att ta sitt sista cellprov inom screeningverksamheten.

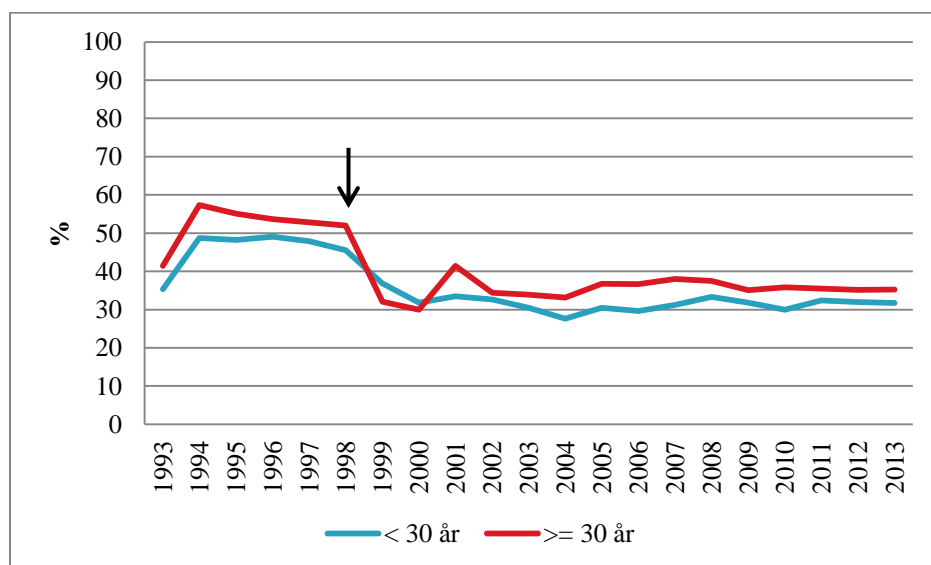
Swedescreen-studien utgör en del av det vetenskapliga underlaget för EU:s och Socialstyrelsens beslut att 2015 rekommendera HPV-test i primärscreening.

## 6. Deltagandet över tid i Stockholm

### Hörsamhet

Med hörsamhet avses andelen kvinnor som efter kallelse till cellprovskontroll, inom en specificerad tidsrymd, tar ett cellprov (i screening mäts hörsamheten inom 1 år). Här ingår alltså endast prov tagna inom den organiserade screeningen. Från 1998 omfattas såväl yngre åldersgrupper och introducerades nya intervall, som innebar att kvinnor inte längre kallades baserat på födelseår utan baserat på senaste prov. Det senare ledde till att kvinnor som normalt inte deltar tidigare kallats var tredje år och med det nya systemet, kallas årligen. Trots ett ökat antal kvinnor som undersökts, blev hörsamheten lägre på grund av att ett betydligt större antal kvinnor omfattades av kallelse varje år (större nämnare). Det förklarar nedgången i deltagarfrekvens omkring 1999.

I Stockholm inbjuds endast kvinnor som inte har ett prov registrerat inom ett screeningintervall (3 eller 5 år beroende på ålder). I centrala delar av Stockholms stad har merparten av kvinnor provtagit sig, i många fall så ofta som årligen, varför majoriteten kvinnor där aldrig omfattas av kallelse. De som kallas utgörs därför av den grupp som är svårare att nå och deltagandet har alltid varit lågt. I områden inom kranskommunerna i länet är situationen den omvända, de flesta kvinnor provtas endast inom screeningen och där är deltagandet högt. Hörsamheten kan alltså variera från under 20 % till över 80 % beroende av detta.



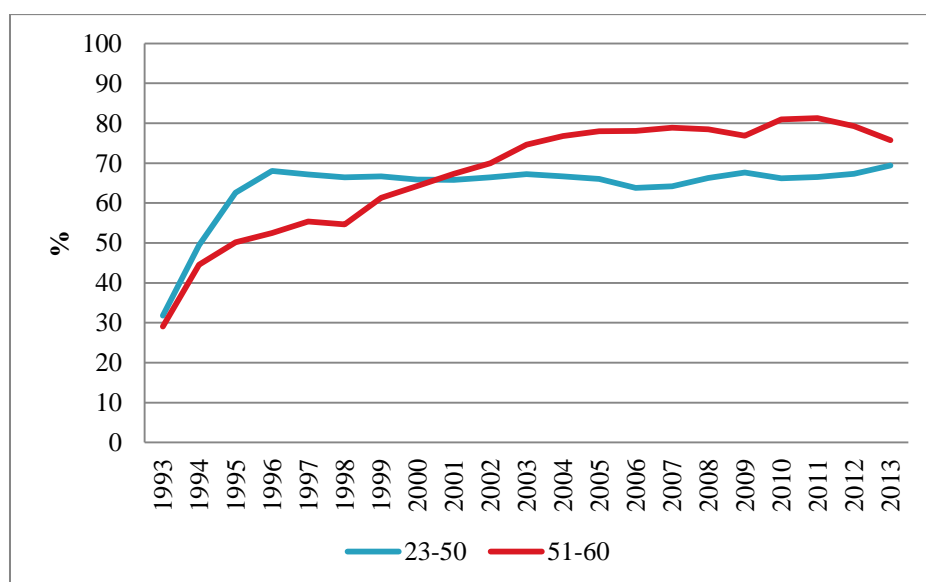
Figur 5: Hörsamhet (%) i cervixcancerscreening 1993–2013 uppdelat på kvinnor < 30 år och >=30 år. Pilen visar det år då nytt datasystem införts liksom nya åldersintervall.

## Täckningsgrad

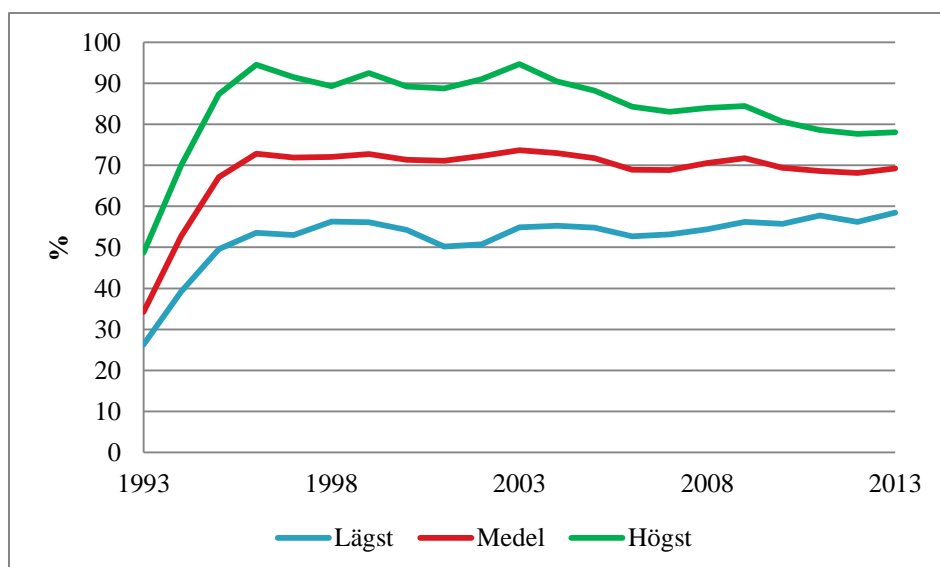
I föreliggande rapport har inte täckningsgrad redovisats eftersom täckningsgraden inte är relaterad till en kallelse utan enbart till att ett prov har tagits. Som en bakgrund redovisas dock täckningsgraden såsom den ser ut i Stockholms län och Region Gotland till och med 2013.

På grund av svårigheten att tolka hörsamhetsstatistik enligt ovan beskrivning, används i stället ”täckningsgrad” av cellprovtagning. Täckningsgraden mäter andelen kvinnor som har åtminstone ett cellprov registrerat under en definierad tidsperiod som motsvarar ett screeningintervall (3 till 5 år). Täckningsgraden är beräknad utifrån antalet kvinnor i screeningåldrarna (23–60) skrivna i Stockholms kommuner och församlingar enligt Statistiska centralbyråns (SCB:s) befolkningsstatistik. Antalet unika individer i motsvarande ålder som tagit ett prov under den föregående 3,5-årsperioden (23 till 50-åriga) respektive 5,5-årsperioden (51 till 60-åriga) delas sedan med detta tal. Täckningsgraden innefattar all cellprovtagning, oavsett om provet är taget inom organiserad screening eller i annat sammanhang och ger på så sätt en mer rättvisande bild av ”deltagande” än hörsamheten gör.

Figuren nedan visar täckningsgrad i Stockholms län 1993–2013 för åldersgrupperna 23–50 samt 51–60 och visar en ökning över tid sedan 2007.

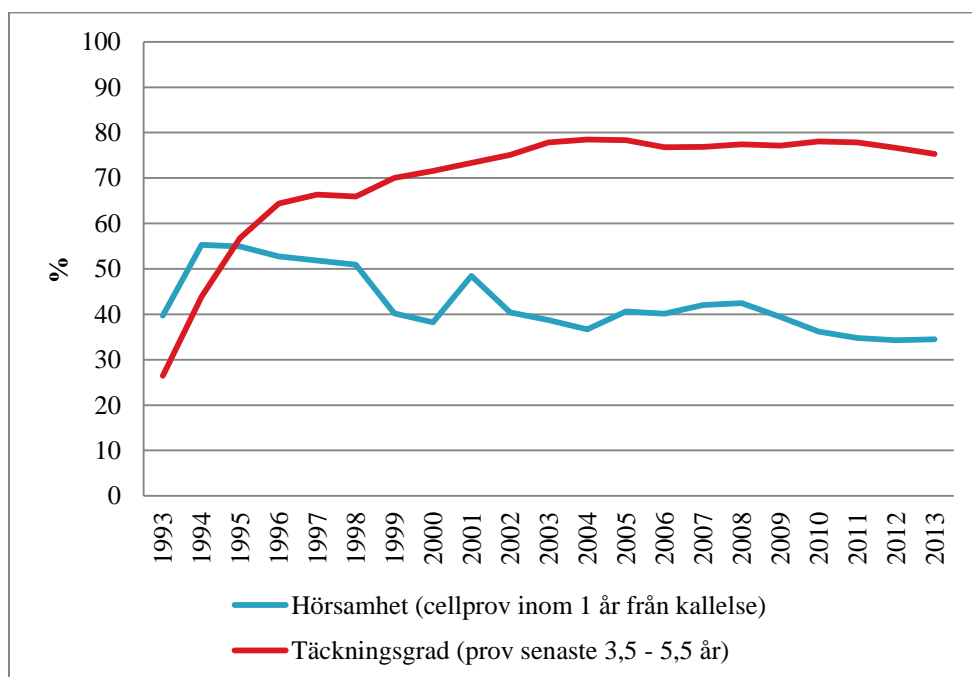


Figur 6: Täckningsgrad (%) i Stockholms län 1993–2013 för åldersgrupperna 23–50 samt 51–60.



Figur 7: Täckningsgrad (%) i Stockholms kommuner för perioden 1993–2013. Beräknad för den kommunen med lägst/högst täckningsgrad under respektive år.

Ovanstående figur visar täckningsgrad i Stockholms kommuner under perioden 1993–2013 för alla åldergrupper. Den visar att skillnaden mellan högsta respektive lägsta nivån på täckningsgrad minskar över tid mellan länets kommuner (högsta nivå är cirka 80 % och lägsta cirka 60 %). Detta skiljer sig från de andra två storstadsregionerna Västra Götaland och Skåne som har större skillnader mellan områden med hög respektive låg täckningsgrad (uppgifter från Cancerfonden). Den gröna linjen är ett mått på att Stockholm lyckats minska den överprovtagning i lågriskgrupper som förekom före 2003. Den blå linjen visar hur Stockholm lyckats få upp provtagningsfrekvensen i områden med hög andel invandrare och lågt socioekonomiskt status och som haft en låg täckningsgrad.

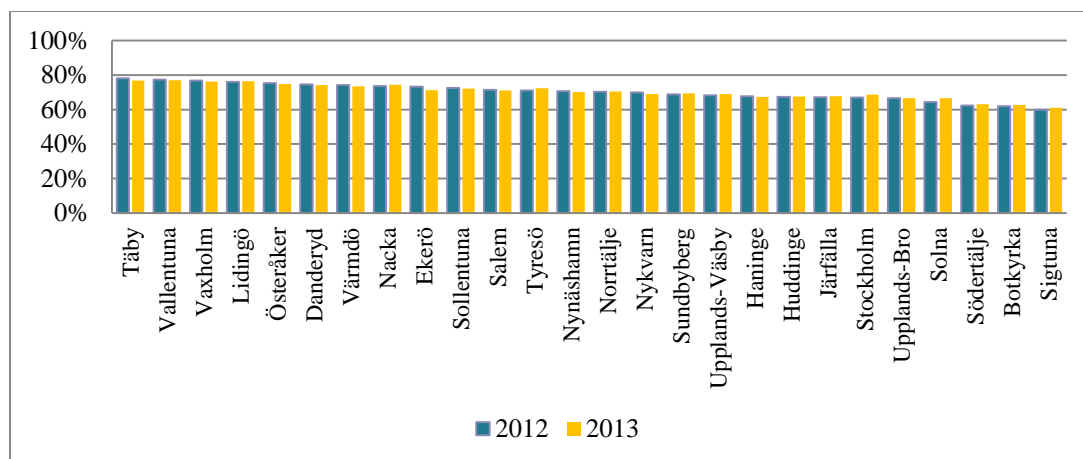


Figur 8: Jämförelse mellan hörsamhet och täckningsgrad för perioden 1993–2013.

Figuren ovan illustrerar skillnaden vad gäller att redovisa deltagarfrekvens (hörsamhet) och täckningsgrad där den senare är mer relaterad till screeningprogrammets effekt (det vill säga hur stor andel kvinnor som är provtagna) och hörsamheten visar andelen kvinnor som provtas enbart inom screeningen.

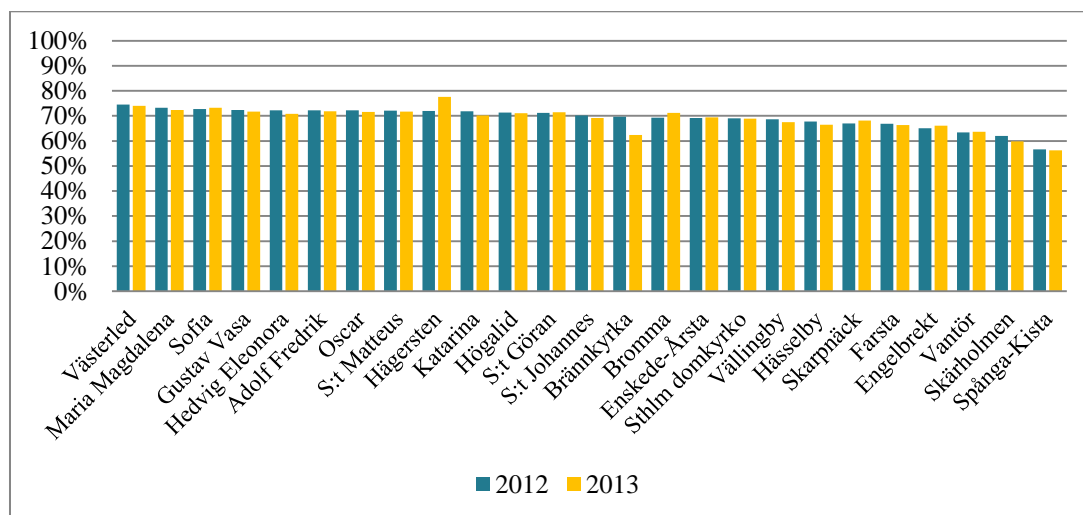
## Täckningsgrad under 2013 Stockholm

I figurerna nedan visas täckningsgraden under 2013 i Stockholms läns kommuner, respektive församlingar inom Stockholm kommun.



Figur 9: Täckningsgrad uppdelat på Stockholms kommuner, 2013 jämfört med 2012.

Täckningsgraden är stabil i Stockholm kommun, men flyttning sker inom kommunen och mellan församlingar, bland annat synliggörs detta i församlingarna Hägersten och Brännkyrka. Som högst ligger täckningsgraden cirka 80 % täckningsgrad och som lägst, vilket givetvis är det viktigaste, på nästan 60 %. I jämförbara län ligger deltagandet i områden som präglas av hög andel invandrade och låg socioekonomisk status på under 50 %.



Figur 10: Täckningsgrad uppdelat på församlingar inom Stockholms kommun, 2013 jämfört med 2012.

## Täckningsgrad för Gotland

Här redovisas täckningsgrad för Gotlands region för åren 2012–2013.

	2012	2013
23–50	67,7 %	74,9 %
51–60	80,0 %	80,0 %

Obs! Eftersom täckningsgrad beräknas 3,5 resp. 5,5 år bakåt i tiden så gör det att kvinnor har hunnit flytta under den tiden, det vill säga dessa kvinnor som kommer med i Gotlands täckningsgrad kan ha provtagits sig i Stockholm.

## Icke-deltagare

Kvinnor som inte deltar utgör en grupp med högre risk för cervixcancer än de som deltar regelbundet. Det är därför av stor vikt att försöka nå dessa kvinnor. Cirka 10 % av alla kvinnor deltar aldrig i screening.

Cirka 4000 kallelser returneras varje år på grund av att adressaten saknas på den angivna adressen. Detta kan bland annat bero på att många kvinnor från andra länder som bott eller studerat i Stockholm men som därefter flyttat ut från Sverige men inte till annat län inom landet och som inte låtit avregistrera sig, ligger kvar som boende i länet. Dessa 4000 ackumuleras varje år och är en av flera orsaken till att det finns relativt många som räknas som icke-deltagare.



## 7. Studieupplägg.

RCC Stockholm Gotland införde den nya kallelselayouten under våren 2015.

Eftersom man redan hade två typer av kallelser; för cellprovskontroll med analys för cytologi respektive cellprovskontroll med analys för HPV (layout av kallelser med den äldre layouten, bilaga 1 och 2) gjordes den nya kallelsen också i två versioner, dels för cytologi och dels för HPV (nya kallelselayouten för cytologi och HPV, var god se bilaga 3 och 4).

För att kunna jämföra hur stor andel kvinnor som deltog efter att ha blivit kallade med de olika brevlayouterna och utan att ha etikprövningstillstånd behövde kallelserna skickas till grupper av kvinnor. Ingen randomisering var möjlig på individnivå. Kallelser skickas som en fil till Posten som i sin tur printar s.k. eBrev. Inte heller Posten hade möjlighet skilja mellan olika layouter på individnivå varför RCC valde att använda ny layout varannan vecka och gammal layout varannan vecka.

För att kunna jämföra kvinnor som kallats under studieperioden måste varje kvinna ha lika lång tid på sig att delta. Av det skälet har varje kvinna följts under maximalt 90 dagar från primärbokad undersökningstid. Det innebär att en kvinna som deltagit 100 dagar efter primärbokad tid räknas som icke-deltagare.

Deltagarfrekvensen har räknats som antalet kvinnor som deltagit inom 90 dagar av dem som kallats.

Vi har även valt att analysera hur stor andel som deltagit relaterat till om hon kallats till cytologi eller HPV, liksom inom 30, 60 respektive 90 dagar efter den primärbokade tiden.

Resultaten presenteras även relaterat till ålder. Kvinnor under 30 kallas enbart till cytologi. Övriga kvinnor har delats upp i 30–50 års ålder, 51–60 års ålder liksom >60 års ålder.

Slutligen har resultaten redovisats på Stockholms läns kommuner och Gotland och på församlingar inom Stockholm kommun eftersom dessa olika områden har olika socioekonomisk karaktär.

## 8. Resultat

Under perioden 2015-03-23 till 2015-08-28 kallades sammanlagt 104 182 kvinnor till cellprovtagning inom Stockholms län och Region Gotland. Av dem fick 57 602 kvinnor den gamla kallelselayouten (33 156 till cytologi och 24 446 till HPV) och 46 580 den nya (26 028 till cytologi och 20 552 till HPV). Samtliga kvinnor följdes upp under 90 dagar från primärbokat datum till och med november 2015. Sammanlagt 30 697 kvinnor hade under studieperioden kommit till provtagning inom 90 dagar från primärbokad undersökningstid

Vi har valt att jämföra skillnaden i deltagarfrekvens relaterat till typ av kallelse i relativ förändring och inte i absolut förändring. Detta på grund av att det är så olika andel kvinnor som kallas till provtagning i olika åldrar och i olika områden i regionen då andelen som redan har ett prov registrerat och inte får en kallelse är så olika (*se figur 2*). Procenttalet speglar på ett bättre sätt vilken påverkan den nya kallelselayouten haft på deltagande.

### Skillnad i deltagande inom 90 dagar efter ny respektive gammal kallelse relaterat till ålder.

Åldersgrupp	Ny vs gammal kallelse	Ny vs gammal cytologi	Ny vs gammal HPV
	%	%	%
<30	20,6	20,6	*
30–50	11,8	12,3	12,5
51–60	-2,1	-35,7	17,8
+60	12,7	-28,3	11,5
<b>Totalt</b>	<b>11,1</b>	<b>7,6</b>	<b>14,4</b>

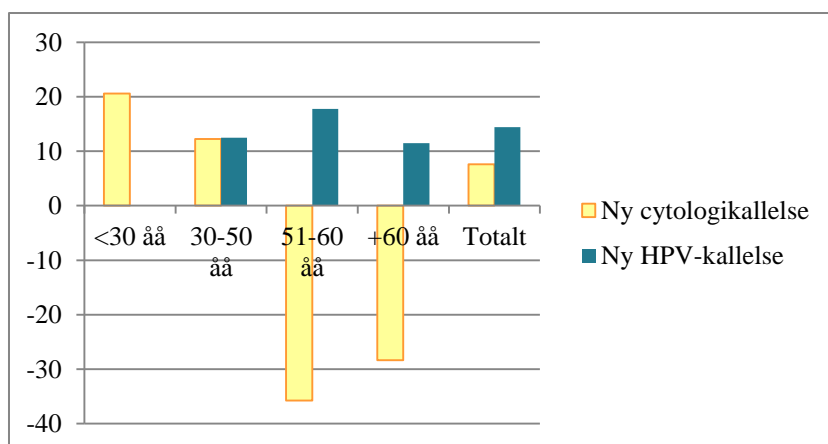
Tabell 1: Förändring i deltagande relaterat till kallelse (%).

\*Kvinnor under 30 års ålder kallas enbart till cytologi.

Skillnaden i frekvensen deltagare med den nya kallelselayouten jämfört med den gamla var 11,1 % (ökade från 28,1 % till 31,2 %, det vill säga motsvarande 3,1 procentenheter). Skillnaden i deltagande mellan ny kallelse och gammal kallelse var statistiskt signifikant med 95 % konfidensintervall på (0,027–0,038).

Den nya kallelsen till HPV jämfört med den gamla ledde till en högre förändring i deltagande än kallelse till cytologi på 14,4 % (motsvarande 4,3 procentenheter). När kallelse till rutinartad cytologi med ny respektive gammal kallelse jämfördes var ökningen 7,6 % (motsvarande 2,0 procentenheter). Det är den senare siffran som speglar effekten av enbart den nya kallelselayouten när HPV inte införts i screening.

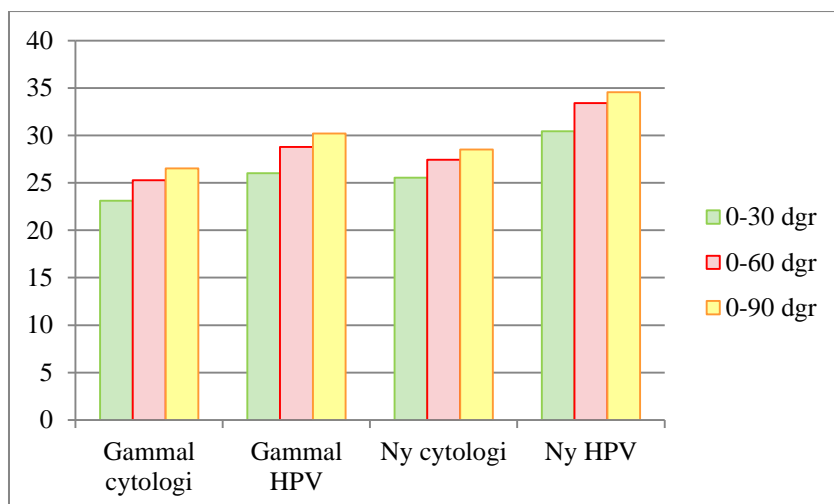
I den yngsta åldersgruppen (23 – 29 års ålder) kallades kvinnor enbart till cytologi och inom den gruppen var ökningen, relaterat till den nya kallelsen, som störst. Äldre kvinnor som kallats under många år (flera decennier) till cellprov responderade högre på kallelse till HPV och hade en minskad respons på cytologi, trots den nya layouten på cytologikallelsen.



Figur 11: Förändring i deltagande relaterat till ny cytologi-, respektive HPV-kallelse relaterat till ålder.

### Skillnad i deltagande efter ny respektive gammal kallelse relaterat till inom vilken tidsperiod en kvinna deltar: 30, 60 respektive 90 dagar efter primärbokat datum.

De allra flesta kvinnor som deltar inom 90 dagar gör den under de första 30 dagarna, oberoende av kallelselayout eller kallelse till cytologi respektive HPV (figur nedan).



Figur 12: Andelen kvinnor som deltagit under 30, 60, respektive 90 dagar efter primärbokat tid (i procentenheter)

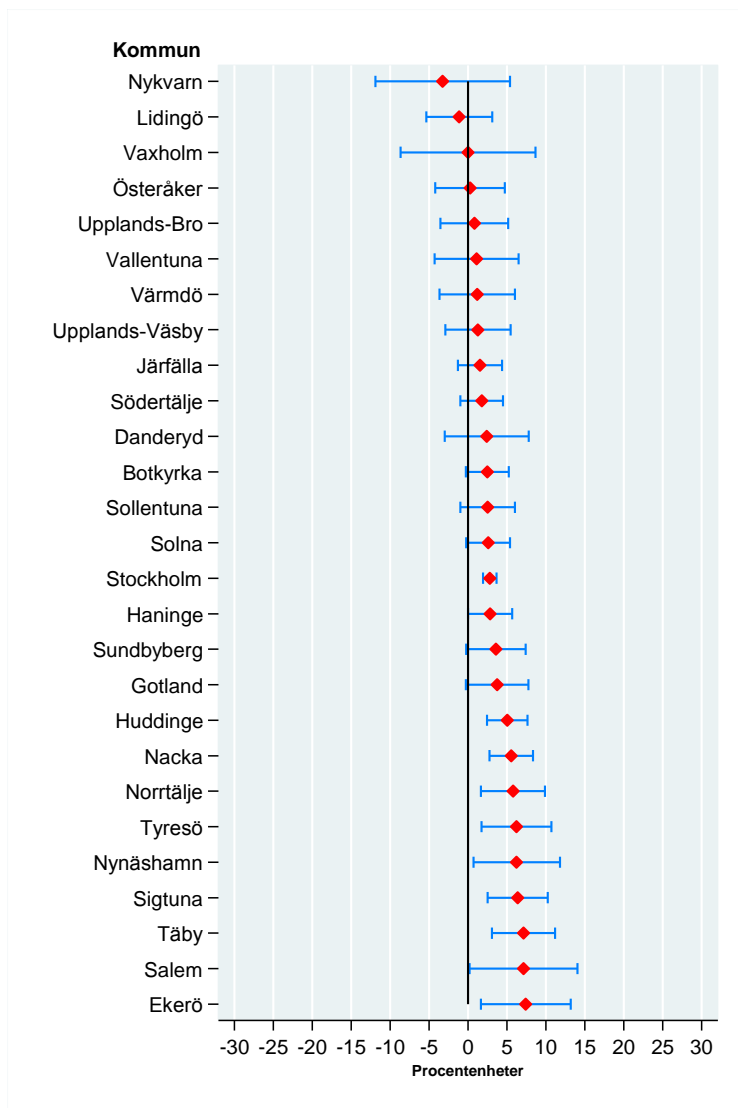
Den nya kallelselayouten ledde till att 13,8 % fler kvinnor deltog inom de första 30 dagarna efter primärbokat provtagningsdatum, fler kvinnor deltog relaterat till HPV-kallelse än till cytologikallelse. Enbart ett smärre antal fler kvinnor deltog 31–90 dagar efter primärbokat datum och det var ingen skillnad mellan HPV och cytologi. Dock var det fler kvinnor som hörsammade den nya kallelsen jämfört med den gamla oberoende av HPV och cytologi.

	Andelen fler kvinnor som deltagit		
Antal dagar	Ny vs gammal kallelse	Ny vs gammal kallelse till Cytologi	Ny vs gammal kallelse till HPV
	(%)	(%)	(%)
0–30	13,8	10,5	17,0
31–60	1,4	1,9	0,9
61–90	1,3	1,0	1,7

Tabell 2: Skillnaden i andelen kvinnor som deltagit efter ny kallelse (%); Cytologi resp. HPV.

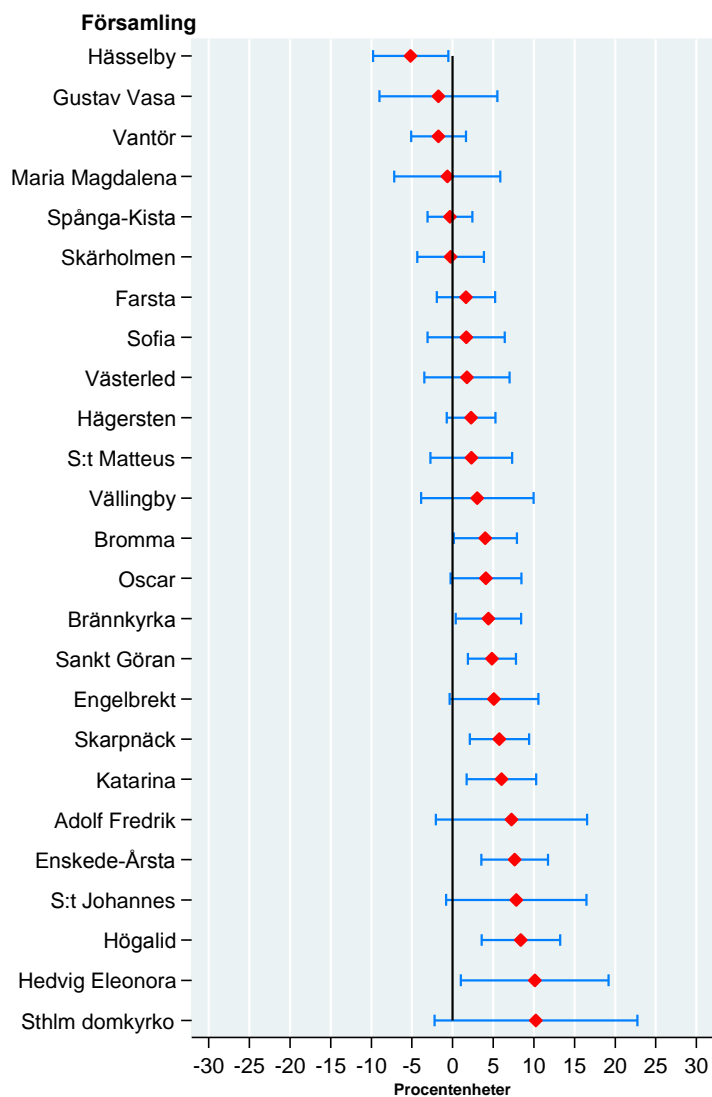
### Skillnad i deltagande efter ny respektive gammal kallelse relaterat till kommun inom Stockholms län och Region Gotland.

Figuren nedan visar skillnad i deltagande mellan ny och gammal kallelse (i absolut förändring och med 95 % konfidensintervall) uppdelat på kommuner i Stockholms län och för Region Gotland. Samtliga kommuner som haft förhållandevis låg täckningsgrad (mellan 60 och 70 %) hade ett högre deltagande med den nya kallelselayouten, dock var det statistiskt signifikant enbart för Stockholms kommun och Sigtuna kommun. Studien var inte beräknad att kunna påvisa signifikanta skillnader på kommunnivå; detta hade krävt ett större antal kvinnor och en längre studietid. I de fyra kommunerna Nykvarn, Lidingö, Vaxholm och Österåker, som haft den högsta täckningsgraden i länet sågs ingen effekt av den nya kallelselayouten. Det fanns till och med en negativ effekt som dock inte var statistiskt signifikant och därmed inte får övertolkas. För kvinnor i Vaxholms kommun ökade deltagandet efter ny kallelse till HPV men effekten minskade för den grupp som kallats till cytologi och därför uppfattas inte just kallelselayouten ha någon betydelse i sammanhanget. För kommunerna Botkyrka, Sigtuna, Södertälje och Upplands-Bro, vilka alla utmärks av hög andel invandrare, låg det ökande deltagandet efter ny kallelse framför allt på kallelse till cytologi.



Figur 13: Skillnad i deltagande mellan ny och gammal kallelse i procentenheter med 95 % konfidensintervall uppdelat på kommuner i Stockholms län och Gotlands län.

Stockholms kommun som uppvisade en statistiskt signifikant positiv effekt på deltagande med den nya kallelsen. Eftersom andelen som kallats till cellprovtagning inom Stockholms kommun utgör 42 % av hela Stockholms län och kommunen har områden (församlingar) som utmärks av både relativt låga respektive höga deltagarfrekvenser, har Stockholms kommun också redovisats på församlingsnivå (se nedan).



Figur 14: Skillnad i deltagande mellan ny och gammal kallelse i procentenheter med 95 % konfidensintervall uppdelat på församlingar i Stockholms län.

Stockholms kommun består av 25 församlingar. I figur 10 framgår att täckningsgraden skiljer sig åt mellan olika församlingar och de med hög andel invandrare och lågt socioekonomiskt status (Spånga-Tensta, Skärholmen) har en låg täckningsgrad medan övriga, och framför allt innerstadsförsamlingar har en relativt hög täckningsgrad.

Den nya kallelsen hade en signifikant effekt på deltagande i Stockholms kommun men liten eller ingen effekt ibland annat Spånga-Tensta och Skärholmen. I de församlingar som hade statistiskt signifikant ökning av deltagande relaterat till den nya kallelsen låg effekten framför allt på HPV-kallelsen. Som framgår av figuren ovan är det endast ett färre antal församlingar som har statistiskt signifikanta förändringar vilket beror på att endast några församlingar är stora nog för att ha tillräckligt underlag för säkerställa att skillnader är statistiskt signifikanta.

## 9. Vetenskapliga rapporter

Forskning inom cervixcancerscreening där RCC Stockholm Gotland varit involverade

- Andrae B, Andersson TM, Lambert PC, Kemetli L, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, Dillner J, Törnberg S, Sparén P. Screening and cervical cancer cure: population based cohort study. *BMJ*. 2012 Mar 1;344:e900.
- Lynge E, Törnberg S, von Karsa L, Segnan N, van Delden JJ. Determinants of successful implementation of population-based cancer screening programmes. *Eur J Cancer*. 2011 Jul 23. [Epub ahead of print]
- Dillner L, Kemetli L, Elfgren K, Bogdanovic G, Andersson P, Carlsten-Thor A, Andersson S, Persson E, Rylander E, Grillner L, Dillner J, Törnberg S. Randomized healthservices study of human papillomavirus-based management of low-grade cytological abnormalities. *Int J Cancer*. 2011 Jul 1;129(1):151-9. doi: 10.1002/ijc.25649. Epub 2010 Nov 9.
- Blomberg K, Tishelman C, Ternstedt BM, Törnberg S, Levál A, Widmark C. How can young women be encouraged to attend cervical cancer screening? Suggestions from face-to-face and internet focus group discussions with 30-year-old women in Stockholm, Sweden. *Acta Oncol*. 2011 Jan;50(1):112-20. Epub 2010 Nov 22.
- Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Elfgren K, Rådberg T, Strander B, Forslund O, Hansson B-G, Hagmar B, Johansson B, Rylander E, Dillner J. Efficacy of HPV DNA Testing With Cytology Triage and/or Repeat HPV DNA Testing in Primary Cervical Cancer Screening. *J Natl Cancer Inst* 2009;101: 88 – 99
- Andrae B, Strander B, Silfverdal L, Ryd W, Dillner J, Törnberg S, and Sparén P. Benefit of cervical cancer screening in young women - a matter of adherence to the recommended screening interval. *BMJ* 2009-08-24 (electronical response).
- Dillner J, Rebolj M, Birembaut P, Petry KU, Szarewski A, Munk C, de Sanjose S, Naucler P, Lloveras B, Kjaer S, Cuzick J, van Ballegooijen M, Clavel C, Iftner T; Joint European Cohort Study. Long term predictive values of cytology and human papillomavirus testing in cervical cancer screening: joint European cohort study. *BMJ*. 2008 Oct 13;337:a1754. doi: 10.1136/bmj.a1754.
- Andrae B, Kemetli L, Sparén P, Silfverdal L, Strander B, Ryd W, Dillner J, Törnberg S. Screening-preventable cervical cancer risks: evidence from the Swedish nationwide audit of cervical cancer screening histories. *J Natl Cancer Inst* 2008;100:1-8
- Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Elfgren K, Rådberg T, Strander B, Forslund O, Hansson BG, Rylander E, Dillner J. Human papillomavirus and Papanicolaou tests to screen for cervical cancer. *N Engl J Med*. 2007 Oct 18;357(16):1589-97.
- Naucler P, Ryd W, Törnberg S, Strand A, Wadell G, Hansson BG, Rylander E, Dillner J. HPV type-specific risks of high-grade CIN during 4 years of follow-up: a population-based prospective study. *Br J Cancer*. 2007 Jul 2;97(1):129-32. Epub 2007 Jun 5.
- Rodvall Y, Kemetli L, Tishelman C, Törnberg S. Factors related to participation in a cervical cancer screening programme in urban Sweden. *Eur J Cancer Prev*. 2005 Oct;14(5):459-66.
- Tishelman C, Lundgren EL, Skald A, Törnberg S, Larsson BW. Quality of care from a patient perspective in population-based cervical cancer screening. *Acta Oncol* 2002;41(3):253-61

## Bilaga 1



Stockholms läns landsting

~~Avsändare  
Regionalt cancercentrum, Stockholm-Gotland  
Screeningverksamheten  
Box 8909  
102 39 Stockholm~~

*Mottagare  
Förnam Efternamn (N)  
STORGATAN (ad)  
111 00 STORSTAD (pad)*

## Välkommen till gynekologisk cellprovtagning

### Plats:

**Östermalm och Gärdets (MN)**  
Barnmorskemottagning (Mad1)  
Sandhamnsgatan 4 (Mad2)  
115 40 STOCKHOLM (Mpad)

**Telefon:**  
587 537 22 (Mtel1)  
587 837 20 (övrigt) (Mtel2)

**Telefontid:**  
Mån-fre kl. 8-12 (Mtid1)  
Tis-ons kl. 13-14 (Mtid2)

Drop-in: den **2004-08-17** klockan **15:45 (tid)**

(Mtxt1) Enhetsspecifik info (3 rader) Passar inte tiden behöver du inte göra någon avbokning.  
(Mtxt2) Et bra alternativ kan då vara att gå på... Viss väntetid kan förekomma. Dessutom är  
(Mtxt3) vi tacksamma om du inte använder parfym - detta av hänsyn till de som är allergiska.

### Att tänka på före provtagning

För att få en bra bedömning av provet bör du dygnet före:

- inte föra upp något läkemedel i slidan.
- inte ha samlag/penetrerande sex.

Om du skulle ha din menstruation, är gravid eller nyförlöst bör du kontakta Screeningverksamheten för en ny tid (telefonnummer, se nedan). Önskar du preventivmedel och/eller rådgivning – vänligen boka en separat tid på barnmorskemottagningen.

### Svar

Svar på cellprovet får du inom 4-6 veckor, men det kan dröja längre beroende på administrativa omständigheter. Om svaret dröjer och du har frågor om ditt cellprov är du välkommen att kontakta oss.

### Annat som är bra att veta!

Kallelsen gäller 1 år. Du behöver inte lämna återbud om du inte önskar ta provet, men du är välkommen att kontakta Screeningverksamheten för alternativa drop in tider, har andra frågor eller funderingar som gäller gynekologisk cellprovtagning. Tel: 08-123 13820, mån-fre kl. 10-11, 13-14.

E-post: [halsound@sl.se](mailto:halsound@sl.se). Film samt mer information om cellprov: [www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Undersokningar/Gynekologisk-cellprovtagning/](http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Undersokningar/Gynekologisk-cellprovtagning/)

### Syftet med provtagningen

Stockholms läns landsting och Region Gotland erbjuder alla kvinnor mellan 23 och 64 år kostnadsfri gynekologisk cellprovtagning. Den görs av legitimerad barnmorska och innebär att ett cellprov tas från livmodertappen i slidan. Provet ger en möjlighet att upptäcka förändringar som obehandlade kan leda till cancer i livmoderhalsen. Sådana förändringar utvecklas i regel mycket långsamt och ger inga symtom. Om upptäckten görs tidigt blir behandlingen enkel och risken att få cancer i livmoderhalsen minskas betydligt. Cancer i övriga underlivsorgan kan endast upptäckas vid fullständig gynekologisk läkarundersökning.

Vg vänd



## Bilaga 2



~~Avsändare  
Regionalt cancercentrum, Stockholm-Gotland  
Screeningverksamheten  
Box 6909  
102 39 Stockholm~~

*Mottagare  
Förnam Efternamn (N)  
STORGATAN (ad)  
111 00 STORSTAD (pad)*

## Välkommen till cellprovtagning med analys för humant papillomvirus (HPV)

### Plats:

**Östermalm och Gärdets (MN)**  
Barnmorskemottagning (Mad1)  
Sandhamnsgatan 4 (Mad2)  
115 40 STOCKHOLM (Mpad)

**Telefon:**  
587 537 22 (Mtel1)  
587 837 20 (övrigt) (Mtel2)

**Telefontid:**  
Mån-fre kl. 8-12 (Mtid1)  
Tis-ons kl. 13-14 (Mtid2)

Drop-in den **2004-08-17** klockan **15:45 (tid)**

*(Mtxt1)Enhetsspecifik info (3 rader) Passar inte tiden behöver du inte göra någon avbokning.  
(Mtxt2)Et bra alternativ kan då vara att gå på.... Viss väntetid kan förekomma. Dessutom är  
(Mtxt3)vi tacksamma om du inte använder parfym - detta av hänsyn till de som är allergiska.*

### Att tänka på före provtagning

För att få en bra bedömning av provet bör du dygnet före:

- inte föra upp något läkemedel i slidan.
- inte ha samlag/penetrerande sex.

Om du skulle ha din menstruation, är gravid eller nyförlöst bör du kontakta Screeningverksamheten för en ny tid (telefonnummer, se nedan). Önskar du preventivmedel och/eller rådgivning – vänligen boka en separat tid på barnmorskemottagningen.

### Svar

Svar på provet får du inom 4-6 veckor, men det kan dröja längre beroende på administrativa omständigheter. Om svaret dröjer och du har frågor om ditt cellprov är du välkommen att kontakta oss.

### Annat som är bra att veta!

Kallelsen gäller 1 år. Du behöver inte lämna återbud om du inte önskar ta provet, men du är välkommen att kontakta Screeningverksamheten för alternativa drop in tider, har andra frågor eller funderingar som gäller gynekologisk HPV-provtagning. Tel: 08-123 13820, mån-fre kl. 10-11, 13-14.  
E-post: [halsound@sll.se](mailto:halsound@sll.se). Film samt mer information om cellprov: [www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Undersokningar/Gynekologisk-cellprovtagning/](http://www.1177.se/Stockholm/Fakta-och-rad/Undersokningar/Gynekologisk-cellprovtagning/)

### Syftet med provtagningen

Stockholms läns landsting och Region Gotland erbjuder kvinnor mellan 30 och 64 år kostnadsfri gynekologisk HPV-provtagning. Den görs av legitimerad barnmorska och innebär att ett HPV-prov tas från livmodertappen i slidan. Provet ger en möjlighet att upptäcka cellförändringar som obehandlade kan leda till cancer i livmoderhalsen. Sådana förändringar utvecklas i regel mycket långsamt och ger inga symptom. Om upptäckten görs tidigt blir behandlingen enkel och risken att få cancer i livmoderhalsen minskas betydligt. Cancer i övriga underlivsorgan kan endast upptäckas vid fullständig gynekologisk läkarundersökning.

**Var god vänd**

## Bilaga 3



### Kallelse

## Välkommen till gynekologisk cellprovtagning

En tid finns för dig hos en barnmorska. Besöket är kostnadsfritt.

Tid:

Plats:

Telefon:

Ta med legitimation



#### Därför är du kallad till cellprovtagning

Alla kvinnor i Sverige i åldern 23-64 år kallas till gynekologisk cellprovtagning. Genom att regelbundet lämna cellprov får du ett starkt skydd mot cancer i livmoderhalsen. Risken minskar med 90 %.



#### Varje provtagning är viktig för din hälsa!

Cellförändringar känns inte. Du bör därför gå på regelbundna kontroller. Socialstyrelsen rekommenderar att du går varje gång du får en kallelse. Cellprovtagningen är frivillig.

Cellförändringar som kan leda till cancer i livmoderhalsen orsakas oftast av ett virus, HPV. Det är viktigt att lämna cellprov även om du är vaccinerad mot HPV. Vaccinet skyddar inte helt mot livmoderhalscancer.



#### Så här går undersökningen till

Du tar av dig på underkroppen. En barnmorska tar ett cellprov från slidan med en liten, mjuk borste. Det tar ofta bara en minut. Totalt tar provtagningen cirka 10 minuter. Vill du ha med dig någon så går det bra. Provsvaret kommer hem till dig med brev inom sex veckor.

*Provet sparas rutinmässigt i biobank och dina uppgifter i kvalitetsregister för din vård och vårdutveckling samt forskning enligt biobankslagen och patientdatalagen. Alla personuppgifter är skyddade enligt offentlighets- och sekretesslagen. Prata med din barnmorska om du inte vill att provet eller dina uppgifter ska sparas. För mer information se [www.1177.se/kvalitetsregister](http://www.1177.se/kvalitetsregister) och [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se).*

#### Övrig information

##### Ombokning

Kallelsen gäller 1 år, du behöver inte avboka tiden! Passar inte tiden, se drop-in tider på: [www.1177.se/sthlm-cellprov](http://www.1177.se/sthlm-cellprov) eller kontakta screeningverksamheten.

Kontakta oss om du har mens, är gravid, nyförlöst eller har övriga frågor.

- Telefon: 08-123 138 20  
telefonid: måndag - fredag  
kl. 10-11 och 13-14
- E-post: [halsound@sl.se](mailto:halsound@sl.se)

##### Vill du veta mer?

1177 Vårdguiden:  
[www.1177.se/cellprov](http://www.1177.se/cellprov)  
Andra språk / Other languages:  
[www.1177.se/pap-test](http://www.1177.se/pap-test)

## Bilaga 4



### Kallelse

## Välkommen till cellprovtagning med analys för humant papillomvirus (HPV)

En tid finns för dig hos en barnmorska. Besöket är kostnadsfritt.

Tid:

Plats:

Telefon:

**Ta med legitimation**



#### Därför är du kallad till cellprovtagning

Alla kvinnor i Sverige i åldern 23-64 år kallas till gynekologisk cellprovtagning. Genom att regelbundet lämna cellprov får du ett starkt skydd mot cancer i livmoderhalsen. Risken minskar med 90 %.



#### Varje provtagning är viktig för din hälsa!

Cellförändringar känns inte. Du bör därför gå på regelbundna kontroller. Socialstyrelsen rekommenderar att du går varje gång du får en kallelse. Cellprovtagningen är frivillig.

Cellförändringar som kan leda till cancer i livmoderhalsen orsakas oftast av ett virus, HPV. Det är viktigt att lämna cellprov även om du är vaccinerad mot HPV. Vaccinet skyddar inte helt mot livmoderhalscancer.



#### Så här går undersökningen till

Du tar av dig på underkroppen. En barnmorska tar ett cellprov från slidan med en liten, mjuk borste. Det tar ofta bara en minut. Totalt tar provtagningen cirka 10 minuter. Vill du ha med dig någon så går det bra. Provsvaret kommer hem till dig med brev inom sex veckor.

*Provet sparas rutinmässigt i biobank och dina uppgifter i kvalitetsregister för din vård och vårdutveckling samt forskning enligt biobankslagen och patientdatalagen. Alla personuppgifter är skyddade enligt offentlighets- och sekretesslagen. Prata med din barnmorska om du inte vill att provet eller dina uppgifter ska sparas. För mer information se [www.1177.se/kvalitetsregister](http://www.1177.se/kvalitetsregister) och [www.biobanksverige.se](http://www.biobanksverige.se)*

#### Övrig information

##### Ombokning

Kallelsen gäller 1 år, du behöver inte avboka tiden! Passar inte tiden, se drop-in tider på: [www.1177.se/sthlm-cellprov](http://www.1177.se/sthlm-cellprov) eller kontakta screeningverksamheten.

Kontakta oss om du har mens, är gravid, nyförlöst eller har övriga frågor.

- Telefon: 08-123 138 20  
telefontid: måndag - fredag  
kl. 10-11 och 13-14
- E-post: [halsound@ssl.se](mailto:halsound@ssl.se)

##### Vill du veta mer?

1177 Vårdguiden:  
[www.1177.se/cellprov](http://www.1177.se/cellprov)

Andra språk / Other languages:  
[www.1177.se/pap-test](http://www.1177.se/pap-test)