

Tillämpning av Nationellt vårdprogram för cervixcancerprevention

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2019-00501) giltig tom juni 2021.
Utarbetad av regionala styr- och processgruppen för cervixcancerprevention, RCC Väst.

Nytt sedan föregående revidering

- Verksamheten byter namn från Regionens organiserade cellprovskontroll (ROCK) till Gynekologisk cellprovskontroll (GCK).
- Primär HPV-analys är screeningmetod från och med 30 års ålder.
- För kvinnor över 50 år med negativ HPV-analys förlängs screeningintervallen till 7 år.
- Övre åldersgränsen höjs vilket innebär att kvinnorna får en sista inbjudan vid 64 - 70 år.
- Triage görs med cytologi vid primär HPV-positivitet
- Uppdateringen av NVP innebär differentierad uppföljning vid HPV-positivitet och normal cytologi (NVP 1.2.2)
- Kvinnor över 30 år inkluderas automatiskt i kontrollfil HPV 16/18 eller non16/18 om HPV är positiv och cytologi normal. Ny provtagning inom GCK sker efter ett och ett halvt år vid HPV 16 och/eller 18 och efter tre år vid HPV non-16/18. Vid persisterande, typspecifik HPV vid detta uppföljande prov remitteras kvinnan till kopplad gynekologmottagning för kolposkopi.
- Biobanking av prover införs i Västra sjukvårdsregionen.
- Bilddokumentation införs för kolposkopiundersökningar.
- Kolposkopiundersökning efter behandling ersätts av cellprov med dubbelanalys taget av dysplasibarnmorska/sjuksköterska.
- Alla kvinnor som genomgått total hysterektomi exkluderas från GCK vid hysterektomin. Har kvinnan haft höggradig dysplasi skall hon kontrolleras med cellprov (dubbelanalys) sex månader och fem år på gynekologimottagning (NVP 17.2.7)

Bakgrund

Screening är mycket effektiv för att förebygga insjuknande och död i livmoderhalscancer. Deltagande i screening är den enskilt främsta faktorn som kan förutspå risk för livmoderhalscancer. Nationellt vårdprogram för cervixcancerprevention (NVP) fastställdes 170112. Vårdprogrammet bygger på rekommendationer från Socialstyrelsen från juni 2015. Uppdatering av vårdprogrammet gjordes december 2108. Denna regionala medicinska riktlinje ersätter befintliga riktlinjer för Gynekologisk cellprovskontroll. För definition av målgruppen för riktlinjerna, se NVP. Med "kvinna" jämställs person som inte identifierar sig som kvinna men som har eller har haft livmoder och cervix.

Regional tillämpning

Västra Götalandsregionen och Region Halland följer det nationella vårdprogrammet med nedan angivna förtydliganden.

Organisation och verksamhetsansvar

Regionalt cancercentrum väst (RCC) utformar kallelser, eventuella bilagor och informationstexter baserat på nationellt underlag, där sådant finns. GCK använder Västra sjukvårdsregionens kallelsesystem HKS (Hälsokontrollsystem) för screening.

Västra Götalandsregionen

Regionsgemensam hälso- och sjukvård (RHS) ansvarar för GCK i samarbete med Regionalt Cancercentrum väst. RHS ansvarar för regionens gemensamma kallelsekansli och för att kvinnor får en kallelse till cellprovtagning enligt gällande tidsintervall och historik.

RHS ansvarar för att provtagande personal har förutsättningar för att kunna utföra uppdraget.

Respektive barnmorskemottagning (BMM) ansvarar för provtagning och att prov sänds för analys till provmottagning vid sjukhuslaboratorium med remissinformation som möjliggör för laboratoriet att utföra rätt analys och rätt uppföljning utifrån ålder, screeningbakgrund och kontrollfilstillhörighet. RHS är beställare och laboratoriet är leverantör.

Region Halland

Klinisk patologi och cytologi i Halland ansvarar för att kalla till GCK i Halland och att rätt kvinnor får en kallelse till cellprovtagning enligt gällande tidsintervall och historik. Respektive kvinnohälsovårdsmottagning (KHV) ansvarar för provtagning och att prov sänds för analys till Klinisk patologi och cytologi i Halland med remissinformation som möjliggör för laboratoriet att utföra rätt analys och rätt uppföljning utifrån ålder, screeningbakgrund och kontrollfilstillhörighet.

Laboratoriemedicin i VGR (NÄL, SU, SÄS och Skövde) och Klinisk patologi och cytologi i Halland ansvarar för att remissuppgifter registreras och cellproverna analyseras. Laboratoriemedicin i VGR respektive Klinisk patologi och cytologi i Halland ansvarar för att diagnos sätts enligt vårdprogrammets nomenklatur och att remissens data liksom svaret överförs till Cytburken.

Respektive laboratorium ansvarar för svarsrutiner. Avvikande prover som kräver utredning utsvaras till kopplad gynekologmottagning (gynekologmottagning som har uppdrag att utreda kvinnor med avvikande screeningprover, kopplad till BMM/KHV som ansvarar för screening i området). Övriga prover svaras ut direkt från laboratoriet eller via regionala HKS (RHKS) enligt bilaga 2.

RCC Väst och processledare Halland hämtar en "larmlista" från Cytburken fyra gånger per år. Larmlistan innehåller höggradiga cellförändringar och persisterande HPV-infektion som inte har ett histopatologiskt provsvar registrerat inom 7 månader.

Cytologlaboratorierna ansvarar för att kontrollera uppgifterna på laboratoriet och vidarebefordra information om ej uppföljda prover till kopplad gynekologmottagning för uppföljning och åtgärd.

För VGR gäller att RHS i samarbete med RCC och Koncernkontor utser kopplade gynekologmottagningar för uppföljning av kvinnor med avvikande prover i screening till BMM. Koncernkontoret ansvarar för att vid vårdöverenskommelse tillse att varje BMM har en kopplad gynekologmottagning, även vid förändringar eller upphörande av viss verksamhet.

I Region Halland är det Gynekologimottagningarna på Hallands sjukhus Varberg/Halmstad/Kungsbacka som utreder kvinnor med avvikande cellprov i GCK.

Gallring från inbjudan (NVP 9.2)

Se bilaga 1.

Rutiner för kallelse tillscreening (NVP 8.1)

Den nationell utformade kallelsen ska användas. Information på flera språk ("språklapp") ska vara del av kallelsen.

Om kallelse kommer i retur avbokas tiden och ny kallelse sänds ut inom en månad. Om även denna kommer i retur kallas kvinnan efter ett år. Kvinnorna bör erbjudas SMS-påminnelse.

Årliga kallelser till cellprov skickas om kvinnan inte tagit cellprov eller gjort en HPV-självtest enligt vårdprogrammet (NVP (8.2)). För kvinnor som inte ingår i kontrollfil efter behandling (KEB) skickas sista årliga kallelsen mellan 64 och 70 års ålder beroende på senast tagna prov.

Av- och ombokning (NVP 8.3)

VGR: Möjlighet till av- och ombokning skall erbjudas via internet, som inte kräver föranmält konto eller e-legitimation, eller via telefon. Kvinnan ska kunna omboka tid och mottagning obegränsat antal gånger.

I Halland krävs ett föranmält konto för 1177 Vårdguidens-e-tjänst och autentisering via e-legitimation, bankID eller SMS-levererat lösenord, för av och ombokning över internet. Kvinnan kan även få telefonsupport för hjälp med av- och ombokning.

Kvinnor med funktionshinder kan erbjudas längre provtagningsstid och assistans. I inbjudan uppmanas kvinnan att kontakta BMM/KHV om behov.

Personer som bytt juridiskt kön (NVP 9.7)

Transpersoner som har livmoderhals kvar ska ges möjlighet till cellprov. Detta bör i första hand ske via gynekologisk mottagning som har ansvar för att kalla enligt screeningprogrammet. Lundströmmottagningen, som utreder könsdysfori, erbjuder remiss till specifik gynekologmottagning eller Sexualmedicinskt centrum i Göteborg. Se RMR Könsdysfori.

Graviditet (NVP 9.6)

Senast i samband med andra inskrivningsbesöket på BMM/KHV kontrolleras i Cytburken eller RHKS när senaste cellprov tagits. De kvinnor som inte lämnat cellprov på 2,5 år eller mer ska rekommenderas provtagning.

Prov från gravida ska märkas särskilt, enligt lokal överenskommelse och ska handläggas skyndsamt inom två veckor på laboratoriet.

Provtagning (NVP 11)

När kvinnan lämnar prov ska hon erbjudas nationellt framtagen broschyr som beskriver varför provet tas, vilka analyser som kan utföras och vad olika svar kan ha för betydelse.

Kompletterande screening (< 6 mån till planerad screening) (NVP 9.8)

Vid alla besök på BMM/KVH/gynekologmottagning kontrolleras i Cytburken eller i RHKS när kvinnan tagit senaste cellprov. Om mindre än 6 månader kvarstår till nästa provtagningsstillfälle eller om "Erbjud prov visas", skall kvinnan erbjudas cellprov. Screeningremiss används.

Provtagning av kvinna som är skriven i annan region

VGR: Screeningremiss ska användas. Provtagaren ansvarar för att kvinnans personnummer, namn samt bostadsadress finns med på remissen. Avvikande svar sänds till BMMs kopplade

gynekologiska mottagningar. Region Halland ska använda både pappersremiss "Remiss Vaginalcytologi" och E-remiss i VAS.

Kvinnor som uteblivit från provtagning under lång tid (NVP 10)

Telefonkontakt (NVP 10.2)

Kallelse skickas årligen vid uteblivande, övre åldersgräns 70 år. Om kvinnan inte kommer efter fjärde kallelsen (ett screeningintervall + 3 år) kontaktas hon per telefon av den BMM/KHV hon tillhör. Barnmorska ringer och erbjuder hjälp att boka tid för cellprov. RHKS tillhandahåller uppgifter kontinuerligt till respektive BMM/ KHV.

HPV självtest

Om kvinnan inte tagit cellprov efter upprepad årlig kallelse och telefonkontakt skickas ett självtest HPV hem. Självtest HPV skickas en gång, övre åldersgräns är 70 år. Kvinnor med positiv HPV-analys remitteras till kopplad gynekologmottagning. Vid normalt cytologprov och normal kolposkopi återgår kvinnan till GCK och läggs per automatik i kontrollfil HPV.

Svarsrutiner se bilaga 2

Omprov vid ASCUS/LSILcyt och HPVpositiv ≤27 år (NVP 13.2.1).

Kvinnor som inte fyllt 28 år med diagnos ASCUS/ LSILcyt och positiv HPV ska kallas till nytt cellprov hos dysplasibarnmorska på kopplad gynekologisk mottagning. Vid kvarstående atypi ska kolposkopi utföras inom 6 mån från provtagningsdatum för indexprovet.

Krav på kopplad gynekologmottagning (NVP 15.3)

Vid enheten ska finnas minst en dysplasiansvarig gynekolog. En sådan har minst 5 års erfarenhet, motsvarande minst 50 utredningar årligen av de novo avvikande cytologi under senaste 10-årsperioden. Behandlande mottagningar ska ha en dysplasiansvarig gynekolog som utfört minst 25 behandlingar per år under fem av de senaste 10 åren. Dysplasiansvarig gynekolog har dokumenterad kunskap om aktuell utveckling inom området inklusive gällande vårdprogram. Vid enheten bör det finnas en dysplasibarnmorska/sjuksköterska med adekvat kunskap. Rapport om vissa kvalitetsmått (strukturemått) ska skickas in till RCC i november varje år. (Bilaga 3)

Montering av excisionspreparat se bilaga 4.

Gravida kvinnor, kvinnor med immunsuppression och kvinnor med körtelcellsatypi i screeningprov (NVP 18) se bilaga 5

NVP rekommenderar att dessa patientgrupper utreds av särskilt erfaren kolposkopist. Vid så kallad särskild gynekologisk dysplasi har regionala rutiner utarbetats.

Kontrollfil efter behandling(KEB) (NVP 17.3)

VGR: Kvinnor som ska följas i KEB remitteras av gynekologmottagning till Regionens kallelsekansli för registrering. Gynekologmottagningen ansvarar för att informera kvinnan. Halland: Respektive gynekologimottagning ansvarar för att registrera kvinnan i KEB i RHKS samt informera kvinnan.

Hysterektomerade kvinnor med tidigare dysplasi - övergångsåtgärd

I enlighet med tidigare vårdprogram finns kvinnor som genomgått hysterektomi i KEB. När ett normalt cellprov med dubbelanalys (cytologi och HPV) finns minst 5 år efter hysterektomi, exkluderas de från screening och informeras om detta. Nuvarande kontrollfiler med 10 års övervakning efter CIN2-3 diagnos (HSIL) fortsätter den planerade tiden ut.

Uppföljning av riktlinjer se bilaga 6

Uppföljning sker med nationella kvalitetsmått (NVP bilaga10) och kompletterande regionala kvalitetsmått. Mätning och redovisning av måluppfyllelse utförs av RCCväst enligt bilaga 6.

Innehållsansvarig

Styr och processgrupp för cervixcancerprevention i Västra Sverige

Bilaga 1 Gallring från inbjudan

Beslut om gallring från screening och orsak ska dokumenteras i RHKS.

Västra Götalandsregionen

Opererande enhet meddelar Regionens kallelsekansli att kvinnan genomgått total hysterektomi och inte längre skall kallas till screening. Medicinskt ansvarig för gallring är Mödrahälsovårdsöverläkaren i Göteborg. Vid tveksamhet om gallringskriterierna är uppfyllda konsulteras mödrahälsovårdsläkaren som tar beslut och meddelar kallelsekansliet.

Om kvinnan uppger att hon genomgått hysterektomi och gallring ej skett enligt ovan skall särskild blankett fyllas i av barnmorska. Blanketten skickas till angiven mottagning/kansli. Anmälan om avregistrering från kallelse skickas till Regionens kallelsekansli.

Regionens kallelsekansli bekräftar till kvinnan att hon är exkluderad från screening.

Region Halland

Klinisk patologi och cytologi i Halland ansvarar för att kvinnor som genomgår total hysterektomi samtidigt avregistreras från kallelseregistret till GCK. Vid tveksamhet om gallringskriterier är uppfyllda konsulteras dysplasiansvarig läkare på aktuell kvinnoklinik i Varberg eller Halmstad.

Bilaga 2 Svarsrutiner

Nationella svarsmallar skall användas.

Handläggning enligt kap 14.2 NVP gäller med följande regionala förtydliganden:

Laboratoriet skickar svarsbrev vid:

Normalt prov HPV F02B33

Normalt prov Cytologi M00110

HPV-positiv M091A6/normal cytologi M00110

ASCUS M69710 eller LSILcyt M80770/HPV-negativ F02B33

Kallelseorganisationen/RHKS skickar svarsbrev/omkallelse:

Ej bedömbart prov Cytologi M09010 Första gången

Ej bedömbart prov HPV M09024

Kontrollfil efter behandling:

Laboratoriet

Normalt prov Cytologi M00110 samt Normalt prov HPV F02B33

Kallelseorganisationen/RHKS skickar svarsbrev/omkallelse

Normalt prov Cytologi M00110 samt Normalt prov HPV F02B33 samt Endocervikala celler saknas M09019 Första gången

Kopplad gynekologmottagning

Meddelar övriga avvikande provsvar enligt NVP 14.2.

Laboratoriet skickar svar till gynekologmottagningen som skickar svar samt tid till kvinnan.

Bilaga 3 Rapport strukturmått till RCC

Checklista Kopplad gynekologmottagning

Inrapporteras till RCC-Väst årligen före 1 november

Strukturmått: Enheter som ska utreda och behandla fall med atypiska cytologprov

	Ja	Nej
Det laboratorium som analyserar mottagningens prover rapporterar till processregistret, Nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (Cytburken)		
Rutin för fortlöpande underhåll av utrustning och instrument finns upprättad		
Deltar i patologrond /dysplasirond MDK*		
Andel endocervikala prover saknas föregående år		
Senaste datum för deltagande i vårdkedjemötet		
Senior kolposkopist finns		
Namn:		
Ansvarig barnmorska med erforderliga kunskaper.		
Namn:		
Tjänstgörande kolposkopister vid mottagningen:	Uppfyller vårdprogrammets krav Ja Nej	

*MDK - Multisidisciplinär konferens

Bilaga 4 Montering av excisionspreparat

sid 1(2)

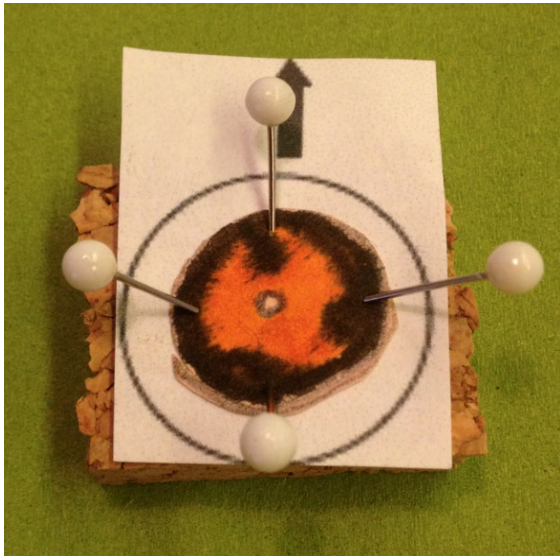
Montering av preparat

För att optimera radikalitetsbedömning bör preparatet monteras på korkplatta med nålar med resektionskanten nedåt för att inte deformeras under fixeringen. Färgad knappnål kan ange kl 12 och anges i PADremiss. Om kompletterande perifera slyngpreparat tas nålas de på korkplattan tillsammans med konen(se fig)

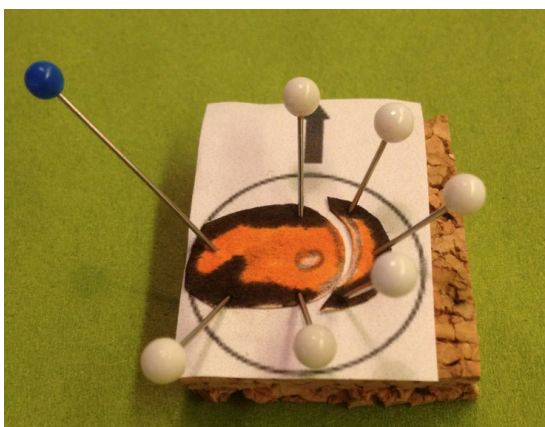
Avvikande kolposkopifynd kan markeras med annan knappnålsfärg som anges på remiss.

Inre excision ("hatt") monteras på separat korkplatta med övre resektionsrand mot plattan. Relation till yttre kon beskrivs i PADremiss.

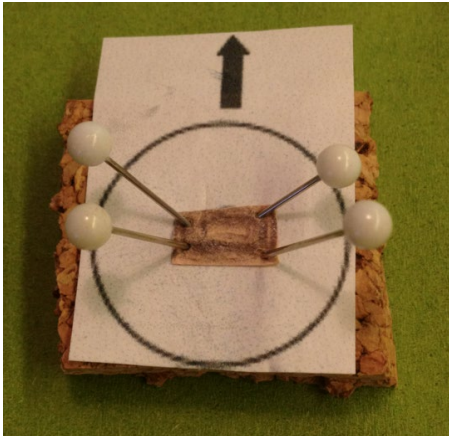
Knivkoner kan suturmärkas och skickas omonterade om stora och symmetriska, annars montering enligt ovan



Uppnålad helt excisionpreparat . Preparatet läggs på korkplattan med resektionsytan nedåt.



*Färgad knappnål markerar klockslag respektive avvikande fynd och anges i remiss.
Kompletterande perifert slyngpreparat, uppnålat som det tagits i förhållande till konen.*



Kompletterande inre kon ("hatt") monterad på separat korkplatta.

Utskärning på laboratoriet

Hela preparat tuschmarkeras i resektionskanter för radikalitetsbedömning.

Mindre excisionspreparat kan snittas med centrala skivor medtagande cervikalkanalen i en eller två skivor. Laterala skivor kan bäddas separat.

En inre "hatt" är liten och har formen av en fyrkant eller cylinder. Preparatet delas i mitten i cervikalkanalens riktning och bäddas som 2 skivor alternativt snittas vinkelrätt mot cervikalkanalen. Tuschmarkering kan användas för orientering.

Större preparat kan skäras i fyra kvadranter eller hellre i parallella skivor vinkelrätt mot cervixbasen. Det kan finnas fördelar med att om konen är hög och toppig att en tvärskiva från endocervikala resektionsranden bäddas innan preparatet skivas.

Bilaga 5 Nivåstrukturering i Västra Sjukvårdsregionen

Särskild gynekologisk dysplasi

Vid oklarheter kring handläggning av cervical cytologavvikelse och/eller dysplasi som inte kan lösas på respektive klinik, bör alltid teamet för cervixdysplasi och vulvaförändringar (CDV-teamet) på Gynekologi och reproduktionsmedicin, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), konsulteras.

Följande kategorier bör alltid remitteras till CDV-teamet direkt:

1. Gravida

- Gravida med AIS i cytologi eller i px/PAD.
Dessa patienter behöver handläggas skyndsamt på SU. Om AIS föreligger i cellprov eller i px taget strax innan eller under graviditet, bör remiss omgående faxas till avd. 67, faxnr. 031- 41 93 61, Gynekologi och reproduktionsmedicin på SU. Remissen förmedlas omgående till CDV-teamet, som kontaktar patienten för planering av utredning.
- Gravida med multifokal dysplasi med eller utan immunosuppression.
- Gravida där kolposkopibild/PAD/cytologi inger misstanke om cancer ska handläggas enligt Standardiserad vårdförlopp (SVF).

Följande kategorier bör remitteras via Remissportalen:

2. Stamcellstransplanterade

- Stamcellstransplanterade med graft-versus-host (GVH) reaktion i nedre genitalia samt stamcellstransplanterande, med eller utan immunosupprimerande behandling, som har multifokal dysplasi.

3. Organtransplanterade samt patienter med immunosupprimerande behandling

pga. inflammatoriska sjukdomar och/eller neurologiska sjukdomar

- Patienter som har tillstånd enligt ovan och som har multifokal dysplasi.
- Patienter som kontrolleras på SU för sin grundsjukdom kan om det är praktiskt för patienten kontrolleras på Kvinnokliniken på SU även om kvinnan inte uppfyller kriterier enligt ovan.

Bilaga 6

Uppföljning sker med nationella kvalitetsmått (NVP bilaga10) och nedanstående kompletterande regionala kvalitetsmått:

Mål	Målnivå	Kommentar
Andel ombokningsbara tider vid barnmorskemottagningarna	Minst 1/3 av tiderna ska vara ombokningsbara	Ombokningsbara tider ska finnas Under årets alla månader. Kallelsekansliet ansvarar för mätning
Endocervikala celler i prover som analyserats med cytologi	>96%	Mått på provtagningskvalitet. Indikerar att provet tagits från transformationszonen. Mäts på mottagnings- och provtagarnivå. Mätning och redovisning via Cytburken.
Provtagarkod	95% av screeningprover skall vara av provtagare med egen provtagarkod	Provtagarkoder för varje enskild provtagare bör byggas på HSA-id
Kontrollfil efter behandling (KEB) – om endocervikala celler saknas får kvinnan ny tid för omprov	100% av kvinnor i KEB där provet saknar endocervikala celler ska få kallelse till ny provtagning	Där även andra provet saknar endocervikala celler skall kvinnan få kallelse till gyn.mott. Laboratorierna ansvarar för kontrollsystem
Tid för svar från laboratoriet	90% av alla svar skall svaras ut inom 28 kalenderdagar. Maxgräns 42 kalenderdagar	Mätning via Cytburken
Andel cytologiska diagnoser enligt nationell nomenklatur	100%	

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala programområden, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.