

REGIONAL UTVECKLINGSPLAN FÖR LIVMODERHALSCANCERPREVENTION 2016-2018

TIDIG UPPTÄCKT

I gynekologisk cellprovskontroll (GCK) är den primära målsättningen att upptäcka förstadier till cancer. Detta sker med ett cellprov från livmoderhalsen som analyseras med cytologi och / eller högrisk HPV- analys. Kvinnor med cellförändringar utreds och behandlas vid behov med konisering, ett litet operativt ingrepp som innebär att området som innehåller cellförändringar tas bort, och följs därefter upp allt enligt gällande Vårdprogram för RCC Norr. I enstaka fall hittar man en befintlig cancer i samband med screeningen. Dessa cancrar hittas oftast i ett tidigt skede och kan ofta behandlas så att kvinnorna botas. Risken att drabbas av livmoderhalscancer minskar med 90 % för de kvinnor som deltar i GCK regelbundet. Syftet med GCK är alltså att förhindra uppkomst av cancer och i förekommande fall tidig upptäckt och behandling av cancer .

LIVMODERHALSCANCERPREVENTION

Bakgrund

Cervixcancer är den tredje vanligaste cancerformen bland kvinnor i världen. I Sverige är sjukdomen mindre vanlig. Under 2013 diagnosticerades 468 fall ,samma år avled 166 kvinnor av sjukdomen. Två former dominerar; skivepitelcancer (cirka 80%) och adenocarcinom. GCK startade för cirka 50 år sedan med syfte att upptäcka och behandla kvinnor med precancerösa förändringar för att minska insjuknande och död i cervixcancer. Denna screening har medfört en kraftig minskning av såväl incidens som mortalitet under perioden. Alltsedan start av GCK har cellprov tagits med Pap smear tekniken. Hösten 2012 infördes screening med vätskebaserad cytologi (LBC= Liquid Based Cytology) inom norra regionen (LVN:1/9, VLL:1/10 samt i NLL och JLL/RJH: 1/11). Metoden medför att man på samma prov även kan utföra ett virustest avseende humant papillomvirus av högrisktyp (hr HPV). Även dessa vätskebaserade prover bör sparas i biobank, liksom man sparar ”Pap-smear-glas” alltsedan införandet av GCK på 60-talet.

Etiologi

Man vet i dag att kvarstående infektion med högrisk humant papillomvirus (hr -HPV) är en nödvändig förutsättning för uppkomsten livmoderhalscancer. HPV förekommer i flera 100 typer varav 12 anses definitivt carcinogena. Samverkande faktorer som ökar risken för utveckling av cervixcancer i närvaro av hr- HPV- infektion är rökning, långvarigt bruk av p-piller och att ha fött flera barn. Andra riskfaktorer är nedsatt immunförsvar (t ex HIV och behandling med mediciner efter transplantation), tidig sexdebut och många sexualpartners. Viktiga insatser för primärpreventionen är således att minska rökning, insatser för säkrare sex såsom ökad kondomanvändning vid nya och kortvariga sexuella kontakter samt HPV- vaccination.

Vaccination

HPV-vaccination av flickor födda 1999 eller senare ingår i det svenska barnvaccinationsprogrammet. Två HPV-vaccin finns registrerade i Sverige och vaccinet Gardasil har upphandlats nationellt. Ett 9-valent vaccin har nu registrerats i USA men finns ännu inte tillgängligt i Sverige. Alla kommuner startade 2012 vaccinationen inom skolhälsovården. Dessutom har s.k. catch up - vaccination organiserats av respektive landsting för vaccination av flickor födda 1993-1998. Täckningsgraden i landstingen varierar. För VLL är den 60%, för NLL58%, för LVN85% och för JLL/RJH83%. Vaccinet skyddar mot de två mest onkogena HPV- typerna, HPV16 och HPV18 och kan även ge ett visst skydd mot andra typer. Vaccinet

ger ett ca 70%-igt skydd mot livmoderhalscancer. Man vet ännu inte hur länge skyddseffekten varar, men detta följs noga internationellt. Skyddseffekten minskar om individen har exponerats för de två virus -typerna före vaccinationen. Det är av dessa anledningar viktigt att även de som vaccinerats deltar i GCK från 23 års ålder. Uppdaterad statistik för vaccinations-täckningsgrad en kan hittas på folkhälsomyndighetens hemsida.

http://www.folkhalsomyndigheten.se/documents/smittskydd-jukdomar/vaccinationer/HPV_vaccination_tom_14-12-31.pdf

Process

Både svenska och europeiska riktlinjer har utarbetats. I enlighet med Socialstyrelsens riktlinjer inbjuds kvinnor till cellprovstagning inom GCK vart 3:e år i ålder 23-50 år och vart 5:e år i ålder 51-60 år (sista provet skall erbjudas kvinnor då de fyllt 60 år eller senare, det kan medföra kallelser upp till 64 för vissa kvinnor beroende av när det näst sista provet är taget). Provtagningen är decentraliserad och provet tas av barnmorskor på barnmorskemottagningar /MVC. Cellprovet skickas sedan till laboratorium där det granskas av cytodiagnostiker / patolog. Om provet är avvikande följs kvinnorna upp enligt RCC Norrs Dysplasi- vårdprogram . Detta innebär uppföljning med nytt cellprov, diagnostisk utredning av gynekolog med kolposkopi och vävnadsprov samt behandling när så erfordras. Sedan hösten 2012 utförs i Norra regionen reflextest för hr- HPV på alla GCK- cellprover som visar lätt skivepiteltypi/CIN1. Förnyad kallelse skickas, i hela regionen, ut årligen till de kvinnor som inte hörsammat sin kallelse till provtagning.

Organisation

Norra regionens fyra landsting har var sin screeningorganisation men JLL/RJH och landstinget i Västerbotten har sedan flera år en gemensam databas, kallelsesystem och cytologi/patologiklinik på NUS och labbet i Östersund. Labbet i NLL drivs sedan årsskiftet av Unilabs och HPV analyseras sedan årsskiftet i Skövde för Unilabs /NLL. Under hösten 2012 infördes, efter gemensam upphandling, vätskebaserat cellprov (LBC) och hr-HPV-test i regionen. HPV analyserades då på NUS för hela regionen. Svar ges som positiv/negativ för HPV16, 18 samt annan högrisktyp (12 st ingår). En biobank finns numera för LBC-prover, för närvarande sparas enbart prover från VLL och JLL/RJH. Biobankning av proverna från LVN är på gång. Alla fyra landstingen har någon form av styrgrupp/samverkansgrupp för GCK med representanter för hela vårdkedjan (labb, mödrahälsovård, kvinnosjukvård). Dessa grupper har dock inte budgetansvar eller mandat att fatta beslut som påverkar ekonomin. Inom JLL/ RJH och LVN, samt i NLL finns sedan hösten 2014, utsedda processledare med mandat, medan det i VLL enbart finns en utsedd processledare för dysplasi-vården. En regional processledare för livmoderhalscancerprevention, inom RCC Norr, tillsattes hösten 2012. En regional arbetsgrupp bildades 2011 med representanter för vårdkedjan. En viktig fråga för gruppen var att verka för att regionens landsting ska ansluta sig till processregistret för cervixcancer- prevention, den s.k. Cytburken. Detta hade stöd i ett beslut i RCCs projektledningsgrupp i juni 2011 där även löfte om ekonomiskt stöd vid starten gavs. Gruppen träffas i Umeå en gång per termin med telefon och mail- kontakter däremellan. Under 2012 bildades en regional referensgrupp bestående av en GCK-ansvarig gynekolog från varje landsting (4), en representant från varje patolog / cytolog laboratorium (3), informatik och processledaren för ”tidig upptäckt”. Gruppen sammanträdde initialt cirka 6 gånger per år, oftast med telefonmöten men har sedan avvecklats pga minskat behov när nätverket utvecklats och kontakter tas nu vid behov . En vårdprogramgrupp har istället bildats med en representant från varje LT , där man har fortlöpande kontakter och regelbundet gör revidering av gällande vårdprogram.

Olikheter i process/organisation

Någon regional process för cervixcancerprevention kan ej beskrivas då det finns skillnader inom landstingen. Processbeskrivningar är gjorda inom alla landstingen och kräver uppdateringar när förändringar av processen görs. En del olikheter mellan länen är kända såsom; ansvarsfördelningen för processen, rutiner kring spärllistor (d.v.s. de som inte ska kallas), enkel ombokning via internet och kvällsöppna mottagningar. Sista kallelsen till GCK är olika p.g.a. det är 5-årsintervall som gäller i de äldsta åldersgrupperna vilket medför att pga av olika tolkning av innebörden -60år och olika inställning i kallelsesystemen så varierar åldern för sista inbjudan mellan 56 år (NLL) och 64 år VLL, LVN och RJH). NLL använder datasystemet Safirlis medan de 3 övriga länen använder SymPathy /Invitation i olika versioner. NaCx har under nu förtydligt att sista provet skall erbjudas då kvinnan har fyllt 60 år eller senare, så detta bör åtgärdas inom NLL.

Vårdprogram

Ett regionalt vårdprogram för utredning, behandling och uppföljning av cervixdysplasi utarbetades under 2012 och reviderades januari 2015. Det ligger på RCC Norrs hemsida (www.rccnorr.se). Vårdprogrammet för GCK och dysplasiutredning, behandling och uppföljning följs i stort sett inom hela regionen.

Kvalitetsregister

Högt deltagande av kvinnorna i GCK är en nödvändig förutsättning för en god effekt på insjuknande i och överlevnad vid livmoderhalscancer. En god kvalitet på diagnostik och andra insatser i hela vårdkedjan krävs också för att screeningprogrammet ska medföra maximal effekt. Man måste hitta förstadiet och följa upp/behandla dessa effektivt och adekvat. Från och med juni 2012 utgörs det nationella kvalitetsregistret för cervixcancerprevention (NKCx) av en sammanslagning av analysregistret vid Karolinska sjukhuset och processregistret (Cytburken) framtaget vid RCC väst, med en gemensam styrgrupp. Processregistret har en detaljnivå som gör att det lämpar sig för processarbete men har ännu inte nationell täckning. Ännu har inget av norrlandstingen anslutit sig trots att detta varit ett av RCC Norr prioriterat mål ända från starten. Processregistret kan också rapportera data vidare till analysregistret dit data för närvarande skickats från respektive laboratorium. I framtiden kommer det att räcka att leverera data till processregistret. Data från NKCx (nu med data tom 2014) kan hittas på Webben <http://www.nkcx.se/> . En årsrapport publiceras årligen, där många av de nationellt antagna kvalitetsindikatorerna följs upp. Vissa kvalitetsindikatorer kan enbart följas upp nationellt för de landsting som anslutit sig till processregistret (Cytburken). För att kunna utvärdera processen utifrån de nationella kvalitetsindikatorerna krävs deltagande i processregisterdelen av NKCx . Arbetet pågår för att regionens landsting ska ansluta sig till processregistret. Arbetet påbörjades redan i april 2013 i Västernorrland. För VLL finns beslut i Informatikstyrgruppen sedan mars 2013 om att driftkostnader kan tas. Beslut om införande togs redan i aug 2011 av Landstingsdirektören inom JLL men har inte kunnat genomföras då man är beroende av införandet i VLL. NLL har tills vidare beslutat avvakta med ett införande, beroende på utveckling av sitt datasystem VAS. Den relevanta informationen som finns på remisser och som rutinmässigt förs över till laboratoriets datasystem kan gå direkt vidare till Cytburken medan annan information kräver manuell inmatning på labbet. Det finns tydliga variationer mellan länen angående vilka variabler som finns tillgängliga i dag. Det räcker alltså inte att bara ansluta sig, man måste även arbeta vidare för att se till att all information som behövs för ett fullgott processarbete på sikt rapporteras till Cytburken , helst direkt via digitala remisser.

RESULTAT SAMT KRITISKA MOMENT OCH FLASKHALSAR I PROCESSEN

1. **Att barnmorskor har kapacitet att avsätta tillräckligt med tid så att alla kvinnor kan erbjudas tid** och att cellprover kan tas enligt vårdprogrammet och att tiderna för provtagning fördelas jämt under året och under veckan. För att få en klar bild av utfallet per län och på kommunnivå se <http://www.nkcx.se/>
2. **Kvinnornas deltagande i GCK är avgörande** för att uppnå en stor skyddseffekt på befolkningsnivå. Målnivån inom EU och Sverige är ett deltagande över 85%. **Täckningsgraden enligt NKCx var 2014 för hela riket 81,1% . För JLL 86,6%, LVN 85,1, NLL 84,9% och VLL 82,2%.** Nyckelfaktorer för högt deltagande har i studier visats vara att alla kvinnor får en *bestämd tid* och plats för besök och att denna *enkelt kan ombokas*. Enkel ombokning via nätet finns nu i 3 av landstingen dock inte inom JLL. Ombokning via telefon skall också finnas och ha god tillgänglighet. För att få en bra bild av täckningsgraden över tid och i olika åldergrupper på länsnivå se <http://www.nkcx.se/>
3. **Antalet prover som tas** varierar något år från år men genomsnittet 2011-2014 för norra regionen var 47 324 st /år. Ju fler prover som tas/år desto större belastning blir det på alla delar av vårdkedjan.

Antal inregistrerade GCK prover

(Källa NK Cx)

| | JLL/ RJH | LVN | NLL | VLL | Σ |
|------|----------|--------|--------|--------|--------|
| 2011 | 7 526 | 12 498 | 14 415 | 13 369 | 47808 |
| 2012 | 6 885 | 12 683 | 10 415 | 14 482 | 44 465 |
| 2013 | 7 494 | 13 115 | 14 294 | 15 982 | 50 885 |
| 2014 | 6 208 | 11576 | 12 870 | 15482 | 46 136 |

- 4 **Diagnostisk träffsäkerhet.** Det är mycket svårt att veta vad som är mest optimalt. De diagnostiska profilerna för laboratorierna såväl som för olika diagnostiker på varje enskilt labb, kan ha stora variationer. **Såväl under- som överdiagnostik är av ondo då det kan medföra att man inte hittar alla kvinnor med cellförändringar som man borde hitta alternativt att man gör kvinnor oroad i onödan, gör onödiga ingrepp och belastar sjukvårdsapparaten i onödan. Andelen avvikande cellprover i förhållande till antalet tagna prov påverkar i hög grad inflödet till Kvinnoklinikerna för vidare utredning.** Ett tydligt exempel på detta är antalet GCK-remisser som inkommit till Kvinnokliniken i Östersund de senaste åren 2011 – 127 st, 2012 – 317 st , 2013 -470 st och under 2014 tom nov –384 st.

Andel u a svar GCK %

(Källa NK Cx)

| | JLL/RJH | LVN | NLL | VLL |
|------|---------|-------|-------|-------|
| 2011 | 97,07 | 95,06 | 96,06 | 90,87 |
| 2012 | 92,93 | 93,61 | 95,15 | 88,03 |
| 2013 | 89,45 | 92,46 | 96,32 | 88,03 |
| 2014 | 92.8 | 90.5 | 96.3 | 92.4 |

För diagnosprofiler inom samt utom organiserad screening för samtliga laboratorier i landet se <http://www.nkcx.se/>

Histopatologiskt utfall gällande cervix inom 12 månader av all cervixcytologi (122 011 index-prover) från 2012 i Västra Götaland (Källa NKCx /Cytburken RCC väst)

| Cervixcytologi svar i indexprov | Efterföljande histopatologi från cervix med cancer | |
|---------------------------------------|--|-------------|
| | Antal | Andel |
| Lätt skivepitelatyptyp 4565st | 15 | 0,3% |
| CIN1 1595st | 2 | 0,1% |
| Körtelcellsatyp 130st | 13 | 10,0% |
| Atypiska av oklar celltyp 77st | 2 | 2,6% |
| Misstänkt höggradig dysplasi 335st | 12 | 3,6% |
| CIN2 920st | 12 | 1,3% |
| CIN3/CIS 603st | 27 | 4,5% |
| Adenocarcinom /AIS 36st | 11 | 30,6% |
| Skivepitelcancer 10st | 7 | 70,0% |
| Totalt 122 011st | 123 | 0,1% |

Denna tabell visar på vikten av att kvinnor, vid samtliga avvikelser, utreds enligt vårt VP. Utfallet i en sådan här korstabell ser mycket olika ut för olika labb i landet. Hur det ser ut i vår region vet vi inte i dagsläget men uppgifterna kommer att bli tillgängliga när LT anslutit sig till "Cytburken".

5 Svarstider och ledtider i vårdkedjan.

-Ur patientperspektiv:

Socialstyrelsen rekommenderar att kvinnor inom screeningverksamhet ska få brevsvar i sin brevlåda inom 4 veckor efter taget gynekologiskt cellprov.

-Ur Patologi-Cytologilaboratorieperspektiv:

KVAST rekommenderar svarstider för **GCK-prover** : 90% inom 20 arbetsdagar med mål 100% .

För **indicerad vaginalcytologi** är KVASTs rekommendation : 80% inom 10 arbetsdagar med mål 100% .

För svar på **PAD** är KVASTs rekommendation: 65% inom 5 arbetsdagar, 90% inom 10 arbetsdagar och 99% inom 20 arbetsdagar.

- Ur kvinnoklinikperspektiv är det de rekommenderade ledtiderna för uppföljning av avvikelser enligt vårdprogrammet i Norra regionen som är vägledande :

- Lätt skivepitelatyptyp/CIN1 och högrisk HPV negativ – uppföljande cellprov efter 12 mån från indexprovtagning.

- Lätt skivepitelatyptyp/CIN1 och högrisk HPV positiv – tid för utredning av gynekolog inom 4 mån från index provtagning.

- CIN2/CIN3 – tid för utredning av gynekolog inom 3 mån från index provtagning.
- Atypi av oklar celltyp / körtelcellsatypi / AIS - tid för utredning av gynekolog snarast efter indexprovet (blir i praktiken ofta 2 mån).

- Prov med misstanke på skivepitelcancer eller Adenocarcinom – utredning av gynekolog omgående.

Tid från utredning till beslut om vidare behandling är beroende av svarstid för PAD ev. förnyad cytologi. Tiden till behandling (oftast konisering) beror av hur snart sådan kan erbjudas på mottagningen. Konisering kan ,enligt gällande vårdprogram ,i vissa fall göras direkt vid samma besök som utredningen vid CIN2+ och om kolposkopi-fyndet överensstämmer med indexcytologisvar. Det medför en markant förkortad ledtid från cellprovet till behandling för dessa kvinnor .

-Vårdgarantin medför att svenska (?) patienter skall ha rätt till utredning hos specialist inom 3 månader från det att remiss mottagits liksom rätt till behandling inom 3 månader från det att beslut om åtgärd tagits.

I NKCx årsrapport från 2014 finns en sammanställning av uppföljning med PAD efter CIN2+ inom 3/12 månader efter indexcellprover tagna 2012. Det kan jämföras med vårt vårdprogram där rekommendationen är uppföljning av alla inom 3 månader.

Uppföljande PAD efter indexprov med CIN2+ inom olika tidsintervall (Källa NKCx)

| | Antal q med CIN2+2012 | % med PAD inom 3 mån | % med PAD inom 12 mån |
|-------|-----------------------|----------------------|-----------------------|
| JLL | 115 | 50 | 97 |
| LVN | 190 | 72 | 96 |
| NLL | 120 | 71 | 98 |
| VLL | 267 | 50 | 94 |
| Riket | 7437 | 75 | 97 |

6. Uppföljning efter upptäckta cellförändringar och konisering.

Noggrann uppföljning är också en väsentlig del av cervixcancerpreventionen då en kvinna som haft starkare cellförändringar har en klart förhöjd risk att utveckla nya cellförändringar och att drabbas av livmodercancer senare i livet jämfört med kvinnor utan tidigare cellförändringar. Det nya vårdprogrammet medför flera olika ” loopar för kontroller” och här är det mycket viktigt att ha koll på logistiken så att man inte tappar bort de planerade uppföljningarna . Verksamheten har ett stort behov av säkert datastöd inte enbart för kallelser utan även för uppföljande provtagning enligt vårdprogrammet.

7. Vårdkedjan som inkluderar många aktörer och stora flöden av kvinnor kräver en systematisk uppföljning av verksamheten så att:

- de kvinnor som skall kallas verkligen blir kallade.
- prover tas och hanteras på ett adekvat sätt
- att diagnostiken såväl inom laboratoriet och mellan de svenska laboratorierna är så träffsäker och likvärdig som är möjligt
- det är god kvalitet på utredning ,behandling och uppföljning av cellförändringar
- kvinnors deltagande blir så högt som möjligt
- de kvinnor som har avvikelser i indexprov verkligen följs upp enligt vårdprogrammet

OBS: En liten förändring i en verksamhet kan få stora konsekvenser för en annan del av vårdkedjan . För att få till en optimal verksamhet är det därför nödvändigt att ha en styrgrupp och en processledare inom varje landsting med ansvar och uppdrag att ha koll på helheten . Inom RCC Norr finns sedan flera år ett beslut om att alla landstingen skall rapportera in uppgifter till Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention. Sedan många år fungerar inrapporteringen till analysdelen av registret men inrapportering till processdelen av registret (tidigare kallad Cytburken) fungerar fortfarande inte . När inrapportering införs kommer det att medföra en betydligt större möjlighet till uppföljning och optimering av åtgärder inom hela vårdkedjan.

MÅL

Målet för alla insatser är verka för en samordnad och välfungerande process i landstingen för cervixcancerprevention i Norra regionen.

I enlighet med nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) är intentionen att:

- 1. minska insjuknande i cervixcancer.**
- 2. minska dödlighet i cervixcancer.**
- 3. minska negativa bieffekter av förebyggande åtgärder.**
- 4. minska skillnader inom regionen.**

KORTSIKTIGA MÅL OCH MÅLNIVÅER

För att nå ovan nämnda mål kan följande delmål eftersträvas att:

- Regionens alla landsting är anslutna till processregistret för cervixcancerprevention.
- En tydlig organisation för cervixcancerprevention i landstingen med processansvarig och styrgrupp finns i alla landsting.
- Förberedelser för implementering, utifrån de nya screening- riktlinjerna som förväntas komma från Socialstyrelsen under sommaren 2015, bör påbörjas redan under hösten 2015 i alla landstingen.
- Uppdaterad processkartläggning av hela vårdkedjan inom landstinget finns i alla landsting.
- Aktivt arbete med kvalitetsuppföljning och förbättringsarbete utifrån denna pågår inom alla landsting.
- Nationella riktlinjer för cervixcancerprevention är anpassade till regionala förhållanden och implementerade i landstingen.
- Bevakning av täckningsgraden inom HPV- vaccinationen finns och vid behov göra insatser för att stödja aktörerna för att bidra till ökat deltagande .
- I cancerstrategin och RCC betonas vikten av patientmedverkan (kvinnor i målgruppen). En målsättning är därför att inkludera dessa i processarbetet.

Tabell 1. Sammanfattning av de kortsiktigt tre mest strategiska förutsättningarna för optimalt genomförande och kvalitetsuppföljning av cervixcancerpreventionen i de fyra landstingen.

| Mål nr | Målnivåer | Nuläge | Tidpunkt för måluppfyllelse | Uppföljning |
|--------|---|---|-----------------------------|-------------|
| J 1 | Regionen ansluten till processregistret (Cytburken), med fungerande fortlöpande dataleverans till processregistret | Beslut att starta finns i alla län utom NLL | 2017 | Egen |
| J 2 | Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention, med dokumenterad ansvarsfördelning med processansvarig och styrgrupp förankrad i landstingsledning | Varierande organisation | 2016 | Egen |
| J 3 | Implementering av SoS nya screeningriktlinjer från 2015. Planering och arbete påbörjas under 2016 i alla regionens landsting. | Ej påbörjat | 2017 | Egen/ KR |

LÅNGSIKTIGT FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH LÅNGSIKTIGA MÅL

Vi vill verka för :

- Ökat deltagande i screening.
- Att ständigt förbättringsarbete pågår inom hela vårdkedjan i alla landstingen för att nå de nationellt framtagna kvalitetsmålen inom alla områden .
- Att kunskapsutbyte och kunskapsspridningen sker mellan professionerna och mellan de olika länen inom regionen .
- **Att göra de förberedelser som krävs för att kunna implementera det nya screeningprogrammet under 2016-2018.**
- Att utvecklande av datasystem motsvarar screeningprogrammets och verksamheternas behov fullt ut.
- **Ökad tillgången på cytodiagnostiker , genom att värva medarbetare som kan ansöka till och delta i cytodiagnostiker-utbildningen på KI som startar hösten 2016.**

Tabell 2. Swot-analys cervixcancerprevention – för fyra högprioriterade områden

| Mål | Styrkor | Svagheter | Möjligheter | Hot |
|--|--|--|--|--|
| Regionen ansluten till processregistret (Cytburken) | -Färdig teknisk lösning finns i VGR. -Projektledare inom RCC finns. | Insats krävs av personal vid laboratorier och informatik. | -Utvärdering av kvalitet i hela processen. -Jämförbarhet med övriga landet. -Arbetsbesparande (data kan rapporteras vidare till analysregistret utan den tidigare lokala arbetsinsatsen) -Ökad täckningsgrad. -Minskad onödig provtagning. | -Hög arbetsbelastning framför allt vid laboratoriemedicin i Umeå. -Prioritering styrs av linjeorganisationen och frågan konkurrerar med andra angelägna områden. -Datasytemen inom Lt måste vara uppdaterade för att integrationen skall fungera |
| Landstingen har en tydlig organisation för cervixcancerprevention | Underlättar såväl landstingsintern som regional samverkan. | -Ansvar spritt på många områden -Referens- och arbetsgrupp har inte mandat att besluta om förändringar. Beslut tas i linjeorganisationerna i varje landsting, eller i chefsamrådsgrupper, vilket gör det svårt att samordna verksamheterna. | Optimering av vården i respektive landsting. | Mindre makt och färre beslut som kan fattas enbart internt inom de olika enheterna. |
| Implementering av de nya screeningriktlinjerna från Socialstyrelsen som kom i juni 2015. | - Om de 2 ovanstående målen klara under 2015, så kommer resten av införande att underlättas. | -Insats krävs av personal. -Ansvar spritt på många områden. | -Underlätta och i god tid förbereda det som ändå kommer att krävas för införande av det nya som vi vet kommer | -Svårt få till de övergripande beslut som kommer att krävas för att implementera de nya Sosriktlinjerna och nytt nationellt vårdprogram. |
| Ökad tillgång av cytodiagnostiker | En nyckelgrupp av personal som är nödvändig för att kunna bedriva denna screening säkert även framöver | Antalet utbildade är nu för få och många pensionsavgångar kommer de närmaste åren, tillgången motsvarar ej behoven framöver (även vid införande av primär HPV screening) | Nationell utbildning startar hösten 2016 – personal från våra LT utbildar sig | -Utbildningen får ej tillräckligt många deltagare från norra regionen – inga nya kan ta över och skolas in innan de befintliga går i pension. |

FÖRUTSÄTTNINGAR OCH FÖRBEREDELSE INFÖR INFÖRANDE AV SOCIALSTYRELSENS NYA SCREENINGPROGRAM

1. befolkningen (ffa kvinnor) måste vara välinformerad om vad cervixcancerscreening med HPV-test innebär. De ska kunna känna sig trygga i att verksamheten är av god kvalitet och att det finns en välfungerande vårdkedja vid behov av utredning, behandling och uppföljning av cellförändringar och vid diagnostiserad livmoderhalscancer. Bra information ska finnas på Internet och 1177.se. Kvinnor ska informeras om vart de ska vända sig för att få svar på sina frågor. **En nationell informationsinsats behövs, men vi behöver även bidra med kommunikationsinsatser inom landstingen, där en regional samordning och kommunikationsplan och ev framtagande av material bör prioriteras.**

2. all involverad personal, barnmorskor på landets barnmorskemottagningar/ MVC och personal på kvinnokliniker och gynmottagningar som deltar i utredningar, behandlingar och uppföljningar av cellförändringar, måste vara välinformerade. En utbildningsinsats behövs, vilket är huvudmannens / verksamhetschefens ansvar. Vi förordar ett nationellt framtaget utbildningsmaterial som dock kan behöva kompletteras regionalt och även lokalt. Samordnade utbildningsinsatser i regionen bör prioriteras.

3. ett nationellt vårdprogram, med tydliga rutiner för och kvalitetssäkring av alla delar och verksamheter i hela vårdkedjan är framtaget och fungerande innan start. RCC i samverkan har givit detta uppdrag till NACx och arbetet påbörjades under senhösten 2015 och beräknas kunna bli klart under 2016. Detta vårdprogram kan komma att behöva kompletteras med regionalt tillägg. Först när detta är klart kan vi fullt ut veta vad som behövs för att klara att genomföra uppdraget.

4. alla landsting har IT- system som måste klara av de krav som ställs. Det gäller såväl screeningkallelser, uppföljande kontroller utifrån nytt vårdprogram samt inrapportering till det nationella kvalitetsregistret (NKCx) av utfallet på deltagande, cytologi, patologi samt HPV-test och även uppgifter från remisser. Detta är redan i nuläget ett problemområde i våra landsting. Krav kommer på att kallelsesystemen kan kommunicera med varandra inom landet. Hur ska detta kunna lösas på ett optimalt sätt? Här behövs nya kravspecifikationer, utveckling andra åtgärder samt ekonomiska resurser såväl på det nationella planet som inom alla landsting och regioner. Behovet kan inte helt överblickas i nuläget.

5. Att god kvalitet i cytologi- och patologiverksamheten kan upprätthållas är helt avgörande. Även om antalet cervix-cytologiprover minskar rejält måste gynekologen kunna känna sig trygg med svaret. Farhågor finns om att endast en liten glidning i bedömningen av vad som besvaras som normal cytologi i hrHPV-positiva kvinnors cellprover, kan komma att öka antalet kvinnor som behöver utredas av gynekolog med kolposkopi och biopsitagning drastiskt i förhållande till de beräkningar som finns med i den hälsoekonomiska analysen. Med primär HPV-test i föreslagna åldergrupper kommer det att bli betydligt färre cytologiprover att granska och de kommer dessutom att i högre grad innehålla dysplasier. Kommer volymerna att vara tillräckliga för cytodiagnostiker och cytologer på enskilda laboratorier inom regionen med tanke på kvaliteten? Behövs omstrukturering för att komma upp i tillräckliga volymer? Utbildning och fortbildning av cytodiagnostiker och cytologer i Sverige är nödvändigt även framöver.

6. HPV-test måste vara säkra. De laboratorier som ansvarar för detta ska vara ackrediterade och även specifikt vara ackrediterade för vald HPV-metod. De måste även kunna rapportera HPV-svar enligt överenskommen standard till NKCx. **Finns behov av förnyad ev samordnad upphandling för regionen eller hela landet, eller ska detta ske inom varje landsting? Har labben inom regionen underlag för tillräckligt stora volymer för tillräcklig kvalitetssäkring ? Hur ska vi planera så att logistikken, flödet av burkar och analyserna och biobankning blir optimal?**

7. Inrapportering och uppkoppling till det nationella kvalitetsregistret NKCx måste fungera från alla mottagningar. Hälso- och sjukvården bör dessutom förbättra och utveckla det befintliga screeningprogrammet genom att skapa förutsättningar för att systematiskt mäta och följa upp effekter. Införande av inrapportering och uppkoppling till processregistret i NKCx (den s.k. Cytburken) är svårt och går långsammare än beräknat. Detta visar på komplexiteten i att verkställa beslut och råda över vad som är möjligt att göra i landstingens och regionernas befintliga datasystem. **Klarar vi att få till datasystem som motsvarar vårdkedjans behov? En nationell kravspecifikation bör tas fram och våra systemansvariga måste vara delaktiga i detta.**

8. Att det nya nationella vårdprogrammet implementeras i alla landsting och regioner är huvudmannens ansvar och det kommer att innebära större arbetsinsatser och kostnader i flera av de inblandade verksamheterna. **För att tydliggöra innebörden av detta tas insatserna som krävs även upp ur de olika verksamheternas perspektiv nedan:**

a. Processledare och styrgrupp för cervixcancerpreventionen inom landstinget/regionen är ett måste för att detta ska kunna fungera optimalt. För att uppnå det krävs formellt beslut i varje landsting/region.

b. Kvinnosjukvården: Många kvinnokliniker och gynnottagningar i regionen har redan idag svårt att klara sitt uppdrag. Till detta beräknas att den föreslagna screeningmodellen bl. a. kommer att medföra en ökning av antalet kolposkopier med ca 20 % (enligt Socialstyrelsens underlag) och troligen även fler koniseringar. Behov av datastöd för att kunna ha kontroll på uppföljningarna enligt vårdprogrammet finns på många håll. Vi kan förvänta oss att mer tid kommer att åtgå för att kunna ge information till kvinnor i samband med utredning och behandling, och ökat behov av rådgivning p.g.a. frågor och oro som uppkommer vid avvikande provsvar. Det behöver därmed finnas utbildade gynekologer och annan personal, datastöd och möjligheter att, inom kvinnoklinikernas och gynekologiska mottagningarnas uppdrag, kunna prioritera denna uppgift.

c. Barnmorskemottagningar inom primärvård, kvinnosjukvård och privata vårdgivare: Tid måste avsättas för fortbildningsinsats. Vi kan förvänta oss att mer tid kommer att åtgå för att kunna ge information till kvinnor i samband med provtagning, och även behov av mer kontakter med kvinnor p.g.a. frågor och oro som uppkommer vid avvikande provsvar. Det måste därmed säkerställas att barnmorskorna får tid för att detta ska kunna genomföras i en för många barnmorskor redan ansträngd arbetssituation.

d. Patologi-/cytologi-lab, samt viruslab: Här krävs kontinuerlig kvalitetssäkring, utbildning och fortbildning av cytodiagnostiker, cytologer och patologer på ackrediterade laboratorier. Osäkerhet råder om provvolymerna är tillräckliga för verksamhet på nuvarande lab i regionen och i landet. God logistik krävs för att klara hantering av alla LBC-burkar, där en del initialt

ska testas för HPV och andra för cytologi och vissa (utifrån vårdprogrammet) därefter ska triageras med den andra metoden. Därefter ska prover biobankas, vilket också förutsätter investering i robotar och frysar. HPV-testerna måste kvalitetssäkras och utföras av ackrediterade laboratorier som har ackreditering för den HPV-analys som används. Virologisk kompetens måste anlitas om det utförs på patologilabb. Ett sammanhållet svar, d.v.s. att både cytologi och hrHPV- resultat finns i ett svar från labb, är en förutsättning för att detta ska kunna fungera patientsäkert. Behov av IT-system som klarar kraven och att dessa även kan rapportera till "Cytburken", d.v.s. kvalitetsregistret NKCCx processregisterdel, som är den i nuläget enda möjligheten till nationellt sammanförande av screeningdata. Att samtliga dessa områden kan prioriteras och finansieras måste säkerställas.

e. Kallelsekansli eller expedition för gynekologisk cellkontroll: En förutsättning är att det finns fungerande datasystem som stödjer alla delar i vårdkedjan utifrån rekommendationerna i vårdprogrammet. Det innefattar även kontroller efter utredning och behandlingar i så kallade kontrollfiler. Det måste finnas möjlighet till enkel ombokning via internet och telefon. De av SKL rekommenderade kallelse- och brevsvarsmallarna bör användas. Det finns även behov av "samkörning" av nationella kallelsedata på individnivå för att kvinnor som flyttar inom landet inte ska tappas bort eller kallas i onödan, samtidigt som personlig kontakt med provtagande barnmorskor på alla provtagningsstationer är nödvändigt för optimering av vårdkedjan. Hur samtliga dessa områden ska lösas och vem som ansvarar för att detta fungerar inom ett landsting eller region behöver klargöras.