

Protokoll Styr- /processgruppen för Cervixcancerprevention västra sjukvårdsregionen

170601 kl.13.00-17.00 Centralhuset konferens

Närvarande: Anne Ekeryd Andalen, Christina Björkenfeldt-Havel, Sylvia Boysen Andersson, Anna Brauer, Peter Brodin, Anna-Karin Broman, Susanna Edström, Joy Ellis, Anna-Carin Forsman, Peter Horal, Katarina Kylebäck, Cecilia Kärrberg, Anneli Ljungren, Eva Lundqvist, Degaulle Najm, Kenth Olofsson, Erica Pettersson, Tomas Seidal, Björn Strander, Anna Welanders, Mia Westlund, Lotta Örndal.

1/ Joy Ellis valdes till ordf. Mia Westlund sekr. Föregående protokoll lämnades utan anmärkningar.

2/ Nästa möte föreslås bli den 7 december .

3/ Presentation av närvarande.

4/ Nyblivna pensionären Kenth Olofsson avtackades. Kenth är en av dem som har varit med i gruppen sedan den startade. NÄR?

5/ Anne rapporterar att PPR godkänt RMR, konsekvensanalys och kostnadsbeskrivning, efter korrigering beträffande två införandedatum samt att hela RMR var för lång. RMR är nu omdisponerad med ett flertal bilagor och att införande för hela NVP planeras till 1/4 2018

Att man startar 1 oktober vad gäller utredning behandling står inte med i RMR. Vi räknar med att RMR antas i september av Hälso- och sjukvårdsstyrelsen och att det sätts av pengar för införandet. Det innebär att man får ekonomiskt tillskott av de ökade kostnader som införandet innebär under totalt 3 år. Största kostnaden ligger på IT och laboratoriesida..

Dysplaiutredning och -behandling följer det nya vårdprogrammet från *första oktober* i enhetlighet med tidigare beslut vid telefonmöte 29/3.

På den kliniska remissen kan man kryssa för endast HPV, är det något man kommer att göra undrar Eva Lundqvist. Det finns inget sådant flöde i vårdprogrammet.

Laboratorierna behöver se över logistiken för de enstaka prover där man endast begärt HPV. Hur ska data registreras i cytburken? Kommer virologen skicka data till cytburken även i fortsättningen, eller endast via cytologlaboratorierna? Genotypning kan bli aktuellt, för att se om det är samma HPV-typ. Virologen kan komma att registrera i Sympathy vilket skulle förenkla rutinerna.

Vid klinisk remiss, ska laboratoriet ge sammanhållna svar cyt/HPV? Det finns ingen klinisk nackdel att vänta även om det dröjer ytterligare upp till 10 dagar menar Björn Vi har hittills accepterat separata svar om det inte gäller triage, men sammanhållet svar är en fördel.

Beslut: Gruppen beslutar att start för tillämpning av nationellt vårdprogram cervixcancerprevention enligt RMR planeras till ¼ 2018 enligt tidigare överenskommelse. Utredning och behandling enligt nationella vårdprogrammet startar från 1/10 2017

Samlat svar vid klinisk remiss för HPV/cytologi.

6/ Anne rapporterade från nationellt möte på SKL om införandet primär HPV-analys. I Skåne, Sthlm/Gotland och Örebro har man redan startat utan att det finns uppbyggt stödjande IT-system. Det finns en rad olika problem som man löser manuellt. Landstingen har svarat på en enkät om planeringen kring införandet. De flesta planerar att införa vårprogrammet inom 6-12 månader. Det finns stora bekymmer kring beställning av IT-system.

Kalmar ska börja använda ROCK-it, VGRs kallelsesystem. VGR-it lämnar ifrån sig en kopia. Västmanland är också intresserade. Det innebär att man skulle kunna dela på kostnaderna, och landstingen behöver då ha en gemensam förvaltningsorganisation för gemensam anpassning av programmet. Björn tar kontakt med representanter i de aktuella landstingen.

I VGR räknar vi med att ha möjlighet till rådgivning kring HPV-frågor via 1177. Det ska komma att finnas ett sådant telefonnummer på svarsbrev 4 (S4). Detta står beskrivet i RMR och konsekvensbeskrivning.

Kommentar från Anne: Vid kontakt med 1177 Göteborg 2/6 framkommer nu att det inte kommer bli möjligt med ”regional” lösning för rådgivning enligt RMR och konsekvensbeskrivning. 1177 kommer att bli nationell och då accepteras inte regionala lösningar.

7/ Ett första möte kring IT-utveckling vid lab har hållits. Det finns en del logistik som inte är klar än och de är viktigt med återkoppling om hur arbetet framskrider .

För att hitta kallelser och svarsbrev kan man gå in via [Cancercentrum.se/nacx](http://cancercentrum.se/nacx) – så hittar man cervixcancerprevention. Länk <http://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/kallelse--och-svarsbrev/>

I vänstermarginalen hittar man även Svarsmallar för gynnottagningar.

ARG-rapporten kommer att bli ett kondensat av vårdprogrammet som kan användas i klinisk verksamhet berättar Cecilia Kärrberg.

8/ Utbildningsinsatser i höst. Utbildningstillfällen för dem som arbetar med utredning och behandling är inbokade i höst, två tillfällen 5/10 och 17/11, och arrangeras av RCC. Dessa utbildningstillfällen vänder sig till kolposkopister och dysplasibm/ssk. Utbildning för övrig vårdpersonal och laboratorie får arrangeras lokalt. Utbildningsmaterial finns utarbetat med powerpoint och webutbildningsprogram är under utarbetande.

Lathund med svarsbrev och kallelser är färdig och finns på cancercentrum.se
<http://cancercentrum.se/vast/vara-uppdrag/prevention-och-tidig-upptackt/gynekologisk-cellprovskontroll/kallelse--och-svarsbrev/svarsmallar-for-gynmottagning/>

9/ KVASt har beslutat att man ska gå över till benämningarna LSIL/HSIL. HSIL ska tumöranmälas: N87.2 höggradig cellförändring. Både CIN2 och CIN3 samlas under HSIL. Det kommer att innebära att många fler kommer att tumöranmälas, pga nytt system. De yngre har en särskild uppföljning och nu pågår även en studie, så patologen svarar ut i löpande text även om det är CIN2 eller CIN3 på alla, fram till 31 mars 2018.

Beslut: Dubbelregistrering fortsätter även efter mars menar lab Halmstad, Skövde och NÄL som är med på mötet. HSIL och CIN2/CIN3 ska även fortsättningsvis finnas med i svaren.

”Höggradig dysplasi av den typ som tidigare benämndes som CIN2”, kan vara ett tydligt sätt att uttrycka det.

Cancerregistret översätter klartext och koder till ICDO3 för internationell jämförelser, så vilka koder som används på klinikerna är viktigast för statistiken man tar ut där.

Gruppen har tidigare enats om den 1/5 startdatum för tumöranmälan (cancerregistret startat detta från 1/1 2017)

10/ Björn visar jämförelse med RÖDROCK-studien, som visade att telefonuppringning var kostnadseffektivt. I VGR 10459 st uteblivare (I RR var det 4000st) I VGR får man tag på telefonnummer till 59%. 49% svarar. Ca 10% tog prov.

Mödrahälsovården rapporterar att det finns en rad problem kring uppringandet. Det är svårt få tag på telefonnummer. Folk svarar inte på okänt nummer. En vuxen person kan stå för flera mobilnummer, man får prata med flera som inte är kvinnan man söker.

Hur man planerar ringandet är viktigt, gärna att man har möjlighet att ta emot patienten där och då. Det behövs ett gemensamt underlag för sökstrategi, och strategi för hur man kan säga när fel person svarar. Joy informerar om att uppringning har nedprioriterats och att uppringning kommer att göras i varierande omfattning beroende på hög arbetsbelastning på MVC. Detta kan vara en del av vårdprogrammet som kanske inte är tidsenligt, menar Joy. Prioriteringen inom MHV sker internt. Björn menar att man kan behöva göra ändringar i rutinerna enligt vårdprogrammet, men då ska det ske kollektivt.

Kan man få hjälp att hitta telefonnumren? I Halland har man nytta av att kvinnorna lägger in sitt telefonnummer på 1177/mina vårdkontakter.

Peter rapporterar om **självtesten** (presentationen finns som bilaga) : Mer än 95% av inkomna prover kunde analyseras. (4488/4700st)

Oanvända kit återsända utan att de använts: ca 40st. Prov utan hylsa, 163st. Lös lapp med provrör förekommer (kan oftast spåras via datakontroll och analyseras)

12,6% HPV 2017. Erfarenheter från laboratoriet: Rimlig provhanteringstid. Positiv BMA-feedback, men trist med så låg hörsamhet.

Svaren skickas till cytburken där man kan se i klartext att det rör sig om självttest. Vid uteblivande till gynmottagning bör de jämföras med högriskdysplasier påpekar Björn.

Kontrollfil – varje kvinna ska ha ett informationsbrev då hon läggs in i kontrollfilen. Alla mottagningar ska själva skicka informationen till kvinnan och kallelsekansliet har kontakt med mottagningarna för att se att det sker korrekt.

Sylvia frågar: Ska kansliet ”bara lägga in” till kontrollfil även om man inte ser ngt i cytburken som stödjer det. Björn tycker det är bra om kansliet kan vara ”gate keepers”. Anna Glantz är medicinskt ansvarig och det bör vara hon som tar ställning till om kvinnan ska läggas in i kontrollfil ifall det finns tveksamheter, eller eventuellt ställer frågan till remitterande enhet.

HPV-neg/ASCUS kallas om 3 år via kallelsekansliet om de får information om det från laboratoriet men dessa ska alltså inte läggas in i kontrollfil efter behandling. Detta gäller till dess vi arbetar enligt det nationella vårdprogrammet.

I nya screeningprogrammet kommer detta inte att uppstå – annat än för de som är < 30 år, då blir det automatiskt nytt prov om tre år. Likaså vid 40-årsprovet (dubbelprovet).

Men om vid annan utredning får detta svar så måste man skriva brev till Kallelsekansliet om kvinnan är > 50 år.

12/ Utredning av cellförändringar på andra enheter än kopplade mottagningar. Joy har noterat att det finns en privat gynekolog som enligt vårdcentralens hemsida informerar om att hen utreder och behandlar cellförändringar. I vårdprogrammet finns grundläggande krav på utredande enheter, dessa krav kan man uppfylla utan att tillhöra en kopplad mottagning, 50 kolposkopier/år t.ex. Inom C-arg diskuteras certifiering av kolposkopister. Hur nå kompetensen och utnyttja den?

13/ Anne önskar en kartläggning av vilka kopplade gynmottagningar som utreder gravida och HIVpos i regionen? NVP föreslår specialkunnig kolposkopist vid körtelcellsatypi. Cecilia menar att Länssjukhusen bör utreda gravida och immunsupprimerade, så det finns en struktur.

Skövde har 10 kolposkopister Skövde/Lidköping. Sedan lång tid är det 3 personer som utreder de gravida i Skövde. Träff en gång varannan vecka för diskussion av fall, så det finns back-up.

Fyrbodals: På NÄL finns 3 mottagningar Lysekil, Bäckefors och Strömstad, drygt 10 kolposkopister. Gravida sköts på NÄL av 3 kolposkopister. Laser finns.

SU har en dysplasiansvarig är på gång. SU kommer att köpa in ny laser.

Södra Älvsborg: Det finns 6 kolposkopister. Alla gravida med avvikande prover utreds/behandlas av dysplasiansvarig samt två ytterligare överläkare på SÄS Laser finns, men används mindre än tidigare.

Halland, gynmott Kba, Varberg och Halmstad utreder dysplasier. Körtelcellsatypier går till alla kolposkopister , gravida till några få. Laser finns.

Regionalt cancercentrum i samverkan

Sveriges Kommuner och Landsting | 118 82 Stockholm
Besök: Hornsgatan 20 | Telefon: 08-452 70 00
E-post: info@cancercentrum.se | www.cancercentrum.se

Laserbehandling vid multifokal dysplasi – i Skövde kommer man inte få någon ny laserbehandlingsapparat när denna går sönder. Centralisering av laserbehandling!? Det har varit en intention att SU ska ha dessa patienter.

Körtelcellsatypier – vem som utreder ska bestämmas av lokal vårdkedjegrupp. (ej AIS)

Diskussion: Ska utredning av gravida centraliseras mer? Det pågår rekrytering till SU.

Körtelcellsatypier kan man kanske hänvisa till en person inom mottagningen. Christina B menar att för gravida är det viktigt med kunskaper kring prematuritet och att det finns kontakt med neonatolog. På SU ligger obstetrik och gynekologi inte på samma område, men det finns upparbetade kanaler. Det bör vara lätt att lägga in för observation efter behandling vid blödning. Christina menar att första hand ska sjukhus där man kan förlösa utreda gravida. De senaste två åren har Björn och Katarina K utrett gravida på Kungshöjd. Majoriteten behöver inte sjukhusvård. Just nu finns ingen sådan kompetens på SU. Målet är att det ska finnas hög kompetens på SU. Om vårdkedjemötet ritas om kartan över utredande enheter ska processägaren kontaktas.

Övriga frågor:

Cecilia tar upp att det inte finns någon definierad tid för svar till patienten efter utredning och inte heller efter behandling. På Danderyd har man haft tidsgräns att om patienten inte fått svar inom 6 veckor så skrivs en avvikelserapport, för att man ska få möjlighet att se över rutinerna.

Vad är det väsentliga i frågeställningen? Att kvinnan utsätts för medicinska risker eller är det framförallt psykologiska aspekter att kvinnan inte ska oroas under för lång tid?

Kärnan är långa svarstider från laboratoriet, det är ett kapacitetsproblem på flera lab. NÄL har t.ex. 50% patologbemannning. SVF tränger undan en del. Kapacitetsbrist på gynmottagningar kan ytterligare bidra till långa handläggningstider. Vid välgrundad cancermisstanke – då är man inne i SVF. Men vid utredning har man i regel inte misstanke före diagnos.

Björn föreslår att Anne tar upp frågan via RCC och pekar på undanträngningseffekterna av SVF. Punkten tas upp igen i december.

Anneli: PROM/PREM, det är länge sedan vi hade frågan uppe.

Det finns en nationell patientenkät som kan användas och det är angeläget. Det som har saknats är infrastrukturen för detta. Graviditetsregistret funderar på att prova PREM via 1177. Kan man göra en webbenkät? Gärna att man använder de i den tidigare testade enkäten validerade frågorna.

Cellprovsveckan vecka 20. Bra om Kvalitetsrapporten är klar till dess!

Tomas: HPV-analys på biobankat material blir lättare tillgängligt då proverna kan förvaras i 10 år i rumstemperatur, enligt Peter Horal. Nu kan man spara mkt mer prover om man pipetterat till mindre rör.

Mötet avslutas

Sekr Mia Westlund

Justeringsperson Anne Ekeryd Andalen