

Till Socialstyrelsen  
Nela Söder  
106 30 Stockholm

## **Socialstyrelsens rekommendation avseende ”Screening för livmoderhalscancer”, remissversion 2015-1-23. Remissvar från norra sjukvårdsregionen.**

Landstingen och regionen i norra sjukvårdsregionen, Norrbottens läns landsting, Västerbottens läns landsting, Region Jämtland-Härjedalen och Landstinget i Väster-norrland, har tagit del av remissversionen av ”Screening för livmoderhalscancer”. Remissvaret har beretts regionalt genom RCC Norr och fastställts av RCC Norrs styrgrupp.

Förslaget till nytt cervixcancerscreeningprogram i Sverige medför, om det kan genomföras med bibehållen täckningsgrad och utifrån de förutsättningar som anges, en bättre cancerförebyggande effekt och detta måste väga tungt i ställningstagande till beslut om införande. Att det dessutom på sikt medför såväl hälsovinster som minskade vårdkostnader bör också beaktas, även om belastningen på samtliga aktörer i hela vårdkedjan kommer att öka, åtminstone initialt, och så även de faktiska kostnaderna på enskilda kliniker .

Förslaget är framtaget utifrån den evidens som idag finns utifrån studier, men ännu har inget land infört HPV-test i primär screening för en hel befolkning .

**Vi har inget att invända mot den förslagna modellen i teorin, utom möjligen att man borde överväga att initialt ha kvar en eller två omgångar med cytologi som primär screeningmetod i åldersgruppen mellan 35 och 47 år, tills man vet att primär HPV-diagnostik fungerar enligt plan.** (Detta p.g.a. att man på flera laboratorier i Sverige, som har infört vätskebaserade prover som analyserats på båda sätten, har funnit prover med höggradig dysplasi i cytologin men med negativt hrHPV-test). **Det är viktigt att det tydligt framgår hur den övre åldergränsen ska tolkas i ett nytt förslag.**

**Ur ett befolknings- och kvinnoperspektiv bör vi använda de bästa möjliga metoderna vi kan för att minska insjuknande och dödlighet i cervixcancer, som samhället anser sig kunna ha råd med.**

**Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är det bl.a. följande punkter som behöver beaktas inför beslut om ett nationellt införande av den föreslagna modellen. Det är av största vikt att alla organisatoriska förutsättningar finns på plats i alla landets landsting och regioner innan ett nationellt införande kan träda i kraft .**

- **I** Att befolkningen (särskilt alla kvinnor) måste vara välinformerad om vad Cervix-cancerscreening 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 livmoderhals-cancer. Ev. behövs en kampanj i samband med införandet. Bra information ska finnas på internet och sjukvårdsrådgivningen. Kvinnor ska informeras om vart de ska vända sig för att få svar på sina frågor. **En nationell informationsinsats behövs och det måste klargöras vem som samordnar och ansvarar för den.**

- **II** Att all involverad personal - alla barnmorskor på landets barnmorskemottagningar och MVC och all 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. Ett nationellt framtaget utbildningsmaterial skulle underlätta mycket och det bör klargöras vem som kan ansvara för detta.**

- **III** Att ett nationellt vårdprogram, med tydliga rutiner för och kvalitetssäkring av alla delar och verksamheter i hela vårdkedjan är framtaget och fungerande innan start. Vi har nu ett program med god effekt på insjuknande i och dödlighet av livmoderhals-cancer. OM någon av del av vårdkedjan inte fungerar riskerar vi att skyddseffekten minskar. **Ett nationellt vårdprogram krävs. RCC i samverkan bör ansvara för detta.**

- **IV** Att alla landsting har IT- system som klarar 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 många landsting. Krav kommer på att kallelsesystemen kan kommunicera med varandra inom landet. **Hur ska detta kunna lösas på ett optimalt sätt? Här krävs åtgärder och resurser såväl på det nationella planet som inom alla landsting och regioner.**

- **V** Att god kvalitet i cytologi- och patologiverksamheten kan upprätthållas är mycket väsentligt, 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 med tanke på kvaliteten? Behövs omstrukturering för att komma upp i tillräckliga volymer? Utbildning och fort-**

**bildning av cytodiagnostiker och cytologer i Sverige är nödvändigt även framöver och det bör klargöras vem som ansvarar för detta.**

**- VI Att HPV-test är kvalitetssäkrade.** 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 nationella kvalitetsregistret NKCx. **Finns behov av samordnad upphandling för delar av eller hela landet, eller ska detta ske inom varje landsting eller region? Hur kan man säkerställa att alla laboratorier rapporterar data?**

**- VII Att inrapportering och uppkoppling till det nationella kvalitetsregistret NKCx fungerar 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 av att få till datasystem som motsvarar vårdkedjans behov? Vem som kan ansvara för att ta fram en nationell kravspecifikation bör klargöras.**

**- VIII 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:**

**1. 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.**

**2. Kvinnosjukvården:** Många kvinnokliniker och gynmottagningar i landet 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 gynekologmottagningarnas uppdrag, kunna prioritera denna uppgift.

**3. 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 arbets-situation.

**4. Patologi-/cytologi-lab, samt inom vissa landsting och regioner 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 patologilab. Ett sammanhållet svar, d.v.s. att både cytologi och hrHPV-resultat finns i ett svar från lab, 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 NKCx process-registerdel, som är den i nuläget enda möjligheten till nationellt sammanförande av screeningdata. Att samtliga dessa områden kan prioriteras och finansieras måste säkerställas.

**5. Kallelsekansli eller expedition för gynekologisk cellkontroll:** En förutsättning är att det finns fungerande datasystem som stödjer alla delar av 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 i kallelsesystemet. 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 de provtagande barnmorskorna på alla provtagningsstationer är en viktig uppgift 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.



**Vb: Remiss - rekommendation screening för livmoderhalscancer**

Landstinget,  
Anna-Lena Sunesson till: Landstinget.Vasternorrland,  
norrbottens.lans.landsting, region

2015-03-11 14:43

Hej!

Socialstyrelsen skickade i januari ut en remissversion av en ny rekommendation avseende screening av livmoderhalscancer. Regionalt cancercentrum norr har samordnat ett regionalt remissvar, som har fastställts av RCC Norrs styrgrupp. Remisstiden har förlängts av Socialstyrelsen till den 13 mars.

Bifogat remissvar har idag skickats till Socialstyrelsen och skickas härmed för kännedom till myndighetsbrevlådorna vid norra regionens landsting/region.

med vänliga hälsningar  
Anna-Lena Sunesson



Norra regionens remissvar Cxcascreening till Sos 150305.pdf

.....  
Anna-Lena Sunesson  
Bitr. verksamhetschef  
Regionalt cancercentrum norr  
Norrlands universitetssjukhus  
901 85 Umeå

Tel. 090-7857081, mobil 070-3977081  
E-post [annalena.sunesson@vll.se](mailto:annalena.sunesson@vll.se)

----- Vidarebefordrat av Anna-Lena Sunesson/VLL/SE på 2015-03-11 14:33 -----

Från: "Söder,Nela" <[nela.soder@socialstyrelsen.se](mailto:nela.soder@socialstyrelsen.se)>  
Till:  
Datum: 2015-01-16 10:35  
Ärende: Remiss - rekommendation screening för livmoderhalscancer

---

Socialstyrelsen har publicerat en remissversion av en ny rekommendation för screening av livmoderhalscancer och vi vill därför göra er uppmärksammade på att det finns möjlighet att inkomma med synpunkter på rekommendationen fram till den 27 februari 2015. Socialstyrelsen har fört dialog med Regionala cancercentrum och de har uttryckt önskemål om att samordna regionala remissvar.

Ni hittar rekommendationen på Socialstyrelsens hemsida,  
<http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellascreeningprogram/livmoderhalscancer-screeningme>.

Synpunkter kan lämnas via e-post  
[screening-livmoderhalscancer@socialstyrelsen.se](mailto:screening-livmoderhalscancer@socialstyrelsen.se) eller via vanlig post till myndigheten, adress:  
Socialstyrelsen  
Nela Söder  
106 30 Stockholm

En slutversion av rekommendationen är planerad till våren 2015.

Välkomna med eventuella frågor till Nela Söder, tfn 075-247 30 83, epost:  
[nela.soder@socialstyrelsen.se](mailto:nela.soder@socialstyrelsen.se)

Sändlista:

Stockholms läns landsting

Landstinget i Uppsala län

Landstinget Sörmland

Landstinget i Kalmar län

Landstinget Blekinge

Landstinget i Värmland

Landstinget Västmanland

Landstinget i Dalarna

Landstinget Västernorrland

Västerbottens läns landsting

Norrbottnens läns landsting

Region Östergötland

Region Jönköpings län

Region Kronoberg

Region Gotland

Region Skåne

Region Halland

Västra Götalandsregionen

Region Örebro län

Region Gävleborg

Region Jämtland Härjedalen

Regionala cancercentrum Norr

Regionala cancercentrum Stockholm-Gotland

Regionala cancercentrum Syd

Regionala cancercentrum Sydöstra

Regionala cancercentrum Uppsala-Örebro

Regionala cancercentrum Väst

.....  
**Nela Söder**

Utredare

075-247 30 83

**SOCIALSTYRELSEN**

Avdelningen för kunskapsstyrning

Nationella riktlinjer

106 30 Stockholm

Växel 075-247 30 00

[www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se)

Socialstyrelsen värnar hälsa, välfärd och allas lika tillgång till god vård och omsorg.