



Årsrapport Rådgivningsgruppen **2021**

Årsrapport for Faglig
Rådgivningsgruppe for
Livmorhalsprogrammet

Innhold

Generelt om Faglig rådgivningsgruppe	4
Mandat	4
Styringsgruppen for Livmorhalsprogrammet	4
Rådgivningsgruppens medlemmer 2021	5
Kreftregisteret er sekretariat	5
Saker 2021	6
Nye medlemmer av Rådgivningsgruppen 2021	6
Hva gjør man med kvinner som tester seg før screeningalder?	9
Endring av påminnelsesbrev i forbindelse med oversetting	9
Opprettelse av gruppe som ser på formidling til berørte ved svikt i kvalitetssikring	9
Oppdrag fra Helsedirektoratet; kvalitetssikring av programmet	9
Uegnede cytologiprøver hvor det kjøres HPV-test	10
CIN-klassifikasjon, bruk av HSIL og LSIL	10
Nye retningslinjer for signering av prøver	10
Bør man ha en representativ prøve med kjertelepitel og plateepitel hos kvinner i HPV-primærscreening som er HPV-positive og normal cytologi?	11
Bruk av HPV-test til avklaring av teknisk dårlige prøver for å redusere risiko for kreft etter «normal» celleprøve	11
Mulighet for oppfølging av kvinner basert på utvidet genotyping.	12
Digitale kolposkopikurs	12
Oppmøte etter unormal prøve	12

Skal immunsupprimerte inkluderes i «symptomlisten»	12
Kortere referater	13

Forord

I 2021 ble det avholdt seks rådgivningsgruppemøter (19.01, 02.02, 13.04, 02.06, 27.10 og 07.12). Referatene til møtene legges fortløpende ut på [Livmorhalsprogrammets nettsider](#). På grunn av den spesielle situasjonen og restriksjoner relatert til Koronapandemien, ble fem av seks møter avholdt digitalt.

Linjer i Rådgivningsgruppen (RG)

Faggrupper

Melder inn saker til representantene for sine fagmiljø i Rådgivningsgruppen

Medlemmer i Rådgivningsgruppen

Sender sakene inn til sekretariatet i Rådgivningsgruppen

Sekretariat LP

Setter saker på agendaen

Leder RG

Går gjennom saker på agendaen

Sakene tas opp i Rådgivningsgruppemøtet

Enkelte saker får vedtak i Rådgivningsgruppemøtene, andre tas videre til Styringsgruppen



Leder for Livmorhalsprogrammet



Direktør av Kreftregisteret



Saken tas opp i Styringsgruppen

Generelt om Faglig rådgivningsgruppe

Mandat

Faglig rådgivningsgruppe for Livmorhalsprogrammet (RG) er en tverrfaglig gruppe som skal gi faglige råd til programmets ledelse ved Kreftregisteret. Gruppen skal arbeide aktivt for å øke kvaliteten og forbedre Livmorhalsprogrammet (LP), gi råd, innspill og vurderinger knyttet til ulike aspekter. Sammensetning og organisering er nærmere beskrevet i [mandatet](#) som ble revidert i april 2019.

Sekretariatet presiserer at viktige avgjørelser skal forankres i foreningen man representerer. På den måten kan vi unngå at «mange» aldri har hørt om endringene eller kommer med endringsforslag etter at frister er satt. RG er svært nyttig for Livmorhalsprogrammet.

Styringsgruppen for Livmorhalsprogrammet

Styringsgruppen for Livmorhalsprogrammet (SG) ble opprettet av Helsedirektoratet i 2009 på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Denne gruppen har det overordnede ansvaret for at Livmorhalsprogrammet holder høy kvalitet. Prinsipielle saker skal behandles og avgjøres i SG. Direktør for Kreftregisteret er fast medlem og leder for Livmorhalsprogrammet møter som observatør. Lenke til beskrivelse av SG på HDIRs nettsider [her](#).

Rådgivningsgruppens medlemmer 2021

- Christine M. Jonassen (Leder) - *Frittstående medlem*
- Ranja Christiansen - *Bioingeniørutdanningen, Videreutdanningen i cytologi*
- Signe Opedahl - *Norsk forening for epidemiologi*
- Gunn Fallås Dahl - *Norsk forum for Gynekologisk Onkologi*
- Anna Wittersø - *Bioingeniørfaglig institutt*
- Kari Løvendahl Mogstad - *Norsk forening for allmenntidmedisin*
- Ane Cecilie Munk - *Norsk Gynekologisk Forening*
- Hans-Johnny Schjelderup Nilsen - *Norsk forening for medisinsk mikrobiologi*
- Irene Kraus Christiansen - *Nasjonalt referanselaboratorium for HPV*
- Pavla Sustova - *Norsk forening for Klinisk Cytologi*
- Agnes Kathrine Lie - *Den Norske Patologiforening Øyvind Rolland (t.o.m. 1.11.2021) Mona Stensrud (f.o.m. 1.11.2021) - Kreftforeningen*
- Emilius Adrianus Maria Janssen - *Seksjonsleder for Molekylær Patologi*

Kreftregisteret er sekretariat

- Ameli Tropé - *Leder av Livmorhalsprogrammet*
- Gry Baadstrand Skare - *Spesialådgiver Livmorhalsprogrammet*
- Birgit Engesæter - *Rådgiver Livmorhalsprogrammet*
- Kjersti Marie Lyche (Sekretær RG) - *Spesialkonsulent Livmorhalsprogrammet*
- Paul Kristian Øien Johansen (Sekretær RG) - *Spesialkonsulent Livmorhalsprogrammet*
- Linn Fenna Groeneveld - *Rådgiver Livmorhalsprogrammet*

Saker 2021

Nye medlemmer av Rådgivningsgruppen 2021

I november 2021 ønsket Rådgivningsgruppen en ny representant fra Kreftforeningen velkommen, Mona Stensrud.

Vedtatte endringer i Kvalitetsmanualen

(Sak 26/2021, se referat fra møtet 02.06.2021)

Endringsforslag kap. 1 i Kvalitetsmanualen vedr. Manglende histologisk oppfølging. Livmorhalsprogrammet (LP) ønsker å effektivisere oppfølgingen av kvinner med manglende histologisk oppfølging etter alvorlig cytologisk diagnose. I den forbindelse er det ønskelig med følgende endringer/presiseringer/tilføyinger i Kvalitetsmanualen kap. 1.

Kapittel 1.8: «Dersom ikke nye prøver registreres, kontaktes laboratoriet som har undersøkt prøven, og/eller eventuelt behandlende/pasientansvarlig lege. Dersom det fortsatt ikke er registrert en oppfølgingsprøve 13 måneder etter at livmorhalsprøven ble tatt, henvender Livmorhalsprogrammet seg direkte til kvinnen, og påpeker viktigheten av å få tatt en ny prøve.»

Kapittel 1.9: (Tillegg etter siste avsnitt) «I tillegg skal Livmorhalsprogrammet varsle behandlingsansvarlig/pasientansvarlig lege ved mistanke om manglende histologisk oppfølging etter alvorlig cytologisk diagnose»

Bakgrunnen for disse endringene er at utredning etter en HSIL ikke er god nok. Det er ønskelig med en raskere oppfølging av flere kvinner. Per i dag er prosessen møysommelig; LP kontakter først laboratoriet, deretter lege og til slutt kvinnene. LP ønsker å kunne varsle behandlingsansvarlig/pasientansvarlig legen med en gang, samt oversikt over hvilke standard svar laboratoriene sender ut til rekvirentene

RG vedtok forslaget, og Kari L. Mogstad vil gå gjennom standard svartekster som brukes fra laboratoriene til rekvirenter

(Sak 4/2021, se referat fra 02.02.2021)

Det er utarbeidet en revisjon til kapittel 6.5 og 6.7 i Kvalitetsmanualen av en nasjonal arbeidsgruppe. Avsnitt som oppdateres er uthevet.

Følgende avsnitt skal oppdateres:

6.5 Arkiverte prøver – bruk i kvalitetssikring og læring

6.7 Korrelasjon mellom cytologi og histologi (klinisk validering)

6.5 Arkiverte prøver – bruk i kvalitetssikring og læring

Alle laboratorier skal ha et system for rescreening av celleprøver. Dette kan bidra til å øke sensitiviteten av screeningen og er vesentlig i intern kvalitetskontroll.

Hvis tidligere cytologi-prøve(r) har vist celleforandringer, bør den/disse tas fram for revurdering, selv om dagens prøve har normale funn.

Ved funn av høygradige forandringer skal cytologi-prøver siste fem år vurderes for revurdering (retrospektiv rescreening/"targeted reviewing")¹. Prøver rescreenes hvis de var vurdert som normal/benign, uegnet eller med lavgradig forandring, og vurderes mot aktuelle funn. Rescreening bør gjøres mest mulig sammenlignbart med vanlig screeningsituasjon, med bruk av morfologiske kriterier.

Arbeidsgruppens forslag til tilføyelse:

I helseregion der cervixcytologi og HPV diagnostikken er sentralisert, og siste 5 års cervixcytologi ikke er i eget arkiv, må Kreftregisterets portal sjekkes for å se hvor disse prøvene er diagnostisert. Regionslaboratoriet kan innkalle tidligere preparatet klassifisert som uegnet/benign/lavgradig for regranskning, eller be om at dette gjøres lokalt dersom laboratoriet har kapasitet. Det må da sendes tilleggs melding til regionslaboratoriet.

6.7 Korrelasjon mellom cytologi og histologi (klinisk validering)

For å sikre høy kvalitet i screeningen, bør cytologiske prøver og deres histologiske oppfølgingsprøver kunne vurderes samlet. Derfor bør de sendes til samme patologiavdeling. Dette er en av de viktigste kvalitetsindikatorerne laboratoriene har, og benyttes i intern fagutvikling/undervisning og opplæring. Kontakt med kliniker og tilgang til data fra Kreftregisteret kan være viktig. Digitale bilder kan evt. benyttes/ bidra.

Arbeidsgruppens forslag til tilføyelse:

I helseregion der cervixcytologi og HPV diagnostikken er sentralisert, men ikke cervixhistologien, må Kreftregisterets portal sjekkes for å få vurdert om tidligere cytologi eller histologi må regransknes. Inntil digital patologi er på plass, kan regionslaboratoriet, eller det lokale laboratoriet, innkalle aktuelle preparat for regranskning og sende tilleggs melding. Det kan også organiseres tverrfaglige møter via Helsenet der diskrepans mellom cytologi og histologidiagnoser kan demonstreres og diskuteres

Rådgivingsgruppa foreslår at det føyes til i siste setning at klinikere kan være med på de tverrfaglige møtene. Det kom også inn forslag om å opprette et eget kapittel i Kvalitetsmanualen (på sikt) om MDT (Tverrfaglige møter) hvor man setter opp et forslag på hvordan et slikt møte kan gjennomføres.

(Sak 32/2021, se referat fra møtet 27.10.2021)

Krav fra Norsk Akkreditering (NA) om å lage diagnoseprofiler. Det har kommet et pålegg fra NA om å lage diagnoseprofiler for screenere og patologer. Enkelte laboratorier har opprettet dette allerede, og RG diskuterte behovet for å beskrive dette i Kvalitetsmanualen.

NA ønsker også en oversikt over kompetansen til screenerne og patologer samt en oversikt over kompetanseoppdateringer. Kompetanseoppdateringer er nødvendig for å opprettholde sikker drift. Kompetansearbeid må også prioriteres ved avdelingene.

RG gir sin tilslutning om at diagnoseprofiler bør tas med i Kvalitetsmanualen kapittel 7.2. både for screenere og patologer. Ranja Christiansen kommer med forslag til tekst.

(Sak 18/2021, referat fra møte 13.04.2021)

Endringsforslag Kvalitetsmanualen kapittel 8.3

Det er brukt ordet «irregulært» og ikke «atypisk» i norsk oversettelsen av ASC-US og ASC-H? Saken ble tatt opp med DNP, og styret i NFKC kom med en uttalelse om ønske om en konsekvent bruk av ordet «atypisk» i kvalitetsmanualen før «irregulær» erstattes med «atypisk» i ASC-US og ASC-H oversettelsene. RG vedtok å erstatte konsekvent «irregulær» med «atypisk» i Kvalitetsmanualen. Birgit Engesæter kontakter Norsk Patologikodeverk for å få endret kodeteksten.

(Sak 42/2021, se referat fra møtet 02.11.2021)

Forslag til nytt kapittel i Kvalitetsmanualen: Monitorering og kvalitetssikring av Livmorhalsprogrammet. Birgit Engesæter forklarer bakgrunnen for å opprette et nytt kapittel i Kvalitetsmanualen; For å ha mulighet til å gjøre analyser uten å søke HOD om dispensasjon for samtykke for hvert kvalitetsprosjekt, har KRGs jurist, Hilde

Olav, kommet med forslag om at vi lager et kapittel i Kvalitetsmanualen der LP beskriver hvilke indikatorer som overvåkes for å bedre kvaliteten av programmet. Kapittelet skal gjennomgå av jurist.

Hva gjør man med kvinner som tester seg før screeningalder?

(Sak 30/2021, se referat fra møtet 27.10.2021)

Det har vært ønskelig å få en oppklaring i hva man gjør med kvinner under screeningalder som tester seg, og der rekvisenten f.eks. bestiller HPV-test.

RG har vedtatt at Laboratorier skal henvise til kapittel 5.3.3 i Kvalitetsmanualen i prøvesvaret og avvise spørsmål om HPV-testing hos kvinner under screeningsalder. Ved ASC-US/LSIL-diagnose på cytologiprøvesvaret, blir det ny kontroll etter ett år.

Det presiseres samtidig at det uansett er veldig viktig at kvinnene under screeningalder tas på alvor av fastlegen når de kommer med symptomer og eventuelt henvises til gynekolog.

Endring av påminnelsesbrev i forbindelse med oversetting

(Sak 5/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

I forbindelse med oversettelse av brevttekst til blant annet nordsamisk, har det blitt gjort små justeringer i brevtteksten til påminnelsesbrevene, slik at teksten er mest mulig lik i alle brevene. Brevene har for første gang blitt oversatt til samisk, og vil legges ut på nettsidene så fort de er kvalitetssikret.

Opprettelse av gruppe som ser på formidling til berørte ved svikt i kvalitetssikring

(Sak 16/2021, se referat fra møtet 13.04.2021)

Det opprettes en gruppe som kan se på formidling til kvinner/rekvirenter når kvalitetssikringen har sviktet. Gruppen består av: 1 representant fra hver av de eksisterende gruppene i oppdraget fra Hdir samt representanter fra RG. Første møteinnkalling høsten 2021, ved Ameli Tropé.

Oppdrag fra Helsedirektoratet; kvalitetssikring av programmet

(Sak 1/2021, 13/2021, 17/2021, 28/2021, 43/2021, 46/2021)

Rådgivningsgruppen mottok i desember 2020 et oppdrag fra Helsedirektoratet (HDIR) med spørsmål om hvordan Livmorhalsprogrammet på best mulig måte kan kvalitetssikres, og om HPV-testing er en egnet metode til å kvalitetssikre celleprøver av kvinner under 34 år. Rådgivningsgruppen foreslo innledningsvis å opprette grupper som skulle ta for seg ulike tema i forbindelse med kvalitetssikringen. Gruppene ble delt inn i fagområdene cytologi, HPV og kolposkopi. For å unngå overlapp av problemstillinger ble det bestemt at cytologigruppen startet sitt arbeid før HPV-gruppen. Cytologigruppen startet med å fokusere på kartlegging av hva laboratoriene gjør i dag for å kvalitetssikre prøveresultater samt hvilke kvalitetssikringskrav som stilles generelt i cytologi.

Da oppdraget er tidkrevende, ba Rådgivningsgruppen om frikjøp av arbeidskraft for de ulike medlemmene i gruppen. Hdir hadde ikke anledning til å kompensere for dette arbeidet. I juni vedtok RG at det skulle bestilles en kunnskapsoppsummering fra Kunnskapssenteret om temaet rundt HPV testing som ledd i kvalitetssikring av cytologi, og/eller som screeningstest av yngre kvinner, og at man ser på hvordan tilsvarende kvalitetssikring gjøres på europeisk nivå. Det ble avholdt et ekstraordinært møte ved årets slutt, der cytologigruppen presenterte sitt arbeid med oppsummering av hva som gjøres for å kvalitetssikre cytologi i dag. Rådgivningsgruppen vil be HDIR om utsettelse på delspørsmålet vedrørende HPV-testing av yngre kvinner, da det er behov for å innhente mer bakgrunnskunnskap om temaet. Arbeidet fortsetter i 2022.

Uegnede cytologiprøver hvor det kjøres HPV-test

(Sak 6/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Enkelte laboratorier tar en HPV-test av prøver som er uegnede for cytologisk diagnostikk, ved første uegnet prøvesvar i stedet for ved andre, slikt beskrevet i Kvalitetsmanualen. Dette er problematisk da Livmorhalsprogrammet sender ut et brev til kvinnene om å ta ny prøve, basert på uegnet cytologisvar, når de allerede har fått beskjed om at prøvesvaret var normalt, basert på negativt HPV test.

Det ble vedtatt at Livmorhalsprogrammet skulle informere de aktuelle laboratoriene om at algoritmen måtte følges.

(14/2021, se referat fra møtet 13.04.2021)

Representanter fra RG hadde et møte med Unilabs 9. mars. Unilabs gikk gjennom hvilke tiltak de har gjennomført for å redusere antall uegnede, samt årsakene til at det var et høyt antall i 2020. Om størsteparten av de uegnede prøvene ikke skyldes blodige prøver, men cellefattige prøver er det desto større grunn til å ta en ny prøve, for å forhindre falsk negativ HPV-test. Dermed burde de nasjonale anbefalingene om å ta ny prøve etter første uegnede følges. Nytt forslag til tilføyelse av tekst i brevet ble godkjent av RG. Ved uegnet prøve (primær eller refleks), ny prøve innen 1-3 måneder.

CIN-klassifikasjon, bruk av HSIL og LSIL

(Sak 7/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Patologene i gynefaggruppen i Den norske patologforening (DNP) ga tilbakemelding om at det er ønskelig å fortsette med CIN-klassifikasjon siden både SNOMED og NORPAT kodes deretter og klinikere ber om det. Det rapporteres om at noen patologer fortsatt bruker HSIL uten å spesifisere om det er CIN2 og CIN3. Det er viktig at det presiseres på Patologiforeningens hjemmesider eller nettsiden, da det kan få behandlingskonsekvenser for yngre kvinner.

Praksisen med at noen patologer koder LSIL og HSIL på cervixbiopsier er ikke ønskelig. Livmorhalsprogrammet kan ikke registrere kodene for LSIL OG HSIL på biopsiprøvesvar. Den norske patologforening (DNP) må ta en avgjørelse, men det må komme frem at gynekologer ønsker å skille mellom CIN 1, 2 og 3. Gynekologene er bekymret for at for mange unge kan bli koniserte. Det er også viktig at praksisen er lik over hele landet.

Nye retningslinjer for signering av prøver

(Sak 8/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Styret i Norsk forening for klinisk cytologi (NFKC) foreslo at screenere kan signere ut følgende prøver alene:

Uegnet eller normale prøver uten indikasjon for HPV-test

Uegnet eller normale prøver med negativ HPV-test

Negativ HPV-test der det i henhold til algoritme ikke skal lages cytologisk utstryk (disse prøvene kan alternativt signeres ut automatisk av datasystemet)

Førstegangs positiv HPV-test i primærscreening uten HPV 16/18 med ASC-US/LSIL i triage

Bioingeniør bestiller HPV-test i sekundærscreening hos kvinner med ASC-US/LSIL og negativ HPV-test

Prøver der oppfølging er kolposkopi og biopsi skal alltid besvares av patolog.

(Sak 15/2021, se referat fra møtet 13.04.2021)

I april var tilbakemeldingen fra fagmiljøene i Stavanger, Trondheim og Bergen at det ikke var ønskelig å implementere forslaget fra NFKC i Kvalitetsmanualen. På grunn av uenigheter mellom foreningene var det behov for å

diskutere saken videre.

(Sak 29/2021, se referat fra møtet 27.10.2021)

Saken ble tatt opp igjen i oktober. Fra listen utarbeidet av Norsk Forening for Klinisk Cytologi (NFKC) er det spesielt de to punktene som omhandler kvinner med ASCUS/LSIL som det ikke er bred enighet om, da spesielt ASCUS, som er en av de vanskeligste diagnosene. Det har vært utfordrende for enkelte helseforetak å oppnå krav om svartider uten å delegere ansvaret. Rådgivingsgruppen anbefalte at de involverte foreningene utformet en tekst til Kvalitetsmanualen, og at saken tas opp til årsmøtet i NFKC i 2022.

Bør man ha en representativ prøve med kjertelepitel og plateepitel hos kvinner i HPV-primærscreening som er HPV-positive og normal cytologi?

(Sak 9/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Ca. 10% av prøvene fra HPV positive kvinner over 34 år, og med normal cytologi, har ikke med kjertelepitelceller.

RG var generelt bekymret for at det ikke lenger er et krav om at prøven skal være representativ. Innspillet ble tolket som et kvalitetssikringsspørsmål innen cytologi, og ble dermed delegert til gruppen som ble opprettet i forbindelse med oppdraget fra Hdir(sak 1/2021, ref 19.01.2021) Gruppen skulle vurdere viktigheten av å ha en representativ prøve ved tre aspekter; 1. cytologiscreening, 2. cytologi-triage etter HPV-positiv prøve og 3. oppfølging etter konisering.

Bruk av HPV-test til avklaring av teknisk dårlige prøver for å redusere risiko for kreft etter «normal» celleprøve

(Sak 10/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Innspill fra NFKC ble lagt fram. Gjennomgang av AUDIT kasus hos kvinner med kreft etter «normal» celleprøve har avdekket at mange av prøvene har vært teknisk dårlige og vanskelig å vurdere. I disse tilfellene ville bruk av HPV-test til avklaring av teknisk dårlige prøver vært fornuftig for å redusere risiko for kreft etter «normal» celleprøve. Rådgivningsgruppen ble bedt om å vurdere muligheter for bruk av HPV-test for å avklare:

1. Teknisk dårlig prøve der prøven inneholder nok plateepitelceller for at den kan klassifiseres som egnet, men likevel gir dårlig grunnlag for sikker diagnose.
2. Prøver der mesteparten av cellene er dekket av blod, gel, bakterier eller betennelsesceller, men prøven fremdeles regnes som egnet.
3. Prøver med postpartum forandringer eller atrofisk kolpitt (utenfor primær HPV)
4. Prøver med soppreaktive forandringer og andre reaktive forandringer der dysplasi ikke kan utelukkes helt.
5. Ved reaktivt sylinderepitel der dysplasi ikke kan utelukkes helt.
6. Prøver som mangler sylinderepitel.
7. Prøver med mange hyperchromatic crowded groups (HCCG), men som ikke tilfredsstillt kravet til ASC-H og dermed kalles normal.

Innspillet ble tolket som et kvalitetssikringsspørsmål innen cytologi. Dermed delegeres spørsmålene til gruppen som ble opprettet i forbindelse med sak 1/2021.

Mulighet for oppfølging av kvinner basert på utvidet genotyping.

(Sak 11/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

I HSØ skal Cobas 4800 fases ut og erstattes av BD Onclarity som genotyper for HPV 16, 18, 45, 31, 51 og 52 og påviser 33/ 58, 56/ 59/ 66 og 35/39/68 i tre grupper. På sikt vil vi kunne få inn data fra HSØ som vil kunne si noe om utvidet genotyping kan gi en bedre risikostratifisering og bedre tilpasset follow-up av kvinner med normal cyt og positiv HPV test. Utvidet genotyping er også nyttig for å vurdere risiko for persisterende atypi/recidiv i follow-up etter konisering. Det ble vedtatt i februar at tall fra Sykehuset Østfold-Kalnes skulle presenteres på neste møte.

(Sak 22/2021 se referat fra møtet 02.06.2021)

I juni ble preliminære data presentert fra evaluering av algoritmen innført sommeren 2018, med oppfølging/utredningsløp som differensieres på HPV type (HPV16/18 vs andre høyrisiko-HPV typer).

Tall stratifisert for andre HPV typer, fra utvidet genotypesvar med BD-plattform ble også presentert, og det er hittil ikke registrert krefttilfeller i oppfølgingsprøver for de ulike genotypene. PPV for CIN3+ for HPV31 og HPV45 etter oppfølging er høyere enn PPV for HPV16, og kan indikere at disse kvinnene kunne blitt vurdert for tettere oppfølging. Dette er små tall, foreløpig kun fra Kalnes, og ytterligere data samles fra Ahus og OUS som starter/har startet med BD-HPV test.

Digitale kolposkopikurs

(Sak 12/2021, se referat fra møtet 02.02.2021)

Ameli Tropé og Anne Cecilie Munk informerte om at det har blitt gjennomført digitale kolposkopikurs for flere sykehus. Den pågående pandemien har gjort det enklere å samle deltakere til kursene, det har også fungert svært bra å bruke Norsk Helsenett. Det oppfordres til at andre faggrupper holder flere foredrag på tvers av landet og fagdisiplinene.

Oppmøte etter unormal prøve

(Sak 21/2021, se referat fra møtet 13.04.2021)

Det presenteres tall fra årsrapporten for Livmorhalsprogrammet i 2019 som viser oppmøte etter screeningprøver med unormalt resultat. I Danmark som har oppmøtet på 90%, er det laboratoriene sender purring til rekvirentene når oppfølgingsprøve mangler. I Norge sender Livmorhalsprogrammet purring til laboratoriet, og først etter tilbakemelding fra lab, sendes det purring til rekvirent. Det er vanskelig for laboratoriene å skulle følge opp dette med dagens IKT-løsninger og generelle arbeidsbelastning.

Vedtak: Livmorhalsprogrammet ser på mulighetene internt for å bedre logistikken rundt purring til rekvirent. Oppmøte etter unormale prøver er generelt veldig bra i Norge, rundt 95% innen 6 månede

Skal immunsupprimerte inkluderes i «symptomlisten»

(Sak 31/2021, se referat fra møtet 02.11.2021)

Skal immunsupprimerte testes eller ikke, da de har økt risiko for å få infeksjon, og persistens?
RG ønsker å få opprettet en egen P-kode for immunsupprimerte. Birgit Engesæter kan sende søknad om dette. Det er også ønskelig at flytskjemaet oppdateres med en egen fotnote, og at legen kan krysse på «immunsupprimert» i rekvisisjoner. Frem til P-kode foreligger kan kvinnene registreres med «symptom» P-kode. Ved opprettelse av ny P-kode må dette også oppdateres i Kapittel 5 i Kvalitetsmanualen. Referansegruppen til NORPAT diskuterte saken og ønsker at saken diskuteres videre i fagmiljøet.

Kortere referater

Det har kommet innspill om at referatene bør kortes ned.

- Referatene kortes ned og godkjennes av RG på epost så langt det lar seg gjøre, evt. ved neste RG-møte. Det jobbes med at det fra høsten 2022 vil være mulig for alle i RG å jobbe i samme dokument via Teams, slik at antall eposter reduseres.
- Leder av RG får 1 ukes frist på å lese gjennom referatet før det går ut til RG.
- Det som ikke skal referatføres tydeliggjøres underveis i diskusjonen. Hvis man ved en senere anledning ønsker å trekke noe fra referatet, kan man også kommentere dette i etterkant.
- Avhengig av sak som diskuteres skal det være kort/lang referatføring. Om sensitive saker diskuteres må man oppgi hva som skal tas ut av referatet. Medisinskfaglige diskusjoner kan referatføres i større detalj.
- Referatet skal gjenspeile det som tas opp på selve møtet, og nye momenter/tilleggsopplysninger som kommer i etterkant av møtet tas derfor ikke inn i referatet. Det er derfor viktig at man tydeliggjør i referatet at det er uenighet om vedtaket dersom det er tilfelle.