



Referat fra møte i Faglig Rådgivningsgruppe for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (RG)

Tid: 16.2.2016

Sted: Kreftregisteret, OCCI

Tilstede:

Rådgivningsgruppen Maj Liv Eide MLE (Leder) Lill Thorsen LT Irene Kraus Christiansen IKC Ane Cecilie Munk ACM Anne Fosaas AF Jannicke Berland JB Ying Chen YC (til og med sak 5/2016) Rita Steen RS fra(sak4/2016)	Sekretariat Ameli Trope AT Gry Baadstrand Skare GBS Birgit Engesæter BIEG Randi Waage (ref.) RW
	Kreftregisteret Giske Ursin GU
	Observatør
	Forfall Siri Forsmo SF Martin Steinbakk MS Christine M. Jonassen CMJ Trude Andreassen TA Hdir

Agenda:

Sak 1 /2016 Velkommen ved leder

Sak 2 /2016 Lab resultater 2015

Sak 3 /2016 Audit, foreløpige resultater

Sak 4 /2016 HPV i primærscreening

- Oppdaterte tall
- Negativt svarbrev
- Melding om HPV svar til lege
- Merking av prøver fra kvinner som er under oppfølging

- Sak 5 /2016* Oppfølging med HPV-test etter uegnet prøve
- Sak 6 /2016* Fagdag, program og profilering
- Sak 7 /2016* E-læringskurs
- Sak 8 /2016* Kvalitetsmanual, status revidering
- Sak 9 /2016* Nytt mandat Styringsgruppen, uklare skillelinjer og ansvarsområder
- Sak 10 /2016* Eventuelt

Referat:

Sak 1 /2016 Velkommen ved leder

Representanten for Norsk forening for allmenntmedisin, Elise Klouman, har trukket seg. Kreftregisteret har gjort henvendelse til foreningen som skulle ta dette opp på neste styremøte.

Sak 2 /2016 Lab resultater 2015

Det er gjort noen rettinger i Årsrapporten 2013-2014. Rettet versjon ligger på Livmorhalsprogrammet sin nettside.

Cytologi:

Det er nå to laboratorier som har under 15 000 prøver i året. De to laboratoriene definerer seg som en enhet. Det er kun Ålesund som fortsatt bare gjør konvensjonell cytologi. OUS gjør væskebasert kun til de som skal ha HPV-test, konvensjonell til øvrige. Noen laboratorier er fortsatt i innføringsfasen av væskebasert cytologi. Bruken av M-kodene 00110 og 00120 varierer mye fra laboratorium til laboratorium. Dette vil kommenteres i brev med prøveresultater fra Livmorhalsprogrammet til laboratoriene.

Laboratoriene som benytter ThinPrep har fortsatt en høy andel uegnede prøver, delvis på grunn av blodtilblandede prøver og at prøvetaker ikke har overført cellene til fikseringsvæsken på riktig måte. Laboratorier som ikke preparerer prøver som er uegnet på grunn av blodtilblanding på nytt, ved å vaske bort blodet før ny preparering, har den høyeste andelen. 70-80 % av blodtilblandede prøver blir representative etter vasking. Leder mener at det er uansvarlig å ikke vaske disse prøvene, da blodtilblanding kan være et symptom på neoplasi. Dette vil påpekes i tilbakemelding til laboratoriene. Det er bare to laboratorier som bruker SurePath, som har en langt lavere andel uegnede prøver. Årsaken til at så få bruker SurePath i Norge, kan være at automatisering av SurePath kom sent.

To laboratorier avviker med over 2 standardavvik for hyppighet av ASC-US/ LSIL. Dette vil kommenteres i brev med prøveresultater fra Livmorhalsprogrammet til laboratoriene. De samme laboratoriene har en høy andel ASC-H.

Histologi:

Histologieresultater ble ikke presentert da det fortsatt mangler en del resultater fra laboratoriene.

HPV:

To laboratorier skiller seg ut ved å ha lav andel HPV-positivitet. Dette kan gi et overforbruk av HPV-tester, og kan skyldes bl.a. terskel for diagnosene ASCUS/LSIL. Noen kan ha begynt å teste uegnede prøver med HPV. Antallet HPV-tester i 2015 er langt høyere enn forventet. De fleste av laboratoriene som ikke er involvert i HPV primær screening har også en kraftig økning i antall prøver. De tre laboratoriene som har startet med HPV som primærscreening har en tilnærmet lik HPV positivitetsrate.

Dekningsgrad:

Dekningsgraden er steget både etter 3,5 og 5 år. En positiv økning sees i aldersgruppen 25-29. «Sjekkdeg» kampanjen og Theas blogg ser ut til å ha hatt en positiv virkning.

<http://www.klikk.no/mote/detnye/article1616225.ece>

Sak 3 /2016 Audit, foreløpige resultater

Audit, cervixcancer 2013:

11 laboratorier har meldt tilbake. Alle tilbakemeldinger er positive selv om det har vært en stor jobb i laboratoriene. Ny runde vil sendes ut til høsten. Foreløpige resultater ble presentert. RG diskuterte hvordan melding tilbake til rekvirent og kvinne skulle gjøres ved revidert diagnose. Alt som krever oppfølging bør meldes. Hvordan dette skal gjøres juridiske korrekt kan avklares med Helsedirektoratet. Den reviderte Kvalitetsmanualen bør ha med anbefalinger om hvordan dette skal gjennomføres. Maj Liv undersøker dansk praksis.

Sak 4 /2016 HPV i primærscreening

- *Oppdaterte tall:*

Tall fra november 2015 ble presentert.

Andel positive HPV-tester er i snitt 6,7 %. Andel positive prøver avtar med alder med en liten oppsving hos kvinner over 60 år. Av 979 prøver er 65 % HR positive, 19 % har HPV 16 og 7 % har HPV 18, 5 % er positive for både 16 og HR, (dvs 12 andre HR-HPV typer som inngår i Cobas), 2 % har både 18 og HR, mens 1 % er positive for både 16 og 18 og 1 % er positive for alle tre genotypene. Cytologi i reflekstesting viser at omtrent halvparten er normale, 21 % har ASC-US, 7 % ASC-H, 9 % LSIL, 6 % HSIL, 5 % er uegnet mens AGUS og ASIC utgjør 0,2 % og plateepitelcarcinom 0,3 %. Et høyere antall kvinner har prøver som anbefaler oppfølging med kolposkopi i HPV armen som forventet, 2,6 % mot 1,2 % i cytologiarmen.

Kreftregisteret har hatt møte med HOD angående laboratoriene/ legenes tilgang til kvinnenes prøvehistorikk, med det formål å få riktig oppfølging av kvinnene i Livmorhalsprogrammet. Dette er en lang prosess. En mulig midlertidig løsning kan være at laboratorier som rapporterer elektronisk kan få en tilbakemelding fra Kreftregisteret om at det her bør gjøres en cytologi. Dette krever at laboratoriene oppbevarer prøven i noe tid. I dag kastes prøven når den er besvart. Usikkert om og hvordan dette kan gjennomføres. Ansvarsfordeling mellom leger og laboratorier må diskuteres i RG. Laboratoriet har kun rådgivende funksjon og kan vise til anbefalinger gitt av det medisinske fagmiljøet. Det er klinikers oppgave å gjøre seg kjent med anbefalte oppfølgingsrutiner og bestille undersøkelser og analyser i henhold til gjeldende algoritme. Alle representantene i RG har ansvar for å melde endringer i algoritmer til sine grupper.

- *Negativt svarbrev*

Det negative svarbrevet er endret etter mange innspill. I underkant av 400 kvinner som har mottatt brev med tidligere tekst, skal ikke vente i fem år til neste prøve slik det står i brevet. Kreftregisteret må sende et brev med informasjon til disse kvinnene. Ameli skriver utkast til brev.

- *Inklusjonskriterier/ melding om HPV resultat til lege*

Kriteriene for inklusjon/ eksklusjon fra HPV i primærscreening har blitt forstått ulikt i laboratoriene. To av laboratoriene har tolket kriteriene for inklusjon at dette gjelder kun screeningprøver, definert som prøver fra kvinner som ikke har funn av unormal cyt., hist. eller HPV siste 2 år. Kvinner med kliniske funn suspekt på neoplasia skal ikke ekskluderes og denne feilen ble oppdaget i januar 2016. Etter diskusjon på Faglig Panel møte i januar er det per dags dato bare CITO-prøve som klinisk indikasjon som medfører eksklusjon fra HPV-armen i tillegg til de som er behandlet for CIN2+ som skal følges opp i henhold til egen algoritme. Det er ønskelig at rekvirerende lege tar mer ansvar og avkrysning av årsak for prøve gjeninnføres. Rollefordelingen mellom lege og laboratorium ble diskutert.

Rapportering av svar til legene er i dag lik fra SUS og HUS som også har likt laboratoriesystem. St. Olav har en annen utforming av sitt svar. Dette må være standard. Maj Liv og Jannicke utarbeider et forslag til felles svar. Dette settes på agendaen til neste møte.

- *Merking av prøver fra kvinner som er under oppfølging*

Se 3/2016 under oppdaterte tall, Kreftregisteret sitt møte med HOD.

Sak 5 /2016 Oppfølging med HPV-test etter uegnet prøve

Det ble bestemt at ved andre gang uegnet cytologi, skal det tas HPV-test. RG anbefaler at det må være likt i hele landet. I dag er praksisen svært forskjellig. En negativ HPV-test vil redusere antallet unødvendige kontroller. Dette må påføres algoritmen.

Sak 6 /2016 Fagdag, program og profilering (7.11.2016)

Det er utarbeidet «Hold av dagen» annonse som kommer i Utposten og Gynekologen, og en plakat til distribuering på laboratorier og til Bioingeniørkongressen i juni er under arbeid.

Et foreløpig program er utarbeidet. RG stilte spørsmål om en allmennpraktiker burde holde innlegg. En oppdatert versjon av programmet sendes RG for innspill.

Sak 7 /2016 E-læringskurs

Kurs som er lagt ut på Legeforeningens side er internasjonalt kurs som ikke følger norske retningslinjer helt. Kåre Nordby lager et kurs sammen med Ameli, Maj Liv og Elise. Kurset handler om prøvetaking og om å informere om positivt HPV-svar.

Ameli og Maj Liv ønsker å skrive en kronikk om dårlig prøvetaking.

Sak 8 /2016 Kvalitetsmanual, status revidering

Det bør lages en oversikt med frister for ferdige utkast. Et utkast må være ferdig til møtet i juni.

Maj Liv og Jannicke er i gang med sine tildelte kapitler. Sekretariatet har begynt på sine. Irene reviderer kapitlet om HPV. Nytt kapittel om informasjon til leger. Ameli og Rita lager et forslag, men NFGO har ansvaret og det vil linkes til deres side. Ingrid Baasland har laget informasjon som kan brukes.

Sak 9 /2016 Nytt mandat Styringsgruppen, uklare skillelinjer og ansvarsområder

Hvordan velges representantene til SG? Vanskelig at RG ikke er med i alle prosessene som de ifølge mandatet sitt skal være med på. RG ønsker ikke å legge ned mye arbeid uten å bli hørt. Endringen i mandatet til SG gir ingen endring i rollefordelingen. De andre screeningprogrammene har nå fått oppnevnt sine styringsgrupper og RG/ SG er brukt som mal. RG bør komme med flere innspill til SG.

Sak 10 /2016 Eventuelt

- HPV på klinisk indikasjon

Det er store forskjeller i tolkning av hva som er klinisk indikasjon for å kunne ta en HPV-test.

HPV etter konisering gir refusjon fra 1.7.15. Hovedoppgaven er å skille mellom screeningprøve og klinisk indikasjon. **Jannicke og Ameli kommer med et konkret forslag til neste møte.** Gis det refusjon for HPV-test over og under screeningalder når den er tatt på klinisk indikasjon? **Må undersøkes til neste møte.**

- Ny cytologiremisse, tid for endring.
SUS og HUS samarbeider om å lage en ny remisse. Dagens remisse passer ikke inn i deres system.

Neste møte: 7.6.2016