



Till RCC i samverkan

Regional nivåstrukturering cervix screening

Livmoderhalscancer (cervixcancer) ökar påtagligt i Sverige, med cirka 20% eller cirka 100 nya fall per år. Detta trots ett mycket högt deltagande i programmet.

Eftersom vi varit starkt pådrivande till att detta vårdprogram kom till känner vi nu en stor oro över att det riskerar att bli en sämre cellprovtagning än tidigare.

Vi har läst Joakim Dillners ledare i NKCx årsrapport och det var bl.a. den som väckte vår oro. Det vi läser oss till där är att för att vårdprogrammet för cervixscreening ska fungera behöver vi regional nivåstrukturering.

Vi fick samma intryck på SKL:s dag 31/5 om vårdprogrammet då bl.a. Västernorrland sa att de skulle flytta sina tester till ett laboratorium i sitt eget Landsting. Från ett större till ett mindre.

Vi upplever också att ingen egentligen har koll på hur snabbt detta införs i olika Landsting/regioner. SKL dagen 31/5 var en bra start men vår upplevelse var att många som var där var förvirrade i hur detta vårdprogram skulle implementeras och många saknade både politiskt och professionellt stöd på hemma plan. Det gör det ännu viktigare att RCC i samverkan sätter tryck på implementeringen och kvalitetssäkrar genom att nivåstrukturera känsliga delar

Vi tror att det som behöver nivåstruktureras är:

Laboratorieanalyser, hantering av kvinnor med cellförändringar i körtelceller och hantering av de kvinnor som inte kommit på lång tid eller som har en kvarstående HPV infektion.

Laboratorieanalyser:

Centralisering av dessa är både en kostnadsfråga men för oss framförallt en kvalitetsfråga. När så få cytologtester nu ska göras måste de göras av ett fåtal cytotekniker. I ledaren framgår att riktlinjen för ett cytologlaboratorium är minst 15 000 prov per år. Min uppfattning från SKL dagen om cervixscreening är att detta faktum inte är känt.

HPV analyser som görs på ett stort antal laboratorier blir naturligtvis mycket billigare än om det görs på många laboratorier.

I ledaren framgår att Socialstyrelsens kostnadsmodell utgick från den aktuella kostnaden för ett svenskt laboratorium med 100 000 HPV-tester per år, men lågvolymslaboratorier kan ha kostnader på upp till 6 gånger så mycket.

För att kunna bibehålla låg kostnad och god kvalitet behövs en nivåstrukturering av laboratorieanalyserna för cervixscreening, inom både HPV och cytologi.

Cellförändringar i körtelceller:

I årsrapporten framkom att detta screeningfynd ses hos endast 0,17% av kvinnorna och att det ger en mycket hög risk för cancer. Alla gynekologer kan därför inte ha någon kunskap om hur detta ska utredas. I det nya nationella vårdprogrammet rekommenderas nivåstrukturering: alla med detta screeningfynd skulle kunna utredas av en enda specialistgynekolog per landsting. Vad vi förstår så består den oroande ökningen av cervixcancer till hög grad av just den sorts cancer som ofta uppstår ur cellförändringar i körtelceller – bristande nivåstrukturering kan kanske därför vara en möjlig orsak till ökningen?

Att nivåstrukturering rekommenderas betyder kanske inte att man gör som vårdprogrammet säger så här behöver vi högre tryck i den frågan.

Kvinnor som inte deltagit på lång tid efter inbjudan

Det är glädjande att så många nu över tid deltar i screeningprogrammet. Däremot så vet man att en mycket stor del av all livmoderhalscancer uppstår hos kvinnor som inte deltagit på länge. I vårdprogrammet finns beskrivet hur man med hjälp av HPV hemtest ska nå dessa kvinnor. De tester som gjorts visar att många av de som är HPV positiva i dessa prover har en allvarlig cellförändring eller utvecklad cancer. Om dessa kvinnor får ett självprovtagningsskit hemsänt deltar många av dem och man har också hittat allvarliga cellförändringar och cancer. Organiserat självprovtagning bör därför skyndsamt införas. Samtidigt är det mycket angeläget att de kvinnor som faktiskt deltar efter att ha uteblivit under lång tid får utredas av en högkvalificerad specialist om de visar förändringar. Det är uppenbarligen en känslig grupp kvinnor med mycket hög cancerriks och okvalificerad handläggning kan innebära patientsäkerhetsrisker.

Kvinnor med en kvarstående HPV-infektion: Om en kvinna har haft en kvarstående HPV-infektion i 6 år eller mer utvecklar nästan samtliga en allvarlig cellförändring. Detta är en ny grupp kvinnor som inte upptäckts förut i programmet, varför erfarenheterna av optimal handläggning är begränsade samtidigt som cancerriksken är hög. Det är angeläget att handläggning av dessa kvinnor koncentreras till högspecialiserad vård där erfarenhet kan byggas upp

Med förhoppning om att RCC i samverkan tar vår oro på allvar och tar tag i denna fråga

Nätverket mot gynekologisk cancer

Barbro Sjölander

Ordförande