

Møtereferat Styringsgruppen for de nasjonale kreftscreeningprogrammene 19.oktober 2023

Møteleder	Trude Andreassen
Dato	19.10.2023
Referent	Kaja Fjell Jørgensen
Til stede	Geir Tollåli (Helse Nord RHF), Bjørn Egil Vikse (Helse Vest RHF), Helena Maria Bertilsson (Helse Midt RHF), Ulrich Spreng (Helse Sør-Øst RHF), Giske Ursin (Kreftregisteret), Ole Alexander Opdalshei (Kreftforeningen), Marte Kvittum Tangen (NFA), Ameli Tropé (Kreftregisteret), Solveig Hofvind (Kreftregisteret), Kristin Ranheim Randel (Kreftregisteret), Jan Nygård (Kreftregisteret), Hilde Kristin Underthun (Kreftregisteret). Helsedirektoratet: Trude Andreassen, Hege Wang, Sissi Espetvedt, Kaja Fjell Jørgensen, Svein Lie
Forfall:	Hege Lorentzen (KS).

Styringsgruppemøte for kreftscreeningprogrammene - referat 19.10.23

Sak 14/23 Velkommen v/Helsedirektoratet m/godkjenning av agenda + eventuelt

- Agenda godkjent
- Velkommen til ny representant fra Helse Midt: Helena Maria Bertilsson
- Sak til eventuelt fra Kreftregisteret: Konsekvenser for denne styringsgruppen ved overføring av KRG til FHI

Vedtak: Styringsgruppen godkjenner innkalling og agenda

Sak 15/23 Godkjenning av referat fra 12.04.23

Ingen innspill til referatet.

Vedtak: Styringsgruppen godkjenner referatet fra 12.4.23

Sak 16/23 Endring av mandatet for styringsgruppen og mandatene for rådgivningsgruppene

Helsedirektoratet har mottatt henvendelser fra representanter for rådgivningsgruppene med ønske om endringer i mandatene for gruppene. I den forbindelse er det også tatt en gjennomgang av mandatet til styringsgruppen.

Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.

Sak 17/23 HPV-primærskanning med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi

Presentasjon ved Kreftregisteret (Ameli Trope), se vedlagt presentasjon.

Styringsgruppens medlemmer ble presentert for forslaget om å innføre utvidet HPV-genotyping i det norske Livmorhalsprogrammet som beskrevet i algoritmegruppens rapport. Det er kun laboratoriene i Helse Sør-Øst RHF som har analyseplattformer som per i dag gir ut svar på utvidet genotyping. Forslag til vedtak forelagt til møtet innebærer to løsninger ved overgang til utvidet genotypealgoritme for de regionale helseforetakene (Helse Vest, Helse Midt og Helse Nord) som per i dag ikke har screeningplattformer som gir svar på utvidet genotyping.

Enten å:

- anskaffe ny screeningplattform som tilbyr utvidet genotyping eller
- utføre «stand-alone» genotype-tester i reflekstesting av HPV-positive screeningprøver.

Både kostnader og viktighet rundt kommunikasjon og informasjon om utvidet genotyping ble diskutert. Enighet om at det er viktig med god kommunikasjon til målgruppen, og at dette bør inn i vedtaket. Også enighet om at forslag til vedtak burde ha inkludert de faktiske kostandene i de ni laboratoriene som screener livmorhalsprøver og som vil omfattes av beslutningen. Dette gjaldt blant annet tidsfrist for å innføre/tilby utvidet genotyping og de faktiske kostnadene.

Det ble ingen enighet om beslutning da informasjon om de faktiske kostandene for innføring i de ni aktuelle laboratoriene ikke var fremlagt i møtedokumentene eller i møtet. En kost/nytte analyse etterlyses.

Det ble konkludert med at det innkalles til et ekstraordinært møte i styringsgruppen der denne saken tas opp på nytt. Det er da ønskelig at de faktiske kostnadene ved utvidet genotyping i de 9 laboratoriene fremlegges

30.11.23 ble foreslått som dato for ekstraordinært møte, det sendes egen innkalling i Outlook.

Vedtak: utsatt til ekstraordinært møte 30.11.23.

Sak 18/23 Hyppigere utsendelser av påminnelser til kvinner som ikke deltar i Livmorhalsprogrammet som anbefalt

Presentasjon ved Kreftregisteret (Ameli Trope), se vedlagt presentasjon.

Livmorhalsprogrammet vil øke årlige påminnelser til kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve som anbefalt. I tillegg vil det sendes ut flere purringer til kvinner som ikke har møtt til anbefalt etterundersøkelse ved unormale prøver.

Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.

Sak 19/23 Hjemmetest i Livmorhalsprogrammet

Presentasjon ved Kreftregisteret (Hilde Kristin Underthun), se vedlagt presentasjon.

Status for implementering av HPV hjemmetest ble presentert.

Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.

Sak 20/23 Revidert Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet

Presentasjon ved Kreftregisteret (Solveig Hofvind), se vedlagt presentasjon.

«Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet – Mammografiprogrammets retningslinjer og ansvarsforhold» fra 2003 er revidert. Hovedpunktene i revisjonen ble presentert.

Vedtak: Styringsgruppen godkjenner revidert «Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet – Mammografiprogrammets retningslinjer og ansvarsforhold».

Sak 21/23 Foranalyserapport for oppgradering av IT systemene i Mammografiprogrammet

Presentasjon ved Kreftregisteret (Jan Nygård), se vedlagt presentasjon.

Presentasjon av hovedpunkter i foranalyserapporten som omfatter oppgradering av IT systemene i Mammografiprogrammet.

Vedtak: Styringsgruppen tar informasjon om foranalyserapporten til orientering.

Sak 12/23 Utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet – status

Presentasjon ved Helsedirektoratet (Hege Wang), se vedlagt presentasjon.

Helsedirektoratet har jobbet med å finne et fagmiljø i Norge som kan gjøre en helseøkonomisk vurdering i forbindelse med utredning av utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet. Dessverre er dette ikke landet. Det jobbes videre med saken, som også er løftet til ledelsen i Helsedirektoratet

Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.

Sak 06/22 Orientering om status i arbeidsgruppen for regranskning

Presentasjon ved Helsedirektoratet (Svein Lie), se vedlagt presentasjon.

Status fra arbeidsgruppen for rutiner ved regranskning ble presentert. Gruppen planlegger å levere en rapport før årsskiftet, og vil legge frem en anbefaling som en beslutningssak til denne styringsgruppen ved neste ordinære styringsgruppemøte.

Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.

Sak 13/23 Tarmscreeningprogrammet- status

Presentasjon ved Kreftregisteret (Kristin Ranheim Randel), se vedlagt presentasjon.

Status for etablering av nasjonalt screeningprogram for tarmkreft ble presentert, inkludert at det er besluttet å utsette primær koloskopiscreening. Monitorering og resultater av dette ble også presentert.

Vedtak: Styringsgruppen tar informasjonen til orientering.

Eventuelt

Konsekvenser for overføring av KRG til FHI

Giske Ursin la kort frem noen av utfordringene med at Kreftregisteret overføres til Folkehelseinstituttet:

- Det er en del utfordringer mht IKT, men her ser de nå en løsning
- Det er en del overganger på tekniske løsninger som vil ta noe tid, dette t.o.
- Det er mulige konsekvenser for denne styringsgruppen at KRG går over til FHI. Helsedirektoratet tar opp dialog med FHI om dette.

Nytt ekstraordinært møte

Det kalles inn til nytt ekstraordinært møte 30.11.23 kl. 12-1300.

Sak til møtet er HPV-primærscreening med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi.

Styringsgruppemøte kreftscreeningprogrammene

Møte 19.10.23

Agenda

- Velkommen
 - Godkjenning av agenda, eventuelt
 - Godkjenning av referat
 - Endring av mandatet for styringsgruppen og mandatene for rådgivningsgruppene
- Livmorhalsprogrammet
 - HPV-primærskanning med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi
 - Hyppigere utsendelser av påminnelser til kvinner som ikke deltar i Livmorhalsprogrammet som anbefalt
 - Hjemmetest i Livmorhalsprogrammet
- Mammografiprogrammet
 - Revidert Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet
 - Foranalyserapport for oppgradering av IT systemene i Mammografiprogrammet
 - Utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet – status
- Pause
- Orientering om status i arbeidsgruppen for regranskning
- Tarmscreeningprogrammet
 - Status
- Eventuelt

Godkjenning av agenda + eventuelt

Godkjenning av referat

Godkjenning av referat fra 12.04.23

Forslag til vedtak:

Styringsgruppen godkjenner referat fra 12.04.23

Endring av mandatet for styringsgruppen og mandatene for rådgivningsgruppene

Endring av mandatet for styringsgruppen og mandatene for rådgivningsgruppene

- Helsedirektoratet har mottatt henvendelse fra representanter for rådgivningsgruppene med ønske om endringer i mandatene for gruppene. I den forbindelse er det også tatt en gjennomgang av mandatet til styringsgruppen.
- Viktigste endringer i mandatene for rådgivningsgruppene:
 - Endring om regelmessighet og fysisk deltakelse på møter
 - Ending vedrørende finansiering: det er lagt til at Kreftregisteret, etter avtale, kan dekke reiseutgifter og eventuelle utgifter til opphold for rådgivningsgruppenes medlemmer. Dette må medlemmene avklare med Kreftregisteret i hvert enkelt tilfelle
 - Plastikkirurg tas bort fra listen for sammensetning av rådgivningsgruppen for Mp.
- I mandatet for styringsgruppen er det gjort språklige presiseringer og små endringer.

Forslag til vedtak

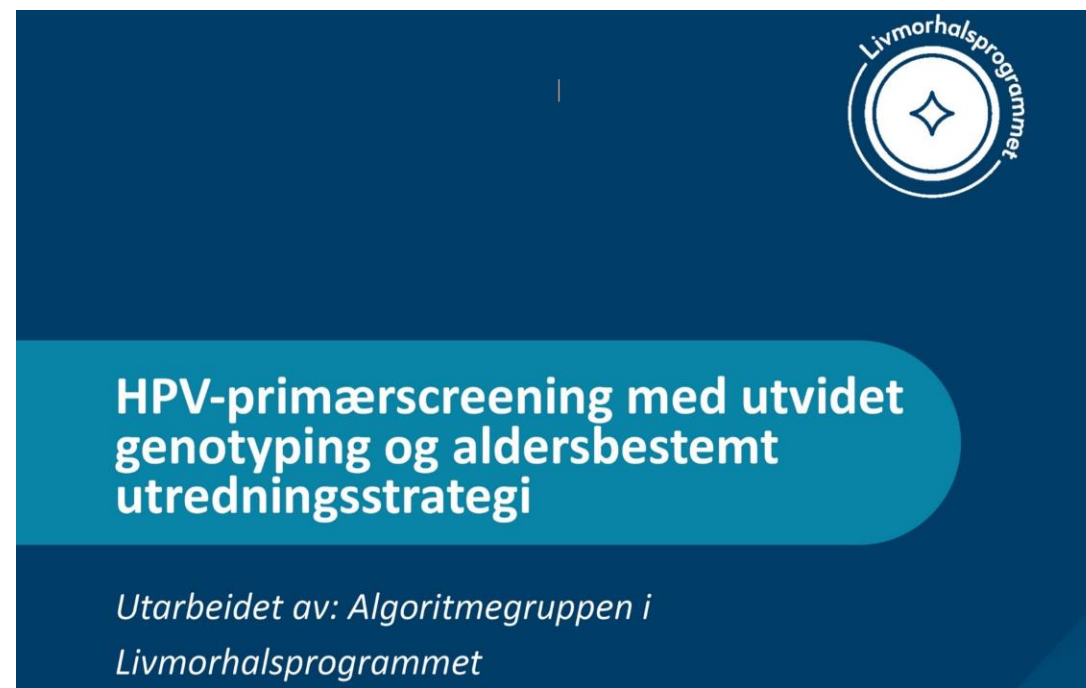
Styringsgruppen tar saken til orientering

Livmorhalsprogrammet

HPV-primærscreening med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi

Utvidet HPV- genotyping

- Styringsgruppemøte for Livmorhalsprogrammet 19.10.23



Ingrid Baasland – Gynekolog – Baasland-klinikken, Kreftregisteret og NTNU

Signe Opdahl – Epidemiolog – NTNU

Christine Monceyron Jonassen – Virolog – Folkehelseinstituttet og Sykehuset Østfold

Birgit Engesæter – Spesialrådgiver – Kreftregisteret

Jannicke Mohr Berland – Patolog – Stavanger universitetssjukehus

Irene Kraus Christiansen – Molekylærbiolog – HPV-ref.-laboratoriet, Akershus universitetssykehus

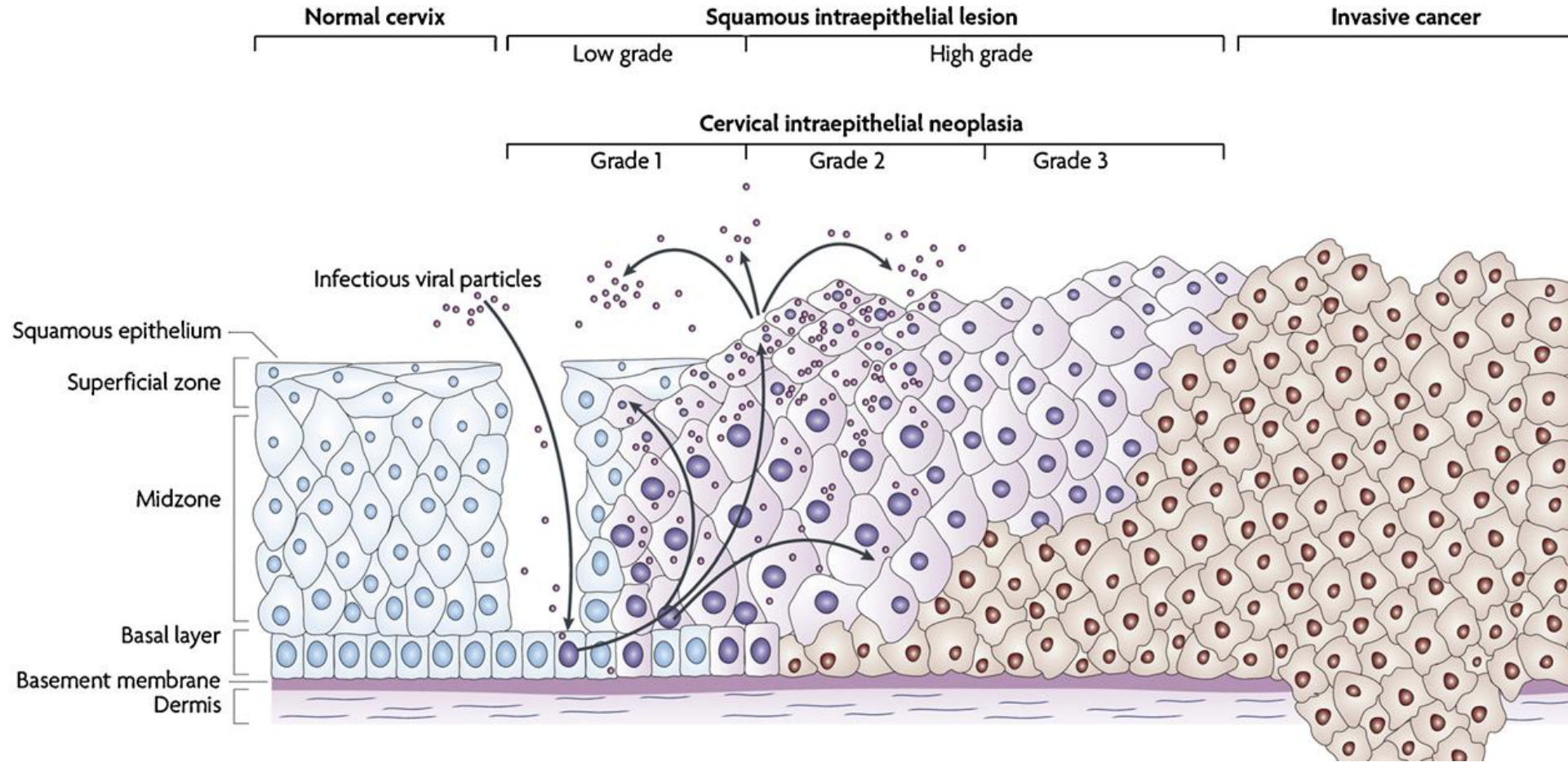
Emily Burger – Helseøkonom – Universitetet i Oslo og Oslo Economics

Agnes Kathrine Lie – Patolog OUS

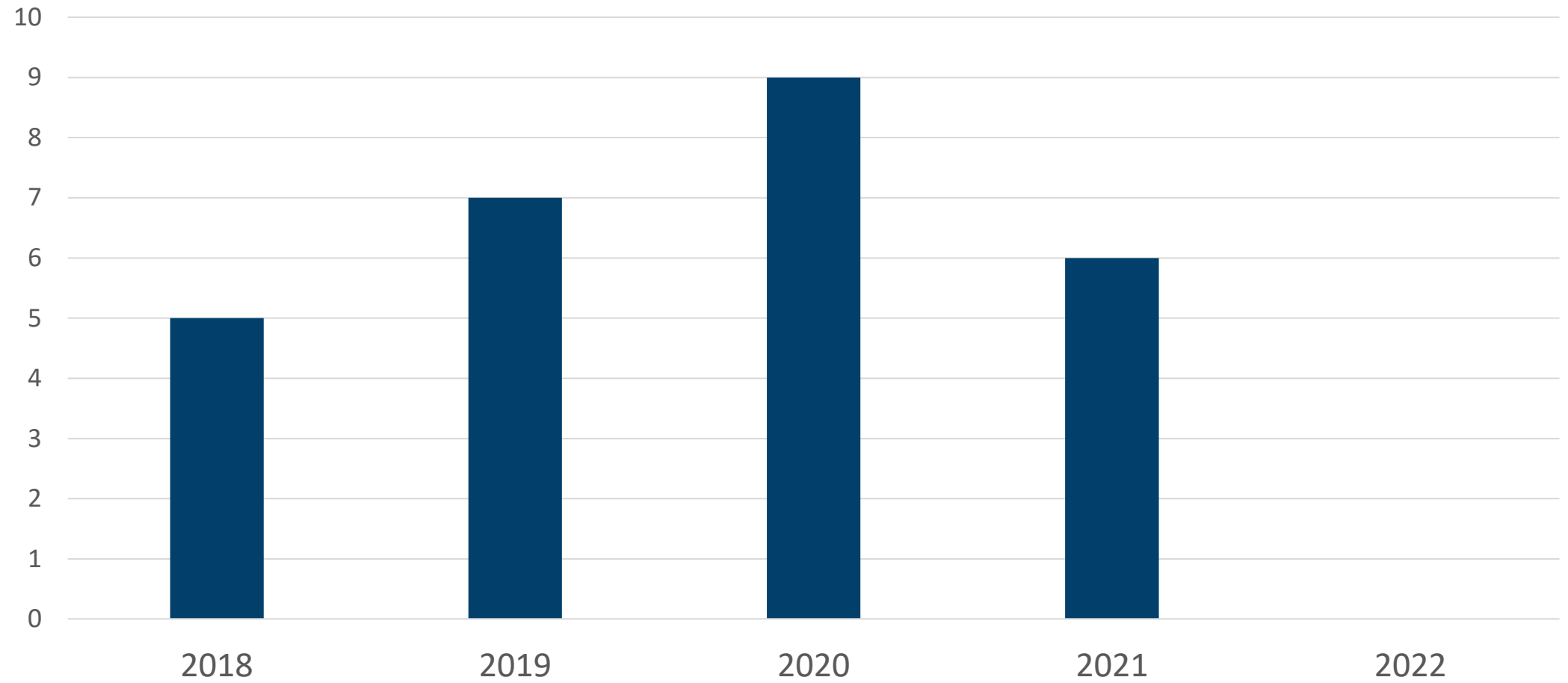
Emilius Adrianus Maria Janssen- Molekylærbiolog- Stavanger universitetssjukehus

Ameli Tropé – Gynekolog, Leder, Livmorhalsprogrammet – Kreftregisteret

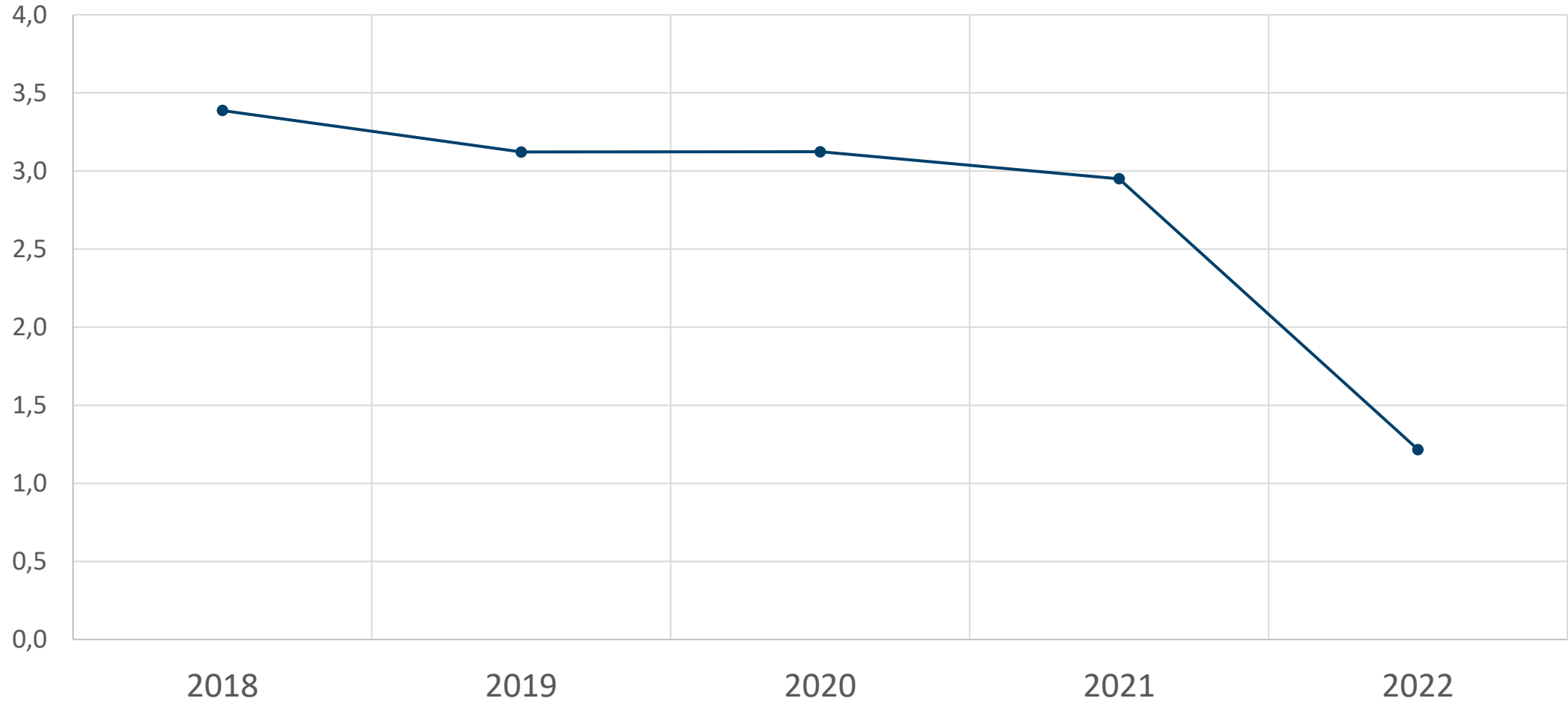
HPV- CIN- KREFT



Livmorhalskreft 25 år



CIN3+, 25 år



2

**En feiltolket prøve
gjorde Maren
dødssyk.**

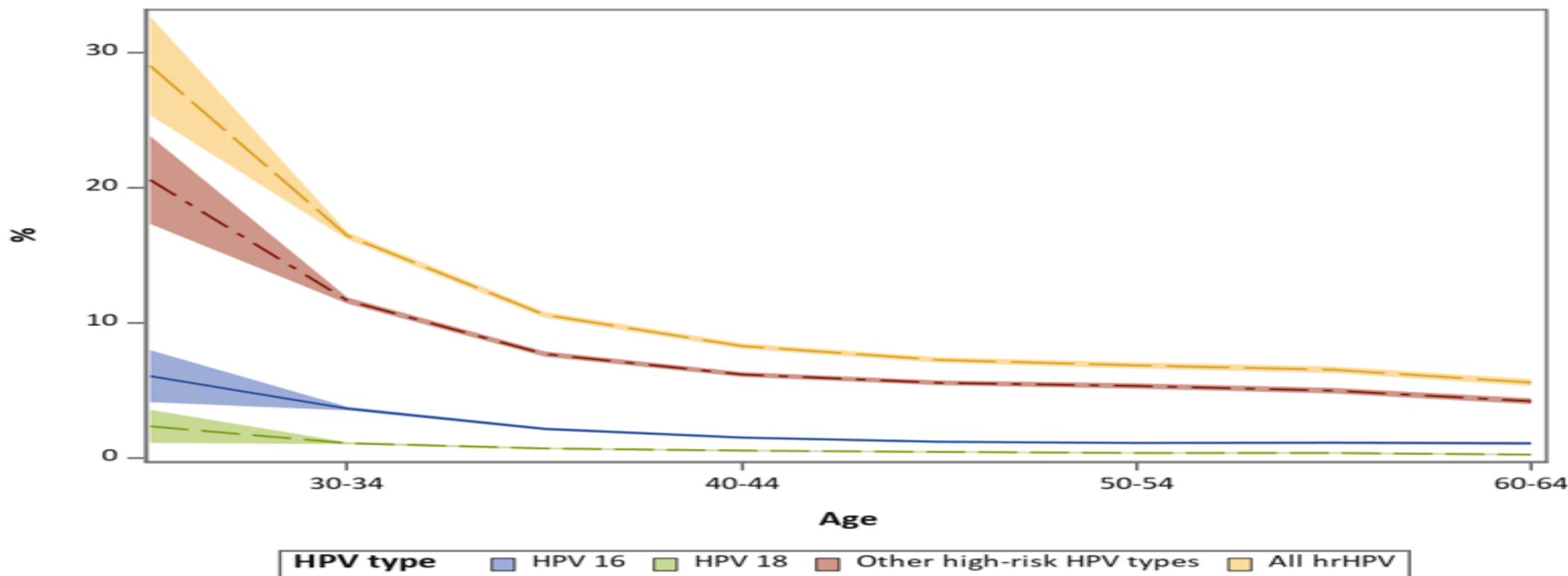


Insidens av livmorhalskreft etter normal screening er mye lavere etter en negativ HPV-test

Year	Cytology normal in last interval				HPV negative in last interval			
	Number of women	Number of invasive cervical cancer cases	Incidence rate per 100,000 person-years	Confidence interval of incidence rate*	Number of women	Number of invasive cervical cancer cases	Incidence rate per 100,000 person-years	Confidence interval of incidence rate**
Age 29-60								
2002-2013*	16900648	1341	7.97	7.55-8.41				
2014*	1391057	166	11.99	10.24-13.96	19964	0	0	
2015*	1367433	163	11.98	10.21-13.97	49986	1	2.01	0.05-11.2
2016	1324983	144	10.89	9.18-12.82	97084	3	3.10	0.64-9.05
2017	1285277	120	9.38	7.78-11.22	151751	3	1.99	0.41-5.81
2018	1171469	142	12.18	10.26-14.36	274793	4	1.46	0.40-3.75
2019	1012381	128	12.71	10.60-15.11	444614	4	0.90	0.25-2.32
2020	787255	89	11.33	9.10-13.94	680290	8	1.18	0.51-2.32

HPV prevalens (2015-2022)

- Veldig høy HPV-prevalens under 30 år (utdrag fra nasjonalt screeningregister under)
- Mange unge kvinner blir screening-positive (nesten 30%)
- Risiko for overscreening & overbehandling av lesjoner som vil gå i regress spontant

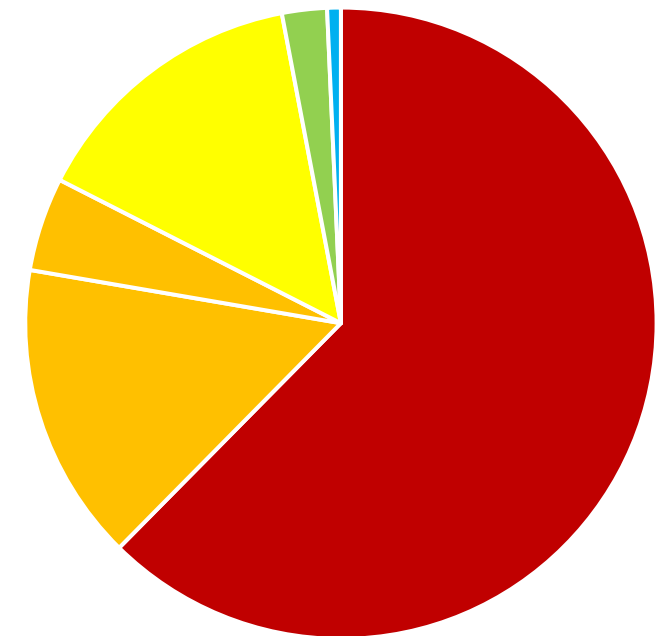


HPV Type	Species	IARC Group	% in Cancer	% in Normal	Odds Ratio	% Attributable Fraction
HPV16	a9	Group 1	55.8	2.6	47.6	62.4
HPV18	a7	Group 1	14.3	1	15.7	15.3
HPV45	a7	Group 1	4.8	0.6	8.3	4.8
HPV33	a9	Group 1	4	0.6	7.1	3.9
HPV58	a9	Group 1	4	0.8	5.1	3.7
HPV31	a9	Group 1	3.5	1	3.7	2.9
HPV52	a9	Group 1	3.2	1	3.3	2.6
HPV35	a9	Group 1	1.6	0.4	3.9	1.4
HPV59	a7	Group 1	1.2	0.4	2.9	0.9
HPV39	a7	Group 1	1.3	0.6	2.0	0.8
HPV68	a7	Group 2A	0.6	0.4	1.5	0.2
HPV51	a5	Group 1	1	0.9	1.2	0.2
HPV56	a6	Group 1	0.8	0.6	1.3	0.2
HPV73	a11	Group 2B	0.5	0.3	1.8	0.2
HPV26	a5	Group 2B	0.2	0.1	4.1	0.2
HPV30	a6	Group 2B	0.2	0.1	2.6	0.1
HPV69	a5	Group 2B	0.2	0.1	1.4	0.1
HPV67	a9	Group 2B	0.3	0.2	1.2	<0.1
HPV82	a5	Group 2B	0.2	0.1	1.2	<0.1
HPV34	a11	Group 2B	0.1	0.1	1.0	Not attributable
HPV66	a6	Group 2B	0.3	0.6	0.4	Not attributable
HPV70	a7	Group 2B	0.2	0.8	0.3	Not attributable
HPV53	a6	Group 2B	0.5	1.1	0.4	Not attributable

Combes et al, IJC 2014

IARC Handbook of Cervical Cancer Prevention

Attributable fraction cervical cancer



Impact numbers differ enormously by HPV type and age



E.g., HPV16 screening- about 5000 women to screen per prevented case

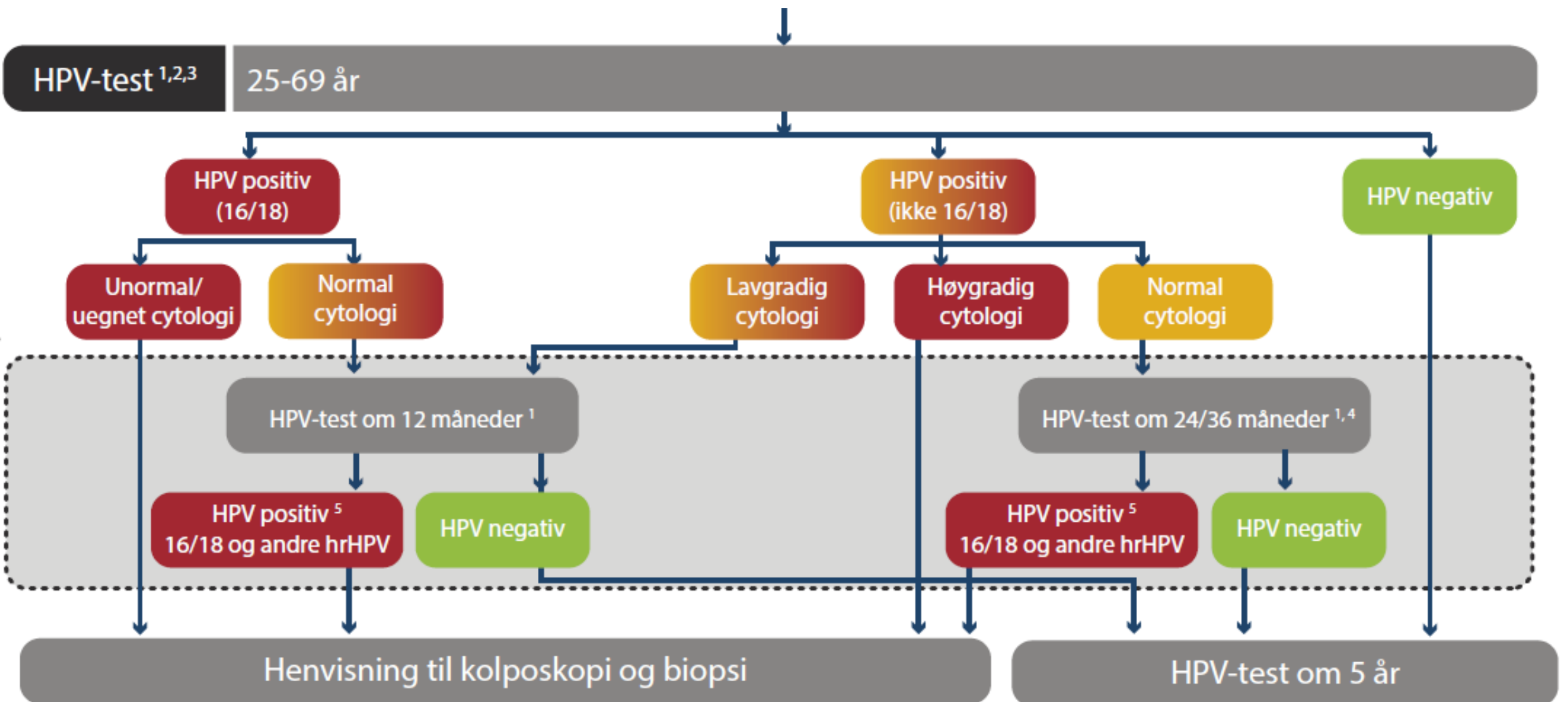
Screening for HPV35/39/56/59/66/68 among young women: 220,000 to be screened and 17,000 colposcopies per prevented case.

	Number needed to screen to <u>detect</u> one case*				Number needed to screen to <u>prevent</u> one case**			
	Age 23-30	Age 31-40	Age 41-50	Age 51-60	Age 23-30	Age 31-40	Age 41-50	Age 51-60
HPV 16	24594	11339	20702	25603	4742	4831	4998	5096
HPV 18	49188	29409	45403	71688	51158	14886	23722	22287
HPV 45	262335	95192	107985	128014	62558	36950	25337	43479
Medium risk types***	262335	124734	128885	170685	52167	53776	30286	15405
Lower risk types****	1180506	328844	221969	298698	221402	65181	53000	47167

	Number needed to follow-up to <u>detect</u> one case				Number needed to follow-up to <u>prevent</u> one case			
	Age 23-30	Age 31-40	Age 41-50	Age 51-60	Age 23-30	Age 31-40	Age 41-50	Age 51-60
HPV 16	1496	334	286	293	288	142	69	58
HPV 18	1163	273	237	279	1210	138	124	87
HPV 45	8420	1500	1029	1074	2008	582	242	365
Medium risk types***	22157	5131	3207	3736	4406	2212	754	337
Lower risk types****	93722	13352	5450	6454	17577	2647	1301	1019

Medium: HPV31/33/52/58 Lower: HPV35/39/51/56/59/66/68

Dagens screeningalgoritme



HPV-typer har ulikt onkogenet potensiale

	Høyprioritert	Middelsprioritert	Ikke-hastende
Genotype	HPV 16	HPV 18,31,33,45,52,58	HPV 35,39,51,56,59,66,68

Kostnadseffektivitet

- **Forbedret** effektivitet
 - ✓ Alvorlige celleforandringer oppdages tidligere
 - ✓ Forebygger flere krefttilfeller
- **Redusert** ressursbruk:
 - ✓ Færre kontroller
 - ✓ Færre henvisninger til utredning

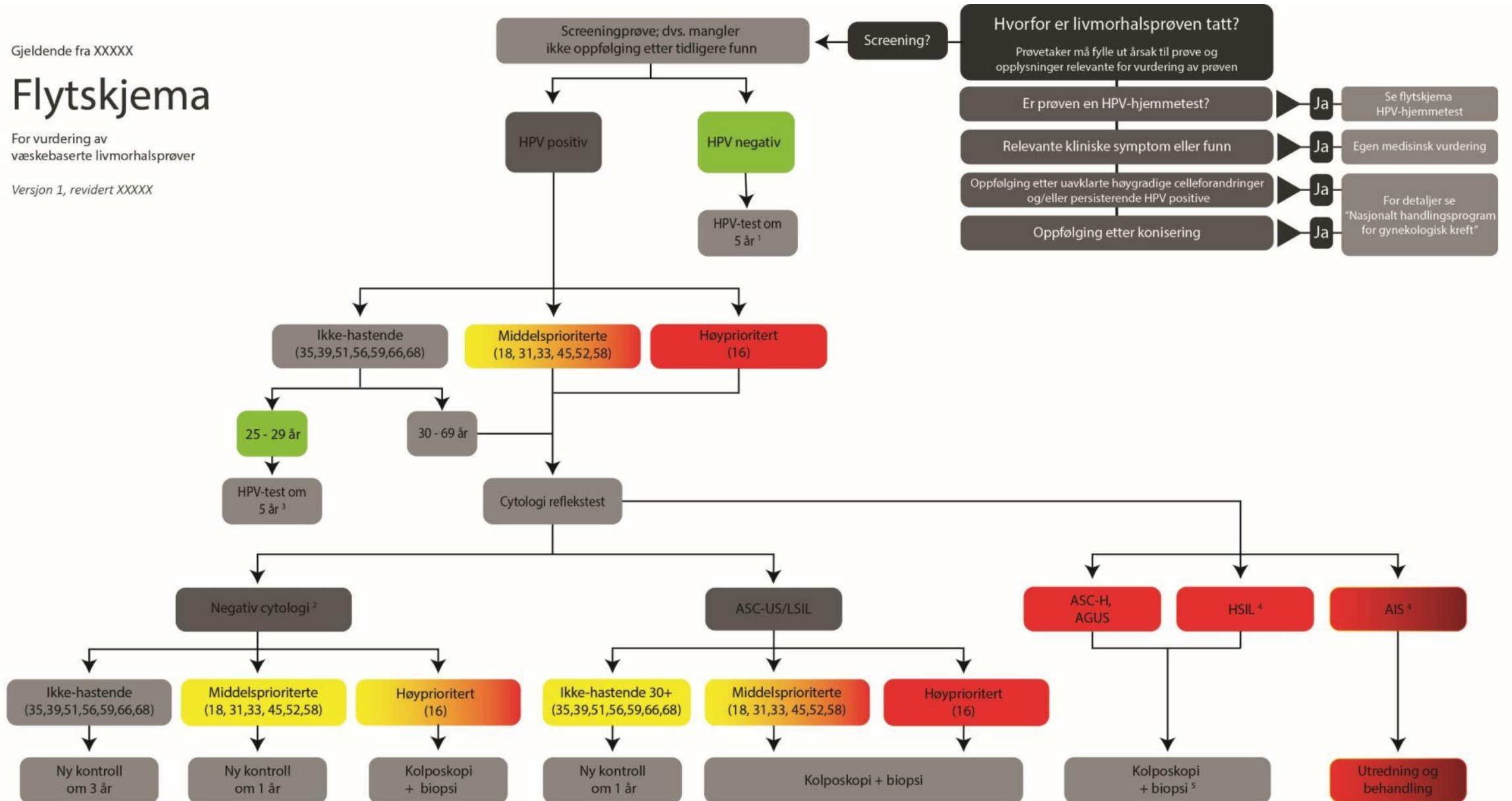
Nye rettningslinjer i Norge

Gjeldende fra XXXXX

Flytskjema

For vurdering av væskebaserte livmorhalsprøver

Versjon 1, revidert XXXXX

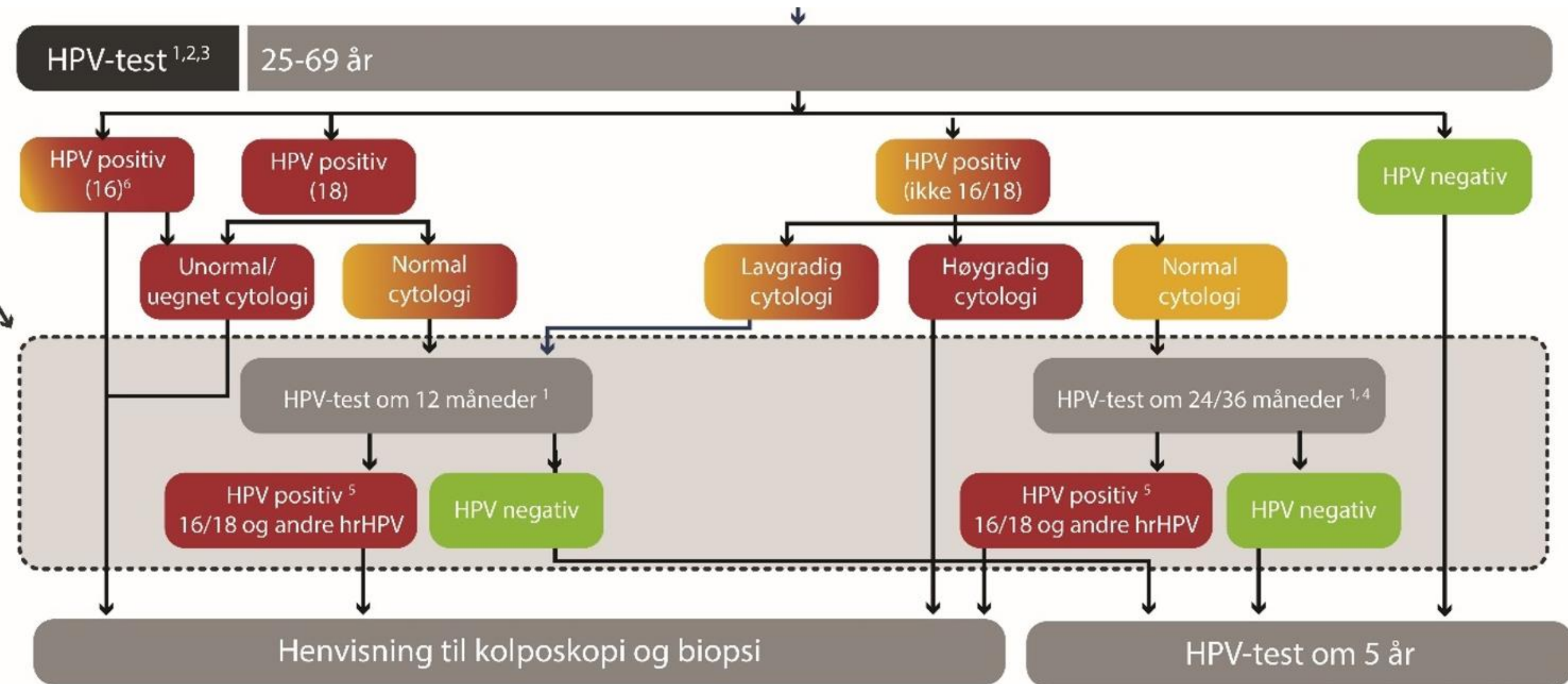


Forslag

- Innføre utvidet HPV-genotyping i det norske Livmorhalsprogrammet
- De tre screeninglaboratoriene, som tilbyr utvidet gentesting i dag, skal innføre endringen fra 1. januar 2024.
- De resterende 6 screeninglaboratoriene som i dag benytter tester og plattformer som ikke angir genotyper utover HPV 16 og 18, kan benytte alternativ ny algoritme uten utvidet genotyping i en overgangsfase fra 01.01.24.
- Innen 01.01.25 må alle Helseforetakene tilby utvidet genotypetesting. Det anbefales sterkt at man starter med utvidet genotyping i alle fall hos kvinner under 30 år fra 01.01.24.

VIKTIG MED KONTINUERLIG TILPASSNING

Alternativ algoritme dersom ikke utvidet genotyping



Takk

Reaching the 2030 targets for
cervical cancer elimination:

New WHO recommendations for
screening and treatment





Takk

Forslag til vedtak

Styringsgruppen beslutter å innføre utvidet HPV genotyping i det norske Livmorhalsprogrammet som beskrevet i algoritmegruppens rapport.

De tre screeninglaboratoriene, Akershus universitetssykehus, Oslo universitetssykehus og Sykehuset Østfold Kalnes, som tilbyr utvidet gentesting i dag, skal innføre endringen fra 1. januar 2024.

De resterende 6 screeninglaboratoriene som i dag benytter tester og plattformer som ikke angir genotyper utover HPV 16 og 18, kan benytte alternativ ny algoritme uten utvidet genotyping i en overgangsfase fra 1.januar 2024.

Innen 1.januar 2025 må alle Helseforetakene tilby utvidet genotypetesting. Det anbefales at det startes med utvidet genotyping hos kvinner under 30 år fra 1. januar 2024.

Ved overgang til utvidet genotypealgoritme må Helseforetakene avgjøre hva de anser som mest kostnadseffektivt og gjennomførbart.

Enten:

- anskaffe en ny screeningplattform som tilbyr utvidet genotyping

Eller

- utføre «stand-alone» genotype-tester i reflekstesting av HPV-positive screeningprøver.

**Hyppigere utsendelser av
påminnelser til kvinner som ikke
deltar i Livmorhalsprogrammet
som anbefalt**

Hyppigere utsendelse av påminnelser til livmorhalsscreening

19.10.2023

Ameli Tropé

Hvordan få flere kvinner til å følge Livmorhalsprogrammet?

Over
200 000
kvinner

deltar ikke i Livmorhalsprogrammet som anbefalt

*Kvinner som aldri el sjelden screener seg, får oftere påvist livmorhalskreft på et høyere stadium
Mange kvinner med unormale prøvefunn møter ikke til oppfølgingsprøve*

Med økt deltakelse i Livmorhalsprogrammet vil

- Krefttilfeller reduseres
- Behandling starte på et tidligere stadium

Ett tiltak:

- ✓ **Økt hyppighet av påminnelser**
- ✓ **Sende ut flere kontrollbrev etter unormal prøve**

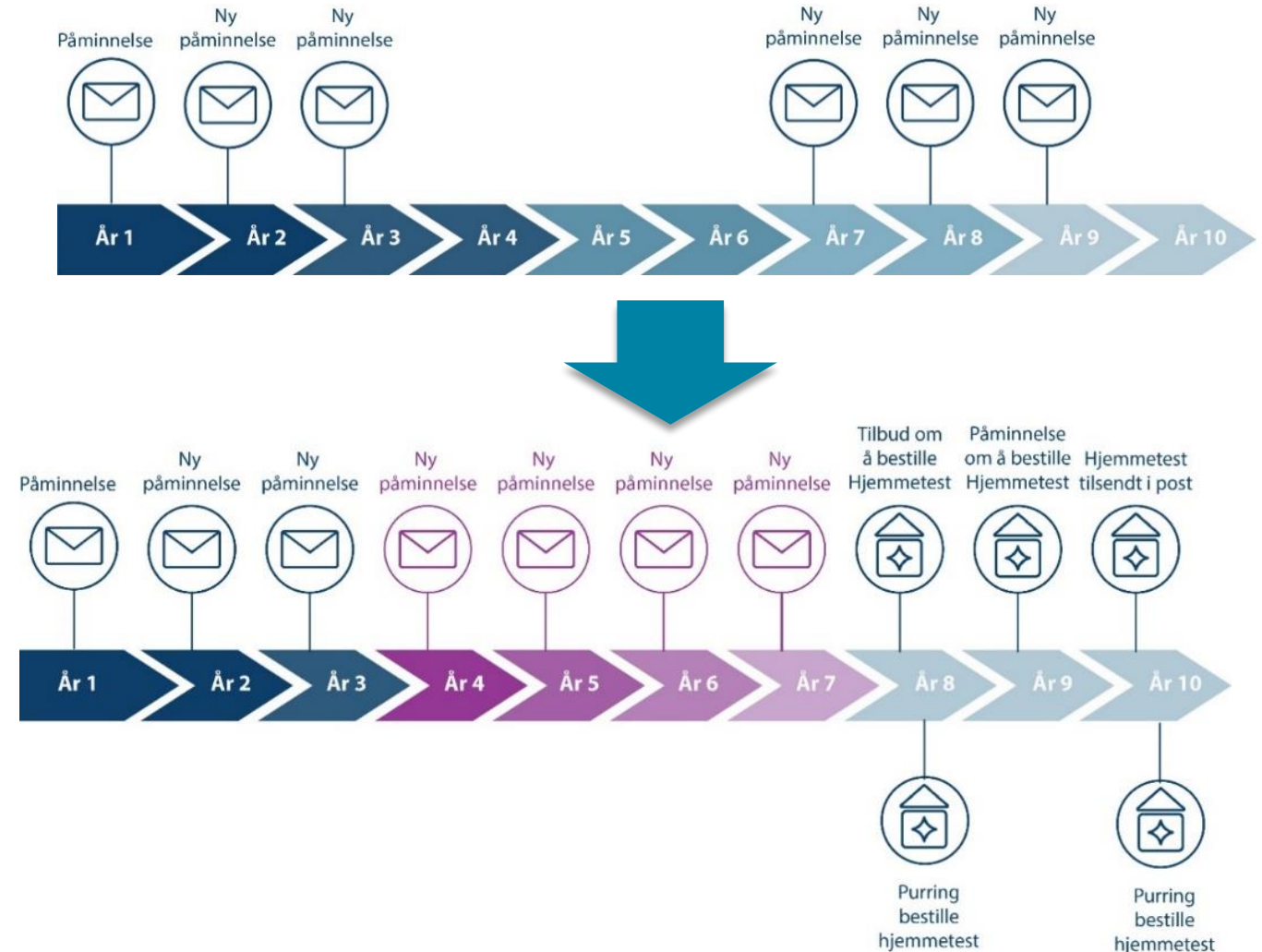


Hyppighet av utsendelser fra screeningprogrammet

Kvinner som ikke har møtt til screening som anbefalt

- Gå fra blokkvis påminnelse til årlig påminnelse
- Ca 555 000 påminnelsesbrev per år i dag
- Økt deltakelse ved hver påminnelse

- *Ca 120 000 flere påminnelser (oppdatert tall)*
- *Ca 20 000 flere kvinner tar livmorhalsprøve*



Økt utsendelse av kontrollbrev etter unormal prøve

Kvinner som ikke har møtt til oppfølgingsprøve etter funn på livmorhalsprøven eller uegnet prøveresultat

- Kontrollbrev sendes kun én gang i dag
 - Ca 18 000 kvinner skal følges opp
 - Ca 2 400 kontrollbrev
 - Økt deltakelse etter hvert kontrollbrev
- *Utsendelse av kontrollbrev til de kommer til kontroll*



Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar saken til orientering

Hjemmetest i Livmorhalsprogrammet

Status implementering av HPV hjemmetest

Styringsgruppemøte Kreftscreeningsprogrammene

19.10.2023

Hilde K S Underthun

Prosjekt HJELP

- ❖ 3 av 10 kvinner tar ikke livmorhalsprøver som anbefalt
- ❖ Disse får oftere påvist livmorhalskreft enn de som screener seg som anbefalt

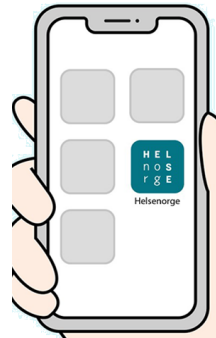
Kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve på **10 år** eller mer

Kvinnen får tilsendt HPV hjemmetest



Kvinner som ikke har tatt livmorhalsprøve på **8-9 år**

Kvinnen kan bestille HPV hjemmetest gjennom Helsenorge, tilsendt hjem



Kvinner som har **Særskilte behov** for HPV hjemmetest

Kvinnene får tilbud om HPV hjemmetest av fastlegen



Hva er HPV Hjemmetest?

- ❖ HPV Hjemmetest er en virusprøve som kan påvise HPV
- ❖ Kvinnen tar prøven selv
- ❖ Prøven sendes til Ahus for analyse på deres lab
- ❖ Prøvepinnen ligner på en Q-tips som roteres rundt i skjeden
- ❖ Prøvepinnen har en holdbarhet etter prøvetaking på 30 dager



Viktige forskjeller HPV Hjemmetest vs Livmorhalsprøve

VIKTIGE FORSKJELLER

HPV-hjemmetest



- ✓ HPV-test
- ✗ Cytologi ikke mulig på prøven
- ✓ Kvinnen kan ta prøven selv
- ✗ Ingen gynekologisk undersøkelse



Prøvetaking fra skjeden

Livmorhalsprøve



- ✓ HPV-test
- ✓ Cytologi mulig på prøven
- ✗ Kvinnen kan ikke ta prøven selv
- ✓ Gynekologisk undersøkelse, kan oppdage andre problemer



Prøvetaking fra livmorhals

HPV hjemmetest for «Kvinner med særskilt behov»

Mållgruppen er «Kvinner og andre med livmorhals som av ulike årsaker har utfordringer med gynekologisk undersøkelse gjennomført av lege»

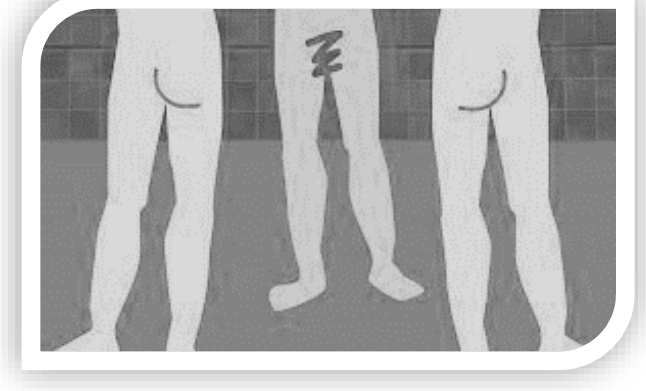
Utsatt for vold eller seksuelt trauma



Har funksjonshemninger



Er omskåret



Eller - har fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer med å gjennomføre en gynekologisk undersøkelse

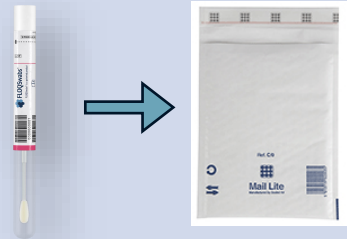


Fra tilbud om hjemmetest til prøvesvar

Kvinnen får tilbud



Kvinnen tar prøven



Fastlegekontoret sender prøven



AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS

Prøven analyseres



Prøvesvar sendes



(fra 2024)



Informasjon til kvinnen

Til deg som har fått tilbud om HPV hjemmetest

For those who have received an HPV self-sampling kit – Information in other languages at hpvhjemmetest.no

Livmorhalsprøver reduserer risikoen for livmorhalskreft

Noen kvinner kan ha utfordringer med å gjennomføre gynekologisk undersøkelse hos legen, og deltar derfor ikke i Livmorhalsprogrammet.

Derfor tilbyr vi nå hjemmetest for HPV, som du kan ta selv. Det er frivillig å ta hjemmetesten og den er gratis.

Hjemmetesten fanger opp HPV-smitte like bra som en prøve tatt av legen. Men hjemmetesten kan ikke fange opp celleforandringer, eller andre gynekologiske tilstander. Derfor er livmorhalsprøve ved gynekologisk undersøkelse hos en lege alltid det beste alternativet.



Slik foregår screening med HPV hjemmetest

- ◆ Du får en hjemmetest av legen din som du kan ta selv
- ◆ Når du har tatt prøven, må du levere den til legekontoret så fort som mulig. Du kan også ta prøven privat på legekontoret, men du kan også ta den hjemme
- ◆ Prøven din analyseres for HPV og prøvesvaret sendes til legen din
- ◆ Vanligvis kommer prøvesvaret fra legen i løpet av 3 uker. Kontakt legekontoret hvis du har spørsmål
- ◆ Hvis du får påvist HPV, bør du ta en livmorhalsprøve hos en lege eller gynekolog
- ◆ Se neste side for mer informasjon om prøvesvar og symptomer

Hjelp oss å gjøre tilbudet om hjemmetest så bra som mulig

Svar gjerne på vår anonyme spørreundersøkelse.

Scan QR-koden eller gå inn på <https://nettskjema.no/a/355216>



Brukerveiledning for HPV hjemmetest

For other languages, see hpvhjemmetest.no

- IKKE** ta prøven hvis du:
- er gravid
 - har menstruasjon – vent til 2 dager etter siste menstruasjonsdag
 - har født i løpet av de 3 siste månedene
 - har hatt en gynekologisk operasjon siste måned
 - har tidligere unormale prøvesvar som ikke er fulgt opp
 - har symptomer – ta kontakt med lege

Symptomer kan være uregelmessige blødninger, blodig eller illeluktende utflod, blødninger ved samleie, vedvarende smerter i underlivet eller bekkenet.

1 Du har fått en konvolutt med:

Informasjonsskriv

Prøvepinn

2 Les informasjonsskrivet og merk deg instruksjonene. Hvis du har spørsmål, må du ta kontakt med legen din.

3 Ta prøvepinnen ut av konvoluttet og sett den i det lange røret.

5 Hold på det røde merket på prøvepinnen. IKKE ta på den myke tuppen. IKKE legg fra deg prøvepinnen etter den er tatt ut.

6 Ta prøvepinnen inn i skjeden, på samme måte som en tampong, til fingrene dine treffer skjedeåpningen.

7 Beveg prøvepinnen rundt slik at den berører veggene i skjeden, i omtrent 20 sekunder. Du trenger ikke å treffe livmorhalsen din.

8 Legg prøvepinnen tilbake i det lange røret, og press korken godt på.

9 Legg prøven i returkonvolutten - ikke lim igjen. Returkonvolutten med prøven må leveres på ditt legekontor, helst innen 24 timer etter du tok prøven.

Informasjon til helsepersonnel

Vanlige spørsmål og øvrig informasjon

Din rolle som fastlege



HPV hjemmetest til kvinner med særskilt behov



3 av 10 kvinner tar ikke livmorhalsprøver som anbefalt. Disse kvinnene får oftere påvist livmorhalskreft enn de som screener seg som anbefalt. Nå skal HPV hjemmetest gradvis bli en del av tilbudet i Livmorhalsprogrammet. Ditt legekontor er blant de første som kan tilby hjemmetest til kvinner med særskilt behov.

Har du pasienter som har utfordringer med gynekologisk undersøkelse?

Fra høsten 2023 vil fastleger i Ahus sitt opptaksområde kunne tilby hjemmetest til kvinner med særskilt behov. Hjemmetesten er en virusprøve for HPV (humant papillomavirus), som kvinnen tar selv med en prøvepinne i skjeden. Det er estimert at 10 av 1000 pasienter kan ha et særskilt behov.

Målgruppen

Målgruppen som kan få tilbud om hjemmetest via fastlegen, er kvinner og andre med livmorhals som av ulike årsaker har utfordringer med gynekologisk undersøkelse (GU) gjennomført av lege.

Dette kan for eksempel være pasienter som:

- ✦ har blitt utsatt for vold eller seksuelt traume
- ✦ har funksjonshemninger
- ✦ er omskåret
- ✦ har andre fysiske, psykiske eller kulturelle utfordringer med å gjennomføre en GU

VIKTIGE FORSKJELLER

HPV-hjemmetest



- ✓ HPV-test
- ✗ Cytologi ikke mulig på prøven
- ✓ Kvinnen kan ta prøven selv
- ✗ Ingen gynekologisk undersøkelse



Prøvetaking fra skjeden

Livmorhalsprøve



- ✓ HPV-test
- ✓ Cytologi mulig på prøven
- ✗ Kvinnen kan ikke ta prøven selv
- ✓ Gynekologisk undersøkelse, kan oppdage andre problemer



Prøvetaking fra livmorhals

VS

Informasjon om HPV-HJEMMETEST til fastleger



3 av 10 kvinner tar ikke livmorhalsprøver ofte nok



HPV-HJEMMETEST kan nå disse kvinnene

VIKTIGE FORSKJELLER



VS



HPV-hjemmetest

- ✓ HPV-test
- ✗ Cytologi ikke mulig på prøven
- ✓ Kvinnen kan ta prøven selv
- ✗ Ingen gynekologisk undersøkelse



Prøvetaking fra skjeden

Livmorhalsprøve

- ✓ HPV-test
- ✓ Cytologi mulig på prøven
- ✗ Kvinnen kan ikke ta prøven selv
- ✓ Gynekologisk undersøkelse, kan oppdage andre problemer



Prøvetaking fra livmorhals

Kontakt Livmorhalsprogrammet:

Tlf.: 22 45 11 00 (Hverdager 12- 14.30)

Epost: livmorhals@kreftregisteret.no

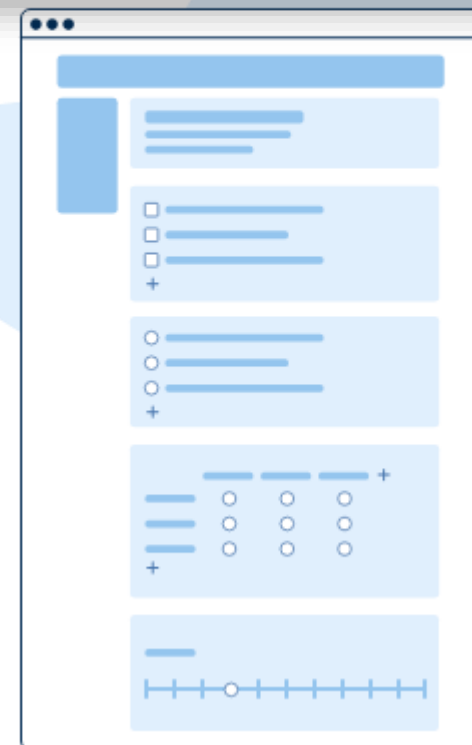
Nettsider: hpvhjemmetest.no

kreftregisteret.no/livmorhals
sjekkdag.no

Kvinnen kan svare på spørreskjema via en QR-kode

- Hvordan opplevde kvinnen å ta prøven?
- Var brukerveiledning og informasjonsbrev lett å forstå?
- Innspill til forbedringer av kommunikasjonsmaterieill
- Hva synes kvinnen om HPV hjemmetest, og anbefaler hun den til andre?
- Har kvinnen andre tilbakemeldinger til oss?

Hjelp oss å gjøre tilbudet om hjemmetest så bra som mulig
Svar gjerne på vår anonyme spørreundersøkelse.
Scan QR-koden eller gå inn på <https://nettskjema.no/a/355216>



Mangel på fastleger og gynekologer skal ikke ta screeningprøver

Historisk fastlegemangel: Ingen ledige pasientlister i Sandnes og få i Stavanger

Fastlegemangelen i Sandnes og Stavanger har aldri vært høyere enn nå, ifølge leder i Rogaland legeförening. Nyutdannede leger frykter yrket, tror fastlege Ingvild Vatten Alsnes.

Publisert: 31. oktober 2021



TV 2: Fastlegekrisen verre enn antatt

En ny gransking viser at fastlegekrisen er verre enn antatt. 235.000 nordmenn mangler fastlege i dag, langt flere enn tallet regjeringen har forholdt seg til.



* Fastlegekrisen er høyt reelt, og derfor har regjeringen lovet at vi skal komme med kraftfulle tiltak i 2023-budsjettet, forsikrer helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol (Ap). Foto: Håkon Mosvold Larsen / NTB

Gynekologmangel og lange ventelister på Voss sjukehus: - Kan ta opptil seks måneder



GYNEKOLOGMANGEL: - Gynekologar veks ikkje på tre, og det er ei utfordring at det er for få gynekologar i heile Noreg. Det vil seia at dei gongene har lyst ut stillingar, har me ikkje nødvendigvis fått kvalifiserte søkjarar, seier avdelingsoverlege for Gynekologiske legar på Voss sjukehus Birte Haugland. Foto: Solgunn Flatebø Mandelid

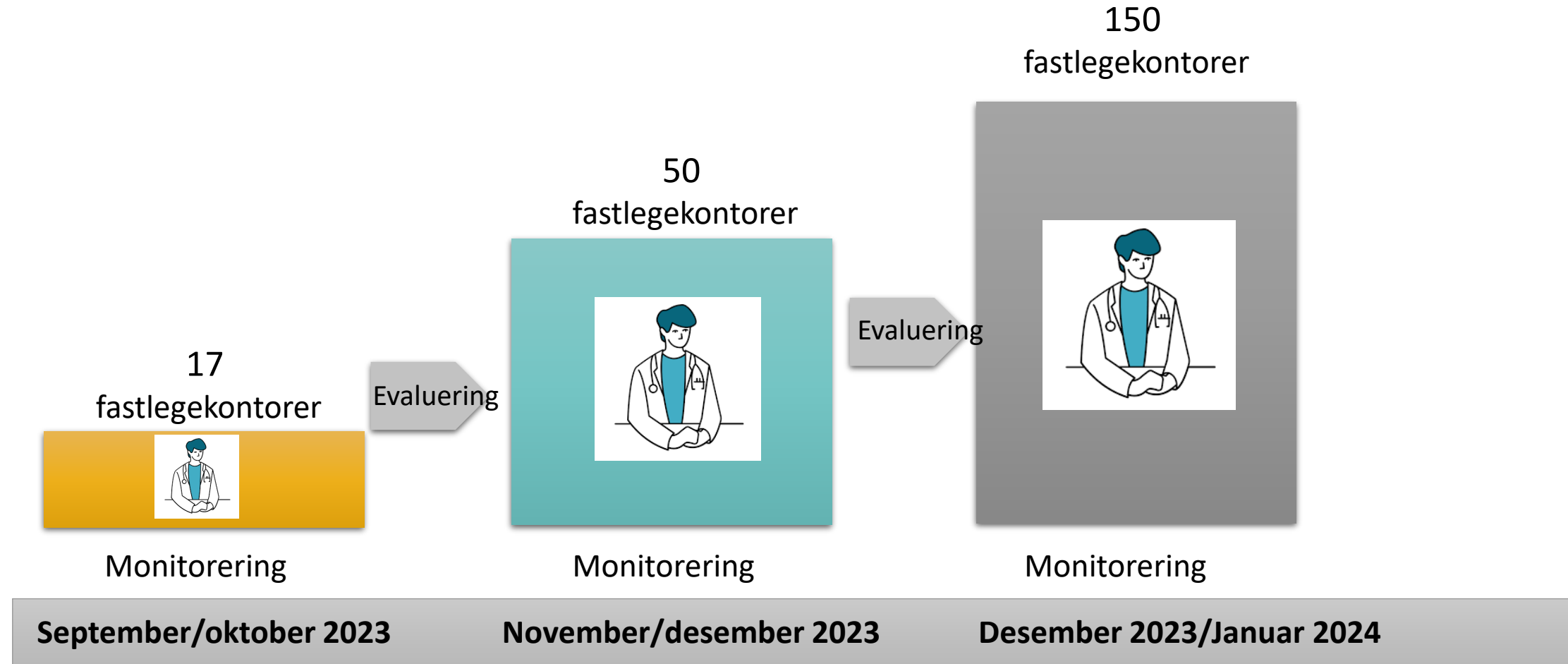
Barriers to cervical cancer screening faced by immigrants: a registry-based study of 1.4 million women in Norway

Maarit K Leinonen ¹, Suzanne Campbell ¹, Giske Ursin ^{1 2 3}, Ameli Tropé ⁴, Mari Nygård ¹

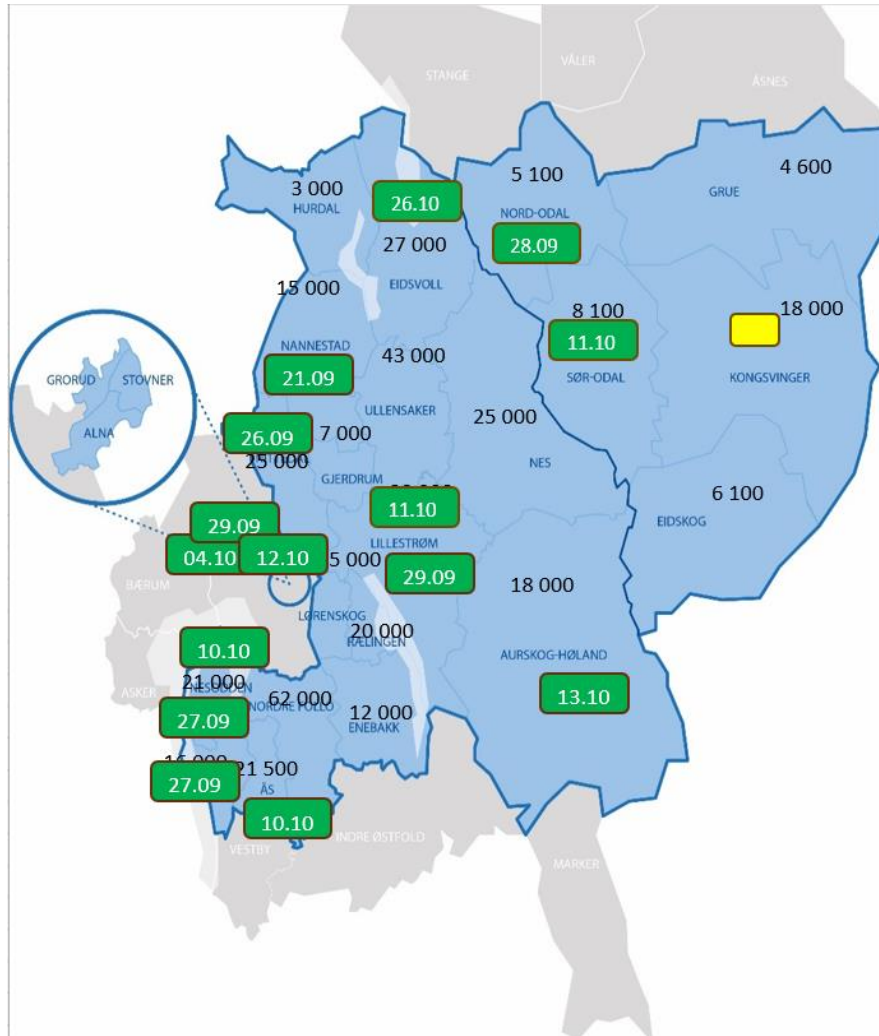
Results: In total, 52% of immigrants were not screened. All immigrants showed 1.72 times higher non-adherence rates (95% CI 1.71-1.73) compared with native Norwegian women when adjusted for age and parity. The proportion of non-adherent immigrants varied substantially by region of origin and country of origin. Being unemployed or not in the workforce, being unmarried, having low income and **having a male general practitioner** was associated with non-adherence regardless of region of origin. Living <10 years in Norway was an evident determinant of non-adherence among most but not all immigrant groups.

Oppstart HPV hjemmetest hos fastleger – høsten 2023

Kvinner med særskilte behov



Status HPV Hjemmetest – Uttesting hos fastleger Trinn 1



17 legekontorer under Ahus

Alle legekontorer er besøkt av Emilie og Hilde

- Besøkt 13 legekontor, 4 igjen
- Totalt ca 70 Leger besøkt
- Trinn 1 klart i uke 43
- ✓ **1 prøve mottatt og analysert. OK**

Evaluering

- Blir tatt veldig godt imot. Veldig positive
- Stort engasjement, mange spørsmål
- «Endelig», «På tide»
- Alle har noen i målgruppen, mange eksempler
- God læring, kontinuerlig evaluering

➤ **Stort behov**

MEN – Ahus trenger et stort volum for kompetanse

Kreft registeret



Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar saken til orientering

Mammografiprogrammet

Revidert Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet



Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet

Ansvarsforhold, retningslinjer og kvalitetsindikatorer

Kreftregisteret, oktober 2023





Orientering- og beslutningssak

Styringsgruppemøte for de nasjonale kreftscreeningprogrammene

19. oktober 2023

Kreftregisteret v/Solveig Hofvind, leder av Mammografiprogrammet

Gunhild Mangerud, Kristin Pedersen, Åsne Holen, Anka Ertzaas m flere

Kvalitetsmanualen

- Angir retningslinjer for arbeidet som utføres av sentrale faggrupper og aktører i Mammografiprogrammet
- Flere delmanualer
 - Generell del; ansvarsforhold, retningslinjer og kvalitetsindikatorer
 - Radiografi
 - Radiologi
 - Patologi
 - Medisinsk fysikk (status og konstanskontroller)
- Utarbeides av Kreftregisteret i samarbeid med Rådgivningsgruppen og faggruppene i programmet

Kvalitetsmanualen – generell del

- Sist oppdatert i 2003
 - Ikke tilpasset dagens organisering av det norske helsevesenet, lovverk eller kunnskap om brystkreft og mammografiscreening
- Tidkrevende prosess – har ventet på:
 - Ekstern evaluering
 - Reviderte EU retningslinjer
 - Ny styringsstruktur for kreftscreeningprogrammene
- Manualen skal være førende for virksomheten
«Ansvarsforhold, retningslinjer og kvalitetsindikatorer»

Kvalitetsmanualen

1. AKTØRER, STYRINGSSTRUKTUR OG ORGANISERING
2. KREFTREGISTERETS OPPGAVER
3. BREVUTSENDELSE OG INFORMASJON
4. RETNINGSLINJER OG KVAØLITYETSINDIKATORER
5. BEGREPER OG FORKORTELSER
6. REFERANSER
7. VEDLEGG

Kvalitetsmanualen

1. AKTØRER, STYRINGSSTRUKTUR OG ORGANISERING

1.1 Helse- og omsorgsdepartementet

1.2 Helsedirektoratet

1.3 Kreftregisteret

1.4 De regionale helseforetakene

1.5 Helseforetakene

1.6 Styringsgruppe for nasjonale kreftscreeningprogrammer

1.7 Rådgivingsgruppen for Mammografiprogrammet

1.8 Faggrupper i Mammografi

Helse- og omsorgsdepartementet

Overordnet ansvar

Helsedirektoratet

Representerer myndighetene

"Følge-med-rolle"

Styringsgruppe for nasjonale kreftscreeningsprogram

Rådgivingsgruppen for Mammografiprogrammet

De regionale helseforetakene

Overordnet ansvar for å tilby spesialiserte helsetjenester, inkludert screening og oppfølging

Deltar i styringsgruppen for kreftscreeningsprogrammene

Helseforetakene

Ansvar for brystsentre og screeningenheter

Screening

Etterundersøkelser og diagnostikk

Behandling og oppfølging

Kvalitetssikring av egen virksomhet

Personal og økonomi

Vestre Viken HF, avdeling for mobile elektromedisinske tjenester
Eier og drifter mobile screeningenheter

Kreftregisteret

Nasjonal koordinerende rolle

Invitasjoner, svarbrev og påminnelser

Informasjon

Koding og registrering

IT-systemer

Kvalitetssikring og -forbedring

Koordinering av teknisk kvalitetssikring

Forskning

Utlevering av data

Faggrupper i Mammografiprogrammet

Kvalitetsmanualen



- 2 KREFTREGISTERETS OPPGAVER
 - 2.1 Planlegging og utsendelse av invitasjoner, påminnelser og svarbrev
 - 2.2 Informasjonsvirksomhet
 - 2.3 IT-systemet: Drift, infrastruktur og utvikling
 - 2.4 Koding og validering
 - 2.5 Monitorering, kvalitetssikring, -kontroll, -forbedring og forskning
 - 2.6 Teknisk kvalitetssikring av bildetakingsutstyr på mobile enheter
 - 2.7 Nasjonalt og internasjonalt samarbeid



Kvalitetsmanualen

3 BREVUTSENDELSE OG INFORMASJON

3.1 Invitasjoner, påminnelser og svarbrev

3.1.1 Ordinær invitasjon

3.1.2 Påminnelsesbrev

3.1.3 Egeninvitasjoner

3.1.4 Negative svarbrev

3.2 Informasjon

3.2.1 Informasjon til målgruppen

3.2.2 Internt i Mammografiprogrammet

3.2.3 Andre aktører og relevante grupper



Kvalitetsmanualen

4 RETNINGSLINJER OG KVALITETSINDIKATORER

4.1 Tilgang til data og behandlingsgrunnlag for monitorerings- og kvalitetssikringsarbeidet

Cancer Screening, Diagnosis and Care

- Home
- Guidelines
- Quality Assurance Scheme
- Discover ECIBC
- News
- Print

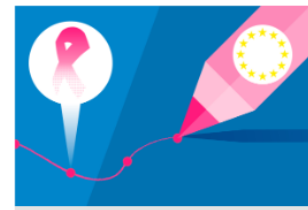
Home > European Commission Initiative on Breast Cancer

European Commission Initiative on Breast Cancer



The European Commission Initiative on Breast Cancer (ECIBC) provides essential levels of quality care that are equally accessible across Europe. Based on the latest scientific evidence available, ECIBC seeks to offer to healthcare providers and women clear and independent guidance on screening and care.

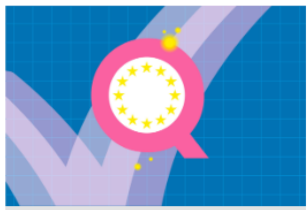
Breast cancer guidelines and quality assurance



European breast cancer guidelines
Evidence-based guidelines on screening and diagnosis.



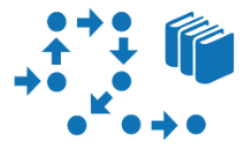
Collection of guidelines on breast cancer care
Guidelines on treatment, rehabilitation, follow-up and palliative care.



European quality assurance scheme
Quality assurance for breast cancer services covering the entire cancer pathway.



Discover ECIBC
Milestones and working groups



Methodologies applied
Guidelines, quality assurance scheme and screening indicators



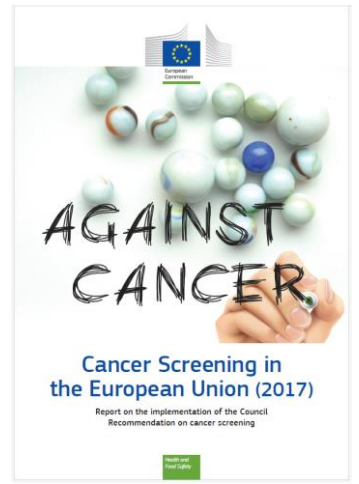
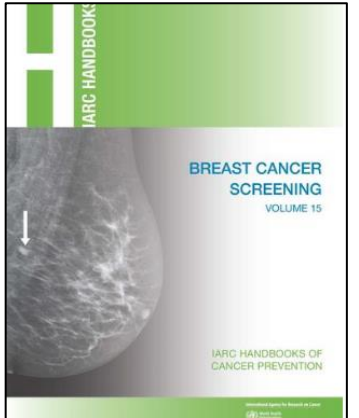
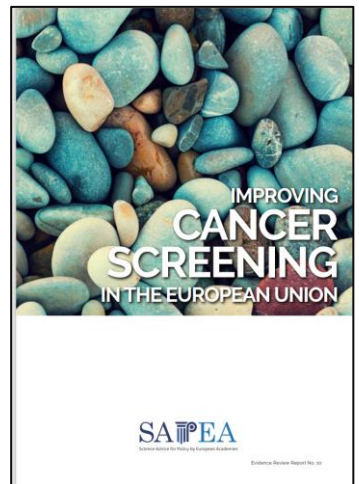
Open calls
Calls for expression of interest and public consultation

European Commission Initiative on Breast Cancer

Manual for Breast Cancer Services

European Quality Assurance Scheme for Breast Cancer Services

EUR 30750 EN



SCR-1; Mammografiprogrammets administrasjon, organisering og styringsstruktur

Ansvar: Helse- og omsorgsdepartementet, HelseDirektoratet, Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene, helseforetakene og Kreftregisteret

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

1. Programmets styringsstruktur skal være beskrevet og lett tilgjengelig på Kreftregisterets nettsider.
2. Et system for etterundersøkelser skal ivaretas av helseforetakene.
3. System for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging skal ivaretas av helseforetakene.
4. Målgruppe skal være beskrevet.
5. Screeningmetode og intervall skal være beskrevet.
6. Invitasjonssystemet skal være beskrevet.
7. Monitorering av aktivitetene ved brystsentrene skal være beskrevet.
8. Kvalitetssikringssystemet i Mammografiprogrammet skal være beskrevet.
9. Planer for monitorering av brystkreftforekomst i målgruppen skal være beskrevet.

SCR-2; Monitorering av indikatorer fra screeningprosessene

Ansvar: Kreftregisteret og helseforetakene

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

Kreftregisteret skal rapportere resultater fra kvalitetsindikatorer i minirapporter og andre rapporter, samt på møter. Ønskelige og akseptable mål, rapportering- og sanksjonsform ved avvik er beskrevet i Tabell 4. For å sikre forsvarlig virksomhet bør hvert enkelt brystsenter være kjent med egne resultater.

SCR-3; Helseforetakene (brystsentrene)

Ansvar: Helseforetakene

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

Hvert enkelt helseforetak (brystsenter) skal være kjent med resultatene for de aktuelle indikatorene (se SCR-2 og Tabell 4).

SCR-4; Screening av kvinner i alderen 50-69 år

Ansvar: Kreftregisteret

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

Det skal tilbys screening av kvinner i alderen 50-69 år. Ønskelige og akseptable mål for dekningsgrad er gitt i Tabell 4.

SCR-5; Informasjon om livsstil

Ansvar: Kreftregisteret

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

1. Kreftregisteret skal informere befolkningen om kreft, blant annet om forebygging og ulike risikofaktorer for kreft, jf. Kreftregisterets strategi og kreftregisterforskriften. Risikofaktorer og informasjon om forebygging for ulike kreftformer er beskrevet på Kreftregisterets nettsider.
2. Kreftregisteret og Mammografiprogrammet skal ikke tilby personlig livsstilsrådgiving. Ved slike behov skal kvinnene henvises til fastlege.

SCR-6; Innsamling av data om kvinnenes opplevelse

Ansvar: Kreftregisteret og helseforetakene

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

Kreftregisteret skal monitorere målgruppens opplevelse av Mammografiprogrammet, både blant dem som deltar og dem som ikke deltar. Kreftregisteret har også et system som samler inn PROM*- og PREM**-data på kvinner som er diagnostisert med brystkreft. Mammografiprogrammet kan søke om tilgang til data fra denne databasen etter gjeldende vilkår for utlevering av data.

* Patient Related Outcome Measures; **Patient Related Experience Measures

20 SCR-punkter med underpunkter

SCR-2; Monitorering av indikatorer fra screeningprosessene

Ansvar: Kreftregisteret og helseforetakene

Retningslinjer for Mammografiprogrammet

Kreftregisteret skal rapportere resultater fra kvalitetsindikatorer i minirapporter og andre rapporter, samt på møter. Ønskelige og akseptable mål, rapportering- og sanksjonsform ved avvik er beskrevet i Tabell 4. For å sikre forsvarlig virksomhet bør hvert enkelt brystsenter være kjent med egne resultater.

SCR-2; Monitorering av indikatorer fra screeningprosessene (18 + 1 indikatorer)

1. Deltakelse	<p>Teller: Antall kvinner som har møtt etter ordinær invitasjon og påminnelse, og egeninviterte Nevner: Antall inviterte kvinner (ordinær invitasjon) Ønskelig verdi: > 80 %; Akseptabel verdi: > 70 % Faktisk verdi 2013-2022: 76 %</p>		6. Sensitivitet per screeningrunde	<p>Teller: Antall screeningoppdaget DCIS og infiltrerende brystkreft; Nevner: Antall screeningoppdaget DCIS og infiltrerende brystkreft, og intervallkreft (DCIS og infiltrerende brystkreft) (definisjon A) Ønskelig verdi: > 75 %; Akseptabel verdi: > 70 % Faktisk verdi 2013-2022: 79 %</p>	
2. Dekningsgrad	<p>Teller: Antall Nevner: Antall Ønskelig verdi Faktisk verdi Faktisk verdi Faktisk verdi</p>	4. Screeningoppdaget brystkreft (DCIS og infiltrerende)	<p>Teller DCIS: Antall kvinner diagnostisert med DCIS etter undersøkelse. Teller infiltrerende: Antall kvinner diagnostisert med brystkreft etter en etterundersøkelse Nevner: Antall kvinner som har møtt etter ordinær påminnelse, og egeninviterte Ønskelig verdi DCIS: 0,15-0,20 %; Akseptabel verdi Faktisk verdi DCIS: 2013-2022: 0,10 % Ønskelig verdi infiltrerende: 0,55-0,75 %; Akseptabel verdi infiltrerende: 0,49-0,85 % Faktisk verdi infiltrerende 2013-2022: 0,51 %</p>	7. Infiltrerende screeningoppdaget brystkreft ≤ 10 mm	<p>Teller: Antall infiltrerende brystkrefttilfeller med <u>histopatologisk</u> svulstdiameter ≤ 10 mm Nevner: Antall infiltrerende brystkrefttilfeller med <u>histopatologisk</u> oppgitt svulstdiameter Ønskelig verdi: >35 % Akseptabel verdi: >30 % Faktisk verdi 2013-2022: 35 %</p>
3. Tilbakekalling	<p>Teller P: Antall Teller K: Antall Teller T: Antall Teller PKT: Antall Nevner: Antall påminnelse P: Ønskelig Faktisk verdi K: Ønskelig Faktisk verdi T: Ønskelig Faktisk verdi PKT: Ønskelig Faktisk verdi Raten er blant de</p>	5. Intervallkreft	<p>Teller (A): Antall kvinner diagnostisert med DCIS eller infiltrerende brystkreft etter en negativ screeningundersøkelse, men før neste screeninginvitasjon (24 mnd. etter forrige invitasjon) eller 6-24 mnd. etter falskt positivt screeningresultat Nevner (A): Antall kvinner som har møtt etter ordinær invitasjon eller påminnelse Ønskelig verdi: < 0,20 %; Akseptabel verdi: < 0,25 % Faktisk verdi 2013-2022: 0,18 % Teller (B): Antall kvinner diagnostisert med DCIS eller infiltrerende brystkreft etter en negativ screeningundersøkelse, men før neste screeninginvitasjon (24 mnd. etter forrige invitasjon) Nevner (B): Antall kvinner som har møtt etter ordinær invitasjon eller påminnelse, og egeninviterte Ønskelig verdi: < 0,18 %; Akseptabel verdi: < 0,20 % Faktisk verdi 2013-2022: 0,18 %</p>		

Kvalitetsmanualen

5 BEGREPER OG FORKORTELSER

6 REFERANSER

7 VEDLEGG

7.1 Ofte stilte spørsmål og henvendelser

7.1.1 Reservasjon mot lagring av normale funn

7.1.2 Kvinner som ikke ønsker etterundersøkelser

7.1.3 Invitasjonsstopp

7.1.4 Kvinner som ønsker å møte ved et annet brystsenter

7.1.5 Kvinner med fortrolig og strengt fortrolig adresse

7.1.6 Kvinner operert for brystkreft/DCIS

7.1.7 Arvelig brystkreft og deltakelse i programmet

7.1.8 Bruk av ultralyd som screeningundersøkelse

7.1.9 Invitasjon av kvinner som nylig har vært til mammografi

7.1.10 Funksjonsnedsettelse

7.1.11 Brystproteser

7.1.12 Kvinner utenfor målgruppen

7.1.13 Symptomer på brystkreft mellom to screeningundersøkelser

7.1.14 Stråledose ved mammografi

7.1.15 Purring av radiologi- og biopsiskjemaer, patologisvar

7.1.16 Retting og sletting av opplysninger i mammografidatabasen

7.2 Oversikt over landets 17 brystsentre

7.3 Opprinnelig tekst i den europeiske kvalitetsmanualen, oversatt til norsk

Revisjon kvalitetsmanualen

- ✓ Høring på landets 17 brystsentre i september
 - ✓ Rådgivningsgruppen for Mammografiprogrammet 4. september
 - ✓ Styringsgruppen for kreftscreeningprogrammene 19. oktober
-
- Kirurgi og sykepleie dekkes av handlingsprogrammet for brystkreft
 - Teknisk kvalitetskontroll i mammografi ila 2023
 - «Rettslig grunnlag og personvern» i egen delmanual

Etter utsendt versjon

- Forord
- Ordforklaringer
- Referanser
- Veste Viken HF, avdeling for elektromedisinske tjenester



Forslag til vedtak

Styringsgruppen godkjenner revidert «Kvalitetsmanual i Mammografiprogrammet – Mammografiprogrammets retningslinjer og ansvarsforhold»

Foranalyserapport for oppgradering av IT systemene i Mammografiprogrammet

Hva er prosjekt MP-2027?

- Prosjektet skal vurdere behovene og mulighetene for å oppgradere og videreutvikle dagens IKT-systemer, i henhold til dagens og fremtidige teknologikrav
 - IT-infrastruktur utviklet før oppstart i 1995 - er i varierende grad oppgradert
 - Systemene har stor teknisk gjeld, dvs. mange utdaterte systemer
 - Fornyng har lenge vært ønsket av Kreftregisteret, og er etterspurt av helseforetakene (brukere ved brystsenter og screeningenheter) og helseforetakenes IKT-leverandører
 - Ny IKT-plattform må gi sikker dataflyt, mer effektive arbeidsprosesser og tilfredsstillende krav til sikkerhet og personvern og sikre videre/enhetlig datafangst
- Nye europeiske retningslinjer for screeningvirksomhet
- Lovpålagte krav
- Forarbeid startet av Kreftregisteret våren 2023
 - øremerkede midler via statsbudsjett

1	Ordforklaring	4
2	Bakgrunn	5
2.1	Om foranalyserapporten	5
2.2	Mammografiprogrammet	5
3	Status for dagens IKT-løsninger i Mammografiprogrammet	7
3.1	Eierskap til data i Mammografiprogrammet	7
3.2	Infrastruktur og nettverk	8
3.3	Database	9
3.4	Applikasjoner	9
3.4.1	MedOutlook	9
3.4.2	MedKod	9
3.4.3	MedStat Rapport og MedStat Uttrekk	9
3.4.4	Invitasjonssystemet	10
3.4.5	MPAdmin	10
3.4.6	Tredjepartsløsninger/ tjenester	10
3.5	Mobile enheter	10
3.6	Klienter (datamaskiner)	10
4	Problemer, konsekvenser og behov	11
4.1	Eierskap til data i Mammografiprogrammet	11
4.2	Infrastruktur og nettverk	11
4.3	Database	11
4.4	Applikasjoner	12
4.4.1	MedOutlook	12
4.4.2	MedOutlook på mobile enheter	12
4.4.3	MedKod	13
4.4.4	MedStat Rapport / MedStat Uttrekk	13
4.4.5	Invitasjonssystemet	13
4.4.6	MPAdmin	13
4.5	Helsenorge integrasjon	14
4.6	Overføring av DICOM opplysninger	14
4.7	Tredjepartsløsninger/ tjenester	14
5	Prinsipper	15
6	Oppgraderinger og gevinster	16
6.1	Infrastruktur og nettverk	16
6.2	Database	16
6.3	Applikasjoner	16
6.3.1	MedOutlook	17
6.3.2	MedKod	17
6.3.3	MedStat Rapport / Uttrekk	17
6.3.4	Invitasjonssystemet	17
6.3.5	MP Admin	18
6.3.6	MedOutlook på mobile enheter	18
6.4	Tredjepartsløsninger/ eksterne tjenester	18
6.5	Helsenorge	19
7	Visjon	20

Foranalyse Mp-2027

Rapport ferdigstilt

- beskriver **status, problemer/konsekvenser og behov** for oppgraderinger
- **Teknisk oppgradering!**
 - bedrer sikkerhet, sikrer kompetanse, forenkler drift og support
 - bedre mulighet til videreutvikling av systemene slik at **ønskede endringer og nye funksjonelle løsninger** kan innføres
 - enklere å få til en integrasjon med Helsenorge
 - klargjøre for bruk av kunstig intelligens

Mp-2027 videre

- Fastsette prosjektets formål og omfang
 - prosjektledelse, økonomistyring, prosjektstyre, **fremdriftsplan** osv
 - nytt løsningsdesign og arkitektur for hele Mammografiprogrammet
 - hva skal prioriteres i og etter prosjektperioden?
- Involvering av eksterne (HF, brystsenter, RHF, Helsennett, Helsenorge ++)

Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar informasjon om foranalyserapporten til orientering

Utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet – status

Utvidelse av aldersgrupper

- Metodevurdering
 - Effekt
 - Helseøkonomi
 - Etikk
 - Jus
- Utfordring å finne fagmiljø i Norge som kan gjøre en helseøkonomisk vurdering

AgeX Trial

IN THIS SECTION

[AgeX Trial](#)

[History of the AgeX trial](#)

[For participants](#)

[Trial documentation](#)

[Acknowledgements](#)

[Related sites](#)

[Contact us](#)

OUR TEAM

Krys Baker

Research Co-ordinator



The National Health Service (NHS) routinely offers breast screening every three years to all UK women aged 50-70. This has been shown to reduce the risk of dying from breast cancer, but little is known about the effects of screening outside the age range 50-70. The AgeX trial will assess the effects of offering an additional screen to women aged 47-49 and, separately, of offering an additional screen to women aged 71-73.

Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar saken til orientering

Pause

Orientering om status i arbeidsgruppen for regranskning

Status fra arbeidsgruppen for regransking

- Ja til regransking, men praksis og bruk av begrepet er ikke likt i Mp og Lp
- Felles praksis må bygge på felles rutiner. Vi konstaterer at ikke alle laboratorier og ikke alle BDS følger opp kvalitetsmanualen fra Kreftregisteret
- Vi vil anbefale at HFene må ta ansvar for at alle laboratorier og alle BDS følger kvalitetsmanualen fra Kreftregisteret
- Når det gjennomføres regransking etter påvist kreft bør konklusjonene kategorisering i tre grupper. Kvinnen har rett til innsyn i journalen, men vi vil anbefale at det kun praktiseres aktiv informasjon når det er opplagt at kreftutviklingen skulle ha vært påvist ved tidligere undersøkelse
- Kvinnene må selv få bestemme om de skal informeres om detaljene i tidligere funn
- Vi vil anbefale å organisere møtet med kvinner som ber om detaljert informasjon tilsvarende det de har gjort i Irland og England

Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar saken til orientering

Tarmscreeningprogrammet

Status

Nasjonalt screeningprogram for tarmkreft

Styringsgruppen for kreftscreeningprogrammene

Kristin R. Randel 19.10.2023

Agenda

- Status for etablering av nasjonalt screeningprogram for tarmkreft
- Besluttet utsatt primær koloskopiscreening
- Monitorering og resultater

Utrullingsplan og status per oktober 2023

Pulje		Mai 2022	Jun 2022	Jul 2022	Aug 2022	Sept 2022	Okt 2022	Nov 2022	Des 2022	Jan 2023	Feb 2023	Mar 2023	Apr 2023	Mai 2023	Jun 2023	Jul 2023	Aug 2023	Sept 2023
Pilot	Vestre Viken (Bærum)	■	■	■														
	Sykehuset Østfold (Moss)	■	■	■														
Pulje 1	Helse Møre og Romsdal (Ålesund og Kristiansund)					■	■											
Pulje 2	Helse Førde (Førde)							■	■									
	Helse Bergen (Haukeland)							■	■									
	Helse Stavanger (SUS)							■	■									
Pulje 3	Sykehuset Telemark (Skien)									■	■							
	Sykehuset i Vestfold (Tønsberg)									■	■							
	Oslo universitetssykehus (Ullevål)									■	■							
Pulje 4	Sykehuset Innlandet (Hamar)									■	■							
	Sørlandet sykehus (Kristiansand)									■	■							
	Akershus universitetssykehus									■	■							
Pulje 5	Finnmarkssykehuset (Hammerfest)											■	■					
	Universitetssykehuset i Nord-Norge											■	■					
	Nordlandssykehuset (Bodø)											■	■					
Pulje 6	St Olavs Hospital												■	■	→	→	→	→
	Helse Nord-Trøndelag (Levanger)										■	←	←					
Oppsamling 1	Sentre som ikke kunne følge plan													■	■			
Oppsamling 2	Sentre som ikke kunne følge plan																■	■

■ Oppstart
 ■ Early life support

- Startet opp ved 18 av 19 helseforetak
- Pilotering ved St. Olavs hospital HF

Status og videre plan

- Oppstart ved nye sykehus innenfor eksisterende HF
 1. Hensyn til reisevei for deltager
 2. Hensyn til kapasitet på sikt
- Endinger i teknisk løsning
 - Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag: Helseplattformen
 - Helse Sør-Øst: etablere løsning i Dips Arena

Besluttet utsatt primær koloskopiscreening

- Statsbudsjettet 2024 - Helse- og omsorgsdepartementets budsjettforslag:

«Det var opprinnelig bestemt at standardmetoden skal endres fra iFOBT til primær koloskopiscreening når nødvendig kapasitet er bygget opp nasjonalt. Fordi det nå er lange ventetider til koloskopi ved de fleste helseforetak og utfordringer med rekruttering av koloskopører, vil innføring av koloskopi som primær screeningmetode bli krevende å følge opp i helseforetakene. Eventuell oppstart av primær koloskopiscreening forskyves derfor til 2028.»

(Prop. 1 S (2023–2024), side 109)

Monitorering og resultater

- Kvalitetsmanualen, kapittel 12
- Første monitoreringsrapport sendt screeningsentrene juni 2023
 - Ikke sammenlignbar med senere rapporter pga kort observasjonstid
 - Koloskopidata tolkes med forsiktighet – små tall kan gi stor variasjon
- Årsrapporter vil publiseres på programmets nettsider
- Det jobbes med å etablere digital løsning for tilgjengeliggjøring av data til ledere og skopører via Hdirs tjenesteportal



Monitoreringsrapport Tarmscreeningprogrammet vår 2023

Kjære medarbeidere på screeningsentrene!

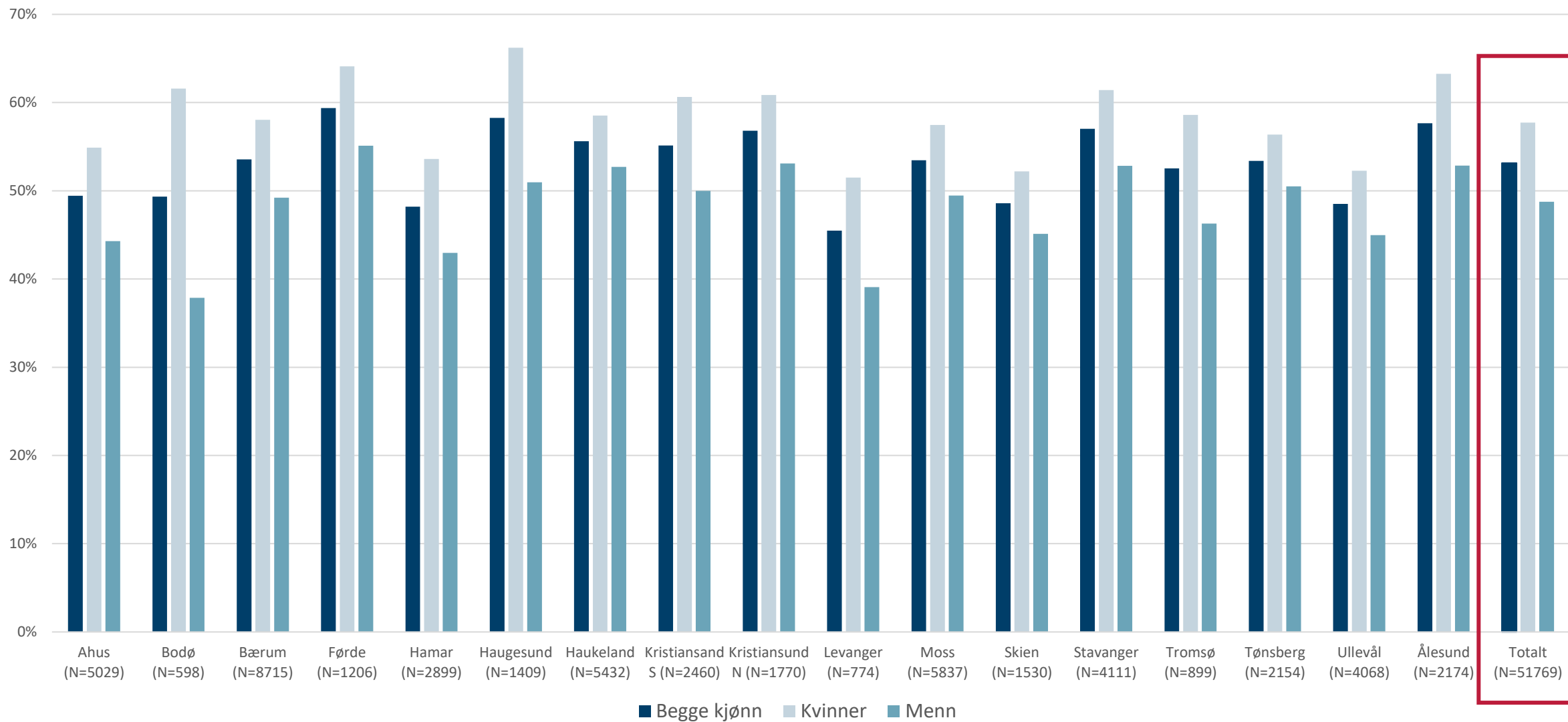
Her kommer vår første rapport for Tarmscreeningprogrammet. Det jobbes med en løsning for fortløpende rapportering til helseforetakene på helseforetaksnivå og med en innloggingsløsning for skopører og ledere for å få tilgang til egne kvalitetsdata. Så lenge ikke denne løsningen er ferdig utviklet, vil vi rapportere halvårlig til screeningsentrene som har tilstrekkelig koloskopivolum. Utenom dette kan vi utgi statistikk på forespørsel, avhengig av kapasitet. Ved ønske om å diskutere resultatene med oss, kan dere kontakte sekretariatet for et møte.

Vi rapporter på relevante kjerneindikatorer beskrevet i kapittel 12 i [kvalitetsmanualen](#).

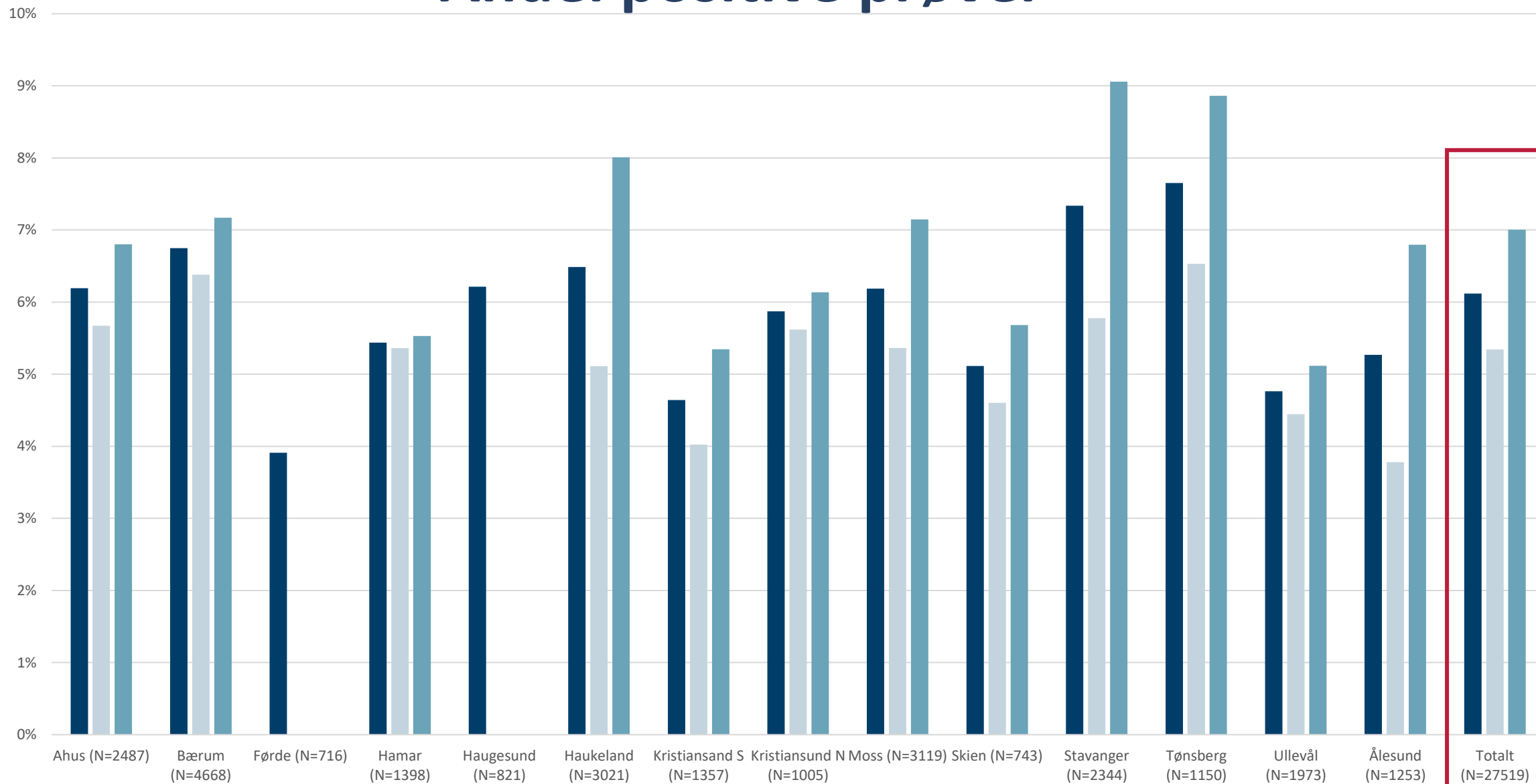
Variabel	Mål
Dekningsgrad (invitation coverage)	≥ 95%
Koloskopi innen 6 måneder etter positiv iFOBT	≥ 95%
Tømmingskvalitet (Boston Bowel Preparation Scale 2 eller mer i alle segmenter)	≥ 90%
Cøkum intubasjonsrate	≥ 95%
Tilbaketrekningsstid ≥ 6 min	≥ 90%
Adenom deteksjons rate ved koloskopi etter positiv iFOBT	≥ 45%
Andel fjernede polypper til histologi	≥ 95%
Sterke smerter ved koloskopi	< 10%
Alvorlige komplikasjoner ved koloskopi	Monitoreres
Intervallcancer/post-koloskopi cancer	Monitoreres

Rapporten vil dessverre ikke kunne brukes til sammenlikning med senere rapporteringer fordi vi har kort observasjonstid for noen variabler og det vil være overlapp med neste rapport. Når programmet har vært i drift lengre, vil resultatene i større grad være sammenliknbare både i tid og mellom sentrene og inneholde flere detaljer.

Deltagelse



Andel positive prøver



Pasienttilbakemeldinger (PROM)

Svarrater

- Dag 1 skjema (opplevelse og smerte): 80%
- Dag 30 skjema (komplikasjoner): 74%

Andelmed sterke smerter

- totalt < 10%, noe høyere blant kvinner
- variasjon mellom sentrene

Forslag til vedtak

Styringsgruppen tar informasjonen til orientering

Eventuelt

Eventuelt