

KREFT
registeret

INSTITUTT FOR POPULASJONS-
BASERT KREFTFORSKNING



Årsrapport 2008

Masseundersøkelsen
mot livmorhalskreft



2008

Årsrapporten er utarbeidet av:

Bente K Johansen, Gry B Skare, Tor Haldorsen, Tormod Eriksen, Randi Waage, Ingrid Mørk Molund.

Rita Steen

Ansvarlig utgiver: Kreftregisteret. Institutt for populasjonsbasert kreftforskning. Oslo.

Produksjon: Kreftregisteret

Design: Scriptoriet

Foto:

Kopiering med kildehenvisning er tillatt.

Årsrapporten er også tilgjengelig i elektronisk utgave på www.kreftregisteret.no

Utgitt desember 2009.



Forord

Oslo, desember 2009

Kunnskap om Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er et viktig grunnlag for et godt helsetilbud. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft startet i 1991 som et prøveprosjekt med etablering av en sentral database på Kreftregisteret og registrering av cytologiske prøver fra livmorhalsen. Basert på de positive erfaringene med prøveprosjektet bestemte Sosial- og helsedepartementet at tilbudet skulle bli landsdekkende for alle kvinner mellom 25-69 år fra 1995. Formålet med programmet er å redusere forekomst og dødelighet av livmorhalskreft og å fremme en mer rasjonell bruk av screeningprøver.

Helseregistre er nødvendige og gode virkemidler som kan brukes til helseovervåking, kvalitetsforbedring av helsetjenester og forskning. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er et sentralt helseregister underlagt Kreftregisteret og satt sammen av flere mindre registre. Cytologiregisteret, etablert 1991, inneholder prøvesvar fra cervixcytologisk prøvetaking. Histologiregisteret (2002), inneholder svar fra histologiske preparater tatt fra livmorhalsen. CIN-registeret (1997), inneholder data på oppfølging og behandling av cytologisk påviste celleforandringer på livmorhalsen. HPV-test registeret (2005), inneholder data på HPV-testing av prøver fra livmorhalsen.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft sammenholder opplysninger fra de ulike registrene med Det sentrale Folkeregisteret, Dødsårsaksregisteret og opplysninger fra Kreftregisterets hoveddatabase (1951) som inneholder informasjon om kreft og forstadier til kreft. På denne måten har programmet oppnådd et godt kunnskapsgrunnlag for å administrere helsetjenesten og datamaterialet er unikt i internasjonal sammenheng når det gjelder screening, oppfølging, utredning og behandling av forstadier til livmorhalskreft, ved at prøver som blir tatt både innenfor og utenfor screeningprogrammet blir registrert. En evaluering av screeningvirksomheten har vist at så å si alle cytologiprøver som tas blir registrert i cytologiregisteret. Dette gir en enestående mulighet til å drive forskning, evaluering og kvalitetssikring av programmet.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft har som mål å gjøre datamaterialet som genereres lett tilgjengelig for kvalitetsforbedring av helsetjenesten, til helseovervåking og til forskning.

Data som omhandler screeningvirksomheten er også etterspurt fra flere hold. Programmet har derfor valgt for første gang å utgi data som gjenspeiler aktiviteten i programmet i en årsrapport. Dataene vil bli presentert i form av en rekke prosessindikatorer. Indikatorene er valgt basert på erfaringer og kunnskap om egen virksomhet og er i samsvar med anbefalinger gitt av International Agency for Research on Cancer.

Det rettes en stor takk til alle som har bidratt i prosessen og gjort publisering av denne første Årsrapporten mulig; redaksjonskomiteen, databehandler og de av programmedarbeiderne som har bidratt med faglige innspill.

Vi håper Årsrapporten vil bli et nyttig hjelpemiddel for alle med interesse for cervix screening som forebyggende tiltak mot livmorhalskreft.

Rita Steen

Leder av Avdeling for screeningbasert forskning og screeningdatabaser

1. Innledning

1. Innledning	5
2. Bakgrunn	6
3. Metode	10
3.1. Registrene	10
3.2. Indikatorer	10
4. Resultater	12
4.1. Aktivitet	12
4.2. Effektivitet	27
4.3. Diagnostikk og behandling	31
4.4. Laboratorieresultater 2008	36
5 Referanser	41
6. Vedlegg	42



1. Innledning

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft vil fra 2009 utgi årlige rapporter for virksomheten.

Formålet med rapporten er å beskrive screeningvirksomheten ved hjelp av et sett med indikatorer. Indikatorene skal belyse ulike aspekter ved screeningaktiviteten og identifisere avvik så tidlig som mulig. Indikatorene er valgt med grunnlag i erfaringer fra egen virksomhet og anbefalinger fra International Agency for Research on Cancer (1;2).

Denne første rapporten omfatter i hovedsak resultater fra 2008. Der det er naturlig for sammenheng og mening, er perioden utvidet, noe som er nærmere spesifisert i teksten til tabellene. Resultatene vises for aldersgruppen 25-69 år ("screeningalder") som er målgruppen for programmet, men også for aldersgrupper over og under screeningalder fordi det er ønskelig å gi et bilde av det totale omfanget av virksomheten i Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (heretter kalt Masseundersøkelsen eller Screeningprogrammet). Resultater per 5-års aldersgrupper presenteres der det er naturlig. Klassifiseringssystemer og ordliste er vedlagt (vedlegg 1).

2008

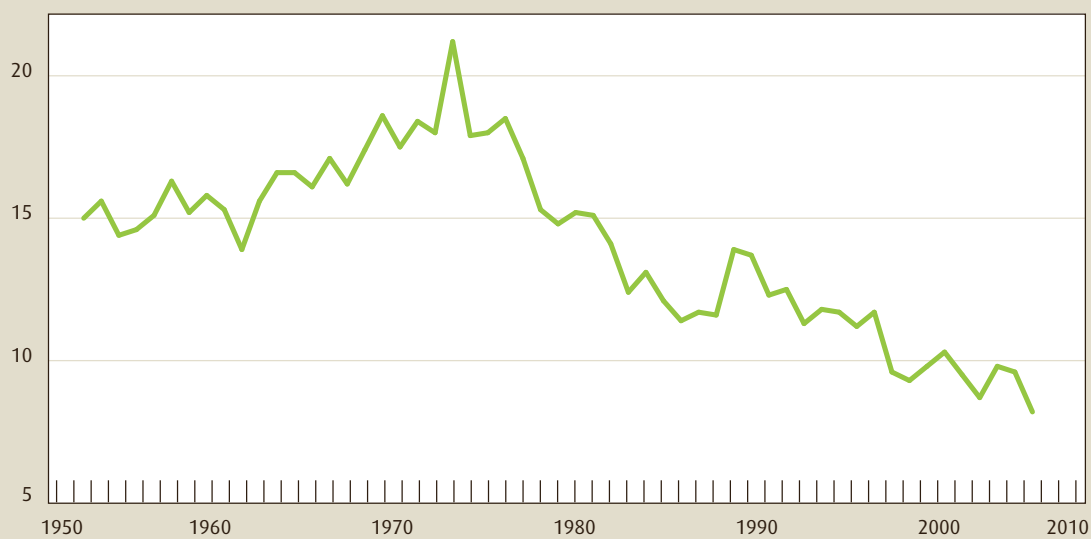
2. Bakgrunn

Målsetting

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft ble etablert som et landsomfattende, forebyggende helse-tilbud i 1995. Ved oppstart var målsettingen å redusere forekomst og dødelighet av livmorhalskreft med 50 % i forhold til 1990-94 nivået, oppnå en dekningsgrad på 80 % og ikke øke prøvevolumet utover 1994-nivået.

15 år etter oppstart, er målsettingen langt på vei nådd. Insidens av livmorhalskreft er redusert med 35 % og mortalitet med 50 % i forhold til 1990-94-nivået (figur 1 og 2)(2).

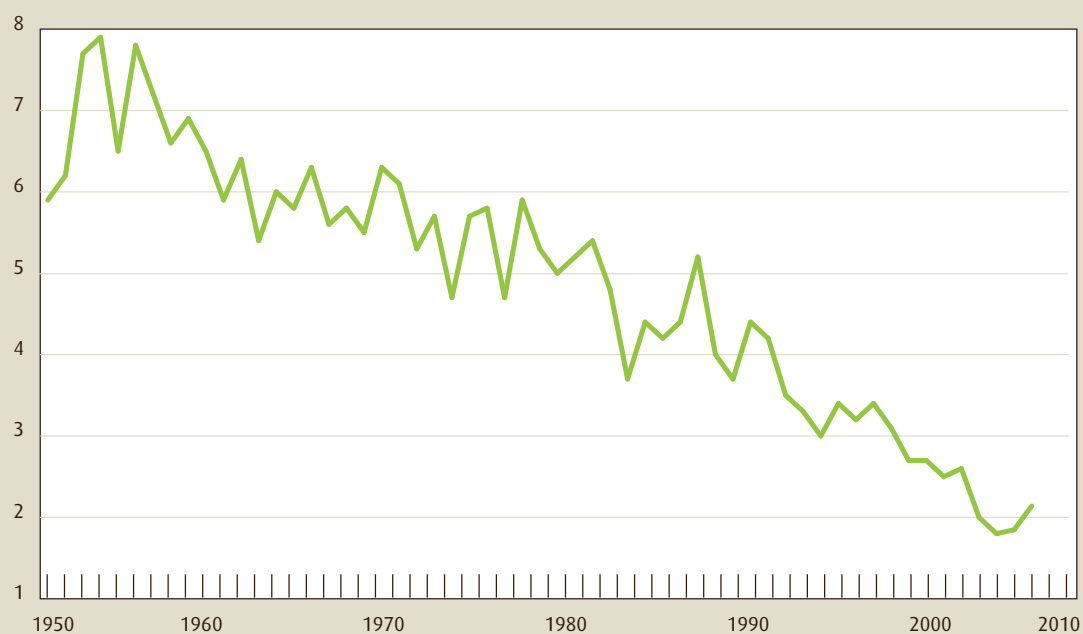
Aldersjustert (W) insidens av livmorhalskreft



Figur 1



Aldersjustert (W) dødelighet av livmorhalskreft

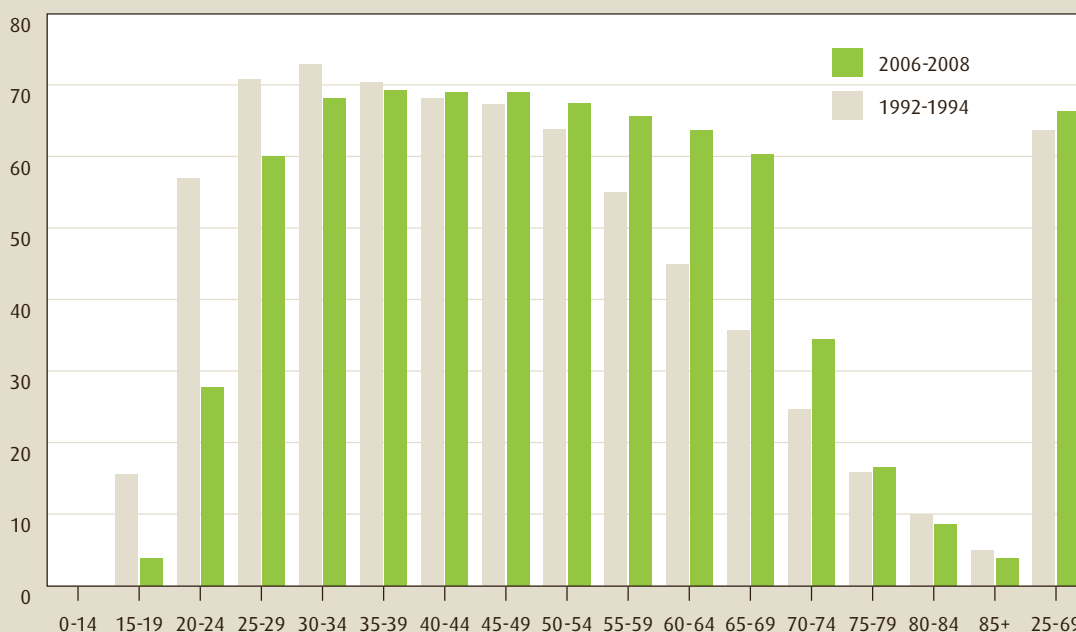


Figur 1

Antall cervixcytologiske prøver som tas per år er redusert fra 542 667 prøver i 1994 til 429 790 prøver i 2008.

Dekningsgraden har økt sammenlignet med perioden 1992-95 (figur 3), men vi har foreløpig ikke oppnådd dekningsgrad på 80 % for det anbefalte screeningintervallet på 3 år. I 2008 var dekningsgraden etter 3 år 66 %. Bildet ser imidlertid annerledes ut etter at kvinnene har mottatt påminnelser om å ta cervixcytologisk prøve (tabell 5). Etter første og andre påminnelse er dekningsgraden økt til hhv. 75 % og 80 %.

Dekningsgrad 3 år 1992-94 og 2006-08



Figur 3

Antall krefttilfeller har over tid vært ca 300 i året, men i 2007 registrerte vi 264 tilfeller som er det laveste antallet siden vi startet registrering av cervixcancer i Norge.

Cervixcancer: Antall krefttilfeller, insidensrate, antall døde og aldersjustert mortalitet

	2003	2004	2005	2006	2007
Antall krefttilfeller	297	269	305	309	264
Aldersjustert insidensrate (W) per 100.000 kvinner	9,5	8,7	9,8	9,6	8,4
Antall døde	109	81	72	79	84
Aldersjustert mortalitet (W) 100 000 kvinner	2,6	2,0	1,8	1,8	2,1

Tabell 1

Kilde: Insidensdatabasen per nov 2009 og Det sentrale folkeregister (DSF)

I 2007 ble det dessuten registret 690 tilfeller av CIN2, 2 682 tilfeller av CIN3 og 106 tilfeller av adenocarcinoma in situ (tabell 20).

Screeningprogrammet

Myndighetene anbefaler cervixcytologisk prøvetaking hvert tredje år for kvinner fra 25 til 69 år. Screeningprogrammet bygger på forutsetningen om at kvinnene selv tar initiativ til å oppsøke lege for cervixcytologisk prøve. Dersom det ikke er registrert ny cervixcytologi i løpet av tre år, sendes en påminnelse, og en ytterligere påminnelse etter fire år om det fremdeles ikke er registrert ny prøve. En betingelse for at systemet med påminnelser skal fungere, er at cervixcytologiske prøver, positive som negative, rapporteres til og registreres i Cytologiregisteret i Kreftregisteret. Legen som tar prøve,



skal informere kvinnen om at prøveresultatet registreres i Kreftregisterets databaser. Kvinnen skal gi et frivillig, utrykkelig og informert samtykke til registrering og lagring av personidentifiserbare data som omfatter negative (normale) funn. Hun kan dessuten reservere seg mot å motta påminnelsesbrev fra Masseundersøkelsen uten at hun mister muligheten til prøvetaking, oppfølging eller behandling.

Cervixcytologisk prøve tas av lege, som regel allmennpraktiker eller gynekolog. I Norge benyttes både konvensjonell prøvetaking (Papanicolaous test) og væskebasert cytologi. Alle prøvene rekvireres ved at legen fyller ut en remisse (vedlegg 1) og prøven undersøkes ved ett av 19 patologi-laboratorier. Alle laboratorier og leger, offentlige så vel som private, har lovmessig plikt til å melde prøveresultatene til Kreftregisteret.

Resultater av alle prøver som tas som ledd i utredning, behandling og oppfølging etter behandling, overføres til Kreftregisteret fra laboratoriene. Gynekologer fyller dessuten ut særskilte skjema for utredning og behandling av forstadier til livmorhalskreft (vedlegg 2).

Rådgivningsgruppe

Masseundersøkelsen er tilknyttet en faglig Rådgivningsgruppe som har rådgivende funksjon i saker som omfatter kvalitetssikring av Screeningprogrammet. Rådgivningsgruppen har som oppgave å utarbeide og oppdatere en Kvalitetsmanual, gi råd om innføring og/eller endring av nye rutiner/teknologi/tester, vurdere skriftlig informasjon til brukere og rekvirenter samt overvåke om resultatene i Screeningprogrammet er i tråd med hovedmålsettingen. Fra september 2009 er det også opprettet en Styringsgruppe som skal ta stilling til rådene fra Rådgivningsgruppen (vedlegg 3).

HPV-test som sekundærscreening (triage)

I Screeningprogrammet benyttes cervixcytologisk prøve som primær screeningmetode, og HPV-test i sekundærscreening (triage) etter spesifiserte retningslinjer. Disse retningslinjene er gitt i forskrift og manifestert i et særskilt takstsystem. Betingelsene for refusjon ved HPV-testing i sekundærscreening er formulert i takstteksten som angir at taksten kun kan kreves ved sekundærscreening (triage), og kun etter cytologisk diagnose ASC-US eller LSIL eller ved uegnet cytologi (vedlegg 4). Fra 1.1.2009 er indikasjonen endret til å gjelde sekundærscreening etter cytologi (heretter kalt indeks-cytologi som viser ASC-US og LSIL), og kun for bruk av HPV-tester som er CE-merket. Taksten har gyldighet for testing av kvinner i screeningalder.

I tillegg til retningslinjene som er gitt gjennom takstsystemet, anbefaler Rådgivningsgruppen utvidede, faglige retningslinjer. Gruppen tilrår at etter diagnose uegnet, ASC-US eller LSIL, bør kvinnen kalles inn til ny undersøkelse etter minimum 6 måneder for ny cervixprøve og HPV-testing. Den har dessuten utarbeidet anbefalinger for oppfølging for de ulike resultatene etter sekundærscreening, illustrert i et flytdiagram (vedlegg 5). Anbefalingene for oppfølging etter sekundærscreening er også endret fra 1.1.2009. (<http://www.kreftregisteret.no/>).

2008

3. Metode

3.1. Registrene

Som nevnt meldes alle cervixcytologiske resultater til Kreftregisteret. Disse samles i et særskilt register, Cytologiregisteret, som ble etablert 1. november 1991. I tillegg registreres utrednings- og behandlingsdata for prekankrøse lidelser i et CIN-register, etablert 1. januar 1997. Histologiregisteret inneholder opplysninger om alle histologiske prøver fra cervix tatt etter 1. januar 2002. I tillegg registreres all HPV-testing i HPV-testregisteret, som ble etablert 1. juli 2005.

Alle registrene inneholder personlig identifikasjon, kommunenummer ved registrering, morfologi, topografi og dato for prøvetaking – bortsett fra for cervixcytologiske prøver der tidspunktet for når laboratoriet har besvart prøven (måned) er registrert. CIN-registeret inkluderer dessuten opplysninger om eventuell tidligere behandling for cervixlesjoner, cervixcytologisk diagnose som danner utgangspunktet for utredning og behandling, data fra utredninger (resultater fra biopsier og/eller cervikal abrasio) og histologisk vurdering av operasjonspreparater. Dessuten registreres komplikasjoner i forbindelse med behandling og status for reseksjonskanter på konisatene. HPV-testregisteret rommer opplysninger om hvilken type HPV-test som er benyttet, testresultater (positiv, negativ) og HPV-typer dersom det er foretatt genotyping.

Registrene i Kreftregisteret kan, etter søknad, kobles med andre helseregistre som for eksempel Det sentrale folkeregister (DSF) og Dødsårsaksregisteret. Det juridiske grunnlaget for innsamling, lagring og utlevering av dataene i registrene er nedfelt i Kreftregisterforskriften (<http://www.kreftregisteret.no/>).

3.2. Indikatorer

International Agency of Research on Cancer (IARC) har i "European guidelines, second edition", definert tre hovedgrupper resultatindikatorer som kan benyttes til å overvåke screeningprosessen og til å justere avvik på et tidlig stadium (2). Kategoriene og indikatorene slik de er definert ved IARC, er langt på vei egnet til å illustrere virksomheten også i det norske Screeningprogrammet. Indikatorene skal gjenspeile ulike sider av screeningprosessen som har betydning for og innvirkning på Screeningprogrammets effekt.

Den første gruppen indikatorer reflekterer Screeningprogrammets aktivitet. I gruppen inngår befolkningsgrunnlag, antall tester og prøver, brevutsendelser, dekningsgrad, oppmøte og forbruk av tester.

Den andre gruppen indikatorer beskriver screeningstestenes effektivitet ved å anskueliggjøre samsvar mellom morfologisk diagnose ved cervixcytologisk og histologisk prøve, mellom histologisk diagnose ved utredning og behandling og mellom cervixcytologisk diagnose og senere cervixcancer. Videre vises antall cancertilfeller og om foreligger cervixcytologiske prøver i ulike tidsrom før cancerdiagnosen, og hvor mange av disse prøvene som var normale.



Den tredje gruppen indikatorer omfatter diagnostikk og behandling og gir oversikt over cervixcytologiske prøver gruppert etter morfologisk diagnose, biopsier og konisater gruppert etter histologisk diagnose og alvorlighetsgrad, data knyttet til koniseringer og noen resultater fra CIN-registeret.

I tillegg kommer en fjerde gruppe indikatorer som gir oversikt over laboratorieresultater, det vil si den diagnostiske virksomheten i alle laboratoriene som Screeningprogrammet samarbeider med og som utreder premaligne og maligne lesjoner i cervix. I denne seksjonen inngår sammenligning av morfologi for resultater fra cervixcytologisk og histologisk diagnostisering. Til slutt gis en oversikt over Masseundersøkelsens brevutsendelser til laboratorier og leger ved høygradige lesjoner som ikke er fulgt opp etter retningslinjene.

I fremtidige utgaver av Årsrapporten, vil resultater fra HPV-testregisteret inkluderes. Det er utelatt i årets rapport fordi det parallelt skal foretas en evaluering av HPV-test i sekundærskrening som vil gi resultater for en rekke prosess- og resultatindikatorer som vil bli presentert i en særskilt rapport. Det er videre en ambisjon å legge frem resultater for mortalitet, dekningsgrad etter stadium og en sammenligning av resultater for væskebasert cytologi og konvensjonell cytologi for å nevne noen.

2008

4. Resultater

4.1. Aktivitet

4.1.1. Befolkning 2003-2008

Befolkning per 31. desember						
Kvinner	2003	2004	2005	2006	2007	2008
25-69	1288672	1300358	1312997	1326266	1342466	1342466
00-14	443490	443075	442027	441752	442750	442750
15-19	136324	140688	145741	150355	153434	153434
20-24	134971	134851	135420	136433	139256	139256
25-29	147299	144248	143021	143448	146444	146444
30-34	171193	168752	166205	162101	158255	158255
35-39	171631	173971	175082	176455	177412	177412
40-44	158760	161022	163999	167158	170748	170748
45-49	155426	156442	156895	156908	157928	157928
50-54	146108	147101	148775	152057	153543	153543
55-59	146379	147886	148111	144519	143518	143518
60-64	105180	111926	119271	130357	137808	137808
65-69	86696	89010	91638	93263	96810	96810
70-74	84035	82496	80858	79949	79750	79750
75-79	82355	80158	79109	77813	77193	77193
80-84	73572	74357	72249	70574	68450	68450
85+	64989	66310	69837	72204	74182	74182
Antall kvinner totalt	2308408	2322293	2338238	2355346	2377481	2377481

Tabell 2

Datakilde: Det sentrale Folkeregister

I 2008 var 1,3 millioner kvinner i screeningalder (25-69 år).

4.1.2. Antall registrerte prøver 2003-2008

År	Cytologi Totalt antall	Cytologi med ID	HPV-test	Histologi	CIN
2003	498 615	497 572		23 044	2 874
2004	486 110	485 127		22 350	2 834
2005	455 253	453 990	7 363	21 204	2 684
2006	442 339	441 027	13 676	21 529	2 751
2007	431 668	431 120	13 964	21 926	2 934
2008	429 790	429 240	11 273	21 735	

Tabell 3

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret, Histologiregisteret, CIN-registeret.
 "Cytologi med ID": Prøver i Cytologiregisteret der kvinnene har fødselsnummer.



4.1.3. Antall utsendte brev 2003-2008

Definisjoner

Informasjon til 25- åringene: Brev som sendes til alle kvinner det året de fyller 25 med informasjon om Cervixscreeningprogrammet og invitasjon til å delta i programmet (vedlegg 7).

Første påminnelse: Brev til kvinner i screeningalder som ikke er registrert med cervixcytologisk prøve siste tre år. Brev sendes ikke til kvinner som har reservert seg mot å la seg registrere i, eller motta brev fra Kreftregisteret. I gjennomsnitt sendes første påminnelse den 37. måneden (tre år og én måned) etter siste registrerte prøve (vedlegg 8).

Andre påminnelse: Brev til kvinner som ikke er registrert med cervixcytologisk prøve 12 måneder etter første påminnelse (vedlegg 9).

Cytologikontroll: Brev til kvinner i alle aldersgrupper dersom det ikke er registrert nytt prøveresultat (cervixcytologi , histologi og/eller HPV-test) etter tidligere registrert cervixcytologisk prøve med diagnose ASC-US og LSIL. Brevet sendes 6 måneder etter anbefalt tid, dvs. 12 måneder etter registrert cervixcytologisk prøve (vedlegg 10).

Uegnet prøve: Brev til kvinner i alle aldersgrupper med "uegnet prøve" dersom det ikke er registrert ny cervixcytologi, histologi og/eller HPV-test. Anbefalt tid for fornyet prøve er 0-6 måneder. Brev sendes 6 måneder etter anbefalt tid, det vil si rundt 13-14 måneder etter at uegnet cervixcytologisk prøve er tatt (vedlegg 11).

Histologikontroll: Brev som sendes til patologiavdelinger som har anbefalt oppfølging med histologi – dersom en slik histologisk prøve ikke er registrert 9 måneder etter anbefalingen. Ved behov sendes eventuelt også brev til lege som har tatt prøven (vedlegg 12).

Antall og type utsendte brev 2003-2008

	Informasjon til 25 åringene	Første påminnelse	Andre påminnelse	Cytologi kontroll	Uegnet prøve	Histologi kontroll	I alt
2003		223988	89425	1536	6554		321503
2004		210937	84767	1360	4646		301710
2005		290745	106516	1599	5339		404199
2006	27803	220738	146580	1169	2220		398510
2007	28020	244517	118823	1413	1348		394121
2008	27946	235891	121563	1670	1952	262	389284
I alt	83769	1426816	667674	8747	22059	262	2209327

Tabell 4

Datakilder: Cytologiregisteret, Histologiregisteret

Reduksjon i totalt antall brevutsendelser fra 2006 skyldes hovedsaklig overgang til Bethesda-klassifisering i 2005 som blant annet endret kriteriene for, og dermed oppfølging av, uegnet prøve (vedlegg 1).

Antallet første og andre påminnelse har økt over tid, og en mulig forklaring kan være at stadig flere kvinner utsetter å oppsøke lege på eget initiativ etter 3 år, de synes heller å vente til de mottar påminnelse. Vi observerer dessuten enkelte "topper" i antall påminnelser som i hovedsak kan forklares ved avvik i utsendelsesrutinene.

4.1.4. Dekningsgrad

Dekningsgrad beregnes ut fra befolkningsgrunnlaget. Som nevnt er programmet bygget opp med den forutsetning at kvinnene selv kontakter lege etter tre år for cervixcytologisk prøvetaking, og at det sendes påminnelser dersom det ikke er registrert ny cervixcytologisk prøve etter 3 og eventuelt 4 år. Av den grunn defineres dekningsgraden etter antall kvinner som har tatt minst én prøve i løpet av et treårsintervall og etter første (4 år) og andre (5 år) påminnelse. Beregningene tar utgangspunkt i antall kvinner som er folkeregistrert per 31.12. i perioden, og deretter undersøkes om disse kvinnene har tatt minst én registrert cervixcytologisk prøve 3, 4 eller 5 år tidligere. Det innebærer at aldersgruppen 25-29 år vil ha en noe lavere dekningsgrad enn eldre aldersgrupper siden kvinner i liten – og stadig synkende grad – ikke tar prøver før fylte 25 år.

3 års dekningsgrad beskiver andelen av kvinner som har tatt minst én prøve siste tre år.

4 års dekningsgrad beskiver andelen av kvinner som har tatt minst én prøve siste fire år

5 års dekningsgrad beskiver andelen av kvinner som har tatt minst én prøve siste fem år.



Dekningsgrad etter alder 2004-2008. Prosent

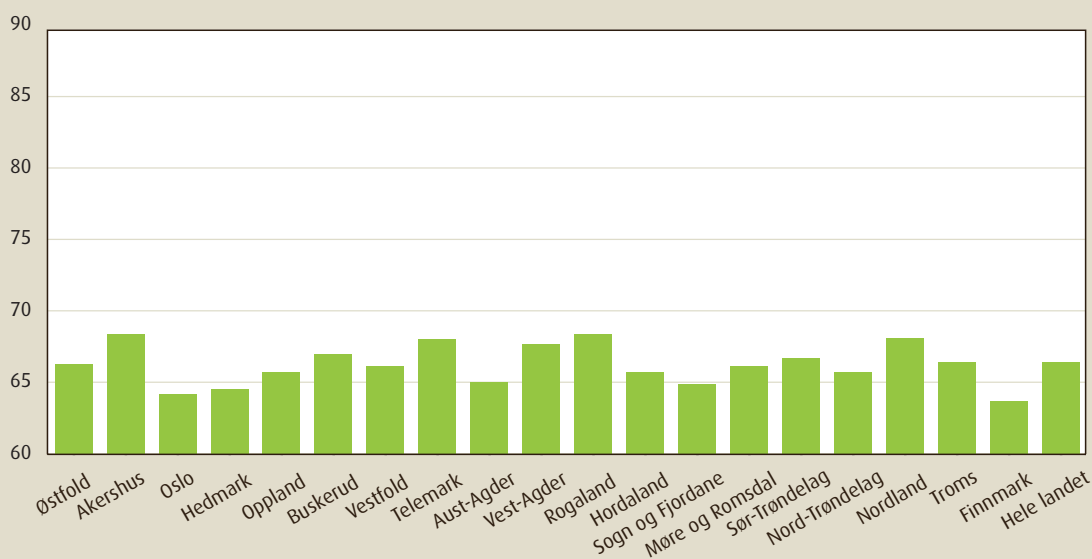
2006-2008	2006-2008	2005-2008	2004-2008
Aldersgruppe	3 år	4 år	5 år
25-69	66,4	75,3	79,6
0-14	0,0	0,0	0,0
15-19	3,8	4,0	4,1
20-24	27,7	32,0	34,7
25-29	60,1	67,2	71,2
30-34	68,2	77,2	81,7
35-39	69,3	78,8	83,7
40-44	69,0	78,5	83,0
45-49	69,0	78,2	82,5
50-54	67,5	76,5	80,7
55-59	65,6	74,4	78,2
60-64	63,7	72,2	75,7
65-69	60,3	69,1	72,9
70-74	34,5	44,9	55,1
75-79	16,6	21,6	26,8
80-84	8,6	11,7	15,4
85+	3,9	5,4	7,3

Tabell 5

Datakilde: Cytologiregisteret og Det sentrale Det sentrale Folkeregister

Tabellen viser at dekningsgrad etter 3 år er 66 % for kvinner i screeningalder. Dette dreier seg om kvinner som oppsøkte lege på eget initiativ for å ta cervixcytologisk prøve, dvs. før de mottok første påminnelse. Dekningsgraden økte til 75 % etter 4 år, dvs. etter utsendelse av første påminnelse, og 80 %, etter 5 år og andre påminnelse.

Dekningsgrad (25-69 år) etter fylke - 3 år

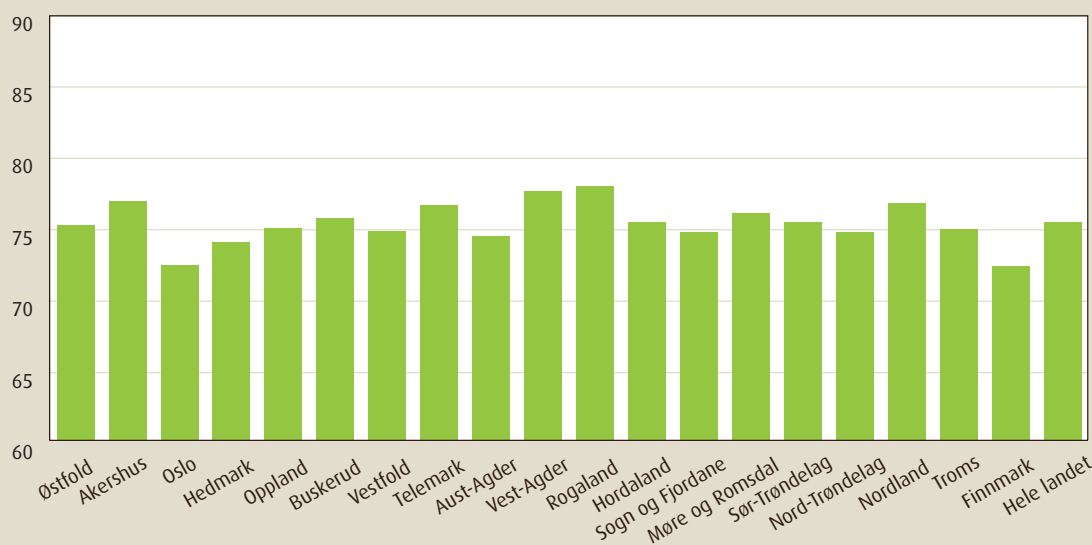


Figur 4

Datakilde: Cytologiregisteret

Oslo og Finmark har lavest dekningsgrad med 64 % i en 3-års periode, mens Akershus, Telemark, Rogaland og Nordland har den høyeste dekningsgraden med 68 %.

Dekningsgrad (25-69 år) etter fylke - 4 år



Figur 5

Datakilde: Cytologiregisteret



Oslo og Finnmark har lavest dekningsgrad også i 4-årsperioden med 72 %, mens Vest-Agder og Rogaland har den høyeste med 78 %.

Dekningsgrad (25-69 år) etter fylke – 5 år

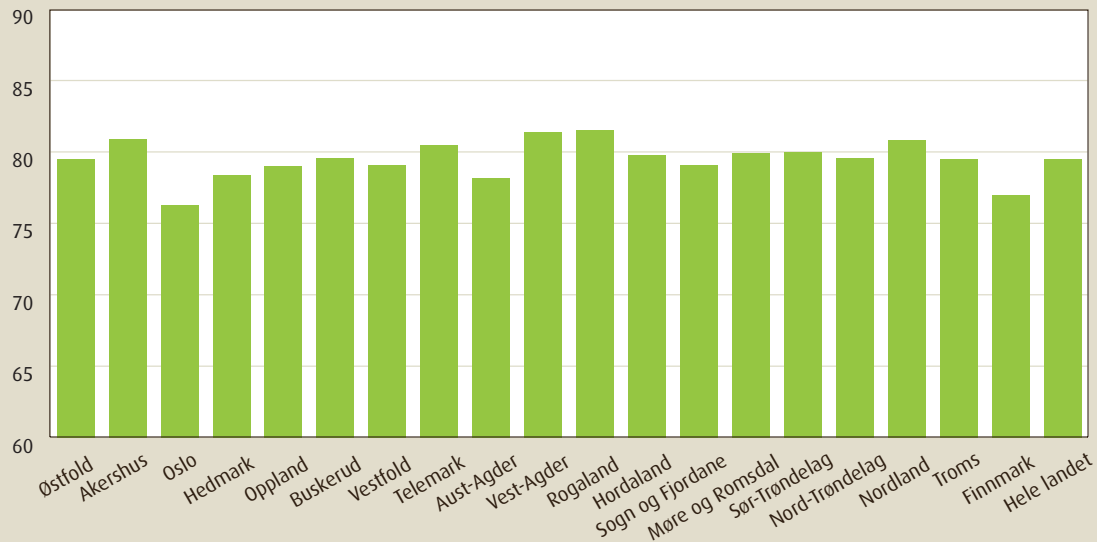


Fig 6 6

Datakilde: Cytologiregisteret

Oslo og Finnmark har den laveste dekningsgraden med henholdsvis 76 og 77 % i en 5-års periode, mens Vest-Agder og Rogaland har den høyeste med 81 %.

4.1.5. Oppmøte

Oppmøte etter første påminnelse 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-12 mnd. %
I alt	244 517	38,3	49,9
25-69	244 325	38,3	49,9
0-14	0		
15-19	0		
20-24	0		
25-29	32 188	24,4	36,3
30-34	28 642	34,3	47,8
35-39	32 373	37,8	50,8
40-44	31 462	40,1	52,5
45-49	28 209	41,0	52,9
50-54	26 742	41,4	52,4
55-59	24 930	43,6	53,9
60-64	23 580	44,9	54,5
65-69	16 259	43,6	51,8
70-74	132	38,6	43,2
75-79	0		
80-84	0		
85+	0		

Tabell 6

Datakilde: Det sentrale Folkeregister, Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

* Tabellen viser første påminnelse sendt til kvinner i 2007 og som har møtt til enten cervixcytologisk prøve, HPV-test eller histologisk prøve i 2007-2008.

Alder er angitt som alder ved år for påminnelse (per 31.12)

Første påminnelse sendes til kvinner i screeningalder som ikke er registrert med cervixcytologisk prøve i løpet av det anbefalte intervallet på tre år. Tabellen viser at etter første påminnelse, møter 38 % til en eller annen form for test (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) 0-6 måneder etter at brevet er sendt, og 50 % har tatt prøve innen ett år. Det bemerkes at oppmøtet varierer med alder.



Oppmøte etter andre påminnelse 2007-2008.

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-12 mnd. %
I alt	118 823	25,5	34,6
25-69	118 823	25,5	34,6
0-14	0		
15-19	0		
20-24	0		
25-29	13 386	21,3	32,2
30-34	16 229	23,5	34,3
35-39	17 084	26,6	37,4
40-44	15 565	27,1	37,7
45-49	13 441	26,6	36,1
50-54	12 342	26,3	34,1
55-59	11 657	26,3	33,1
60-64	11 130	26,1	32,3
65-69	7 989	26,0	31,1
70-74	0		
75-79	0		
80-84	0		
85+	0		

Tabell 7

Datakilde: Det sentrale Folkeregister, Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Alder er angitt som alder ved år for påminnelse (per 31.12)

Andre påminnelse i 2007 tar utgangspunkt i kvinner som ikke har møtt etter første påminnelse i 2006.

Denne tabellen viser at etter andre påminnelse, møter 26 % av kvinnene i screeningalder til en eller annen form for test (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) 0-6 måneder etter at brevet er sendt. 35 % har tatt prøver innen ett år. Om lag halvparten av dem som fikk første påminnelse, mottar andre påminnelse. Utsendelse av andre påminnelse fører til at ytterligere 20 % av kvinnene som har fått første påminnelse, møter.

Oppmøte etter indekscytologi 2007-2008 Oppmøte etter ASC-US 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	10 479	39,0	62,3
25-69	8 858	39,9	62,7
0-14	0		
15-19	241	30,3	59,7
20-24	1 179	34,3	59,9
25-29	1 729	32,5	56,5
30-34	1 446	38,4	60,9
35-39	1 374	38,9	62,7
40-44	1 252	41,4	64,5
45-49	1 044	41,5	65,4
50-54	812	46,2	67,8
55-59		46,0	67,2
60-64	419	48,0	68,0
65-69	243	43,2	61,7
70-74	120	46,7	70,0
75-79	48	39,6	56,2
80-84	26	11,5	23,1
85+	7	28,6	42,9

Tabell 8

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser at 40 % av kvinnene i screeningalder som hadde indekscytologisk diagnose ASC-US, har latt seg teste med cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve innen 0-6 måneder. Etter 11 måneder er andelen 63 %. Kreftregisteret sender brev til kvinnene dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 12-18 måneder etter datoen da indekscytologi ble besvart fra laboratoriet. I tabellen er det valgt et tidsintervall på 11 måneder. Dette viser oppmøte i forkant av brev som sendes etter 12 måneder (se definisjon for "Cytologikontroll" kap. 1.3). Det er ikke gjort beregninger i denne utgaven for andelen kvinner som møter etter at de har mottatt brev.



Oppmøte etter LSIL 2007-2008.

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	6 252	33,8	54,2
25-69	4 813	34,2	53,3
0-14	0		
15-19	285	30,2	57,2
20-24	1 114	33,1	57,3
25-29	1 408	32,9	53,5
30-34	964	33,6	53,3
35-39	855	34,5	53,4
40-44	625	34,2	53,0
45-49	423	33,6	51,1
50-54	244	43,4	58,6
55-59	133	36,8	57,1
60-64	105	32,4	46,7
65-69	56	37,5	50,0
70-74	30	33,3	50,0
75-79	6	16,7	50,0
80-84	3	0,0	0,0
85+	1	0,0	0,0

Tabell 9

Datkilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser at oppmøte til prøvetaking (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) 0-6 måneder etter indekscytologi med diagnose LSIL, er 34 % for gruppen i screeningalder. Innen 11 måneder er andelen 53 %. Kreftregisteret sender brev til kvinnene dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 12-18 måneder etter datoen da indekscytologi ble besvart fra laboratoriet. I tabellen er det valgt et tidsintervall på 11 måneder. Dette viser oppmøte i forkant av brev som sendes etter 12 måneder (se definisjon for "Cytologikontroll" kap. 4.1.3). Det er ikke gjort beregninger i denne utgaven for andelen kvinner som møter etter at de har mottatt brev.

2008

Oppmøte etter uegnet cervixcytologi 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	10 495	40,1	55,2
25-69	9 229	41,5	57,0
0-14	0		
15-19	164	23,8	30,5
20-24	840	28,3	42,8
25-29	1 575	34,0	51,2
30-34	1 615	36,7	53,7
35-39	1 626	42,3	56,4
40-44	1 355	44,9	59,9
45-49	955	48,5	61,8
50-54	683	45,1	58,7
55-59	569	44,5	60,4
60-64	522	45,6	64,4
65-69	329	45,3	58,0
70-74	127	48,0	56,7
75-79	68	25,0	35,3
80-84	38	26,3	31,6
85+	29	24,1	31,0

Tabell 10

Datkilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser at oppmøte for prøvetaking (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) etter indekscytologi som viste uegnet prøve innen 0-6 måneder, er 42 % for kvinner i screeningalder. Innen 11 måneder er andelen 55 %.

I tabellen er det valgt et tidsintervall på 11 måneder. Dette viser oppmøte i forkant av brev som sendes etter 12 måneder (se definisjon for "Cytologikontroll" kap. 4.1.3). Det er ikke gjort beregninger i denne utgaven for andelen kvinner som møter etter at de har mottatt brev.



Oppmøte etter ASC-H 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	2 095	66,8	68,4
25-69	1 854	66,9	68,2
0-14	0		
15-19	21	90,5	90,5
20-24	168	67,3	71,4
25-29	375	67,5	69,9
30-34	391	65,5	66,7
35-39	341	66,6	67,2
40-44	247	68,0	69,2
45-49	154	66,2	66,2
50-54	120	66,7	66,7
55-59	88	68,2	70,5
60-64	80	71,2	73,7
65-69	58	65,5	67,2
70-74	23	52,2	60,9
75-79	16	56,2	56,2
80-84	5	60,0	60,0
85+	8	37,5	37,5

Tabell 11

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser oppmøte til prøvetaking (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) etter indekscytologi ASC-H. Dersom indekscytologi gir mistanke om høygradige forandringer, anbefales direkte henvisning til kolposkopi og biopsi (3). Avvik fra anbefalingene er imidlertid ikke uvanlige. Av den grunn er alle registrerte former for prøvetaking tatt med i beregningene.

Tabellen viser at oppmøtet til prøvetaking etter indekscytologi med morfologisk diagnose ASC-H innen 0-6 måneder, er 67 % for kvinner i screeningalder. Innen 11 måneder er andelen 68 %. Kreftregisteret sender brev til laboratoriene og eventuelt deretter til lege som har tatt prøven dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 9 måneder etter datoen da indekscytologisk diagnose ble gitt. Oppmøte etter 11 måneder gjelder derfor i hovedsak oppmøte i forkant av brev, med unntak av noen svært få som kan ha møtt etter innkalling fra laboratoriet eller lege basert på brev fra Kreftregisteret.

Oppmøte etter HSIL 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	2 684	63,7	65,3
25-69	2 449	63,4	64,9
0-14	0		
15-19	8	75,0	75,0
20-24	172	69,8	73,3
25-29	524	69,5	71,4
30-34	632	64,9	66,4
35-39	525	59,0	61,1
40-44	321	60,7	61,7
45-49	176	65,3	65,9
50-54	118	55,9	56,8
55-59	79	63,3	64,6
60-64	48	54,2	54,2
65-69	26	65,4	65,4
70-74	28	64,3	64,3
75-79	16	50,0	50,0
80-84	8	37,5	37,5
85+	3	33,3	33,3

Tabell 12

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser oppmøte til prøvetaking (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) etter indekscytologi med diagnose HSIL. Dersom indekscytologi viser høygradige forandringer, anbefales direkte henvisning til kolposkopi og biopsi. Avvik fra anbefalingene er ikke uvanlig, av den grunn er alle registrerte former for prøvetaking tatt med i beregningene.

Tabellen viser at oppmøte for prøvetaking innen 0-6 måneder etter indekscytologi som viste HSIL, er 63 % for kvinner i screeningalder. Innen 11 måneder er andelen 65 %. Kreftregisteret sender brev til laboratoriene og eventuelt deretter til lege som har tatt prøven dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 9 måneder etter tidspunktet for indekscytologisk diagnose. Oppmøte etter 11 måneder gjelder derfor i hovedsak oppmøte i forkant av brev, med unntak av noen svært få som kan ha møtt etter innkalling fra laboratoriet eller lege basert på brev fra Kreftregisteret.



Oppmøte etter AGUS/ACIS 2007-2008

Aldersgruppe	Antall	Andel møtt 0-6 mnd. %	Andel møtt 0-11 mnd. %
I alt	554	66,8	70,6
25-69	507	67,8	71,6
0-14	0		
15-19	0		
20-24	6	83,3	83,3
25-29	27	74,1	74,1
30-34	60	68,3	70,0
35-39	80	65,0	71,2
40-44	76	68,4	68,4
45-49	70	67,1	70,0
50-54	82	70,7	76,8
55-59	52	69,2	75,0
60-64	36	63,9	69,4
65-69	24	62,5	66,7
70-74	14	50,0	57,1
75-79	7	42,9	42,9
80-84	9	55,6	55,6
85+	11	54,5	63,6

Tabell 13

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV-testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser oppmøte til prøvetaking (cervixcytologi, HPV-test eller histologisk prøve) etter indekscytologi med diagnose AGUS/ACIS. Dersom indekscytologi viser mistanke om eller påviste høygradige celleforandringer i sylinderepitelet, anbefales dirkete henvisning til kolposkopi og biopsi (3). Avvik fra anbefalingene er ikke uvanlige, av den grunn er alle registrerte former for prøvetaking tatt med i beregningene.

Tabellen viser at oppmøte etter indekscytologi som viste AGUS eller ACIS innen 0-6 måneder, er 68 % for kvinner i screeningalder. Innen 11 måneder er andelen 72 %. Kreftregisteret sender brev til laboratoriene og eventuelt deretter til lege som har tatt prøven dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 9 måneder etter datoen da indekscytologi ble besvart. Oppmøte etter 11 måneder gjelder derfor i hovedsak oppmøte i forkant av brev, med unntak av noen svært få som kan ha møtt etter innkalling fra laboratoriet eller lege basert på brev fra Kreftregisteret.

4.1.6. Forbruk av tester

Kvinner gruppert etter antall prøver 2006-2008.

					% av alle kvinner				% av alle kvinner m prøve			
	15-24	70+	25-69	I alt	15-24	70+	25-69	I alt	15-24	70+	25-69	I alt
Ingen prøve	222294	264441	455797	942532	76,5	88,2	34,1	48,9				
1 prøve	50 563	29 310	671 554	751427	17,4	9,8	50,2	39,0	73,9	82,7	76,2	76,3
2 prøver	12 773	4 948	158 448	176169	4,4	1,6	11,9	9,1	18,7	14,0	18,0	17,9
3 prøver	3 437	975	38 908	43320	1,2	0,3	2,9	2,2	5,0	2,7	4,4	4,4
4 prøver	1 126	163	8 384	9673	0,4	0,1	0,6	0,5	1,6	0,5	1,0	1,0
5 prøver	354	37	2 641	3032	0,1	0,0	0,2	0,2	0,5	0,1	0,3	0,3
6 prøver	118	17	850	985	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
7 prøver	34	5	297	336	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8 prøver	17	1	122	140	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9 prøver	5		41	46	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 prøver	2		21	23	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11 prøver			2	2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12 prøver			0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
13 prøver			1	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antall kvinner	290 723	299 897	1337066	1927686	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabell 14

Datakilde: Det sentrale Folkeregister og Cytologiregisteret.

Antall kvinner uten prøve er beregnet som differansen mellom gjennomsnittsbefolkningen i perioden og antall kvinner som har tatt prøve.

Tabellen viser antall prøver per kvinne i kolonnen til venstre. I perioden var 1,3 millioner kvinner i screeninglader, 455 797 tok ingen form for prøve, mens 881 269 kvinner tok 1 prøve eller mer. I kolonnen i midten er antall prøver pr kvinne beregnet i forhold til totalt antall kvinner, og i kolonnen til høyre er antall prøver pr kvinne beregnet i forhold til antall kvinner med 1 prøve eller mer.

HPV-tester – antall og andel positive tester 2008.

Alder	Antall tester	positive	%positive
15-24	298	162	54,4
70+	60	15	25,0
25-69	10915	4291	39,3

Tabell 15

Datakilde: HPV-testregisteret



4. 2. Effektivitet

4. 2.1. Samsvar mellom morfologisk diagnose ved cervixcytologi og første påfølgende histologiske diagnose 2007-2008.

	Cytologi			Histologi									
	Totalt antall cyt	Antall med hist	Prosent med hist		Benign	Uegnet	Benign uten atypi	CIN1	CIN2	CIN3	Irr.cyl. ep/ACIS	Cervix-cancer	Annet
Normal	398464	215	0,1	Antall	78	6	28	44	28	28	1	0	2
				%	36	3	13	20	13	13	0	0	1
Uegnet	10484	9	0,1	Antall	2	2	2	2	0	1	0	0	0
				%									
ASC-US	10488	367	3,5	Antall	63	6	47	105	56	78	2	3	7
				%	17	2	13	29	15	21	1	1	2
LSIL	6257	465	7,4	Antall	70	6	39	140	102	102	0	0	6
				%	15	1	8	30	22	22	0	0	1
ASC-H	2093	1864	89,1	Antall	299	37	258	186	297	723	14	17	33
				%	16	2	14	10	16	39	1	1	2
AGUS/ACIS	553	438	79,2	Antall	104	14	141	28	19	68	42	12	10
				%	24	3	32	6	4	16	10	3	2
HSIL	2684	2541	94,7	Antall	276	50	164	141	352	1478	12	37	31
				%	11	2	6	6	14	58	0	1	1
Cancer	109	94	86,2	Antall	13	2	3	0	0	22	0	49	5
				%									
Metastase	31	8	25,8	Antall	2	1	0	0	0	0	0	4	1
/andre cancere				%									
I alt	431164	6001	1,4	Antall	907	124	682	646	854	2500	71	122	95
				%	15	2	11	11	14	42	1	2	2

Tabell 16

Datakilde: Cytologi- og histologiregisteret

Første påfølgende histologidiagnose etter cervixcytologi er definert som første histologi inntil 12 måneder etter cytologisk prøve. Dersom en kvinne har flere cervixcytologiske prøver uten påfølgende histologi, er alle cytologiske prøver tatt med i tabellen under kolonnen "totalt antall cyt.". Dersom det foreligger biopsi eller konisat etter en cytologi, vil det være den siste cytologien før det histologiske resultatet som ligger til grunn for beregningen. Som konsekvens av disse definisjonene, vises derfor cytologieresultater fra 2007 og påfølgende histologieresultater fra 2007 og 2008. Totalt antall cytologiske prøver i denne tabellen er forskjellig fra totalt antall vist i tabell 3 fordi datagrunnlaget endres over tid (registre er dynamiske).

4.2.2. Samsvar mellom histologiske diagnoser ved utredning og behandling 2007*

Histologi utredning	Histologi behandling												Ant. beh. totalt
	Normal	Uegnet	Reaktive forandringer	Mulig CIN	CIN1	CIN2	CIN3	SCC	ACIS	ACC	Tilleggsindik.	Ukjent uoppgitt ikke aktuelt	
15-24													
Ikke tatt	1	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	5
Reaktive forandringer	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Mulig CIN	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
CIN1	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	4
CIN2	2	0	0	0	9	16	14	0	0	0	0	1	42
CIN3	2	0	1	0	3	19	76	0	0	0	0	2	103
SCC	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
ACIS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Ant. utredn.tot.	5	0	1	0	13	38	95	1	1	0	0	4	158
25-69													
Ikke tatt	6	0	4	0	8	15	63	1	2	0	0	0	99
Ukjent/Uoppgitt/ Ikke aktuelt	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	6
Normal	7	1	1	0	3	6	17	0	1	0	0	1	37
Uegnet	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	4
Reaktive forandringer	8	0	2	0	3	3	6	0	1	1	0	0	24
Mulig CIN	1	0	1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	8
Irr. sylinderepitel	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
CIN1	9	0	2	0	14	14	22	0	0	0	0	1	62
CIN2	46	0	18	4	33	141	222	1	1	0	0	1	467
CIN3	85	1	17	2	26	107	1230	35	3	0	3	2	1511
SCC	1	0	0	0	0	0	5	2	0	0	0	0	8
ACIS	2	0	0	0	0	0	16	3	21	5	0	1	48
ACC	0	0	0	0	0	1	4	0	0	1	0	0	6
Tilleggsindikasjon	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Ant.utredn.tot.	165	2	47	6	87	292	1597	42	29	7	3	6	2283
70-99													
Ikke tatt	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
Reaktive forandringer	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
CIN1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
CIN2	0	0	0	0	1	1	3	0	0	0	0	0	5
CIN3	0	0	0	0	2	1	15	1	0	0	0	0	19
SCC	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
ACIS	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Ant.utredn.tot.	0	0	0	0	4	2	26	1	0	0	0	1	34

Tabell 17

Datakilde: CIN-registeret.

* Tabellen omfatter tilfeller som enten er utredet, behandlet eller begge deler.



Tabellen viser histologisk diagnose av operasjonspreparater etter behandling sammenlignet med resultater fra histologiske prøver (portiobiopsier/cervical abrasio) ved forutgående utredning. Totalt antall behandlinger som gir histologisk preparat, vises i kolonnen helt til høyre merket "Ant. beh. totalt". Antall utredninger som gir histologisk preparat og som fører til en eller annen for behandling er gitt i radene merket "Ant. utredn. tot." under hver alderskategori.

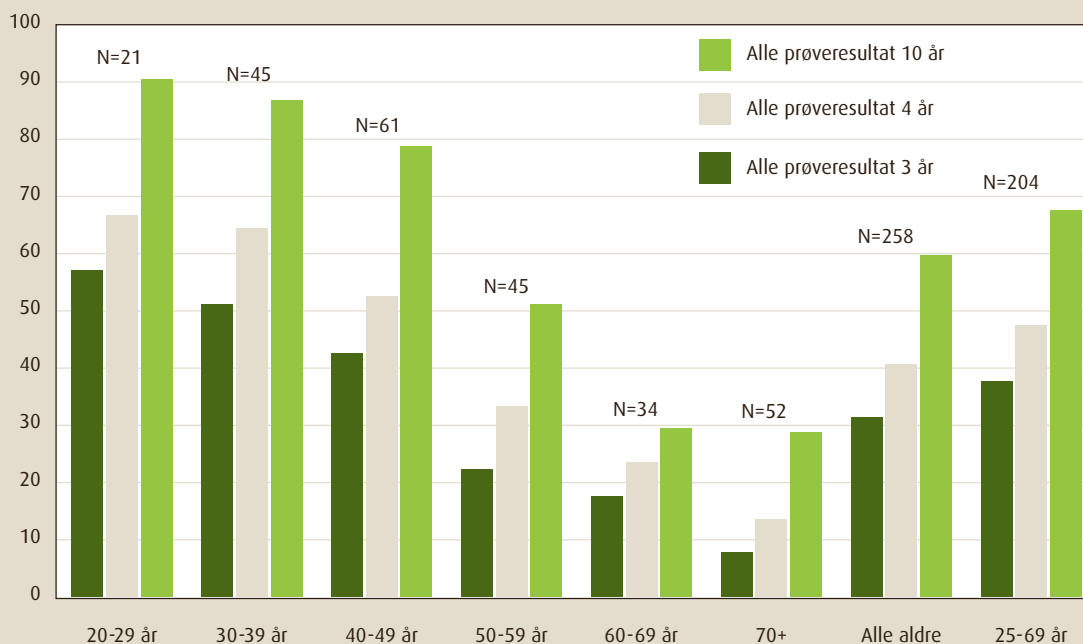
I beregningene inngår den høyeste (dvs. alvorligste) morfologidiagnosen som er registrert i CIN-registrert for histologiske preparater ved utredning. Det er denne diagnosen som sammenlignes med histologisk preparat fra behandlingen der behandling faktisk resulterer i et preparat.

Samsvar mellom histologisk diagnose ved utredning og behandling for moderat dysplasi (CIN2) er samlet 20-30 %, og 74-81 % for alvorlig dysplasi (CIN3).

I screeninggruppen viser det seg at 131 biopsier som i løpet av utredningsfasen er diagnostisert med CIN 2 og 3, har et behandlingspreparat som diagnostiseres som normalt. I samme gruppe får 23 som hadde normal histologi i utredningsfasen, diagnosen CIN 2 eller 3 etter behandling.

4.2.3. Tidligere cervixcytologisk prøve blant kvinner med cervixcancer.

Cervixcytologiske prøver tatt 3, 4 og 10 år før cervixcancer i 2007



Figur 7

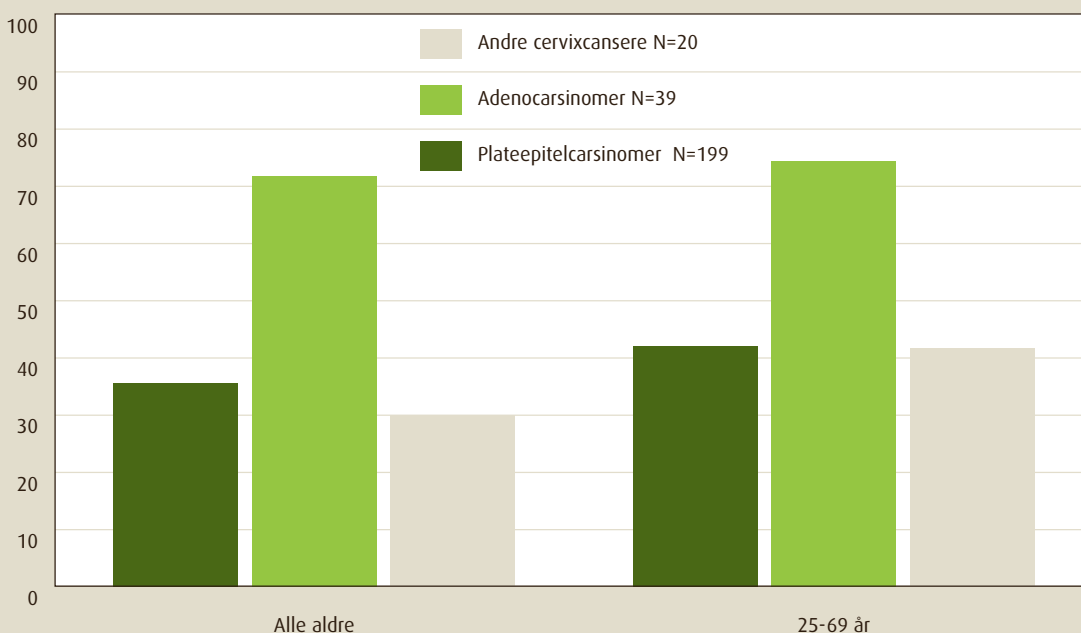
Datakilde: Insidensdatabasen og Cytologiregisteret

Figuren viser andel av kvinner med cervixcancer der det er registrert cervixcytologisk prøve i tidsrommet 10, 4 og 3 år og inntil 6 måneder før diagnosetidspunkt. Cervixcytologiske prøver tatt i perioden 0-6 måneder før cancerdiagnose, er definert som diagnostiske prøver og er ikke tatt med i beregningene.

Det er ikke registrert tilfeller av cervixcancer i aldersgruppen under 20 år i perioden, og gruppen er derfor utelatt i figuren.

I screeninggruppen hadde 37 % tatt cervixcytologisk prøve 3 år før cancerdiagnose, 48 % hadde tatt prøve 4 år før og 68 % hadde tatt prøve 10 år før diagnose. For kvinner i screeningalder, varierer andelen som ikke hadde tatt prøve med alder, og er lavest hos kvinnene i aldersgruppen 60-69 år der bare 18 % hadde en registrert prøve i perioden tre år før diagnosen cervixcancer.

4.2.4. Cervixcancer diagnostisert i 2007 etter histologisk diagnose og etter andel som har tatt cervixcytologisk prøve 4 år til 6 måneder før diagnose.



Figur 8

Datakilde: Insidensdatabasen og Cytologiregisteret

En høyere andel av kvinner diagnostisert med adenokarsinom hadde tatt prøve 4 år til 6 måneder før diagnosen sammenlignet med kvinner diagnostisert med plateepitelkarsinom og andre cancerdiagnoser i cervix.



4.2.5. Cervixcancer diagnostisert i 2007 med cervixcytologiske prøver tatt i perioden fra 6 måneder til 3, 4 og 10 år før diagnose, og andel prøver som var normale

	Antall tilfeller av cervixcancer i 2007	cytologi tatt 3 år før diagnose		cytologi tatt 4 år før diagnose		cytologi tatt 10 år før diagnose	
		Antall kv.m.prøver	Andel* norm. prøver %	Antall kv.m.prøver	Andel* norm. prøver %	Antall kv.m.prøver	Andel* norm. prøver %
25-69 år	204	76	47	97	55	138	67
20-29 år	21	12	50	14	43	19	58
30-39 år	45	23	39	29	52	39	64
40-49 år	61	26	50	32	55	48	69
50-59 år	45	10	40	15	60	23	74
60-69 år	34	6	67	8	63	10	70
70+	52	4	50	7	71	15	73
Alle aldre	258	81	47	105	55	154	68

Tabell 18

Datakilde: Insidensdatabasen og Cytologiregisteret

* Andel med normal prøve av kvinner som har tatt prøve

I screeningalder ble det i 2007 diagnostisert 204 tilfeller av cervixcancer. I 76 av de 204 cervixcancertilfellene var det registrert en cervixcytologisk prøve i perioden 3 år og inntil 6 måneder før diagnose, og hos 47 % av disse var prøven normal. Tilsvarende tall for perioden 4 år før cancerdiagnose, var 97 kvinner med prøver hvorav 55 % normale, og for 10 års perioden 138 kvinner med prøver hvorav 67 % normale.

4. 3. Diagnostikk og behandling

4. 3.1. Kvinner med cervixcytologisk prøve (alvorligste morfologiske diagnose) 2008.

Morfologi	Alle tester		Høyeste morfologi pr kvinne					
	Antall	Prosent	15-24 år		70+ år		25-69 år	
			Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	395 370	92,0	22 739	87,1	13 179	96,5	342 611	94,6
Uegnet	11 849	2,8	936	3,6	211	1,5	7 189	2,0
ASC-US	11 358	2,6	1 202	4,6	123	0,9	6 415	1,8
LSIL	5 669	1,3	974	3,7	11	0,1	2 816	0,8
ASC-H	1 942	0,5	112	0,4	39	0,3	1 117	0,3
AGUS/ ACIS	554	0,1	6	0,0	36	0,3	348	0,1
HSIL	2 790	0,6	131	0,5	21	0,2	1 636	0,5
Cancer	134	0,0	0	0,0	36	0,3	70	0,0
Metastase/ andre cancere	17	0,0	0	0,0	5	0,0	11	0,0
I alt	429 683	100,0	26 100	100,0	13 661	100,0	362 213	100,0

Tabell 19

Datakilde: Cytologiregisteret

Totalt antall tester er forskjellig fra tabell 3 fordi fødselsår er tatt med i grunnlaget for beregningene i tabellen over, men ikke i tabell 3.

Dersom det foreligger flere prøver for samme kvinne, er den høyeste eller mest alvorligste morfologiske diagnosen valgt.

I 2008 ble totalt 429 683 prøver diagnostisert for 401 974 kvinner (alle aldersgrupper). Tabellen viser at i underkant av 10 % av testene er tatt av kvinner i aldersgrupper over eller under anbefalt screeningalder.

4. 3.2. Kvinner med histologisk diagnose fra ulike registre etter alvorligste morfologiske diagnose 2007.

Høyeste morfologi ved hist.	Høyeste morfologi pr kvinne					
	15-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	58	9,6	379	31,6	2897	20,4
Uegnet	7	1,2	80	6,7	391	2,8
Polypp	22	3,6	194	16,2	3494	24,6
Benign uten atypi	102	16,9	381	31,8	3036	21,4
Usikker benign/malign	2	0,3	2	0,2	39	0,3
CIN1	126	20,9	26	2,2	934	6,6
Irregulært cylinderepitel	3	0,5	5	0,4	22	0,2
CIN2	87	14,4	19	1,6	584	4,1
CIN3	192	31,8	30	2,5	2460	17,3
ACIS	2	0,3	4	0,3	100	0,7
Cervixcancer	2	0,3	52	4,3	204	1,4
Metastase	0	0,0	26	2,2	25	0,2
I alt	603	100,0	1198	100,0	14186	100,0

Tabell 20

Datakilde: Histologiregisteret, CIN-registeret, Insidensdatabasen

Histologitilfellene registreres ved å sammenholde databasene for CIN-registeret, Histologiregisteret og Kreftregisterets Insidensdatabase

Tabellen viser alle kvinner som hadde ett eller flere histologieresultater i 2007.

Data fra 2007 og ikke 2008 er presentert fordi Kreftregisterets Insidensdatabase ikke er oppdatert for 2008.

Histologieresultatet som viser høyeste (alvorligste) morfologiske diagnose er valgt, dersom det foreligger flere resultater per kvinne.



CIN2, CIN3 og ACIS er definert som "et tilfelle" dersom alle histologiske prøver med nevnte diagnoser etterfølges av to normale cervixcytologiske prøver i løpet av 9-14 måneder, eller dersom det er gått to år etter forrige histologi. Definisjonene tar utgangspunkt i første histologi for tilfellet.

I 2007 ble det registret 690 tilfeller av CIN2 og 2682 tilfeller av CIN3, 106 tilfeller av adenocarcinoma in situ og 258 cancertilfeller i cervix.

4.3.3. Koniseringer 2002-2007

Aldersgruppe	Antall koniseringer pr år						I alt
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
0-14	0	0	0	0	0	0	0
15-19	27	22	43	24	33	24	173
20-24	170	197	205	220	222	195	1209
25-29	600	628	550	547	566	613	3504
30-34	682	707	719	637	634	622	4001
35-39	484	493	494	514	528	574	3087
40-44	315	335	340	322	387	414	2113
45-49	210	219	210	202	200	233	1274
50-54	140	138	124	120	119	134	775
55-59	112	93	75	88	91	109	568
60-64	48	68	68	62	46	59	351
65-69	36	33	32	28	39	37	205
70+	34	38	27	29	37	45	210
I alt	2858	2971	2887	2793	2902	3059	17470

Tabell 21

Datakilde: Histologiregisteret, CIN-registeret og Insidensdatabasen

Tabellen viser antall koniseringer per år. Det gjøres oppmerksom på at her presenteres resultater basert på data fra CIN-registeret, Histologiregisteret og Insidensdatabasen, mens tabellen under (tabell 24) viser data fra CIN-registeret alene. Vi får dermed ulike resultater for antall koniseringer. Dette bekrefter en mistanke om underregistrering av koniseringer i CIN-registeret.

4.3.4. Gjennomsnittsalder og median alder for konisering pr år 2002-2007.

Aldersgruppe	2002	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Gjennomsnittlig alder (år)	36,8	36,6	36,7	36,3	36,3	37,2	36,7
Median alder	35	34	34	34	35	35	35

Tabell 22

Datakilde: CIN-registeret

Gjennomsnittlig alder er vel ett år høyere enn median alder og er beregnet med utgangspunkt i CIN-registeret.

4. 3.5. Resultater fra CIN-registeret (diagnostikk og behandling av premaligne lidelser i cervix) Omfang 2002-2007

År	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Antall innsendte skjema per diagnoseår	2873	2874	2834	2684	2751	2934
Antall behandlinger per beh.år	2541	2677	2643	2531	2604	2642

Tabell 23

Datkilde: CIN-registeret

Diskrepans mellom antall innsendte skjema og antall behandlinger skyldes sannsynligvis at det i flere tilfeller kun har vært foretatt en utredning og ikke behandling – enten fordi behandling ikke var indisert, eller fordi behandlingen skjedde det påfølgende år.

Behandling 2002-2007

Type	Diagnoseåret					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
hysterektomi	33	45	43	36	44	35
knivkonisering	26	34	27	19	33	18
diatermikniv	429	474	452	471	357	342
laserkonisering	1174	975	958	783	713	735
radiobølger	5	0	0	0	0	0
slynge	896	1104	1103	1179	1375	1563
laser vaporisering	22	22	25	11	11	9
kryobehandling	3	1	3	1	2	0
annet	26	20	18	20	16	18
behandling ikke indisert	247	193	196	150	178	198
ikke oppgitt	12	6	9	14	22	16
I alt	2873	2874	2834	2684	2751	2934

Tabell 24

Datkilde: CIN-registeret.

Diagnoseåret er det samme som dato for første biopsi. Hvis det ikke er tatt biopsi, er diagnose satt til behandlingsdato.

Tabellen viser antall og type behandlinger og synliggjør en reduksjon i forekomst av laserkoniseringer og økning av koniseringer med diatermislynge.



Behandlingstype og reseksjonskanter 2007. Prosent

Behandlingstype	Reseksjonskanter							Total	Antall
	frie	øvre/nedre ikke frie	nedre ikke frie	øvre ikke frie	kan ikke evalueres	Uoppgitt/ ukjent	Benign histologi		
hysterektomi	56	3		3			39	100	36
knivkonisering	71		6	12	6		6	100	17
diatermikniv	62	4	4	7	10	4	9	100	342
laserkonisering	62	3	6	13	6	2	7	100	735
slynge	66	3	6	9	7	2	7	100	1486
annen spes.beh.	50					10	40	100	10
Ikke oppgitt						75	25	100	4
Total	64	3	6	10	7	2	7	100	2620
Total uten benign hist.	69	3	6	11	8	2		100	2424

Tabell 25

Datkilde: CIN-registeret

Tabellen viser at andelen operasjonspreparater med frie reseksjonskanter i 2007 var 69 %.

4. 4. Laboratorieresultater 2008

4. 4.1. Cervixcytologi

Cervixcytologi, morfologiske diagnoser per laboratorium 2008. Fordeling.

Lab nr er anonymisert	Normal	Normal, men mangel endocervikalt sylindere eller metaplastisk epitel	Normal men 50-70% er dekket av blod, betennelse eller forurensning	Uegnet	ASC-US	LSIL	ACS-H	HSIL	SCC	AGUS	ACIS	ACC	Andre CC
A	89,8	3,3	2,8	2,5	0,8	0,3	0,1	0,2	0,00	0,05	0,01	0,01	0,00
B	87,3	3,9	2,0	2,3	1,8	1,2	0,6	0,8	0,01	0,09	0,02	0,01	0,00
C	87,9	3,2	1,9	3,4	1,8	0,7	0,1	1,0	0,02	0,01		0,00	
D	83,9	5,9	2,7	2,4	2,0	1,5	0,6	0,9	0,02	0,12	0,02	0,01	
E	86,2	3,4	2,7	2,8	2,1	1,1	0,6	0,9	0,03	0,13	0,01		
F	83,3	7,2	0,7	2,1	2,4	3,0	0,4	0,9	0,03	0,15	0,01	0,02	0,01
G	91,5	1,2	1,9	1,2	2,6	0,9	0,3	0,4		0,04	0,02	0,02	
H	85,1	5,5	1,3	3,5	2,6	0,9	0,4	0,5	0,02	0,09	0,02	0,03	0,02
I	86,0	3,0	2,1	3,2	2,6	1,6	0,5	0,8	0,01	0,15	0,02	0,02	0,02
J	85,3	2,1	3,4	2,0	3,1	2,5	0,8	0,7		0,13	0,01		0,01
K	84,0	3,8	1,0	3,7	3,3	2,2	0,5	1,2	0,02	0,19	0,03	0,02	0,00
L	83,9	2,6	1,8	5,5	3,7	1,2	0,5	0,5	0,02	0,23	0,02		
M	85,2	4,3	1,1	2,2	3,7	2,1	0,3	0,8	0,04	0,09	0,04		
N	82,1	5,1	2,1	3,1	3,7	1,9	0,9	0,9	0,02	0,10	0,03	0,02	
O	85,9	4,8	1,4	1,8	3,7	0,9	0,8	0,5	0,04	0,12	0,02	0,01	
P	87,3	4,7	1,0	1,0	3,9	1,4	0,4	0,3	0,01	0,06	0,01		0,01
Q	84,7	0,1	4,1	2,7	4,4	2,1	0,5	0,7	0,07	0,48		0,07	
R	74,0	4,7	0,8	2,4	4,7	7,9	2,4	3,1					
S	83,1	2,9	1,9	2,1	6,4	1,9	0,5	0,8	0,04	0,22	0,01	0,01	
Gjennomsn.	86,4	3,6	2,0	2,8	2,6	1,3	0,5	0,6	0,02	0,11	0,02	0,01	0,00
Totalt antall prøver	371484	15481	8504	11851	11361	5670	1943	2791	69	472	82	48	17

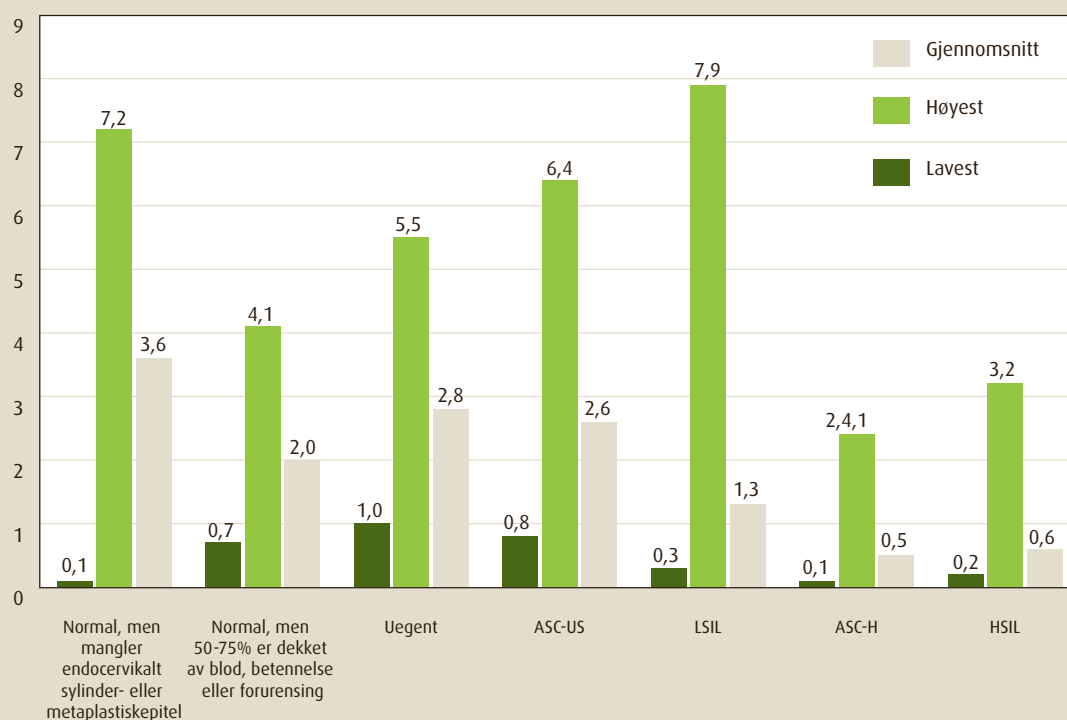
Tabell 26

Datakilde: Cytologiregisteret

Det ble registrert totalt 429 790 cervixcytologiske prøver i 2008. I alt 17 prøver er utelatt fordi diagnosen ikke primært var knyttet til cervix, men var registrert som metastase eller annet. Antall prøver hvert laboratorium analyserer, varierer fra 127 til 76 986. Fem laboratorier besvarer færre enn 15 000 cervixcytologiske prøver, som er det lavest antallet celleprøver som laboratorier bør besvare per år, jf. Kvalitetsmanual for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft fra 2005 (3).



Cervixcytologi, variasjon i morfologiske diagnoser 2008.



Figur 9

Datakilde: Cytologiregisteret

Figuren viser variasjon i de mest benyttede morfologiske diagnosene for cervixcytologi som er vist i tabell 26. En mulig årsak til de relativt store variasjonene, kan være at noen laboratorier ikke analyserer cervixcytologiske prøver som blir tatt som del av rutinescreening, men har en relativt høy andel unormale prøver, mens andre i liten grad analyserer prøver fra gynekologiske avdelinger og derfor har en lavere andel unormale prøver.

4. 4.2. Histologi

Histologidiagnoser per laboratorium 2008. Fordeling

LAB	Normal	Benign	Uegnet	San. Malign	CIN1	CIN2	CIN3	Plateepitel cancer	Irr./lett/moderat dysplasi i sylinderepitelet	ACIS	Adenocarinom	Andre Cancere	Cancer usp.
A	14,5	23,1	2,1	0,5	2,4	3,2	18,1	21,1	0,7	2,5	5,7	1,4	0,9
B	16,9	58,3	3,5	0,2	7,4	3,0	9,0	0,7		0,2	0,5		
C	18,6	33,4	1,8	0,8	3,8	4,4	32,6	2,1	0,3	0,8	1,1	0,0	0,0
D	13,3	32,9	2,5	0,3	9,6	8,9	28,4	2,1	0,3	0,3	1,1		0,1
E	11,7	42,3	4,3	1,6	4,9	6,0	23,4	2,1	0,1	1,4	1,1		
F	16,9	26,3	5,1	1,0	11,4	15,7	20,8	1,0	0,5	1,0	0,2	0,0	0,0
G	8,5	59,7	3,5	0,4	7,8	2,8	15,5	0,5	0,0	0,9	0,5		0,0
H	14,1	32,8	3,2	3,8	4,9	5,8	31,2	1,3	0,7	1,6	0,3		
I	18,1	46,3	2,5	0,1	5,6	10,5	14,4	1,2	0,1	0,2	0,5		
J	26,4	35,0	1,4	0,3	9,3	11,7	14,5	0,7	0,3	0,3	0,1	0,0	
K	32,0	35,1	1,4	0,2	6,9	4,9	16,6	1,4	0,1	0,2	0,6		
L	17,8	38,7	2,0	0,5	8,7	4,5	25,0	1,0	0,2	1,2	0,3	0,0	0,0
M	8,0	38,5	3,1	0,5	16,9	12,1	18,5	0,6	0,2	0,5	0,2	0,2	0,2
N	22,3	30,5	0,9	0,4	5,4	6,3	31,6	0,5	0,1	0,7	0,5	0,1	0,0
P	26,1	30,1	10,3	1,7	1,5	1,4	26,6	0,7		0,2	0,3		
R	20,7	36,9	2,6	0,4	6,0	7,4	22,4	1,4	0,0	1,4	0,4	0,0	0,0
S	30,2	33,1	1,6	0,9	7,2	5,0	19,6	0,7	0,1	1,0	0,4		
T	24,0	47,0	4,2	0,0	6,9	3,3	11,7	1,2	0,6	0,3	0,0	0,0	0,0
U	52,2	18,2	5,8	0,0	1,2	3,7	16,1	0,8	0,4	0,0	1,0	0,0	0,2
V	19,8	37,1	3,0	0,7	6,6	6,8	21,7	1,9	0,2	0,7	0,8	0,1	0,1
Gjennomsnitt	25,8	29,0	1,5	0,6	7,2	11,3	22,1	1,0	0,0	0,9	0,5	0,0	0,0
Totalt antall prøver	4 292	8 052	656	159	1 433	1 474	4 712	414	48	161	164	20	17

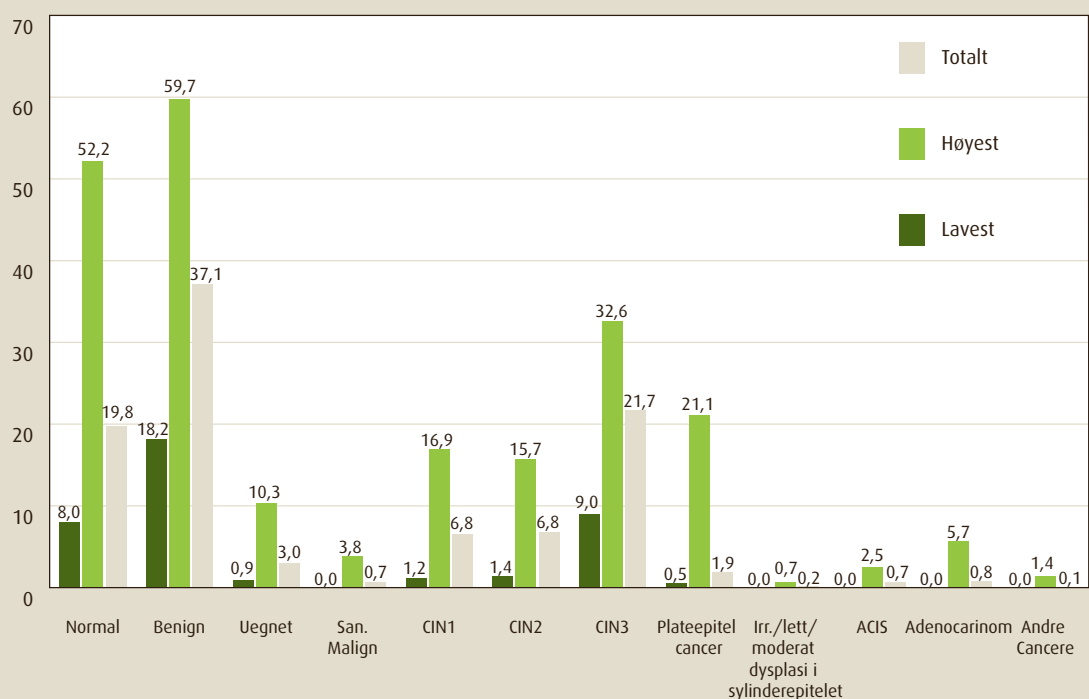
Datakilde: Histologiregisteret

Laboratoriene er anonymisert, men ikke som i tabell 26 slik at for eksempel lab A i tabellene ikke er identiske.

Tabellen viser at totalt 21 704 histologiske preparater fra cervix ble undersøkt ved tilsammen 20 laboratorier i 2008. I denne tabellen er 133 preparater utelatt fordi morfologisk diagnose mangler, eller fordi diagnosen ikke var knyttet primært til cervix som for eksempel ved metastase. Antall preparater fra det enkelte laboratorium varierer fra vel 300 til 2100, de fleste diagnostiserer mellom 1000 og 2000 preparater.



Variasjon i histologidiagnoser 2008.



Datakilde: Histologiregisteret

Figuren viser lavest, høyest og gjennomsnittlig andel (prosent) av ulike histologidiagnoser som er vist i tabell 27.

4. 4.3. Tilbakemeldinger fra laboratorier/behandlende lege på brev fra Masseundersøkelsen om

Tilbakemelding	
Ny prøve tatt etter brev fra Masseundersøkelsen	113
Mangler tilbakemelding fra lege	10
Sendt lege på nytt	4
Lege har ikke innkalt kvinnen til kontroll	22
Lege har innkalt, kvinnen har ikke respondert	25
Utsatt behandling pga svangerskap	5
Kvinnen ønsker ikke videre behandling	2
Kvinnen er hysterektomert	34
Feilkoding – patologilaboratoriet	10
Svikt i overføring av resultater fra laboratoriet	22
Avsluttet oppfølging	15
Totalt utsendte brev i 2008	149

Datakilde: Histologiregisteret, Cytologiregisteret

Masseundersøkelsen sender brev til laboratorier hvis oppfølging etter alvorlig histologisk diagnose mangler dersom laboratoriet selv har anbefalt slik oppfølging. Brev sendes først til det aktuelle laboratoriet og ved behov eventuelt til prøvetaker ni måneder etter at cytologisk prøve er besvart (vedlegg 12). Ordningen ble innført 1. mars 2008 og tabellen viser tilbakemelding fra laboratoriene og legene på brev fra 1.3- 31.12.2008.



5. Referanser

1. Haldorsen T, Skare GB, Steen R, Thoresen SØ.
Livmorhalskreft etter ti års offentlig koordinert screening. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:682-5.
2. International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition. European communities 2008 (ISBN 978-92-79-07698-5)
3. Kvalitetsmanual. Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Faglig rådgivningsgruppe for masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Mai 2005.
(<http://www.kreftregisteret.no/no/Forebyggende/Masseundersokelsen-mot-livmorhalskreft/Kvalitets-manual/>)

6. Vedlegg

Vedlegg 1. Klassifikasjonssystemer og ordliste

Cytologiske klassifikasjonssystemer

Tidligere klassifikasjonssystemer				Brukes i dag
Papanicolaou	WHO	CIN	Bethesda system 1992	Bethesdasystem 2003
I	Normal			Normal morfologi UNS
II	Atypia		Infeksjon/ reaktive forandr.	
			ASCUS	ASC-US
				ASC-H
	Atypical glandular cells		AGUS	Irregulært sylinderepitel (AGUS)
III	Mild dysplasia	Condyloma	LSIL	LSIL
		CIN I		
	Moderate dysp.	CIN II	HSIL	HSIL
IV	Severe dysplasia	CIN III		
	CIS			
	AIS	CGIN	AIS	AIS
V	Invasive carcinoma			

Obs: metaplasi er en beskrivelse av en fysiologisk prosess og trenger ingen utredning.

© Norsk gynekologisk forening

Ordliste

ASC-US: Irregulære plateepitelceller med forandringer av usikker betydning («atypical squamous cells of undetermined significance» i original Bethesda utgave 2001).

ASC-H: Irregulære plateepitelceller med forandringer som kan gi mistanke om høygradig lesjon, men som ikke fyller alle kriteriene til diagnosen HSIL («atypical squamous cell, cannot exclude HSIL» i original Bethesda 2001).

LSIL: Lavgradig skvamøs intraepitelial lesjon.

HSIL: Høygradig skvamøs intraepitelial lesjon.

AGUS: Irregulært sylinderepitel/kjertelepitel av usikker opprinnelse og/eller signifikans. («atypical glandular cells of undetermined significance» i original Bethesda 2001).

ACIS/AIS: Adenocarcinoma in situ.

CIN: Cervical intraepitelial neoplasi.

CGIN: cervical glandulær intraepitelial neoplasi



Vedlegg 2. Rekvisisjonsskjema, cervixcytologi

Prøvenummer (for lab.)

Akershus Universitetssykehus
 PATOLOGISK ANATOMISK AVDELING
 1478 LØRENSKOG
 TLF. 67 92 84 50

CYTOLOGI

REKVIRENDE LEGES DEL

REKVIRENT Navn lege Avd./sykehus Legesenter Adresse Tit. Rekvirent-kode HPR-nummer	PASIENT Fødselsdato og personnummer <input type="checkbox"/> Innlagt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Etternavn Fornavn Postnr. og bostedsfylke Kjønn: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
--	--

REKVIRENDE LEGES DEL

KLINISK DIAGNOSE / FUNN
PROBLEMSTILLING

Kvinnen samtykker ikke til at normal prøve opprettes i Cytologiregisteret (Krysses av for hånd, se baksiden) Tid. relevant hist/cyt. ut. (inkl. nr./årdiagnose)

CYTOSTATIKABEHANDLING? Hvike År Mnd. (husk siste år) STRÅLEBEHANDLING (inkl. ut) År Mnd. (husk siste år)

REKVIRENDE LEGES DEL

GYNEKOLOGISK MATERIALE <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Endometrium	TIDLIGERE GYNEKOLOGISK BEHANDLING: <input type="checkbox"/> El.Koag./Kryo/Laser <input type="checkbox"/> Konisering/Cervixamputasjon <input type="checkbox"/> Supravaginal uterusamputasjon <input type="checkbox"/> Hysterektomi <input type="checkbox"/> Uteri <input type="checkbox"/> Bilateral oophorectomy <input type="checkbox"/> Annet: _____ <input type="checkbox"/> Behandlet når: _____	OPPLYSNINGER: <input type="checkbox"/> Siste menstruasjon Dato: _____ <input type="checkbox"/> Er gravid <input type="checkbox"/> Post partum Fødsel dato: _____ <input type="checkbox"/> IUD/Spiral <input type="checkbox"/> P-pille <input type="checkbox"/> Menopause inntrådte Når: _____ <input type="checkbox"/> Descens/Prolaps <input type="checkbox"/> Digitalis/Noletorin/Hormoner: _____
---	--	--

REKVIRENDE LEGES DEL

ANNET CYTOLOGISK MATERIALE

Bronchialutstryk
 Ekspektorat Prøve 1 Prøve 2 Prøve 3 Finneråsprøye
 Pleurvæske Høyre Venstre Annet materiale Fra (organ/side): _____
 Acsites stk. fiskeste prøverglass
 Uteri (sporfart) Prøve 1 Prøve 2 Prøve 3 stk. ufiskeste prøverglass
 CITO Cytoskopi Dato: _____
 Urografi Dato: _____

Til: _____ Rekvirerende lege: _____ **PRØVEDATO:** _____

LABORATORIETS DEL

CYTOLOGISK VURDERING

Mottatt: _____ utstryk _____ Laget: _____ glass _____ spesialprep: _____

<input type="checkbox"/> T 83000 Cervix Konvensjonelt utstryk <input type="checkbox"/> T 83100 Cervix Vatskebasert prøve	<input type="checkbox"/> M 09010 Ingen diagnose/ugjettig prøve <input type="checkbox"/> M 00100 Normal morfologi <input type="checkbox"/> M 00110 Normal morfologi, men mangler endocerviciale celler <input type="checkbox"/> M 00120 Normal morfologi, men forurenset - se beskrivelse	<input type="checkbox"/> M 69100 ASC-US <input type="checkbox"/> M 80701 ASC-H <input type="checkbox"/> M 69701 L SIL <input type="checkbox"/> M 80752 H SIL <input type="checkbox"/> M 80703 Patephelkarzinom <input type="checkbox"/> M 81401 AGUS <input type="checkbox"/> M 81402 ACIS <input type="checkbox"/> M 81403 Adenokarsinom <input type="checkbox"/> M 80103 Karsinom (uten nærmere spesifisering) <input type="checkbox"/> M 80006 Metastase fra malign tumor <input type="checkbox"/> M 80009 Malign tumor, usikker primær eller metastase
---	---	--

T _____ M _____
 T _____ M _____
 T _____ M _____

Ny cytologisk prøve anbefales snarest etter behandling etter 1 3 6 12 mnd. Histologisk ut. anbefales HPV-test anbefales

Screenere: _____ Besvart dato: _____ Lege: _____

Whitson & Jensen



Kode og tekst fram til 31.12.2004	Nye koder	Diagnose tekst	Anbefalt oppfølging
09000 ingen diagnose/uegnet prøve	09010	Materialet uegnet for diagnostikk	Ny celleprøve og HPV test om 6 måneder
00100 Normal/benign	00100	Normal morfologi UNS	Ny celleprøve om 3 år
	00110	Normal morfologi, men mangler endocervikalt sylinderepitel eller metaplastisk epitel	Ny celleprøve om 3 år
	00120	Normal morfologi, men 50-75% av epitelcellene er dekket av blod, betennelsesceller eller annen forurensing	Ny celleprøve om 3 år
69000 Sannsynlig benign m/kontroll	69100	ASC-US, Irregulære plateepitelceller med forandringer av usikker betydning	Ny celleprøve og HPV test om 6 måneder
80001 Usikker benign/malign	80701	ASC-H, Irregulære plateepitelceller med forandringer som kan gi mistanke om høygradig lesjon, men som ikke fyller alle kriteriene til diagnosen HSIL	Kolposkopi og biopsi
76700 HPV/condylom	69701	LSIL, Lavgradig skvames intraepitelial lesjon	Ny celleprøve og HPV test om 6 måneder
74006 Lett dysplasi (CIN I)			
74007 Moderat dysplasi (CIN II)	80752	HSIL, Høygradig skvames intraepitelial lesjon	Kolposkopi og biopsi
80702 Grov dysplasi/carcinoma in situ (CIN III)			
80703 Plateepitelkarsinom	80703	Plateepitelkarsinom En malign infiltrerende tumor bestående av plateepitel	Kolposkopi og biopsi
81401 Irregulært sylinderepitel	81401	AGUS, Irregulært sylinder/kjertelepitel av usikker opprinnelse og/eller signifikans. (Enten endocervicale celler eller endometrie celler som viser kjernetforandringer på grunn av reaktive eller reparative forandringer, men mangler trekkene til ACIS, respektive et infiltrerende karsinom.)	Kolposkopi og biopsi
81402 Atypisk sylinderepitel	81402	ACIS, Adenokarsinom in situ	Kolposkopi og biopsi
81403 Adenokarsinom UNS	81403	Adenokarsinom UNS. (Koden benyttes om adenokarsinom primært utgått fra cervix)	Kolposkopi og biopsi
80103 Karsinom UNS	80103	Karsinom UNS. (Koden benyttes for alle andre invasive lesjoner i cervix, nærmere klassifisering gjøres evt i tekstfeltet.)	Kolposkopi og biopsi
80006 Metastaser	80006	Metastase fra malign uklassifiserbar tumor. (Koden brukes selv om det er mulig å klassifisere tumor)	Kolposkopi og biopsi
80009 Usikker primær eller metastatisk tumor	80009	Usikker primær tumor eller metastase.	Kolposkopi og biopsi

(UNS = Uten nærmere spesifisering)

Retningslinjer for cytologisk prøvetaking fåes ved å kontakte laboratoriet.

RESERVASJON MOT REGISTRERING AV NORMALPRØVER I SENTRALT CYTOLOGIREGISTER

Kvinner med *normale* prøvesvar fra livmorhalsen skal gi samtykke til at personopplysningene følger prøven i Cytologiregisteret, jfr. Kreftregisterforskriften i Helseregisterloven, om masseundersøkelsen § 1-9 siste ledd.

Dette gjennomføres ved at prøvetakende lege må krysse av remissen hvis kvinner *ikke* samtykker. Det er altså behandlende leges ansvar å se til at samtykke innhentes. Det skal krysses for *hånd* slik at det ikke er tvil om plassering av krysset i korrekt boks.

Denne avmerkingen sendes via laboratoriet til Cytologiregisteret som foretar anonymiseringen innen seks måneder.

Hvis en kvinne har fjernet livmorhalsen, ikke ønsker påminningsbrev og eller være registrert i Cytologiregisteret overhode, må reservasjonsskjema (ligger på www.Kreftregisteret.no) fylles ut eller man kan skrive til Kreftregisteret, masseundersøkelsen.



Vedlegg 3. CIN-skjema

F 12233

Meldeskjema/journal ved oppfølging/behandling av premaligne tilstander i cervix uteri

Sykehus (stempel): _____ Navn: _____
Adresse: _____
Postnr.: _____ Poststed: _____
Fødselsnr.: _____

Tidligere behandlet for premalign eller malign tilstand i cervix uteri? ja 1 gang 2 ganger nei vet ikke

Hvis ja, når sist behandlet? mnd _____ år _____ Type behandling
 knivkonisering laserkonisering diatermikniv/nål
 slynge laser-vaporisering annet _____
 kryobehandling

Hva var mest uttalte histologi i preoperative prøver og/eller kon.-prep.? CIN-I CIN-II CIN-III
 adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Røyking Gjennomsnittlig antall sigaretter per dag. 0 = røyker ikke, 99 = ukjent _____
Antall fødte barn 0 1 2 3 4 5 6 el. flere _____ lege signatur _____

Cyt. funn som grunnlag for henvisning normal (00100) normal (00110) normal (00120) LSIL HSIL ASC-H
 adenocarcinoma in situ plateepitelcarinom adenocarcinom ASCUS AGUS Uegnet Ikke tatt Ukjent

Kolposkopi. Sees hele overgangssonen? ja nei ikke utført ukjent

Premaligne forandringer til stede? ja nei ikke utført ukjent

Preoperativ histologi mnd _____ år _____ Patologisk lab., navn _____
Preparatnr. _____

Histologi portio-biopsi normal CIN-I CIN-II CIN-III Tilleggsindikasjon _____
 adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Histologi cervical abrasio normal CIN-I CIN-II CIN-III
 adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Aktuell behandling Tidligere sykdommer: _____ Sykmelding ja nei
Allergi: _____ Medikamenter: _____
BT: / Cor: _____ Pulm: _____
GU: VVP: _____ Uterus: _____
Annet: Adnex: _____ Avtale om kontroll poliklinisk/ behandlingssted egen lege/ henvisende lege

Behandlings- dag mnd år Type behandling kryobehandling diatermikniv/nål
dato _____ beh. ikke nødvendig laserkonisering hysterektomi
 knivkonisering laser-vaporisering annet _____
 slynge

Per-postoperative komplikasjoner ingen blødning, tamponade blødning, sutur _____
 perforasjon, peritoneum perforasjon, blære _____
 blødning, hysterektomi annet _____

Histologi operasjonspreparat Preparatnummer _____
 normal CIN-I CIN-II CIN-III _____
 adenocarcinoma in situ plateepitelca. adenocarcinom reaktive forandr./inflammatorisk preg HPV ukjent

Reseksjonskanter? frie øvre ikke frie nedre ikke frie øvre og nedre ikke frie kan ikke evalueres ukjent

Vekt/mål operasjonspreparat gram milliter _____
(uttrykk for hvor mye som er fjernet)

Journalnotat foreligger ja nei Meldt av _____
Blokkskrift/stempel _____

Til henvisende lege

Date: 29.09.99

CIN-journalen: Diagnosekoder

ICD-10	Diagnose
A63.0	Anogenitale vorter
C53.0	Ca cerv. ut. (endocervix)
C53.9	Ca cerv. ut. (uspesifisert)
D06.0	Ca in situ - endocervix (CIN III)
D06.1	Ca in situ - ectocervix (CIN III)
D06.9	Ca in situ - uspesifisert
D07.1	Ca in situ ytre genitalia (vulva) - VIN III
D07.3	Ca in situ i uspesifiserte kjønnsorganer
N72	Cervicitt, endocervicitt, exocervicitt
N76.8	Andre spesifikke betennelser i skjede og ytre kvinnelige kjønnsorganer
N86	Erosjon og ektopi i livmorhalsen
N87.0	CIN I (lett dysplasia)
N87.1	CIN II
N87.9	Uspesifisert dysplasia i livmorhalsen
T81.0	Blødning/hematom etter kir. inngrep i cervix uteri

Behandlingskoder

Klassifikasjon av kirurgiske inngrep 1999, Nomesko - KITH - Statens Helseilsyn

LD	Cervix uteri
LDA	Dilatasjon, utskrapning og biopsi av cervix uteri
LDA 00	Dilatasjon av cervix uteri
LDA 10	Utskrap. av cervix ut. (inkluderer ikke hysteroskop. biopsi)
LDA 20	Biopsi av cervix ut.
LDB	Ekstirpasjon og destruksjon av lesjon i cervix uteri
LDB 00	Ekstirp. av lesjon i cervix ut. (for eks. polyp)
LDB 10	Kryokirurgi
LDB 20	Elektrokoagulasjon eller laserterapi/laservaporisering
LDC	Eksisjon av cervix uteri (ikke kulpoperineoplastikk)
LDC 00	Konisering - kniv
LDC 03	Konisering - dilatormi eller laser
LWD	Komplikasjoner
LWD 00	Sutur for blødning etter inngrep i cervix uteri

LC	Uterus med ligamenter
LCA 13	Fraksjonert utskrapning
LCD 00	Hysterektomi
LCD 01	Total laparoskopisk hysterektomi (bjelpeinsisjon)
LCD 04	Laparoskopisk hysterektomi (vag. uttak prep.)
LCD 10	Vaginal hysterektomi
LCD 11	Laparoskopisk assist. vaginal hysterektomi
LCD 30	Radikal hysterektomi (Wethim-Meigs)
LCD 31	Radikal laparoskopisk hysterektomi
LCD 40	Radikal vaginal hysterektomi
LCD 96	Annen hysterektomi
LCD 97	Annen laparoskopisk hysterektomi



Vedlegg 4. Nytt mandat for Rådgivningsgruppen fra 1.9.2009.

Helsedirektoratet har utarbeidet et nytt mandat for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft etter innspill fra Rådgivningsgruppen og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Mandatet er godkjent av HOD.

Innledning

Rådgivningsgruppen ble opprettet i 2001 etter forslag i evalueringsrapporten for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft i Norge, 1992-1998.

Rådgivningsgruppen er oppnevnt av Helsedirektoratet som også fastsetter gruppens mandat. Kreftregisteret fungerer som sekretariat.

Mandat

Rådgivningsgruppen har rådgivende funksjon og tilbyr Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (heretter Programmet) råd, innspill og vurdering i følgende saker:

- Kvalitetssikring av Programmet, herunder å utarbeide og oppdatere en Kvalitetsmanual som bl.a. skal inneholde krav til prøvetaking, forsendelse av prøver, diagnostisering, svarrapportering til rekvirent og Kreftregisteret samt Kreftregisterets oppfølging av prøvesvar og tilbakemelding til kvinnene.
- Oppdatering av kvalitetsmanualen hvert 5. år.
- Innføring/endring av nye rutiner/ny teknologi/nye tester som inngår i Programmet.
- Revisjon av remissene i Programmet.
- Om resultatene i Programmet er i samsvar med målsettingen basert på fortløpende orientering. Gi råd om eventuelle tiltak.
- Skriftlig informasjon fra Programmet til rekvirentene, laboratoriene og kvinnene.

Rådgivningsgruppen bør tilstrebe å gi enhetlige råd. Ved uenighet i enkeltsaker, skal dissens synliggjøres ved optelling og resultatet skal dokumenteres i møtereferatet.

Rådgivningsgruppen skal ha medlemmer fra Den Norske Patologforening, Norsk Forening for Klinisk Cytologi, Norsk Gynekologisk Forening, Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi, Norsk forening for allmennmedisin, Bioingeniørutdanningen, Bioingeniørfaglig institutt, Norsk forening for epidemiologi, Norsk Forening for Mikrobiologi, Nasjonalt referanselaboratorium for HPV. Medlemmene utpekes av de respektive fagmiljøene/institusjonene.

Medlemmene oppnevnes for fire år med mulighet for reoppnevning i fire nye år, men med maksimum åtte års funksjonstid. Helsedirektoratet utnevner leder av Rådgivningsgruppen blant gruppens medlemmer, etter forslag fra gruppen.

Ledelsen for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft ved Kreftregisteret rapporterer Rådgivningsgruppens virksomhet til Helsedirektoratet ved oversendelse av en Årsrapport med kopi til Helse- og omsorgsdepartementet.

Helsedirektoratet nedsetter en styringsgruppe for Rådgivningsgruppen representert ved Kreftregisteret (Helse Sør Øst), RHF'ene, allmennlegeforeningen samt Helsedirektoratet innen utgangen av 2009. Styringsgruppen skal blant annet ta stilling til rådene fra Rådgivningsgruppen.



Vedlegg 5. Refusjon ved HPV-testing

Forskrift om endringer i forskrift 1. desember 2000 nr. 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak.

Fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 24. juni 2005 med hjemmel i lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1a fjerde ledd, § 4-1 annet ledd, § 5-5 nr. 1 og nr. 2, lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) § 5-1 siste ledd og lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 6-2.

I forskrift 2000-12-01 nr 1389 om godtgjørelse av utgifter til legehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak gjøres følgende endringer:

701k *Testing for human papiloma virus (HPV)* 600 R3bb

Merknad R2:

Takstene kan kun benyttes av spesialister innen Immunologi og transfusjonsmedisin, klinisk kjemi, medisinsk genetikk, medisinsk mikrobiologi og patologi ved regionsykehus, sentralsykehus, Det norske radiumhospital og Statens institutt for folkehelse.

Takstene kan kun benyttes til pasientrettede og medisinske faglige begrunnede analyser. Takstene gjelder ikke klamydia eller kommersielle kits til påvisning av infektiose agens, med unntak av mykobakterier. Molekylærbiologiske takster som ikke er generelle, er nevnt under den enkelte spesialitet.

Takstene under merknad R2 kan ikke kreves for HPV-testing, jf. takst 701k.

Merknad R3bb

Takst 701k kan enten kreves ved mistanke om HPV-infeksjon (cytologisk diagnose ASC-US eller LSIL) eller ved uegnet cytologi. Taksten kan bare kreves for kvinner mellom 25 og 69 år

Forskrift om endringer i forskrift 27. juni 2003 nr 959 om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling i private medisinske laboratorie- og røntgenvirksomheter.

Fastsatt av Helsedepartementet [dato for påskrift] juni 2005 med hjemmel i lov av 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdloven) § 5-5 fjerde ledd og § 22-2 andre ledd, lov av 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer § 6-2, lov av 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) § 5-1 siste ledd og lov av 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. § 5-5 nr. 1 og 2.

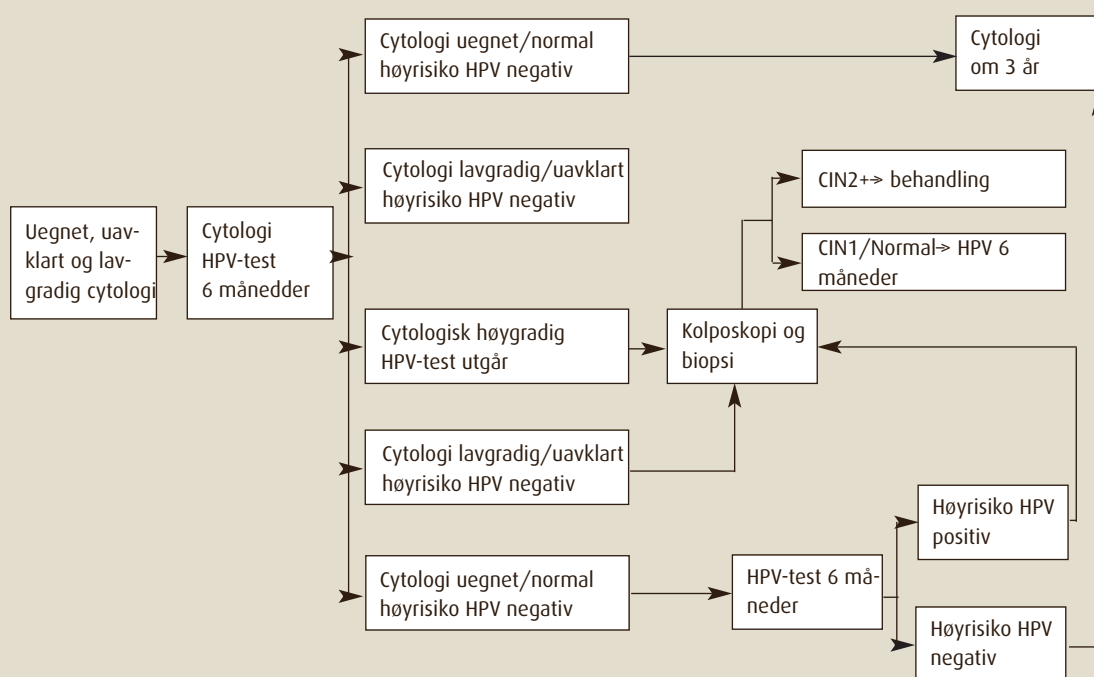
871	Testing for human papiloma virus (HPV)	600,-	F7	0
-----	--	-------	----	---

Merknad F7

Takst 871 kan enten kreves ved mistanke om HPV-infeksjon (cytologisk diagnose ASC-US eller LSIL) eller ved uegnet cytologi. Taksten kan bare kreves for kvinner mellom 25 og 69 år.



Vedlegg 6. Flytdiagram 2005-2009



Vedlegg 7. Informasjonsbrev til 25-åringar



Invitasjon til deg som fyller 25 år

Celleprøve fra livmorhalsen kan redde liv

I Norge anbefaler helsemyndighetene at alle kvinner mellom 25 og 69 år tar celleprøve fra livmorhalsen hvert tredje år. Celleprøven kan avdekke alvorlige celleforandringer som kan føre til livmorhalskreft. Det finnes effektiv behandling for alvorlige celleforandringer.

Over halvparten av kvinnene som får livmorhalskreft, har ikke tatt celleprøve. Derfor anbefaler vi deg å ta en prøve hvert tredje år.

Bestill time hos din egen lege, møt opp, be om informasjon og ta prøven.

- ✿ Hvorfor er det viktig for meg å ta celleprøve?
- ✿ Hvor kan jeg ta celleprøve?
- ✿ Jeg har nettopp tatt celleprøve.
- ✿ Jeg ønsker ikke å motta flere brev med anbefaling om å ta celleprøve.
- ✿ Jeg samtykker ikke til registrering i Kreftregisteret.



Snu arket for mer informasjon

Alle resultater fra celleprøvene registreres i Kreftregisteret, også resultater fra prøver med normale funn. Du kan reservere deg mot at personidentifiserbare opplysninger ved normale funn blir lagret i Kreftregisteret – se baksiden av brevet.

Med vennlig hilsen

Bente Kristin Johansen

Bente Kristin Johansen
Leder Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

VENNLIGST ADRESSER POST TIL KREFTREGISTERET OG IKKE TIL ENKELTPERSONER

Postadresse
Postboks 5313 Majorstuen, 0304 Oslo

Kontoradresse
Fr. Nansens vei 19

Telefon: 22 45 13 00
Telefaks: 22 45 13 70

E-post: masseundersokelsene@krefregisteret.no
Internett: www.krefregisteret.no

Org. nr.: 974771381



Hvorfor er det viktig for meg å ta celleprøve?

De fleste celleforandringer i livmorhalsen skyldes infeksjon med et virus (HPV). HPV-infeksjoner er vanlige. HPV forekommer både hos kvinner og menn, og overføres seksuelt. De fleste HPV-infeksjoner er ufarlige og går over av seg selv. I noen tilfeller går ikke infeksjonen tilbake, men gir alvorlige celleforandringer som kan utvikle seg til livmorhalskreft. Det finnes effektiv behandling mot alvorlige celleforandringer. Behandlingen reduserer risikoen for å få livmorhalskreft. Regelmessige prøver fra livmorhalsen (screening) kan avdekke alvorlige celleforandringer. Spør legen din om fordeler og ulemper ved screening.

Hvor kan jeg ta celleprøve?

Du kan ikke ta celleprøven på Kreftregisteret, men må bestille time hos *din fastlege*. Ta gjerne med deg dette brevet til legen. Ønsker du å gå til *gynekolog*, kreves det i de fleste tilfeller henvisning fra fastlege. Du må selv dekke utgiftene til undersøkelsen. Legen som tar celleprøven, skal informere deg om resultatet av prøven, og skal kontakte deg dersom det er behov for videre oppfølging. *Beste tid for prøvetaking er mellom to menstruasjoner.*

Jeg har nettopp tatt celleprøve

Det tar tid før resultatet fra celleprøven din registreres i Kreftregisteret. Dersom du har tatt en prøve i løpet av de *tre til fire siste måneder* og ikke har plager fra underlivet, behøver du ikke ta ny prøve nå, og kan se bort fra denne påminnelsen.

Jeg ønsker ikke å motta flere brev med anbefaling om å ta celleprøve

Kreftregisteret sender brev til kvinner mellom 25 og 69 år som tar prøve sjeldnere enn hvert tredje år, og til kvinner som ikke har tatt kontrollprøve etter lette celleforandringer. Ønsker du å reservere deg mot disse brevene, ta kontakt med Kreftregisteret.*

Jeg samtykker ikke til registrering i Kreftregisteret

Kreftregisteret registrerer alle celleprøver fra livmorhalsen med hjemmel i Kreftregisterforskriften. Når du tar prøven, skal legen din spørre deg om du *samtykker* til at personidentifiserbare opplysninger registreres permanent i Kreftregisterets database når prøven er normal. Ønsker du å reservere deg mot at personopplysninger blir registrert permanent ved normal prøve, ta kontakt med Kreftregisteret.*

Reservasjon mot brev og registrering kan oppheves til en hver tid. Ta kontakt med Kreftregisteret.*

Selv om du ikke ønsker registrering, anbefales du likevel å ta prøve!

For mer informasjon, se: www.kreftregisteret.no/livmorhals eller snakk med din lege.

For information in English see: www.kreftregisteret.no/livmorhals



*

Send en e-post til masseundersokelsene@kreftregisteret.no eller et brev til:

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Postboks 5313 Majorstuen, Oslo 0304

Skjema for reservasjon kan skrives ut fra vår hjemmeside:

www.kreftregisteret.no/livmorhals

Vi trenger navn, fødselsdato og adresse for å kunne reservere deg.



Vedlegg 8. Brev, første påminnelse

«Fornavn» «Slektsnavn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»

«Fodt»
«Lopenummer»
29. okt. 2009

Forebyggende undersøkelse mot livmorhalskreft

– en oppfordring til alle kvinner mellom 25 og 69 år om å la seg undersøke hvert tredje år

I Norge ser vi en nedgang i antall tilfeller av livmorhalskreft. Dette skyldes at flere kvinner tar celleprøve regelmessig. Årlig får likevel rundt tre hundre norske kvinner kreft i livmorhalsen. Vi mener tallet kan bli lavere.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er et landsomfattende offentlig helsetiltak for å forebygge livmorhalskreft. Alle celleprøver fra livmorhalsen registreres i Kreftregisteret hvis man ikke reserverer seg mot dette.

Du er ikke registrert med noen celleprøve fra livmorhalsen de siste tre årene.

Kreft i livmorhalsen skyldes infeksjon med humant papillomavirus (HPV). De fleste HPV-infeksjonene er ufarlige og går tilbake av seg selv, men hos noen kan infeksjon gi celleforandringer som, over tid, kan utvikle seg videre til livmorhalskreft.

En celleprøve fra livmorhalsen kan vise om du har celleforandringer som bør behandles.

Celleprøve tas av fastlege eller gynekolog.

Effektiv behandling finnes dersom det skulle vise seg at du har et forstadium til kreft.

Ta dine forholdsregler mot kreft i livmorhalsen:

Bestill time for celleprøve!

Undersøk deg hvert tredje år!

- Hvis du har tatt celleprøve de tre til fire siste måneder, og du ikke har plager fra underlivet, kan du se bort fra dette brevet.
- Hvis du har fjernet livmorhalsen vil vi gjerne ha beskjed om dette, slik at du ikke behøver å motta flere brev.
- Hvis du ikke ønsker å la deg registrere i Kreftregisteret med celleprøve fra livmorhalsen, kan du reservere deg. Skjema for reservasjon finner du på Internett www.kreftregisteret.no/livmorhals og hos din lege, eller du kan skrive til Kreftregisteret.

Ytterligere informasjon, inkludert ofte stilte spørsmål og svar, finner du på www.kreftregisteret.no/livmorhals

Vennlig hilsen

Froydis Langmark
Direktor

Bente Kristin Johansen
Leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft



Vedlegg 9. Brev, andre påminnelse

«Fornavn» «Slektsnavn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»

«Født»
«Lopenummer»
29. okt. 2009

Forebyggende undersøkelse mot livmorhalskreft

– en oppfordring til alle kvinner mellom 25 og 69 år om å la seg undersøke hvert tredje år

For omtrent ett år siden sendte vi deg et brev hvor vi oppfordret deg til å ta celleprøve,

- nå oppfordrer vi deg igjen !

I Norge ser vi en nedgang i antall tilfeller av livmorhalskreft. Dette skyldes at flere kvinner tar celleprøve regelmessig. Årlig får li kevel rundt tre hundre norske kvinner kreft i livmorhalsen. Vi mener tallet kan bli lavere.

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft er et landsomfattende offentlig helsetiltak for å forebygge livmorhalskreft. Alle celleprøver fra livmorhalsen registreres i Kreftregisteret hvis man ikke reserverer seg mot dette.

Du er ikke registrert med celleprøve fra livmorhalsen siste fire år.

En celleprøve fra livmorhalsen kan vise om du har celleforandringer som bør behandles.

Celleprøve tas av din fastlege eller hos gynekolog.

Effektiv behandling finnes dersom det skulle vise seg at du har et forstadium til kreft.

Ta dine forholdsregler mot kreft i livmorhalsen:

Bestill time for celleprøve!

Undersøk deg hvert tredje år!

- *Hvis du har tatt celleprøve de tre til fire siste måneder, og du ikke har plager fra underlivet, kan du se bort fra dette brevet.*
- *Hvis du har fjernet livmorhalsen vil vi gjerne ha beskjed om dette, slik at du ikke behøver å motta flere brev.*
- *Hvis du ikke ønsker å la deg registrere i Kreftregisteret med celleprøve fra livmorhalsen, kan du reservere deg. Skjema for reservasjon finner du på Internett www.kreftregisteret.no/livmorhals og hos din lege, eller du kan skrive til Kreftregisteret.*

Ytterligere informasjon, inkludert ofte stilte spørsmål og svar, finner du på www.kreftregisteret.no/livmorhals

Vennlig hilsen

Froydis Langmark
Direktor

Bente Kristin Johansen
Leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Vedlegg 10. Brev, kontroll cytologi.

«Fornavn» «Slektsnavn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»

«Født»
«Lopenummer»
29. okt. 2009

Informasjonsbrev om kontroll av celleprøve fra livmorhalsen *- din celleprøve bør kontrolleres*

Det ble tatt en celleprøve fra livmorhalsen din som ble besvart «Besvart dato».
I Norge registreres alle celleprøver fra livmorhalsen i Kreftregisteret hvis man ikke reserverer seg mot dette.

Din prøve er registrert med anbefaling om kontroll.
Slike kontrollprøver anbefales når det er påvist uregelmessige celler som man ikke helt vet betydningen av.

Det er viktig at du avklarer behovet for kontrollprøve med din lege.

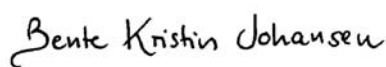
Har du allerede tatt kontrollprøve, kan du se bort fra dette brevet.

Ytterligere informasjon, inkludert ofte stilte spørsmål og svar, finner du på
www.kreftregisteret.no/livmorhals

Vennlig hilsen



Frøydis Langmark
Direktør



Bente Kristin Johansen
Leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft



Vedlegg 11. Brev, kontroll uegnet

«Fornavn» «Slektsnavn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»

«Fodt»
«Lopenummer»
29. okt. 2009

Informasjonsbrev om ny celleprøve fra livmorhalsen *- din celleprøve fra livmorhalsen bør tas på nytt*

Det ble tatt en celleprøve fra livmorhalsen din som ble besvart «Besvart dato».
Din celleprøve var av dårlig teknisk kvalitet, det er derfor vanskelig å bedømme resultatet.

Dette skjer av og til og det er ikke grunn til å bli urolig.

Alle celleprøver fra livmorhalsen registreres i Kreftregisteret hvis man ikke reserverer seg mot dette
Din prøve er registrert med anbefaling om ny prøve.

Vi ber deg kontakte legen din for å få tatt ny prøve.

Har du allerede tatt kontrollprøve, kan du se bort fra dette brevet.

Ytterligere informasjon, inkludert ofte stilte spørsmål og svar, finner du på
www.kreftregisteret.no/livmorhals

Vennlig hilsen

Froydis Langmark
Direktør

Bente Kristin Johansen
Leder for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Vedlegg 12. Brev, kontroll histologi.

**Sentralenheten for masseundersøkelsen
mot livmorhalskreft**

Til rekvirerende lege

Oslo, 29.10.2009

**Manglende histologisk oppfølging av alvorlige cytologidiagnose.
Ny henvendelse.****Pasient:
Personnr:**

For omtrent seks måneder siden sendte vi deg et brev med forespørsel om oppfølging av alvorlig cytologidiagnose hos ovennevnte kvinne.

Denne cytologidiagnosen kvalifiserer til oppfølging med histologi, jf. retningslinjene. Etter først å ha sjekket i Krefregisterets database og med laboratoriet som analyserte prøven, kan vi *fortsatt* ikke se at det er registrert oppfølgingsprøve. Dette kan skyldes at kvinnen ikke ønsker videre oppfølging, er hysterektomert eller annen årsak.

Som rekvirent er det mulig at du sitter med oppdaterte og aktuelle opplysninger som Krefregisteret mangler. *Vi tillater oss å gjøre en ny henvendelse.*

Krefregisteret er forpliktet til å følge opp alle avvik fra retningslinjene for Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft. Vi forsøker primært å finne om årsaken ligger i Krefregisterets databaser eller ved avdelingene for patologi, sekundært hos rekvirerende lege.

Vi håper derfor at du som rekvirent kan bidra til å oppklare årsaken til at denne pasienten foreløpig ikke er fulgt opp med histologiske prøver fra cervix, og vi tillater oss derfor å be om en snarlig tilbakemelding til oss ved:

Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Krefregisteret

Postboks 5313 Majorstuen

0304 Oslo

Med ønske om godt samarbeid og vennlig hilsen

Bente Kristin Johansen

Bente Kristin Johansen

Leder, Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Returadresse:
Kreftregisteret
0310 Oslo



Kreftregisteret

Institutt for populasjonsbasert kreftforskning

Postadresse
0310 OSLO

Kontoradresse:
Fr. Nansens vei 19, Oslo

Telefon: 22 45 13 00
Telefaks: 22 45 13 70

E-post: kreftregisteret@kreftregisteret.no
Internett: www.kreftregisteret.no

