

REMISSVAR

Tack för att du tar dig tid att lämna synpunkter på vårdprogrammet. Denna mall underlättar för oss när vi ska sammanställa remissvaren och vi är tacksamma om du använder den. Om du känner dig begränsad av mallen, skriv i stället dina svar i ett vanligt worddokument eller i ett mejl.

Ange vilket vårdprogram svaret gäller: Cervixcancerprevention

Ange vem som lämnar svaret: SFOG

Övergripande synpunkter på vårdprogrammet:

Utförligt och i stort sett heltäckande. Gediget jobb - snabbt och bra. Mycket nytt finns att läsa. Ffa om nya riskgrupper. Spännande!

VP storlek är ett bekymmer för arbetet i vardagen. Man kan inte utgå ifrån att "folk" kommer att läsa det. Det är i den kliniska vardagen ohanterligt som arbetsinstrument. Har VP-gruppen tänkt göra en starkt förkortad version som man kan ha på skrivbordet? Flödesscheman? Vi gör så mycket i vår kliniska vardag som är komplext och som ändrar sig hela tiden. Att då komma med ett dokument på >170 sidor där folk ska anses kunna hitta och kunna, är en utopi.

För små och fattiga landsting kommer detta vara en utmaning att öht få till en fast struktur på preventionen. T.ex att lyckas få till ett GCK-kansli så att det åtminstone finns en brevlåda dit post och ärenden som rör preventionen kan skickas.

Det framgår med önskvärd tydlighet att många delar behöver vara på plats innan HPV screeningen startar inte minst att ett program med ett antal kontrollfiler för olika grupper och utfall i screeningen behöver välfungerande IT system. Systemen skall fungera över landstingsgränserna och en nationell lösning på problematiken vore att föredra.

Mycket lovvärt förslag till utbildningsprogram. i 21:1Förtydliga gärna text om HPV vaccinationen och hur den interagerar med screeningresultat. Många kommer att fråga hur de kunde få cellförändringar när de är vaccinerade. Svar på denna och liknande frågor bör formuleras.

Synpunkter på enskilda kapitel

Synpunkter på kapitel 1:

1.4 sid 9 När det gäller texten om evidensgradering enligt GRADE föreligger några felaktigheter. På flera ställen anges att rekommendationer har evidensgraderats.

Men GRADE (med angivande av +++, ++, +) avser enbart det vetenskapliga underlaget, medan ytterligare faktorer ingår i underlaget för en rekommendation (risk-nytta balans, kostnad, etik och värderingar)

”Evidensvärdering av övriga rekommendationer har gjorts enligt GRADE” kan bytas ut mot "Det vetenskapliga underlaget har evidensgraderats enligt GRADE på vilket rekommendationen sedan har baserats."

Synpunkter på kapitel 2:

Synpunkter på kapitel 3:

s 14. ”Vårdprogramgruppen har GRADE-graderat Socialstyrelsens rekommendationer.” kan bytas ut mot

"Vårdprogramgruppen har GRADE-graderat det vetenskapliga underlaget som Socialstyrelsen baserar sina rekommendationer på" .

s 15. Uppstår verkligen cervixcancer utan en aktiv HPV infektion? Kanske anledningen att det förekommer HPV neg cervixca är att vi inte har HPV tester känsliga nog för alla HPV typer som kan orsaka cxcancer? Enligt IARCs Monografi Human Papillomavirus (IARC monographs 2007uppdaterad 2008) är HPV infection "a necessary cause" for the development of cervical cancer. Det är ju anledningen till att HPV vaccination och HPV testning används i cervixcancerpreventionen. Det blir förvirrande att vi talar om HPV neg cxca när vi lägger om hela screeningprogrammet till HPV testning för att den har så mycket bättre sensitivitet. Delvis en pedagogisk fråga som bör omformuleras så att den inte förvillar läsaren.

Pågående studier om HPV test som primär screeningmetod i Sverige t.ex Stockholm och Uppsala kommer att bidra med svenska data inom en inte alltför avlägsen framtid. Detta kan påpekas i slutet av texten i kap 3 s16

Synpunkter på kapitel 4:

Man undrar hur kopplingen cervixcancer till HPV infektion gjordes? Inga svar på en frågan ges i detta kapitel tyvärr. Man får också intryck av att cellförändringar av alla grader är vanligast i tonåren och upp till 30 års åldern. Stämmer det är det svårt att förstå varför screening för cellförändringar ska fortgå till 64år.

Synpunkter på kapitel 5:

Vaccinerna består av viruslika partiklar som i sin tur utgörs av ett av virusets ytproteiner, specifikt för varje HPV typ som ingår i vaccinet. Adjuvans ingår i alla vacciner det är inte specifikt för HPV vaccinet. 5.2.2. förklarar mycket otydligt och skulle må bra av att omformuleras.

Synpunkter på kapitel 6:

Synpunkter på kapitel 7:

Synpunkter på kapitel 8:

Synpunkter på kapitel 9:

Synpunkter på kapitel 10:

Synpunkter på kapitel 11:

Synpunkter på kapitel 12:

12.1.2 Det lilla som skrivs om biobankning skulle vara utförligare och att VP-gruppen tar tydligare ställning i denna fråga. Med tanke på händelserna i Jämtland och senast i Norrbotten visar det med stor tydlighet behovet av att kunna gå tillbaka. Om man på lab bestämmer sig för att kassera alla cyt- prover som är primärt HPVneg, är detta en stor kvalitetsförlust. Tänk på att det i dagsläget inte är säkert att cytlab och HPVlab ens befinner sig på samma lab utan kanske är två helt olika basenheter. Med då möjligen olika förståelse för screeningen och preventionen.

12.1.3. Det står på tredje raden: Det finns inte heller något nationellt vårdprogram som hittills gjort skillnad på handläggning av olika typer.

Vill invända att:

Det vårdprogram som detta remissvar gäller föreslår i flera kapitel att HPV typ ffa HPV 16 bör vägas med i bedömningen. Det nämns både i kapitlet om kolposkopi och handläggning och Immunosuppression. Budskapet blir oklart med ovanstående inledning. Föreslår att den stryks.

Synpunkter på kapitel 13:

13.2..."ASCUS/CIN 1/LSIL. Om HPV positiv Nytt cytologprov, utan HPV triage < 4 mån från datum för indexprov. Detta kan ske vid BM mottagning eller gyn mottagning om ansvarsfrågan är klarlagd"

Detta förfarande har redan blivit en diskussionsfråga i vissa landsting där RCC som kallelseorganisation vill lägga över ansvaret för provtagningen på de utredande gynklinikerna.

En inte särskilt ekonomisk lösning när alternativet är barnmorsketaget prov på barnmorskemottagning.

Önskvärt vore att vårdprogrammet tydligare "sätter ner foten" och formulerar att provtagningen företrädesvis bör ske på barnmorskemottagning för att definiera lämplig vårdnivå.

Synpunkter på kapitel 14:

Synpunkter på kapitel 15:

Synpunkter på kapitel 16:

Synpunkter på kapitel 17:

Det bör tydliggöras var ansvaret för uppföljning efter behandling ligger. I bil 20.1 beskrivs remitteringsgången tydligt men var ligger ansvaret för långtidsuppföljningen av kvinnan innan och efter det att kontrollfilen är i funktion?

Hos behandlande gynekolog? Hos kallelseorganisationen/RCC om kontrollfil finns?

Vissa behandlande klinikers läkare lägger idag ansvaret på den individuella kvinnan att själv ordna tid och gynekolog för uppföljning. Viktigt att i VP tydliggöra att ansvaret för långtidsuppföljningen inte kan läggas på den behandlade kvinnan.

Synpunkter på kapitel 18:

Synpunkter på kapitel 19:

Synpunkter på kapitel 20:

När det gäller IT så är det vårt allra största problemområde. Det finns för lite kompetens och IT-avd sysslar hela tiden med annat som uppifrån anses vara viktigare. Dessutom har vi enorma ekonomiska underskott vilket gör att investeringsviljan i vettiga IT-lösningar inte direkt är det man ägnar sig åt.

Synpunkter på kapitel 21:

Synpunkter på kapitel 22:

Synpunkter på kapitel 23:

Synpunkter på kapitel 24:

Synpunkter på kapitel 25:

Synpunkter på kapitel 26:

Synpunkter på kapitel 27:

Synpunkter på kapitel 28:

Synpunkter på kapitel 29:

Synpunkter på kapitel 30:

Synpunkter på bilaga 1:

Synpunkter på bilaga 2:

Synpunkter på bilaga 3:

Synpunkter på bilaga 4:

Synpunkter på bilaga 5:

Synpunkter på bilaga 6:

Synpunkter på bilaga 7: