



ScreeningsNyt

Region Midtjylland - september 2015



Sådan kvalitetssikres screeningsundersøgelserne for kræft i Region Midtjylland

Nyt om **Tarmkræftscreening** side 3

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for tarmkræft

Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase - pilotrapport

Status tarmkræftscreening pr. 1. september 2015

Nyt om **Brystkræftscreening** side 9

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for brystkræft

Nyt projekt om udvidet åbningstid

Program for Fællesdagen

Nyt om **Livmoderhalskræftscreening** side 11

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for livmoderhalskræft

DKLS årsrapport 2014

Erstatningssager efter uretmæssig framelding

Kvalitet i kræftscreeningsprogrammer

Kvalitet er mange ting. Ved systematisk screening for kræft hænger kvalitet blandt andet sammen med laboratoriernes håndtering af den enkelte undersøgelse eller prøve. Dette arbejde er en krumtap for at sikre borgerne høj kvalitet og sikkerhed af de prøvesvar, som kommer ud af en kræftscreeningsundersøgelse.

I dette nummer af ScreeningsNyt sætter vi særligt fokus på, hvordan det sikres, at kvaliteten i det daglige arbejde med håndtering af screeningsprøverne er i top. Vi har bedt Afdeling for Folkeundersøgelsers vigtige samarbejdspartnere Nete Hornung (side 3), Anders Lernevall (side 9) og Hans Svanholm (side 11) om at fortælle, hvordan kvaliteten sikres på hver deres områder. Indlæggene gennemgår på bedste vis den omhyggelighed og det engagement, der er baggrunden for, at borgerne sikres korrekte prøvesvar, når de deltager i screening for kræft i Region Midtjylland.

God læselyst!



*Berit Andersen,
ledende overlæge,
Afdeling for Folkeundersøgelser*



Tarmkræftscreening

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for tarmkræft



*Af Nete Hornung,
ledende overlæge,
Biokemisk Afdeling,
Regionshospitalet Randers*

Da tarmkræftscreening skulle indføres i Danmark i 2014 blev Klinisk Biokemisk Afdeling på Regionshospitalet Randers valgt som det laboratorium, der skulle undersøge afføringsprøverne i Region Midtjylland. De øvrige regioner udpegede laboratorier i hhv. Frederikshavn, Vejle, Næstved og Gentofte til at stå for screeningsundersøgelserne.

Screeningen foregår ved at teste for blod i afføringen, og til det formål skulle der indkøbes analyseudstyr til de fem laboratorier. For at finde det bedste udstyr gik fagfolk fra de fem laboratorier sammen – under ledelse af Danske Regioner – og stillede nogle kvalitetsmæssige krav til udstyret. Eksempelvis skulle udstyret:

- Være driftssikkert og enkelt at betjene
- Kunne måle korrekt og præcist
- Være fuldt automatiseret og kunne analysere mange prøver i timen
- Være undersøgt til lignende brug i andre lande.

Ud fra disse blev instrumentet 'QC-Sensor DIANA' indkøbt. Det er et fuldautomatisk udstyr, som er undersøgt i større studier, hvor instrumentet er fundet anvendeligt til analysering for blod i afføringen i stor skala.

I Region Midtjylland er der i gennemsnit ca. 7000 prøver hver måned, der screenes for tarmkræft. Selve undersøgelsen er en immunologisk metode, hvor der tilsættes reagens (antistof) til afføringsprøven. Det blod, der måtte være i prøven, bindes til antistoffet, og mængden af antistof-blodkomplekser kan måles. Jo flere komplekser, jo mere blod er der i prøven.

Metoden er en forbedring sammenlignet med en tidligere anvendt metode til undersøgelse for blod i afføringen. Med den tidligere metode skulle testen dels udføres tre dage i træk, og dels var der flere restriktioner på kosten forud for undersøgelsen. Hvis der findes blod i afføringen, er det som regel så små mængder, at det ikke kan ses med det blotte øje. Alligevel kan det være det eneste tegn på kræft – eller forstadier til kræft.



QC-Sensor DIANA, som anvendes til analyse af blod i afføringen i tarmkræftscreeningsprogrammet.

Fortsættes på næste side



Kvaliteten af screeningsundersøgelsen for tarmkræft sikres ved:

- **Oplæring af bioanalytikere:** De bioanalytikere, der betjener instrumentet QC-Sensor DIANA, er oplært og godkendt til at analysere prøverne. Oplæringen er sket dels ved undervisning udført af særligt oplært personale og dels ved foredrag afholdt af leverandøren.
- **Daglig kvalitetskontrol:** Kontrollerne skal give et bestemt resultat, og der bliver løbende holdt øje med, hvordan kontrolresultaterne ser ud. Før dagens kontrolresultater er godkendt, kan der ikke analyseres prøver fra borgere.
- **Ekstern kvalitetskontrol:** Den eksterne kvalitetskontrol er nogle mere specielle prøver, der sendes ud til alle screeningslaboratorier i landet (og i Norge og Sverige). Prøverne produceres i Danmark på Dansk Institut for Ekstern Kvalitetssikring og indeholder et bestemt niveau af blod. De bruges til at sammenligne laboratorierne imellem. Dansk Institut for Ekstern Kvalitetssikring udsender seks prøver hver 3. måned, og det er mindst lige så vigtigt som den daglige kvalitetskontrol, idet de sikrer, at alle laboratorier måler ens og kan finde det samme resultat på en given prøve.
- **Svartidskontrol:** Det er en kvalitetskontrol, som skal vise, om laboratorierne overholder svartiden.
- **Løbende overvågning:** Der foretages en overvågning af antallet af prøver med resultater større end 100 µg/L (prøven er positiv for blod).
- **Tværregional overvågning:** Tarmkræftscreeningen og måling af blod i afføringen har fordret et tæt samarbejde mellem de fem laboratorier, som udfører analyserne. Det er vigtigt, at undersøgelsen foregår på nøjagtig samme måde i hele landet, så chancen for, at tarmkræft i tidligt stadium opdages, er den samme ligegyldigt, hvor borgeren bor. Det tværregionale samarbejde har været en hjørnesteen i etableringsfasen og nu også i den løbende drift – hele tiden med henblik på at sikre den bedste analysekvalitet i hele landet.

I Region Midtjylland er der i øjeblikket kun én QC-Sensor DIANA, men der skal indkøbes yderligere ét instrument, når tarmkræftscreeningsprogrammet er fuldt implementeret. For altid at kunne overholde

svartiden er det derfor nødvendigt med backup andet sted, hvis instrumentet af én eller anden grund er ude af drift. Region Midtjylland har backup-aftale med Region Nordjylland.



Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase - pilotrapport

I maj 2015 udgav Dansk Tarmkræftscreeningsdatabase (DTS) en pilotrapport, der indeholder resultatet af en journalaudit og opgørelse af fem ud af ti opstillede kvalitetsindikatorer for perioden marts-maj 2014.

Alle regioner gennemførte i december 2014 audit på udvalgte journaler for borgere, der har været til koloskopi efter positiv screeningstest. På den baggrund foretog DTS en validering af de indberettede koder i Landspatientregistret (LPR). Stikprøven viste, at der manglede SKS-koder i LPR for alle aspekter af screeningsforløbet. Samtidig blev der i Patologidatabanken gennemført en validering af data, som viste, at data også her var mangelfulde. DTS kan ikke endnu fastslå, om de manglende data skyldes

manglende kodning eller fejl i overførsel af data fra regionerne til LPR.

DTS opgørelse af kvalitetsindikatorer viser, at alle regioner har opnået en acceptabel deltagerprocent og andel af positive prøver i perioden. Omvendt ligger f.eks. andelen af borgere med positiv screeningstest, der gennemfører en koloskopi, under den acceptable standard. Årsagen til, at ikke alle kvalitetsstandarder er opfyldt, skyldes med stor sandsynlighed et utilstrækkeligt datagrundlag. Sammenlignet med hele landet ligger Region Midtjylland rimeligt, men der skal fortsat være særlig fokus på forbedring af kvalitet og kodning.

DTS Pilotrapport 2014 kan læses [her](#)

DTS Pilotrapport 2014 med bemærkninger fra Afdeling for Folkeundersøgelser (Opgørelse af fem ud af ti opstillede kvalitetsindikatorer for invitationer udsendt i perioden 03-03-2014 til 31-05-2014)

	Indikator	Standard Acceptabelt Ønskeligt	Hele landet	Region Midtjylland	Afdeling for Folkeundersøgelses bemærkninger
1	Deltagerprocent				
	Andel af borgere, der har indsendt afføringsprøve inden for 3 mdr. efter invitationstidspunkt, ud af alle inviterede borgere.	>45 % >65 %	58 %	60 %	Standard overholdt på acceptabelt niveau.
2	Positivrate				
	Andel af positive afføringsprøver ud af alle analyserede afføringsprøver indsendt inden for 3 mdr. efter invitationstidspunkt.	>5,4 % <8,0 %	6,9 %	6,8 %	Standarden er overholdt.
3	Compliance koloskopi/CT-kolografi				
	Andel af borgere med positiv afføringsprøve, som er koloskoperet eller har fået en CT-kolografi inden for 6 uger efter, der forelå en positiv prøve, ud af alle borgere med positiv afføringsprøve.	>85 % >95 %	84 %	87 %	Standard overholdt på acceptabelt niveau.
4	Komplet koloskopi				
	Andel af borgere med komplet initial-koloskopi ud af alle initial-koloskopier inden for seks uger efter, der forelå en positiv afføringsprøve.	>90 % >95 %	88 %	86 %	Ej overholdt standard.
5	Fund af tarmkræft				
	Andel af borgere, der har fået konstateret tarmkræft, ud af alle borgere, som har fået lavet en screeningsafledt koloskopi eller CT-kolografi.	>6 % >9 %	Ej opgjort	Ej opgjort	Ej opgjort

Fortsættes på næste side



	Indikator	Standard Acceptabelt Ønskeligt	Hele landet	Region Midtjylland	Afdeling for Folkeundersøgelsers bemærkninger
6	Fund af tarmkræft i tidlige stadier				
	Andel af borgere, der er opereret og diagnosticeret med tarmkræft i tidligt stadie, ud af alle borgere, der er opereret og diagnosticeret med tarmkræft i alle stadier.	>75 %	Ej opgjort	Ej opgjort	Ej opgjort
7	Fund af mellem- og højrisiko adenomer				
	Andel af borgere, der har fået konstateret mellem- eller højrisiko adenomer, ud af alle koloskoperede borgere.	>42 %	Ej opgjort	Ej opgjort	Ej opgjort
8	Fjernede polypper				
	Andel af polypper, der er sendt til histopatologisk undersøgelse, ud af alle identificerede polypper ved koloskopi.	>85 % >90 %	Ej opgjort	Ej opgjort	Ej opgjort
9	Komplikationer ved koloskopi				
	Andel af borgere med alvorlige komplikationer efter initial-koloskopi ud af alle borgere, der har fået foretaget en initial-koloskopi på baggrund af en positiv afføringsprøve.	<0,6 %	0,05 %	Ej opgjort	Ej opgjort for regionerne
10	High grade neoplasi adenomer				
	Andel high grade neoplasi adenomer ud af alle adenomer, der er sendt til histopatologisk undersøgelse.	<10 %	Ej opgjort	Ej opgjort	Ej opgjort



Status tarmkræftscreening pr. 1. september 2015

Region Midtjylland skal i 2015 invitere ca. 124.000 borgere i alderen 50-74 år til at deltage i screeningsprogrammet for tarmkræft, for at antallet af invitationer fordeles jævnt over den resterende del af første screeningsrunde (2015-2017). Pr. 1. september 2015 er der udsendt ca. 83.000 invitationer, hvilket svarer til 67 % af det forventede antal udsendte invitationer i 2015.

Af de borgere, der har fået en invitation i perioden fra marts 2014 til og med juni 2015, har 65 % indsendt en afføringsprøve.

Af de indsendte prøver var ca. 6,5 % positive. I samme periode var deltagerprocenten 69 % for kvinder og 61 % for mænd. Kvinder deltager dermed i højere grad i screeningsprogrammet end mænd. Samtidig er andelen af positive prøver forsat højere for mænd end for kvinder. Mænd har en positivrate på 7,9 %, og kvinder har en positivrate på 5,4 %.

Forventningen inden programmets start var, at kun 5,3 % af de indsendte prøver ville være positive.

Tarmkræftscreening status pr. 1. september 2015

Antal udsendte invitationer	2014	76.000
	2015	83.000
Deltagerprocent*	Alle	65 %
	Kvinder	69 %
	Mænd	61 %
Fordeling af analyseresultater	Andel positive prøver	6,5 %
	Andel negative prøver	92,9 %
	Andel uegnede prøver	0,6 %
Kønsfordeling – positive prøver	Kvinder	5,4 %
	Mænd	7,9 %



Fokus på korrekt registrering ved koloskopier

De registrerede koder ved en koloskopi anvendes bl.a. til at fastslå borgerens videre forløb i tarmkræftscreeningsprogrammet. For at øge fokus på korrekt kodning samt registrering af data til kvalitetsmonitorering har Afdeling for Folkeundersøgelser iværksat en række tiltag. I samarbejde med klinikchef Thomas Møller Jensen fra Hospitalsenheden Horsens vil Afdeling for Folkeundersøgelser bl.a. holde oplæg for koloskopører og assisterende personale om arbejdsgangene i tarmkræftscreeningsprogrammet og vigtigheden af korrekt registrering. Målet er at øge kendskabet til registreringsprincipperne og anvendelse af data.

Status på kvalitetsmonitorering af koloskopier

Den regionale supplerende kvalitetsmonitorering af koloskopier skal gøre det muligt at måle kvaliteten af koloskopier på såvel regionalt og afdelingsniveau som på koloskopørniveau. Afdeling for Folkeundersøgelser er tovholder på opgaven, men arbejder tæt sammen med en arbejdsgruppe bestående af koloskopører fra regionen. Status på kvalitetsmonitoreringen er, at der ud fra en række fastsatte målepunkter er udviklet en prototype til en rapportfunktion til brug i BI-portalen. Når rapporten er blevet evalueret og tilrettet, er det hensigten, at den både skal bruges som ledelsesredskab, men også som arbejds- og uddannelsesredskab for den enkelte koloskopør.

Regional efteruddannelse af koloskopører

I april 2015 deltog 12 koloskopører fra Region Midtjylland i første del af et efteruddannelsesforløb for koloskopører, som er udviklet efter engelsk koncept, og hvor underviserne ligeledes er engelske eksperter på området. Efteruddannelsen blev gennemført med stor succes af 12 koloskopører første gang i 2014. Herfra blev fire koloskopører udvalgt til at specialisere sig yderligere, så de senere kan undervise efter det engelske koncept. Regionen arbejder i øjeblikket på at etablere et efteruddannelsesforløb for koloskopører, som klinikchef Thomas Møller Jensen, Hospitalsenheden Horsens, skal koordinere, og hvor de fire udvalgte koloskopører skal undervise.



Brystkræftscreening

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for brystkræft

I Danmark tilbydes alle kvinder mellem 50-69 år en screeningsundersøgelse for brystkræft hvert 2. år. Screeningsundersøgelsen består af en røntgenundersøgelse af brystet (mammografi). Det foregår i en af regionens fem screeningsenheder, som udelukkende varetager denne opgave. Derefter granskes billederne for tegn på brystkræft.



Af Anders Lernevall,
overlæge,
ansvarlig for mammografi-
undersøgelserne i Region
Midtjylland

Kvaliteten af screeningsundersøgelsen for brystkræft sikres ved:

- **Uddannelsesbaggrund for personale:** Screeningsmammografi bliver foretaget af screeningsassistenter, som er specialuddannede sosu-assistenter, eller af radiografer uddannet i mammografi.
- **Røntgenudstyr til screening:** Mammomaterne er røntgenapparater, som er specielt designet til undersøgelse af brystvæv mhp. screening, og kan dagligt tage et stort volumen af billeder. Sygehusfysikere foretager løbende kvalitetskontrol af udstyret.
- **Specialuddannede radiologer:** Mammografibillederne bliver udelukkende gransket af speciallæger i radiologi, som er efteruddannet i mammaradiologi. Speciallægerne skal også have gennemført et startforløb i screening. I startforløbet test-gransker speciallægerne billeder, som de etablerede mammaradiologer også har gransket. Resultaterne vurderes løbende af den ansvarlige overlæge, som godkender speciallægen til granskning, når speciallægen har opnået niveauet til det. Det tager typisk et halvt år.
- **International standard:** I Region Midtjylland skal alle mammaradiologer, der er tilknyttet screeningsprogrammet, årligt granske minimum 5000 billedsæt. Standarden stammer fra de europæiske anbefalinger på området.
- **Dobbeltgranskning og konsensus:** I Region Midtjylland granskes månedligt ca. 5000 mammografibilledsæt. Alle billedsæt bliver gransket af to mammaradiologer uafhængigt af hinanden. Når 1. og 2. gransker er uenige om resultatet, afholdes konsensus om mammografibillederne, og det fastsættes, om kvinden skal genindkaldes til yderligere undersøgelse.



Fortsættes på næste side



- **Kvalitetssikringsværktøj på vej:** Der arbejdes på at indføre et mammaradiologisk selvevalueringsværktøj i Region Midtjylland, som kan højne kvaliteten af granskningen. Systemet hedder PERFORMS og er i øjeblikket ved at blive testet.
- **Intern audit:** For at sikre god kvalitet af mammografibillederne, bliver der i Region Midtjylland gennemført intern audit hvert halve år, hvor billeder fra regionens screeningsenheder vurderes. Audit anvender PGMU, som er et internationalt kvalitetsmonitoreringssystem, der står for kvalitetskategorierne: Perfekt, God, Middelmådig og Utilstrækkelig.
- **Ekstern kvalitetssikring:** Danske Regioner har nedsat en national styregruppe for 'Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening – DKMS', der siden 2009 årligt har udgivet en rapport med status for kvalitetssikringsarbejdet. Styregruppen for DKMS overvåger på nationalt niveau kvalitetssikringsarbejdet.

Nyt projekt om udvidet åbningstid


Afdeling for Folkeundersøgelser har igangsat et nyt projekt med det formål at øge deltagerprocenten i brystkræftscreeningsprogrammet. I projektet får kvinderne en tid til screeningsmammografi mellem kl. 9.00 og 15.00, men de gøres samtidig opmærksom på, at det er muligt at blive screenet for brystkræft på udvalgte dage fra kl. 8.00 til 18.00. Et randomiseret studie fra England har vist, at netop denne invitationsprocedure gav en højere deltagelse i brystkræftscreeningsprogrammet. Forventningen er derfor, at flere kvinder i Region Midtjylland vil deltage i brystkræftscreening, når den nye bookingmetode anvendes.



Bliv undersøgt mellem kl. 8.00 og 18.00

Passer din tid dig ikke?
Vi har tider mellem kl. 8.00 og 18.00 på udvalgte dage.
Du kan ændre din tid til brystkræftscreening på
www.kraeftscreening.rm.dk

Du kan også få en ny tid ved at kontakte
Afdeling for Folkeundersøgelser.
Telefon 78 42 01 70 hverdage mellem kl. 09.00-12.00.



Region Midtjylland
 Afdeling for Folkeundersøgelser
 Skovlyvej 1
 8930 Randers NØ

Program for Fællesdagen

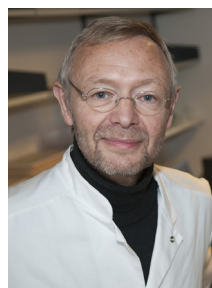
Fællesdagen for screeningsassistenter og Afdeling for Folkeundersøgelser afholdes i år den 17. september 2015 fra kl. 9.00-16.00 på Patienthotellet i Viborg. Programmet for dagen er sammensat med følgende punkter:

- Indledning
- Status for brystkræftscreening i Region Midtjylland
- Oplæg fra screeningsenhederne
- DKMS og resultaterne fra 3. screeningsrunde
- Ergonomi i screeningsenhederne
- Stråledosis ved mammografi
- IT i screeningsprogrammet

Livmoderhalskræftscreening

Kvalitetssikring af screeningsundersøgelsen for livmoderhalskræft

Alle kvinder i Danmark mellem 23-64 år bliver tilbudt at deltage i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Kvinder i alderen 23-49 inviteres til gynækologisk undersøgelse ved egen læge hvert 3. år, mens kvinder i alderen 50-64 inviteres hvert 5. år. Ved den gynækologiske undersøgelse tages en celleprøve fra livmoderhalsen med en lille børste. Celleprøven sendes herefter til undersøgelse for celleforandringer på Patologisk Institut, Regionshospitalet Randers.



Af Hans Svanholm,
overlæge,
Patologisk Institut,
Regionshospitalet Randers

Kvaliteten af screeningsundersøgelsen for livmoderhalskræft sikres ved:

- **Stort volumen:** Sundhedsstyrelsen anbefaler, at en patologiafdeling skal undersøge mindst 25.000 celleprøver årligt. I Region Midtjylland er præparering og undersøgelse af alle celleprøver fra livmoderhalsen samlet på Patologisk Institut, Regionshospitalet Randers. Her bliver ca. 100.000 celleprøver fra hele regionen undersøgt årligt.
- **Væskebaseret cytologi:** I Region Midtjylland tages alle celleprøver fra livmoderhalsen som 'væskebaseret cytologi', der generelt giver bedre kvalitet af celleprøverne sammenlignet med de tidligere anvendte konventionelle udstrygningsprøver.
- **Specialiserede cytobioanalytikere:** Cytobioanalytikerne, der undersøger celleprøven, er alle uddannede bioanalytikere og har gennemgået en supplerende 2-årig oplæring i undersøgelse af celleprøver fra livmoderhalsen. Uddannelsen afsluttes med en europæisk godkendt eksamen kaldet QUATE.
- **Dobbeltundersøgelse af alle celleprøver:** Alle celleprøver undersøges først af en computer, der markerer de ti værste forandringer. Celleprøverne bliver derefter undersøgt af en cytobioanalytiker, som i lysmikroskop først undersøger de ti computermarkerede forandringer. Er de alle normale, klassificeres prøven som normal, men er der den mindste afvigelse, mikroskoperes hele celleprøven.



Fortsættes på næste side



- **HPV-test ved ASCUS og udvalgte kontroller:** Når der i celleprøven første gang påvises ASCUS (atypiske / usikre celleforandringer), laver Patologisk Institut en HPV-test. Er HPV-testen negativ, kan kvinden med ASCUS returneres til det almindelige screeningsprogram. Også ved 6-måneders kontrol efter tidligere keglesnit laves både lysmikroskopisk undersøgelse og HPV-test, så det kun er kvinder med normale celler og uden HPV, der bliver returneret til det normale screeningsprogram.
- **Patologer med ekspertfunktion:** Alle celleprøver med svært abnorme celler samt vanskelige celleprøver, vurderes også af speciallæger i patologisk anatomi og cytologi med særlig erfaring og interesse i cervixcytologi.
- **Intern kvalitetssikring:** Når svære celleforandringer påvises i en celleprøve findes eventuelt tidligere normale prøver frem fra arkivet til revurdering. Eventuelt afvigende resultater noteres til internt brug.
- **Ekstern kvalitetssikring:** Danske Regioner har nedsat en national styregruppe for 'Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening – DKLS', der siden 2009 årligt har udgivet en rapport med status for kvalitetssikringsarbejdet. Regionalt overvåges kvalitetssikringsarbejdet i Region Midtjylland af en regional følgegruppe for livmoderhalskræftscreening, som mødes og gør status 1-2 gange årligt.
- **Audit ved påvisning af livmoderhalskræft:** I Region Midt får alle tilfælde med livmoderhalskræft lavet audit af forløbet frem til diagnosen, og samtlige tilfælde rubriceres og gennemgås herefter af den regionale følgegruppe for livmoderhalskræftscreening.

DKLS årsrapport 2014

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) offentliggjorde den 3. juli 2015 årsrapport vedrørende livmoderhalskræftscreeningsprogrammet i 2014. DKLS årsrapporten har til formål at beskrive kvaliteten af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet.

I nedenstående tabel fremgår indikatorer med tilhørende standarder på landsplan og for Region Midtjylland med Afdeling for Folkeundersøgelser bemærkninger.

DKLS årsrapport 2014 kan læses [her](#)

DKLS årsrapport 2014 med bemærkninger fra Afdeling for Folkeundersøgelser

Indikator	Standard	Landsresultat	Resultat for RM 2014	Resultat for RM 2013	Afdeling for Folkeundersøgelser bemærkninger
1 Kapacitet					
Antal årlige smear-undersøgelser pr. patologiafdeling.	>25.000	-	-	-	Opgøres ikke på landsplan. 8 ud af 10 patologiafdelinger har analyseret celleprøver hele året og heraf opfylder fem standarden. Fra den 1. august 2014 undersøges alle screeningsprøver fra RM på Patologisk Institut i Randers, som undersøgte 76.866 prøver i 2014.

Fortsættes på næste side

	Indikator	Standard	Landsresultat	Resultat for RM 2014	Resultat for RM 2013	Afdeling for Folkeundersøgelsers bemærkninger
2	Deltagelse					
	2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation til screening.	>75 %	64,1 %	64,4 %	69,8 %	Tal fra 2013. Uændret manglende opfyldelse af standarden. SST har fokus på denne indikator og opfordrer regionerne til at igangsætte tiltag til bedring af deltagelse. AF undersøger i et igangværende ph.d.-projekt effekten af at udsende et HPV-testkit i stedet for 2. erindringsbrev.
3	Prøvekvalitet					
	Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver.	<1,5 %	1,7 %	2,3 %	1,9 %	Standarden er ikke opfyldt, hvilket sandsynligvis skyldes kodepraksis i RM.
4	Diagnostisk kvalitet					
	4A. Diagnostisk sensitivitet.	>70 %	66,9 %	73,8 %	71,7 %	Standarden er opfyldt.
	4B. Diagnostisk specificitet.	>95 %	95,3 %	94,3 %	94,6 %	Standarden er kun næsten opfyldt. Dette kan bl.a. hænge sammen med det gode resultat for indikator 4A.
5	Svartid					
	Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen ud af alle celleprøver.	>95 %	87,1 %	83,6 %	89,1 %	Standarden er ikke opfyldt. AF opgør løbende svartider for Patologisk Institut, Randers med henblik på fremadrettet at opfylde målsætningen.
6	HPV-test					
	Andelen af kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS.	>95 %	96,4 %	96,8 %	97,3 %	Standarden er opfyldt.
7	Dækningsgrad					
	Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.	>85 %	75,6 %	76,3 %	75,9 %	Uændret manglende opfyldelse af standarden. Se også indikator 2.
8	Opfølgning					
	Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op jf. patologisvarens anbefalinger for opfølgning, ud af alle abnorme eller uegnede celleprøver.	<2 %	15,9 %	12,1 %	15,3 %	Stadig manglende opfyldelse af standarden, men der ses forbedringer, og der arbejdes fortsat på at bedre problemstillingen. Det forventes, at der i 2016 indføres direkte brevsvær til kvinder, hvilket jf. resultater fra et ph.d.-projekt i RM vil forbedre korrekt opfølgning.
9	Antal tilfælde af livmoderhalskræft					
	9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde pr. år.	<350	370	74	62	Tal fra 2013. Inkluderer alle aldersgrupper og er dermed ikke begrænset til kvinder i screeningspopulationen (23-64 år)
	9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år.	<13,9	13,3	11,8	9,9	Tal fra 2013. Inkluderer alle aldersgrupper og er dermed ikke begrænset til kvinder i screeningspopulationen (23-64 år)
	9C. Audit ved nydiagnosticeret livmoderhalskræft	>95 %	61,1 %	76,4 %	88,3 %	Standarden er ikke opfyldt. Data er ikke indberettet ens i regionerne og dermed er indikatoren ikke afrapporteret korrekt. Problemet forventes løst, så indikatoren er retvisende i næste årsrapport.



Erstatningssager efter uretmæssig framelding

I efteråret 2013 vurderede Afdeling for Folkeundersøgelser, at nogle kvinder var uretmæssigt frameldt screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i årene 1981 til 2007. Frameldingen skyldtes en IT-fejl og omfattede ca. 19.000 kvinder i Region Midtjylland. Afdeling for Folkeundersøgelser udsendte brev til de berørte kvinder, hvor frameldingen kunne have forsinket diagnosticering af livmoderhalskræft og kunne have haft en behandlingsmæssig konsekvens. I brevet blev kvinderne oplyst om muligheden for at søge erstatning. Der er indkommet i alt 86 anmeldelser til Patienterstatningen. Heraf har 20 kvinder fået udbetalt erstatning i beløbsstørrelser fra 66.415 kr. til 448.615 kr.

Audit af livmoderhalskræftscreening i 2014

Den faglige følgegruppe for livmoderhalskræftscreening i Region Midtjylland har gennemført den årlige audit af diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft i regionen i 2014. I alt 77 kvinder i Region Midtjylland fik stillet diagnosen livmoderhalskræft i 2014. Heraf var 66 kvinder inden for screeningspopulationen. Ved gennemgang af de 66 kvinders forløb viste det sig, at 39 af dem ikke var blevet undersøgt i sidste screeningsrunde. Dermed er kvinder, som ikke deltager i screeningsprogrammet, overrepræsenteret blandt de, der udvikler livmoderhalskræft.



Status for digital post i screeningsprogrammerne

Ni ud af ti borgere i Danmark kan i dag modtage indkaldelse til undersøgelse eller behandling på hospitalet i deres digitale postkasse. I løbet af 2016 vil borgere i Region Midtjylland også kunne modtage invitationer, påmindelser og svar vedrørende screening for livmoderhalskræft og brystkræft som digital post. I alt drejer det sig årligt om ca. 320.000 forsendelser, som i løbet af 2016 vil kunne udsendes digitalt. Digitaliseringen af forsendelserne i screeningsprogrammerne betyder, at den borgerrettede kommunikation vil være digitaliseret i alle tre screeningsprogrammer. I tarmkræftscreeningsprogrammet er der udsendt digital post siden programmets start.

Status for fællesregional procedure for framelding

En fællesregional koordinationsgruppe nedsat af regionernes sundhedsdirektørkreds har fået til opgave at stå for implementering af fællesregionale procedurer for håndtering af frameldinger i de tre kræftscreeningsprogrammer. Koordinationsgruppen har foreløbigt indhentet tilbud vedr. kvittering for permanent framelding, som regionernes sundhedsdirektørkreds tager stilling til i september 2015. Registrering af framelding og logging af årsag til framelding kan være med til at forebygge fejl. Formålet er bl.a. at sikre, at ingen borgere frameldes uretmæssigt fra screeningsprogrammerne.

Servicemål om ventetid ved telefoniske henvendelser

For at sikre god service til borgere, der telefonisk henvender sig til Afdeling for Folkeundersøgelser, har afdelingen fastsat servicemål om ventetid ved telefoniske henvendelser. Servicemålet er, at minimum 90 % af de betjente borgere, som henvender sig telefonisk til afdelingen, skal være igennem til en medarbejder inden for fire minutters ventetid. En opgørelse over ventetid ved telefoniske henvendelser for august 2015 viser, at 95 % af de i alt 2598 betjente borgere var igennem til en medarbejder inden for fire minutter. Opgørelsen viser desuden, at 69 % af telefonhenvendelserne blev besvaret inden for ét minut.

Telefoniske henvendelser om kræftscreening

Afdeling for Folkeundersøgelser håndterer hver måned omkring 3000 telefoniske henvendelser fra borgere om kræftscreening. For at afdække det nærmere indhold af henvendelserne har afdelingen registreret og kategoriseret dem i en periode på to måneder. Formålet med dataindsamlingen er at identificere indsatsområder, som kan højne kvaliteten af kræftscreeningsprogrammerne, og afdelingen skal nu i gang med at analysere data.



Afdeling for Folkeundersøgelser

Afdeling for Folkeundersøgelser planlægger, koordinerer og administrerer screening for kræft i Region Midtjylland.

Opgaven består bl.a. i at sende invitationer, ombooke tider, udsende svar og medvirke til at sikre kvalitet og udvikling af screeningsprogrammerne.

Afdelingen ledes af Berit Andersen, ledende overlæge, lektor, ph. d.

Se ansatte i Afdeling for Folkeundersøgelser [her](#)



Afdeling for Folkeundersøgelser
Regionshospitalet Randers
Skovlyvej 1, indgang 11, 2. sal
8930 Randers NØ
Tlf. 7842 0172

folkeundersoegelser@rm.dk
www.kraeftscreening.rm.dk (Borger)
www.folkeundersoegelser.rm.dk (Fagperson)

