

KREFT
registeret

INSTITUTT FOR POPULASJONS-
BASERT KREFTFORSKNING



Årsrapport 2013-2014 

Masseundersøkelsen
mot livmorhalskreft 



Årsrapporten er utarbeidet av: Gry Baadstrand Skare, Stefan Lönnberg

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

Produksjon: Kreftregisteret

Design: Gunther Zerener

Kopiering med kildehenvisning er tillatt.

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

Utgitt oktober 2015.

ISBN: 978-82-90343-90-6

Forord	3
Innledning	4
Bakgrunn	4
Målsetting	4
Masseundersøkelse	7
HPV test som sekundærscreening (triage)	7
Rådgivningsgruppe	7
Metode	8
Databasene (registre)	8
Indikatorer	8
Resultater	9
1. Aktivitet	9
1.1. Befolkning 2011-2014	9
1.2. Antall registrerte prøver – skjema 2008-2014	10
1.3. Antall utsendte brev 2011-2014	10
1.3.1 Antall og type utsendte brev 2011-2014	11
1.4.1. Dekningsgrad etter alder 2003-2014, prosent	12
1.4.2. Dekningsgrad (25-69 år) etter fylke - 3,5 år i 1994, 2004 og 2014	13
1.5. Oppmøte	14
1.5.1. Oppmøte etter første påminnelse 2012-2013	14
1.5.2. Oppmøte etter andre påminnelse 2012-2013	15
1.6. Oppmøte etter prøver	16
1.6.1. Oppmøte etter cytologi 2012 og 2013	16
1.7. Oppmøte etter brev	19
1.7.1. Oppmøte etter brev om manglede kontrollprøve etter ASC-US/LSIL 2012 og 2013, i prosent	19
1.7.2. Oppmøte etter brev om manglede kontrollprøve etter uegnet prøve – 2012-2013, i prosent	20
1.7.3. Manglende oppfølging av alvorlig cytologisk diagnose (prøve som skal følges opp med histologi)	20
1.8. Forbruk av tester	21
1.8.1. Antall Screening prøver prøver per kvinne 2012 - 2014	21
1.8.2. HPV tester – antall, alder og andel positive tester 2008 - 2014	21
2. Effektivitet	23
2.1. Samsvar mellom morfologisk diagnose ved screening celleprøve og høyeste histologiske diagnose innen 12 måneder etter celleprøven	23
2.2. Samsvar mellom histologiske diagnoser ved utredning og behandling i 2013	24
2.3. Relasjon mellom tidligere cervixcytologisk prøve og cervixcancer	25
2.3.1. Andel av cervixcancer diagnostisert i 2012 og 2013 med cervixcytologiske prøver tatt 3,5 og 10 år før diagnose	25
2.3.2. Antall cervixcancer i 2012 og 2013, antall kvinner med prøve og andel normale cervixcytologiske prøver hos de som har prøve	26
2.4. Antall og andel kvinner diagnostisert med CIN2+ av antall screenede 2012-2013	26
3. Diagnostikk og behandling	27
3.1. Cervixcytologisk prøve etter morfologi. Kvinner med cervixcytologisk prøve etter høyeste morfologi 2013 og 2014	27
3.1.1 Morfologi ved screeningprøver 2013-2014	27
3.1.2 Morfologi ved triage prøver 2013-2014	28
3.2. Kvinner med histologi etter høyeste morfologi 2012-2013	29
3.3. Antall skjema, behandlinger, koniseringer, gjennomsnittlig og median alder (ved behandling) fra CIN-registeret	30
3.3.1. Type behandling 2009 - 2013	30
3.3.2. Behandlinger etter behandlingstype og reseksjonskanter 2013, prosent	30
4. Laboratorieresultater 2013-2014	31
4.1. Cervixcytologi	31
4.1.1 Cervixcytologi, morfologiske diagnoser per laboratorium 2013-2014, fordeling	31
4.2. Histologi	33
4.3. HPV resultater	35
4.3.1. Antall prøver og type test per laboratorium	35
4.3.2. Andel i aldersgruppen 25-69 år per laboratorium	36
4.3.2. Andel positive tester per laboratorium	37
Laboratorienavn og forkortelser	37

Forord

Denne rapporten er utarbeidet og utgitt av Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft (Livmorhalsprogrammet) ved Kreftregisteret.

HPV tester får en stadig større rolle i Livmorhalsprogrammet, og dette reflekteres også i utformingen av årsrapporten, nå med flere indikatorer som beskriver bruk og resultat. I juli 2014 ble den nasjonale algoritmen for oppfølging av unormale primærcytologiske cervixprøver endret fra utsatt triage ved ASCUS/LSIL, til reflestriage med HPV-test. Den nye algoritmen baserer seg på muligheten for HPV-testing fra en væskebasert prøve, en prøvetakingsmetode de fleste laboratorier nå benytter seg av. Reflekstesting gir en rask avklaring for kvinner med lav risiko, slik at de kan vende tilbake til rutinescreening. Oppfølgingen kan så begrenses til kvinner med forhøyet risiko.

I 2014 ble innføring av HPV-basert primærscreening planlagt, og Norge ble et av de første landene til å begynne implementering innenfor rammene av et nasjonalt screeningprogram. Fire fylker startet opp i 2015, og flere fylker kan tilslutte seg i implementeringsperioden, som pågår ut 2018. Kommende rapporter vil gjenspeile denne utvikling.

En av de viktigste indikatorene for et screeningprogram er dekningsgraden. Denne har lenge vært synkende, særlig blant de yngre aldersgruppene, og situasjonen har fått fokus i både sekretariat, faggrupper og medier. Tiltak for å bedre informasjon til både kvinner og leger, og gi en muligst lav terskel for oppmøte, er enten planlagt, utprøvd eller implementert. Det økte fokuset på lavt oppmøte også i medier, er sannsynligvis en årsak til at vi allerede nå kan se tegn på en økning i dekningsgraden blant de yngste kvinnene i perioden denne rapport dekker. Det krever fortsatt fokus på bred front for å forsterke en slik positiv trend.

Målet med årsrapporten er å belyse Livmorhalsprogrammets funksjon ved hjelp av kjerneindikatorer. Disse indikatorene er egnet til å oppdage potensielle problemer i screeningprosessen slik at målrettede tiltak kan settes inn på et tidlig stadium. Sammenlignet med screening i andre land, ikke bare ved endepunkter som forekomst og dødlighet, men også prosessindikatorer, er en viktig aspekt av rapporteringen. Dette krever at registrering og rapportering følger standardiserte protokoller. Det er ønskelig å kunne ta lærdom av andre godt etablerte screeningprogram, og gjennom internasjonalt samarbeid, spesielt med våre nordiske naboland, men også bredere i Europa og globalt, bidra til den samlede kunnskapen om organisering av screeningprogram av ypperste klasse.

Med takk til alle som arbeider for forebygging av livmorhalskreft i Norge og med håp om at rapporten kan være et nyttig hjelpemiddel.

Oslo/Esbo, september 2015

Giske Ursin
Dirketør

Stefan Lönnberg
Avtroppende leder,
Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft

Innledning

Livmorhalskreft som kreftform er unik med tanke på mulighetene for forebygging. Screening for forstadier og effektiv behandling av disse kan gi en nedgang i insidensen og dødeligheten med over 80% (*International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol. 10: Cervix Cancer Screening. Lyon, France: IARC Press 2005*). Slike resultater krever et godt organisert screeningtilbud med integrert kvalitetssikring.

Formålet med rapporten er å beskrive screeningvirksomheten ved såkalte *kjerneindikatorer*. Indikatorene er valgt med tanke på å rapportere ulike aspekter av screeningaktiviteten, men også for å kunne identifisere avvik så tidlig som mulig. Indikatorene bygger på erfaringer fra egen virksomhet og på anbefalinger fra International Agency for Research on Cancer (IARC) (Arbyn M, Anttila A, Jordan J et al. (eds), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening*, 2nd edition. City of Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities 2008). Sammenlignbarhet mellom screeningprogram er en viktig målsetting og samordnet rapportering av indikatorer er også et tema innen nettverket for nordiske screeningprogram.

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 presentere hele omfanget av virksomheten i Livmorhalsprogrammet. Vi presenterer dessuten resultater per 5-års aldersgrupper der det er naturlig. Kvinner med negative funn som har reservert seg mot at personopplysninger registreres permanent i Kreftregisteret, inngår ikke i resultatene som omhandler data på kvinnenivå.

Bakgrunn

Målsetting

Livmorhalsprogrammet ble etablert som et landsomfattende, forebyggende helsetilbud i 1995 (Bjorge, T., Gunbjørud, A. B., Haugen, O. A., Skare, G. B., Trope, C., & Thoresen, S. O. (1995). *Mass screening for cervical cancer in Norway: evaluation of the pilot project. Cancer Causes Control*, 6(6), 477-484. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8580294>). Ved oppstart var den overordnede målsettingen å redusere forekomst og dødelighet av livmorhalskreft med 50% i forhold til nivået i 1990-94, oppnå en dekningsgrad på 80% og ikke øke prøvevolumet utover nivået i 1994.

I 2013 var den aldersjusterte insidensen av livmorhalskreft 8,6 per 100.000 kvinner per år, dvs. 30% lavere enn i perioden 1990-94 (12,7), før den organiserte screeningen begynte. Dødeligheten i 2013 på 1,6 per 100.000 kvinner per år var over 50% lavere enn i perioden 1990-94 (3,8). Norge ligger på gjennomsnittet for de Nordiske landene i dødelighet, mens insidensen er noe høyere. Det finnes også tegn på at bakgrunnsrisikoen fortsatt er økende i befolkningen, slik at en økt satsing på de forebyggende tiltakene er nødvendig for å forhindre en gradvis tilbakegang til et høyere nivå av forekomst i deler av, eller hele befolkningen under risiko.

I målgruppen for Livmorhalsprogrammet, kvinner 25-69 år, var dekningsgraden av screening innen 3,5 år var henholdsvis 66,3 og 66,5% i 2013 og 2014. En svakt synkende trend har vært observert og dette utgjør en betydelig utfordring for programmet.

Antall prøver og påminnelser 1995 – 2014 i screening alder



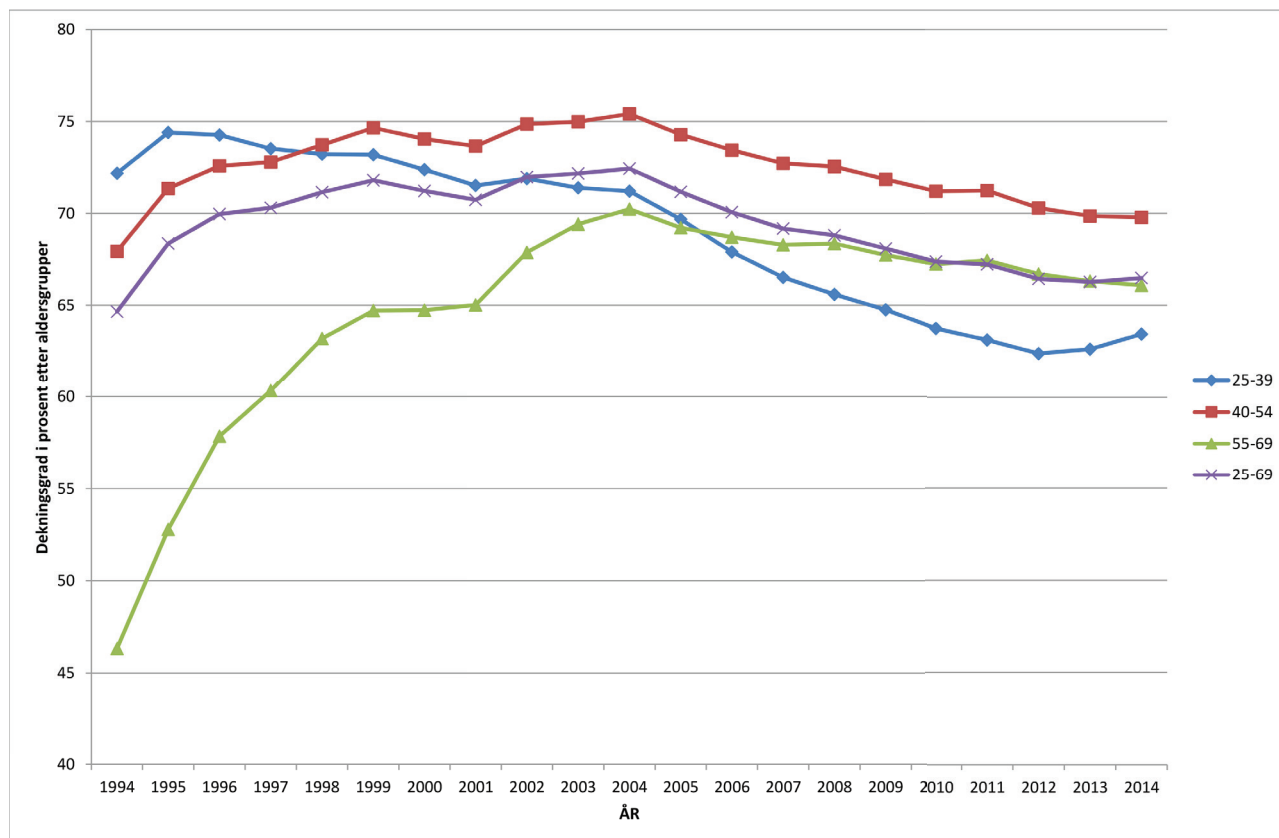
Datakilde: Cytologiregisteret

Figuren viser antall prøver og utsendte påminnelser til kvinner i screeningalder fra starten i 1995 fram til 2014.

Det er fremdeles store variasjoner i antall brev per år. Dette skyldes at man ved nasjonal oppstart i 1995-1996 sendte påminnelser til alle kvinner i løpet av to år i stedet for tre år, og at man ikke sendte ut andre påminning før alle hadde fått en påminnelse.

Denne variasjonen gjenspeiles også i antall prøver per år. Det synes også som at kvinner venter på brev før de bestiller time, og at prøvetallet er synkende. I tillegg til at færre kvinner tar prøve, har også innvandrerbefolkningen økt, og særlig fra land hvor kvinnene velger å få tatt prøvene i hjemlandet (f.eks. Polen og Tyskland). Årsaken til den store økningen i 2014 er at vi da endret rutinene fra å sende ut brev tre år og to måneder etter siste prøve til å sende brevene to måneder før det var gått tre år siden siste prøve eller brev.

Dekningsgrad (3,5 år) etter aldersgrupper, 1994-2014.



Datakilde: Folkeregisteret, Cytologiregisteret

Det har vært en betydelig økning i dekningsgraden for aldersgruppen 55-69 år fram til 2004, deretter en nedgang. For aldersgruppen 25-39 har det vært en betydelig nedgang, men med en stabilisering eller muligens en økende trend de siste 2-3 årene. Flere avisartikler og TV-innslag i 2013 og 2014 om manglende oppmøte blant yngre kvinner kan ha hatt en positiv effekt.

Cervix cancer: Antall krefttilfeller, aldersjustert insidensrate (W), andel i stadium 1A, antall døde og aldersjustert mortalitet (W)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antall krefttilfeller	276	295	298	307	294	317	282
Aldersjustert insidensrate (W) per 100.000 kvinner	8,8	9,2	9,6	9,7	9,3	9,8	8,5
Andel i stadium 1A, 25-69 år (%)	19,8	23,0	23,9	15,0	18,1	12,6	18,8
Antall døde	84	93	73	78	66	68	75
Aldersjustert mortalitet (W) per 100.000 kvinner	2,1	2,1	1,7	1,7	1,5	1,6	1,6

Datakilde: Insidensdatabasen august 2015 og Statistisk sentralbyrå

Masseundersøkelse

Myndighetene anbefaler en cervixcytologisk prøve hvert tredje år for kvinner fra 25 til 69 år. Livmorhalsprogrammet bygger på forutsetningen om at kvinnene selv tar initiativ til å oppsøke lege for cervixcytologisk prøve. Når det nærmer seg tre år etter siste registrerte cervixprøve, 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 alle cervixcytologiske prøver, positive som negative, rapporteres til og registreres i Cytologiregisteret i Kreftregisteret. Kvinnene kan reservere seg mot lagring av personopplysninger knyttet til negative screeningprøver, dette medfører at kreftregisteret ikke kan sende påminnelser. Kvinner kan dessuten bare reservere seg mot å motta påminnelsesbrev fra Livmorhalsprogrammet.

Cervixcytologisk prøve tas av lege, allmennlege eller gynekolog. I Norge benyttes både konvensjonell prøvetaking (Papanicolaou test) og væskebasert cytologi. Prøvene rekvireres ved at legen fyller ut en remisse, og de undersøkes ved ett av 18 patologilaboratorier. Alle laboratorier og leger, både offentlige og private, har lovmessig meldeplikt av prøveresultatene til Kreftregisteret.

Resultater fra 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.

HPV test som sekundærscreening (triage)

Livmorhalsprogrammet anbefaler cervixcytologisk prøve som primærscreeningmetode, og HPV test i sekundærscreening (triage) etter spesifiserte retningslinjer. Disse retningslinjene er gitt i forskrift og manifestert i et særskilt takstsystem fra juli 2005. 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 i aldersgruppen 25-69 år. Fra 1.1.2009 er indikasjonen endret til å gjelde sekundærscreening etter cytologi (heretter kalt indekscytologi) som viser ASC-US og LSIL, og kun for bruk av HPV tester som er CE-merket. Fra 1.1.2012 er kravene for takstrefusjon for HPV tester skjerpet ytterligere. Testen må nå være klinisk validert, påvise minst 12 høyrisiko HPV-typer, og ha en sensitivitet og en spesifisitet som tilsvarer eller overstiger Hybrid Capture II.

Se nettsiden for flytdiagram <http://www.kreftregisteret.no/livmorhals>.

Rådgivningsgruppe

Livmorhalsprogrammet har tilknyttet en Rådgivningsgruppe som har rådgivende funksjon i saker som omfatter kvalitetssikring. 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 Livmorhalsprogrammet er i tråd med hovedmålsettingen. Helsedirektoratet opprettet i september 2009 en Styringsgruppe som skal ta stilling til rådene fra Rådgivningsgruppen.

Metode

Databasene (registre)

Alle cervixcytologiske resultater meldes til ulike databaser (registre) i Kreftregisteret. Ved negativt funn, kan den enkelte reservere seg mot at personopplysninger blir registrert permanent i Kreftregisteret. De innmeldte opplysningene samles i et særskilt register. Cytologiregisteret ble etablert 1. november 1991. I tillegg registreres utrednings- og behandlingsdata for prekankrøse lidelser i et CIN-register, etablert 1. januar 1997. Histologi-registeret inneholder opplysninger om alle histologiske prøver fra cervix tatt fra 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 og/eller dato for når laboratoriet har besvart prøven. CIN-registeret inkluderer dessuten opplysninger om eventuell tidligere behandling for cervixlesjoner, cervixcytologisk diagnose som danner utgangspunktet for utredning og behandling, og data fra utredninger (resultater fra biopsier og/eller cervikal abrasio) og behandling (vesentlig koniseringer). Dessuten registreres komplikasjoner i forbindelse med behandling og status for reseksjonskanter på konisater. HPV testregisteret inneholder opplysninger om hvilken type HPV test som er benyttet, testresultater (positiv, negativ) og resultater dersom det er foretatt genotyping.

Data i Kreftregisteret kan etter søknad kobles med andre sentrale helseregistre som for eksempel Folkeregisteret og Dødsårsaksregisteret. Det juridiske grunnlaget for innsamling, lagring og utlevering av dataene i registrene er nedfelt i Kreftregisterforskriften (<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/for/sf/ho/ho-20011221-1477.html&dep=alle&titt=kreftregisterforskriften&>).

Indikatorer

International Agency for Research on Cancer (IARC) har i European guidelines, 2. utgave (utgave (Arbyn M, Anttila A, Jordan J et al. (eds), *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening, 2nd edition. City of Luxembourg, Grand Duchy of Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities* 2008)), definert tre hovedgrupper resultatindikatorer som kan benyttes til å overvåke screeningprosessen og til å justere avvik på et tidlig stadium. Kategoriene og indikatorene slik de er definert av IARC, er langt på vei egnet til å illustrere virksomheten også i den norske Livmorhalsprogrammet. Indikatorene skal gjenspeile ulike sider av screeningprosessen som har betydning for og innvirkning på Livmorhalsprogrammets effekt.

Den første gruppen indikatorer reflekterer Livmorhalsprogrammets aktivitet. Den sentrale indikatoren, dekningsgrad 3,5 år, angir hvor stor andel av målgruppen som faktisk screenes innenfor det anbefalte screeningsintervallet. I gruppen inngår dessuten befolkningsgrunnlag, antall tester og prøver, brevutsendelser, dekningsgrad, oppmøte og forbruk av tester.

Vi presenter dekningsgrad etter 3,5 år som er mer vanlig internasjonalt for å presentere programmer med 3 års anbefalt intervall mellom prøvene. Vi viser 5 år som tidligere, og dessuten 10 år for å gi et mål på hvor mange som faller helt utenfor programmet.

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, mellom cervixcytologisk diagnose og senere cervixcancer og andelen kvinner av antall screenede som blir diagnostisert med CIN2+.

Vi har delt cytologiprøvene i tre grupper: Screeningtest, triage test og prøve etter eller som skulle hatt histologisk undersøkelse. Cytologieresultatene er presentert etter dette der det har vært naturlig. En screeningtest er definert som en test der det ikke er unormale prøver inntil 2 år tidligere. Hvis en kvinne har flere normale prøver etter hverandre er alle definert som screeningtester selv om intervallet mellom prøvene er kort (evt. ned til måneder).

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, kvinner med histologisk diagnose differensiert etter alvorlighetsgrad, resultater fra koniseringer og noen data fra CIN-registeret.

I tillegg har vi valgt en fjerde gruppe indikatorer som gir oversikt over laboratorieresultater, det vil si den diagnostiske virksomheten i alle laboratoriene som Livmorhalsprogrammet samarbeider med og som utreder premaligne og maligne lesjoner i cervix. Nytt i denne rapporten er at vi oppgir navnet på laboratoriene.

Resultater

1. Aktivitet

1.1. Befolkning 2011-2014.

Kvinner	2011	2012	2013	2014
25-69 år	1 414 992	1 434 810	1 453 607	1 469 642
0-15 år	482 163	483 746	484 919	486 105
16-19 år	125 480	126 765	127 250	127 157
20-24 år	162 243	165 558	166 815	167 257
25-29 år	157 834	162 561	168 357	173 546
30-34 år	159 003	162 699	165 373	167 907
35-39 år	170 840	167 657	166 344	165 215
40-44 år	181 858	183 150	182 249	181 192
45-49 år	170 066	173 930	177 676	180 774
50-54 år	157 553	158 951	160 829	163 707
55-59 år	150 838	152 429	153 835	155 254
60-64 år	141 462	140 634	141 388	142 764
65-69 år	125 538	132 799	137 556	139 283
70-74 år	88 034	91 332	95 421	101 758
75-79 år	72 174	72 068	73 808	76 146
80-84 år	64 041	63 755	62 385	61 543
85+	77 872	77 333	77 417	77 370
Totalt	2 486 999	2 515 367	2 541 622	2 566 978

Datakilde: Folkeregisteret.

I 2011 var det 1,41 millioner kvinner i screeningalder og i 2014 var tallet 1,47, en økning med 60 000 fra 2011 til 2014.

1.2. Antall registrerte prøver – skjema 2008-2014

	Totalt antall cytologi	Cytologi med ID	HPV-test	Histologi	CIN
2008	429 417	428 059	10 873	21 767	3 127
2009	420 517	419 156	9 193	22 355	3 062
2010	414 798	413 627	9 799	22 975	3 255
2011	439 490	438 379	9 968	24 333	3 153
2012	403 357	4 020 746	11 432	24 062	3 188
2013	421 902	402 074	13 523	24 975	3 188
2014	451 960*	450 371	25 993	28 452	#

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV testregisteret, Histologiregisteret, CIN-registeret.

* Ikke alle prøver er kommet inn fra ett laboratorium (Først)

Registreringen av CIN skjema for 2014 er ikke komplett

Cytologi med ID angir prøver i Cytologiregisteret hos kvinner som har permanent fødselsnummer.

Cytologi uten ID er prøver fra kvinner uten permanent fødselsnummer: kvinnen har enten reservert seg mot lagring av personopplysninger eller prøven er fra kvinner som har eller har hatt midlertidig opphold i Norge, eller der hvor vi ikke har klart å identifisere kvinnen med de opplysningene som har kommet fra laboratoriet og prøvetaker. Årsaken til det lave antallet cytologiprøver i 2012 er nok at mange tok prøve i 2011 i forbindelse med informasjonsbrevet som gikk ut til 1,5 millioner kvinner høsten 2011. I 2014 var det betydelig presseomtale av programmet, og vi antar at dette er en årsak til økningen i antall prøver.

1.3. Antall utsendte brev 2011-2014

Definisjoner

Informasjon til 25-åringer: Brev sendes til kvinner det året de fyller 25 med informasjon om Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og invitasjon til å delta i programmet.

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 motta brev fra Kreftregisteret. Fram til 2014 ble påminnelsene sendt i 38. måned (3 år og 2 måneder) etter siste registrerte test eller påminnelse. Fra 2014 er dette endret til 2 år og 10 mnd. Denne forskyvingen er også sannsynligvis en årsak til økningen i antall prøver i 2014.

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

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. Anbefalt tid for ny prøve er 6 måneder, se flytdiagram med nasjonale retningslinjer. Fra 2012 ble det også sendt ut brev etter tidligere ASC-US/LSIL hvor ny prøve viste normal cytologi og HPV testen var positiv og det ikke var tatt ny prøve deretter (prøve nummer 3). Brevet sendes 6 måneder etter anbefalt tid, dvs. 12 måneder etter cervixcytologisk prøve.

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 12-13 måneder etter at uegnet cervixcytologisk prøve er tatt.

Histologikontroll: Brev sendes til patologiavdelinger som har anbefalt oppfølging med histologi dersom en slik histologisk prøve (evt. ny cervixcytologi og/eller HPV test) ikke er registrert etter 9 måneder. Fra 2013 sendes det ut brev etter 6 måneder. Ved behov sendes eventuelt også brev til legen som har tatt prøven, og tilslutt evt. til kvinnen.

Alle brevttekstene finnes på: <http://www.kreftregisteret.no/livmorhals>.

1.3.1 Antall og type utsendte brev 2011-2014

År	25- åringer	1. påminnelse	Andel av befolkningen med påminnelse	1. påminnelse HPV armen	2. påminnelse	Cytologi kontroll	Uegnet kontroll	Histologi kontroll	Total	1. og 2. påminnelse
2011	31 122	269 367	19,0	0	146 557	1 691	2 786	316	451 858	415 924
2012	32 341	237 951	16,6	0	145 743	3 905	4 083	362	424 402	383 694
2013	33 492	282 794	18,5	0	117 236	2 714	3 890	606	440 751	400 030
2014	34 468	407 455	16,3	1 555	144 502	2 988	4 698	601	596 283	551 957
2012 - 2014		928 200	63,9							

Datakilde: SSB, Cytologiregisteret, Histologiregisteret.

Antall første og andre påminnelse øker over tid, og en mulig forklaring kan være at stadig flere kvinner utsetter å oppsøke lege på eget initiativ etter 3 år, men synes å vente til de mottar første påminnelse. Vi observerer dessuten enkelte "topper" i antall påminnelser og dette kan forklares ved tidligere avvik i utsendelsesrutinene. Andel av befolkningen som mottar første påminnelse varierer mellom 16 og 19% per år. Mens for tre års perioden 2012-2014 har 64% av befolkningen mottatt første påminnelse. Brevene til 25 åringer sendes ut en gang i året til de som fyller 25 år, slik at alle som bodde i Norge på dette tidspunktet har mottatt brevet. Økningen i brev etter uegnete prøver skyldes en økning i uegnete prøver etter innføringen av væskebasert cytologi, se tabellene 3.1.1 side 27 og 4.1.1 side 31. Økningen i brev med behov for cytologikontroll skyldes at vi fra 2012 også sender ut brev ved normal cytologi og samtidig positiv HPV test.

1.4. Dekningsgrad

Dekningsgrad beregnes ut fra befolkningsgrunnlaget, minus de som har hatt gynekologisk kreft eller har fjernet livmorhalsen av annen årsak. Som nevnt forutsetter det norske Livmorhalsprogrammet i sin oppbygning at kvinnene selv tar kontakt med lege, og at det sendes påminnelser dersom det ikke er registrert ny cervixcytologisk prøve etter tre eller fire år. Av den grunn defineres dekningsgraden etter antall kvinner som har tatt minst én prøve i løpet av én periode. Vi rapporterer dekningsgrad over 3,5 år. Vi viser i tillegg 5 år (etter andre påminnelse) som tidligere, og dessuten 10 års intervall som en tilnærming for andelen kvinner som ikke deltar i screening. Beregningene tar utgangspunkt i antall kvinner som er registrert i Folkeregisteret per 31.12. i slutten av perioden, og deretter undersøkes det om disse kvinnene har tatt minst én cervixcytologisk prøve 3,5 år, 5 eller 10 år tidligere. Det innebærer at aldersgruppen 25-29 år vil ha en noe lavere dekningsgrad siden de i liten, og i stadig synkende grad, ikke tar prøver før fylte 25 år.

3,5 års dekningsgrad beskriver andelen av kvinner som har tatt minst én prøve siste tre år og 6 måneder.

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

10 års dekningsgrad beskriver andelen av kvinner som har tatt minst én prøve siste ti år.

1.4.1. Dekningsgrad etter alder 2003-2014, prosent

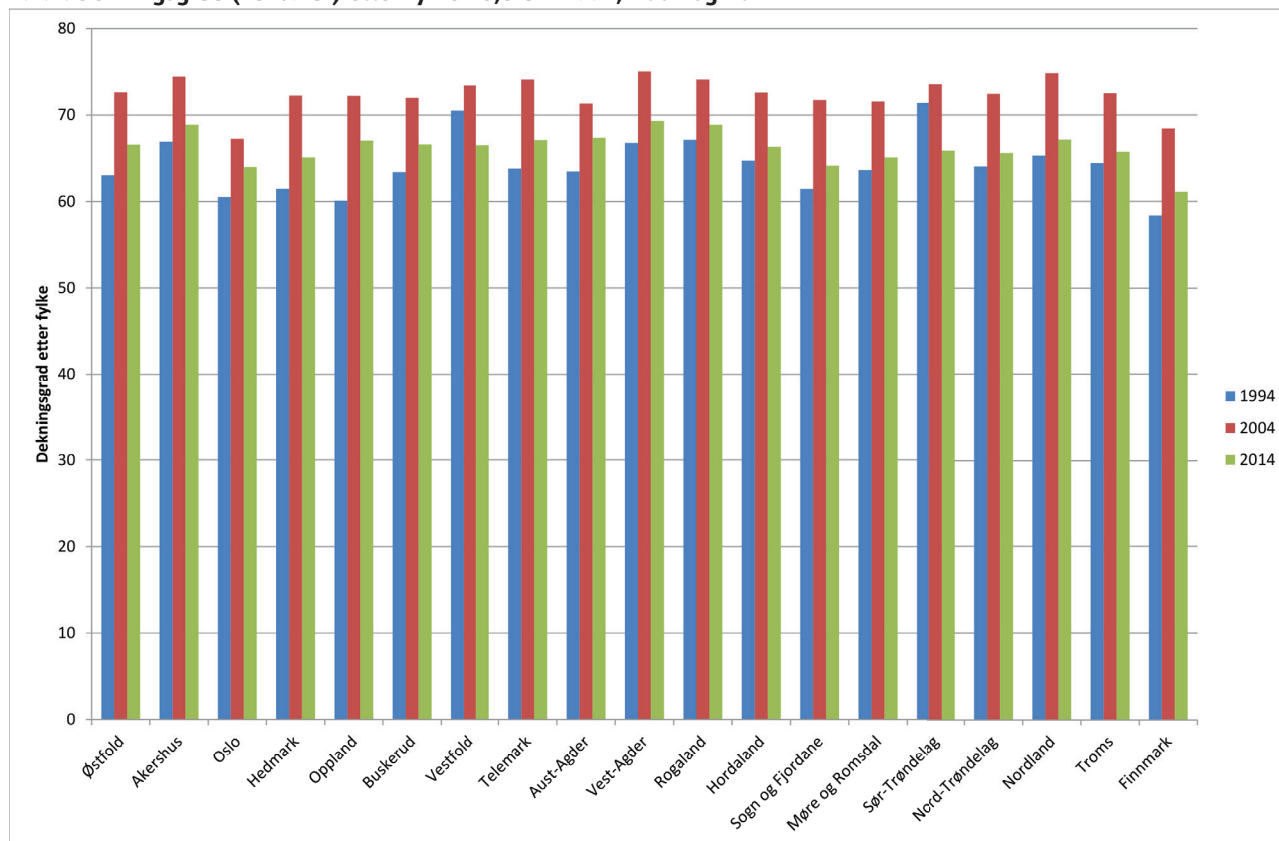
Aldersgruppe	3,5 år		5 år		10 år	
	2011-2013	2012-2014	2009-2013	2010-2014	2004-2013	2005-2014
25-69	66,3	66,5	73,8	73,9	83,0	83,0
25-34	59,5	60,8	65,9	66,9	72,1	72,7
35-69	68,4	68,3	76,3	76,1	86,4	86,3
0-15	--	--	--	--	--	--
16-19	1,6	1,5	1,6	1,5	1,6	1,5
20-24	16,8	15,9	19,1	18,0	20,4	19,2
25-29	54,0	55,9	58,9	60,5	63,6	64,7
30-34	65,3	65,8	73,1	73,5	80,9	81,1
35-39	68,8	69,0	77,4	77,3	86,6	86,5
40-44	69,9	70,1	78,8	78,7	88,8	88,7
45-49	70,1	70,1	78,5	78,5	88,6	88,6
50-54	69,4	69,1	77,3	77,2	87,9	87,7
55-59	67,8	67,4	75,2	74,8	85,9	85,7
60-64	66,7	66,4	73,4	73,1	83,6	83,4
65-69	64,2	64,2	71,1	70,9	81,4	81,2
70-74	39,5	39,7	54,2	54,7	77,5	77,3
75-79	18,8	18,7	25,8	25,8	60,4	60,4
80-84	9,4	9,5	14,1	14,0	33,5	32,9
85+	3,7	3,6	5,7	5,7	16,8	16,2

Datakilde: Cytologiregisteret.

Tabellen viser at dekningsgrad etter 3,5 år er 66% (2011-2013) og 67% (2012-2014). Dekningsgraden etter 5 år og 10 år var 74% og 83%. 10 års dekningsgrad gir også en beskrivelse av hvor mange som faller helt utenfor programmet. Det er 17% som ikke har tatt prøve siste 10 år i aldersgruppen 25-69 år.

Det har vært en nedgang i dekningsgraden de siste årene, særlig blant kvinner i alderen 25-34. Vi ser nå tegn på at den trenden har snudd.

1.4.2. Dekningsgrad (25-69 år) etter fylke - 3,5 år i 1994, 2004 og 2014



Datakilde: Cytologiregisteret.

I Vestfold og Sør-Trøndelag ble påminnelsesrutinene utprøvd i 1992-1994. Alle fylker hadde en økning i dekningsgraden fra 1994 til 2004, og en nedgang fra 2004 til 2014, men alle har høyere dekningsgrad enn før screeningsprogrammet startet.

1.5. Oppmøte

1.5.1. Oppmøte etter første påminnelse 2012-2013

Første påminnelse i 2012 og 2013 og møtt til cytologi, HPV eller histologisk prøve innen 6 og 12 måneder.

Alders-gruppe	2012			Antall	2013	
	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd		1-6 mnd	1-12 mnd
Samlet	237 934	33,6	44,8	260 941	33,0	43,3
25 - 69	237 934	33,6	44,8	260 941	33,0	43,3
0 - 14	0			0		
15 - 19	0			0		
20 - 24	0			0		
25 - 29	34 401	23,7	35,1	35 319	23,2	34,8
30 - 34	30 698	24,9	36,8	29 777	27,5	38,9
35 - 39	27 478	31,5	43,6	27 628	32,4	44,1
40 - 44	28 930	34,1	46,3	30 724	34,8	46,5
45 - 49	27 107	35,9	47,4	30 452	35,7	46,7
50 - 54	24 765	38,3	49,4	27 959	36,6	46,4
55 - 59	23 358	40,0	50,6	27 509	36,9	46,1
60 - 64	21 642	41,7	51,3	25 774	37,7	45,9
65 - 69	19 555	41,4	49,8	25 799	35,3	42,4
70 - 74	0			0		
75 - 79	0			0		
80 - 84	0			0		
85+	0			0		

Datakilde: Folkeregisteret, Cytologiregisteret, HPV testregisteret og Histologiregisteret.

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

Tabellen viser antall kvinner med første påminnelse i henholdsvis 2012 og 2013 og andel som har møtt til enten cervixcytologisk prøve, HPV test eller histologi innen ett år.

I 2012 og 2013 ble første påminnelse sendt til kvinner i screeningalder som ikke var registrert med cervixcytologisk test i løpet av det anbefalte intervallet på tre år. Tabellen viser at etter første påminnelse, som ble sendt 38 måneder etter siste registrerte cervixcytologi, møtte 34 og 33% til en eller annen form for test (cervixcytologi, HPV test eller histologisk prøve) 1-6 måneder etter at brevet er sendt, og 45 og 43% har tatt prøver innen ett år. Mønsteret for oppmøte varierer med alder.

1.5.2. Oppmøte etter andre påminnelse 2012-2013

Andre påminnelse i 2012 og 2013 og møtt til cytologi, HPV eller histologisk prøve innen 6 og 12 måneder

Alders-gruppe	2012			2013		
	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd
Samlet	145 726	18,8	27,0	117 233	19,5	28,4
25 - 69	145 725	18,8	27,0	117 233	19,5	28,4
0 - 15	0			0		
16 - 19	0			0		
20 - 24	0			0		
25 - 29	18 498	16,1	25,2	18 312	17,3	27,1
30 - 34	20 871	18,3	27,4	17 658	18,0	27,4
35 - 39	18 213	20,6	30,4	13 709	22,1	32,4
40 - 44	18 946	21,0	30,5	13 918	22,1	33,2
45 - 49	17 208	20,8	30,2	13 195	21,1	30,7
50 - 54	14 939	19,3	26,5	11 448	20,2	28,7
55 - 59	13 821	18,0	24,7	10 570	19,3	26,1
60 - 64	12 082	17,6	23,3	9 488	18,5	24,9
65 - 69	11 148	16,2	20,7	8 935	17,0	22,4
70 - 74	0			0		
75 - 79	0			0		
80 - 84	0			0		
85+	0			0		

Datakilde: Folkeregisteret, Cytologiregisteret, HPV testregisteret og Histologiregisteret.

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

Denne tabellen viser at etter andre påminnelse møtte 19 og 20% av kvinnene til en eller annen form for test (cervixcytologi, HPV test eller histologisk prøve) 0-6 måneder etter at brevet er sendt, og 27 og 28% fikk tatt prøver innen ett år. Om lag halvparten av dem som fikk første påminnelse, mottar en andre påminnelse. Ut-sendelse av andre påminnelse fører til at ytterligere 20% av kvinnene som har fått første påminnelse, møter.

1.6. Oppmøte etter prøver

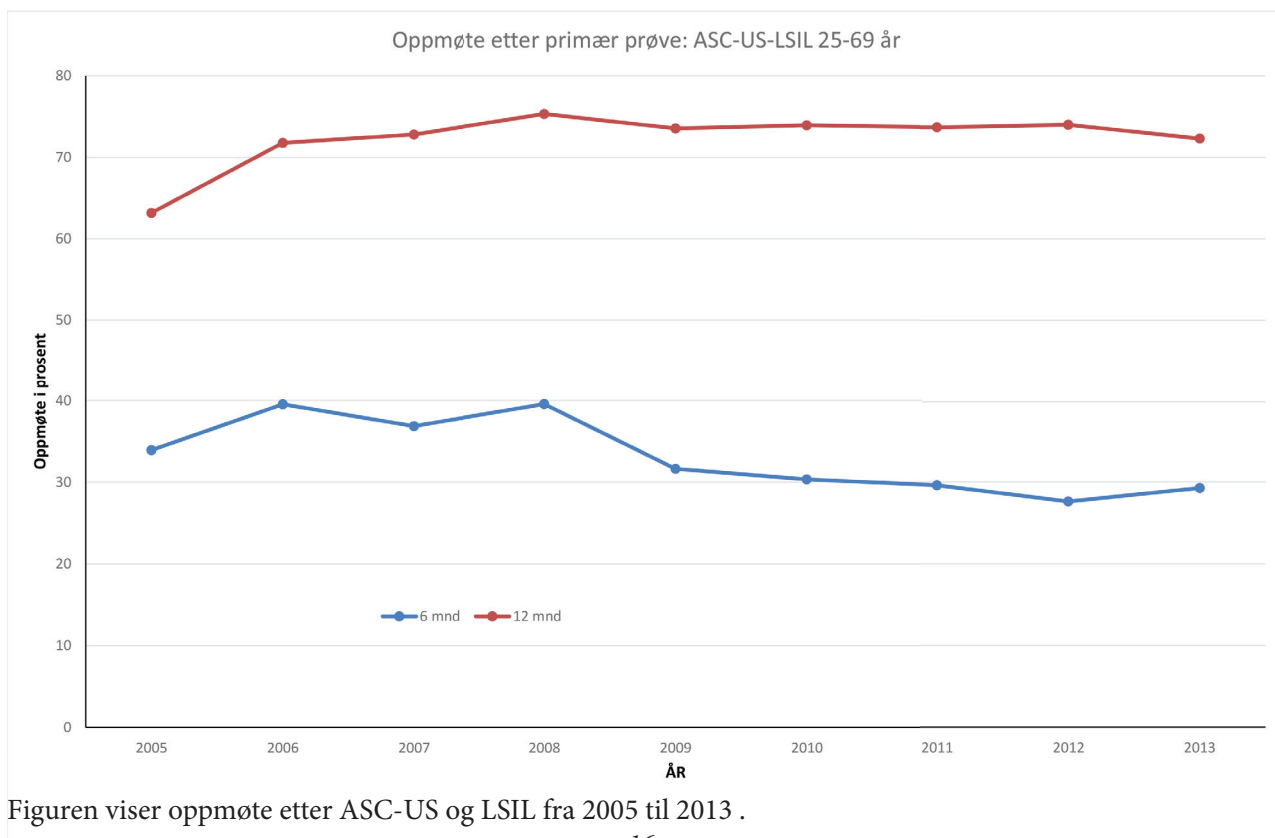
1.6.1. Oppmøte etter cytologi 2012 og 2013

Her vises oppmøte etter om primærcytologidiagnose krever cytologi (og/eller HPV test) eller histologiprøve.

1.6.1.1. Oppmøte etter primær (screening) prøve som trenger cytologi og HPV test kontroll av ASC-US og LSIL, i prosent ASC-US og LSIL i 2012 og 2013, oppfølgingsprøve innen 12 måneder

	2012				2013		
Alders-gruppe	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd		Antall	1-6 mnd	1-12 mnd
Samlet	11 464	27,8	73,9		12 919	30,9	76,0
25-69	9 837	27,6	74,0		12 784	29,3	72,3
0-15							
16-19	202	3,0	10,9		209	2,4	7,2
20-24	1 227	12,1	28,9		1 369	10,6	29,1
25-29	2 068	21,2	56,3		2 605	20,3	53,9
30-34	1 629	25,2	69,9		1 858	28,5	68,9
35-39	1 499	28,6	75,5		1 675	30,4	74,4
40-44	1 591	28,7	79,9		1 860	31,5	80,0
45-49	1 365	30,4	80,1		1 758	31,5	78,0
50-54	103	30,5	83,2		1 198	32,5	81,3
55-59	683	34,3	81,6		817	33,4	80,7
60-64	503	30,6	83,7		552	33,9	80,8
65-69	396	31,3	83,3		461	40,8	81,6
70-74	106	30,2	73,6		136	46,3	72,1
75-79	59	28,8	67,8		59	40,7	79,7
80-84	19	15,8	52,6		27	29,6	44,4
85+	14	14,3	42,9		9	11,1	55,6

Tabellen viser oppmøte etter primær ASC-US / LSIL, 28 og 29% i aldersgruppen 25 -69 år, har en oppfølgingsprøve, med cervixcytologi, HPV test eller histologisk prøve innen 6 måneder i 2012 og 2013. Etter 12 måneder er andelen 74% og 72%.



Figuren viser oppmøte etter ASC-US og LSIL fra 2005 til 2013 .

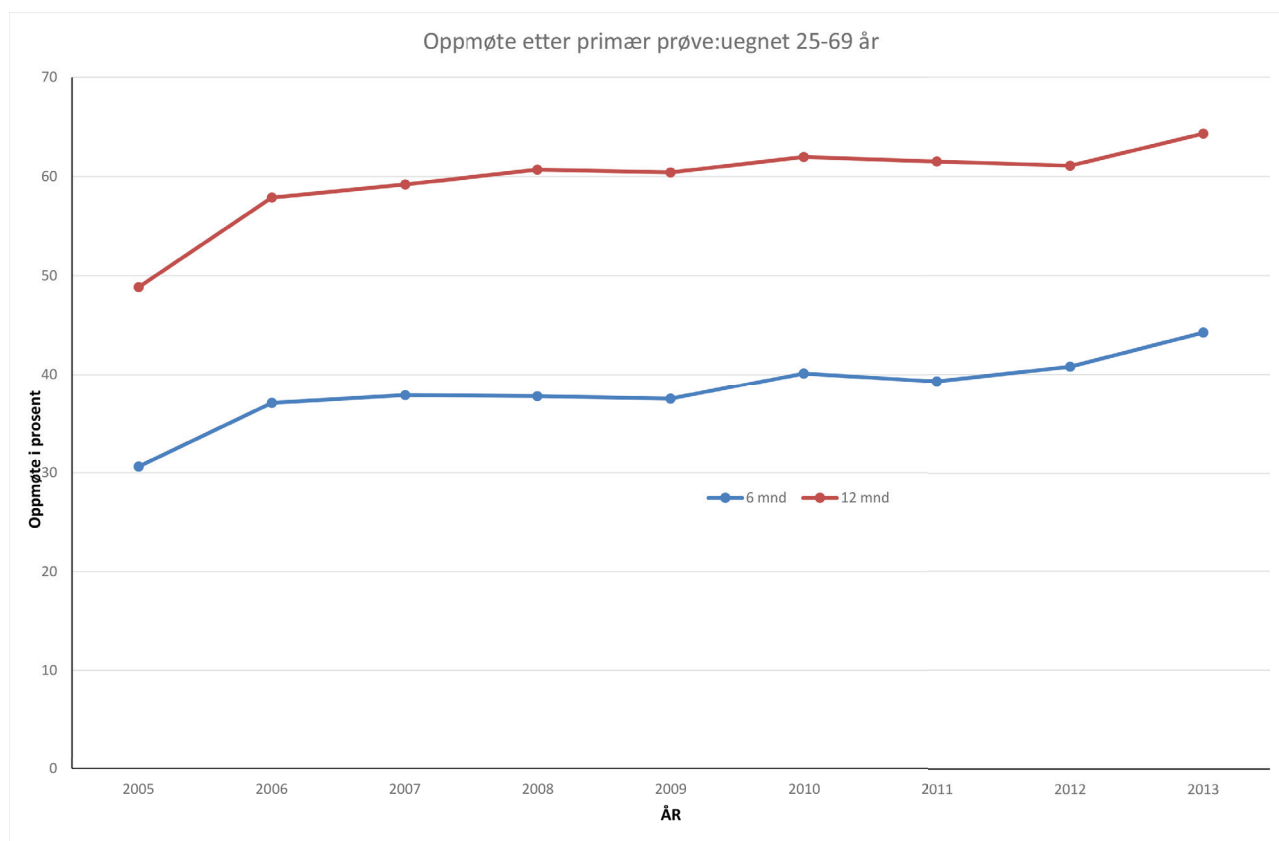
1.6.1.2. Oppmøte etter primær (screening) prøve som trenger cytologi kontroll, uegnet prøve

Uegnet i 2012 og 2013 , oppfølgingsprøve innen 12 måneder

Alders-gruppe	2012			2013		
	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd
Samlet	13 498	38,9	58,3	12 919	42,6	61,9
25 - 69	12 316	40,8	61,1	12 784	44,2	64,3
0 - 15						
16 - 19	98	0,0	0,0	209	1,0	4,1
20 - 24	740	15,7	24,5	1 369	16,5	24,7
25 - 29	1939	25,9	41,8	2 605	28,7	42,8
30 - 34	1 871	36,7	57,3	1 858	40,2	60,5
35 - 39	1 889	41,5	61,1	1 675	44,6	64,5
40 - 44	1 863	45,9	66,0	1 860	48,9	70,1
45 - 49	1 561	45,0	66,6	1 758	47,8	69,3
50 - 54	1 071	49,3	69,5	1 198	50,6	72,3
55 - 59	849	44,9	69,4	817	51,1	73,1
60 - 64	691	46,5	68,9	552	50,5	74,3
65 - 69	582	45,2	69,9	461	50,2	71,4
70 - 74	191	38,7	57,1	136	44,3	59,8
75 - 79	82	25,6	45,1	59	30,2	45,3
80 - 84	48	20,8	37,5	27	37,8	44,4
85+	23	4,3	4,3	9	12,0	20,0

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV testregisteret og Histologiregisteret

Tabellen viser at 41% og 44% av prøvene i aldersgruppen 25-69 år som hadde cytologisk diagnose uegnet, har latt seg teste med cervixcytologi, HPV test eller histologisk prøve innen 6 måneder i 2012 og 2013. Etter 12 måneder er andelen 61% og 64%. Kreftregisteret sender brev til kvinnene dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 12-18 måneder etter datoen primærcytologi ble besvart av laboratoriet.



Figuren viser oppmøte etter uegnet prøve fra 2005 til 2013.

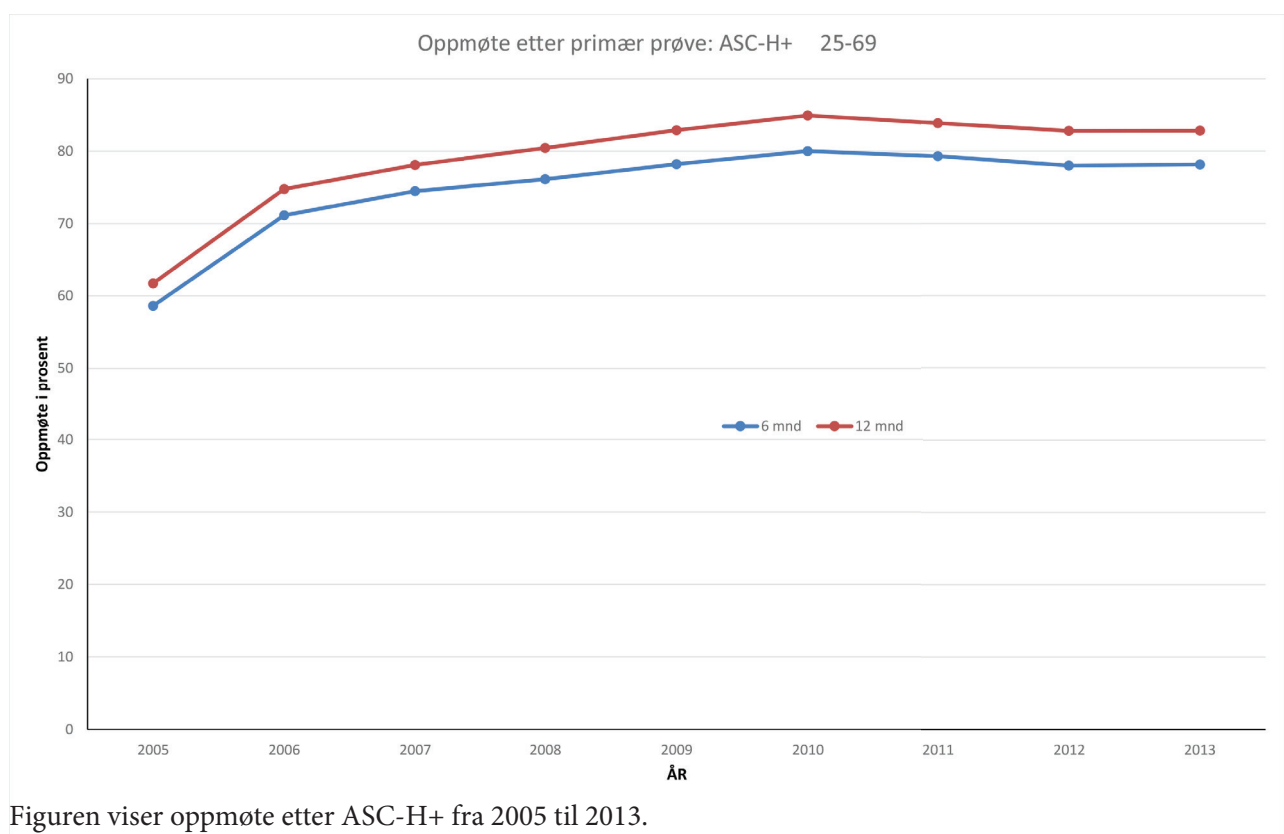
1.6.1.3. Oppmøte etter primær (screening) prøve som trenger histologi kontroll, AGUS, ACIS, HSIL, ASC-H eller cancer, i prosent ASC-H+ i 2012 og 2013, oppfølgingsprøve innen 12 måneder

Alders-gruppe	2012			2013		
	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd	Antall	1-6 mnd	1-11 mnd
Samlet	3 611	74,7	79,4	4 054	74,7	79,3
25 - 69	3 278	78,0	82,8	3 642	78,1	82,8
0 - 15						
16 - 19	8	12,5	12,5	8	12,5	12,5
20 - 24	190	38,4	41,6	239	44,4	47,3
25 - 29	644	64,8	69,9	791	62,7	65,5
30 - 34	587	80,2	84,3	666	84,7	89,0
35 - 39	528	86,4	89,4	553	84,6	89,7
40 - 44	475	84,8	89,7	487	86,4	91,4
45 - 49	334	80,8	85,6	409	83,6	88,8
50 - 54	273	78,8	86,8	252	79,0	83,7
55 - 59	177	79,7	85,9	182	78,6	86,3
60 - 64	130	72,3	77,7	157	71,3	79,0
65 - 69	130	68,5	73,1	145	69,0	75,2
70 - 74	55	63,6	72,7	69	55,1	60,9
75 - 79	26	53,8	57,7	46	50,0	56,5
80 - 84	24	54,2	54,2	28	42,9	42,9
85+	30	20,0	20,0	22	22,7	22,7

Datakilde: Cytologiregisteret, HPV testregisteret og Histologiregisteret.

Tabellen viser at oppmøte for prøvetaking etter indekscytologi som viste AGUS, ACIS, HSIL, ASC-H og cancer innen 6 måneder, er 78% i både 2012 og 2013 i aldersgruppen 25-69 år. Innen 12 måneder er andelen 83%.

Kreftregisteret sender brev til laboratoriene og evt deretter til legen som har tatt prøven dersom det ikke foreligger anbefalt oppfølgingsprøve 6 måneder etter datoen indekscytologi ble besvart.



Figuren viser oppmøte etter ASC-H+ fra 2005 til 2013.

1.7. Oppmøte etter brev

Kvinner som ikke har møtt innen 12 måneder etter primærcytologiprøve som trenger oppfølging får tilsendt brev. Tidspunktet i tabellene er det året brevet ble sendt (for eksempel kvinnen hadde positiv prøve i 2011, og ikke har møtt innen 12 måneder, så sendes brevet i 2012 og vi venter igjen i 6 og 12 måneder for å se om det kommer inn en prøve).

1.7.1. Oppmøte etter brev om manglede kontrollprøve etter ASC-US/LSIL 2012 og 2013, i prosent

Alders-gruppe	2012			Antall	2013	
	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd		1-6 mnd	1-12 mnd
Samlet	3 905	55,8	65,6	2 714	60,2	68,9
25 - 69	3 315	55,9	66,0	2 241	61,2	69,5
0 - 15	0			0		
16 - 19	48	45,8	52,1	38	60,5	65,8
20 - 24	484	55,6	64,7	397	55,4	67,2
25 - 29	789	55,3	67,2	606	62,5	70,8
30 - 34	639	50,9	64,5	424	58,7	69,1
35 - 39	512	59,2	67,8	333	61,9	68,5
40 - 44	443	53,9	64,8	273	60,8	71,8
45 - 49	375	54,1	61,9	238	52,1	63,4
50 - 54	244	58,6	65,2	156	65,4	69,2
55 - 59	157	65,6	70,7	94	69,1	72,3
60 - 64	84	63,1	69,0	63	69,8	74,6
65 - 69	72	65,3	72,2	54	66,7	68,5
70 - 74	27	66,7	70,4	14	57,1	64,3
75 - 79	11	90,9	90,9	9	44,4	44,4
80 - 84	10	30,0	30,0	10	50,0	50,0
85+	2	50,0	50,0	5	60,0	60,0

1.7.2. Oppmøte etter brev om manglede kontrollprøve etter uegnet prøve – 2012-2013, i prosent

Oppmøte etter brev etter uegnet cytologisk prøve

	2012				2013		
Alders-gruppe	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd	Antall	1-6 mnd	1-12 mnd	
Samlet	4 083	43,0	53,3	3 890	44,9	56,2	
25 - 69	3 604	44,2	54,8	3 472	45,9	57,6	
0 - 14	0			0			
15 - 19	29	27,6	27,6	34	20,6	23,5	
20 - 24	312	30,1	40,7	250	32,0	42,8	
25 - 29	570	36,0	49,6	627	43,4	57,1	
30 - 34	592	40,4	52,2	629	41,6	54,2	
35 - 39	610	44,9	54,6	546	41,6	54,2	
40 - 44	551	41,9	54,1	533	46,5	58,9	
45 - 49	434	45,8	56,7	407	46,4	57,2	
50 - 54	289	42,9	54,7	256	50,8	60,9	
55 - 59	207	53,6	58,9	194	54,1	64,9	
60 - 64	201	58,2	63,2	153	60,1	65,4	
65 - 69	150	61,3	67,3	127	55,1	60,6	
70 - 74	75	54,7	54,7	65	53,8	56,9	
75 - 79	28	35,7	39,3	33	45,5	54,5	
80 - 84	23	39,1	47,8	20	45,0	45,0	
85+	12	8,3	16,7	16	31,2	37,5	

1.7.3 Manglende oppfølging av alvorlig cytologisk diagnose (prøve som skal følges opp med histologi)

Resultater av brev til laboratorier/behandlende lege sendt i 2013.

Oppfølging av brev om prøve som trenger histologi

	LAB		LEGE		KVINNE		Total	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
OK	261	100,0	243	87,7	22	33,8	526	87,5
Forsøkt innkalt, ikke prøve enda	0	0,0	4	1,4	8	12,3	12	2,0
Glipp i innkallingen, ikke prøve enda	0	0,0	5	1,8	1	1,5	6	1,0
Kun cytologi tatt	0	0,0	14	5,1	9	13,8	23	3,8
Ønsker ikke behandling	0	0,0	2	0,7	0	0,0	2	0,3
Ikke tatt prøve	0	0,0	9	3,2	25	38,5	34	5,6
Totalt	261	100,0	277	100,0	65	100,0	603	100,0

Datakilde: Histologiregisteret, Cytologiregisteret.

Livmorhalsprogrammet sender brev til laboratorier når oppfølging etter alvorlig cytologisk diagnose mangler. Brev sendes først til det aktuelle laboratoriet ni måneder etter at cytologisk prøve er besvart, ved fortsatt manglende registrert oppfølging sendes brev til prøvetaker. Ordningen ble innført 1. mars 2008. Fra 2013 ble rutineene endret slik at brev til laboratoriet ble sendt etter 6 måneder, deretter evt. til lege, og evt. til kvinnen om det fremdeles ikke er tatt prøve 6 måneder etter at brevet er sendt legen.

87,5% hadde tatt histologi etter purring av laboratoriet og evt. lege og kvinne. I 34 (5,6%) tilfeller er det ikke tatt prøve og vi har ikke mottatt tilbakemelding fra lege. 3,8% har bare tatt cytologi som oppfølging og i 2,0% av tilfellene har legen forsøkt å innkalle kvinnen, men hun har ikke møtt, enten fordi hun ikke ønsker det, eller fordi innkallingen ikke er kommet fram.

1.8. Forbruk av tester

1.8.1. Antall Screening prøver per kvinne 2012 - 2014

	Antall kvinner				% av alle kvinner				% av kvinner med prøve			
	16-24	70+	25-69	I alt	16-24	70+	25-69	I alt	16-24	70+	25-69	I alt
Ingen prøve	249 281	262 961	341 657	855 912	84,9	84,8	23,5	41,6				
1 prøve	44 320	47 151	1 111 029	1 202 500	15,1	15,2	76,5	58,4	86,6	80,9	81,2	81,4
2 prøver	5 955	9 421	218 522	233 898	2,0	3,0	15,0	11,4	11,6	16,2	16,0	15,8
3 prøver	842	1 699	37 146	39 687	0,3	0,5	2,6	1,9	1,6	2,9	2,7	2,7
4 prøver	123	156	5078	5357	0,0	0,1	0,3	0,3	0,2	0,3	0,4	0,4
5 prøver	23	23	939	985	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
6 prøver	6	7	262	275	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7 prøver	2	1	85	88	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8 prøver	0	0	36	36	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9 prøver	0	0	15	15	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10 prøver	0	0	5	5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
11 prøver	0	0	1	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Antall kvinner	293 601	310 112	1452686	2 058 412	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Datakilde: Folkeregisteret og Cytologiregisteret.

Antall kvinner uten prøve er beregnet som differansen mellom gjennomsnittsbefolkningen i perioden og antall kvinner som har en registrert screeningprøve. En screeningprøve er definert som at det ikke er positive prøver inntil to år tidligere.

Tabellen viser antall prøver per kvinne i kolonnene til venstre. I perioden var det 1,5 millioner i screening alder, 341 657 tok ingen prøve, mens 1 111 029 tok en eller flere prøver. I kolonnene i midten er antall prøver beregnet i forhold til totalt antall kvinner, og i kolonnene til høyre er antall prøver per kvinne beregnet i forhold til antall kvinner med en eller flere prøver.

1.8.2. HPV tester – antall, alder og andel positive tester 2008 - 2014

Det er nå 13 laboratorier som utfører HPV tester. I 2014 varierte antallet tester per laboratorium mellom 148 og 5592. Se tabeller under 4.3. for resultater per laboratorium.

1.8.2.1 Antall HPV test typer

År	DigeneHybrid Capture II (HCII)	PreTech HPV-Proofer	Amplicor HPV test	Cobas4800 HPV	Abbott RealTime High Risk HPV	Andre tester	Total
2008	5 799	2 285	2 462	0	0	325	10 871
2009	4 063	2 654	2 291	0	0	185	9 193
2010	4 073	2 670	2 574	1	0	481	9 799
2011	4 434	3 384	1 505	644	0	1	9 968
2012	5 544	878	567	4 442	0	0	11 431
2013	6 574	114	0	6 650	185	0	13 523
2014	6 221	2	0	17 315	2 455	0	25 993

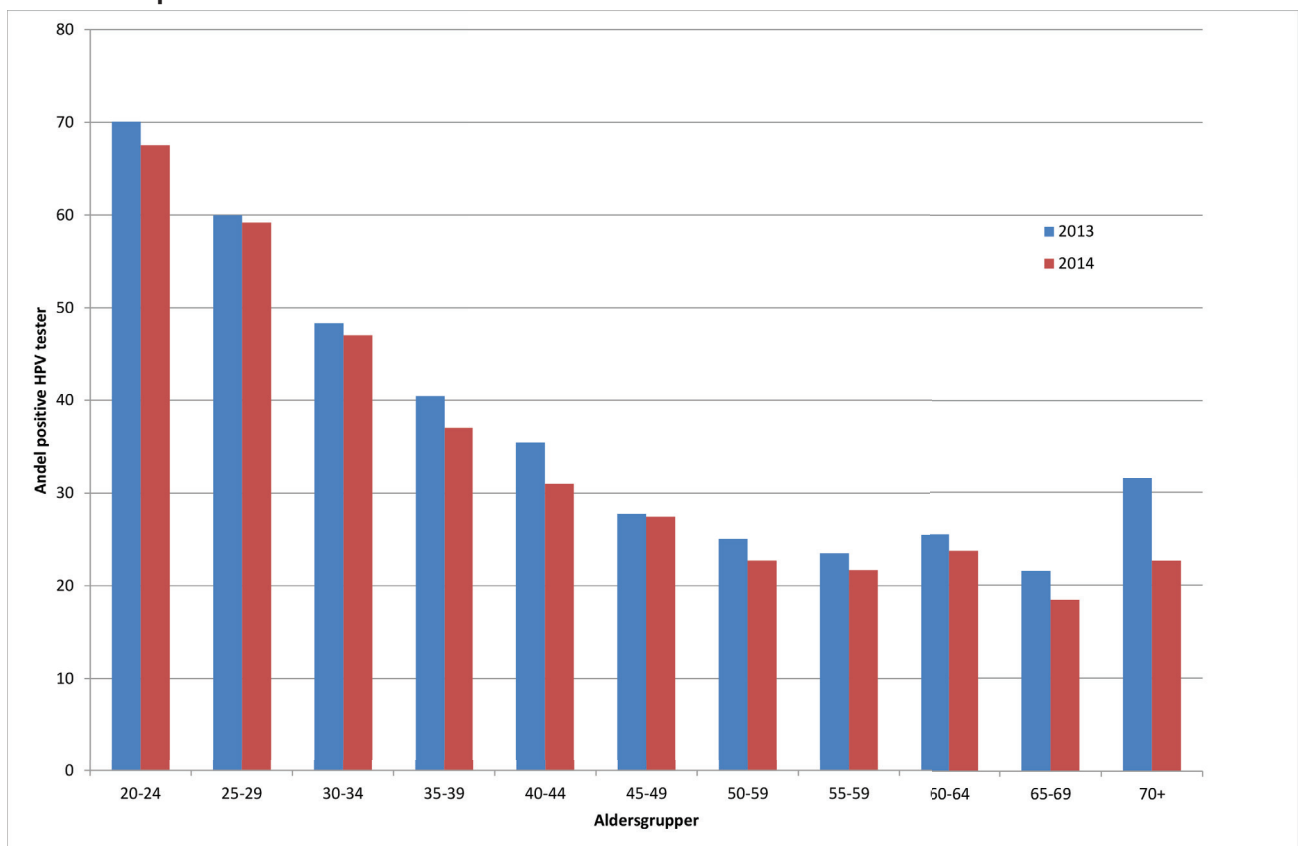
1.8.2.2 Antall HPV test typer

ÅR	16-24	70+	25-69	Antall
2008	2,1	0,5	97,4	10 871
2009	2,1	0,5	97,4	9 193
2010	1,9	0,6	97,5	9 799
2011	1,7	0,5	97,8	9 968
2012	1,9	0,7	97,5	11 431
2013	1,2	0,7	98,1	13 523
2014	2,5	1,1	96,4	25 993

4 prøver uten ID av aldersfordelingen i tabellen

Det er en betydelig økning av HPV tester i 2014. Dette skyldes dels at man fra 1. juli 2014 gikk over til refleks-testing med HPV etter ASC-US og LSIL i stedet for utsatt triage med HPV, og dels at det tidligere har vært et underbruk av HPV tester også under den tidligere algoritmen. Dette fører til at flere får oppfølging etter retningslinjene. I 2013 var 49% av testene HCII, mens Cobas4800 ble benyttet i 49% av undersøkelsene. I 2014 er tallene 24% for HCII, 67% for Cobas4800, og Abbott RealTime High Risk HPV kom i bruk med 9%.

1.8.2.3 Andel positive etter alder i 2013-2014



Datakilde: HPV testregisteret.

Aldersgruppen 16-20 er ikke med i figuren pga. av for få prøver. Andel positive er ca 40 prosent. Dette varierer mye med alder, men fordelingen har vært lik siden 2006. Figuren over viser fordelingen i 2013 og 2014. Kvinner under 25 år skulle i utgangspunktet ikke ha tatt HPV test. Antallet i denne aldersgruppen som har tatt test i denne perioden, har falt fra 846 i 2006 til 162 i 2013, mens det økte til 645 i 2014. De utgjør 1,2 og 2,5% av prøvene i 2013 og 2014, 36 og 30% av disse er 24 år.

2. Effektivitet

2.1. Samsvar mellom morfologisk diagnose ved screening celleprøve og høyeste histologiske diagnose innen 12 måneder etter celleprøven.

Cytologi i 2012

	Cytologi				Histologi													
Prøveresultat	Totalt antall cyt	Antall m/Hist	Prosent m/Hist		Normal	Uegnet	Benign u/atypi	Mulig CIN	CIN1	CIN2	CIN3	Irr.syl. epitel/ ACIS	ACIS	SCC	ACC	Metastase/ andre cancere		
Normal/ Benign	349 355	6 805	1,9	Antall	1 995	272	4 219	21	136	42	71	13	4	5	12	19		
				%	29,3	4,0	62,0	0,3	2,0	0,6	1,0	0,2	0,1	0,1	0,2	0,3		
Uegnet	13 498	581	4,3	Antall	145	16	355	3	23	14	20	1	0	3	1	0		
				%	25,0	2,8	61,1	0,5	4,0	2,4	3,4	0,2	0,0	0,5	0,2	0,0		
ASC-US	9 879	627	6,3	Antall	125	16	267	6	76	34	91	3	3	4	3	2		
				%	19,9	2,6	42,6	1,0	12,1	5,4	14,5	0,5	0,5	0,6	0,5	0,3		
LSIL	2 512	210	8,4	Antall	26	3	39	1	76	23	40	0	0	1	0	1		
				%	12,4	1,4	18,6	0,5	36,2	11,0	19,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,5		
ASC-H	1 412	1 317	93,3	Antall	186	10	203	41	180	114	551	14	10	16	1	1		
				%	14,1	0,8	15,4	3,1	13,7	8,7	41,8	1,1	0,8	1,2	0,1	0,1		
HSIL	1 557	1 492	95,8	Antall	110	11	93	14	97	128	949	21	19	57	6	6		
				%	7,4	0,7	6,2	0,9	6,5	8,6	63,6	1,4	1,3	3,8	0,4	0,4		
AGUS/ACIS	538	464	86,2	Antall	138	12	143	15	35	14	48	37	31	3	13	6		
				%	29,7	2,6	30,8	3,2	7,5	3,0	10,3	8,0	6,7	0,6	2,8	1,3		
SCC	42	40	95,2	Antall	1	0	0	0	0	0	11	0	0	25	1	2		
				%	2,5	0	0	0	0	0	27,5	0	0	62,5	2,5	5		
ACC	26	17	65,4	Antall	2	0	2	0	0	0	1	1	1	2	4	5		
				%	11,8	0,0	11,8	0,0	0,0	0,0	5,9	5,9	5,9	11,8	23,5	29,4		
Metastase/ andre cancere	36	14	38,9	Antall	2	0	2	1	0	0	1	0	0	0	1	7		
				%	14,3	0,0	14,3	7,1	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	7,1	50,0		
Total	378 855	11 567	3,1	Antall	2 730	340	5 323	102	623	369	1 783	90	68	116	42	49		
				%	23,6	2,9	46,0	0,9	5,4	3,2	15,4	0,8	0,6	1,0	0,4	0,4		

Datakilde: Cytologi- og histologiregisteret..

Screening celleprøve er tatt i 2012 og høyeste påfølgende histologiske prøve inntil 12 måneder etter cytologisk prøve.

Dersom en kvinne har flere cervixcytologiske prøver uten påfølgende histologi, er alle screeningprøver tatt med i tabellen under kolonnen ”totalt antall cyt”. De røde tallene i tabellen viser samsvar mellom cytologi og histologi ved cytologi diagnoser som skal følges med histologi og andel CIN3 ved normal, uegnet, ASC-US og LSIL cytologi.

2.2. Samsvar mellom histologiske diagnoser ved utredning og behandling i 2013

Histologi behandling										
Histologi utredning	Normal	Sann. malign	CIN1	CIN2	CIN3	SCC	Irr.syl.epitel/ACIS	ACC	Ukjent/uegnet	Totalt antall behandlinger
16-24										
Normal	0		0	1	0	0	0		1	2
Benign	0		0	0	0	0	0		1	1
CIN1	0		0	0	0	0	0		6	6
CIN2	5		5	9	18	0	0		5	39
CIN3	5		3	12	91	1	0		2	114
ACIS	0		0	0	0	1	1		0	2
Uoppgitt/ukjent/NA	1		0	0	0	0	0		0	1
Ikke tatt	0		0	2	0	0	0		0	2
Total utredninger	8		8	24	109	2	1		15	167
25-69										
Uegnet	2	0	1	1	2	0	0	0	2	8
Normal/Benign	26	0	8	7	28	0	4	1	77	151
Sann.maling	10	0	3	8	17	1	1	0	2	42
CIN1	8	0	27	9	14	0	1	0	51	110
CIN2	75	2	45	214	287	4	3	0	4	634
CIN3	122	4	38	112	1 474	38	9	2	10	1 809
SCC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Irr.syl.epitel/ACIS	8	0	3	1	16	1	53	5	1	88
ACC	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Ukjent/uegnet	3	0	1	3	5	0	0	0	1	14
Ikke tatt	34	0	18	18	66	1	4	0	0	141
Total utredninger	286	6	143	372	1 907	45	75	8	149	2 991
70+										
Normal	0	0	0	1	1	0	0	0	3	5
Benign	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2
Sann.maling	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
CIN1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	3
CIN2	0	0	0	4	2	0	0	0	0	6
CIN3	1	0	0	0	5	2	0	0	0	8
Irr.syl.epitel/ACIS	0	0	1	0	1	0	0	0	0	2
Ukjent/uegnet	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Ikke tatt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Total utredninger	2	0	3	6	12	2	0	0	5	30

Datakilde: CIN-registeret.

Enheten er kvinner.

Tabellen viser resultater for histologiske preparater etter behandling sammenlignet med resultater fra histologiske prøver ved forutgående utredning. Totalt antall behandlinger som gir histologisk preparat, vises i kolonnen helt til høyre merket "Totalt antall behandlinger". Totalt antall utredninger som gir histologisk preparat og som fører til en eller annen form for behandling er gitt i raden merket "Total utredninger" under hver alderskategori.

I beregningene inngår den høyeste (dvs. alvorligste) morfologidiagnosen for histologisk preparat ved utredning som er registrert i CIN-registeret. Det er denne diagnosen som sammenlignes med histologisk preparat fra behandlingen der dette forekommer.

Samsvar mellom histologisk diagnose ved utredning og behandling etter stigende aldersgrupper for CIN2 er henholdsvis 23, 34 og 68%. For CIN3 var resultatene henholdsvis 80, 82 og 63%.

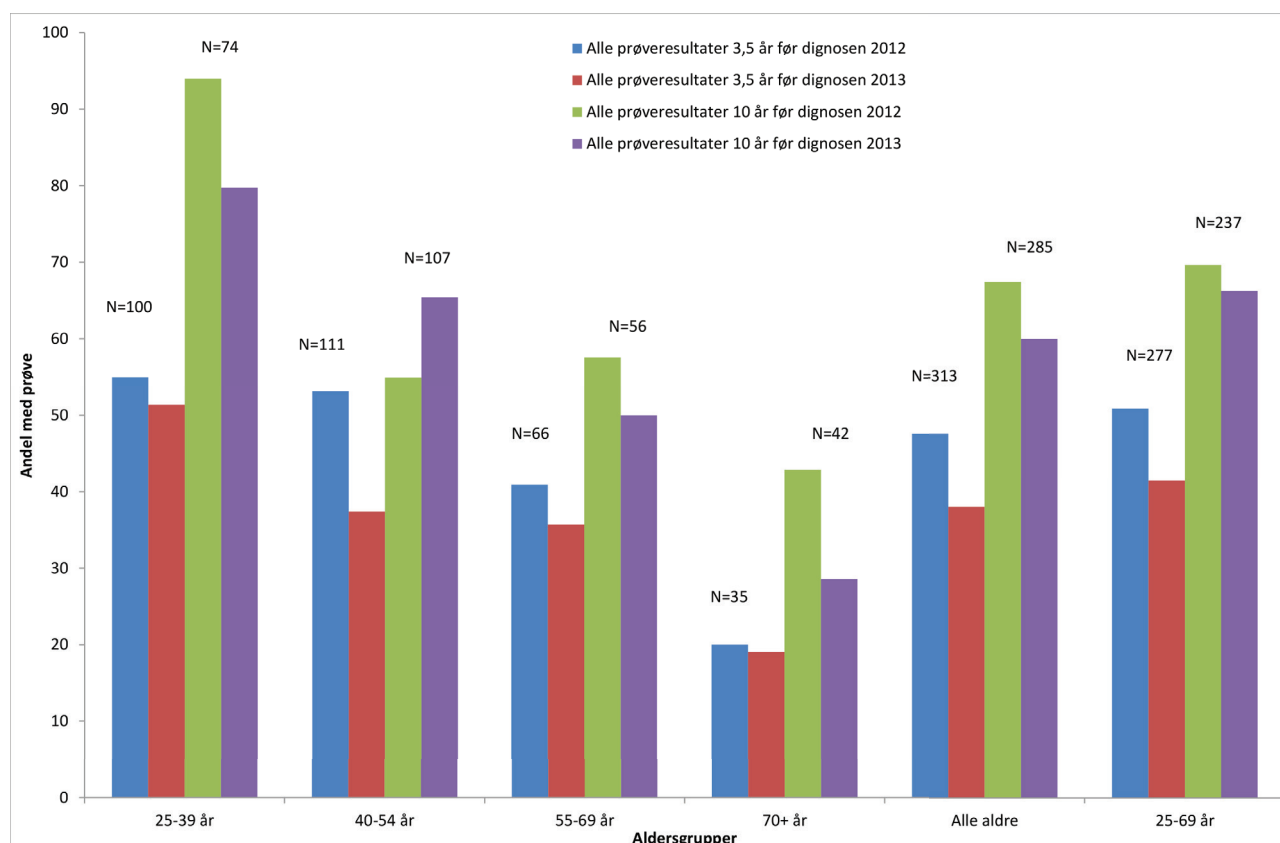
I screeninggruppen viser det seg at 75 biopsier diagnostisert med CIN2 og 122 med CIN3 etter utredning, ble diagnostisert med normal histologi i behandlingspreparatet (henholdsvis 12 og 7%). Omvendt viser det seg i samme gruppe at av biopsier tatt under utredning som hadde normal histologi og som, uvisst av hvilken årsak, likevel behandles, fikk 7 diagnosen CIN2 og 28 CIN3 på behandlingspreparatet (5 og 19% av de med normal biopsi).

2.3. Relasjon mellom tidligere cervixcytologisk prøve og cervixcancer

Figurene viser andelen kvinner med cervixcancer der det er registrert cervixcytologisk prøve i tidsrommet 10, og 3,5 år og inntil 6 måneder til før diagnosetidspunktet. Cervixcytologiske prøver tatt i perioden 0-6 måneder før diagnose er definert som diagnostiske prøver.

I screeningalder hadde 48% tatt cervixcytologisk prøve inntil 3,5 år før cancerdiagnose. Videre hadde 76% 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 55-69 år der bare 35,5% hadde registrert en prøve i perioden 3,5 år før cancerdiagnosen.

2.3.1. Andel av cervixcancer diagnostisert i 2012 og 2013 med cervixcytologiske prøver tatt 3,5 og 10 år før diagnose



Datakilde: Insidensdatabasen og Cytologiregisteret

Krefttilfeller under 25 år er inkludert i alle aldre.

2.3.2. Antall cervixcancere i 2012 og 2013, antall kvinner med prøve og andel normale cervixcytologiske prøver hos de som har prøve

2012	Antall tilfeller av cervix cancer i 2012	Cytologi tatt 3,5 år før diagnose			Cytologi tatt 10 år før diagnose		
		Antall kvinner med prøver	Antall med bare normale prøver	Andel*	Antall kvinner med prøver	Antall med bare normale prøver	Andel*
25-69 år	277	141	71	50,4	215	102	47,4
-24 år	1	1	0	0,0	1	0	0,0
25-39 år	100	55	27	49,1	86	44	51,2
40-54 år	111	59	33	55,9	89	42	47,2
55-69 år	66	27	11	40,7	40	16	40,0
70+ år	35	7	5	71,4	14	11	78,6
Alle aldre	313	149	76	51,0	230	113	49,1

2013	Antall tilfeller av cervix cancer i 2013	Cytologi tatt 3,5 år før diagnose			Cytologi tatt 10 år før diagnose		
		Antall kvinner med prøver	Antall med bare normale prøver	Andel*	Antall kvinner med prøver	Antall med bare normale prøver	Andel*
25-69 år	237	98	57	58,2	157	85	54,1
-24 år	6	2	1	50,0	2	1	50,0
25-39 år	74	38	21	55,3	59	29	49,2
40-54 år	107	40	24	60,0	70	39	55,7
55-69 år	56	20	12	60,0	28	17	60,7
70+ år	42	8	7	87,5	12	7	58,3
Alle aldre	285	108	65	60,2	171	93	54,4

Datakilde: Insidensdatabasen og Cytologiregisteret.

* Andel kvinner med normale prøver av kvinner som har tatt prøve.

Tabellen viser andelen tilfeller med cervixcancer der det foreligger cervixcytologisk prøve 3,5 og 10 år før diagnose, og dernest hvor mange av disse prøvene som var normale. I screeningalder var 50% i 2012 og 58% i 2013 av prøvene som ble tatt 3,5 år forut for diagnose, normale. For samme aldersgruppe var andelen normale cervixcytologiske prøver tatt 10 år i forkant av diagnosen henholdsvis 47 og 54%.

2.4. Antall og andel kvinner diagnostisert med CIN2+ av antall screenede 2012-2013

2012	Kvinner 16-24 år		Kvinner 70+ år		Kvinner 25-69 år	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
CIN2+	296	1,93	65	0,43	3 691	1,06
CIN3+	233	1,52	59	0,39	3 117	0,89
Cancer	1	0,01	35	0,23	277	0,08
Antall screenede	15 369		15 019		348 467	100,00

2013	Kvinner 16-24 år		Kvinner 70+ år		Kvinner 25-69 år	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
CIN2+	355	2,36	83	0,52	3 891	1,06
CIN3+	279	1,86	71	0,45	3 245	0,88
Cancer	6	0,04	42	0,26	237	0,06
Antall screenede	15 019		15 857		366 869	100

Datakilde: Cytologiregisteret, CIN-registeret, Histologiregisteret, Insidensdatabasen.

Tabellene viser antall og andel kvinner med histologisk diagnose CIN2+, CIN3+ og cervixcancer per totalt antall screenede (med cervixcytologisk prøve) i 2012 og 2013. Høyeste histologi (dvs. histologi med alvorligst diagnose) per kvinne i perioden er valgt dersom det foreligger flere prøver (biopsier og konisater).

3. Diagnostikk og behandling

3.1. Cervixcytologisk prøve etter morfologi. Kvinner med cervixcytologisk prøve etter høyeste morfologi 2013 og 2014

Cervixcytologisk prøve klassifiseres av prøvene før og etter screeningprøve (ingen unormal prøve to år før prøven). Triage prøve (dvs. forrige prøve innen to år skal etter morfologien følges opp med ny cytologi og evt. HPV test.

3.1.1 Morfologi ved screeningprøver 2013-2014

2013	Antall tester		16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	360 978	90,8	12 266	81,7	15 041	94,9	333 671	91,0
Uegnet	18 120	4,6	928	6,2	420	2,6	16 772	4,6
ASC-US	11 345	2,9	970	6,5	197	1,2	10 178	2,8
LSIL	3 248	0,8	608	4,0	34	0,2	2 606	0,7
ASC-H	1 495	0,4	117	0,8	46	0,3	1 332	0,4
AGUS/ACIS	688	0,2	13	0,1	65	0,4	610	0,2
HSIL	1 768	0,4	116	0,8	20	0,1	1 632	0,4
SCC/ACC	74	0,0	0	0,0	20	0,1	54	0,0
Metastase/andre cancere	29	0,0	1	0,0	14	0,1	14	0,0
Totalt	397 745	100,0	15 019	100,0	15 857	100,0	366 869	100,0

2014	Antall tester		16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	385 294	90,5	11 177	80,2	15 348	94,3	358 769	90,7
Uegnet	18 537	4,4	800	5,7	481	3,0	17 256	4,4
ASC-US	13 673	3,2	1 058	7,6	257	1,6	12 358	3,1
LSIL	3 642	0,9	631	4,5	34	0,2	2 977	0,8
ASC-H	1 886	0,4	143	1,0	48	0,3	1 695	0,4
AGUS/ACIS	761	0,2	11	0,1	47	0,3	703	0,2
HSIL	1 996	0,5	111	0,8	18	0,1	1 867	0,5
SCC/ACC	80	0,0	1	0,0	27	0,2	52	0,0
Metastase/ andre Cancere	31	0,0	0	0,0	15	0,1	16	0,0
I alt	425 900	100,0	13 932	100,0	16 275	100,0	395 693	100,0

3.1.2 Morfologi ved triage prøver 2013-2014

Morfologi ved triage prøver 2013

2013	Antall tester							
			16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	6 395	54,5	784	52,1	142	72,4	5 469	54,5
Uegnet	338	2,9	47	3,1	3	1,5	288	2,9
ASC-US	2 466	21,0	295	19,6	35	17,9	2 136	21,3
LSIL	1 456	12,4	264	17,6	7	3,6	1 185	11,8
ASC-H	557	4,7	67	4,5	5	2,6	485	4,8
AGUS/ACIS	40	0,3	3	0,2	1	0,5	36	0,4
HSIL	472	4,0	44	2,9	3	1,5	425	4,2
SCC/ACC	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Metastase/andre cancere	3	0,0	0	0,0	0	0,0	3	0,0
Totalt	11 727	100,0	1 504	100,0	196	100,0	10 027	100,0

Morfologi ved triage prøver 2014

2014	Antall tester							
			16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	6 823	48,6	701	42,7	194	69,3	5 928	48,9
Uegnet	392	2,8	49	3,0	4	1,4	339	2,8
ASC-US	3 387	24,1	409	24,9	44	15,7	2 934	24,2
LSIL	2 064	14,7	345	21,0	23	8,2	1 696	14,0
ASC-H	691	4,9	85	5,2	12	4,3	594	4,9
AGUS/ACIS	84	0,6	5	0,3	1	0,4	78	0,6
HSIL	605	4,3	49	3,0	2	0,7	554	4,6
SCC/ACC	2	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,0
Metastase/ andre Cancere	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
I alt	14 048	100,0	1 643	100,0	280	100,0	12 125	100,0

Datakilde: Cytologiregisteret.

3.2. Kvinner med histologi etter høyeste morfologi 2012-2013

2012*						
	16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	67	11,2	502	41,1	3 564	22,8
Benign uten atypi	122	20,5	495	40,6	6 652	42,5
Uegnet	9	1,5	88	7,2	423	2,7
Usikker benign malign	1	0,2	4	0,3	82	0,5
CIN1	98	16,4	30	2,5	1 189	7,6
CIN2	63	10,6	6	0,5	574	3,7
CIN3	228	38,3	22	1,8	2 737	17,5
Irregulært sylinderepitel	3	0,5	2	0,2	41	0,3
ACIS	4	0,7	2	0,2	103	0,7
Cancer	1	0,2	35	2,9	277	1,8
Metastase	0	0,0	34	2,8	19	0,1
Total	596	100,0	1 220	100,0	15 661	100,0

2013						
	16-24 år		70+ år		25-69 år	
Morfologi	Antall	Prosent	Antall	Prosent	Antall	Prosent
Benign	94	12,9	520	40,1	3 694	22,8
Benign uten atypi	128		539		6 552	
Uegnet	16	2,2	84	6,5	440	2,7
Usikker benign malign	4	0,5	14	1,1	93	0,6
CIN1	130	17,8	31	2,4	1 429	8,8
CIN2	76	10,4	12	0,9	646	4,0
CIN3	270	37,0	28	2,2	2 870	17,7
Irregulært sylinderepitel	2	0,3	3	0,2	51	0,3
ACIS	3	0,4	1	0,1	138	0,9
Cancer	6	0,8	42	3,2	237	1,5
Metastase	0	0,0	24	1,8	30	0,2
Total	729	100,0	1 298	100,0	16 180	100,0

Datakilde: Histologiregisteret, CIN-registeret, Insidensdatabasen .

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

Tabellen viser alle kvinner som har ett eller flere histologieresultater i 2012* og 2013 fordelt etter høyeste morfologiske diagnose.

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

*2012 ble også presentert i forrige rapport, men pga. tekniske problemer ble data fra CIN-registeret ikke inkludert.

3.3. Antall skjema, behandlinger, koniseringer, gjennomsnittlig og median alder (ved behandling) fra CIN-registeret (diagnostikk og behandling av premaligne lidelser i cervix)

År	Antall skjema pr år	Antall behandlinger	Antall koniseringer pr år	Gjennomsnitt alder (år)	Median alder
2009	3 066	2 764	2 708	36,5	35
2010	3 255	2 987	2 926	37,0	35
2011	3 153	2 832	2 752	37,0	35
2012	3 188	3 058	3 002	37,0	35
2013	3 188	3 058	3 012	36,8	34

Datakilde: CIN-registeret.

Det ble innført nytt CIN-behandlingskjema i 2014, men flere av behandlingene i 2013 er ført på det nye skjemaet, det gjelder også noen skjema fra tidligere år. Det er kommet flere skjema for tidligere år siden 2012-rapporten og varierer fra 4 i 2009 til 81 i 2012.

Alder er i denne versjonen beregnet ved koniseringer. Gjennomsnittlig alder tilsvarer ”mean alder”, og er beregnet med utgangspunkt i CIN-registeret.

Antall histologiske prøver med CIN2+ som medførte behandling, er hentet fra CIN-registeret. Vi antar at CIN-registeret er over 80% komplett for opplysninger om behandlingspreparater. Andelen behandlinger er derfor høyst sannsynlig underrapportert.

3.3.1. Type behandling 2009 - 2013

Behandlingstype	Behandlingsåret				
	2009	2010	2011	2012	2013
Slynge	1 909	2 151	2 164	2 673	2 228
Slynge og vaporisering				2	333
Slynge og utskrap		5		15	101
Diatermikniv/nål	395	311	286	239	282
Laserkonisering	379	435	276	60	54
Knivkonisering	25	24	26	13	14
Hysterektomi	39	33	42	42	30
Annen behandling	7	15	21	10	9
Total	2 754	2 974	2 815	3 054	3 051

Datakilde: CIN-registeret.

3.3.2. Behandlinger etter behandlingstype og reseksjonskanter 2013, prosent

Behandlingstype	Frie	Øvre/nedre ikke frie	Nedre ikke frie	Øvre ikke frie	Kan ikke evalueres	Uoppgitt/ ukjent	Benign histologi	Antall
Slynge	59,8	3,9	7,5	10,1	7,4	1,3	10,1	2 228
Slynge og vaporisering	55,6	3,9	9,3	18,0	6,3	0,6	6,3	333
Slynge og utskrap	69,3	4,0	6,9	6,9	8,9	0,0	4,0	101
Diatermikniv/nål	59,6	5,3	5,0	10,6	8,2	0,7	10,6	282
Laserkonisering	44,4	1,9	3,7	14,8	16,7	0,0	18,5	54
Knivkonisering	35,7	7,1	14,3	7,1	35,7	0,0	0,0	14
Hysterektomi	70,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	30
Annen behandling	44,4	0,0	0,0	11,1	11,1	11,1	22,2	9
Total	59,3	3,9	7,3	10,8	7,6	1,1	9,9	3 051
Total uten benign histologi	65,8	4,4	8,1	12,0	8,5	1,2	0,0	2 750

Datakilde: CIN-registeret.

Tabellen viser at andelen med frie reseksjonskanter på behandlingspreparater i 2013 var 65,8%.

4. Laboratorieresultater 2013-2014

4.1. Cervixcytologi

Det ble totalt analysert 421 898 og 454 711 prøver i 2013 og 2014 ved 18 laboratorier.

5 laboratorier besvarte færre enn 15 000 prøver, som er det anbefalte antallet i Kvalitetsmanualene av 2005/2011. Ett laboratorium besvarte under 100 prøver og er utelatt fra oversiktene under.

Vi har slått sammen diagnoser som har færre enn 100 prøver per. år, til sammen 208 prøver.

4.1.1 Cervixcytologi, morfologiske diagnoser per laboratorium 2013-2014, fordeling

2013

Laboratorium	Normal	Normal uten sylinder epitel	Normal med betennelse el. blod	Uegnet	ASC-US	LSIL	ASC-H	HSIL	AGUS	Resterende diagnoser*	Under 15000 prøver(x)/har ikke gyn avd(G)
OUS	81,2	3,0	3,3	6,5	3,4	0,93	0,66	0,82	0,20	0,1	X
LFP/Først	91,1	2,4	2,3	2,2	0,9	0,30	0,22	0,45	0,06	0,0	G
HUS	80,8	6,0	2,2	4,7	3,0	1,49	0,61	0,94	0,18	0,1	
St.Olav	82,1	2,2	2,5	5,1	5,0	0,81	1,16	0,74	0,29	0,0	
Molde	89,7	5,2	0,4	1,7	1,3	0,52	0,40	0,62	0,12	0,0	X
GYN-LAB/ UNILABS	89,6	2,3	2,1	1,6	2,8	0,41	0,49	0,36	0,17	0,1	G
Østfold	77,9	6,0	0,7	7,3	5,7	1,29	0,55	0,46	0,20	0,0	
UNN	75,8	3,5	1,2	7,1	7,1	2,67	1,22	0,93	0,36	0,1	
Telemark	81,1	6,0	2,6	3,2	3,3	2,26	0,34	0,93	0,18	0,0	X
Innlandet	86,8	5,0	1,1	2,9	2,5	0,49	0,46	0,51	0,19	0,1	X
Vestre Viken	82,0	5,6	0,9	3,4	5,0	1,55	0,62	0,68	0,17	0,1	
Ålesund	85,9	3,7	1,0	0,8	5,7	1,43	0,66	0,55	0,19	0,1	X
Nordland	79,0	5,0	0,2	9,0	2,8	2,36	0,51	0,82	0,31	0,0	
SUS	75,2	6,9	0,3	7,8	5,5	2,32	0,40	1,20	0,39	0,1	
Sørlandet	78,6	4,3	5,0	7,6	1,9	1,21	0,39	0,95	0,02	0,0	
AHUS	87,2	3,5	1,0	3,6	2,4	0,87	0,69	0,52	0,12	0,1	
Vestfold	79,6	5,3	0,5	3,2	6,8	2,43	1,19	0,75	0,11	0,0	
Gj.snitt	83,2	4,2	1,7	4,5	3,6	1,26	0,60	0,70	0,18	0,1	

2014

Laboratorium	Normal	Normal uten sylinder epitel	Normal med betennelse el. blod	Uegnet	ASC-US	LSIL	ASC-H	HSIL	AGUS	Resterende diagnoser*	Under 15000 prøver(x)/har ikke gyn avd(G)
OUS	80,5	2,7	2,9	6,0	4,7	0,83	1,02	0,88	0,30	0,1	X
LFP/Fürst #	92,7	2,5	0,8	2,2	1,0	0,31	0,19	0,35	0,03	0,0	G
HUS	79,9	6,7	1,4	5,6	3,2	1,85	0,61	0,98	0,15	0,0	
St.Olav	82,4	1,6	2,2	3,9	6,4	0,98	1,41	0,92	0,20	0,0	
Molde	82,7	8,0	0,3	6,2	1,3	0,48	0,32	0,57	0,06	0,1	X
GYN-LAB/ UNILABS	85,4	2,3	3,4	2,2	4,9	0,57	0,60	0,36	0,26	0,1	G
Østfold	79,5	6,7	1,1	5,0	5,2	0,95	0,69	0,68	0,24	0,0	
UNN	73,6	3,9	1,6	7,6	6,7	3,79	1,18	1,04	0,42	0,1	
Telemark	80,4	7,1	2,2	4,2	2,6	2,00	0,43	0,88	0,17	0,0	X
Innlandet	87,2	5,0	0,7	2,1	3,1	0,65	0,55	0,56	0,20	0,1	
Vestre Viken	79,6	5,7	1,1	2,8	7,4	1,74	0,65	0,74	0,10	0,1	
Ålesund	85,8	3,6	1,5	0,9	5,8	1,32	0,52	0,50	0,12	0,0	X
Nordland	74,0	7,9	0,2	9,2	4,7	2,34	0,84	0,58	0,39	0,0	
SUS	75,9	7,8	0,5	7,0	4,8	2,16	0,32	1,06	0,35	0,1	
Sørlandet	79,8	4,7	3,9	5,9	3,1	1,00	0,57	0,88	0,07	0,0	
AHUS	86,7	5,7	0,4	1,8	2,9	1,21	0,79	0,72	0,11	0,1	
Vestfold	80,1	4,3	0,4	3,7	6,5	2,18	1,54	0,87	0,39	0,1	
Gj.snitt	82,7	4,7	1,3	4,3	4,0	1,36	0,68	0,73	0,19	0,1	

Ikke alle prøver for høsten 2014 er overført Kreftregisteret

*Resterende diagnoser krefttilfeller og metastaser

Se side 38 for fullstendige laboratorienavn

Tabellene viser laboratorier med under (blå) og over (rød) to standardavvik av de mest benyttede morfologiske diagnosene ved cervixcytologi. En mulig årsak til de relativt store variasjonene kan være at noen laboratorier ikke analyserer cervixcytologiske prøver som blir tatt som rutinescreening, men har en relativt høy andel prøver med patologi. Andre laboratorier analyserer i liten grad prøver fra gynekologiske avdelinger (merket med G).

4.2. Histologi

19 laboratorier undersøkte histologiske preparater fra cervix i 2013 og 2014. Antall prøver fra det enkelte laboratorium varierer fra 300 til 2 900, de fleste diagnostiserer mellom 1 000 og 2 000 prøver.

2013

Laboratorium	Normal	Benign	Uegnet	Sann. malign	CIN1	CIN2	CIN3	SCC	Irr/sylinder epitelet *	ACIS	ACC	Andre cancre	Total	Antall prøver
OUS	21,3	16,3	0,8	0,1	1,8	2,6	33,4	13,2	0,4	2,3	3,9	3,7	100,0	1 374
LFP/Fürst	18,8	54,5	2,2	0,4	3,7	1,2	17,5	0,7	0,1	0,5	0,2	0,1	100,0	1 872
HUS	14,8	32,0	1,4	0,8	8,6	7,8	28,9	2,3	0,4	1,6	1,0	0,3	100,0	1 946
St.Olav	17,4	36,2	3,4	3,1	4,3	6,8	24,8	1,4	0,2	1,2	0,6	0,5	100,0	2 015
Molde	22,5	32,5	4,6	1,3	7,0	9,3	18,2	3,3	0,0	0,3	0,3	0,7	100,0	302
GYNLAB/UNILABS	14,2	46,1	3,2	0,7	5,0	5,6	23,5	0,7	0,1	0,5	0,4	0,0	100,0	838
Østfold	19,1	27,2	4,1	1,6	13,0	9,9	22,8	0,8	0,4	0,5	0,4	0,3	100,0	1 327
UNN	15,0	37,6	2,4	0,3	17,8	16,2	8,3	1,2	0,1	0,6	0,4	0,2	100,0	2 545
Telemark	27,7	30,0	3,0	1,3	10,8	12,0	13,4	0,5	0,5	0,4	0,2	0,3	100,0	994
Innlandet	22,8	37,2	5,0	1,4	4,6	5,4	21,3	0,9	0,2	0,3	0,6	0,4	100,0	1 270
Vestre Viken	31,4	29,7	1,5	0,5	6,3	8,2	19,5	0,7	0,2	1,1	0,6	0,3	100,0	1 874
Ålesund	17,7	36,9	1,6	1,4	7,8	9,6	20,7	1,6	0,6	1,4	0,2	0,5	100,0	628
Nordland	13,0	37,5	3,4	0,5	10,7	10,1	22,9	0,6	0,1	0,5	0,3	0,3	100,0	934
SUS	29,3	26,5	1,6	0,3	9,5	5,6	24,2	0,6	0,2	1,7	0,3	0,2	100,0	1 922
Sørlandet	20,2	33,6	4,1	0,9	5,4	4,2	29,7	0,6	0,0	0,6	0,6	0,1	100,0	1 420
AHUS	24,3	30,3	3,3	0,8	7,0	7,5	23,3	0,9	0,2	1,3	0,6	0,6	100,0	1 633
Vestfold	28,2	22,7	1,5	2,2	10,6	7,0	25,5	0,9	0,1	0,9	0,3	0,2	100,0	1 232
Førde	18,6	45,3	3,5	1,6	3,2	8,4	17,5	0,5	0,3	0,5	0,5	0,0	100,0	371
Haugesund	30,6	14,3	17,0	1,5	2,8	3,6	26,4	1,1	0,0	1,5	1,1	0,0	100,0	530
Gj.snitt	21,2	33,2	2,9	1,0	8,0	7,6	22,0	1,7	0,2	1,0	0,7	0,5	100,0	25 027
Antall	5 315	8 310	733	254	1 998	1 890	5 517	425	53	249	170	113	25 027	

2014

Laboratorium	Normal	Benign	Uegnet	Sann. malign	CIN1	CIN2	CIN3	SCC	Irr/sylinder epitelet *	ACIS	ACC	Andre cancre	Total	Antall prøver
OUS	25,7	14,5	0,6	0,3	1,2	2,1	32,2	12,5	0,3	2,8	4,9	2,7	100,0	1 459
LFP/Fürst #	16,9	55,4	2,6	0,7	4,2	1,2	17,5	0,7	0,0	0,6	0,1	0,0	100,0	1 900
HUS	13,7	30,3	1,4	1,0	9,4	8,7	28,7	3,2	0,2	2,1	0,8	0,6	100,0	2 362
St.Olav	15,9	36,6	3,6	2,7	5,3	7,7	25,2	1,2	0,3	0,8	0,4	0,5	100,0	2 372
Molde	21,5	31,0	4,8	0,9	5,7	9,9	21,5	2,7	0,6	0,6	0,9	0,0	100,0	335
GYNLAB/ UNILABS	14,1	52,1	1,8	0,5	4,4	6,2	18,8	0,5	0,0	1,3	0,2	0,1	100,0	1 118
Østfold	16,6	27,3	3,1	1,6	14,1	12,0	22,1	1,1	0,1	0,9	0,5	0,6	100,0	1 508
UNN	17,1	33,5	1,8	0,1	21,9	14,4	8,4	0,8	0,3	0,7	0,7	0,2	100,0	2 935
Telemark	26,2	28,9	2,1	1,0	12,6	9,9	16,2	1,3	0,6	0,3	0,7	0,0	100,0	1 079
Innlandet	21,8	42,0	5,1	2,5	3,4	4,1	18,1	1,5	0,1	0,7	0,2	0,6	100,0	1 263
Vestre Viken	37,3	26,7	1,3	0,1	5,0	9,1	17,1	0,9	0,1	1,2	0,9	0,4	100,0	2 059
Ålesund	19,8	32,5	2,2	1,2	8,3	7,8	25,2	1,0	0,2	1,4	0,2	0,2	100,0	587
Nordland	14,2	30,3	2,6	0,4	18,9	10,3	21,6	0,4	0,2	0,7	0,3	0,1	100,0	1 161
SUS	38,5	23,8	1,1	0,1	7,2	5,5	21,2	0,5	0,2	1,4	0,2	0,2	100,0	2 650
Sørlandet	22,5	29,4	2,2	2,0	4,8	2,8	34,3	0,5	0,2	1,1	0,1	0,1	100,0	1 617
AHUS	23,8	29,3	2,3	1,2	7,3	6,2	26,9	0,9	0,2	1,3	0,3	0,4	100,0	1 716
Vestfold	26,7	23,7	1,7	1,5	13,0	8,3	22,6	0,5	0,1	1,3	0,5	0,1	100,0	1 511
Førde	15,1	41,3	4,8	0,6	12,0	7,7	16,8	0,9	0,0	0,6	0,3	0,0	100,0	351
Haugesund	35,4	14,2	10,9	0,4	1,8	5,9	28,1	1,8	0,0	0,6	0,8	0,0	100,0	494
Gj.snitt	22,5	31,8	2,3	1,0	9,0	7,5	21,8	1,7	0,2	1,1	0,7	0,4	100,0	28 477
Antall	6 409	9 047	669	278	2 561	2 136	6 213	474	57	327	193	113	28 477	

Ikke alle prøver for høsten 2014 er overført Kreftregisteret

* Irr/lett/moderat/usp dysplasi i sylinderepitelet.

Tabellene viser laboratorier med lavest (grønn) og høyest (rød) andel av de mest benyttede histologidiagnosene. Vi har ikke vist dette for diagnoser som har færre enn 500 prøver per år.

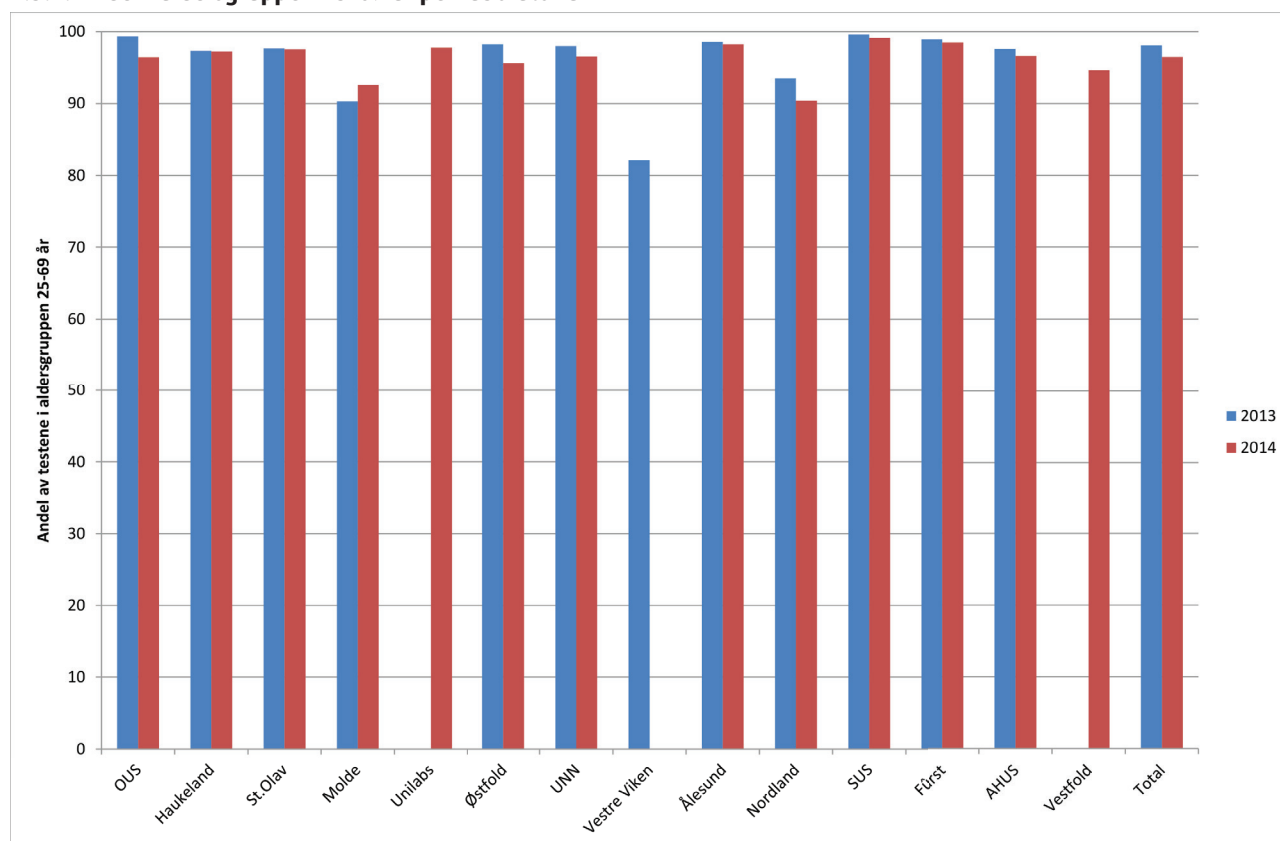
4.3. HPV resultater

4.3.1. Antall prøver og type test per laboratorium

Laboratorium	2013						2014					
	Diagene Hybrid Capture II	PreTech HPV-Proofer	Amplicor HPV test	Cobas4800 HPV	Abbott RealTime High Risk HPV	Total	Diagene Hybrid Capture II	PreTech HPV-Proofer	Amplicor HPV test	Cobas4800 HPV	Abbott RealTime High Risk HPV	Total
OUS	4 151	0	0	3	0	4 154	968	0	0	4 624	0	5 592
Haukeland	1 266	0	0	0	0	1 266	2 767	0	0	87	0	2 854
St.Olav	1 157	0	0	0	0	1 157	2 486	0	0	198	0	2 684
Molde	0	0	0	165	0	165	0	0	0	283	0	283
Unilabs	0	0	0	19	0	19	0	0	0	677	0	677
Østfold	0	0	0	920	0	920	0	0	0	0	1 660	1 660
UNN	0	0	0	1 939	0	1 939	0	0	0	4 092	0	4 092
Vestre Viken	0	95	0	0	0	95	0	0	0	0	0	0
Ålesund	0	19	0	404	0	423	0	2	0	630	0	632
Nordland	0	0	166	537	0	537	0	0	0	2 177	0	2 177
SUS	0	0	0	1 388	0	1 388	0	0	0	2 456	0	2 456
Fürst	0	0	0	0	185	185	0	0	0	0	795	795
AHUS	0	0	0	1 275	0	1 275	0	0	0	1 943	0	1 943
Vestfold	0	0	0	0	0	0	0	0	0	148	0	148
Total	6 574	114	166	6 650	185	13 523	6 221	2	0	17 315	2 455	25 993

Det er 13 laboratorier som nå utfører HPV tester. Vestre Viken utførte 95 tester i 2013 og ingen i 2014, mens Vestfold startet i 2014.

4.3.2. Andel i aldersgruppen 25-69 år per laboratorium

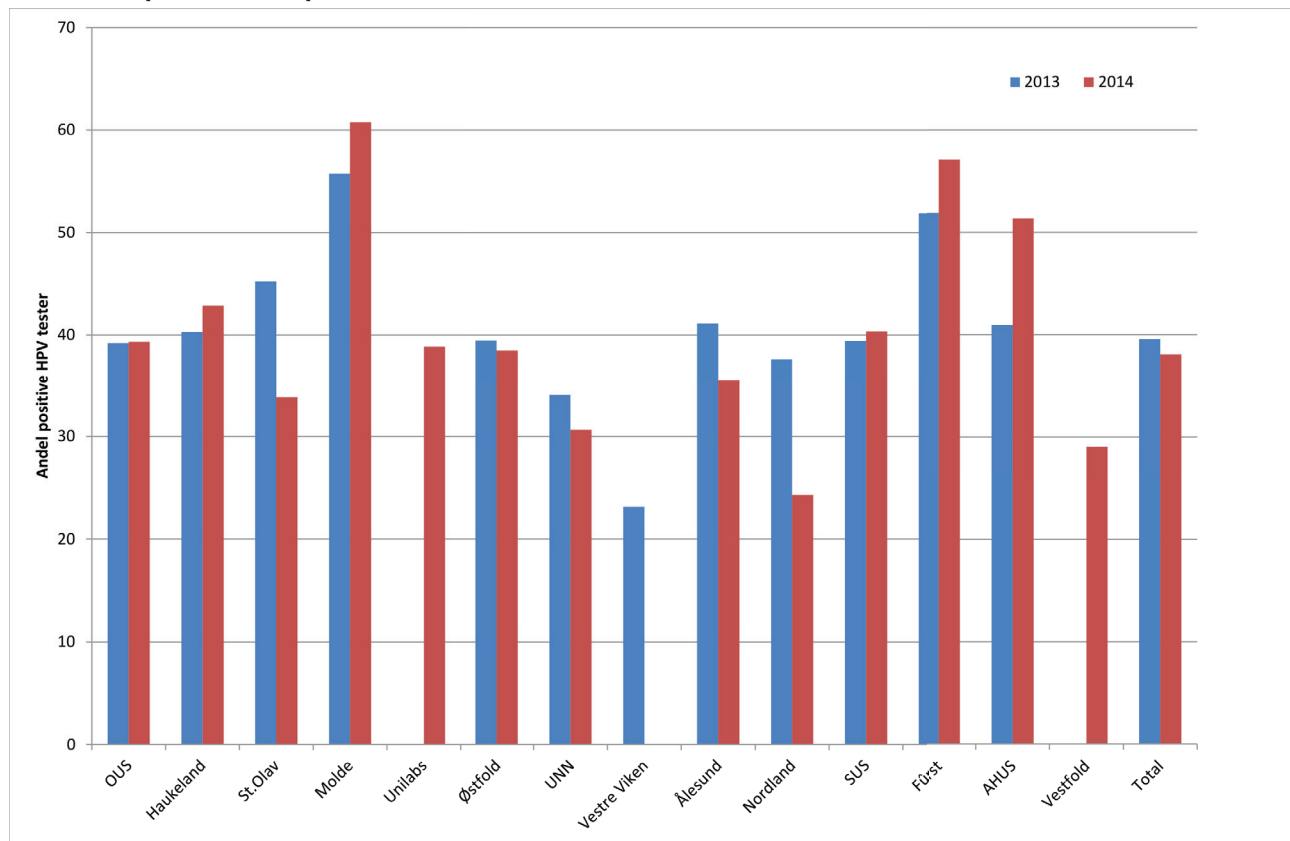


Kilde: HPV registeret

Unilabs 2013 er utelatt fordi det bare er 19 tester.

De aller fleste testene utføres etter retningslinjene i aldersgruppen 25-69 år, men det er noen variasjoner mellom laboratoriene.

4.3.2. Andel positive tester per laboratorium



Kilde: HPV registeret

Unilabs 2013 er utelatt fordi det bare er 19 tester

Det er en variasjon på andel positivitet mellom 23 til 63%. Dette skyldes først og fremst type HPV test, men det er også variasjon mellom de som benytter samme test, for eksempel Østfold og Først i 2014 med henholdsvis 39 og 57% positive tester.

Laboratorienavn og forkortelser

Laboratorie navn	Forkortelse
Oslo universitetssykehus	OUS
Først medisinske laboratorium (LFP)	Først (LFP)
Haukeland universitetssjukehus	Haukeland (HUS)
St. Olav Hospital	St.Olav
Molde sjukehus	Molde
Unilabs Laboratoriemedisin avd Patologi	Unilabs
Sykehuset Østfold	Østfold
Universitetssykehuset Nord-Norge	UNN
Sykehuset Telemark	Telemark
Sykehuset Innlandet	Innlandet
Vestre Viken HF	Vestre Viken
Ålesund sjukehus	Ålesund
Nordlandssykehuset	Nordland
Stavanger universitetssjukehus	SUS
Sørlandet sykehus	Sørlandet
Akershus universitetssykehus	AHUS
Sykehuset Vestfold	Vestfold
Førde sentralsjukehus	Førde
Haugesund Sjukehus	Haugesund

Kreftregisteret

Institutt for populasjonsbasert kreftforskning

Postadresse

Postboks 5313 Majorstuen

0304 OSLO

Kontoradresse:

Ullernchausseen 64

0379 Oslo

Telefon: 22 45 13 00

Telefaks: 22 45 13 70

E-post: livmorhals@kreftregisteret.no

Internett: www.kreftregisteret.no/livmorhals

