

# GUIDE FÖR ORGANISERING AV TARMCANCERSCREENING



SCREENING  
AV TARM-  
CANCER

## Innehåll

Sammanfattning av kommunens och screeningcentrets skyldigheter.....	3
Inledning.....	4
Bestämmelser om cancerscreening och styrning.....	5
Ordnande av tarmcancerscreening .....	6
Kommunens screeningprogram .....	6
Genomförande av screening.....	6
Screeningprocessen .....	8
Fastställande av målgrupp och plockning av dem som ska få kallelse .....	8
Kallelse till screening.....	9
Screeningstestet.....	11
Resultatet av screeningen.....	11
Fortsatta undersökningar .....	12
Insamling och inlämning av uppgifter till massundersökningsregistret.....	14
Ordlista .....	16

## Sammanfattning av kommunens och screeningcentrets skyldigheter

### Kommunens skyldigheter

<b>Screeningprogram</b>	Kommunen ska årligen göra upp ett screeningprogram som innefattar ett förfarande för kvalitetskontroll och kvalitetssäkring.
<b>Screeningsansvarig person</b>	Kommunen ska utse en person som i kommunen ansvarar för screeningen av tarmcancer, exempelvis en ansvarig läkare eller hälsovårdsdirektören.
<b>Screeningskötare</b>	Kommunen ska utse en eller flera screeningskötare. Arbetstiden ska dimensioneras både för att sköta uppgiften och för att avlägga den utbildning som krävs.
<b>Ordning av fortsatta undersökningar efter screening</b>	Kommunen ska ordna de fortsatta undersökningarna för dem som screenar positivt antingen i egen regi, inom den specialiserade sjukvården eller som köptjänster. Undersökningarna ska göras i enlighet med de kriterier som gäller dels ingrepp, dels dem som utför ingreppen (bilagorna 3a och 3b).
<b>Genomförandeansvar</b>	Kommunen ansvarar för att hela screeningprocessen genomförs enligt anvisningarna också när hela processen eller delar av den har lagts ut.

### Krav på screeningcenter<sup>1</sup>

<b>Kallelse till screening – kallelsepaket och påminnelser</b>	Screeningcentret ska skicka ett personligt kallelsepaket till alla som hör till målårsgruppen. De som då inte deltar ska få två påminnelser med sex veckors mellanrum.
<b>Screeningstest</b>	Screeningcentret ska använda ett fekalt immunkemiskt test (FIT) som uppfyller villkoren för populationsscreening.
<b>Provanalys</b>	Screeningcentret ska utan dröjsmål analysera returnerade prov med lämplig apparatur.
<b>Uppgifter om positiva fall till screeningskötarna</b>	Screeningcentret ska exempelvis en gång i veckan informera kommunens screeningskötare om dem som screenat positivt.
<b>Svarsbrev till dem som deltagit i screeningen</b>	Screeningcentret ska skicka ett skriftligt svarsbrev till alla som har deltagit i screeningen. De som har screenat positivt ska få sitt brev med fördröjning så att kommunens screeningskötare får informationen först.
<b>Rapportering av uppgifter om fortsatt undersökning och vård</b>	Screeningcentret ska tillhandahålla ett rapporteringssystem för registrering av de uppgifter som krävs, huvudsakligen om koloskopier (bilaga 1). Både de som gör de fortsatta undersökningarna och screeningskötarna rapporterar uppgifter.

<sup>1</sup> Med [screeningcenter](#) avses den tjänsteleverantör till vilken kommunen i de flesta fall lägger ut screeningen.

## Inledning

Cancerscreeningarna har en lång och framgångsrik historia i Finland allt sedan 1960-talet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska kommunerna ordna screening inom sitt område i enlighet med det nationella screeningprogrammet. De nationella cancerscreeningarna är enligt statsrådets screeningförordning bröstcancerscreening och screening för cancer i livmoderhalsen. Screeningprogrammet för tarmcancer togs med i det nationella programmet från ingången av 2022.

Cancerscreeningarna ingår i den förebyggande hälso- och sjukvården enligt hälso- och sjukvårdslagen, deltagandet är frivilligt och avgiftsfritt för dem som screeningen gäller. Kommunerna kan sköta screeningarna i egen regi eller köpa tjänsterna helt eller delvis av privata eller allmännyttiga tillhandahållare av tjänster. Ansvaret för screeningarna kvarstår hos kommunen oavsett om de genomförs i egen regi eller som köptjänster.

Screeningarna ska genomföras planenligt, kontrollerat och med hög kvalitet. Genomförandet handlar inte endast om att tillhandahålla en enskild tjänst, utan om en serviceprocess där särskild vikt bör fästas vid att alla faser genomförs och att den information som uppkommer samlas in.

Kommunerna ansvarar för att ordna screening av tarmcancer från ingången av 2022. Screeningens testades i frivilliga kommuner år 2019-2021 och då tog man fram en fungerande screeningpraxis. **Den här guiden innehåller den information som behövs för att inleda och genomföra screeningprogrammet för tarmcancer. Informationen bygger på erfarenheterna från pilotperioden.**

I guiden ger vi också en sammanställning av de allmänna bestämmelserna om cancerscreening och beskriver screeningprocessen för tarmcancer steg för steg. Guiden innehåller de anvisningar som Finlands Cancerregister och expertgruppen för pilotfasen av tarmcancerscreeningen har tagit fram om hur de olika faserna i screeningprocessen ska genomföras, om det kunnande som behövs och om insamlingen av data. Cancerregistret tar gärna emot förslag till utveckling av guiden på [palaute@cancer.fi](mailto:palaute@cancer.fi).

Vid beredningen av guiden har vi utnyttjat den webbpublikation om upphandling av cancerscreeningstjänster som Kommunförbundet publicerade 2013. Den finns tillgänglig och kan laddas ner (på finska) på Finlands Cancerregisters webbplats [Organisering av cancerscreeningar](#).

## Bestämmelser om cancerscreening och styrning

Enligt 14 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska kommunerna inom sitt område ordna screeningar i enlighet med det nationella screeningprogrammet. Närmare bestämmelser om screening finns i statsrådets förordning om screening (339/2011 samt ändringarna 908/2018 och 752/2021). Från ingången av 2022 ska kommunerna enligt det senaste tillägget till förordningen ordna screening av tarmcancer för personer i åldern 56–74 år med två års intervaller. Programmet utvidgas stegvis för de åldersgrupper som ska få kallelse och omfattar hela målgruppen 56–74-åringar från och med 2032 (se [bilaga 2](#)).

Den nationella styrgruppen för cancerscreening styr inledandet, genomförandet och utvecklandet av cancerscreeningar samt bereder förordningar och lagar som gäller cancerscreeningar i samarbete med social- och hälsovårdsministeriet. Styrgruppen består av sakkunnigmedlemmar från alla regionala cancercentrum och från Cancerregistret samt av en företrädare för social- och hälsovårdsministeriet. Styrgruppen för cancerscreening har för varje cancerscreeningprogram utsett en egen expertgrupp som har till uppgift att ge närmare anvisningar om hur screeningen ska genomföras.

Den som genomför screeningen har rätt att behandla alla screeninguppgifter, även uppgifter om fortsatta undersökningar och uppgifter från den specialiserade sjukvården. Den som genomför cancerscreeningen ska också se till att uppgifter på individnivå om dem som kallas till screening, om genomförda screeningar och om screeningresultaten lämnas till Finlands Cancerregisters massundersökningsregister. Finlands Cancerregister gör en bedömning av screeningens kvalitet och effekter (6 c § i screeningförordningen) och tar utifrån det årligen fram riksomfattande statistik över screeningarna.

## Ordnanande av tarmcancerscreening

### Kommunens screeningprogram

För att genomföra screeningen ska kommunen ha ett screeningprogram som innefattar ändamålsenliga förfaranden för kvalitetsledning och kvalitetssäkring (4 § i screeningförordningen). I programmet ska kommunen ange en screeningansvarig för respektive screening.

I förordningen fastställs minimikraven för tarmcancerscreening, det vill säga målåldersgruppen och screeningintervallen. I kommunens screeningprogram är det dessutom bra att ange

- 1) avsikten med screeningen och vilka befolkningsgrupper den gäller
- 2) vem som genomför programmet
- 3) vilken metod som används (test med tillhörande analysutrustning) och en beskrivning av dess lämplighet
- 4) praxis för remittering till fortsatta undersökningar och hur patienten informeras
- 5) registrering och rapportering av screeninguppgifterna och resultaten samt inlämning av uppgifterna till det nationella registret.

### Genomförande av screening

Kommunen kan genomföra screeningen antingen helt i egen regi, i samarbete med andra kommuner eller helt eller delvis som köpta tjänster. Oavsett på vilket sätt det görs ligger ansvaret hos kommunen. Redan då man planerar hur man vill göra är det bra att [beakta kraven](#) på det test som ska användas i screeningen och den utrustning som krävs för analys av proverna. Kapaciteten hos den utrustning som krävs för analys av proverna är planerad för ett stort antal dagliga prover och den är kostsam. Dessutom måste den [IT-infrastruktur](#), som screeningen kräver beaktas och den ska göra det möjligt att samla in uppgifter om alla faser i screeningen och att lämna dem i önskad form till Cancerregistrets massundersökningsregister.

### Screeningskötare

Kommunen ska utse minst en screeningskötare som kontaktperson för dem som kommer till screening. Screeningskötaren ansvarar särskilt för handledningen av dem som får ett positivt provresultat. Screeningskötaren ska ha möjlighet att konsultera den läkare som gör koloskopierna för att vid behov på individbasis kunna försäkra sig om att respek-

tive patient uppfyller kriterierna för fortsatta undersökningar. Alla screeningskötare ska gå Finlands Cancerregisters avgiftsfria webbkurs. Kommunen ska säkerställa att screeningskötaren har tillräckligt med tid för att sköta uppgiften och får tillgång till patientuppgifterna inom den specialiserade sjukvården (Kanta).

### Screeningcentrum

Under pilotfasen för tarmcancerscreening 2019–2021 kunde man fastställa att en sådan modell fungerar bra där ett screeningcentrum ansvarar för den primära screeningfasen och för IT-infrastrukturen (kallelser, provanalys, svar till de screenade och till kommunens screeningskötare, datainsamling och datainlämning). Pilotkommunerna genomförde de fortsatta undersökningarna antingen 1) genom att köpa tjänsten av en privat tjänsteproducent, 2) vid den egna hälsovårdscentralen, så att endast svåra fall remitterades till den specialiserade sjukvården, eller 3) i sin helhet av den specialiserade sjukvården. Screeningskötarna var anställda av kommunen. Screeningcentret samlade in all information från screeningen och lämnade in den till massundersökningsregistret. I den här guiden avser vi med screeningcentrum den beskrivna modellen.

Screeningskötaren kan komma från en endoskopienhet (till exempel vid hälsovårdscentralen eller som köpt tjänst inom ramen för de fortsatta undersökningarna). Screeningskötare från endoskopienheter har goda förutsättningar att under de fortsatta undersökningarna handleda dem som får ett positivt resultat. Kommunen kan, om den så önskar, upphandla en tjänst som omfattar alla faser i screeningen som en helhet. I det fallet är det en och samma aktör som skickar ut kallelsen till screening, analyserar proverna, skickar svaren, utser en screeningskötare, remitterar till fortsatta undersökningar, utför dessa undersökningar och lämnar in de uppgifter som har samlats in under de olika faserna av screeningen till massundersökningsregistret.

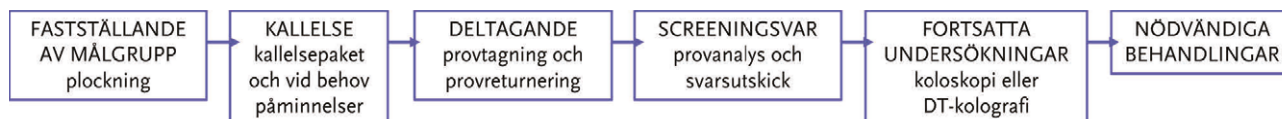
### Tarmcancerscreeningen i korthet

<b>Anordnare och genomförare</b>	Den kommun som är skyldig att ordna screening ska ingå avtal med ett screeningcentrum om screeningen.
<b>De som ska kallas till screening</b>	De åldersklasser som kallas till screening till utgången av programmets utvidgningsfas (fram till 2032) anges årsvis i matrisen ( <a href="#">bilaga 2</a> ). Kommunen kan använda sig av Finlands Cancerregisters <a href="#">kallelsetjänst</a> för att få kontaktuppgifter till dem som ska få kallelse.
<b>Kallelse till screening</b>	<a href="#">Ett kallelsepaket</a> postas direkt till dem som kallas till screening. De som har fått kallelse men inte har deltagit i screeningen får två <a href="#">påminnelser</a> med sex veckors mellanrum.
<b>Infrastruktur</b>	Screeningcentret ska ha lämpliga lokaler, utrustning och personal för att skicka ut kallelser och svar samt för provanalys. Kommunerna har ansvaret för att ordna de fortsatta undersökningarna som köpta tjänster, i egen regi eller upphandlad av den specialiserade sjukvården.

<b>Screeningsvaren till deltagarna och information om positiva svar till screeningskötaren</b>	Inom den tid som anges i kallelsen, helst inom en månad, ska centret skicka ett personligt svarsbrev till dem som returnerar prov. De som får <a href="#">ett positivt testresultat</a> (ca 5 % av deltagarna) ombeds kontakta screeningskötaren. Uppgifter om dem som fått ett positivt resultat lämnas till screeningskötaren för att säkerställa att de alla kontaktas.
<b>Fortsatta undersökningar – screeningskötarens roll och kriterier för fortsatta undersökningar</b>	Screeningskötaren ger råd till dem som har screenat positivt och säkerställer att det görs en bedömning av hur kriterierna för fortsatta undersökningar uppfylls. Kriterierna för de endoskopister som gör de fortsatta undersökningarna gäller bland annat den utbildning och erfarenhet som krävs ( <a href="#">bilaga 3a</a> ). Undersökningsingreppen (främst endoskopi av tjocktarmen och ändtarmen) ska göras i enlighet med kriterierna för dessa ingrepp ( <a href="#">bilaga 3b</a> ).
<b>Insamling och inlämning av uppgifter till Cancerregistret</b>	Den som genomför screeningen ska ha sådana informationssystem som stöder screeningen och där datainsamlingen under hela screeningprocessen och inlämningen av uppgifter till massundersökningsregistret har beaktats. Den som genomför screeningen ska kunna tillhandahålla uppgifter om fortsatta undersökningar och eventuella behandlingar i enlighet med definitionerna ( <a href="#">bilaga 1</a> ).

## Screeningprocessen

Screeningen är en kedja av flera funktioner och aktörer (figur 1). Den omfattar fastställande av målgruppen, rådgivning och handledning av individer, provtagning och undersökning, resultatkommunikation, hänvisning till fortsatta undersökningar samt ordnande av behövliga hälsovårdstjänster (1 § i förordningen om screening).



Figur 1. Screeningprocessen för tarmcancer

Vid screening är det viktigt att se till att de olika faserna kopplas samman. På det sättet kan man säkerställa att hela screeningprocessen blir genomförd. Särskilt måste man se till att screeningen framskrider smidigt när aktörerna byts ut i de olika faserna av processen (till exempel kommunen, en privat eller annan aktör och den specialiserade sjukvården). Kommunen har ansvaret för screeningen som helhet: kvalitetskraven ska gälla hela screeningprocessen, såväl kommunens egen, screeningcentrets som den aktörens verksamhet som sköter de fortsatta undersökningarna.

### Fastställande av målgrupp och plockning av dem som ska få kallelse

Screeningprogrammet för tarmcancer utvidgas så småningom under åren 2022–2031 till att omfatta alla målåldersklasser (56–74-åringar). Under utvidgningsfasen används den



plan som anges i matrisen ([bilaga 2](#)) för de åldersklasser som respektive år kallas till screening.

Finlands Cancerregister plockar ur det uppdaterade befolkningsdatasystemet (myndigheten för digitalisering och befolkningsdata) ut de födelseårskohorter som enligt screeningförordningen ska kallas till screening och sänder i början av varje kalenderår ut en förteckning över personbeteckningarna till screeninganordnarna.

### **Kallelsetjänsten – adressuppgifter till dem som ska få kallelse**

Finlands Cancerregister tillhandahåller en kallelsetjänst för kommunerna som gör det lättare att ordna screeningar och som ur befolkningsdatasystemet plockar fram kontaktuppgifterna till dem som ska kallas till screeningen. Så säkerställer man att kallelsen går till rätt adress. Personer som har en gällande spärrmarkering kommer inte med i urvalet.

I kallelsetjänsten ingår det att namn- och adressuppgifterna plockas fram ur befolkningsdatasystemet, att uppgifterna skickas till den som sköter screeningen för utskick av kallelser samt kontroll, registrering och kvalitetssäkring av uppgifterna. Uppgifterna kan beställas i flera rater.

Mera information om kallelsetjänsten och aktuella priser finns på Cancerregistrets webbplats [Screeningkallelsetjänst](#).

### **Kallelse till screening**

Kallelsepaketet för tarmcancerscreening ska innehålla

- Screeningkallelsen
- Redskap för provtagning (testpinne)
- Bildförsedda provtagningsanvisningar
- PReturkuvert med betalt porto
- Anamnesblankett (det rekommenderas att den också kan fyllas i på webben)

### **Kallelse till screening**

Kallelsen till screening ska vara skriftlig och personlig, alltså vara adresserad till den som kallas till screeningen och avfattad på dennes modersmål, finska eller svenska, eller vara tvåspråkig. Om det finns större språkminoriteter i en kommun, bör kommunen överväga att översätta kallelsen till andra språk.

Screeningkallelsen ska innehålla tillräckligt med information för att man ska kunna fatta beslut om att delta. Där ska anges hur och när man får svar (rekommendationen är inom en månad), kontaktuppgifter för ytterligare information samt uppgift om adresskällan. Eftersom den som deltar i tarmcancerscreeningen själv tar provet hemma, ska screeningkallelsen ha tydliga bildförsedda anvisningar för provtagningen.

Den som kallas till screening kan fatta ett medvetet beslut om deltagandet efter att ha blivit informerad om

- screeningens syfte
- hur screeningundersökningen går till
- betydelsen av tidig diagnos (cancer eller förstadium)
- fördelar och nackdelar med screeningen
- fortsatta undersökningar, hur de går till och vilken betydelse de har

Mallar för kallelse- och svarsbrev för tarmcancerscreening samt anamnesblanketten finns tillgängliga på finska, svenska och engelska på Cancerregistrets webbplats [Organisering av cancerscreeningar](#), under punkten screeningmaterial för tarmcancer.

### Returkuvert

Posten har fastställt kriterier för returnering av screeningprov för tarmcancer som tas i hemmet. Om man anlitar någon annan aktör för leveransen än Posti, måste man komma överens med aktören om kraven för leverans av provet. I kallelsepaketet för screeningen ingår ett kuvert i hårdkartong, som till exempel kan vara vitt. Kuvertet behöver inte innehålla uppgifter om att det innehåller ett screeningprov. Provet behöver alltså inte returneras i en sådan svartgulrandig papplåda som krävs för sändning av biologiska laborieprover. Provröret packas in i kuvertet i en plastpåse med absorptionsdyna. Den som deltar i screeningen kan lämna kuvertet i Postis postlåda, det behöver alltså inte föras till ett postkontor.

### Påminnelse

Om den som kallats till screening inte har returnerat provet inom sex veckor från den första kallelsen, ska det skickas en påminnelse. I påminnelsen finns anvisningar om hur man avgiftsfritt kan beställa ett nytt provtagningsredskap. En andra påminnelse sänds vid behov igen sex veckor efter den första påminnelsen.

En mall för påminnelsebrev finns på finska, svenska och engelska på Cancerregistrets webbplats på samma sätt som i fråga om de andra mallarna för kallelser och svarsbrev för tarmcancerscreening (se länken ovan).

### Rådgivning och handledning

Kommunen ska tillhandahålla rådgivning och information till dem som är intresserade av och som kallas till tarmcancerscreening. Kommunens webbplats och lokala medier är bra informationskanaler. På webbplatsen bör man ange vilka åldersklasser som kallas till screening respektive år och hur man deltar i screeningen. Kommuninvånarna ska också få tillgång till tillräcklig information om syftet med screeningprogrammet, om fördelar och eventuella nackdelar med screeningen. Det är bra att ha en länk från kommunens egna

sidor för mera information till [Cancerorganisationernas webbplats för tarmcancerscreening](#) och till webbplatsen för det screeningcentrum som kommunen har valt.

Screeningskötaren har en central roll i rådgivningen och handledningen av dem som deltar i screeningen. Screeningskötaren är den första kontakten för dem som får ett positivt resultat och berättar vad ett positivt resultat innebär. Screeningskötaren ansvarar också för att de som får ett positivt resultat remitteras vidare.

Kommunen ska förplikta screeningcentret att tillhandahålla en kontaktkanal för dem som kallas till screening. Det är bra att om det utöver eventuella elektroniska kanaler också går att ta kontakt per telefon.

## Screeningstestet

Screeningstestet är ett fekalt immunkemiskt test (FIT) som tas hemma och med vilket man söker dolt blod i avföringen. Testet ska uppfylla följande kriterier:

- FIT-testet ska vara kvantitativt, testanalysen ska alltså ge ett numeriskt värde på mängden observerat blod.
- Tröskelvärdet för positivt svar ska kunna justeras.
- Testet ska vara analyserbart tillräckligt länge i varierande temperaturer för att vara lämpligt att tas hemma och postas.
- Testets lämplighet för screeningprogrammet ska ha påvisats.

## Provtagning

De som kallas till screening får per post ett provtagningsredskap och detaljerade anvisningar för hur provet ska tas och de postar sedan provet i ett pappkuvert med betalt porto till screeningcentret för undersökning.

## Analys

Screeningcentret analyserar de returnerade proverna enligt tillverkarens anvisningar. Om det returnerade provet inte kan analyseras eller om analysen misslyckas, ska man skicka ett nytt provtagningsredskap till den som screenats och begära ett nytt prov.

## Resultatet av screeningen

Den som deltar i screeningen får resultatet hemskickat per brev. Det personliga svaret ska skickas inom den tidsfrist som anges i kallelsen (enligt rekommendationen inom högst en månad).

## Negativt testresultat

I brev som meddelar om ett negativt resultat ska den screenade informeras om följande:

- Vad ett negativt resultat innebär, alltså att det inte har hittats dolt blod i provet.
- Om det uppstår symtom, ska man kontakta läkare.
- Man får de följande kallelserna med två års intervaller fram till 74 års ålder.

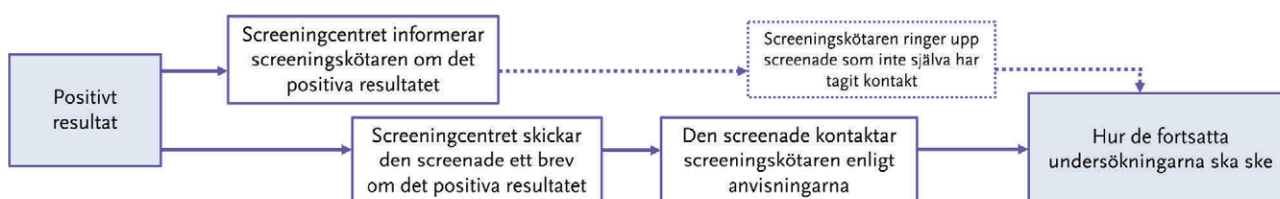
## Positivt testresultat

Vid positivt resultat ska screeningcentret först informera screeningskötaren och sedan med två veckors fördröjning brevlades den som screenats. Så kan man säkerställa att screeningskötaren i tillräckligt god tid får information om dem som har screenat positivt i kommunen. I brevet till dem som har screenats anges det hur man kan kontakta screeningskötaren. Om den som har fått ett positivt resultat inte kontaktar screeningskötaren (inom två veckor), ringer skötaren upp. Alternativt kan screeningskötaren också direkt ringa upp dem som har fått ett positivt resultat, utan att vänta på att de ska ta kontakt.

I brev som meddelar om ett positivt resultat ska den screenade informeras om följande:

- Vad ett positivt resultat innebär, alltså att det har hittats dolt blod i avföringsprovet.
- Ett positivt resultat innebär inte cancer, utan blödningen beror ofta på något annat.
- Det är viktigt att man undersöker orsaken till blödningen.
- Man ska kontakta screeningskötaren om fortsatta undersökningar (kontaktuppgifter eller anvisningar för kontaktuppgifter ska anges i brevet).

## Fortsatta undersökningar



Figur 2. Information om positivt screeningresultat och fortsatta undersökningar.

Den som får ett positivt resultat i screeningtestet ska kontakta screeningskötaren om de fortsatta undersökningarna (figur 2). Ett positivt resultat i screeningen innebär misstanke om cancer och en läkare inom primärvården skriver en brådskande remiss till fortsatta undersökningar. Primärt handlar det om en fullständig koloskopi med vävnadsprov.

Även om de fortsatta undersökningarna (över organisationsgränserna) sköts av den specialiserade sjukvården eller den privata sektorn, har kommunen ansvaret för att hela processen fullföljs och håller hög kvalitet. Detta innebär att undersökningarna görs i enlighet

med kvalitetskriterierna ([bilaga 3b](#)) och att alla uppgifter som uppkommer registreras och rapporteras.

### Screeningskötarens uppgifter:

- Rådgivning och handledning för dem som screenas
- Screeningskötaren är den första kontakten för dem som får ett positivt testresultat och
  - berättar vad ett positivt testresultat innebär
  - lindrar eventuell oro
  - informerar om de fortsatta undersökningarna
- Säkerställer att det görs en bedömning av hur kriterierna för fortsatta undersökningar uppfylls
  - screeningskötaren ska ha möjlighet att konsultera koloskopiläkaren
- Screeningskötaren samlar in och rapporterar uppgifterna om screeningprocessen efter ett positivt testresultat (även för den specialiserade sjukvården och den privata sektorn) i enlighet med Cancerregistrets utbildning.

I enlighet med de kriterier som expertgruppen för screening av tarmcancer har tagit fram ska alla screeningskötare gå en kurs som ordnas av Finlands Cancerregister och som ger färdigheter i rådgivning och handledning för dem som deltar i screening och i insamling av uppgifter på det sätt som krävs.

### Fortsatta undersökningar

De fortsatta undersökningarna kan skötas i kommunens egen regi, inom den specialiserade sjukvården eller inom den privata sektorn i enlighet med nedanstående kriterier. Vid eventuell konkurrensutsättning ska kommunen kräva både att kvalitetskriterierna följs och att uppgifterna rapporteras av den som gör de fortsatta undersökningarna.

Primärt görs en endoskopisk undersökning av tjocktarmen, alltså en koloskopi. Ett alternativ eller komplement är DT-kolografi (datortomografi).

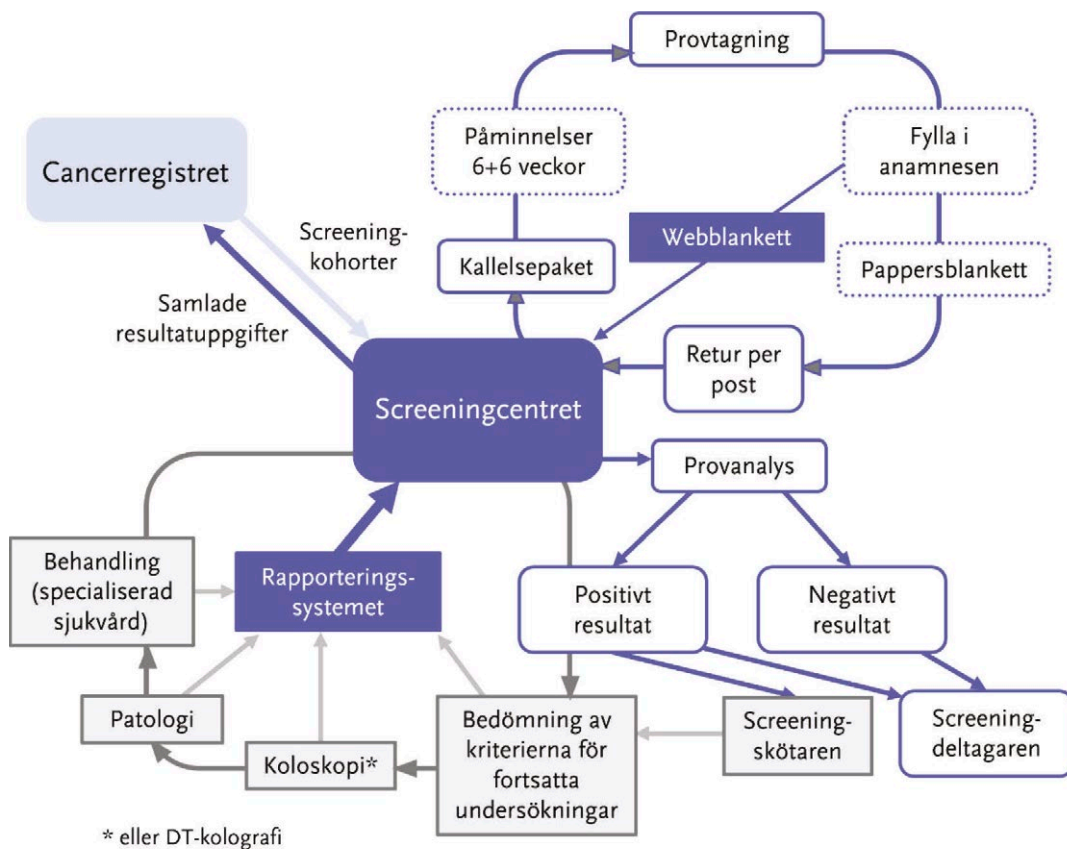
Enligt de kriterier som expertgruppen för screening av tarmcancer har tagit fram ska alla endoskopister som gör screeningkoloskopier gå en kurs som ordnas i samarbete mellan HUS Gastrocentrum och Helsingfors universitet och som ska säkerställa dokumentationen av fynd och kvaliteten på endoskopierna. Den utbildning och erfarenhet som krävs av endoskopister som gör screeningkoloskopier och detaljerade kvalitetskriterier för koloskopin finns i [bilaga 3a och 3b](#).

Den specialistläkare som gör endoskopin rapporterar i enlighet med kvalitetskriterierna uppgifterna om undersökningen i screeningcentrets elektroniska rapporteringssystem. Specialistläkaren rapporterar uppgifter om ingreppet, endoskopifynden, patologens utlåtande samt anvisningar om vård och uppföljning.

## Insamling och inlämning av uppgifter till massundersökningsregistret

Personuppgiftsansvarig för de patientuppgifter som uppkommer i samband med screening är kommunen, även om tjänsten upphandlas av en utomstående serviceproducent. Alla uppgifter som gäller screeningar är journalhandlingar och sekretessbelagda. Den som genomför screeningen har dock lagstadgad rätt att behandla alla uppgifter om screeningen, även uppgifter om fortsatta undersökningar och uppgifter från den specialiserade sjukvården. På motsvarande sätt har de enheter som gör de fortsatta undersökningarna och enheterna inom den specialiserade sjukvården lagstadgad rätt att lämna dessa uppgifter till den som genomför screeningen.

Den som genomför screeningen ska kunna följa hur undersökningarna och vården av de personer som remitterats till fortsatta undersökningar fullföljs. Processutvecklingen och kvaliteten förutsätter också att observerade fynd återförs från den specialiserade sjukvården till screeningskötare. För att säkerställa en smidig insamling av uppgifter ska screeningcentret tillhandahålla ett rapporteringssystem för uppgifterna om fortsatta undersökningar och vård.



Figur 3. Screeningcentret samlar in uppgifter om alla faser i screeningen och skickar in dem till massundersökningsregistret i samlad form.

Screeningförordningens 6 c § om uppföljning av resultaten från cancerscreeningar ålägger den som sköter screeningen att lämna in uppgifter om alla faser i screeningen till Finlands Cancerregisters massundersökningsregister. Dessa faser är kallelse, provtagning och analys, resultatkommunikation, remittering till fortsatta undersökningar och till den specialiserade sjukvården samt fortsatta undersökningar och åtgärder inom den specialiserade sjukvården.

### Screeningcentrets roll i datainsamlingen

Kommunerna ska kräva att screeningcentren lämnar in uppgifterna för registrering i enlighet med anvisningarna på Cancerregistrets webbplats [registrering av uppgifterna](#).

Screeningcentret ska ha följande datatekniska färdigheter för insamling, lagring och inlämning av uppgifter till massundersökningsregistret:

- Screeningcentrets informationssystem ska möjliggöra en datainsamling för hela screeningprocessen som omfattar allt från kallelse, anamnes, test och fortsatta undersökningar till eventuell diagnos och behandling. De uppgifter som samlas in om screeningens olika faser kommer från olika aktörer ([bilaga 1](#)). Det rapporteringssystem som användes under pilotförsöket var webbläsarbaserat och konstaterades fungera bra för många användare.
- Uppgifterna på individnivå om kallelser och screening lämnas in till massundersökningsregistret i enlighet med den datamodell och de parametrar som har fastställts. Ytterligare uppgifter om dessa finns på Cancerregistrets webbplats [Registrering av uppgifterna](#).

Screeningcentret har lagstadgad rätt att behandla alla uppgifter om screening, även uppgifter om fortsatta undersökningar och uppgifter från den specialiserade sjukvården. På motsvarande sätt har de enheter som gör de fortsatta undersökningarna och enheterna inom den specialiserade sjukvården lagstadgad rätt att lämna dessa uppgifter till den som sköter screeningen.

## Ordlista

<b>Fortsatta undersökningar</b>	Medicinsk(a) undersökning(ar) för fastställande av orsaken till positivt screeningresultat, alltså till det observerade blodet i avföringen. Primär undersökning är endoskopi av tjocktarmen, dvs. koloskopi. Ett alternativ eller komplement är DT-kolografi (datortomografi).
<b>Kallelsepaket</b>	Den försändelse, i allmänhet ett brev, som postas till dem som kallas till screening och som innehåller materialet för deltagande i screeningen, dvs. testet samt behövlig information och anvisningar.
<b>Screeninganordnare</b>	Kommunen. Kommunerna ska inom sitt område ordna screening i enlighet med det nationella screeningprogrammet.
<b>Screeningens primärfas</b>	Den inledande fasen som omfattar kallelse till målgruppen, analys av returnerade prover och svarsutskick till dem som screenats och till screeningskötarna.
<b>Undersökningsfasen</b>	De faser som följer på ett positivt resultat, dvs. kontakten med screeningskötaren om fortsatta undersökningar, själva undersökningarna och eventuella behandlingar.
<b>Den som genomför screeningen</b>	Cancerscreeningarna sköts av tjänsteproducenter, det kan vara ett screeningcentrum och de som gör de fortsatta undersökningarna.
<b>Screeningcentrum</b>	Aktör som genomför screeningens primärfas, vars IT-infrastruktur möjliggör datainsamling och rapportering till massundersökningsregistret. Med ett screeningcentrum kan man också avse en aktör som genomför hela screeningprocessen, inbegripet primärfas, screeningskötare och fortsatta undersökningar.
<b>Screeningkedja</b>	se Screeningprocess
<b>Kallelse till screening</b>	Brev adresserat till den som kallas till screening.
<b>Screeningprocess</b>	Screeningen är en kedja av flera funktioner och aktörer. Den omfattar fastställande av målgruppen, kallelse till screening, provtagning och analys, resultatkommunikation, remittering till fortsatta undersökningar och rapportering av uppgifter som samlats in i alla faser av screeningen.
<b>Screeningstest</b>	Beroende på situationen antingen ett provtagningsredskap och/eller provtagning eller analys av screeningprov för att utreda resultatet. Den som screenas tar själv screeningprovet med hjälp av ett provtagningsredskap enligt en separat anvisning. Det returnerade provet analyseras med lämplig analysutrustning.



## Bilagor

Bilaga 1. Screeningformulär

Bilaga 2. Screeningmatris

Bilaga 3a. Kriterier för screeningendoskopister, och 3b. Kvalitetskriterier för koloskopi

### Bilaga 1. Screeningformulär.

Screeningformuläret beskriver de uppgifter som samlas in i de olika screeningfaserna, men det används inte eller kan inte fyllas i som sådant i något skede.

Uppgifterna om screeningens primärfas uppkommer i screeningcentrets informationssystem.

#### SCREENINGBLANKETT FÖR TARMCANCER

5.3.2020



Efternamn och förnamn \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_ Modersmål \_\_\_\_\_  
 Adress \_\_\_\_\_  
 Kallelseår \_\_\_\_\_ Kallelsekommun \_\_\_\_\_ Sällnings-ID \_\_\_\_\_ Provtagningsdatum \_\_\_\_\_

#### FÖRHANDSINFORMATION PÅ SEPARAT BLANKETT

##### TESTENS ANALYS OCH RESULTAT

Provets bedömlighet  tillräckligt  osäkert  ej bedömligt

Aspekter som försvårar provets bedömlighet:  för lite prov i provröret  för mycket prov i provröret  provet har torkat

provet har förstörts  bristfälliga identifieringsuppgifter  utgångsdatum för analysen har passerat  provtagningsdatum saknas  teknisk orsak

Testvärde \_\_\_\_\_ (µg/g) överskrider gränsvärdet  ja Testresultat  positivt  negativt

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Analytiker \_\_\_\_\_

Tilläggsuppgifter och kommentarer \_\_\_\_\_

Screeningskötaren rapporterar uppgifterna, om det av grundad anledning inte görs någon fortsatt undersökning av någon som fått ett positivt resultat.

KOLOSKOPI EJ UTFÖRD, eftersom  patienten inte nåddes  vägrade  koloskopi nyligen utförd år \_\_\_\_\_ eller är i uppföljning av tarmsjukdom  
 annan orsak, vilken \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Uppgiftslämnare \_\_\_\_\_

Den specialläkare som gör endoskopin rapporterar uppgifterna om ingreppet, resultaten av endoskopiundersökningen, patologutlåtandet samt anvisningar om vård och uppföljning.

#### KOLOSKOPI

##### Intravenös premedicinering har getts

nej  ja

##### Tidpunkt för utdragning av koloskopet

(min) \_\_\_\_\_

Intern vändning utförd  nej  ja

##### Tarmtömningen lyckades

väl  
 tillräckligt  
 ofullständigt  
 otillräckligt

##### Hur långt nådde koloskopet?

ileum terminale  
 caecum  
 fleksura hepatica  
 colon transversum  
 fleksura lienalis  
 sigma  
 rectum

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Skopist \_\_\_\_\_

##### Aspekter som begränsade koloskopin

tumör orsakar tilltäppning  
 smärta  
 otillräcklig tömning  
 patientens dåliga tillstånd  
 annat, vad? \_\_\_\_\_

##### Fynd

normalt fynd  
 tumor  
 polyp  
 förträngning  
 kolit  
 divertiklar  
 hemorrojder  
 annat fynd, vad? \_\_\_\_\_

##### Polypernas antal

1-3  4-10  över 10

##### Den största polypens/förändringens diameter

<5mm  5-10 mm  10-20 mm  >20 mm

##### Åtgärder

polypektomi  
 tagning av provbit  
 koagulation av blödning  
 utbredning  
 tatuering  
 annan åtgärd  
 inga åtgärder

##### Komplikationer

smärta  
 blödning  
 perforation  
 kardiovaskulära  
 inga komplikationer

#### UPPGIFTER OM PATOLOGISKA PROV TAGNA VID KOLOSKOPI (fält kan upprepas vid behov)

Förändringens lokalisation \_\_\_\_\_ Förändringens morfologi \_\_\_\_\_

Förändringens diameter  <5 mm  5-10 mm  10-20 mm  >20 mm

Förändringens histologiska diagnos (verbal) \_\_\_\_\_

Diagnosdatum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Patolog \_\_\_\_\_

I STÅLLET FÖR KOLOSKOPI OCH/ELLER DESSUTOM UTFÖRD DT-KOLOGRAFI PÅ BLANKETTENS ANDRA SIDA.

#### BESLUT OM FORTSATT ÅTGÄRDER

Ej vidare utredning  Förnyad undersökning: Gäller ej årskontroller  Annan uppföljning eller fortsatt vård (t.ex. årskontroller)

Remiss till specialistsjukvård \_\_\_\_\_ (vårdställe)  Annan primärhälsovårdsundersökning som fyndet förutsätter

Beslutsdatum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Beslutsfattare \_\_\_\_\_

Screeningskötaren rapporterar i det inledande skedet vårduppgifterna från den specialiserade sjukvården.

#### UPPGIFTER OM KIRURGISK ÅTGÄRD

Tarmkirurgisk åtgärd utförd  nej  ja  neoadjuvant som primär vårdform Åtgärdskod (THL:s åtgärdsklassificering) \_\_\_\_\_

Tilläggsuppgifter om kirurgin

Operationsdatum \_\_\_\_\_ Vårdställe \_\_\_\_\_ Kirurg \_\_\_\_\_

#### UPPGIFTER OM PATOLOGISKA PROV TAGNA VID KIRURGI (fält kan upprepas vid behov)

Förändringens lokalisering \_\_\_\_\_ Förändringens morfologi \_\_\_\_\_

Förändringens diameter  <5 mm  5–10 mm  10–20 mm  >20 mm

Cancers utbredning enligt klassificeringen pTNM T \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ Gradus  I  II  III  IV

Förändringens histologiska diagnos (verbal) \_\_\_\_\_

Diagnosdatum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Patolog \_\_\_\_\_

Om det i stället för eller utöver koloskopi görs en DT-kolografi, rapporterar endoskopisten uppgifterna om ingreppet, fynden samt anvisningar om vård och uppföljning.

#### I STÄLLET FÖR KOLOSKOPI OCH/ELLER DESSUTOM UTFÖRD DT-KOLOGRAFI

##### Fynd

- normalt fynd  
 tumor  
 polyp  
 förträngning  
 kolit  
 divertiklar  
 annat fynd, vad? \_\_\_\_\_

##### Förändringens lokalisering

- ileum terminale  
 caecum  
 colon ascendens  
 fleksura hepatica  
 colon transversum  
 fleksura lienalis  
 colon descendens  
 sigma  
 rectum

##### Polypernas antal

- 1–3  4–10  över 10

##### Den största polypens/förändringens diameter

- <10 mm  10–20 mm  >20 mm

##### Komplikationer

- smärta  
 perforation  
 kardiovaskulära  
 inga komplikationer

Tilläggsuppgifter:

#### SAMMANDRAG (C-RADS):

##### Klassificering av fynd i tjocktarmen:

- Co: otillräcklig undersökning  
 C1: normalt fynd/godartad förändring  
 (ej misstanke om malignitet eller polyper > 5 mm)  
 C2: 6–9 mm polyp(er), antal < 3  
 C3: 6–9 mm polyp(er), antal ≥ 3 eller ≥ 10 mm polyp(er)  
 C4: misstanke om malignitet, förändring som förtränger lumen eller tecken på förtjockad vägg

##### Klassificering av fynd som lokaliserats utanför tjocktarmen:

- E0: bristfällig undersökning  
 E1: ej patologi  
 E2: kliniskt betydelslös godartad förändring  
 E3: troligen godartat, ospecificerat fynd,  
 som eventuellt kräver vidare utredning  
 E4: kliniskt betydande fynd, som kräver vidare utredning

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Läkare \_\_\_\_\_

Radiologens utlåtande \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Radiolog \_\_\_\_\_

## Bilaga 2. Screeningmatris.

Tarmcancerscreeningen utvidgas stegvis till personer i åldern 56–74 år. Screeningintervallen är två år.

De åldersgrupper som visas med blå bakgrund kallas till tarmcancerscreening under året i fråga.

Födelseår    Kalenderår

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032
1977	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
1976	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56
1975	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
1974	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
1973	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
1972	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
1971	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
1970	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62
1969	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
1968	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64
1967	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
1966	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66
1965	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
1964	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68
1963	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
1962	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
1961	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
1960	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72
1959	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
1958	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
1957	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
1956	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76
1955	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77
1954	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78
1953	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79

### Bilaga 3a. Kriterier för endoskopister som gör screeningkoloskopier

Kriterium
Minst 3 års erfarenhet av koloskopier efter utexaminering
Antal koloskopier per år $\geq$ 200, erfarenhet av minst 500 koloskopier
Erfarenhet av polypektomier $\geq$ 50/år
Åtkomst till cekum > 90%
Förutsättningar för att ge anvisningar om vård och uppföljning utifrån fynden

### Bilaga 3b. Kvalitetskriterier för koloskopi

Kvalitetskriterium	genomförandegrad
Patienten har gett sitt samtycke och riskerna med koloskopin har diskuterats med patienten	100 %
Rekommenderade frekvenser för resektionsuppföljning vid polypektomier och cancer tillämpas och lämpliga intervaller efter normal screeningkoloskopi i bruk för individer med genomsnittlig risk	90 %
Dokumentation av alla steg i ingreppet i enlighet med kvalitetskriterierna	100 %
Bilddokumenterad intubation av cekum	95 %
Detektionsgrad för adenomer, män	25 %
Detektionsgrad för adenomer, kvinnor	15 %
Dokumentation av utdragningstiden	100 %
Medeltal för utdragningstiden vid normal koloskopi	6 min
Mukosala, skaftade polyper och sessila polyper < 2 cm ska vara endoskopiskt resekerade eller ha övertygande dokumentation om endoskopisk inoperabilitet.	100 %
Komplikationer:	
Förekomst av perforationer	1 %
Blödning efter polypektomi	1 %
Icke-operativ behandling av blödning efter polypektomi	90 %
Tidpunkten för uppföljningskoloskopi vid polypektomi fastställd utifrån histologiska resultat	95 %

[https://www.giejournal.org/article/S0016-5107\(14\)02051-3/fulltext](https://www.giejournal.org/article/S0016-5107(14)02051-3/fulltext)

