Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektal-cancerscreening (SveReKKS)

Manual för Inrapportör

2026-07-09

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

Versionshantering – aktuella förändringar

Förteckning över de senaste förändringarna i registret. Tidigare ändringar framgår av registrets variabelbeskrivning.

Datum	Område	Ändring/korrigering
2026-07-09	Fynd i annan polyp	Ändrat från ”tre” till ”fem” polyper i texten.
2026-07-09	Ska följas upp på annan enhet	Tagit bort informationen om variabeln i manualen. Själva variabeln i registreringen togs bort direkt då det gjorde registreringen för långsam.
2026-04-17	Screeningundersökningar	Lagt till information: ”Om den kompletterande screeningundersökningen inte kan utföras går det att registrera en anledning till det. Orsaken resulterar i om individen ska återgå till screeningprogrammet eller inte.”
2026-04-17	Mail	Lagt till rubrik samt text: ”Här går det att skicka och ta emot interna SveReKKS-mejl för en specifik patient. Det kan vara frågor om registrering eller instruktioner som stödteamet på RCC skickat.”
2026-04-17	Screeningärenden	Justerat definition för Ankomstdatum: ”Ankomstdatum är första inbokade koloskopidatum.”
2026-04-17	Support	Döpt om flik ”Registerdokumentation” till ”Support”. Justerat text: ”Lista på nyttiga länkar, information om support samt en informationssektion.”
2026-04-17	Ska följas upp på annan enhet	Lagt till variabel samt text: ”Uppföljningsdelen kan registreras av en annan enhet än den som registrerade undersökningen. Om det är aktuellt väljs enhet i lista och uppföljningen visas istället hos den enheten. Den enhet som registrerade undersökningen besvarar Vård inom 7 dygn och eventuellt sena komplikationer.”
2026-04-17	Support	Tagit bort support-delen som var längst ned i manualen. Information finns istället i avsnitt ”Stöd för inrapportering”.
2026-04-17	Kvalitetsindikatorer	Justerat avsnittet och hänvisar till rapporter för att ta del av kvalitetsindikatorerna. Ny text: ”För att ta del av framtagna kvalitetsindikatorer se årsrapport eller statistikfliken.”
2026-04-17	Anledning om den kompletterande screeningundersökningen ej ska utföras	Lagt till variabeln
2026-04-17	Polyper	Utökat antal polyper som kan registreras från tre till fem
2026-04-17	Misstänkt cancer	Utökat antal misstänkta cancrar som kan registreras från tre till fem
2026-04-17	Hjälp av annan endoskopist vid införandet	Flyttat från pre-operativt till per-operativt
2026-04-17	Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)	Flyttat från pre-operativt till per-operativt
2026-04-17	Tid till nästa planerade uppföljning	Döpt om ”Intervall” till ”Tid till nästa planerade uppföljning” Döpt om ”Annat intervall” till ”Annat”
2026-04-17		Ändrat termen “remittera” till “överför” i manualen.
2025-04-25	Administration	Uppdaterat avsnittet då e-post tagits bort och användarnamn lagts till.
2025-04-25	Screeningundersökningar	Information om ”Datum för remiss till koloskopiundersökning efter positivt avföringsprov” är tillagd.
2025-04-25	Sena komplikationer	Information om patienten varit kontakt med vården är tillagd.
2025-01-07	Förklaring av texter i manualen	Följande förklaringstexter har uppdaterats: • Screeningundersökningar

		• Uppföljning med koloskopi • Orsak • Typ av uppföljning med koloskopi
2024-11-27	Startsida	Uppdaterat information om screeningfliken.
2024-11-26	Startsida	Ny bild och förklarande texter då startsidan är uppdaterad.
2024-11-26	Patologi	Lagt till information om uppdaterade regler för variabeln.
2024-11-26	Ålder vid koloskopi	Tagit bort variabel.
2024-11-26	AI-teknik använd vid koloskopiundersökningen	Ny variabel.
2023-09-18	Förklaring av texter i manualen	Följande förklaringstexter har uppdaterats: • Remittering enligt SVF • Planerad omfattning • Hjälp av annan endoskopist vid införandet • Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) • Cekumintubering • Storlek (för polyp) • Optisk diagnostik • Patologi (för polyp) • Hjälp av annan endoskopist vid polypektomi • Tidiga komplikationer • Radiologisk utredning pga ofullständig koloskopi
2023-06-19	Yrkesroll	Ny variabel.
2023-06-19	Indikation	De tidigare tre indikationslistorna har slagits ihop till en gemensam lista.
2023-06-19	Hjälp av annan endoskopist vid införandet	Ny variabel.
2023-06-19	Ingen medicinering	Ny variabel under Medicinering.
2023-06-19	Optisk diagnostik	Ny variabel under polyper.
2023-06-19	Hjälp av annan endoskopist vid polypektomi	Ny variabel under polypektomi.
2023-06-19	Patologisk diagnos för polyper	Alternativet TSA är tillagt i listan.
2023-06-19	Patologisk diagnos för misstänkt cancer	Alternativen ser nu lika ut som för patalogisk diagnos för polyper.
2023-06-19	Postinflammatoriska förändringar	Ny variabel under övrigt fynd.
2023-06-19	Totalt antal adenom	Ny variabel under uppföljning.
2023-06-19	HSA-id	Tagit bort variabel under administration på startsidan.
2023-06-19	Remittering	Lagt till möjlighet att remittera kompletterande screeningundersökning till andra enheter.
2023-06-19	Komplettering	Lagt till möjlighet att komplettera en undersökning från fliken Avslutade ärenden.

Manualen är utarbetad av nationella stödteamet och styrgruppen för SveReKKS

Manualen utgiven av: RCC Stockholm Gotland

Juli 2026

Innehållsförteckning

Bakgrund 1
Inloggning i INCA 1
Stöd för inrapportering 1
Information till patienter 1
Inklusionskriterier 1
OPT-OUT, patienter som ej önskar ingå i kvalitetsregistret 1
Screeningundersökningar 2
Beskrivning över registrets uppbyggnad 3
Inrapportörens olika val av åtgärder 7
Komplettera uppgifter 7
Inrapportering 8
Undersökning 8
Uppföljning 19
Sena komplikationer 21
Kvalitetsindikatorer 22

Bakgrund

Svenskt kvalitetsregister för koloskopier och kolorektalcancerscreening (SveReKKS) är ett nationellt kvalitetsregister som skapats för uppföljning av det nationella screeningprogrammet för tjock- och ändtarmscancer. Registret ska även möjliggöra inrapportering av kvaliteten på koloskopiundersökningar med annan indikation än screening, i syfte att ge underlag till gränsvärden för godkänd kvalitet.

Alla endoskopister som genomför koloskopier i Sverige ska ha behörighet till registret. Målsättningen är att samtliga koloskopiundersökningar ska rapporteras in till registret.

2022 gick de sista regionerna med i det nationella screeningprogrammet.

Inloggning i INCA

För att logga in i INCA krävs ett användarkonto samt SITHS-kort. Utförlig information finns här:
https://cancercentrum.se/utvecklingsarbeteutbildning/statistikrapporter/kvalitetsregister/inloggochbehorigheter.8334.html

INCA fungerar bäst i webbläsare Google Chrome eller Microsoft Edge.

Stöd för inrapportering

På registrets sida finns bland annat blanketter för utskrift (som stöd på kliniken), manualer, variabelbeskrivning och kontaktuppgifter till styrgrupp och stödteam:
https://cancercentrum.se/preventiontidigupptackt/screeningochtestning/screeningtjockochandtarmscancer/sverekks.7553.html

Information till patienter

Innan en patient registreras i ett nationellt kvalitetsregister ska hon eller han få information om registreringen. Patienten kan till exempel få information i sin kallelse eller av den personal patienten möter. Det är vårdgivarens ansvar att informera patienten och det är vårdgivaren som ska stå som avsändare.

Enligt Personuppgiftslagen (PUL) §26 har man som enskild person rätt att en gång om året kostnadsfritt få ett utdrag som visar vilka uppgifter som finns lagrade om en i ett register.

Information till patienter finns att läsa och använda under
https://cancercentrum.se/preventiontidigupptackt/screeningochtestning/screeningtjockochandtarmscancer/sverekks.7553.html

Inklusionskriterier

Alla endoskopister som genomför koloskopier i Sverige ska ha behörighet till registret. Målsättningen är att samtliga koloskopiundersökningar ska rapporteras in till registret.

OPT-OUT, patienter som ej önskar ingå i kvalitetsregistret

Patienter som har tackat nej till att ingå i nationella kvalitetsregistret ska ändå registreras i INCA. Alla screeningundersökningar måste registreras. Anledningen är att INCA fungerar som en länk till det nationella IT-stödet och kallelsesystemet för screeningprogrammet (GAS). Information om resultatet av undersökningen skickas regelbundet till GAS och det är först när informationen

finns där som det går att avgöra om personen ska fortsätta kallas i screeningprogrammet eller inte.

De som tackat nej ingår däremot inte i nationella kvalitetsregistret. De ingår därför inte i några statistiksammanställningar (nationella årsrapporter med flera) och kommer inte ingå i datauttag för forskning från för det nationella kvalitetsregistret.

Däremot ska de ingå i det som kallas för regionalvårddata (RV) och data kommer därför att finnas med i vyer på klinik- och regional nivå.

Screeningundersökningar

Med screeningundersökningar menas koloskopiundersökningar efter remiss från det nationella screeningprogrammet (GSK) eller en koloskopiundersökning som är en direkt följd av en ofullständig screeningundersökning.

Under fliken *Screeningärenden* ser du alla screeningundersökningar aktuella för den enhet som du är inloggad på. Screeningärenden går inte att skapa manuellt, utan skapas automatiskt från kallelsesystemet GAS när datum för planerad screeningundersöknings registrerats. Om undersökningen inte kan utföras måste det registreras i GAS enligt lokal rutin. Undersökningen döljs då i INCA, dagen efter registreringen i GAS.

Obs! Det är viktigt att endast ärenden i den här fliken används för att registrera screeningundersökningar. Screeningärenden kan och ska inte skapas upp manuellt. I samband med att ett ärende skapas visas en varning om det finns information från GAS om att ett screeningärende ska skapas i SveReKKS, men ännu inte har utförts.

Om en screeningundersökning inte kan registreras komplett på grund av att tarmen är oren, ej cekumintubering inklusive annan planerad nivå eller fynd som ska tas om hand vid en senare undersökning, kommer ett kompletterande screeningundersökningsärende automatiskt att skapas upp på den enhet du är inloggad på. Denna kompletterande screeningundersökning måste registreras klart för att beslut om fortsatt erbjudande om deltagande i screeningprogrammet kan skickas tillbaka till kallelsesystemet GAS.

Obs! Om endast huvudundersökningen registreras klart och inte den kompletterande undersökningen, kommer **inte** GAS att få information om undersökningen vilket kan leda till att personen blir kallad till en ny screeningomgång trots att uppföljning redan sker i sjukvården (enligt vårdprogram för polyp eller kolorektalcancer).

Om den kompletterande screeningundersökningen inte kan utföras går det att registrera en anledning till det. Orsaken resulterar i om individen ska återgå till screeningprogrammet eller inte.

Om det inte är enheten du är inloggad på som ska registrera screeningärendet är det viktigt att du överför det till den enhet som ska utföra undersökningen och ansvarar för registreringen.

Obs! Det är viktigt att screeningundersökningar registreras klart i god tid. Om de ligger för länge utan att bli färdigställda kan personenen bli kallad till en ny screeningomgång trots att uppföljning redan sker i sjukvården.

Datum för remiss till koloskopiundersökning efter positivt avföringsprov visas i screeningärendet som stöd för att avgöra vilken remiss screeningundersökning hör till.

Beskrivning över registrets uppbyggnad

All registrering sker på startsidan för SveReKKS. Den är uppdelad i flikar och en blå ruta med en siffra i indikerar hur många ärenden det finns att ta hand om för respektive flik.

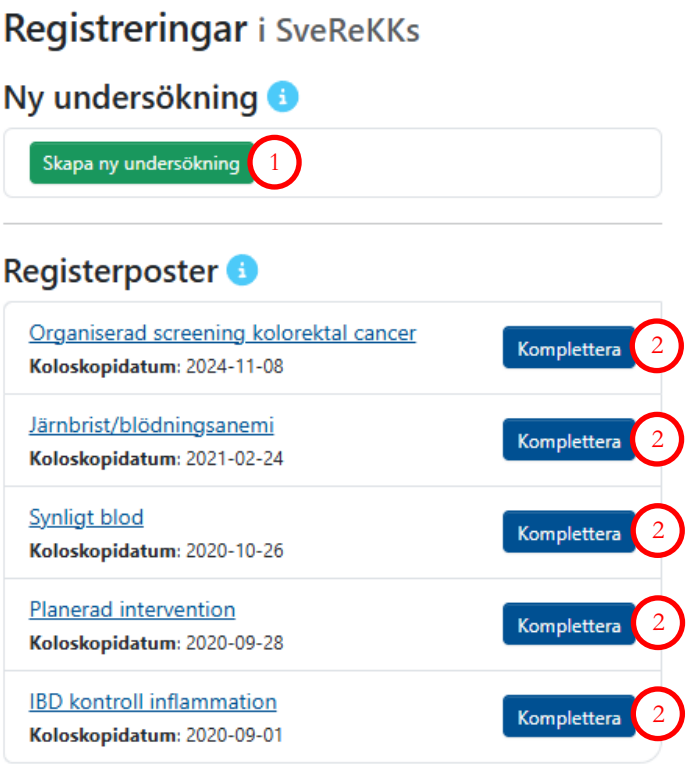
Alla kolumner i flikarna går att sortera genom att klicka på. Och det går även att filtrera listan genom att skriva in något i rutan under rubriken. Till exempel kan du skriva in en del av namnet eller personnumret för att filtrera fram just den person du ska arbeta med för tillfället.

Skapa nytt ärende

Registrera en ny undersökning för en person.

Skriv ni personnumret och klicka på SÖK. Om undersökningen för person redan är påbörjad, men inte avslutad, kan du inte skapa en ny undersökning, utan hänvisas till den redan startade undersökningen.

Det går även att komplettera en avslutad undersökning härifrån.



När du söker på en person visas personuppgifter så du kan bekräfta att det är rätt individ. Därefter kan du antingen göra:

1. En ny undersökning
2. Komplettera en redan registrerad undersökning

Mail

Här går det att skicka och ta emot interna SveReKKS-mejl för en specifik patient. Det kan vara frågor om registrering eller instruktioner som stödteamet på RCC skickat.

Pågående ärenden

Lista på alla undersökningar som är påbörjade men ännu inte avslutade. För att fortsätta registrera en pågående undersökning klickar du på aktuell rad.

Förutom personuppgifter visas:

Kommentar är en tillfällig kommentar som kan anges genom att klicka på ikonen:
En ifylld ikon betyder att en kommentar finns inlagd och går att läsa genom att föra muspekaren över ikonen.

Ankomstdatum är det datum undersökningen senast sparades till pågående ärenden.

Endoskopist är den endoskopist som utfört koloskopiundersökningen.

Screeningärenden

Lista på alla screeningundersökningar som automatiskt skapas från kallelsesystemet GAS.

Obs! Det är viktigt att endast ärenden i den här fliken används för att registrera screeningundersökningar. Se mer information om screeningundersökningar i avsnitt Screeningundersökningar.

För att öppna och registrera screeningundersökningen klickar du på aktuell rad.

Förutom personuppgifter visas:

Kommentar är en tillfällig kommentar som kan anges genom att klicka på ikonen
En ifylld ikon betyder att en kommentar finns inlagd och går att läsa genom att ha muspekaren över ikonen. Det går inte att ange en kommentar om inte undersökningen är hanterad.

Status är en statusbild enligt följande:

- Det har gått mer än sex månader sedan första inbokade koloskopidatum
- Ärende har överförts till er klinik från annan klinik
- Ärendet har tidigare överförts till annan klinik men sedan blivit återsänt till er klinik

Ankomstdatum är första inbokade koloskopidatum.

Indikation kan antingen vara *Organiserad screening kolorektal cancer* eller *Kompletterande screeningundersökning*.
Organiserad screening kolorektal cancer skapas automatiskt från kallelsesystemet (GAS) när patienten erbjuds en tid för koloskopiundersökning på en klinik.
Kompletterande screeningundersökning skapas automatiskt när du för den initiala screeningundersökningen, registrerar en *Ofullständig undersökning* eller en undersökning med *Fynd* där båda måste kompletteras inom sex månader med en ny undersökning.

Endoskopist är den endoskopist som utfört koloskopiundersökningen. Endoskopist går att registrera från den här fliken genom att klicka på *TILLDELA*. Det går inte att ange en endoskopist om inte undersökningen är hanterad.

Överför betyder att du kan skicka ärendet vidare till en annan screeningenhet om det inte är din enhet som ska utföra koloskopiundersökningen. Du gör så genom att klicka på knappen *ÖVERFÖR* och får då upp en lista på regionens screeningenheter. Om ärendet ska överföras till en screeningenhet i ett annat län kryssar du i *Visa kliniker från andra län*. Då utökas listan med screeningenheter från andra län, men för den initiala screeningundersökningen visas endast de län där samma åldersgrupp finns implementerat i screeningprogrammet som den inloggade enhetens regionstillhörighet.

Om ett överfört ärende kommit till er klinik klickar ni på *HANTERA* för att antingen ta emot ärendet eller skicka tillbaka det till kliniken som överförde ärendet till er.

Uppföljning

Lista på de endoskopiska uppföljningar som ska besvaras. Personer visas upp här först när undersökningen är registrerad.

Efter att du har fått svar på PAD-uppgifter, svar på radiologisk utredning och/eller svar från kirurg ska du ta ställning till den endoskopiska uppföljningen.

För att öppna och komplettera undersökningen klickar du på *KOMPLETTERA* för aktuell rad.

Förutom personuppgifter visas:

Koloskopidatum är datum för koloskopiundersökningen.

Indikation är indikation för koloskopiundersökningen.

Endoskopist är den endoskopist som utfört koloskopiundersökningen.

Uppgifter att komplettera visar en kortfattad lista på vad som ska kompletteras.

Sena komplikationer

Lista på ärenden om patienten har fått vård inom sju dygn efter koloskopin. Personer visas upp här först när undersökningen är registrerad.

Förutom personuppgifter visas:

Koloskopidatum är datum för koloskopiundersökningen.

Indikation är indikation för koloskopiundersökningen.

Endoskopist är den endoskopist som utfört koloskopiundersökningen.

Kontakt med vården enligt patientenkät visar om patienten svarat att hen varit i kontakt med vården via besvarad patientenkät. Finns ingen kontakt visas *Nej*. Finns kontakt visas *Ja* samt typ av kontakt. Är raden tom har ingen enkät besvarats. Detta visas som stöd för att besvara uppgifter om vård inom sju dygn, men det är upp till endoskopisten att undersöka om en sen komplikation har förekommit.
Samtliga patienter som registreras i SveReKKS inom 28 dagar från koloskopiundersökningen och har 1177 har möjlighet att besvara en patientenkät med frågor om upplevelser av koloskopiundersökningen och om de har sökt vård efter undersökningen.

Vård inom 7 dygn ska besvaras för varje person i listan *Vård inom 7 dygn*, men kan endast besvaras minst sju dygn efter koloskopiundersökningen. Observera att det är fysiskt besök i specialiserad öppen- eller slutenvård som räknas. Besök inom primärvård eller telefon- / videokontakt med specialiserad vård ska inte räknas. För aktuell rad, Välj *Nej* om patienten inte har kommit till sjukvården efter undersökningen, eller välj *Ja* om patienten har kommit till sjukvården efter undersökningen.

De som fått vård inom 7 dygn visas i listan *Sena komplikationer* och där ska besvaras om komplikationer efter undersökningen har uppstått.

Klicka på *KOMPLETTERA* för aktuell rad för att besvara om sena komplikationer uppstått (komplikationer inom 7 dygn efter koloskopin).

Avslutade ärenden

Lista på alla avslutade undersökningar som ni har registrerat på den inloggade enheten. Personen visas här först efter att undersökning, uppföljning och sena komplikationer är registrerat.

För att se en undersökning klickar du på aktuell rad.

Förutom personuppgifter visas:

Koloskopidatum är datum för koloskopiundersökningen.

Endoskopist är den endoskopist som utfört koloskopiundersökningen.

Indikation är den indikation som koloskopiundersökningen registrerades som.

Klicka på *KOMPLETTERA* för aktuell rad för att komplettera en tidigare registrerad undersökning.

Administration

Under fliken Administration registreras de endoskopister som arbetar på den inloggade enheten.

För att lägga till en endoskopist klickar du på *Lägg till endoskopist*.

1. Om endoskopisten har ett inrapportörskonto i SveReKKS ska det väljas genom att kryssa i *INCA-användare* och sedan välja rätt namn i listan (listan visar namn som har behörighet till den inloggade enheten). Då fylls automatiskt följande uppgifter i: förnamn, efternamn, namn och användarnamn. Det enda som behöver kompletteras är *Yrkesroll*. Spara sedan.
2. Om endoskopisten inte har ett inrapportörskonto i SveReKKS ska följande uppgifter registreras: förnamn, efternamn och yrkesroll. Spara sedan.

För att redigera uppgifter klickar du på *Redigera uppgifter*.

Förutom personuppgifter visar kolumnen *Aktiv status* för endoskopisten på kliniken. Se till att alla endoskopister som ska gå att välja i registreringen är aktiva. Om till exempel en endoskopist slutar klickar du på *AKTIV* för att växla till *INAKTIV* och då avaktiveras personen från registreringen. Skulle endoskopisten behöva läggas till igen klickar ni på *Visa / Dölj inaktiva endoskopister* och aktiverar den därifrån genom att klicka på *INAKTIV* för att växla tillbaka till *AKTIV*.

Obs! För att kunna se rapporter på endoskopistnivå måste endoskopisten vara satt enligt steg 1 ovan.

Statistik

Rapporter visas på sjukhusnivå och på endoskopistnivå.

Obs! För att kunna se rapporter på endoskopistnivå måste användarnamn vara registrerat för endoskopisten samt minst en undersökning vara registrerad av endoskopisten.

Utanför inloggning finns publik statistik:
https://statistik.incanet.se/sverekks

Under fliken *Beskrivning* finns information som kan vara viktig för att inte feltolka uppgifterna.

Support

Lista på nyttiga länkar, information om support samt en informationssektion.

Inrapportörens olika val av åtgärder

Avbryt och radera
Avbryter inrapporteringen och formuläret raderas helt.

Ej klar, kvar i inkorg
Inrapporteringen sparas och finns kvar i inkorgen för att jobba vidare med vid ett senare tillfälle.

Spara
Inrapporteringen sparas i registret. Går endast att välja när alla obligatoriska uppgifter är registrerade.

Komplettera uppgifter

En redan sparad undersökning går att komplettera med uppgifter i efterhand. Detta kan göras på tre olika sätt:

Skapa nytt ärende

Om du söker på en person och ser att det finns tidigare undersökningar registrerade kan du klicka på *KOMPLETTERA* för att öppna den sparade undersökningen.

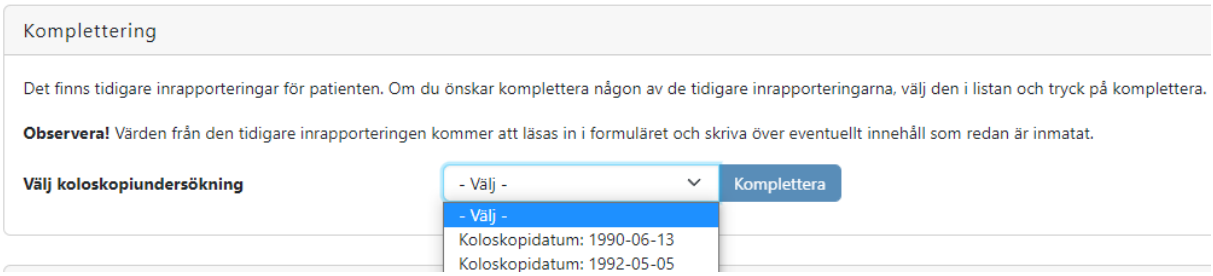
Undersökningen läses in med de tidigare uppgifterna och du kan sedan ändra och spara som vanligt.

Undersökningen

Om du har startat en ny undersökning och det finns tidigare undersökningar registrerade kommer blocket *Komplettering* att visas upp i formuläret. Du kan där välja en undersökning från listan och sedan klicka på *Komplettera*. Du måste bekräfta att du vill läsa in den tidigare undersökningen innan du kan påbörja kompletteringen.

Undersökningen läses in med de tidigare uppgifterna och du kan sedan ändra och spara som vanligt.

Kompletteringen går att avbryta genom att klicka på *Avbryt komplettering*.



Avslutade ärenden

I kolumnen *Komplettera* kan du klicka på knappen *KOMPLETTERA* för den undersökningen du vill komplettera med uppgifter.

Undersökningen läses in med de tidigare uppgifterna och du kan sedan ändra och spara som vanligt.

Inrapportering

Undersökning

Bakgrund

Formulärtext	Beskrivning
Endoskopist	Namn på den endoskopist som utfört undersökningen. Väljs i en lista på endoskopister registrerade på den inloggade enheten. Om e-postadress på den inloggade användaren stämmer överens med e-postadress för en endoskopist i listan kan det registreras genom att klicka på knappen Inloggad användare. Om enskopisten som utförde undersökningen inte finns med i listan över endoskopister måste koloskopisten först läggas till bland aktiva endoskopister under fliken Administration.
Yrkesroll	Yrkesroll på den endoskopist som utfört undersökningen. Sätts automatiskt om det är registrerat för endoskopisten på den inloggade enheten. Om det saknas information måste yrkesroll väljas i listan. För att underlätta för framtida registreringar är det också starkt rekommenderat att komplettera det under fliken Administration Ett av följande alternativ måste väljas: **Läkare** **Koloskoperande sjuksköterska** **Endoskopist under utbildning**
Datum för koloskopi	Datum då undersökningen utfördes.
Indikation	Indikation för undersökningen. Koloskopier med korrekt indikation är associerade med högre andel relevanta fynd. Korrekt indikation bidrar också till effektivt utnyttjande av endoskopiresurser samt minskar risken att utsätta patienter för onödiga ingrepp. Om det finns flera möjliga indikationer ska man välja den som endoskopisten uppfattar som viktigast. **Kvalitetsindikator:** Indikation. Minimum: ≥85%. Mål: ≥95%. Ett av följande alternativ måste väljas: **Organiserad screening kolorektal cancer:** Screeningundersökning, är förvalt och kan inte ändras. Skapas upp automatiskt när information om vilken screeningenhet personen tillhör samt första inbokade koloskopidatum finns registrerat i GAS. **Kompletterande screeningundersökning:** Screeningundersökning, är förvalt och kan inte ändras. En kompletterande screeningundersökning som skapas automatiskt om den tidigare screeningundersökningen inte kunde utföras komplett; om undersökningen ej nått cekum, om oren tarm förekommer, samt vid fynd av polyp som ej togs bort. **Planerad intervention:** Koloskopi som huvudsakligen syftar till att utföra ett i förväg planerat ingrepp, snarare än att vara diagnostisk. Exempel på detta är polypektomi av tidigare känd polyp, dilatation av stenos, stent, APC. Undantag gäller för en kompletterande screeningundersökning, se ovan. **Synligt blod:** Synligt blod i avföringen där rektalpalpation och rektoskopi inte visar annan uppenbar blödningskälla (eller där blödningen kvarstår efter 4 veckor trots adekvat behandling av annan blödningskälla). Ändrade avföringsvanor i kombination med blod i avföringen. **Järnbrist/blödningsanemi:** Blödningsanemi utan annan uppenbar orsak. Ändrade avföringsvanor i kombination med anemi. **Fynd rektalundersökning:** Fynd vid rektoskopi eller rektalpalpation som inger misstanke om kolorektalcancer. **Fynd bilddiagnostik:** Fynd vid bild- eller vävnadsdiagnostik eller koloskopi som inger misstanke om kolorektalcancer. **Positivt F-Hb/FIT:** Utanför det organiserade screeningprogrammet. För SVF: Registrera detta val om det är i kombination med förändrade avföringsvanor.

Formulärtext	Beskrivning
	Uppföljning polyp: Uppföljning enligt polypvårdprogram. Kontroll efter resektion med osäker radikalitet. Vid planerad polypektomi, använd istället "Planerad intervention". Om patienten ingår i surveillanceprogram, använd dessa alternativ istället (”IBD surveillance”, ”Uppföljning cancer”, ”Ärftlighet kolorektal cancer”). **Uppföljning cancer:** Uppföljning enligt cancerprogram. Om patienten tidigare har haft cancer och vid efterföljande kontroller har polyper som i sin tur kräver uppföljning, ska man i första hand använda denna indikation. **Clean colon:** Vid tidigare diagnosticerad kolorektal cancer där fullständig koloskopi inte är utförd. Omfattar den initiala utredningen och kan inkludera koloskopier utförda kort tid efter kirurgi. Vid uppföljning enligt cancerprogram, använd ”Uppföljning cancer”. **IBD kontroll inflammation:** Vid uppföljning av känd inflammatorisk tarmsjukdom. Vid misstanke om IBD där diagnos ännu inte är ställd, använd ”Diarréutredning” eller något av alarmsymtomen (”Synligt blod”, ”Järnbrist/blödningsanemi”, ” Fynd rektalundersökning” eller ”Fynd bilddiagnostik”). **IBD surveillance:** Enligt nationella riktlinjer för övervakning av långvarig kolit för att tidigt hitta dysplasi och/eller neoplasi. **Ärftlighet kolorektal cancer:** Enligt nationella riktlinjer för övervakning av särskilda grupper med hög risk för kolorektal cancer. **Diarréutredning:** Används endast för diarré där diagnos ännu saknas. För känd IBD använd indikationen "Övrigt/IBD kontroll inflammation". **Förändrade avföringsvanor:** Förändringar av annars stabila avföringsvanor. Om det dominerande symtomet är diarré, använd indikation "Diarréutredning". **Uppföljning divertikulit:** Uppföljning av förstagångsdivertikulit eller komplicerat divertikulit där indikation till koloskopi finns. **Övrigt:** Övriga indikationer för koloskopi, exempelvis buksmärta, allmän utredning viktnedgång, malignitetsutredning med avsaknad av alarmsymtom.
Datum för remiss till koloskopiundersökning efter positivt avföringsprov	Visas i screeningärenden som stöd för att avgöra vilken remiss screeningundersökning hör till.
Anledning om den kompletterande screeningundersökningen ej ska utföras	Ange anledning varför den kompletterande screeningundersökningen inte utfördes. Ifylls endast om indikation = kompletterande screeningundersökning. **Allvarlig komorbiditet** **Patient vill inte** **Planerad flytt** **Död** **Övrigt**
Remittering enligt SVF Endast synlig om Indikation = Synligt blod, Järnbrist/blödningsanemi, Fynd rektalundersökning, Fynd bilddiagnostik, Positivt F-Hb/FIT eller Förändrade avföringsvanor.	Anger om remittering skett enligt standardiserat vårdförlopp (SVF) för kolorektalcancer. Vid flera indikatorer för SVF ska den indikation registreras som skopisten anser vara viktigast vid remissbedömningen.

Preoperativt

Formulärtext	Beskrivning
Planerad omfattning	Hjälper till att markera vilka undersökningar som ska räknas in i kvalitetsindikatorn Cekumintubering. Planerad omfattning beror på indikationen för undersökningen. Den faktiska omfattningen beskrivs av ”Cekumintubering”. Om indikationen är ”Organiserad screening kolorektal cancer” är ”Cekum” förvalt, men kan ändras av användaren, exempelvis hos patienter med tidigare tarmresektioner av högerkolon.

Formulärtext	Beskrivning
	Vid hemikolektomi kan ”Mer distalt” anges som planerad omfattning, då ingår den inte i nämnaren för kvalitetsindikatorn Cekumintubering. **Kvalitetsindikator:** Cekumintubering. Minimum: ≥90%. Mål: ≥95%. Något av följande alternativ måste väljas: **Cekum:** Har kommit till cekum och har kunnat inspektera även bakom ileocekalvalven. **Terminala ileum:** Har inspekterat ileum och således även inspekterat bakom ileocekalvalven. Exempelvis vid indikationen ”Diarréutredning”. **Mer distalt:** Till ascendens eller mer distalt. Används även vid högersidig tarmresektion inklusive ileocekalresektio och vid sigmoideoskopiundersökning.
Akut undersökning Ej synlig om Indikation = Organiserad screening kolorektal cancer, Kompletterande screeningundersökning, Positivt F-Hb/FIT, Uppföljning cancer, IBD surveillance eller Hereditet kolorektal cancer.	Många av kvalitetsindikatorerna beräknas endast utifrån de koloskopier som är elektiva (på förhand planerade). Akut koloskopi definieras som en oväntad händelse som kräver omedelbar undersökning. Det omfattar exempelvis koloskopier som utförs inom akut slutenvård och koloskopier som utförs inom öppenvård på grund av blödning som komplikation till en polypektomi. Följande kvalitetsindikatorer exkluderar akuta koloskopier: Adekvat tarmrengöring, Cekumintubering, Adenomdetektion, Tid för tillbakadragande, Patientupplevelse.
Laxeringsmetod - preparat	Rekommendationen är att använda pegylerade tarmsköljningsmedel, särskilt vid screeningundersökningar. Ibland kan man dock behöva använda andra substanser på grund av önskemål från patienten eller kontraindikationer. Om andelen dåligt rengjorda tarmar är hög, kan denna variabel hjälpa till att belysa förbättringsarbete kring förberedelserna. Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn Adekvat tarmrengöring.
Laxeringsmetod - delad dos	Rekommendationen är att använda delad dos. Ibland kan man dock behöva frångå detta på grund av exempelvis kort förberedelsetid eller lång restid kombinerat med tidig undersökning. Om andelen dåligt rengjorda tarmar är hög, kan denna variabel hjälpa till att belysa förbättringsarbete kring förberedelserna. Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn Adekvat tarmrengöring.
Medicinering	Andelen koloskopier som kräver smärtlindring beror på lokala traditioner, patienternas preferenser och indikation för undersökningen. En låg användning av smärtlindring kan i kombination med bristande koloskopiteknik innebära sämre patientupplevelse. På samma sätt kan bristande koloskopiteknik kräva högre andel smärtlindring. Vid kraftig smärtlindring (NAPS och djup sedering) är risken för komplikationer ökad. Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälp för analys av indikatorn Patientupplevelse och Komplikationer. Flera av följande alternativ kan väljas: **Ingen medicinering:** Ingen medicinering har använts. Vid detta val kan inte något annat alternativ väljas. **Bensodiazepin:** Exempelvis midazolam, diazepam, oxazepam **Opioid:** Exempelvis alfentanil, morfin, petidin **Propofol NAPS:** Propofol administrerat av sjuksköterska, läkare, eller patienten själv. Motsvarar ytlig sedering med bibehållen spontanandning. NAPS betecknar Nurse Administered Propofol Sedation **Djup sedering:** Olika former av allmänanestetika. Upphävd spontanandning, inklusive behov av intubationsnarkos eller maskventilation. **Spasmolytikum:** Exempelvis butylskopolamin, atropin **Lustgas:** Dikväveoxid **Övrigt:** Övriga läkemedel givet systemiskt (ej intramukosalt) under själva koloskopin.

Formulärtext	Beskrivning
AI-teknik använd vid koloskopiundersökningen	Syftet är att se användningen av AI för koloskopiundersökningar och kunna använda det för att mäta skillnader i till exempel adenomdetektion med och utan AI. Något av följande alternativ måste väljas: **Nej** **Ja**

Peroperativt

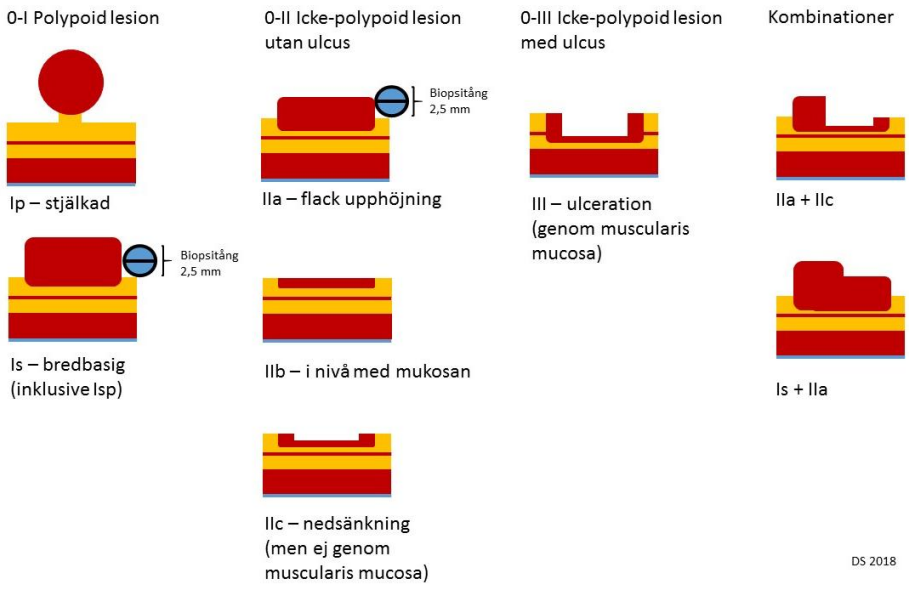
Formulärtext	Beskrivning
Hjälp av annan endoskopist vid införandet Endast synlig om Yrkesroll = Endoskopist under utbildning.	Anger om hjälp av annan endoskopist behövts vid införandet av endoskopet vid en undersökning. Något av följande alternativ måste väljas: **Nej, självständig undersökning:** Självständigt, utan rådgivning eller aktiv hjälp, kommit fram till cekum respektive terminala ileum. **Ja, muntligt stöd vid införandet:** Handledaren har givit instruktioner som hjälp för endoskopisten vid införandet. Obs! Handledaren har inte aktivt fört in instrumentet. **Ja, lämnat över endoskopet vid införandet:** Handledaren har helt eller delvis tagit över instrumentet vid införandet eller justerat instrumentets läge (t.ex. rätat ut en slinga) och endoskopisten har sedan fört instrumentet vidare.
Boston Bowel Preparation Scale (BBPS)	Boston Bowel Preparation Scale (BBPS) är ett validerat instrument för utvärdering av tarmrengöring. Kvaliteten på tarmrengöringen påverkar cekumintubation och adenomdetektion. Vid inadekvat tarmrengöring ökar kostnaderna för vården och obehaget för patienten, eftersom koloskopin måste upprepas vid ett senare tillfälle. Ska besvaras efter att städning (dvs spolning samt bortsugning av tarminnehåll) utförts. För att bedöma alla delar av slemhinnan skall slem eller avföringsrester spolas bort. Mycket spolning kan skapa artefakter och försvåra bedömningen. Endoskopisten bedömer om tarmen kan spolas så rent att en adekvat bedömning av slemhinnan kan göras och en gradering enligt BBPS kan uppnås. Renspolning kan dock inte ersätta en inadekvat rengjord tarm. Kan minimummålet inte nås utan frekvent spolning måste klinikens laxeringsprocedur ses över. **Kvalitetsindikator:** Adekvat tarmrengöring. Minimum: ≥90%. Mål: ≥95%. Något av följande alternativ måste väljas: **0:** Tarmens slemhinna kan inte ses på grund av fast avföring som inte kan spolas bort. **1:** Tarmens slemhinna kan delvis ses, medan andra delar ses dåligt på grund av kvarvarande avföring och/eller vätska. **2:** Mindre mängd kvarvarande avföring och/eller färgad vätska men slemhinnan i tarmen ses väl. **3:** Hela slemhinnan i tarmen ses väl utan inslag av kvarvarande avföring och/eller färgad vätska. **Ej undersökt:** Ej undersökt förbi följande stationer: • Vänsterkolon – förbi rektum • Transversum – förbi vänster flexur (vänster flexur hör till vänsterkolon) • Högerkolon – förbi höger flexur (höger flexur hör till transversum) **BBPS Summa/Ren tarm:** Hjälpfunktion som kvitterar ut om tarmen är ren eller ej, baserat på BBPS. Ren tarm definieras som en totalsumma ≥6 poäng och varje enskilt segment med ≥2 poäng.
Cekumintubering	En fullständig undersökning av hela kolon krävs för att kunna identifiera eventuella lesioner. En låg cekumintuberingsgrad (cecum intubation rate, CIR) är associerad med ökad risk för intervallcancer. Inkomplett koloskopi medför ökade kostnader och obehag för patienten om undersökningen måste upprepas. Cekumintubering innebär komplett överblick av hela cekalpolen tillsammans med olika landmärken (appendixmynning, ileocekalvalv etcetera). Registret har valt en mer strikt beräkning av CIR som är okorrigerad (samma som ESGE). Om det blir en partiell undersökning på grund av en obstruerande tumör

Formulärtext	Beskrivning
	eller där man redan vid PR-undersökning ser att det är oren tarm ska dessa räknas med i statistiken för kvalitetsindikatorn som att man inte har nått cekum. Vid låg CIR på grund av orena tarmar bör klinikens laxeringsrutiner ses över. Att man hittar strikturerande förändringar är så att säga ”medräknat” i CIR-nivån på 90/95%. **Kvalitetsindikator:** Cekumintubering. Minimum: ≥90%. Mål: ≥95%. Ett av följande alternativ måste väljas: **Cekum:** Cekum omfattar den del av kolon som begränsas av en tänkt linje i höjd med ileocekalvalvet. Bilddokumentation rekommenderas. **Terminala ileum:** Observera att man vid val av denna variabel också garanterar att cekalpolen är inspekterad i sin helhet. Bilddokumentation rekommenderas. **Annan nivå enligt planerad omfattning:** Baseras på variabeln ”Planerad omfattning = Mer distalt”. Används exempelvis vid högersidig tarmresektion, eller när syftet med undersökningen inte är att nå cekum, till exempel en sigmoideoskopiundersökning. Om syftet är polypektomi av känd polyp. **Nej:** Används vid alla koloskopier där man inte uppnår den planerade omfattningen, vilket också innebär att koloskopin är ofullständig.
Fotografi	Fotodokumentation av cekum är associerad med hög polypdetektion (polyp detection rate, PDR). Det är lämpligt med fotodokumentation för att registrera när tillbakadragandet påbörjas från cekum. Ingen egen kvalitetsindikator, men hjälper till att värdera Cekumintubering och Tid för tillbakadragande.
Tid ut från cekum	En lång utdragningstid (withdrawal time) är associerad med hög adenomdetektion (adenoma detection rate, ADR) och låg nivå av intervallcancer. Tiden bör registreras med start och stopp för undersökningen, samt när endoskopisten börjar backa från cekum. Det rekommenderas att detta sker med fotodokumentation med tidstämpel eller att endoskopiassistenten använder stoppur. Tiden ska endast registreras vid koloskopier utan terapi eller biopsi. ”Tid ut från cekum” är givetvis endast möjlig att registrera om cekum eller terminala ileum har intuberats. **Kvalitetsindikator:** Tid för tillbakadragande. Minimum: 90% 6 minuter eller mer. Mål: 95% 6 minuter eller mer Ett av följande alternativ måste väljas: **0-5 minuter** **6-9 minuter** **≥10 minuter** **Terapi/biopsi:** Vid exempelvis polypektomi eller biopsitagning ska tiden inte registreras. Dessa undersökningar ska inte ingå i underlaget för beräknande av kvalitetsindikatorn Tid för tillbakadragande **Ej registrerad:** Otillräcklig information, exempelvis om fotodokumentation saknas eller om tidtagning ej skett.
Fynd	Fynd från undersökningen. Minst ett av följande alternativ ska väljas: **Normalt:** Om detta alternativ är valt kan inget annat fynd väljas. **Polyp(er):** En eller flera polyper har hittats under undersökningen. **Misstänkt cancer:** En eller flera misstänkta cancrar har hittats under undersökningen. **Inflammation:** Inflammation har hittats under undersökningen. **Övrigt:** Övrigt fynd, som inte är något av ovanstående alternativ, har hittats under undersökningen.
Övriga terapeutiska åtgärder	Hjälper till att bedöma typ av koloskopi och därmed också värdera eventuella komplikationer.

Formulärtext	Beskrivning
	Ingen kvalitetsindikator, men hjälper till att tolka indikatorn Komplikationer. Flera av följande alternativ kan väljas: **Dilatation** **APC** **Stent** **Övrigt**

Polyper (enbart synlig om fynd är polyp(er))

Formulärtext	Beskrivning
Antal	Ange exakt antal polyper som har hittats under undersökningen. Om fler än 10 polyper, ange >10. Beräkning av positivt prediktivt värde för screeningprogram. Ger underlag till uppföljning enligt polypvårdprogram. Det diskuteras om antalet adenom per koloskopi är ett bättre mått än adenomdetektion. Information om antalet polyper vid en undersökning kan därför ge information inför framtiden i denna fråga. Det syftar också till att säkra efterregistreringen av PAD-utlåtanden i registret. Man behöver dock bara detaljregistrera max fem polyper per undersökning, utifrån koloskopistens bedömning, baserat på storlek och utseende. **Kvalitetsindikator:** Uppföljning. Mål: ≥95% korrekta uppföljningsrekommendationer
Lokalisation	Lokalisation för polypen. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ger också möjlighet till utvärdering av intervallcancer. Ett av följande alternativ måste väljas: **Rektum:** Rektum mäts från analöppningen till nedre gräns 15 cm med rakt endoskop. Analkanalen hör till rektum. **Sigmoideum** **Descendens:** Vänster flexur hör till descendens. **Transversum:** Höger flexur hör till transversum. **Ascendens** **Cekum:** Cekum avgränsas av en tänkt nivå i höjd med ileocekalvalven. **Terminala ileum**
Storlek	Ange största diametern på polypen. Observera att polypens storlek anges vid koloskopiundersökningen. Storleken på PAD-utlåtandet kan avvika från den endoskopiska storleksbedömningen, då detta kan avse hela preparatets storlek och vid inläggning i formalin kan polypen svullna och bli större. Det är därför viktigt att den optiska storleksbedömningen är adekvat och kvalitetssäkrad. Ger underlag till uppföljning enligt polypvårdprogram. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ligger till grund för frågan om tatuering har skett för polyper ≥20 mm. Ligger också till grund för adekvat polypborttagning vid diminutiva polyper (0-4 mm). Använd polypens största diameter som mått, före polypektomi eller submukosal injektion. Använd gärna slyngans längd- och breddmått för att få korrekt bedömning. **Kvalitetsindikator:** Polypfångst. Minimum: ≥90% av polyper ≥5 mm. Mål: ≥95% av polyper ≥5 mm. Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥20 mm. Adekvat polypektomiteknik. Minimum: ≥80%. Mål: ≥90%. Uppföljning. Mål: ≥95% korrekta uppföljningsrekommendationer

Formulärtext	Beskrivning
	Ett av följande alternativ måste väljas: **0-4 mm** **5-9 mm** **10-19 mm** **≥20 mm**
Tatuering Endast synlig om storlek är ≥20 mm och om lokalisation är sigmoideum, descendens, transversum, ascendens eller terminala ileum	Ange om tatuering har utförts eller inte. Vid polypektomi av polyper ≥20 mm är det högre risk för inkomplett resektion och lokala recidiv eftersom dessa förändringar oftast tas i flera bitar (piece-meal). Polyper ≥20 mm har också högre risk att innehålla malignitet. Tatuering ökar möjligheten vid uppföljande koloskopi eller kirurgi att hitta tagstället. Denna variabel är därför bara synlig vid polyper ≥20 mm. Polyper i rektum och cekum behöver inte tatueras, eftersom dessa lokaler har tydliga landmärken. Fotodokumentation rekommenderas. Lokala rutiner bör finnas kring var tatueringen ska ske i förhållande till polypen, exempelvis 3-5 cm distalt/analt om polypen. **Kvalitetsindikator:** Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥20 mm.
Utseende	Paris-klassifikationen är ett väletablerat system för att standardisera beskrivningen av polyper. Den delar upp förändringar i två grupper; polypoida (Paris I) och icke polypoida förändringar (Paris II-III). Även om klassifikationen inte är validerad så ökar den uppmärksamheten kring subtila förändringar och kan hjälpa till att förutspå submukosal invasion innan polypektomi. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt polyp. Ligger till grund för frågan om tatuering har skett för polyper ≥20 mm. **Kvalitetsindikator:** Tatuering. Mål: 100% av polyper ≥20 mm. 
Kromoendoskopi Endast synlig vid flack nedsänkt (Paris IIc eller Paris IIa+IIc)	Vid polyper med komponenter av nedsänkning (Paris IIc) finns en högre risk submukosal invasion. Dessa polyper kan också ha otydliga gränser mot frisk mukosa. Kromoendoskopi, virtuell eller konventionell, hjälper till att bedöma dessa förändringar avseende möjlighet till polypektomi. **Kvalitetsindikator:** Avancerad bildbehandling. Mål: 100%.
Optisk diagnostik	Ange om optisk diagnostik är utförd och i så fall diagnos. Optisk bedömning och därefter resektion av små polyper (0-4 mm) utan att sända till PAD (så kallad resect-and discard policy) kan övervägas. Detta bör då ske

Formulärtext	Beskrivning
	under strikt kontrollerade former av koloskopister som uppvisar högt och objektivt verifierat positivt prediktivt värde på sin optiska bedömning i förhållande till PAD. I dagsläget kräver dock Socialstyrelsen (SoS) att alla polyper för screeningundersökningar skall skickas till PAD, varför det är en kvalitetsindikator enligt SoS. Visar det sig i registret i framtiden att landets endoskopister har en god optisk bedömningsförmåga kan det planeras för att frångå att alla preparat skall skickas till PAD. Hur endoskopisten har kommit fram till sitt beslut och vilka klassifikationer som har använts är inte av intresse. Det är inte av betydelse om förändringen klassas som SSL eller Hp i klinisk praxis men registret använder här av statistiska skäl samma polypindelning som den patologiska diagnosen för enklare statistisk utvärdering. Ett av följande alternativ måste väljas: **Tubulärt adenom, låggradig dysplasi:** Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Tubulärt adenom, höggradig dysplasi** **Villöst/tubulovillöst adenom, låggradig dysplasi:** Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Villöst/tubulovillöst adenom, höggradig dysplasi** **SSL, inte dysplasi** **SSL, dysplasi** **Hyperplastisk polyp** **Adenocarcinom** **Övrigt:** Exempelvis inflammatorisk polyp, carcinoid, hamartom, normal slemhinna. **Ej bedömbart**
Polypektomi	Biopsitång som polypektomimetod är sämre än slynga vid polyper ≤3 mm i storlek. Inkomplett polypektomi leder till högre kostnader och obehag för patienten eftersom undersökningen behöver upprepas. Inkomplett polypektomi beräknas orsaka 25% av intervallcancer. **Kvalitetsindikator:** Adekvat polypektomiteknik. Minimum: ≥80%. Mål: ≥90%. Ett av följande alternativ måste väljas: **Kall slynga:** Slynga utan diatermi. Vid submukosal injektion välj alternativet "EMR" eller "pEMR". **Varm slynga:** Slynga med diatermi.Vid submukosal injektion välj alternativet "EMR" eller "pEMR". **EMR:** Submukosal injektion följd åt av polypektomi med slynga (varm eller kall). Hela polypen i en del. **pEMR:** Piece meal EMR, polypektomi med flera delar. **ESD:** Endoskopisk submukosadissektion. **Polypektomi med biopsitång:** Polypektomi med biopsitång (inkl hot biopsy), vid endast diagnostisk biopsi använd alternativet "nej". **Nej:** Ingen polypektomi utförd. Ange om diagnostisk biopsi är tagen under följdfrågan ”Biopsi utförd”.
Endoskopiskt radikalt avlägsnad Endast synlig om storlek är 10-19 mm eller ≥20 mm	Makroskopiskt inkomplett avlägsnat adenom ökar risken för recidiv. Det finns flera orsaker till att en polypektomi inte fullföljs, exempelvis komplikationer, tekniska svårigheter, begränsningar i tid. En inkomplett utförd polypektomi bör följas upp med ny koloskopi eller kirurgi om det inte föreligger kontraindikationer. Informationen behöver bara anges vid polypstorlek ≥10 mm, eftersom det är ovanligt med inkompletta resektioner av små polyper. **Kvalitetsindikator:** Uppföljning. Mål: ≥95%

Formulärtext	Beskrivning
Biopsi utförd Endast synlig om polypektomi inte är utförd	Om ingen polypektomi är utförd ska det anges om diagnostisk biopsi är tagen.
Patologi	Ange om preparat har skickats för patologisk bedömning. Om varken polypektomi eller biopsi har utförts sätts Patologi automatiskt till Inget PAD. Adenomdetektion (adenoma detection rate, ADR) är omvänt associerat till risken för intervallcancer och död i kolorektal cancer. Polypfångst behövs för histopatologisk diagnos (PAD). PAD ligger till grund för polypvårdprogrammet. Små polyper (0-4 mm) har visserligen låg risk för cancer eller höggradig dysplasi, men registret har valt att möjliggöra registrering även av dessa polyper. **Kvalitetsindikator:** Polypfångst. Minimum ≥90%. Mål: ≥95%. Uppföljning. Mål: ≥95% korrekta uppföljningsrekommendationer Adenomdetektion. Minimum: 25%. Ett av följande alternativ måste väljas: **PAD** **Inget PAD**
Hjälp av annan endoskopist vid polypektomi Endast synlig om Yrkesroll = Endoskopist under utbildning	Ett av följande alternativ måste väljas: **Nej, självständig undersökning:** Självständig undersökning, utan rådgivning eller aktiv hjälp. **Ja, muntligt stöd vid polypektomi:** Handledaren har givit instruktioner som hjälp för endoskopisten vid undersökningen. Obs! Handledaren har inte aktivt tagit över instrumentet. **Ja, lämnat över endoskopet vid polypektomi:** Handledaren har helt eller delvis tagit över instrumentet eller justerat instrumentets läge (till exempel rätat ut en slinga) och endoskopisten har sedan tagit över instrumentet igen.

Misstänkt cancer (enbart synlig om fynd är misstänkt cancer)

Formulärtext	Beskrivning
Antal	Ange exakt antal misstänka cancrar som har hittats under undersökningen. Om fler än 10, ange >10. Beräkning av positivt prediktivt värde för screeningprogram. Framtida samordning med svenskt kolorektalcancerregister. Syftar till att säkra efterregistreringen av PAD-utlåtanden i registret. Man behöver dock bara detaljregistrera max fem misstänkta cancerförändringar utifrån koloskopistens bedömning, baserat på storlek och utseende. Om fler än fem misstänkta maligna tumörer beskriv endast de fem mest signifikanta nedan.
Lokalisation	Lokalisation för den misstänkta cancern. Syftar till att rätt PAD ska registreras för rätt misstänkt cancer. Ger också möjlighet till utvärdering av intervallcancer. Ett av följande alternativ måste väljas: **Rektum:** Rektum mäts från analöppningen till nedre gräns 15 cm med rakt endoskop. Analkanalen hör till rektum. **Sigmoideum** **Descendens:** Vänster flexur hör till descendens. **Transversum:** Höger flexur hör till transversum. **Ascendens** **Cekum:** Cekum avgränsas av en tänkt nivå i höjd med ileocekalvalven. **Terminala ileum**

Formulärtext	Beskrivning
Tatuering Endast synlig om lokalisation är sigmoideum, descendens, transversum, ascendens eller terminala ileum	Ange om tatuering har utförts eller inte. Tatuering underlättar för kirurgen att identifiera tumören vid operation. Misstänkt cancer i rektum och cekum behöver inte tatueras, eftersom dessa lokaler har tydliga landmärken. Fotodokumentation rekommenderas. Lokala rutiner bör finnas kring var tatueringen ska ske i förhållande till den misstänkta cancern, exempelvis 3-5 cm distalt/analt om tumören.
Patologi	Ange om preparat har skickats för patologisk bedömning. Bekräftar diagnosen cancer. Utvärderar screeningprogram. Framtida samordning med svenskt kolorektalcancerregister.

Inflammation (enbart synlig om fynd är inflammation)

Formulärtext	Beskrivning
Utbredningsområde	Inflammationens utbredningsområde. Registret syftar till att vara heltäckande för koloskopi och inte endast screening för kolorektal cancer. Därmed bereds möjlighet att registrera andra fynd än polyper och cancer. Aktiv inflammation minskar dessutom möjligheten att detektera adenom. Variabeln hjälper även till att värdera eventuella komplikationer. Ingen kvalitetsindikator, men hjälper till att tolka indikatorn Komplikationer och Adenomdetektion. Minst ett av följande alternativ måste väljas: **Rektum:** Rektum mäts från analöppningen till nedre gräns 15 cm med rakt endoskop. Analkanalen hör till rektum. **Sigmoideum** **Descendens:** Vänster flexur hör till descendens. **Transversum:** Höger flexur hör till transversum. **Ascendens** **Cekum:** Cekum avgränsas av en tänkt nivå i höjd med ileocekalvalven. **Terminala ileum**
Preliminärdiagnos	Diagnos baserad på endoskopiskt utseende med hänsyn taget till tidigare utredningar. Ett av följande alternativ måste väljas: **Ulcerös kolit** **Crohns sjukdom** **IBDU:** Oklassificerad inflammatorisk tarmsjukdom (Inflammatory Bowel Disease Unclassified) **Ischemisk kolit** **Infektiös kolit:** Inkluderar pseudomembranös kolit **Övrigt:** Inkluderar mikroskopisk kolit

Övrigt (enbart synlig om fynd är övrigt)

Formulärtext	Beskrivning
Övriga fynd	Minst ett av följande alternativ måste väljas: **Divertiklar** **Postinflammatoriska förändringar** **Angioektasi(er)** **Hemorrojd(er)** **Strålproktit** **Övrigt**

Per- och postoperativt

Formulärtext	Beskrivning
Tidiga komplikationer	Komplikationer är händelser relaterade till endoskopin som leder till avbruten procedur, inläggning, förlängd sjukhusvård, ny procedur eller konsultation. Tidiga komplikationer definieras av händelser som uppstår inom tidsperioden som patienten befinner sig på endoskopienheten. Det är viktigt att monitorera säkerhet vid koloskopi. Andelen komplikationer beror på många faktorer som inkluderar typ av procedur (screening, diagnostisk eller terapeutisk), koloskopistens erfarenhet, och typ av patient. Komplikationer är händelser relaterade till endoskopin som leder till avbruten procedur, inläggning, förlängd sjukhusvård, ny procedur eller konsultation. Händelser under en procedur, exempelvis blödning i samband med polypektomi, betraktas inte som en komplikation om den åtgärdas under koloskopin och inte leder till någon av ovanstående konsekvenser. I vissa fall kan det vara svårt att identifiera ett samband mellan endoskopin och uppkommen komplikation. Vid tveksamhet skall dock händelsen registreras. Skulle det finnas osäkerhet i frågan kan handledande läkare tillfrågas, alternativt kan frågan tas på en klinikgemensam händelseanalys som skall fastställa eventuella samband. Alla endoskopienheter bör ha en fungerande struktur för bedömning och analys av endoskopirelaterade händelser, vilka även bör journalföras. Tidiga komplikationer är de som uppstår inom tidsperioden som patienten befinner sig på endoskopienheten. **Kvalitetsindikator:** Komplikationer. Minimum: ≤0,5%.
Typ av komplikation(er) Endast synlig om tidiga komplikationer har uppstått under undersökningen	Komplikationer som uppstår inom tidsperioden som patienten befinner sig på endoskopienheten. Minst ett av följande alternativ måste väljas: **Cirkulation:** Lågt blodtryck Högt blodtryck Arytmi Hjärtstillestånd Hjärtinfarkt Cerebrovaskulär händelse **Andning:** Hypoxi Apné Laryngospasm Bronkospasm Pneumoni Lungsäcksinflammation **Tromboembolism:** Djup ventrombos Lungemboli

Formulärtext	Beskrivning
	Instrument: Perforation Penetration Malfunktion **Blödning** **Infektion** **Läkemedelsreaktion** **Smärta:** Abdominell Icke abdominell **Pankreatit** **Övrigt**
Gradering enligt Clavien Endast synlig om tidiga komplikationer har uppstått under undersökningen	Registret använder Clavien-klassifikationen som är ett validerat system för beskrivning av kirurgiska komplikationer. Allvarlighetsgraden är en sammanvägd bedömning utifrån samtliga tidiga komplikationer. Ett av följande alternativ måste väljas: **I:** Avvikelse från normalt förlopp. Ej behov av endoskopisk, kirurgisk eller farmakologisk intervention (förutom antiemetika, antipyretika, analgetika, diuretika, vätsketerapi). **II:** Läkemedelsbehandling utöver det som anges i grad I. Exempelvis: blodtransfusion, total parenteral nutrition, antibiotika. **IIIa:** Kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk intervention (ej under generell anestesi). **IIIb:** Kirurgisk, endoskopisk eller radiologisk intervention (under generell anestesi). **IVa:** Livshotande komplikation som kräver intensiv- eller intermediärvård (ett sviktande organsystem, inklusive dialys). **IVb:** Livshotande komplikation som kräver intensiv- eller intermediärvård (multiorgansvikt). **V:** Död.

Uppföljning

Formulärtext	Beskrivning
Patologisk diagnos polyper	Ett av följande alternativ ska väljas: **Tubulärt adenom, låggradig dysplasi:** Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Tubulärt adenom, höggradig dysplasi** **Villöst/tubulovillöst adenom, låggradig dysplasi:** Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Villöst/tubulovillöst adenom, höggradig dysplasi** **SSL, inte dysplasi** **SSL, dysplasi** **TSA** **Hyperplastisk polyp** **Adenocarcinom:** Inkluderar adenocarcinom, mucinöst adenocarcinom, signetringscellscarcinom och andra subtyper av adenocarcinom. **Övrigt:** Exempelvis inflammatorisk polyp, carcinoid, hamartom, normal slemhinna. **Ej bedömbart**
Patologisk diagnos misstänkt cancer	Ett av följande alternativ ska väljas:

Formulärtext	Beskrivning
	Tubulärt adenom, låggradig dysplasi: Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Tubulärt adenom, höggradig dysplasi** **Villöst/tubulovillöst adenom, låggradig dysplasi:** Låggradig dysplasi: Med låggradig eller måttlig dysplasi. **Villöst/tubulovillöst adenom, höggradig dysplasi** **SSL, inte dysplasi** **SSL, dysplasi** **TSA** **Hyperplastisk polyp** **Adenocarcinom:** Inkluderar adenocarcinom, mucinöst adenocarcinom, signetringscellscarcinom och andra subtyper av adenocarcinom. **Annan malignitet** **Övrigt:** Exempelvis inflammatorisk polyp, carcinoid, hamartom, normal slemhinna. **Ej bedömbart**
Fynd i annan polyp Endast synlig om fler än fem polyper eller misstänkta cancrar hittats under undersökningen.	Om fler än fem polyper eller misstänkta cancrar har hittats under undersökningen är de fem mest signifikanta redan besvarade. Denna fråga gäller om fynd förekommer i någon utöver de fem mest signifikanta. Ett av följande alternativ måste väljas: **Adenocarcinom** **Adenom, höggradig dysplasi** **Sågtandat adenom/polyp, dysplasi** **Inget av ovanstående**
Totalt antal adenom	Ange det totala antal adenom för undersökningen. Adenom räknas som följande: Tubulärt adenom, låggradig dysplasi Tubulärt adenom, höggradig dysplasi Villöst/tubulovillöst adenom, låggradig dysplasi Villöst/tubulovillöst adenom, höggradig dysplasi Adenocarcinom Observera att sessila serrata lesioner (SSL) inte räknas in i beräkningen av antalet adenom.
Remitterad till kirurgi	Ange om personen har remitterats för kirurgi.
Uppföljning via kirurg Endast synlig vid remitterad till kirurgi	Ange om personen fortsatt följts vid kirurgen.
Radiologisk utredning pga ofullständig koloskopi Endast synlig om cekumintubering är besvarad med Nej	Ange om radiologisk utredning är planerat.
Uppföljning med koloskopi	Ange om uppföljning med koloskopi är planerad eller inte. Alla polyper och misstänkta cancrar ska registreras för en screeningomgång. Mer information finns att läsa under *Screeningundersökningar*.
Orsak till ej uppföljning med koloskopi Endast synlig om ingen uppföljning med koloskopi är planerad	Ange orsak till att uppföljning med koloskopi inte är planerad. Ett av följande alternativ måste väljas: **Ingen uppföljning nödvändig** **Allvarlig komorbiditet**

Formulärtext	Beskrivning
	Patienten vill inte **Planerad flytt/emigration** **Övrigt**
Typ av uppföljning med koloskopi Endast synlig om uppföljning med koloskopi är planerad	Ange orsak till uppföljning med koloskopi. Ett av följande alternativ måste väljas: **Ofullständig** Anges om hela kolon inte kan inspekteras. Exempelvis vid oren tarm eller avbruten undersökning. Om Ofullständig och Fynd uppstår samtidigt ska Ofullständig väljas. **Fynd (uppföljning 0-6 månader)** Anges om polyper som hittats under koloskopiundersökningen planeras tas bort under en ny koloskopiundersökning. Exempelvis ej uppnått clean colon. Tidpunkt för uppföljningen enligt respektive vårdprogram. Om Ofullständig och Fynd uppstår samtidigt ska Ofullständig väljas. **Enligt polypvårdprogram** **Enligt vårdprogram för kolorektalcancer** **Ärftlighet** **Surveillance vid kolit** **Annan orsak**
Tid till nästa planerade uppföljning Endast synlig om uppföljning med koloskopi är planerad	Ange tid för nästa planerade uppföljning med koloskopi. Ett av följande alternativ måste väljas: **0-6 månader** **1 år** **2 år** **3 år** **5 år** **10 år** **Annat**

Sena komplikationer

Formulärtext	Beskrivning
Vård inom 7 dygn	Kan endast besvaras minst sju dygn efter koloskopiundersökningen. Observera att det är fysiskt besök i specialiserad öppen- eller slutenvård som räknas. Besök inom primärvård eller telefon- / videokontakt med specialiserad vård ska inte räknas. Välj Nej om patienten inte har kommit till sjukvården efter undersökningen, eller välj Ja om patienten har kommit till sjukvården efter undersökningen. Om en patient redan är inneliggande på kliniken och en komplikation uppstår som är associerad med koloskopin som leder till förlängd vårdtid eller åtgärder kopplade till komplikationen, exempelvis kirurgi, blodtransfusion etc, så ska det registreras som Ja. Utgå från om en komplikation har inträffat eller inte.
Sena komplikationer	Kan endast besvaras minst sju dygn efter koloskopiundersökningen.

Formulärtext	Beskrivning
Endast synlig om patienten har behövt uppsöka vård inom 7 dygn	Komplikationer är händelser relaterade till endoskopin som leder till återbesök inom specialiserad vård, slutenvård, förlängd sjukhusvård, ny procedur eller konsultation. Sena komplikationer är händelser som uppstår från det att patienten lämnar endoskopienheten och fram till ≤7 dygn efter endoskopin. Att identifiera sena komplikationer kan vara svårt och kräver datauttag från lokala vårdinformationssystem eller manuell genomgång av journaler. Varje endoskopienhet behöver ha lokala rutiner för hur sena komplikationer identifieras. Registret har valt att som en första selektering notera om patienten har haft återbesök inom specialiserad vård eller slutenvård, eftersom detta kan vara enklare att få ut från vårdinformationssystem. Detta minskar antalet potentiella patienter som är föremål för granskning avseende komplikationer. Om en patient redan är inneliggande på kliniken och en komplikation uppstår som är associerad med koloskopin som leder till förlängd vårdtid eller åtgärder kopplade till komplikationen, exempelvis kirurgi, blodtransfusion etc, så ska det registreras som Ja. Utgå från om en komplikation har inträffat eller inte. Typ av komplikation och allvarlighetsgrad följer samma klassifikation som ”Tidiga komplikationer”. **Kvalitetsindikator:** Komplikationer. Minimum: ≤0,5%.
Typ av komplikation(er) Endast synlig om sena komplikationer har uppstått	Typ av komplikation och allvarlighetsgrad följer samma klassifikation som ”Tidiga komplikationer”.
Gradering enligt Clavien Endast synlig om sena komplikationer har uppstått	Typ av komplikation och allvarlighetsgrad följer samma klassifikation som ”Tidiga komplikationer”.

Kvalitetsindikatorer

För att ta del av framtagna kvalitetsindikatorer se årsrapport eller statistikfliken.