

# Kvalitetssäkring vid bedömning av EIN

Årsrapport 2024. Tilläggsöverenskommelse kopplat till det premaligna tillståndet EIN  
(endometrial intraepitelial neoplasi).

2025-03-25

## Versionshantering

Version	Datum	Förändring
1.0	2025-03-25	Fastställd av RCC i samverkan

# Sammanfattning

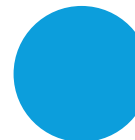
Endometrial intraepitelial neoplasi (EIN) är ett relativt ovanligt premalignt tillstånd till livmoderkroppscancer. Hösten 2024 uppmärksammade Akademiska sjukhuset i Uppsala att man överdiagnostiserat förekomsten av EIN i 44 fall under perioden 2022–2023, vilket lett till att många av dessa kvinnor fick sin livmoder bortopererad.

Mot bakgrund av händelserna i Uppsala fick RCC i samverkan i november 2024 ett regeringsuppdrag att analysera förekomsten av EIN i övriga regioner för att se om överdiagnostik kan ha skett även där. Analysen gjordes utifrån data i de regionala tumörregistren för åren 2020–2023. Den visar att ingen överdiagnostisering förekommit i landet utöver i Region Uppsala.

Regeringsuppdraget innefattade även att arrangera en workshop för verksamhetsföreträdare. Syftet var att tillsammans identifiera eventuella svaga punkter i kvalitetssäkringen och att ta fram åtgärdsförslag som säkrar och förbättrar nationell jämlikhet och kvalitet, samt tryggar patientsäkerheten kring EIN i alla regioner. Workshopen resulterade i åtgärdsförslag inom sex områden:

- Stärkt användning av kvalitetssäkringsprogrammen.
- Utvecklade kodverk inom patologi.
- Stärkt kunskapsdelning och ökat processtänk vid premaligna tillstånd.
- Utvecklade register.
- Större möjligheter till kompetensutveckling för patologer.
- Förbättrad kommunikation med patienten vid premaligna tillstånd.

Resultaten av analysen och åtgärdsförslagen har presenterats vid ett öppet direktsänt webinarium den 19 mars 2025. Webbinariet spelades även in och går att ta del av i efterhand på [cancercentrum.se](https://cancercentrum.se).



# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1</b>	
<b>Regeringsuppdraget.....</b>	<b>5</b>
<b>Kapitel 2</b>	
<b>Utredning och behandling av EIN.....</b>	<b>6</b>
2.1 Tillståndet EIN.....	6
2.2 Utredning vid symtom.....	6
2.3 Cancerrisk vid EIN.....	6
2.4 Behandling av EIN.....	7
2.5 Patologens arbete.....	7
2.5.1 Kvalitetssäkring via Equalis.....	7
2.6 Kodning.....	8
2.6.1 SNOMED.....	8
2.6.2 ICD.....	8
2.7 Registrering.....	9
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Analys av förekomst av EIN i Sverige.....</b>	<b>10</b>
3.1 Metod.....	10
3.2 Resultat och slutsatser.....	10
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Workshop och åtgärdsförslag.....</b>	<b>13</b>
4.1 Genomförande av workshop.....	13
4.2 Utvecklingsområden och förslag på åtgärder.....	13
4.2.1 Stärkt användning av kvalitetssäkringsprogrammen.....	13
4.2.2 Utvecklade kodverk inom patologi.....	15
4.2.3 Stärkt kunskapsdelning och ökat processtänk vid premaligna tillstånd.....	15
4.2.4 Utvecklade register.....	17
4.2.5 Större möjligheter till kompetensutveckling för patologer.....	18
4.2.6 Förbättrad kommunikation med patienten vid premaligna tillstånd.....	19
<b>Bilaga 1</b>	
<b>Förteckning över aktörer som kan verkställa åtgärdsförslagen.....</b>	<b>20</b>

## KAPITEL 1

# Regeringsuppdraget

Mot bakgrund av en konstaterad överdiagnostisering av endometrial intraepitelial neoplasi (EIN) på Akademiska sjukhuset i Uppsala fick RCC i samverkan i november 2024 ett regeringsuppdrag<sup>1</sup>. Uppdraget omfattar:

- Att analysera nationella data kopplat till EIN för att utröna om en liknande överdiagnostisering har inträffat i andra regioner.
- Att arrangera en workshop med berörda professioner (patologer, kirurger inom gynekologi och verksamhetsansvariga) för att identifiera eventuella fallgropar vid histopatologisk bedömning och svaga länkar vid uppföljning samt att ta fram åtgärdsförslag för att hantera dessa. Resultatet ska spridas brett till berörda parter.



---

<sup>1</sup> Uppdraget var ett tillägg till överenskommelsen mellan regeringen och SKR.



## KAPITEL 2

# Utredning och behandling av EIN

### 2.1 Tillståndet EIN

Endometrial intraepitelial neoplasi (EIN) är en relativt sällsynt diagnos och ett premalignt tillstånd, det vill säga ett förstadium till cancer.

Livmoderkroppscancer (endometriecancer) är den vanligaste formen av gynekologisk cancer i Sverige med cirka 1 400 nya fall per år. Medianåldern vid insjuknande i livmoderkroppscancer är 71 år. Att drabbas före 50 års ålder är mycket ovanligt.

### 2.2 Utredning vid symtom

Det vanligaste symtomet som medför vidare utredning är postmenopausal blödning, det vill säga blödning efter klimakteriet. Under utredningsfasen tas vävnadsprov från den slemhinna som täcker livmoderns inre väggar. Provet analyseras av en patolog som bedömer förekomst av onormala (atypiska) celler, deras växtsätt samt grad av avvikelse jämfört med en normal slemhinna. I patologens analys vägs även andra faktorer in som kan påverka slemhinnan, till exempel hormonbehandling eller hormonpåverkan. Diagnostik av EIN och andra premaligna tillstånd är förknippat med viss osäkerhet eftersom förändringarna av cellernas utseende sker gradvis, och inte är entydigt benigna eller maligna.

### 2.3 Cancerrisk vid EIN

Enligt det nationella vårdprogrammet finns livmoderkroppscancer hos omkring 30–50 procent av patienterna som fått livmodern bortopererad på grund av en EIN-diagnos. I de fall man avstår kirurgi bedöms det finnas åtta procents årlig risk för utveckling till cancer.

## 2.4 Behandling av EIN

EIN omfattas av det nationella vårdprogrammet för livmoderkroppscancer. Eftersom förekomsten av cancer vid en EIN-diagnos är så pass hög (30–50 procent) är den primära behandlingsrekommendationen att operera bort livmodern (hysterektomi) om kvinnan är postmenopausal eller inte planerar att föda barn. Den kirurgiska behandlingen ska då ske med viss skyndsamhet, enligt det standardiserade vårdförloppet inom 32 dagar. Hormonbehandling i kombination med noggrann uppföljning kan övervägas som alternativ till operation i vissa fall, till exempel om kvinnan har önskemål om ytterligare graviditeter, eller om en operation bedöms som riskabel på grund av kvinnans hälsotillstånd.

Efter operationen undersöks den bortopererade livmodern av en patolog. Det förväntade är då att hitta cancer i 30–50 procent av fallen. Resterande har EIN eller, i några procent av fallen, en normal slemhinna. I de fall som varken cancer eller EIN kan hittas i den bortopererade vävnaden, bedöms EIN-området ha tagits bort i sin helhet i och med biopsin, till exempel när EIN sitter i en polyp.

## 2.5 Patologens arbete

Som stöd för patologens bedömning finns ett så kallat KVASt-dokument (KVAletets- och STandardisering) från Svensk Förening för Patologi. Det nationella vårdprogrammet länkar till KVASt-dokumentet.

Dokumentet innehåller:

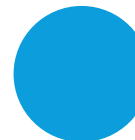
- rekommendationer för diagnostiskt arbete
- information om var ytterligare stöd för diagnostisk bedömning kan hittas
- rekommendationer för kodning som sedan kan användas för gemensam kvalitetskontroll.

### 2.5.1 Kvalitetssäkring via Equalis

Som stöd för att kvalitetssäkra patologernas arbete finns också Equalis<sup>2</sup>. De erbjuder tjänster för kvalitetssäkring inom medicinsk diagnostik, det vill säga external quality assurance (EQA) och insamling/sammanställning

---

<sup>2</sup> Equalis står för Extern kvalitetssäkring inom laboratoriemedicin i Sverige, och är ett ackrediterat aktiebolag med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Institutet för Biomedicinsk Laboratorievetenskap och Svenska Läkaresällskapet som ägare. Verksamheten bygger på extern kvalitetssäkring, utbildning, standardisering och kvalitetsutveckling inom bland annat inom laboratoriemedicin.



av kvalitetsindikatorer. Alla diagnostiklaboratorier kan delta i Equalis kvalitetssäkringsprogram. De som deltar får provpreparat från Equalis, analyserar detta och rapporterar sina resultat tillbaka. Equalis bedömer resultaten och sammanställer dessa i en rapport. Det ger deltagarna möjlighet att jämföra sina resultat med andra och identifiera eventuella avvikelser. För livmoderkroppsförändringar skickas prover ut vart fjärde år.

## 2.6 Kodning

Kodning är avgörande för en säker och effektiv vårdkedja. Genom att använda standardiserade koder – SNOMED och ICD – säkerställs att patientens diagnoser, behandlingar och vårdhändelser dokumenteras på ett enhetligt sätt. Det möjliggör en korrekt journalföring, bättre kommunikation mellan vårdgivare samt gör uppföljningen mer träffsäker.

### 2.6.1 SNOMED

Patologisvar kodas enligt Systematized Nomenclature of Medicine (SNOMED). Det är en omfattande medicinsk terminologi som används för att koda patologiska fynd och diagnoser. SNOMED kan inkludera specifika begrepp för vävnadstyp, förändring och sjukdom. Vissa koder leder till automatisk anmälan till tumörregistret, som den specifika koden för EIN M83802, men även liknande koder som ibland används i stället. KVASt-dokumentet innehåller de rekommenderade SNOMED-koderna.

### 2.6.2 ICD

International Classification of Diseases (ICD) är en kodning av diagnosen för journalföring, statistik och fakturering. Kliniker sätter en ICD-kod baserad på patologens fynd. Trots att det finns en rekommenderad kod för EIN används andra koder. Den rekommenderade koden är D39.0, som dock även kan innefatta andra tillstånd i livmodern.



## 2.7 Registrering

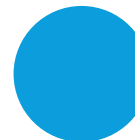
EIN (vid val av kod M83802) och livmoderkroppscancer registreras idag i Cancerregistret<sup>3</sup>. Endast livmoderkroppscancer, inte EIN, registreras i det nationella kvalitetsregistret för gynekologisk cancer<sup>4</sup>. EIN registreras ofta i Gynop-registret<sup>5</sup>, men kodningen är troligen inte enhetlig.

---

<sup>3</sup> [Cancerregistret](#)

<sup>4</sup> [Kvalitetsregistret för gynekologisk cancer \(SQRGC\)](#)

<sup>5</sup> [Kvalitetsregistret för benigna gynekologiska operationer](#)



## KAPITEL 3

# Analys av förekomst av EIN i Sverige

### 3.1 Metod

Inrapporterade data till de regionala tumörregistren (som är underlaget för Cancerregistret) för åren 2020–2023 har använts i analysen. Data för 2024 har inte analyserats eftersom inrapporteringen inte var fullständig vid analystillfället. Förekomst har beräknats enligt följande:

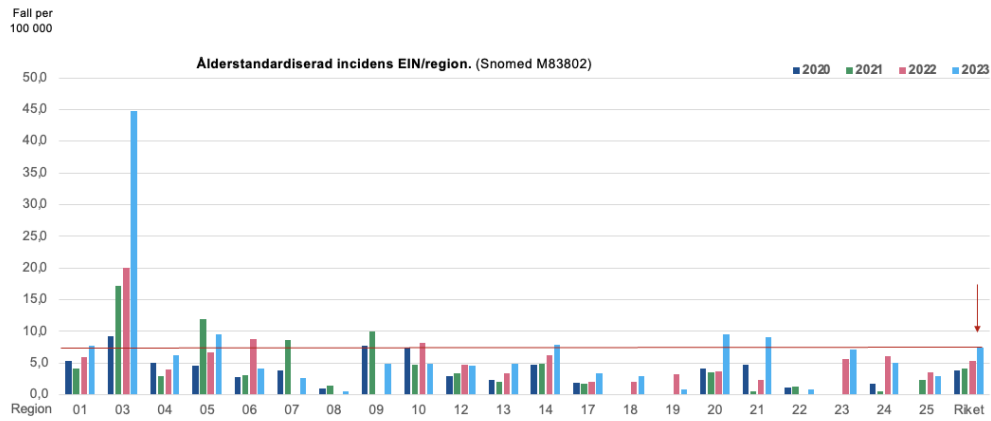
1. Antal tumörposter med SNOMED-kod:
  - a. EIN: M83802
  - b. Livmoderkroppscancer av endometrioid typ (den vanligaste varianten, och den som är kopplad till EIN): M83803
2. Beräkning av åldersstandardiserad incidens. Detta används som mått på den allmänna risken i en befolkning att få en diagnos.
3. Beräkning av andelen tumörposter med EIN-diagnos som uppdaterats till livmoderkroppscancer. Detta ger en indikation på träffsäkerheten i EIN-diagnosen då man vid analys av den bortopererade livmodern kan förväntas hitta cancer i ungefär 30–50 procent av fallen.

### 3.2 Resultat och slutsatser

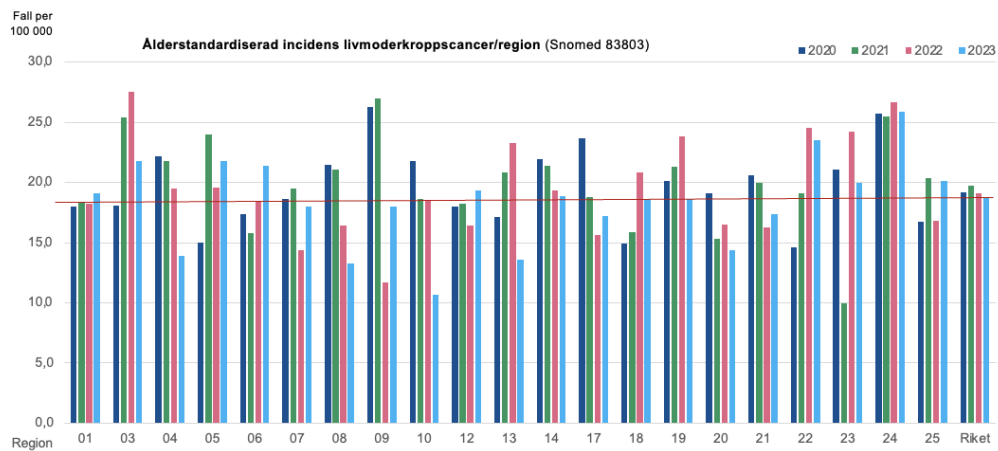
I figur 1 nedan visas den ålderstandardiserade incidensen för EIN respektive livmoderkroppscancer. RCC:s analys bekräftar den överdiagnostik av EIN som upptäckts i Region Uppsala (Region 03). I övriga landet är förekomsten låg med viss inom- och extraregional variation över tid, vilket kan förklaras av få fall och av olika sätt att koda.

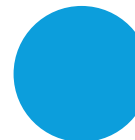
Incidensen av livmoderkroppscancer visar på samma sätt en viss variation över tid och mellan regioner utan att någon region är avvikande. Här sticker alltså inte Region Uppsala ut.

**Figur 1a. Förekomst av endometrial intraepitelial neoplasi (EIN)/atypisk hyperplasi (åldersstandardiserat). Den röda linjen visar riksgenomsnittet för 2023.**



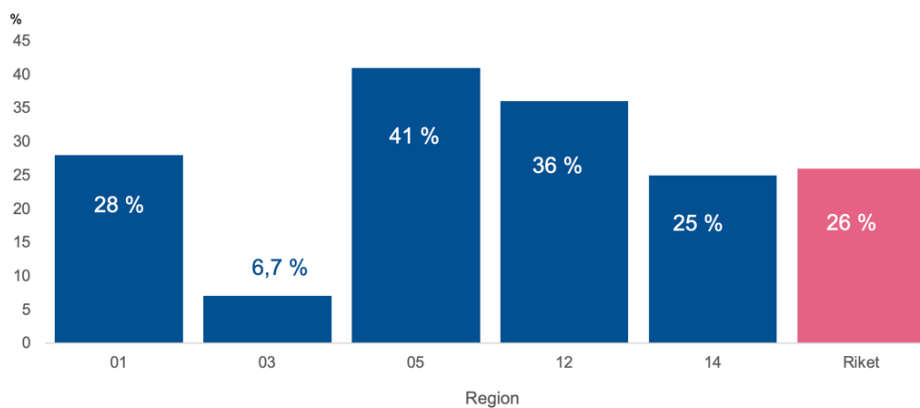
**Figur 1b. Förekomst av livmoderkroppscancer (åldersstandardiserat). Den röda linjen visar riksgenomsnittet för 2023.**





I figur 2 nedan visas hur stor andel av EIN-diagnoserna som uppdaterades till livmoderkroppscancer år 2020–2023, i de fem regioner som hade fler än 20 inrapporterade EIN-fall per år. För de fem regionerna sammantaget var andelen livmoderkroppscancer efter en preoperativ EIN-diagnos 26 procent, vilket är i linje med det förväntade (se 2.4 Behandling av EIN). I Region Uppsala (Region 03) är andelen påtagligt lägre, endast 6,7 procent. Det bekräftar den överdiagnostik av EIN som beskrivits ovan, eftersom andelen cancer skulle ha varit högre om allt som opererats hade varit EIN.

**Figur 2. Andel livmoderkroppscancer efter EIN-diagnos i de regioner som hade fler än 20 rapporterade fall per år, i procent, år 2020–2023. Region Uppsala är 03.**



## KAPITEL 4

# Workshop och åtgärdsförslag

### 4.1 Genomförande av workshop

En heldagsworkshop genomfördes den 6 februari i Stockholm. Totalt 55 patologer, tumörkirurger i gynekologi och verksamhetschefer från hälso- och sjukvården i hela landet deltog.

Dagen inleddes med en genomgång av Akademiska sjukhusets händelseanalys. Därefter följde presentationer om utredning, behandling och uppföljning av EIN enligt vårdprogrammet och KVA-ST-dokumentet samt en genomgång av vilka kvalitetssäkringssystem som finns inom patologi och exempel på hur de kan användas i praktiken.

Under det efterföljande diskussionspasset fick sju arbetsgrupper identifiera utmaningar, ta fram åtgärdsförslag och i möjligaste mån föreslå vilka aktörer som är mest lämpliga för att utföra/verkställa åtgärderna. Diskussionerna utgick från följande frågeställningar:

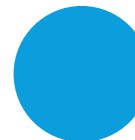
- Är kvalitetssystemen adekvata och hur använder vi den data som finns?
- Vem har överblick över hela vårdprocessen och vem ansvarar för att agera?
- Hur kan bedömning och kodning av EIN bli mer enhetlig?
- Hur kommunicerar vi risk med patienten?

### 4.2 Utvecklingsområden och förslag på åtgärder

Arbetsgrupperna identifierade utmaningar och kom med förslag på åtgärder inom sex olika områden.

#### 4.2.1 Stärkt användning av kvalitetssäkringsprogrammen

Deltagarna var överens om att den externa kvalitetssäkring inom laboriemedicin som Equalis erbjuder är ett bra verktyg för att öka kvaliteten inom patologi. Men både Equalis och deltagarna vittnade om



att det finns en stor variation mellan laboratorierna både när det gäller deltagande, det vill säga faktisk inrapportering till Equalis, och uppföljning av Equalis rapporter. Många laboratorier saknar till exempel rutiner för hur resultatet från Equalis rapporter tas emot, sprids internt och används för att utveckla verksamheten. Under workshopen diskuterades också vilka medarbetare som deltar i inrapporteringen. Om exempelvis bara de mest seniora patologerna deltar så blir det inte ett representativt stickprov på laboratoriets verksamhet och kvalitet. Några upplever rapporterna som svåra att tolka utan vägledning, vilket försvårar ett aktivt användande och spridning av resultaten. Det finns också funderingar kring den låga frekvensen på diagnostiska utskick. Analys av till exempel livmoderpreparat sker endast vart fjärde år och omfattar för närvarande endast fem fall.

Under workshopen identifierades följande åtgärder för att förstärka användningen av kvalitetssäkringsprogrammen:

- **Rutiner som säkerställer att kliniker/laboratorier deltar och tar emot analyser:** Varje klinik behöver prioritera det systematiska kvalitetsarbetet och säkerställa att det finns en struktur för att delta i Equalis program. Det gäller både vem som utför testen och hur resultatet analyseras tillsammans i arbetsgruppen. Många menar också att det bör vara tvingade att delta i kvalitetsprogram, bland annat för att kunna styrka sin behörighet inför ackreditering.
- **Eskaleringsmöjlighet:** Det finns en önskan att Equalis ska ha möjlighet att eskalera rapporter till verksamhetschef/processledare om Equalis kontaktperson på kliniken inte svarar på rapporten. Detta för att säkerställa att kvalitetssystemen används och fungerar.
- **Fler diagnostiska utskick från Equalis:** Det finns en stor efterfrågan på en ökad frekvens av diagnostiska utskick. Många skulle gärna se att det gjordes varje år.
- **Utvecklade rapporter:** Vid förfrågan kan Equalis stötta klinikerna/laboratorierna med tolkning av rapporten, men det finns också önskemål om förenklade rapporter för ”lekmän”. Dessutom finns det ett behov av populationsbaserade rapporter, det vill säga möjlighet att koppla på data från RCC. Detta skulle ge en bättre helhetsbild och underlag för kliniken/laboratorierna att snabbare fånga upp fel.
- **Resurser:** De patologer som bistår Equalis med fall och tolkning behöver resurser för detta, till exempel så att arbetet kan utföras under ordinarie arbetstid.

## 4.2.2 Utvecklade kodverk inom patologi

Både tolkning och uppföljning försvåras av att det saknas en fastställd ICD-kod för EIN och av att följsamheten till rekommendationerna för SNOMED-kodning kan variera i landet.

Varierande följsamhet gäller också hur mycket man använder KVAŠT-dokument som vägledning i verksamheten. Vidare saknar kodverket idag en tydlig förvaltning.

Under workshoppen identifierades följande åtgärder kring kodningen:

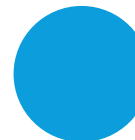
- **Uppdatering av koderna:** Det kan vara aktuellt att uppdatera SNOMED-koderna som inte uppdaterats sedan 1990-talet. Dessutom föreslås att Socialstyrelsen bör klargöra om EIN ska kodas med ICD-kod D07.0. I samband uppdateringen behöver detta tydligt kommuniceras för att säkerställa att koderna betyder samma sak i hela landet.
- **Stärkt följsamhet till koderna:** Implementering av koderna i KVAŠT-dokument är en viktig nyckel. Förslagsvis tas en lathund/kortversion av rekommendationer för SNOMED-kodning fram för att stärka följsamheten och se till att alla kirurger använder ICD-koden för EIN. Ytterligare ett förslag är att gå igenom KVAŠT-dokumentens kodningsrekommendationer på klinikernas läkarmöten för att skapa samsyn kring vad koderna betyder.

## 4.2.3 Stärkt kunskapsdelning och ökat processtänk vid premaligna tillstånd

Premaligna tillstånd, som EIN, är omvittnat svåra att diagnostisera. Studier visar att det även mellan mycket erfarna patologer förekommer en variation vid bedömning av samma preparat.

Det finns stora skillnader mellan laboratorierna i huruvida det finns en specialisering, och att det därmed exempelvis finns patologer som är inriktade på gynekologisk patologi. Det är också stora skillnader i hur pass ensam patologen är i sitt bedömningsarbete. Strukturerna för hur man frågar kollegor om råd vid bedömning skiljer sig åt, till exempel om man har en så kallad referenspatolog (regional subspecialist).

Patologens svar är ett helt avgörande underlag för kirurgens behandlingsval. Med flera kirurger som opererar på en klinik kan det bli långt mellan tillfällena som den enskilda kirurgen behandlar en patient för EIN, vilket gör att det sällan utvecklas ett lärande om diagnosen.

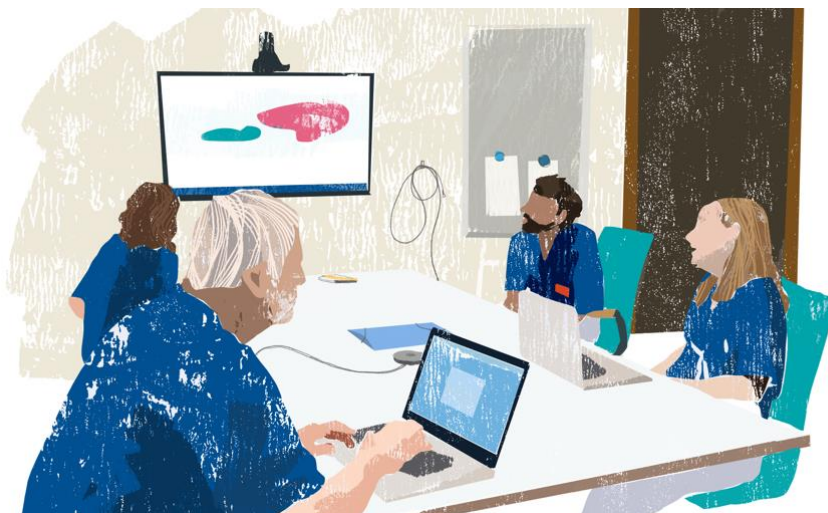


Både patologer och kirurger efterfrågar ett ökat lärande, inom respektive specialitet och gemensamt. Idag är multidisciplinär konferens (MDK) standard vid många maligna tillstånd men den strukturen är mindre utvecklad vid de premaligna tillstånden, även om vissa klinker har MDK:er för cervixdysplasi, där även EIN kan ingå.

Under workshopen belystes att den traditionella indelningen i benign och malign ställer till det vid premaligna tillstånd. Det saknas ofta former för avstämningar och rådfrågning, vilket gör att det krävs enskilda initiativ för kommunikation mellan kirurger och patologer. För att efterleva SVF-målen<sup>6</sup> och andra krav på skyndsam hantering upplevs det att fokus ligger på snabb handläggning snarare än på kvalitet.

Under workshopen identifierades en rad åtgärder på nationell, regional och lokal nivå för att stärka kunskapsdelningen och öka processtänket.

- **Processledare och MDK för premaligna tillstånd:** Även premaligna tillstånd bör ha processledare på samma sätt som maligna tillstånd. Processledaren för livmoderkroppscancer i respektive sjukvårdsregion skulle kunna vara den som tar ett ökat ansvar för EIN och driver på ett ökat processtänk för optimal vård. MDK:er bör finnas även för premaligna diagnoser eftersom tillståndet ofta faller mellan benignt och malignt. Ett alternativ till MDK är att EIN-fallen i högre grad diskuteras på befintliga ronder.

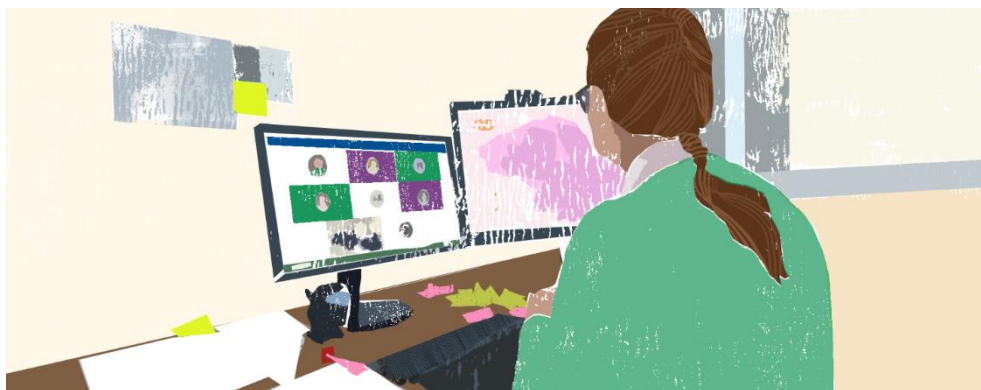


---

<sup>6</sup> Enligt det standardiserade vårdförloppet (SVF) för livmoderkroppscancer ska det högst ta 32 kalenderdagar mellan beslut om välgrundad misstanke till start av första behandlingen.



- **Referensgrupp:** Idag finns referenspatologer som är knutna till universitetssjukhusen. Många lyfte önskemål om en organisation med en referensgrupp – i stället för en referenspatolog att vända sig till – som tillsammans kan göra konsensusbedömningar i syfte att minska risken för felaktiga bedömningar.
- **Utbyggnad av digital patologi:** Idag saknas ofta nationellt normerande bildbanker<sup>7</sup> med bra sökfunktioner och kunskapstester. Digital patologi skulle även sänka tröskeln för kommunikation och granskning utanför de regionala gränserna. För att göra detta i nuläget krävs det att man skickar mikroskopiglas per post. Här behövs dock en gemensam juridisk tolkning för att kunna dela data och komma i gång med användning av AI-modeller.



- **Förståelse för att det inom SVF finns möjlighet att utreda vidare:** Många känner sig stressade av SVF-tiderna. Det är viktigt att fler har förståelse för att det i svårutredda fall går att göra en preliminär kodning och på så vis förlänga utredningstiden.

#### 4.2.4 Utvecklade register

Under workshopen diskuterades hur premaligna tillstånd ska bedömas och vilka registreringar som behövs för en förbättrad uppföljning.

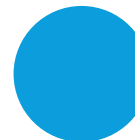
Många vittnar om journalsystem med förinlagda koder som kan vara obsoleta och som inte går att redigera. Dessutom kan det vara svårt att få åtkomst till data.

Följande åtgärds punkter identifierades under workshopen:

- **Inklusion av EIN i kvalitetsregister:** Många önskar automatöverföring från journalsystemen till olika register. Det finns också en vilja att utreda

---

<sup>7</sup> Det finns en bildbank för bland annat cervixdysplasier.



vidare om EIN ska ingå i det nationella kvalitetsregistret. Återkopplingen från kvalitetsregistren kan också utvecklas till att bli mer pedagogisk och lättöverskådlig.

- **Bättre kontroll med hjälp av interna diagnosprofiler:** För att upptäcka eventuell glidning i diagnostik bör klinikerna ta fram interna diagnosprofiler som anger vad som är ”lokal normalfrekvens” för olika tillstånd.

#### 4.2.5 Större möjligheter till kompetensutveckling för patologer

Det råder brist på patologer och arbetsbelastningen är hög. Det gör det svårt för patologer att delta i kompetensutveckling och kvalitetsarbete. Det finns också brister i strukturerna för fortbildning. Före pandemin fanns en mer etablerad struktur för fortbildning. Denna har inte återupprättats fullt ut och när fortbildningstillfällen genomförts har deltagandet varit lågt. För mer specialiserade kurser krävs ett stabilt deltagarunderlag, vilket kan vara svårt att säkerställa för ett relativt litet specialistområde som patologi. Flera regioner tillåter idag inte medarbetare att resa på kurs utomlands.

Under workshoppen diskuterades en rad möjliga åtgärder:

- **Ökat deltagande i kvalitetskontroller:** Verksamhetschefen behöver göra det obligatoriskt att delta i interna och externa kontroller samt kvalitetskontroller på individnivå. Det är viktigt att kontrollerna inte enbart läggs på den mest kompetenta kollegan i patologteamet. Ett konkret exempel är att införa ett personligt test, motsvarande det brittiska *Personal Proficiency Assessment* som finns för olika nivåer (ST-läkare, specialist).
- **Ökad intern dialog för gemensamt lärande:** Verksamhetschefen bör främja en kultur av gemensamt lärande och uppmuntra till medverkan i nationella vårdprogramgrupper och KVASt-grupper samt göra det möjligt att avsätta tid för kompetensutveckling och kvalitetsarbete. Patologi är en kunskapsstätt specialitet som kräver kontinuerlig uppdatering. Det handlar både om självstudier där artiklar är den primära utbildningskällan samt att möjlighet att diskutera med kollegor.
- **Grundutbildning i kvalitetssäkring:** ST-patologer bör utbildas i kvalitetssäkring samt få fördjupa sig i KVASt-dokument och i SNOMED. Även mängdträning – operationspreparat och biopsier – behövs för att upparbeta en referensbank.

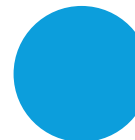
#### 4.2.6 Förbättrad kommunikation med patienten vid premaligna tillstånd

Behandlingsbeslut vid cancer ställer alltid höga krav på dialog mellan läkare och patient, för att patienten ska känna sig delaktig i beslutet och ha realistiska förväntningar på resultatet. Den förväntade nyttan av behandlingen vägs mot risken för biverkningar. Vid förstadier till cancer, som EIN, tillkommer en svårighet eftersom nyttan med behandlingen är svårare att beskriva.

Behandlingen ska inte bota en pågående sjukdom utan eliminera en statistisk risk för cancer, alltså en risk som är beräknad på gruppnivå. Det kan finnas skillnader i hur läkaren och patienten värderar risken för sjukdom, där patienten kan ha helt andra perspektiv och värden att ta hänsyn till.

Följande diskuterades under workshopen:

- **Förbättrad patientinformation:** Det finns behov av stöd för dialogen, i form av patientinformation om sjukdomen och behandlingen. Ett exempel på ett liknande material är det som idag finns för PSA-testning, vilket tydligt beskriver för- och nackdelar med testningen/behandlingen.



## BILAGA 1

# Förteckning över aktörer som kan verkställa åtgärdsförslagen

Aktör	Åtgärd
<b>Nationell nivå</b>	
Vårdprogramgruppen	<p>Vårdprogramgruppen kommer att kontakta Socialstyrelsen kring kodning och föreslå ett förtydligande kring ICD-koden D07.0.</p> <p>Fortsatt diskussion i vårdprogramgruppen om eventuell inklusion av premaligna tillstånd i kvalitetsregister.</p> <p>Vårdprogramgruppen utreder frågan om hur kommunikation med patienten kring risk kan förbättras.</p> <p>Vårdprogramgruppen kommer i sin reviderade upplaga betona att EIN bör granskas av referenspatolog.</p>
Svensk Förening för Patologi (SvFP)	<p>SvFP kan utforska möjligheterna till kompetensutveckling samt delning av kunskap och data, exempelvis titta vidare på Personal Proficiency Assessment.</p>
Equalis	<p>Equalis ställer sig positiva till utveckling av deras tjänster i dialog med deras expertgrupper och kan erbjuda stöd för tolkning av resultat.</p> <p>Ett exempel är samarbete mellan RCC och Equalis kring att utveckla pedagogiska rapporter kopplade till populationsbaserad data.</p> <p>I samarbete med SvFP har Equalis nu börjat titta på utveckling av digital patologi.</p>
<b>Regional nivå</b>	
Regionerna	<p>En viktig del av arbetet handlar om att regionerna underlättar kvalitetsarbetet, exempelvis genom justeringar i journalssystem för kodning, delning av data regionalt och infrastrukturen kring kvalitetssäkring, till exempel hur Equalis rapporter tas om hand och följs upp.</p> <p>Dessutom behöver regionerna sätta fokus på hur processarbetet kring premaligna tillstånd kan förbättras, till exempel med processledare och multidisciplinära konferenser.</p>
<b>Lokal nivå</b>	
Sjukhusen/klinikerna	<p>En stor del av åtgärderna på lokal nivå handlar om att främja en lärande kultur med processtänk i verksamheterna, samt att uppdatera rutiner för att rapportera in och analysera data, uppmuntra regionalt och nationellt professionsspecifikt kvalitetsarbete. Dessutom kan man i vissa fall behöva förtydliga hur SVF-kodningen ska användas respektive kan anpassas vid tillstånd som kräver mer utredning för att minska på "produktionsstressen".</p>



Regionala cancercentrum – regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)