

Fra: Hege Wang

Dato: 21.05.2026

## Møteinnkalling

Møtetid: 24. juni 14.00-16.00

Mål for møtet: Styringsgruppe for nasjonale kreftscreeningprogram

Møteleder: Marius Skram

### Dagsorden:

| Møte-saksnummer | Sak   | Saks-nummer | Type sak    | Hvem legger frem saken |
|-----------------|---|-------------|-------------|------------------------|
| 1               | Velkommen og hilserunde v/Helsedirektoratet<br>godkjenning av agenda innspill til eventuelt | 01/26       |             | Helsedirektoratet      |
| 2               | Godkjenning av referat fra 30/10-2025   | 02/26       |             | Helsedirektoratet      |
| 3               | Status Livmorhalsprogrammet   | 10/24       | Orientering | Kreftregisteret        |
| 4               | Livmorhalsprogrammet CIN-skjema-rapport 2024  | 03/26       | Drøfting    | Kreftregisteret        |
|                 | Pause   |             |             |                        |
| 5               | Status Tarmscreening-programmet   | 5/25        | Drøfting    | Kreftregisteret        |
| 6               | Utredning av endring av metode og aldersgrupper i Tarmscreeningprogrammet                   | 4/26        | Orientering | Helsedirektoratet      |
| 7               | Status Mammografiprogrammet   | 06/25       | Orientering | Kreftregisteret        |
| 8               | Utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet  | 12/23       | Orientering | Helsedirektoratet      |

### Helsedirektoratet

|    |   |       |             |                   |
|----|---|-------|-------------|-------------------|
| 9  | KI i<br>Mammografiprogrammet              | 13/25 | Orientering | Helsedirektoratet |
| 10 | Utredning av<br>lungekreftscreening       | 15/25 | Orientering | Helsedirektoratet |
| 11 | Eventuelt<br>Forslag til neste møte 29/10 |       |             |                   |

**Sak 2****Møtereferat Styringsgruppen for de nasjonale kreftscreeningprogrammene 30.10.25**

---

|                  |   |
|------------------|---|
| <b>Møteleder</b> | Trude Andreassen  |
| <b>Dato</b>      | <a href="#">23.04.2025</a>  |
| <b>Referent</b>  | Hege Wang   |
| <b>Til stede</b> | Kim Noremark (Helse Vest RHF), Sunniva Jansdotter Nydahl Rognerud (Helse Midt RHF), Ulrich Spreng (Helse Sør-Øst RHF), Ole Alexander Opdalshei (Kreftforeningen), Torgeir Skavøy (NFA), Solveig Hofvind (Kreftregisteret), Kristin Ranheim Randel (Kreftregisteret), Birgit Engesæter (Kreftregisteret)<br>Helsedirektoratet: Trude Andreassen, Sissi Espetvedt, Kaja Fjell Jørgensen, Hege Wang. |
| <b>Frafall:</b>  | Synøve Kalstad (Helse Nord RHF), Giske Ursin (Kreftregisteret)<br>Bente Bryhn (Helsedirektoratet)   |

**Styringsgruppemøte for kreftscreeningprogrammene - referat 30.10.25**

Møtet ble innledet med en presentasjonsrunde. Torgeir Skavøy er ny representant for NFA. Kim Noremark var vara for Bjørn Egil Viksjø, og Kristin Randel for Giske Ursin.

**10/25 Godkjenning av agenda, eventuelt**

**Vedtak:** Godkjent.

**11/25 Godkjenning av referat fra 23.04.25**

**Vedtak:** Godkjent

**12/25 Endring i mandatet - rådgivningsgruppene**

Helsedirektoratet har overført ansvaret for drift og oppnevning av rådgivningsgruppene for de tre screeningprogrammene til Kreftregisteret ved FHI. Dette er gjort i overensstemmelse med Helse- og omsorgsdepartementet.

Kreftregisteret ved FHI påpekte at det var uheldig at Helsedirektoratet overførte rådgivningsgruppen for tarmscreeningprogrammet midt i oppnevningprosessen. Tingen skapte utfordringer, men Kreftregisteret har tatt saken videre og holder på å utarbeide et felles mandat for de tre gruppene. Kreftregisteret ved FHI overtar rådgivningsgruppene. Det skal utarbeides felles mandat.

**Vedtak:** Styringsgruppen tar saken til orientering

**06/25 Status Mammografiprogrammet**

Solveig Hofvind v/Kreftregisteret. Se vedlagt presentasjon.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering**

**12/23 Utvidelse av aldersgruppene i Mammografiprogrammet – status**

Hege Wang, Helsedirektoratet. Se vedlagt presentasjon.

Den helseøkonomiske analysen fra Oslo Economics ble diskutert og kommentert.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.**

**13/25 KI i Mammografiprogrammet.**

Ulrich Spreng, Helse Sør-Øst RHF. Se vedlagt presentasjon.

Helse Sør-Øst ønsker å vurdere om det kan innføres kommersiell tilgjengelig KI-løsning på BDS-er ved de 6 helseforetak i Helse Sør-Øst som ikke er en del av AIMS-studien. Helsedirektoratet informerte om at det å innføre AI i mammografiscreening er en stor endring, som i henhold til Helsedirektoratets mandat på screeningområdet må utredes.

**Vedtak:**

**Styringsgruppen tar til etterretning at Helsedirektoratet vurderer at innføring av KI er en stor endring, og avventer en utredning av KI i mammografiprogrammet. Styringsgruppen ønsker saken tilbake på et kommende møte.**

**10/24 Status Livmorhalsprogrammet**

Birgit Engesæter, Kreftregisteret. Se vedlagt presentasjon.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering**

**06/22 Regransking i Livmorhalsprogrammet**

Birgit Engesæter, Kreftregisteret. Se vedlagt presentasjon.

Status for arbeidet med regransking i Livmorhalsprogrammet ble presentert. Styringsgruppen har tidligere anbefalt at Kreftregisteret nedsetter og drifter en arbeidsgruppe for hvert program. Kreftregisteret opplyste om at en slik gruppe er nedsatt og startet opp på livmorhalskreft. Videre har det tatt tid å få på plass en gruppe for mammografi grunnet ressurstilgang, mens tarmscreening i første omgang vil bruke den nyoppnevnte rådgivningsgruppen.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering.**

**17/23 HPV-primærscreening med utvidet genotyping og aldersbestemt utredningsstrategi: plan fra RHF-ene. Orientering ved RHF-ene**

RHF ene redegjorde for status. Alle RHF har nå innført HPV test for alle kvinner i screeningalder i sine respektive HF: Saken kan dermed tas ut som fast punkt på agendaen.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering**

**13/23 eller 5/25 Status i Tarmscreeningprogrammet**

Kristin R. Randel, Kreftregisteret. Se vedlagt presentasjon.

Årsrapporten kommer siste del av november.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering**

**14/25 Søknadsinitiativ BioScreen NFR infrastrukturutlysning**

Kristin R. Randel, Kreftregisteret. Se vedlagt presentasjon.

**Vedtak: Styringsgruppen tar saken til orientering**

**15/25 Utredning av lungekreftscreening**

Hege Wang, Helsedirektoratet. Se vedlagt presentasjon.

**Eventuelt**

Neste møte – sende ut doodle

## Sak 3 - saksfremlegg

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Til:</b>                         | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>                         | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>                        | 21.05.2026   |
| <b>Møtedato:</b>                    | 24.06.2026   |
| <b>Saksbehandler:</b>               | <i>Kaja Fjell Jørgensen</i>  |
| <b>Ansvarlig avdelingsdirektør:</b> | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør, Divisjon for spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår referanse i 360</b>          | 24/11583   |

|                              |                                     |           |                          |            |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| <b>Type sak</b> (sett kryss) |                                     |           |                          |            |
| Orientering                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Diskusjon | <input type="checkbox"/> | Beslutning |

|  |  |
|--|--|
| <b>Saksnummer og prosess i styringsgruppen</b> |  |
| Sak 10/24, fast sak                            |  |

## Status Livmorhalsprogrammet

Kreftregisteret gir en kort status om aktuelle saker i Livmorhalsprogrammet (Lp).

### Forslag til vedtak:

- **Styringsgruppen tar saken til orientering**

## Sak 4- saksfremlegg

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Til:</b>                         | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>                         | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>                        | 21.05.2026   |
| <b>Møtedato:</b>                    | 24.06.2026   |
| <b>Saksbehandler:</b>               | <i>Kaja Fjell Jørgensen</i>  |
| <b>Ansvarlig avdelingsdirektør:</b> | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør, Divisjon for spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår referanse i 360</b>          | 24/11583   |

|                              |                                     |           |                          |            |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| <b>Type sak</b> (sett kryss) |                                     |           |                          |            |
| Orientering                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Diskusjon | <input type="checkbox"/> | Beslutning |

|  |  |
|--|--|
| <b>Saksnummer og prosess i styringsgruppen</b> |  |
|  |  |

## CIN-skjema-rapport 2024 - status på rapportering og forbedringstiltak

### Hva saken omhandler i korte trekk

Livmorhalsprogrammet ved Kreftregisteret legger frem rapporten Innsendte CIN-behandlingskjema i 2024 til orientering i styringsgruppen.

### Bakgrunn for saken

Meldeplikten til Kreftregisteret omfatter CIN-behandlingskjema ved kolposkopiundersøkelser og koniseringer. I Norge behandles (koniseres) om lag 7 000 kvinner med celleforandringer årlig, og i dag rapporteres kun omtrent 60–70 % av dysplasibehandlingene til Kreftregisteret. Forbedring av innrapporteringen er derfor et prioritert område. Manglende og ufullstendige data gir usikkerhet i datagrunnlaget og svekker muligheten for å følge utvikling og kvalitet i utredning og behandling på en god måte. Livmorhalsprogrammet arbeider derfor videre med tiltak for å forbedre innrapporteringen, både gjennom tydeligere oppfølging og ved å gjøre rapporteringen enklere for klinikkene.

### Saksfremstilling

Rapporten gir en oversikt over innsendte behandlingsskjema og viser variasjoner i rapportering og resultater. Det er betydelige forskjeller mellom helseforetakene. Tallene bør derfor brukes som utgangspunkt for dialog om hvordan helseregionene og helseforetakene kan følge opp kvalitetssikring og bidra til økt innmelding.

Uttrekk fra rapporten: Antall innmeldte CIN-skjemaer i 2024 samt utvalgte kvalitetsindikatorer (resultater) basert på innsendte skjema, fordelt på regionale helseforetak og private klinikker som melder inn skjema.

|  | Antall behandlinger registrert i CIN-skjema | Andel utfylte skjema (%) | Prekolposkopi utført (%) <sup>1</sup> | Swede score utført (%) | Frie render ved patologi i konisat (%) | CIN2+ i biopsi eller konisat (%) |
|--|---|--------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|----------------------------------|
| Helse Nord                             | 249   | 55.6                     | 94.0                                  | 59.8                   | 80.1                                   | 85.9                             |
| Helse Midt                             | 227   | 38.3                     | 77.4                                  | 29.7                   | 70.8                                   | 86.1                             |
| Helse Sør-Øst                          | 3016  | 77.8                     | 97.8                                  | 70.4                   | 69.3                                   | 86.6                             |
| Helse Vest                             | 637   | 56.3                     | 82.3                                  | 63.6                   | 77.1                                   | 88.7                             |
| Private (som registrerer) <sup>2</sup> | 899   | 83.0                     | 93.2                                  | 53.6                   | 73.5                                   | 91.6                             |
| Totalt                                 | 5028  | 68.4                     | 93.8                                  | 64.6                   | 71.8                                   | 87.7                             |

<sup>1</sup>Prekolposkopi: kolposkopisk undersøkelse gjennomført før behandling (European Federation for Colposcopy mål: 100%).

<sup>2</sup>Livmorhalsprogrammet har ikke fullstendig oversikt over hvor private klinikker sender konisat til analyse. Ikke alle klinikker koniserer eller sender inn CIN skjema. For private aktører kan derfor manglende innsendte skjema fra enkelte klinikker medføre at den samlede rapporteringsgraden ikke fullt ut gjenspeiler faktisk aktivitet.

Tabellen viser at det totalt ble sendt inn 5028 CIN-behandlingsskjema i 2024. Til sammenligning ble det samme år registrert 7351 koniseringer i Kreftregisterets database.

CIN-behandlingsskjemaene utgjør dermed 68,4 % av de registrerte koniseringene. Dette illustrerer at ikke alle behandlinger har et tilhørende innsendt CIN-behandlingsskjema. Per i dag er det heller ikke etablert registrering eller datafangst fra journal-/kolposkopinotater (om lag 50 000 kolposkopier årlig).

**Saken legges fram av:** Ameli Trope, FHI

#### Forslag til vedtak:

- Styringsgruppen tar saken til etterretning

#### Vedlegg:

1. RAPPORT Innsendte CIN-behandlingsskjema i 2024, FHI

**RAPPORT**

# Innsendte CIN- behandlingsskjema i 2024

Utarbeidet av Livmorhalsprogrammet

Rapport

# Innsendte CIN-behandlingsskjema i 2024

Kathrine J Vinknes

Paul Kristian Øien Johansen

Ameli Tropé



**Utgitt av Folkehelseinstituttet**

Område for Kreftregisteret

Avdeling for Livmorhals

April 2026

**Tittel:**

Innsendte CIN-behandlingskjema i 2024

**Forfattere:**

Kathrine Vinknes

Paul Kristian Øien Johansen

Ameli Tropé

**Publikasjonstype:**

Rapport

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

**ISBN elektronisk utgave:**

978-82-8406-563-2

# INNHold

|  |    |
|--|----|
| INNHold .....                                  | 4  |
| Innledning .....                               | 5  |
| Metode.....                                    | 5  |
| Resultater.....                                | 5  |
| Registrerte CIN-skjema .....                   | 5  |
| Histologireultat ved eller før konisering..... | 8  |
| Type transformasjonssonen (TZ) .....           | 8  |
| Reseksjonskanter.....                          | 8  |
| Swede score .....                              | 9  |
| Oppsummering.....                              | 10 |
| Referanser.....                                | 10 |
| Tabeller .....                                 | 11 |
| Figurer.....                                   | 19 |

## Innledning

Helsepersonell som utfører screeningundersøkelser, har meldeplikt til Kreftregisteret, jf. Kreftregisterforskriften kap. 2, helseregisterloven § 13 og helsepersonelloven § 37. Meldeplikten til Kreftregisteret inkluderer CIN-skjemaer ved alle utførte kolposkopi-undersøkelser og koniseringer. Helseforetakene/virksomhetene har ansvar for at meldeplikten overholdes og skal sørge for at det finnes rutiner som sikrer dette.

Siden etableringen av CIN-registeret i januar 1997, har gynekologer som har undersøkt og behandlet forstadier til livmorhalskreft, fylt ut CIN-skjema. Disse skjemaene er utarbeidet for å registrere hvordan premaligne lesjoner i cervix utredes og behandles i Norge. Likevel rapporteres bare en andel av den faktiske aktiviteten. I Norge utføres det årlig rundt 7000 koniseringer, men kun 60–70 % rapporteres via CIN-skjema. Manglende og ufullstendige data skaper usikkerhet rundt kvalitet og likeverdighet i pasientbehandlingen. For å kunne drive et kunnskapsbasert kvalitetsarbeid, er Livmorhalsprogrammet avhengige av komplette og sammenlignbare data fra alle behandlingssteder.

Denne rapporten gir en samlet oversikt over data hentet fra 5028 registrerte CIN-behandlingsskjemaer for 2024. Det er verdt å merke seg at det i tillegg gjennomføres det årlig rundt 55 000 biopsier, hvor funn fra kolposkopi ikke rapporteres. For å sikre kvalitetssikring av alle kolposkopiundersøkelser, må helseforetakene sette i gang et systematisk arbeid med datafangst fra pasientjournaler.

Tall for 2024 presenteres i denne rapporten ettersom innrapportering av CIN-behandlingsskjema skjer med et visst etterslep, og skjema for et gitt år kan mottas og etterregistreres i opptil ett år i etterkant. Det er planlagt innføring av reviderte rapporteringsrutiner og frister for å legge til rette for mer tidsnær og komplett innrapportering; se oppsummeringen for nærmere informasjon.

## Metode

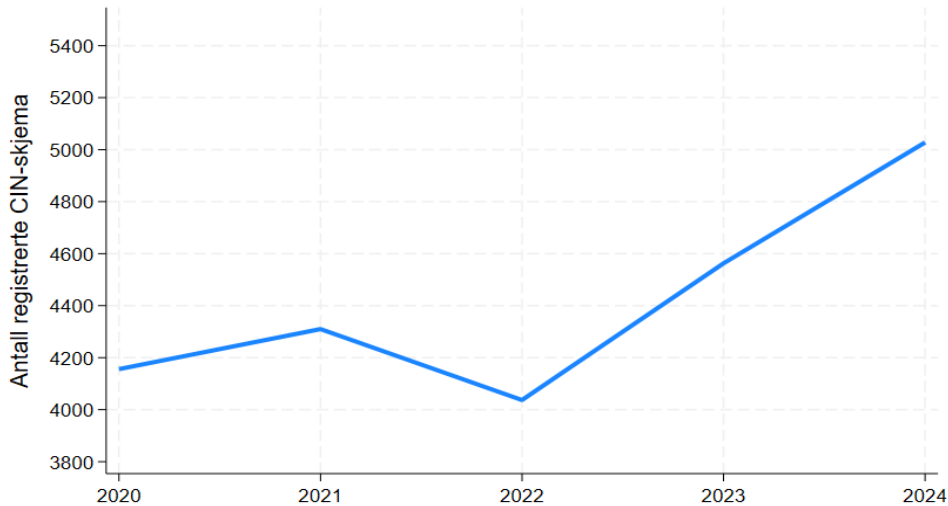
Livmorhalsseksjonen har vært i kontakt med laboratoriene for å få tall på antall koniseringer de har mottatt fra de forskjellige avdelingene/klinikkene, for å vurdere samsvaret mellom innsendte skjemaer og de rapporterte koniseringene (andel innsendte skjema). Der fullstendig informasjon ikke har vært tilgjengelig fra laboratoriene, har vi benyttet antall koniseringer registrert i Kreftregisterets database som utgangspunkt. I enkelte tilfeller foreligger det imidlertid ikke avdelingsspesifikke data verken fra laboratoriene eller i vår database, og informasjonen er dermed ikke tilgjengelig for beregning av rapporteringsgrad. I slike tilfeller presenteres kun samlede rapporteringsgrader for de ulike helseforetakene, slik at oversikten blir på institusjonsnivå og ikke for hver enkelt avdeling. Det er også enkelte avdelinger som utfører koniseringer, men som ikke sender inn CIN-skjema. Dette kan påvirke beregningen av rapporteringsgrad. Særlig for private klinikker kan samlet rapporteringsgrad fremstå høyere enn den reelle situasjonen, ettersom flere klinikker ikke sender inn CIN-skjema.

## Resultater

Resultatene rapporteres totalt og for de ulike de regionale helseforetakene (RHF) og private behandlere som sender inn skjema.

### Registrerte CIN-skjema

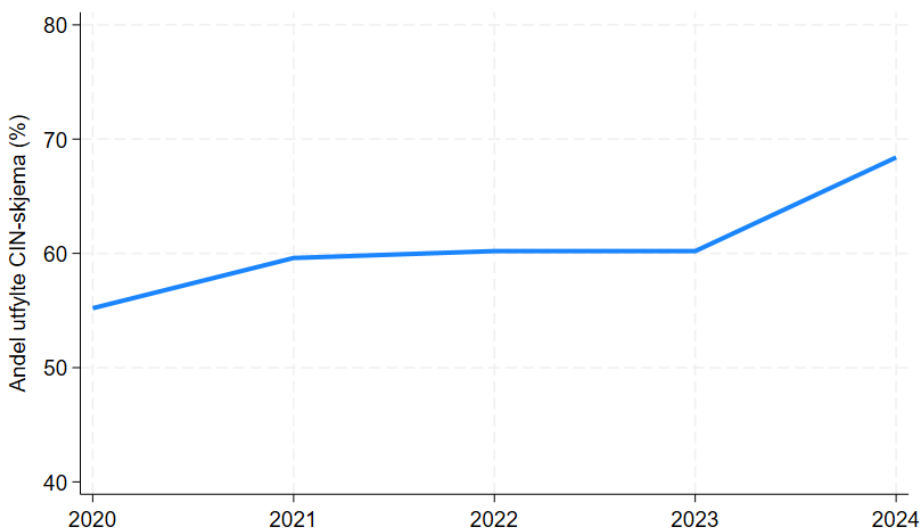
I 2024 ble det registrert 7351 koniseringer i Kreftregisterets database og 5028 CIN-behandlingsskjema (uttrekksdato 02.09-2024). Antallet registrerte CIN-skjema har økt de siste årene. Tilsvarende tall for 2020-2023 var henholdsvis 4156, 4310, 4037 og 4563 skjemaer (Figur 1).



**Figur 1.** Trendlinje over antall utfylte CIN skjema de siste 5 år.

For å vurdere rapporteringsgrad har vi sammenlignet antall innmeldte CIN-skjema med antall koniseringspreparater registrert av laboratoriene eller i Kreftregisterets database. Denne analysen gir et bilde av hvor stor andel av behandlingene som er dokumentert med skjema. Resultatene viser en jevn forbedring over tid (Figur 2). I 2020 var rapporteringsgraden 55,2 %, og den økte til 59,6 % i 2021. I 2022 og 2023 lå andelen på 60,2 %, før den steg til 68,4 % i 2024. Dette indikerer en forbedring i rapporteringspraksis, men det er fortsatt variasjoner mellom regioner og behandlere. Slike forskjeller kan skyldes:

- Manglende innsending av skjema etter behandling.
- Feilkoding av prøver med annen topografikode enn cervixkonus (T83701), for eksempel T83000.



**Figur 2.** Trendlinje over andel utfylte CIN skjema de siste 5 år.

- Ulik praksis for dokumentasjon og rutiner ved behandlingsstedene.

For å sikre god og trygg behandling finnes det et tydelig kvalitetsrammeverk å støtte seg på. European Federation for Colposcopy (EFC) har definert flere mål for kolposkopi-standarder (Tabell 1) som behandlingsstedene bør oppnå (*European Federation for Colposcopy, 2020*). Disse standardene bør følges for å sikre høy kvalitet i utredning og behandling av cervikale celleforandringer. Livmorhalsprogrammet benytter enkelte av disse standardene som nøkkelindikatorer i kvalitetssikring og rapporteringen.

**Tabell 1. Kvalitetsindikatorer for kolposkopi (European Federation for Colposcopy, 2020).**

| Kvalitetsindikatorer   | Mål  |
|--|------|
| Andelen tilfeller der type transformasjonssone (TZ) (1, 2 eller 3) er dokumentert  | 100% |
| Andelen tilfeller der kolposkopisk undersøkelse (prekolposkopi) er utført før behandling for unormale celleforandringer i livmorhalsen | 100% |
| Andelen eksisjonsbehandlinger/koniseringer med CIN2+   | 85%  |
| Andelen frie reseksjonskanter i eksisjonsbiopsier  | 80%  |
| Antall kolposkopier utført årlig ved lavgradige celleforandringer på cytologi  | >50  |
| Antall kolposkopier utført årlig ved høygradige celleforandringer på cytologi  | >50* |

\*I Norge blir det vanskelig å oppfylle kravet om > 50 kolposkopier ved høygradig celleforandringer på cytologi, fordi forekomsten synker i en HPV-vaksinert og HPV-primærscreenet populasjon. Fremover bør disse kolposkopiene erstattes med kolposkopier ved lavgradige celleforandringer. Målet er fortsatt totalt 100 kolposkopier ved avvikende funn.

Tabell 2 viser antall registrerte CIN-behandlingsskjemaer og nøkkelindikatorer for 2024. Tallene er presentert som samlet resultat for hvert regionalt helseforetak (RHF), og for private klinikker som sender inn skjema. Den økte totale rapporteringsgraden kan være et resultat av bedre rutiner og oppfølging av meldeplikten. Helse Sør-Øst og private klinikker står fortsatt for den største andelen innsendte skjema, tilsvarende trenden fra 2023.

Resultatene viser at andelen kolposkopi ved behandling fortsatt er stabilt høy nasjonalt, men varierer mellom RHF. Helse Sør-Øst opprettholder en høy andel på 97,8 %, mens Helse Midt fortsatt ligger betydelig lavere med 77,4 %, til tross for en forbedring fra 57,7 % året før. Swede score har en generelt positiv utvikling sammenlignet med foregående år, fra 60.7% i 2023 til 64.6% i 2024, men variasjonen mellom RHF er stor, fra 29,7 % til 70,4 %.

Denne variasjonen gjenspeiles også på sykehusnivå, og viser at kvaliteten i praksis fortsatt er ujevn både mellom regioner og mellom enkeltavdelinger. Det er tydelige forskjeller som understreker behovet for videre kvalitetsforbedring. Selv om de samlede resultatene per RHF viser et tilfredsstillende nivå på flere indikatorer, skjuler dette til dels store forskjeller mellom de enkelte sykehusene. Resultatene per sykehus/avdeling presenteres i Tabell 3–7 (vedlegg).

**Tabell 2. Antall innmeldte CIN-skjemaer og utvalgte kvalitetsindikatorer fra regionale helseforetak (RHF) og private klinikker som melder inn skjema.**

|  | Antall behandlinger registrert i CIN-skjema | Andel utfylte skjema (%) | Prekolposkopi utført (%) <sup>1</sup> | Swede score utført (%) | Frie render ved patologi i konisat (%) | CIN2+ i biopsi eller konisat (%) |
|--|---|--------------------------|---------------------------------------|------------------------|--|----------------------------------|
| <b>Helse Nord</b>                            | 249   | 55.6                     | 94.0                                  | 59.8                   | 80.1                                   | 85.9                             |
| <b>Helse Midt</b>                            | 227   | 38.3                     | 77.4                                  | 29.7                   | 70.8                                   | 86.1                             |
| <b>Helse Sør-Øst</b>                         | 3016  | 77.8                     | 97.8                                  | 70.4                   | 69.3                                   | 86.6                             |
| <b>Helse Vest</b>                            | 637   | 56.3                     | 82.3                                  | 63.6                   | 77.1                                   | 88.7                             |
| <b>Private (som registrerer)<sup>2</sup></b> | 899   | 83.0                     | 93.2                                  | 53.6                   | 73.5                                   | 91.6                             |
| <b>Totalt</b>                                | 5028  | 68.4                     | 93.8                                  | 64.6                   | 71.8                                   | 87.7                             |

<sup>1</sup>Prekolposkopi: kolposkopisk undersøkelse gjennomført før behandling (EFC-mål: 100%). <sup>2</sup>Livmorhalsprogrammet har ikke fullstendig oversikt over hvor private klinikker sender konisat til analyse. Ikke alle klinikker koniserer eller sender inn CIN skjema. For private aktører kan derfor manglende innsendte skjema fra enkelte klinikker medføre at den samlede rapporteringsgraden ikke fullt ut gjenspeiler faktisk aktivitet.

## Histologieresultat ved eller før konisering

Ifølge målene utarbeidet av EFC bør minst 85 % av kvinner som behandles med konisering ha CIN2 eller mer alvorlig (CIN2+) resultat enten i biopsi eller i koniseringspreparatet (Petry et al., 2018). I mange europeiske land benyttes «see and treat», der behandling gjennomføres uten histologisk bekreftet CIN2+ på forhånd. Dette medfører ofte overbehandling. I Norge har de aller fleste allerede fått påvist CIN2+ i biopsien før behandling. Dette kan bety at noen kvinner med AIS eller HSIL på cytologi ikke får optimal behandling dersom celleforandringene ikke blir fanget opp i biopsien. På landsbasis oppfylles EFC-målet, men andelen ligger flere steder muligens litt for høyt og har vist en liten nedgang de siste årene. I 2022 hadde 90,9 % CIN2+ i biopsi eller konisat, mens andelen sank til 89,2 % i 2023 og videre til 87,7 % i 2024. Denne utviklingen er gjennomgående i alle helseregioner, med størst reduksjon i Helse Sør-Øst som har gått fra 91,2 % i 2022 til 86,6 % i 2024. Helse Midt, Helse Vest og Helse Nord har også nedgang i samme periode, fra 91,8 % til 88,7 % i Helse Vest, fra 87,5 % til 86,1 % i Helse Midt, og fra 88,3 % til 85,9 % i Helse Nord. Private aktører har fortsatt den høyeste andelen CIN2+, men også her ser vi en liten reduksjon fra 93,9 % i 2022 til 91,6 % i 2024.

At koniseringspreparatet viser et normalt resultat i 16,7 % av tilfellene kan ha flere forklaringer. Det er mulig at biopsitaking har utløst en immunrespons som bekjemper celleforandringene i livmorhalsen før behandling, at vevet som inneholder forandring ikke er fjernet, eller at patolog ikke har skåret nok snitt for å vurdere preparatet. En annen mulig forklaring kan være at det er fjernet for lite vev under inngrepet, eller at celleforandringene har gått tilbake spontant før behandlingen ble gjennomført.

I tillegg utføres det også flere diagnostiske koniseringer ved persisterende HPV, noe som gjør det særlig viktig å skille tallene etter henvisningsgrunn i fremtiden. Dette vil bidra til å sikre korrekt indikasjon for behandling og riktig utførelse av eksisjonen. Hovedandelen (52,6%) av benigne koniseringer hadde behandlingstrengende forstadier (CIN2+) i biopsien før konisering, noe som understreker at indikasjonen for behandling i stor grad har vært korrekt. Den gradvise nedgangen i andelen med CIN2+ bør imidlertid følges opp for å avklare årsakene og sikre at kvaliteten på behandlingen opprettholdes.

## Type transformasjonssonen (TZ)

Identifisering av transformasjonssonen (TZ) ved kolposkopi er avgjørende for korrekt valg av behandlingsmetode og for å sikre kvaliteten på utredning og behandling. TZ er området mellom den opprinnelige og den nye overgangen mellom sylinderepitel og plateepitel (squamo-columnar junction, SCJ), og klassifiseres som TZ1, TZ2 eller TZ3 basert på synligheten av SCJ (synlig, synlig ved manipulasjon, helt eller delvis ikke synlig). Resultatene viser fortsatt store variasjoner i rapportering av TZ mellom avdelingene. Alder og type TZ har betydning for hvor høy eksisjon som bør utføres, og for å kunne kvalitetssikre om behandlingshøyden er optimal, er det nødvendig at avdelingene rapporterer både type TZ og høyde på kon.

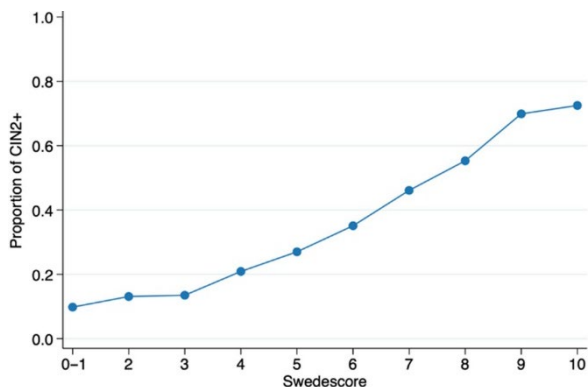
## Reseksjonskanter

Status for reseksjonskanter er et sentralt resultatmål for behandling. I 2023 var andelen behandlinger med frie reseksjonskanter nasjonalt 70,8 %, mens den i 2024 har økt marginalt til 71,8 %. Ifølge EFCs kvalitetsindikator anses en andel på minst 80 % som tilfredsstillende (Petry et al., 2018). Det er regionale forskjeller og enkelte RHF ligger fortsatt under det anbefalte nivået. Helse Nord har hatt en reduksjon fra 81,6 % i 2023 til 80,1 % i 2024, men ligger fortsatt på EFC målet. Helse Midt har gått ned fra 72,2 % til 70,8 %, mens Helse Sør-Øst er tilnærmet uendret med 69,6 % i 2023 og 69,3 % i 2024. Helse Vest viser en markant forbedring fra 67,1 % til 77,1 %, og nærmer seg anbefalt nivå. Private klinikker har hatt en liten nedgang fra 73,8 % til 73,5 %. Det er viktig at andelen frie reseksjonskanter er tilstrekkelig høy for å sikre at nødvendig vev fjernes, men en svært høy andel kan indikere en tendens til overbehandling, der mer vev enn nødvendig fjernes under koniseringen. Det er også viktig å være oppmerksom på at det er betydelige forskjeller i hvordan patologer rapporterer frie reseksjonskanter. I forbindelse med forbedringsprosjekter bør patologene involveres aktivt for å sikre en mer enhetlig vurdering av preparatene. Det er utfordrende å evaluere størrelse på kon ettersom laboratoriene

rapporterer ulike mål, som vekt eller lengde, på eksisjonen. Preparatet kan også krympe etter fiksering i formalin. Det bør derfor avklares i fremtiden om målinger skal gjøres før fiksering og hvordan dette skal rapporteres. Behandlere må være oppmerksomme på om mengden vev som fjernes står i riktig forhold til transformasjonssonen, da for store eksisjoner kan gi ugunstige kliniske konsekvenser, særlig hos yngre kvinner med fertilitetsønske. Denne rapporten vurderer ikke behandlingskvaliteten i detalj, men Livmorhalsprogrammet tilbyr foredrag med resultater for hver enkelt avdeling som ønsker det.

### Swede score

Swede score er et system som brukes ved kolposkopi for å systematisere funn og gi støtte til hvor biopsi bør tas (Bowring et al., 2010). Poengsystemet baserer seg på fem variabler: aceto-opptak (fargetone av acetohvitt), kanter (marginer og overflatekontur av acetohvite områder), kapillærmønstre (punktasjoner og mosaikk), størrelse av lesjon, og jod-opptak (fargeendringer etter pensling med jod). Hver variabel scores fra 0 til 2 poeng, med en maksimal sum på 10. Poengsummen kan bidra til å skille mellom lavgradige og høygradige forandringer, der 1–4 poeng taler imot CIN2+, mens 8–10 poeng taler for CIN2+. En høyere Swedescore gir økt sannsynlighet for CIN2+ (Figur 3), med spesifisitet på 93 % ved score  $\geq 8$  (Alfonzo et al. 2022). Swede score er et nyttig verktøy for å forbedre kolposkopiferdigheter, men i en vaksinert og HPV-screenet populasjon blir høygradige forandringer ofte mindre og vanskeligere å identifisere i kolposkopi. Det finnes histologiske markører som fanger opp små foci av CIN2+ selv når kolposkopien fremstår normal. Dette understreker at Swede score bør brukes som et supplerende hjelpemiddel og ikke som eneste beslutningsgrunnlag.



**Figur 3: Sammenheng mellom Swedescore og risiko for CIN2+.** Figuren illustrerer hvordan andelen tilfeller med CIN2+ øker ved hvert nivå av Swedescore. Figuren er fra Alfonzo et al. (2022), som evaluerte Swedescore i det svenske screeningprogrammet.

Andelen behandlere som rapporterer Swede score har økt jevnt de siste årene. Fremgangen er særlig tydelig i Helse Nord og hos private aktører, som begge har hatt en markant økning i rapportering. Helse Sør-Øst ligger fortsatt høyest, mens Helse Midt og Helse Vest har mer moderate endringer. Selv om den totale utviklingen er positiv, viser variasjonene mellom regionene at det fortsatt er behov for standardisering av rutiner og opplæring. Metodiske forskjeller, som for eksempel daglig preparering av eddiksyre som er nyttig, kan forklare variasjonene i resultatene. Standardisering og kolposkopiundervisning, som tilbys av Livmorhalsprogrammet, er viktige tiltak for å sikre bedre sammenlignbarhet og kvalitet.

Figur 4-15 viser antall koniseringer med lav (1–4), moderat (5–7) og høy (8–10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering, der det foreligger TZ1 og TZ2 ved kolposkopi. Ved TZ3 har ikke Swede score betydning, da man ikke sikkert kan se lesjon eller hele lesjonen. Det er forventet at en lav poengsum skal korrespondere med en lavere grad av celleforandring, og vice versa. De rapporterte resultatene indikerer imidlertid at korrelasjonen mellom Swede score og histologisk diagnose varierer mellom avdelingene.

## Oppsummering

De innsamlede dataene i denne rapporten viser en økning i det totale antallet rapporterte skjemaer, samt en positiv utvikling i rapporteringen av Swede score. Til tross for dette er det betydelige regionale og institusjonelle variasjoner, og flere behandlingsmål ligger fortsatt under europeiske standarder.

Lav innrapportering er en av de største utfordringene for å kunne måle kvaliteten på kolposkopi og behandling. Når kun rundt 60–70 % av koniseringene og få av de 55 000 årlige biopsiene rapporteres med fullstendige kolposkopiopplysninger, svekkes muligheten til å vurdere kvalitet og sikre likeverdig behandling nasjonalt.

Rapporteringsrutinen justeres fra og med kommende rapporteringsår for å sikre mer tidsnær og komplett innrapportering. Frist for innrapportering av **2025-skjema settes til 1. juni 2026**. Fra 2027 vil tall for 2026 inngå i Livmorhalsprogrammets årsrapport, som publiseres på våren, med innrapporteringsfrist for **2026-skjema 1. mars 2027**.

Kartleggingen av CIN-skjemaene gjør det mulig å identifisere utviklingstrender og variasjoner som krever tiltak. For å styrke kvalitetsovervåkingen oppfordrer vi alle behandlingssteder til å sende inn CIN-skjema fortløpende og så fullstendig som mulig.

Vi presenterer i denne rapporten resultater per helseforetak, basert på innrapportering fra nærmere 50 behandlingssteder. For ytterligere resultater kan Kreftregisteret kontaktes via e-post til **livmorhals@fhi.no**. Ameli Tropé tilbyr også undervisning og gjennomgang av resultater for avdelinger som ønsker det.

## Referanser

- Alfonzo, E., Sundström, K., Elfström, K. M., & Dillner, J. (2022). Colposcopic assessment by Swedescore, evaluation of effectiveness in the Swedish screening programme: A cross-sectional study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 129(12), 1956–1964. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17054>
- Bowring J, Strander B, Young M, Evans H, Walker P. The Swede score: evaluation of a scoring system designed to improve the predictive value of colposcopy. *J Low Genit Tract Dis*. 2010 Oct;14(4):301-5. doi: 10.1097/LGT.0b013e3181d77756.
- European Federation for Colposcopy. (2020). Performance standards. Hentet fra [<https://efcolposcopy.eu/performance-standards/>]
- Petry KU, Nieminen PJ, Leeson SC, Bergeron COMA, Redman CWE. 2017 update of the European Federation for Colposcopy (EFC) performance standards for the practice of colposcopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2018 May;224:137-141. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.024.

## Tabeller

Tabell 3. Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Midt RHF i 2024.

| Helse Midt-Norge RHF                                  | Helse Møre og Romsdal HF <sup>1</sup> |                   |         | St. Olavs hospital HF | Helse-Nord-Trøndelag HF |        |
|---|---------------------------------------|-------------------|---------|-----------------------|-------------------------|--------|
|   | Molde                                 | Volda             | Ålesund | St. Olavs hospital HF | Levanger                | Namsos |
| Antall koniseringer                                   |                                       | 173               |         | 269                   | 99                      | 42     |
| Antall CIN-skjema                                     | 4                                     | 9                 | 31      | 86                    | 84                      | 13     |
| Andel innmeldt (%) <sup>2</sup>                       |                                       | 25.4 <sup>2</sup> |         | 32.0                  | 84.8                    | 31.0   |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                                       |                   |         |                       |                         |        |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>3</sup></b>          | 100.0                                 | 88.9              | 100.0   | 94.2                  | 35.7                    | 100.0  |
| <b>Transformasjonssone<sup>4</sup></b>                | 100.0                                 | 88.9              | 100.0   | 83.7                  | 34.5                    | 38.5   |
| <b>Swede score<sup>5</sup></b>                        | 100.0                                 | 77.8              | 93.6    | 29.1                  | 0.0                     | 15.4   |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>6</sup></b>                | 100.0                                 | 88.9              | 96.8    | 64.0                  | 31.0                    | 46.2   |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                                       |                   |         |                       |                         |        |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 100.0                                 | 11.1              | 9.7     | 67.4                  | 33.3                    | 30.8   |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 0.0                                   | 88.9              | 90.3    | 1.2                   | 65.5                    | 69.2   |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0                                   | 0.0               | 0.0     | 0.0                   | 1.2                     | 0.0    |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 0.0                                   | 0.0               | 0.0     | 0.0                   | 0.0                     | 0.0    |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>7</sup></i> |                                       |                   |         |                       |                         |        |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | 66.7                                  | 71.4              | 84.0    | 57.8                  | 73.9                    | 70.0   |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 33.3                                  | 28.6              | 16.0    | 39.4                  | 26.1                    | 30.0   |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>8</sup></b>   | 75.0                                  | 66.7              | 87.1    | 90.7                  | 82.1                    | 69.2   |

<sup>1</sup> Kristiansund er utelatt fra tabellen grunnet manglende innsendte CIN-skjema-skjema, til tross for registrerte koniseringer.

<sup>2</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på helseforetaksnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger.

<sup>3</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>5</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>6</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>8</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for Helse-Midt Norge er det 86,1% med CIN2% i biopsi eller konisat.

Tabell 4. Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Vest RHF i 2024.

| Helse Vest RHF  | Helse Stavanger HF | Helse Fonna HF          |            |             | Helse Bergen HF |             | Helse Førde |
|---|--------------------|-------------------------|------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
|   | Stavanger          | Haugesund               | Odda       | Stord       | Voss            | Haukeland   | Førde       |
| <b>Antall koniseringer</b>                            | 514                | 263                     |            |             | 45              | 175         | 119         |
| <b>Antall CIN-skjema</b>                              | 334                | 150                     | 2          | 10          | 27              | 52          | 62          |
| <b>Andel innmeldt (%)<sup>1</sup></b>                 | <b>65.0</b>        | <b>61.6<sup>1</sup></b> |            |             | <b>60.0</b>     | <b>29.7</b> | <b>52.1</b> |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                    |                         |            |             |                 |             |             |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>2</sup></b>          | <b>77.8</b>        | <b>81.3</b>             | <b>0.0</b> | <b>10.0</b> | 100.0           | <b>77.8</b> | 100         |
| <b>Transformasjonssone<sup>3</sup></b>                | <b>76.4</b>        | <b>80.0</b>             | <b>0.0</b> | <b>10.0</b> | 100.0           | <b>76.4</b> | <b>62.0</b> |
| <b>Swede score<sup>4</sup></b>                        | 58.4               | 59.3                    | 0.0        | 10.0        | 74.1            | 58.4        | 79.0        |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>5</sup></b>                | 68.0               | 76.7                    | 0.0        | 10.0        | 92.6            | 68.0        | 100         |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                    |                         |            |             |                 |             |             |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 76.1               | 1.3                     | 0.0        | 0.0         | 92.6            | 76.1        | 21.9        |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 23.1               | 97.3                    | 100.0      | 100.0       | 7.4             | 23.1        | 87.1        |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0                | 1.3                     | 0.0        | 0.0         | 0.0             | 0.0         | 0.0         |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 0.3                | 0.0                     | 0.0        | 0.0         | 0.0             | 0.3         | 0.0         |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>6</sup></i> |                    |                         |            |             |                 |             |             |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | <b>79.6</b>        | <b>75.0</b>             | 100.0      | 90.0        | 82.6            | <b>79.6</b> | <b>74.6</b> |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 19.7               | 25.0                    | 0.0        | 10.0        | 17.4            | 19.7        | 18.2        |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>7</sup></b>   | 88.0               | 86.0                    | <b>0.0</b> | 100.0       | <b>77.8</b>     | 88.0        | 95.2        |

<sup>1</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på helseforetaksnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger.

<sup>2</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>3</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>5</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>6</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for Helse-Vest er det 90,8% med CIN2% i biopsi eller konisat.

Tabell 5. Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Nord RHF i 2024.

| Helse Nord RHF  | Nordlandssykehuset HF |         |            | Helgelandssykehuset HF |              | Universitetssykehuset Nord-Norge HF | Finnmarkssykehuset HF |            |          |
|---|-----------------------|---------|------------|------------------------|--------------|-------------------------------------|-----------------------|------------|----------|
|   | Bodø                  | Lofoten | Vesterålen | Mo i Rana              | Sandnessjøen | Tromsø                              | Harstad               | Hammerfest | Kirkenes |
| Antall koniseringer                                   | 111                   | 21      | 7          | 30                     | 41           | 131                                 | 24                    | 33         | 29       |
| Antall CIN-skjema                                     | 74                    | 23      | 7          | 6                      | 35           | 45                                  | 1                     | 30         | 28       |
| Andel innmeldt (%) <sup>1</sup>                       | 66.7                  | 109.5   | 100        | 20.0                   | 85.4         | 34.4                                | 4.2                   | 90.9       | 96.6     |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                       |         |            |                        |              |                                     |                       |            |          |
| Kolposkopi før behandling <sup>2</sup>                | 100.0                 | 100.0   | 71.4       | 83.3                   | 94.3         | 97.8                                | 100.0                 | 100.0      | 67.9     |
| Transformasjonssone <sup>3</sup>                      | 97.3                  | 100.0   | 71.4       | 83.3                   | 94.3         | 97.8                                | 100.0                 | 56.7       | 57.1     |
| Swede score <sup>4</sup>                              | 89.2                  | 4.4     | 57.1       | 33.3                   | 88.6         | 53.3                                | 100.0                 | 23.3       | 46.4     |
| Kolposkopivurdering <sup>5</sup>                      | 87.8                  | 82.6    | 71.4       | 83.3                   | 94.3         | 91.1                                | 100.0                 | 23.3       | 42.9     |
| <i>Type behandling (%)<sup>6</sup></i>                |                       |         |            |                        |              |                                     |                       |            |          |
| Bueformet slynge                                      | 14.9                  | 91.3    | 85.7       | 33.3                   | 14.3         | 93.3                                | 100.0                 | 83.3       | 75.0     |
| Trekantslynge   | 86.5                  | 0.0     | 0.0        | 50.0                   | 85.7         | 6.7                                 | 0.0                   | 16.7       | 7.1      |
| Knivkonisering  | 0.0                   | 0.0     | 0.0        | 0.0                    | 0.0          | 0.0                                 | 0.0                   | 0.0        | 0.0      |
| Diatermiknivål  | 0.0                   | 0.0     | 0.0        | 0.0                    | 0.0          | 0.0                                 | 0.0                   | 0.0        | 17.9     |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>7</sup></i> |                       |         |            |                        |              |                                     |                       |            |          |
| Frie render – Ja                                      | 82.6                  | 87.5    | 85.7       | 66.7                   | 78.1         | 76.7                                | 100.0                 | 66.7       | 92.0     |
| Frie render - Nei/usikker                             | 17.4                  | 12.5    | 14.3       | 33.3                   | 21.8         | 20.9                                | 0.0                   | 29.6       | 8.0      |
| CIN2+ (%) i biopsi eller konisat <sup>8</sup>         | 98.6                  | 65.2    | 85.7       | 83.3                   | 77.1         | 95.6                                | 100.0                 | 73.3       | 75.0     |

<sup>1</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Andelen innmeldte CIN-skjema kan være over 100 % fordi det er rapportert flere CIN-skjema enn koniseringer fra laboratoriene.

<sup>2</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>3</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>5</sup>Kolposkopivurdering inkluderer normal, kategoriene lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>6</sup>Andelen kan være over 100 % fordi flere typer behandlinger kan være fylt ut på samme skjema.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>8</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for Helse-Nord er det 88,3 med CIN2+ i biopsi eller konisat.

Tabell 6. Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Sør-Øst RHF i 2024.

| Helse Sør-Øst RHF                                     | Sykehuset Østfold | Oslo universitetssykehus HF |         | Akershus universitetssykehus |             |
|---|-------------------|-----------------------------|---------|------------------------------|-------------|
|   | Kalnes            | Radiumhospitalet            | Ullevål | Ahus                         | Kongsvinger |
| Antall koniseringer                                   | 389               | 75                          | 735     | 442                          | 64          |
| Antall CIN-skjema                                     | 361               | 12                          | 673     | 387                          | 65          |
| Andel innmeldt (%) <sup>1</sup>                       | 92.8              | 16.0 <sup>1</sup>           | 91.6    | 87.6                         | 100.1       |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                   |                             |         |                              |             |
| Kolposkopi før behandling <sup>2</sup>                | 99.2              | 100.0                       | 98.4    | 99.0                         | 75.4        |
| Transformasjonssone <sup>3</sup>                      | 97.2              | 91.6                        | 95.4    | 97.7                         | 58.5        |
| Swede score <sup>4</sup>                              | 58.7              | 75.0                        | 75.2    | 69.8                         | 16.9        |
| Kolposkopivurdering <sup>5</sup>                      | 47.1              | 0.0                         | 0.0     | 81.7                         | 29.2        |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                   |                             |         |                              |             |
| Bueformet slynge                                      | 30.2              | 41.7                        | 17.2    | 33.3                         | 27.7        |
| Trekantslynge   | 70.1              | 66.7                        | 83.2    | 66.7                         | 69.2        |
| Knivkonisering  | 0.0               | 0.0                         | 0.0     | 0.0                          | 0.0         |
| Diatermiknivnål                                       | 0.0               | 0.0                         | 0.0     | 0.3                          | 0.0         |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>6</sup></i> |                   |                             |         |                              |             |
| Frie render - Ja                                      | 74.5              | 45.5                        | 59.1    | 66.9                         | 77.1        |
| Frie render - Nei/usikker                             | 25.1              | 54.5                        | 40.5    | 32.8                         | 20.8        |
| CIN2+ (%) i biopsi eller konisat <sup>7</sup>         | 79.2              | 83.3                        | 92.4    | 93.5                         | 83.1        |

<sup>1</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på helseforetaksnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger. Andelen innmeldte CIN-skjema kan være over 100% fordi det er rapportert flere CIN-skjema enn koniseringer fra laboratoriene

<sup>2</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>3</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål)

<sup>4</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>5</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>6</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for Sør-Øst er det 88,3% med CIN2% i biopsi eller i konisat.

**Forts. Tabell 6:** Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Sør-Øst RHF i 2024

| Helse Sør-Øst RHF                                     | Sykehuset Innlandet HF |                   |             | Vestre Viken HF <sup>1</sup> |                   |           |
|---|------------------------|-------------------|-------------|------------------------------|-------------------|-----------|
|   | Elverum                | Gjøvik            | Lillehammer | Bærum                        | Drammen           | Ringerike |
| Antall koniseringer                                   |                        | 431               |             |                              | 438               |           |
| Antall CIN-skjema                                     | 99                     | 87                | 133         | 165                          | 104               | 80        |
| Andel innmeldt (%) <sup>2</sup>                       |                        | 74.0 <sup>2</sup> |             |                              | 79.7 <sup>2</sup> |           |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                        |                   |             |                              |                   |           |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>3</sup></b>          | 98.0                   | 98.9              | 94.0        | 98.8                         | 94.2              | 95.0      |
| <b>Transformasjonssone<sup>4</sup></b>                | 90.1                   | 98.9              | 94.0        | 95.8                         | 92.0              | 72.0      |
| <b>Swede score<sup>5</sup></b>                        | 62.6                   | 79.3              | 79.7        | 93.3                         | 94.2              | 80.0      |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>6</sup></b>                | 84.8                   | 98.9              | 82.0        | 75.2                         | 91.3              | 20.0      |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                        |                   |             |                              |                   |           |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 96.0                   | 86.2              | 17.3        | 34.6                         | 46.2              | 80.0      |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 3.0                    | 14.9              | 80.5        | 66.1                         | 53.8              | 15.0      |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0                    | 0.0               | 0.0         | 0.0                          | 0.0               | 0.0       |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 0.0                    | 0.0               | 0.0         | 0.0                          | 0.0               | 2.5       |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>7</sup></i> |                        |                   |             |                              |                   |           |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | 66.0                   | 82.4              | 82.9        | 70.2                         | 64.6              | 46.7      |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 34.0                   | 17.6              | 17.1        | 29.8                         | 35.5              | 43.3      |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>8</sup></b>   | 98.0                   | 98.9              | 94.0        | 98.8                         | 94.2              | 95.0      |

<sup>1</sup>Kongsberg er utelatt fra tabellen grunnet manglende innsendte CIN-skjema, til tross for registrerte koniseringer.

<sup>2</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på helseforetaksnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger.

<sup>3</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>5</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>6</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>8</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Totalt for Sør-Øst er det 88,3% med CIN2% i biopsi eller i konisat.

**Forts. Tabell 6:** Resultat av innmeldte CIN skjema for Helse Sør-Øst RHF i 2024

| Helse Sør-Øst RHF                                     | Sykehuset i Vestfold HF | Sykehuset Telemark | Sørlandet sykehus HF |                   |              |
|---|-------------------------|--------------------|----------------------|-------------------|--------------|
|   | Tønsberg                | Skien              | Arendal              | Flekkefjord       | Kristiansand |
| Antall koniseringer                                   | 338                     | 183                |                      | 536               |              |
| Antall CIN-skjema                                     | 256                     | 157                | 127                  | 10                | 300          |
| Andel innmeldt (%) <sup>1</sup>                       | 75.7                    | 85.8               |                      | 81.5 <sup>1</sup> |              |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                         |                    |                      |                   |              |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>2</sup></b>          | 99.6                    | 96.2               | 99.2                 | 100.0             | 99.7         |
| <b>Transformasjonssone<sup>3</sup></b>                | 99.6                    | 87.9               | 87.9                 | 96.6              | 100          |
| <b>Swede score<sup>4</sup></b>                        | 67.6                    | 82.2               | 92.9                 | 40.0              | 46.0         |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>5</sup></b>                | 86.3                    | 70.7               | 96.9                 | 90.0              | 88.3         |
| <i>Type behandling (%)<sup>6</sup></i>                |                         |                    |                      |                   |              |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 96.9                    | 90.5               | 98.4                 | 10.0              | 17.3         |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 0.8                     | 7.0                | 0.0                  | 80.0              | 81.7         |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0                     | 1.3                | 0.0                  | 0.0               | 0.0          |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 2.3                     | 1.9                | 0.8                  | 0.0               | 0.3          |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>7</sup></i> |                         |                    |                      |                   |              |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | 66.5                    | 78.3               | 73.8                 | 83.3              | 84.0         |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 33.5                    | 20.2               | 25.2                 | 16.7              | 16.0         |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>8</sup></b>   | 84.0                    | 74.5               | 88.2                 | 70.0              | 76.0         |

<sup>1</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på helseforetaksnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger.

<sup>2</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>3</sup> Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>5</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>6</sup>Andelen kan være over 100 % fordi flere typer behandlinger kan være fylt ut på samme skjema.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>8</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for Sør-Øst er det 88,3% med CIN2% i biopsi eller i konisat.

**Tabell 7. Resultat av innmeldte CIN skjema for private klinikker i 2024.**

| Privatpraktiserende                                   | Hospitalet Betanien | Sørlandsparken Spesialistsenter | Oslo Gynekologene | Smestad-gynekologene | Baasland-klinikken |
|---|---------------------|---------------------------------|-------------------|----------------------|--------------------|
| Antall koniseringer                                   | 471                 | NA                              | 168               | 107                  | 165                |
| Antall CIN-skjema                                     | 444                 | 9                               | 150               | 104                  | 103                |
| Andel innmeldt (%) <sup>1</sup>                       | 94.3                | NA                              | 89.3              | 97.2                 | 62.4               |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                     |                                 |                   |                      |                    |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>2</sup></b>          | 99.6                | 100.0                           | 100.0             | 100.0                | 100.0              |
| <b>Transformasjonssone<sup>3</sup></b>                | 99.5                | 100.0                           | 68.0              | 100.0                | 100.0              |
| <b>Swede score<sup>4</sup></b>                        | 74.6                | 66.7                            | 0.0               | 100.0                | 12.6               |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>5</sup></b>                | 98.0                | 100.0                           | 6.0               | 100.0                | 100.0              |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                     |                                 |                   |                      |                    |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 93.7                | 88.9                            | 0.7               | 0.0                  | 100.0              |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 5.8                 | 11.1                            | 98.7              | 100.0                | 0.0                |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0                 | 0.0                             | 0.0               | 0.0                  | 0.0                |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 0.2                 | 0.0                             | 0.67              | 0.0                  | 0.0                |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>6</sup></i> |                     |                                 |                   |                      |                    |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | 69.2                | 88.9                            | 77.2              | 71.4                 | 79.6               |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 29.9                | 11.1                            | 28.8              | 27.6                 | 19.6               |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>7</sup></b>   | 89.6                | 100.0                           | 91.3              | 98.1                 | 95.2               |

<sup>1</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering.

<sup>2</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>3</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

<sup>4</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede-score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>5</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

<sup>6</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Totalt for private klinikker er de t92,2% med CIN2% i biopsi eller i konisat.

**Forts: Tabell 7: Resultat av innmeldte CIN skjema for private klinikker i 2024**

| Privatpraktiserende <sup>1</sup>                      | Aleris Frogner | Aleris Strømmen | Aleris Nesttun | Aleris Agder | Volvat Medisinske senter | Volvat Nationalteateret |
|---|----------------|-----------------|----------------|--------------|--------------------------|-------------------------|
| Antall koniseringer                                   | 60             | 38              | 16             | 13           | 45                       |                         |
| Antall CIN-skjema                                     | 44             | 7               | 9              | 1            | 11                       | 17                      |
| Andel innmeldt (%) <sup>2</sup>                       | 73.3           | 18.4            | 56.3           | 7.7          | 62.2 <sup>2</sup>        |                         |
| <i>Utfylte parametere (%)</i>                         |                |                 |                |              |                          |                         |
| <b>Kolposkopi før behandling<sup>3</sup></b>          | 0.0            | 100.0           | 88.9           | 100.0        | 0.0                      | 100.0                   |
| <b>Transformasjonssone<sup>4</sup></b>                | 0.0            | 100.0           | 88.9           | 100.0        | 0.0                      | 100.0                   |
| <b>Swede score<sup>5</sup></b>                        | 0.0            | 85.7            | 88.9           | 100.0        | 0.0                      | 23.5                    |
| <b>Kolposkopivurdering<sup>6</sup></b>                | 0.0            | 85.7            | 88.9           | 100.0        | 0.0                      | 94.1                    |
| <i>Type behandling (%)</i>                            |                |                 |                |              |                          |                         |
| <b>Bueformet slynge</b>                               | 9.1            | 14.3            | 77.8           | 100.0        | 0.0                      | 0.0                     |
| <b>Trekantslynge</b>                                  | 90.9           | 100.0           | 22.2           | 0.0          | 90.9                     | 100.0                   |
| <b>Knivkonisering</b>                                 | 0.0            | 0.0             | 0.0            | 0.0          | 0.0                      | 0.0                     |
| <b>Diatermiknivnål</b>                                | 0.0            | 0.0             | 0.0            | 0.0          | 0.0                      | 0.0                     |
| <i>Frie render ved patologi i kon (%)<sup>7</sup></i> |                |                 |                |              |                          |                         |
| <b>Frie render - Ja</b>                               | 87.5           | 85.7            | 75.0           | 100.0        | 100.0                    | 92.9                    |
| <b>Frie render - Nei/usikker</b>                      | 12.5           | 14.3            | 25.0           | 0.0          | 0.0                      | 7.1                     |
| <b>CIN2+ (%) i biopsi eller konisat<sup>8</sup></b>   | 95.5           | 85.7            | 88.9           | 100          | 72.7                     | 94.1                    |

<sup>1</sup>Aleris Colosseum er utelatt fra tabellen grunnet manglende innsendte CIN-skjema, til tross for registrerte koniseringer.

<sup>2</sup>Tallene markert i rødt indikerer svært lav innrapportering. Rapporteringsgrad er beregnet på institusjonsnivå der avdelingsspesifikke data ikke foreligger.

<sup>3</sup>Kolposkopi før behandling – Europeisk standard er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål.)

<sup>4</sup>Mål utarbeidet ECF for rapportert transformasjonssone er 100%. Tall under 95% er markert i rødt i tabellen, da dette indikerer at rapporteringen er klart under anbefalt nivå (EFC-mål).

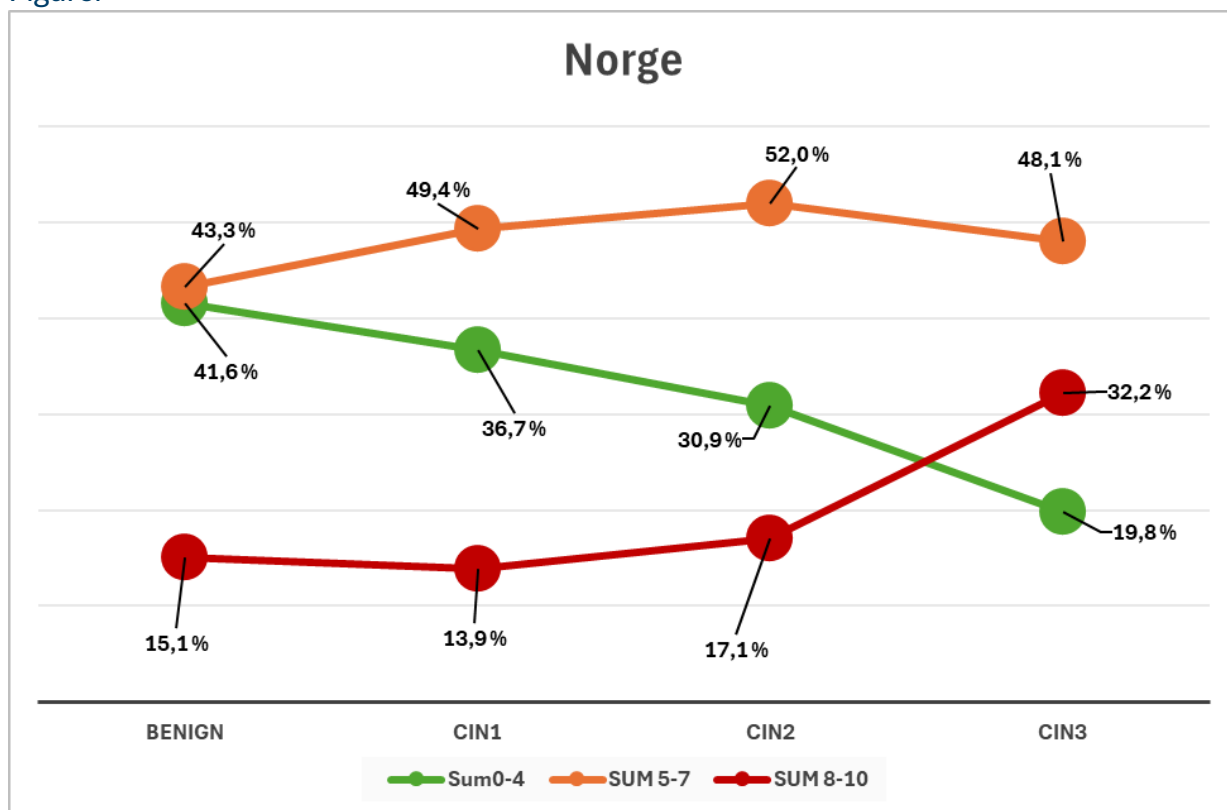
<sup>5</sup>Noen avdelinger fokuserer rapportering på enten Swede score eller Kolposkopivurdering og derfor kan rapporteringsgraden være lav for den ene variabelen.

<sup>6</sup>Kolposkopivurdering inkluderer kategoriene normal, lavgradig, høygradig, mistanke om.

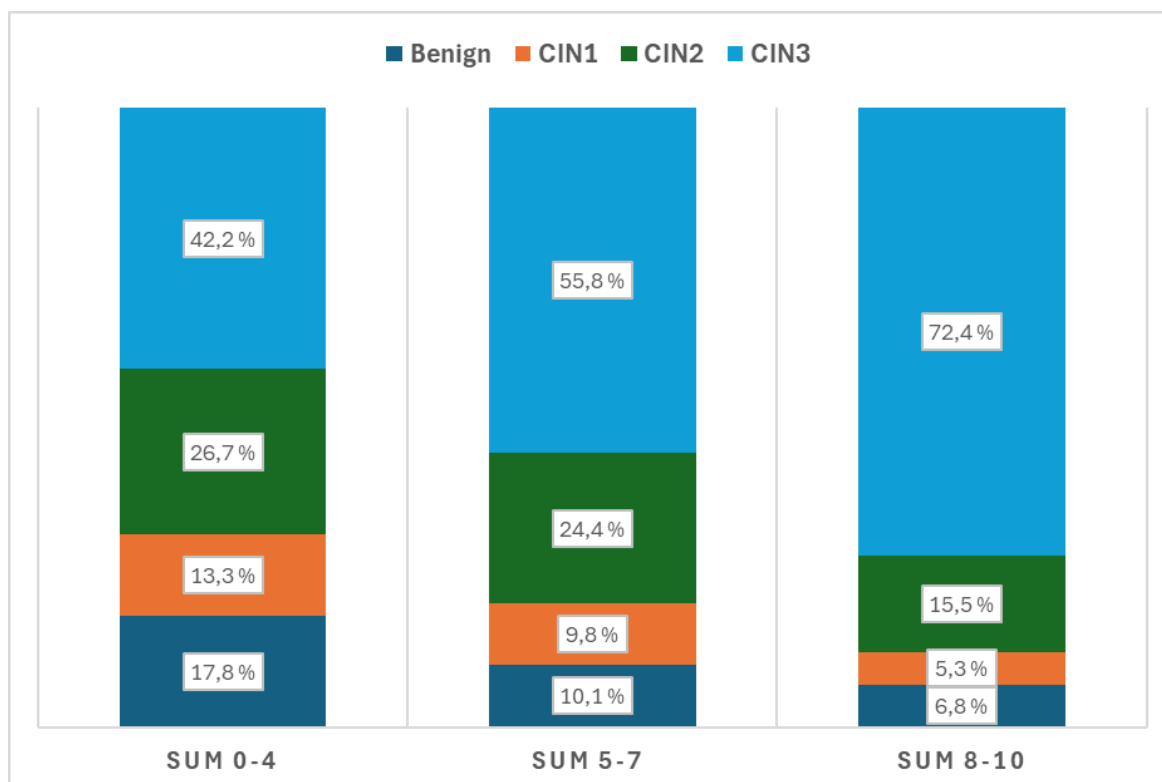
<sup>7</sup>Mål utarbeidet av ECF er 80% frie render. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Patologi i kon inkluderer CIN1 eller høyere. Totalen kan være lavere enn 100% dersom det er registrert manglende informasjon eller ikke aktuelt på frie render.

<sup>8</sup>Mål utarbeidet av ECF er at 85% av kvinner som behandles har CIN2+ i biopsi før konisering eller i konisat. Tall markert i rødt er under anbefalt nivå (EFC-mål). Totalt for private klinikker er de t92,2% med CIN2% i biopsi eller i konisat.

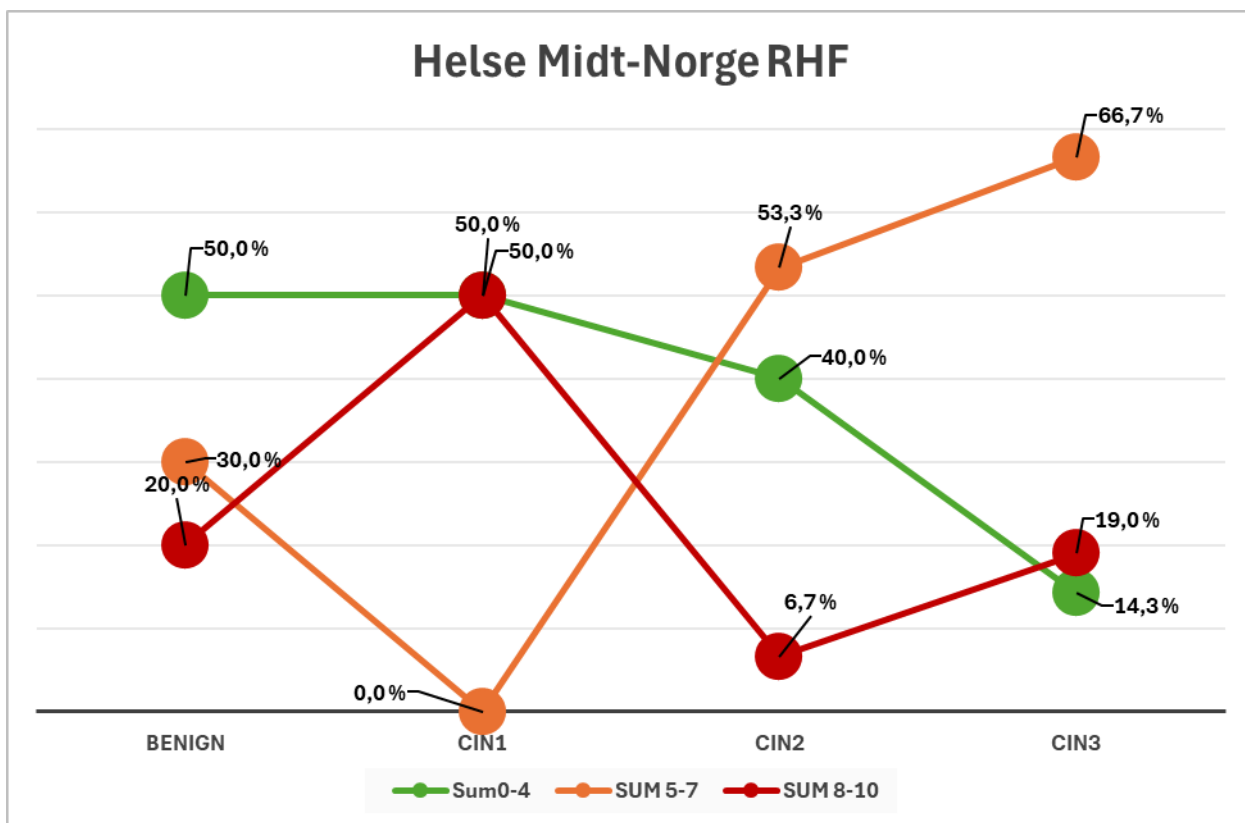
## Figurer



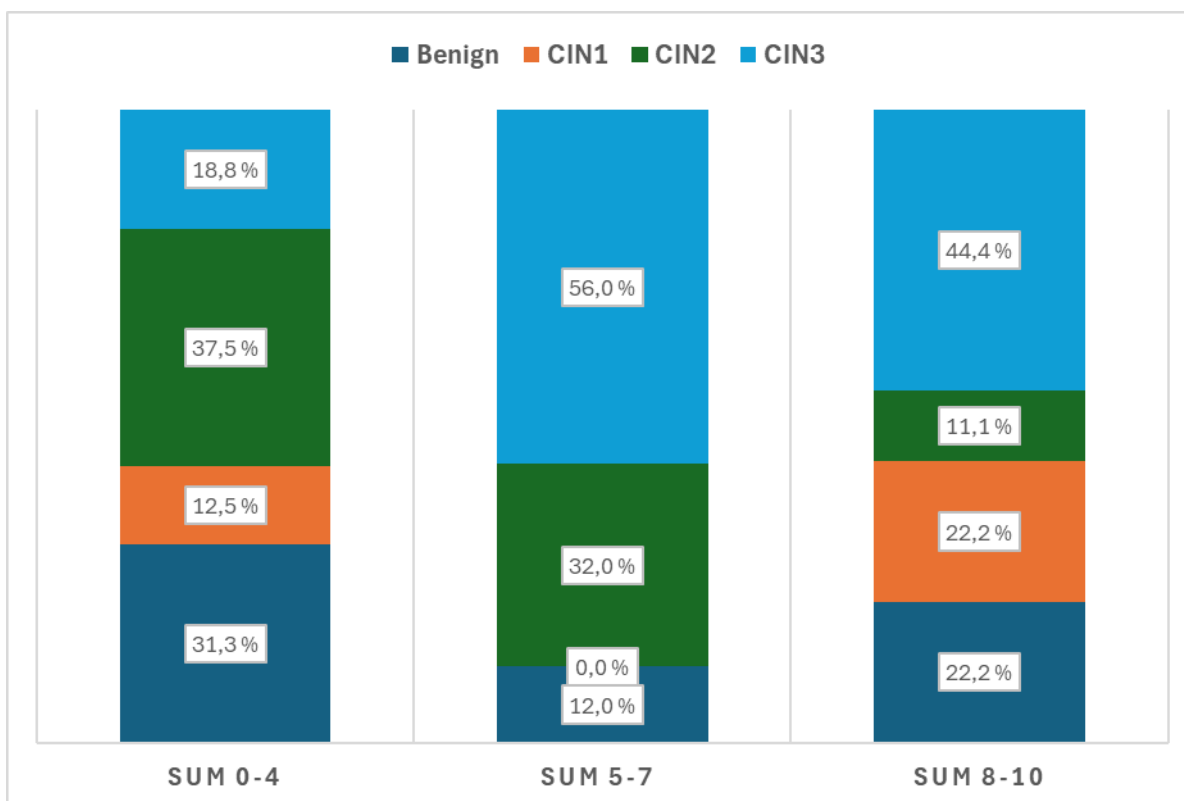
**Figur 4.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle behandlere i Norge, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 og foreligger. Antall: benign (n = 291), CIN1 (n = 245), CIN2 (n = 585)



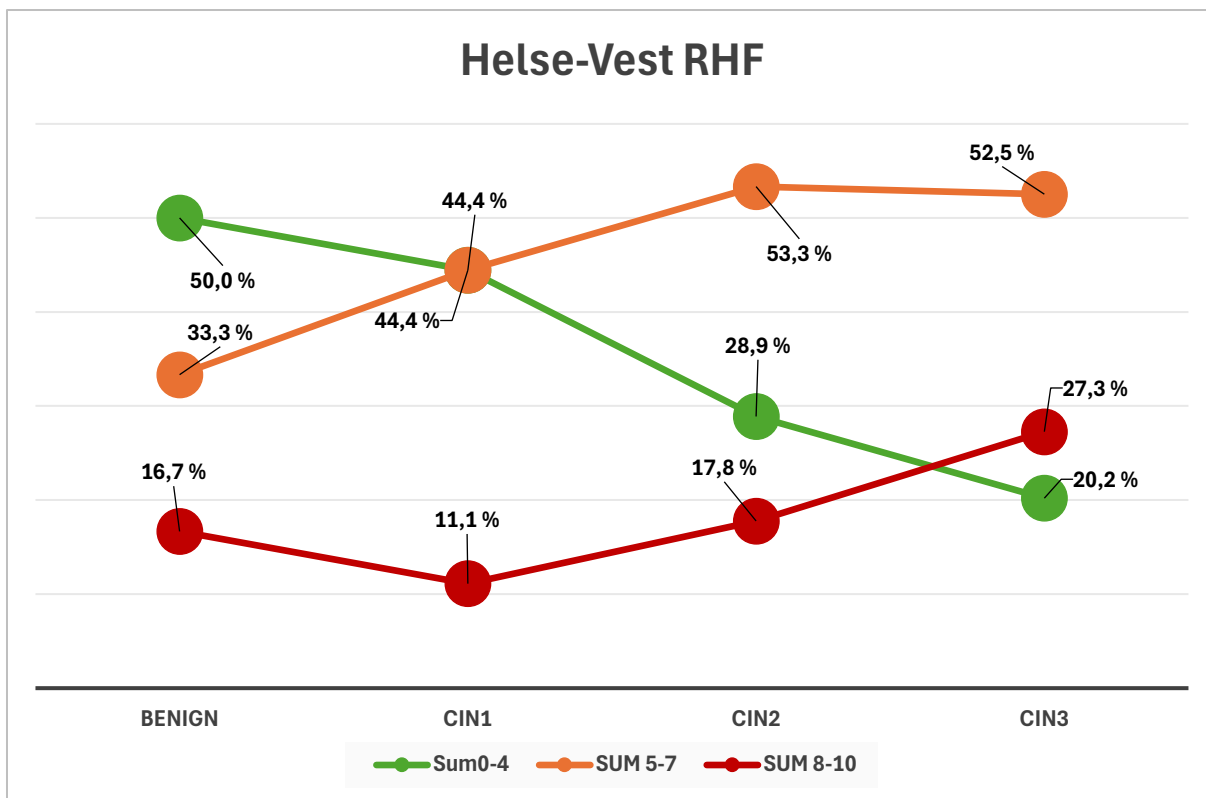
**Figur 5.** Andel kon med benign (n = 291), CIN1 (n = 245), CIN2 (n = 585) og CIN3 (n = 1448) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.



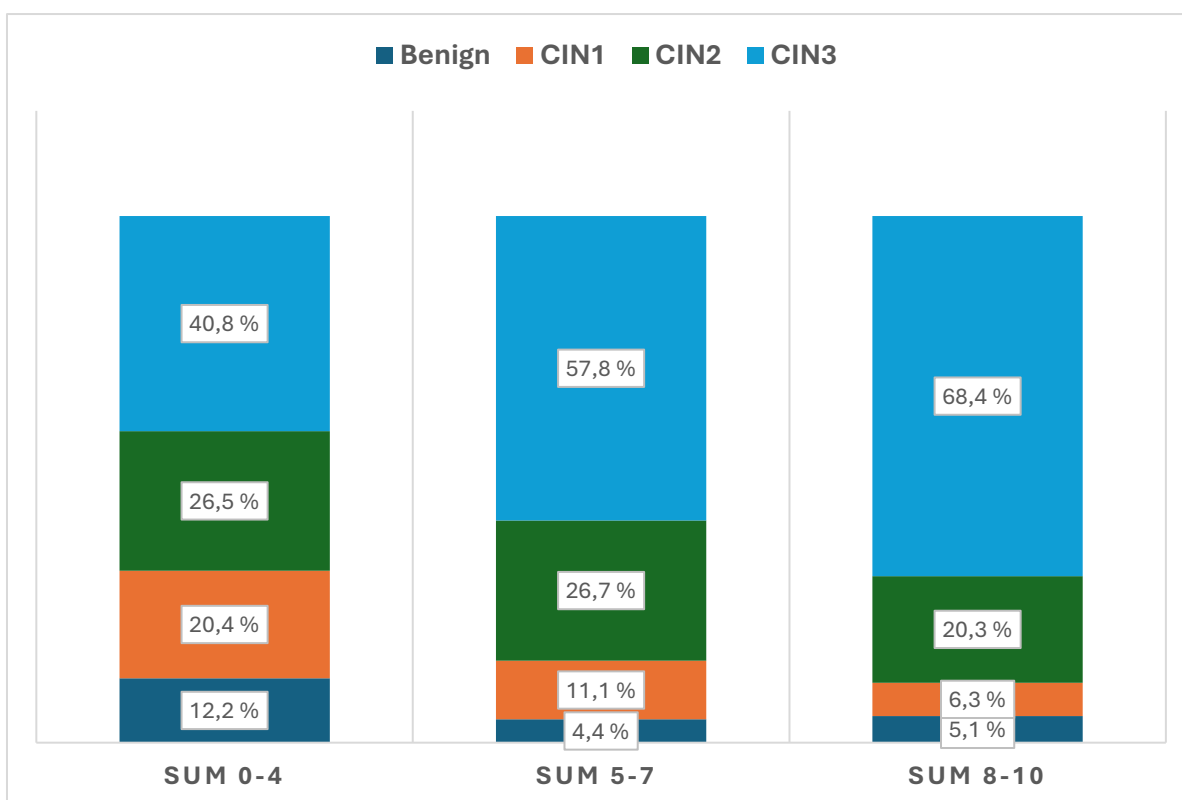
**Figur 6.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle behandlere i Helse-Midt RHF, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 og foreligger. Antall: benign (n = 10), CIN1 (n = 4), CIN2 (n = 15), og CIN3 (n = 21).



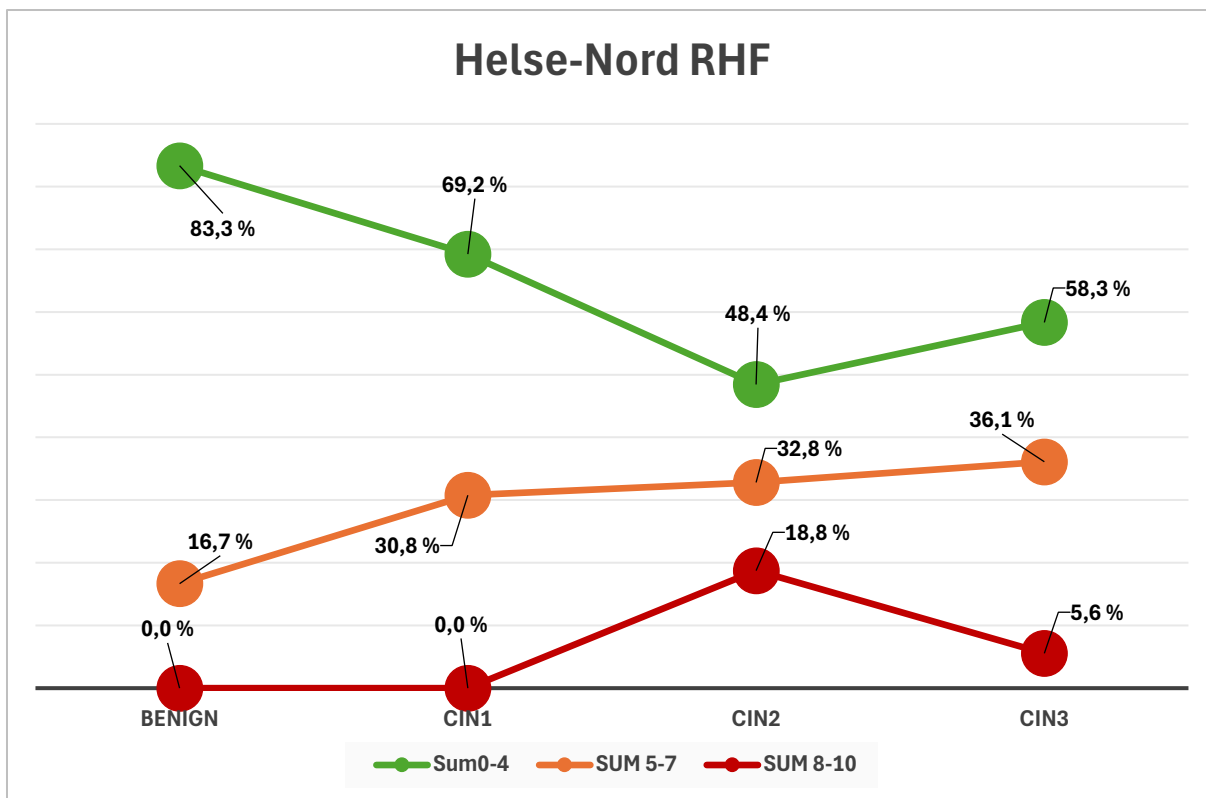
**Figur 7.** Andel kon med benign (n = 10), CIN1 (n = 4), CIN2 (n = 15), og CIN3 (n = 21) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.



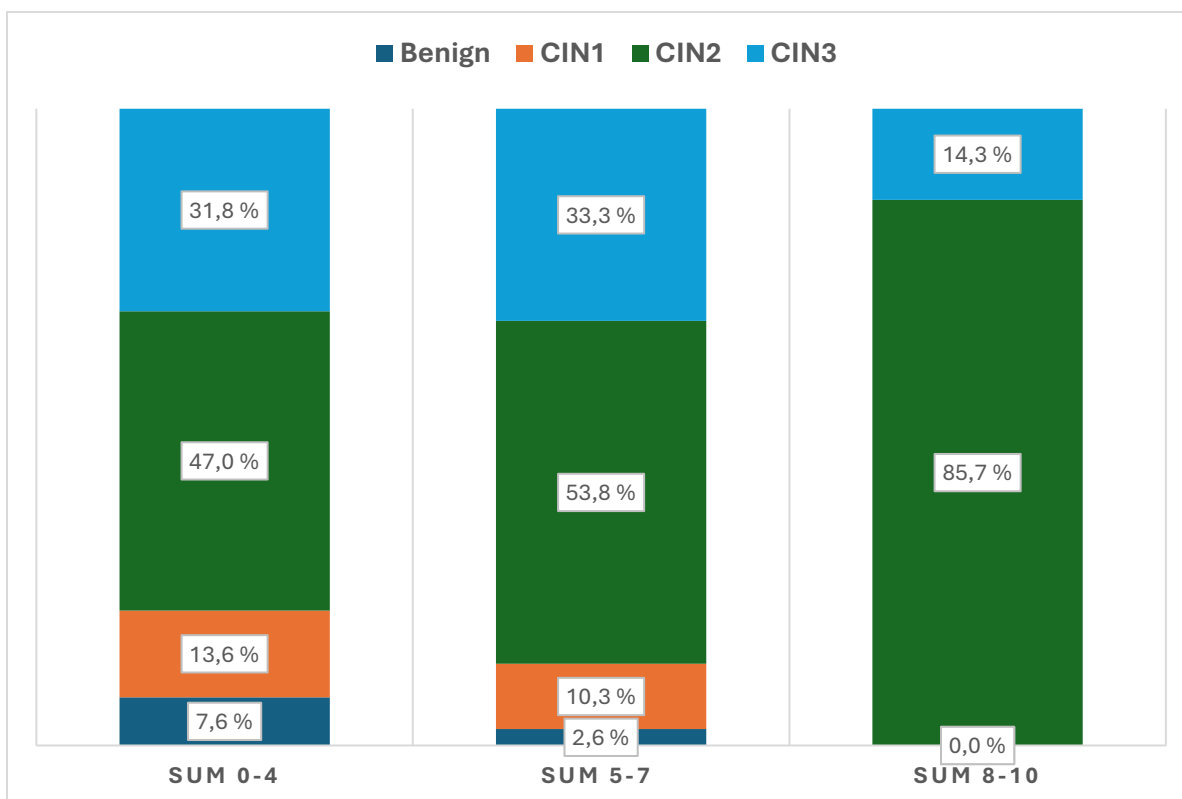
**Figur 8.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle behandlere i Helse-Vest RHF, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 og foreligger. Antall: benign (n =24), CIN1 (n = 45), CIN2 (n = 90), og CIN3 (n = 198)



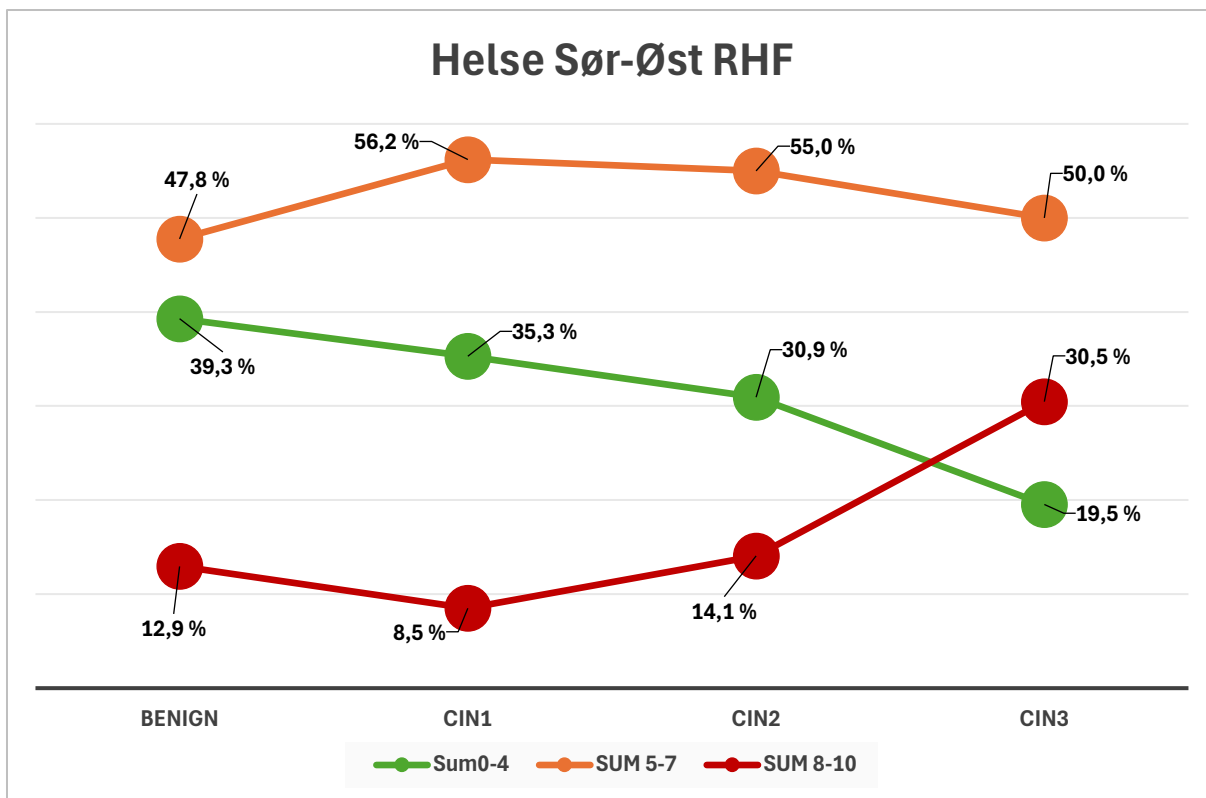
**Figur 9.** Andel kon med benign (n =24), CIN1 (n = 45), CIN2 (n = 90), og CIN3 (n =198) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score sum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.



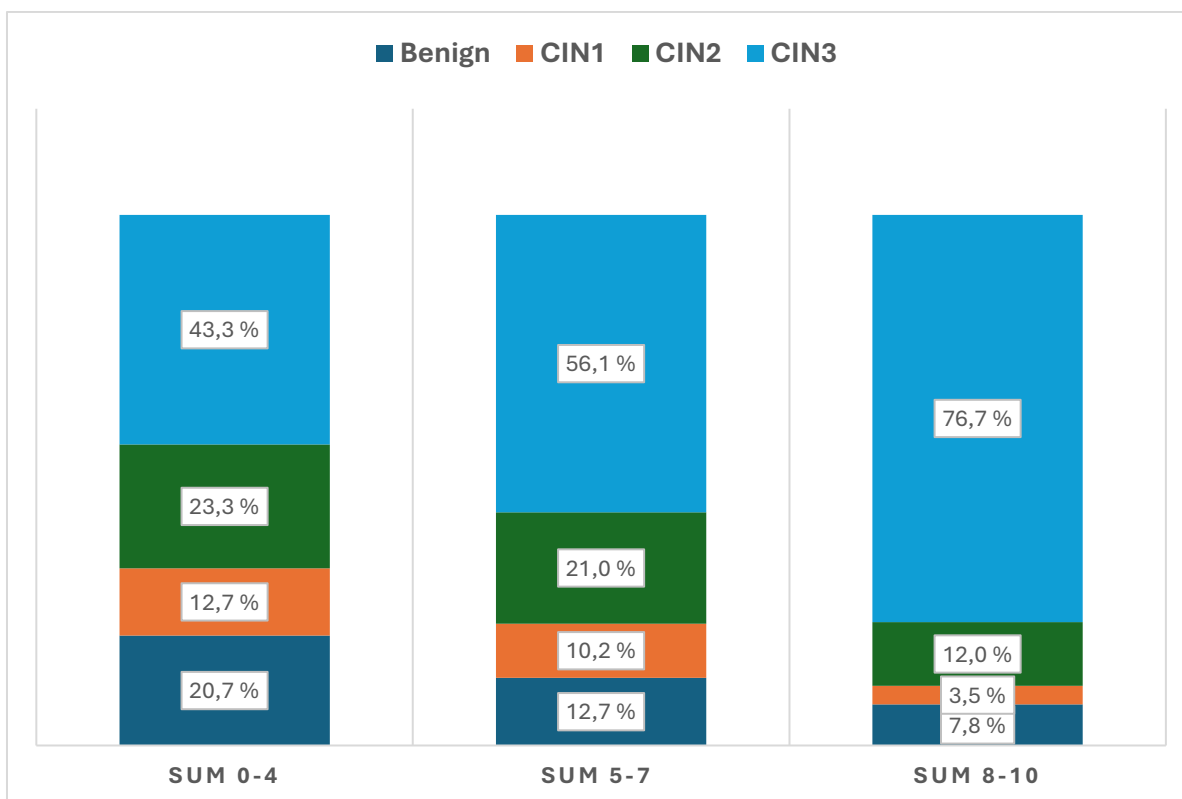
**Figur 10.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle behandlere i Helse-Nord RHF, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger. Antall: benign (n =6), CIN1 (n = 13), CIN2 (n = 64) og CIN (n = 36).



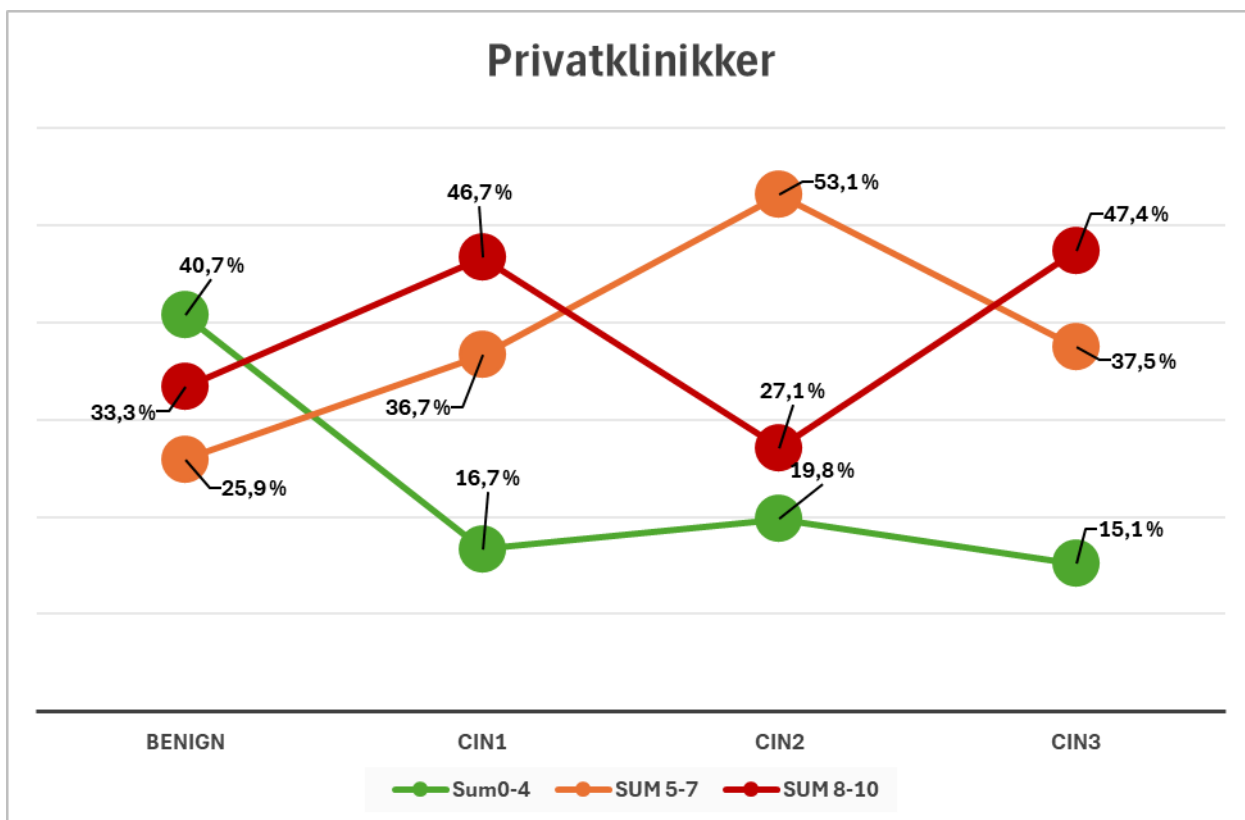
**Figur 11.** Andel kon med benign (n =6), CIN1 (n = 13), CIN2 (n = 64), og CIN3 (n = 36) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score sum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.



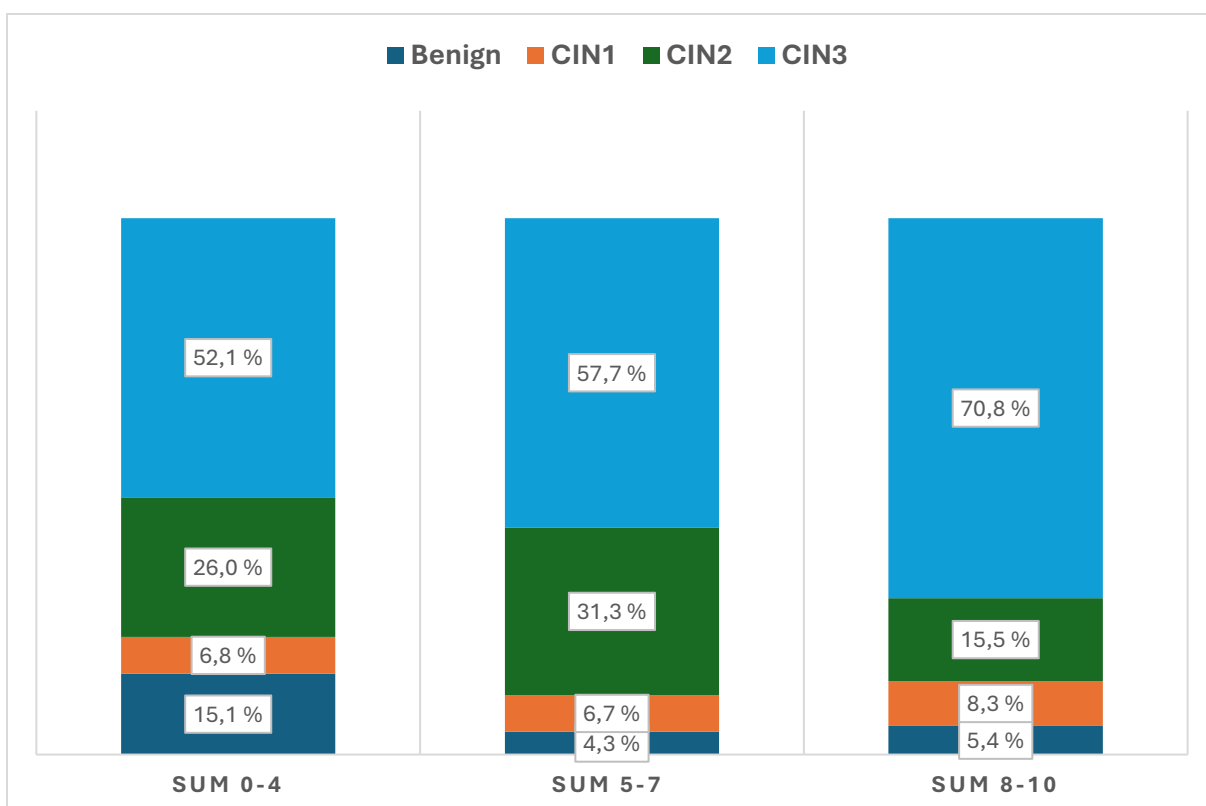
**Figur 12.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle behandlere i Helse-Sør-Øst RHF, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger. Antall: benign (n = 224), CIN1 (n = 153), CIN2 (n = 320) og CIN3 (n = 942).



**Figur 13.** Andel kon med benign (n = 224), CIN1 (n = 153), CIN2 (n = 320) og CIN3 (n = 942) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score sum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.



**Figur 14.** Andel kon med lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score poengsum på histologisk diagnose etter konisering for alle private behandlere, hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 og foreligger. Antall: benign (n = 27), CIN1 (n = 30), CIN2 (n = 96) og CIN3 (n = 251).



**Figur 15.** Andel kon med benign (n = 27), CIN1 (n = 30), CIN2 (n = 96) og CIN3 (n = 251) resultat etter lav (1-4), moderat (5-7) og høy (8-10) Swede score sum hvor transformasjonssone TZ1 og TZ2 foreligger.

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
[April 2026]  
Postboks 222 Skøyen  
NO-0213 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

## Sak 5- saksfremlegg

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Til:</b>           | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>           | Kreftregisteret  |
| <b>Dato:</b>          | 24.06.2026   |
| <b>Saksbehandler:</b> | Bente Bryhn  |
| <b>Ansvarlig:</b>     | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør<br/>spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår ref</b>        |  |

| Type sak (sett kryss) |  |           |  |            |
|-----------------------|--|-----------|--|------------|
| Orientering           |  | Diskusjon |  | Beslutning |
| X                     |  |           |  |            |

| Prosess i styringsgruppen (saksnr og dato) |  |
|--|--|
| 5/25, fast sak.                            |  |

## Sak 5/25 Status Tarmscreeningprogrammet

### Hva saken omhandler i korte trekk

Kreftregisteret legger frem status for Tarmscreeningprogrammet

Saken gir en samlet orientering om (1) monitoreing og rapportering i Tarmscreeningprogrammet, inkludert ny løsning for rapportering tilbake til helseforetakene (KEVIN) og plan for publisering av årsrapport, (2) planlagte og pågående tiltak for å øke deltakelsen i programmet, og (3) oppdatert mandat for Rådgivingsgruppen.

### Saksfremstilling

#### 1. Monitorering og rapportering i programmet

Kreftregisteret orienterer om overordnet status i Tarmscreeningprogrammet, herunder oppfølging av kvalitet i programmet. Som del av rapportering er ny løsning for rapportering til screeningsentrene (KEVIN) tatt i bruk. Per i dag får helsepersonell tilgang til kvalitetsdata på senternivå til bruk i lokalt kvalitetsforbedringsarbeid. Det jobbes med tilgang til egne kvalitetsdata for koloskopører.

Årsrapport 2025 planlegges publisert i september. Styringsgruppen bes gi innspill til ønsket involvering rundt publisering av årsrapporter herunder om styringsgruppen vil orienteres om resultater i forkant av publisering, eller om det er tilstrekkelig at Kreftregisteret følger opp gjennom dialog med ansvarlige ved de enkelte screeningsentrene og regionale kontakter.

#### 2. Tiltak for økt deltakelse

Deltakelse i første screeningrunde i 2024 var 53 % totalt (58 % blant kvinner og 48 % blant menn). Dette er omtrent som i Pilotprosjektet, men likevel lavere enn håpet. Kreftregisteret har satt «økt deltakelse i Tarmscreeningprogrammet» som en prioritert oppgave i 2026/27. Styringsgruppen orienteres om det pågående arbeidet som har følgende fokusområder:

- Økt bevissthet om tarmkreft og screening i befolkningen inkl. informasjonskampanjer, innlegg på sosiale medier og innsalg til redaksjonelle medier, lokale markeringer og kampanjer i samarbeid med sykehusene.
- Optimalisering av logistikk i programmet inkl. tidspunkt og format på påminnelser og justering av invitasjonsrutiner.
- Forbedret informasjon til målgruppen i programmet med blant annet forenkling av invitasjonstekster og informasjon på nettsider.
- Forskningsprosjekter med fokus på barrierer og tiltak som kan bedre deltakelse.

### 3. Oppdatert mandat for Rådgivingsgruppen

Kreftregisteret opprettet i 2019 en faglig rådgivingsgruppe i forbindelse med etableringen av screeningprogram for tarmkreft. Da programmet i 2024 ble et nasjonalt tilbud, ble ansvaret for rådgivingsgruppene overført til Helsedirektoratet som del av den nasjonale styringsstrukturen. I november 2025 ble ansvaret for rådgivingsgruppene for de tre kreftscreeningprogrammene besluttet tilbakeført til Kreftregisteret (FHI).

Kreftregisteret har utarbeidet et nytt mandat for rådgivingsgruppen i Tarmscreeningprogrammet. Sammenlignet med Helsedirektoratets mandat fra 2025, innebærer endringene blant annet åpning for inntil to medlemmer med tarmscreeningkompetanse fra andre nordiske land, samt en oppnevningstid på fire år med mulighet for én forlengelse. Mandatene er harmonisert mellom programmene. Godkjent mandat er vedlagt (vedlegg 1). HFene og andre instanser som har oppnevnt medlemmer til gruppen er orientert om endringene, og første møte i rådgivingsgruppen avholdes 28. mai 2026. Oversikt over medlemmer på vår nettside [Rådgivningsgruppe for Tarmscreeningprogrammet - FHI](#)

#### Forslag til vedtak:

- Styringsgruppen tar saken til orientering med de innspill som kom i møtet

#### Vedlegg:

Vedlegg 1: Godkjent mandat for Rådgivingsgruppen i Tarmscreeningprogrammet

## Mandat: Rådgivningsgruppen for Tarmscreeningprogrammet

Godkjent av Kreftregisteret v/ Direktør Giske Ursin, 23.03.2026

### 1. Bakgrunn

I forbindelse med etablering av screeningprogram for tarmkreft opprettet Kreftregisteret i 2019 en faglig rådgivningsgruppe. Tarmscreeningprogrammet ble fra 2024 et nasjonalt tilbud og underlagt den etablerte styringsstrukturen for de nasjonale kreftscreeningprogrammene ledet av Helsedirektoratet. Dette innebar også overføring av ansvar for de faglige rådgivningsgruppene til Helsedirektoratet. I november 2025 ble det imidlertid besluttet å overføre ansvaret for rådgivningsgruppene for de tre kreftscreeningprogrammene tilbake til Kreftregisteret, FHI.

### 2. Formål og oppgaver

Rådgivningsgruppen for Tarmscreeningprogrammet er et uavhengig, rådgivende organ. Formålet med rådgivningsgruppen er å bistå Kreftregisteret med å sikre høy faglig kvalitet og å gi faglige råd, innspill og vurderinger knyttet til blant annet:

- Akutte og strategiske saker
- Drift av Tarmscreeningprogrammet
- Oppdatering av kvalitetsmanualen og e-læringskurs
- Monitorering og rapportering
- Kommunikasjonstiltak rettet mot målgruppen, allmennheten og fagmiljøene
- Spørsmål og oppdrag på bestilling fra Styringsgruppen
- Utprøving, vurdering og innføring av nye prosedyrer og teknologi
- Planlegging og gjennomføring av studier og utviklingsarbeid
- Innsamling, rapportering og bruk av pasientrapporterte data (PROM)

### 3. Sammensetning

Rådgivningsgruppen skal bestå av representanter fra alle de fire regionale helseforetakene (RHF), relevante fagområder og bruker-/pasientforening. Rådgivningsgruppen kan bestå av inntil 16 medlemmer. I tillegg til medlemmene listet nedenfor kan det oppnevnes inntil to medlemmer av gruppen fra andre nordiske land, med særlig fagkunnskap på tarmscreeningområdet. Representant fra Helsedirektoratet og representanter fra sekretariatet ved Tarmscreeningavdelingen deltar som observatører i møtene. Gruppen konstituerer seg selv med en leder og nestleder som fungerer i leders fravær.

Anbefalt sammensetning av rådgivingsgruppe for Tarmscreeningprogrammet:

- Avdelingsdirektør ved Tarmscreeningavdelingen Kreftregisteret, FHI\*
- Overlege ved Tarmscreeningavdelingen Kreftregisteret, FHI\*
- Leder av Endoskopiskolen, Kreftregisteret, FHI\*
- Spesialist i allmenntidmedisin oppnevnt fra Norsk forening for allmenntidmedisin
- Representant fra Kreftforeningen og/eller NORILCO (pasient- og brukerforening) oppnevnt av respektive foreninger
- 4 gastroenterologer, en oppnevnt fra hvert av de fire RHF-ene
- Gastrosykepleier oppnevnt fra RHF
- Patolog oppnevnt fra RHF
- Representant fra nasjonalt iFOBT-laboratorium\*
- Fagleder for Nasjonalt kvalitetsregister for endoskopi (Gastronet)\*
- Medlem med annen relevant bakgrunn, for eksempel onkolog, gastrokirurg eller epidemiolog

*\*representant i kraft av sin stilling, oppnevnes ikke.*

Oppdatert oversikt over medlemmer vil være tilgjengelig på fhi.no.

#### 4. Oppnevningstid

Medlemmer oppnevnes for fire år av gangen, med mulighet for en forlengelse. Tidsbegrensningen gjelder ikke representanter med bestemt stilling eller funksjon.

#### 5. Arbeidsform og sekretariat

Medlemmene i rådgivingsgruppen skal delta aktivt i møtene, forberede seg ved å lese sakspapirer, samt holde seg orientert om relevante saker i egen region og melde inn saker fra sine fagmiljøer. Medlemmene skal forankre innspill og formidle beslutninger innad i de respektive RHF-ene, fagmiljøene og/eller fagforeningene. Gruppen er et faglig forum hvor ulike syn skal kunne drøftes, og behøver ikke komme med enstemmige råd. Ved behov kan det etableres faggrupper eller arbeidsgrupper med representasjon inn i rådgivingsgruppen for spesifikke oppgaver/tema.

Tarmscreeningavdelingen ved Kreftregisteret er sekretariat for gruppen. Sekretariatsfunksjonen inkluderer koordinering av møter og av rådgivingsgruppens arbeid. Sekretariatet har videre ansvar for utsending og arkivering av agenda, sakspapirer og møtereferat.

#### 6. Finansiering

Det forventes at arbeidsgiver gir medlemmene fri med lønn for deltakelse i møter, forberedelser og øvrig arbeid knyttet til rådgivningsgruppen. Videre forventes at medlemmenes arbeidsgiver dekker reise- og oppholdsutgifter. Fastlege/allmenntidlege kan etter avtale få dekket praksiskompensasjon og reiseutgifter av Kreftregisteret. Dette må avtales i forkant av møtene. Unntaksvis kan også

reiseutgifter til fysisk møte dekkes av Kreftregisteret for medlem(er) fra de andre nordiske landene. Kreftregisteret dekker eventuell møteromskostnad og bevertning i de fysiske møtene.

#### 7. Møter i Rådgivingsgruppen

Møtet ledes av rådgivingsgruppens leder, eller i dennes sted nestleder. Dersom både lederen og nestlederen har forfall, velger gruppen en møteleder blant de frammøtte. Det gjennomføres totalt 2–4 møter per år. Herav inntil to fysiske heldagsmøter per år i Kreftregisterets lokaler, ev. i annet egnet lokale etter avtale med medlemmene. Øvrige møter holdes digitalt. Det føres referat fra møtene.

#### 8. Medlemmers inhabilitet og taushetsplikt

Medlemmer av faglig rådgivingsgruppe følger alminnelige regler om habilitet, konfidensialitet og taushetsplikt. Det enkelte medlem har selv ansvar for å sette seg inn i eksisterende regelverk på området. Medlemmene må oppgi dersom det er endring i habiliteten under perioden de er oppnevnt.

#### 9. Endring av mandat

Endringer i mandat må være saklig begrunnet, og forelegges Kreftregisterets direktør til godkjenning. Styringsgruppen for kreftscreeningprogrammene ved Helsedirektoratet skal orienteres om endringer i mandatet.

## Sak 6 -saksfremlegg

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Til:</b>           | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene                                      |
| <b>Fra:</b>           | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>          | 24.06.2026   |
| <b>Saksbehandler:</b> | Bente Bryhn  |
| <b>Ansvarlig:</b>     | Børge Myrlund Larsen, fungerende avdelingsdirektør fagutvikling i spesialisthelsetjenesten |
| <b>Vår ref</b>        |  |

| Type sak (sett kryss) |  |           |  |            |
|-----------------------|--|-----------|--|------------|
| Orientering           |  | Diskusjon |  | Beslutning |
| X                     |  |           |  |            |

| Prosess i styringsgruppen (saksnr og dato) |  |
|--|--|
| Ny sak                                     |  |

## Sak 4/26 Utredning metode Tarmscreeningprogrammet

### Hva saken omhandler i korte trekk

Helsedirektoratet orienterer om status i arbeidet med å utrede fremtidig screeningmetode i Tarmscreeningprogrammet. Arbeidet er utsatt og vil etter planen starte mot slutten av 2026. Det planlegges en helseøkonomisk analyse i tillegg til gjennomgang av kunnskapsgrunnlaget. Kreftregisteret har anbefalt at man samtidig vurderer aldersgrupper i programmet.

### Bakgrunn

På bakgrunn av Helsedirektoratets rapport *Nasjonalt screeningprogram mot tarmkreft – status og anbefalinger* fra 2017, besluttet HOD og stortinget å innføre et nasjonalt screeningprogram med iFOBT som standardmetode med gradvis overgang til primær koloskopi når nødvendig kapasitet var bygget opp. På bakgrunn av utfordringer med kapasitet og tilkommet ny kunnskap, ble det i 2024 besluttet å utsette oppstart primær koloskopiscreening til 2028. Hdir fikk i oppdrag å få utført en oppdatert kunnskapsoppsummering og utredning med tanke på fremtidig screeningmetode.

Programmet inviterer i dag kvinner og menn fra det året de fyller 55 år til 65 år, annethvert år, inntil 5 runder. Europeiske retningslinjer oppdatert i 2025,<sup>1</sup> anbefaler tilbud om screening med iFOBT hvert andre år for kvinner og menn 50 – 69 (74) år.

### Saksfremstilling

Helsedirektoratets arbeid med utredning av screeningmetode er utsatt, og vil etter planen starte mot slutten av 2026. Som del av arbeidet vil det bli gjennomført helseøkonomiske analyser. Kreftregisteret har meldt at vurderingen samtidig bør omfatte utvidelse av aldersgrupper i tråd med internasjonale anbefalinger.

---

<sup>1</sup> [European guidelines on colorectal cancer screening and diagnosis | Cancer Screening, Diagnosis and Care](#)

## Prosess

**Forslag til vedtak:**

**Styringsgruppen tar saken til orientering og støtter i tillegg til utredning av fremtidig screeningmetode i Tarmscreeningprogrammet bør også aldersgrupper i programmet utredes.**

## Sak 7- saksfremlegg

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Til:</b>           | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>           | HelseDirektoratet  |
| <b>Dato:</b>          | 20.05.26   |
| <b>Møtedato:</b>      | 24.06.26   |
| <b>Saksbehandler:</b> | <i>Hege Wang</i>   |
| <b>Ansvarlig:</b>     | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør<br/>spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår ref</b>        | 24/11583   |

| Type sak (sett kryss) |  |           |  |            |  |
|-----------------------|--|-----------|--|------------|--|
| Orientering           |  | Diskusjon |  | Beslutning |  |
| x                     |  |           |  |            |  |

| Saksnummer og prosess i styringsgruppen (saksnr og dato) |  |
|--|--|
| Sak 06/25, fast sak                                      |  |

## Status Mammografiprogrammet

Kreftregisteret orienterer om status i Mammografiprogrammet.

- Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene tar saken til orientering.

## Sak 8- saksfremlegg

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Til:</b>           | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>           | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>          | 20.05.26   |
| <b>Møtedato:</b>      | 24.06.26   |
| <b>Saksbehandler:</b> | <i>Hege Wang</i>   |
| <b>Ansvarlig:</b>     | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør<br/>spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår ref</b>        | 24/11583   |

| Type sak (sett kryss) |                                     |           |                          |            |
|-----------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| Orientering           | <input checked="" type="checkbox"/> | Diskusjon | <input type="checkbox"/> | Beslutning |
|                       |                                     |           |                          |            |

| Saksnummer og prosess i styringsgruppen (saksnr og dato) |  |
|--|--|
| 12/23, har vært behandlet på tidligere møter             |  |

### Utredning aldersgrupper i Mammografiprogrammet - status

#### Hva saken omhandler i korte trekk

Viser til oppdatering i forrige møte.

#### Bakgrunn for saken

Helsedirektoratet utreder en eventuell utvidelse av aldersgruppene i Mammografiscreening programmet. Saken er på høring (se vedlegg), med frist 30. mai 2026. Helsedirektoratet vil i møtet gi en kort framstilling av høringsinnspillene.

#### Forslag til vedtak:

- Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene tar saken til orientering.

Vedlegg: [Utredning av aldersgrupper i Mammografiprogrammet - Helsedirektoratet](#)

## Sak 9- saksfremlegg

|                       |  |
|-----------------------|--|
| <b>Til:</b>           | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>           | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>          | 20.05.26   |
| <b>Møtedato:</b>      | 24.06.26   |
| <b>Saksbehandler:</b> | Hege Wang  |
| <b>Ansvarlig:</b>     | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør<br/>spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår ref</b>        | 24/11583   |

| Type sak (sett kryss) |  |           |            |
|-----------------------|--|-----------|------------|
| Orientering           |  | Diskusjon |            |
| x                     |  |           | Beslutning |

| Saksnummer og prosess i styringsgruppen (saksnr og dato) |  |
|--|--|
| 13/25, oppfølging fra forrige møte                       |  |

## Kunstig intelligens (KI) i mammografiscreening

### Hva saken omhandler i korte trekk

#### Bakgrunn for saken

Det vises til vedtak på forrige møte i styringsgruppen: "Styringsgruppen tar til etterretning at Helsedirektoratet vurderer at innføring av KI er en stor endring, og avventer en utredning av KI i mammografiprogrammet. Styringsgruppen ønsker saken tilbake på et kommende møte."

#### Saksfremstilling

Helsedirektoratet har etablert et prosjekt som tar utgangspunkt i rammeverket for minimetodevurdering. En ekstern prosjektgruppe er under etablering, med deltagere fra Kreftregisteret og Helse Sør-Øst RHF. Helsedirektoratet vil orientere om det planlagte arbeidet.

#### Spesielle forhold styringsgruppen bør være kjent med

Det pågår en randomisert studie i regi av Kreftregisteret, AIMS<sup>1</sup>, i alle helseregionene.

#### Forslag til vedtak:

- Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene tar saken til orientering.

<sup>1</sup> [AIMS Norway: AI in Mammography Screening in Norway - FHI](#)

## Sak 10 - saksfremlegg

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <b>Til:</b>                         | Nasjonal styringsgruppe for kreftscreeningprogrammene  |
| <b>Fra:</b>                         | Helsedirektoratet  |
| <b>Dato:</b>                        | 27.05.2026   |
| <b>Møtedato:</b>                    | 24.06.2026   |
| <b>Saksbehandler:</b>               | <i>Bente Bryhn</i>   |
| <b>Ansvarlig avdelingsdirektør:</b> | <i>Marius Kurås Skram, fungerende divisjonsdirektør, Divisjon for spesialisthelsetjenester og internasjonalt samarbeid</i> |
| <b>Vår referanse i 360</b>          | 24/11583   |

|                              |                                     |           |                          |            |
|------------------------------|-------------------------------------|-----------|--------------------------|------------|
| <b>Type sak</b> (sett kryss) |                                     |           |                          |            |
| Orientering                  | <input checked="" type="checkbox"/> | Diskusjon | <input type="checkbox"/> | Beslutning |

|  |  |
|--|--|
| <b>Saksnummer og prosess i styringsgruppen</b>     |  |
| 15/25 - det ble orientert om saken på forrige møte |  |

### Utredning av lungekreftscreening

Helsedirektoratet gir en kort status om pågående utredningsarbeid.

#### Forslag til vedtak:

- **Styringsgruppen tar saken til orientering**