

Fall när det gått fel inom patologin

Diskussion baserad på anmälningar och ersatta skador
inom patologi

Löf 2010 – 2024

Disclosure Emilia Andersson

Oncology Medical lead Roche Diagnostics

Konsult Unilabs patologi

Konsult LÖF, medicinsk rådgivare

Löf – regionernas ömsesidiga försäkringsbolag

- Försäkrar patienter som undvikbart skadats i regionfinansierad sjuk- och tandvård
- Ägs av landets 21 regioner som ett ömsesidigt försäkringsbolag
- Täcker över 90 % av all sjuk- och tandvård i Sverige
- Verksamheten styrs av Patientskadelagen
- Årlig utbetalning: 2025 cirka 740 miljoner kronor

Dömer inte, straffar inte – ersätter undvikbart skadade patienter ekonomiskt

Ägardirektivet ger tre uppdrag

- Löf ska bedriva försäkringsverksamhet enligt lagar och regelverk
- Löf ska utreda och lämna ersättning till patienter som skadats i vården
- Löf ska även genom skadeförebyggande arbete verka för att antalet skador minskar

Patientförsäkringen

- Lagstadgad försäkring (SFS 1996:799)
- Vårdgivare har skyldighet att ta ut försäkring
- Patienten har rätt att få ersättning om skadan bedömt som möjlig att undvika

Patientförsäkringen

Områden som täcks

- Behandlingsskador
- Utrustningsskador (fel på utrustning, felaktig hantering)
- **Diagnosskador** (försenad, felaktig eller utebliven diagnos)
- Överförda infektioner
- Vissa olycksfallsskador
- Felaktig förskrivning av läkemedel

Patientförsäkringen

Vad ersätts?

- Inkomstförlust, kostnader, sveda och värk
- Vid bestående skada även bestående men, framtida inkomstförlust och kostnader
- Vid dödsfall begravningskostnader, ersättning till nära anhörig, ersättning för förlust av underhåll

LÖF i siffror

Anmälningar och ersatta skador 2010 - 2024

Cirka 230 medarbetare

Cirka 200 medicinska rådgivare

Årlig omslutning 1,2 miljarder kronor

Balansomslutning 16 miljarder kronor

2025 inkom 22 800 anmälningar

- 2010 – 2024 inkom 247 800 anmälningar (alla specialiteter),
- 103 050 (**41,5 %**) per 1 januari 2026 bedömts som undvikbara och ersattes
- **5,5 %** medförde medicinsk invaliditet >16% eller dödsfall.

Patologi

- Endast 207 av 247 800 ärenden.
- 166 (**80 %**) bedömdes som undvikbara
- 12 (**7,2 %**) medförde medicinsk invaliditet >16 % eller dödsfall



Ersatta skador patologi 2010 – 2024 (n=166)

- Enbart de skador där felaktig bedömning av diagnostiskt material är orsaken
- Således inte skador där orsaken ligger i andra delar av den diagnostiska processen
- Diagnostik av hudförändringar särklassigt vanligaste område
- Därefter gynekologiska cellprover

Ersatta skador patologi 2010 – 2024 (n=166)

Område	Antal	Problem
Hudförändringar	98	Malign tumör (ofta melanom) missas
Gynekologiska cellprover	32	Malign gynekologisk tumör missas
Övrigt	36	Stor spridning av typer

Sammanfattning: Ersatta skador patologi 2010 – 2024 (n=166)

- Patologi är en specialitet med mycket liten andel av anmälningar till Lof
- Hög ersättningsgrad, vilket indikerar att det är det "mest tydliga" vi ser
- Tendens till mer allvarliga konsekvenser jämfört övriga ersatta skador
- Hudförändringar och gynekologiska cellprover klart dominerande

Fallstudie: Lokalisation & Provtagning

Händelseförlopp

- Patient med fyra olika hudbiopsier: tre visade basaliom, en visade skivepitelcancer.
- Utvidgad excision genomfördes. Resultatet visade basaliom.
- **Konflikt:** Patienten hävdade onödig operation och klagade även över en stor blödning orsakad av operationen.

Eftergranskning

Alla fyra biopsier var korrekt beskrivna.
Operationspreparatet var korrekt beskrivet (basaliom).

Nyckelfynd: Ingen ärrvävnad i basaliomet!

Slutsats: Kirurgen hade sannolikt inte opererat på samma ställe där biopsin var tagen. Cancern kan finnas kvar i patienten.

Fallstudie: Bröstcancer (Pre-analys)

Fallet

- Kvinna med bröstcancer och skelettmetastas. HER2-analys visar 2+ (ISH gränsfall*) två gånger.
- DNA-analys (sekvensering) på samma material, misslyckas pga fragmenterat DNA.

Två år senare uppstår levermetastas som är HER2 3+ (positiv) och amplifierad.

* omräknad flera gånger med resultat både över och under gränsvärde, slutsats, ej konklusivt underlag för amplifiering

Orsak & Konsekvens

Skelettproverna var **urkalkade (decalcified)** med syra, vilket förstörde både protein och DNA. Detta tolkades och kommunicerades inte korrekt mellan patolog och onkolog.

Resultat: Patienten missade 2 års livsförlängande anti-HER2-behandling.

Fallstudie: Sammanläggning av information

Diagnostiskt dilemma

Patient med mjukdelsförändring. Tvekan mellan *Solitary Fibrous Tumor (SFT)* och *Synovialt Sarkom*.

Analysdata:

- STAT6 IHC: **Negativ** (Talar mot SFT)
- Molekylär analys (SYT-SSX1): **Positiv** (Starkt stöd för Sarkom)

Vad gick fel?

Slutlig PAD-rapport saknas.

MDT-journalanteckning anger att patologen bedömer det som SFT.

SYT-SSX1 kommenteras inte

Analys: Har patologen ignorerat den molekylära analysen och enbart gått på morfologi? Information fanns men vägdes inte samman korrekt.

Konsekvens: Patienten fick inte rätt åtgärd och tumören progredierade.

Fallstudie: Melanom

Biopsi vs Excision

Enbart biopsi ("punch") ger ofta osäker diagnos vid melanom. Odds ratio för feldiagnos är **16.6** vid biopsi jämfört med hel excision.

Vårdprogrammet påbjuder hel excision av melanocytära lesioner!

Scenario 1: Biopsi visar invasivt melanom. Excision visar ärrvävnad eller svårtolkad bild. Patienten uppfattar att hen blivit opererad i onödan och ifrågasätter originaldiagnosen.

Scenario 2: Biopsi visar misstänkt melanom eller endast in situ. Excision visar invasivt melanom med svårvärderad Clark/Breslow etc. Patienten anmäler vid metastas för tidigare "feldiagnos" och underbehandling.

Exempel: Cervixcytologi & Felkällor



Statistik

Ca 10-20% av alla cervix-cytologiprover är falskt negativa.

Det betyder att ca 5 av 20 kvinnor med precancer missas vid enbart cytologi.

Vid enbart HPV screening missas 2 av 20.



Typer av fel

- **Sampling error (80%):** Celler från lesionen kom aldrig med på glaset. Utredning: Fanns endocervikala celler?
- **Interpretation error (17%):** Atypiska celler fanns men missades eller feltolkades (t.ex. pga "low-grade appearance" eller blod/nekros).

Exempel: Cervix Bedömning

Förändrade riktlinjer

- **2015:** Primär HPV-testning i nationella riktlinjer (30-64 år).
- **2017:** Rollout i regionerna.
- **2019:** HPV-baserad screening fullt ut (23-64 år).
- **2022:** HPV självtest.

Vid eftergranskning

Hänsyn tas till vad som gällde vid tidpunkten.

- Var cytologin korrekt bedömd?
- Rapporteras det om endocervikala celler (kvalitetskontroll)?
- Borde HPV-test ha gjorts enligt dåvarande riktlinjer men missades?
- Var biopsi korrekt bedömd och gjordes tilläggsundersökning (p16)?

Exempel: Kommunikation

Vad når fram till klinikern?

- **Diagnos: Inget malignt i föreliggande material,** I mikroskopibeskrivningen framgår att provet är:
Sparsamt, ej tillräckligt djupt, ej representativt
etc.
Skulle **EJ DIAGNOSTISKT UNDERLAG** fungera bättre?
- **“Misstanke om”:** - blir ofta definitiv diagnos i efterföljande journalanteckningar...

Egna erfarenheter

Hur och vad kan vi lära av egna och andras misstag?

Gunilla Rask

Överläkare, klinisk Patologi NUS

Prata om det!

Prata om det!

Hur ger vi feedback på andras misstag?

Mail? Teams?

Meddelande i LISet?

Prata direkt med berörd kollega?

Prata om det!

Hur ger vi feedback på andras misstag?

Mail? Teams?

Meddelande i LISet?

Prata direkt med berörd kollega?

Hur tar vi emot feedback?

Prata om det!

Hur ger vi feedback på andras misstag?

Hur delar vi med oss av egna misstag?

Morbidity and mortality conference (M&M)?

JC?

Histovisningsträffar?

ST-undervisning?

Prata om det!

Hur ger vi feedback på andras misstag?

Hur delar vi med oss av egna misstag?

Hur kan vi förebygga nya misstag?

Typer av fel

Fel i diagnostiken

Fel vid kommunikation av diagnos

Typer av fel

Fel i diagnostiken

- Rena misstag

- Fel där systematiska faktorer bidrog till resultatet

- Fel kompetens hos patologen

Fel vid kommunikation av diagnos

- Otydliga PAD

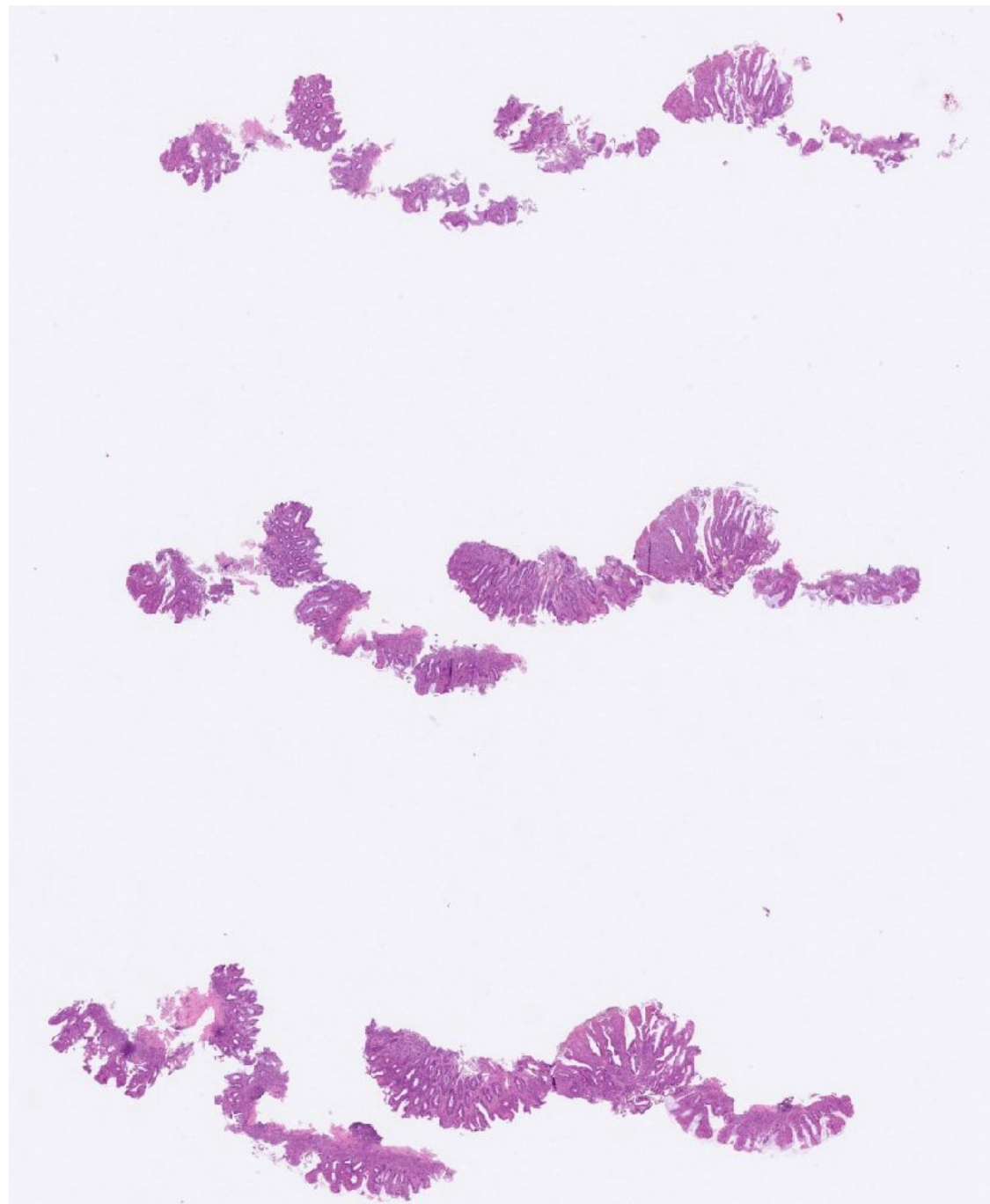
- Dålig kommunikation på MDK

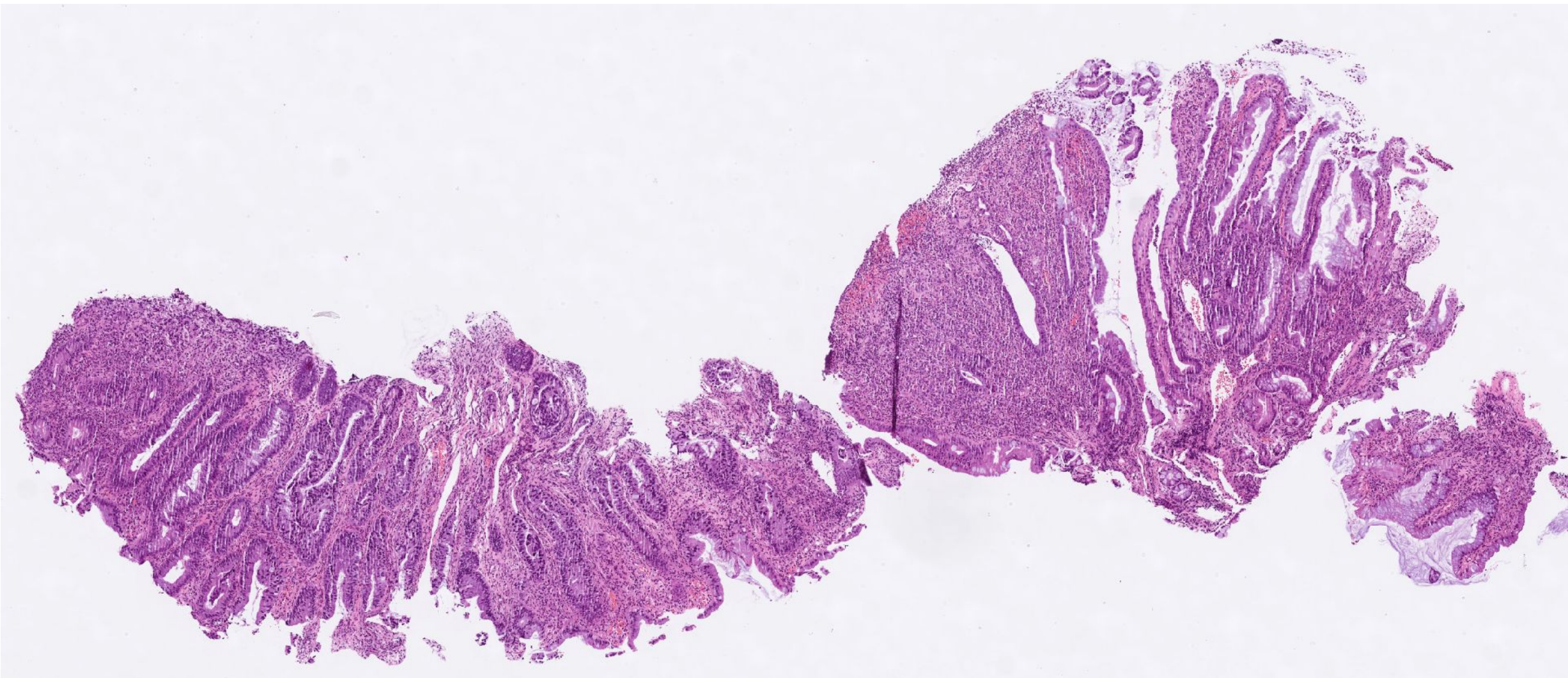
Försvårande omständigheter

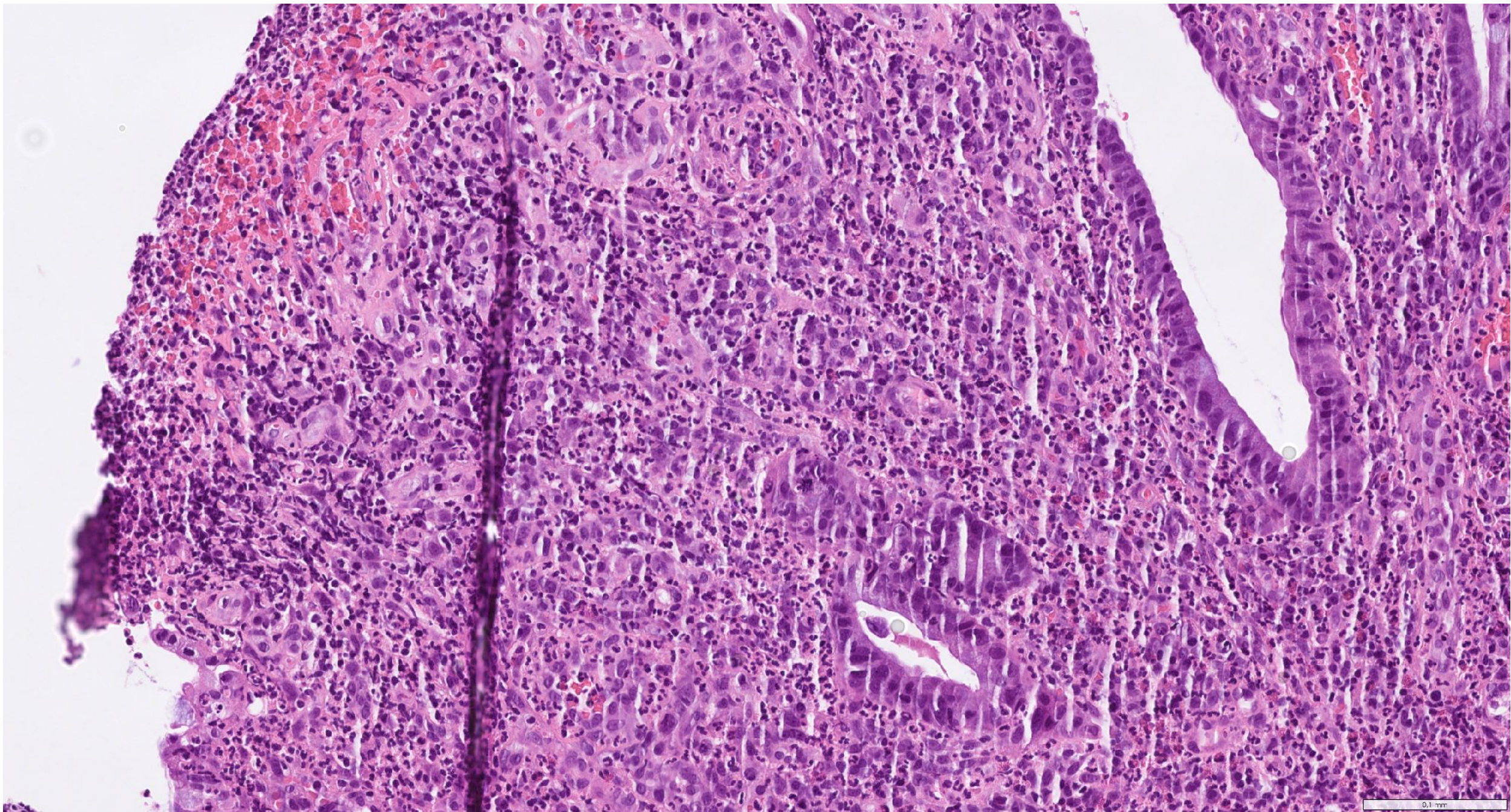
35-årig man.

”Opererad med kolektomi pga ulcerös kolit. I rektumstumpen ses makroskopiskt inflammerad slemhinna.”

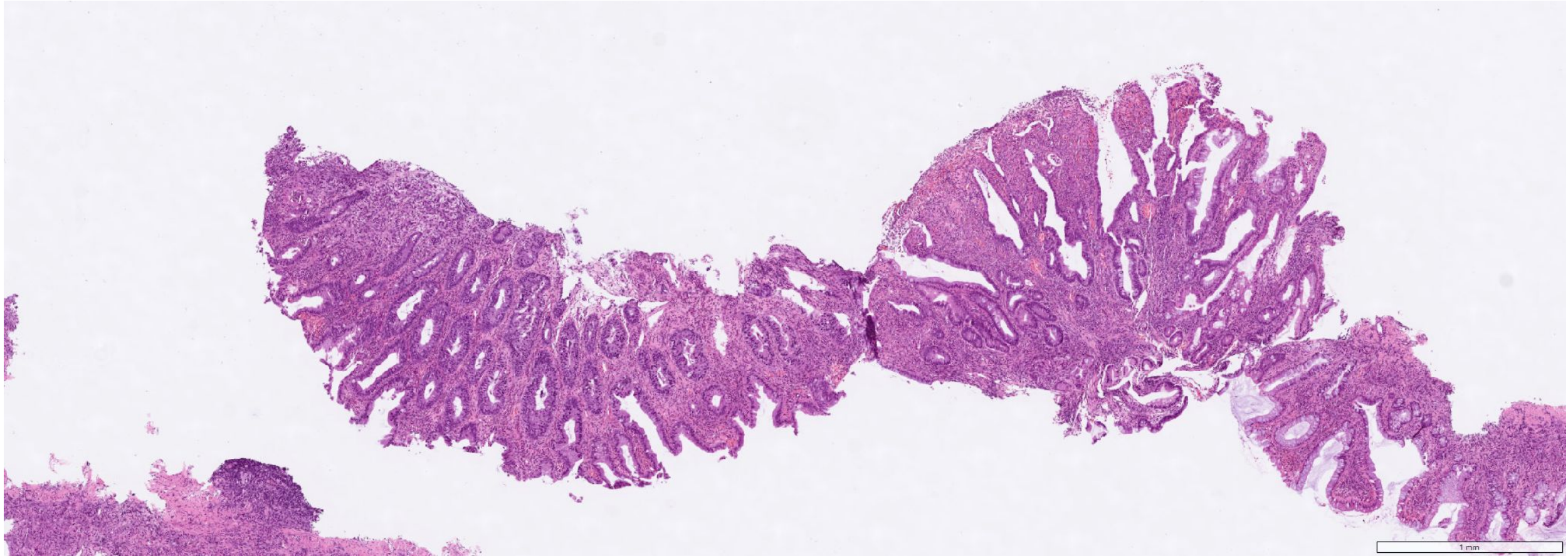
PAD: ”Kronisk aktiv proktit med ulceration. Ingen dysplasi.”

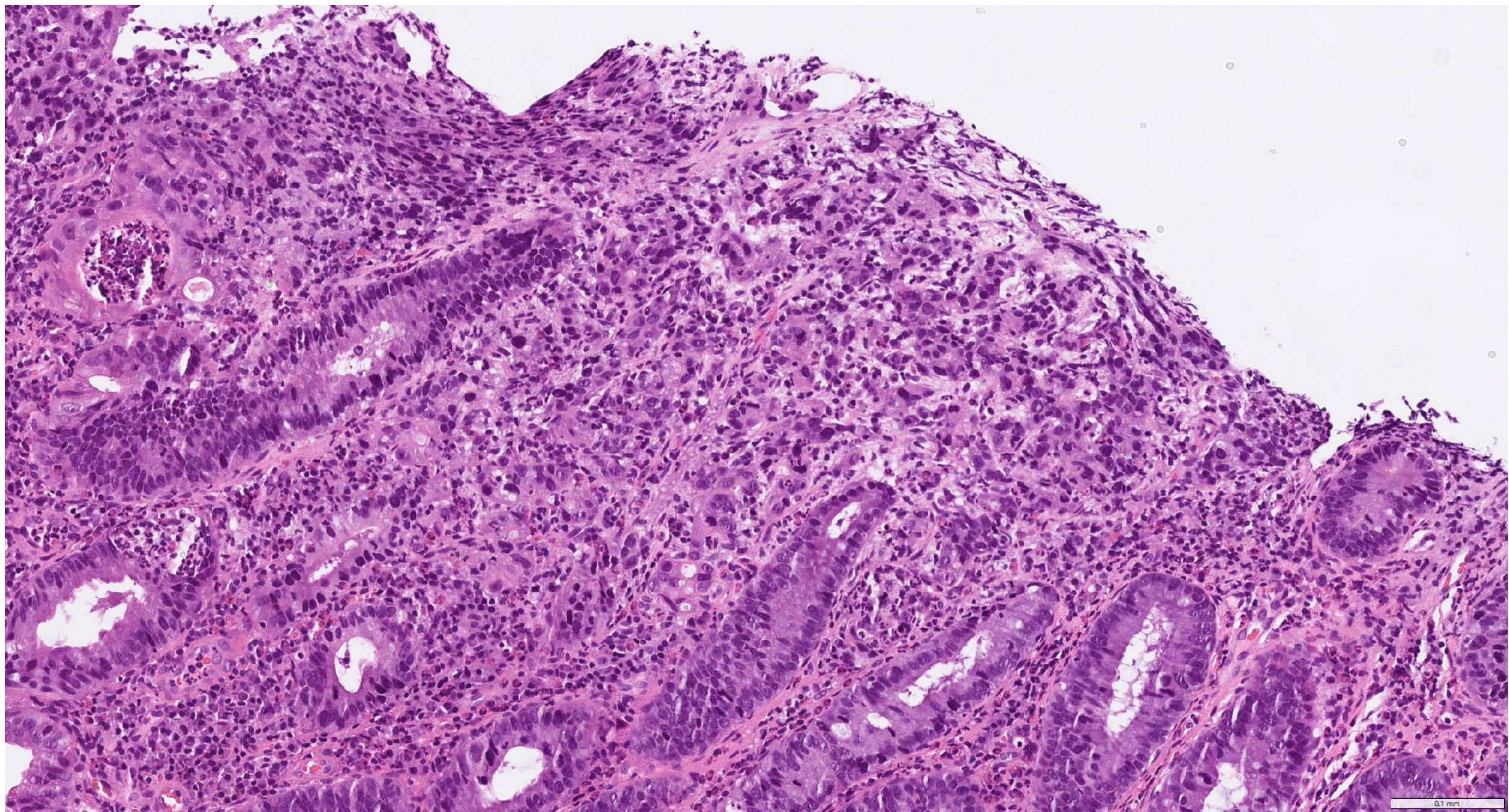






0.1 mm





Vad bidrog till felet?

Erfaren ST-läkare – tid ej avsatt för egentlig genomgång av fallen

Litet område i sista nivån, mot inflammerad bakgrund

Vad bidrog till felet?

Erfaren ST-läkare – tid ej avsatt för egentlig genomgång av fallen

Schemalägningsfråga – vem har ansvar för fallen?

Reflektion – vem är ansvarig för fallet? Hur jobbar jag med ST-läkare? Bättre att signera ut själv?

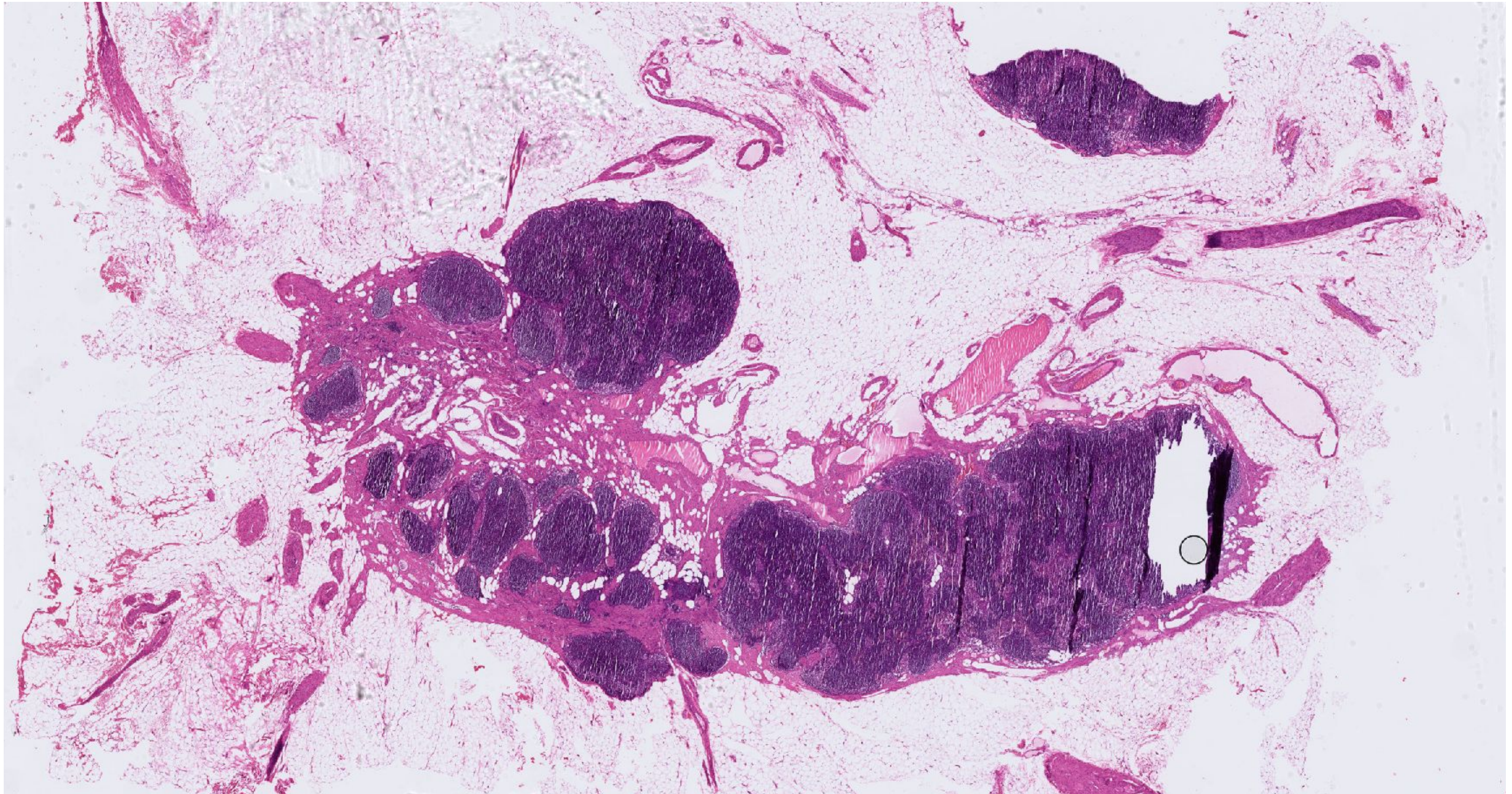
Litet område i sista nivån, mot inflammerad bakgrund

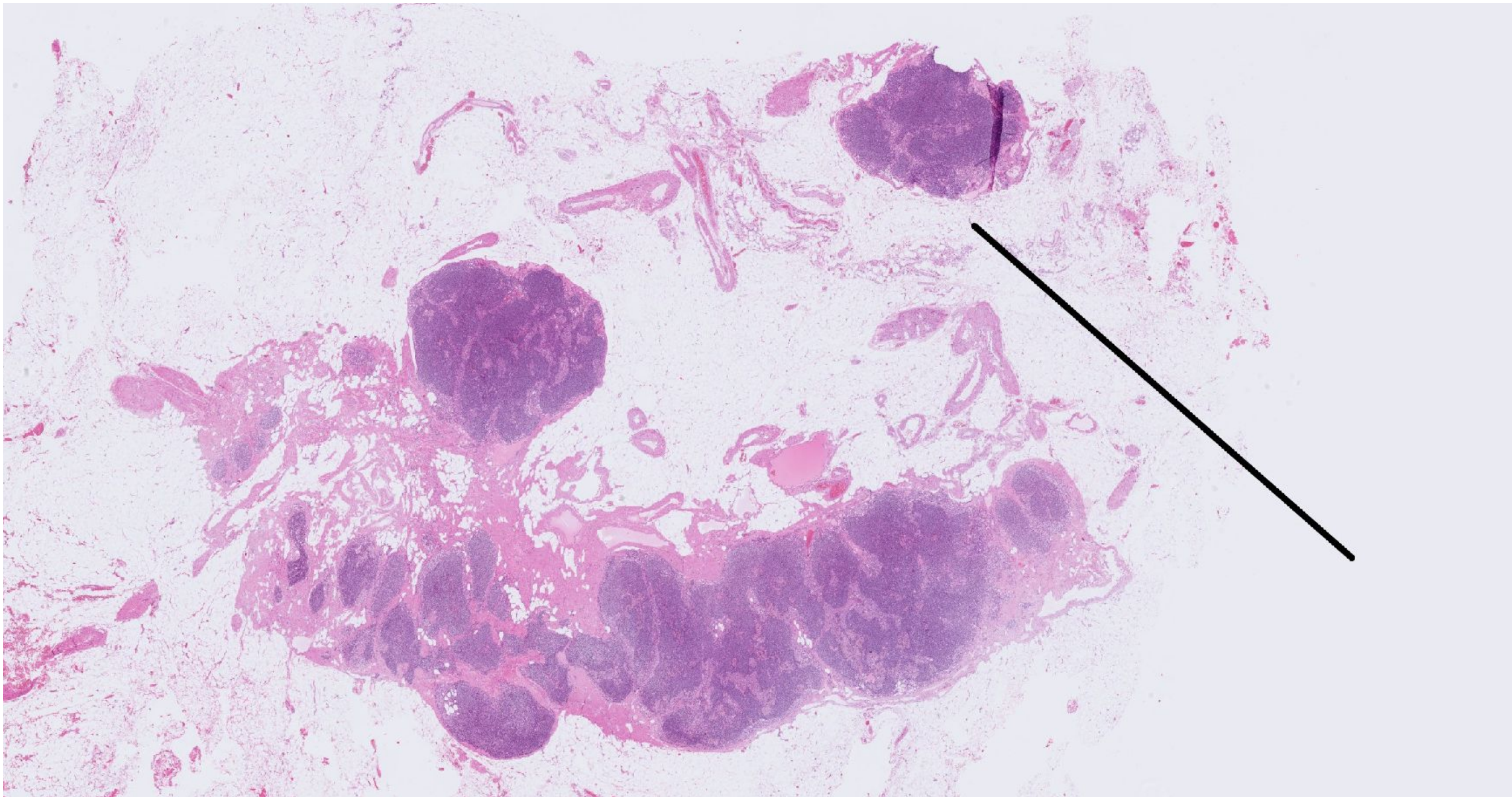
Automatiserad bildanays ("AI")

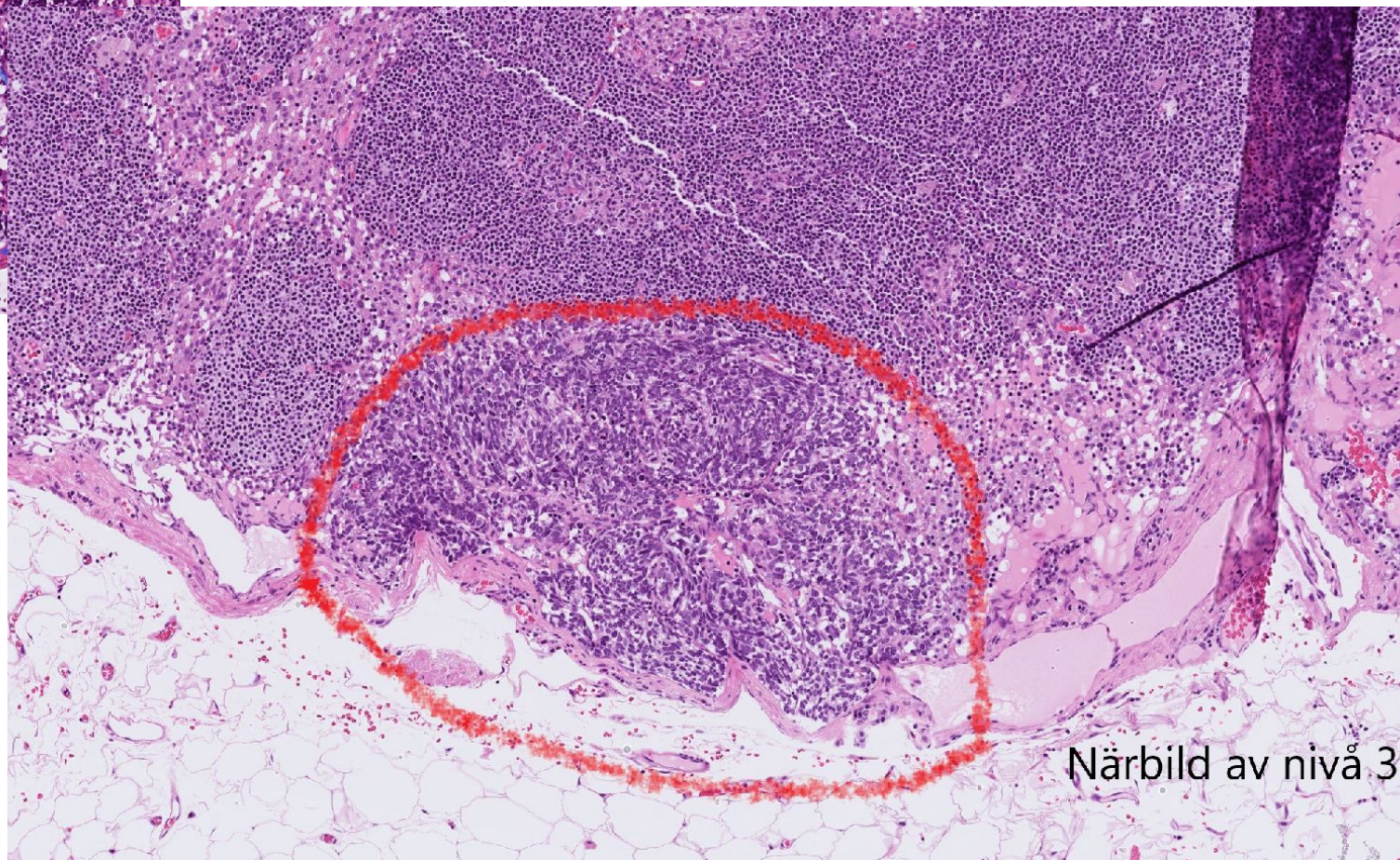
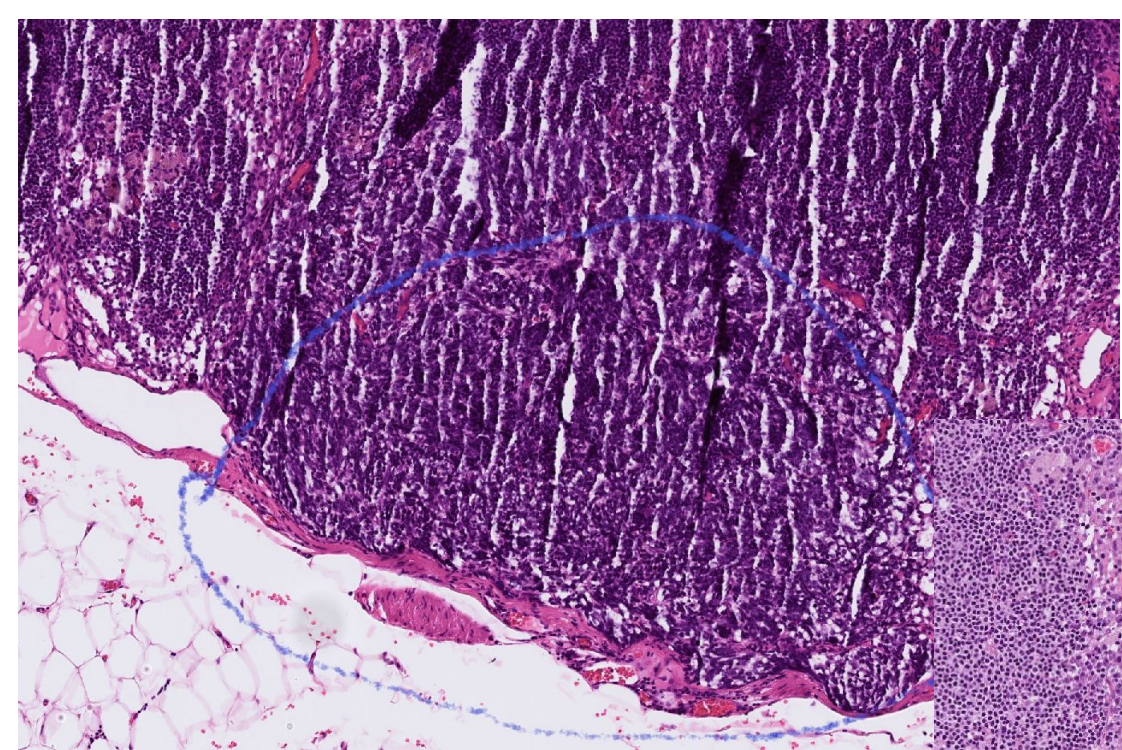
Försvårande omständigheter 2

Kvinna 47 år

Tunntarmsresektion på grund av neuroendokrin cancer.







Närbild av nivå 3

Vad kunde ha gått fel?

Tjockt snitt – lätt att missa metastaser, särskilt från NET / NEC

Vad kunde ha gått fel?

Tjockt snitt – lätt att missa metastaser, särskilt från NET / NEC

Systematiskt kvalitetsarbete: snittning, färgning, scanning

Fortbildning av personal på lab

Minskad personalomsättning

Snittrobot?

Automatiserad bildkvalitetskontroll?

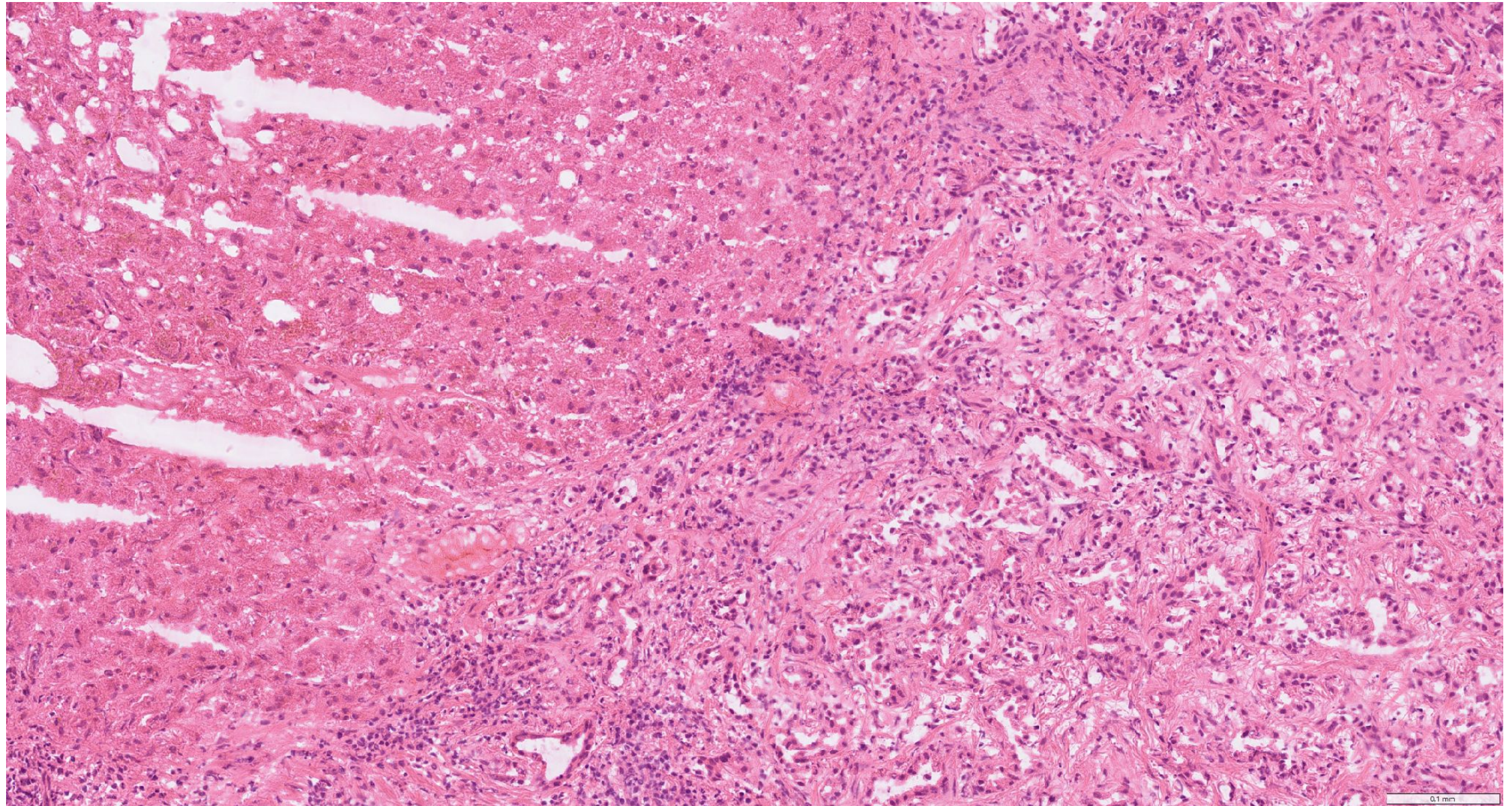
Fel kompetens

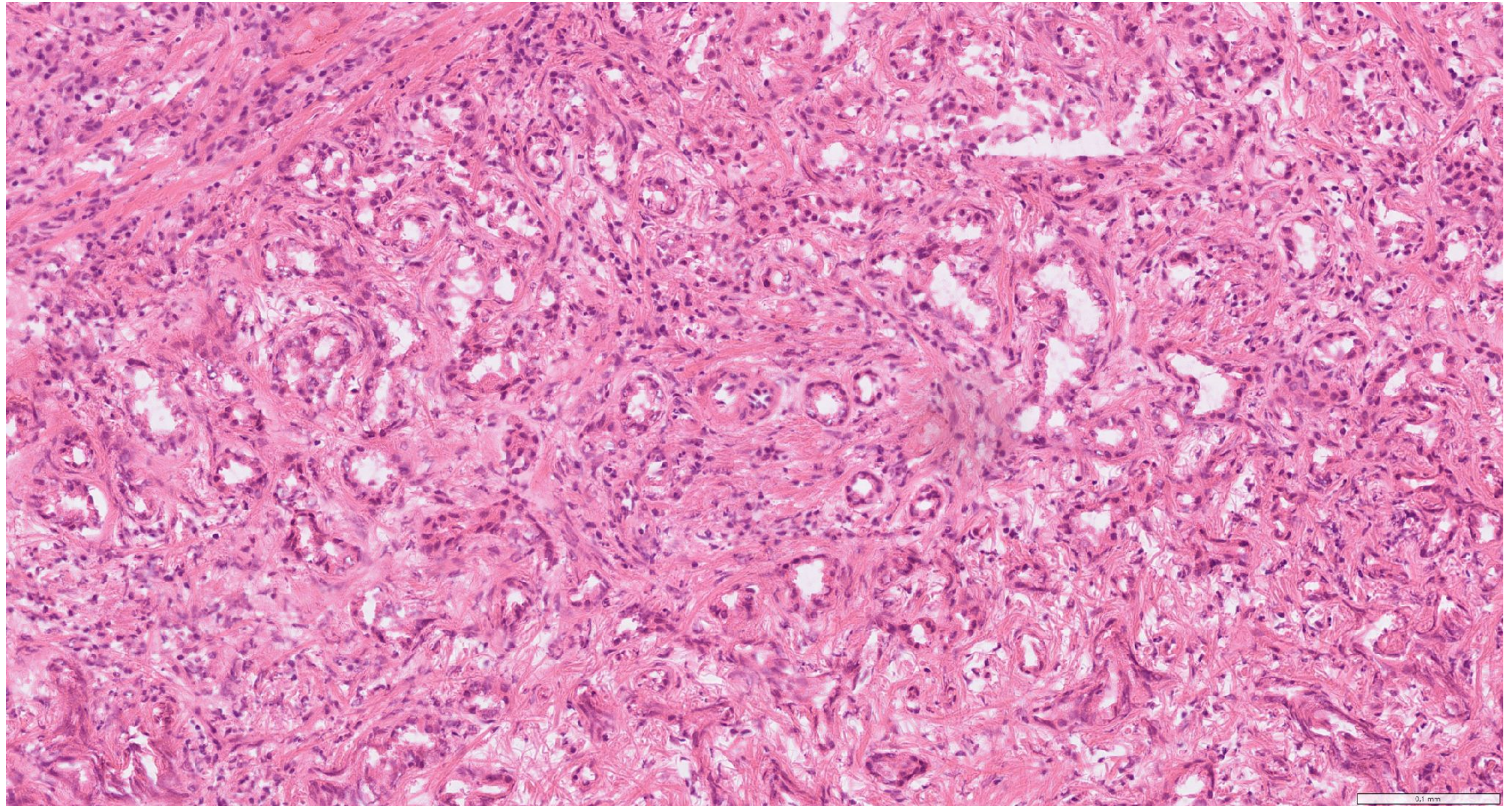
Fel kompetens

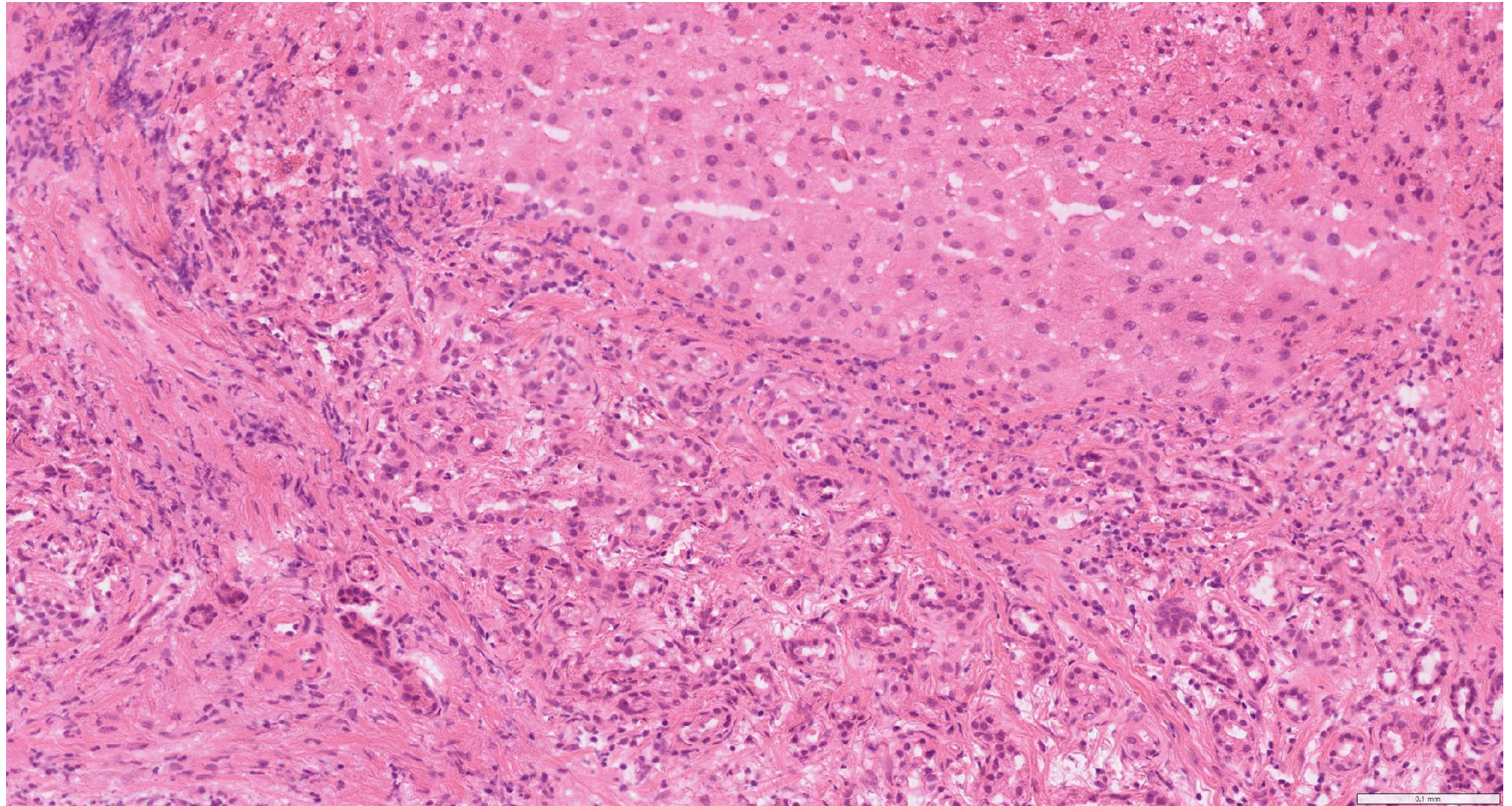
Man 74 år.

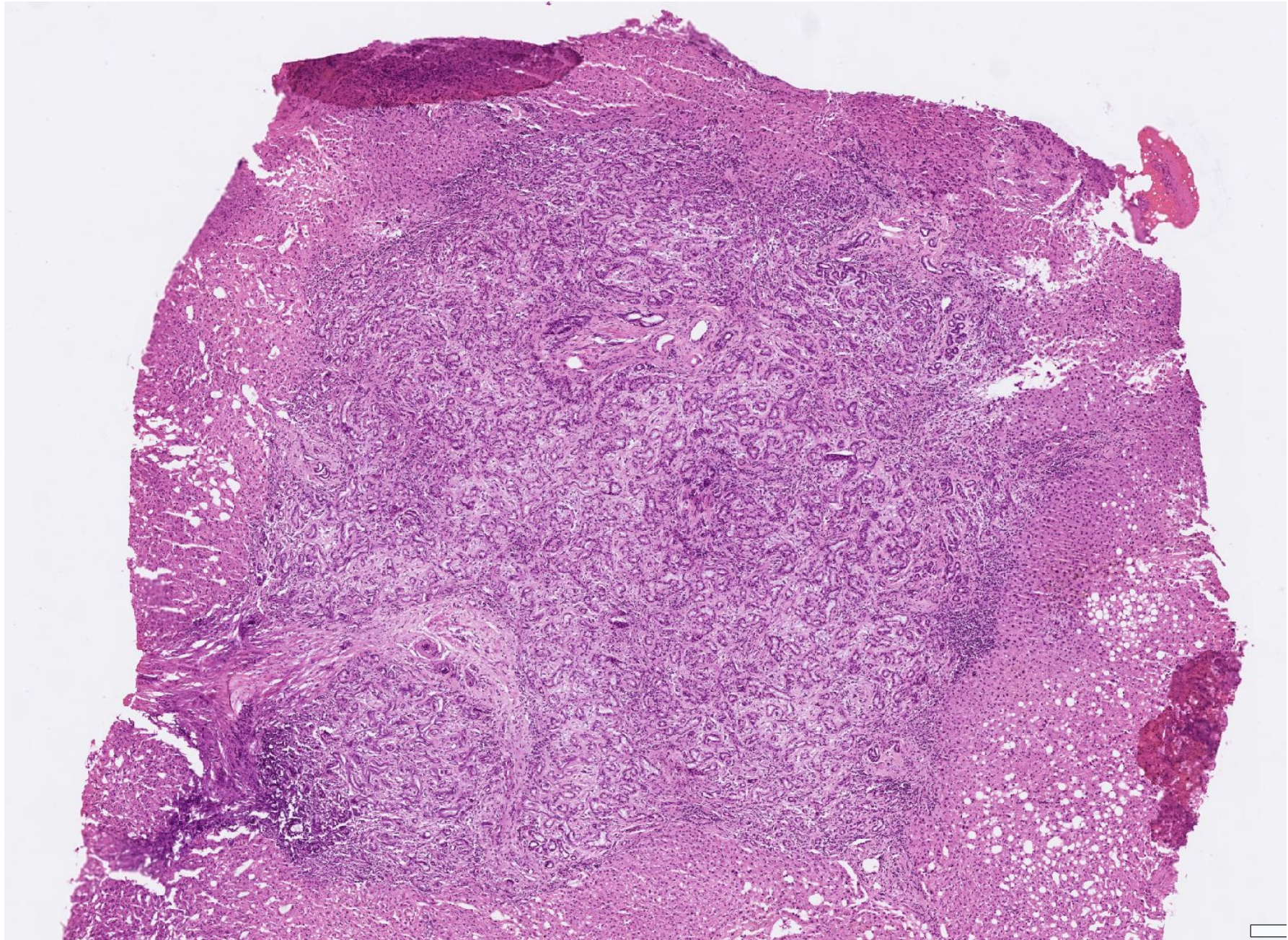
”Pancreasca, kemobehandlad. Nu exploration. Metastas?”











Fel kompetens

Ingen formell subspecialisering

Cytologi avskaffat 2008 som egen specialitet

Inga nationella riktlinjer

Hur ska VC säkerställa att personal har rätt kompetens?

Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsmedicin

Barn- och ungdomsallergologi
Barn- och ungdomshematologi och onkologi
Barn- och ungdomskardiologi
Barn- och ungdomsneurologi med habilitering
Neonatologi

Bild- och funktionsmedicinska specialiteter

Klinisk fysiologi
Radiologi

Neuroradiologi

Enskilda basspecialiteter

Akutsjukvård
Allmänmedicin
Arbets- och miljömedicin
Hud- och könssjukdomar
Infektionssjukdomar
Klinisk farmakologi
Klinisk genetik
Onkologi
Reumatologi
Rättsmedicin
Socialmedicin

Invärtesmedicinska specialiteter

Endokrinologi och diabetologi
Geriatrisk
Hematologi
Internmedicin
Kardiologi
Lungsjukdomar
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi
Njurmedicin

Kirurgiska specialiteter

Anestesi och intensivvård
Barn- och ungdomskirurgi
Handkirurgi
Kirurgi
Kärlkirurgi
Obstetrik och gynekologi
Ortopedi
Plastikkirurgi
Thoraxkirurgi
Urologi
Ögonsjukdomar
Öron-, näs- och halsjukdomar

Hörsel- och balansrubbingar
Röst- och talrubbingar

Laboratoriemedicinska specialiteter

Klinisk immunologi och transfusionsmedicin
Klinisk kemi
Klinisk mikrobiologi
Klinisk patologi

Neurologiska specialiteter

Klinisk neurofysiologi
Neurokirurgi
Neurologi
Rehabiliteringsmedicin

Psykiatriska specialiteter

Barn- och ungdomspsykiatri
Psykiatri

Rättspsykiatri

Tilläggsspecialiteter

Allergologi
Arbetsmedicin
Beroendemedicin
Gynekologisk onkologi
Nuklearmedicin
Palliativ medicin
Skolhälsovård (medicinska insatser i elevhälsan)
Smärtföreläsning
Vårdhygien
Äldrepsykiatri

Fel kompetens – vad kan vi göra?

Arbeta för nationella riktlinjer i samtliga vårdprogram

Uppföljning av Equalisutskick

Kompetensbevis – nationellt format? CCC?

Informationsarbete mot regionledning

Digitalisering

Möjliggör subspecialisering på varje ort

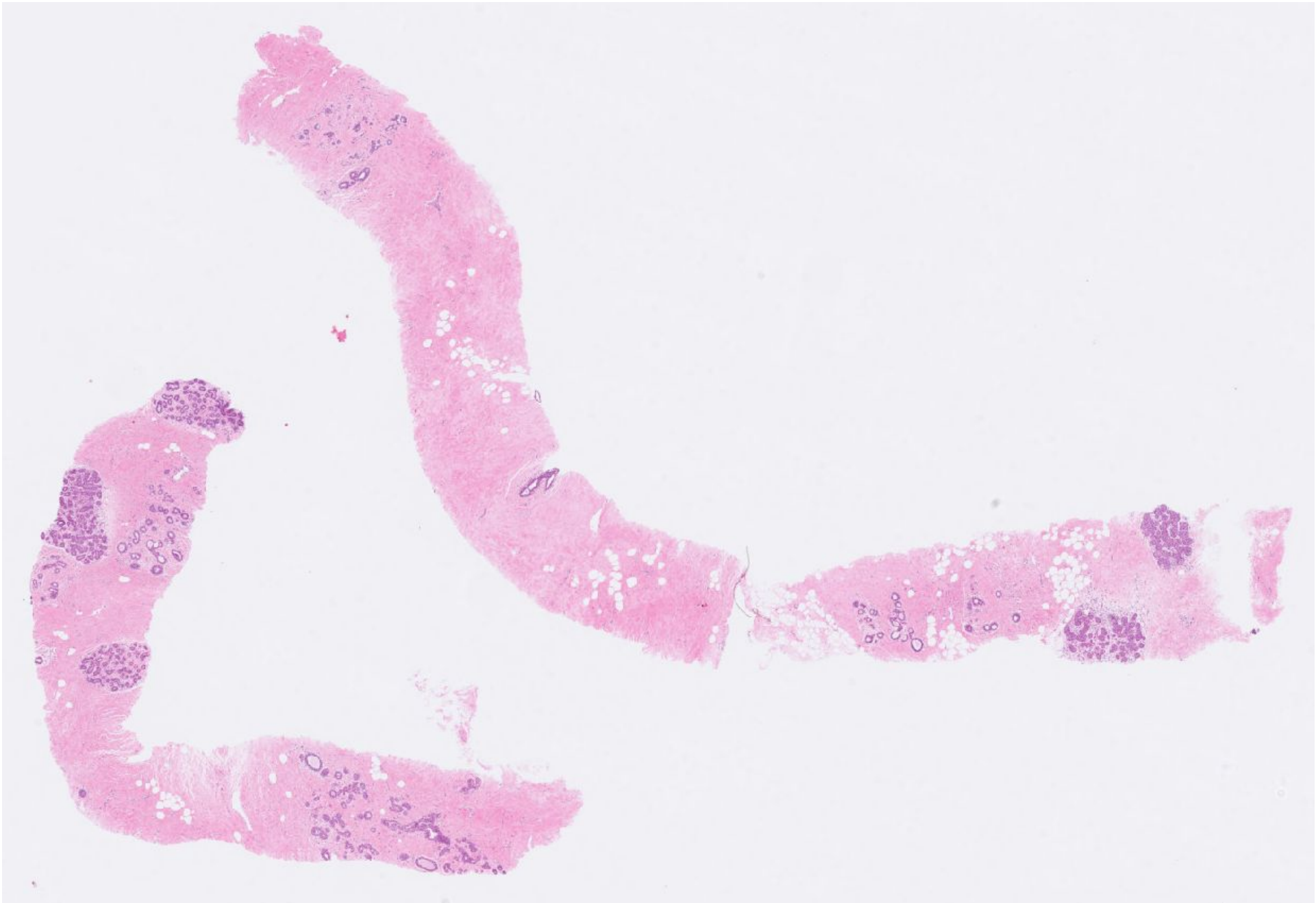
Möjliggör konsultation

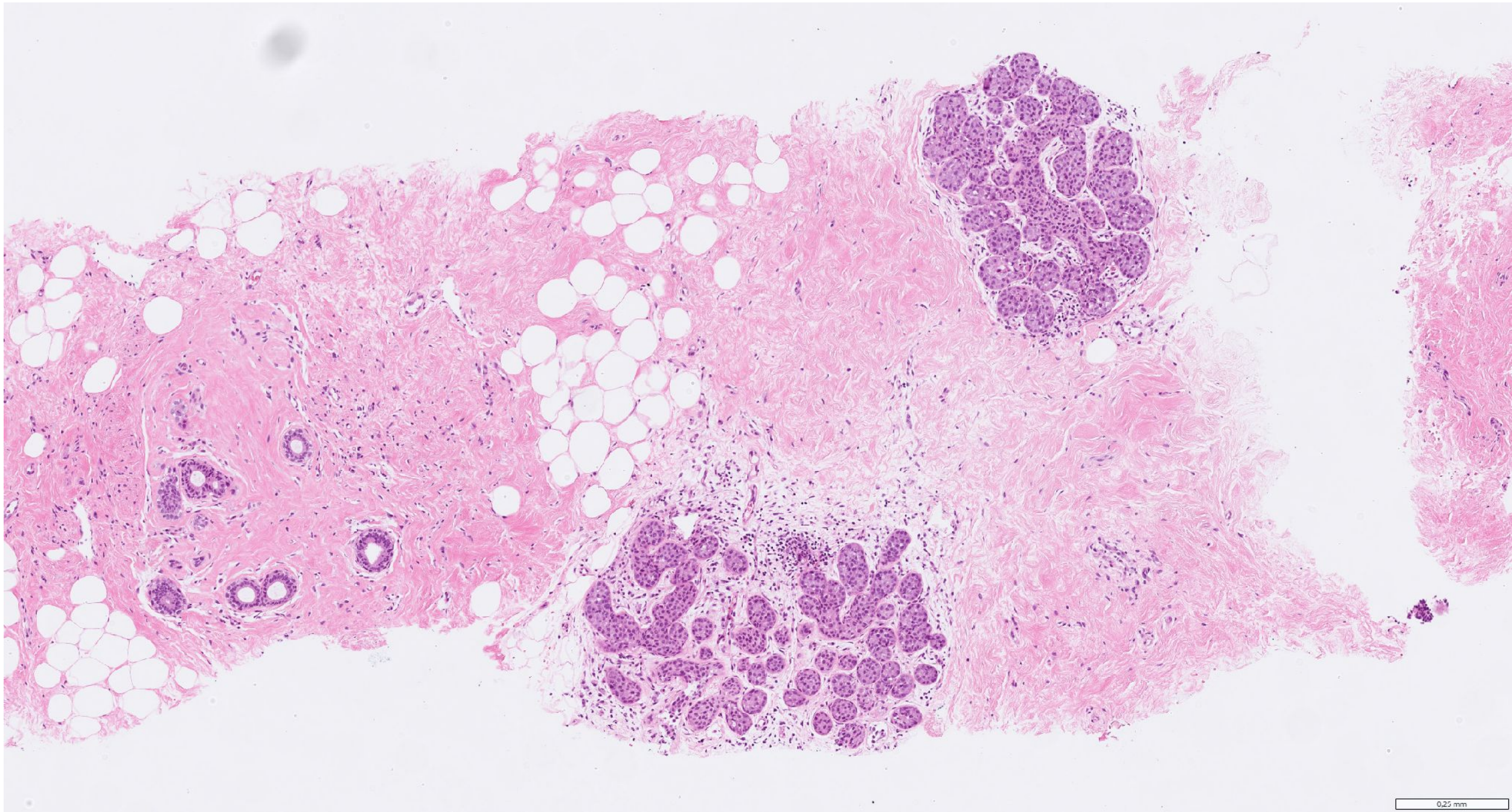
AI? Hjälper inte så mycket i dessa fall ännu

Fel vid kommunikation av diagnos

Kommunikation på MDK

”Kvinna 44 år. Scr sel dx pga 34 mm ovalt område som ökat i täthet. Palpabelt. UL visar 33 x 14 mm diffust avgränsad heterogen förändring med cystiska inslag. Kod 3.”





Kommunikation på MDK

”I snitten ses bröstvävnad med bindvävsrikt och körtelfattigt stroma. I två TDLU ses klassisk LCIS / ALH. Inga hållpunkter för pleomorf LCIS. Således kod B3. De här förändringarna är att betrakta som ett bifynd som inte ger någon radiologiska avvikelser. Inga cystor ses.

Grovnålsbiopsi höger bröst kl 11 med klassisk LCIS.”

Kommunikation på MDK

I svar på avvikelse "Ingen rekommendation har kommit från patologen på rondan när beslutet togs"

Kommunikationsfel 2

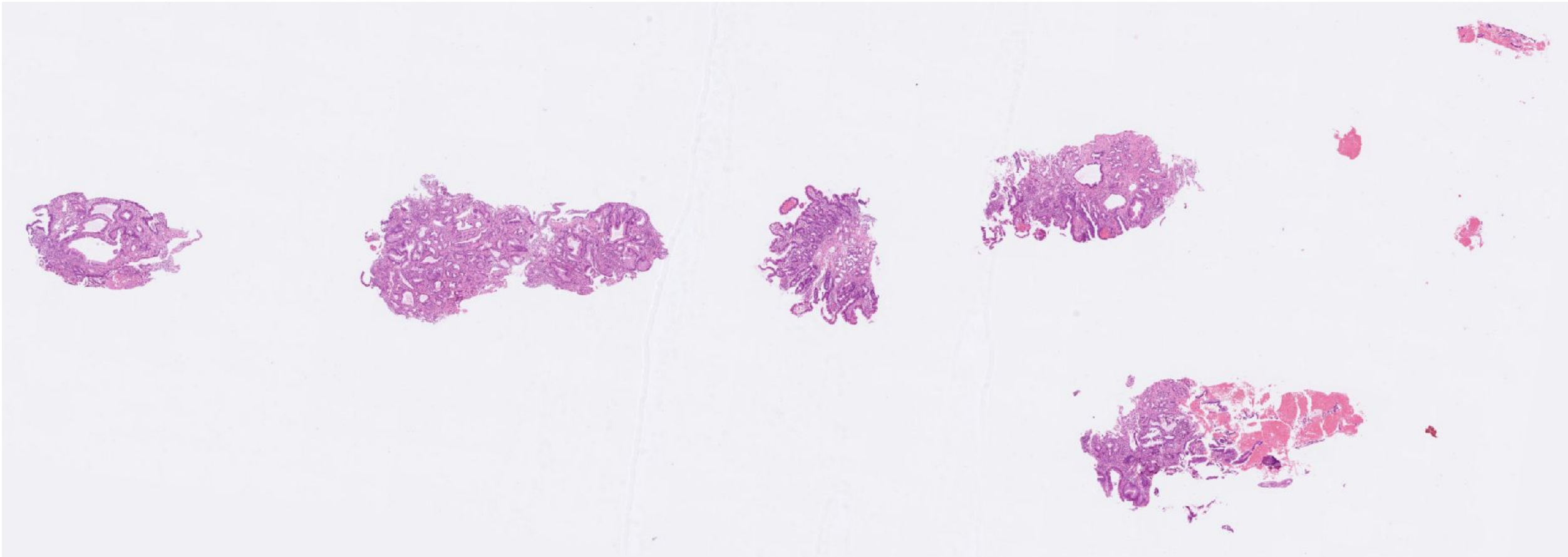
Kommunikationsfel 2

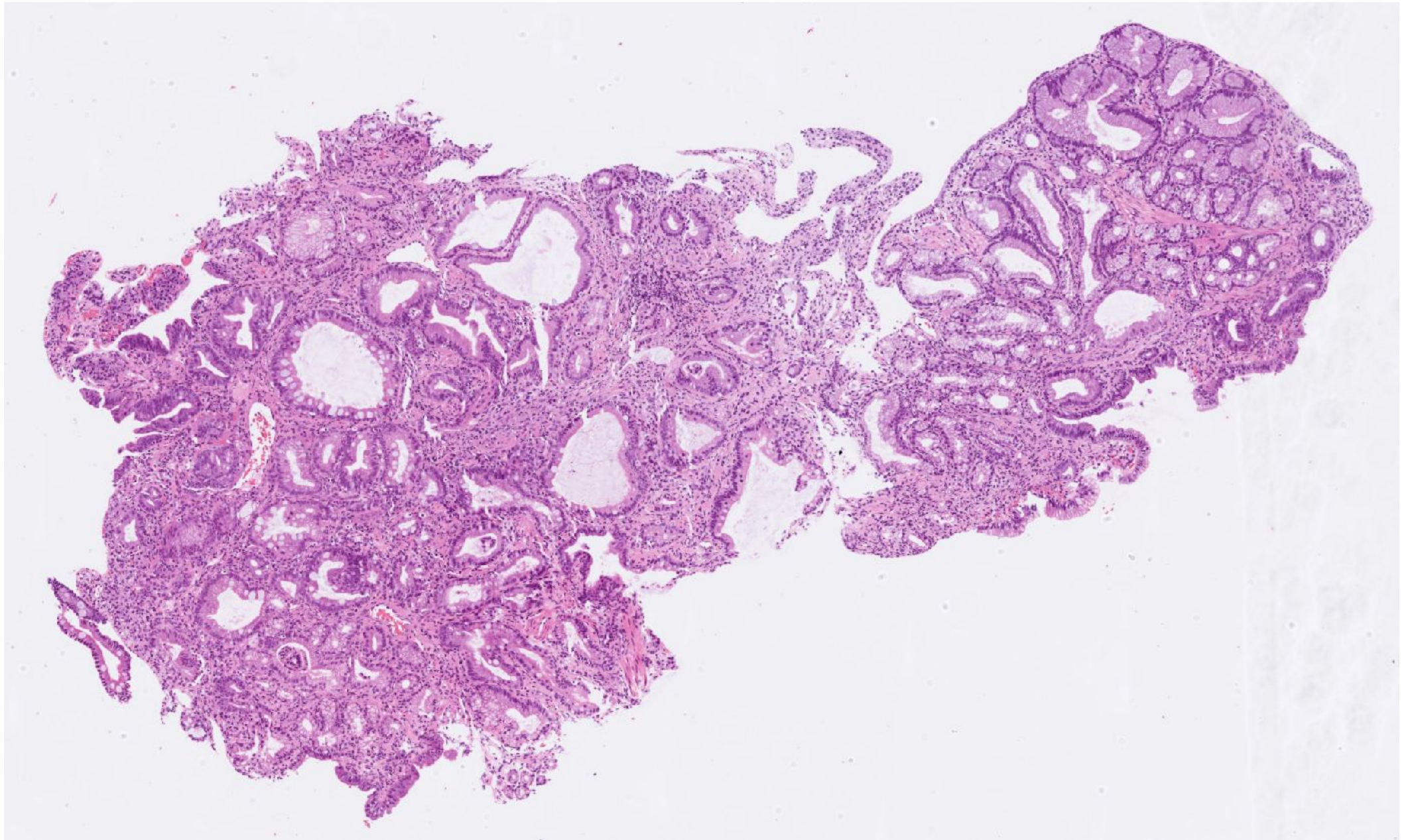
Kvinna 78 år. Inkommer för illamående. Förhöjda levervärden. CT visar mjukdelssvullnad kring papilla Vateri.

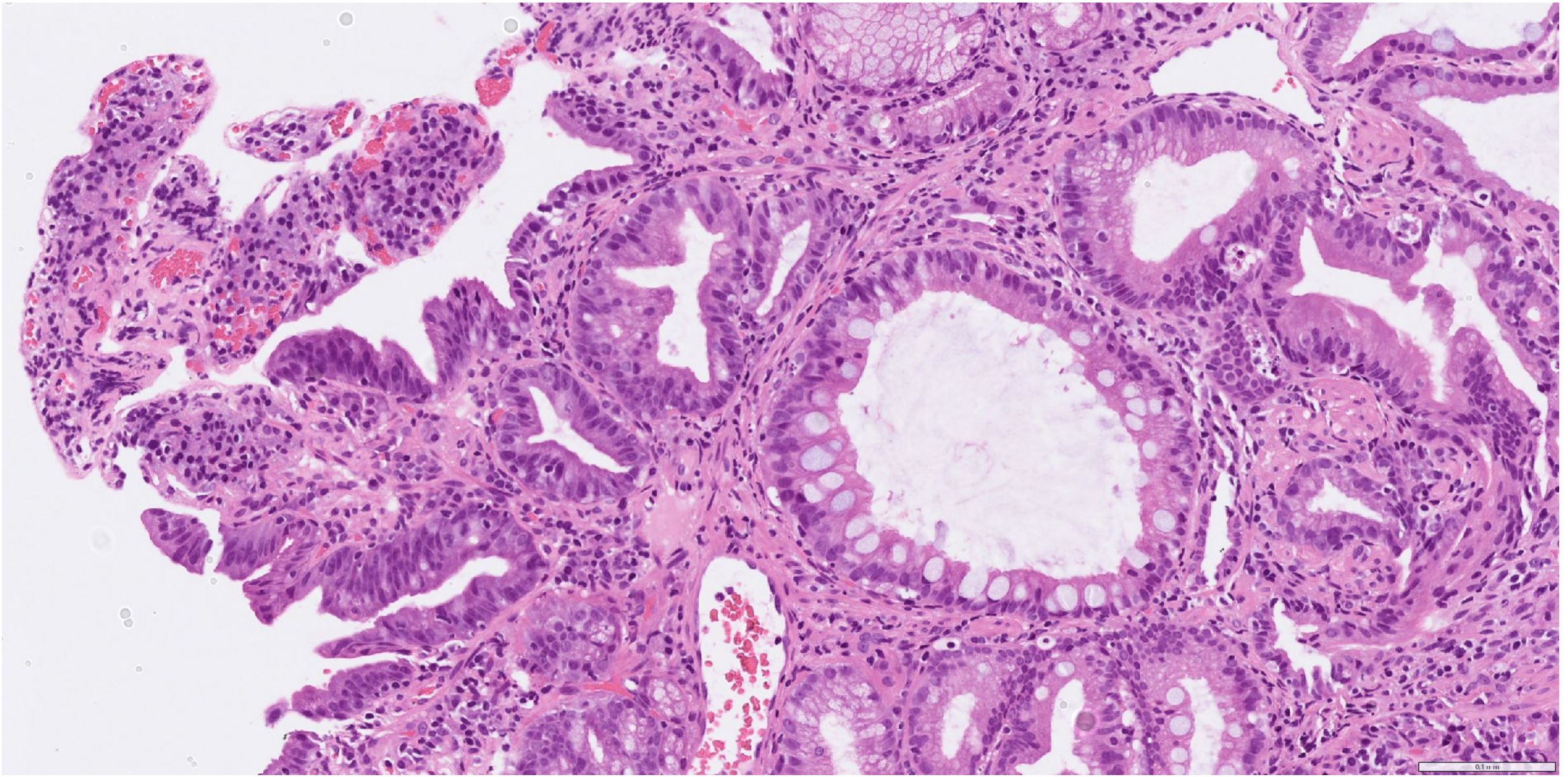
MDK dag 3 rekommenderar MRCP och endoskopi.

MRCP: Fibros. Kan ej utesluta malignitet.

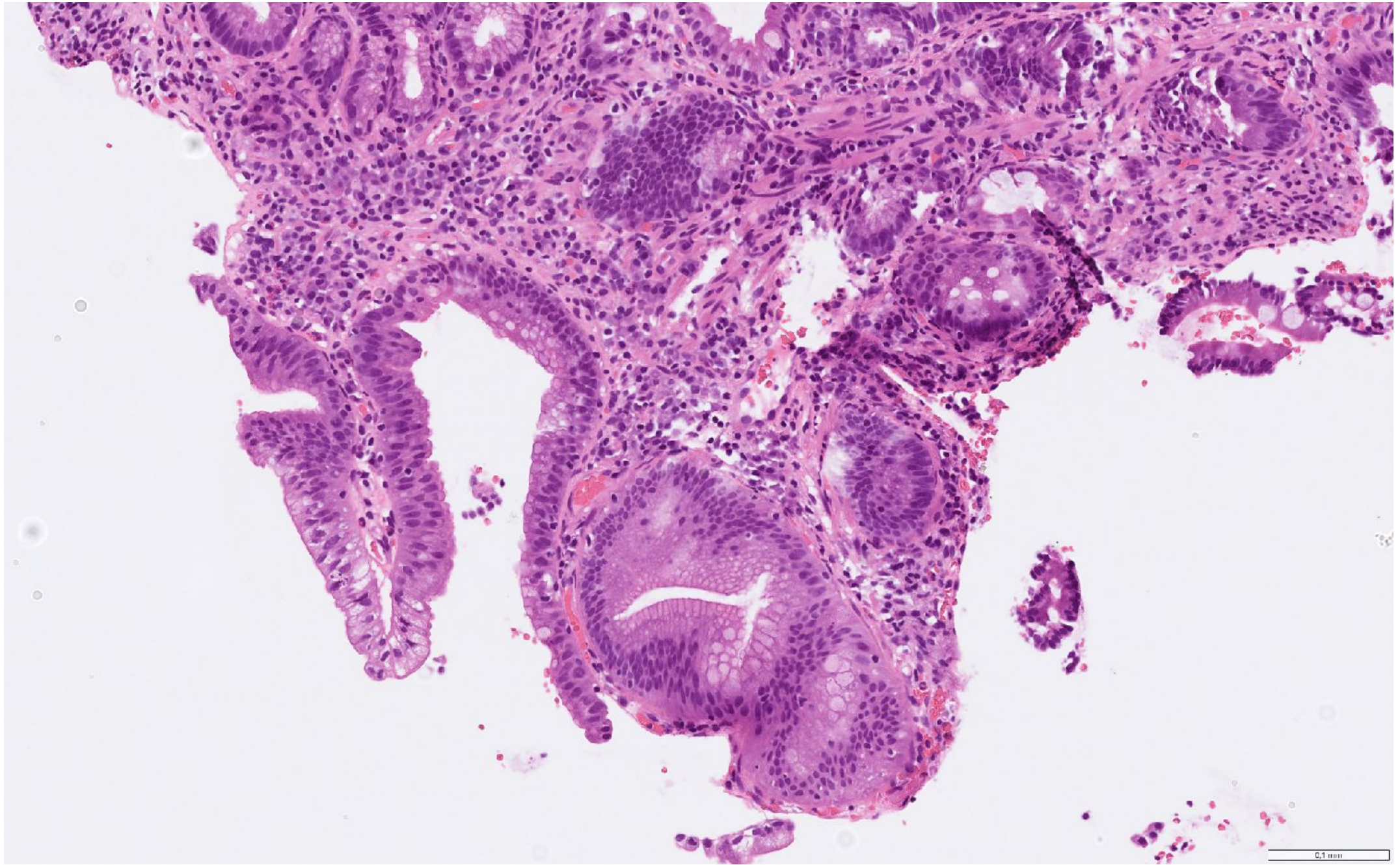
MDK dag 17 efter MRCP. Rekommenderar att gå vidare med skopi.

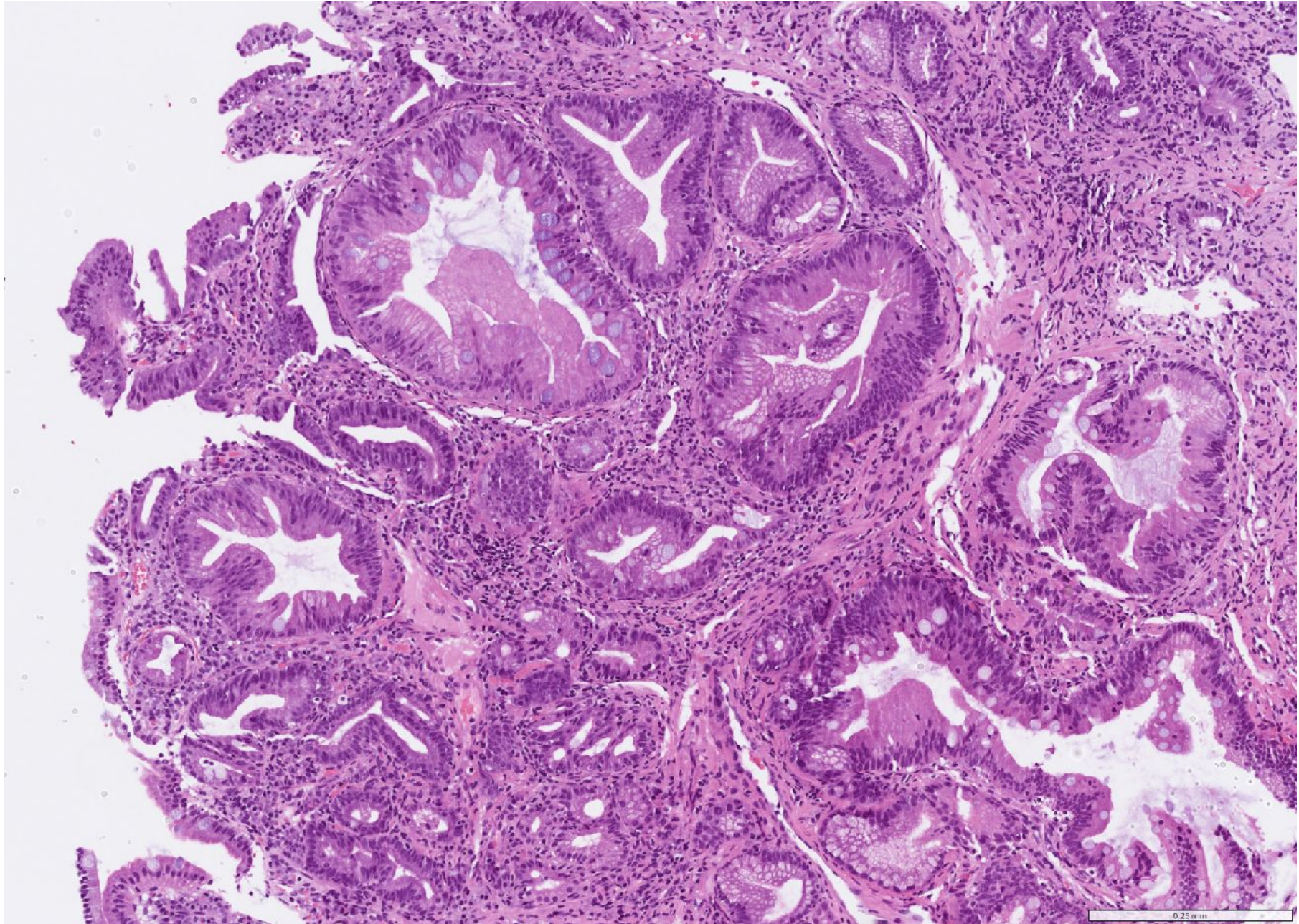






0.1mm





Kommunikationsfel 2

”Man ser i multipla fragment bild av ett frodigt, delvis reaktivt papillepitel. I detta ses dock även vad vi bedömer representera äkta låggradig dysplasi. Inga hållpunkter för höggradig dysplasi eller invasion. Dr. P. Log har även konsulterats”

”Papillbiopsimaterial med bild av tubulovillöst adenom med låggradig dysplasi. Ingen påvisad invasion.”

Kommunikationsfel 2

Dag 27 beslutas om Whipple , ej dokumenterat hur beslutet togs
(i korridoren på kirurgavd)

Opereras dag 67

Inget malignt eller dysplastiskt i preparatet

Långvarig IVA-vård med fler komplikationer - men överlever

Kommunikationsfel 2 - åtgärder

Kirurgen läser bara PAD.

Alla fall måste gå via MDK. Både för eftergranskning och möjlighet till nyansering som aldrig framgår i skrivna PAD.

Aktuell MDK fungerade inte, pga dålig struktur och för kort avsatt tid.

Sammanfattningsvis

Systematiskt kvalitetsarbete

- Automatisering och AI kan delvis bidra
- Omfattar även pre-analytiska faktorer

Rätt kompetens på lab

- Vidareutbildning, värdera erfarenhet

Rätt kompetens hos patolog

- Subspecialisering (vilket innebär...?)

- Integrera molekyllär data med morfologi

- Kompetensbevis (arbetstid, PAD:n, **kurser**, MDK, extern QA)

- God möjlighet till konsultation (tekniskt möjligt, kulturellt accepterat)

Välfungerande MDK

- ST-mål

- kulturförändring

Tack!

