

Tyreoidiecancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2023

Diagnosår: 2022

Nationellt kvalitetsregister för Thyreoidiecancer



Regionalt cancercentrum väst
Västra Sjukvårdsregionen
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
SE-413 45 GÖTEBORG

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@vgregion.se

Rapporterna kan laddas ner från
Regionalt cancercentrum väst hemsida www.rccvast.se

ISBN 978-91-87663-44-4



Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 ORGANISATION	3
2.1 Styrgruppen	3
2.2 Nationellt stödteam	3
2.3 Årsrapport	4
3 BAKGRUND	5
4 PROCESS- OCH RESULTATMÅTT	6
5 REDOVISADE RESULTAT	7
5.1 Täckningsgrader	7
5.2 Antal fall och demografiska data	12
5.3 Diagnosspecifika data	14
5.4 Kvalitetsindikatorer	21
5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska	21
5.4.2 Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ cytologisk diagnos	22
5.4.3 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader	23
5.4.4 Andel patienter diskuterade på MDK	24
5.5 Ledtider	25
5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist	25
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart	32
5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart	38

Tabeller

1	Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, levererade 2023-08-22 - 2023-08-24. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.	8
2	Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår och sjukhus, levererade 2023-08-22 - 2023-08-24. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör.	9
3	Täckningsgrad för formulär 2 - Status 9-12 månader efter påbörjad primärbehandling per diagnosår. Uppdelat efter region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . .	11
4	Antal inrapporterade fall med diagnosår 2018-2022 per region.	12
5	Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2018-2022.	15
6	T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).	16
7	Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2022.	17
8	N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).	17
9	M-stadium för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).	17
10	Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$. Patienter som fått diagnos 2022. Uppdelat efter region.	18
11	Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2022.	19
12	Antal och andel fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter med patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2022.	19
13	Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2022. Informationen saknas för 8 fall.	20

Figurer

1	Åldersstandardiserad incidens för tyreoidcancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Referenspopulation: Europa. Källa: NORDCAN, 2022-09-23.	5
2	Åldersfördelning för patienter med diagnos 2018-2022.	12
3	Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2018-2022.	13
4	Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2018-2022. 20	
5	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium $\geq T1b$	21
6	Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativt fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium $\geq T1b$	22
7	Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, patologisk T-stadium $\geq T1b$ och inrapporterat formulär 2 (Status 9-12 månader efter primärbehandling).	23
8	Andel patienter diskuterade på MDK. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium $\geq T1b$	24
9	Förklarande bild av leddiagram.	25
10	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022.	26
11	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	27
12	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022.	28
13	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	29
14	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2018-2022.	30
15	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-V och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	31
16	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.	32
17	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	33
18	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.	34
19	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	35
20	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.	36
21	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	37
22	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.	38
23	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	39

1 INLEDNING

Detta är tionde årsrapporten för nationellt kvalitetsregister för tyreoidacancer. Täckningsgrad för diagnosår 2022 är 68,7 % vilket är något lägre jämfört med 2021 (drygt 80 % enligt förra årsrapporten, aktuell täckningsgrad 93 %) men högre än målnivån för certifieringsnivå 2. Orsaken till minskad täckningsgrad beror till största delen på att landets största region, Stockholm/Gotland, har varierande grad av registrering och inför årets årsrapport har registreringen från denna region åter minskat. Region Syd är också en stor region som påverkar den totala täckningsgraden och historiskt har man haft varierande grad av inrapportering. Täckningsgraden för diagnosår 2022 för region Syd är 61 % vilket är strax under medelvärdet för riket. Region Norr, region Väst och region Mellansverige har under alla år haft täckningsgrader nära 100 % och även i år uppvisar man täckningsgrader över målvärdet (för certifieringsnivå 1).


I syfte att öka täckningsgraderna har vi under 2022 och 2023 förenklat inrapportering genom att minska antalet variabler. Nya formulär (både elektroniska och på papper) togs i bruk under varen 2023 och reaktionerna har varit positiva även om vi ännu inte helt utvärderat ännu. Arbetet med att förenkla inmatning kommer att fortsätta under detta och nästa år.

Uppföljning 9-12 månader efter primärbehandling (formulär 2) har även i år tagits med i årsrapporten. Täckningsgraden för formulär 2 har hela tiden varit sämre än för formulär 1. Värt att notera är att det sker efterregistrering då täckningsgraderna för tidigare år är högre nu jämfört med vid årsrapporten förra året. I regioner med låga täckningsgrader bör man tolka statistiken med försiktighet. Även för formulär 2 har vi genomfört förenklingar i inrapportering genom att ta bort variabler som inte anses bidra till användbar information.

Nytt för denna årsrapport är att vi har ändrat kvalitetsindikatorer. Vår ambition har varit att i högre utsträckning redovisa resultatmått snarare än processmått. Den enskilt viktigaste informationen som registret tillhandahåller gäller uppföljning av patienter med tyreoidacancer. Data om uppföljning finns inte tillgängligt via andra register och är avgörande för att utvärdera förändringar i behandlingsrekommendationer i nationellt vårdprogram. Regionala skillnader vad gäller återfall eller kvarvarande sjukdom är också viktigt att belysa även om dessa skillnader förmodligen är små. I år presenterar vi kvalitetsindikatorn "Andel patienter med utmärkt behandlingssvar", vilket är utvärdering 9-12 månader efter primärbehandling. I kommande årsrapporter kommer vi även att ta med uppföljningsdata 5 och 10 år efter diagnos.

Följsamhet till Vårdprogram som kvalitetsindikator har tagits bort eftersom många anser att detta är ett missvisande mått på kvalitet. Variabeln säger inget om varför man inte har följt vårdprogrammet. Orsak kan ju vara antingen att man har gjort mindre än vad vårdprogrammet rekommenderar (tex. pga. komorbiditet) eller att man har gjort mer (tex. om molekyलगenetiska analyser visar på ökad risk för recidiv). Variabeln finns dock kvar i registret. Vi har även tagit bort kvalitetsindikatorn "Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist" samt "Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart". Båda dessa processmått finns tillgängliga via statistik för SVF. "Fullständig TNM-klassifikation" har vi tagit bort då vi anser att den inte längre tjänar sitt syfte. Då kvalitetsregistret startade 2013 fanns det oenighet i landet kring rapportering av TNM men sedan ett antal år tillbaka är detta inget problem. Sannolikt har kvalitetsregistret och nationellt vårdprogram starkt bidragit till denna positiva utveckling.

Förekomsten av tyreoidacancer i Sverige har ökat konsekvent under många år och man såg ett trendbrott 2006 med stigande incidens. Antalet fall 2022 är oförändrat jämfört med 2021 men det är för tidigt att tala om ett trendbrott. Enligt Nordcan har Sverige en liknande utveckling av incidensen jämfört med övriga nordiska länder (Nordcan redovisar data tom. 2020). Det nationella vårdprogrammet för sköldkörtelcancer har genomgått en översyn och anpassning till TNM8 samt WHO. Dessa ändringar innebär att vissa tumörer enligt TNM 8 klassificeras som benigna men på det stora hela påverkar denna klassifikationsändring i låg utsträckning den totala incidensen. Ett reviderat Nationellt vårdprogram publicerades september 2021. Denna version påverkar inte variabler i sköldkörtelcancerregistret.



Andelen preoperativt fastställd malignitet för papillär eller medullär tyreoideacancer (cytologiskt Bethesda V eller VI i de flesta fall) skiljer sig mellan de olika regionerna. Stockholm/Gotland har historiskt haft högst andel preoperativt fastställd diagnos för denna patientgrupp och är den enda regionen som uppfyllt målet om >80 %. Region Väst har tidigare haft ca 40 % preoperativt fastställd malignitet men har successivt förbättrat resultaten och redovisar för diagnosår 2022 siffror som är nära 80 %. Resultaten för region Syd och region Sydöstra bör tolkas med försiktighet eftersom båda dessa regioner har låga täckningsgrader. Det är naturligtvis önskvärt att ha en så hög andel preoperativt fastställd diagnos som möjligt eftersom det hade inneburit ett minskat antal diagnostiska ingrepp och antalet två-seansförfarande. Man ska däremot inte tolka det som att cytologi missar ett stort antal cancerfall. Andelen patienter med papillär eller medullär tyreoideacancer med patologiskt tumörstadium T1b (oftast tumörstorlek >1 cm) med benign cytologi är 4,0 % (n=8) och motsvarande andel med icke diagnostisk cytologi är 1,5 % (n=3).

Sedan år 2017 finns en öppen rapportering i form av en interaktiv onlinerapport med data från Nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer som nås via www.cancercentrum.se eller direkt via <https://statistik.incanet.se/Tyreoidea/>. I denna rapport kan läsaren själv skraddarsy rapporter med statistik man vill kolla närmre på. Statistiken kan visas som ett kolumndiagram, i tabellform eller som tidstrend och användaren kan själv välja för vilken tidsperiod som ska visas. Det har också gjorts en "Koll på läget-modul inom INCA för att lättare och mer i realtid kunna återkoppla den egna enhetens siffror mot rikssnittet. Allt för att registerdata ska kunna återanvändas i verksamheten såväl på klinisknivå som regionalt och nationellt i cancerprocessen i förbättringssyfte och för kvalitetskontroll samt för öppenhet med ledtider.

Jakob Dahlberg
Registerhållare,
Nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer

2 ORGANISATION

2.1 Styrgruppen

Ordförande

Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Ledamöter

Norra regionen

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

Maria Sandström, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Basel Sitohy, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

region Mellansverige

Olov Norlén, kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala

Göran Wallin, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Stockholm-Gotland regionen

Catharina Ihre Lundgren, Endokrin kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset

Christofer Juhlin, Avd. för klinisk patologi och cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Renske Altena, Avd. för onkologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Sydöstra regionen

Oliver Gimm, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Anders Höög, Klin patologi och cytologi, Universitetssjukhuset i Linköping

Viveka Bergman, Onkologiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping

Västra regionen

Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Södra regionen

Martin Almquist, Docent Kirurgiska Kliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Jan Tennvall, Professor Skånes onkologiska klinik, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Pernilla Asp, Onkologi, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Patientrepresentat

Vakant

2.2 Nationellt stödteam

Regionalt Cancercentrum väst

Thomas Björk-Eriksson, verksamhetschef, Regionalt Cancercentrum väst (teamansvarig)

Astrid Carling, registeradministratör, Regionalt Cancercentrum väst

Christian Staf, statistiker, Regionalt Cancercentrum väst

Tim Säll, statistiker, Regionalt Cancercentrum väst

Marie Blom, registerproduktägare, Regionalt Cancercentrum väst

2.3 Årsrapport

Rapporten baseras på datauttag från Nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer på INCA plattformen 2023-09-11. Dessutom har täckningsgrad mot cancerregistret levererats från de sex regionala cancercentrum 2023-08-22 - 2023-08-24. Analyser och beräkningar är gjorda i R-4.1.1 och rapporten är sammanställd i L^AT_EX.

Årsrapporten publicerades 2023-09-22.

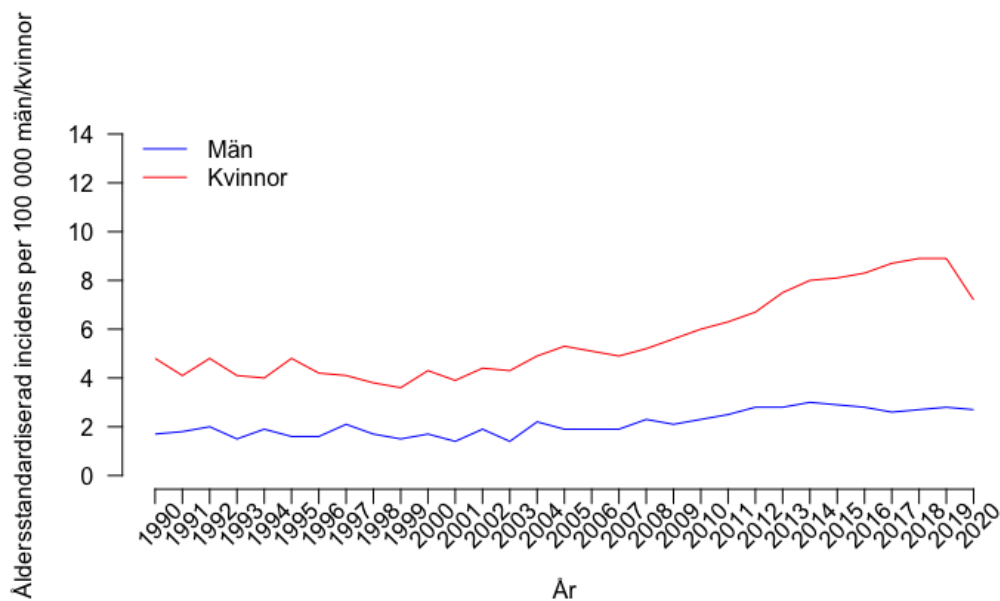
3 BAKGRUND

Tyreoidacancer (TC) är den vanligaste cancerformen i endokrina körtlar. Incidensen har under lång tid legat på ungefär 4 fall/100 000/år, men har ökat markant senaste 10-15 åren. Joniserande strålning är den enda väletablerade riskfaktorn vilket man vet bland annat på grund av erfarenheter efter kärnkraftsolyckan i Tjernobyl 1986. Dock ses en ökande incidens av sköldkörtelcancer från samtliga världsdelar (Afrika undantaget) vilket inte motsvaras av en ökande joniserande strålning till befolkningen. Orsakerna bakom denna stigande incidens är inte fullt klarlagda men ökad diagnostisk aktivitet tros vara starkt bidragande även om en reell incidensökning inte kan uteslutas. Enligt databasen NORDCAN (<https://nordcan.iarc.fr/en>) har den årliga incidensökningen i de nordiska länderna under perioden år 2014-2020 varit i genomsnitt 4,1 % för kvinnor och 3,9 % för män och antalet fall per år i Sverige ökat från 387 (2008) till 567 (2020), vilket väl överensstämmer med de data vi sett i tyreoidacancerregistret sedan starten 2013. Mortaliteten i sköldkörtelcancer har under samma period varit låg och oförändrad.

Prognosen varierar mellan olika tumörtyper. Ett genomgående problem när det gäller utvärdering av optimal handläggning av TC är att det saknas välgjorda randomiserade studier där olika behandlingar jämförts. Oklarheter finns därför om kirurgins omfattning, vem som bör erbjudas radiojodbehandling etcetera. Syftet med detta nationella register är att fortlöpande följa upp och utvärdera behandlingsresultaten vid tillämpandet av de i vårdprogrammet fastlagda riktlinjerna och därigenom kunna dra slutsatser om behandlingsresultat och eventuellt justera behandlingsstrategierna.

Tyreoidacancerregistret är ett rikstäckande register med placering på den nationellt gemensamma IT-plattformen (INCA) där alla nyupptäckta fall med tyreoidacancer i Sverige skall inkluderas från och med 2013. Genom regelbunden analys av data i registret som återkopplas till behandlande enheter i landet och till den nationella styrgruppen kan principerna i vårdprogrammet följas upp och utvärderas samt vid behov ändras i kvalitetshöjande syfte.

Figur 1. Åldersstandardiserad incidens för tyreoidacancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Referenspopulation: Europa. Källa: NORDCAN, 2022-09-23.



4 PROCESS- OCH RESULTATMÅTT

De process- och resultatmål som används och utvärderas i registret är bland annat:

- En täckningsgrad på över 95 % för primärregistrering i det nationella kvalitetsregistret för tyreoideacancer.
- Att uppnå sant positiv preoperativ cytologisk malignitetsdiagnos hos mer än 80 % av icke ockult, icke follikulär tyreoideacancer (>T1a).
- Att andelen med utmärkt behandlingssvar 9-12 månader efter primärbehandling skall vara minst 60 %.
- Att >90 % av patienterna med icke ockult fastställd tyreoideacancer (>T1a) har en namngiven kontaktsköterska.
- Att 90 % av patienterna skall diskuteras på MDK (undantaget differentierad tyreoideacancer T1aN0M0).

5 REDOVISADE RESULTAT

5.1 Täckningsgrader

Inrapportering till registret startade januari 2013. Några regioner valde initialt att avvakta till det fungerat med direktöversäppning automatiskt från det sedan 2004 välfungerande kirurgiska Skandinaviska Tyreoidea-/paratyreoidearegistret (SQRTPA) för att därigenom undvika dubbelarbete i registreringen. Tidigare försök att överföra data mellan de båda registren har misslyckats och man har dragit slutsatsen att en sådan lösning inte är möjlig. Alla regioner och enheter i landet som behandlar tyreoideacancer är anslutna till tyreoideacancerregistret.

Tre regioner har rapporterat in data från start med god täckning (Väst och Norr och Mellansverige) där täckningsgraderna är en god bit över 90 %. Dessa regioner har byggt upp en väl fungerande logistik med administrativ personal som övervakar och rapporterar. Eftersom Region Stockholm/Gotland är landets största region har de stor betydelse för den totala täckningsgraden. Inför förra året gjorde man en satsning på att öka täckningsgraden och kom upp i över 80 %. Detta berodde på att en enskild individ rapporterade och någon fungerande struktur med inrapportör som funktion, med stöd från arbetsgivaren kunde man inte skapa. Som en följd av detta har nu region Stockholm/Gotland åter mycket låg täckningsgrad (35 %) vilket drar ner rikets totala täckningsgrad. Region Syd är också en stor region med varierande täckningsgrader genom åren och även här får man misstänka bristande struktur. För diagnosår 2022 har region Syd 61 % täckningsgrad. Region Sydost har tidigare haft goda täckningsgrader varför det är förvånande att man i år endast rapporterat in 39 %. Orsaken till detta har efterfrågats men utan resultat.

Uppföljningsblankett 1 år efter avslutad primärbehandling (formulär 2) varierar var den registreras. Ofta sker rapportering vid onkologenhet, men hos vissa regioner via kirurgenhet. I region Stockholm/Gotland har uppföljning nyligen förts över från onkolog till endokrinolog vilka ännu inte kommit i gång med registrering. Retroaktiv registrering av formulär 2 har skett i viss utsträckning under det gångna året. I tabell 3 visas data endast till och med diagnosår 2021 eftersom tabellen redovisar uppföljningsformulär.

Tabell 1. Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, levererade 2023-08-22 - 2023-08-24. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.

Region	2018		2019		2020		2021		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norr	88 av 88	100	78 av 78	100	70 av 70	100	127 av 127	100	91 av 92	99
Mellansverige	124 av 124	100	111 av 111	100	115 av 115	100	143 av 144	99	126 av 133	95
Sthlm/Gotland	138 av 148	93	17 av 159	11	22 av 175	13	169 av 181	93	68 av 196	35
Sydöstra	50 av 50	100	49 av 49	100	52 av 53	98	56 av 78	72	44 av 112	39
Väst	153 av 153	100	160 av 160	100	154 av 154	100	178 av 180	99	161 av 165	98
Syd	73 av 159	46	121 av 181	67	126 av 165	76	123 av 148	83	82 av 135	61
Totalt	626 av 722	86.7	536 av 738	72.6	539 av 732	73.6	796 av 858	92.8	572 av 833	68.7





Tabell 2. Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår och sjukhus, levererade 2023-08-22 - 2023-08-24. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör. För varje region redovisas sjukhus som anmält färre än 5 fall per år 2018-2022 till cancerregistret samlat som 'Övriga sjukhus'.

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norr										
NUS Umeå	38 av 38	100.0	42 av 42	100.0	32 av 32	100.0	67 av 67	100.0	40 av 40	100.0
Sunderby sjukhus	23 av 23	100.0	19 av 19	100.0	13 av 13	100.0	26 av 26	100.0	16 av 16	100.0
Sundsvalls sjukhus	14 av 14	100.0	6 av 6	100.0	5 av 5	100.0	11 av 11	100.0	14 av 14	100.0
Östersunds sjukhus	9 av 9	100.0	9 av 9	100.0	18 av 18	100.0	18 av 18	100.0	17 av 17	100.0
Övriga Norr	4 av 4	100.0	2 av 2	100.0	2 av 2	100.0	5 av 5	100.0	4 av 5	80.0
Sthlm/Gotland										
KS Solna	134 av 141	95.0	17 av 143	11.9	21 av 166	12.7	168 av 175	96.0	68 av 188	36.2
Övriga Sthlm/Gotland	4 av 7	57.1	0 av 16	0.0	1 av 9	11.1	1 av 6	16.7	0 av 8	0.0
Syd										
Blekingesjukhuset i Karlskrona	5 av 6	83.3	8 av 8	100.0	5 av 5	100.0	12 av 12	100.0	6 av 10	60.0
Centrallasarettet i Växjö	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	4 av 5	80.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0
Centralsjukhuset i Kristianstad	4 av 13	30.8	10 av 11	90.9	8 av 8	100.0	0 av 8	0.0	0 av 5	0.0
GHP Gastro Center Skåne kirurgi i Lund	2 av 11	18.2	5 av 18	27.8	5 av 9	55.6	0 av 0	0.0	0 av 5	0.0
Hallands sjukhus Halmstad	3 av 9	33.3	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	5 av 5	100.0	1 av 5	20.0
Helsingborgs lasarett	4 av 12	33.3	6 av 16	37.5	3 av 21	14.3	3 av 14	21.4	4 av 19	21.1
Skånes universitetssjukhus Lund	53 av 96	55.2	86 av 110	78.2	95 av 106	89.6	97 av 99	98.0	66 av 77	85.7
Övriga Syd	2 av 12	16.7	6 av 18	33.3	6 av 11	54.5	2 av 4	50.0	5 av 14	35.7
Sydöstra										
Eksjö	0 av 0	0.0	5 av 5	100.0	0 av 0	0.0	9 av 9	100.0	9 av 9	100.0
Jönköping	9 av 9	100.0	5 av 5	100.0	0 av 0	0.0	11 av 11	100.0	8 av 8	100.0
Kalmar	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	5 av 5	100.0	1 av 12	8.3	1 av 14	7.1
Linköping US	21 av 21	100.0	27 av 27	100.0	32 av 32	100.0	28 av 34	82.4	17 av 55	30.9
Norrköping ViN	7 av 7	100.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	2 av 5	40.0	0 av 8	0.0
Värnamo	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	0 av 7	0.0
Västervik	8 av 8	100.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0	8 av 8	100.0
Övriga Sydöstra	5 av 5	100.0	12 av 12	100.0	15 av 16	93.8	5 av 7	71.4	1 av 3	33.3
Uppsala/Örebro										
Akademiska sjukhuset	29 av 29	100.0	27 av 27	100.0	22 av 22	100.0	40 av 41	97.6	31 av 32	96.9
Centralsjukhuset i Karlstad	21 av 21	100.0	9 av 9	100.0	16 av 16	100.0	19 av 19	100.0	17 av 17	100.0
Falu lasarett	13 av 13	100.0	8 av 8	100.0	10 av 10	100.0	10 av 10	100.0	11 av 13	84.6
Gävle sjukhus	12 av 12	100.0	12 av 12	100.0	15 av 15	100.0	14 av 14	100.0	8 av 8	100.0
Nyköpings lasarett	7 av 7	100.0	14 av 14	100.0	7 av 7	100.0	12 av 12	100.0	14 av 15	93.3
Universitetssjukhuset Örebro	21 av 21	100.0	17 av 17	100.0	20 av 20	100.0	29 av 29	100.0	28 av 28	100.0
Västmanlands sjukhus Västerås	19 av 19	100.0	19 av 19	100.0	19 av 19	100.0	14 av 14	100.0	13 av 14	92.9
Övriga Uppsala/Örebro	2 av 2	100.0	5 av 5	100.0	6 av 6	100.0	5 av 5	100.0	4 av 6	66.7

Tabell 2. (continued)

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Väst										
Carlanderska	6 av 6	100.0	11 av 11	100.0	14 av 14	100.0	29 av 31	93.5	9 av 9	100.0
Hallands sjukhus Varberg	6 av 6	100.0	9 av 9	100.0	0 av 0	0.0	8 av 9	88.9	13 av 13	100.0
NÄL Trollhättan	19 av 19	100.0	11 av 11	100.0	24 av 24	100.0	51 av 51	100.0	28 av 28	100.0
SU/Sahlgrenska	95 av 95	100.0	100 av 100	100.0	92 av 92	100.0	89 av 90	98.9	111 av 113	98.2
Skaraborgs sjukhus Skövde	13 av 13	100.0	6 av 6	100.0	12 av 12	100.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0
SÄS Borås	12 av 12	100.0	20 av 20	100.0	5 av 5	100.0	0 av 0	0.0	0 av 0	0.0
Övriga Väst	2 av 2	100.0	3 av 3	100.0	7 av 7	100.0	5 av 5	100.0	0 av 2	0.0



Tabell 3. Täckningsgrad för formulär 2 - Status 9-12 månader efter påbörjad primärbehandling per diagnosår. Uppdelat efter region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. I nämnaren ingår fall där patienten ej är färdigbehandlad och datum för behandlingsstart är minst 13 månader sedan. Fall där det finns angivet att patienten avslutats i registret enligt anmälningsformuläret är exkluderade.

	2018		2019		2020		2021	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Region								
Norr	61 av 61	100.0	45 av 46	97.8	40 av 48	83.3	18 av 65	27.7
Mellansverige	66 av 68	97.1	62 av 64	96.9	63 av 65	96.9	92 av 100	92.0
Sthlm/Gotland	0 av 99	0.0	0 av 13	0.0	0 av 21	0.0	0 av 114	0.0
Sydöstra	12 av 24	50.0	10 av 29	34.5	5 av 35	14.3	12 av 43	27.9
Väst	62 av 77	80.5	88 av 94	93.6	67 av 89	75.3	69 av 106	65.1
Syd	9 av 32	28.1	33 av 63	52.4	32 av 70	45.7	30 av 67	44.8
Totalt	210 av 361	58.2	238 av 309	77.0	207 av 328	63.1	221 av 495	44.6

5.2 Antal fall och demografiska data

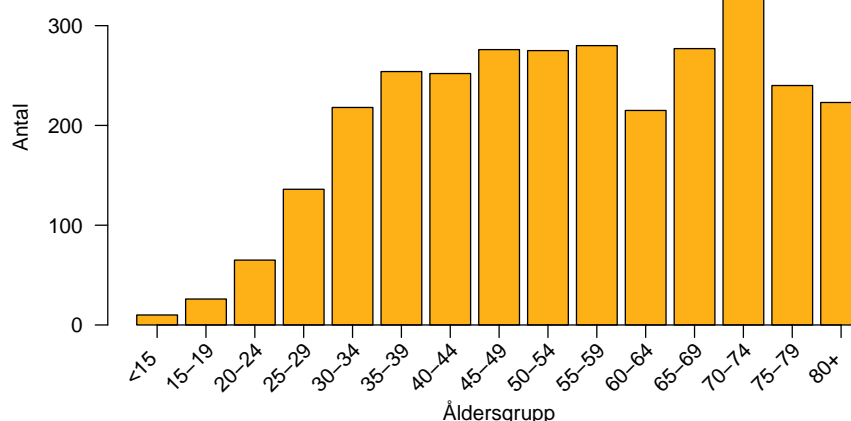
Sammanlagt 582 fall har rapporterats för diagnosår 2022. Incidensen för tyreoidcancer verkar nu planat av något under de år registret varit i bruk (n=793 fall 2021). Totalt finns 5914 fall registrerade sen 2013. I förhållande till befolkningsunderlag ses även i år ett högt antal fall (n=162 2022) i Region Väst med en numerär i paritet med Stockholm/Gotland. Orsaken till tidigare incidensökning nationellt av tyreoidcancer har diskuterats utan att man kunnat ge en säker förklaring. Ökad diagnostik med ultraljud hals och ökade operationsvolymerna totalt kan vara bidragande orsaker. En mindre osäkerhetsfaktor avseende fördelning av fall mellan regionerna som dock inte påverkar totalincidensen är att registrering sker på mantalsskrivningsort vid tiden för cancerdiagnos och inte på den ort där en behandling/operation sker. Demografiska data verkar dock tämligen väl överensstämma med tidigare data.

I tabell 4 redovisas antalet rapporterade fall per region med diagnosår 2018-2022.

Tabell 4. Antal inrapporterade fall med diagnosår 2018-2022 per region.

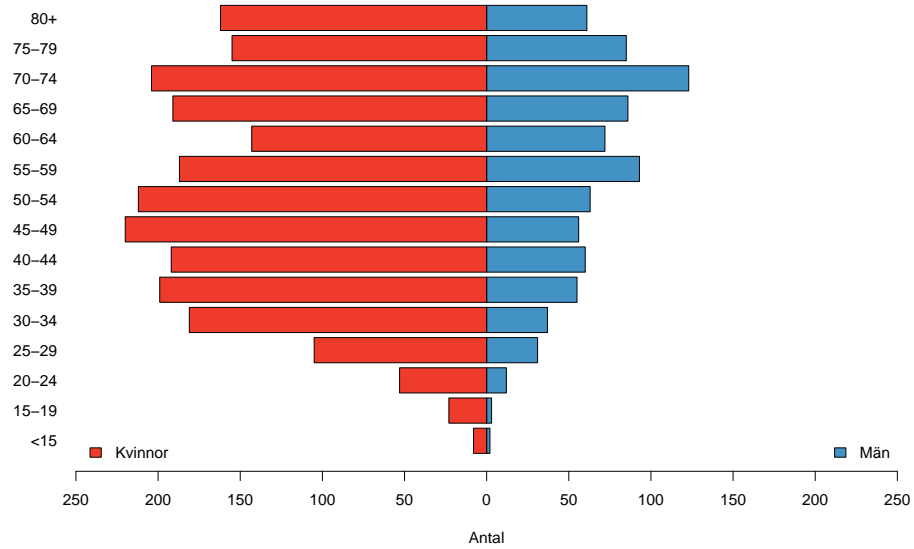
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	Total (%)
Region						
Norr	89 (14.0)	78 (14.6)	70 (13.2)	122 (15.4)	96 (16.5)	455 (14.8)
Mellansverige	124 (19.6)	111 (20.8)	115 (21.6)	144 (18.2)	127 (21.8)	621 (20.2)
Sthlm/Gotland	137 (21.6)	18 (3.4)	22 (4.1)	168 (21.2)	69 (11.9)	414 (13.5)
Sydöstra	49 (7.7)	49 (9.2)	52 (9.8)	56 (7.1)	44 (7.6)	250 (8.1)
Väst	153 (24.1)	160 (30.0)	154 (28.9)	179 (22.6)	162 (27.8)	808 (26.3)
Syd	82 (12.9)	117 (22.0)	119 (22.4)	124 (15.6)	84 (14.4)	526 (17.1)
Total	634 (100)	533 (100)	532 (100)	793 (100)	582 (100)	3074 (100)

Figur 2. Åldersfördelning för patienter med diagnos 2018-2022.



Av de 3074 anmälda fall år 2018-2022 är 839 män (27.3 %) och 2235 kvinnor (72.7 %).

Åldersfördelningen för kvinnor och män ses i figur 3.

Figur 3. Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2018-2022.

5.3 Diagnosspecifika data

Fördelningen av tumörtyper (tabell 5) avviker inte nämnvärt från förväntad distribution och är oförändrad jämfört med fjolårets rapport med papillär cancer som helt dominerande typ (73 % diagnosår 2022). I januari 2019 omklassificerades tumörtyperna follikulär cancer till follikulär minimalinvasiv, avkaplat angioinvasiv, massivt infiltrerande samt onkocytär som valbara alternativ på anmälningsblanketten. Dessutom har det i enlighet med TNM 8 skett omklassificering av vissa tumörer som tidigare klassificerats som maligna men som nu klassificeras som benigna (Icke-invasiv follikulär tyreoideatumör med papillary-like-kärnor (NIFTP), Follikulär tumör av oklar (uncertain) malignitetspotential (FT-UMP), Väldifferentierad tyreoideatumör av oklar (uncertain) malignitetspotential samt hyaliniserad trabekulär tumör. Trots att dessa tumörer betraktas och behandlas som benigna har man bestämt att de ska ingå i registret eftersom de är borderline-tumörer. Tumörtyper som klassats till gruppen Annan kan därför skilja sig åt från de olika diagnosåren. I gruppen blandad tumörtyp kan inte uteslutas att tumörer med olika grad av dedifferentiering klassats inkonsekvent, t.ex. tumörer med inslag av såväl differentierad cancer som lågt differentierad eller anaplastisk cancer. Skillnaden i antalet lågt differentierad cancer ligger inom felmarginal (6-18 st), men kan också vara ett uttryck för viss diskrepans i att strikt tillämpa de patologiska kriterierna.

**Tabell 5.** Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2018-2022.

	Tumörtyper					Total (%)
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	
Papillär	407 (66.2)	395 (75.8)	373 (72.3)	579 (74.5)	426 (74.9)	2180 (72.7)
Follikulär - minimalt invasiv	60 (9.8)	38 (7.3)	41 (7.9)	63 (8.1)	57 (10.0)	259 (8.6)
Follikulär - avkapslad angioinvasiv	10 (1.6)	13 (2.5)	9 (1.7)	17 (2.2)	10 (1.8)	59 (2.0)
Onkocytär	13 (2.1)	14 (2.7)	16 (3.1)	37 (4.8)	14 (2.5)	94 (3.1)
Medullär	24 (3.9)	15 (2.9)	16 (3.1)	32 (4.1)	8 (1.4)	95 (3.2)
Lågt differentierad	12 (2.0)	6 (1.2)	10 (1.9)	11 (1.4)	18 (3.2)	57 (1.9)
Anaplastisk	37 (6.0)	13 (2.5)	17 (3.3)	19 (2.4)	14 (2.5)	100 (3.3)
Blandad medullär och follikulär	5 (0.8)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	6 (0.2)
Icke-invasiv follikulär tyreoidatumör med "papillary-like" kärnor (NIFTP)	0 (0.0)	4 (0.8)	11 (2.1)	6 (0.8)	10 (1.8)	31 (1.0)
Follikulär tumör av oklar malignitetspotential	0 (0.0)	9 (1.7)	12 (2.3)	4 (0.5)	4 (0.7)	29 (1.0)
Väldifferentierad tyreoidatumör av oklar (uncertain) malignitetspotential	0 (0.0)	1 (0.2)	6 (1.2)	2 (0.3)	0 (0.0)	9 (0.3)
Hyaliniserad trabekulär tumör	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (0.4)	1 (0.1)	0 (0.0)	3 (0.1)
Annan	47 (7.6)	13 (2.5)	2 (0.4)	6 (0.8)	8 (1.4)	76 (2.5)
Total	615 (100)	521 (100)	516 (100)	777 (100)	569 (100)	2998 (100)

När det gäller T-stadium (tabell 6) ses gruppen T1a (<1 cm) utgöra 35 %. Hela incidensökningen består inte enbart av de minsta tumörerna, vilket då till exempel skulle kunna spegla det mer frekventa användandet av ultraljud i primärdiagnostiken där fler små tumörer kan upptäckas. Större tumörer (T1b-T4b) synes alltså vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans 62 % av cancererna i PAD. Orsaken till detta är oklar men ökade operationsvolymerna totalt skulle kunna bidra även till att större tumörer (>1 cm) ökar i incidens.

Tabell 6. T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
Saknas	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (100.0)	11 (1.9)
T0	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)
T1a	1 (6.7)	205 (36.9)	0 (0.0)	206 (35.4)
T1b	2 (13.3)	109 (19.6)	0 (0.0)	111 (19.1)
T2	1 (6.7)	122 (21.9)	0 (0.0)	123 (21.1)
T3a	1 (6.7)	84 (15.1)	0 (0.0)	85 (14.6)
T3b	0 (0.0)	17 (3.1)	0 (0.0)	17 (2.9)
T4a	3 (20.0)	13 (2.3)	0 (0.0)	16 (2.7)
T4b	6 (40.0)	4 (0.7)	0 (0.0)	10 (1.7)
TX	1 (6.7)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.3)
Total	15 (100)	556 (100)	11 (100)	582 (100)

Vidare ses ifrån inrapporterande regioner en större konformitet och följsamhet jämfört starten 2013 mellan dessa avseende målvariabeln "fullständig TNM" - cirka 1,4 % saknar M-stadium nu när det finns som klinisk variabel. Det speglar sannolikt också till en del skillnad i genomgången MDK där detta ofta fastställs. Alltjämt saknas det i några fall och bör noteras att det fylls i rätt i samband med MDK.

Tabell 7 visar antal och andel patienter per region där fullständig TNM-klassifikation har registrerats, dvs. där T-stadium är ifyllt med något av alternativen T0, T1a, T1b, T2, T3a, T3b, T4a, T4b, Tx. Vi har lagt till variabeln "TNM ej relevant" vilket är avsett för de borderlinetumörer som registreras. N-stadium är ifyllt med något av alternativen N0, N1a, N1b, Nx. Nx redovisas i denna årsrapport men i augusti 2022 togs möjligheten bort att rapportera Nx varför den inte kommer att redovisas framöver. M-stadium är ifyllt med något av alternativen M0, M1.

Översyn av variabelista och uppdatering av manual till inrapportörerna kommer att ske fortlöpande vid revision av registret. Ny TNM och WHO klassifikation används både i registret och nationella vårdprogrammet från 1/1 2019. Klinisk N0-gradering är förväntad att öka då det i enlighet med intentionen i det reviderade vårdprogrammet är grunden för bedömning av eventuell central lymfkörtelutrymning vid tyreoideacancer 4 cm. Även aktuell WHO-klassifikation betonar vikten av klinisk bedömning, tex. krävdes tidigare 5 metastasfria lymfkörtlar undersökta av patologen för att klassificera N0. Nu räcker en klinisk bedömning varför Nx blir överflödiga.

Tabell 7. Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2022.

	Finns fullständig TNM?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	92 (95.8)	4 (4.2)	96 (100)
Mellansverige	126 (99.2)	1 (0.8)	127 (100)
Sthlm/Gotland	68 (98.6)	1 (1.4)	69 (100)
Sydöstra	44 (100.0)	0 (0.0)	44 (100)
Väst	159 (98.1)	3 (1.9)	162 (100)
Syd	80 (95.2)	4 (4.8)	84 (100)
Total	569 (97.8)	13 (2.2)	582 (100)

Tabellerna 8 och 9 visar fördelningen av N och M-stadium.

En hög nivå patologiskNx kan återspegla man har inte fullt ut anpassat sig till klinisk bedömningsgrund för N-status. Patologen skriver ofta "Nx" om det inte finns tillräckligt med lymfkörtlar att undersöka vilket är adekvat, men det blir då klinikern som måste avgöra huruvida det finns lymfkörtelmetastasering eller inte. Som framgår ovan finns sedan augusti 2022 inte längre möjlighet att rapportera Nx. Någon skillnad mellan grund för Nx (exempelvis ej alls gjord central körtelutrymning visavi 5 friska körtlar borttagna) har inte gjorts. Införandet av TNM 8 har således ändrat denna klassificering.

Tabell 8. N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
N0	213 (95.9)	130 (37.4)	1 (8.3)	344 (59.1)
N1a	3 (1.4)	58 (16.7)	0 (0.0)	61 (10.5)
N1b	6 (2.7)	57 (16.4)	0 (0.0)	63 (10.8)
NX	0 (0.0)	102 (29.3)	0 (0.0)	102 (17.5)
Saknas	0 (0.0)	1 (0.3)	11 (91.7)	12 (2.1)
Total	222 (100)	348 (100)	12 (100)	582 (100)

Tabell 9. M-stadium för patienter som fått diagnos 2022 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Antal	(%)
M0	548	(94.2)
M1	24	(4.1)
Saknas	10	(1.7)
Total	582	(100.0)

Avseende preoperativt fastställd malignitet skiljer det mellan inrapporterade regioner där Stockholm/Gotland (80 %) fortsatt har en hög kvalitet. I de övriga regionerna är motsvarande siffror 59 % för Mellansverige, 53 % för Norr, 41 % för Sydöst, 73 % för Väst och 39 % för region Syd. En skillnad både i granskning och i provtagningsrutin kan ligga bakom detta och har diskuterats flitigt vid bland annat årsmöte men utan att det egentligen framkommit konkreta förslag på hur vi ska förbättra kvaliteten för cytologi. Region Syd och Sydöst har båda låga täckningsgrader. Varför siffrorna för dessa regioner får tolkas med försiktighet.

Liksom för tidigare årsrapporter har vi valt bort pT1a och follikulär sköldkörtelcancer (oaktat T-stadium eftersom follikulär sköldkörtelcancer cytologiskt inte klassificeras högre än Bethesda IV) i subanalys av differentierad cancer avseende preoperativ diagnostik. I tabell 11 framgår att cirka 10 % fått Bethesda III och att i gruppen Bethesda IV säkert döljer sig en del fall av follikulär variant av PTC och som hamnat i undergruppen som inte uppfyller kriterier för preoperativt fastställd malignitet, men kliniskt ändå kommer att bli föremål för en operation, om än i två seanser. Den totala delen som med årets urval som fått icke diagnostisk cytologi eller en benign preoperativ cytologi (Bethesda I respektive II) är 6,8 %. Ett fortsatt arbete för att stärka den preoperativa cytologiska diagnostiken behöver göras för att höja kvaliteten och vi vet sedan tidigare att det fungerar väl i Stockholm/Gotland även om man där också jobbar på att få den ännu bättre och än mer tillförlitlig med nya metoder. En högre kvalitet på den preoperativa diagnostiken kan i högre grad medföra att ett större antal patienter får en kirurgisk komplett behandling i en seans i framtiden och att målnivån avseende preoperativ diagnos kan nås. Förhoppningsvis kommer vi att kunna se till kommande årsrapport en ökad frekvens preoperativt fastställd malignitet inom gruppen icke-follikulär tyreoidcancer >T1a. En ytterligare faktor att studera kan vara huruvida det genomgående skiljer mellan cytologutlåtandena regionerna emellan i fråga om skillnad i frekvens mellan Bethesda IV och V/VI då det i registret krävs det senare för att klassas som preoperativt känd malignitet och behov av att likrikta den cytologiska diagnostiken bättre nationellt.

Enligt tabell 6 har patologisk T-stadium $\geq T1b$ registrerats för 349 fall med diagnos 2022. Huruvida malignitet har fastställts preoperativt för dessa patienter med papillär cancer och medullär cancer visas i tabell 10.

Tabell 10. Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$. Patienter som fått diagnos 2022. Uppdelat efter region.

	Preop fastställd malignitet?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	18 (52.9)	16 (47.1)	34 (100)
Mellansverige	32 (59.3)	22 (40.7)	54 (100)
Sthlm/Gotland	28 (80.0)	7 (20.0)	35 (100)
Sydöstra	9 (40.9)	13 (59.1)	22 (100)
Väst	35 (74.5)	12 (25.5)	47 (100)
Syd	15 (39.5)	23 (60.5)	38 (100)
Total	137 (59.6)	93 (40.4)	230 (100)

För de 230 fall av papillär eller medullär tyreoidcancer med patologisk T-stadium $\geq T1b$ under diagnosår 2022 har Bethesdakategori rapporterats för 183, rapporterats saknad för 17 fall (7 %), dvs jämförbart med förra året (8 %). Bland dessa fall finns troligen en betydande andel patienter som inte genomgått preoperativ cytologi. Dessa fall kan inte särskiljas från de fall där cytologi genomförts men Bethesdakategori inte rapporterats. Under hösten 2023 kommer vi att lägga till möjligheten att ange om cytologi ej genomförts.

Tabell 11. Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2022.

	Antal	(%)
I. Ej diagnostiskt eller otillfredställande utbyte	3	(1.5)
II. Benigt utbyte	8	(4.0)
III. Atypi av oklar signifikans eller oklar follikulär förändring	21	(10.5)
V. Misstanke om malignitet	66	(33.0)
VI. Malignt	85	(42.5)
Uppgift saknas	17	(8.5)
Total	200	(100.0)

Glädjande noteras att antalet fall som genomgått multidisciplinär konferens (MDK) uppgår till 98 % för patienter med T-stadium T1b eller högre, dvs de patienter som enligt vårdprogrammet ska ha behandling utöver kirurgi och fortsatt uppföljning inom specialistvården. Detta är en förbättring jämfört med tidigare vilket är ett resultat av att MDK är etablerad och välfungerande vid samtliga regioner.

Tabell 12. Antal och andel fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter med patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2022.

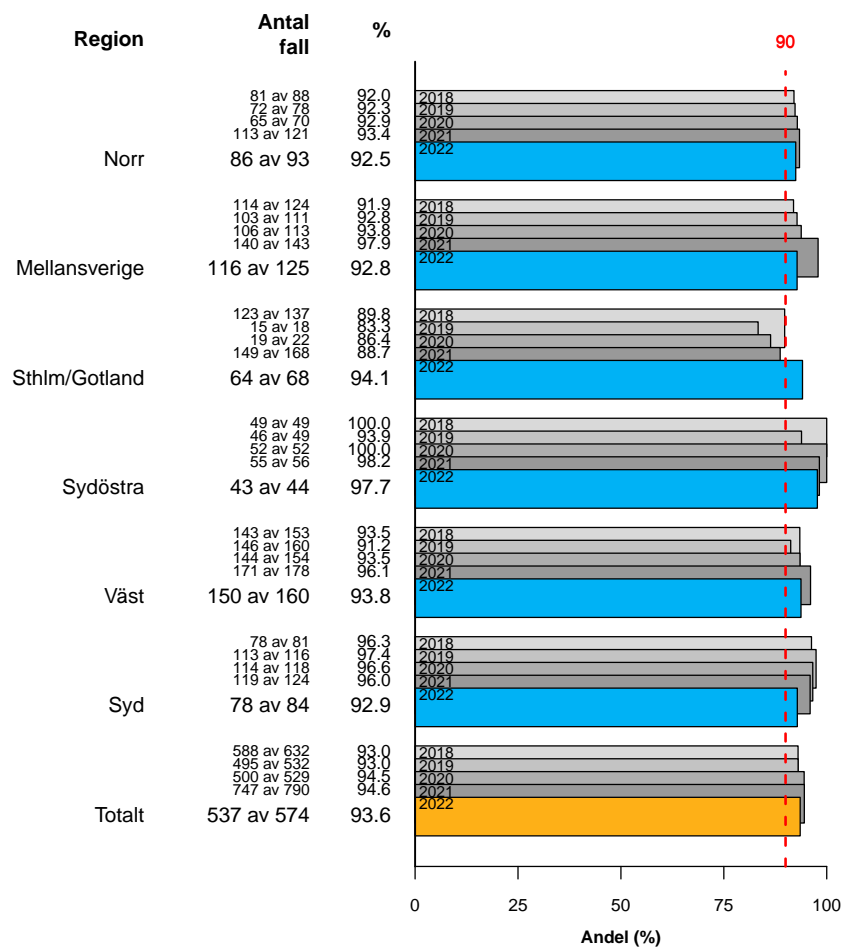
	Har fallet diskuterats vid MDK?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	54 (100.0)	0 (0.0)	54 (100)
Mellansverige	81 (94.2)	5 (5.8)	86 (100)
Sthlm/Gotland	50 (100.0)	0 (0.0)	50 (100)
Sydöstra	29 (96.7)	1 (3.3)	30 (100)
Väst	76 (97.4)	2 (2.6)	78 (100)
Syd	51 (100.0)	0 (0.0)	51 (100)
Total	341 (97.7)	8 (2.3)	349 (100)

Följsamhet till givna behandlingsrekommendationer (Nat Vårdprogrammet) är god och tämligen lika mellan regionerna. Avsteg finns i regel motiverade vid MDK och målnivå 90 % nås i samtliga regioner (figur 4).

Information om huruvida behandlingsrekommendation enligt vårdprogram har följts finns för 574 fall och ses i tabell 13 och figur 4.

Tabell 13. Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2022. Informationen saknas för 8 fall.

	Följt behandlingsrekommendation?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	86 (92.5)	7 (7.5)	93 (100)
Mellansverige	116 (92.8)	9 (7.2)	125 (100)
Sthlm/Gotland	64 (94.1)	4 (5.9)	68 (100)
Sydöstra	43 (97.7)	1 (2.3)	44 (100)
Väst	150 (93.8)	10 (6.2)	160 (100)
Syd	78 (92.9)	6 (7.1)	84 (100)
Total	537 (93.6)	37 (6.4)	574 (100)

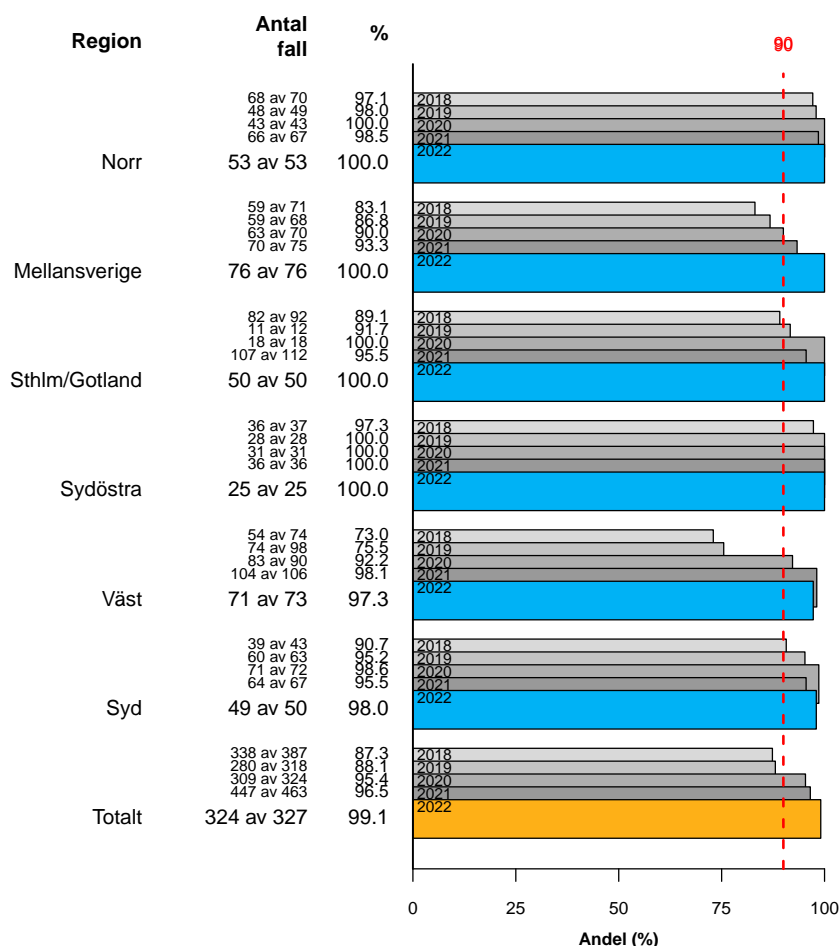
Figur 4. Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2018-2022.

5.4 Kvalitetsindikatorer

5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska

Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 327 patienter som fått diagnos 2022 och som hade patologisk T-stadium \geq T1b. Alternativet 'Uppgift saknas' har angetts för 22 av dessa (figur 5). Här har det tidigare förelegat vissa tolkningsskillnader vid registrering men har diskuterats flitigt vilket i kombination med allt fler utbildade kontaktsjuksköterskor bidragit till förbättrade siffror. Många enheter har kontaktsjuksköterska som funktion snarare än en enskild namngiven kontaktsjuksköterska. Många enheter kommer aldrig att kunna erbjuda den kontinuitet som krävs om man ska ha namngiven kontaktsjuksköterska utan erbjuder i stället god tillgänglighet för patienterna till mottagning. Målnivån 90 % på namngiven kontaktsköterska nås av nästan alla regioner vilket inte har varit fallet tidigare. Tidigare skillnader i tillgång på kontaktsköterska illustrerar vikten av att detta kopplas till en funktion och inte till en person trots de bästa intentioner från RCC, SKR och patientgruppsönskemålen.

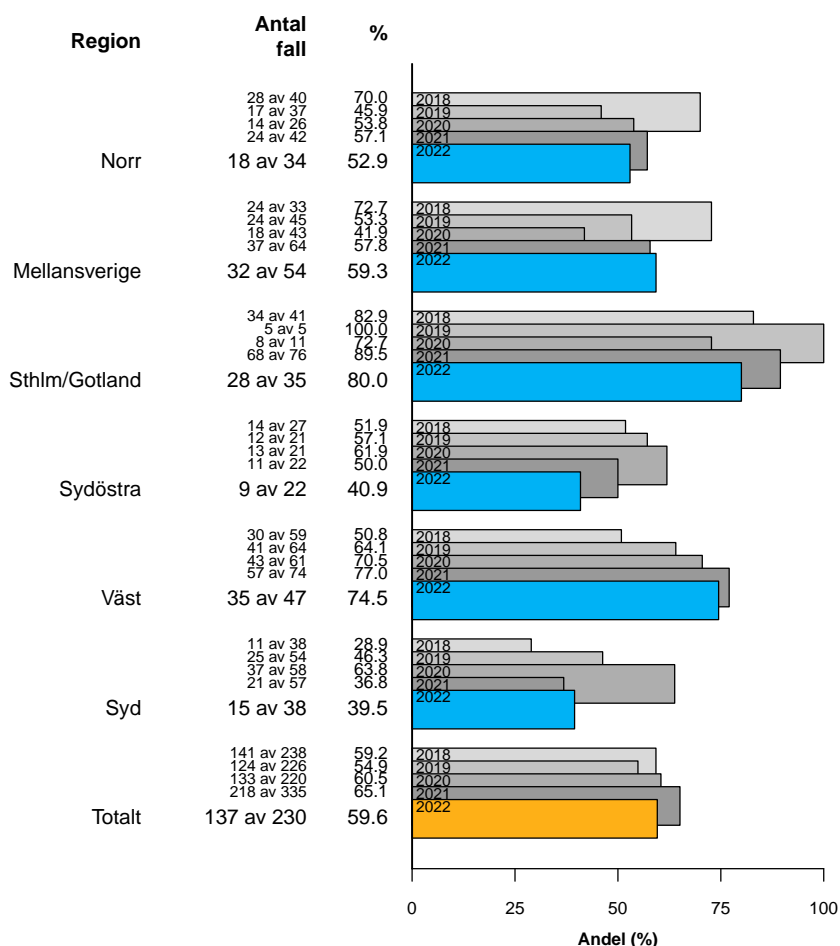
Figur 5. Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium \geq T1b.



5.4.2 Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ cytologisk diagnos

Preoperativt fastställd malignitet vid icke follikulär cancer T1b har redovisats tidigare men till denna årsrapport har vi valt att lyfta fram det som kvalitetsindikator. Syftet är 1) rent allmänt en strävan att gå över till resultatindikatorer hellre än processindikatorer, 2) mer specifikt för just denna indikator är att det finns stora variationer i landet avseende cytologisk kvalitet. Med denna kvalitetsindikator hoppas vi lyfta fokus ytterligare för frågan. Region Stockholm/Gotland har sedan registret startade haft landets bästa resultat för preoperativ cytologi. För diagnosår 2022 har man visserligen få fall registrerade men siffrorna är stabila och det finns ingen anledning att misstänka att resultatet hade varit sämre om täckningsgraden hade varit hög. Region Väst är nära att nå upp till målnivån på 80 % och man har haft en stabilt positiv trend. Omfattande eftergranskning av cytologiska preparat vid osäker cytologi (Bethesda III och V) samt standardiserad ultraljudsledd cytologisk provtagning skulle kunna bidra till förbättrat resultat. Region Norr och Mellansverige har mellan 50-60 % preoperativt fastställd malignitet och man uppvisar ganska stor variation mellan diagnosåren, vilket visas i figur 6. Region Syd och Sydöstra ligger runt 40 % men har få fall inrapporterade varför man inte kan dra några slutsatser.

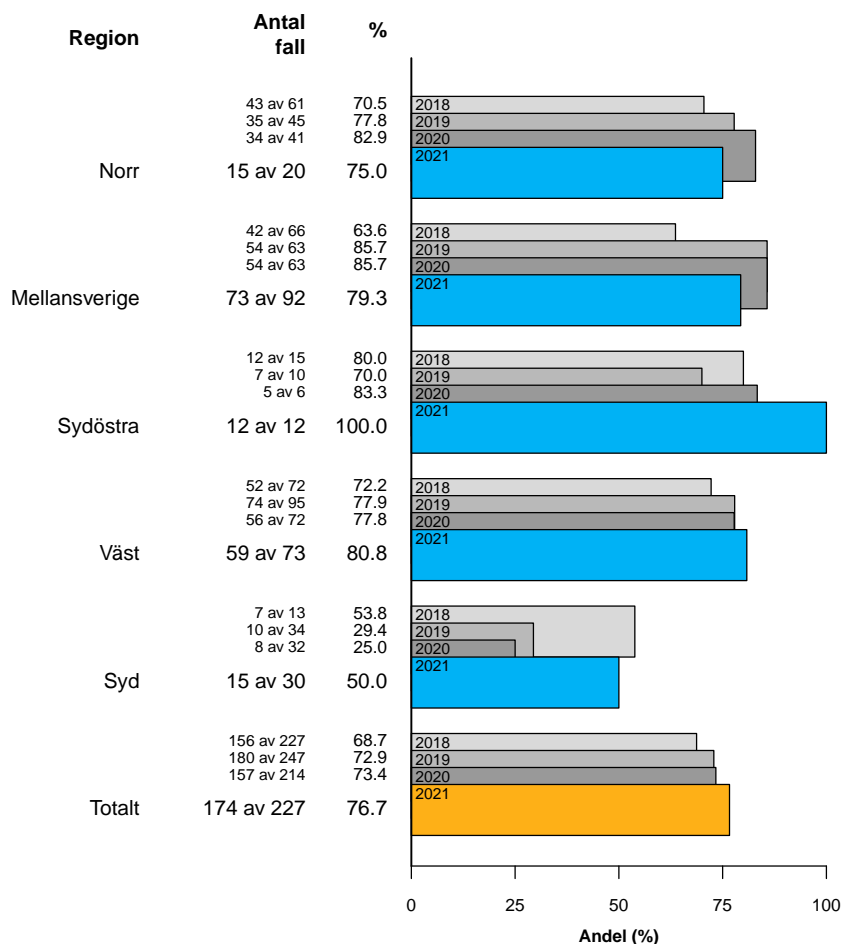
Figur 6. Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium $\geq T1b$.



5.4.3 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader

Även "Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader" är ny kvalitetsindikator. Enligt nationellt vårdprogram för tyreoideacancer görs en förnyad riskvärdering 9–12 månader efter att man inlett primärbehandling (oftast kirurgi). Riskvärdering utgörs i första hand av biokemisk kontroll och ultraljud hals och utfallet registreras i formulär 2. Syftet med indikatorn är i första hand att utvärdera resultat i uppföljning med avseende på kvarvarande sjukdom till följd av ändrade behandlingsrekommendationer i nationellt vårdprogram. I andra hand är det naturligtvis viktigt att belysa regionala skillnader. Redovisade siffror bör dock tolkas med försiktighet eftersom täckningsgraderna för formulär 2 är betydligt sämre än formulär 1. I denna årsrapport har vi inkluderat samtliga diagnoser vilket kan ifrågasättas eftersom prognosen skiljer sig. Möjligen kommer vi till nästa årsrapport att redovisa enbart differentierad tyreoideacancer eller redovisa anaplastisk, medullär och differentierad cancer var för sig.

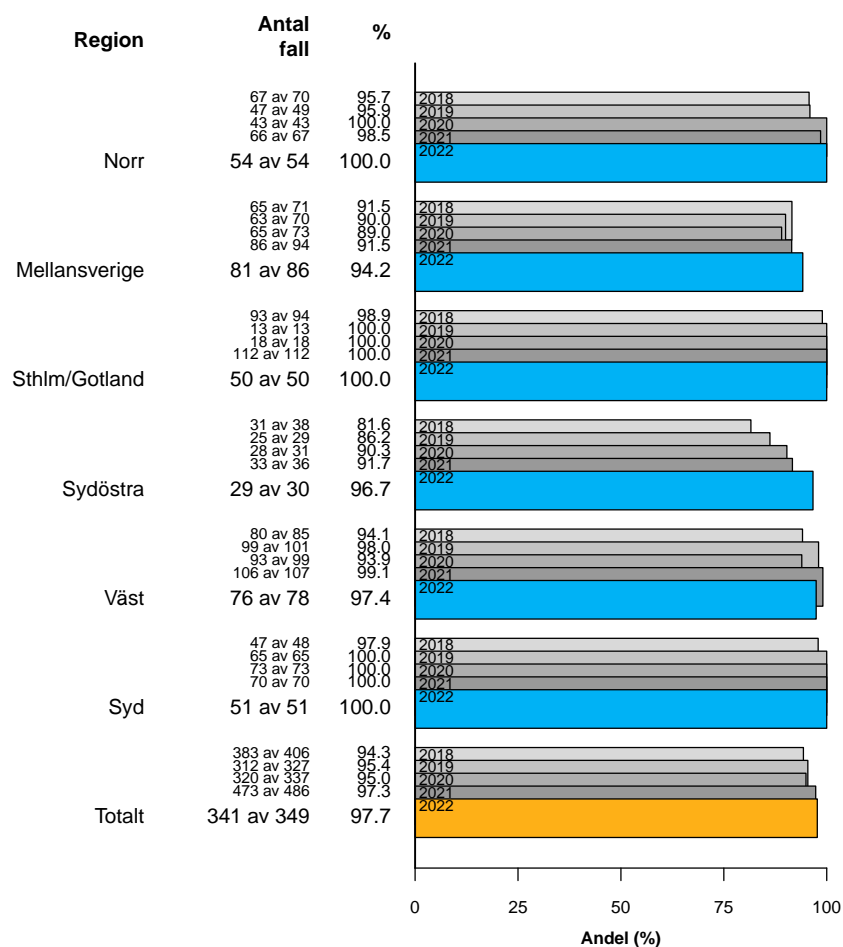
Figur 7. Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, patologisk T-stadium $\geq T1b$ och inrapporterat formulär 2 (Status 9-12 månader efter primärbehandling).



5.4.4 Andel patienter diskuterade på MDK

Andelen patienter diskuterade på MDK har redovisats tidigare men i år har vi valt att presentera detta som kvalitetsindikator. Att ta upp en patient på MDK är rimligen ett bättre mått på kvalitet jämfört med huruvida man följt behandlingsrekommendationer enligt nationellt vårdprogram. MDK möjliggör individuell patientbedömning av ett multidisciplinärt team och man har i ett sådant forum möjlighet att motivera såväl mindre som mer behandling jämfört med rekommendation från nationellt vårdprogram. Figur 8 visar att 98 % av alla patienter med tumörstadium där onkologisk behandling och uppföljning med tumörkontroll rekommenderas. Siffrorna är relativt lika för alla regioner och indikerar att MDK för sköldkörtelcancer är väl etablerat.

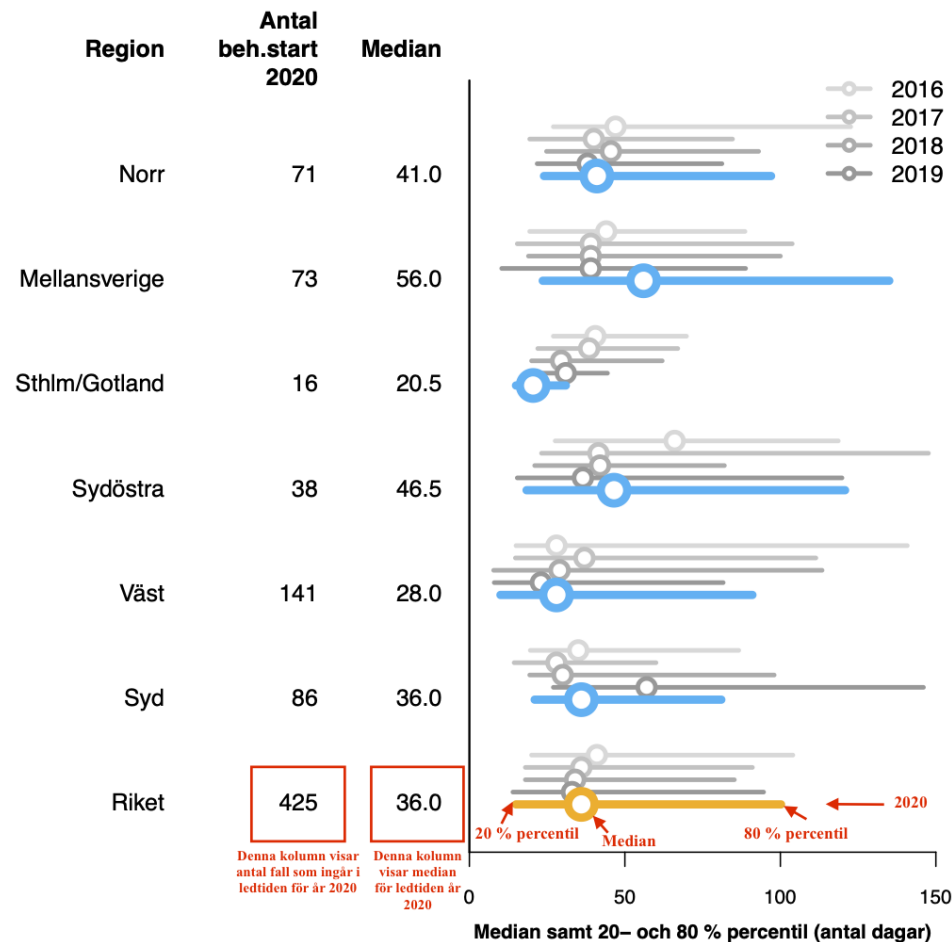
Figur 8. Andel patienter diskuterade på MDK. Patienter med diagnos 2018-2022 och patologisk T-stadium $\geq T1b$.



5.5 Ledtider

I figurerna över ledtider är negativa ledtider och ledtider längre än 365 dagar exkluderade. Statistik för sjukvårdsregioner med färre än 5 fall för ett visst år visas ej i figurerna över ledtider. I figur 9 visas en förklarande bild över ledtidsdiagrammen som ingår i detta avsnitt. De blåa linjerna avser ledtiderna för de olika sjukvårdsregionerna alternativt sjukhus år 2022 medan linjen som är orange avser ledtiden för riket år 2022.

Figur 9. Förklarande bild av ledtidsdiagram.

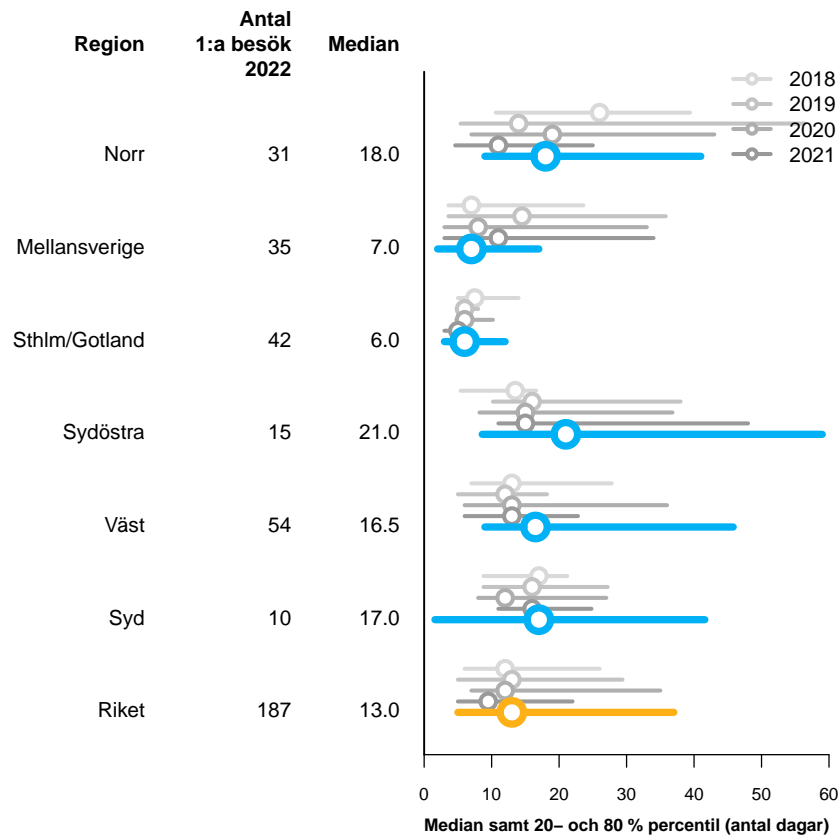


5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist

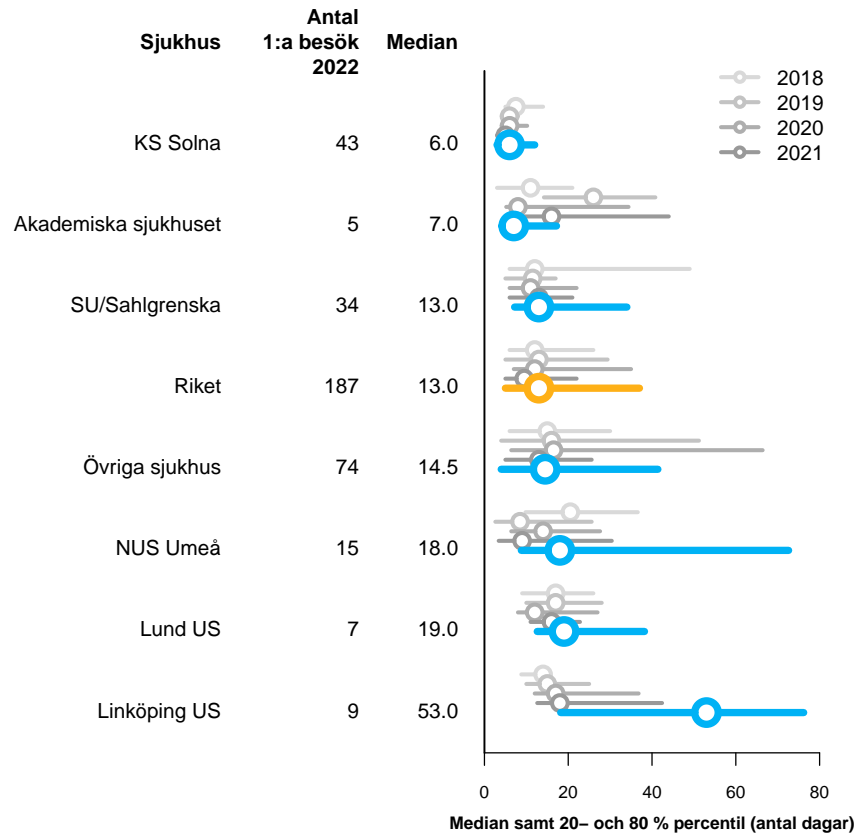
Tider från remiss till första besök visar viss variation men tämligen samlat och inom vårdprogrammets rekommendationer i de flesta fall. Rutiner för remittering skiljer sig åt mellan regionerna genom att ansvaret för den basala preoperativa utredningen med ultraljud hals och cytologi i vissa regioner ligger på primärvården medan andra regioner har lagt detta ansvar på specialistvården. I det senare fallet utförs cytologi och ultraljud i samband med första specialistbesök vilket förlänger ledtiderna. Hur som helst är vårdprogram och SVF harmoniserade och det ställs krav på ledtiderna. Vi har i årets rapport valt att presentera dessa ledtider och även om SVF fokuserat på tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart (oftast kirurgi) så finns även ytterligare preoperativa ledtider både för patienter med och utan preoperativt känd cancer för att återspegla situationen mellan väntetider för malign och förmodad benign tyreoidkirurgi. Det är också viktigt att belysa effekten och riskerna med en dålig preoperativ cytologisk diagnostik och risk att hamna i

en grupp där väntetider i vissa regioner är klart längre än optimalt även för dem med slutlig benign åkomma. Notera att i figur 11-12 ingår såväl patienter med misstänkt cancer som genomgår diagnostisk kirurgi som patienter med förmodat benign tillstånd men där histopatologi visar cancer.

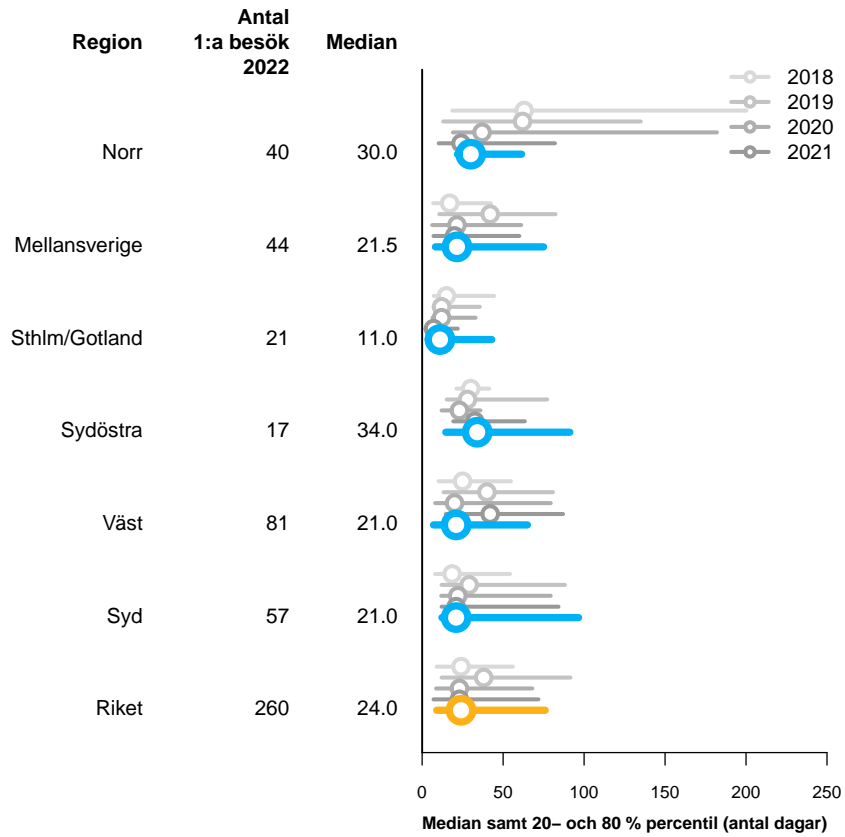
Figur 10. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022.



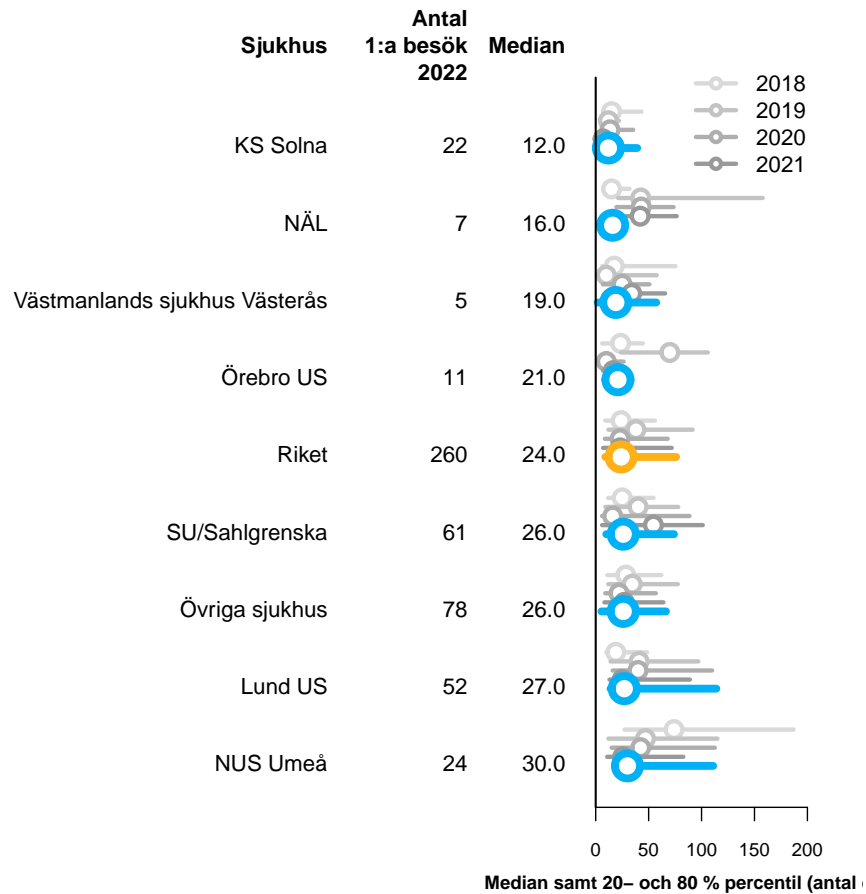
Figur 11. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



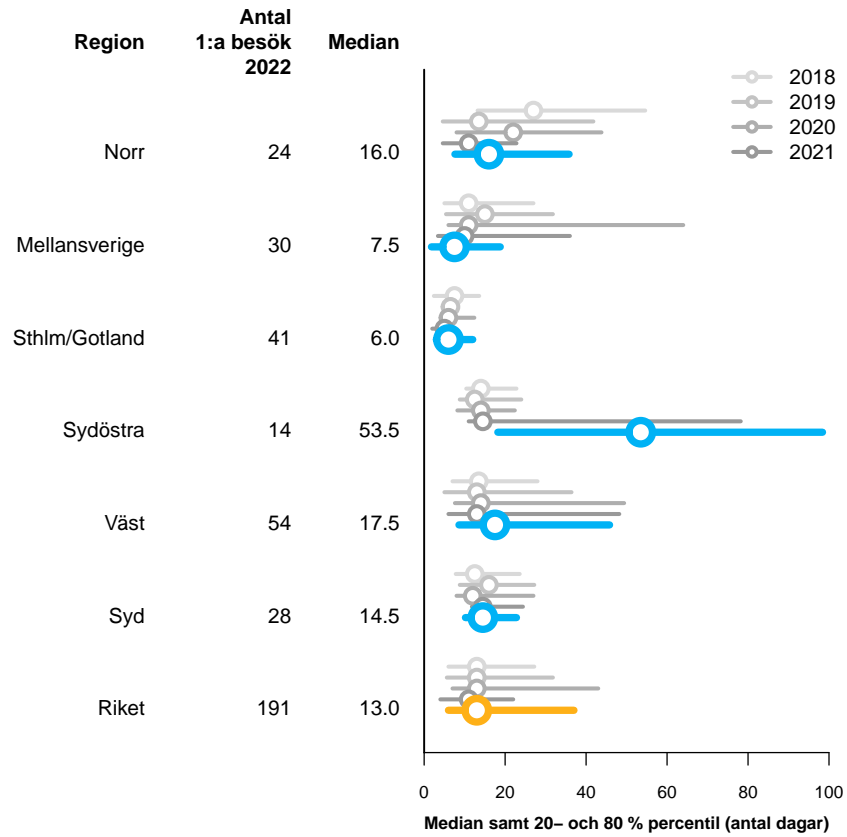
Figur 12. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022.



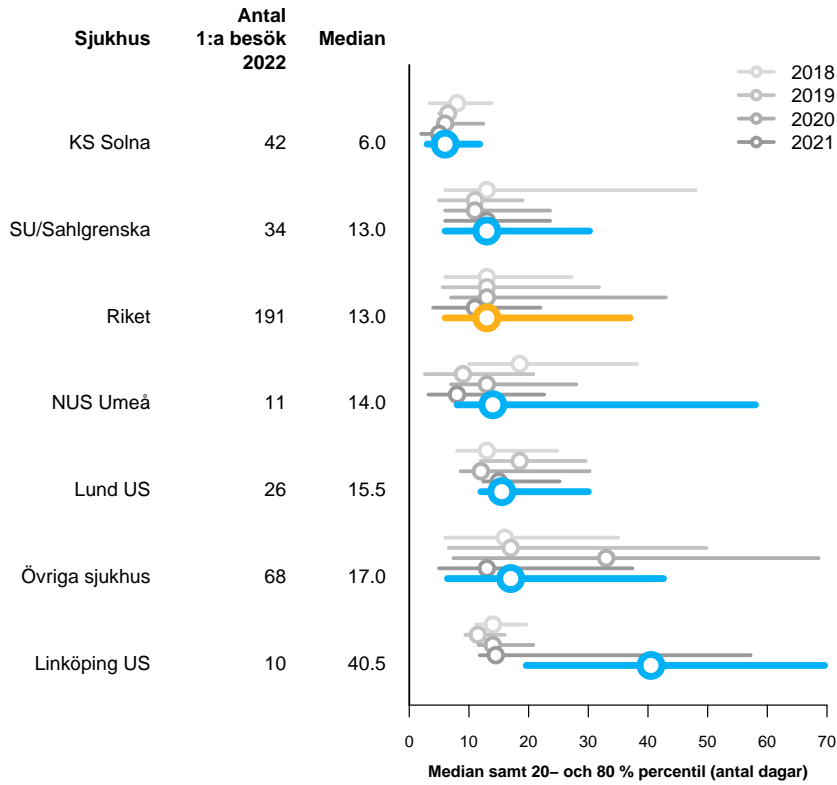
Figur 13. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



Figur 14. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2018-2022.



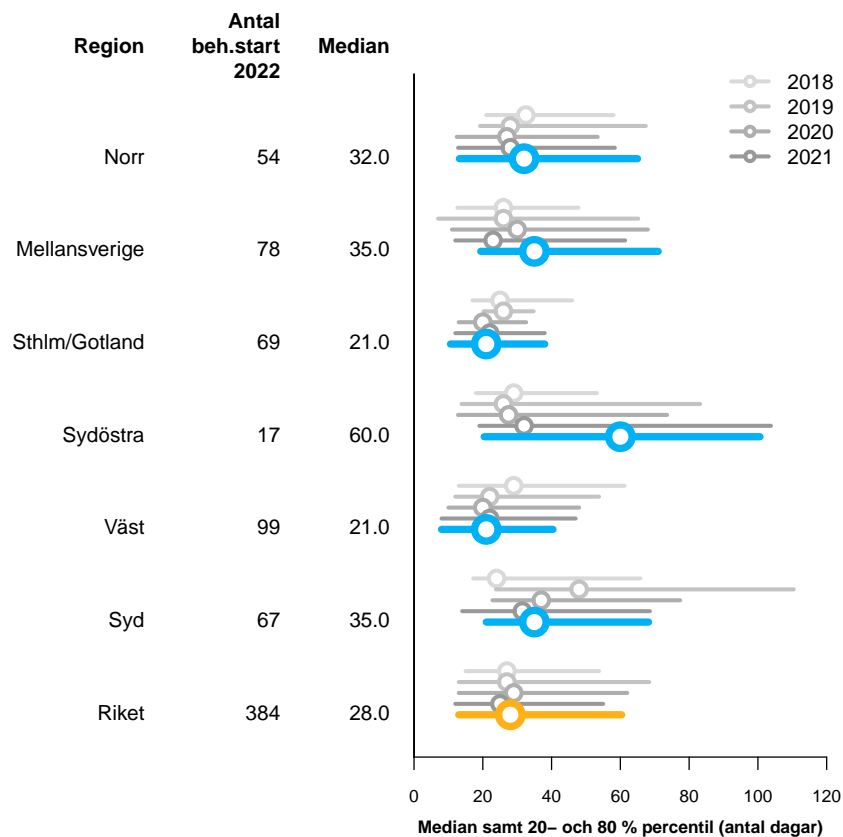
Figur 15. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



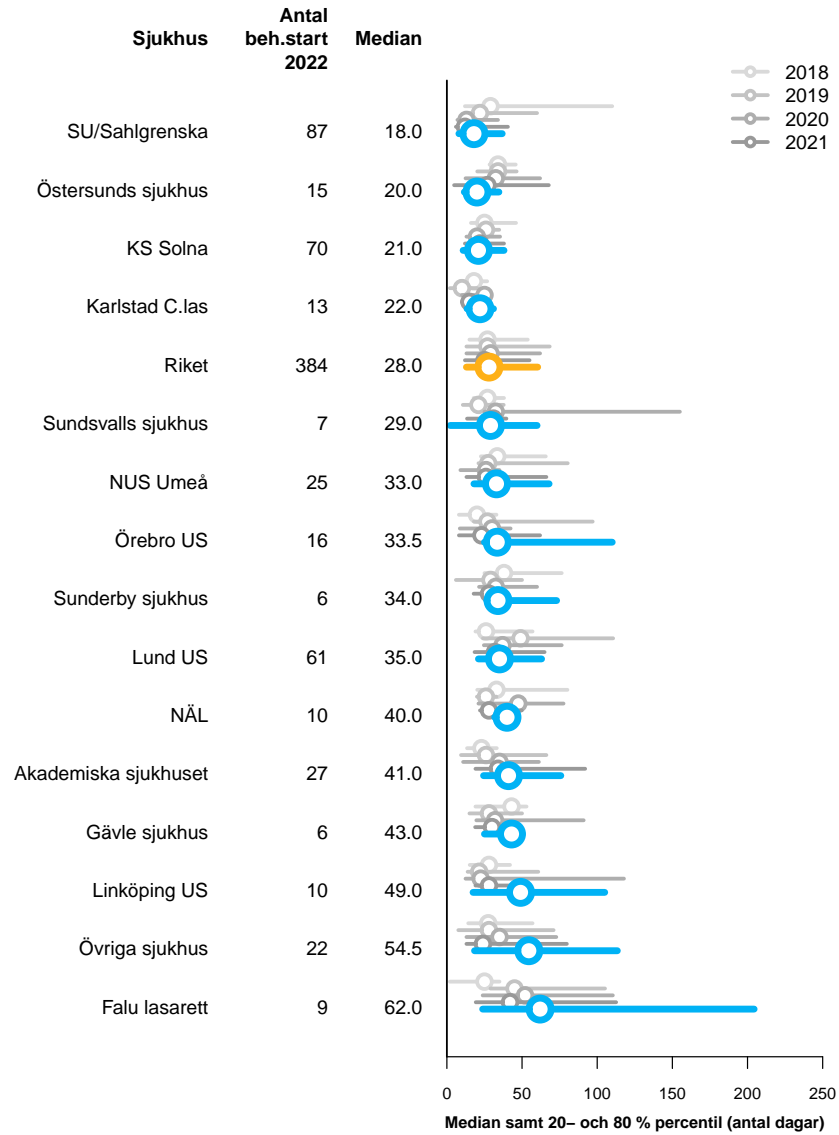
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

I de fallen malignitet var känt preoperativt kan vi notera att ledtiderna från behandlingsbeslut till start av behandling håller sig inom stipulerad målnivå för Vårdprogram och SVF (31 dagar från välgrundad misstanke till behandlingsstart) för samtliga regioner år 2022 (figur 18). I de fallen preoperativ diagnostik inte visat malignitet är ledtiderna över lag acceptabla. Det är viktigt att komma ihåg att i denna grupp ingår både patienter med Bethesda IV vilka ingår i SVF och därmed prioriteras som om de har fastställd malignitet samt patienter med såväl benign cytologi (Bethesda II) som oklar cytologisk diagnos (Bethesda III) vilka ofta prioriteras lågt. Under pandemin har patienter som inte prioriterats enligt SVF ofta fått vänta längre jämfört med innan. Detta understryker åter behovet av en god och säker preoperativ diagnostik och tillgänglighet samt en ändamålsenlig utredningsgång.

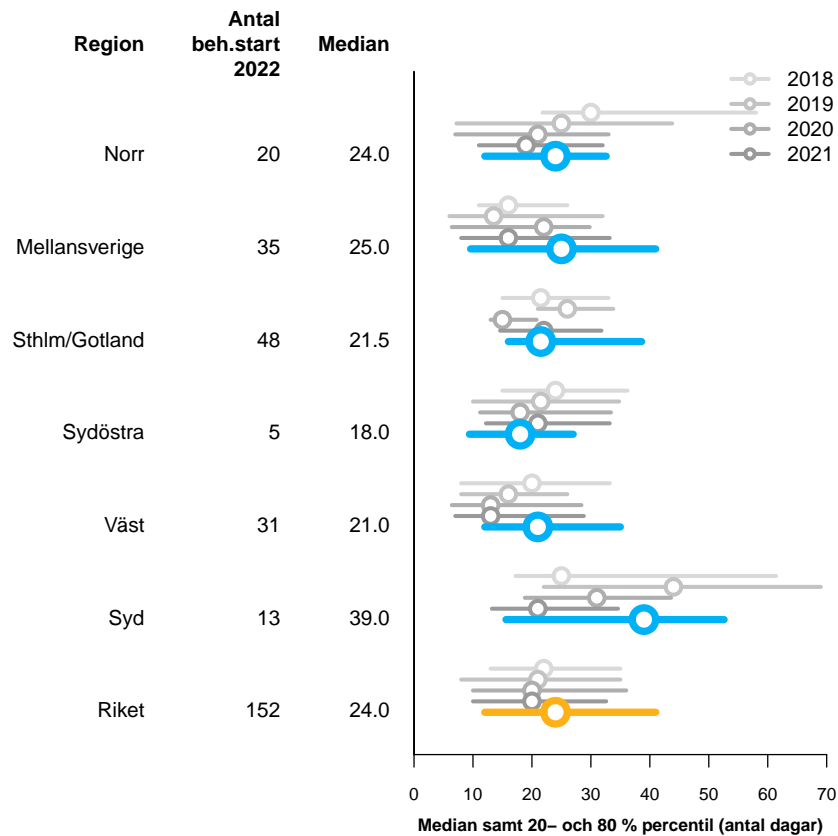
Figur 16. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.



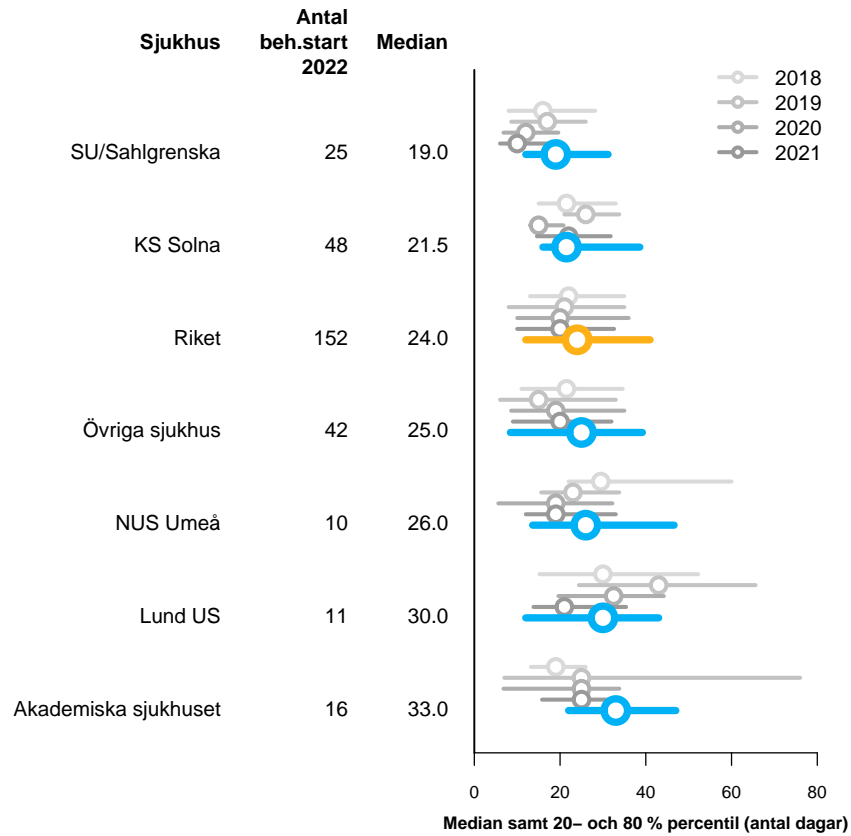
Figur 17. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



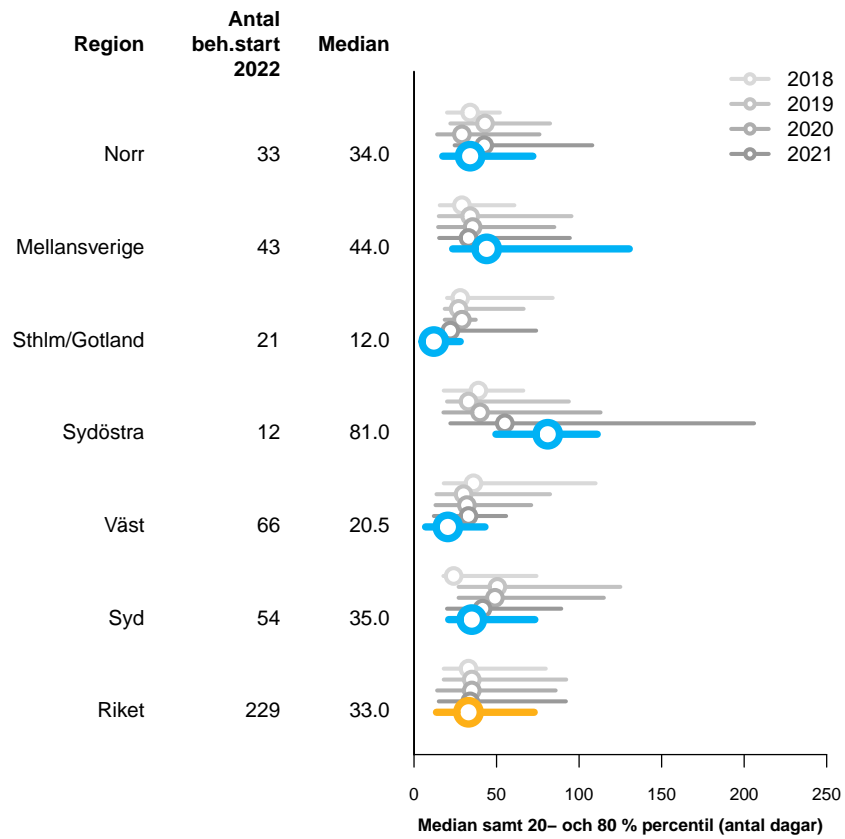
Figur 18. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.



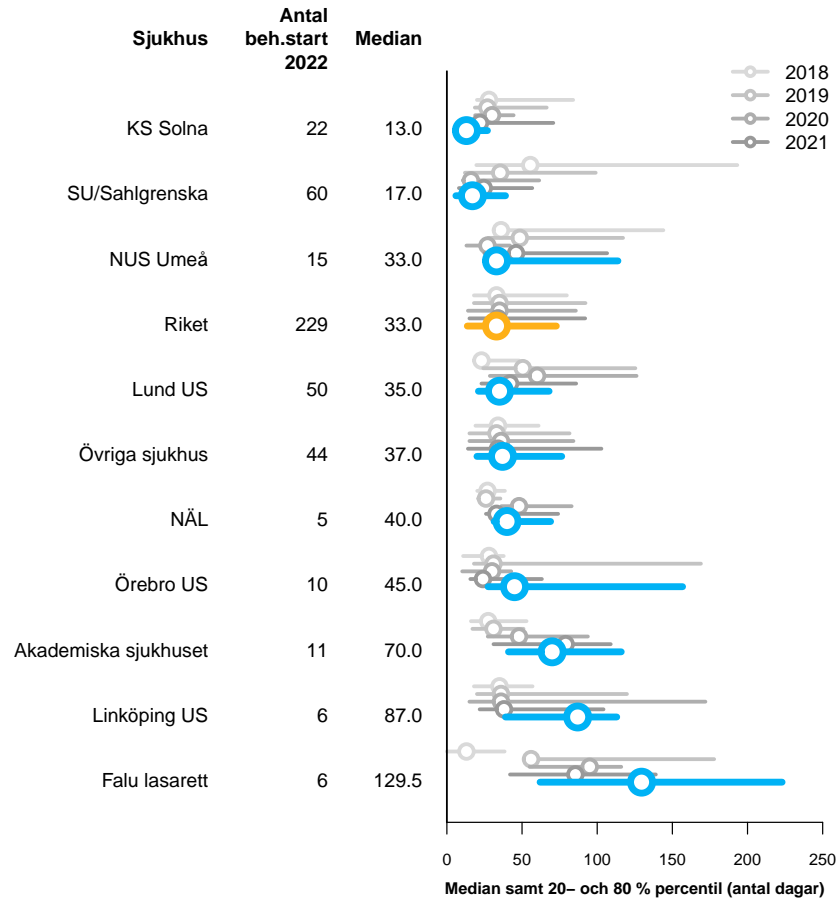
Figur 19. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterende sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



Figur 20. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.



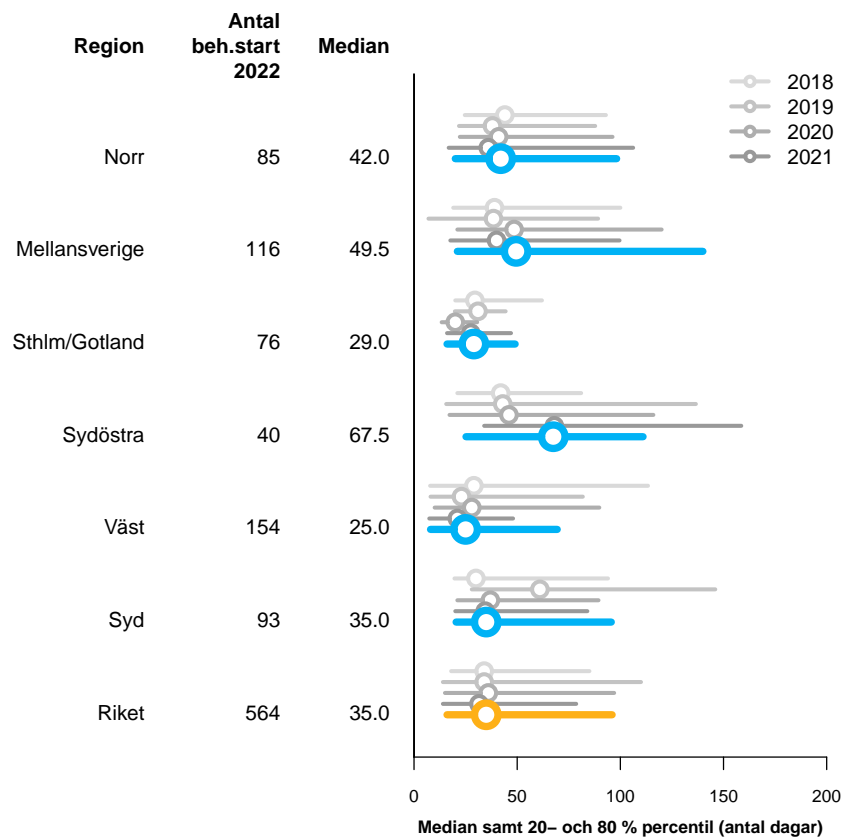
Figur 21. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart

Tider från första specialistbesök till behandlingsstart (i regel operation) kan variera och bero på köer, men här kan enligt ovan också misstänkas att andelen preoperativt icke känd malignitet spelar roll där man med en falskt benign cytologi och okänd cancer givit patienter en lägre prioritetsgrad och därmed senare operation. Mediandata är inte stort skilt från följåret och har snarast minskat något trots nationella problem med brister på vårdplatser och operationstider, men bör studeras vidare inom varje region. Dessa ledtider kommer också att analyseras inom ramen för SVF som införts april 2017. Indikationer finns på att långa väntetider i yttre spannet av väntetider för preoperativt icke känd malignitet kan bero på såväl direkta felregistreringar som patientvald väntan av olika skäl, men medianen påverkas dock ringa. Alla regioner har fått i uppdrag att se över registreringsrutinerna och validering av data görs.

Figur 22. Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter region.



Figur 23. Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2018-2022. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2018-2022 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

