Tyreoideacancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2025

Diagnosår: 2024

Nationellt kvalitetsregister för Tyreoideacancer

REGIONALA CANCERCENTRUM I SAMVERKAN

REGIONALT CANCERCENTRUM VÄST

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

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@vgregion.se

ISBN 978-91-87663-48-2

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

©2024 Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen

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 **7**

5 REDOVISADE RESULTAT **8**
5.1 Täckningsgrader 8
5.2 Antal fall och demografiska data 11
5.3 Diagnosspecifika data 13
5.4 Kvalitetsindikatorer 20
5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska 20
5.4.2 Andel icke follikulär tyreoideacancer 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 2025-09-03. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . . 9
2 Täckningsgrad för formulär 2 - Status 9-12 månader efter påbörjad primärbehandling per diagnosår. Uppdelat efter region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . . 10
3 Antal inrapporterade fall med diagnosår 2020-2024 per region. . . . 11
4 Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2020-2024. . . . 14
5 T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . 15
6 Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2024. . . . 16
7 N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . 16
8 M-stadium för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . 16
9 Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*. Patienter som fått diagnos 2024. Uppdelat efter region. 18
10 Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b* som fått diagnos 2024. . . . 18
11 Antal och andel fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter med patologisk T-stadium $\geq$ *T1b* som fått diagnos 2024. . . . 19
12 Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2024. Informationen saknas för 5 fall. . . . 19

Figurer

1 Åldersstandardiserad incidens för tyreoideacancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Referenspopulation: Europa. Källa: NORDCAN, 2022-09-23. 6
2 Åldersfördelning för patienter med diagnos 2020-2024. 11
3 Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2020-2024. 12
4 Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2020-2024. 20
5 Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2020-2024 och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*. 21
6 Andel icke follikulär tyreoideacancer som har preoperativ fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2020-2024 och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*. 22
7 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, diagnos PTC eller FTC, 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 2020-2024 och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*. 24
9 Förklarande bild av ledtidsdiagram. 25
10 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. 26
11 Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 27
12 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. 28
13 Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. 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 2020-2024. . . 30
15 Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-V och som haft första besök hos specialist 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 31
16 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region. 32
17 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 33
18 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region. 34
19 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 35
20 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region. 36
21 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 37
22 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024.Uppdelat efter region. 38
23 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. 39

1 INLEDNING

Detta är elfte årsrapporten för nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer. Täckningsgrad för diagnosår 2024 är ca 60 % vilket är en nedgång jämfört med föregående år och betydligt lägre än målnivån för resultat- och processmått 95 % vilket. Liksom vid tidigare årsrapporter noteras skillnader i täckningsgrader mellan de olika regionerna. Årets nedgång i täckningsgrad kan nästan helt tillskrivas region Stockholm/Gotland vilka registrerat endast 20/269 fall (7%). Region Syd har också en låg täckningsgrad (53%) men är ofärändrat jämfört med tidigare år. Övriga regioner har täckningsgrader över 80 %. Täckningsgrader diskuteras återkommande vid varje möte och man säger själva att det tar för mycket tid och resurs att fylla i register och att man saknar administrativt stöd och man inte heller förfogar över administrativa resurser. Vidare säger man att man inväntar möjlighet till automatisk överföring från journal till register. Detta gör det väldigt svårt för styrgruppen att hjälpa till för att öka täckningsgraden i problematiska regioner. Region Norr, region Väst och region Mellansverige har under alla år haft täckningsgrader nära 100 % och även i år uppvisar man täckningsgrader nära målvärdet för den kvalitetsindikator styrgruppen satt upp .

I syfte att öka täckningsgraderna har vi under 2022 till 2024 förenklat inrapportering genom att minska antalet variabler. Nya formulär (både elektroniska och på papper) togs i bruk under våren 2024 och reaktionerna har varit positiva även om vi ännu inte helt utvärderat ännu. Arbetet med att förenkla inmatning har fortsatt under detta år men vi kommer även att införa nya variabler till följd av uppdaterade diagnoskriterier (WHO 2022) och reviderat nationellt vårdprogram vilket godlkändes 250304.

Täckningsgraden för formulär 2 har hela tiden varit sämre än för formulär 1 och uppgår till 53 % för diagnosår 2023 (senast tillgängliga diagnosår för formulär 2). 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.

Vi har under året inga ändringar avseende kvalitetsindikatorer. Vår ambition har varit att i högre utsträckning redovisa resultatmått snarare än processmått. Under nästa år kommer vi att göra mindre justeringar och eventuelt tillägg av någon ytterligare kvalitetsindikator. Den enskilt viktigaste informationen som registret bidrar med gäller uppföljning av patienter med tyreoideacancer med avseende på i första hand recidiverande eller kvarvarande sjukdom och i andra hand överlevnad. 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 Ändel 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 men väljer att inte ta med det i aktuell årsrapport.

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 molekylärgenetiska analyser visar på ökad risk för recidiv). Variabeln finns dock kvar i registret. Viktigt att notera är dessutom att detta mått ytterligare kommer att minska i betydelse i och med det reviderade vårdprogrammet eftersom detta i högre utsträckning ger utrymme för individualiserad behandling där patientens önskemål tas i bektande i högre utsträckning. De nya riktlinjerna ger stort utrymme för den enskilde patienten och läkaren att tillsammans besluta om lämplig behandling. Vi har även tagit bort kvalitetsindikatorn Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialistsamt Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart. Båda dessa processmått finns tillgängliga via statistik för SVF. Fullständig TNM-klassifikation har vi tagit

bortdå 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 tyreoideacancer i Sverige ökade konsekvent under många år men har varit relativt konstant de senste åren. Möjligen ser vi nu en utplaning av incidensen. Framför allt amerikanska rapporter visar liknande incidensutveckling om än mer uttalad tendens (kraftigt stigande incidens under 2-3 årtionden för att de senaste åren ha planat ut) och det spekuleras i om det kan bero på tydliga rekommendationer i guidelines att inte utreda små "kliniskt icke signifikanta tumörer". Enligt Nordcan har Sverige en liknande utveckling av incidensen jämfört med övriga nordiska länder (Nordcan redovisar data tom. 2022).

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 %. För diagnosår 2024 går detta dock inte att bedöma för Region Stockhol/Gotland pga för få registrerade fall. Region Väst har tidigare haft ca 40 % preoperativt fastställd malignitet men har successivt förbättrat resultaten och redovisar för diagnosår 2024 sifror som är nära 80 % och i nivå med föregående år. 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 men i och med att det nya reviderade vårdprogrammet kommer förmodligen andelen kompletterande ingrepp att minska eftersom hemityreoidektomi är tillräckligt i de flesta fall. Man ska 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 5.4 % (n=11) och motsvarande andel med icke diagnostisk cytologi är 2.5 % (n=5) vilket anses vara acceptabelt.

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 skräddarsy 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 sifror mot rikssnittet. Allt för att registerdata ska kunna återanvändas i verksamheten såväl på kliniknivå 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

Region Norr
Martin Claesson, kirurgi, Umeå Universitetssjukhus
Maria Sandström, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå
Basel Sitohy, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Region Mellansverige
Matilda Annebäck, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Olov Norlén, kirurgi, Akademiska sjukhuset, Uppsala
Göran Wallin, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset Örebro

Region Stockholm-Gotland
Catharina Ihre Lundgren, Endokrin kirurgi, Karolinska Universitetssjukhuset
Christofer Juhlin, Avd. för klinisk patologi och cytologi, Karolinska Universitetssjukhuset
Joachim Nilsson, nukleärmedicinsk sjukhusfysiker, Karolinska Universitetssjukhuset

Region Sydöst
Oliver Gimm, Kirurgiska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Anders Höög, Klin patologi och cytologi, Universitetssjukhuset i Linköping

Region Väst
Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Region Syd
Carl-Fredrik Warfvinge, Skånes onkologiska klinik, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Patientrepresentat
Anna Jakobsson
Hanna Nilsson

2.2 Nationellt stödteam

Regionalt Cancercentrum väst
Michelle Lemvik, 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 tyreoideacaner på INCA plattformen 2025-09-15. Dessutom har täckningsgrad mot cancerregistret levererats från de sex regionala cancercentrum 2025-09-03. Analyser och beräkningar är gjorda i R-4.1.1 och rapporten är sammanställd i LaTeX.

Årsrapporten publicerades 2024-XX-XX.

3 BAKGRUND

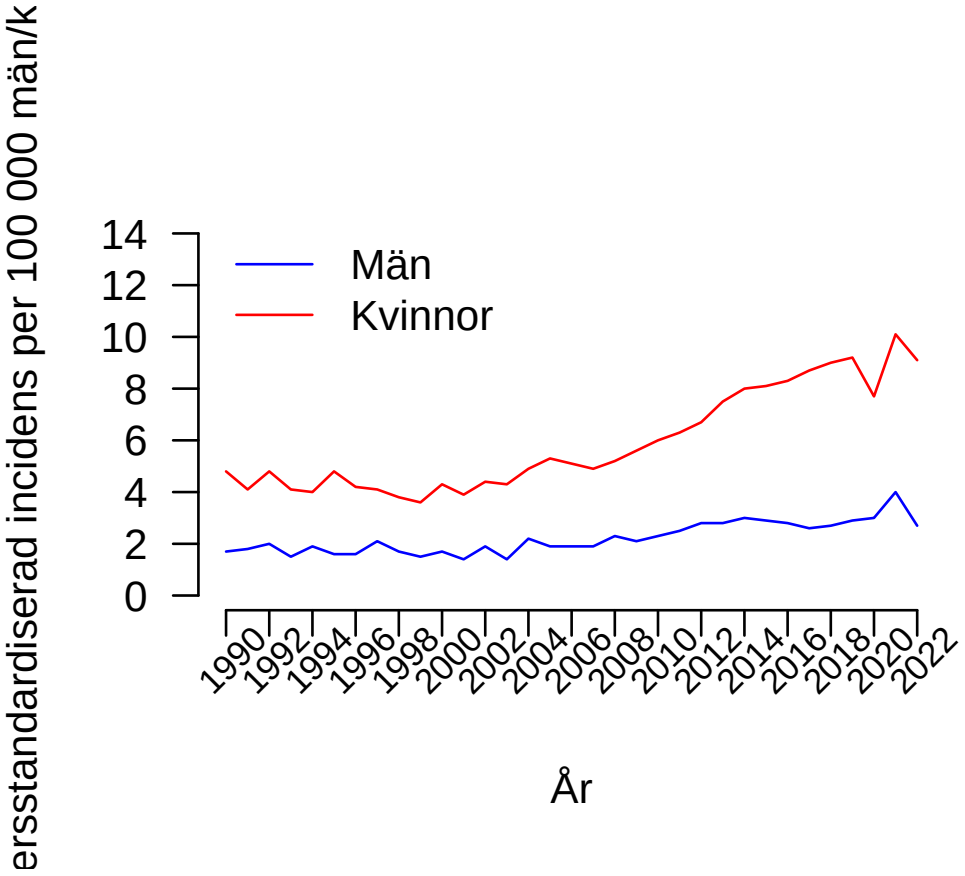
Tyreoideacancer (TC) är den vanligaste cancerformen i endokrina körtlar. Incidensen har under lång tid legat på ungefär 4 fall/100 000/år, men ökade markant med start i början av 2000-talet. Enligt data från Nordcan (nordcan.iarc.fr/en) verkar nu incidensökningen plana ut. Motsvarande ”platåeffekt” ses i andra delar av världen och det spekuleras i om det beror på rekommendationer om att aktivt avstå utredning av små tumörer. I Sverige kan införandet av EU-TIRADS eventuellt ha bidragit till minskad cytologisk provtagning och därmed minskad diagnostik.

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. 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. År 2022 publicerades dock ESIMABL2-studien där man randomiserat mellan kirurgi+adjuvant radiojodbehandling eller enbart kirurgi utan att man såg några skillnader i recidivfrekvens. 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.

Tyreoideacancerregistret är ett rikstäckande register med placering på den nationellt gemensamma IT-plattformen (INCA) där alla nyupptäckta fall med tyreoideacancer 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 tyreoideacancer 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:

- Täckningsgrad ≥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 men sedan flera år tillbaka är alla regioner och enheter anslutna. Återkommande frågor är dels automatisk överföring av data mellan halskirurgiregistret SQRTPA (Scandinavan Quality Register for Thyroid, Parathyroid and Adrenal Surgery) för att undvika dubbel inmatning av identiska data, dels automatisk överföring mellan journalsystem och register. Någon lösning på detta finns inte för närvarande även om det pågår arbete att överföra data mellan journal och register.

Tre regioner har rapporterat in data från start med god täckning (Väst och Norr och Mellansverige) där täckningsgraderna är ca 90% och i år rapporterar även Region Sydöst över 80%. Dessa regioner har byggt upp en väl fungerande logistik med administrativ personal som övervakar och rapporterar. Eftersom Region Stockholm/Gotland är landets största region påverkar de i hög utsträckning den totala täckningsgraden i riket vilket visar sig tydligt i år då man åter hae halkat efter i registrering. Region Syd är också en stor region med varierande täckningsgrader genom åren och även här får man misstänka bristande struktur. För diagnosår 2024 har region Syd 53% täckningsgrad. Region Sydöst har tidigare haft goda täckningsgrader och rapporterar diagnosår 2024 81 %.

Uppföljningsblankett 1 år efter avslutad primärbehandling (formulär 2) varierar på vilken enhet registrering sker. Ofta sker rapportering vid onkologenhet, men hos vissa regioner vid kirurgenhet. I region Stockholm/Gotland har uppföljning för några år sedan förts över från onkolog till endokrinolog vilka fortfarande inte kommit i gång med registrering. Retroaktiv registrering av formulär 2 har skett i viss utsträckning under det gångna året. I tabell 2 visas data till och med diagnosår 2023 eftersom tabellen redovisar uppföljningsformulär.

Tabell 1. Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, levererade 2025-09-03. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.

	2020		2021		2022		2023		2024	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Region										
Norr	71 av 71	100	128 av 128	100	91 av 91	100	85 av 85	100	72 av 82	88
Mellansverige	117 av 117	100	144 av 144	100	132 av 132	100	170 av 175	97	166 av 188	88
Sthlm/Gotland	22 av 175	13	172 av 182	95	129 av 183	70	108 av 203	53	20 av 269	7
Sydöstra	52 av 53	98	71 av 76	93	70 av 112	62	63 av 111	57	55 av 68	81
Väst	154 av 154	100	180 av 180	100	168 av 168	100	184 av 187	98	156 av 167	93
Syd	128 av 165	78	129 av 151	85	100 av 138	72	109 av 176	62	94 av 177	53
Totalt	544 av 735	74.0	824 av 861	95.7	690 av 824	83.7	719 av 937	76.7	563 av 951	59.2

Tabell 2. 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 avlutats i registret enligt anmälningsformuläret är exkluderade.

	2020		2021		2022		2023	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Region								
Norr	49 av 49	100.0	69 av 70	98.6	44 av 49	89.8	29 av 45	64.4
Mellansverige	65 av 65	100.0	98 av 100	98.0	79 av 89	88.8	70 av 98	71.4
Sthlm/Gotland	0 av 21	0.0	0 av 117	0.0	0 av 101	0.0	0 av 90	0.0
Sydöstra	8 av 34	23.5	23 av 49	46.9	16 av 45	35.6	25 av 28	89.3
Väst	67 av 89	75.3	105 av 107	98.1	66 av 78	84.6	46 av 94	48.9
Syd	67 av 72	93.1	67 av 72	93.1	50 av 55	90.9	47 av 57	82.5
Totalt	256 av 330	77.6	362 av 515	70.3	255 av 417	61.2	217 av 412	52.7

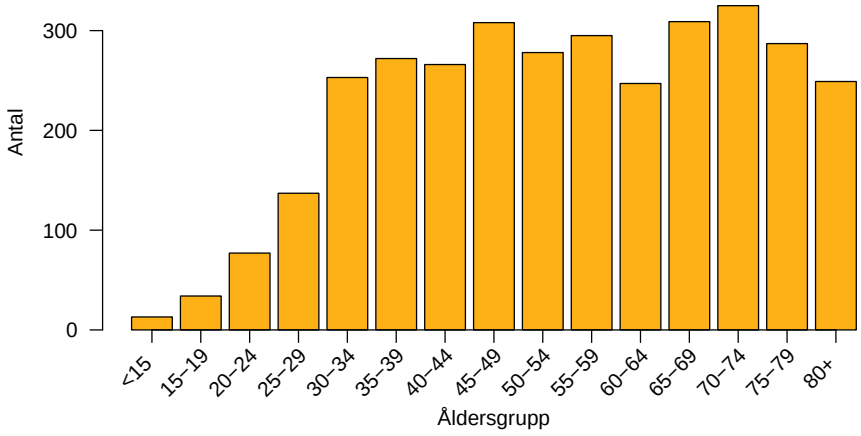
5.2 Antal fall och demografiska data

Sammanlagt 568 fall har rapporterats för diagnosår 2024. Incidensen för tyreoideacancer verkar nu planat av något under de år registret varit i bruk (n=824 diagnosår 2021 men högre täckningsgrad). Totalt finns ca 7000 fall registrerade sen 2013. I förhållande till befolkningsunderlag ses även i år ett högt antal fall (n=155 2024) i Region Väst med en numerär i paritet med Stockholm/Gotland. Orsaken till tidigare incidensökning nationellt av tyreoideacancer har diskuterats utan att man kunnat ge en säker förklaring. Ökad diagnostik med ultraljud hals och generellt ökade operationsvolymer 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 3 redovisas antalet rapporterade fall per region med diagnosår 2020-2024.

Tabell 3. Antal inrapporterade fall med diagnosår 2020-2024 per region.

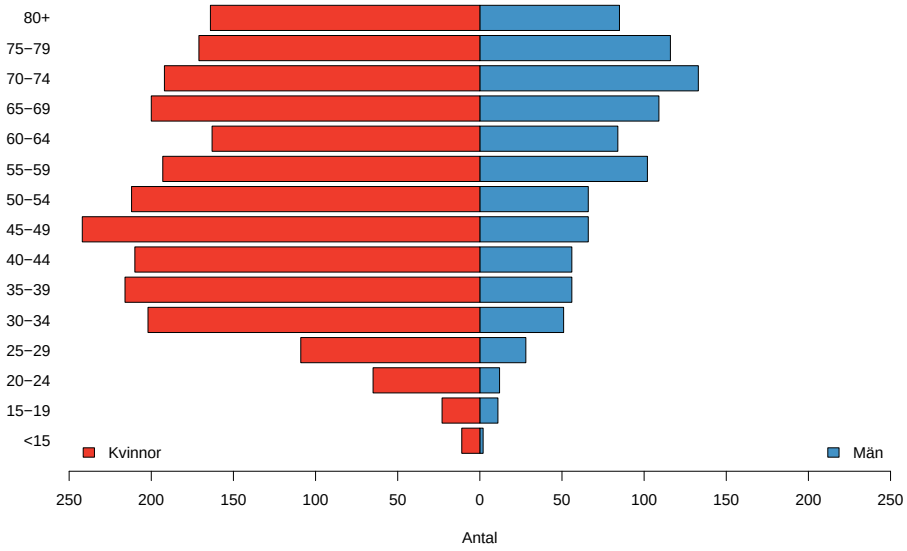
	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	Total (%)
Region						
Norr	71 (13.2)	127 (15.4)	93 (13.3)	84 (11.6)	76 (13.4)	451 (13.5)
Mellansverige	117 (21.8)	144 (17.5)	133 (19.0)	172 (23.8)	169 (29.8)	735 (21.9)
Sthlm/Gotland	22 (4.1)	171 (20.8)	129 (18.5)	108 (14.9)	22 (3.9)	452 (13.5)
Sydöstra	52 (9.7)	70 (8.5)	71 (10.2)	63 (8.7)	55 (9.7)	311 (9.3)
Väst	153 (28.5)	181 (22.0)	169 (24.2)	187 (25.9)	155 (27.3)	845 (25.2)
Syd	121 (22.6)	131 (15.9)	104 (14.9)	109 (15.1)	91 (16.0)	556 (16.6)
Total	536 (100)	824 (100)	699 (100)	723 (100)	568 (100)	3350 (100)



Figur 2. Åldersfördelning för patienter med diagnos 2020-2024.

Av de 3350 anmälda fall år 2020-2024 är 977 män (29.2 %) och 2373 kvinnor (70.8 %).

Åldersfördelningen för kvinnor och män ses i figur ??.



Figur 3. Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2020-2024.

5.3 Diagnosspecifika data

Fördelningen av tumörtyper (tabell 4) avviker inte nämnvärt från förväntad distribution och är oförändrad jämfört med fjolårets rapport med papillär cancer som helt dominerande typ (69 % diagnosår 2024). I januari 2019 omklassificerades tumörtypen follikulär cancer till follikulär minimalinvasiv, avkapslat 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-like11kärnor (NIFT-P), 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, till exempel tumörer med inslag av såväl differentierad cancer som lågt differentierad eller anaplastisk cancer. Skillnaden i antalet lågt differentierad cancer ligger inom felmarginal (7-21 st), men kan också vara ett uttryck för viss diskrepans i att strikt tillämpa de histopatologiska kriterierna. Värt att nämna är också att den verkliga incidensen av anaplastisk tyreoideacancer inte säkert visas i registret eftersom en betydande andel patienter med denna diagnos hinner avlida innan säker diagnos ställs och många genomgår aldrig kirurgi pga. inoperabilitet.

Tabell 4. Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2020-2024.

	Tumörtyper					
	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	2024 (%)	Total (%)
Papillär	377 (72.6)	599 (74.1)	509 (74.6)	502 (71.1)	391 (69.8)	2378 (72.6)
Follikulär - minimalt invasiv	41 (7.9)	69 (8.5)	67 (9.8)	72 (10.2)	43 (7.7)	292 (8.9)
Follikulär - avkapslad angioinvasiv	9 (1.7)	17 (2.1)	14 (2.1)	15 (2.1)	17 (3.0)	72 (2.2)
Onkocytär	16 (3.1)	39 (4.8)	18 (2.6)	42 (5.9)	39 (7.0)	154 (4.7)
Medullär	16 (3.1)	32 (4.0)	12 (1.8)	18 (2.5)	18 (3.2)	96 (2.9)
Lågt differentierad	10 (1.9)	11 (1.4)	21 (3.1)	9 (1.3)	7 (1.2)	58 (1.8)
Anaplastisk	17 (3.3)	22 (2.7)	16 (2.3)	14 (2.0)	20 (3.6)	89 (2.7)
Blandad medullär och follikulär	1 (0.2)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.0)
Icke-invasiv follikulär tyreoideatumör med “papillary-like” kärnor (NIFTP)	11 (2.1)	6 (0.7)	10 (1.5)	17 (2.4)	11 (2.0)	55 (1.7)
Follikulär tumör av oklar malignitetspotential	11 (2.1)	4 (0.5)	5 (0.7)	12 (1.7)	8 (1.4)	40 (1.2)
Väldifferentierad tyreoideatumör av oklar (uncertain) malignitetspotential	6 (1.2)	2 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	1 (0.2)	10 (0.3)
Hyaliniserad trabekulär tumör	2 (0.4)	1 (0.1)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (0.1)
Annan	2 (0.4)	6 (0.7)	10 (1.5)	4 (0.6)	4 (0.7)	26 (0.8)
Saknas	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.0)
Total	519 (100)	808 (100)	682 (100)	706 (100)	560 (100)	3275 (100)

När det gäller T-stadium (tabell 5) ses gruppen T1a (<1 cm) utgöra 28 %. Hela incidensökningen består inte enkom 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 alltjämt vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans 64 % av cancrarna i PAD. Sannolikt är majoriteten av dessa fall bifynd där indikationen för kirurgi har varit benigna tillstånd som tex Graves sjukdom. Större tumörer (T1b-T4b) synes alltjämt vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans 69% av all cancer i PAD.

Tabell 5. T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	Total (%)
Saknas	0 (0.0)	0 (0.0)	45 (100.0)	45 (7.9)
T1a	1 (6.7)	156 (30.7)	0 (0.0)	157 (27.6)
T1b	0 (0.0)	113 (22.2)	0 (0.0)	113 (19.9)
T2	4 (26.7)	128 (25.2)	0 (0.0)	132 (23.2)
T3a	2 (13.3)	83 (16.3)	0 (0.0)	85 (15.0)
T3b	1 (6.7)	10 (2.0)	0 (0.0)	11 (1.9)
T4a	4 (26.7)	13 (2.6)	0 (0.0)	17 (3.0)
T4b	1 (6.7)	3 (0.6)	0 (0.0)	4 (0.7)
TX	2 (13.3)	2 (0.4)	0 (0.0)	4 (0.7)
Total	15 (100)	508 (100)	45 (100)	568 (100)

Vidare ses ifrån inrapporterande regioner en större konformitet och följsamhet jämfört starten 2013 mellan dessa avseende målvariabeln ”fullständig TNM” - cirka 8 % 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 6 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 inte i denna årsrapport då möjligheten att registrera Nx togs bort i augusti 2022. M-stadium är ifyllt med något av alternativen M0, M1.

Översyn av variabellista 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 vårdprogrammet är grunden för bedömning av eventuell central lymfkörtelutrymning vid tyreoideacancer $\leq$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 överflödig.

Tabell 6. Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2024.

	Finns fullständig TNM?		
	Ja (%)	Nej (%)	Total
Norr	69 (90.8)	7 (9.2)	76 (100)
Mellansverige	156 (92.3)	13 (7.7)	169 (100)
Sthlm/Gotland	22 (100.0)	0 (0.0)	22 (100)
Sydöstra	49 (89.1)	6 (10.9)	55 (100)
Väst	134 (86.5)	21 (13.5)	155 (100)
Syd	86 (94.5)	5 (5.5)	91 (100)
Total	516 (90.8)	52 (9.2)	568 (100)

Tabellerna 7 och 8 visar fördelningen av N och M-stadium.

Patologen rapporterar Nxöm det inte finns tillräckligt med lymfkörtlar att undersöka vilket är adekvat, men det blir då klinikern som måste avgöra N-status. Som framgår ovan finns sedan augusti 2022 inte längre möjlighet att rapportera Nx.

Någon skillnad mellan grund för N0 (exempelvis ej alls gjord central körtelutrymning visavi mikroskopisk undersökning av fem friska körtlar) har inte gjorts.

Tabell 7. N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	Total (%)
N0	285 (97.3)	120 (52.9)	0 (0.0)	405 (71.3)
N1a	4 (1.4)	44 (19.4)	0 (0.0)	48 (8.5)
N1b	4 (1.4)	60 (26.4)	0 (0.0)	64 (11.3)
Saknas	0 (0.0)	3 (1.3)	48 (100.0)	51 (9.0)
Total	293 (100)	227 (100)	48 (100)	568 (100)

Tabell 8. M-stadium för patienter som fått diagnos 2024 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Antal	(%)
M0	498	(87.7)
M1	21	(3.7)
Saknas	49	(8.6)
Total	568	(100.0)

Avseende preoperativt fastställd malignitet varierar dessa mellan 50 % (Norr) och 72 % (Mellansverige). Stockholm/Gotland har de år de haft god täckningsgrad varit enda regionen som

nåt upp till mplnivån på 80%. För diagnosår 2024 har de registrerat för få fall för att man ska kunna dra slutsatser av årets siffra (67 %). En skillnad både i granskning och i provtagningsrutin kan ligga skillnader mellan regioner men värt att notera är att skillnaderna har minskat och generellt förbättrats. En möjlig förklaring ka vara en övergång till ultraljudsledd selektiv cytologi, dvs cytologin riktas med hjälp av ultraljud mot signifikanta ultraljudsmässigt suspekta lesioner.

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 10 framgår att cirka 14 % 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 % vilket är acceptabelt utifrån vad som rekommenderas av Bethesda-klassifikationen. 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 tyreoideacancer >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 fastställd malignitet och behov av att likrikta den cytologiska diagnostiken bättre nationellt.

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 diferentierad cancer avseende preoperativ diagnostik. I tabell 10 framgår att cirka 14 % fått Bethesda III. I gruppen Bethesda IV döljer sig säkert 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. Den totala delen som med årets urval som fått icke diagnostisk cytologi eller en benign preoperativ cytologi (Bethesda I eller II) är 8% vilket är acceptabelt utifrån vad som rekommenderas av Bethesda-klassifikationen. 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 är självklart eftersträvansvärt men eftersom det reviderade vårdprogrammet rekommenderar mindre omfattande kirurgi, innebär preoperativ cytologi motsvarande Bethesda IV i de flesta fall ingen praktisk skillnad i behandlingen. 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 fastställd malignitet och behov av att likrikta den cytologiska diagnostiken bättre nationellt.

Enligt tabell 5 har patologisk T-stadium $\geq$ *T1b* registrerats för 350 fall med diagnos 2024. Huruvida malignitet har fastställts preoperativt för dessa patienter med papillär cancer och medullär cancer visas i tabell 9.

Tabell 9. Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium ≥ *T1b*. Patienter som fått diagnos 2024. Uppdelat efter region.

	Preop fastställd malignitet?		
	Ja (%)	Nej (%)	Total
Norr	15 (50.0)	15 (50.0)	30 (100)
Mellansverige	49 (72.1)	19 (27.9)	68 (100)
Sthlm/Gotland	8 (66.7)	4 (33.3)	12 (100)
Sydöstra	14 (51.9)	13 (48.1)	27 (100)
Väst	41 (69.5)	18 (30.5)	59 (100)
Syd	27 (62.8)	16 (37.2)	43 (100)
Total	154 (64.4)	85 (35.6)	239 (100)

För de 239 fall av papillär eller medullär tyreoideacancer med patologisk T-stadium ≥ T1b under diagnosår 2024 har Bethesdakategori rapporterats för 189, rapporterats saknad för 13 fall (5 %), dvs jämförbart med förra året (6 %), vg. se tabell 10. 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 2024 lades alternativet "Cytologi ej utfördtill och kommer att redovisas först nästa årsrapport.

Tabell 10. Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium ≥ *T1b* som fått diagnos 2024.

	Antal	(%)
I. Ej diagnostiskt eller otillfredställande utbyte	5	(2.5)
II. Benignt utbyte	11	(5.4)
III. Atypi av oklar signifikans eller oklar follikulär förändring	28	(13.9)
V. Misstanke om malignitet	73	(36.1)
VI. Malignt	72	(35.6)
Uppgift saknas	13	(6.4)
Total	202	(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 ett resultat av att MDK är etablerad och välfungerande vid samtliga regioner.

Tabell 11. Antal och andel fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter med patologisk T-stadium $\geq$ *T1b* som fått diagnos 2024.

	Har fallet diskuterats vid MDK?		
	Ja (%)	Nej (%)	Total
Norr	54 (98.2)	1 (1.8)	55 (100)
Mellansverige	98 (98.0)	2 (2.0)	100 (100)
Sthlm/Gotland	18 (100.0)	0 (0.0)	18 (100)
Sydöstra	37 (100.0)	0 (0.0)	37 (100)
Väst	77 (95.1)	4 (4.9)	81 (100)
Syd	58 (98.3)	1 (1.7)	59 (100)
Total	342 (97.7)	8 (2.3)	350 (100)

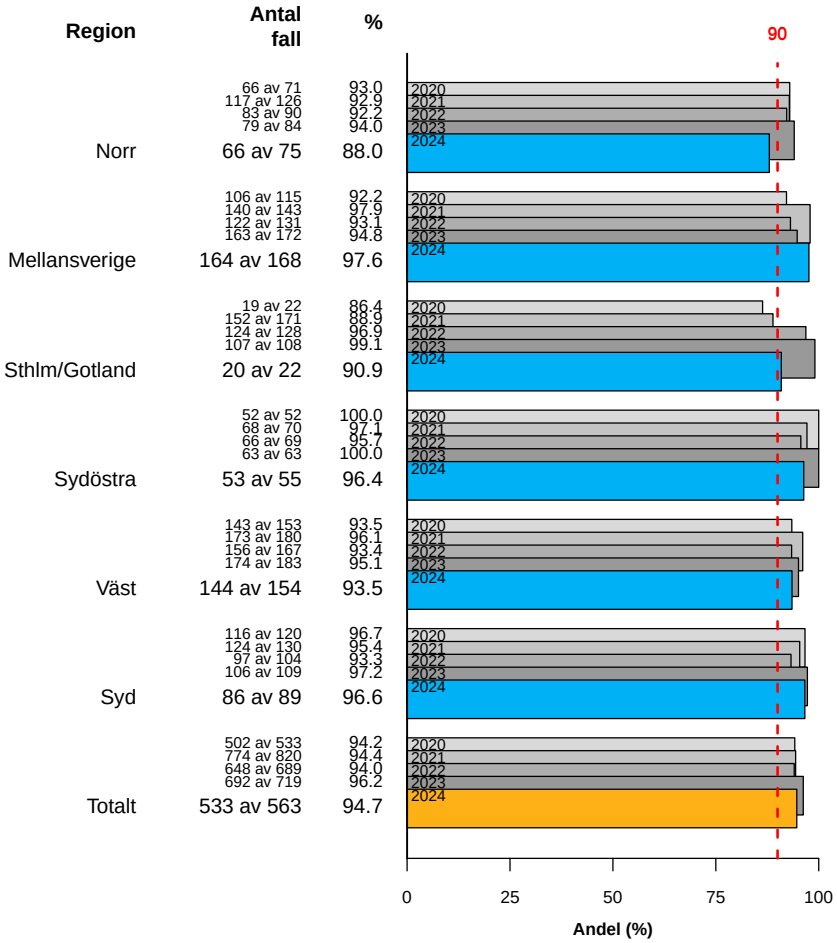
Följsamhet till givna behandlingsrekommendationer (Nat Vårdprogrammet) är god och tämligen lika mellan regionerna. Avsteg finns i regel motiverade vid MDK och målnivå 90 % nås i samtliga regioner (figur 4).

Information om huruvida behandlingsrekommendation enligt vårdprogram har följts finns för 563 fall och ses i tabell 12 och figur 4.

Tabell 12. Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2024. Informationen saknas för 5 fall.

	Följt behandlingsrekommendation?		
	Ja (%)	Nej (%)	Total
Norr	66 (88.0)	9 (12.0)	75 (100)
Mellansverige	164 (97.6)	4 (2.4)	168 (100)
Sthlm/Gotland	20 (90.9)	2 (9.1)	22 (100)
Sydöstra	53 (96.4)	2 (3.6)	55 (100)
Väst	144 (93.5)	10 (6.5)	154 (100)
Syd	86 (96.6)	3 (3.4)	89 (100)
Total	533 (94.7)	30 (5.3)	563 (100)

Figur 4. Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2020-2024.

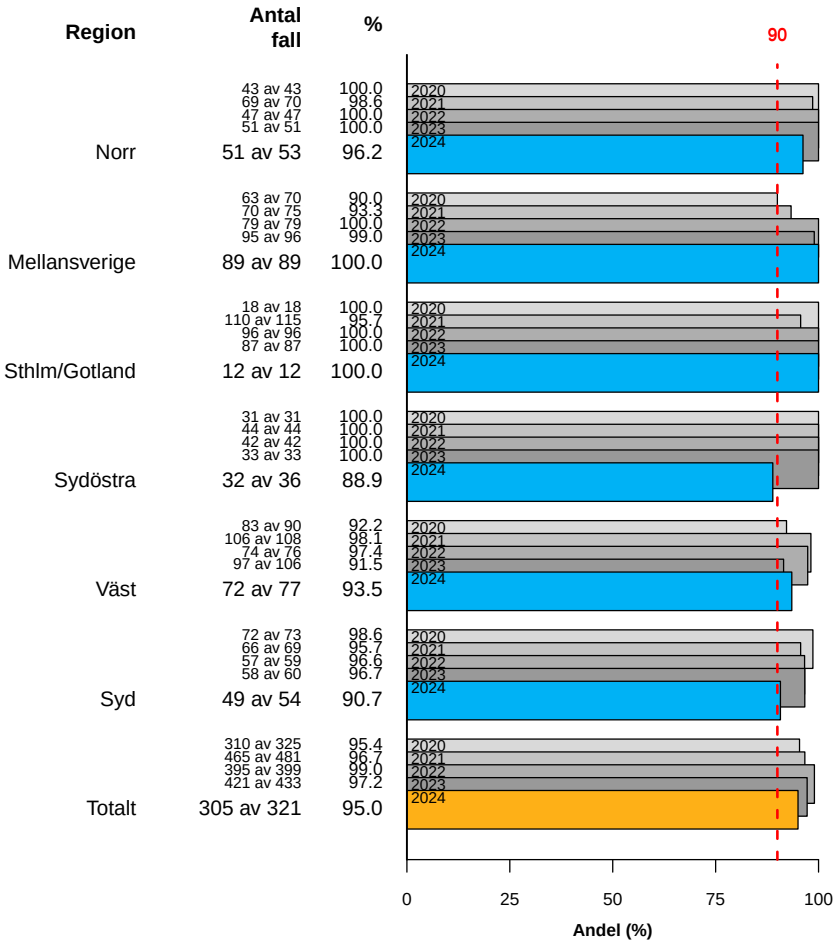


5.4 Kvalitetsindikatorer

5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska

Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 321 patienter som fått diagnos 2024 och som hade patologisk T-stadium $\geq$ T1b. Alternativet 'Uppgift saknas' har angetts för 28 stycken av dessa. 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.

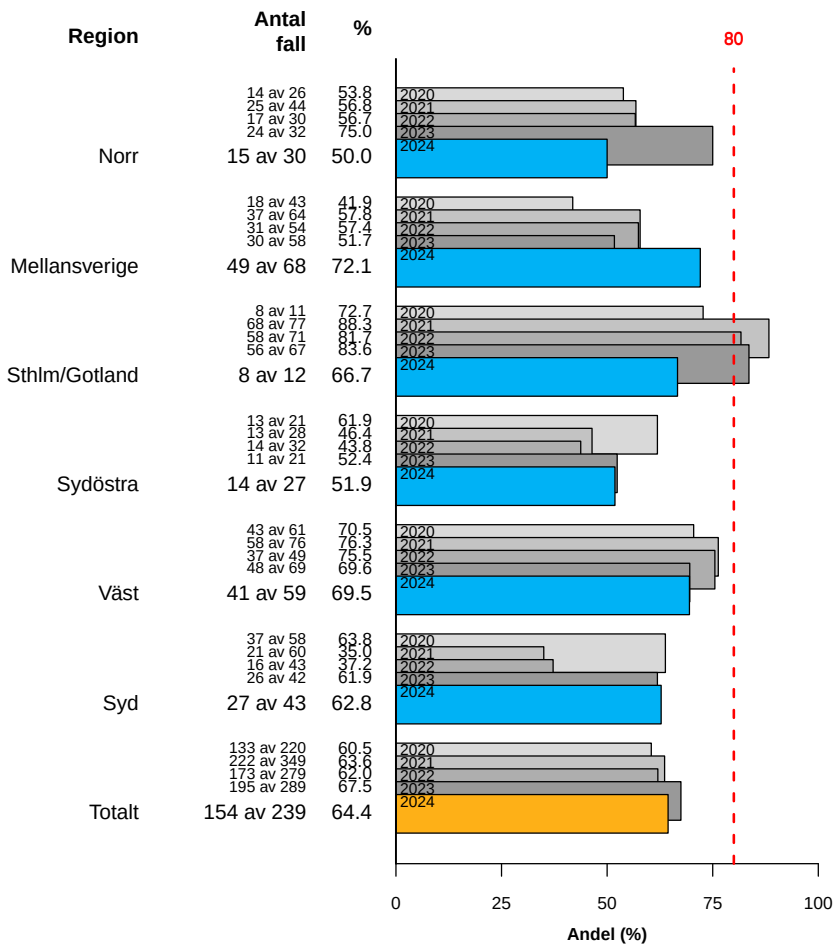
Figur 5. Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2020-2024 och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*.



5.4.2 Andel icke follikulär tyreoideacancer som har preoperativ cytologisk diagnos

Preoperativt fastställd malignitet vid icke follikulär cancer ≥T1b har redovisats tidigare men från och med årsrapporten 2022 har vi valt att lyfta fram det som kvalitetsindikator. Syftet är 1) en strävan att gå över till resultatindikatorer hellre än processindikatorer, 2) mer specifikt för just denna indikator är att det har funnits 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 2024 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 ca. 50-70 % preoperativt fastställd malignitet och man uppvisar ganska stor variation mellan diagnosåren, vilket visas i figur 6. Region Syd och Sydöstra ligger runt liknande siffror men sydöstra regionen men har få fall inrapporterade varför man inte kan dra några slutsatser.

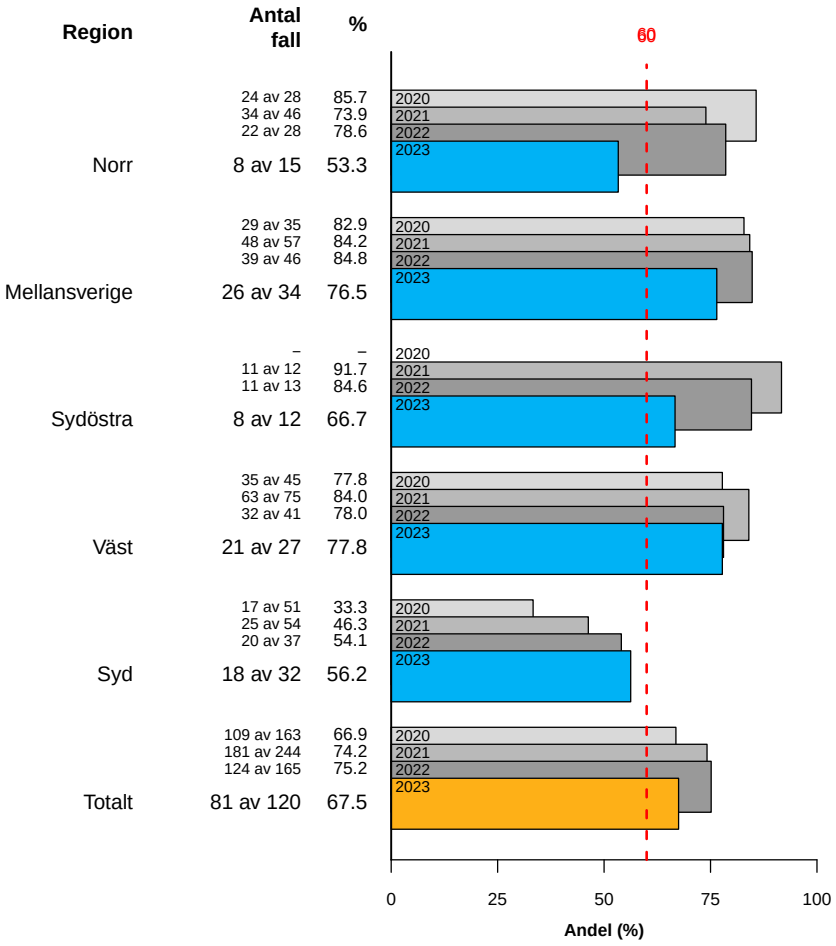
Figur 6. Andel icke follikulär tyreoideacancer som har preoperativ fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2020-2024 och patologisk T-stadium ≥ *T1b*.



5.4.3 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader

Även ”Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader” är ny kvalitetsindikator sedan 2023. 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 valt att inkludera endast PTC eller FTC med stadium T1b eller högre, alternativt N1/M1. Till nästa årsrapport kommer vi att redovisa enbart differentierad tyreoideacancer eller redovisa anaplastisk, medullär och differentierad cancer var för sig. Vid tolkning av resultaten bör man vara medveten om att avsaknad av Utmärkt behandlingssvar inte är liktydigt med kvarvarande sjukdom eftersom en kvarvarande biokemisk signal ofta är ett uttryck för benign restvävnad.

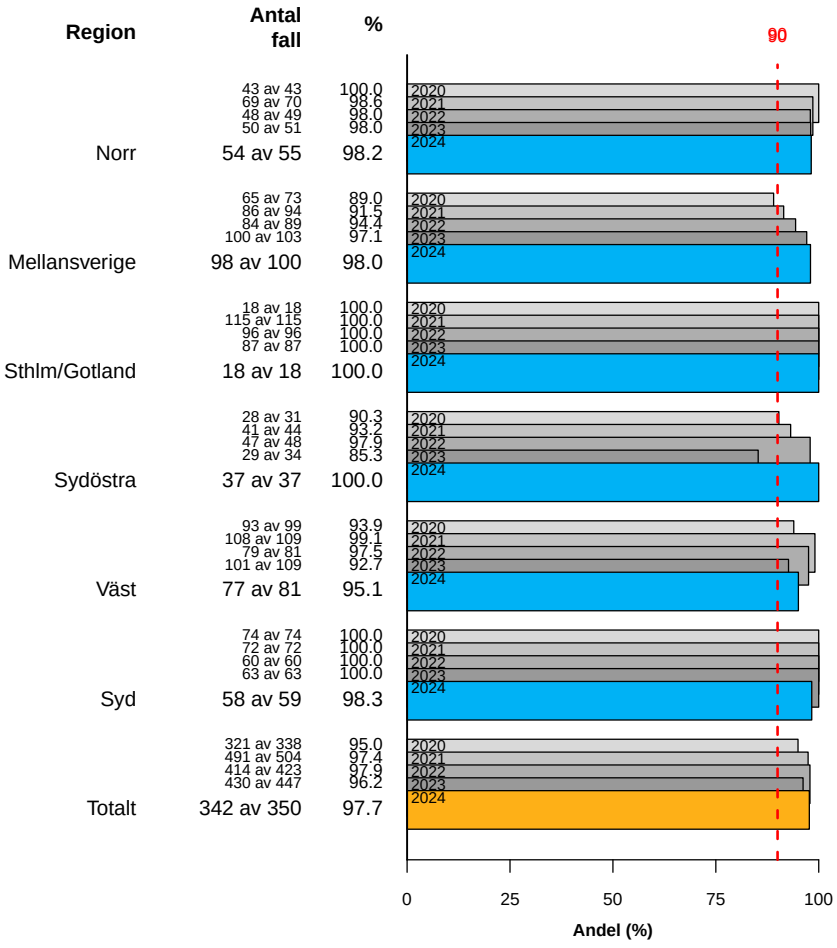
Figur 7. Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, diagnos PTC eller FTC, patologisk T-stadium $\geq$ *T1b* och inrapporterat formulär 2 (Status 9-12 månader efter primärbehandling).



5.4.4 Andel patienter diskuterade på MDK

Andelen patienter diskuterade på MDK har redovisats tidigare men sedan förra året 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.

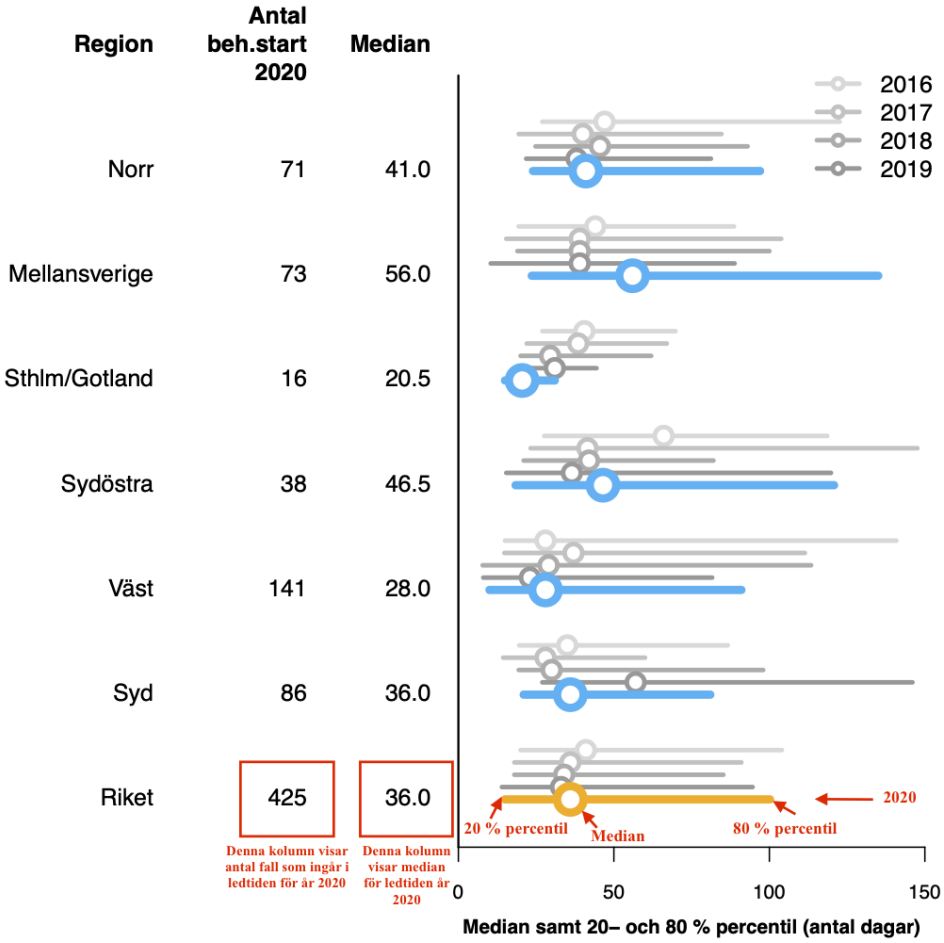
Figur 8. Andel patienter diskuterade på MDK. Patienter med diagnos 2020-2024 och patologisk T-stadium $\geq$ *T1b*.



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 2024 medan linjen som är orange avser ledtiden för riket år 2024.

Figur 9. Förklarande bild av ledtidsdiagram.

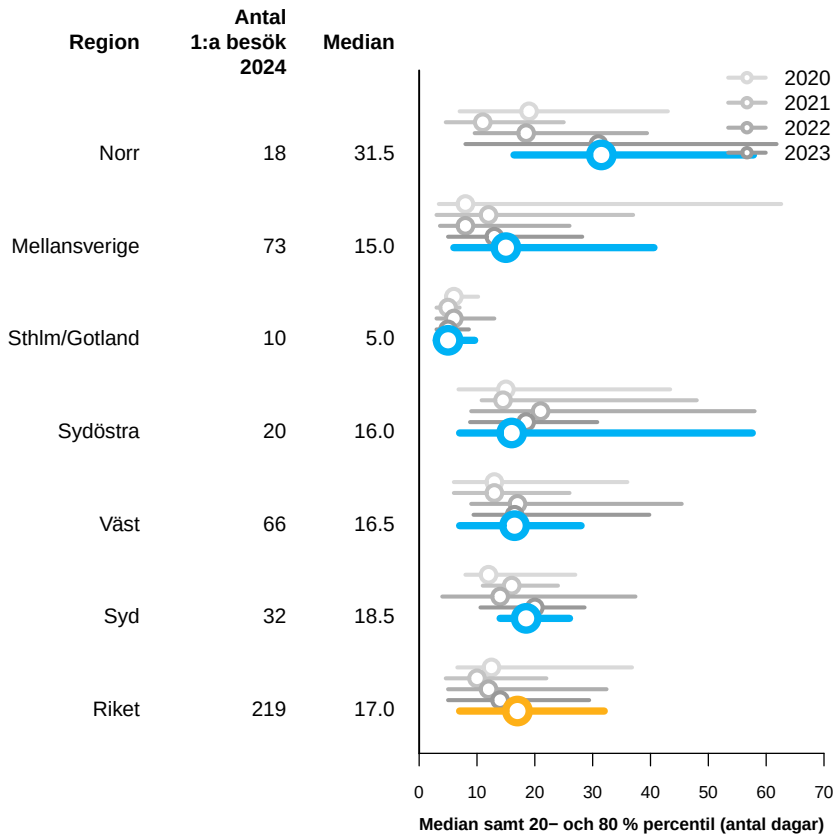


5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist

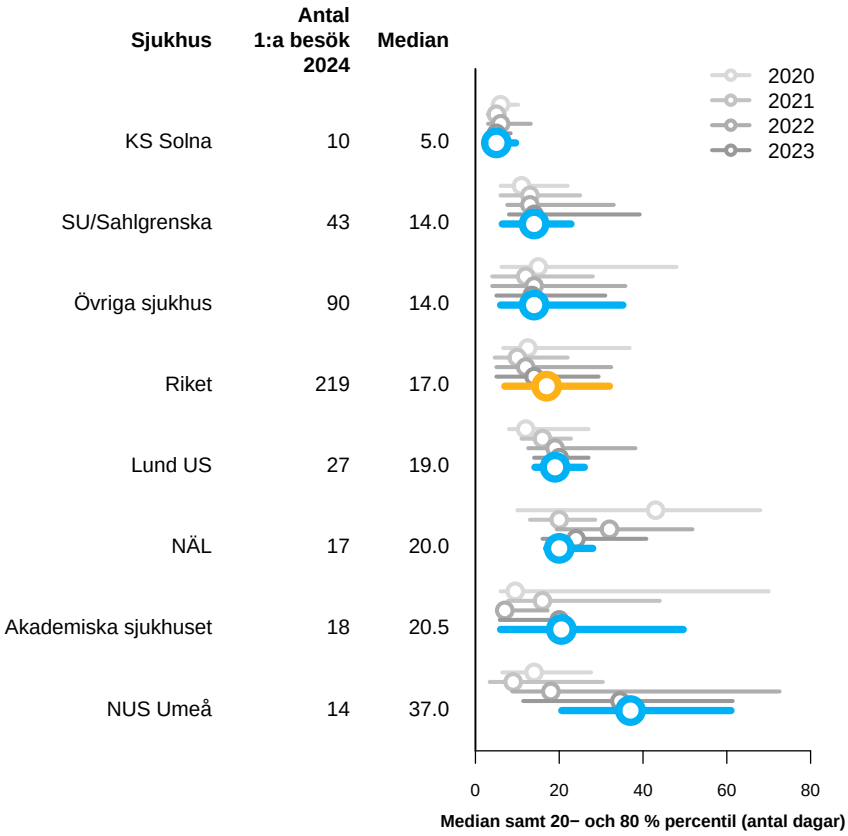
Tider från remiss till första besök visar viss variation men tämligen samlat och inom vårdprogrammets rekommendationer i de flesta fall. Rutiner för remittering skiljer sig åt mellan regionerna genom att ansvaret för den basala preoperativa knölutredningen med ultraljud hals och cytologi i vissa regioner 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 påverkar 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 tyreoideakirurgi. Det är också viktigt att belysa effekten och riskerna med en bristfällig 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 benignt tillstånd men där histopatologi visar cancer. Patienter som genomgår diagnostiskt ingrepp (oftast Bethesda IV) prioriteras enligt SVF på samma sätt som de med preoperativt fastställd cancer (Bethesda V och VI) varför Figur 14 och 15 visar ledtid för patienter med preoperativ cytologi IV-VI.

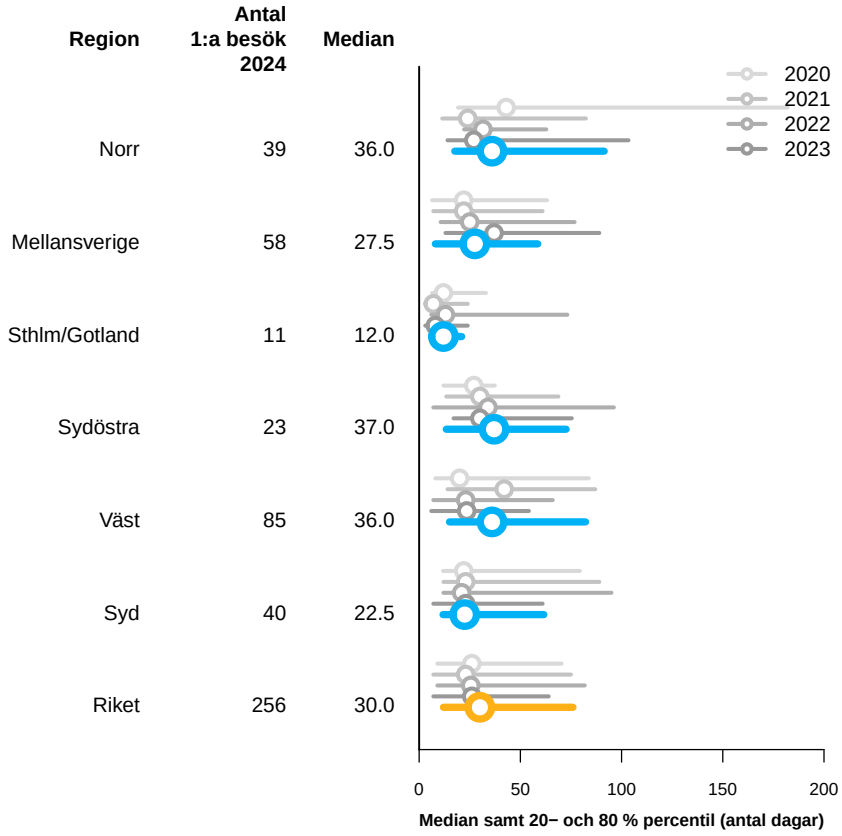
Figur 10. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024.



Figur 11. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

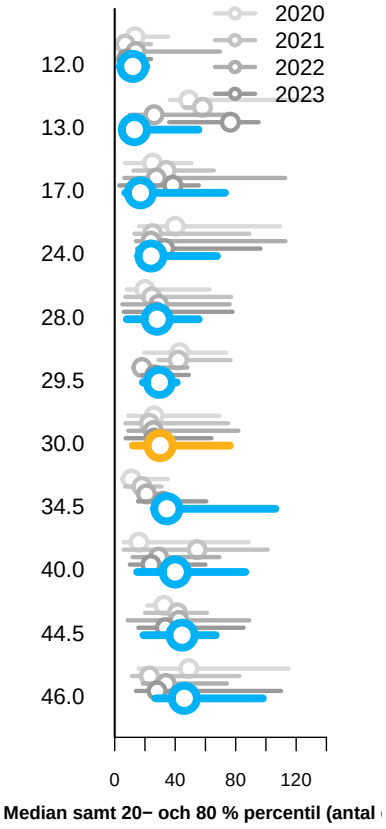


Figur 12. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024.

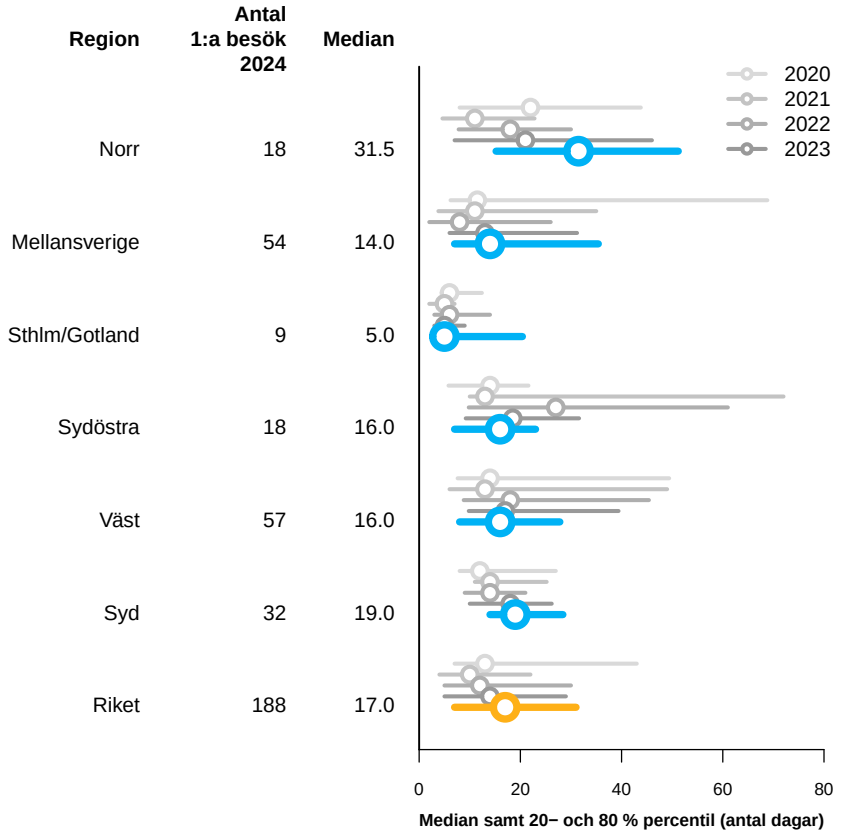


Figur 13. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

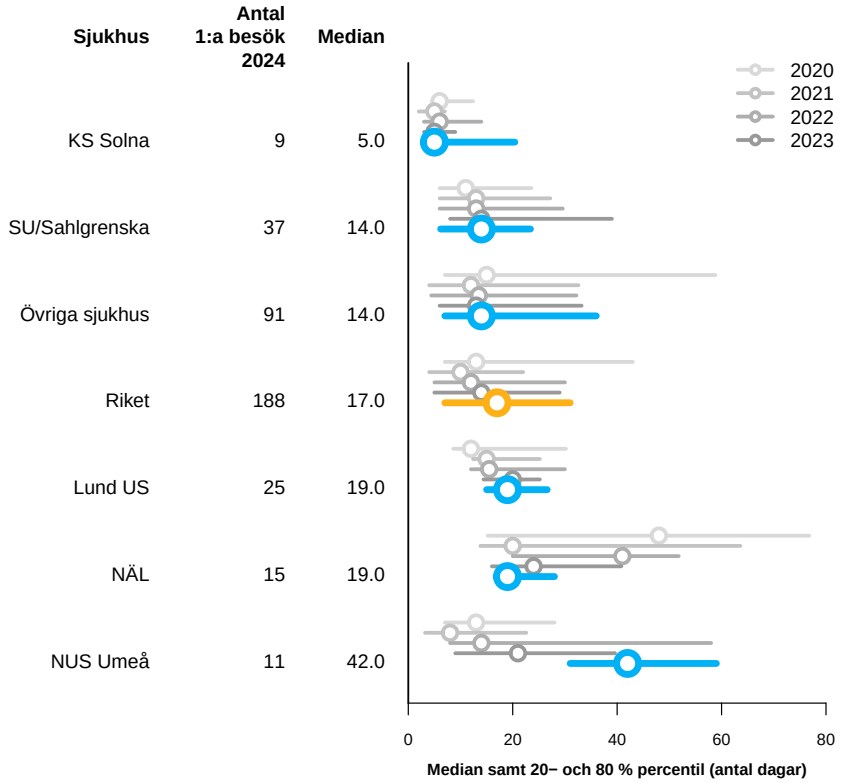
Sjukhus	Antal 1:a besök 2024	Median
KS Solna	11	12.0
Gävle sjukhus	5	13.0
Västmanlands sjukhus Västerås	19	17.0
Lund US	29	24.0
Övriga sjukhus	75	28.0
NÄL	12	29.5
Riket	255	30.0
Örebro US	8	34.5
SU/Sahlgrenska	65	40.0
Linköping US	10	44.5
NUS Umeå	21	46.0



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 2020-2024.



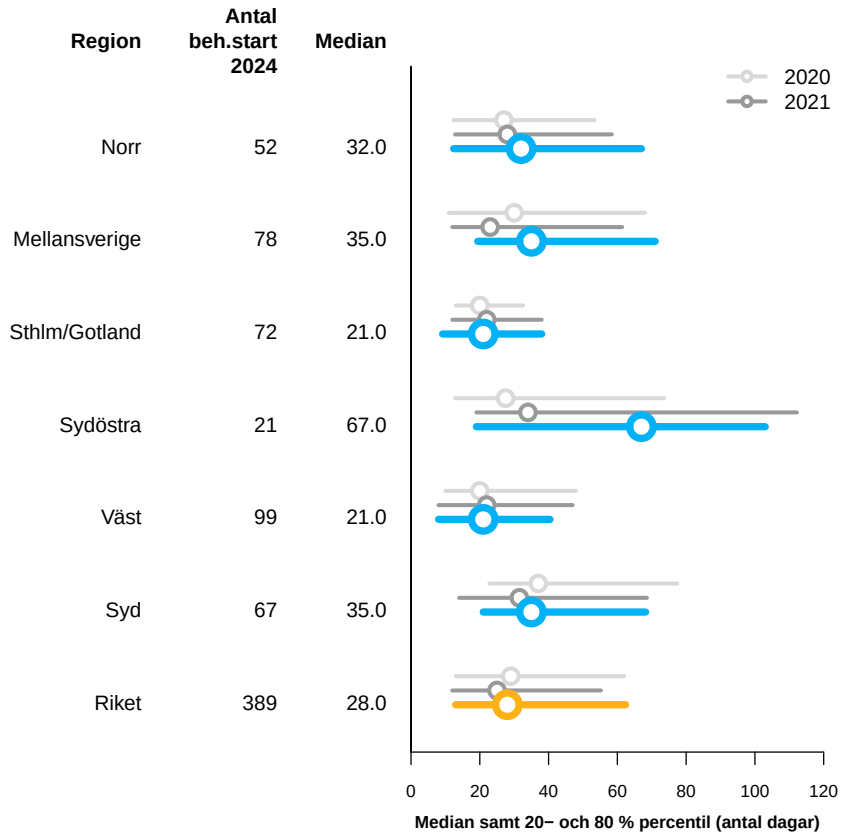
Figur 15. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.



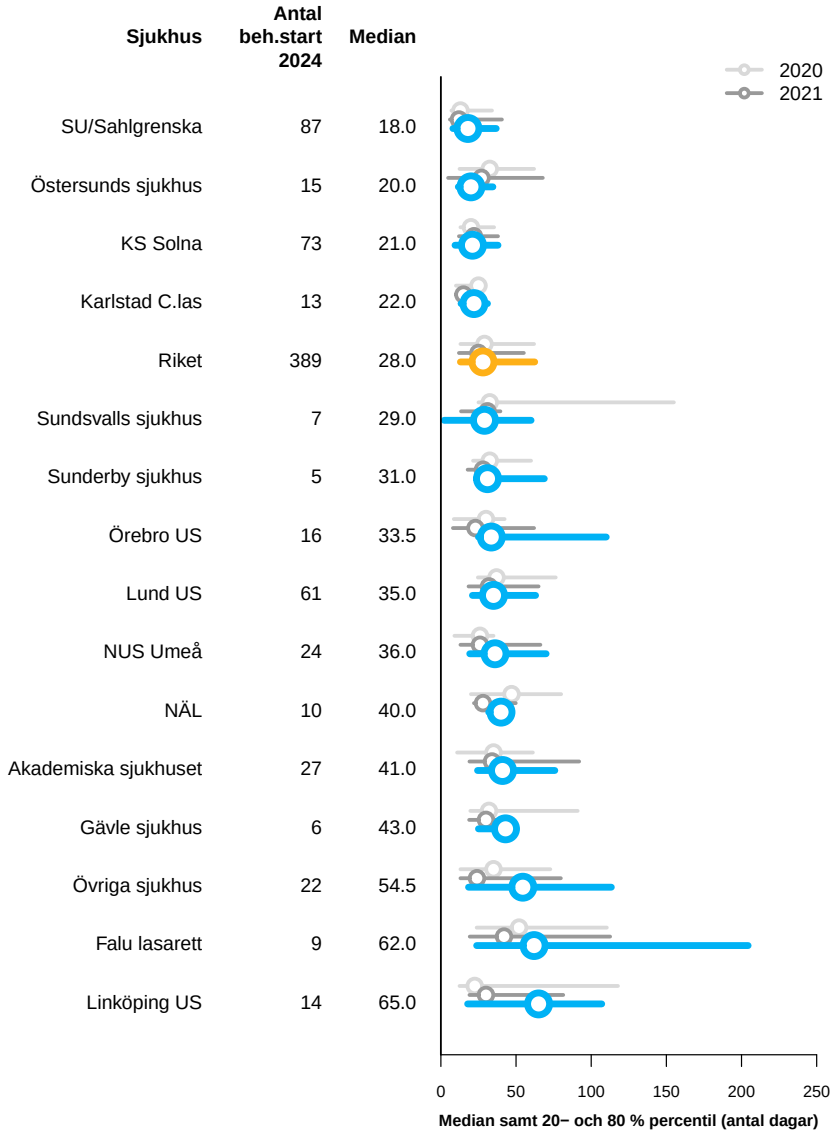
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

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) med undantag för sydöstra regionen vars siffror bör tolkas med försiktighet pga. låg täckningsgrad (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 lägre. 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.

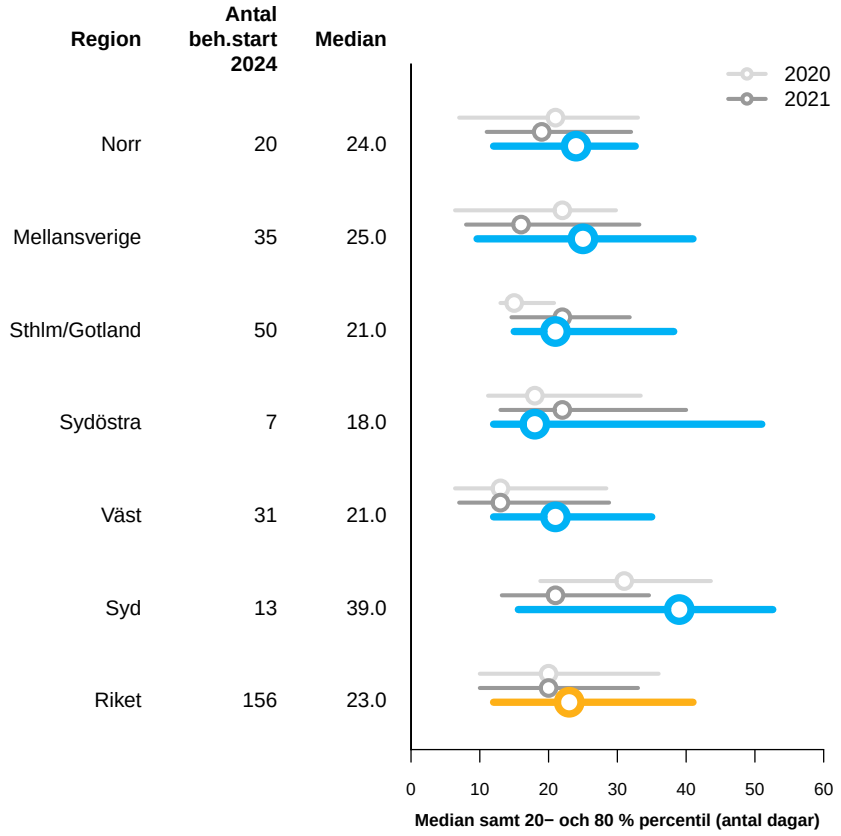
Figur 16. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region.



Figur 17. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

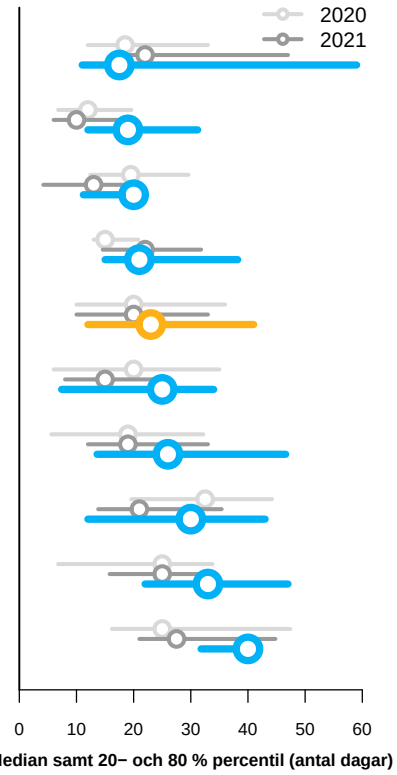


Figur 18. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region.

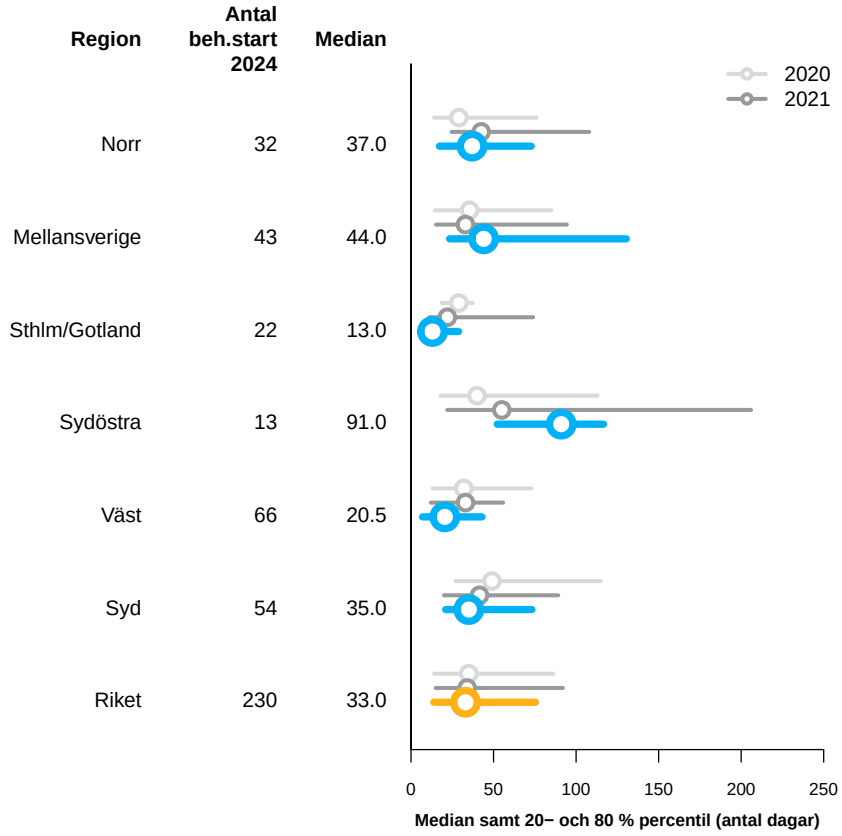


Figur 19. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

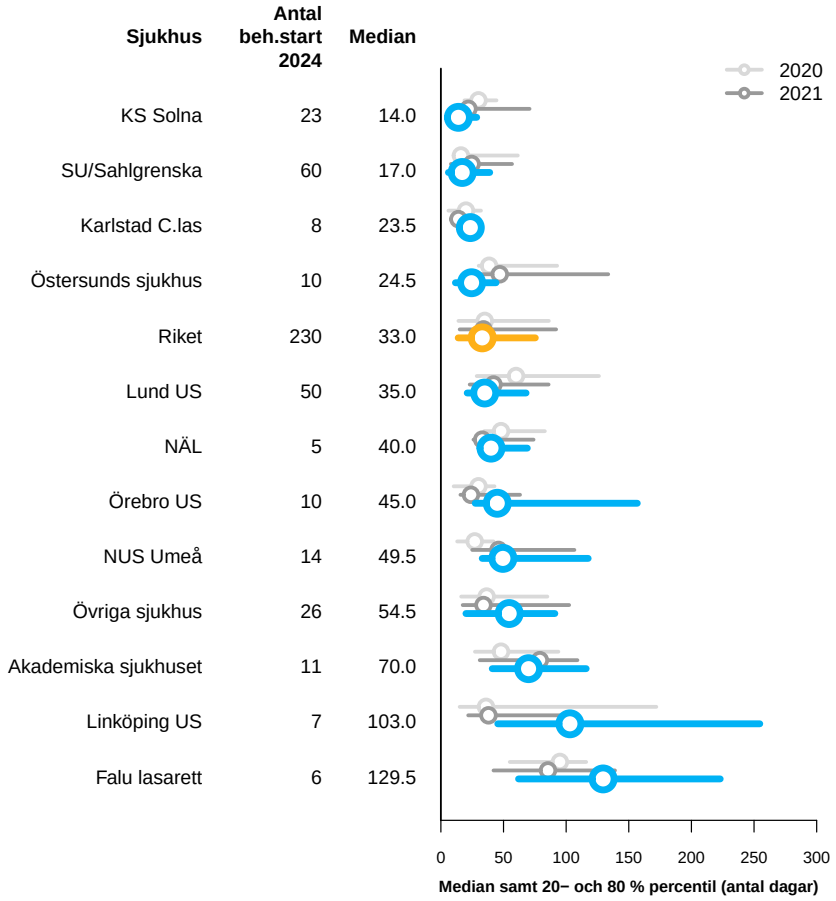
Sjukhus	Antal beh.start 2024	Median
Linköping US	6	17.5
SU/Sahlgrenska	25	19.0
Östersunds sjukhus	5	20.0
KS Solna	50	21.0
Riket	156	23.0
Övriga sjukhus	28	25.0
NUS Umeå	10	26.0
Lund US	11	30.0
Akademiska sjukhuset	16	33.0
NÄL	5	40.0



Figur 20. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter region.



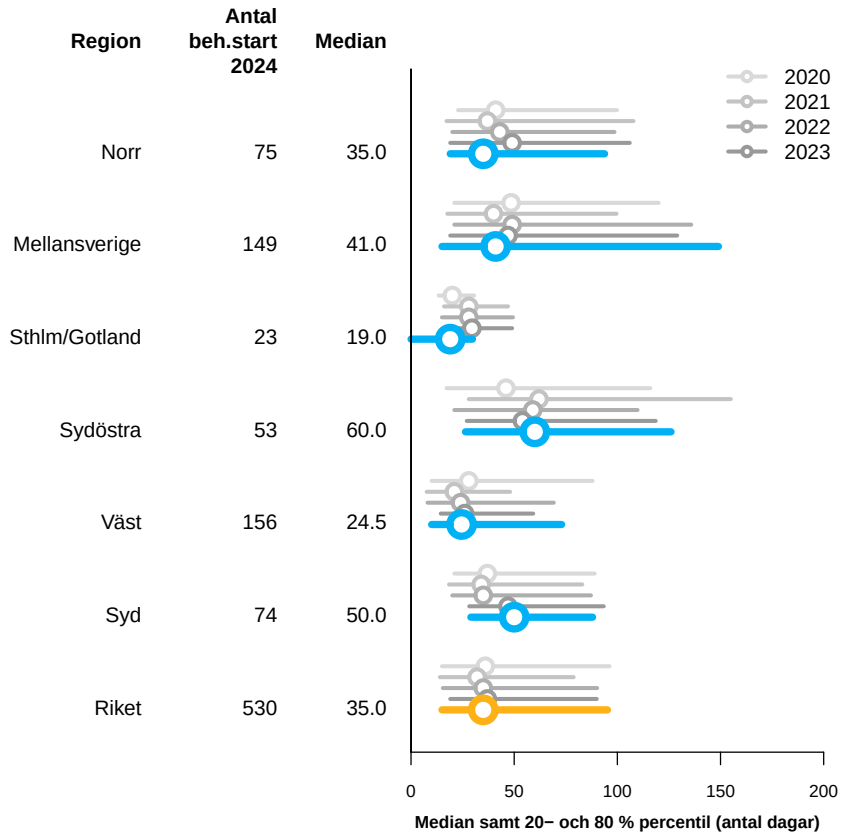
Figur 21. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

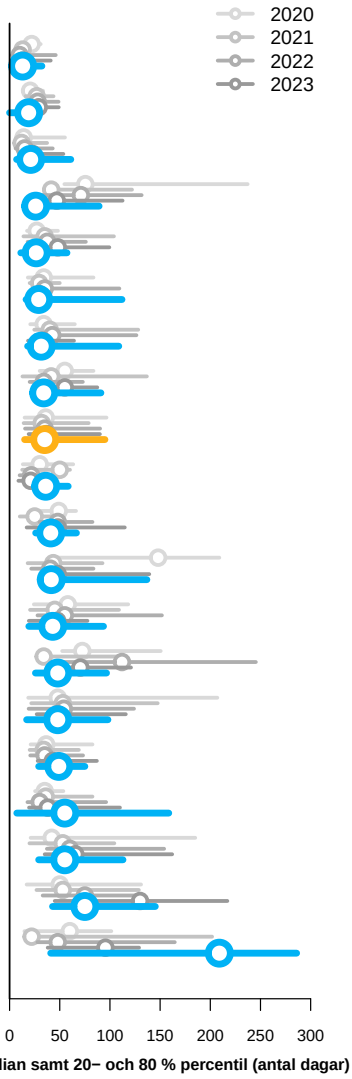


5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart

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 prioritet och därmed senare operation. Mediandata är inte stort skilt från fjolåret 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 infördes 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 2020-2024.Uppdelat efter region.



Figur 23. Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2020-2024. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2020-2024 redovisas samlat som *'Övriga sjukhus'*.

Sjukhus	Antal beh.start 2024	Median
Nyköpings lasarett	15	13.0
KS Solna	23	19.0
SU/Sahlgrenska	103	21.0
Gävle sjukhus	9	26.0
NUS Umeå	40	26.5
NÄL	28	29.0
Västmanlands sjukhus Västerås	34	31.5
Östersunds sjukhus	14	34.0
Riket	527	35.0
Kalmar	13	36.0
Carlanderska	18	41.0
Sundsvalls sjukhus	8	41.5
Akademiska sjukhuset	37	43.0
Sunderby sjukhus	13	48.0
Övriga sjukhus	46	48.0
Lund US	52	49.0
Karlstad C.las	19	55.0
Örebro US	21	55.0
Linköping US	23	75.0
Falu lasarett	11	209.0