

Tyreoidiecancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2017

Diagnosår: 2016

Nationellt kvalitetsregister för Thyreoidiecancer



Beställningsadress

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

Tel 010-441 28 23

Mailadress - rccvast@rccvast.se

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



©2017 Regionalt cancercentrum väst, Västra sjukvårdsregionen

Innehållsförteckning

1 INLEDNING	1
2 ORGANISATION	2
2.1 Styrgruppen	2
2.2 Nationellt stödteam	2
2.3 Årsrapport	3
3 BAKGRUND	4
4 PROCESS- OCH RESULTATMÅTT	5
5 REDOVISADE RESULTAT	6
5.1 Täckningsgrader	6
5.2 Antal fall och demografiska data	9
5.3 Diagnosspecifika data	11
5.4 Kvalitetsindikatorer	17
5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska	17
5.5 Ledtider	19
5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist	19
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart	23
5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart	28

Tabeller

1	Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, september 2017. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.	6
2	Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår och sjukhus, september 2017. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör.	7
3	Täckningsgrad för formulär 2, september 2017. Uppdelat efter region som rapporterat anmälningsformuläret i kvalitetsregistret och diagnosår.	8
4	Antal inrapporterade fall med diagnosår 2013-2016 per region.	9
5	Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2013-2016.	11
6	T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2016.	12
7	Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2016.	13
8	N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2016.	13
9	M-stadium för patienter som fått diagnos 2016.	13
10	Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$. Patienter som fått diagnos 2016. Uppdelat efter region. 15	15
11	Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2016.	15
12	Antal och andel där fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2016.	16
13	Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region. Patienter som fått diagnos 2016. Informationen saknas för 6 fall.	16

Figurer

1	Åldersstandardiserad incidens för tyreoidacancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Källa: Nordcan, 2016-09-28.	4
2	Åldersfördelning för patienter med diagnos 2013-2016.	9
3	Åldersfördelning för män och kvinnor med med diagnos 2013-2016.	10
4	Andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region . Patienter med diagnos 2013-2016.	17
5	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2016.	18
6	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2016 och patologisk T-stadium $\geq T1b$	19
7	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitets fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016.	20
8	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	20
9	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016.	21
10	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	22
11	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.	23
12	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	24
13	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.	25
14	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	25
15	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.	26
16	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	27
17	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.	28
18	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus.	29

1 INLEDNING

Till årets registerrapport har de regioner som inväntat automatisk journalöverföring efter beslut i styrgruppen kompletterat data manuellt då planerade överföringar automatiskt inte fungerat tillfredsställande och dragit ut på tiden, vilket glädjande givit att vi förutom de tidigare fungerande inrapporteringarna för regioner med >90 % täckning och som fortsatt leverera god täckning har nu alla övriga kompletterat retroaktivt och har en fungerande inrapportörskedja och i år kan samtliga regioner i årets rapport också integreras avseende subanalyser. Vi tror och hoppas dock på att samtliga regioner man kommit till nästa årsrapport och då även manuellt kompletterat med data för perioden 2013-15 och att därmed registret komplett har inrapportering på stipulerade 95 % för täckning inom alla regioner. Uppföljningsblanketter 1 år (formulär 2) har i år för första gången tagits med i årsrapporten och visar- som förväntat- att de regioner som fram till denna årsrapport nu hunnit ikapp med primärregistrering inte har tillfyllt data för uppföljningsblankett ännu men som, förhoppningsvis, kommer att ha det till kommande årsrapport då de nu är ikapp logistiskt. Dock kan vi se att större enheter som levererat heltäckande indata avseende primärregistrering i flera nu år verkar ha olika välfungerande organisation avseende uppföljningsrapporteringen där Väst nästan levererat full täckning medan Stockholm/Gotland måste se över sin organisation och komplettera data såväl framåt som retroaktivt gällande uppföljningen. Region Norr har levererat god täckning och Uppsala/Örebro har genom gott retroaktivt arbete redan till detta år också kommit upp ganska bra i datainlämningen.

Sammanfattningsvis kan sägas att såväl följsamhet till Vårdprogram och ledtider är ganska samlat och väl hållet även om vissa inter- och intraregionala skillnader kan skönjas föreligga. I årets årsrapport har vi med anledning av införandet under året av standardiserat vårdförlopp (SVF) för tyreoideacancer kunnat studera ledtider från behandlingsbeslut till behandlingsstart (i regel kirurgi) och där verkar ledtiden ganska väl samlad kring mål 30 dagar, men det viktiga i en adekvat preoperativ cytologi är belysande då väntetider för patienter utan preoperativt misstänkt cancer starkt varierar mellan enheterna och i flera fall kan vara lång.

Detta och ett ökat antal tyreoideacancerfall totalt, om än något mer utplanat, talar för nödvändigheten av såväl ett heltäckande nationellt tyreoideacancerregister som ett aktuellt nationellt vårdprogram med möjlighet till såväl forskning som kvalitetsuppföljning och öppna jämförelser. Det nationella vårdprogrammet för sköldkörtelcancer har genomgått en revision och registret kommer under 2017 att ha uppdateras och setts över variabelmässigt med hänsyn till nu gällande vårdprogramsförändringar och dessa ändringar planeras vara i drift från januari 2018.

Målnivåer avseende preoperativ cytologisk fastställande av malignitet och tillgång för tyreoideacancerpatienter till namngiven kontaktsköterska (som är ett önskemål från patientgruppen och RCC) har förbättringspotential till de i Nationellt Vårdprogram angivna målnivåerna, men det kan noteras att uppstramningen och införandet av Bethesdakategorisering avseende preoperativ cytologi verkar ha haft en avsedd gynnsam effekt och ser bättre ut och att de fall med tyreoideacancer med benign preoperativ cytologi ligger ändå bara kring 10 % om än att en bättre diagnostik skulle möjliggöra flera en-seansoperationer och optimal lymfkörtel-staging istället för operation i två steg för dessa patienter och ett bättre nyttjande av operationsresurser.

Joakim Hennings
Registerhållare,
Nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer

2 ORGANISATION

2.1 Styrgruppen

Ordförande

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

Ledamöter

Norra regionen

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

Maria Sandström, onkologi, Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Uppsala/Örebro regionen

Peter Ståhlberg, Kirurgiska kliniken, Uppsala Akademiska sjukhus

Göran Wallin, Kirurgiska kliniken, USÖ

Stockholm-Gotland regionen

Catharina Ihre Lundgren, Endokrin kirurgi, KUS

Maria Hellström, kontaktsjuksköterska, Endokrin-, NET- och sarkomkirurgi, KUS

Sydöstra regionen

Oliver Gimm, Kirurgiska kliniken, USL

Anders Höög, Klin patologi och cytologi, USL

Västra regionen

Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Johanna Svensson, Onkologiska kliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Göteborg

Södra regionen

Erik Nordenström, Docent Kirurgiska Kliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund

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

Johan Wennerberg, ÖNH-kliniken, Skånes universitetssjukvård

Henryk Domanski, Cytologi, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Lennart Greiff, ÖNH-kliniken, Skånes Universitetssjukhus i Lund

Pernilla Asp, Onkologi, Skånes Universitetssjukhus i Lund

RCC-representation

Lena Damber, Regionala Cancercentrum i samverkan

Erik Holmberg, Regionalt Cancercentrum väst

Patientrepresentat

Peter Lakwijk, ordförande i Svenska Sköldkörtelföreningen

2.2 Nationellt stödteam

Regionalt Cancercentrum väst

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

Susanne Amsler Nordin, registeradministratör, Regionalt Cancercentrum väst

Katrín Ásta Gunnarsdóttir, statistiker, Regionalt Cancercentrum väst

Claudia Adok, statistiker, Regionalt Cancercentrum väst

Marie Blom, registerproduktägare, Regionalt Cancercentrum väst

2.3 Årsrapport

Rapporten baseras på datauttag från Nationellt kvalitetsregister för tyreoideacancer på INCA platformen 2017-09-18. Dessutom har täckningsgrad mot cancerregistret levererats från de sex regionala cancercentrum i september 2017. Analyser och beräkningar är gjorda i R-3.4.0 och rapporten är sammanställd i L^AT_EX.

Årsrapporten publicerades 2017-09-22.

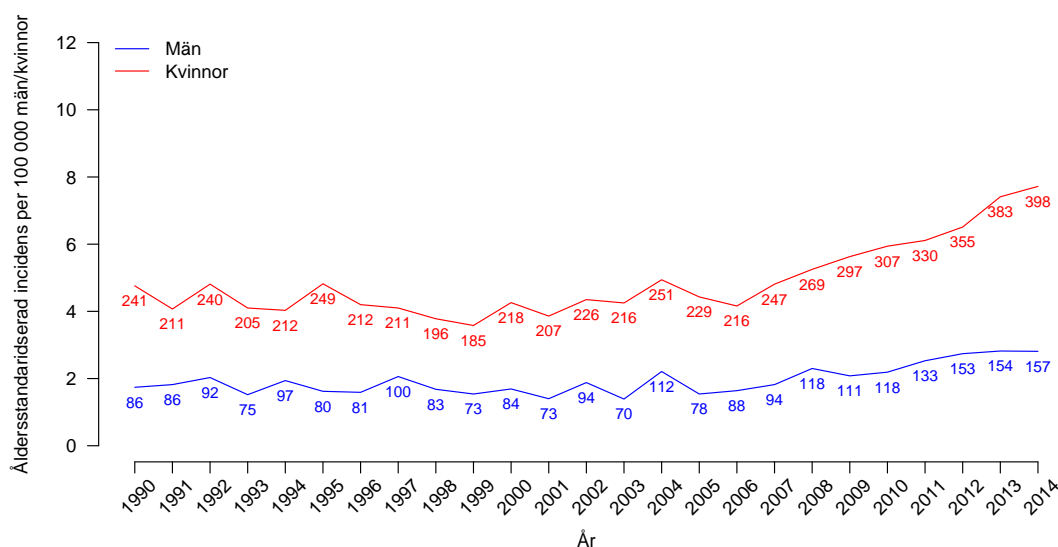
3 BAKGRUND

Tyreoidacancer (TC) är den vanligaste cancerformen i endokrina körtlar. Incidensen har under lång tid legat på ungefär 4 fall/100000/år, men har ökat markant senaste åren. Joniserande strålning från t.ex. radioaktiva källor är en orsaksfaktor och på senare tid har en drastisk incidensökning drabbat befolkningen runt kärnkraftverket i Tjernobyl. Även från många andra håll i världen, utan reaktorhaverier, rapporteras om stigande incidens vars orsaker inte är fullt klarlagda. Enligt databasen Nordcan (<http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/SW/frame.asp>) har den årliga incidensökningen i de nordiska länderna under den senaste 10 årsperioden varit i genomsnitt 2,2 % för kvinnor och 2,3 % för män och en reell ökning i incidens av hittills oklar genes har konstaterats och antalet fall per år ökat från ca 350 till 627 i Sverige, något som väl överensstämmer med de data vi sett i tyreoidacancerregistret sedan starten 2013.

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 etc. Det nationella vårdprogrammet för behandling av TC som tillämpas sedan 2013 har under året genomgått stadgeenlig planerad revision med hänsyn taget till nyutkomna riktlinjerna från den amerikanska tyreoidaorganisationen (ATA). Syftet med det nationellt 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 syftar till att vara 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. Källa: Nordcan, 2016-09-28.



4 PROCESS- OCH RESULTATMÅTT

De process- och resultatmål som används och utvärderas i registret är bl a:

- En följsamhet till det nationella vårdprogrammet på mer än 90 % för alla fall av nyupptäckt tyreoideacancer i Sverige.
- En täckningsgrad på över 95 % för primärregistrering i det nationella kvalitetsregistret för tyreoideacancer.
- Uppnå enlighet i histopatologisk klassificering enligt TNM-klassificering till mer än 90 % i landet.
- Att uppnå sant positiv preoperativ cytologisk malignitetsdiagnos hos mer än 80 % av icke ockult, icke follikulär tyreoideacancer (>T1a).
- Att mer än 85 % av patienterna blir behandlade inom de i vårdprogrammet angivna ledtiderna.
- Att >90 % av patienterna med icke ockult fastställd tyreoideacancer (>T1a) har en namngiven kontaktsköterska.

5 REDOVISADE RESULTAT

5.1 Täckningsgrader

Inrapportering till registret startade januari 2013. Några regioner valde initialt att avvakta till det fungerat med direktöversäkring automatiskt från det sedan 2004 välfungerande kirurgiska Skandinaviska Tyreoidea-/paratyreoidearegistret (SQRTPA) för att därigenom undvika dubbelarbete i registreringen. Detta försök till automatiskt överförande av data har haft stora tekniska och logistiska problem har gjort att det fullt ut inte fungerat varför vi i styrgruppen beslutade att man ska lägga upp registerblankett i samband med MDK manuellt och med början hos Uppsala/Örebroregionen gjort detta och de kunde inkluderas redan i fjolårets årsrapports undergruppsanalyser. Man har även uppdaterat data från 2013 och 2014 retroaktivt i Uppsala/Örebro-regionen. Till årets rapport har samtliga regioner nu kommit ikapp med logistiken och har glädjande nu alla kunnat inkluderas i årets rapport även avseende subanalyser nedan och med täckning ca 90 % för rapportåret.

Regionansvariga har styrt upp det och lovat att de regioner som inte hunnit ikapp retroaktivt och kommer att komplettera så att det finns för kommande årsredovisning från 2013 så att alla regioner uppvisar samma goda täckningsgrader. Tre regioner har dock alltså rapporterat in data från start med god täckning (Väst, Stockholm/Gotland och Norr) där vi har en täckningsgrad på en god bit över 90 % i samtliga dessa regioner alltså men ett observandum att täckningsgraden Norr 2016 sjunkit pga att en enhet delvis saknat tillfredsställande inrapportörslagistik under del av året men nu har lovat att det skall vara åtgärdat. Detta betonar vikten av att ha en inrapportör som funktion snarare än bundet till person även om det är bäst med kontinuitet.

I årets rapport har nu även uppföljningsblankett 1 år efter avslutad primärbehandling (formulär 2) tagits med och där varierar det litet var den registreras då det i regel sker vid onkologin, men hos någon region görs via kirurgenhet. De regioner som tidigare år haft lägre rapportdata och inför i år kommit upp i god primärregistrering har naturligt nog inte hunnit ikapp fullt ut med komplettering retroaktivt och har därigenom lägre täckning avseende blankett 2, men har lovat att inkomma med detta retroaktivt till kommande årsrapport.

Notabelt är dock att Region Väst med god täckning för primärregistrering och ett stort antal fall genomgående visat bra täckning även avseende uppföljningsblankett liksom Norr medan Stockholm/Gotland verkar ha ett stort logistiskt problem, då primärregistreringen samtliga år varit god, att åtgärda avseende detta och regionansvarig processledare är vidtalad att se över och åtgärda detta inom sitt organisationsträd. Vi har valt att redovisa dessa data i år, men är väl medvetna om att det pga kompletterande efterregistrering retroaktivt saknas data, men att det ska ses som en måttstock till kommande år och vi räknar med att alla enheter då ska vara ikapp och redovisa adekvata täckningsgrader.

Tabell 1. Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, september 2017. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.

Region	2013		2014		2015		2016	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norr	50 av 50	100.0	57 av 57	100.0	72 av 75	96.0	58 av 80	72.5
Sthlm/Gotland	119 av 123	96.7	97 av 98	99.0	116 av 120	96.7	107 av 110	97.3
Syd	13 av 116	11.2	42 av 118	35.6	37 av 116	31.9	90 av 104	86.5
Sydöstra	52 av 53	98.1	51 av 55	92.7	35 av 38	92.1	36 av 54	66.7
Uppsala/Örebro	74 av 74	100.0	82 av 82	100.0	89 av 91	97.8	72 av 90	80.0
Väst	123 av 123	100.0	168 av 168	100.0	152 av 152	100.0	189 av 189	100.0
Totalt	431 av 539	80.0	497 av 578	86.0	501 av 592	84.6	552 av 627	88.0



Tabell 2. Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår och sjukhus, september 2017. Sjukhusen redovisas enligt den sjukvårdsregion de tillhör. För varje region redovisas sjukhus som anmält färre än 4 fall per år 2013-2016 till cancerregistret samlat som 'Övriga sjukhus'.

	2013		2014		2015		2016	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norr								
NUS Umeå	25 av 25	100.0	21 av 21	100.0	37 av 39	94.9	19 av 39	48.7
Sunderby sjukhus	14 av 14	100.0	16 av 16	100.0	7 av 7	100.0	14 av 15	93.3
Sundsvalls sjukhus	4 av 4	100.0	10 av 10	100.0	12 av 12	100.0	8 av 8	100.0
Östersunds sjukhus	7 av 7	100.0	8 av 8	100.0	14 av 14	100.0	15 av 15	100.0
Övriga Norr	1 av 1	100.0	2 av 2	100.0	0 av 1	0.0	2 av 3	66.7
Sthlm/Gotland								
KS Solna	117 av 119	98.3	92 av 92	100.0	103 av 107	96.3	97 av 98	99.0
Övriga Sthlm/Gotland	4 av 6	66.7	7 av 8	87.5	17 av 17	100.0	14 av 16	87.5
Syd								
Centralsjukhuset i Kristianstad	0 av 11	0.0	0 av 8	0.0	5 av 10	50.0	3 av 8	37.5
Skånes universitetssjukhus-Lund	10 av 78	12.8	36 av 79	45.6	31 av 79	39.2	86 av 87	98.9
Övriga Syd	5 av 29	17.2	6 av 30	20.0	1 av 26	3.8	3 av 11	27.3
Sydöstra								
Jönköping	8 av 9	88.9	5 av 5	100.0	8 av 8	100.0	12 av 12	100.0
Linköping US	18 av 18	100.0	23 av 24	95.8	12 av 14	85.7	9 av 20	45.0
Västervik	9 av 9	100.0	4 av 4	100.0	5 av 5	100.0	6 av 6	100.0
Övriga Sydöstra	17 av 17	100.0	18 av 21	85.7	11 av 12	91.7	9 av 16	56.2
Uppsala/Örebro								
Akademiska sjukhuset	16 av 16	100.0	23 av 23	100.0	15 av 15	100.0	6 av 13	46.2
Centralsjukhuset i Karlstad	14 av 14	100.0	12 av 12	100.0	14 av 14	100.0	17 av 17	100.0
Gävle sjukhus	5 av 5	100.0	6 av 6	100.0	14 av 14	100.0	9 av 9	100.0
Nyköpings lasarett	11 av 11	100.0	7 av 7	100.0	12 av 12	100.0	7 av 7	100.0
Universitetssjukhuset Örebro	5 av 5	100.0	5 av 5	100.0	9 av 10	90.0	13 av 15	86.7
Västmanlands sjukhus Västerås	16 av 16	100.0	17 av 17	100.0	14 av 14	100.0	9 av 11	81.8
Övriga Uppsala/Örebro	4 av 4	100.0	10 av 10	100.0	7 av 8	87.5	7 av 14	50.0
Väst								
Borås	25 av 25	100.0	31 av 31	100.0	33 av 33	100.0	36 av 36	100.0
NÄL	12 av 12	100.0	24 av 24	100.0	16 av 16	100.0	26 av 26	100.0
Skövde	13 av 13	100.0	17 av 17	100.0	14 av 14	100.0	17 av 17	100.0
SU/Sahlgrenska	68 av 68	100.0	84 av 84	100.0	75 av 75	100.0	96 av 96	100.0
Övriga Väst	3 av 3	100.0	13 av 14	92.9	15 av 16	93.8	12 av 12	100.0

Tabell 3. Täckningsgrad för formulär 2, september 2017. Uppdelat efter region som rapporterat anmälningsformuläret i kvalitetsregistret och diagnosår.

	2013		2014		2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Anmälande region						
Region Norr	37 av 38	97.4	42 av 42	100.0	38 av 50	76.0
Region Sthlm/Gotland	8 av 86	9.3	0 av 84	0.0	1 av 97	1.0
Region Syd	8 av 11	72.7	24 av 29	82.8	8 av 25	32.0
Region Sydöstra	12 av 37	32.4	2 av 29	6.9	4 av 21	19.0
Region Uppsala/Örebro	29 av 38	76.3	30 av 49	61.2	29 av 54	53.7
Region Väst	91 av 91	100.0	128 av 129	99.2	99 av 109	90.8
Totalt	185 av 301	61.5	226 av 362	62.4	179 av 356	50.3

5.2 Antal fall och demografiska data

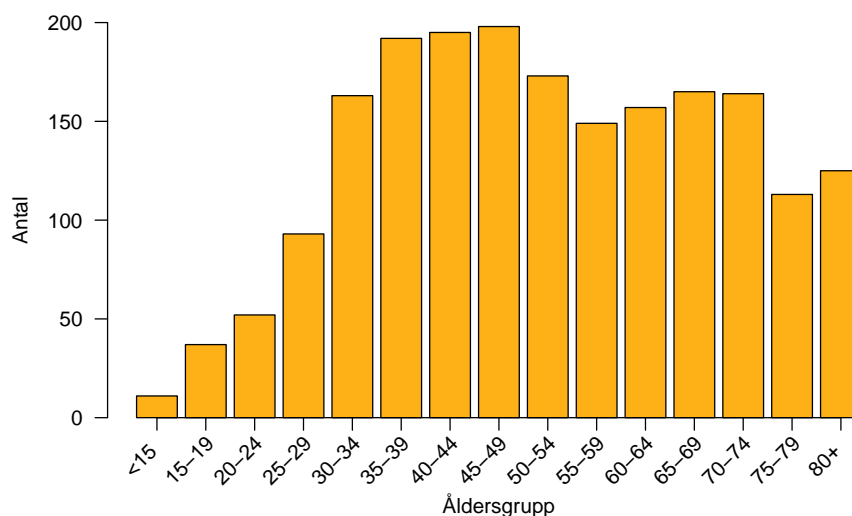
Befintliga registerdata avseende antalet fall indikerar med ytterligare förbättrad datagrund i form av täckningsgrader även i denna årsrapport att incidensen tyreoideacancer verkar vara ökad om än att den planat av något under de år registret varit i bruk (n=627 fall 2016). I förhållande till befolkningsunderlag ses även i år ett anmärkningsvärt högt antal fall (n=189 st 2016) i Region Väst med en numerär överstigande Stockholm/Gotland. Orsaken till denna incidensökning nationellt av tyreoideacancer kan vara mångfacetterad och diskuteras nedan, men en förfinad diagnostik med utnyttjande av ultraljud och radiologi i större omfattning kan definitivt spela en roll, ffa för upptäckt av de storleksmässigt mindre cancerarna. En mindre osäkerhets faktor 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 var en behandling/operation sker. Demografiska data verkar dock tämligen väl överensstämma med tidigare data.

I tabell 4 redovisas antalet rapporterade fall med diagnos år 2013-2016 per inrapporterande region.

Tabell 4. Antal inrapporterade fall med diagnosår 2013-2016 per region.

	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	Total (%)
Region					
Norr	50 (11.6)	59 (11.8)	68 (13.6)	61 (11.0)	238 (12.0)
Sthlm/Gotland	118 (27.4)	101 (20.1)	115 (23.0)	107 (19.3)	441 (22.2)
Syd	13 (3.0)	43 (8.6)	39 (7.8)	92 (16.6)	187 (9.4)
Sydöstra	52 (12.1)	51 (10.2)	36 (7.2)	35 (6.3)	174 (8.8)
Uppsala/Örebro	74 (17.2)	80 (15.9)	91 (18.2)	71 (12.8)	316 (15.9)
Väst	123 (28.6)	168 (33.5)	152 (30.3)	189 (34.1)	632 (31.8)
Total	430 (100)	502 (100)	501 (100)	555 (100)	1988 (100)

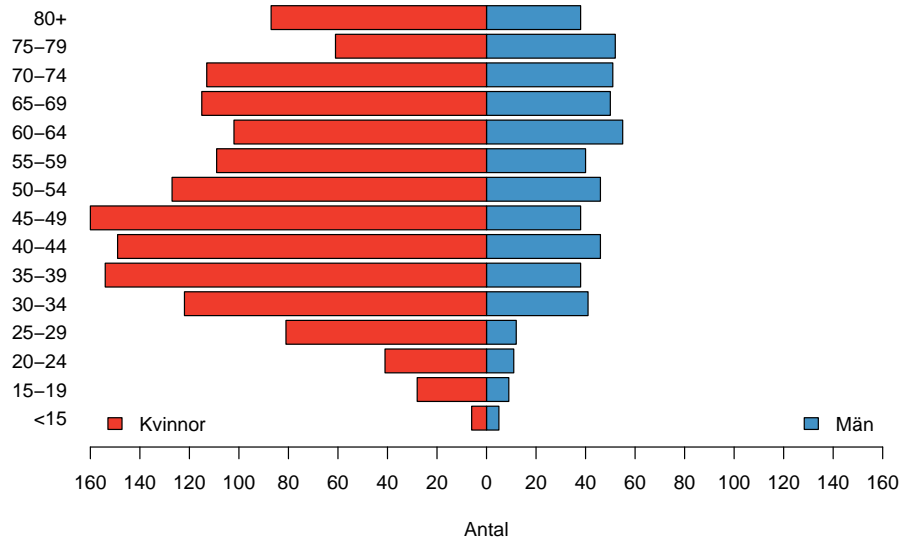
Figur 2. Åldersfördelning för patienter med diagnos 2013-2016.



Av de 1988 anmälda fall är 532 män (26.8 %) och 1456 kvinnor (73.2 %).

Åldersfördelningen för män och kvinnor ses i figur 3.

Figur 3. Åldersfördelning för män och kvinnor med med diagnos 2013-2016.





5.3 Diagnosspecifika data

Fördelningen av tumörtyper (tabell 5) avviker inte nämnvärt från förväntad distribution och är oförändrad jämfört med fjolårets rapport med en ca 75 % förekomst av papillär cancer som helt dominerande typ. Gruppen follikulär cancer har gjorts om i enlighet med senaste registeruppdateringsmall och retroaktivt subklassificerats till minimalt invasiva respektive massivt infiltrerande typer för att kunna göra en framtida utvärdering med hänsyn till riskprofil. I gruppen blandad tumörtyp kan inte uteslutas att tumörer med olika grad av dedifferentiering med inslag av såväl lågdifferentierad som anaplastisk cancer har klassats istället för att de hamnat i respektive subgrupp, men även här kan återfinnas PAD-klassade mixed cell tumours. Differensen i antalet lågdifferentierade cancrar ligger inom felmarginal (5-14 st), men kan också vara ett uttryck för viss diskrepans i att strikt tillämpa de patologiska kriterierna och skillnaderna mellan lågdifferentierad cancer och odifferentierad cancer särskilt i de fall som inte genomgår operation med PAD utan enbart genomgått cytologisk utvärdering och klinisk bedömning inför palliativ behandling. Oaktat viss överlappningsrisk i klassificeringen mellan lågdifferentierade och anaplastiska cancer enligt ovan noteras en viss möjlig trend mot ett ökat antal registrerade anaplastiska och lågdifferentierade cancrar över tid i registret, men med hänsyn till det relativt låga antalet kan det vara inom felmarginal. Huruvida detta är en reell ökning och vad det i så fall beror på behöver i så fall ytterligare kartläggas.

Tabell 5. Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2013-2016.

	Tumörtyper				Total (%)
	2013 (%)	2014 (%)	2015 (%)	2016 (%)	
Anaplastisk	9 (2.1)	13 (2.6)	14 (2.8)	20 (3.6)	56 (2.8)
Annan	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.2)	1 (0.1)
Blandad	8 (1.9)	11 (2.2)	11 (2.2)	11 (2.0)	41 (2.1)
Follikulär - massivt infiltrerande	24 (5.6)	25 (5.0)	22 (4.4)	16 (2.9)	87 (4.4)
Follikulär - minimalt invasiv	36 (8.4)	54 (10.8)	49 (9.8)	57 (10.3)	196 (9.9)
Lågt differentierad	7 (1.6)	5 (1.0)	13 (2.6)	14 (2.5)	39 (2.0)
Medullär	17 (4.0)	15 (3.0)	17 (3.4)	20 (3.6)	69 (3.5)
Papillär	324 (75.3)	379 (75.5)	374 (74.7)	416 (75.0)	1493 (75.1)
Övriga	4 (0.9)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (0.2)
Saknas	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.2)	0 (0.0)	2 (0.1)
Total	430 (100)	502 (100)	501 (100)	555 (100)	1988 (100)

När det gäller T-stadium (tabell 6) ses gruppen T1a (<1cm) utgöra 27.7 % och om även de som rapporterats in som ospecificerad T1 (2.9 %), där det behöver ses över vad som ligger bakom detta och varför det inte är klassat som T1a/b, också skulle vara T1a enkom kan inte alls hela incidensökningen av tyreoidacancer synas helt tillhöra de minsta tumörerna, vilket då t ex skulle kunna spegla det mer frekventa användandet av ultraljud i primärdiagnostiken där fler små tumörer kan upptäckas. Kliniska större tumörer T1b-T3 synes alltså vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans ca 61 % av cancrarna i PAD. Orsaken till detta kvarstår att närmare undersöka.

Tabell 6. T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2016.

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
T0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
T1	0 (0.0)	15 (3.1)	1 (1.7)	16 (2.9)
T1a	0 (0.0)	136 (28.0)	18 (30.0)	154 (27.7)
T1b	3 (33.3)	81 (16.7)	4 (6.7)	88 (15.9)
T2	0 (0.0)	93 (19.1)	8 (13.3)	101 (18.2)
T3	2 (22.2)	126 (25.9)	19 (31.7)	147 (26.5)
T4a	0 (0.0)	19 (3.9)	1 (1.7)	20 (3.6)
T4b	2 (22.2)	14 (2.9)	2 (3.3)	18 (3.2)
TX	2 (22.2)	2 (0.4)	3 (5.0)	7 (1.3)
Saknas	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (6.7)	4 (0.7)
Total	9 (100)	486 (100)	60 (100)	555 (100)

Vidare ses ifrån inrapporterade regioner en större konformitet och följsamhet jämfört starten 2013 mellan dessa avseende målvariabeln "fullständig TNM" - mindre än 1 % saknar M-stadium nu där 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 % 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*, *T1*, *T1a*, *T1b*, *T2*, *T3*, *T4a*, *T4b*, *TX*; N-stadium är ifyllt med något av alternativen *N0*, *N1*, *N1a*, *N1b*, *NX* och M-stadium är ifyllt med något av alternativen *M0*, *M1*.

Översyn av variabelista kommer att ske vid revision av variabler i samband med att den reviderade versionen av nationellt vårdprogram nu är i bruk för att göra det än mer klart. Variabel T1 och N1 kan antagligen vara en källa till vissa registerproblem att kunna välja utan att definiera det som T1a/b respektive N1a/b och åskådliggörs även i viss mån för N-status i tabell 8 där variabel N1 saknas som grupp. Vidare verkar det kunna vara en oklarhet eller brist på stringens i MDK-anteckningar och/eller manual som förutom ren felinmatning kan vara tvetydighet då "klinisk grund" eller "saknas" rapporterats för specificerade såväl tumörer (T1-4) som lymfkörtelmetastaser (N1a-N1b) trots att fullständig TNM och genomgången MDK är regel och skulle då vara patologiskt grundad. Klinisk N0-gradering är dock förväntad att öka framledes då det i enlighet med intentionen i det reviderade vårdprogrammet kommer att vara grunden för bedömning av eventuell central lymfkörtelutrymning vid små tyreoidacancrar.

Tabell 7. Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2016.

	Finns fullständig TNM?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	60 (98.4)	1 (1.6)	61 (100)
Sthlm/Gotland	106 (99.1)	1 (0.9)	107 (100)
Syd	91 (98.9)	1 (1.1)	92 (100)
Sydöstra	33 (94.3)	2 (5.7)	35 (100)
Uppsala/Örebro	71 (100.0)	0 (0.0)	71 (100)
Väst	189 (100.0)	0 (0.0)	189 (100)
Total	550 (99.1)	5 (0.9)	555 (100)

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

En hög nivå "patologisk" NX kan återspegla skillnader avseende hur omfattande central körtelutrymning gjorts, men också i patologihetens granskning. Dessutom bör beaktas en eventuell felregistrering eller ottydlighet enligt ovan som vi förhoppningsvis har åtgärdat i förestående blankettupplägg. Också här har genomgång av MDK och eventuell eftergranskning av endokrinpatolog sannolik påverka på utfallet. Någon skillnad mellan grund för NX (exempelvis ej alls gjord central körtelutrymning visavi 5 friska körtlar borttagna) har inte gjorts.

Tabell 8. N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2016.

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
N0	34 (29.8)	115 (31.1)	18 (25.4)	167 (30.1)
N1a	2 (1.8)	78 (21.1)	15 (21.1)	95 (17.1)
N1b	1 (0.9)	58 (15.7)	3 (4.2)	62 (11.2)
NX	77 (67.5)	119 (32.2)	31 (43.7)	227 (40.9)
Saknas	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (5.6)	4 (0.7)
Total	114 (100)	370 (100)	71 (100)	555 (100)

Tabell 9. M-stadium för patienter som fått diagnos 2016.

	Antal	(%)
M0	520	(93.7)
M1	30	(5.4)
Saknas	5	(0.9)
Total	555	(100.0)

Avseende preoperativt fastställd malignitet skiljer det mellan inrapporterade regioner där Stockholm/Gotland (73 %) som tidigare bäst ställt denna diagnos cytologiskt medan det är mindre andel i de övriga regionerna med Norr följande på (66 %) medan enkom (29 %) i Syd och Sydöst. En skillnad både i granskning, men även i provtagningsrutin kan ligga bakom detta och bör föranleda ytterligare utvärdering. Till årsrapport har vi valt bort pT1a och follikulär neoplasi (där vi i det senare fallet då vi valt Bethesda V & VI för att få registrera som preoperativt känd cancer inte kan komma upp i högre än Bethesda IV vid follikulär neoplasi) i subanalys av differentierade cancrarna och då noterar vi att första registerårets skillnad mellan regionerna krympt ihop för dessa något större tumörer som oftast inte är ockulta postoperativa fynd eller smärre ultraljudsfynd. Den helt dominerande gruppen i årets subanalys kommer således att vara PTC >T1a. Alltjämt noteras något anmärkningsvärt att även för dessa större tumörer, som till stor del torde vara palpabla och åtkomliga för diagnostik, så är endast cirka hälften preoperativt diagnosticerade som cancer vid i såväl Väst som Uppsala/Örebro och anmärkningsvärt låg i Sydöst och Syd. Detta måste efterundersökas då totalantalet även om vi räknat bort små cancrar och follikulär cancer är väldigt litet för PTC <T1a varför data bör kontrolleras ytterligare på respektive enhet. I tabell 11 framkommer dock också att nästan 9 % fått en Bethesda III- kategorisering och att i gruppen Bethesda IV säkert döljer sig en del fall av PTC av follikulär typ 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 en benign preoperativ cytologi stannar vid <10 % och risken att erhålla benign cytologi vid cancer är dock 1/10 även vid tumörer över 11mm. Region Norr har efter införandet av Bethesdakategoriseringen som standard för cytologisvar och därefter aktivt ha jobbat med sin tidigare utstickande sämre preoperativa cytologi i tidigare årsrapporter kommit upp i betydligt bättre siffror avseende den preoperativa cytologins träffsäkerhet (66 %) om än inte upp till Sthlm/Gotlands siffror, dock varierar det mellan enheterna varför en enhetlig och säker provrutin med eventuella tillägg som cellblock/cellsuspension atc måste diskuteras om det nu sannolikt är svårt att likt i Stockholm/Gotlandsregionen ha en dedikerad cytologisk punktionsmottagning med cytolog. Det indikerar en förbättringspotential med relativt små medel. 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 tyreoidacancer >T1a och måluppfyllelse. En ytterligare faktor att studera kan vara huruvida det genomgående skiljer mellan cytologutlåtandena regionerna emellan i fråga om skillnad 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 333 fall med diagnos 2016. Huruvida maligniteten har fastställts preoperativt för dessa ses 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 2016. Uppdelat efter region.

	Preop fastställd malignitet?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	23 (65.7)	12 (34.3)	35 (100)
Sthlm/Gotland	38 (73.1)	14 (26.9)	52 (100)
Syd	8 (28.6)	20 (71.4)	28 (100)
Sydöstra	4 (28.6)	10 (71.4)	14 (100)
Uppsala/Örebro	8 (38.1)	13 (61.9)	21 (100)
Väst	42 (46.7)	48 (53.3)	90 (100)
Total	123 (51.2)	117 (48.8)	240 (100)

För de 333 fall med patologisk T-stadium $\geq T1b$ under diagnosår 2016 har Bethesda kategorisering rapporterats för 298 svarande till att Bethesdakategori har lämnats blank för 35 fall (11 %), dvs något bättre jämfört med förra året (15 %), men arbetet med att implementera obligat Bethesdakategorisering på all tyreoidacytologi behöver således fortskrida parallellt med övrigt förbättringsarbete för en säkrare preoperativ cytologi.

Tabell 11. Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2016.

	Antal	(%)
I. Ej diagnostiskt eller otillfredställande utbyte	2	(0.9)
II. Benigt utbyte	20	(9.3)
III. Atypi av oklar signifikans eller oklar follikulär förändring	19	(8.9)
IV. Follikulär neoplasi eller misstanke om follikulär neoplasi	35	(16.4)
V. Misstanke om malignitet	37	(17.3)
VI. Malignt	92	(43.0)
Uppgift saknas	9	(4.2)
Total	214	(100.0)

Noteras också en diskrepans bland enheterna i antalet fall som gått genom multidisciplinär konferens (MDK) där vissa har en bra rondtäckning (Norr, Sthlm/Gotland, Väst och Syd) medan andra har betydligt lägre (Sydöst och Uppsala/Örebro), men vi noterar dock glädjande att de senare betydligt förbättrat detta jämfört med förra året. Detta kan ju också enligt ovan möjligen återspeglas i fullständigheten vid TNM-klassificering och regionerna ovan behöver trots potentiella logistikproblem lösa detta för framtiden. Glädjande finns dock MDK etablerad och välfungerande vid samtliga inrapporterande regioner.

Tabell 12. Antal och andel där fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2016.

	Har fallet diskuterats vid MDK?			Total
	Ja (%)	Nej (%)	Saknas (%)	
Norr	57 (93.4)	4 (6.6)	0 (0.0)	61 (100)
Sthlm/Gotland	101 (94.4)	6 (5.6)	0 (0.0)	107 (100)
Syd	91 (98.9)	1 (1.1)	0 (0.0)	92 (100)
Sydöstra	20 (57.1)	13 (37.1)	2 (5.7)	35 (100)
Uppsala/Örebro	48 (67.6)	23 (32.4)	0 (0.0)	71 (100)
Väst	178 (94.2)	11 (5.8)	0 (0.0)	189 (100)
Total	495 (89.2)	58 (10.5)	2 (0.4)	555 (100)

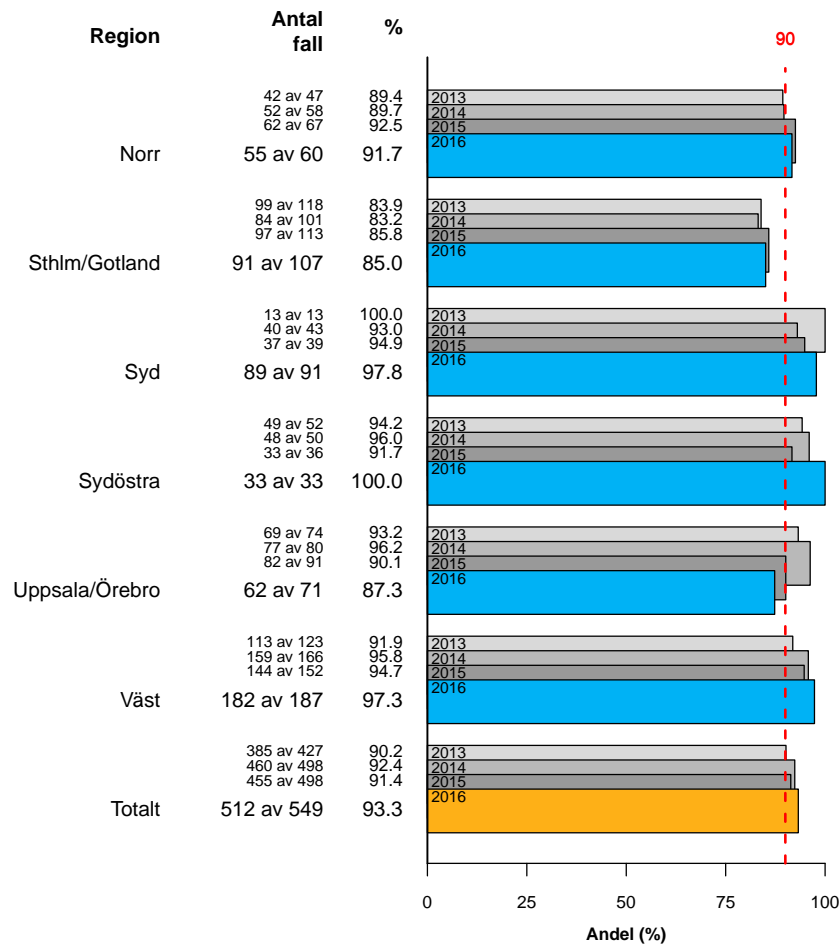
Vi ser dock att även om vissa minimala skillnader regionerna emellan så är följsamhet till givna behandlingsrekommendationer (Nat Vårdprogrammet) god och tämligt lika mellan regionerna. Avsteg finns i regel motiverade vid MDK och målnivå 90 % nås i stort (fig 4).

Information om huruvida behandlingsrekommendation enligt vårdprogram har följts finns för 1972 fall och ses i tabell 13 och figur 4.

Tabell 13. Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region. Patienter som fått diagnos 2016. Informationen saknas för 6 fall.

	Följt behandlingsrekommendation?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	55 (91.7)	5 (8.3)	60 (100)
Sthlm/Gotland	91 (85.0)	16 (15.0)	107 (100)
Syd	89 (97.8)	2 (2.2)	91 (100)
Sydöstra	33 (100.0)	0 (0.0)	33 (100)
Uppsala/Örebro	62 (87.3)	9 (12.7)	71 (100)
Väst	182 (97.3)	5 (2.7)	187 (100)
Total	512 (93.3)	37 (6.7)	549 (100)

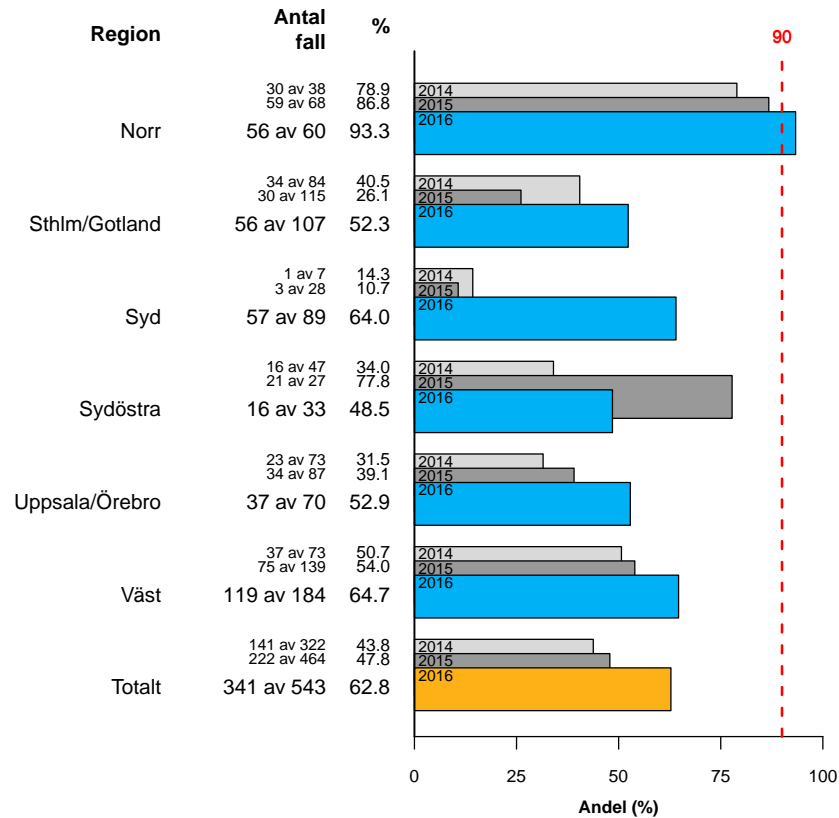
Figur 4. Andel som följt behandlingsrekommendation per inrapporterande region . Patienter med diagnos 2013-2016.



5.4 Kvalitetsindikatorer

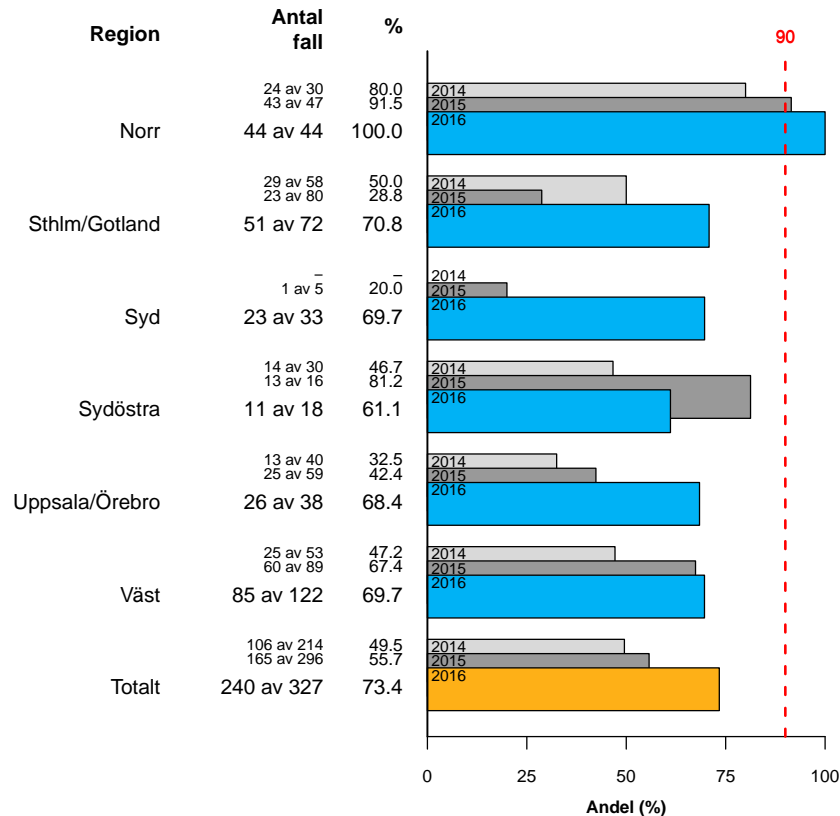
5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska

Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 543 patienter som fått diagnos 2016, dock har alternativet 'Uppgift saknas' angetts för 59 av dessa, vilket bör förbättras i registreringen (Fig 5). En otydlighet kan vara att många större enheter har en funktion som kontaktsköterska som kan innehas/delas av flera kontaktsköterskor och därav det inte ifyllts "ja" trots att kontakt om än inte namngiven finns. Detta kommer att diskuteras i styrgruppen då det är en av RCC och SKL samt patientgruppsdriven önskan att det just ska vara en namngiven kontaktperson. Patienter med ockult cancer (T1a) behöver dock inte ha en namngiven kontaktsköterska, varför ytterligare subanalys gjorts (Fig 6).

Figur 5. Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2016.

Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 327 patienter som fått diagnos 2016 och som hade patologisk T-stadium $\geq T1b$, dock har alternativet 'Uppgift saknas' angetts för 24 av dessa (Fig 6). Även och i synnerhet här bör registreringen förbättras och ställning tas till om patienten verkligen inte fått namngiven kontaktsköterska eller att det bara inte finns dokumentation vid registreringen. Här rör det dock sig om en icke-ockult cancer och målnivån 90 % på namngiven kontaktsköterska nås bara av Region Norr. Sthlm/Gotland har t o m halverat sin nivå för gruppen och det illustrerar vikten av att detta kopplas till en funktion och inte till en person då någon slutar eller är ledig för att målen ska bibehållas och det speglar ju att det kanske är viktigare med en funktion än att riskera att vara utan om namngiven person inte längre är på plats trots de bästa intentioner från RCC, SKL och patientgruppsönskemålen. Detta till trots är dock andelen med namngiven kontaktsköterska på väg upp i samtliga regioner om än vissa har en bit kvar till målnivån på 90 %.

Figur 6. Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2014-2016 och patologisk T-stadium $\geq T1b$.

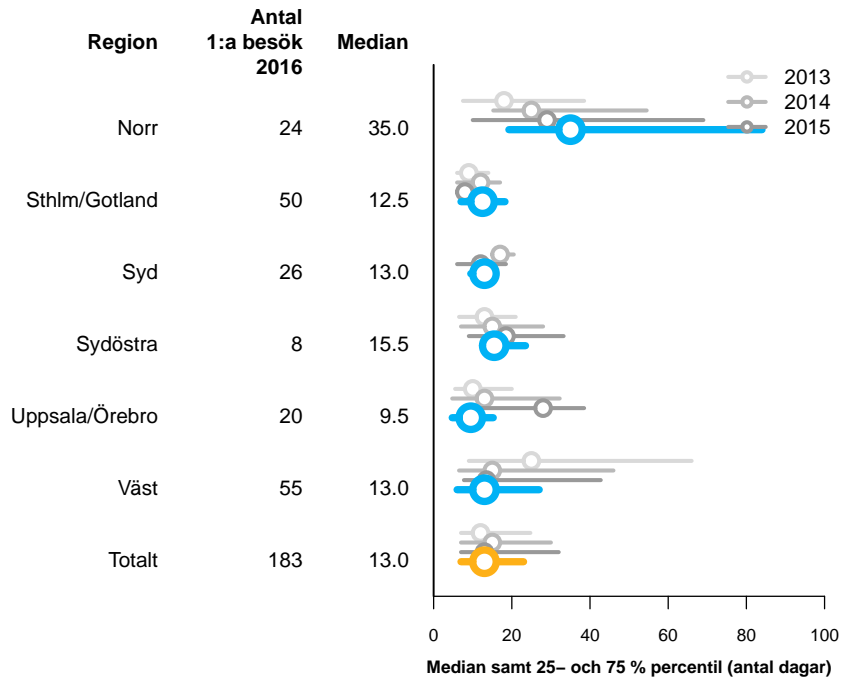


5.5 Ledtider

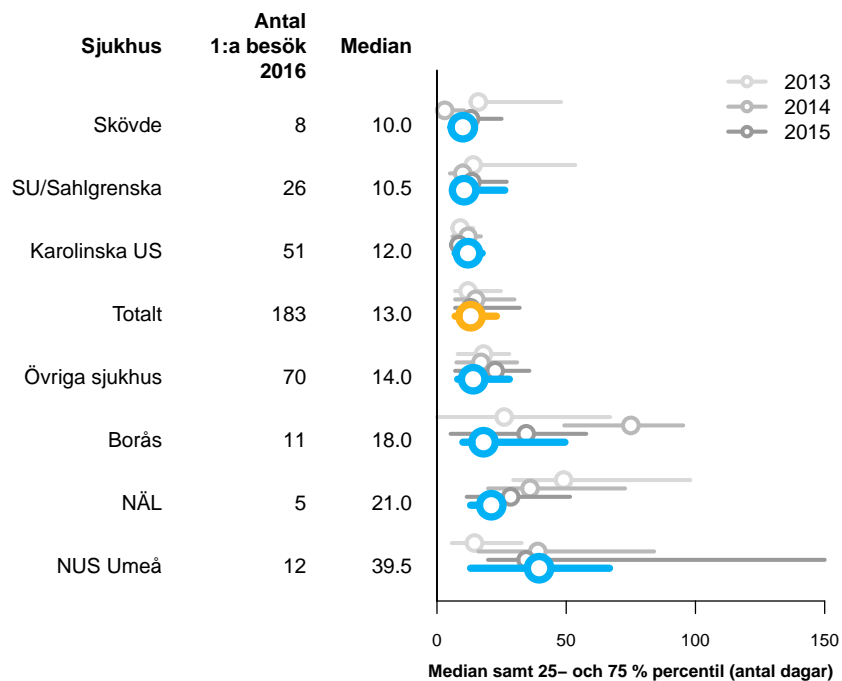
5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist

Tider från remiss till första besök visar viss varians men tämligen samlat och inom vårdprogrammets rekommendationer i de flesta fall. Från och med januari 2017 då det reviderade vårdprogrammet börjar gälla kommer även standardiserat vårdförlopp (SVF) att starta för tyreoidacancer med ledtider som mäts. Det föreligger ju olika ledrutiner och där det kan vara en viss påverkan av att det i vissa regioner medföljer ultraljuds- och cytologisvar med inremiss och på andra helt utan dessa uppgifter vid remisshantering och cytologi och ev ultraljud görs i samband med första specialistbesök. Hur som helst kommer vårdprogram och SVF att harmoniera 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 (i regel kirurgi för diagnosgruppen) så finns även ytterligare preoperativa ledtider med både för patienter med och utan preoperativt känd cancer för att återspegla situationen mellan väntetider för malign och förmodad benign tyreoidakirurgi samt för 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. SVF inleddes således 2017 och formella utdata kommer således först att kunna utläsas ur SVF ledtidsrapport under detta år och de ledtider som nedan anges gäller givetvis 2016 som rapporten i övrigt och bör endast ses som ett riktmärke.

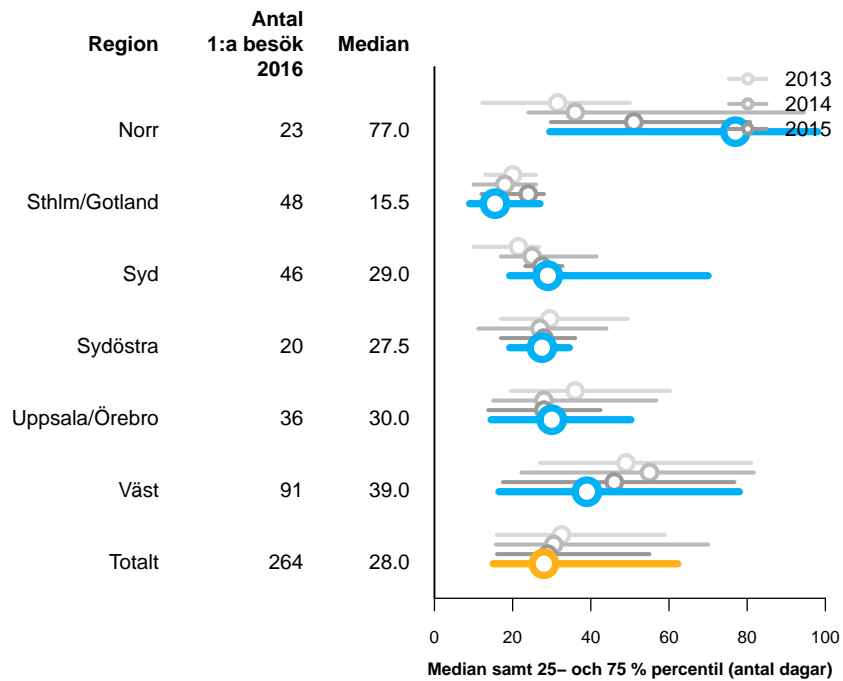
Figur 7. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016.



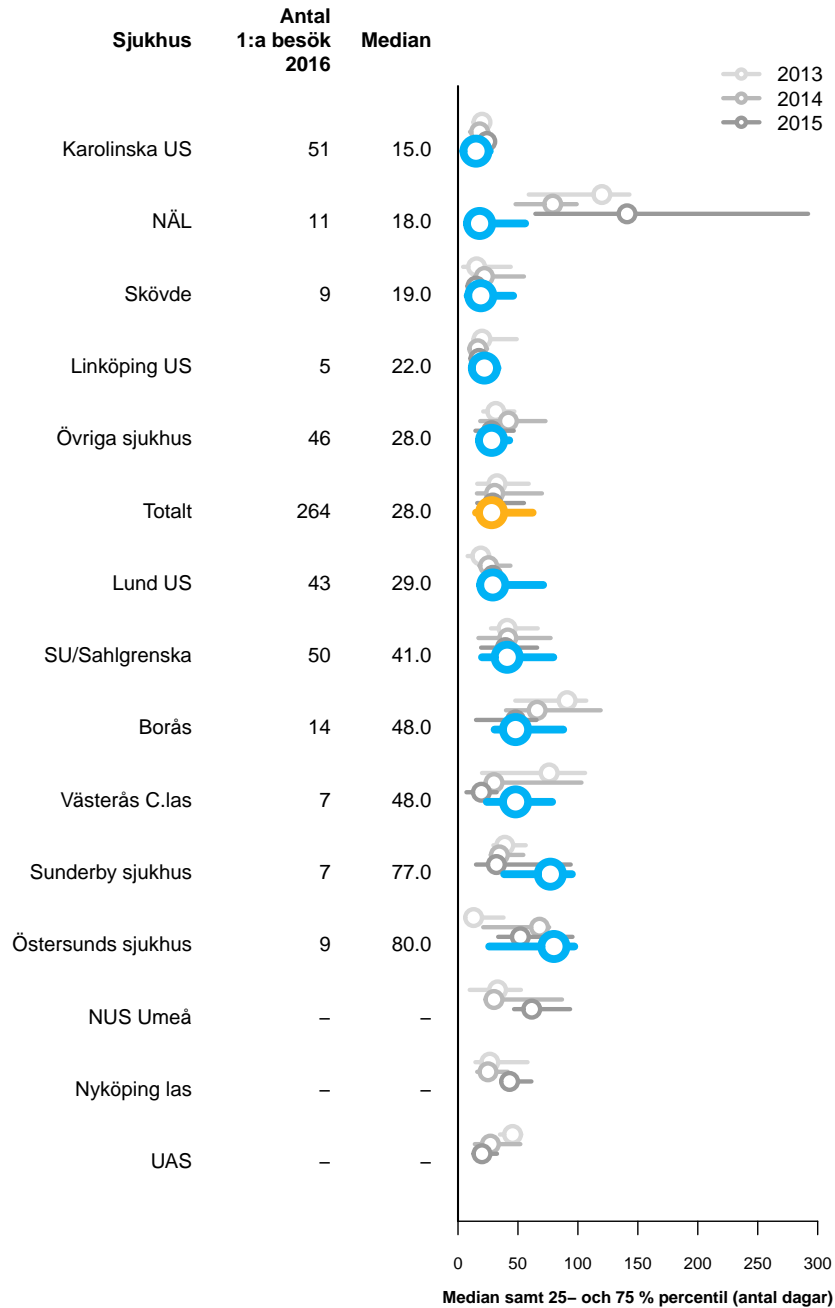
Figur 8. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016. Uppdelat efter rapporterende sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



Figur 9. Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016.



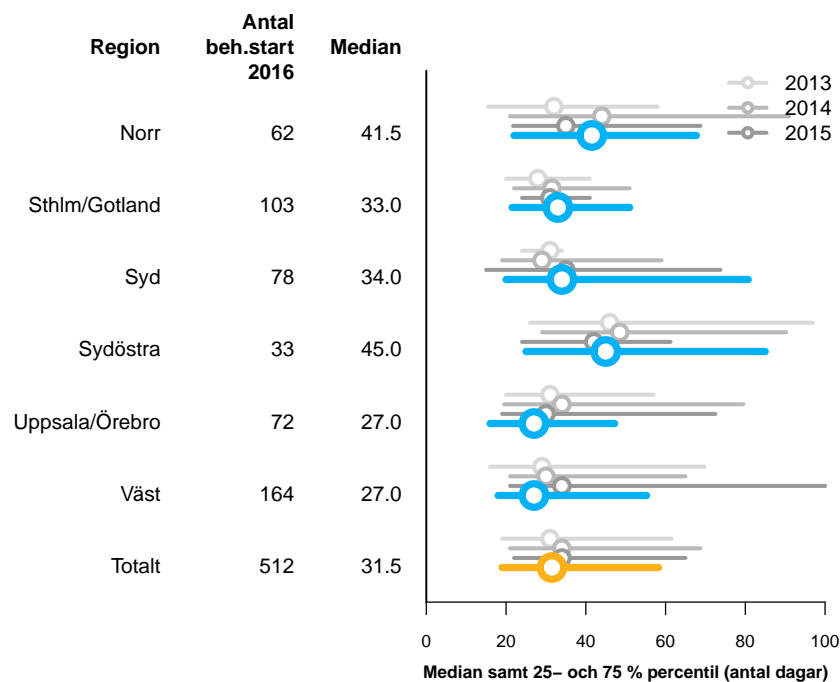
Figur 10. Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall av denna typ per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



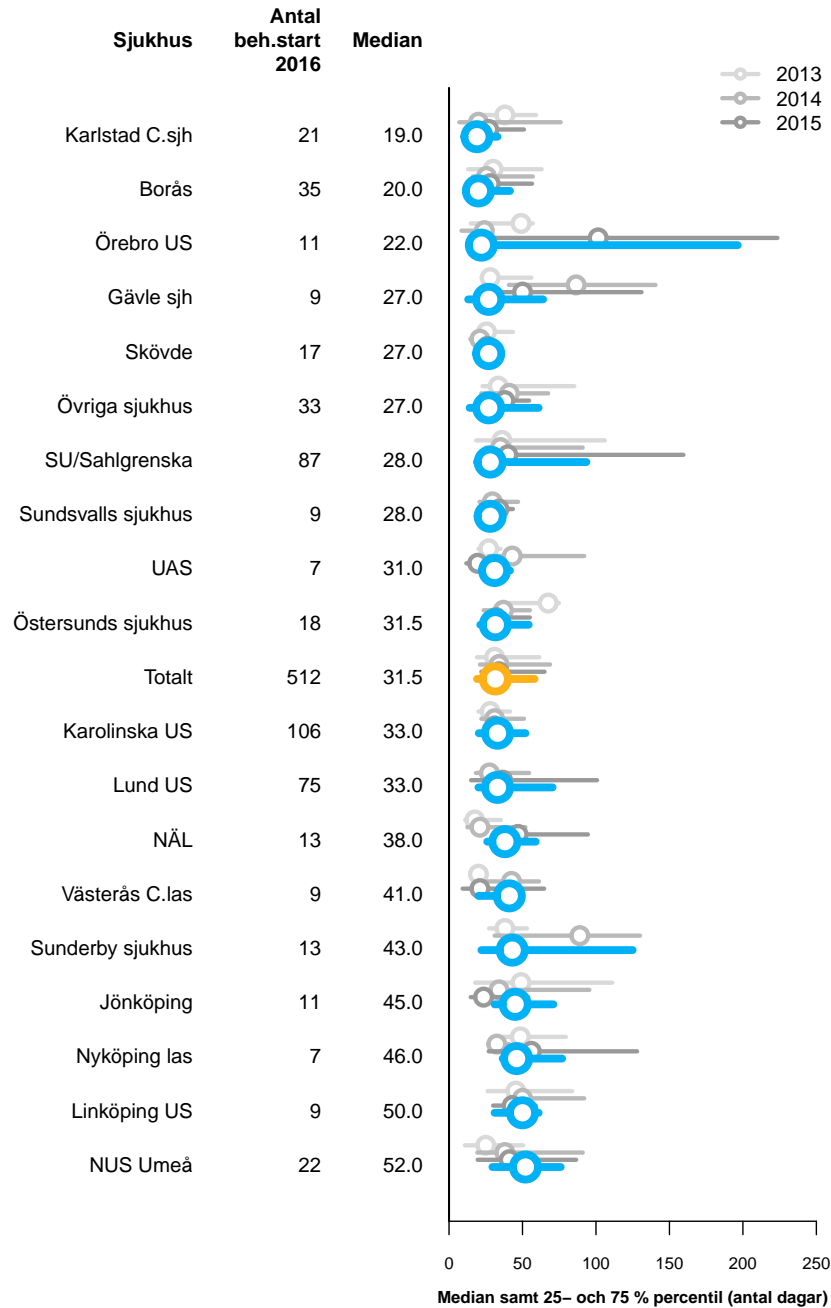
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

Vi kan notera att ledderna från behandlingsbeslut till start av behandling genomgående i de fall malignitet var känd preoperativt väl håller sig inom stipulerad kommande målnivå för Vårdprogram och SVF (21 dagar och 31 dagar från välgrundad misstanke till behandlingsstart) medan i de fall preoperativ diagnostik inte visat malignitet har ledderna i vissa fall varit betydligt längre. Dessa starkt varierande senare tider återspeglar också hur lång väntetiden är och hur stort den varierar över landet för operation av (förmodat) benign struma. Detta understryker åter behovet av en god och säker preoperativ diagnostik och tillgänglighet samt en ändamålsenlig utredningsgång.

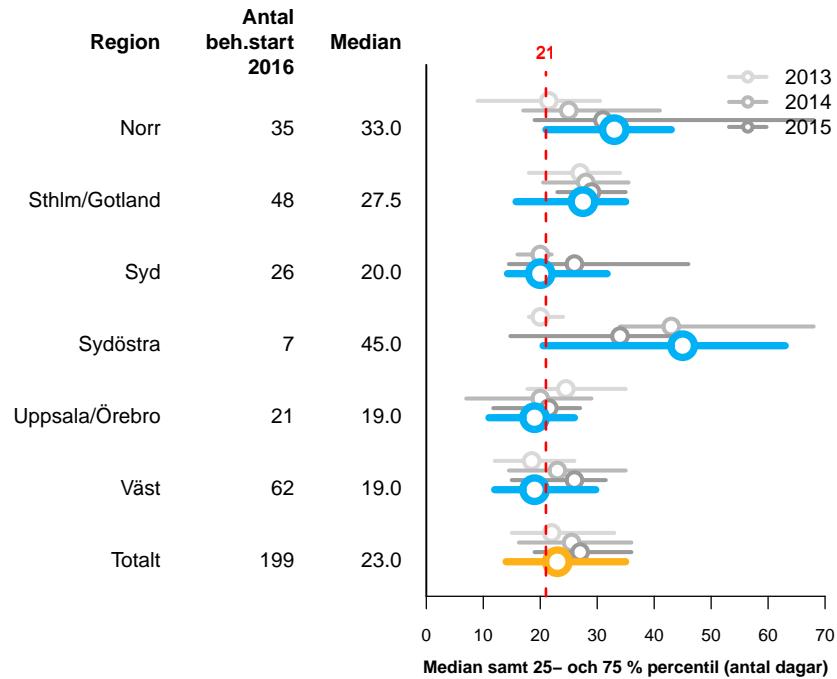
Figur 11. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.



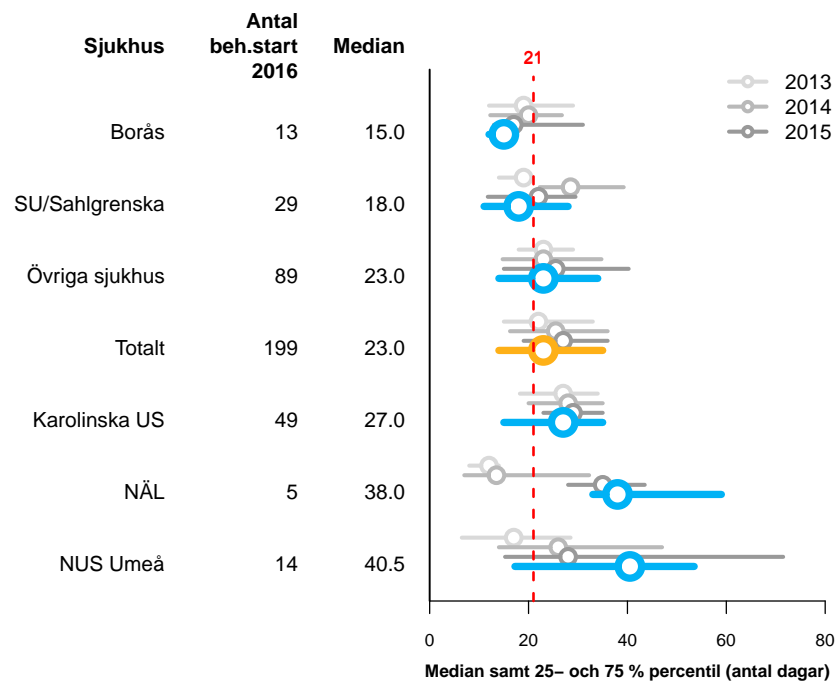
Figur 12. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



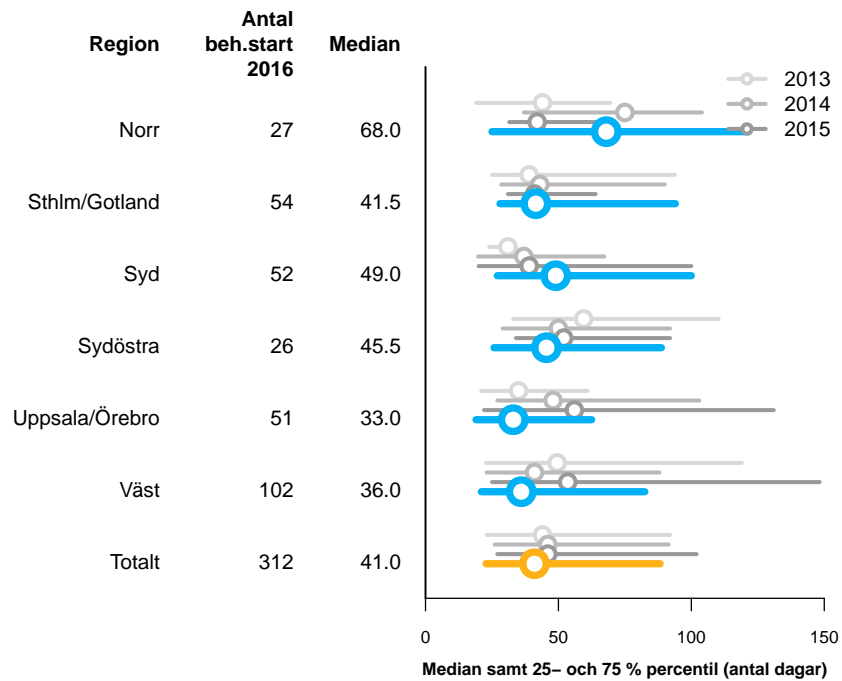
Figur 13. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.



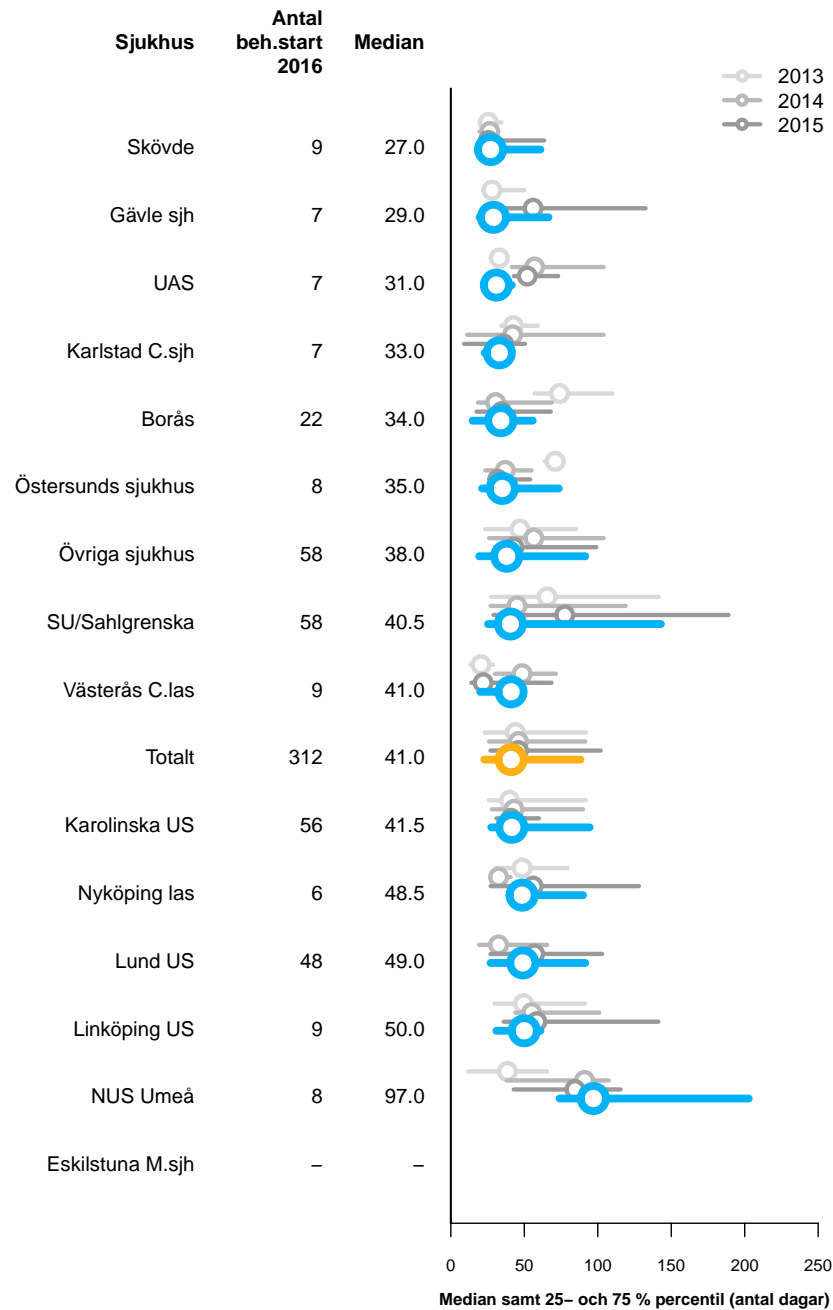
Figur 14. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet faststälts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



Figur 15. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej faststälts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.



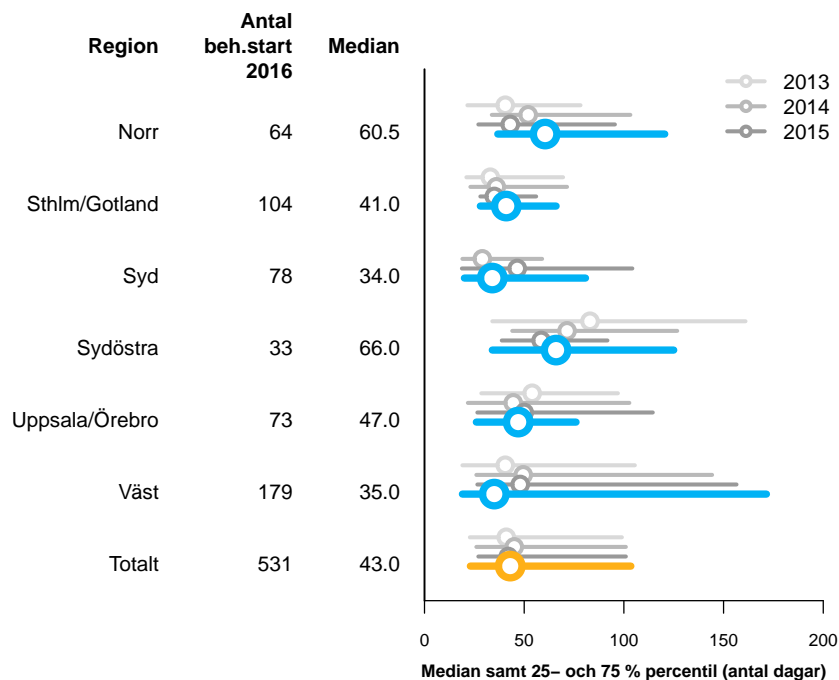
Figur 16. Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart

Tider från 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. Data är inte stort skilt från fjolåret men några enheter visar lätt ökad väntetid och kan nog säkerligen relateras till bristande operationsresurser och vårdplatser som förelegat, men bör studeras vidare inom varje region. Detta måste också närmare granskas såväl nästa årsrapport med tanke på förbättringsarbeten för preoperativ cytologi samt inom ramen för SVF då dess tider kommer att presenteras efter införande 1/1 2017. Indikationer finns på att långa väntetider i yttre spannet av väntetider för icke preoperativt 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 17. Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter region.



Figur 18. Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2013-2016. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 4 fall per år 2013-2016 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

