

# Tyreoidiecancer

Årsrapport nationellt kvalitetsregister, 2024

Diagnosår: 2023

Nationellt kvalitetsregister för Thyreoidiecancer



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

Tel 010-441 28 23

Mailadress - [rccvast@vgregion.se](mailto:rccvast@vgregion.se)

Rapporterna kan laddas ner från  
Regionalt cancercentrum väst hemsida [www.rccvast.se](http://www.rccvast.se)

ISBN 978-91-87663-48-2



# Innehållsförteckning

<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>1</b>
<b>2 ORGANISATION</b> .....	<b>3</b>
2.1 Styrgruppen .....	3
2.2 Nationellt stödteam .....	3
2.3 Årsrapport .....	4
<b>3 BAKGRUND</b> .....	<b>5</b>
<b>4 PROCESS- OCH RESULTATMÅTT</b> .....	<b>6</b>
<b>5 REDOVISADE RESULTAT</b> .....	<b>7</b>
5.1 Täckningsgrader .....	7
5.2 Antal fall och demografiska data .....	10
5.3 Diagnosspecifika data .....	12
5.4 Kvalitetsindikatorer .....	19
5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska .....	19
5.4.2 Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ cytologisk diagnos .....	20
5.4.3 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader .....	21
5.4.4 Andel patienter diskuterade på MDK .....	22
5.5 Ledtider .....	23
5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist .....	23
5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart .....	30
5.5.3 Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart .....	36

## Tabeller

1	Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, levererade 2024-08-03. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . . .	8
2	Täckningsgrad för formulär 2 - Status 9-12 månader efter påbörjad primärbehandling per diagnosår. Uppdelat efter region där patienten var folkbokförd vid diagnosen. . . .	9
3	Antal inrapporterade fall med diagnosår 2019-2023 per region. . . . .	10
4	Fördelning av tumörtyper för patienter som fått diagnos 2019-2023. . . . .	13
5	T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . .	14
6	Antal och andel där fullständig TNM klassifikation har registrerats uppdelat efter region för patienter som fått diagnos 2023. . . . .	15
7	N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . .	15
8	M-stadium för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8). . . . .	15
9	Har malignitet fastställts preoperativt för patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . Patienter som fått diagnos 2023. Uppdelat efter region. 16	16
10	Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2023. . . . .	17
11	Antal och andel fall som diskuterats vid MDK uppdelat efter region för patienter med patologisk T-stadium $\geq T1b$ som fått diagnos 2023. . . . .	17
12	Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2023. Informationen saknas för 4 fall. . . . .	18

# Figurer

1	Åldersstandardiserad incidens för tyreoidcancer per 100 000 män och kvinnor i Sverige. Till varje punkt anges antalet nyanmälda fall. Referenspopulation: Europa. Källa: NORDCAN, 2022-09-23. . . . .	5
2	Åldersfördelning för patienter med diagnos 2019-2023. . . . .	10
3	Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2019-2023. . . . .	11
4	Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2019-2023. 18	
5	Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . . . . .	19
6	Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativt fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . . . . .	20
7	Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, patologisk T-stadium $\geq T1b$ och inrapporterat formulär 2 (Status 9-12 månader efter primärbehandling). . . . .	21
8	Andel patienter diskuterade på MDK. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium $\geq T1b$ . . . . .	22
9	Förklarande bild av leddiagram. . . . .	23
10	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. . . . .	24
11	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	25
12	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. . . . .	26
13	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	27
14	Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2019-2023. . . . .	28
15	Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-V och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	29
16	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region. . . . .	30
17	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	31
18	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region. . . . .	32
19	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	33
20	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region. . . . .	34
21	Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställdts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	35
22	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region. . . . .	36
23	Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapportering sjukhus. . . . .	37



# 1 INLEDNING


Detta är elfte årsrapporten för nationellt kvalitetsregister för tyreoidcancer. Täckningsgrad för diagnosår 2023 är ca 70 % vilket i nivå med tidigare årsrapporter och högre än målnivån för certifieringsnivå 2. Som stöd för detta kan nämnas att täckningsgraden för diagnosår 2022 vid förra årsrapporten var strax under 70 % men nu har ökat till strax över 80 %. Liksom vid tidigare årsrapporter noteras skillnader i täckningsgrader mellan de olika regionerna. Exempel på regioner med låg täckningsgrad är region Syd och Stockholm/Gotland. 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 i nivå med målvärdet för certifieringsnivå 1.

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 2023 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 (remissrunda klar, väntar på att skickas till RCC för godkännande).

Uppföljning 9-12 månader efter primärbehandling (formulär 2) har även i år tagits med i årsrapporten. Täckningsgraden för formulär 2 har hela tiden varit sämre än för formulär 1 och uppgår till 53 % för diagnosår 2022 (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.

Sedan förra årsrapporten har vi ändrat kvalitetsindikatorer. Vår ambition har varit att i högre utsträckning redovisa resultatmått snarare än processmått. Under nästa år kommer vi att göra mindre justeringar och eventuellt tillägg av någon ytterligare kvalitetsindikator. Den enskilt viktigaste informationen som registret bidrar med gäller uppföljning av patienter med tyreoidcancer 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 som förväntas tas i bruk under hösten 2024. 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 specialsamtid Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart". Båda dessa processmått finns tillgängliga via statistik för SVF. Fullständig TNM-klassifikation har vi tagit bort



då vi anser att den inte längre tjänar sitt syfte. Då kvalitetsregistret startade 2013 fanns det oenighet i landet kring rapportering av TNM men sedan ett antal år tillbaka är detta inget problem. Sannolikt har kvalitetsregistret och nationellt vårdprogram starkt bidragit till denna positiva utveckling.

Förekomsten av tyreoidacancer i Sverige har ökat konsekvent under många år och man såg ett trendbrott 2006 med stigande incidens. Antalet fall i Sverige har varit relativt konstant de senaste 10 åren och möjligen ser vi nu en utplaning av incidensen. Enligt framför allt amerikanska rapporten om incidensutveckling ser liknande om än mer uttalad tendens (kraftigt stigande incidens under 2-3 årtionden för att de senaste åren ha planat ut) och spekulerar 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 tyreoidacancer (cytologiskt Bethesda V eller VI i de flesta fall) skiljer sig mellan de olika regionerna. Stockholm/Gotland har historiskt haft högst andel preoperativt fastställd diagnos för denna patientgrupp och är den enda regionen som uppfyllt målet om >80 %. Region Väst har tidigare haft ca 40 % preoperativt fastställd malignitet men har successivt förbättrat resultaten och redovisar för diagnosår 2023 siffror 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 eftersom det hade inneburit ett minskat antal diagnostiska ingrepp och antalet två-seansförfarande. Man ska däremot inte tolka det som att cytologi missar ett stort antal cancerfall. Andelen patienter med papillär eller medullär tyreoidacancer med patologiskt tumörstadium T1b (oftast tumörstorlek >1 cm) med benign cytologi är 3.4 % (n=8) och motsvarande andel med icke diagnostisk cytologi är 4.3 % (n=10). Dessa siffror är inom ramen för vad som rekommenderas av den sk. Bethesda-klassifikationen för cytologi av tyreoida.

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

Jakob Dahlberg  
Registerhållare,  
Nationellt kvalitetsregister för tyreoidacancer



## 2 ORGANISATION

### 2.1 Styrgruppen

#### Ordförande

Jakob Dahlberg, Kirurgiska kliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

#### Ledamöter

##### Region Norr

Joakim Hennings, kirurgi, Östersunds sjukhus

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

Renske Altena, Avd. för onkologi, 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

Johanna Svensson, Onkologiska 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

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

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 tyreoideacancer på INCA plattformen 2024-08-26. Dessutom har täckningsgrad mot cancerregistret levererats från de sex regionala cancercentrum 2024-08-03. Analyser och beräkningar är gjorda i R-4.1.1 och rapporten är sammanställd i L<sup>A</sup>T<sub>E</sub>X.

Årsrapporten publicerades 2024-09-26.

### 3 BAKGRUND

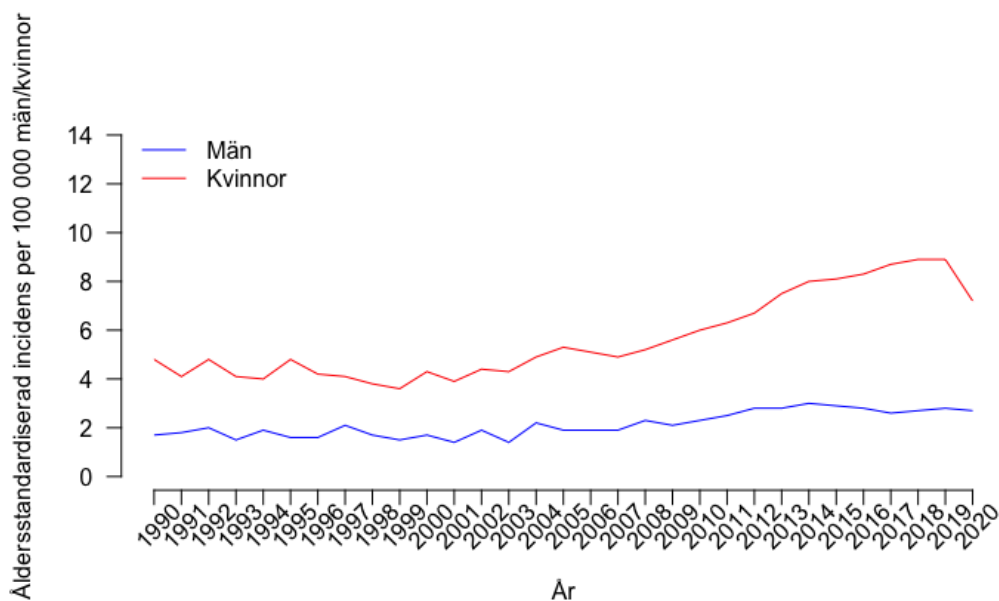
Tyreoidcancer (TC) är den vanligaste cancerformen i endokrina körtlar. Incidensen har under lång tid legat på ungefär 4 fall/100 000/år, men ökade markant med start i början av 2000-talet. Enligt data från Nordcan (nordcan.iarc.fr/en) verkar nu incidensökningen plana ut. Motsvarande ”plataeffekt” ses i andra delar av världen och det spekuleras i om det beror på rekommendationer om att aktivt avstå utredning av små tumörer. Liknande rekommendationer har finns dock inte i Sverige även om införandet ultraljudsbaserade riskstratifieringssystem så som EU-TIRADS kan bidra.

Joniserande strålning är den enda väletablerade riskfaktorn vilket man vet bland annat på grund av erfarenheter efter kärnkraftsolyckan i Tjernobyli 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.

Tyreoidcancerregistret är ett rikstäckande register med placering på den nationellt gemensamma IT-plattformen (INCA) där alla nyupptäckta fall med tyreoidcancer 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 tyreoidcancer 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  $\geq 95$  % 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 (Scandinavian 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 en god bit över 90 %. Dessa regioner har byggt upp en väl fungerande logistik med administrativ personal som övervakar och rapporterar. Eftersom Region Stockholm/Gotland är landets största region påverkar de i hög utsträckning den totala täckningsgraden i riket och för två år sedan gjorde man en satsning på att öka täckningsgraden och kom upp i över 80 %. Detta berodde på att en enskild individ rapporterade och någon fungerande struktur med inrapportör som funktion, med stöd från arbetsgivaren kunde man inte skapa. Som en följd av detta har nu region Stockholm/Gotland lägre täckningsgrad (52 %) jämfört med tidigare vilket drar ner rikets totala täckningsgrad. Region Syd är också en stor region med varierande täckningsgrader genom åren och även här får man misstänka bristande struktur. För diagnosår 2023 har region Syd 55 % täckningsgrad. Region Sydöst har tidigare haft goda täckningsgrader varför det är förvånande att man i år endast rapporterat in 33 %. Orsaken till detta har efterfrågats men utan resultat.

Uppföljningsblankett 1 år efter avslutad primärbehandling (formulär 2) varierar var den registreras. Ofta sker rapportering vid onkologenhet, men hos vissa regioner vid kirurgenhet. I region Stockholm/Gotland har uppföljning för några år sedan förts över från onkolog till endokrinolog vilka ännu inte kommit i gång med registrering. Retroaktiv registrering av formulär 2 har skett i viss utsträckning under det gångna året. I tabell 3 visas data endast till och med diagnosår 2022 eftersom tabellen redovisar uppföljningsformulär.

**Tabell 1.** Täckningsgrad mot cancerregistret per diagnosår, levererade 2024-08-03. Region anger den region där patienten var folkbokförd vid diagnosen.

Region	2019		2020		2021		2022		2023	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Norr	78 av 78	100	71 av 71	100	128 av 128	100	93 av 93	100	76 av 78	97
Mellansverige	111 av 111	100	116 av 116	100	144 av 144	100	132 av 132	100	161 av 176	91
Sthlm/Gotland	17 av 159	11	22 av 175	13	171 av 181	94	129 av 184	70	104 av 200	52
Sydöstra	49 av 49	100	52 av 53	98	67 av 79	85	53 av 111	48	39 av 117	33
Väst	160 av 161	99	154 av 155	99	179 av 179	100	167 av 167	100	173 av 183	95
Syd	121 av 181	67	128 av 165	78	128 av 151	85	98 av 138	71	92 av 166	55
<b>Totalt</b>	<b>536 av 739</b>	<b>72.5</b>	<b>543 av 735</b>	<b>73.9</b>	<b>817 av 862</b>	<b>94.8</b>	<b>672 av 825</b>	<b>81.5</b>	<b>645 av 920</b>	<b>70.1</b>



**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 avslutats i registret enligt anmälningsformuläret är exkluderade.

	2019		2020		2021		2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Region</b>								
Norr	46 av 46	100.0	47 av 49	95.9	67 av 70	95.7	29 av 51	56.9
Mellansverige	63 av 64	98.4	64 av 65	98.5	98 av 100	98.0	71 av 89	79.8
Sthlm/Gotland	0 av 13	0.0	0 av 21	0.0	0 av 116	0.0	0 av 101	0.0
Sydöstra	10 av 29	34.5	8 av 35	22.9	16 av 49	32.7	10 av 34	29.4
Väst	88 av 94	93.6	67 av 89	75.3	104 av 107	97.2	59 av 77	76.6
Syd	50 av 63	79.4	61 av 72	84.7	59 av 71	83.1	44 av 52	84.6
<b>Totalt</b>	<b>257 av 309</b>	<b>83.2</b>	<b>247 av 331</b>	<b>74.6</b>	<b>344 av 513</b>	<b>67.1</b>	<b>213 av 404</b>	<b>52.7</b>

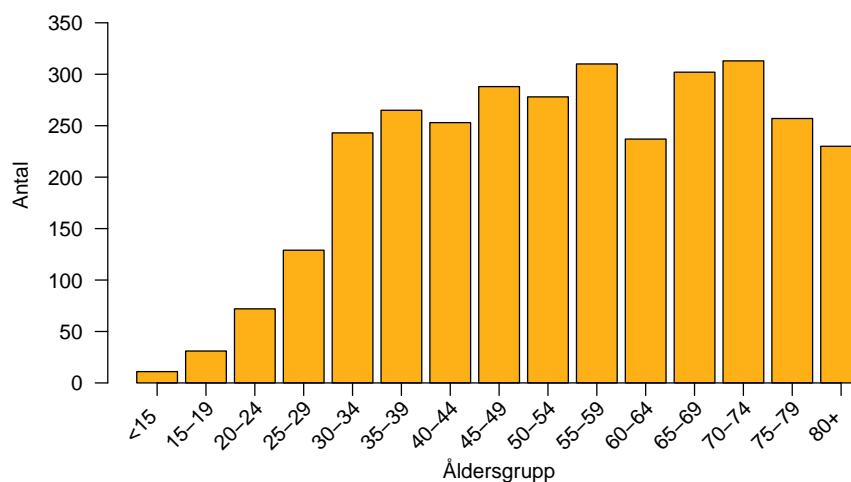
## 5.2 Antal fall och demografiska data

Sammanlagt 652 fall har rapporterats för diagnosår 2023. Incidensen för tyreoidcancer verkar nu planat av något under de år registret varit i bruk (n=793 fall 2021). Totalt finns nästan 7000 fall registrerade sen 2013. I förhållande till befolkningsunderlag ses även i år ett högt antal fall (n=176 2023) i Region Väst med en numerär i paritet med Stockholm/Gotland. Orsaken till tidigare incidensökning nationellt av tyreoidcancer har diskuterats utan att man kunnat ge en säker förklaring. Ökad diagnostik med ultraljud hals och generellt ökade operationsvolymerna totalt kan vara bidragande orsaker. En mindre osäkerhetsfaktor avseende fördelning av fall mellan regionerna som dock inte påverkar totalincidensen är att registrering sker på mantalsskrivningsort vid tiden för cancerdiagnos och inte på den ort där en behandling/operation sker. Demografiska data verkar dock tämligen väl överensstämma med tidigare data.

I tabell 3 redovisas antalet rapporterade fall per region med diagnosår 2019-2023.

**Tabell 3.** Antal inrapporterade fall med diagnosår 2019-2023 per region.

	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	Total (%)
<b>Region</b>						
Norr	78 (14.6)	71 (13.2)	127 (15.5)	95 (14.0)	78 (12.0)	449 (13.9)
Mellansverige	111 (20.8)	117 (21.8)	144 (17.6)	133 (19.6)	161 (24.7)	666 (20.7)
Sthlm/Gotland	18 (3.4)	22 (4.1)	170 (20.8)	129 (19.0)	104 (16.0)	443 (13.8)
Sydöstra	49 (9.2)	52 (9.7)	67 (8.2)	53 (7.8)	39 (6.0)	260 (8.1)
Väst	160 (30.0)	154 (28.7)	180 (22.0)	169 (24.9)	176 (27.0)	839 (26.1)
Syd	117 (22.0)	121 (22.5)	129 (15.8)	101 (14.9)	94 (14.4)	562 (17.5)
<b>Total</b>	<b>533 ( 100 )</b>	<b>537 ( 100 )</b>	<b>817 ( 100 )</b>	<b>680 ( 100 )</b>	<b>652 ( 100 )</b>	<b>3219 ( 100 )</b>

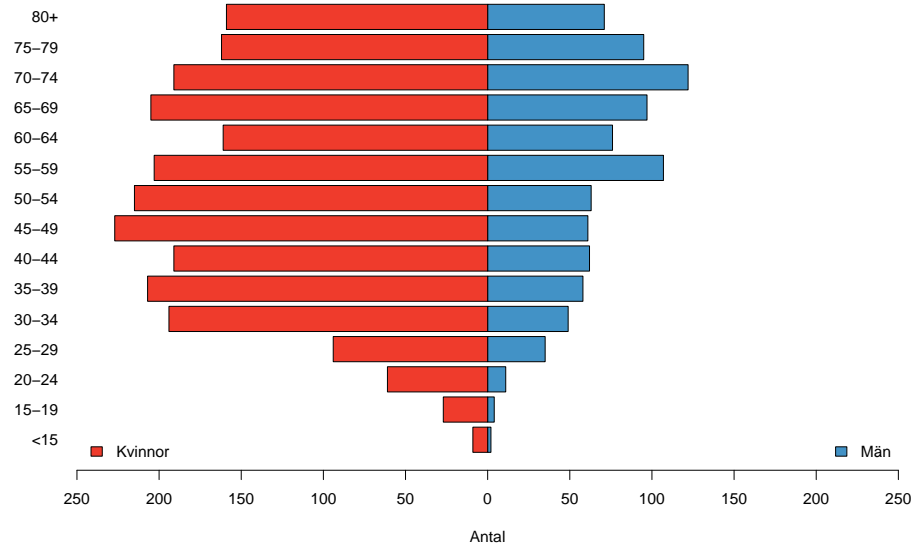


**Figur 2.** Åldersfördelning för patienter med diagnos 2019-2023.

Av de 3219 anmälda fall år 2019-2023 är 913 män (28.4 %) och 2306 kvinnor (71.6 %).

Åldersfördelningen för kvinnor och män ses i figur ??.





Figur 3. Åldersfördelning för kvinnor och män med diagnos 2019-2023.

## 5.3 Diagnosspecifika data

Fördelningen av tumörtyper (tabell 5) avviker inte nämnvärt från förväntad distribution och är oförändrad jämfört med fjolårets rapport med papillär cancer som helt dominerande typ (70 % diagnosår 2023). I januari 2019 omklassificerades tumörtyperna 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-like kärnor (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 (5-19 st), men kan också vara ett uttryck för viss diskrepans i att strikt tillämpa de patologiska kriterierna. Värt att nämna är också att den sanna 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 2019-2023.

	Tumörtyper					Total (%)
	2019 (%)	2020 (%)	2021 (%)	2022 (%)	2023 (%)	
Papillär	395 (75.8)	377 (72.5)	595 (74.3)	498 (75.0)	458 (71.8)	2323 (73.9)
Follikulär - minimalt invasiv	38 ( 7.3)	41 ( 7.9)	67 ( 8.4)	66 ( 9.9)	60 ( 9.4)	272 ( 8.7)
Follikulär - avkapslad angioinvasiv	13 ( 2.5)	9 ( 1.7)	17 ( 2.1)	12 ( 1.8)	13 ( 2.0)	64 ( 2.0)
Onkocytär	14 ( 2.7)	16 ( 3.1)	39 ( 4.9)	18 ( 2.7)	38 ( 6.0)	125 ( 4.0)
Medullär	15 ( 2.9)	16 ( 3.1)	32 ( 4.0)	11 ( 1.7)	15 ( 2.4)	89 ( 2.8)
Lågt differentierad	6 ( 1.2)	10 ( 1.9)	11 ( 1.4)	19 ( 2.9)	5 ( 0.8)	51 ( 1.6)
Anaplastisk	13 ( 2.5)	17 ( 3.3)	21 ( 2.6)	16 ( 2.4)	13 ( 2.0)	80 ( 2.5)
Blandad medullär och follikulär	0 ( 0.0)	1 ( 0.2)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	1 ( 0.0)
Icke-invasiv follikulär tyreoidatumör med "papillary-like" kärnor (NIFTP)	4 ( 0.8)	11 ( 2.1)	6 ( 0.7)	10 ( 1.5)	17 ( 2.7)	48 ( 1.5)
Follikulär tumör av oklar malignitetspotential	9 ( 1.7)	12 ( 2.3)	4 ( 0.5)	5 ( 0.8)	9 ( 1.4)	39 ( 1.2)
Väldifferentierad tyreoidatumör av oklar (uncertain) malignitetspotential	1 ( 0.2)	6 ( 1.2)	2 ( 0.2)	0 ( 0.0)	1 ( 0.2)	10 ( 0.3)
Hyaliniserad trabekulär tumör	0 ( 0.0)	2 ( 0.4)	1 ( 0.1)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	3 ( 0.1)
Annan	13 ( 2.5)	2 ( 0.4)	6 ( 0.7)	9 ( 1.4)	8 ( 1.3)	38 ( 1.2)
Saknas	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	1 ( 0.2)	1 ( 0.0)
<b>Total</b>	<b>521 ( 100 )</b>	<b>520 ( 100 )</b>	<b>801 ( 100 )</b>	<b>664 ( 100 )</b>	<b>638 ( 100 )</b>	<b>3144 ( 100 )</b>

När det gäller T-stadium (tabell 5) ses gruppen T1a (<1 cm) utgöra 32 %. Hela incidensökningen består inte enbart av de minsta tumörerna, vilket då till exempel skulle kunna spegla det mer frekventa användandet av ultraljud i primärdiagnostiken där fler små tumörer kan upptäckas. Större tumörer (T1b-T4b) synes alltså vara ökat jämfört gamla data och utgör tillsammans 63 % av cancererna i PAD. Orsaken till detta är oklar men ökade operationsvolymerna totalt skulle kunna bidra även till att större tumörer (>1 cm) ökar i incidens även om en reell ökning inte kan uteslutas.

**Tabell 5.** T-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
Saknas	0 ( 0.0)	0 ( 0.0)	30 (96.8)	30 ( 4.6)
T0	0 ( 0.0)	2 ( 0.3)	0 ( 0.0)	2 ( 0.3)
T1a	2 (15.4)	205 (33.7)	1 ( 3.2)	208 (31.9)
T1b	1 ( 7.7)	116 (19.1)	0 ( 0.0)	117 (17.9)
T2	2 (15.4)	144 (23.7)	0 ( 0.0)	146 (22.4)
T3a	2 (15.4)	102 (16.8)	0 ( 0.0)	104 (16.0)
T3b	0 ( 0.0)	24 ( 3.9)	0 ( 0.0)	24 ( 3.7)
T4a	2 (15.4)	11 ( 1.8)	0 ( 0.0)	13 ( 2.0)
T4b	2 (15.4)	2 ( 0.3)	0 ( 0.0)	4 ( 0.6)
TX	2 (15.4)	2 ( 0.3)	0 ( 0.0)	4 ( 0.6)
Total	13 ( 100 )	608 ( 100 )	31 ( 100 )	652 ( 100 )

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

Tabell 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 i denna årsrapport men i augusti 2022 togs möjligheten bort att rapportera Nx varför den inte kommer att redovisas framöver. M-stadium är ifyllt med något av alternativen M0, M1.

Översyn av variabelista och uppdatering av manual till inrapportörerna kommer att ske fortlöpande vid revision av registret. Ny TNM och WHO klassifikation används både i registret och nationella vårdprogrammet från 1/1 2019. Klinisk N0-gradering är förväntad att öka då det i enlighet med intentionen i det reviderade vårdprogrammet är grunden för bedömning av eventuell central lymfkörtelutrymning vid tyreoideacancer  $\leq 4$  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 2023.

	Finns fullständig TNM?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	74 (94.9)	4 ( 5.1)	78 ( 100 )
Mellansverige	156 (96.9)	5 ( 3.1)	161 ( 100 )
Sthlm/Gotland	103 (99.0)	1 ( 1.0)	104 ( 100 )
Sydöstra	37 (94.9)	2 ( 5.1)	39 ( 100 )
Väst	161 (91.5)	15 ( 8.5)	176 ( 100 )
Syd	88 (93.6)	6 ( 6.4)	94 ( 100 )
Total	619 (94.9)	33 ( 5.1)	652 ( 100 )

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

Patologen rapporterar "Nx" om det inte finns tillräckligt med lymfkörtlar att undersöka vilket är adekvat, men det blir då klinikern som måste avgöra huruvida det finns lymfkörtelmetastaser eller inte. Som framgår ovan finns sedan augusti 2022 inte längre möjlighet att rapportera Nx. Någon skillnad mellan grund för Nx (exempelvis ej alls gjord central körtelutrymning visavi mikroskopisk undersökning av fem friska körtlar) har inte gjorts. Införandet av TNM 8 har således ändrat denna klassificering.

**Tabell 7.** N-stadium och grund för bedömning för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Grund för bedömning			Total (%)
	Klinisk (%)	Patologisk (%)	Saknas (%)	
N0	350 (97.5)	143 (54.6)	1 ( 3.2)	494 (75.8)
N1a	4 ( 1.1)	64 (24.4)	0 ( 0.0)	68 (10.4)
N1b	5 ( 1.4)	54 (20.6)	0 ( 0.0)	59 ( 9.0)
Saknas	0 ( 0.0)	1 ( 0.4)	30 (96.8)	31 ( 4.8)
Total	359 ( 100 )	262 ( 100 )	31 ( 100 )	652 ( 100 )

**Tabell 8.** M-stadium för patienter som fått diagnos 2023 (TNM-klassifikation enligt UICC upplaga 8).

	Antal	(%)
M0	597	( 91.6)
M1	23	( 3.5)
Saknas	32	( 4.9)
Total	652	(100.0)

Avseende preoperativt fastställd malignitet skiljer det mellan inrapporterade regioner där

Stockholm/Gotland (85 %) fortsatt har en hög kvalitet. I de övriga regionerna är motsvarande siffror 58 % för Mellansverige, 77 % för Norr, 64 % för Sydöst, 72 % för Väst och 74 % för region Syd. En skillnad både i granskning och i provtagningsrutin kan ligga bakom detta och har diskuterats flitigt vid bland annat årsmöte men utan att det egentligen framkommit konkreta förslag på hur vi ska förbättra kvaliteten för cytologi. Vissa regioner har dock noterat tydliga förbättringar vad gäller preoperativ cytologi. En möjlig förklaring kan vara en övergång till ultraljudsledd selektiv cytologi, dvs cytologin riktas med hjälp av ultraljud mot signifikanta ultraljudsmäsigt suspekta lesioner. Region Syd och Sydöst har båda låga täckningsgrader, varför siffrorna för dessa regioner bör tolkas med försiktighet.

Liksom för tidigare årsrapporter har vi valt bort pT1a och follikulär sköldkörtelcancer (oaktat T-stadium eftersom follikulär sköldkörtelcancer cytologiskt inte klassificeras högre än Bethesda IV) i subanalys av differentierad cancer avseende preoperativ diagnostik. I tabell 10 framgår att cirka 9 % 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 tyreoidcancer >T1a. En ytterligare faktor att studera kan vara huruvida det genomgående skiljer mellan cytologutlåtandena regionerna emellan i fråga om skillnad i frekvens mellan Bethesda IV och V/VI då det i registret krävs det senare för att klassas som preoperativt fastställd malignitet och behov av att likrikta den cytologiska diagnostiken bättre nationellt.

Enligt tabell 5 har patologisk T-stadium  $\geq T1b$  registrerats för 399 fall med diagnos 2023. 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  $\geq T1b$ . Patienter som fått diagnos 2023. Uppdelat efter region.

	Preop fastställd malignitet?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	24 (77.4)	7 (22.6)	31 ( 100 )
Mellansverige	30 (57.7)	22 (42.3)	52 ( 100 )
Sthlm/Gotland	55 (84.6)	10 (15.4)	65 ( 100 )
Sydöstra	9 (64.3)	5 (35.7)	14 ( 100 )
Väst	48 (71.6)	19 (28.4)	67 ( 100 )
Syd	25 (73.5)	9 (26.5)	34 ( 100 )
Total	191 (72.6)	72 (27.4)	263 ( 100 )

För de 263 fall av papillär eller medullär tyreoidcancer med patologisk T-stadium  $\geq T1b$  under diagnosår 2023 har Bethesda-kategori rapporterats för 216, rapporterats saknad för 16 fall (6 %), 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 Bethesda-kategori inte rapporterats. Under hösten 2024 kommer vi att lägga till möjligheten att ange om cytologi ej genomförts.

**Tabell 10.** Förekommande Bethesda-klassifikationer hos patienter med papillär eller medullär cancer och patologisk T-stadium  $\geq T1b$  som fått diagnos 2023.

	Antal	(%)
I. Ej diagnostiskt eller otillfredställande utbyte	10	( 4.3)
II. Benigt utbyte	8	( 3.4)
III. Atypi av oklar signifikans eller oklar follikulär förändring	20	( 8.6)
V. Misstanke om malignitet	69	( 29.7)
VI. Malignt	109	( 47.0)
Uppgift saknas	16	( 6.9)
<b>Total</b>	<b>232</b>	<b>(100.0)</b>

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 2023.

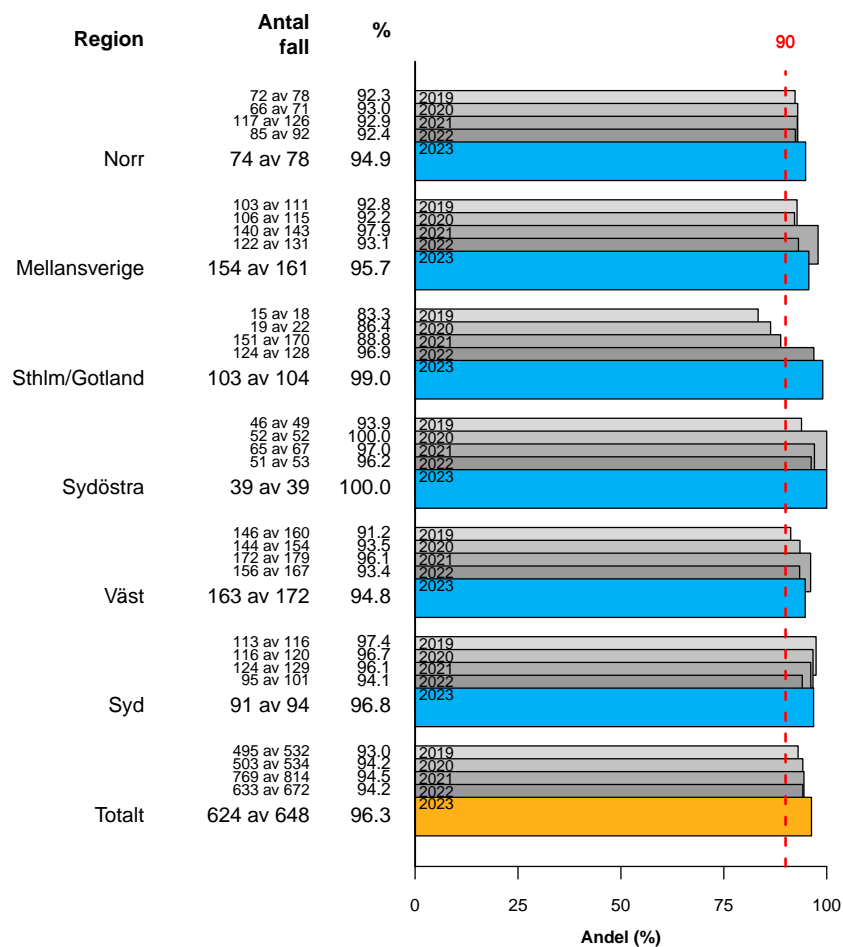
	Har fallet diskuterats vid MDK?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	46 ( 97.9)	1 ( 2.1)	47 ( 100 )
Mellansverige	92 ( 96.8)	3 ( 3.2)	95 ( 100 )
Sthlm/Gotland	84 (100.0)	0 ( 0.0)	84 ( 100 )
Sydöstra	18 ( 85.7)	3 ( 14.3)	21 ( 100 )
Väst	93 ( 92.1)	8 ( 7.9)	101 ( 100 )
Syd	50 (100.0)	0 ( 0.0)	50 ( 100 )
<b>Total</b>	<b>383 ( 96.2)</b>	<b>15 ( 3.8)</b>	<b>398 ( 100 )</b>

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 648 fall och ses i tabell 12 och figur 4.

**Tabell 12.** Antal och andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter som fått diagnos 2023. Informationen saknas för 4 fall.

	Följt behandlingsrekommendation?		Total
	Ja (%)	Nej (%)	
Norr	74 ( 94.9)	4 ( 5.1)	78 ( 100 )
Mellansverige	154 ( 95.7)	7 ( 4.3)	161 ( 100 )
Sthlm/Gotland	103 ( 99.0)	1 ( 1.0)	104 ( 100 )
Sydöstra	39 (100.0)	0 ( 0.0)	39 ( 100 )
Väst	163 ( 94.8)	9 ( 5.2)	172 ( 100 )
Syd	91 ( 96.8)	3 ( 3.2)	94 ( 100 )
Total	624 ( 96.3)	24 ( 3.7)	648 ( 100 )

**Figur 4.** Andel som följt behandlingsrekommendation per region. Patienter med diagnos 2019-2023.

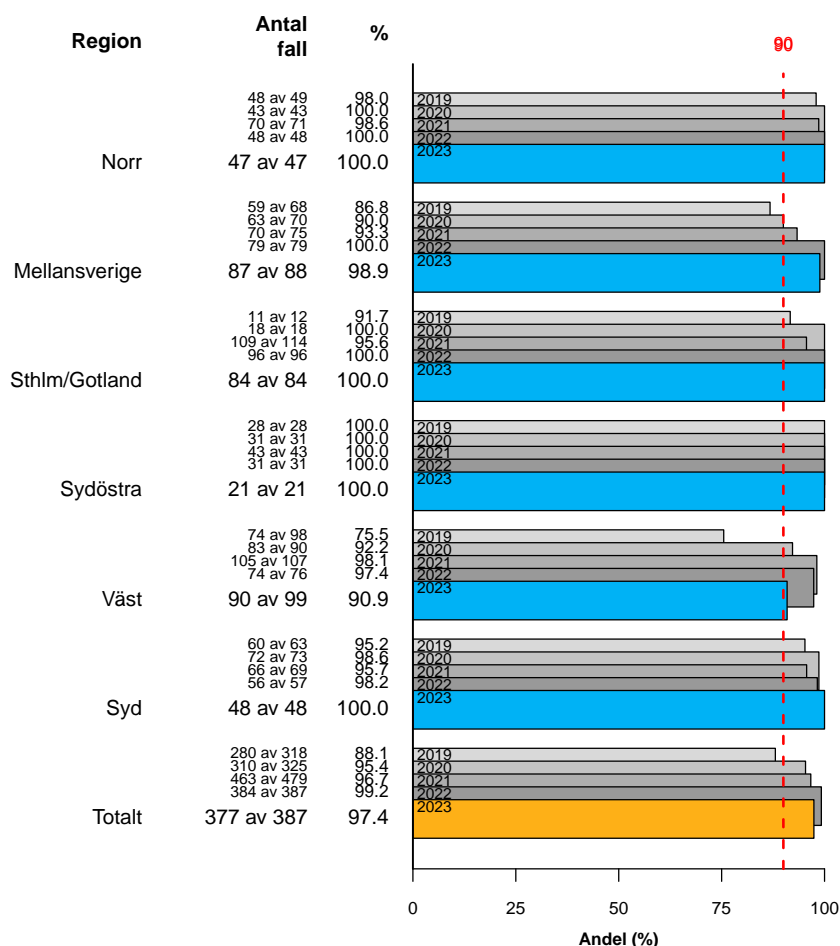


## 5.4 Kvalitetsindikatorer

### 5.4.1 Namngiven kontaktsjuksköterska

Information om tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska finns ifyllt för 387 patienter som fått diagnos 2023 och som hade patologisk T-stadium  $\geq$  T1b. Alternativet 'Uppgift saknas' har angetts för 11 av dessa (figur 5). Här har det tidigare förelegat vissa tolkningsskillnader vid registrering men har diskuterats flitigt vilket i kombination med allt fler utbildade kontaktsjuksköterskor bidragit till förbättrade siffror. Många enheter har kontaktsjuksköterska som funktion snarare än en enskild namngiven kontaktsjuksköterska. Många enheter kommer aldrig att kunna erbjuda den kontinuitet som krävs om man ska ha namngiven kontaktsjuksköterska utan erbjuder i stället god tillgänglighet för patienterna till mottagning. Målnivån 90 % på namngiven kontaktsköterska nås av nästan alla regioner vilket inte har varit fallet tidigare. Tidigare skillnader i tillgång på kontaktsköterska illustrerar vikten av att detta kopplas till en funktion och inte till en person trots de bästa intentioner från RCC, SKR och patientgruppsönskemålen.

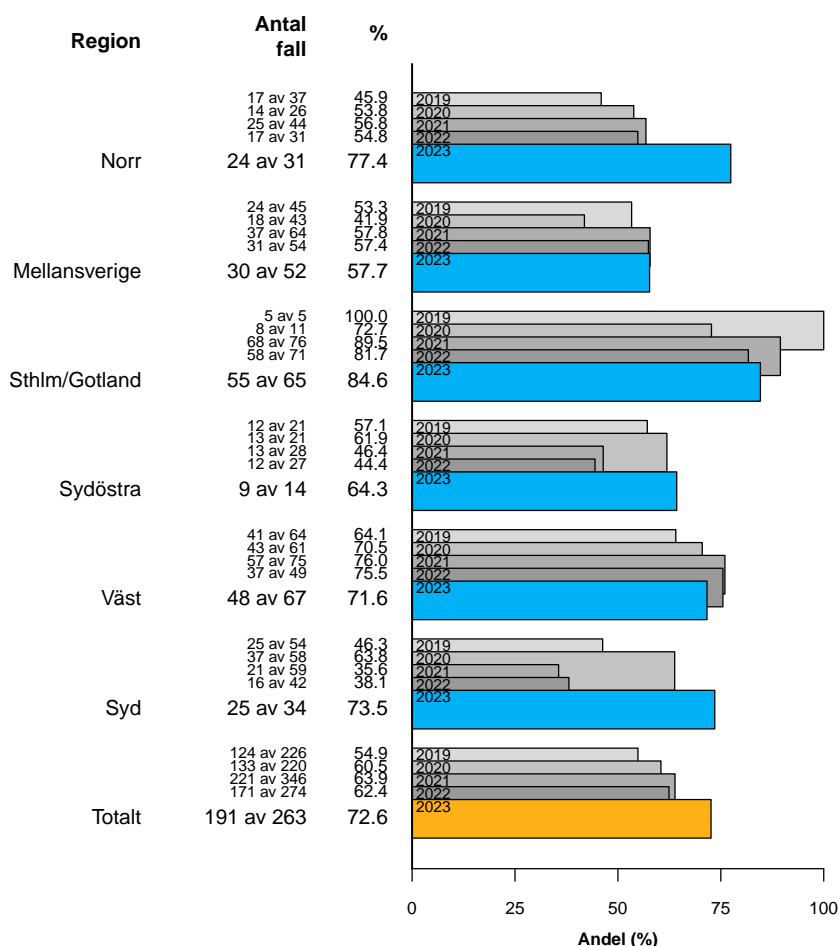
**Figur 5.** Andel patienter som har tillgång till namngiven kontaktsjuksköterska enligt anmälningsformuläret. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium  $\geq$  T1b.



### 5.4.2 Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ cytologisk diagnos

Preoperativt fastställd malignitet vid icke follikulär cancer  $\geq T1b$  har redovisats tidigare men från och med förra årsrapporten har vi valt att lyfta fram det som kvalitetsindikator. Syftet är 1) rent allmänt en strävan att gå över till resultatindikatorer hellre än processindikatorer, 2) mer specifikt för just denna indikator är att det finns stora variationer i landet avseende cytologisk kvalitet. Med denna kvalitetsindikator hoppas vi lyfta fokus ytterligare för frågan. Region Stockholm/Gotland har sedan registret startade haft landets bästa resultat för preoperativ cytologi. För diagnosår 2023 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. 60-80 % preoperativt fastställd malignitet och man uppvisar ganska stor variation mellan diagnosåren, vilket visas i figur 6. Region Syd och Sydöstra ligger runt 65-75 % men har få fall inrapporterade varför man inte kan dra några slutsatser.

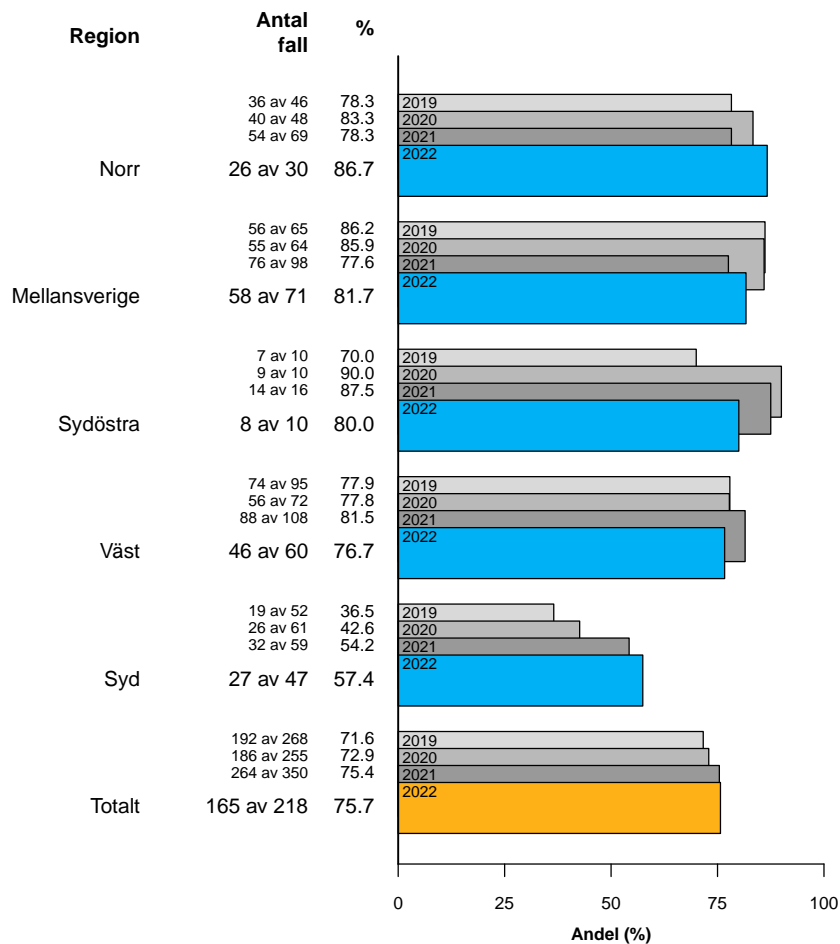
**Figur 6.** Andel icke follikulär tyreoidcancer som har preoperativ fastställd malignitet. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium  $\geq T1b$ .



### 5.4.3 Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader

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

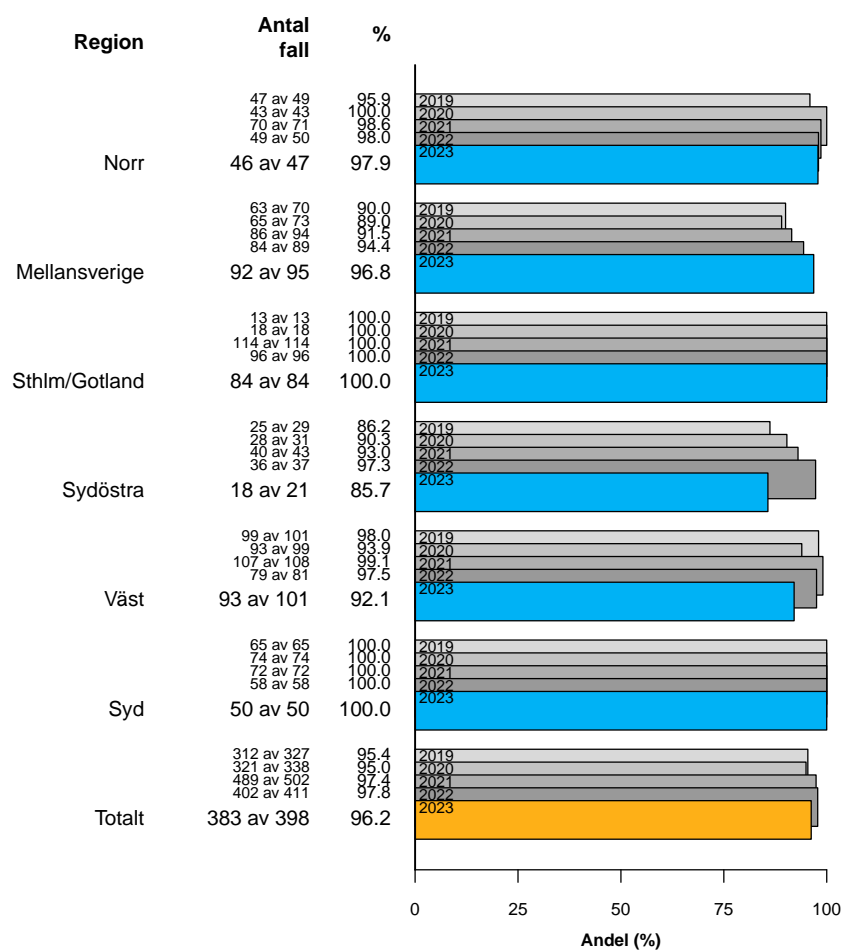
**Figur 7.** Andel med utmärkt behandlingssvar efter 9-12 månader. Patienter med diagnos 2018-2021, patologisk T-stadium  $\geq T1b$  och inrapporterat formulär 2 (Status 9-12 månader efter primärbehandling).



### 5.4.4 Andel patienter diskuterade på MDK

Andelen patienter diskuterade på MDK har redovisats tidigare men 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.

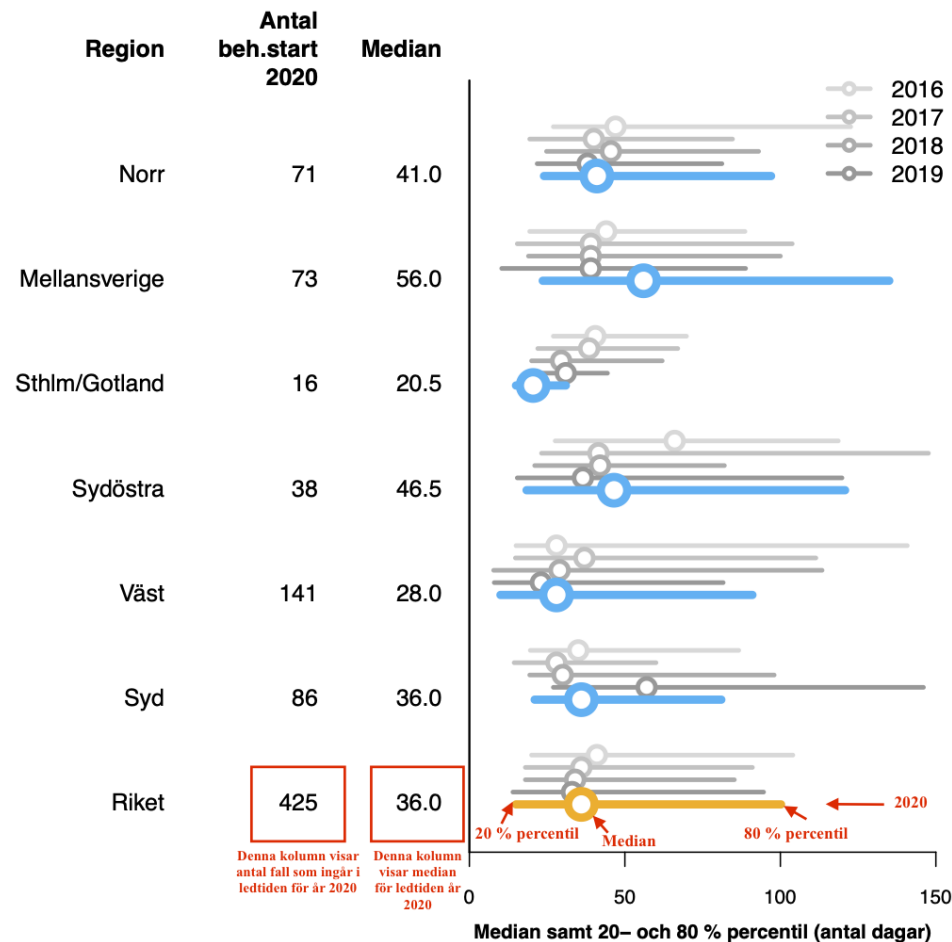
**Figur 8.** Andel patienter diskuterade på MDK. Patienter med diagnos 2019-2023 och patologisk T-stadium  $\geq T1b$ .



## 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 2023 medan linjen som är orange avser ledtiden för riket år 2023.

Figur 9. Förklarande bild av ledtidsdiagram.

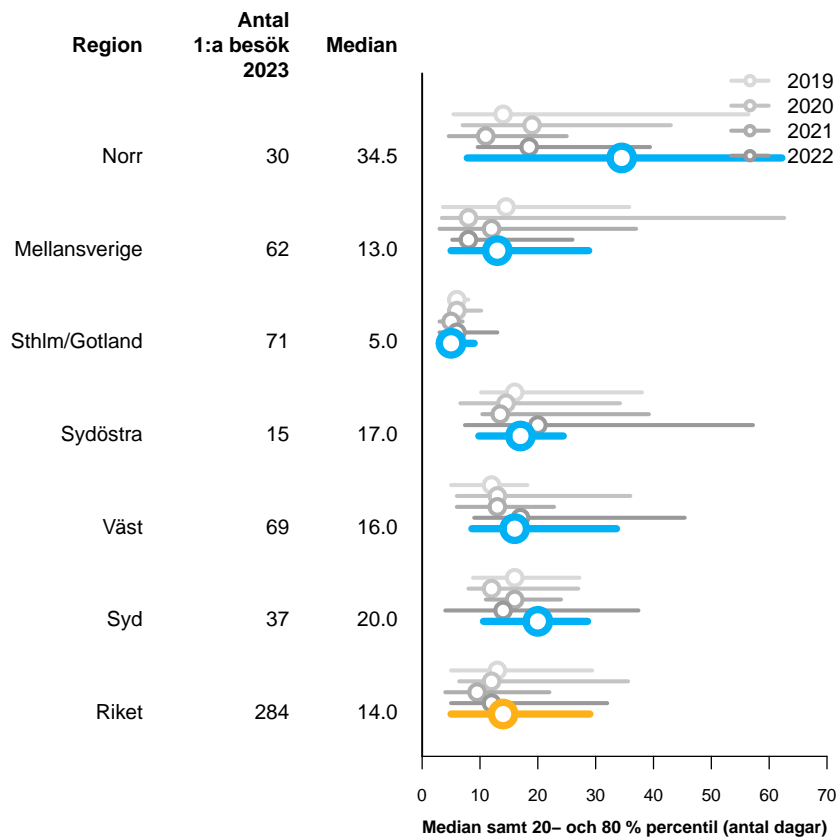


### 5.5.1 Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist

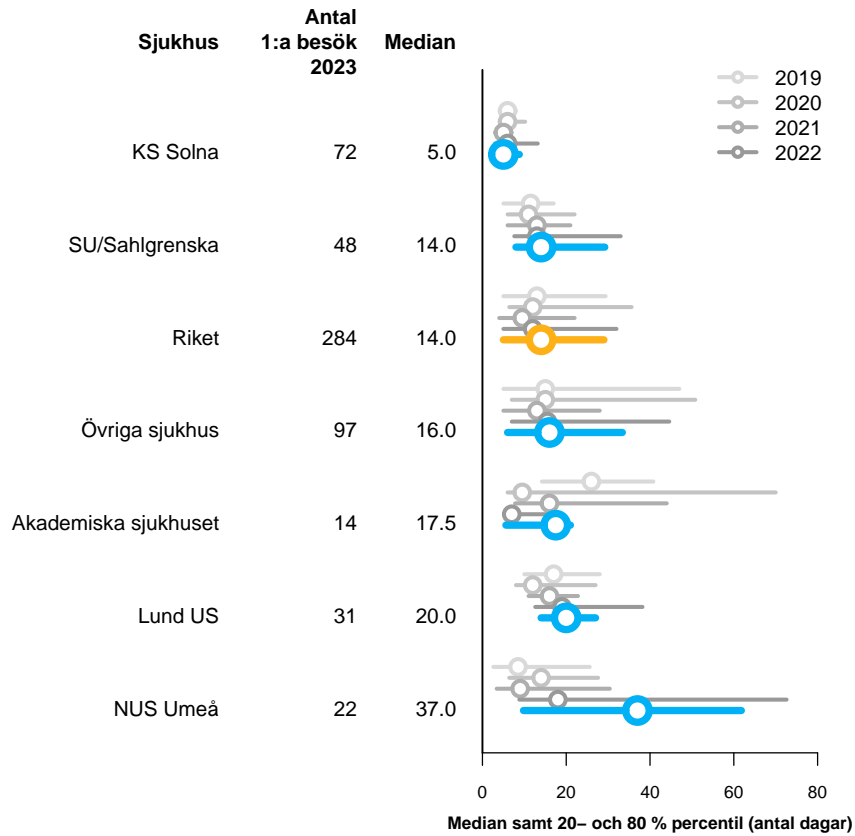
Tider från remiss till första besök visar viss variation men tämligen samlat och inom vårdprogrammets rekommendationer i de flesta fall. Rutiner för remittering skiljer sig åt mellan regionerna genom att ansvaret för den basala preoperativa knölutredningen med ultraljud hals och cytologi i vissa regioner 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 tyreoidkirurgi. 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 benign 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.

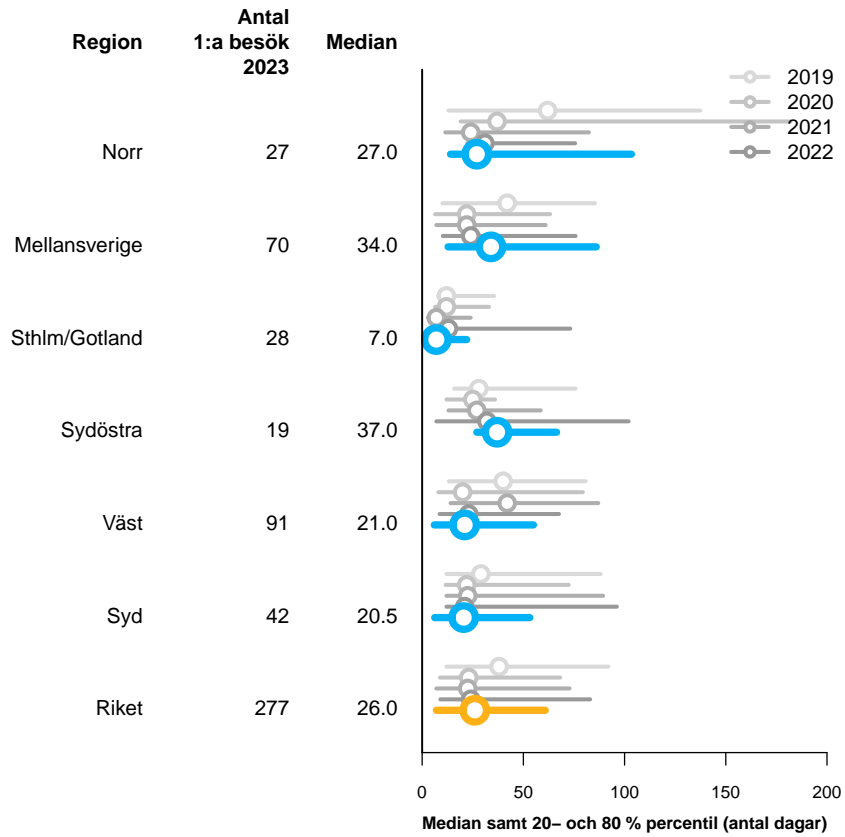
**Figur 10.** Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet fastställdes preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023.



**Figur 11.** Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

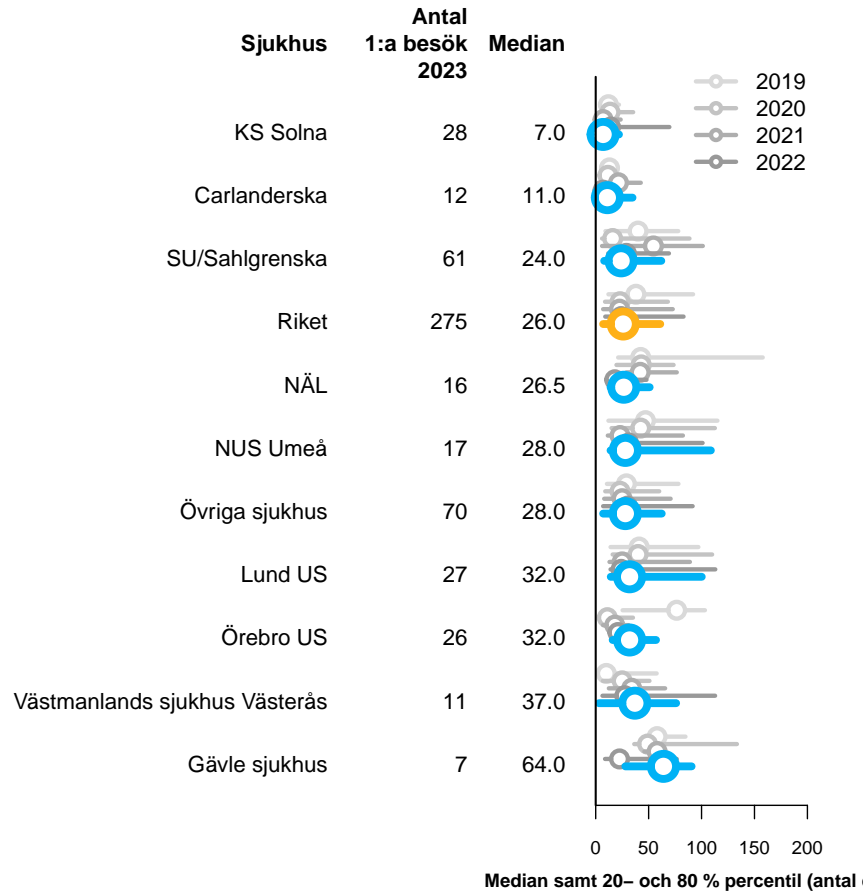


**Figur 12.** Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023.

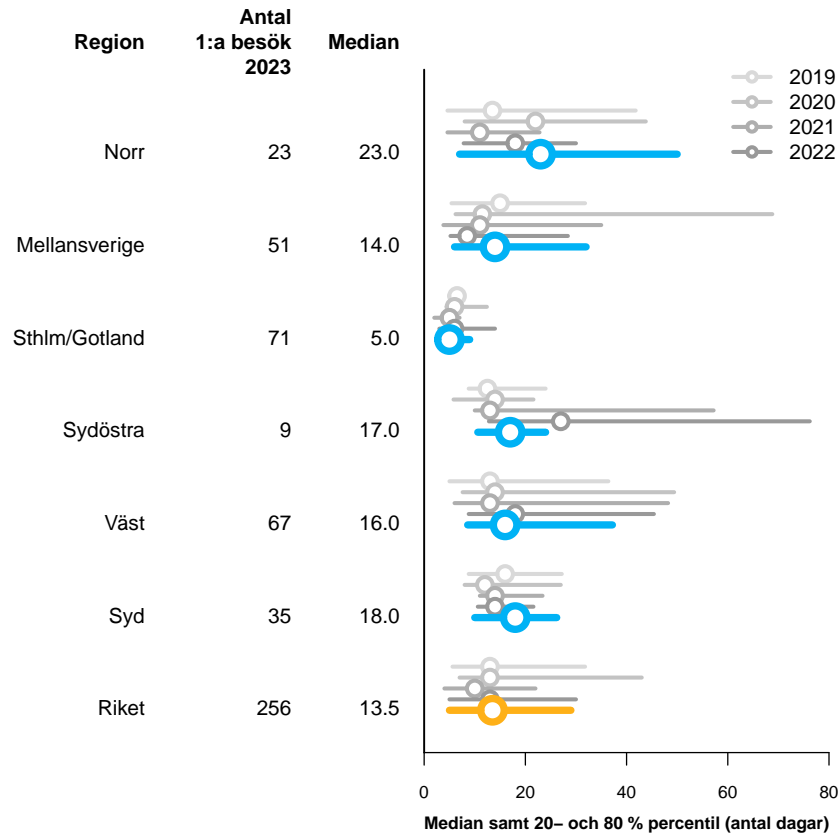




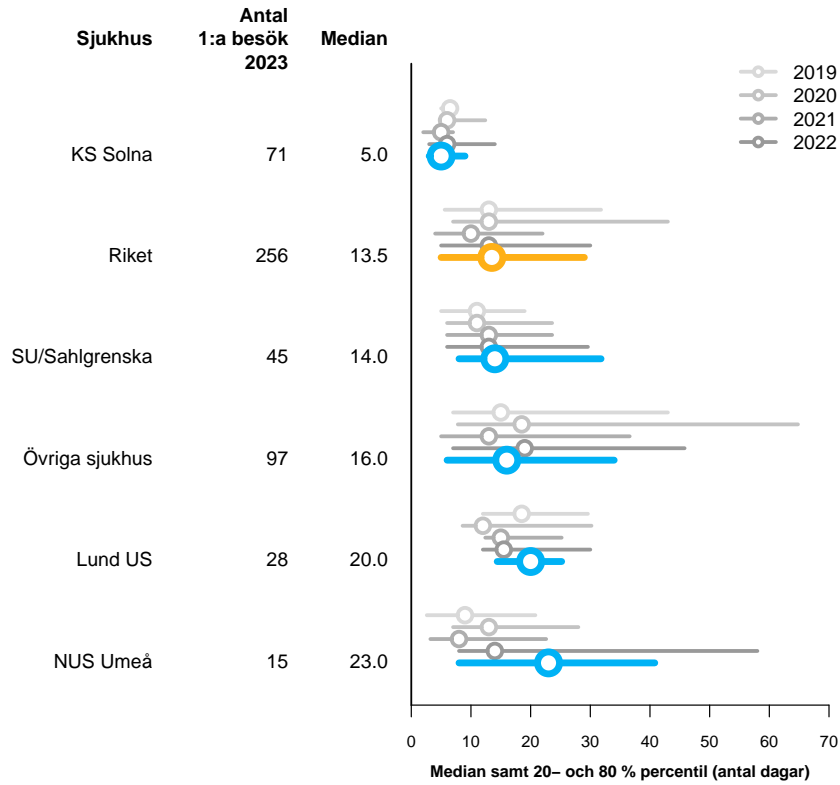
**Figur 13.** Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



**Figur 14.** Tid från remissankomst till första besök hos behandlande specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2019-2023.



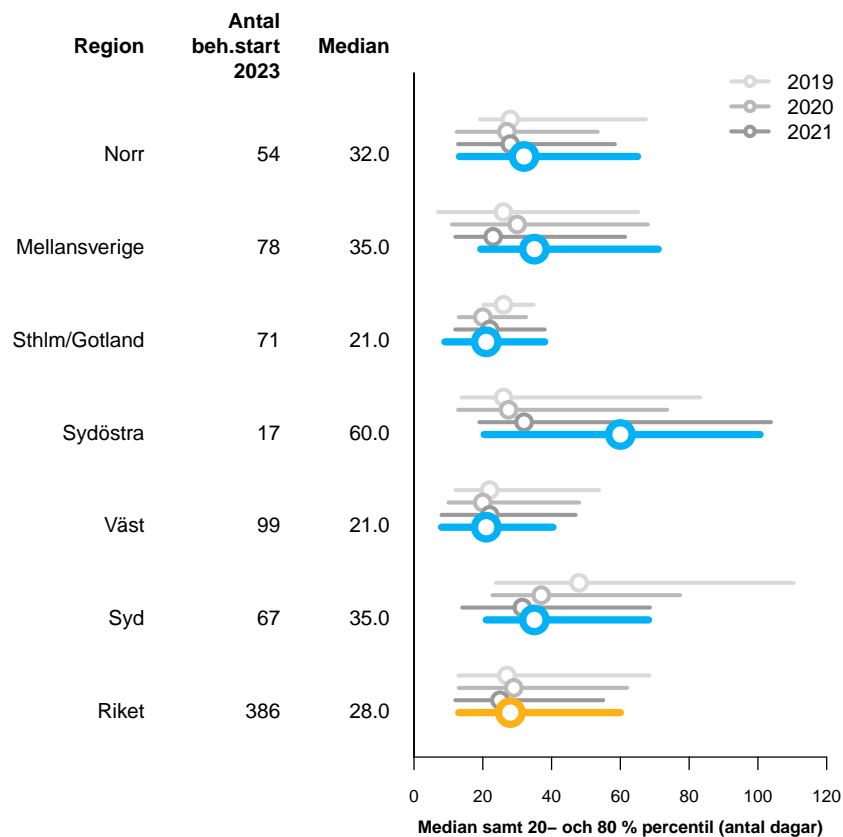
**Figur 15.** Tid från remissankomst till första besök hos specialist för patienter med Bethesda klassifikation IV-VI och som haft första besök hos specialist 2019-2023. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall av denna typ per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



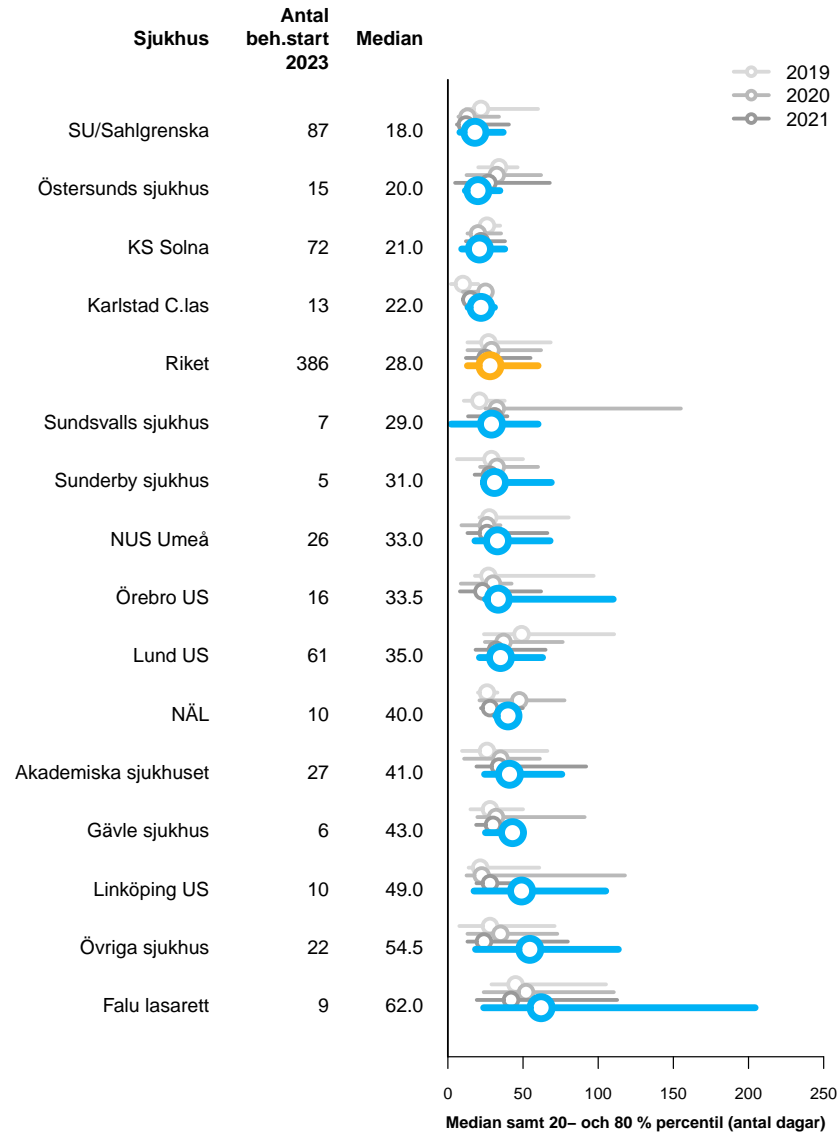
### 5.5.2 Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart

I de fallen malignitet var känt preoperativt kan vi notera att ledtiderna från behandlingsbeslut till start av behandling håller sig inom stipulerad målnivå för Vårdprogram och SVF (31 dagar från välgrundad misstanke till behandlingsstart) för samtliga regioner år 2023, bortsett från Region Syd 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.

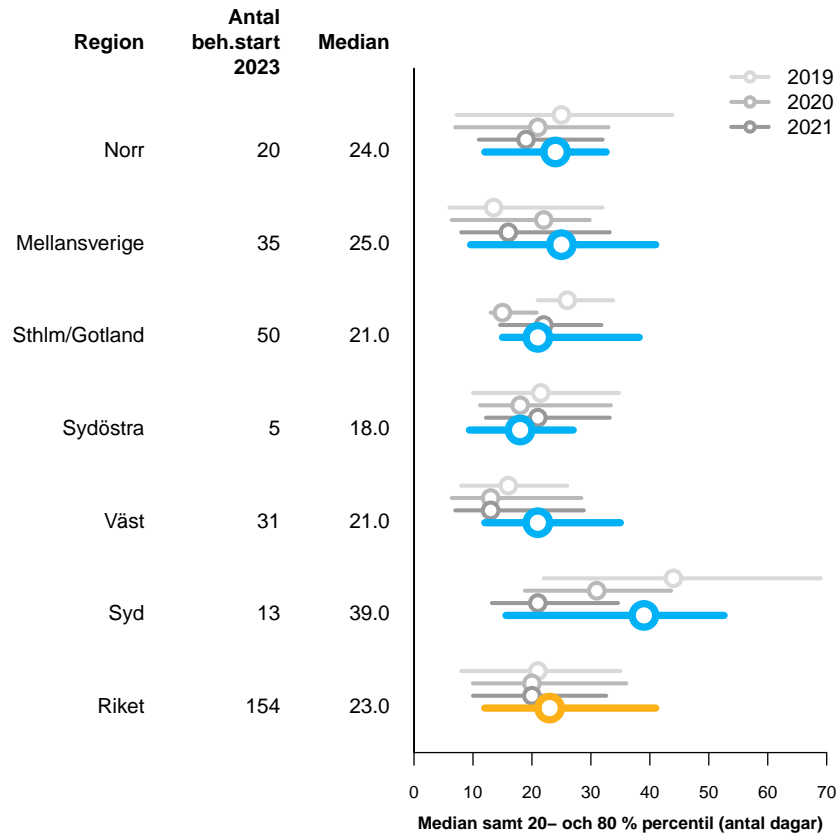
**Figur 16.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region.



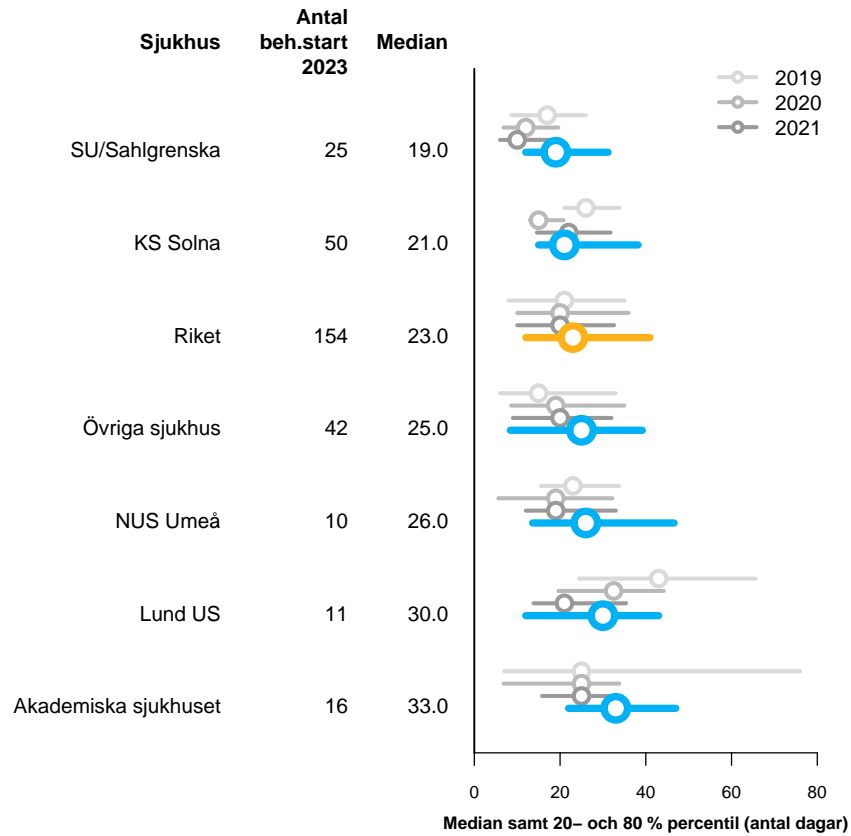
**Figur 17.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.



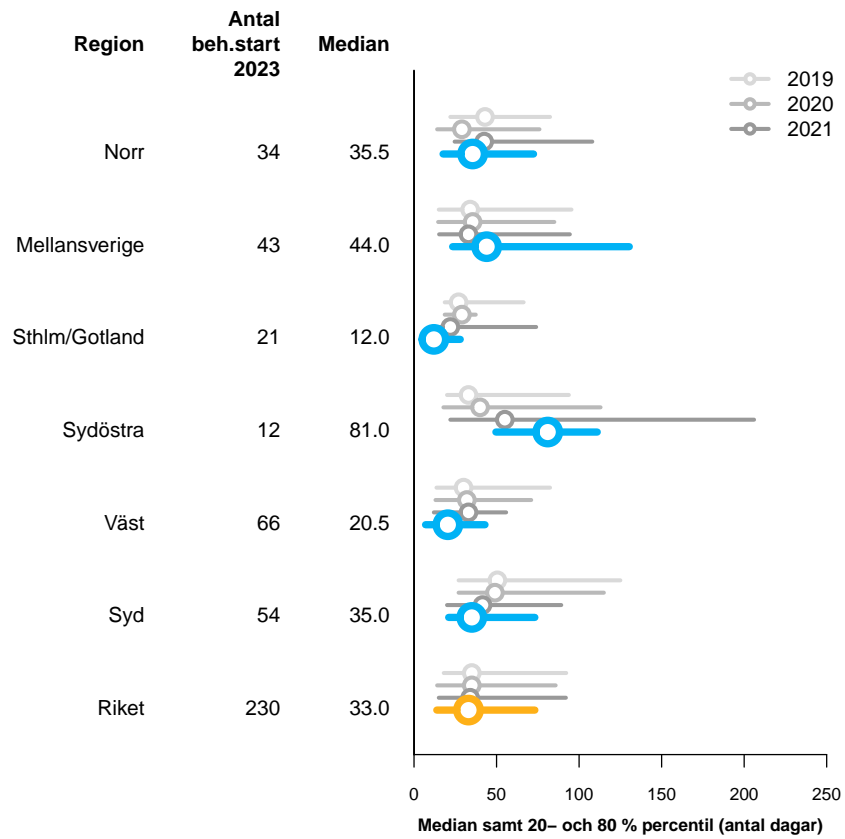
**Figur 18.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region.



**Figur 19.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapporterende sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

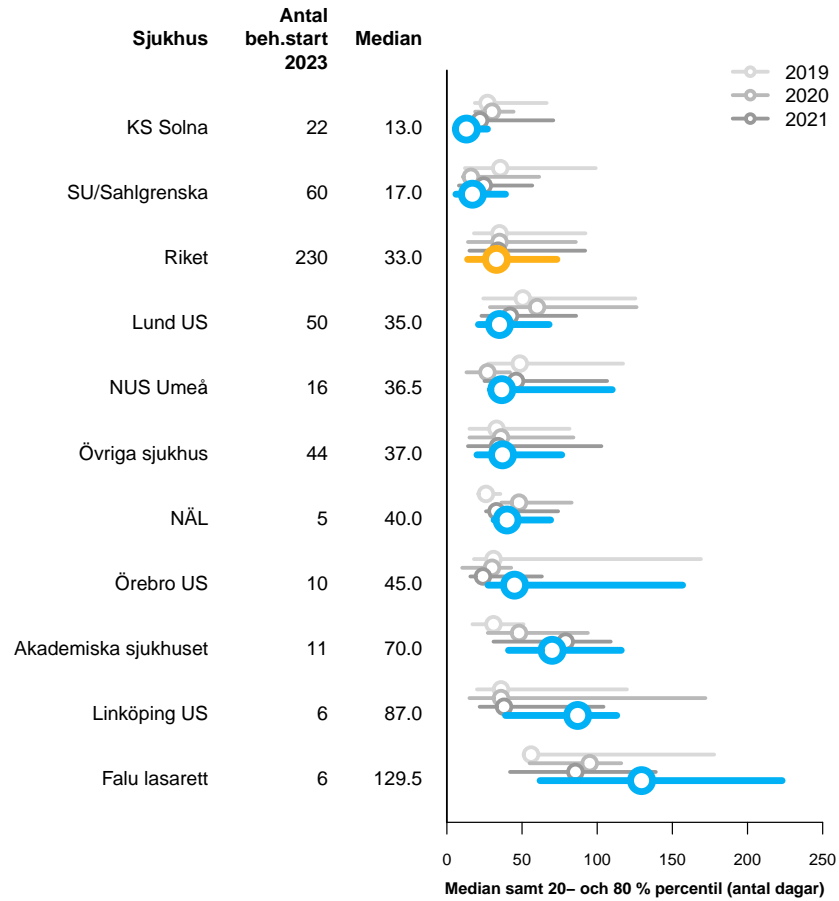


**Figur 20.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter region.





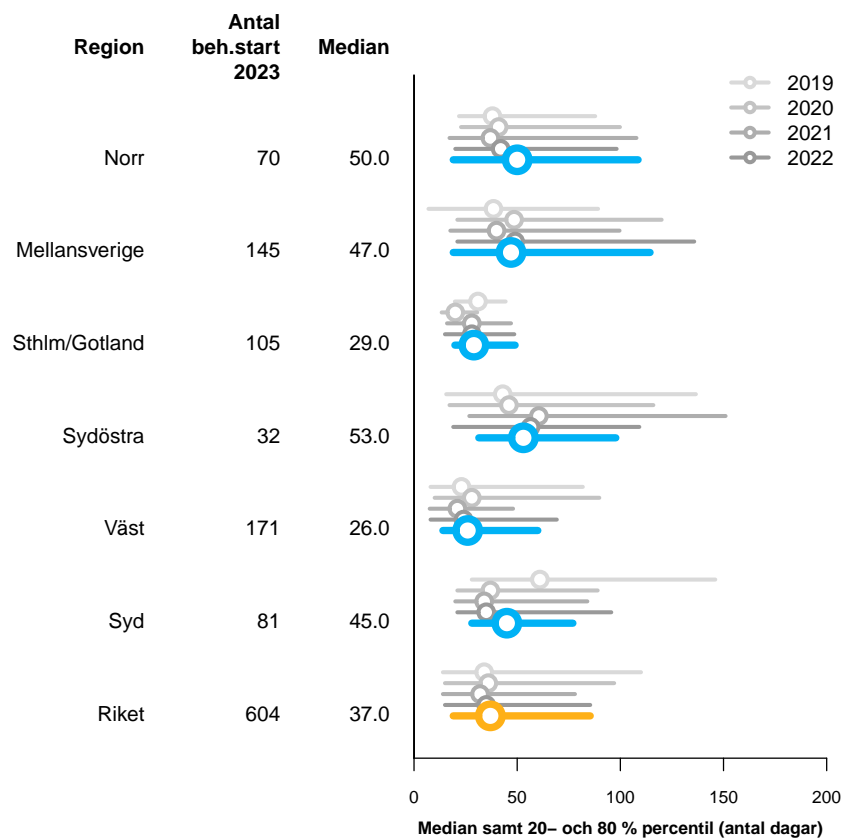
**Figur 21.** Tid från behandlingsbeslut till behandlingsstart för patienter där malignitet ej fastställts preoperativt och som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapporterade sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2019-2023 redovisas samlat 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 2019-2023. Uppdelat efter region.



**Figur 23.** Tid från första besök hos behandlande specialist till behandlingsstart för patienter som påbörjat behandling 2019-2023. Uppdelat efter rapporterande sjukhus. Observera att sjukhus där ledtiden finns rapporterat för färre än 5 fall per år 2019-2023 redovisas samlat som 'Övriga sjukhus'.

