

Konsekvensbeskrivning för Nationellt vårdprogram för hypertyreos

NPO endokrina sjukdomar

Datum	Version/beskrivning av förändring
2022-10-25	<i>Version 1</i>

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	5
2. Konsekvenser	5
2.1 Omfattning	5
2.2 Nyttan eller risker för individen	6
2.3 Etiska aspekter	7
2.4 Verksamhet och organisation	8
2.5 Kostnader	9
2.6 Kompetensförsörjning.....	11
2.7 Påverkan på andra kunskapsstödet.....	12
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården	12
2.9 Uppföljning.....	14
2.10 Övriga konsekvenser	14
Referenser	15

Sammanfattning

Sammanfatta de viktigaste konsekvenserna och förändringsbehov som följer av att nuvarande vårdpraxis anpassas till kunskapsstöd XXX enligt redovisad struktur Avgränsningar

Det nationella vårdprogrammet hypertyreos omfattar all form av hypertyreos från nyföddhetsperiod, i barndomen, i vuxen ålder, under graviditet och amning samt i äldre åldrar. Det omfattar folksjukdomar som Graves sjukdom, toxisk multinodös knölstruma och toxiskt adenom men också mer ovanliga former. Särskilt fokus läggs även på komplikationer till Graves sjukdom, omvårdnadsperspektiv, patientperspektiv och långtidskonsekvenser med rehabiliteringsbehov. I vårdprogrammet finns även avsnitt om läkemedelsinducerad hypertyreos och toxisk kris.

Områden som inte täcks av detta vårdprogram är tyreoiditer och tyreotoxicosis factitia (överbehandling med sköldkörtelhormon), tillstånd som utgör differentialdiagnoser, men som inte innebär en överproduktion av tyreoidhormoner.

Vårdprogrammet avser att harmoniera vården gällande handläggning och behandling med tyreostatika, kirurgi och radioaktivt jod inkluderande strålskyddsaspekter, samt ger en rekommendation om lägsta vårdnivå för de olika delarna. Vårdprogrammet inför även viktiga och nya aspekter för patientgruppen som syftar till att förbättra långtidsutfallet för patienten.

Sjuksköterskans roll i omhändertagandet beskrivs genom patientens vårdflöde i form av stödjande kontaktsjuksköterska, kring mående, viktförändringar, livsstilsfaktorer och vårdplan. Detta innebär ett behov av fördjupad fortbildning för sjuksköterskan i denna roll och inom tyreoidesjukdomar.

För diagnostik och val av behandling rekommenderas precisionsmedicin för att kartlägga den individuella risken för recidiv så att patienten guidas till ett så välgrundat behandlingsval som möjligt. Detta grundas på ett hälsoekonomiskt övervägande, samt på en värdering kring risken för recidiv med upprepade episoder av hypertyreos.

Vårdprogrammet synliggör behovet av omhändertagande av kvarvarande symptom, med en rehabiliteringsprocess som sträcker sig längre än medicinska aspekter, samt lyfter fram behovet hos patienterna med endokrin oftalmopati att få praktisk hjälp med sitt påverkan på synen.

Målet med vårdprogrammet är att på sikt uppnå så goda slutresultat som möjligt avseende överlevnad, sjuklighet, psykiskt mående, social funktion, livskvalitet och bra patientupplevelse genom hela vårdflödet. Som hjälp att följa förloppet rekommenderas strukturerade livskvalitetsuppföljningar och för ett införande av vårdprogrammets rekommendationer finns som stöd en prioriteringslista för insatser och åtgärder framtiden. Vårdprogrammet beskriver identifierade brister och förbättringsbehov jämfört med nuläget men också de forskningsgap som behöver fyllas. Resultatet förväntas speglas i de kvalitetsindikatorer samt nya ICD-10-SE- och KVÅ-koder som rekommenderas.

Ur patienterna perspektiv lyfts upplevelser av vårdens begränsningar och ett behov att som patient bli synliggjord och få hjälp med sina symptom. Patientgruppen upplever även en avsaknad av vårdens insatser och åtgärder som andra stora sjukdomsgrupper tar för givet, exempelvis specialistsjuksköterskor, individualiserad vård och en fast vårdkontakt. Personer med sköldkörtelsjukdom beskriver ett stort behov av information och av ett tryggt omhändertagande. Förslag till patientinformationer för olika tillfällen i vårdflödet har tagits fram och som kan vara möjliga att göra tillgängliga via regionala 1177.se. För att underlätta implementeringen har också intyg och bedömningsinstrument som frågeformulär och skalor lagts som bilagor.

Slutligen har den nationella arbetsgruppen gjort en hälsoekonomisk värdering av vårdprogrammets insatser, som återfinns i ett eget kapitel.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen har utformats av Helena Filipsson Nyström, ordförande i Nationell arbetsgrupp (NAG) hypertyreos samt Helen Abrahamsson, processledare, i samarbete med ledamöterna i NAG hypertyreos.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Incidensen för hypertyreos är 27,6 per 100 000 invånare och år i Sverige [1]. Graves sjukdom är den vanligaste formen med en incidens av 21 per 100 000 invånare och år [1] och utgör cirka 75 % av all hypertyreos.

Toxisk knölstruma, där både multinodös knölstruma och toxiskt adenom ingår, motsvarar en incidens på 6,5 per 100 000 invånare och år [1]. Dessa data är från 2003–2005 och det finns numera indikationer om att patientgruppen kan ha ökat. Några nya incidensstudier finns inte – men en studie åren 2003–2005 visade högre incidens än vad som tidigare rapporterats [2].

Prevalenssiffror saknas för Graves sjukdom, men det är en recidiverande sjukdom som i sig leder till definitiv behandling på sikt hos 64,3 % av fallen. Bara 35,7 % av patienterna kan leva sitt liv utan livslång tyroxinsubstitution [3]. Graves sjukdom är att betrakta som en kronisk sjukdom där man kan ha tur och gå i remission, men många drabbade lever under lång tid med konsekvenser av sjukdomen.

En approximation utgående från dessa incidenssiffror innebär att 3 000 individer insjuknar per år i Sverige. Majoriteten behandlas med tyreostatika för Graves sjukdom och efter utsatt behandling efter 12–18 månader återinsjuknar cirka 50 % av fallen, det vill säga varje år antas 1 500 recidiv tillkomma. På sikt kommer >25 % av patienterna att tyreoidektomeras, och runt 40 % genomgå

behandling med radioaktiv jod [3]. Trenden är minskad behandling med radioaktiv jod och ökning av behandling med tyreostatika. Numera har det tillkommit ett fjärde behandlingsalternativ som innebär långtidsbehandling med lågdos tyreostatika under 4–5 år, vilket i sig kommer att öka patientmängden inom öppenvården på sjukhus.

Sköldkörtelhormonersättning ges både efter definitiv behandling vid hypertyreos, och vid hypotyreos, en grupp som helhet i sig motsvarar mer än 500 000 patienter i Sverige. Hur många av dem som har en behandlad hypertyreos i botten vet man inte.

2.2 Nytt eller risker för individen

Nytt för individen som kunskapsstödet medför:

- Jämlikhet och delaktighet. Kunskapsstödet gör att det finns ett stöd över hela landet och en aktuell information om förväntad behandling. Sannolikt stor nytta.
- Patientinformation. Som patient ger det en ökad förståelse för både sjukdom och behandling. Tydlighet i vårflyde och behandlingsriktlinjer. Sannolikt stor nytta.
- Ett nytt fokus för patienten beskrivs med personcentrerad vård. En minskad oro för patienten. Lättare att få kontakt med vården. Kontaktsjuksköterska och teamarbete. Att ha en möjlighet att ta eget ansvar som patient. Sannolikt stor nytta.
- Det synliggör patientgruppens behov. Genom ett ökat fokus gynnas den enskilde individen.
- Etiska aspekter

Risker för individen som kunskapsstödet medför:

- Inga risker ses med införandet av kunskapsstödet för behovsgruppen av individer.

Risker baserade på systematiskt framtagande av kunskapsunderlaget

- Omvårdnadsperspektivet är ej specifikt studerat på patientgrupper med sjukdomen hypertyreos. Dock bedöms ej någon risk utifrån detta. De delar som är införda i vårdprogrammet bedöms generiska för alla patientgrupper och finns redan på plats inom andra sjukdomsgrupper.
- Dock kan ett införande innebära risk för nedprioritering av andra sjukdomsgrupper.

Nyttan och förutsättningarna för individens delaktighet

- Lagen stödjer individens delaktighet i hälso- och sjukvården. Patientföreträdare har deltagit aktivt i att ta fram detta kunskapsstöd, patienterna beskriver sig få en bättre kunskap om insatserna och åtgärderna än vad de haft tidigare.

- Stärkt samverkan och parallellt ett utvecklande, nära samarbete mellan patientföreträdare och professionen.
- Kunskapsstödet lyfter teamarbete, ger tydligare riktlinjer som ska resultera i kortare väntetider, öka tillgänglighet och förbättra kvaliteten. Kortare sjukskrivning för individer är möjligt som en följd av delaktighet samt individanpassade insatser och åtgärder, bland annat genom upprättad rehabiliteringsplan

2.3 Etiska aspekter

Negativ påverkan på individens autonomi och integritet eller undanträngningseffekter för andra patientgrupper

Ingen negativ påverkan bedöms ske utan i stället förstärkt autonomi och integritet. Viss undanträngning förväntas ske genom av vårdprogrammet beskrivna kortare ledtider för nybesök hos specialist, liksom om resurstilldelning inte sker enligt vårdprogrammets rekommendationer, bland annat med de identifierade behov av rehabilitering som har lyfts fram.

Konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvården – människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen eller kostnadseffektivitetsprincipen

Framkomna behov av rehabilitering och personcentrering stärks av alla tre prioriteringsprinciperna, liksom screening och prediktion för val av rätt behandling.

Genom att behoven blir sedda och att val av behandling sker i rätt tid, samt genom möjligheten att få rehabiliteringsbehoven bedömda och erhålla rehabilitering, fås en samhällsekonomisk effekt på delaktighet och aktivitet i individens livssituation. Detta förväntas medföra minskad sjukskrivning samt ökad möjlighet för individen att kunna genomföra arbete eller uppnå en ökad aktivitet och delaktighet i det egna sammanhanget.

Konsekvenser ur ett jämlikhetsperspektiv (exempelvis kön, ålder, geografi, funktionsnedsättning, etnisk tillhörighet, födelseland, religion, sexuell läggning eller könsöverskridande identitet eller uttryck)

Inga specifika konsekvenser kan ses. Vårdprogrammet är neutralt och anpassat för individer med sjukdomssymtom och särskilda behov av utredning och behandlingsåtgärder.

Risker med att inklusionskriterierna driver onödig eller omotiverad vård, exempelvis onödiga undersökningar eller behandlingar

Skillnader i geografiska avstånd kan göra skillnad i vilka val patienterna själva gör för sin behandling, men i enlighet med vårdprogrammet kommer patienterna att kunna välja mellan olika behandlingar oavsett geografiskt avstånd till sjukhus där behandling ges.

Risker med att individer som borde ingå exkluderas eller missar individer som borde ingå i kunskapsstödet

Rökare exkluderas från behandling med radioaktivt jod.

2.4 Verksamhet och organisation

Verksamhetsförändringar och organisatoriska förändringar som ett införande av det nya kunskapsstödet medför:

- Ledtiden från remiss för overt Graves sjukdom till besök hos endokrinolog bör vara <2 veckor. Detta är inom ramen för det normala för de flesta enheter, men kommer att vara en utmaning för vissa sjukhus.
- Införandet av kontaktsjuksköterska med tyreoidespecialisering är ett nytt sätt att stödja patienter. Det är också ett nytt sätt att individualisera vården för denna patientgrupp och befrämja teamarbete mellan professioner som läkare inom specialistvården liksom arbetsterapeuter, dietister, och psykolog.
- Kontaktsjuksköterska med tyreoidespecialisering följer patienten genom vården, oavsett om patienten har behov av kirurg eller behandling med radioaktiv jod, eller då patienten är på ögonklinik.
- Strukturering av vården avseende vårdnivå beskrivs. Det innebär oftast att patienter kommer att remitteras till mer specialiserad vård när sjukdomen blir mer komplex. Det beskrivs även strukturerat var och hur länge patienterna ska följas på olika vårdnivåer innan återremittering till vårdnivå A. Effekterna av detta varierar inom olika regioner eftersom det i dag sker på olika sätt.
- För att öka kvaliteten påtalas behovet av att lokala och regionala multidisciplinära konferenser (MDK) ska införas regionalt. Framför allt gäller detta för patienter med endokrin oftalmopati med medelsvår och synhotande svårighetsgrad, men också för komplexa behandlingssituationer av hypertyreos.
- Koncentration av handläggning medelsvår och synhotande endokrin oftalmopati ska ske till vårdnivå C, liksom komplicerad graviditet, där även ett strukturerat MDK arbete bör genomföras. Detta innebär att de som följer patienter avseende risken för fetal påverkan på grund av hypertyreos ska ha kompetens att bedöma fostertyreoidea.
- Specifikt rekommenderas vidare en utveckling av nationella multidisciplinära konferenser för särskilt komplicerade fall av hypertyreos och dess komplikationer.
- Patienterna beskriver behov av e-tjänster, exempelvis att digitalisera formulär för ifyllande av livskvalitetsenkät, antingen i hemmet eller inför vårdbesök. Detta underlättar för både vårdens professioner och för patienterna.
- Patientinformationer har tagits fram som förslag genom hela vårdflödet utgående från patienternas upplevda behov och utmaningar. En förhoppning är att dessa kommer att bli så kallade "frågor och svar"-information och finnas inom ramen för 1177.
- I enlighet med rekommendationer från SFOG (Svensk förening för obstetrik och gynekologi) kommer inte alla med tyreoidestimulerande hormonreceptorantagonister

(TRAK) att kontrolleras med fosterövervakning, men vårdprogrammet kommer att medföra en ytterligare kontroll i vecka 24.

- Personer med hypertyreos har i en del fall funktionsnedsättning på synen. I dag finns det ett förbättringsområde kring var dessa patienter ska tas om hand, eftersom de flesta syncentraler begränsar sitt uppdrag till att enbart omfatta patienter med en synskärpa <0,3.

2.5 Kostnader

Aktuella kostnadsförändringar för berörda utförare till följd av kunskapsstödet.

Kostnadsförändring för utförare till följd av vårdprogrammet	Tillkommande kostnader	Avgående kostnader	Förslag till åtgärder
Investeringar i utrustning	Förskrivning av synhjälpmedel Tekniska MDK		Prioritering av åtgärder samt resurstillförsel av budget
Investering i lokaler, digitala besök och telefonkontakt	Sjuksköterskemottagning MDK	Färre fysiska besök	Omfördelning av lokalresurs
Investering i material			
Personella resurser	MDK - specialistläkare Kontaktsjuksköterska med tyreoidespecialisering Specialistläkare rehabilitering Fysioterapeuter i primärvård Arbetssterapeuter i primärvård Specialist inom specialiserad enhet ögonvård.		Resurstilldelning Omfördelning av resurs, inom nuvarande budgetförutsättningar. Implementeringsinsatser Effektivisering Samverkan
Utbildning	Aktiviteter och professionens deltagande i förankring och implementering av vårdprogrammets innehåll och rekommendationer. Produktion av utbildningsmaterial. Utbildning ögonkomplikationer, utredning och behandling. Utbildning till tyroidea/kontaktsjuksköterska.		Omfördelning av resurs och tid inom nuvarande budgetförutsättningar Resurstilldelning för implementering och framtagande av utbildning

Kostnadsförändring för utförare till följd av vårdprogrammet	Tillkommande kostnader	Avgående kostnader	Förslag till åtgärder
Undersökning och behandling	Rehabilitering GREAT+score provtagning Genetisk analys Provtagning TSI Provtagning PTH, 25 OH vitamin D Spect CT Framtagning av trimesterspecifika referensintervall (normalområde för tyroideahormonivåer (blodprov) under graviditet)	Rehabilitering ger effektivare vård och mindre vårdkontakter Snabbare väg till val av rätt och individuell behandling Mindre ögonkomplikationer Mindre scintigrafi Färre besök inför behandling radioaktiv jod, i och med förenklad dosimetri (2 i stället för 3) Förtydligad patientinformation ger minskad oro hos patienter och färre vårdkontakter till sjuksköterska/läkare/fysiker Färre suicidförsök Färre IVA vårddyg (PTH)	Resurstillskott med anledning av ökade behov rehabiliteringsresurser i primärvård Omfördelning av resurser inom specialiserad vård Resurstillskott ökade laboratoriekostnader
IT-system	MDK nationell-sjukvårdsregional-regional AI Införande av e-tjänster exempelvis digital remiss, formulär, uppföljning av vårdinsatser och åtgärder i form av digitala besök/självcheck. Tillgänglig patientinformation 1177.se (Ineras plattform) nationellt, regionalt.	Pappersremiss och annan manuell hantering Ökad effektivitet ger minskad kostnad	Omfördelning av resurs, inom nuvarande budgetförutsättningar och satsningar runt digitalisering
Annat • Förbättrad arbetsmiljö • Forskningsbehov identifierade • Samverkan med patientorganisationen • Kostnadseffektivitet • QUALY vinst	-	-	-

Svenska studier av kostnadseffektivitet av behandlingarna läkemedel, radioaktivt jod och operation saknas inom detta vårdprogramms kunskapsinnehåll. En litteraturöversikt är genomförd. Efter en noggrann analys av de mest relevanta studierna, inkluderat även internationella studier, restes frågetecken för överförbarhet till svenska förhållanden.

Med anledning av detta har NAG initierat en kostnadseffektanalys baserad på en svensk långtids-uppföljning [3]. Dock är analysen av QALYs inte slutförd, men resultaten från en omfattande och noggrann kostnadsanalys presenteras i vårdprogrammets kapitel hälsoekonomi.

Den största delen av kostnadsökningen bedöms dock bestå av kostnader för kontaktsjuksköterska. Konsekvenserna av att patienten har en kontaktsjuksköterska, som följer genom vårdförloppet, kan bli minskade kostnader för annan vård. Enn svensk studie visar att kontaktsjuksköterska för de som skadats i trafiken är en kostnadseffektiv insats [4].

2.6 Kompetensförsörjning

Kunskapsstödet kräver utbildning på flera nivåer:

- Sjuksköterskor inom specialiserad vård, avseende kompetens som kontaktsjuksköterska samt specialisering tyreoidesjukdomar. Medför ett större helhetsansvar som i dag saknas.
- Läkare inom specialiserad vård, inom endokrinologi, onkologi, endokrinkirurgi avseende uppdatering kring alla aspekter på vårdprogrammet för lokal justering av verksamheten. Utbildning kring utvidgad förståelse kring patientens behov.
- Läkare inom specialiserad vård, inom ögon avseende uppdatering för handläggning och undersökning av patienter med endokrin oftalmopati och användning av de förlagor som bifogas vårdprogrammet.
- Allmänläkare inom primärvård avseende uppdatering av handläggning av hypertyreos både vid diagnos och efter avslutad behandling. Primärvården behöver även utbildning i rehabiliteringsprocessen runt denna patientgrupp. Kompetens finns men denna patientgrupp har generellt inte prioriterats för rehabilitering.
- Ett utbildningsbehov hos professionen avseende de svårigheter som patienter med endokrin oftalmopati upplever, behöver identifieras och ske. Förslagsvis utbildning vid syncentraler.
- Ultraljudsoperatörer behöver utbildas i att bedöma fostertyreoidea.
- Alla professioner behöver utbildas att använda ICD-10-SE-, DRG- och KVÅ-koder på ett adekvat sätt då kvalitetsvariabler för uppföljning kommer utgå från detta.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

En överlappning finns till det nationella vårdprogram för sköldkörtelcancer som är framtaget av regionala cancercentrum i samverkan. Då patienter tyreoidektomerats borde finnas förutsättningar för diskussion kring kombination av T4/ T3-terapi i utvalda fall. Detta är dock inte inkluderat i vårdprogrammet för sköldkörtelcancer och är återkopplat att man sätter detta utanför ramen för sitt vårdprogram.

Nationell riktlinje från SFOG finns från 2017 och uppdaterades 2020 avseende patienter med positiva TRAK under graviditet, att inte alla utan enbart de som ligger >2 ggr övre referensintervallet ska följas med ultraljud. Detta har vårdprogrammet anpassats till och har i stället lagt till en tidigare kontroll i graviditetsvecka 24, i stället för start i vecka 28 av två skäl. Dels för att det är rimligt ur ett föräldraperspektiv då de får information om att fosterkontroller behövs i graviditetsvecka 20. Dels behövs tidigt hittas fosterpåverkan för att kunna justera tyreostatika, det vill säga redan i vecka 24.

Ett tredje område där samarbete har skett över specialitetsgränser är inom barnsjukvården. Svensk barnmedicinsk förening har uttalat att barnvårdprogram inom detta område ska uppdateras och därav har man enats om samma skrivningar.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Hypertyreos är en folksjukdom, med en incidens i nivå med den för diabetes. Till skillnad från vad man trott tidigare, att det är en enkel sjukdom att behandla, så speglar patienternas egna upprepade utsagor samt pågående forskning att det finns omfattande kvarvarande problem som många lider av under många år. Vårdprogrammet skulle här kunna göra verklig skillnad utifrån rekommenderade insatser och åtgärder. Idag ses inte en jämlik vård.

En del som lyfts i vårdprogrammet är att det behöver ske en organisering och utbildning för sjuksköterskor, för en utvecklad roll som kontaktsjuksköterska samt för specialisering inom tyreoidesjukdomar. Detta förväntas ge en fördjupad kunskap, på samma sätt som med diabetessköterskor inom diabetesområdet och kontaktsjuksköterskor inom cancervården.

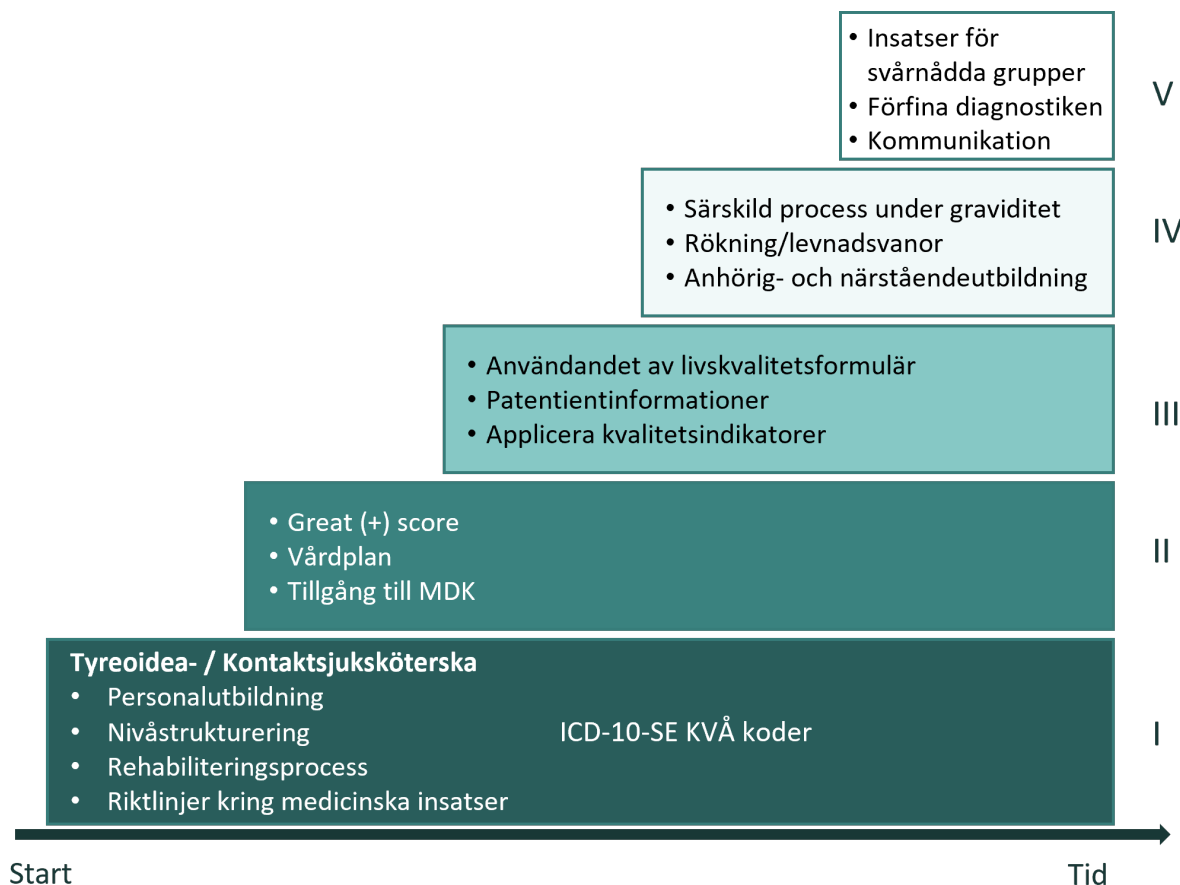
Rehabiliteringsprocess för kvarvarande symptom som hjärntrötthet och ögonproblem ska tillskapas runt personer med tyreoidesjukdom, i likhet med arbetet som pågår för post-covid-19-sjuka. Detta behöver stödjas nationellt och inte enbart regionalt, då det senare kan leda till en fortsatt ojämlik vård om regionernas implementering blir olika.

Den nationella arbetsgruppen har tagit fram en implementeringstrappa som föreslår i vilken ordning de nyheter som vårdprogrammet för med sig bör prioriteras. Denna beskrivs i figuren nedan.

Start bör ske med kategori I, det vill säga på första trappsteget. Det mest grundläggande är en ökad sjuksköterskeinvolvering, eftersom det ligger till grund för många av de andra momenten, samt för ett fungerande teamarbete och ökad patientdelaktighet. Det bedömer den nationella arbetsgruppen

ger den största patientnyttan. Arbetsgruppen vill också lyfta fram en tidig implementering av ICD-10-SE-, DRG- och KVÅ-koder eftersom de ligger till grund för de kvalitetsindikatorer som tagits fram.

Figur 1. Figuren läses med start i nedre vänstra hörnet med kategori 1 som har högsta prio för implementering. Trappan betas sedan av i den ordning som finns angivet upp till kategori 5. Sjuksköterskeförutsättningen är grundläggande och har därför markerats i fetstil.



En jämlik vård förutsätter att vårdprogrammet implementeras i alla regioner. Om det inte sker leder vårdprogrammet snarare till en mer ojämlig vård. Kvalitetsindikatorer har tagits fram för att främja implementering av vårdprogrammets styrning till en förbättrad vård. Det är också viktigt att påpeka att vårdprogrammet inte bara innehåller medicinska förändringar utan även en rad andra åtgärder av mer strukturell karaktär, vilka inte är nyheter i vården som helhet men saknas för den aktuella patientgruppen. Detta medför ett behov av att tillsätta resurser regionalt/sjukvårdsregionalt för implementeringsarbetet, så att vårdprogrammet kommer till nytta för patienterna.

2.9 Uppföljning

I vårdprogrammet har inom ramen för rekommendationerna angetts ICD-10-SE- och KVÅ-koder. Detta för att kunna följa framtida utveckling och implementering av de insatser och åtgärder som följer av vårdprogrammet. De kvalitetsindikatorer som tagits fram utöver rekommenderade koder inriktas på att stödja och ange riktning för vården i arbetet att beskriva kvaliteten och förbättra verksamheterna. Dessa indikatorer är delvis under utveckling för att säkerställa att de är mätbara i nationellt tillgängliga insamlade data. Nya koder har även ansökts om hos Socialstyrelsen.

Scandinavian quality register for thyroid, parathyroid and adrenal surgery (SQRTPA) är det rikstäckande svenska kvalitetsregistret för endokrinkirurgiska åtgärder. I SQRTPA registreras diagnos, operation, vårdtid, PAD och operativa komplikationer men ej långsiktig uppföljning. Det saknas kvalitetsregister inom det medicinska området för hypertyreos.

2.10 Övriga konsekvenser

Ett omfattande vårdprogram som detta och som involverar flera kompetensområden och vårdnivåer behöver stödjas. Både i ett patientperspektiv med utveckling av e-tjänster för tillgänglighet samt för professionen, liksom i ett lednings- och styrningsperspektiv för att kunna hantera kodning och upphämtning av information i vårdinformationssystemen.

Referenser

1. Abraham-Nordling M, Bystrom K, Torring O, et al. Incidence of hyperthyroidism in Sweden. *Eur J Endocrinol* 2011; **165**: 899-905.
2. Lantz M, Abraham-Nordling M, Svensson J, Wallin G, Hallengren B. Immigration and the incidence of Graves' thyrotoxicosis, thyrotoxic multinodular goiter and solitary toxic adenoma. *Eur J Endocrinol* 2009; **160**: 201-6.
3. Sjolín G, Holmberg M, Torring O, et al. The Long-Term Outcome of Treatment for Graves' Hyperthyroidism. *Thyroid* 2019; **29**: 1545-57.
4. Franzen C, Bjornstig U, Brulin C, Lindholm L. A cost-utility analysis of nursing intervention via telephone follow-up for injured road users. *BMC Health Serv Res* 2009; **9**: 98.