

Thyroideadatabasen (THYDA)

Årsrapport 2025

Opgørelsesperiode: 01. september 2024 – 31. august 2025
Version: Offentlig
Dato for auditering: 15.01.2026



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

Thyroideadatabasen
© SundK

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: marts 2026
Indholdet kan frit citeres med tydelig
kildeangivelse

Indhold

Indhold	3
Konklusion og anbefalinger	4
Indikatorresultater	6
Resultater for de enkelte indikatorer	7
Radiojodbehandling	7
Indikator 1: Biokemisk opfølgning	9
Indikator 2: Thyrotoksikose – toksisk nodøs struma (TRAb-negative)	12
Indikator 3: Myxødem – Forhøjet TSH (TRAb-negative)	16
Indikator 4: Opfølgende medicinsk behandling pga. myxødem	22
Kirurgisk behandling	23
Indikator 5: Fiber-/videolaryngoskopi	25
Indikator 6: Stemmebåndslammelse	29
Indikator 7: Postoperativ blødning	33
Indikator 8: Postoperativt antibiotikaforbrug	36
Indikator 9a: Postoperativt alfacalcidolforbrug	39
Beskrivelse af sygdomsområdet og behandlingskvalitet	45
Baggrund for databasen	45
Prævalens af godartede thyroideasygdomme	45
Datagrundlag	49
Dækningsgrad og datakomplethed	51
Statistiske analyser	51
Styregruppens medlemmer	52
Regionale kommentarer	54

Konklusion og anbefalinger

Dette er den 2. rapport fra styregruppen for THYDA, som monitorerer kvaliteten af udredning, behandling og opfølgning af patienter med en godartet thyroideasygdom i Danmark. THYDA er opdelt i en medicinsk og en kirurgisk del, som monitorerer kvaliteten af henholdsvis radiojodbehandling og operativ fjernelse af hele eller en del af thyroidea. I aktuelle periode er 1.407 patienter behandlet med radiojod og 1.753 patienter med kirurgi for benign thyroideasygdom.

Styregruppen for THYDA konkluderer:

- De fleste resultater i nærværende rapport virker troværdige og de har ikke umiddelbart nogle kliniske implikationer.
- Eftersom datatræk til THYDA er automatiseret, er det styregruppens fokus ved de første års rapporter at vurdere, om resultaterne virker realistiske. Hvis et resultat har været langt fra det forventede, har forskellige forklaringer været diskuteret, og i enkelte tilfælde har styregruppen rettet henvendelse til de ansvarlige klinikere ved det pågældende center for at få uddybende information.
- Da datatræk er automatiseret, er det af stor vigtighed, at man på afdelingerne følger kodevejledningen. Af samme grund bør der vedvarende gives systematisk information om korrekt kodning til al relevant klinisk personale.
- Ved de første års opgørelser kan større afvigelser fra udviklingsmålene (både over og under) derfor afspejle forkert kodningsprocedure og ikke nødvendigvis en signifikant anderledes kvalitet end på andre tilsvarende centre. Styregruppen vil løbende monitorere, om resultaterne giver mistanke om kodningsproblemer på hospitalsenhederne. I givet fald opfordres den pågældende enhed til at udføre en audit, hvorved patientforløbene systematisk gennemgås for procedurer og relaterede kodninger.

Diskussion:

- Det er forholdsvis store regionale forskelle i andelen af patienter behandlet med hhv. radiojod og kirurgi. Dette afspejler forskelle i henvisningsmønstre og formentligt også i adgang til visse specialitydelser. Desuden er patienter behandlet på privathospitaler (fx. thyroidea-kirurgi) ikke inkluderet i THYDA.
- Ved etablering af THYDA har det været en præmis, at dataindsamlingen er automatiseret ved datatræk fra eksisterende landsdækkende registre. Registrerne baserer sig på diagnose- og procedurekoder, som genereres af det kliniske personale på de enkelte hospitalsafdelinger. Det er derfor af afgørende betydning, at denne kodning sker på korrekt vis, og at der kodes ensartet på tværs af afdelingerne.
- Nogle indikatorer registreres på indirekte vis. Fx. monitoreres forekomsten af postoperativ infektion ved at registrere efterfølgende receptindløsning på antibiotika. En sådan indirekte registrering giver en let øget risiko for fejl- eller manglende registrering. En postoperativ infektion vil således ikke blive registreret i THYDA, hvis patienten får udleveret antibiotika fra sygehuset fremfor selv at indløse en recept på apoteket.

- I forhold til den sidste årsrapport er indikator 2a (persisterende thyrotoksikose ved Graves' sygdom) udgået pga. en for lille datamængde, hvilket afspejler den generelt vigende brug af radiojod ved Graves' sygdom. Til gengæld er antallet af udgåede patienter i gruppen af patienter med nodøs struma blevet minimeret ved at udvide tidsvinduet for TRAb-måling til 10 år og inddrage manglende TrAb målinger til at kvalificere diagnosen.
- Indikator 3 (udvikling af myxødem hos patienter med nodøs struma) er nu opdelt i 3a (patienter med atoksisk nodøs struma) og 3b (patienter med (sub)thyrotoksisk nodøs struma), idet indikationen for radiojodbehandlingen kan være forskellig de to grupper imellem.
- Data for enkelte indikatorer mangler fortsat pga. utilstrækkelig opfølgningstid.

Styregruppen for THYDA har følgende visioner:

- Antallet af borgere behandlet med stofskiftehormon i Danmark er stigende og nærmer sig 200.000. En sådan behandling er ofte livslang. Det bør derfor overvejes at udvide THYDA med indikatorer, der monitorerer diagnose- og behandlingskvaliteten for borgere med lavt stofskifte. Tilsvarende kan der oprettes indikatorer, som monitorerer antallet af borgere med forhøjet stofskifte, målt på en blodprøve, som ikke bliver henvist til en sygehusenhed til yderligere udredning. Ubehandlet højt stofskifte er forbundet med øget sygdomsrisiko. Sådanne indikatorer for hhv. lavt og højt stofskifte indebærer, at databasen udvides til at dække hele sygdomsområdet, som er del af SundKs vision.
- Parathyroideakirurgi har mange lighedspunkter med thyroideakirurgi, og hovedparten af de nuværende indikatorer i THYDA kan umiddelbart duplikeres til parathyroideakirurgi. Det bør derfor overvejes at udvide THYDA med indikatorer der afspejler kvaliteten indenfor parathyroideakirurgi.
- Hvis PRO-data kan implementeres i det kliniske virke, vil inklusion af sådanne data i THYDA kunne monitorere patient-tilfredshed og livskvalitet.

Om databasen

Formålet med THYDA er at monitorere kvaliteten af udredning, behandling og opfølgning af patienter med en godartet thyroidea-sygdom.

- Indikatorerne relaterer sig til enten en proces (fx. fiberlaryngoskopi) eller et resultat (fx. lammelse af recurrens-nerven) i et patientforløb. Indikatorerne er udvalgt blandt andre potentielle indikatorer i løbet af en møderække i THYDA's styregruppe. Alle indikatorer vurderes at have en væsentlig klinisk betydning for patienten, og afspejler således i bred forstand kvaliteten af patient-udredning og behandling inden for området.
- Udviklingsmålene for de enkelte indikatorer er fastlagt ved konsensus i styregruppen og iht den foreliggende evidens på området og de aktuelle nationale behandlingsvejledninger.

Yderligere oplysning om databasen kan findes her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/thyroideadatabasen-thyda/>, hvor du kan læse mere om dokumentation, indberetning og resultater. Her kan du også finde kontaktoplysninger, hvis du har spørgsmål eller kommentarer vedr. databasen.

Indikatorresultater

Herunder er oversigten over de samlede indikatorresultater på landsplan for den aktuelle Årsrapport, samt to tidligere års indikatorresultater. Udviklingsmål (tidligere standarder) angiver det kvalitetsniveau, som styregruppen ønsker at opnå med indikatormonitoreringen. Opgørelsesperioden angiver tidsrummet, hvori patienterne har undergået behandling (radiojod/kirurgi).

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklings mål	Indikatoropfyldelse		
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
		01.03.2024 - 28.02.2025	2023/24	2022/23
Indikator 1: Andelen af radiojodpatienter der får taget mindst to TSH-målinger $\leq$ 6 måneder efter radiojodbehandling	≥ 95	94 (93-95)	95	96
01.09.2023 - 31.08.2024				
Indikator 2: Andelen af radiojodpatienter med toksisk nodøs struma, der har persisterende thyrotoksikose 6-12 mdr. efter radiojodbehandling	< 25	9 (8-11)	7	7
Indikator 3: Andelen af radiojodpatienter med en negativ TRAB-værdi, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling	< 25	11 (9-13)	12	10
01.08.2024 - 31.07.2025				
Indikator 5: Andelen af kirurgiske patienter der får foretaget en fiber/video-laryngoskopi 0-30 dage efter operationen	> 95	86 (84-87)	88	74
01.09.2023 - 31.08.2024				
Indikator 6: Andelen af kirurgiske patienter, som ikke tidligere har fået påvist reccurensparalyse, der postoperativt får påvist midlertidig eller permanent reccurensparalyse indenfor 1 år efter operationen	< 5	3 (2-4)	3	3
01.08.2024 - 31.07.2025				
Indikator 7: Andelen af kirurgiske patienter der får blødning $\leq$ 4 dage efter operationen	< 3	1 (1-2)	1	2
Indikator 8: Andelen af kirurgiske patienter der får udskrevet antibiotika 2-10 dage efter operationen	< 10	7 (6-8)	6	7
01.09.2023 - 31.08.2024				
Indikator 9a: Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 mdr. efter operation	< 15	17 (13-21)	15	
01.09.2022 - 31.08.2023				
Indikator 9b: Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 12-24 mdr. efter operation		10 (7-13)	7	

Resultater for de enkelte indikatorer

Radiojodbehandling

I det følgende afsnit præsenteres resultaterne for radiojodpopulationen, der er dannet på baggrund af patienter med en benign thyroideasygdom, som har modtaget lavdosis isotopterapi med I-131 af skjoldbruskkirtlen. Nærmere beskrivelse findes i afsnittet om datagrundlag. Det er første gang, at alle indikatorerne opgøres for en fuld opgørelsesperiode, dog er indikator 4 pauseret. Data kan kun trækkes fra etableringen af databasen (01.06.2022); derfor vil opgørelserne for den tidligere periode ikke indeholde tilstrækkeligt data til at opgøre en fuld periode. Nedenfor vises en oversigt over tidsperioden for den enkelte indikators aktuelle opgørelsesperiode.

I nedenstående tabel ses karakteristika for radiojodpopulationen svarende til indikator 1. Her ses en klar overvægt af radiojodbehandling blandt kvinder og en aldersmedian på 65 (95 % CI: 56-73 år) på landsplan. Generelt udgør kvinder hovedparten af patienter med thyroideasygdomme.

Tabellen viser også, at incidensen af radiojodbehandling varierer en del fra region til region (behandlingsregion) med lavest incidens i Region Hovedstaden (21 pr. 100.000) og højest i Region Syddanmark (38 pr. 100.000). Dette afspejler forskelle i henvisningsmønstre og formentligt også i adgang til visse specialitydelser.

	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antal (%)	1.407 (100)	323 (100)	174 (100)	386 (100)	403 (100)	121 (100)
Køn (%)						
Kvinde	1.103 (78)	254 (79)	140 (80)	305 (79)	313 (78)	91 (75)
Mand	304 (22)	69 (21)	34 (20)	81 (21)	90 (22)	30 (25)
Alder						
Median (IQR)	66 (57-73)	65 (57-73)	65 (57-73)	66 (58-73)	66 (56-73)	64 (57-74)
Incidens						
Antal borgere på mindst 18 år	4.860.681	1.568.680	696.655	1.005.601	1.106.152	483.593
Incidens pr. 100.000	29	21	25	38	36	25

Yderligere oplysninger om denne population, datakilder, variable, indikatorer og beregningsregler kan findes her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/thyroideadatabasen-thyda/>.

Indikatorernes opgørelsesperiode i Thyroideadatabasen

OBS data for opgørelsesperiode kan kun trækkes fra 01.06.2022 og frem

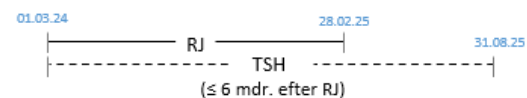
Opgørelsesperiode

Start — 1 år — Slut

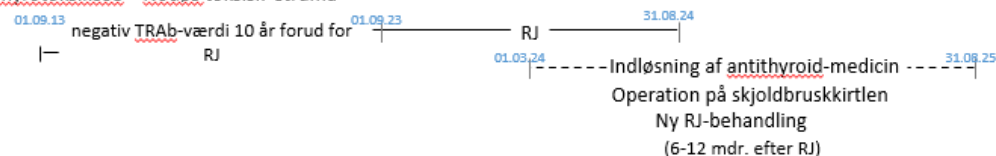
INDIKATORER

RADIOJOD

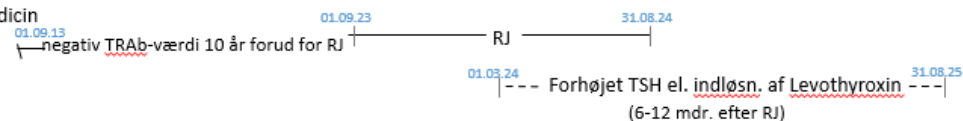
Indikator 1: Opfølgning vha. blodprøver



Indikator 2: Thyrotoksikose – Nodøs toksisk struma



Indikator 3: Myxødem – Forhøjet TSH el. indløsning af medicin

Indikator 4: Opfølgende medicinsk behandling

Kan ikke opgøres pga opfølgningstid

FORKORTELSER:

RJ = radiojod-behandling
min. = minimum
mdr. = måneder

TEGNFORKLARING:

———— = nævner (indikatorpopulation)
----- = tæller

Indikator 1: Biokemisk opfølgning

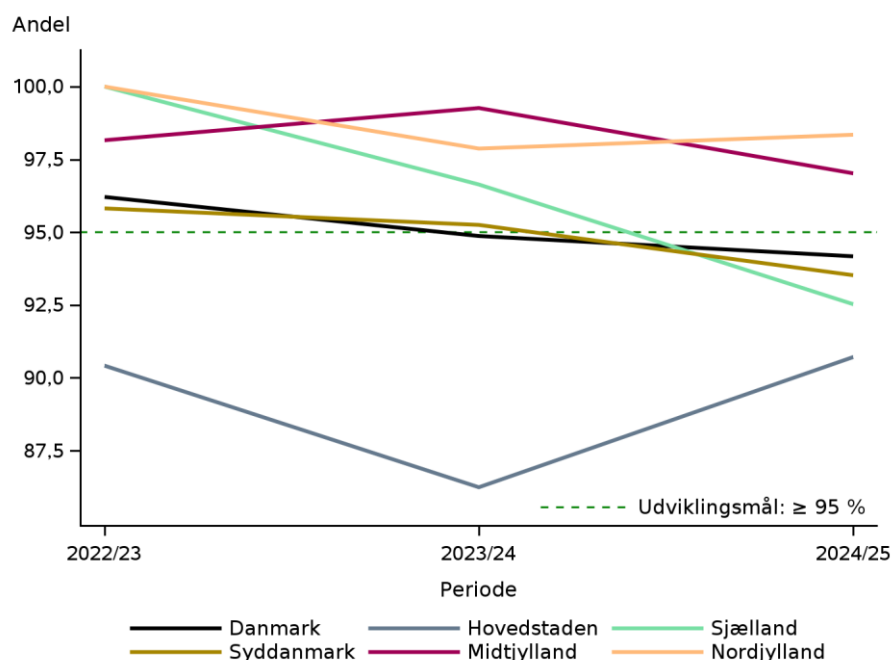
Rationale for indikatoren: Myxødem kan udvikles efter kun få uger eller måneder efter radiojodbehandlingen, og tilstanden kan være betydeligt belastende og sundhedsskadeligt for patienten. Det er derfor af stor klinisk betydning, at patienten monitoreres med måling af stofskiftehormonniveauerne i blodet.

Nævner: Alle patienter der indgår i 'radiojodpopulationen'

Tæller: Alle patienter i nævner der har fået målt TSH 2 gange ≤ 6 måneder efter radiojod-behandling.

Udviklingsmål: $\geq 95\%$

Indikator 1: Andelen af radiojodpatienter der får taget mindst to TSH-målinger ≤ 6 måneder efter radiojod-behandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 1: Andelen af radiojodpatienter der får taget mindst to TSH-målinger ≤ 6 måneder efter radiojod-behandling

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/		01.03.2024 - 28.02.2025		2023/24		2022/23
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.325 / 1.407	0 (0)	94	(93-95)	1.276 / 1.345	95	96
Hovedstaden	Nej	293 / 323	0 (0)	91	(87-94)	257 / 298	86	90
Sjælland	Nej	161 / 174	0 (0)	93	(88-96)	115 / 119	97	100
Syddanmark	Nej	361 / 386	0 (0)	94	(91-96)	361 / 379	95	96
Midtjylland	Ja	391 / 403	0 (0)	97	(95-98)	405 / 408	99	98
Nordjylland	Ja	119 / 121	0 (0)	98	(94-100)	138 / 141	98	100
Hovedstaden	Nej	293 / 323	0 (0)	91	(87-94)	257 / 298	86	90
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	89 / 96	0 (0)	93	(86-97)	63 / 77	82	96
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Nej	58 / 65	0 (0)	89	(79-96)	61 / 72	85	72
Bornholms Hospital	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	3 / 3	100	100
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	55 / 57	0 (0)	96	(88-100)	37 / 38	97	100
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	75 / 86	0 (0)	87	(78-93)	55 / 61	90	92
Rigshospitalet	Nej	12 / 15	0 (0)	80	(52-96)	38 / 47	81	92
Sjælland	Nej	161 / 174	0 (0)	93	(88-96)	115 / 119	97	100
Holbæk Sygehus	Ja	73 / 74	0 (0)	99	(93-100)	46 / 47	98	100
Sjællands Universitetshospital	Nej	88 / 100	0 (0)	88	(80-94)	69 / 72	96	100
Syddanmark	Nej	361 / 386	0 (0)	94	(91-96)	361 / 379	95	96
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	74 / 82	0 (0)	90	(82-96)	88 / 96	92	90
Odense Universitetshospital	Ja	114 / 119	0 (0)	96	(90-99)	115 / 118	97	99
Sygehus Lillebælt	Nej	95 / 107	0 (0)	89	(81-94)	113 / 117	97	96
Sygehus Sønderjylland	Ja	78 / 78	0 (0)	100	(95-100)	45 / 48	94	95
Midtjylland	Ja	391 / 403	0 (0)	97	(95-98)	405 / 408	99	98
Aarhus Universitetshospital	Ja	35 / 35	0 (0)	100	(90-100)	44 / 44	100	100
Hospitalsenhed Midt	Nej	70 / 74	0 (0)	95	(87-99)	75 / 76	99	99
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	131 / 137	0 (0)	96	(91-98)	118 / 120	98	98
Regionshospitalet Horsens	Ja	72 / 73	0 (0)	99	(93-100)	63 / 63	100	96
Regionshospitalet Randers	Ja	83 / 84	0 (0)	99	(94-100)	105 / 105	100	100
Nordjylland	Ja	119 / 121	0 (0)	98	(94-100)	138 / 141	98	100
Aalborg Universitetshospital	Ja	119 / 121	0 (0)	98	(94-100)	138 / 141	98	100

Kommentar til indikator 1

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 angiver andelen af radiojodpatienter, der får taget mindst to TSH-målinger ≤ 6 måneder efter seneste radiojodbehandling. Indikatoren baserer sig på registreringer i LPR og LABKA, og opgøres (via en algoritme) til ansvarlig afdeling.

I år er det indført, at man skal være bosat i Danmark for at indgå i populationen. Alle døde er også ekskluderet.

Resultater

Indikator 1 beregnes på baggrund af en samlet population på 1407 patienter.

Andelen af radiojodbehandlinger med opfølgende TSH-målinger er på landsplan i aktuelle år på 94% (95 % CI: 93-95%), varierende fra 91% i Region Hovedstaden til 98% i Region Nordjylland.

Der er stor variation i antallet af radiojodbehandlinger foretaget på de enkelte enheder. Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

- Der er et forholdsvis stort datagrundlag. Udviklingsmålet opfyldes af en del men ikke alle centre. Hvis udviklingsmålet ikke opfyldes, er det udtryk for, at patienterne ikke monitoreres i tilstrækkeligt omfang efter radiojodbehandlingen.
- Radiojod er en ambulant behandling og forudsætter således, at patienten er kompliant, dvs. følger det anbefalede regime for opfølgning. Det er sandsynligt, at manglende målopfyldelse skyldes dårlig patient-kompliance, men mangelfuld instruks fra afdelingens side om opfølgningsregimet kan også være en medvirkende faktor.
- Det anbefales, at centre som ikke opfylder udviklingsmålet laver audit med gennemgang af de specifikke patientforløb for at afdække årsagen til den manglende monitorering. Det kan f.eks. være nødvendigt at ændre på regimet for patientopfølgning, eller den tilhørende patientinformation.
- Radiojodbehandling er en bestråling af skjoldbruskkirtlen. Uanset indikation vil der efter radiojod altid være en risiko for udvikling af lavt stofskifte (myxødem) pga svigt af skjoldbruskkirtelfunktionen. Ved udvikling af myxødem skal patienten starte behandling med stofskiftehormon i tabletform.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er anvendelig i kvalitetsforbedringsarbejdet, og det anbefales, at indikatoren og udviklingsmålet fortsætter indtil videre i uændret form.

Indikator 2: Thyrotoksikose – toksisk nodøs struma (TRAb-negative)

Rationale for indikatoren: Målet med radiojodbehandlingen af denne patientgruppe er at opnå normalt stofskifte. Denne indikator måler andelen af patienter der har persisterende thyrotoksikose. Hvis denne andel er for høj, bør ændring af dosisregimerne for radiojod overvejes.

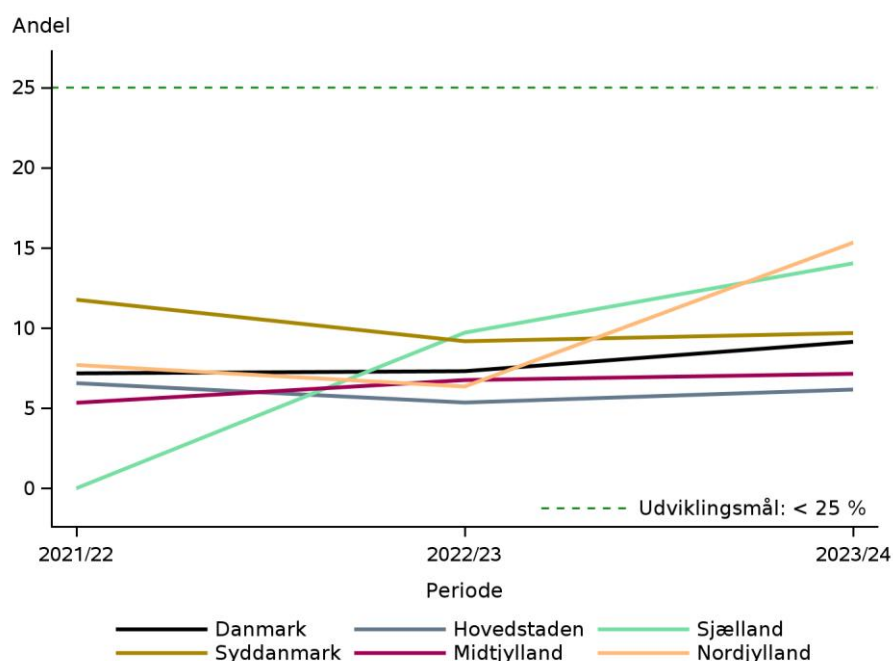
Nævner: Alle patienter i 'radiojodpopulationen' med toksisk nodøs struma defineret ved en thyrotoksikose-diagnose, der udelukkende har negativ TRAb-værdi, eller hvor TRAb ikke er målt, indenfor 10 år før radiojodbehandling.

Tæller: Alle patienter i nævner der har persisterende thyrotoksikose defineret som enten indløst recept af antithyroid medicin 6-12 mdr. efter radiojodbehandling, eller en ny radiojodbehandling 2-12 mdr., eller en thyroidea-operation 0-12 mdr. efter radiojodbehandling

Eksklusion: Patienter med ny radiojodbehandling indenfor 0-2 mdr. efter radiojodbehandling

Udviklingsmål: < 25%

Indikator 2: Andelen af radiojodpatienter med toksisk nodøs struma, der har persisterende thyrotoksikose 6-12 mdr. efter radiojodbehandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Andelen af radiojodpatienter med toksisk nodøs struma, der har persisterende thyrotoksikose 6-12 mdr. efter radiojodbehandling

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 25%	Tæller/	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23		2021/22
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	116 / 1.270	9	(8-11)	93 / 1.273	7	7
Hovedstaden	Ja	17 / 276	6	(4-10)	13 / 243	5	7
Sjælland	Ja	16 / 114	14	(8-22)	10 / 103	10	0
Syddanmark	Ja	34 / 351	10	(7-13)	30 / 327	9	12
Midtjylland	Ja	28 / 392	7	(5-10)	32 / 474	7	5
Nordjylland	Ja	21 / 137	15	(10-22)	8 / 126	6	8
Hovedstaden	Ja	17 / 276	6	(4-10)	13 / 243	5	7
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	##	3	(0-10)	##	4	0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	3 / 52	6	(1-16)	3 / 43	7	15
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	##	5	(1-16)	3 / 40	8	0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	8 / 81	10	(4-19)	3 / 57	5	5
Rigshospitalet	Ja	##	7	(1-23)	##	5	11
Sjælland	Ja	16 / 114	14	(8-22)	10 / 103	10	0
Holbæk Sygehus	Ja	7 / 45	16	(6-29)	4 / 43	9	0
Sjællands Universitetshospital	Ja	9 / 69	13	(6-23)	6 / 60	10	0
Syddanmark	Ja	34 / 351	10	(7-13)	30 / 327	9	12
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	4 / 74	5	(1-13)	9 / 84	11	29
Odense Universitetshospital	Ja	10 / 105	10	(5-17)	8 / 99	8	10
Sygehus Lillebælt	Ja	18 / 119	15	(9-23)	9 / 106	8	5
Sygehus Sønderjylland	Ja	##	4	(0-13)	4 / 38	11	7
Midtjylland	Ja	28 / 392	7	(5-10)	32 / 474	7	5
Aarhus Universitetshospital	Ja	3 / 36	8	(2-22)	3 / 41	7	0
Hospitalsenhed Midt	Ja	5 / 63	8	(3-18)	8 / 110	7	0
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	15 / 128	12	(7-19)	15 / 130	12	20
Regionshospitalet Horsens	Ja	3 / 67	4	(1-13)	##	1	0
Regionshospitalet Randers	Ja	##	2	(0-7)	5 / 104	5	0
Nordjylland	Ja	21 / 137	15	(10-22)	8 / 126	6	8
Aalborg Universitetshospital	Ja	21 / 137	15	(10-22)	8 / 126	6	8

Kommentar til indikator 2

Datagrundlag

Indikator 2 angiver andelen af radiojodpatienter med toksisk nodøs struma, der har persisterende thyrotoksikose 6-12 mdr. efter radiojodbehandling. Indikatoren baserer sig på registreringer i LPR, LABKA og LSR, og opgøres (via en algoritme) til ansvarlig afdeling.

Indikatoren blev ændret dette år, idet tidsvinduet for TRAb-måling er udvidet til 10 år tilbage i tid. Hvis der ikke foreligger nogen TRAb-måling indenfor de 10 år, vurderes sandsynligheden for Graves' sygdom som værende meget lille, og patienten indgår derfor i indikator 2.

Opgørelsesperioden for toksisk nodøs struma er forskudt 12 mdr. for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har modtaget radiojodbehandling.

Resultater

Andelen af patienter med toksisk nodøs struma, der har persisterende thyrotoksikose 6-12 måneder efter radiojodbehandling er i aktuelle år på 9% (95 % CI: 8-11 %). Alle 5 regioner er under udviklingsmålet (< 25%), og varierer fra 6% i Region Hovedstaden til 15% i Region Nordjylland.

Variationen i antallet af behandlede patienter med toksisk nodøs struma på de enkelte enheder, som har persisterende thyrotoksikose 6-12 mdr. efter radiojodbehandling, er relativ stor. Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

- Udviklingsmålet for indikatoren opnås ved alle behandlende centre. I sidste årsrapport var antallet af patienter med uoplyst TRAb-måling stort, og indgik således ikke i THYDA. Datagrundlaget er i år udvidet, som beskrevet ovenfor. De aktuelle resultater kan derfor ikke direkte sammenlignes med resultaterne i sidste årsrapport.
- Radiojodbehandling af thyrotoksiske TRAb-negative patienter afspejler, at behandlingen gives for toksisk nodøs struma. Målet med radiojodbehandling af denne patientgruppe er at opnå normalt stofskifte (=euthyroidisme). Effekten af radiojod er forholdsvis langsomt indsættende, men euthyroidisme bør være opnået indenfor 6-12 mdr.
- Hvis måltallet for indikatoren overskrides, er det udtryk for, at det pågældende center generelt giver for lave radiojod-doser til denne patientgruppe. I givet fald bør ændring af dosisregimerne for radiojod overvejes.

- Det skal bemærkes, at indikator 2 og indikator 3 er hinandens modsætninger. Dvs, at konsekvensen af at opfylde udviklingsmålet for indikator 2 kan være, at udviklingsmålet for indikator 3 ikke opfyldes. Dosis af radiojod bør derfor balanceres, således at den thyrotoksiske tilstand behandles med typisk blot én dosis, men dosis bør ikke være så høj, at myxødem opstår i for mange tilfælde.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes anvendelig i kvalitetsforbedringsarbejdet, og det anbefales, at udviklingsmålet sættes til <15%.

Indikator 3: Myxødem – Forhøjet TSH (TRAb-negative)

Rationale for indikatoren: At se på balancen mellem at opnå en tilfredsstillende effekt af behandlingen og samtidigt undgå at en for stor andel af patienterne overbestråles.

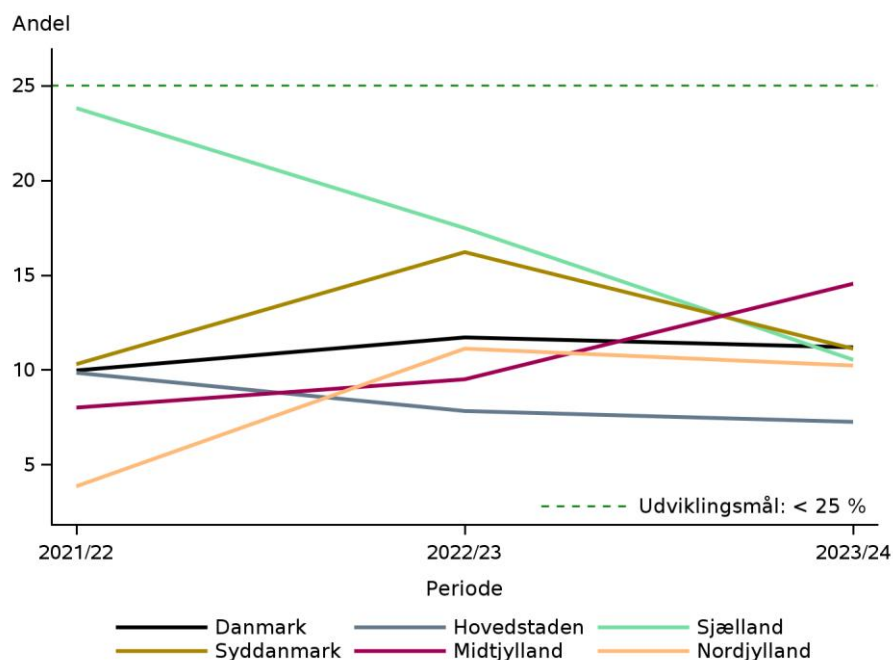
Nævner: Alle patienter i 'radiojodpopulationen' med toksisk nodøs struma defineret ved en thyrotoksikose-diagnose, der har udelukkende negativ TRAb-værdi, eller hvor TRAb ikke er målt, indenfor 10 år før radiojodbehandling.

Tæller: Alle patienter i nævner der udvikler myxødem målt ved 2 forhøjede TSH-værdier (≥ 5) i blodet eller indløsning af levothyroxin 6-12 mdr. efter radiojodbehandling

Eksklusion: Patienter med ny radiojodbehandling indenfor 0-2 mdr. efter radiojodbehandling.

Udviklingsmål: <25%

Indikator 3: Andelen af radiojodpatienter med en negativ TRAb-værdi, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Andelen af radiojodpatienter med en negativ TRAb-værdi, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 25%	Tæller/	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23		2021/22
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	142 / 1.270	11	(9-13)	149 / 1.273	12	10
Hovedstaden	Ja	20 / 276	7	(4-11)	19 / 243	8	10
Sjælland	Ja	12 / 114	11	(6-18)	18 / 103	17	24
Syddanmark	Ja	39 / 351	11	(8-15)	53 / 327	16	10
Midtjylland	Ja	57 / 392	15	(11-18)	45 / 474	9	8
Nordjylland	Ja	14 / 137	10	(6-17)	14 / 126	11	4
Hovedstaden	Ja	20 / 276	7	(4-11)	19 / 243	8	10
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	5 / 72	7	(2-15)	4 / 57	7	22
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	##	4	(0-13)	5 / 43	12	8
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	6 / 42	14	(5-29)	3 / 40	8	22
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	5 / 81	6	(2-14)	##	2	5
Rigshospitalet	Ja	##	7	(1-23)	6 / 40	15	0
Sjælland	Ja	12 / 114	11	(6-18)	18 / 103	17	24
Holbæk Sygehus	Ja	5 / 45	11	(4-24)	8 / 43	19	50
Sjællands Universitetshospital	Ja	7 / 69	10	(4-20)	10 / 60	17	13
Syddanmark	Ja	39 / 351	11	(8-15)	53 / 327	16	10
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	3 / 74	4	(1-11)	6 / 84	7	7
Odense Universitetshospital	Ja	8 / 105	8	(3-14)	22 / 99	22	5
Sygehus Lillebælt	Ja	23 / 119	19	(13-28)	17 / 106	16	26
Sygehus Sønderjylland	Ja	5 / 53	9	(3-21)	8 / 38	21	0
Midtjylland	Ja	57 / 392	15	(11-18)	45 / 474	9	8
Aarhus Universitetshospital	Ja	5 / 36	14	(5-29)	5 / 41	12	10
Hospitalsenhed Midt	Ja	10 / 63	16	(8-27)	12 / 110	11	8
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	16 / 128	13	(7-20)	11 / 130	8	10
Regionshospitalet Horsens	Ja	13 / 67	19	(11-31)	11 / 82	13	11
Regionshospitalet Randers	Ja	13 / 98	13	(7-22)	5 / 104	5	11
Nordjylland	Ja	14 / 137	10	(6-17)	14 / 126	11	4
Aalborg Universitetshospital	Ja	14 / 137	10	(6-17)	14 / 126	11	4

Kommentar til indikator 3

Datagrundlag

Indikator 3 angiver andelen af radiojodpatienter med indikation på struma, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling. Indikatoren baserer sig på registreringer i LPR, LABKA og LSR, og opgøres (via en algoritme) til ansvarlig afdeling.

Indikatoren er modificeret i forhold til sidste år, idet tidsvinduet for TRAb-måling er udvidet til 10 år tilbage i tid. Hvis der ikke foreligger nogen TRAb-måling indenfor de 10 år, vurderes sandsynligheden for Graves' sygdom som værende meget lille, og patienten indgår derfor i indikator 3. I år er data desuden opdelt i atoksisk nodøs struma (normalt TSH) og subtoksisk/thyrotoksisk nodøs struma (nedsat TSH), hhv. opgørelse 3a og 3b.

Tidsforskydning: Opgørelsesperioden for TSH-måling og indløsning af medicin er forskudt 12 mdr. for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har modtaget radiojodbehandling.

Resultater

Andelen af patienter med negativ TRAb-værdi, der udvikler myxødem indenfor 6-12 måneder efter radiojodbehandling, er i aktuelle år på 11% (95 % CI: 9-13 %), varierende fra 7% i Region Hovedstaden til 15% i Region Midtjylland.

Variationen i antallet af patienter på de enkelte enheder, som udvikler myxødem efter radiojod-behandling, er relativ stor. Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

- Overordnet er udviklingsmålet for indikatoren opfyldt ved alle behandlende centre.
- Resultaterne er generelt bedre sammenlignet med lignende opgørelser fra andre lande.
- "Stofskifteforeningen" (patientforeningen) anfører, at indikatoren er brugbar for patienterne i forbindelse med information og rådgivning.
- Radiojodbehandling af TRAb-negative patienter afspejler, at behandlingen gives for nodøs struma. Manglende opnåelse af udviklingsmålet er udtryk for, at dosis af radiojod er for høj, hvorved normalt fungerende ikke-knude væv i skjoldbruskkirtlen bestråles for meget og tager varig skade. I givet fald bør ændring af dosisregimerne for radiojod overvejes.

- Det skal bemærkes, at indikator 2 og indikator 3 er hinandens modsætninger. Dvs., at konsekvensen af at opfylde udviklingsmålet for indikator 2 kan være, at udviklingsmålet for indikator 3 ikke opfyldes. Dosis af radiojod bør derfor balanceres, således at behandlingsmålet opnås efter blot én behandling, men dosis bør ikke være så høj, at myxødem opstår i for mange tilfælde.
- Begrebet "nodøs struma" dækker over hhv. atoksisk, subtoksisk og thyrotoksisk nodøs struma. Mange patienter vil med såkaldt subklinisk/mild thyrotoksikose (hvor kun TSH er nedsat og selve thyroideahormonerne er normale) behandles med radiojod med det formål at korrigere funktionsforstyrrelsen fremfor at opnå strumareduktion. Disse patienter diagnosekodes ved mange centre med DE041 eller DE042 (dvs. atoksisk nodøs struma), selvom thyroideasygdommen primært er af funktionel karakter. Normalt stofskifte kan i sådanne tilfælde typisk opnås med en relativ lav radiojod-dosis, fx 200 MBq. Ved atoksisk struma er formålet med radiojodbehandlingen at reducere størrelsen af strumaen, dvs. at en større mængde thyroidea-væv ønskes destrueret, med et tilsvarende behov for en større radiojod-dosis. Selvom atoksisk og (sub)toksisk nodøs struma i mange henseender er den samme sygdom, er formålet med radiojodbehandlingen således ofte forskelligt ved de to tilstande. I gruppen af patienter kodet med DE041 eller DE042 vil det derfor være vanskeligt at skelne mellem patienter behandlet for et funktionsproblem og patienter behandlet for et strumaproblem. Denne problematik er forsøgt løst ved at stratificere nævneren i henhold til TSH før radiojodbehandlingen, dvs. normalt TSH (3a) og nedsat TSH (3b).
- Det ses, at enkelte centre ikke opnår udviklingsmålet på 25% for indikator 3a. Der kan dog argumenteres for, at udviklingsmålet for denne undergruppe med atoksisk nodøs struma sættes højere end 25%, idet alternativet til radiojod være kirurgisk fjernelse af skjoldbruskkirtlen, hvor myxødem-risikoen er 100%.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er anvendelig i kvalitetsforbedringsarbejdet, og det anbefales, at indikatoren i sin nuværende form. Udviklingsmålet for indikator 3 sænkes til <20%.

Indikator 3a: Andelen af radiojodpatienter med indikation atoksisk nodøs struma, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	< 30%	Tæller/ nævner	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	58 / 314	18	(14-23)	70 / 352	20
Hovedstaden	Ja	9 / 84	11	(5-19)	11 / 67	16
Sjælland	Ja	4 / 18	22	(6-48)	6 / 20	30
Syddanmark	Ja	13 / 87	15	(8-24)	21 / 95	22
Midtjylland	Ja	24 / 86	28	(19-39)	22 / 124	18
Nordjylland	Ja	8 / 39	21	(9-36)	10 / 46	22
Hovedstaden	Ja	9 / 84	11	(5-19)	11 / 67	16
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	3 / 24	13	(3-32)	##	13
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	##	11	(1-35)	##	17
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	##	14	(0-58)	##	22
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	##	8	(1-25)	##	8
Rigshospitalet	Ja	##	11	(0-48)	4 / 15	27
Sjælland	Ja	4 / 18	22	(6-48)	6 / 20	30
Holbæk Sygehus	Nej	##	67	(9-99)	4 / 8	50
Sjællands Universitetshospital	Ja	##	13	(2-40)	##	17
Syddanmark	Ja	13 / 87	15	(8-24)	21 / 95	22
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	0 / 14	0	(0-23)	##	8
Odense Universitetshospital	Ja	3 / 29	10	(2-27)	14 / 40	35
Sygehus Lillebælt	Ja	9 / 41	22	(11-38)	4 / 35	11
Sygehus Sønderjylland	Nej	##	33	(1-91)	##	29
Midtjylland	Ja	24 / 86	28	(19-39)	22 / 124	18
Aarhus Universitetshospital	Ja	##	25	(3-65)	3 / 13	23
Hospitalsenhed Midt	Ja	5 / 21	24	(8-47)	6 / 34	18
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	6 / 18	33	(13-59)	3 / 25	12
Regionshospitalet Horsens	Ja	4 / 16	25	(7-52)	6 / 24	25
Regionshospitalet Randers	Nej	7 / 23	30	(13-53)	3 / 24	13
Nordjylland	Ja	8 / 39	21	(9-36)	10 / 46	22
Aalborg Universitetshospital	Ja	8 / 39	21	(9-36)	10 / 46	22

Indikator 3b: Andelen af radiojodpatienter med indikation på subklinisk/manifest toksisk nodøs struma, der udvikler myxødem indenfor 6-12 mdr. efter radiojodbehandling

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	< 20%	Tæller/	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	84 / 956	9	(7-11)	79 / 921	9
Hovedstaden	Ja	11 / 192	6	(3-10)	8 / 176	5
Sjælland	Ja	8 / 96	8	(4-16)	12 / 83	14
Syddanmark	Ja	26 / 264	10	(7-14)	32 / 232	14
Midtjylland	Ja	33 / 306	11	(8-15)	23 / 350	7
Nordjylland	Ja	6 / 98	6	(2-13)	4 / 80	5
Hovedstaden	Ja	11 / 192	6	(3-10)	8 / 176	5
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	##	4	(1-14)	##	5
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital	Ja	0 / 34	0	(0-10)	3 / 31	10
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	5 / 35	14	(5-30)	##	3
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	3 / 55	5	(1-15)	0 / 44	0
Rigshospitalet	Ja	##	5	(0-25)	##	8
Sjælland	Ja	8 / 96	8	(4-16)	12 / 83	14
Holbæk Sygehus	Ja	3 / 42	7	(1-19)	4 / 35	11
Sjællands Universitetshospital	Ja	5 / 54	9	(3-20)	8 / 48	17
Syddanmark	Ja	26 / 264	10	(7-14)	32 / 232	14
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	3 / 60	5	(1-14)	5 / 71	7
Odense Universitetshospital	Ja	5 / 76	7	(2-15)	8 / 59	14
Sygehus Lillebælt	Ja	14 / 78	18	(10-28)	13 / 71	18
Sygehus Sønderjylland	Ja	4 / 50	8	(2-19)	6 / 31	19
Midtjylland	Ja	33 / 306	11	(8-15)	23 / 350	7
Aarhus Universitetshospital	Ja	3 / 28	11	(2-28)	##	7
Hospitalsenhed Midt	Ja	5 / 42	12	(4-26)	6 / 76	8
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	10 / 110	9	(4-16)	8 / 105	8
Regionshospitalet Horsens	Ja	9 / 51	18	(8-31)	5 / 58	9
Regionshospitalet Randers	Ja	6 / 75	8	(3-17)	##	3
Nordjylland	Ja	6 / 98	6	(2-13)	4 / 80	5
Aalborg Universitetshospital	Ja	6 / 98	6	(2-13)	4 / 80	5

Indikator 4: Opfølgende medicinsk behandling pga. myxødem

KAN IKKE OPGØRES: Ny OPFØLGNINGSTID 5 ÅR

Kirurgisk behandling

I det følgende afsnit præsenteres resultaterne for den kirurgiske population, der er dannet ud af patienter med en benign thyroideasygdom, som har gennemgået operation på skjoldbruskkirtlen.

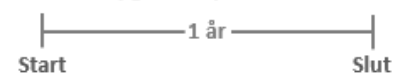
I nedenstående tabel ses karakteristika for kirurgi-populationen. Også her ses en klar overvægt af kirurgiske indgreb blandt kvinder og en aldersmedian på 57 år (95 % CI: 46 – 67 år). Tabellen viser også at incidensen af kirurgiske indgreb for benign thyroideasygdom varierer en del fra region til region, med lavest incidens i Region Hovedstaden (28 pr 100.000) og højest i Region Midtjylland (49 pr 100.000).

Minimalt invasive teknikker med laserablation (KBAA21), radiofrekventablation (KBAA22) og Ethanolablation (KBAA24) vil fremover blive vurderet selvstændigt og trukket ud af kirurgipopulationen. Indikator 6, 7 og 8 er relevant for minimal invasive teknikker.

	Danmark	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antal (%)	1.753 (100)	436 (100)	229 (100)	387 (100)	546 (100)	155 (100)
Køn (%)						
Kvinde	1.364 (78)	336 (77)	192 (84)	294 (76)	428 (78)	114 (74)
Mand	389 (22)	100 (23)	37 (16)	93 (24)	118 (22)	41 (26)
Alder						
Median (IQR)	57 (46-67)	57 (44-66)	57 (46-67)	57 (45-67)	56 (46-67)	59 (50-68)
Procedurekode						
KBAA20	42 (2)	# (0)	0 (0)	22 (6)	14 (3)	5 (3)
KBAA20A	5 (0)	0 (0)	0 (0)	# (1)	3 (1)	0 (0)
KBAA22	33 (2)	8 (2)	8 (3)	0 (0)	17 (3)	0 (0)
KBAA24	112 (6)	38 (9)	26 (11)	0 (0)	48 (9)	0 (0)
KBAA30	76 (4)	10 (2)	16 (7)	27 (7)	22 (4)	# (1)
KBAA40	944 (54)	243 (56)	69 (30)	241 (62)	277 (51)	114 (74)
KBAA40A	124 (7)	46 (11)	35 (15)	9 (2)	30 (5)	4 (3)
KBAA43	53 (3)	11 (3)	5 (2)	8 (2)	21 (4)	8 (5)
KBAA43A	14 (1)	9 (2)	4 (2)	# (0)	0 (0)	0 (0)
KBAA60	318 (18)	64 (15)	55 (24)	73 (19)	108 (20)	18 (12)
KBAA60A	32 (2)	6 (1)	11 (5)	4 (1)	6 (1)	5 (3)
Incidens						
Antal borgere på mindst 18 år	4.860.681	1.568.680	696.655	1.005.601	1.106.152	483.593
Incidens pr. 100.000	36	28	33	38	49	32

OBS data for opgørelsesperiode kan kun trækkes fra 01.06.2022 og frem

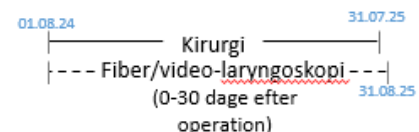
Opgørelsesperiode



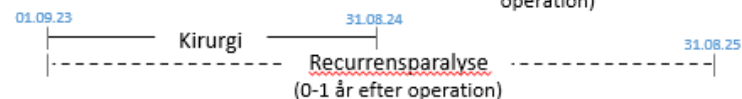
INDIKATORER

KIRURGI

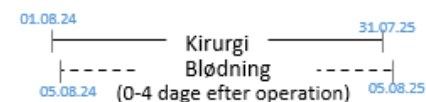
Indikator 5: Fiber/video-laryngoskopi



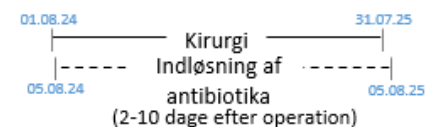
Indikator 6: Reccurensparalyse



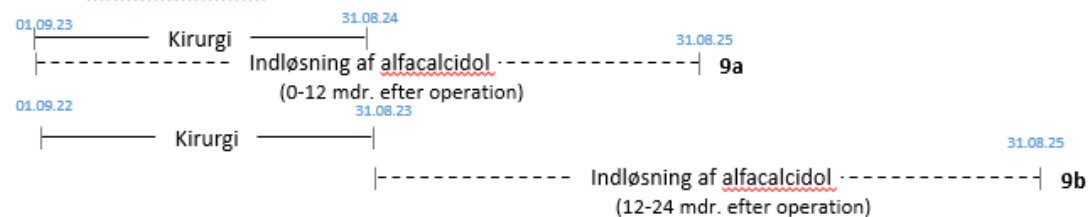
Indikator 7: Postoperativ blødning



Indikator 8: Postoperativt antibiotikaforbrug



Indikator 9a: Postoperativt alfacalcidolforbrug



FORKORTELSER:

Kirurgi = operation på skjoldbruskkirtlen
 min. = minimum
 mdr. = måneder

TEGNFORKLARING:

———— = nævner (indikatorpopulation)
 - - - - - = tæller

Indikator 5: Andelen af kirurgiske patienter der får foretaget en fiber/video-laryngoskopi 0-30 dage efter operationen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	> 95%	Tæller/	01.08.2024 - 31.07.2025		2023/24		2022/23
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.330 / 1.532	87	(85-88)	1.449 / 1.637	89	74
Hovedstaden	Nej	286 / 380	75	(71-80)	339 / 448	76	40
Sjælland	Nej	153 / 179	85	(79-90)	137 / 148	93	99
Syddanmark	Nej	316 / 360	88	(84-91)	351 / 376	93	79
Midtjylland	Nej	423 / 459	92	(89-94)	452 / 494	91	90
Nordjylland	Ja	152 / 154	99	(95-100)	170 / 171	99	95
Hovedstaden	Nej	286 / 380	75	(71-80)	339 / 448	76	40
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	56 / 107	52	(42-62)	58 / 126	46	67
Rigshospitalet	Nej	230 / 273	84	(79-88)	281 / 322	87	29
Sjælland	Nej	153 / 179	85	(79-90)	137 / 148	93	99
Sjællands Universitetshospital	Nej	153 / 179	85	(79-90)	137 / 148	93	99
Syddanmark	Nej	316 / 360	88	(84-91)	351 / 376	93	79
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	104 / 105	99	(95-100)	101 / 102	99	99
Odense Universitetshospital	Nej	161 / 193	83	(77-88)	211 / 221	95	66
Sygehus Sønderjylland	Nej	51 / 62	82	(70-91)	39 / 53	74	94
Midtjylland	Nej	423 / 459	92	(89-94)	452 / 494	91	90
Aarhus Universitetshospital	Nej	306 / 330	93	(89-95)	334 / 369	91	89
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	117 / 128	91	(85-96)	118 / 125	94	92
Regionshospitalet Randers	Nej	0 / 1	0	(0-98)			
Nordjylland	Ja	152 / 154	99	(95-100)	170 / 171	99	95
Aalborg Universitetshospital	Ja	152 / 154	99	(95-100)	170 / 171	99	95

Kommentar til indikator 5

Datagrundlag

Indikator 5 angiver andelen af kirurgiske patienter, der får foretaget en fiber-/video-laryngoskopi senest en måned efter operationen. Indikatoren beregnes ud fra registreringer i LPR. I år er tre diagnoser (KBAA22, KBAA24 og KBAA30) ekskluderet fra nævnerpopulationen.

Opgørelsesperioden for fiberskopi er forskudt én måned for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation på skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter på landsplan, der har fået foretaget en fiber/video-laryngoskopi 0-30 dage efter operation, er i aktuelle år på 87% (95 % CI: 85-88 %), varierende fra 75% i Region Hovedstaden til 99% i Region Nordjylland. Det er stor regional variation. Der er nedgang i opnåelse af kvalitetsmålet i Region Sjælland og Region Syddanmark.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Stemmegener er en hyppig følge af thyroideakirurgi i uger til måneder efter operation og kan påvirke patienternes livskvalitet negativt. Generne forårsages af multiple faktorer, såsom postoperativ stramning af prætrakealmuskulatur, skader på ét eller begge stemmebånd ved intubationen, påvirkning af n. laryngeus superior eller n. laryngeus recurrens.

For at skelne mellem ovenstående årsagsfaktorer, og give mulighed for tidlig intervention i form af laryngologisk/foniatrisk behandling, anbefaler styregruppen, at der foretages en diagnostisk fiber-/videolaryngoskopisk undersøgelse af endolarynx og dermed stemmebåndenes overflade, bevægelighed og funktion inden for én måned efter operation. Fiberlaryngoskopi har vist højere sensitivitet fremfor en simpel spejlundersøgelse (indirekte laryngoskopi) (sensitivitet 88% vs. 67%), da man får et meget bedre overblik.

- Indikatoren er fortsat kun opfyldt i Region Nordjylland og på Esbjerg sygehus.
- I region Øst er det formentligt fortsat et registreringsproblem (SP), selvom der er gjort stor indsats for at øge procenten. Formentlig er der også et registreringsproblem i de øvrige regioner, hvor kvalitetsmålet ikke er opnået. På Rigshospitalet er der lavet audit, hvor det reelle tal er 97%.
- Vi vedtog i kirurgigruppen sidste år, at isthmus-resektioner (KBAA30) skal ekskluderes fra nævneren, da recurrenspareser er meget sjældne (1:1000). Det er således ikke standard at fiberskopere efter isthmus resektioner. Derfor er fiberskopiprocenten en smule højere, hvis isthmusresektionerne fratrækkes.

Vurdering af indikatoren

Mindre relevant indikator, når der er vedvarende registreringsproblemer. Men man må vurdere, om indikatoren skal persistere, hvis tallene ikke viser den sande fiberskopi-hyppighed.

Indikator 6: Stemmebåndslammelse

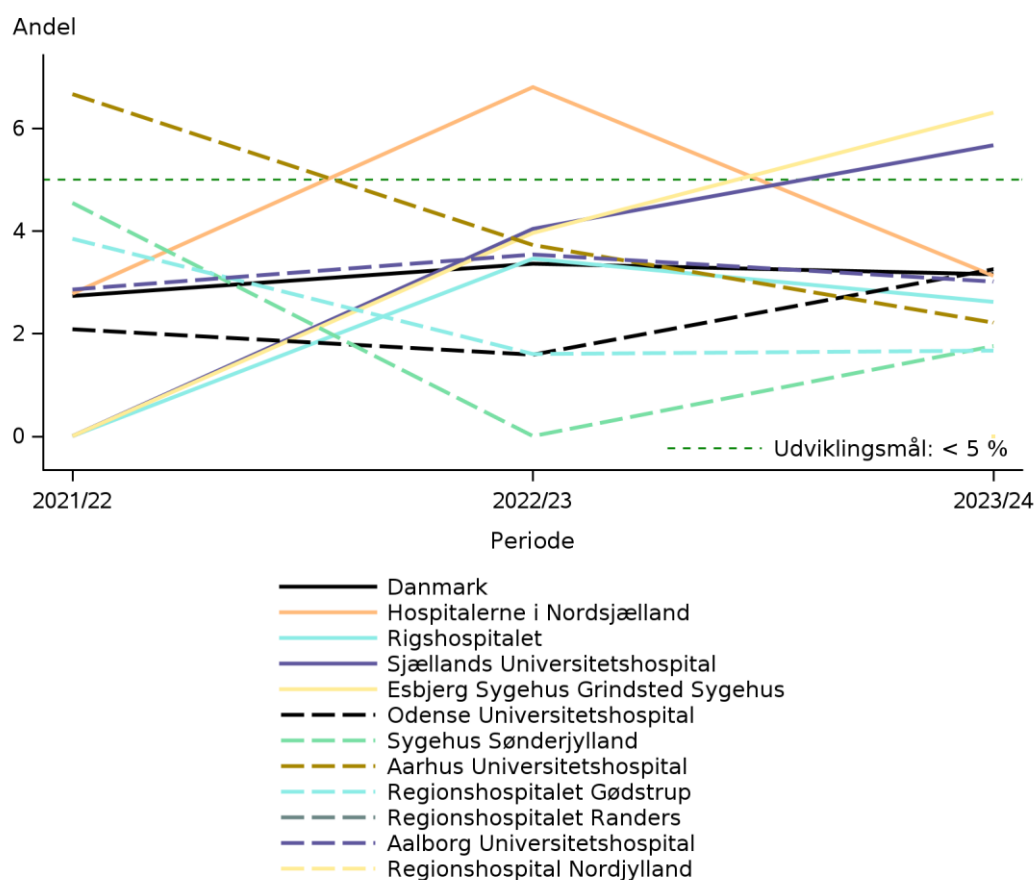
Rationale for indikatoren: Stemmebåndslammelse er den vigtigste komplikation til thyroideakirurgi.

Nævner: Alle patienter der indgår i kirurgi-populationen

Tæller: Alle patienter i nævner der har fået registreret stemmebåndslammelse i perioden fra operationsdatoen og senest 1 år herefter

Udviklingsmål: <5%

Indikator 6: Andelen af kirurgiske patienter, som ikke tidligere har fået påvist stemmebåndslammelse, der postoperativt får påvist midlertidig eller permanente gener indenfor 1 år efter operationen. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 6: Andelen af kirurgiske patienter, som ikke tidligere har fået påvist stemmebåndslammelse, der postoperativt får påvist midlertidig eller permanent stemmebåndslammelse indenfor 1 år efter operationen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 5%	Tæller/	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23		2021/22
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	56 / 1.775	3	(2-4)	62 / 1.845	3	3
Hovedstaden	Ja	13 / 472	3	(1-5)	23 / 523	4	1
Sjælland	Nej	11 / 194	6	(3-10)	8 / 198	4	0
Syddanmark	Ja	16 / 414	4	(2-6)	8 / 424	2	2
Midtjylland	Ja	11 / 528	2	(1-4)	15 / 474	3	6
Nordjylland	Ja	5 / 167	3	(1-7)	8 / 226	4	3
Hovedstaden	Ja	13 / 472	3	(1-5)	23 / 523	4	1
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	4 / 128	3	(1-8)	10 / 147	7	3
Rigshospitalet	Ja	9 / 344	3	(1-5)	13 / 376	3	0
Sjælland	Nej	11 / 194	6	(3-10)	8 / 198	4	0
Sjællands Universitetshospital	Nej	11 / 194	6	(3-10)	8 / 198	4	0
Syddanmark	Ja	16 / 414	4	(2-6)	8 / 424	2	2
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Nej	7 / 111	6	(3-13)	4 / 101	4	0
Odense Universitetshospital	Ja	8 / 246	3	(1-6)	4 / 252	2	2
Sygehus Sønderjylland	Ja	##	2	(0-9)	0 / 71	0	5
Midtjylland	Ja	11 / 528	2	(1-4)	15 / 474	3	6
Aarhus Universitetshospital	Ja	9 / 407	2	(1-4)	13 / 349	4	7
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	##	2	(0-6)	##	2	4
Regionshospitalet Randers	Ja	##	0	(0-98)			
Nordjylland	Ja	5 / 167	3	(1-7)	8 / 226	4	3
Aalborg Universitetshospital	Ja	5 / 166	3	(1-7)	8 / 226	4	3
Regionshospital Nordjylland	Ja	##	0	(0-98)			

Kommentar til indikator 6

Datagrundlag

Indikator 6 angiver andelen af kirurgiske patienter, som ikke tidligere har fået påvist stemmebåndslammelse, der postoperativt får påvist midlertidig eller permanent stemmebåndslammelse indenfor 1 år efter operationen. Indikatoren opgøres ved registreringer i LPR.

I denne årsrapport blev det bestemt at ændre recurrensparalyse til stemmebåndslammelse, pga kodeudfordringer af parese og paralyse.

Opgørelsesperioden er forskudt ét år for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation på skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter, der postoperativt får påvist midlertidige eller permanente stemmebåndslammelse indenfor 1 år efter operationen, er i aktuelle år på 3% (95 % CI: 2 - 4 %), varierende fra 2% i Region Midtjylland til 6% i Region Sjælland.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Stemmebåndslammelse er den vigtigste komplikation til thyroideakirurgi.

Resultaterne indikerer, at der fortsat er en lav forekomst af stemmebåndslammelse efter benign thyroideakirurgi på 3% for hele landet. Eneste region som ligger over udviklingsmålet på 5% er Region Sjælland med forekomst på 6% (95%CI: 3-10%). Sidste år lå Region Sjælland dog under udviklingsmålet med 4%.

Esbjerg har foretaget audit på sine resultater. Efter gennemgang er der er klinisk vurderet 4 fuldstændige recurrensparalyser (3,8%) ud af 105 operationer. Derudover findes 3 patienter, der efterfølgende har nogen stemmepåvirkning, men klinisk ikke paralyse ved afsluttende kontrol. Der forestår endnu et arbejde med om kodning i perioden dækket af årsrapporten. Fremadrettet er det desuden herefter besluttet, at det kun er læge fra det lokale "thyreodea-team", der tager den endelige vurdering mht. korrekt anvendelse af de anførte koder. Metoden til vurdering af stemmebåndslammelse undervurderer dog den sande hyppighed af pareser, da ikke alle patienter med stemmebåndslammelse får en diagnosekode.

Tidligere danske opgørelser har vist at 1,3% får permanent recurrensparalyse per recurrensnerve i risiko for at blive beskadiget (Risk factors for recurrent nerve palsy after thyroid surgery: a national study of patients treated at Danish departments of ENT surgery. Godballe et al 2014). Dvs at risikoen er dobbelt så høj for stemmebåndsparese ved totalthyroidektomi, som ved hemithyroidektomi. Dette er der ikke taget højde for i denne opgørelse.

De midlertidige stemmebåndspareser er tidligere vist at ligge på ca. 5% i Danmark.

Den nyindførte kode DJ380C2 "tidligere postoperativ recurrensparalyse ikke længere tilstede" blev kun kodet 3 gange ud af de 59 patienter som fik recurrensparalyse. Dette er formentlig en kraftig underrapportering, da der i tidligere opgørelser ses, at over halvdelen af patienter, som fik recurrensparalyse efter kirurgi var normaliseret inden for 6 måneder. Der forestår således en indsats for at gøre kollegerne i Danmark opmærksom på de nye koder. Af samme grund har vi besluttet at kalde det stemmebåndslammelse i indikatoren.

Koder som følger ved recurrensparalyse:

- Patient med recurrensparalyse før kirurgi: Giv koden **DJ380B (Paralyse af stemmebånd)**
- Patient med recurrensparalyse efter thyroideakirurgi: Giv koden **DJ380C (Paralyse af stemmebånd efter kirurgisk indgreb)** umiddelbart efter operationen

Patient som ved kontrol >6 måneder efter thyroideakirurgi fortsat har recurrensparalyse skal supplerende kodes med **DJ380C1 (Permanent paralyse af stemmebånd efter kirurgisk indgreb)** eller **DJ380C2 (Tidligere postoperativ recurrensparalyse ikke længere tilstede)**.

Ved at følge ovenstående kan vi monitorere midlertidige såvel som permanente recurrensparalyser.

En asymmetrisk bevægelse med efterslæb af det ene stemmebånd defineres som recurrensparese og skal ikke medtages i registreringen af postoperativ recurrensparalyse, men kan fortsat med fordel henvises til foniatrisk vurdering.

Indikator 6: Hvilke diagnosekoder har patienterne i tælleren?

The FREQ Procedure

RecurrensParalyse_DiagKode	Frequency	Percent	Cumulative Frequency	Cumulative Percent
DJ380 - Paralyse af stemmebånd eller struben	21	37.50	21	37.50
DJ380A - Ikke-traumatisk nervus recurrens parese	4	7.14	25	44.64
DJ380B - Paralyse af stemmebånd	8	14.29	33	58.93
DJ380C - Paralyse af stemmebånd efter kirurgisk indgreb	20	35.71	53	94.64
DJ380C2 - Paralyse af stemmebånd efter kirurgisk indgreb i regression	3	5.36	56	100.00

Indikator 7: Postoperativ blødning

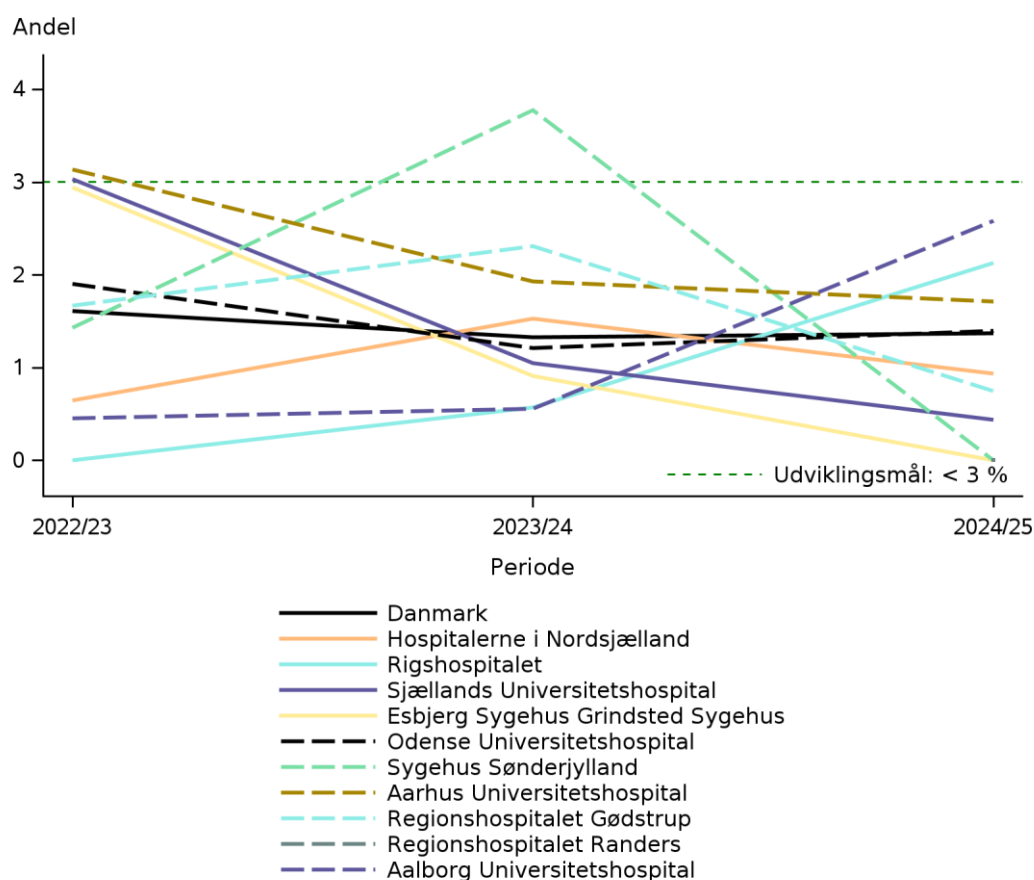
Rationale for indikatoren: Indikatoren er vigtig for at holde et vedvarende fokus på raten af operationskrævende efterblødninger efter benign thyroideakirurgi. Ved at have en lav frekvens sikres bedst mulige standard for patienten, da en postoperativ blødning kan være risikabel for patienten både pga. potentiel masseffekt af blodansamlingen på luftvejene, risikoen forbundet med ny og akut anæstesi, samt potentiel øget risiko for infektion og påvirkning af recurrensnerven ved fornyet intervention.

Nævner: Alle patienter der indgår i kirurgi-populationen

Tæller: Alle patienter i nævner der har operationskrævende blødning 0-4 dage efter operationen.

Udviklingsmål: <5%

Indikator 7: Andelen af kirurgiske patienter der får blødning <= 4 dage efter operationen. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 7: Andelen af kirurgiske patienter der får blødning ≤ 4 dage efter operationen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 3%	Tæller/	01.08.2024 - 31.07.2025		2023/24		2022/23
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	24 / 1.753	1	(1-2)	24 / 1.810	1	2
Hovedstaden	Ja	8 / 436	2	(1-4)	4 / 482	1	0
Sjælland	Ja	##	0	(0-2)	##	1	3
Syddanmark	Ja	3 / 387	1	(0-2)	6 / 411	1	2
Midtjylland	Ja	8 / 546	1	(1-3)	11 / 545	2	3
Nordjylland	Ja	4 / 155	3	(1-6)	##	1	0
Hovedstaden	Ja	8 / 436	2	(1-4)	4 / 482	1	0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	##	1	(0-5)	##	2	1
Rigshospitalet	Ja	7 / 329	2	(1-4)	##	1	0
Sjælland	Ja	##	0	(0-2)	##	1	3
Sjællands Universitetshospital	Ja	##	0	(0-2)	##	1	3
Syddanmark	Ja	3 / 387	1	(0-2)	6 / 411	1	2
Esbjerg Sygehus Grindsted	Ja	0 / 108	0	(0-3)	##	1	3
Sygehus							
Odense Universitetshospital	Ja	3 / 215	1	(0-4)	3 / 248	1	2
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 64	0	(0-6)	##	4	1
Midtjylland	Ja	8 / 546	1	(1-3)	11 / 545	2	3
Aarhus Universitetshospital	Ja	7 / 409	2	(1-3)	8 / 415	2	3
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	##	1	(0-4)	3 / 130	2	2
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 3	0	(0-71)			
Nordjylland	Ja	4 / 155	3	(1-6)	##	1	0
Aalborg Universitetshospital	Ja	4 / 155	3	(1-6)	##	1	0

Kommentar til indikator 7

Datagrundlag

Indikator 7 angiver andelen af kirurgiske patienter der får operationskrævende blødning 0-4 dage efter operationen. Indikatoren opgøres ved registreringer i LPR.

Opgørelsesperioden for operationskrævende blødning er forskudt 4 dage for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation på skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter, der får operationskrævende blødning ≤ 4 dage efter operation, er i aktuelle år på 1% (95 % CI: 1-2 %) på landsplan, varierende fra 0% i Region Sjælland til 3% i Region Nordjylland.

Alle regioner ligger under udviklingsmålet, og målet har været opfyldt siden THYDAs oprettelse.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Resultaterne af denne indikator er tilfredsstillende for hele landet, hvor alle regioner er under udviklingsmålet på 3%. Lav efterblødningsfrekvens er vigtigt, da det hænger sammen med god hæmostase under operationen, som mindsker risikoen for recurrensparese og parathyroidea-problemer.

En minimering af behovet for hæmostase-operationer er vigtigt i betragtning af, at flere og flere hospitaler i Danmark udfører benign thyroideakirurgi som dagkirurgi. Et stort hæmatom efter thyroideaoperation kan være fatalt, hvis det opstår i hjemmet, og hæmatomet ikke dræneres i tide.

Tidligere nationalt dansk studie fra 2009 har vist blødningsfrekvens på 4,6% (Post-thyroidectomy hemorrhage: a national study of patients treated at the danish departments of ENT surgery. Godballe et al). Siden da er det blevet mere almindeligt at benytte forskellige hæmostase-sakse (Ligasure, Harmonic o.lign), som både kan brænde og klippe samtidig, og dermed mindske risikoen for efterblødning.

Der er en risiko for, at den lave frekvens på 1% (1-2) skyldes en underrapportering, da kodningen af hæmostase-operationer er varierende på tværs af centrene.

Til næste år bliver KBAA22 og KBAA24 ekskluderet fra indikatoren.

Vurdering af indikatoren

Efterblødning er en vigtig komplikation at monitorere, og indikatoren bør fortsætte.

Indikator 8: Postoperativt antibiotikaforbrug

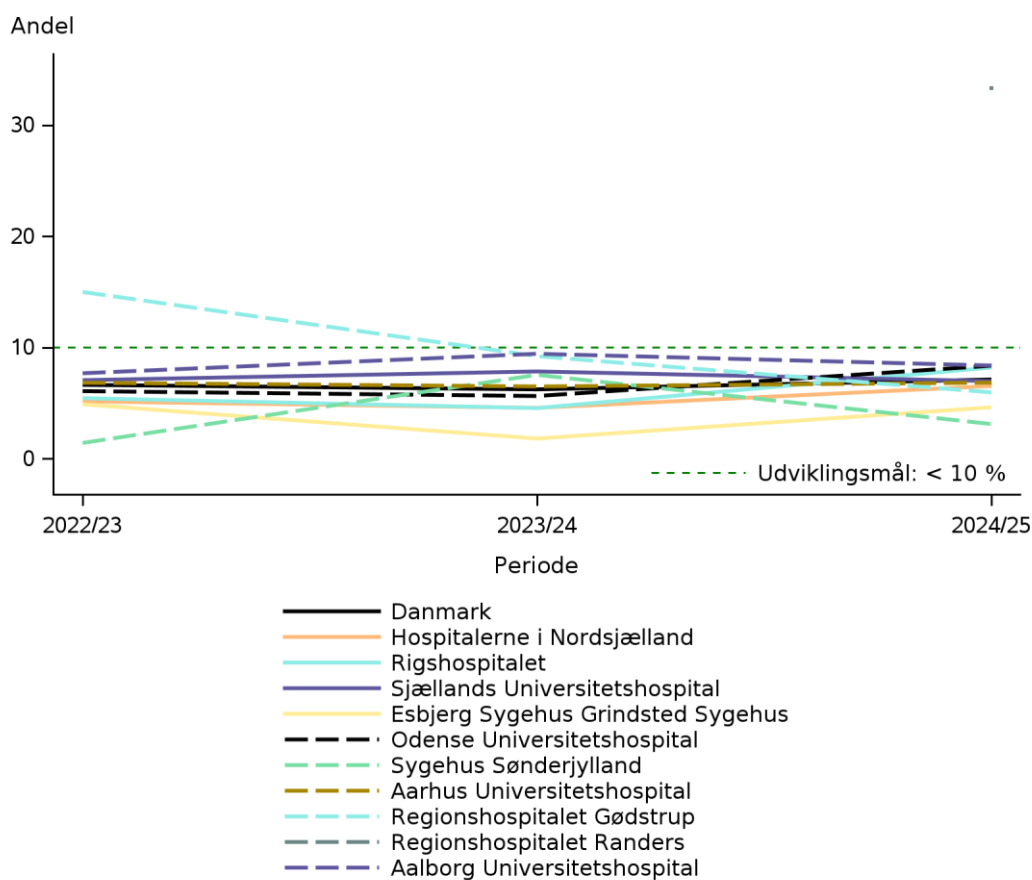
Rationale for indikatoren: Indikatoren er vigtig for monitoreringen af det postoperative antibiotikaforbrug.

Nævner: Alle patienter der indgår i kirurgi-populationen

Tæller: Alle patienter i nævner der indløser recept på antibiotika eller får antibiotika på hospitalet i perioden 2-10 dage efter operationen.

Udviklingsmål: <10%

Indikator 8: Andelen af kirurgiske patienter der får udskrevet antibiotika 2-10 dage efter operationen. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 8: Andelen af kirurgiske patienter der får udskrevet antibiotika 2-10 dage efter operationen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	< 10%	Tæller/	01.08.2024 - 31.07.2025		2023/24		2022/23
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	125 / 1.753	7	(6-8)	113 / 1.810	6	7
Hovedstaden	Ja	34 / 436	8	(5-11)	22 / 482	5	5
Sjælland	Ja	16 / 229	7	(4-11)	15 / 191	8	7
Syddanmark	Ja	25 / 387	6	(4-9)	20 / 411	5	5
Midtjylland	Ja	37 / 546	7	(5-9)	39 / 545	7	9
Nordjylland	Ja	13 / 155	8	(5-14)	17 / 181	9	8
Hovedstaden	Ja	34 / 436	8	(5-11)	22 / 482	5	5
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	7 / 107	7	(3-13)	6 / 131	5	5
Rigshospitalet	Ja	27 / 329	8	(5-12)	16 / 351	5	5
Sjælland	Ja	16 / 229	7	(4-11)	15 / 191	8	7
Sjællands Universitetshospital	Ja	16 / 229	7	(4-11)	15 / 191	8	7
Syddanmark	Ja	25 / 387	6	(4-9)	20 / 411	5	5
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	5 / 108	5	(2-10)	###	2	5
Odense Universitetshospital	Ja	18 / 215	8	(5-13)	14 / 248	6	6
Sygehus Sønderjylland	Ja	###	3	(0-11)	4 / 53	8	1
Midtjylland	Ja	37 / 546	7	(5-9)	39 / 545	7	9
Aarhus Universitetshospital	Ja	28 / 409	7	(5-10)	27 / 415	7	7
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	8 / 134	6	(3-11)	12 / 130	9	15
Regionshospitalet Randers	Nej	###	33	(1-91)			
Nordjylland	Ja	13 / 155	8	(5-14)	17 / 181	9	8
Aalborg Universitetshospital	Ja	13 / 155	8	(5-14)	17 / 180	9	8

Kommentar til indikator 8

Datagrundlag

Indikator 8 angiver andelen af kirurgiske patienter der får udskrevet antibiotika 2-10 dage efter operationen. Indikatoren opgøres ved registreringer i LPR. Indikatoren dette år er ændret i sammenligning med sidste år, der afspejlede antibiotikaforbrug 4-14 dage efter operationen. Opgørelsesperioden for indløsning af medicin er forskudt 10 dage for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation på skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter, der får udskrevet antibiotika 2-10 dage efter operationen, er i aktuelle år på 7% (95% CI: 6-8 %) på landsplan, varierende fra 6% i Region Syddanmark til 8% i Region Hovedstaden og Region Nordjylland. Alle regioner og afdelinger ligger under udviklingsmålet på 10%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er ændret fra at vurdere hvor mange patienter som får antibiotika dag 4-14 til dag 2-10. Dette har dog ikke ændret på andelen som får antibiotika, som var 6% sidste år til 7% i år på landsplan. Alle regioner ligger under udviklingsmålet på 10%. Resultatet er tilfredsstillende og giver ikke anledning til intervention.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren har den store begrænsning, at alle recept-udskrivelser af antibiotika inden for 10 dage efter thyroideaoperationen registreres. Det betyder, at også antibiotika til andre lidelser (blærebetændelse, tonsillitis, pneumoni, mm.) også indgår i denne indikator. Styregruppen har derfor bevidst sat udviklingsmålet højt (10%).

Variablen er vigtig for monitoreringen af vores postoperative antibiotikaforbrug. Vi må acceptere den nævnte usikkerhed, når vi ønsker at undgå manuel registrering. Til næste år opgøres en supplerende analyse, som monitorerer antal reoperationer for infektioner.

Variablen overvurderer formentligt, hvor mange infektioner som specifikt skyldes thyroideakirurgi. Selvom operationskrævende infektioner er sjældne efter thyroideaoperationer, er denne komplikation fortsat relevant at monitorere. Det er dog afgørende, at der benyttes de korrekte diagnosekoder, hvilket omfatter følgende:

- KBWB Reoperation ved overfladisk infektion efter operation på endokrinologisk organ
- KBWB00 Reoperation ved overfladisk infektion efter operation på endokrinologisk organ
- KBWC Reoperation ved dyb infektion efter operation på endokrinologisk organ
- KBWC00 Reoperation ved dyb infektion efter operation på endokrinologisk organ
- KDWC Reoperation ved dyb infektion efter operation øre, næse hals strubehoved
- KDWC00 Reoperation ved dyb infektion efter operation øre, næse hals strubehoved

Indikator 9a: Postoperativt alfacalcidolforbrug

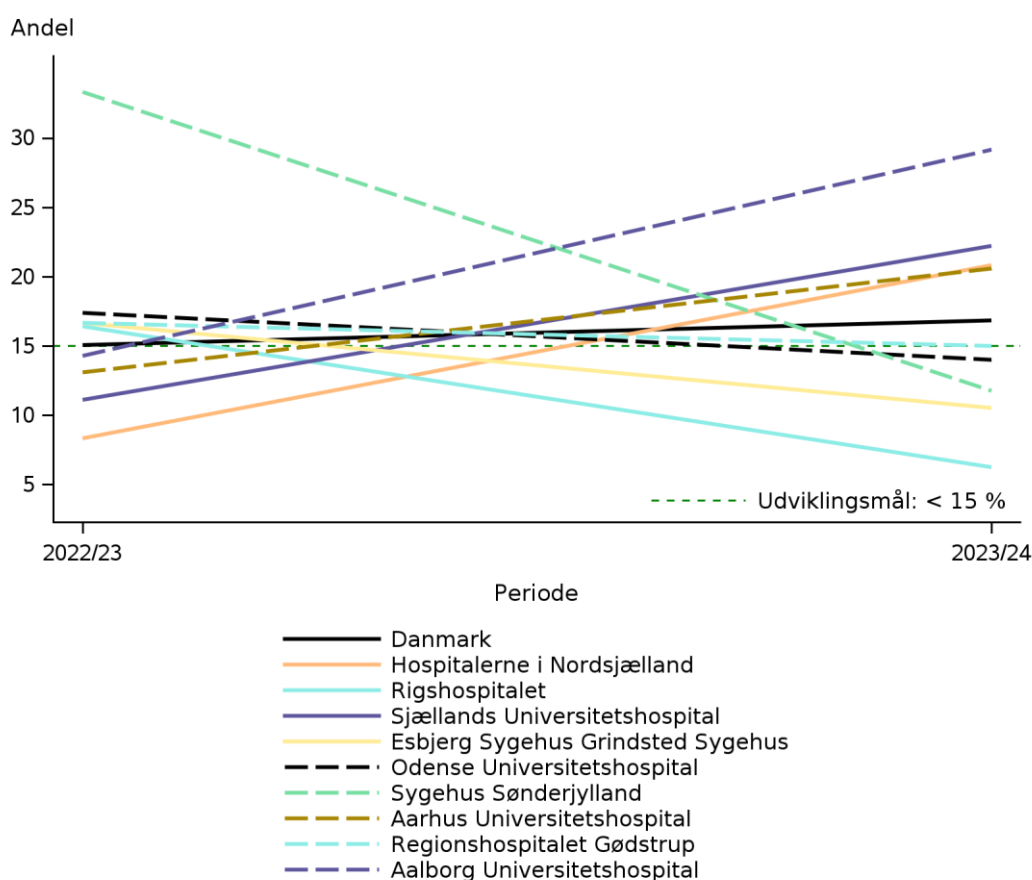
Rationale for indikatoren er at bibringe et øget fokus på operativt betinget hypoparathyroidisme, da dette er en stor udfordring for patienterne. Hypoparathyroidisme efter operation kan være forbigående eller permanent. THYDA indeholder derfor hhv. indikator 9a (forbigående + permanente) og 9b (permanente).

Nævner: Alle patienter der indgår i kirurgi-populationen, som har fået foretaget en total eller de facto total thyroidektomi.

Tæller: Alle patienter i nævner der indløser recept på et alfacalcidol-præparat 0-12 mdr. efter operationsdatoen.

Udviklingsmål: < 15%

Indikator 9a: Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 mdr. efter operation. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 9a: Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 mdr. efter operation

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	< 15%	Tæller/	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	63 / 374	17	(13-21)	58 / 385	15
Hovedstaden	Ja	9 / 88	10	(5-19)	14 / 103	14
Sjælland	Nej	12 / 54	22	(12-36)	6 / 54	11
Syddanmark	Ja	11 / 86	13	(7-22)	19 / 91	21
Midtjylland	Nej	24 / 122	20	(13-28)	14 / 102	14
Nordjylland	Nej	7 / 24	29	(13-51)	5 / 35	14
Hovedstaden	Ja	9 / 88	10	(5-19)	14 / 103	14
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	5 / 24	21	(7-42)	3 / 36	8
Rigshospitalet	Ja	4 / 64	6	(2-15)	11 / 67	16
Sjælland	Nej	12 / 54	22	(12-36)	6 / 54	11
Sjællands Universitetshospital	Nej	12 / 54	22	(12-36)	6 / 54	11
Syddanmark	Ja	11 / 86	13	(7-22)	19 / 91	21
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	##	11	(1-33)	4 / 24	17
Odense Universitetshospital	Ja	7 / 50	14	(6-27)	8 / 46	17
Sygehus Sønderjylland	Ja	##	12	(1-36)	7 / 21	33
Midtjylland	Nej	24 / 122	20	(13-28)	14 / 102	14
Aarhus Universitetshospital	Nej	21 / 102	21	(13-30)	11 / 84	13
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	3 / 20	15	(3-38)	3 / 18	17
Nordjylland	Nej	7 / 24	29	(13-51)	5 / 35	14
Aalborg Universitetshospital	Nej	7 / 24	29	(13-51)	5 / 35	14

Kommentar til indikator 9a

Datagrundlag

Indikator 9.a angiver andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 måneder efter operation. Indikatoren baserer sig på registreringer i LPR og LSR.

Opgørelsesperioden for indløsning af medicin er forskudt hhv. 12 mdr. for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation på skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 måneder efter operation, er i aktuelle år på 17% (95% CI: 13-21 %) på landsplan, varierende fra 10% i Region Hovedstaden til 29% i Region Nordjylland.

Der er stor variation mellem de enkelte enheder i antallet af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 0-12 måneder efter operation. Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Andelen af patienter med hypoparathyroidisme 0-12 mdr. efter operation er 17% i Danmark. Dette er lidt over hyppigheden fra sidste år, hvor 15% havde hypoparathyroidisme. Region Hovedstaden og Region Syddanmark ligger under udviklingsmålet på 15%, hvorimod Region Nordjylland ligger helt oppe på 29%. Sammenligner man med udenlandske serier ligger incidensraten på midlertidig hypoparathyroidisme (<6 mdr) i området 14-60 % (Barczynski et al. BJS, 2025). Således ligger Danmark sammenligneligt med andre lande. Incidensen er dog afhængig af definitionen på hypoparathyroidisme. En del af forskellen på tværs af regioner kan forklares ved at der ikke er en ensartet praksis for hvornår der skal opstartes alfacalcidol efter operation.

Vurdering af indikatoren

Den valgte metode til vurdering af hypoparathyroidisme med receptudskrivning af alfacalcidol kan potentielt undervurdere, hvor mange patienter som har midlertidig hypoparathyroidisme. Patienter med let og forbigående hypoparathyroidisme behandles ikke altid med alfacalcidol, men kun med kalkpræparater. Metoden har dog den fordel, at receptudskrivning er et ret præcist mål for, hvor mange der tager alfacalcidol. Der er kun meget få patienter, som får alfacalcidol på anden indikation end hypoparathyroidisme.

Indikator 9.b: Postoperativt alfacalcidolforbrug

Rationale for indikatoren er at bibringe et øget fokus på operativt betinget hypoparathyroidisme, da dette er en stor udfordring for patienterne.

Nævner: Alle patienter der indgår i kirurgi-populationen, som har fået foretaget en total eller de facto total thyroidektomi.

Tæller: Alle patienter i nævner der indløser recept på et alfacalcidol-præparat 12-24 mdr. efter operationsdatoen.

Indikator 9b: Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 12-24 mdr. efter operation

Udviklingsmål	Tæller/ opnået	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.09.2022 - 31.08.2023		2021/22	
		Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	37 / 381	10	(7-13)	6 / 88	7
Hovedstaden	8 / 101	8	(3-15)	##	9
Sjælland	5 / 54	9	(3-20)	0 / 7	0
Syddanmark	11 / 90	12	(6-21)	##	8
Midtjylland	9 / 101	9	(4-16)	##	8
Nordjylland	4 / 35	11	(3-27)	0 / 8	0
Hovedstaden	8 / 101	8	(3-15)	##	9
Hospitalet i Nordsjælland	##	6	(1-19)	##	17
Rigshospitalet	6 / 66	9	(3-19)	##	6
Sjælland	5 / 54	9	(3-20)	0 / 7	0
Sjællands Universitetshospital	5 / 54	9	(3-20)	0 / 7	0
Syddanmark	11 / 90	12	(6-21)	##	8
Esbjerg Sygehus Grindsted	##	4	(0-21)	0 / 8	0
Sygehus					
Odense Universitetshospital	4 / 45	9	(2-21)	##	13
Sygehus Sønderjylland	6 / 21	29	(11-52)	##	10
Midtjylland	9 / 101	9	(4-16)	##	8
Aarhus Universitetshospital	8 / 84	10	(4-18)	##	5
Regionshospitalet Gødstrup	##	6	(0-29)	##	17
Nordjylland	4 / 35	11	(3-27)	0 / 8	0
Aalborg Universitetshospital	4 / 35	11	(3-27)	0 / 8	0

Kommentar til indikator 9b

Datagrundlag

Indikator 9b angiver andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 12-24 måneder efter operation. Indikatoren baserer sig på registreringer i LPR og LSR.

Opgørelsesperioden for indløsning af medicin er forskudt 24 mdr. for at sikre tilstrækkelig opfølgningstid for alle patienter, som har gennemgået en operation af skjoldbruskkirtlen.

Resultater

Andelen af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 12-24 måneder efter operation, er i aktuelle år på 10% (95% CI: 7-13%) på landsplan, varierende fra 8% i Region Hovedstaden til 12% i Region Syddanmark.

Der er stor variation mellem de enkelte enheder i antallet af kirurgiske patienter med total eller de facto total thyroidektomi, der får udskrevet et alfacalcidol-præparat pga. hypoparathyroidisme 12-24 måneder efter operation. Resultater fra enheder med få patienter skal tolkes med varsomhed, da en enkelt eller få patienter kan have stor betydning for enhedens samlede indikatorresultat.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Andelen af patienter som får alfacalcidol 12-24 mdr. efter totalthyroidektomi er et mål for andelen af patienter med permanent hypoparathyroidisme. Andelen ligger i Danmark på 10%, dog med stor spredning fra 4% i Esbjerg til 29% i Sønderborg. De aktuelle data skal sammenlignes med andelen af patienter som havde midlertidig hypoparathyroidisme i 2024, som på landsplan var 15%. Således er 5% af patienterne ophørt med alfacalcidol-behandling fra år 1 efter operation til år 2. Sammenlignet med udenlandske serier ligger de danske tal dog i den høje ende. En metaanalyse af 121 studier viste, at forekomsten var mellem 0-3 % (Systematic review and metaanalysis of predictors of post-thyroidectomy hypocalcaemia. Edafe et al BJS 2014). Den store spredning i incidensraterne studierne imellem kan skyldes forskelle i den definition af hypoparathyroidisme der benyttes, men generelt synes forekomsten af postoperativ hypoparathyroidisme at være utilfredsstillende høj i Danmark. Derfor foregår der på mange thyroideaopererende afdelinger forskning i peroperativ visualisering af skjoldbruskkirtlerne og deres karforsyning, som forhåbentlig vil bedre resultaterne fremover. En anden forklaring på den høje forekomst af permanent hypoparathyroidisme kan være manglende udtrapningsforsøg af alfacalcidol, idet postoperativ hypoparathyroidisme kan remittere selv lang tid efter operationen. Dette kan kun afklares ved at udtrappe alfacalcidol under biokemisk monitorering.

Vurdering af indikatoren

Permanent hypoparathyroidisme er sammen med recurrenspareser den vigtigste komplikation til total thyroidektomi. Da andelen af patienter med permanent hypoparathyroidisme er høj, er det vigtigt at fortsætte med at måle denne indikator. Forhåbentlig forbedres resultaterne i fremtiden som følge af optimering af de operative teknikker.

Beskrivelse af sygdomsområdet og behandlingskvalitet

Baggrund for databasen

Behandling af patienter med thyrotoksikose eller struma foregår i et samarbejde mellem endokrinologiske-, nuklearmedicinske- og øre-, næse- og halskirurgiske afdelinger i Danmark med opgaveløsningen fastlagt i henhold til Sundhedsstyrelsens Specialeplan (<https://www.sst.dk/da/viden/specialeplanlaegning/gældende-specialeplan>).

Patienterne skal tilbydes ensartet og korrekt behandling i bedste kvalitet. Derfor er det vigtigt, at der foregår en fortløbende monitorering af procedurer, resultater og komplikationer.

Det overordnede mål med databasen er at generere viden og læring, som kan bidrage til gode sundhedsresultater og et godt forløb for den aktuelle patientgruppe. Der fokuseres specifikt på behandling med radiojod og kirurgi, hvor fokus er at sikre god udredningskvalitet, tilfredsstillende sundhedstilstand efter behandling og høj patientsikkerhed med et minimum af komplikationer. På længere sigt forventes databasen udvidet til at inkludere andre indikatorer, som afspejler kvaliteten af udredning og behandling af patienter med benigne thyroidea-sygdomme. Det kunne f.eks. være korrekt diagnose inden påbegyndelse af stofskiftehormon-behandling, og korrekt dosering af stofskiftehormon. Såfremt PRO (Patient Reported Outcome) kan implementeres i det kliniske virke, vil det også være meget relevant at inkludere sådanne data i THYDA.

Prævalens af godartede thyroideasygdomme

Skjoldbruskkirtlen (latin: glandula thyroidea) danner stofskiftehormon i form af triiodothyronin (T_3) og thyroxin (T_4). Begge hormoner er nødvendige for cellulære funktioner som vækst og differentiering^{1,2}.

I Danmark diagnosticeres 80 nye tilfælde pr. 100.000 personer årligt med højt stofskifte, også kaldet hyperthyroidisme eller thyrotoksikose, svarende til ca. 5.000 nye tilfælde årligt. Diagnosen stilles ud fra lavt niveau af thyroideastimulerende hormon (TSH). En del af disse patienter behandles med antithyroid medicin, men også radiojod og kirurgi benyttes til behandling af hyperthyroidisme afhængigt af hvilken sygdom, der ligger til grund. For forekomsten af thyroideasygdomme generelt er kvinde-mand ratioen 5:1.

En undergruppe af patienter med thyrotoksikose har Graves' sygdom, som er en autoimmun sygdom karakteriseret ved hyperthyroidisme forårsaget af stimulation af TSH-receptoren med autoantistoffer. Herved øges udskillelsen af thyroideahormon, og samtidig ses ofte vækst af skjoldbruskkirtlen³. Diagnosen bekræftes med blodprøver visende tilstedeværelse af TSH-receptor antistoffer (TRAb), lav TSH, høj T_3 eller T_4 ³. Sygdommen fører ubehandlet til vægttab, osteoporose, lavenergifrakturer, atrieflimren, blodpropper og hjerte-karsygdomme⁴⁻⁶.

Ved Graves' sygdom er antithyroid medicin sædvanligvis førstevalget. Denne medicin virker ved at hæmme enzymet thyroideaperoxidase og derved dannelsen af thyroideahormon. Denne behandling har ofte effekt i løbet af 2-4 uger og behandlingsvarigheden er typisk 12-18 måneder. Efter dette tidsrum er Graves sygdom gået i remission hos 50-60%. Den resterende del af patienterne skal enten fortsætte med antithyroid medicin på ubestemt tid eller behandles med radiojod eller kirurgi⁷. Behandlingsvalget afhænger af en række individuelle og kliniske faktorer.

Ved radiojod er målet at få kontrol over thyrotoksikosen og subsidiært reducere strumastørrelsen³. Radiojod er, som kirurgi, en såkaldt ablativ behandling, hvilket resulterer i, at patienten mangler sin skjoldbruskkirtelfunktion og derved bliver afhængig af livslang behandling med stofskiftehormon. Kirurgisk fjernelse af skjoldbruskkirtlen foretrækkes fremfor radiojod, hvis patienten har en meget stor struma eller aktiv Graves' orbitopati⁸. Kendetegnet ved kirurgisk behandling er, at det er en hurtig og effektiv procedure og sikrer en histologisk diagnose, men indebærer også vanlige operationsrisici som stemmebåndslammelse, blødning og hypoparathyroidisme⁸.

En anden gruppe thyroideasygdomme er kendetegnet ved forstørret skjoldbruskkirtel pga. knudedannelse. Thyroideaknuder er meget hyppigt forekommende og ses hos ca. 30% af midaldrende kvinder⁹⁻¹¹. Knudestruma kan forårsage tryksymptomer, som har negativ indflydelse på sygdomsspecifik livskvalitet^{12,13}. De hyppigst rapporterede tryksymptomer er abnorm synkefunktion, klumpfornemmelse og/eller fremmedlegemefornemmelse¹⁴⁻¹⁶. Disse gener forklares ved tryk på spiserøret, øget transittid af fødeemner samt evt. reduktion i luftrørets diameter¹⁷⁻²⁶. Nogle knuder kan have en forhøjet og ukontrolleret produktion af thyroideahormon, hvilket tillige skaber et thyrotoksisk problem, også kaldet toksisk nodøs struma.

Målet med behandling af struma er at reducere størrelsen af skjoldbruskkirtlen og dermed trykket på de omkringliggende strukturer. I dag benyttes kirurgi eller radiojod til det formål, idet valget af den specifikke behandling afhænger af en række individuelle faktorer⁸, men nyere behandlingsformer som laser- og radiofrekvensablation forventes at spille en tiltagende rolle i fremtiden.

Referencer:

1. Oppenheimer JH, Schwartz HL, Mariash CN, Kinlaw WB, Wong NC, Freake HC. Advances in our understanding of thyroid hormone action at the cellular level. *Endocrine reviews*. 1987;8(3):288-308.
2. Brent GA. The molecular basis of thyroid hormone action. *The New England journal of medicine*. 1994;331(13):847-853.
3. Kahaly GJ, Bartalena L, Hegedus L, Leenhardt L, Poppe K, Pearce SH. 2018 European Thyroid Association Guideline for the Management of Graves' Hyperthyroidism. *Eur Thyroid J*. 2018;7(4):167-186.
4. Bartalena L. Diagnosis and management of Graves disease: a global overview. *Nature reviews Endocrinology*. 2013;9(12):724-734.

5. Kahaly GJ, Dillmann WH. Thyroid hormone action in the heart. *Endocrine reviews*. 2005;26(5):704-728.
6. Biondi B, Kahaly GJ. Cardiovascular involvement in patients with different causes of hyperthyroidism. *Nature reviews Endocrinology*. 2010;6(8):431-443.
7. Dansk Endokrinologisk Selskab. NBV, Thyrotoksikose. Published 2018. Accessed 27.07.21, 2021.
8. Dansk Endokrinologisk Selskab. NBV, Radioiodbehandling af benigne thyroideasygdomme. Published 2016. Accessed 09.08.21.
9. Carle A, Krejbjerg A, Laurberg P. Epidemiology of nodular goitre. Influence of iodine intake. *Best practice & research Clinical endocrinology & metabolism*. 2014;28(4):465-479.
10. Vadiveloo T, Donnan PT, Cochrane L, Leese GP. The Thyroid Epidemiology, Audit, and Research Study (TEARS): morbidity in patients with endogenous subclinical hyperthyroidism. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2011;96(5):1344-1351.
11. Hegedus L, Bonnema SJ, Bennedbaek FN. Management of simple nodular goiter: current status and future perspectives. *Endocrine reviews*. 2003;24(1):102-132.
12. Bianchi GP, Zaccheroni V, Solaroli E, et al. Health-related quality of life in patients with thyroid disorders. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004;13(1):45-54.
13. Cramon P, Bonnema SJ, Bjorner JB, et al. Quality of life in patients with benign nontoxic goiter: impact of disease and treatment response, and comparison with the general population. *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association*. 2015;25(3):284-291.
14. Scerrino G, Inviati A, Di Giovanni S, et al. Esophageal motility changes after thyroidectomy; possible associations with postoperative voice and swallowing disorders: preliminary results. *Otolaryngology--Head and Neck Surgery*. 2013;148(6):926-932.
15. Lombardi CP, Raffaelli M, De Crea C, et al. Long-term outcome of functional post-thyroidectomy voice and swallowing symptoms. *Surgery*. 2009;146(6):1174-1181.
16. Lombardi CP, Raffaelli M, D'Alatri L, et al. Video-assisted thyroidectomy significantly reduces the risk of early postthyroidectomy voice and swallowing symptoms. *World journal of surgery*. 2008;32(5):693-700.
17. Shin JJ, Grillo HC, Mathisen D, et al. The surgical management of goiter: Part I. Preoperative evaluation. *The Laryngoscope*. 2011;121(1):60-67.
18. Netterville JL, Coleman SC, Smith JC, Smith MM, Day TA, Burkey BB. Management of substernal goiter. *The Laryngoscope*. 1998;108(11 Pt 1):1611-1617.
19. Brinch A, Døssing H, Nguyen N, et al. The impact of esophageal compression on goiter symptoms before and after thyroid surgery. *European Thyroid Journal*. 2018;DOI: 10.1159/000493542, [E-pub ahead of print].
20. Glinoe D, Verelst J, Ham HR. Abnormalities of esophageal transit in patients with sporadic nontoxic goitre. *European journal of nuclear medicine*. 1987;13(5):239-243.
21. Jorgensen F, Hesse B, Gronbaek P, Fogh J, Haunso S. Abnormal oesophageal function in patients with non-toxic goiter or enlarged left atrium, demonstrated by radionuclide transit measurements. *Scandinavian journal of gastroenterology*. 1989;24(10):1186-1192.
22. Sorensen JR, Markoew S, Dossing H, Hegedus L, Bonnema SJ, Godballe C. Changes in Swallowing Symptoms and Esophageal Motility After Thyroid Surgery: A Prospective Cohort Study. *World journal of surgery*. 2017;42(4):998-1004.
23. Bonnema SJ. Upper airway obstruction due to goiter: an overlooked problem! *Journal of postgraduate medicine*. 2008;54(2):82-83.

24. Thusoo TK, Gupta U, Kochhar K, Hira HS. Upper airway obstruction in patients with goiter studies by flow volume loops and effect of thyroidectomy. *World journal of surgery*. 2000;24(12):1570-1572.
25. Jauregui R, Lilker ES, Bayley A. Upper airway obstruction in euthyroid goiter. *The Journal of the American Medical Association*. 1977;238(20):2163-2166.
26. Albareda M, Viguera J, Santiveri C, et al. Upper airway obstruction in patients with endothoracic goiter enlargement: no relationship between flow-volume loops and radiological tests. *European Journal of Endocrinology*. 2010;163(4):665-669.

Datagrundlag

THYDA anvender Landspatientregisteret (LPR) som dataindberetningskilde suppleret med oplysninger fra Laboratorie Informations System (LABKA), LægemiddelStatistikRegisteret (LSR) og SygehusMedicinRegisteret (SMR). Data til årsrapport analyserne er trukket d. 23.10.2025.

Patientpopulationerne

THYDA omfatter patienter med en benign thyroideasygdom, som har modtaget radiojod- eller kirurgisk behandling med henblik på vævsreduktion af skjoldbruskkirtlen. THYDA består således af to grundpopulationer: en radiojodpopulation og en kirurgipopulation.

Radiojodpopulationen

Radiojodpopulationen udgøres af patienter med en benign thyroideasygdom, som har modtaget lavdosis isotopterapi med I-131. Radiojodpopulationen afgrænses ud fra de følgende inklusions- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

Patienter registreret med minimum én af følgende diagnoser: Benign sygdom i skjoldbruskkirtlen (DE01-DE07). Det drejer sig om

- DE010-DE018** Jodmangelrelaterede lidelser i skjoldbruskkirtlen og beslægtede tilstande
- DE02-DE029** Kompenseret jodmangelbetinget myksødem
- DE030-DE039** Anden hypothyroidisme
- DE040-DE049** Anden atoksisk struma
- DE050-DE059** Thyrotoksikose
- DE060-DE069** Betændelse i skjoldbruskkirtlen
- DE07-DE079** Anden forstyrrelse i skjoldbruskkirtlen

ELLER

En tumor i skjoldbruskkirtlen eller hoved-/halsregion:

- DD349** Godartet tumor i skjoldbruskkirtlen UNS
- DD440** Ikke specificeret tumor i skjoldbruskkirtlen

OG

Radiojod-behandling af skjoldbruskkirtlen:

- BWGG1A** Lavdosis isotopterapi med I-131.

Eksklusionskriterier

Patienter med en diagnose for kræft i skjoldbruskkirtlen (DC739) senest 3 måneder efter radiojodbehandling.

Patienter som er < 18 år på datoen for radiojodbehandling.

Patienter med erstatningscpr-nummer.

Kirurgipopulationen

Kirurgi-populationen dannes ud af patienter med en benign thyroideasygdom, som har gennemgået operation af skjoldbruskkirtlen. Kirurgi-populationen afgrænses ud fra de følgende inklusions- og eksklusionskriterier:

Inklusionskriterier

Patienter registreret med én af følgende procedurekoder:

Operation på skjoldbruskkirtlen:

KBAA20	Enkeltsidig resektion af skjoldbruskkirtel
KBAA20A	Enkeltsidig resektion af intratorakal skjoldbruskkirtel
KBAA25	Dobbeltsidig resektion af skjoldbruskkirtel
KBAA25A	Dobbeltsidig resektion af intratorakal skjoldbruskkirtel
KBAA30	Resektion af isthmus i skjoldbruskkirtel
KBAA40	Enkeltsidig lobektomi af skjoldbruskkirtel
KBAA40A	Enkeltsidig lobektomi af intratorakal skjoldbruskkirtel
KBAA43	Kompletterende enkeltsidig lobektomi af skjoldbruskkirtel
KBAA43A	Kompletterende enkeltsidig lobektomi af intratorakal skjoldbruskkirtel
KBAA50	Lobektomi og resektion af kontralaterale lap af skjoldbruskkirtel
KBAA50A	Lobektomi og resektion af kontralaterale lap af intratorakal skjoldbruskkirtel
KBAA60	Total thyroidektomi
KBAA60A	Total thyroidektomi ved intratorakal skjoldbruskkirtel

Eksklusionskriterier

Patienter som har fået Laserkoagulation i skjoldbruskkirtel (**KBAA21**).

Patienter med en diagnose for kræft i skjoldbruskkirtlen (**DC739**) tidligere og/eller senest 3 måneder efter operation på skjoldbruskkirtlen.

Patienter med en diagnose for kræft i strubehovedet (**DC32**), kræft i mundsvælget (**DC10**), kræft i næsesvælget (**DC11**), kræft i recessus piriformis (**DC12**), kræft i hypopharynx (**DC13**), kræft i spiserørets øverste tredjedel (**DC153**) senest 3 måneder efter operationen.

Patienter med erstatningscpr-nummer.

Yderligere oplysninger om databasen kan findes her: <https://www.sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/thyroideadatabasen-thyda/>, hvor du kan læse mere om dokumentation, indberetning og resultater.

Dækningsgrad og datakomplethed

Da databasen anvender LPR som primær indberetningskilde, og der ikke findes en alternativ datakilde til verifikation af antal indberettede patientforløb, er det ikke muligt at opgøre dækningsgrad. Det antages dog, at langt de fleste radiojodbehandlinger og kirurgiske indgreb indberettes til LPR, og det er derfor en klar forventning, at dækningsgraden ligger meget tæt på 100 %.

Statistiske analyser

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til »Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser« publiceret af Danske Regioner. Indikatorerne præsenteres i tabeller med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorværdierne er andele med 95 % konfidensintervaller (95% CI) baseret på den eksakte binomialfordeling.

Alle indberettende afdelinger, som skiller sig signifikant ud på de enkelte indikatorer, har haft mulighed for at gennemgå indberetningerne og kommentere på resultaterne. Rapportens tabeller og figurer er ikke korrigeret for eventuelle fejlindberetninger, men eventuelle bemærkninger er anført som kommentarer under de enkelte indikatorer.

Styregruppens medlemmer

Styregruppen for databasen har i opgørelsesperioden bestået af:

Navn	Stilling	Arbejdssted/Region	Udpeget af
Steen Joop Bonnema	Prof. em., ph.d., dr.med overlæge	Endokrinologisk afd.M, Odense Universitetshospital	Dansk Endokrinologisk Selskab
Christoffer Holst Hahn	Overlæge	Øre-Næse-Halskirurgisk Klinik, Rigshospitalet	Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi
Stefano Londero	Cheflæge, Ph.d.	Øre-Næse-Halsafdelingen, Aarhus Universitetshospital	Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi
Viveque Egsgaard	Overlæge. Ph.d.	Øre-Næse-Hals/Hørelinik Afdeling F Odense Universitetshospital	Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi
Henrik Baymler Pedersen	Overlæge	Afdelingen for Øre-Næse- Halssygdomme, Aalborg Universitetshospital	Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi
Kasper Wennervaldt	overlæge	Øre-Næse-Hals og Kæbekirurgisk Klinik, Sjællands Universitetshospital, Køge	Dansk Selskab for Otorhinolaryngologi, Hoved & Halskirurgi
Thomas Brix	Overlæge	Endokrinologisk Afdeling, Odense Universitetshospital	Dansk Thyroideaselskab
Peter Iversen	Afdelingslæge, ph.d	Nuklearmedicin og PET,Nuklearmedicin Afs. 3 AUH	Dansk selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Per Cramon	Afdelingslæge, ph.d		Dansk selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
Eva Ebbehøj	Overlæge, ph.d.	Endokrinologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital	Dansk Endokrinologisk Selskab
Nils Knudsen	Overlæge, Ph.d. Dr.med.	Endokrinologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital	Dansk Endokrinologisk Selskab
Jesper Karmisholt	Overlæge	Endokrinologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital	Dansk Endokrinologisk Selskab
Judit Kolovics	Overlæge	Medicinsk Afdeling, Slagelse Sygehus	Dansk Endokrinologisk Selskab

Tine Stampe	sekretariatschef, cand.com	Stofskifteforeningen	Patientrepræsentant
Elisabeth Svensson	Seniorepidemiolog, ph.d.	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	
Martin Bruhn	Datamanager	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	
Lene Korshøj	Kvalitetskonsulent, kontaktperson for databasen	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut	

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden: Årsagen til lav målopfyldelse 52% på indikator 5 Fiber-/videolaryngoskopi skyldes utilstrækkelig registreringspraksis, som vi vil rette op på. Kontrol laryngoskopien gøres på operationsdagen eller dagen efter. Da den gøres på opvågnings- / sengeafsnit, skal proceduren registreres (KUDQ12), ellers kommer det ikke med i databasen.

Region Sjælland har ingen kommentarer.

Region Syddanmark: Det bemærkes, at styregruppen fremhæver en høj forekomst af postoperativ hypoparathyroidisme i Danmark (side 43, nederst). Det er velkendt, at nedsat PTH-sekretion fra parathyroidea-kirtlen kan normaliseres, selv flere år efter operation. På den baggrund forekommer det relevant at øge fokus på systematiske udtrappingsforsøg, hvor alfacalcidol-behandlingen seponeres med henblik på at vurdere, om kirtelfunktionen kan genoprettes.

Region Midtjylland har ingen kommentarer.

Region Nordjylland har ingen kommentarer.

