

Nationella riktlinjer – Utvärdering
**Vård vid rörelseorganens
sjukdomar**

Indikatorer bilaga 3

Korrigerig 2015-03-02

Sid 4–5, tabell 01, vid teknisk beskrivning, Läkemedel efter fragilitetsfraktur: Estradiols förklaringstext har ändrats.

Indikatorförteckning

Varje indikator betecknas med en bokstav, O för osteoporos, A för artros och R för inflammatoriska reumatiska sjukdomar, samt en siffra.

Tabell 1. Indikatorförteckning

Osteoporos	
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur	O1
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur*	O2
Återfrakturer inom 5 år efter fragilitetsfraktur	O3
Dödlighet efter höftfraktur*	O4
Artros	
Artrosskola före höftprotesoperation*	A1
Röntgenundersökning innan artrosskola*	A2
Behandling med glukosamin*	A3
Behandling med hyaluronsyra*	A4
Artroskopisk kirurgi vid artros i knä	A5
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	
Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit	R1
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nyinsjuknande i reumatoid artrit	R2
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R3
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga före och efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R4
Behandling med biologiska läkemedel hos nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit*	R5
Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit*	R6
Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit	R7

* Nya indikatorer som inte ingår i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, 2012.

O1 Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Mått	Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller vissa relevanta könshormoner från apotek 0–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, procent.
Syfte	Personer som haft en fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota bedöms ha mycket hög risk att drabbas av nya allvarliga frakturer, och det gäller även dem som enligt bedömningsinstrumentet FRAX har en risk överstigande 30 procent. Dessa personer bör i hög grad övervägas för behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater eller denosumab. Läkemedlen minskar nedbrytningen av skelettet, ökar bentätheten och minskar risken för fraktur. Bisfosfonater kan ges antingen i tablettform eller som infusion, medan denosumab ges som injektion. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.
Riktning	Hög nivå eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer 50 år eller äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel på apotek efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998. Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskaftet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722
Fraktur på övre delen av tibia	S821
Fraktur på sakrum	S321
Fraktur på koccyx	S322
Fraktur på os pubis	S325
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328

Läkemedel efter fragilitetsfraktur	ATC-kod
Estradiol*	G03CA03
Tibolon	G03CX01

Noretisteron och estrogen	G03FA01
Medroxiprogesteron och estrogen	G03FA12
Drospirenon och estrogen	G03FA17
Noretisteron och estrogen	G03FB05
Medroxiprogesteron och estrogen	G03FB06
Ulipristal	G03XB02
Raloxifen	G03XC01
Medel som påverkar benvävnad och mineralisering	M05B

*För G03CA03 har de lokalt verkande läkemedlen Vagifem och Oestring exkluderats.

Datakällor

Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen samt utbildningsregistret, SCB.

Felkällor

Personer med hög risk för en återfraktur bör få behandling med benspecifika läkemedel. Flertalet som haft en fragilitetsfraktur har också hög risk för en ny fraktur, men inte alla. Det förekommer även att personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld. Detta kan innebära att det redovisade resultatet är något lägre än vad det hade varit om enbart personer som borde ha fått behandling ingått.

I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande inte kommer med i statistiken. Detta gäller särskilt benspecifika läkemedel av infusionstyp där endast cirka en tredjedel av läkemedlen hämtas ut på recept.

Redovisningsnivå

Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland.

Redovisningsgrupper

Kön, ålder.

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad vård.

O2. Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur

Mått	Andel personer med monoterapi av kalcium och D-vitamin, utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel, 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, personer 50 år eller äldre, procent.																														
Syfte	Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte behandla kvinnor som genomgått klimakteriet samt män över 50 år med läkemedel som enbart innehåller kalcium och D-vitamin, så kallad monoterapi, om det inte finns en dokumenterad brist på dessa ämnen hos patienten. Anledningen är att läkemedlen då inte gör någon nytta i kroppen, och att vissa studier pekar på att risken för biverkningar i form av hjärt- och kärlsjukdomar kan öka. I de nationella riktlinjerna har monoterapi fått prioritet <i>icke-göra</i> för denna patientgrupp.																														
Riktning	Låg nivå eftersträvas.																														
Målnivå	Nationell målnivå utreds																														
Typ av indikator	Processmått.																														
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																														
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer, 50 år eller äldre, som hämtat ut kalcium och D-vitamin på apotek 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturefri sedan år 1998. Med benspecifika läkemedel avses de läkemedel som patienter bör få efter fragilitetsfraktur, se indikator O1. Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort. Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th><th>ICD 10</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Fraktur på nedre delen av radius</td><td>S525</td></tr> <tr> <td>Fraktur på nedre delen av både ulna och radius</td><td>S526</td></tr> <tr> <td>Fraktur på övre delen av humerus</td><td>S422</td></tr> <tr> <td>Fraktur på humerusskaftet</td><td>S423</td></tr> <tr> <td>Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren</td><td>S22</td></tr> <tr> <td>Kollumfraktur</td><td>S720</td></tr> <tr> <td>Pertrokantär fraktur</td><td>S721</td></tr> <tr> <td>Subtrokantär fraktur</td><td>S722</td></tr> <tr> <td>Fraktur på övre delen av tibia</td><td>S821</td></tr> <tr> <td>Fraktur på sakrum</td><td>S321</td></tr> <tr> <td>Fraktur på koccyx</td><td>S322</td></tr> <tr> <td>Fraktur på os pubis</td><td>S325</td></tr> <tr> <td>Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet</td><td>S327</td></tr> <tr> <td>Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet</td><td>S328</td></tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Fraktur på nedre delen av radius	S525	Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526	Fraktur på övre delen av humerus	S422	Fraktur på humerusskaftet	S423	Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22	Kollumfraktur	S720	Pertrokantär fraktur	S721	Subtrokantär fraktur	S722	Fraktur på övre delen av tibia	S821	Fraktur på sakrum	S321	Fraktur på koccyx	S322	Fraktur på os pubis	S325	Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327	Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																														
Fraktur på nedre delen av radius	S525																														
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526																														
Fraktur på övre delen av humerus	S422																														
Fraktur på humerusskaftet	S423																														
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22																														
Kollumfraktur	S720																														
Pertrokantär fraktur	S721																														
Subtrokantär fraktur	S722																														
Fraktur på övre delen av tibia	S821																														
Fraktur på sakrum	S321																														
Fraktur på koccyx	S322																														
Fraktur på os pubis	S325																														
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327																														
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328																														
Läkemedel mot osteoporos vid fragilitetsfraktur utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel	ATC-kod																														

	<table> <tr> <td>Kalcium och D-vitamin</td><td>A12AX, A12AA04</td></tr> </table>	Kalcium och D-vitamin	A12AX, A12AA04
Kalcium och D-vitamin	A12AX, A12AA04		
Datakällor	Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen samt utbildningsregistret, SCB.		
Felkällor	För att avgränsa undersökningsgruppen används ett antal frakturtyper som i de flesta fall är osteoporosrelaterade. Det förekommer dock att även personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld. Därmed kan det redovisade resultatet skilja sig marginellt från det verkliga värdet. I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Läkemedel som tillhandahålls på andra sätt registreras inte, till exempel via rådgivning från hälso- och sjukvården. Detta medför att patienter som får sina läkemedel från läkemedelsförråd och motsvarande inte kommer med i statistiken.		
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildning (ej i figur), födelseland (ej i figur).		
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.		
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.		

O3 Återfrakturer inom 5 år efter fragilitetsfraktur

Mått	Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007.
Syfte	När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom kan man motivera personen till ökad fysisk aktivitet eftersom det har en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur. Samtliga dessa åtgärder har fått hög eller medelhög prioritet i de nationella riktlinjerna.
Riktning	Låg nivå eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal nya fragilitetsfrakturer inom fem år efter den första, som behandlas i slutet eller öppen specialiserad vård. <i>Nämnare:</i> Antal levnadsår inom fem år efter den första fragilitetsfrakturen. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998. Refraktur definieras som nytt vårdtillfälle med fragilitets fraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 5 år efter den första fragilitetsfrakturen. För att det ska räknas som en ny fraktur måste det dessutom vara minst en dag mellan det aktuella vårdtillfället och det nya vårdtillfället samtidigt som man inte skrevs in från en annan klinik. Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskäftet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
Kollumfraktur	S720
Petrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722
Fraktur på femurskäftet	S723
Fraktur på nedre delen av femur	S724
Fraktur på övre delen av tibia	S821
Fraktur på sakrum	S321
Fraktur på kocyx	S322
Fraktur på os pubis	S325
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328

Datakällor	Patientregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.
Felkällor	Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats på sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen. Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.
Redovisningsnivå	Landsting.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och säker vård.

O4 Dödlighet efter höftfraktur

Mått	Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter förstagångshöftfraktur, avser personer 50 år eller äldre, procent																																		
Syfte	Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till eget boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.																																		
Riktning	Låg andel eftersträvas.																																		
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell..																																		
Typ av indikator	Resultatmått.																																		
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																																		
Teknisk beskrivning	Täljare: Antal döda inom 30 respektive 365 dagar efter förstagångshöftfraktur i sluten vård. Nämnare: Antal vårdade i sluten vård med förstagångshöftfraktur. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturefri sedan år 1998. Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort. Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th><th>ICD 10</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fraktur på nedre delen av radius</td><td>S525</td></tr> <tr><td>Fraktur på nedre delen av både ulna och radius</td><td>S526</td></tr> <tr><td>Fraktur på övre delen av humerus</td><td>S422</td></tr> <tr><td>Fraktur på humerusskäftet</td><td>S423</td></tr> <tr><td>Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren</td><td>S22</td></tr> <tr><td>Kollumfraktur</td><td>S720</td></tr> <tr><td>Pertrokantär fraktur</td><td>S721</td></tr> <tr><td>Subtrokantär fraktur</td><td>S722</td></tr> <tr><td>Fraktur på femurskäftet</td><td>S723</td></tr> <tr><td>Fraktur på nedre delen av femur</td><td>S724</td></tr> <tr><td>Fraktur på övre delen av tibia</td><td>S821</td></tr> <tr><td>Fraktur på sakrum</td><td>S321</td></tr> <tr><td>Fraktur på koccyx</td><td>S322</td></tr> <tr><td>Fraktur på os pubis</td><td>S325</td></tr> <tr><td>Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet</td><td>S327</td></tr> <tr><td>Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet</td><td>S328</td></tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Fraktur på nedre delen av radius	S525	Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526	Fraktur på övre delen av humerus	S422	Fraktur på humerusskäftet	S423	Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22	Kollumfraktur	S720	Pertrokantär fraktur	S721	Subtrokantär fraktur	S722	Fraktur på femurskäftet	S723	Fraktur på nedre delen av femur	S724	Fraktur på övre delen av tibia	S821	Fraktur på sakrum	S321	Fraktur på koccyx	S322	Fraktur på os pubis	S325	Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327	Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																																		
Fraktur på nedre delen av radius	S525																																		
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526																																		
Fraktur på övre delen av humerus	S422																																		
Fraktur på humerusskäftet	S423																																		
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22																																		
Kollumfraktur	S720																																		
Pertrokantär fraktur	S721																																		
Subtrokantär fraktur	S722																																		
Fraktur på femurskäftet	S723																																		
Fraktur på nedre delen av femur	S724																																		
Fraktur på övre delen av tibia	S821																																		
Fraktur på sakrum	S321																																		
Fraktur på koccyx	S322																																		
Fraktur på os pubis	S325																																		
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327																																		
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkotpelaren och bäckenet	S328																																		
Datakällor	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret, SCB.																																		
Felkällor	Andelen avlidna påverkas till viss del av faktorer såsom patienternas ålder och annan samtidig sjukdom eller skada. Endast patienter som vårdats på sjukhus till följd av sin fraktur ingår i jämförelsen.																																		
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland (ej i figur).																																		

**Redovisnings-
grupper**
**Kvalitetsom-
råde**

Kön.

Kunskapsbaserad och säker vård.

A1 Artrosskola före höftprotesoperation	
Mått	Andel personer med höftledsartros som anger att de deltagit i artrosskola innan de genomgår höftprotesoperation 2012, procent.
Syfte	Enligt de nationella riktlinjerna ska protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning, viktnedgång och läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en så kallad artrosskola. Förhoppningen är att det på sikt kommer att bli möjligt att följa upp andelen personer som deltar i artrosskola – oavsett om de genomgått en protesoperation eller inte – genom uppgifter från BOA-registret och Socialstyrelsens patientregister. En förutsättning för detta är dock att registreringen i BOA-registret ökar ytterligare, och att patientregistret även kommer att omfatta de insatser som görs inom primärvården. Indikatorn "artrosskola före protesoperation" kan ge en bild av deltagandet i artrosskola fram till att dessa mer fullständiga uppgifter finns tillgängliga.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	<i>Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.</i>
Teknisk beskrivning	<i>Täljare: Antal patienter med notering om genomgången artrosskola inför höftproteskirurgi på grund av höftartros.</i> <i>Nämnare: Totalt antal patienter som genomgått proteskirurgi på grund av höftartros.</i> <i>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</i>
Datakällor	Svenska Höftprotesregistret
Felkällor	Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data. Detta innebär att det är patienten själv som lämnat uppgiften om att han eller hon har deltagit i en artrosskola, i stället för att informationen har hämtats från den verksamhet som ansvarar för artrosskolan. Därmed finns vissa felkällor. Det kan till exempel finnas personer som deltagit i en artrosskola men utan att vara bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats.
Redovisningsnivå	Landsting
Redovisningsgrupper	Kön
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

A2 Röntgenundersökning innan artrosskola	
Mått	Andel personer som genomgått röntgenundersökning innan artrosskola, 2013. Avser personer 18 år eller äldre, procent.
Syfte	De vanligaste riskfaktorerna för artros är övervikt, tidigare ledskada, överbelastning och ärftlighet, och exempel på vanliga symtom är smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion. Typiska fynd vid undersökning av knä är krepitationer (ett knastrande ljud som kan höras och kännas i en led med artros), nedsatt rörlighet och svullen led. Vid undersökning av en höft kan kliniska fynd vara nedsatt böjförmåga och inåtvridning samt smärta vid inåtrotation. En samlad bedömning av anamnesen, förekomsten av tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd räcker oftast som underlag för att ställa diagnos vid artros. Enligt de nationella riktlinjerna kan en röntgenundersökning vara nödvändig när personen inte har svarat på behandling (till exempel träning som leds av en sjukgymnast eller smärtstillande läkemedel) inom förväntad tid, eller när vården måste utesluta någon annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funktionsnedsättningen. En röntgenundersökning ger dock inte en säkrare diagnos jämfört med en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd.
Riktning	Låg andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer som genomgått röntgenundersökning innan artrosskola. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer som genomgått artrosskola. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
Datakällor	BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).
Felkällor	Endast hälften av enheterna som erbjuder artrosskola uppskattas delta i BOA-registret och antalet personer som registreras varierar avsevärt mellan landstingen, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten. En annan möjlig felkälla är att uppgifterna i BOA-registret bygger på självrapporterade data. Det är alltså patienten själv som anger om han eller hon har genomgått en röntgenundersökning, i stället för att informationen har hämtats från den verksamhet som har genomfört undersökningen. Slutligen bör påpekas att det till viss del kan vara ett selektivt urval som ingår i BOA-registret, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultatet.
Redovisningsnivå	Landsting,
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

A3 Behandling med glukosamin					
Mått	Antal personer som har hämtat ut glukosamin på recept minst en gång under ett år, per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.				
Syfte	Glukosamin är ett kroppseget ämne som utgör en av byggstenarna i kroppens brosk och ledvätska. Tidigare har glukosamin funnits att köpa som kosttillskott men 2002 klassificerades det som läkemedel. Godkända glukosaminer i Sverige är lösningar med salter i form av hydroklorid eller sulfat. Sedan 2010 omfattas symtomlindrande läkemedel som innehåller glukosaminer inte av läkemedelsförmånen. Glukosamin har ingen dokumenterad effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling. Detta gäller för både glukosaminhydroklorid och glukosaminsulfat. Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården därför inte behandla med glukosamin vid artros i knä eller höft, och rekommendationen är icke-göra i riktlinjerna. Glukosamin används inte vid behandling av andra tillstånd än artros				
Riktning	Låg nivå eftersträvas.				
Målnivå	Nationell målnivå utreds.				
Typ av indikator	Resultatmått.				
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.				
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer 40 år eller äldre som har hämtat ut glukosamin minst en gång under år 2012, oavsett om personen har artros eller inte. <i>Nämnare:</i> Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen. <table border="1"> <tr> <th>Läkemedel mot artros</th><th>ATC-kod</th></tr> <tr> <td>Glukosamin</td><td>M01AX05</td></tr> </table>	Läkemedel mot artros	ATC-kod	Glukosamin	M01AX05
Läkemedel mot artros	ATC-kod				
Glukosamin	M01AX05				
Datakällor	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret och befolkningsstatistik, SCB.				
Felkällor	Resultaten visar endast de läkemedel som förskrivits inom hälso- och sjukvården och som hämtats ut på apotek. Detta innebär att det kan vara en större andel av befolkningen som använder glukosamin, men utan att detta har förskrivits av läkare. I läkemedelsregistret finns endast uppgifter om förskrivna läkemedel som hämtats ut via recept på apotek. Därmed ingår inte läkemedel som inte har hämtats ut av patienten, och inte heller de patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande.				
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå				
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.				
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.				

A4 Behandling med hyaluronsyra					
Mått	Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra på recept, minst en gång under ett år, per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.				
Syfte	Hyaluronsyra är ett ämne som förekommer naturligt i bland annat led-brosk och ledvätska, men vid artros tror man att halten hyaluronsyra sjunker i ledvätskan. Behandling med hyaluronsyra innebär att ämnet injiceras i leden. Hyaluronsyra har liten eller ingen effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör behandla med hyaluronsyra som injektion vid artros i knä eller höft (icke-göra). Sedan 2010 omfattas läkemedel som innehåller hyaluronsyra inte av läkemedelsförmånen. Hyaluronsyra används inte vid behandling av andra tillstånd än artros.				
Riktning	Låg andel eftersträvas.				
Målnivå	Nationell målnivå utreds.				
Typ av indikator	Resultatmått.				
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.				
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer 40 år eller äldre som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång under år 2012, oavsett om personen har artros eller inte. <i>Nämnare:</i> Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen. <table border="1"> <tr> <th>Läkemedel mot artros</th><th>ATC-kod</th></tr> <tr> <td>Hyaluronsyra</td><td>M09AX01</td></tr> </table> Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.	Läkemedel mot artros	ATC-kod	Hyaluronsyra	M09AX01
Läkemedel mot artros	ATC-kod				
Hyaluronsyra	M09AX01				
Datakällor	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen, utbildningsregistret och befolkningsstatistik, SCB.				
Felkällor	Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som hämtats ut via recept på apotek, inte alla förskrivna läkemedel. Ett läkemedel kan alltså ha förskrivits av hälso- och sjukvården utan att patienten hämtar ut det. Patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande finns inte heller med i läkemedelsregistret. Socialstyrelsen har jämfört uppgifter från läkemedelsregistret med E-hälsomyndighetens statistik om läkemedelsförsäljningen i Sverige. Resultatet visar att det är en relativt liten andel hyaluronsyra som ges i öppen- och slutenvård via rekvisition, och som därigenom inte registreras i läkemedelsregistret.				
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå.				
Redovisningsgrupper	Kön.				
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.				

A5 Artroskopisk kirurgi vid artros i knä

Mått	Antal artroskopier i knäled med huvuddiagnos knäartros eller meniskskada, per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.																
Syfte	Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Operationen syftar till att minska smärtan och förbättra funktionen i knäet. En genomgång av forskningsläget visar dock att artroskopisk kirurgi vid artros inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Artroskopisk kirurgi ger en viss risk för komplikationer, till exempel en infektion eller blodpropp i benets djupt liggande vener (ventrombos). I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör utföra artroskopisk kirurgi vid artros i knät (icke-göra).																
Riktning	Låg antal nivå eftersträvas.																
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell.																
Typ av indikator	Processmått.																
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal artroskopier i knäled, enligt uppgift om operationskod, vid artros eller meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare 40 år och äldre <i>Nämnamn:</i> Antal personer, 40 år eller äldre i befolkningen. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Operationsåtgärder</th><th>Koder</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled</td><td>NGA11</td></tr> <tr> <td>Artroskopisk eller endoskopisk total excersion av menisk i knäled</td><td>NGD01</td></tr> <tr> <td>Artroskopisk eller endoskopisk partiell excersion av menisk</td><td>NGD11</td></tr> <tr> <td>Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av ledbrosk i knäled</td><td>NGF31</td></tr> </tbody> </table> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvuddiagnos</th><th>ICD 10</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Knäartros</td><td>M17</td></tr> <tr> <td>Meniskskador</td><td>M23</td></tr> </tbody> </table>	Operationsåtgärder	Koder	Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled	NGA11	Artroskopisk eller endoskopisk total excersion av menisk i knäled	NGD01	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excersion av menisk	NGD11	Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av ledbrosk i knäled	NGF31	Huvuddiagnos	ICD 10	Knäartros	M17	Meniskskador	M23
Operationsåtgärder	Koder																
Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled	NGA11																
Artroskopisk eller endoskopisk total excersion av menisk i knäled	NGD01																
Artroskopisk eller endoskopisk partiell excersion av menisk	NGD11																
Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av ledbrosk i knäled	NGF31																
Huvuddiagnos	ICD 10																
Knäartros	M17																
Meniskskador	M23																
Datakällor	Patientregistret, Socialstyrelsen och utbildningsregistret, SCB,																
Felkällor	En del patienter som genomgår artroskopi har sannolikt besvär som huvudsakligen beror på artros, även om meniskskada anges som huvuddiagnos. Detta skulle innebära att antalet artroskopier som genomförs på grund av artros är underskattat. En annan möjlig felkälla är att alla artroskopier inte rapporteras till patientregistret.																
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå,																
Redovisningsgrupper	Kön.																
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad och säker vård.																

R1 Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit	
Mått	Tid i dagar mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första besöket hos specialist som leder till ny diagnostisering bland de personer som har <13 månaders sjukdomsduration. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	Det är angeläget att få diagnosen reumatoid artrit så tidigt som möjligt för att kunna starta lämplig behandling, men många har haft långvariga besvär innan diagnosen ställs. Diagnosen kan fördröjas av många orsaker, till exempel att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte uppfattat symtomen korrekt eller inte vidtagit åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården lett till en senare diagnos än vad som vore idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessutom symtomen ha varat i över 6 veckor. Besvär från rörelseapparaten är mycket vanliga i befolkningen och ibland förekommer liknande eller överlappande sjukdomstillstånd som är betydligt vanligare än reumatoid artrit (såsom artros och långvariga smärttillstånd). Detta kan också bidra till att symtom misstolkas och att det ibland tar lång tid att få sin diagnos.
Riktning	Lågt antal dagar eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns.
Teknisk beskrivning	Beräkningar görs av tid i dagar mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första besöket på mottagning som leder till nydiagnostisering hos individer i SRQ med reumatoid artrit. Åldersstandardiserade medelvärden redovisas. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
Datakällor	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
Felkällor	Landsting med färre än 30 rapporterade observationer redovisas inte. Det finns heller inga uppgifter om patienter som får sin diagnos senare än 13 månader från symtomdebut, och därför kan det finnas individer med betydligt längre tid till diagnos än vad resultaten pekar på. För vissa landsting är det färre patienter än förväntat som ingår i analysen, vilket gör data svårtolkade. I vissa fall registreras patienten inte i SRQ i samband med diagnosen utan något senare, varför det också kan finnas en felklassificering med tider mellan symtomduration och diagnos som är längre än i verkligheten.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå (ej i figur), födelseland (ej i figur)
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R2 Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nyinsjuknande i reumatoid artrit

Mått	- Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. - ADL-funktion (HAQ) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på svullnad och ömhet från 28 leder, patientens skattning av sitt hälsotillstånd på en VAS-skala samt inflammationsgraden mätt som sänka eller CRP (C-reactive protein). Resultatet kan variera mellan: - remission, symtomen har delvis avtagit eller tillfälligt helt försvunnit, (DAS28 < 2,6) - lågt (DAS28 ≤ 3,2) - medel (3,2 < DAS28 ≤ 5,1) - høgt (DAS28 > 5,1) värde. Sjukdomsaktiviteten, mätt som DAS28, är en av utgångspunkterna för behandling och är en värdeåmätare av behandlingens effekt. En given minskning av DAS28-värdet måste sättas i relation till startvärdet. Till exempel är 2 enheters reduktion ett mycket bra behandlingsresultat för en person som startar på DAS28 = 4,5, men det indikerar kvarvarande sjukdomsaktivitet hos en individ som startat på DAS28 = 6,5. Funktionsförmåga mäts med Health Activity Questionnaire (HAQ) som är ett instrument för att bedöma graden av arbetsförmåga, förflyttning mellan olika platser och fritidsaktiviteter.
Riktning	Låg sjukdomsaktivitet och ADL-funktion (HAQ) eftersträvas liksom förbättrade värden.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	- Beräkningar görs av personens eventuella förändring av DAS28/DAS28CRP mellan första besöket hos specialist och under perioden 4–12 månader efter första besöket. - Beräkningar görs av personens eventuella förändring av HAQ-värde mellan första besök hos specialist och under perioden 4–12 månader efter första besöket. Beräkningarna görs bland personer 18 år och äldre med diagnosen reumatoid artrit i SRQ. Åldersstandardiserade medelvärden redovisas.
Datakällor	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ), utbildningsregistret, SCB.
Felkällor	Uppgifter som rapporteras till kvalitetsregistret SRQ har under senare år fått en allt bättre täckningsgrad avseende patienter med reumatoid artrit. Data från tidigare år inte är lika tillförlitliga vilket bör beaktas i tolkningen av resultatet.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), utbildning, födelseland.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R3 Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	
Mått	Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel, procent, samt antal patienter med RA med biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen, 18 år eller äldre.
Syfte	Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren. Vid reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet trots behandling med metotrexat rekommenderas en kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller något annat biologiskt läkemedel. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion och en ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat. Enligt Svensk Reumatologisk Förenings behandlingsriktlinjer kan kombination av metotrexat med andra (icke-biologiska) sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) övervägas hos patienter med få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, men med lägre prioritet än för kombinationen av metotrexat och TNF-hämmare. Detta återspeglar ett mer omfattande vetenskapligt underlag, med hög evidensstyrka för effekt på ett flertal effektmått, för tillägg av TNF-hämmare i denna situation.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå utreds.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Mått 1: <i>Täljare:</i> Antal personer som haft minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, och som minst en dag under aktuellt år enligt SRQ står på något biopreparat eller har minst ett uttag av något biopreparat enligt läkemedelsregistret under aktuellt år, patienter med diagnoser enligt listan nedan utesluts. <i>Nämnare:</i> Antal personer som haft minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, patienter med diagnoser enligt listan nedan utesluts. Mått 2: <i>Täljare:</i> Antal personer som har diagnos reumatoid artrit i SRQ (diagnos_1=RA seropos, RA seroneg, RA UNS) och minst en dag under aktuellt år enligt SRQ står på något biopreparat av infusionstyp, eller som har diagnos reumatoid artrit i SRQ och minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelsregistret, eller som har minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, samt minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret. Patienter med diagnoser enligt listan nedan utesluts. <i>Nämnare:</i> Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året. Åldersstandardiserade värden.

Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Seropositiv reumatoid artrit	M05
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0
Reumatoid bursit	M06.2
Reumatoid knuta eller nodul	M06.3
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9

Diagnoser som utesluts:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Juvenil artrit	M08
Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes	M09
Pelvospondylit	M45
Psoriatisk artrit i distal interfalangealled	M070,
Arthritis mutilans	M071
Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus	M320
Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem	M321
Andra specificerade former av systemisk lupus erythematosus	M328
Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad	M329
Entesopati i ryggraden	M460
Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes	M461
Andra specificerade inflammatoriska spondyliter	M468
Inflammatorisk spondylit, ospecificerad	M469
Psoriasis med ledsjukdom	L405

Biologiska läkemedel i läkemedelsregistret	ATC-kod
Rituximab	L01XC02
Abatacept	L04AA24
Etanercept	L04AB01
Infliximab	L04AB02
Adalimumab	L04AB04
Certolizumabpegol	L04AB05
Golimumab	L04AB06
Anakinra	L04AC03
Tocilizumab	L04AC07

Datakällor

Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ), utbildningsregistret, SCB.

Felkällor

Det finns ett bortfall som kan ha tre olika förklaringar: (i) en del patienter registreras inte i patientregistret, (ii) somliga patienter har inte varit på besök hos reumatolog under den studerade perioden, och (iii) en del patienter inkluderas inte i kvalitetsregistret, till exempel på grund av

	språksvårigheter. Sammantaget torde bortfallet ha en relativt liten betydelse för skattningarna av biopenetration. För att tolka skattningarna av andelen patienter med biologisk behandling är det viktigt att se till definitionen av nämnaren. Skattningen av andelen som får biologisk behandling per 100 000 invånare är mindre känslig för sådana definitioner, men har i stället andra felkällor på grund av demografiska skillnader mellan landstingen.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R4 Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga före och efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Mått	- Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. - ADL-funktion (HAQ) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	Sjukdomsaktiviteten (DAS28) mäts regelbundet för att följa upp effekten av insatt behandling, se utförligare beskrivning under indikator R2 på sidan 91. Även funktionsförmågan (ADL-funktionen) påverkas i hög grad av behandlingen vid reumatoid artrit och är därför viktig att mäta. Samtidigt har ADL-funktionen och måttet på sjukdomsaktivitet delvis samband med andra tillstånd och patientens ålder. Fysisk funktion mäts genom HAQ-instrumentet Health Activity Questionnaire.
Riktning	Låga värden eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	- Beräkningar görs av personens eventuella förändring av DAS28/DAS28CRP mellan nyinsättande av biologiskt läkemedel och under perioden 4–12 månader därefter. - Beräkningar görs av personens eventuella förändring av HAQ-värde mellan nyinsättande av biologiskt läkemedel och under perioden 4–12 månader därefter. Beräkningarna görs bland personer 18 år och äldre med diagnosen reumatoid artrit i SRQ. Åldersstandardiserade medelvärden och andelar redovisas. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
Datakällor	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
Felkällor	Landsting med färre observationer än 30 redovisas inte i diagrammen. Det finns inga nationellt standardiserade intervall för att följa upp insatta biologiska läkemedel inom den reumatologiska specialistvården, och därför används en längre uppföljningsperiod. Om det finns flera uppföljningstillfällen har det senaste värdet valts. Det kan emellertid finnas patienter som svarar bra på behandlingen redan under de första tre månaderna och därefter inte haft något besök i hälso- och sjukvården. De får då inget registrerat uppföljningsvärde i det använda tidsintervallet. Om bortfallet är stort i något landsting kan skattningen visa en alltför låg andel patienter med gott behandlingssvar. Bortfallet för indikator R4.2 är 45 procent, 29 procent för indikator R4.4 och 43 procent för indikator R4.7.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R5 Behandling med biologiska läkemedel hos nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit	
Mått	Andel nyinsjuknade patienter med RA som inom 12 månader startat sin första behandling med biologiskt läkemedel, procent.
Syfte	Vid reumatoid artrit är det viktigt att så tidigt som möjligt inleda en effektiv läkemedelsbehandling som minskar uppkomsten av ledsador. Om patienten visar tecken på dålig prognos och har medelhög till hög sjukdomsaktivitet rekommenderar riktlinjerna behandling med metotrexat i kombination med biologiska läkemedel.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå ej aktuell.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit som inom 12 månader startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. <i>Nämnare:</i> Total antal nyinsjuknade patienter i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister. Åldersstandardiserade värden.
Datakällor	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ.
Felkällor	I början av 2000-talet var inklusionen i kvalitetsregistret SRQ hög för patienter med biologisk behandling men lägre för patienter utan sådan behandling. Täckningsgraden har dock ökat under senare år vilket bör beaktas vid tolkning av resultatet.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie).
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R6 Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	
Mått	Tid i år mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första behandling med biologiska läkemedel bland personer med reumatoid artrit. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	Vid reumatoid artrit är det viktigt att behandla med effektiva läkemedel som minskar inflammationen och därmed förbättrar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Inflammationsaktiviteten är ofta hög i början av sjukdomen, men även efter flera års lågaktiv sjukdom kan svårare sjukdomsskov med hög inflammation som kräver intensivare behandling förekomma.
Riktning	Kort sjukdomsduration eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns. Kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	Beräkningar görs av tid i år mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första behandling med biologiska läkemedel hos individer i SRQ med reumatoid artrit. Åldersstandardiserade medelvärden Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
Datakällor	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister, SRQ, utbildningsregistret, SCB.
Felkällor	Landsting med färre än 30 rapporterade observationer redovisas inte. Resultatet påverkas av att många patienter med etablerad reumatoid artrit och många års lågaktiv sjukdom kan få svårare skov som gör att de får biologisk behandling. Dessa patienter bidrar till ett kvarvarande högt medelvärde, och eventuellt är detta tydligare i landsting som introducerat biologiska läkemedel i långsammare takt än andra.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting, utbildningsnivå, födelseland.
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.

R7 Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit	
Mått	Antal personer med ankyloserande spondylit eller psoriasisartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	Förskrivningen av biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit har ökat under de senaste åren. Vid ankyloserande spondylit rekommenderas att behandla med TNF-hämmare när NSAID-läkemedel har gett otillräcklig effekt. Vid psoriasisartrit rekommenderas TNF-behandling vid hög inflammatorisk aktivitet när NSAID-läkemedel, kortisoninjektioner och sjukdomsmodifierande läkemedel gett otillräcklig effekt.
Riktning	Hög antal eftersträvas.
Målnivå	Nationell målnivå inte aktuell.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare 1:</i> Antal personer med psoriasisartrit i SRQ (diagnos_1=psoriasisartrit) och - enligt SRQ under aktuellt år står på något biopreparat av infusionstyp eller - har minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelregistret. <i>Täljare 2:</i> Antal personer med ankyloserande spondylit i SRQ (diagnos_1=ankyloserande spondylit, spond*) och - enligt SRQ under aktuellt år står på något biopreparat av infusionstyp eller - har minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelregistret. <i>Nämnare:</i> Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året. Åldersstandardiserade värden.
Datakällor	Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.
Felkällor	Indikatorn är inte möjlig att redovisa på landstingsnivå på grund av för få observationer, och redovisas därför i denna utvärdering endast som tidsserie för riket som helhet. Det är osäkert hur stor andel av alla patienter med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som kommer till reumatologisk specialistvård för diagnos och behandling. Den mest lämpliga nämnaren i nuläget är därför per 100 000 invånare.
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie).
Redovisningsgrupper	Kön.
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.