

Målnivåer – vård vid rörelseorganens sjukdomar

Remissversion

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2020-9-6906

Publicerad www.socialstyrelsen.se, september 2020

Förord

Socialstyrelsen fastställer nationella målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger hur stor andel i en patient- eller sjukdomsgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan åtgärd. Nationella målnivåer är en viktig del i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Syftet med målnivåer är att ge hälso- och sjukvården tydliga kvalitetsmål att arbeta mot samt att bidra till att patienter får en god och jämlik vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Idag finns det målnivåer inom ett tiotal riktlinjeområden.

Denna rapport innehåller målnivåförslag för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Rapporten har tagits fram specifikt till den remissrunda som nu genomförs som ett sista steg innan målnivåerna slutligen fastställs av Socialstyrelsen. Det är önskvärt att regionerna och andra intresseorganisationer diskuterar och kommenterar förslagen.

Projektleddare för arbetet har varit Christina Broman som tillsammans med Anastasia Simi har utgjort projektets arbetsgrupp. Projektets expertgrupp har varit Gerd-Marie Alenius, Stefan Lohmander, Lillemor Nyberg, Mats Palmér, Ingemar Peterson, Ewa Roos och Carl Turesson. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp – bestående av huvudmannaföreträdare, företrädare från nationella programområden, professionsföreträdare och representanter för patientorganisationer – arbetat med att ta fram målnivåförslagen. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	9
Förslag till målnivåer	14
Väntetid från symtomdebut till diagnos vid reumatoid artrit (indikator R6)	15
Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit (indikator R8a)	18
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel (indikator R8b)	21
Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit (indikator R9)	25
Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit (indikator R10)	27
Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit (indikator R11)	29
Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit (indikator S6)	32
Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit (indikator P7)	35
Patientutbildning och träning vid artros (indikator A1)	38
Patientutbildning och träning före höftprotesoperation (indikator A4) .	42
Uppgifter för år 2019	44
Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros (indikator A6)	46
Höftfrakturoperation inom 24 timmar (indikator O2)	49
Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur (indikator O6)	52
Bentätetsmätning med central DXA inklusive VFA (indikator O7)	54
Förteckning över indikatorerna.....	56
Referenser	58
Bilaga 1. Översyn av nationella målnivåer från 2015	59
Målnivåer reumatoid artrit från 2015	59
Målnivåer artros från 2015	59
Målnivåer osteoporos från 2015	59
Bilaga 2. Deltagarförteckning	60

Sammanfattning

Nationella målnivåer avses som stöd för huvudmännens styrning och ledning av hälso- och sjukvården genom att ange tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot. Det främsta syftet med målnivåer är att säkerställa en god och jämlik vård. Utgångspunkten för målnivåarbetet är de indikatorer som har tagits fram inom ramen för de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar [1,2]. Indikatorerna omfattar vård vid reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos.

Sedan 2015 finns det nationella målnivåer för vården vid rörelseorganens sjukdomar [3]. Uppdraget var en del av regeringens satsning på vården av kroniskt- och långvarigt sjuka.

Socialstyrelsens expertgrupp har gjort en översyn av de tidigare nationella målnivåerna och gjort ett urval av ytterligare indikatorer, som bedöms vara lämpliga att målsätta. Därefter har arbetet bedrivits i ett konsensusförfarande med experter, företrädare för huvudmännen, företrädare för nationella programområden, professionsföreträdare och representanter för patientorganisationer. Konsensusgruppen har, utifrån de befintliga underlagen, diskuterat sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna. De föreslagna målnivåerna är:

Tabell 1. Förslag på målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar

Område	Namn	Förslag målnivå*
Reumatoid artrit	Väntetid från symtomdebut till diagnos vid reumatoid artrit	≥70 procent
Reumatoid artrit	Biologiska och/ eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit	± 25 procent från genomsnittet för riket
Reumatoid artrit	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel	± 25 procent från genomsnittet för riket
Reumatoid artrit	Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit	≥90 procent
Reumatoid artrit	Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit	≥90 procent
Reumatoid artrit	Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	≥90 procent
Axial spondylartrit	Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	± 25 procent från genomsnittet för riket
Psoriasisartrit	Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit	± 25 procent från genomsnittet för riket
Artros	Patientutbildning och träning vid artros	≥80 procent
Artros	Patientutbildning och träning före höftprotesoperation	≥80 procent
Artros	Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	≤ 25 procent
Osteoporos	Höftfrakturopoperation inom 24 timmar	≥80 procent
Osteoporos	Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur	≥90 procent
Osteoporos	Bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA	100 procent

*Målnivå på gruppnivå.

Förslagen till målnivåer som presenteras i denna rapport har i flera fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som vissa regioner presterar idag. Därför kan det vara lämpligt att regionerna sätter upp egna delmål, för att längre fram nå de eftersträvarvärda målen.

Uppdragets förutsättningar

Om uppdraget

Det främsta syftet med att fastställa målnivåer för indikatorer är att ge hälso- och sjukvården tydliga och mätbara kvalitetsmål att arbeta mot, samt att bidra till att alla patienter får en god och jämlik vård i enighet med lagstiftningens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vården av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska och/eller långvariga sjukdomsförlopp.

Målnivåerna lämpar sig för uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men syftar också till att underlätta förbättringsarbete även på regional och lokal nivå. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåmodellen

Vad är en målnivå?

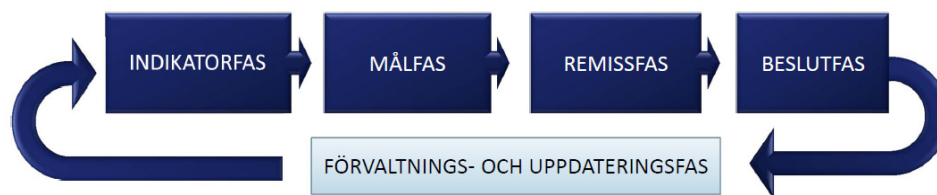
Målnivåer visar ofta hur stor andel av en viss sjukdomsgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. Till exempel kan en målnivå ange att 70 procent av patienterna med ett sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur oftast baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna har tagits fram genom ett konsensusförfarande i flera steg, ofta baserat på kännedom om till exempel biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer, som beskrivs utförligare längre fram i detta kapitel.

Målnivåer gäller övergripande för en hel sjukdomsgrupp och ska inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan till exempel vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Då det gäller för en hel grupp gör vi i målnivårapporten heller inga analyser av eventuell ojämlikhet, t.ex. mellan män och kvinnor.

Målnivåmodellen

Den modell som ligger till grund för målnivåarbetet består av fem faser. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt i arbetet.

Figur 1. Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfas

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av indikatorer, och att formulera dessa så att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms vara lämpliga att målsätta. Detta arbete sker i samarbete med en grupp sakkunniga som deltagit i riktlinjeprocessen alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som levererar uppgifter till det statistiska underlaget.

Bedömningen av huruvida en indikator är aktuell för målnivå eller inte utgår från vissa specifika kriterier. Indikatorerna ska:

- vara aktuella för ämnesområdet
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- helst ha en tydlig riktning (høgt eller lågt resultat är att föredra)
- helst ha stabila och tillförlitliga nationella datakällor.

När urvalet av indikatorer har genomförts sker en beställning av uppgifterna från berörda register. Dessa uppgifter sammanställs till diagram och tabeller. Den statistiska sammanställningen ingår i underlaget till konsensusprocessen.

Målfas

I målfasen får en större konsensusgrupp diskutera sig fram till ett gemensamt förslag till målnivåer utifrån befintliga underlag.

Konsensusgruppen består av huvudmannarepresentanter från hälso- och sjukvårdsregionerna, företrädare från nationella programområden, sakkunniga inom olika områden samt företrädare för berörda patientföreningar.

Som inledning till målfasen genomförs en modifierad Delphiprocess i syfte att förbereda deltagarna inför det avslutande konsensusmötet. Delphi-processen innebär att indikatorbeskrivningar, statistiska underlag (i de fall sådana finns tillgängliga) samt expertgruppens målnivåförslag skickas ut via en webbenkät till konsensusgruppens deltagare. Deltagarna röstar på egen hand på det målnivåförslag som de anser vara rimligast, med möjlighet att också kommentera sitt val eller ange ett eget förslag. Resultaten och kommentarerna sammanställs, varefter enkäten och den anonymiserade sammanställningen skickas ut till gruppen igen. Sammanställningen av resultaten och kommentarerna skicka ut som ett underlag till konsensusmötet.

Konsensusmötet för målnivåer inom vård vid rörelseorganens sjukdomar genomfördes den 26 augusti 2020.

Remissfas

Under remissfasen får berörda intressenter möjlighet att lämna synpunkter på de föreslagna målnivåerna. Därefter är det expertgruppens uppgift att ta ställning till eventuella justeringar inför beslutsfasen.

Remissmottagarna för målnivårapporten inom rörelseorganens sjukdomar är regionerna, berörda nationella programområden, specialistföreningar och patientorganisationer.

Beslutsfas

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer och publicerar Socialstyrelsen målnivåerna.

Förvaltnings- och uppdateringsfas

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, till exempel när kunskapsläget inom området förändras. Det är också av intresse att följa på vilket sätt målnivåerna används på lokal, regional och nationell nivå.

Användningsområden för nationella målnivåer

Målnivåerna ger regionerna tydliga och mätbara mål att arbeta mot. Utöver detta finns det en rad andra områden där målnivåer kan användas för att styra och leda hälso- och sjukvården. Bland annat kan de användas som underlag till utvecklings- och förbättringsarbeten samt till uppföljning på lokal och regional nivå. Av flera anledningar är målnivåer dock inte lämpade som utgångspunkt för ekonomisk ersättning till verksamheter inom regionerna.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av vården kan målnivåer vara ett värdefullt verktyg för att bedöma hälso- och sjukvårdens resultat i förhållande till den önskvärda kvaliteten. Genom att mäta skillnaderna mellan faktisk och önskvärd nivå är det i de fall det finns tillförlitliga kostnadsdata även möjligt att beräkna vilka kostnader eller besparingar som måluppfyllelsen skulle innebära, alternativt vilka merkostnader som uppkommer vid val av mindre lämpliga behandlingar eller andra åtgärder.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat utvärderingar av hälso- och sjukvårdens kvalitet, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna. Då kommer även statistik användas för att beskriva vården för olika grupper och vi kommer analysera huruvida det finns omotiverade skillnader mellan dessa. Det kan gälla såväl regionala skillnader som skillnader mellan t.ex. kön och olika socioekonomiska grupper.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera regioner använder idag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa upp kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa regioner kan målnivåer vara ett stöd i styrning och ledning av hälso- och sjukvården. Detta gäller inte minst vid prioritering och omfördelning av resurser eftersom målnivåerna ger en tydlig signal om vilket håll hälso- och sjukvården bör sträva åt. På verksamhetsnivå kan de också användas för att utveckla vård- och omsorgsprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen fastställer är ibland högt satta i förhållande till det aktuella läget i landet. Detta innebär att det kommer att ta tid för hälso- och sjukvården att nå de uppsatta målen.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Det förekommer att regionerna tillämpar ersättningsmodeller där verksamheter som uppnår ett mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från regionen. Dessa ersättningsmodeller kan ha olika struktur och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningsmodeller kopplade till nationella målnivåer kan medföra risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattas de tre vanligaste riskerna.

Alltför generellt beskrivna indikatorer

Om indikatorn är alltför generellt beskriven eller om de begrepp som ingår i indikatorn inte har definierats i tillräckligt hög grad kan resultatet bli svårtolkat. Om indikatorn ingår i ett ekonomiskt ersättningssystem innebär detta att fördelningen av resurser utifrån indikatorns resultat riskerar att bli godtyckligt. Trots att vissa indikatorer inte passar i ett ersättningssystem kan de fortfarande utgöra värdefulla verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När en region kopplar måluppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns en risk att verksamheterna inte arbetar enbart för att höja kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av olika orsaker inte har fått den rekommenderade åtgärden kan i lägre grad rapporteras till registret än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i kvalitetsregister och hälsodataregister blir mindre tillförlitliga. Detta kan i sin tur få konsekvenser för såväl registerbaserad forskning som kvalitetsuppföljning.

Negativa effekter för patienterna

I vissa fall avgränsas indikatorer till att gälla en viss åldersgrupp eller en grupp i ett visst sjukdomsstadium. Anledningen till detta är i de flesta fall teknisk. Genom att avgränsa indikatorn till en grupp som i hög grad ska ha en viss åtgärd görs den skarpare, vilket leder till att målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella åtgärden, utan även andra grupper kan dra nytta av den.

Vid till exempel Socialstyrelsens utvärderingar, som utgår från de nationella riktlinjerna, betraktas detta som en självklarhet. Men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk för att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade åtgärden. Det gäller i synnerhet om åtgärden är resurskrävande.

Om indikatorerna

Socialstyrelsen har hämtat indikatorerna till målnivåarbetet från det indikatordokument som ingår i remissversionen av de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar 2020 [2].

Det faktum att indikatorerna speglar hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationer i riktlinjerna säkerställer att de antingen är evidensbaserade eller har tagits fram genom en strukturerad konsensusprocess inom ramen för riktlinjearbetet. Indikatorerna har arbetats fram tillsammans med experter som också deltog i riktlinjearbetet. Indikatorerna har också genomgått en remissrunda i samband med att remissversionen av riktlinjen publicerades. Vissa justeringar och förtydliganden i indikatorbeskrivningar har skett under remissförfarandet och på konsensusmötet. Att indikatorerna är värdefulla verktyg för uppföljning och förbättringsarbete innebär inte att samtliga är lämpliga för målnivåsättning.

Om målnivåerna

Målnivåerna som föreslås i denna rapport har en hög nivå i förhållande till de resultat som många regioner presterar idag. Det är dock viktigt att komma ihåg att målen är just mål, och att det kan krävas tid för hälso- och sjukvården att nå dit. Beroende på utgångsläget kan regionerna själva ta fram delmål för att nå det eftersträfvansvärda målet. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Målnivåerna kan också justeras om kunskapsläget inom området förändras. För målnivåerna i detta arbete är Socialstyrelsen bedömning att en uppföljning och översyn av målnivåerna bör ske två till fyra år efter införandet.

Socialstyrelsen har gjort en översyn av de sedan tidigare fastställda nationella målnivåerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar från 2015 [3]. Översynen har utifrån de förändringar som skett rörande rekommendationerna och indikatorerna i de nationella riktlinjerna samt vårdens utveckling resulterat i att några målnivåer tagits bort eller behövt omformuleras och fått ett nytt förslag på målnivå.

➔ Se översyn av nationella målnivåer från 2015 i bilaga 1.

Datakällor

De underlag som ligger till grund för målnivåprocessen är indikatorbeskrivningar, expertgruppens förslag, resultat från Delphirundan och statistiska underlag. Data har hämtats från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) [4], BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) [5], Svenska Höftprotesregistret [6] och Rikshöft [7]. Det är av största vikt att täckningsgraden i nationella kvalitetsregister ökar och att hälso- och sjukvården arbetar för en mer heltäckande registrering, en förutsättning för att kunna följa vårdens utveckling.

Förslag till målnivåer

I detta kapitel presenteras Socialstyrelsens förslag till målnivåer för de indikatorer som är aktuella som målnivåindikatorer samt en motivering till målnivån. Redovisningen följer samma disposition för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn samt en beskrivning av felkällor och eventuella tolkningssvårigheter
- förslag till nationell målnivå
- en motivering till den föreslagna målnivån
- dataunderlag som visar hur olika regioner ligger till i förhållande till målnivån, när sådana data finns tillgängliga. Syftet med redovisningen är att kunna föreslå en rimlig målnivå för riket och inte att göra en analys eller jämförelse av regionernas resultat eller könsskillnader.

Väntetid från symtomdebut till diagnos vid reumatoid artrit (indikator R6)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit (RA) som får diagnos fastställd vid reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor från patientrapporterad symtomdebut.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse- och belastningssmärta.

Väntetid till diagnos är viktig framförallt ur ett patientperspektiv eftersom väntetiden innebär förlängd tid med nedsatt funktion och förhöjd smärta. Tidig diagnostik och insättning av antireumatisk behandling är av stor vikt för att öka chansen att patienten uppnår remission samt minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA.

Teknisk beskrivning

Täjlare: Personer enligt nämnaväns definition som har ett datum för fastställd diagnos som ligger som mest 139 dagar efter datum för symtomdebut.

Nämnaväns: Samtliga registrerade nydiagnostiserade fall som fått diagnos inom 13 månader efter symtomdebut av reumatoid artrit enligt kvalitetsregistret SRQ, där patienten är 18 år eller äldre och datum för symtomdebut har registrerats.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *väntetid från symtomdebut till diagnos vid reumatoid artrit* föreslås målnivån ≥ 70 procent.

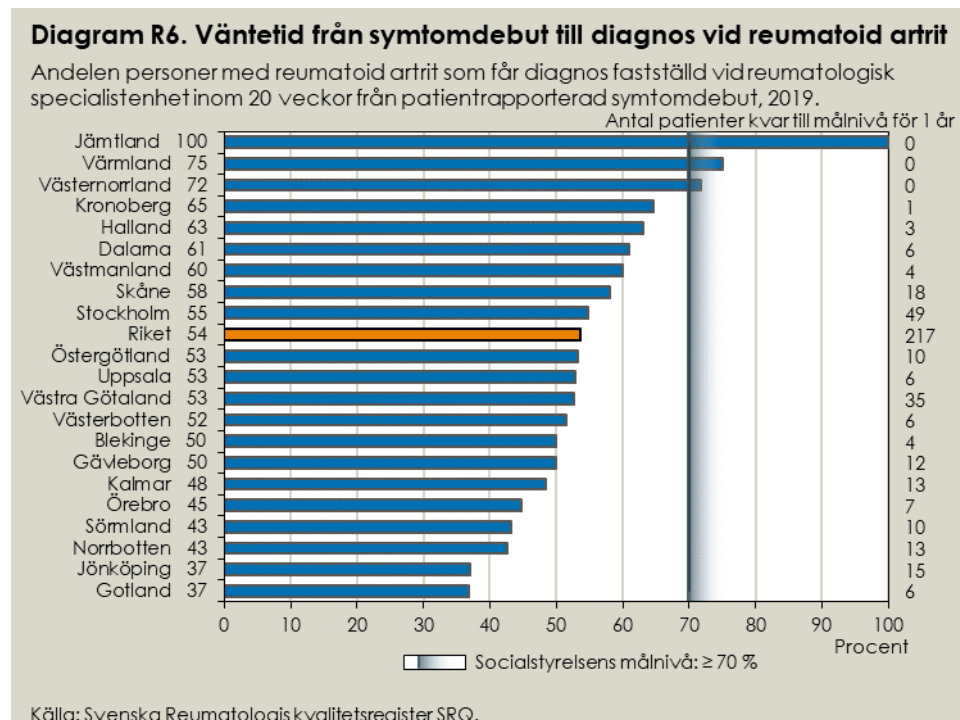
Motivering till målnivån

Personer med reumatoid artrit behöver få rätt diagnos så tidigt som möjligt. Då kan de snabbt få en effektiv läkemedelsbehandling, och därmed färre ledsador. Den som misstänker att en patient har en inflammatorisk reumatisk sjukdom remitterar vanligtvis patienten till en reumatologisk specialistenhet för vidare utredning. Diagnosen ställs vid reumatologisk specialistenhet med

hjälp av patientens sjukdomshistoria (anamnes), kliniska undersökningar och laboratorieundersökningar.

Måttet för indikatorn innefattar flera delar av vården och påverkas av remisstiden från primärvård till specialistvård samt patientfaktorer, dvs. hur snabbt efter symtomdebut man söker vård. Allmänhetens kunskap om vikten av att söka vård tidigt vid artritsymtom påverkar resultatet. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 70 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

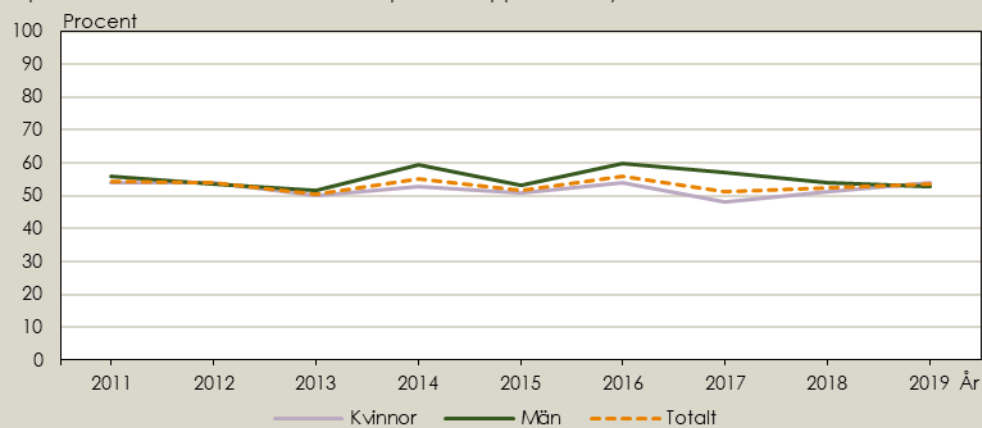


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	71,9
Rikets genomsnitt	53,5
Variation bästa – sämsta värde	36,8 – 100
Fördelning kvinnor/män (%)	54/53
Antal patienter i nämnaren	1311

Diagram R6. Väntetid från symtomdebut till diagnos vid reumatoid artrit

Andelen personer med reumatoid artrit som får diagnos fastställd vid reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor från patientrapporterad symtomdebut.



Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit (indikator R8a)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit (RA) som får biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel, samt antal personer med RA med biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel per 100 000 i befolkningen.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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. En relativt ny läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit är hämmare av janus kinaser (JAK), som tillhör gruppen målinriktade syntetiska sjukdomsmodifierande (DMARD)-läkemedel. JAK-hämmare minskar inflammationen och påverkar därigenom sjukdomsförloppet på lång sikt.

Enligt Svensk Reumatologisk Förenings behandlingsriktlinjer kan kombination av metotrexat med andra konventionella DMARD läkemedel övervägas hos personer med RA med aktiv sjukdom trots metotrexatbehandling och få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i denna situation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, men med lägre prioritet än för kombinationen av metotrexat och TNF-hämmare.

Teknisk beskrivning

Täljare: Personer enligt nämnares definition som minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare eller har minst ett uttag av något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare enligt läkemedelsregistret under aktuellt år.

Nämnare: 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.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nyinsjuknande och behandling med biologiska läkemedel för RA. Vad gäller läkemedelsbehandling vid RA har registret en god täckningsgrad. Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kommer indikatorn framöver att kompletteras med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit* föreslås målnivån ± 25 procent från genomsnittet för riket.

Motivering till målnivån

Reumatoid artrit behandlas oftast med olika läkemedel. Det är vanligast att börja med konventionella syntetiska antireumatiska läkemedel (konventionella syntetiska DMARD-läkemedel), till exempel metotrexat. Vid svårare former av reumatoid artrit används även biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel), till exempel olika former av TNF-hämmare. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än syntetiska läkemedel. Patienten kan också behandlas med en kombination av biologiska och syntetiska läkemedel. Ett annat behandlingsalternativ som rekommenderas vid svårare former av reumatoid artrit är en kombination av målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (JAK-hämmare) och metotrexat.

För att använda läkemedlen så effektivt som möjligt, kan läkaren styra behandlingen efter patientens sjukdomsaktivitet, enligt ett standardiserat behandlingsprotokoll. Läkemedelsbehandlingen kräver noggrann uppföljning då behandlingsstrategin behöver justeras utifrån resultatet för patienten.

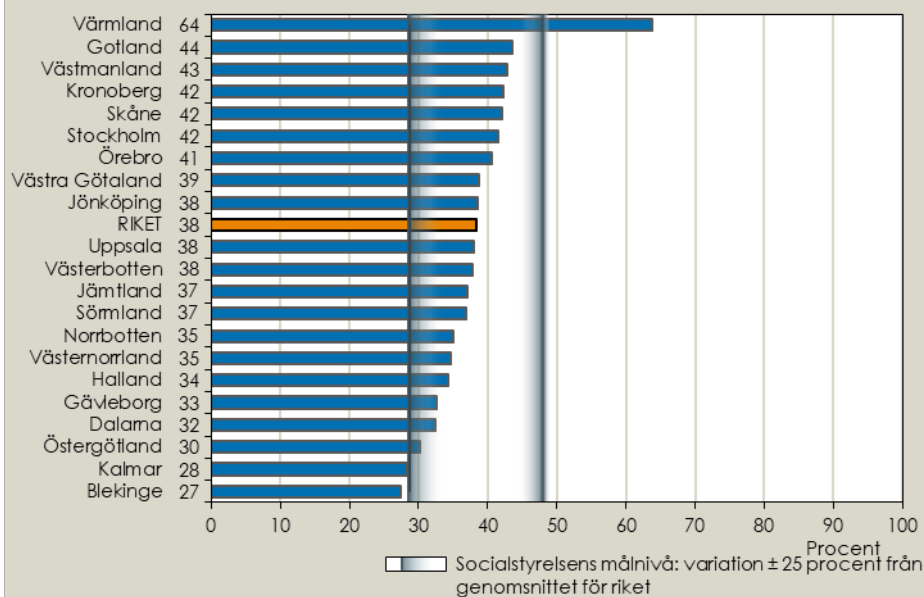
Behandlingen med biologiska läkemedel och målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit ökar, samtidigt är det svårt att beräkna rätt nivå för denna behandling dvs. hur många som bör få denna behandling istället för ett annat alternativ. Socialstyrelsen bedömer dock att en stor variation mellan regionerna i andelen som får denna behandling inte är medicinskt motiverad. För att uppnå en mer jämlik vård vid reumatoid artrit, föreslår Socialstyrelsen att den sedan tidigare fastställda nationella målnivån på variationen dvs. att regionernas värden avviker som mest ± 25 procent från rikets genomsnitt, kvarstår.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

I remissversionen redovisas data för biologiska läkemedel. Att inkludera målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel i indikatorn beslutades vid konsensusmötet. Data enligt den reviderade indikatorbeskrivningen kommer att redovisas i slutrapporten målnivåer rörelseorganens sjukdomar.

Diagram R8a. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Andelen personer med RA som får biologiska DMARD-läkemedel. Avser personer 18 år och äldre, 2019.



Källa: Svenska Reumatologis kvalitetsregister SRQ.

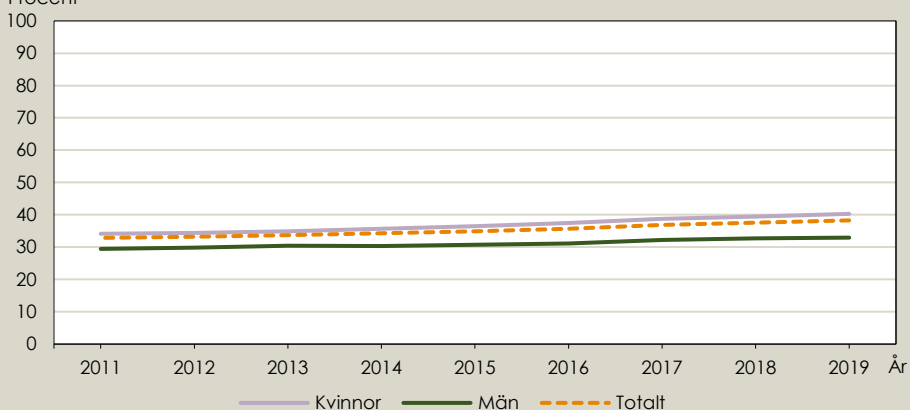
Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	42,8
Rikets genomsnitt	38,3
Variation bästa – sämsta värde	27,4 – 63,8
Fördelning kvinnor/män (%)	40,3/33,0
Antal patienter i nämnaren	43 085

Diagram R8a. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Andelen personer med RA som får biologiska DMARD-läkemedel, 2019. Avser personer 18 år och äldre.

Procent



Källa: Svenska Reumatologis kvalitetsregister SRQ.

Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel (indikator R8b)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit (RA) som får biologiska sjukdomsmodifierade läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren. Vid reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet utan tidigare behandling med metotrexat finns kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller något annat biologiskt läkemedel med bland rekommenderade behandlingsalternativ. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion och en ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat. Nyttan av biologisk behandling i denna situation, beskriven i ett vetenskapligt underlag med hög evidensstyrka för större effekt på flera effektmått, får vägas mot en högre kostnad än för behandling med enbart metotrexat.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer enligt nämnavärdens definition som minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel eller har minst ett uttag av något biologiskt läkemedel enligt läkemedelsregistret under aktuellt år, utan att de har behandlats med syntetiska DMARD-läkemedel innan datumet biologiskt DMARD sätts in.

Nämnavärde: 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.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nyinsjuknande och behandling med biologiska läkemedel för RA. Vad gäller läkemedelsbehandling vid RA har registret en god täckningsgrad. Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kommer indikatorn framöver att kompletteras med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel* föreslås målnivån ± 25 procent från genomsnittet för riket.

Motivering till målnivån

Reumatoid artrit behandlas oftast med olika läkemedel. Det är vanligast att börja med syntetiska antireumatiska läkemedel (syntetiska DMARD-läkemedel), till exempel metotrexat. Vid svårare former av reumatoid artrit används även biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel), till exempel olika former av TNF-hämmare. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än syntetiska läkemedel. Patienten kan också behandlas med en kombination av biologiska och syntetiska läkemedel.

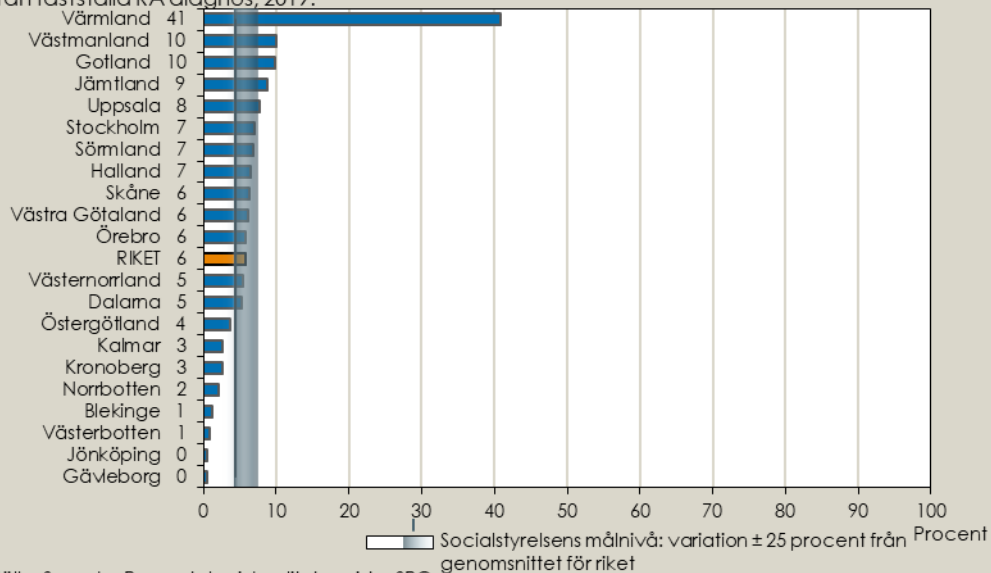
För att använda läkemedlen så effektivt som möjligt, kan läkaren styra behandlingen efter patientens sjukdomsaktivitet, enligt ett standardiserat behandlingsprotokoll. Läkemedelsbehandlingen kräver noggrann uppföljning då behandlingsstrategin behöver justeras utifrån resultatet för patienten.

Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit ökar, samtidigt är det svårt att beräkna hur många som bör få biologiska läkemedel som första behandling istället för ett annat alternativ. Socialstyrelsen bedömer dock att en stor variation mellan regionerna i andelen som får behandling med biologiska läkemedel som första behandling, dvs. utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel, inte är medicinskt motiverad. För att uppnå en mer jämlik vård vid reumatoid artrit, föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på variationen dvs. att regionernas värden bör avvika som mest ± 25 procent från rikets genomsnitt.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Diagram R8b. Biologiska läkemedel vid RA utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel

Andelen personer med RA som får biologiska DMARD-läkemedel utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel. Avser personer 18 år och äldre med sjukdomsduration upp till tre år från fastställd RA diagnos, 2019.



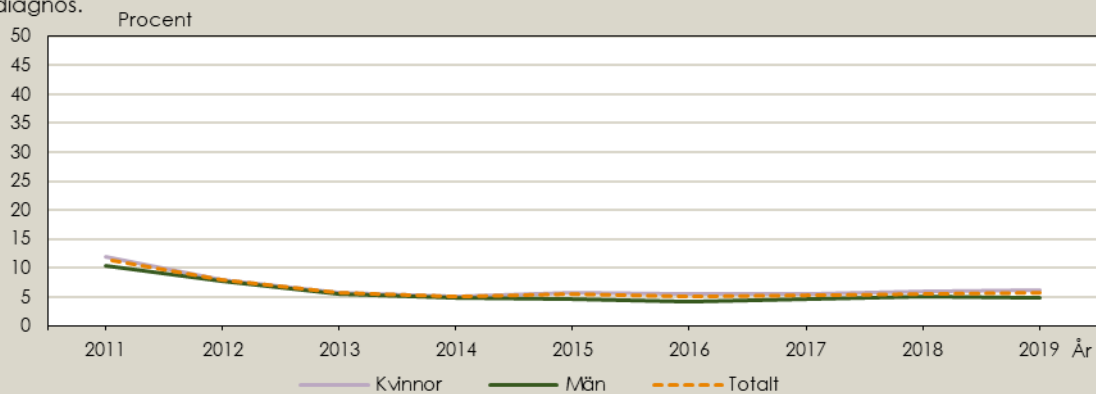
Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	9,8
Rikets genomsnitt	5,7
Variation bästa – sämsta värde	0,4 – 40,9
Fördelning kvinnor/män (%)	6,1/4,9
Antal patienter i nämnaren	5975

Diagram R8b. Biologiska läkemedel vid RA utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel

Andelen personer med RA som får biologiska DMARD-läkemedel utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel. Avser personer 18 år och äldre med sjukdomsduration upp till tre år från fastställd RA diagnos.



Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit (indikator R9)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit som erbjuds insatsen strukturerad sjuksköterskemottagning med samordnade sjukvårdsinsatser.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse- och belastningssmärta.

Åtgärden avser en strukturerad sjuksköterskemottagning, definierad som planerad patientkontakt med inriktning på en eller flera av följande aktiviteter: patientutbildning, rådgivning, administrering av läkemedel, monitorering, samordning av vårdinsatser, information om levnadsvanor, ledbedömningar, uppföljning, personcentrerad vård. Sjuksköterskemottagningen anpassas efter individens behov, och är ett komplement till sedvanligt omhändertagande.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som erbjuds strukturerad sjuksköterskemottagning med samordnade sjukvårdsinsatser. Personer med reumatoid artrit som någon gång under sjukdomsförloppet har erbjudits insatsen ingår i täljaren.

Nämnare: Personer med reumatoid artrit, 18 år och äldre, oavsett sjukdomsduration och behandling.

Datakälla: Variabeln finns för närvarande inte i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät till regionernas specialistverksamheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Låg och varierande täckning i registret under de första åren. Initialt kommer indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter, vilket innebär att ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit* föreslås målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

De olika vårdinsatserna vid reumatoid artrit kan samordnas på en så kallad strukturerad sjuksköterskemottagning, som kan komplettera insatserna på en

läkarmottagning. Patienten besöker sjuksköterskemottagningen för bland annat hälsosamtal, undervisning, administrering av läkemedel och ledbedömning. Sjuksköterskan utvärderar också till exempel patientens fysiska och psykiska välbefinnande. En strukturerad sjuksköterskemottagning ökar vidare patienternas kunskap om sin sjukdom och förbättrar livskvaliteten.

Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och kan vara till nytta för alla patienter oavsett sjukdomsduration, sjukdomens svårighetsgrad eller behandling. Sjuksköterskemottagningen anpassas efter individens behov, och är ett komplement till sedvanligt omhändertagande. Det kan finnas patienter som p.g.a. multisjuklighet eller andra anledningar inte kan gynnas av insatsen. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 90 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Data finns inte tillgänglig i dagsläget för denna indikator. I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät till regionernas specialistverksamheter. Enkäten planeras skickas ut i samband med Socialstyrelsens nationella utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit (indikator R10)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit (RA) som erbjuds insatsen team rehabilitering i öppen vård.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Etablerad reumatoid artrit kännetecknas av inflammation i lederna, vilket ofta ger ledsmärta och nedsatt rörlighet. Personer med etablerad sjukdom är personer som har haft en specifik artritdiagnos i minst 12 månader eller som får medicinsk behandling för sina artritsymtom.

Teamrehabilitering i öppenvård är en strukturerad, sammanhållen rehabilitering under en viss tidsrymd. Det innebär att arbeta med olika aspekter av en komplex problematik. Syftet är att ge patienten redskap för att bättre kunna hantera sin sjukdom och livssituation. Utifrån patientens behov samverkar olika professioner kring patienten. Teamet består vanligtvis av reumatolog, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator.

För personer med etablerad reumatoid artrit kan insatsen bestå av information om sjukdomen, stöd rörande levnadsvanor, strategier för att hantera och vara delaktig i vardag och arbete samt träning individuellt och i grupp. Det ska finnas möjlighet till individanpassad och handledd fysisk träning för ökad eller bibehållen funktion samt tillgång till träningsbassäng.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer enligt nämnares definition som erbjuds insatsen team rehabilitering i öppen vård.

Nämnare: Personer med etablerad artrit 18 år och äldre, dvs. personer som har haft en specifik reumatoid artrit (RA)-diagnos i minst 12 månader eller som får medicinsk behandling för sina artritsymtom.

Datakälla: Variabeln finns för närvarande inte i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät till regionernas specialistverksamheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Låg och varierande täckning i registret under de första åren. Initialt kommer indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionens specialistverksamheter, vilket innebär att ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit* föreslås målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

Det är viktigt att snabbt börja med rehabilitering för personer med reumatoid artrit. En tidig teamrehabilitering gör det också möjligt att erbjuda rätt åtgärder i rätt tid, genom att olika vårdprofessioner samverkar.

Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna och kan vara till nytta för alla patienter med etablerad artrit, oavsett sjukdomens svårighetsgrad eller behandling. Teamrehabiliteringen anpassas efter individens behov, dock kan det finnas patienter som p.g.a. multisjuklighet eller andra anledningar inte kan få insatsen. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 90 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Data finns inte tillgänglig i dagsläget för denna indikator. I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät till regionernas specialistverksamheter. Enkäten planeras skickas ut i samband med Socialstyrelsens nationella utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit (indikator R11)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med reumatoid artrit (RA) som har registrerat kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare insatt behandling 2–6 månader efter första behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse- och belastningssmärta. En effektiv läkemedelsbehandling syftar till att minska inflammationen och därigenom påverka sjukdomsförloppet på lång sikt.

Det är av största vikt att insatt behandling utvärderas på ett strukturerat sätt vid adekvata tidpunkter. Detta för att bedöma nytta och risker med fortsatt behandling för den enskilde patienten.

Teknisk beskrivning

Täjlare: Antal personer med RA och DMARD-läkemedel som har en vårdkontakt registrerad i SRQ inom 2–6 månader från behandlingsstart.

Nämnare: Antal personer som fick sin första behandling med DMARD-läkemedel någon gång under en treårsperiod från fastställd RA diagnos.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om vårdkontakt och läkemedelsbehandling för RA och täckningsgraden för båda variablerna är god. Personer med RA som inom kort tid efter insatt läkemedel får biverkningar som gör att behandlingen inte kan fullföljas kan få ett besök som kommer före intervallet.

Förslag på nationell målnivå

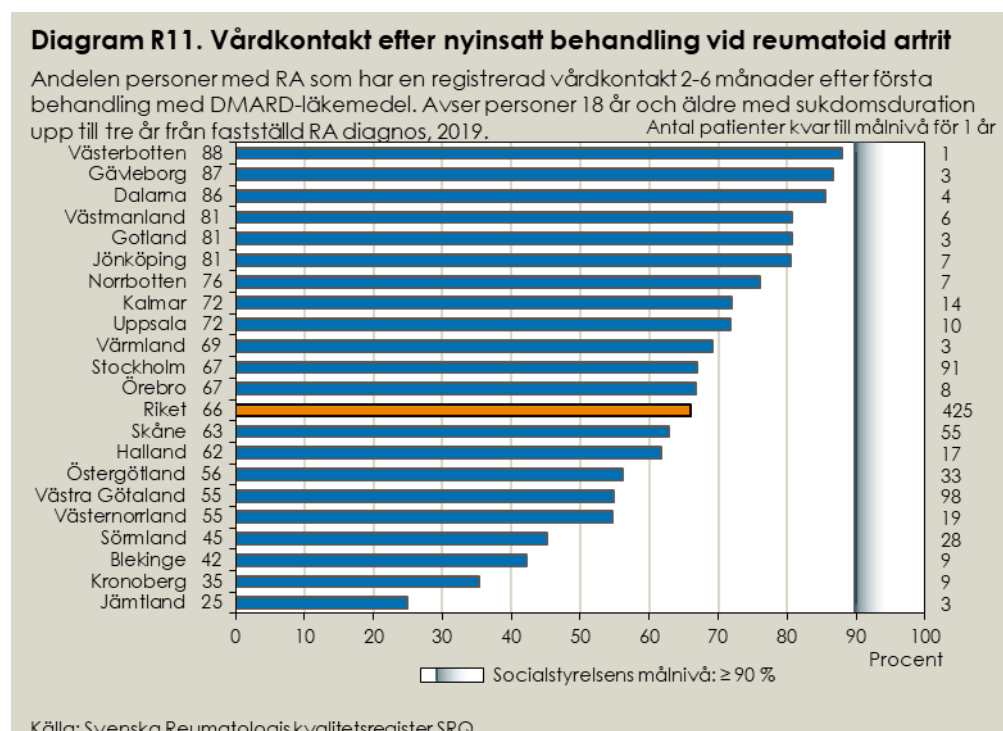
För indikatorn *vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit* föreslås målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

För att läkemedelsbehandling vid RA ska vara så effektivt som möjligt, kan läkaren styra behandlingen efter patientens sjukdomsaktivitet, enligt ett standardiserat behandlingsprotokoll. Läkemedelsbehandlingen kräver noggrann uppföljning då behandlingsstrategin behöver justeras utifrån resultatet för patienten.

Måttet för indikatorn är en registrerad vårdkontakt i Svenska Reumatologis kvalitetsregister SRQ, 2–6 månader efter nyinsatt behandling med DMARD-läkemedel. Det kan finnas personer med RA som inom kort tid efter insatt läkemedel får biverkningar som gör att behandlingen inte kan fullföljas. Dessa personer kan få en vårdkontakt som kommer före intervallet och därmed ingår inte i jämförelsen. Det kan även finnas andra anledningar varför patienten inte kan ha en vårdkontakt inom intervallet, exempelvis p.g.a. andra sjukdomar. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 90 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

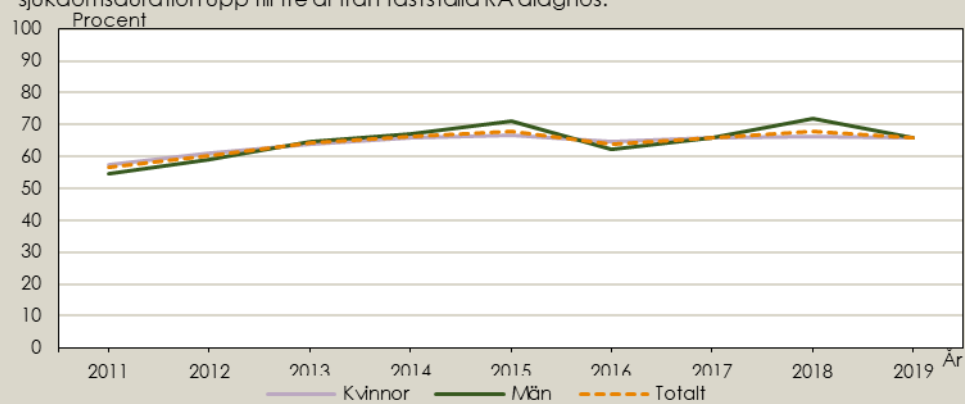


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	85,5
Rikets genomsnitt	66,0
Variation bästa - sämsta värde	25 – 87,9
Fördelning kvinnor/män (%)	66/66
Antal patienter i nämnaren	1 770

Diagram R11. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit

Andelen personer med reumatoid artrit som har en registrerad vårdkontakt 2-6 månader efter första behandling med DMARD-läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre med sjukdomsduration upp till tre år från fastställd RA diagnos.



Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit (indikator S6)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet personer med axial spondylartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft. Grundbehandlingen består av fysisk träning och behandling med COX-hämmare för att minska smärta och stelhet.

Förskrivningen av biologiska läkemedel vid axial spondylartrit har ökat under de senaste åren. Vid axial spondylartrit rekommenderas att behandla med TNF-hämmare eller IL17-hämmare när COX-hämmare har gett otillräcklig effekt.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som har diagnos axial spondylartrit i SRQ och minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel, eller

som har diagnos axial spondylartrit i SRQ och minst ett uttag av biologiskt läkemedel oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelsregistret, eller

som har minst 2 läkarbesök med diagnos axial spondylartrit 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 biologiskt läkemedel oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret.

Nämnare: Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. Idag registreras endast en begränsad del av denna patientpopulation. För personer med axial spondylartrit som behandlas med biologiska läkemedel är täckningen dock god.

Förslag på nationell målnivå

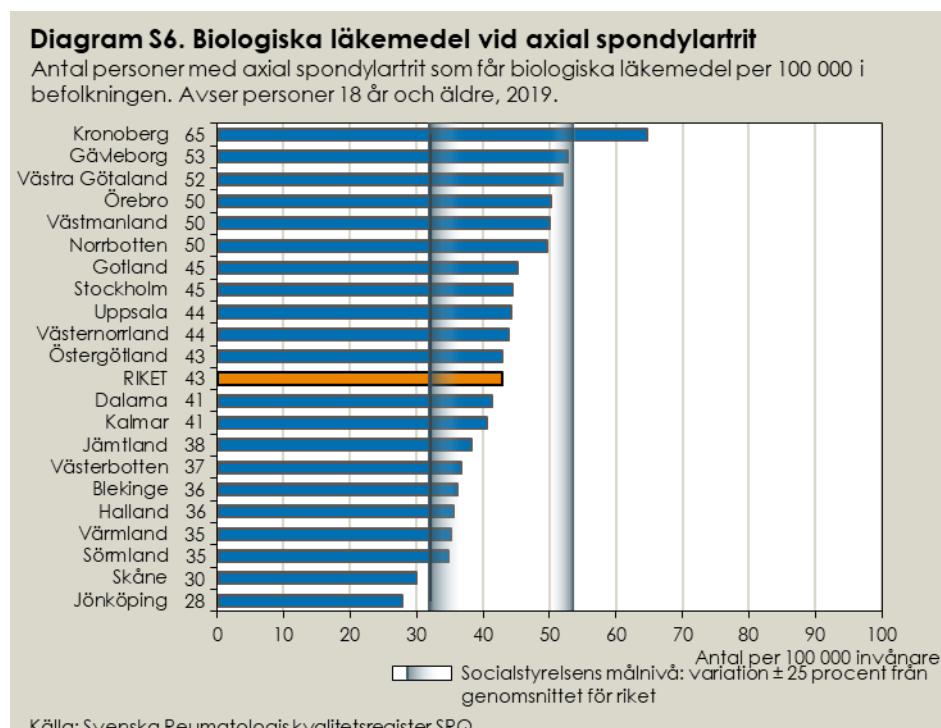
För indikatorn *biologiska läkemedel vid axial spondylartrit* föreslås målnivån ± 25 procent från genomsnittet för riket.

Motivering till målnivån

När COX-hämmare inte ger tillräcklig effekt, har hälsotillstånden ankyloserande spondylit och tidig axial spondylartrit en stor till mycket stor svårighetsgrad. Behandling med biologiska läkemedel ger en måttlig till stor effekt vid dessa hälsotillstånd, och har därför fått en hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Avgörande för prioriteringen är också att det finns få alternativa behandlingar.

Behandlingen med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit ökar, samtidigt är det svårt att beräkna rätt nivå för denna behandling dvs. hur många som inte får nytta av cox-hämmare och bör behandlas med biologiska läkemedel. Socialstyrelsen bedömer dock att en stor variation mellan regionerna i andelen som får behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit inte är medicinskt motiverad. För att uppnå en mer jämlik vård föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på variationen dvs. att regionernas värden bör avvika som mest ± 25 procent från rikets genomsnitt.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

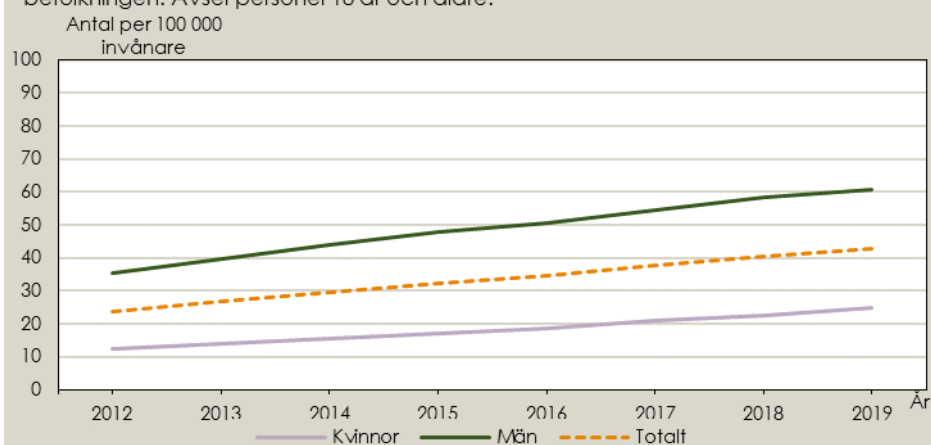


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (antal per 100 000)
90:e percentilen	34,8
Rikets genomsnitt	42,8
Variation bästa - sämsta värde	27,8 – 64,7
Fördelning kvinnor/män	25/61
Antal i nämnaren (befolkningen 18 år och över)	8 147 081

Diagram S6. Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit

Antal personer med axial spondylartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år och äldre.



Källa: Svenska Reumatologis kvalitetsregister SRQ.

Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit (indikator P7)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet personer med psoriasisartrit som får biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel per 100 000 i befolkningen.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning. Standardbehandling är COX-hämmare och lokala kortisoninjektioner, oftast i kombination med konventionella syntetiska antireumatiska läkemedel (konventionella syntetiska DMARD-läkemedel).

Förskrivningen av biologiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) vid psoriasisartrit har ökat under de senaste åren. Vid psoriasisartrit rekommenderas behandling med TNF-hämmare eller biologiska DMARD-läkemedel som hämmar cytokinerna IL17A och IL12/23 vid hög inflammatorisk aktivitet när standard behandling gett otillräcklig effekt. Ett annat behandlingsalternativ som rekommenderas för svårare fall av psoriasisartrit med otillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling är målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (JAK-hämmare).

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer som har diagnos psoriasisartrit i SRQ och minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel/ JAK-hämmare

eller

som har diagnos psoriasisartrit i SRQ och minst ett uttag av biologiskt läkemedel/JAK-hämmare under aktuellt år enligt läkemedelsregistret,

eller

som har minst 2 läkarbesök med diagnos psoriasisartrit 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 biologiskt läkemedel oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret.

Nämnare: Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året.

Datakälla: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nyinsjuknande och behandling med biologiska läkemedel för psoriasisartrit. Vad gäller biologisk läkemedelsbehandling vid psoriasisartrit har registret en god

täckningsgrad. Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kommer indikatorn framöver att kompletteras med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit* föreslås målnivån ± 25 procent från genomsnittet för riket.

Motivering till målnivån

Psoriasisartrit behandlas oftast med olika läkemedel. Standardbehandlingen är vanligen så kallade COX-hämmare och kortisoninjektioner. Om detta inte ger tillräcklig effekt kan man lägga till metotrexat, ett syntetiskt antireumatiskt läkemedel (syntetiskt DMARD-läkemedel). Vid svårare former av sjukdomen används biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) för att minska inflammationen, till exempel TNF-hämmare eller IL-hämmare. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än syntetiska läkemedel. Patienten kan också behandlas med en kombination av biologiska och syntetiska läkemedel eller kombination av metotrexat med andra syntetiska DMARD-läkemedel t.ex. JAK-hämmare. JAK-hämmare är en relativt ny läkemedelsbehandling vid psoriasisartrit som tillhör gruppen målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel. JAK-hämmare minskar inflammationen och därigenom påverkar sjukdomsförloppet på lång sikt.

För att använda läkemedlen så effektivt som möjligt, kan läkaren styra behandlingen efter patientens sjukdomsaktivitet, enligt ett standardiserat behandlingsprotokoll. Läkemedelsbehandlingen kräver noggrann uppföljning då behandlingsstrategin behöver justeras utifrån resultatet för patienten.

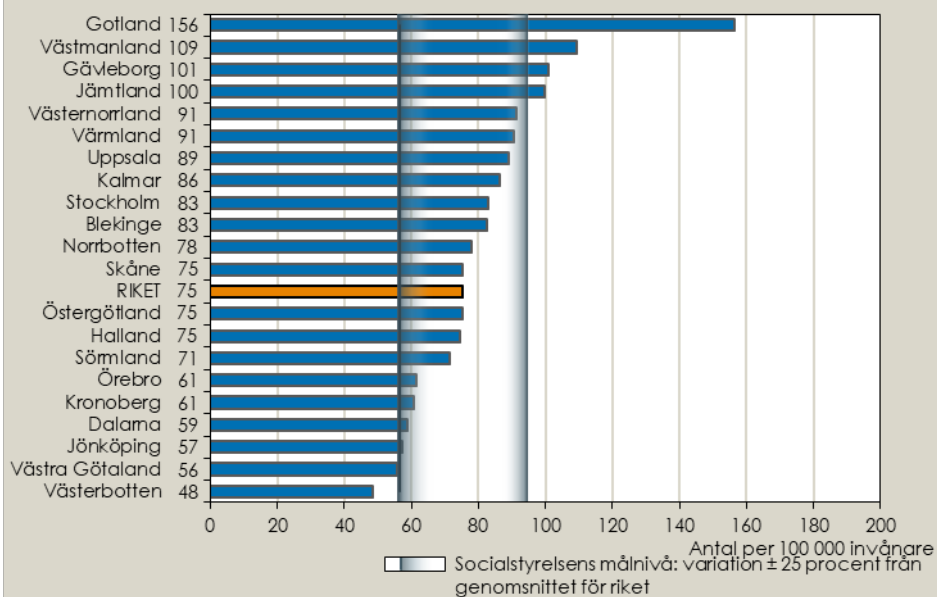
Behandlingen med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit ökar, samtidigt är det svårt att beräkna rätt nivå för denna behandling dvs. hur många som bör ha denna behandling istället för ett annat alternativ. Socialstyrelsen bedömer dock att en stor variation mellan regionerna i andelen som får behandling med biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel inte är medicinskt motiverad. För att uppnå en mer jämlik vård vid psoriasisartrit föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på variationen dvs. att regionernas värden bör avvika som mest ± 25 procent från rikets genomsnitt.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

I remissversionen redovisas data för biologiska DMARD-läkemedel. Att inkludera målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel i indikatorn beslutades vid konsensusmötet. Data enligt den reviderade indikatorbeskrivningen kommer att redovisas i slutrapporten målnivåer rörelseorganens sjukdomar.

Diagram P7. Biologiska läkemedel vid psoriasisartrit

Antal personer med psoriasisartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år eller äldre, 2019.



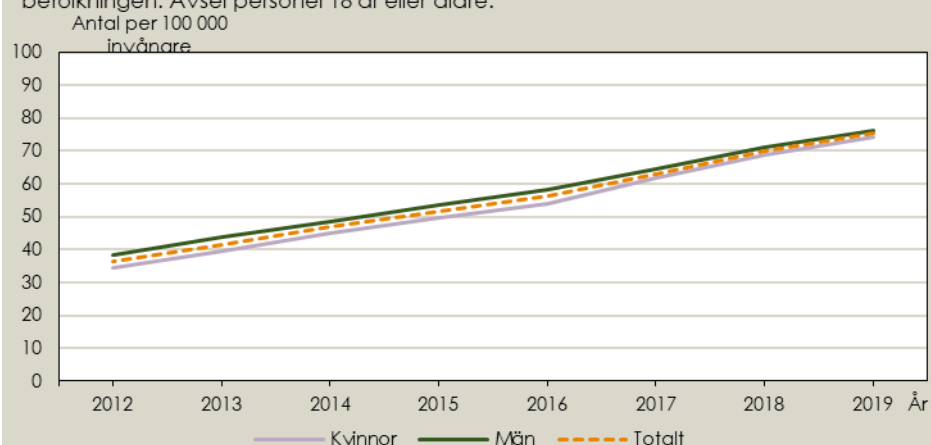
Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (antal per 100 000)
90:e percentilen	57,4
Rikets genomsnitt	75,4
Variation bästa - sämsta värde	48,3 – 156,4
Fördelning kvinnor/män	74/76
Antal i nämnaren (befolkningen 18 år och över)	8 147 081

Diagram P7. Biologiska läkemedel vid psoriasisartrit

Antal personer med psoriasisartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år eller äldre.



Källa: Svenska Reumatologiska kvalitetsregister SRQ.

Patientutbildning och träning vid artros (indikator A1)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i höfter och knän är vanligast.

Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros och dess behandlingsmöjligheter vilket ska bidra till ökad motivation för egeninsats vid behandling och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Patientutbildning och regelbunden och handledd fysisk träning är därmed en viktig grundbehandling för personer med artros.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer enligt nämnavärdens definition som fick både patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp vid 10 tillfällen eller fler inom en 12-månaders period.

Nämnavärde: Antal registrerade i BOA inom diagnosgruppen knä- och höftartros.

Datakälla: BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Låg täckningsgrad i BOA registret. Sannolikt är det ett selektivt urval som ingår i BOA registret dvs. fler vårdgivare som ger insatsen patientutbildning och träning bland de som registrerar i BOA.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *patientutbildning och träning vid artros* föreslås målnivån ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

Fysisk träning vid artros i knä eller höft har en stor effekt och en stor nytta för patienten. Träningen behöver vara speciellt riktad mot artrosgruppen eftersom smärta oftast är en barriär. Artrospatienter litar inte på sina leder, och felaktigt tror många att träning är farligt för smärtande leder. Två aspekter som bidrar till att bryta ner de artrosspecifika barriärerna är att träna under ledning av en utbildad tränare med kunskap om både sjukdomen och träning,

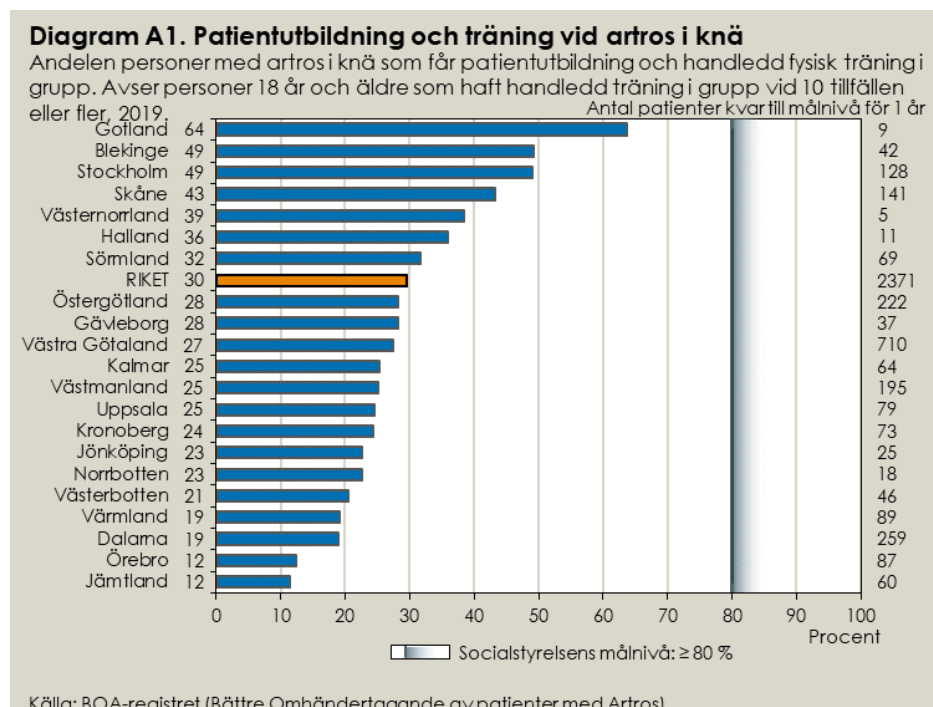
oftast en fysioterapeut, och att träna i grupp tillsammans med andra artrospatienter.

Att dela ut muntlig och skriftlig information om träning inte är verksamt, mest troligt eftersom träningen inte blir genomförd i det omfång som behövs för att se en smärtlindrande och funktionsförbättrande effekt. Därför är fysioterapeutledd träning att rekommendera för artrospatienter. Patientutbildning är viktig för att kunna träna en smärtande artrosled rätt, då det behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen.

Träningen behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan. För att uppnå smärtlindring och funktionsförbättring vid artros visar forskning att träning minst två, gärna tre, gånger i veckan behövs för optimal effekt. I praktiken, och på nationell nivå i flera länder, har två pass i veckan a 60 minuter under 6 veckor, totalt vid 12 tillfällen, visat sig genomförbart och medföra en smärtlindring på i genomsnitt 25 procent direkt efter genomförandet. Detta motsvarar en moderat smärtreduktion som är likvärdig eller större än smärtstillande farmakologiska preparat. Därför följer Socialstyrelsen med denna indikator enbart personer som får 10 eller fler handledda träningstillfällen i grupp.

Handledd gruppträning är anpassad till de särskilda behoven hos varje enskild artrospatient, är mindre resurskrävande för vården än enskild fysioterapeutledd träning och har enligt evidens dokumenterad följsamhet. Alternativa träningsformer behöver dock finnas, bland annat för multisjuka, psykiskt sjuka och de som har långt till vården. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå för patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp på ≥ 80 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

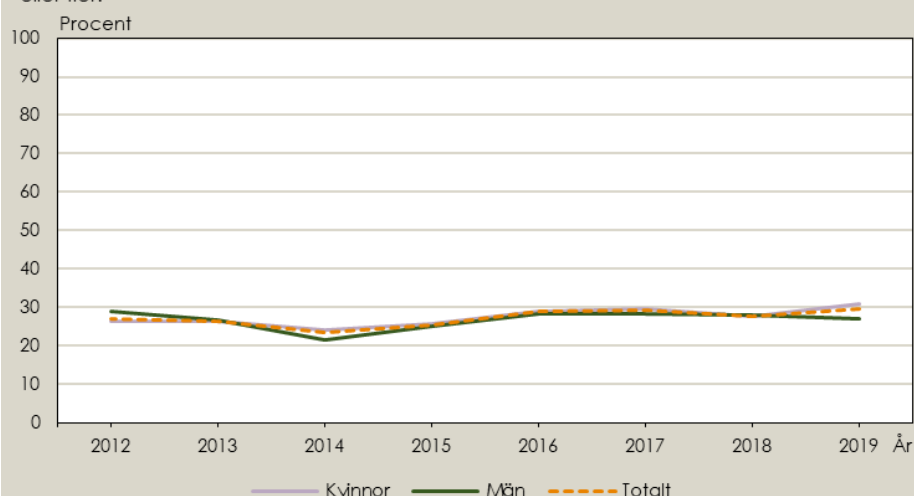


Uppgifter för år 2019 – knä

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	49
Rikets genomsnitt	29,6
Variation bästa - sämsta värde	11,5 – 63,6
Fördelning kvinnor/män (%)	30,9/27,1
Antal patienter i nämnaren	4707

Diagram A1. Patientutbildning och träning vid artros i knä

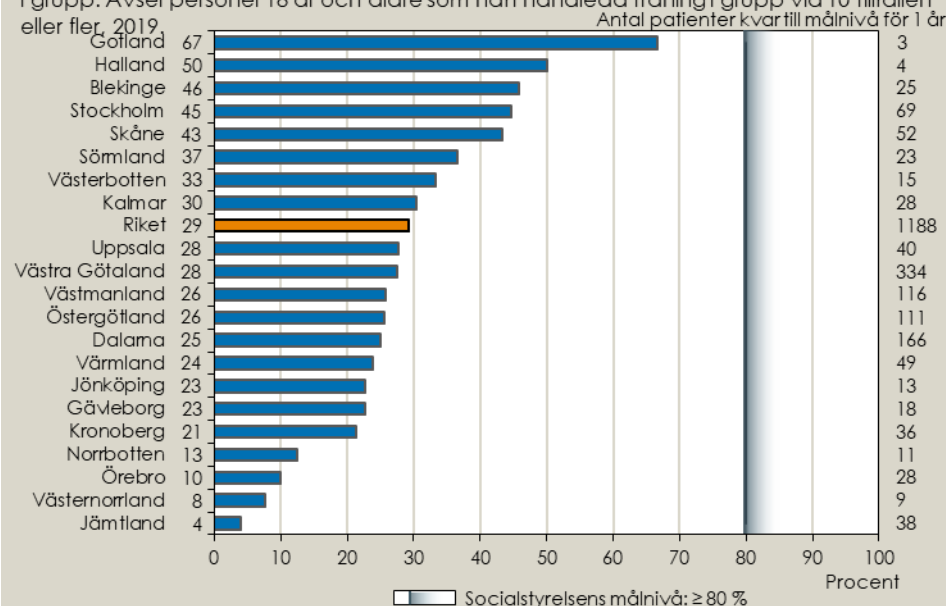
Andelen personer med artros i knä som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp. Avser personer 18 år och äldre som haft handledd träning i grupp vid 10 tillfällen eller fler.



Källa: BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Diagram A1. Patientutbildning och träning vid artros i höft

Andelen personer med artros i höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp. Avser personer 18 år och äldre som haft handledd träning i grupp vid 10 tillfällen eller fler, 2019



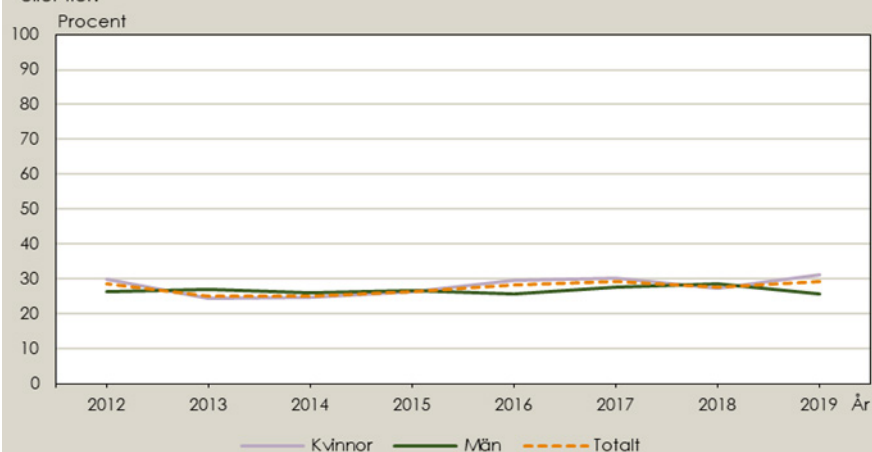
Källa: BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Uppgifter för år 2019 – höft

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	45,8
Rikets genomsnitt	29,2
Variation bästa - sämsta värde	4,0 – 66,7
Fördelning kvinnor/män (%)	31,1/25,7
Antal patienter i nämnaren	2342

Diagram A1. Patientutbildning och träning vid artros i höft

Andelen personer med artros i höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp. Avser personer 18 år och äldre som haft handledd träning i grupp vid 10 tillfällen eller fler.



Källa: BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Patientutbildning och träning före höftprotesoperation (indikator A4)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med artros i höft som fått patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp före höftprotesoperation.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Ett strukturerat omhändertagande och behandling vid artros syftar till att personer med artros ska få rätt vård i rätt tid. Vårdinsatserna ges på tre nivåer (behandlingspyramid) där patienterna börjar med grundbehandling. Viktiga delar i grundbehandlingen utgörs av patientutbildning om sjukdomen artros, handledd strukturerad och individanpassad fysisk träning, samt viktreduktion vid behov. De patienter som inte får tillfredsställande resultat av grundbehandling får en tilläggsbehandling med smärtlindrande läkemedel, hjälpmedel för avlastning eller annan passiv behandling. För en mindre andel patienter ger denna utökade, icke-kirurgiska behandling inte tillräcklig besvärslindring. De remitteras därför till ortopedkirurg för ställningstagande till eventuell operation.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med artros i höft som har genomgått patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp inför höftproteskirurgi på grund av höftartros.

Nämnare: Totalt antal personer med artros i höft som genomgått proteskirurgi på grund av höftartros.

Datakälla: Svenska Höftprotesregistret.

Framöver kommer BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) och Höftprotesregistret att användas som datakällor.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Låg täckningsgrad i BOA registret. Sannolikt är det ett selektivt urval som ingår i BOA registret dvs. fler vårdgivare som ger insatsen patientutbildning och träning bland de som registrerar i BOA.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *patientutbildning och träning före höftprotesoperation* föreslås målnivån ≥ 80 procent.

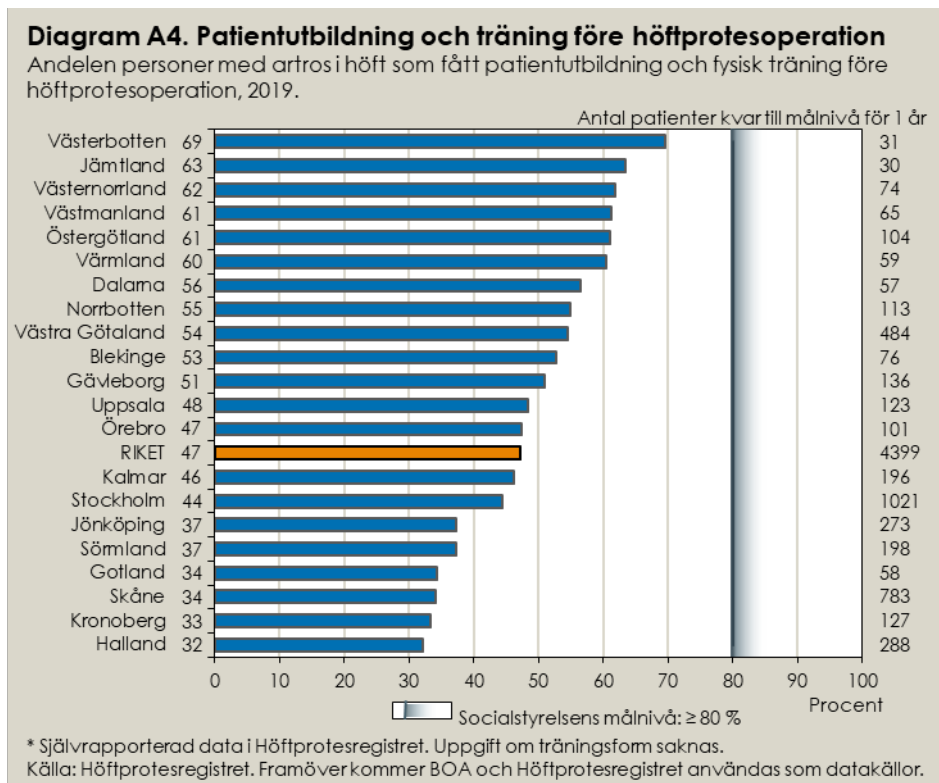
Motivering till målnivån

Åtgärden strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid har fått hög prioritet i de nationella riktlinjerna. Behandlingen av- görs framför allt av patientens upplevda smärta och funktionsnedsättning,

som varierar över tid. Behandlingen behöver därför utvärderas löpande, och sjukdomen behöver utredas på nytt inför eventuella förflyttningar mellan behandlingspyramidens olika delar. En princip är att fortsätta med grundbehandlingen oavsett hur svåra besvär patienten har, så långt det är möjligt.

Indikatorn avser att spegla huruvida vårdinsatser vid artros ges enligt behandlingspyramid. Indikatorn omfattar personer med artros som har fått patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp, vilket är den evidensbaserade formen av grundbehandlingen enligt riktlinjerna. I artrospopulationen finns det multisjuka personer med komplex sjukdomsproblematis. Dessutom kan höftartros fortskrida väldigt snabbt. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå för patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp före höftprotesoperation på ≥ 80 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

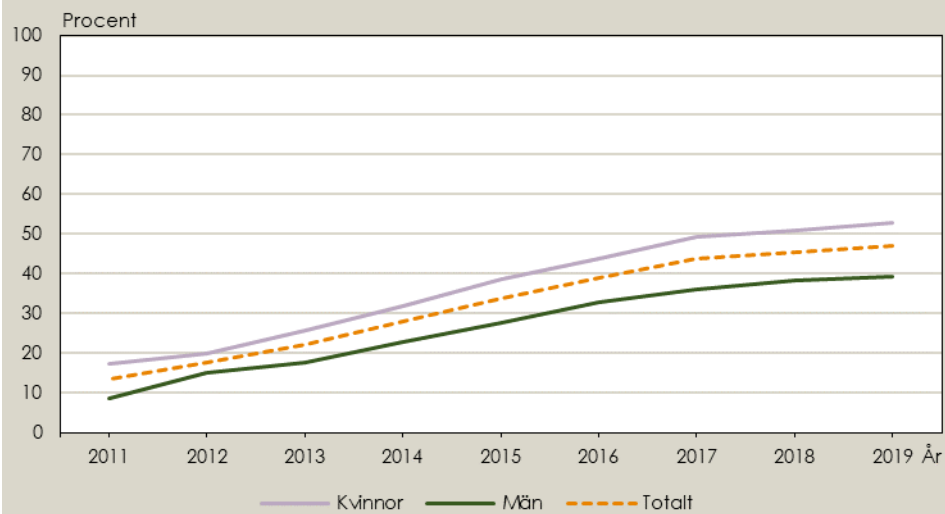


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	61,9
Rikets genomsnitt	47,1
Variation bästa - sämsta värde	32,2 – 69,5
Fördelning kvinnor/män (%)	52,9/39,1
Antal patienter i nämnaren	13 381

Diagram A4. Patientutbildning och träning före höftprotosoperation

Andelen personer med artros i höft som fått patientutbildning och fysisk träning före höftprotosoperation.



Källa: Höftprotosregistret.

Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros (indikator A6)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och handledd fysisk träning.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i höfter och knän är vanligast.

Det finns inte något standardiserat test för att diagnostisera artros i knä eller höft. Bilddiagnostik som tillägg till den kliniska bedömningen är inte nödvändigt för att ställa diagnos när personer uppvisar typiska symtom och kliniska fynd på artros. Behov för bilddiagnostik finns i de fall där osäkerhet råder om diagnos till exempel hos personer som uppvisar atypiska symtom eller kliniska fynd efter en samlad klinisk bedömning. Med bilddiagnostik avses röntgen, ultraljud eller magnetkamera.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med misstänkt artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik med röntgen eller magnetkamera före patientutbildning och handledd fysisk träning.

Nämnare: Totalt antal personer med artros i knä eller höft som genomgått patientutbildning och handledd fysisk träning (oavsett träningsform eller träningsdos).

Datakälla: BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Låg täckningsgrad i BOA registret. Sannolikt är det ett selektivt urval som ingår i BOA registret dvs. fler vårdgivare som ger insatsen patientutbildning och träning bland de som registrerar i BOA. Antalet personer som registreras kan variera mellan regionerna, 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 hen har genomgått bilddiagnostik, i stället för att informationen hämtas från den verksamhet som har genomfört undersökningen.

Till viss del kan vara ett selektivt urval som ingår i BOA-registret, dvs. en population med en högre andel svårt sjuka som inte är aktuella för grundbehandlingen, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultatet.

Förslag på nationell målnivå

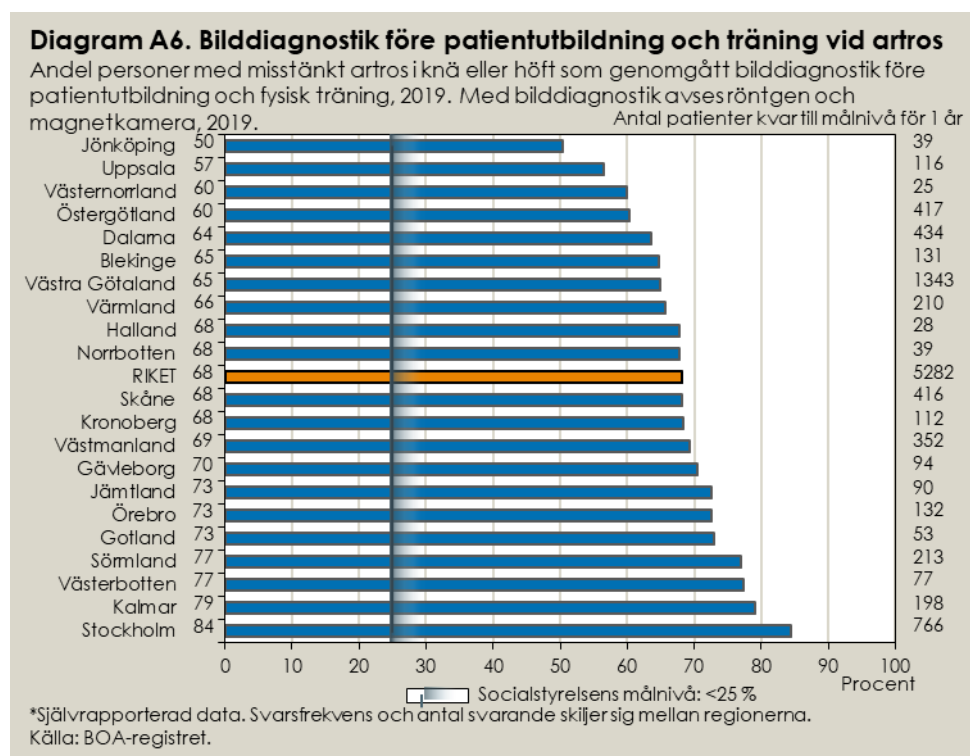
För indikatorn *bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros* föreslås målnivån ≤ 25 procent.

Motivering till målnivån

Indikatorn är avsedd att mäta i vilken utsträckning bilddiagnostik används för att fastställa diagnosen artros, dvs. före grundbehandlingen för artros (patientutbildning och handledd fysisk träning) påbörjas. Enligt de nationella riktlinjerna är bilddiagnostik med röntgen och ultraljud ett komplement till den kliniska undersökningen, när man är osäker på diagnosen, och när det finns avvikande symtom eller kliniska fynd. Bilddiagnostik med magnetkamera används däremot inte i artrosutredningar. Denna åtgärd har därför fått en låg prioritet.

Eftersom kopplingen mellan förändringar som kan upptäckas med bilddiagnostik och artrossymtom är svag, fördröjer bilddiagnostik diagnos och behandling vid artros. Vården vid artros kan bli mer resurseffektiv om resurser omfördelas från bilddiagnostik till behandling. Möjligheten till bilddiagnostik behöver finnas när osäkerhet råder om diagnos. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå för bilddiagnostik före patientutbildning och handledd fysisk träning vid symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft på ≤ 25 procent.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

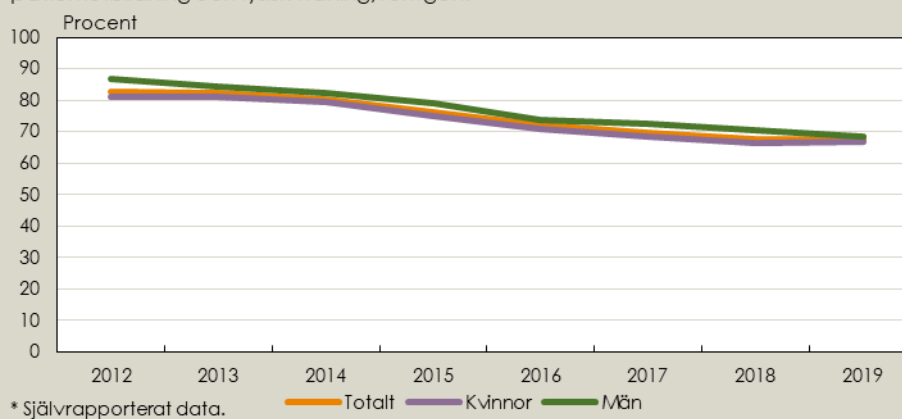


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	77,4
Rikets genomsnitt	68,1
Variation bästa - sämsta värde	50,3 – 84,4
Fördelning kvinnor/män (%)	67,6 – 69
Antal patienter i nämnaren	12 266

Diagram A6.1. Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros, röntgen

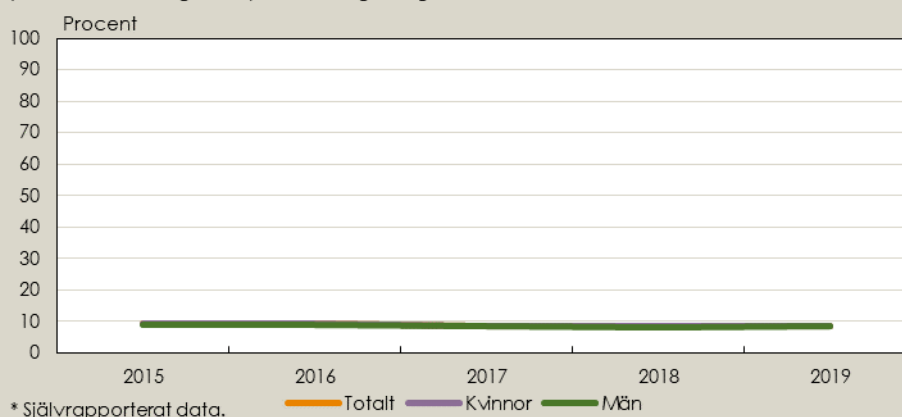
Andel personer med misstänkt artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning, röntgen.



Källa: BOA-registret.

Diagram A6.2. Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros, magnetkamera

Andel personer med misstänkt artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning, magnetkamera.



Källa: BOA-registret.

Höftfrakturopoperation inom 24 timmar (indikator O2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Varje år inträffar cirka 15 000 – 16 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. 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.

Höftfrakturopoperationen bör utföras så snart som möjligt, helst inom 24 timmar. Dröjer tiden till operation ökar risken för komplikationer.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal fall av höftfraktur hos personer 50 år och äldre som opererades inom 24 timmar.

Nämnare: Totalt antal fall av höftfraktur hos personer 50 år och äldre som opererades för höftfraktur under mätperioden.

Datakälla: Rikshöft.

Felkällor och tolkningssvårigheter

I Rikshöft registreras kontinuerligt uppgift om operation vid höftfraktur. Det finns dock regioner som inte längre registrerar detta i Rikshöft. Andelen som opereras för höftfraktur inom 24 timmar påverkas till viss del av faktorer såsom personens ålder och annan samtidig sjukdom eller skada.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *höftfrakturopoperation inom 24 timmar* föreslås målnivån ≥ 80 procent.

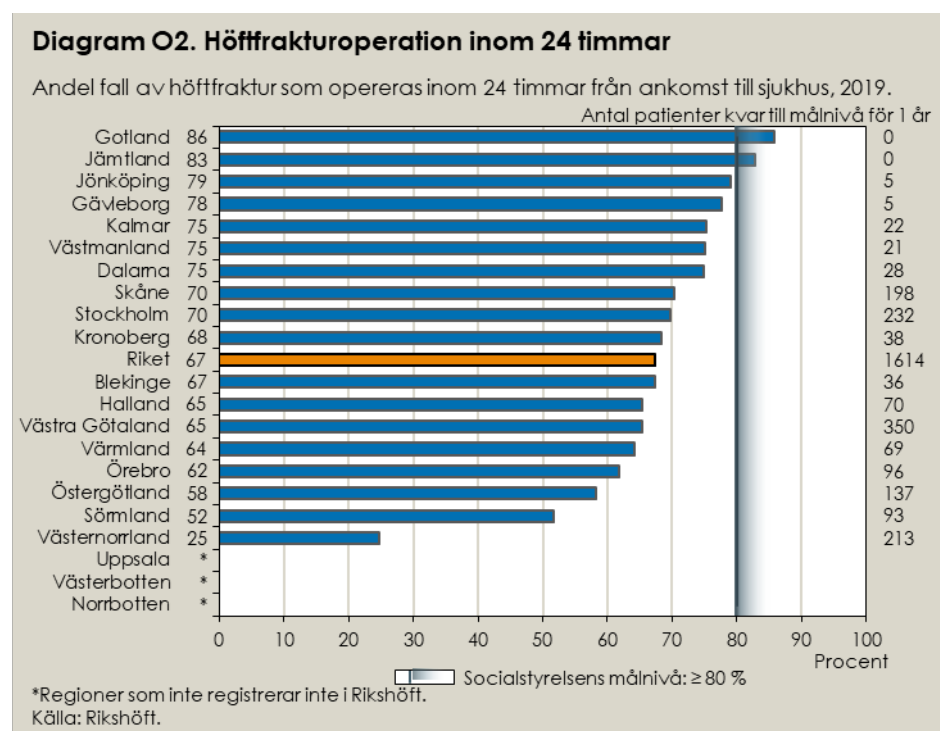
Motivering till målnivån

Den helt dominerande gruppen bland de som opereras för höftfraktur är äldre, ofta sköra, patienter med multimorbiditet och fraktur genom collum femoris eller trochanter femoris. I den patientgruppen orsakas dessa frakturer oftast av fall i samma plan i kombination med osteoporos.

Trenden visar att andelen höftfrakturer som opereras inom 24 timmar minskar under de senaste åren. Personens ålder och annan samtidig sjukdom eller skada påverkar till viss del andelen som opereras inom 24 timmar, sam-

tidigt är multisjuklighet en viktig faktor som motiverar tidig operation. Multisjuka personer löper en högre risk för komplikationer t.ex. trycksår, emellertid har patientgruppen låg prioritet i vården. Med undantag sköra patienter som behöver vätskas upp inför operation bedömer Socialstyrelsen att allvarlighetsgraden för tillståndet motiverar en hög målnivå. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå för andelen höftfrakturer som opereras inom 24 timmar på ≥ 80 procent.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

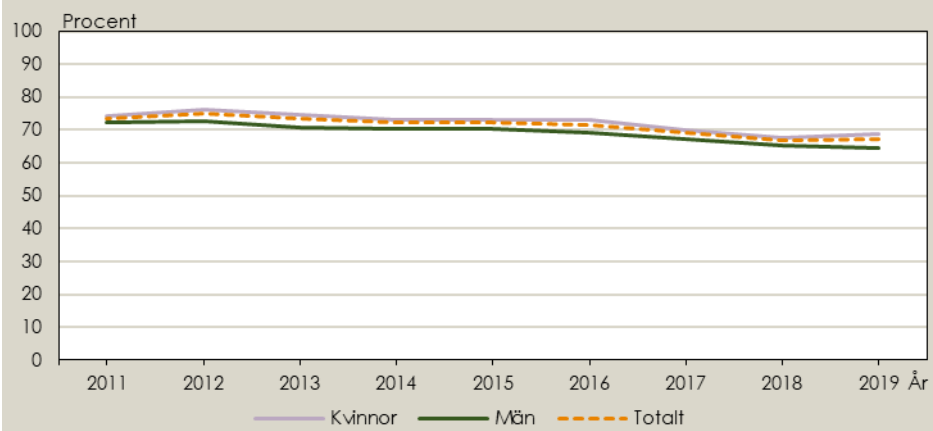


Uppgifter för år 2019

Uppgift	Värde (%)
90:e percentilen	79,1
Rikets genomsnitt	67,4
Variation bästa - sämsta värde	24,7 – 85,7
Fördelning kvinnor/män (%)	69,0/64,4
Antal patienter i nämnaren	12 710

Diagram O2. Höftfraktuoperation inom 24 timmar

Andel fall av höftfraktur som opereras inom 24 timmar från ankomst till sjukhus.



*Regioner som inte registrerar inte i Rikshöft.

Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur (indikator O6)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer med benskörhetsfraktur som bedöms av en frakturkoordinator.

(Frakturkoordinatören har fått tillräcklig information för att kunna bedöma behovet av vidare utredning).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare, vilket gör att benet bryts lättare. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen. En benskörhetsfraktur är en fraktur som uppkommer efter ett trauma som motsvarar fall i samma plan eller mindre. Den som löper hög risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos.

En frakturkedja innebär ett strukturerat omhändertagande av äldre personer efter fraktur dvs. systematisk riskvärdering, utredning och behandling, för att kunna förebygga nya frakturer. En frakturkedja innebär ett multidisciplinärt arbetssätt, där basen i teamet utgörs av en koordinator. Frakturkedjekoordinatorn agerar som länk mellan patient och berörda specialiteter som ortopedi, geriatrik och primärvård. Koordinatören följer upp personer som behandlats för fraktur och ser till att de enligt vissa kriterier blir kallade till en fraktur-riskbedömning, i tillämpliga fall genomgår en bentäthetsmätning och vid behov får frakturskyddande behandling.

Indikatorn mäter koordinator som funktion i frakturkedjan, en funktion som är central för att samordna processen. Andra komponenter i en frakturkedja kan påverka kvaliteten.

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal personer med benskörhetsfraktur som bedöms av en frakturkoordinator. Samtliga fall med fraktur där frakturkoordinatören informerats om, dvs. fått tillräcklig information för att kunna bedöma behovet av vidare utredning, ingår i täljaren.

Nämnare: Totalt antal personer med benskörhetsfraktur som vårdats inom slutenvård eller öppen specialiserad vård under mätperioden.

Datakälla: Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionens specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de gör en systematisk riskvärde-

ring, utredning och behandling av personer med benskörhetsfraktur (frakturkedja med koordinatörer). Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur* föreslås målnivån ≥ 90 procent.

Motivering till målnivån

Åtgärden systematisk riskvärdering, utredning och behandling (frakturkedja med koordinatörer) har fått högsta prioritet i de nationella riktlinjerna. Ju fler patienter bedöms desto fler får behandling t.ex. med läkemedel eller fallpreventiva åtgärder som minskar risken för återfraktur. För de allra sjukaste kan det vara att man inte är aktuell för frakturskyddande behandling i vilket fall kan man inte heller dra nytta av åtgärden. Av den anledningen föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på ≥ 90 procent för indikatorn systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur.

Utvecklingsbehov i förhållande till målnivån

Data finns inte tillgänglig i dagsläget för denna indikator. Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de gör en systematisk riskvärdering, utredning och behandling av personer med benskörhetsfraktur (frakturkedja med koordinatörer). Enkäten planeras skickas ut i samband med Socialstyrelsens utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA (indikator O7)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen osteoporosmottagningar och röntgenkliniker som använder VFA (vertebral fracture assessment) bland de som gör bentäthetsmätningar med DXA (dual-energy x-ray absorptiometry).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Osteoporos innebär en minskad mängd benvävnad och att skelettet får en tunnare struktur och därmed en minskad hållfasthet. Oupptäckt och obehandlat kan det leda till en ökad risk för frakturer. Oberoende av låg bentäthet leder även faktorer som ålder, kön, längd, vikt, tidigare frakturer, höftfraktur hos förälder, rökning, kortisonbehandling och vissa sjukdomar till en ökad frakturnrisk. Risken för fraktur bedöms utifrån en samlad klinisk bedömning.

Den framtida frakturnrisken ökar hos en patient som har kotkompressioner. Kotkompressioner är dock kraftigt underdiagnostiserade, och man uppskattar att endast cirka var tredje patient med kotfraktur diagnostiseras. Kotkompressioner kan diagnostiseras med vertebral fracture assessment (VFA), i samband med bentäthetsmätning med central dual-energy x-ray absorptiometry (DXA).

Teknisk beskrivning

Täljare: Antal specialistverksamheter som använder VFA.

Nämnare: Totalt antal specialistverksamheter som gör bentäthetsmätningar med DXA.

Datakälla: Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de använder VFA i kombination med DXA för att diagnostisera kotkompressioner hos personer med osteoporos och/eller hög risk för fraktur. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.

Indikatorn är ett strukturmått, som inte anger hur stor andel av personer med osteoporos som faktiskt får tillgång till denna diagnostiska metod.

Förslag på nationell målnivå

För indikatorn *bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA* föreslås målnivån 100 procent.

Motivering till målnivån

Alla åtgärder inom området diagnostik och utredning vid osteoporos är högt prioriterade i de nationella riktlinjerna, bland annat eftersom de kan ge fler patienter tillgång till frakturförebyggande behandling, vilket ofta är effektivt. Benskörhetsfraktur är också ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Bentäthetsmätning med central DXA-undersökning, inklusive VFA-undersökning, gör det dessutom möjligt att upptäcka kotfrakturer. Även patienter med extra stor risk för ytterligare kotfrakturer kan upptäckas. Denna åtgärd har därför fått en högre prioritet än samma åtgärd utan VFA-undersökning.

Indikatorn är ett strukturmått, som inte anger hur stor andel av personer med osteoporos som faktiskt får tillgång till denna diagnostiska metod. Förutsättningar behöver dock finnas vid varje specialistverksamhet för att göra de undersökningar som krävs för att säkerställa diagnos, och därmed förebygga osteoporosrelaterade frakturer. Av ovanstående anledningar föreslår Socialstyrelsen en nationell målnivå på 100 procent för indikatorn bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA.

Utvecklingsbehov i förhållanden till målnivån

Data finns inte tillgänglig i dagsläget för denna indikator. Indikatorn baseras på resultat från enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de använder VFA i kombination med DXA för att diagnostisera kotkompressioner hos personer med osteoporos och/eller hög risk för fraktur. Enkäten planeras skickas ut i samband med Socialstyrelsens utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vården vid rörelseorganens sjukdomar:

Tabell 1. Indikatorer reumatoid artrit

Nummer	Namn	Rekommendation
R1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling för reumatoid artrit	-
R2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	-
R3	Aktivitetsförmåga efter behandling för reumatoid artrit	-
R4	Smärtnivå efter behandling för reumatoid artrit	-
R5	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling för reumatoid artrit	-
R6	Väntetid från symtomdebut till diagnos (andel < 20 veckor) vid reumatoid artrit	-
R7	Täckningsgrad för läkemedelsbehandlade patienter i SRQ – Svensk reumatologisk kvalitetsregister.	-
R8a	Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit	R3.2, R3.3
R8b	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel	R3.2, R3.3
R9	Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit	R2.0
R10	Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit	R2.4
R11	Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	-

Tabell 2. Indikatorer axial spondylartrit

Nummer	Namn	Rekommendation
S1	Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter nyinsjuknande i axial spondylartrit	-
S2	Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	-
S3	Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	-
S4	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	-
S5*	Sjukdomsaktivitet (ASDAS) efter diagnos vid axial spondylartrit	-
S6	Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	S3.6, S3.7, S3.9

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer psoriasisartrit

Nummer	Namn	Rekommendation
P1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter nyinsjuknande i psoriasisartrit	-
P2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	-
P3	Aktivitetsförmåga efter behandling för psoriasisartrit	-
P4	Smärtnivå efter behandling för psoriasisartrit	-
P5	Livskvalitet (EQ-5D) efter nyinsjuknande i psoriasisartrit	-
P6*	Sjukdomsaktivitet uppmätt med DAPSA efter behandling för psoriasisartrit	-
P7	Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit	P3.0, P3.2

*Utvecklingsindikator

Tabell 4. Indikationer artros

Nummer	Namn	Rekommendation
A1	Patientutbildning och träning vid artros	A2.2, A2.4
A2	Patientrapporterat resultat efter patientutbildning och träning vid artros	-
A3	Smärta efter patientutbildning och träning vid artros	-
A4	Patientutbildning och träning före höftprotesoperation	A1.0
A5	Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning	A1.0
A6	Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	A1.2, A1.3
A7	Artroskopisk kirurgi vid misstänkt artros eller degenerativa tillstånd i knä	A4.0

Tabell 5. Indikationer osteoporos

Nummer	Namn	Rekommendation
O1	Dödlighet efter höftfraktur	-
O2	Höftfrakturopoperation inom 24 timmar	-
O3	Återfrakturer inom 3 år efter benskörhetsfraktur	-
O4	Höftfrakturer bland personer som bor i särskilt boende	-
O5*	Behandling med benspecifika läkemedel efter benskörhetsfraktur	O3.1, O3.2
O6	Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur	O1.5
O7	Bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA	O1.2
O8	Behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur	O3.3

*Utvecklingsindikator

Referenser

1. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
2. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar, Indikationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2020.
3. Nationella riktlinjer – Målnivåer – för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2015.
4. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Hämtad 2020-04-07 från: <https://srq.nu/om-srq-patient/>
5. BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros) Hämtad 2020-04-07 från: <https://boa.registercentrum.se/>
6. Svenska Höftprotesregistret Hämtad 2020-04-07 från: <https://shpr.registercentrum.se/>
7. Rikshöft. Hämtad 2020-04-07 från: <https://rikshoft.se/9>

Bilaga 1. Översyn av nationella målnivåer från 2015

Socialstyrelsen har gjort en översyn av de sedan tidigare fastställda nationella målnivåerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar från 2015 [3]. Uppdraget var en del av regeringens satsning på vården av kroniskt- och långvarigt sjuka. Översynen har utifrån de förändringar som skett rörande rekommendationerna och indikatorerna i de nationella riktlinjerna samt vårdens utveckling resulterat i att några målnivåer tagits bort eller behövt omformuleras och/eller fått ett nytt förslag på målnivå.

Målnivåer reumatoid artrit från 2015

Indikator	Målnivå 2015	Målnivå efter översyn
Tidig diagnos av reumatoid artrit	≥50 procent av patienterna bör diagnostiseras inom 20 veckor.	Nytt målnivåförslag ≥70 procent.
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	± 25 procent från genomsnittet för riket	Målnivån kvarstår på ± 25 procent från genomsnittet för riket. Gäller både biologiska och målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel.
Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit	≥80 av patienterna bör ha uppföljande registrering i SRQ	Nytt målnivåförslag på ≥90 procent. Indikatorn omfattar alla former av kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare insatt behandling.

Målnivåer artros från 2015

Indikator	Målnivå 2015	Målnivå efter översyn
Röntgenundersökning före artrosskola	Andelen röntgenundersökningar ska minska och bör ligga mellan 50-70 %	Nytt målnivåförslag ≤ 25 procent. Indikatorn har omformulerats och ersatts av indikator A6.
Behandling med glukosamin	0 patienter bör behandlas	Indikatorn och målnivån tas bort.
Behandling med hyaluronsyra	0 patienter bör behandlas	Indikatorn och målnivån tas bort.

Målnivåer osteoporos från 2015

Indikator	Målnivå 2015	Målnivå efter översyn
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur	Andelen patienter som behandlas med benspecifika läkemedel utan fragilitetsfraktur bör öka till ≥30 %	Målnivån tas bort. Indikatorn har reviderats.
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur.	Förskrivning av kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel bör minska med 50 %	Målnivån tas bort. Indikatorn kvarstår.
Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur.	Antalet nya frakturer bör minska med minst 20 %	Målnivån tas bort. Indikatorn har reviderats.

Bilaga 2. Deltagarförteckning

Projektorganisation, målnivåer rörelseorganens sjukdomar

Expertgrupp	
Ewa Roos	Faktaområde artros
Lillemor Nyberg	Faktaområde artros
Carl Turesson	Faktaområde reumatoid artrit
Gerd-Marie Alenius	Faktaområde ankyloserande spondylit och psoriasisartrit
Mats Palmér	Faktaområde osteoporos
Stefan Lohmander	Faktaområde kirurgi
Ingemar Petersson	Prioriteringsordförande
Projektleddning, Socialstyrelsen	
Christina Broman	Projektleddare
Anastasia Simi	Uttredare
Anders Berg	Projektleddare
Katrin Bjerhag	Enkätkonstruktion
Mikael Nyman	Diagramproduktion
Konsensusgrupp	
Sjukvårdsregioner	
Magnus Eneroth*	Södra sjukvårdsregionen
Ulrica Lundström	Norra sjukvårdsregionen
Maziar Mohaddes	Västra sjukvårdsregionen
Milad Rizk	Uppsala-Örebro sjukvårdsregion
Annica Öhrn	Sydöstra sjukvårdsregionen
Karl-Åke Jansson*	Stockholm-Gotland sjukvårdsregion
Patientföreningar	
Tina Norgren	Psoriasisförbundet
Solbritt Sundvall	Osteoporosförbundet
Anita Sandström*	Osteoporosförbundet
Tommy Olsson	Reumatikerförbundet
Nationella programområden	
Andreas Meunier	Rörelseorganens sjukdomar
Kristina Åkesson	Endokrina sjukdomar
Eva Klingberg	Reumatiska sjukdomar
Catharina Gustavsson	Rehabilitering/habilitering och försäkringsmedicin
Professionsföreningar	
Sofia Ernestam	Svensk Reumatologisk Förening
Johan Karlsson Wallman	Svensk Reumatologisk Förening
Maziar Mohaddes	Svensk Ortopedisk Förening
Maria Bergström	Förbundet Sveriges arbetsterapeuter
Nina Brodin	Fysioterapeuterna
Christer Rosenberg	Svensk förening för allmänmedicin
Ami Hommel	Svensk Sjuksköterskeförening
Eva Waldheim	Föreningen Reumasjuksköterskor i Sverige

* Kunde ej delta vid konsensusmötet.