

Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar

Bilaga 3 Indikatorer

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 Bilaga till 2015-4-9
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2015

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 3 år efter fragilitetsfraktur	O3
Artros	
Röntgenundersökning innan artrosskola	A2
Behandling med glukosamin	A3
Behandling med hyaluronsyra	A4
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	
Tidig diagnos av reumatoid artrit	R1
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R3
Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit	R5

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	Ja.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><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.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård.</p> <p>Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>

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

*Under G03F har lokalt verkande läkemedel exkluderats.

Datakällor	Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen samt utbildningsregistret, SCB.
Felkällor	<p>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.</p> <p>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.</p>
Redovisningsnivå	Riket (tidsserie), landsting.
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. Hälsa- 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	Ja.																														
Typ av indikator	Processmått.																														
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																														
Teknisk beskrivning	<p><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.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård.</p> <p>Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.</p> <p>Med benspecifika läkemedel avses de läkemedel som patienter bör få efter fragilitetsfraktur, se indikator O1.</p> <p>Åldersstandardiserade värden.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p> <p>Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:</p> <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																														

	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	Landsting.	
Redovisningsgrupper	Ålder.	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.	

O3 Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

Mått	Antal nya frakturer inom 3 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	Ja.																																		
Typ av indikator	Resultatmått.																																		
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																																		
Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare:</i> Antal nya fragilitetsfrakturer inom 3 år efter den första, som behandlas i slutet eller öppen specialiserad vård.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal levnadsår inom 3 år efter den första fragilitetsfrakturen. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.</p> <p>Refraktur definieras som nytt vårdtillfälle med fragilitetsfraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 3 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.</p> <p>Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p> <p>Med fragilitetsfraktur avses följande diagnoskoder:</p> <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 femurskaftet</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 humerusskaftet	S423	Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22	Kollumfraktur	S720	Pertrokantär fraktur	S721	Subtrokantär fraktur	S722	Fraktur på femurskaftet	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 humerusskaftet	S423																																		
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22																																		
Kollumfraktur	S720																																		
Pertrokantär fraktur	S721																																		
Subtrokantär fraktur	S722																																		
Fraktur på femurskaftet	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, 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 förstagångs-fragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

Redovisnings-nivå

Landsting.

Redovisnings-grupper

Ålder.

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad och säker vård.

A2 Röntgenundersökning före artrosskola

Mått	Andel personer som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013. Avser personer 18 år eller äldre, procent.
Syfte	<p>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 böjformåga och inåtvridning samt smärta vid inåtrotation.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Riktning	Låg andel eftersträvas.
Målnivå	Ja.
Typ av indikator	Resultatmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare:</i> Antal personer som genomgått röntgenundersökning innan artrosskola.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal personer som genomgått artrosskola.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>
Datakällor	BOA-registret (Bättre Omhändertagande av patienter med Artros).
Felkällor	<p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
Redovisningsnivå	Landsting,
Redovisningsgrupper	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	Ja.				
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>Nämnamn:</i> Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen.				
	<table border="1"><thead><tr><th>Läkemedel mot artros</th><th>ATC-kod</th></tr></thead><tbody><tr><td>Glukosamin</td><td>M01AX05</td></tr></tbody></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.				
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	<p>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.</p> <p>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.</p>				
Riktning	Låg andel eftersträvas.				
Målnivå	Ja.				
Typ av indikator	Resultatmått.				
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.				
Teknisk beskrivning	<p><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.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Läkemedel mot artros</th><th>ATC-kod</th></tr></thead><tbody><tr><td>Hyaluronsyra</td><td>M09AX01</td></tr></tbody></table>	Läkemedel mot artros	ATC-kod	Hyaluronsyra	M09AX01
Läkemedel mot artros	ATC-kod				
Hyaluronsyra	M09AX01				
	Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.				
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.				
Redovisningsgrupper	Kön, ålder.				
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.				

R1 Tidig diagnos av reumatoid artrit	
Mått	Andel personer som nydiagnosticerats med reumatoid artrit inom 20 veckor från de första klassiska symtomen. Avser personer 18 år eller äldre, procent.
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	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Ja.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns.
Teknisk beskrivning	<p><i>Täljare:</i> Antal personer 18 år eller äldre som nydiagnosticerats med reumatoid artrit inom 20 veckor från de första klassiska symtomen, under åren 2010–2013.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal nydiagnosticerade personer 18 år eller äldre i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister åren 2010–2013. Beräkningar görs av tid mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första besöket på mottagning som leder till nydiagnostisering hos individer i SRQ med reumatoid artrit.</p> <p>Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>
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 (tidserie), landsting.
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	<p>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.</p> <p>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.</p>																				
Riktning	Hög andel eftersträvas.																				
Målnivå	Ja.																				
Typ av indikator	Processmått.																				
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																				
Teknisk beskrivning	<p><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</p> <p>som har diagnos reumatoid artrit i SRQ och minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelsregistret, eller</p> <p>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.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året.</p> <p>Åldersstandardiserade värden. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p> <p>Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seropositiv reumatoid artrit</td> <td>M05</td> </tr> <tr> <td>Seronegativ reumatoid artrit</td> <td>M06.0</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid bursit</td> <td>M06.2</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid knuta eller nodul</td> <td>M06.3</td> </tr> <tr> <td>Annan specificerad reumatoid artrit</td> <td>M06.8</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid artrit, ospecificerad</td> <td>M06.9</td> </tr> </tbody> </table> <p>Diagnoser som utesluts:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juvenil artrit</td> <td>M08</td> </tr> <tr> <td>Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annor-</td> <td>M09</td> </tr> </tbody> </table>	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	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Juvenil artrit	M08	Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annor-	M09
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																				
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																				
Juvenil artrit	M08																				
Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annor-	M09																				

städes	
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. Sannolikt 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.

Redovisningsgrupper

Kvalitetsområde

Kunskapsbaserad vård.

R5 Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit

Mått	Andel personer med reumatoid artrit som hade en uppföljande registrering i kvalitetsregistret SRQ inom 2–6 månader efter första behandling med Disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) eller biologiska läkemedel, procent. Avser personer 18 år eller äldre.
Syfte	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. Strukturerat arbete med kvalitetsregister har också stor betydelse för möjligheterna till verksamhetsuppföljning och utveckling.
Riktning	Hög andel eftersträvas.
Målnivå	Ja.
Typ av indikator	Processmått.
Indikatorns status	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
Teknisk beskrivning	<i>Täljare:</i> Antal personer 18 år eller äldre med reumatoid artrit med första behandling med DMARD eller biologiska läkemedel som har en uppföljande registrering i SRQ inom 2–6 månader under perioden 2011–2013. <i>Nämnare:</i> Total antal personer 18 år eller äldre med reumatoid artrit med första behandling med DMARD eller biologiska läkemedel åren 2011–2013 i SRQ.
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), landsting.
Redovisningsgrupper	
Kvalitetsområde	Kunskapsbaserad vård.