

Målnivåer för rörelseorganens sjukdomar

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 2015-4-9
Publicerad www.socialstyrelsen.se, april 2015

Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att fastställa målnivåer för indikatorer inom de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Riktlinjerna omfattar artros i knä och höft, osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Grunden för arbetet är den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom de nationella riktlinjerna för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård och som sedan använts för stroke -, diabetes-, och hjärtsjukvård.

Denna rapport presenterar målnivåerna för berörda indikatorer inom de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar.

Projektledare för arbetet har varit Inger Lundkvist. Externa experter har varit Leif Dahlberg, Carina Thorstensson, Mattias Lorentzon, Mats Palmér, Helena Salminen, Johan Askling, Sofia Ernestam, Carl Turesson och Agneta Uddhammar. Utöver dessa har även en större konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare för specialistföreningar och huvudmannaföreträdare arbetat med att ta fram de målnivåförslag som Socialstyrelsen sedan fastställt. Ansvarig enhetschef har varit Björn Nilsson.

Taina Bäckström
Ställföreträdande generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdragets förutsättningar	8
Regeringsuppdraget	8
Vad är en målnivå?	8
Målnivåmodellen	9
Användningsområden för nationella målnivåer.....	10
Om indikatorerna	12
Om målnivåerna	12
Datakällor.....	12
Socialstyrelsens nationella målnivåer	14
Vård vid osteoporos.....	15
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur (O1) ...	15
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur (O2)	18
Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur (O3)	20
Vård vid artros i knä och höft.....	22
Röntgenundersökning före artrosskola (A2).....	22
Behandling med glukosamin (A3)	24
Behandling med hyaluronsyra (A4)	26
Vård vid reumatoid artrit.....	29
Tidig diagnos vid reumatoid artrit (R1)	29
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3).....	31
Uppföljande registrering i SRO av patienter med reumatoid artrit(R5) ..	33
Referenser	35
Bilaga 1	36
Expertgrupper	36
Konsensusgrupp.....	36
Bilaga 2. Indikatorer för senare målsättning.....	37
Utredning med FRAX respektive DXA.....	37
Sjukdomsaktivitet vid nyinsjuknande i reumatoid artrit (R2)	38

Sammanfattning

Utgångspunkten för målnivåer inom rörelseorganens sjukdomar är de indikatorer som tagits fram till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar 2012 samt i utvärderingen av rörelseorganens sjukdomar 2014. Utvärderingen omfattade totalt 16 indikatorer. Socialstyrelsens expertgrupper har gjort ett urval av 9 indikatorer som bedömts lämpliga för målnivåer. Därefter har en konsensusgrupp bestående av sakkunniga, patientrepresentanter, företrädare från specialistföreningarna och huvudmannaföreträdare enats om förslag till målnivåer för de aktuella indikatorerna utifrån befintliga underlag.

Målnivåerna anges på olika sätt i rapporten. En målnivå kan exempelvis ange att minst 70 procent av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåer kan också uttryckas som ett intervall, exempelvis 60–80 procent, där ett resultat under 60 procent kan tyda på underbehandling och ett resultat över 80 procent på överbehandling. Ett tredje sätt att fastställa målnivåer är att säga att varje landsting bör öka eller minska sitt individuella resultat med exempelvis 30 procent över en fyraårsperiod. Den typen av målnivå kan med fördel användas för indikatorer som har en tydlig riktning, men där det av olika skäl är svårt att ange en optimal nivå. Utfallet för respektive indikator kommenteras inte i den här rapporten då detta i de flesta fall redan gjorts i utvärderingen.

Efter genomförd remissrunda till regionföreträdare i landstingen och till berörda intresseföreningar har Socialstyrelsen fastställt målnivåerna. En sammanställning av indikatorer och fastställda målnivåer presenteras i anslutning till respektive avsnitt.

Uppdragets förutsättningar

Regeringsuppdraget

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att ta fram målnivåer för indikatorer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Uppdraget är en del av regeringens satsning på vården av kroniskt och långvarigt sjuka, och ska genomföras enligt den modell som tagits fram och testats inom nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård. 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 vård enligt hälso- och sjukvårdslagens intentioner. Målnivåerna bedöms kunna påverka praxis och resursfördelning och därigenom förbättra vård och behandling av sjukdomar som drabbar många personer, och som ofta leder till kroniska eller långvariga ohälsotillstånd.

Målnivåernas främsta användningsområde är uppföljning och utvärdering på nationell nivå, men de ska även vara användbara på regional och lokal nivå för att möjliggöra förbättringsarbete där det ger störst effekt. De är dessutom värdefulla ur ett styrnings- och ledningsperspektiv.

Målnivåerna för rörelseorganens sjukdomar ska rapporteras till regeringen senast den 30 april 2015.

Vad är en målnivå?

En målnivå kan i det här sammanhanget enklast beskrivas som en angivelse av hur stor andel av en viss patientgrupp som bör få en viss behandling eller åtgärd. En målnivå kan exempelvis ange att minst 70 procent av patienterna med ett visst sjukdomstillstånd bör komma i fråga för behandling med ett visst läkemedel. Målnivåer kan också uttryckas som ett intervall, exempelvis 60–80 procent, där ett resultat under 60 procent kan tyda på underbehandling och ett resultat över 80 procent på överbehandling. Ett tredje sätt att fastställa målnivåer är att säga att varje landsting bör öka eller minska sitt individuella resultat med exempelvis 30 procent över en fyraårsperiod. Den typen av målnivå kan med fördel användas för indikatorer som har en tydlig riktning, men där det av olika skäl är svårt att ange en optimal nivå.

Målnivåerna utgår alltid från en indikator, som i sin tur baseras på en rekommendation i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna i sig har antingen tagits fram utifrån kännedom om exempelvis biverkningsfrekvenser eller förekomst av kontraindikationer, eller genom konsensusförfarande i flera steg. Socialstyrelsen har utvecklat en modell för framtagande av målnivåer som beskrivs längre fram i kapitlet.

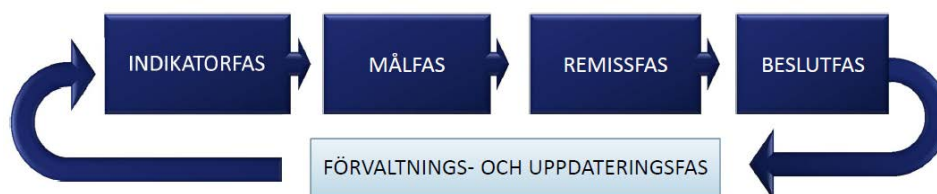
Målnivåer gäller alltså övergripande för en hel patientgrupp och bör inte förväxlas med behandlingsmål. Behandlingsmål anger istället målvärden för den enskilda patientens hälsa. Exempel på behandlingsmål kan vara den önskvärda nivån för blodtryck, BMI-värde eller blodfetter. Behandlingsmå-

len syftar ofta till att förebygga eller undvika följsjukdomar och komplikationer hos den enskilda patienten.

Målnivåmodellen

Den modell för fastställande av målnivåer som togs fram och testades inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer för bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancer består av fem faser [1]. Syftet med modellen är att skapa en strukturerad och transparent process där en del av målnivåernas förankring i hälso- och sjukvården sker tidigt under arbetet.

Socialstyrelsens målnivåmodell



Indikatorfasen

I den första fasen sker grundarbetet med att göra ett urval av- och formulera indikatorerna på ett sådant vis att de blir mätbara. Ett första målnivåförslag tas fram för de indikatorer som bedöms lämpliga att målsätta. Ansvariga för detta arbete är medicinska experter inom respektive sjukdoms område som tidigare deltagit i riktlinjeprocessen eller i arbetet med uppföljningen av följsamheten till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna, alternativt har en ledande roll i de kvalitetsregister som bidrar med uppgifter till det statistiska underlaget.

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

- vara aktuella för området
- vara möjliga för hälso- och sjukvården att påverka
- ha en tydlig riktning, högt eller lågt resultat är att föredra
- ha stabila och tillförlitliga datakällor.

Målfasen

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

Konsensusgruppen för detta uppdrag bestod av huvudmannarepresentanter för hälso- och sjukvårdsregionerna, företrädare för den medicinska professionen samt patientföreningar (Reumatikerförbundet och Riksföreningen för osteoporotiker), se bilaga 1. Konsensusmötet för målnivåer för vården vid sjukdomar i rörelseorganen genomfördes den 19 november 2014 i Stockholm. Underlaget för diskussionen bestod av indikatorbeskrivningar, det statistiska underlaget och expertgruppernas förslag till målnivåer. De synpunkter som framfördes vid konsensusmötet resulterade i en komplettering av underlaget. Konsensusgruppen lämnade ytterligare synpunkter via mail och enades därefter om de förslag som presenterades i remissunderlaget.

Remissfasen

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

Beslutsfasen

När eventuella justeringar efter remissrundan är gjorda fastställer Socialstyrelsen målnivåerna. Därefter avrapporteras uppdraget till regeringen och målnivåerna träder i kraft.

Förvaltnings- och uppdateringsfasen

De målnivåer som har fastställts behöver ses över och eventuellt justeras med jämna mellanrum, exempelvis 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

Målnivåer ger landstingen 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 verksamheterna inom landstingen.

Uppföljning och utvärdering

I samband med uppföljning och utvärdering av landstingens följsamhet till rekommendationerna i riktlinjerna 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, samt vilka merkostnader som uppkommer genom val av mindre lämpliga behandlingar.

Socialstyrelsen kommer att använda målnivåerna i bland annat öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet samt i sina uppföljningar av riktlinjeområden.

Lokalt och regionalt kvalitetsarbete

Flera landsting och regioner använder i dag uppgifter från till exempel vårdadministrativa system, kvalitetsregister och Socialstyrelsens hälsodataregister för att kontinuerligt följa kvaliteten i de egna verksamheterna. Uppgifterna ligger bland annat till grund för omprioriteringar av resurser och initiering av utvecklings- och förbättringsarbeten. För dessa landsting 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 enhets-

nivå kan de också användas för att utveckla vårdprocesser och därigenom stimulera till ökad följsamhet till de nationella riktlinjernas rekommendationer.

De målnivåer som Socialstyrelsen har fastställt är i flera fall högt satta i förhållande till det aktuella läget för landstingen. Det innebär att det kommer att ta tid för flertalet av landstingen att närma sig de uppsatta målen. Av den anledningen bör landstingen se över de egna resultaten och arbeta för att ta fram en genomförandeplan med realistiska delmål i syfte att sträva i rätt riktning och om möjligt uppnå de nationella målnivåerna inom några år.

Ekonomiska ersättningsmodeller

Vissa landsting använder ersättningsmodeller där enheter som uppnår ett visst mål för en viss indikator får ekonomisk kompensation från landstinget. Dessa system kan se olika ut och de lokalt satta målen kan skilja sig åt. Ersättningar kopplade till nationella målnivåer för kvalitetsindikatorer kan medföra vissa risker som är viktiga att ta i beaktande. Nedan sammanfattar Socialstyrelsen tre exempel på risker.

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 resultatet riskerar att bli godtyckligt. Trots att indikatorn inte passar i ett ersättningssystem kan den fortfarande vara ett värdefullt verktyg för att följa hälso- och sjukvårdens kvalitet över tid.

Risk för förändrade registreringsrutiner

När landstinget kopplar måloppfyllelse för en indikator till ekonomisk ersättning finns det en risk att verksamheterna inte bara arbetar för att öka kvaliteten utan även förändrar sina registreringsrutiner till berörda register. Patienter som av en eller annan orsak inte har fått den rekommenderade behandlingen kanske registreras i lägre grad än de som fått den. På sikt kan detta leda till att uppgifterna i såväl kvalitetsregister som hälsodataregister blir mindre tillförlitliga, vilket i sin tur kan 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 behandling blir den skarpare, och målnivån kan sättas högre. Detta innebär dock inte per automatik att det endast är denna grupp som kommer i fråga för den aktuella behandlingen. Även personer i andra åldersgrupper kan dra nytta av den. Vid redovisningar av öppna jämförelser och utvärderingar av landstingens följsamhet till riktlinjerna betraktas detta ofta som en självklarhet, men om denna typ av mätteknisk redovisning kopplas samman med en ekonomisk ersättningsmodell finns det en risk att de grupper som inte ingår i indikatorns avgränsning i lägre grad får den rekommenderade behandlingen. Det gäller i synnerhet om behandlingen är resurskrävande.

Om indikatorerna

Indikatorerna som ingår i uppdraget har hämtats från den indikatorlista som finns i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar från 2012 [2]. Indikatorerna har tagits fram under riktlinjearbetet och ska spegla hälso- och sjukvårdens tillämpning av rekommendationerna i riktlinjerna. I samband med att utvärderingen av hälso- och sjukvårdens följsamhet till riktlinjernas rekommendationer genomfördes 2013-2014 reviderades och justerades flera av indikatorerna [3]. Det är dessa indikatorer som ligger till grund för målnivåarbetet.

Indikatorerna som ingår i de nationella riktlinjerna kan rikta sig till olika intressenter. Vissa indikatorer är lämpade för övergripande ledning och styrning av hälso- och sjukvården medan andra är mer intressanta ur ett professionsperspektiv. I samband med att Socialstyrelsen fastställer målnivåer blir det mer aktuellt att tydliggöra vilka indikatorer som bör bli föremål för politiska eller hälso- och sjukvårdsövergripande omprioriteringar, och vilka som i stället speglar processer som de berörda professionerna kan påverka direkt i det dagliga arbetet.

Utvärderingen omfattade totalt 16 indikatorer och dessa har bedömts om de är lämpliga eller inte för målnivåer. Det innebär att en del indikatorer inte finns med i det här målnivåarbetet men kan bli föremål för en ny bedömning vid nästa utvärdering. I samband med detta kan det också bli aktuellt att utveckla indikatorer för att bland annat kunna utvärdera följsamheten till rekommendationerna om förebyggande insatser, fysisk aktivitet och rehabilitering.

Två nya indikatorer avseende täckningsgrad i kvalitetsregistren Senior Alert samt BOA-registret (Bättre omhändertagande av artros) föreslogs av expertgrupperna som lämpliga för målnivå. Socialstyrelsen har beslutat att inte inkludera dessa indikatorer eftersom det i första hand är huvudmännens ansvar att påverka täckningsgraden i nationella kvalitetsregister. Det är ytterst angeläget att registrera och rapportera till kvalitetsregistren för att uppnå en hög täckningsgrad och kunna redovisa resultat på nationell nivå.

Om målnivåerna

Målnivåerna som föreslagits i denna rapport har i vissa fall hamnat på en hög nivå i förhållande till de resultat som många landsting 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. Målnivåerna måste också utvärderas regelbundet och justeras om det visar sig att de ligger alltför högt eller lågt i förhållande till önskvärd nivå. Aktuellt uppdateringsintervall för respektive målnivå har fastställts i samband med konsensusmötet.

Datakällor

Uppgifterna som presenteras i diagrammen har tillhandahållits av Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ), Bättre omhändertagande av artros (BOA) och Svenska Höftprotesregistret (SHPR), samt uppgifter från Social-

styrelsens register; patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret. Specifikationerna för respektive indikator presenteras i anslutning till diagrammen.

I nuläget sakna en nationell datakälla som möjliggör uppföljning av primärvårdens insatser vilket innebär att en stor del av den vård som ges vid rörelseorganens sjukdomar inte ingår i underlaget. Detta berör framförallt vården vid artros, osteoporos och kotkompressioner som till största delen sker inom primärvården.

Socialstyrelsens nationella målnivåer

I följande kapitel presenteras Socialstyrelsens målnivåer för de 9 indikatorer som i nuläget bedömts var aktuella som målnivåindikatorer. Utfallet för respektive indikator kommenteras inte i denna rapport då detta i de flesta fall redan gjorts i utvärderingen.

Redovisningen följer samma mönster för samtliga indikatorer:

- ett inledande avsnitt som beskriver vad indikatorn visar och varför den är viktig att mäta
- en teknisk beskrivning av indikatorn
- tidsserie för riket presenteras där så är möjligt
- redovisning av de statistiska underlag som låg till grund för expertgruppens och konsensusgruppens förslag
- Socialstyrelsens fastställda målnivå, inklusive motivering.

Rapporten omfattar även 3 bilagor:

Bilaga 1 Expertgrupp och konsensusgrupp

Bilaga 2 Indikatorer för senare målsättning

Bilaga 3 Indikatorbeskrivning – teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten

Bilaga 3 finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats,
www.socialstyrelsen.se

Vård vid osteoporos

Socialstyrelsen har fastställt följande målnivåer för osteoporos:

Indikator	Indikatorn visar	Målnivå
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur (O1)	Andelen patienter 50 år och äldre som vårdats för en fragilitetsfraktur och som hämtat ut benspecifika läkemedel	Andelen patienter som behandlas med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur bör öka till ≥ 30 procent
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur (O2)	Andelen patienter 50–69 år som vårdats för fragilitetsfraktur och som 6–12 månader efter frakturen hämtat ut kalcium och D-vitamin, men inte benspecifika läkemedel, från apotek	Förskrivning av kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel bör minska med 50 procent
Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur (O3)	Antalet nya frakturer inom 3 år hos personer 50 år och äldre som haft en förstagångsfragilitetsfraktur	Antalet nya frakturer bör minska med minst 20 procent

Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur (O1)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter 50 år och äldre som vårdats för en förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2010–2012 och som 0–12 månader senare hämtade ut benspecifika läkemedel från apotek. För kvinnor förekommer i begränsad utsträckning också behandling med systemiska hormoner (östroger), dessa har också räknats med.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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.

Teknisk beskrivning

Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats på sjukhus eller i öppen specialiserad vård. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturefri sedan år 1998.

Täljare: Antal personer 50 år eller äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel på apotek efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård.

Nämnare: Totalt antal personer 50 år eller äldre med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård.

Felkällor

Av dem som haft en fragilitetsfraktur har många också hög risk för att få en ny fraktur, men inte alla. Det förekommer även att personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld.

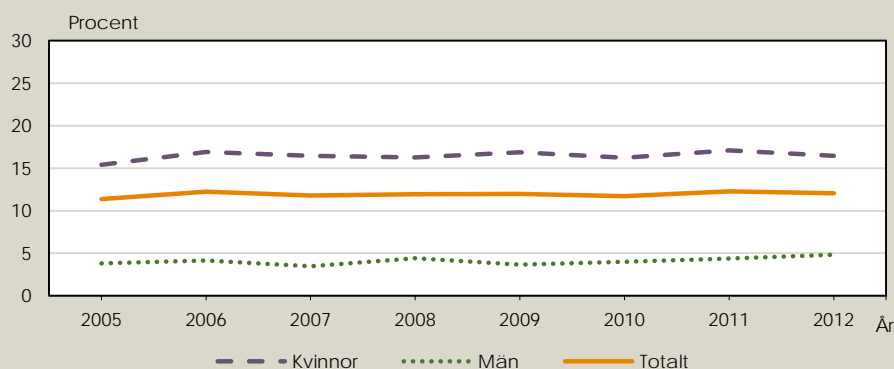
I läkemedelsregistret registreras uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande (rekvisitionsläkemedel) inte finns med i registret.

Patienten kan välja att inte hämta ut ett läkemedel som har förskrivits av hälso- och sjukvården, eller välja att inte ta sitt läkemedel i enlighet med läkarens ordination.

Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur

Diagram O1.2. Läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur

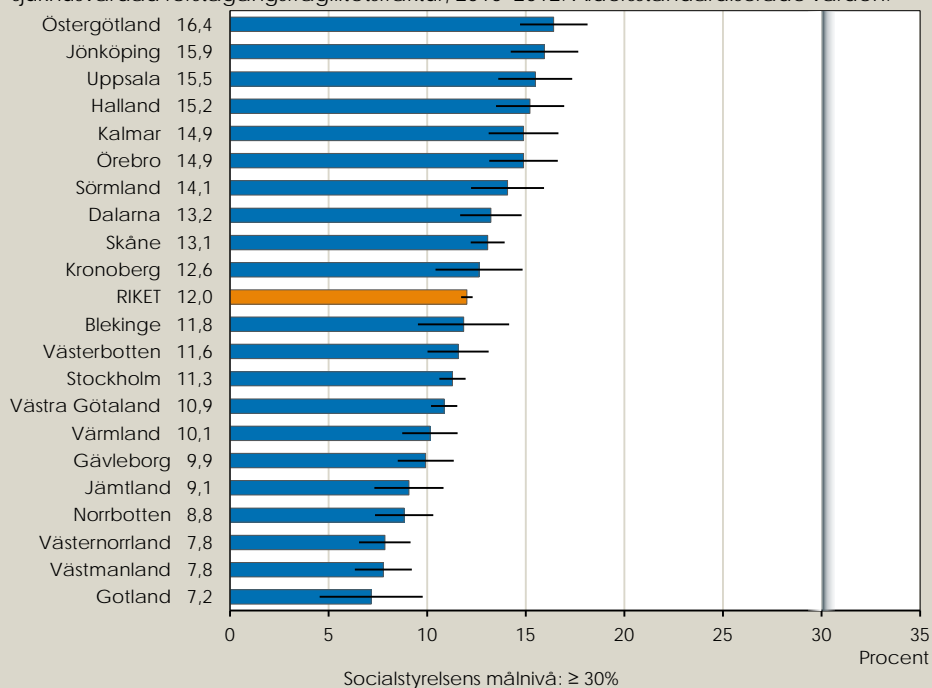
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O1.3. Läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur

Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur har Socialstyrelsen fastställt målnivån till ≥ 30 procent inom 2 år.

Motivering till målnivån

Personer som haft en fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota bedöms ha mycket hög risk att drabbas av nya allvarliga frakturer och dessa personer bör därför i hög grad övervägas för behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater eller denosumab då läkemedlen minskar nedbrytningen av skelettet, ökar bentätheten och minskar risken för fraktur. Av den anledningen är det av stor vikt att hälso- och sjukvården ger behandling till denna patientgrupp. Socialstyrelsen bedömer att det finns skäl att se över målnivån och eventuellt justera densamma om 2 år. En första uppföljning ska genomföras 2017.

Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur (O2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn mäter andelen patienter 50–69 år som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under åren 2010–2012 och som 6–12 månader efter frakturen hämtade ut kalcium och D-vitamin, men inte benspecifika läkemedel, från apotek. Här redovisas data avseende åldersgruppen 50–69 istället för 50 år och äldre som redovisades i utvärderingen [3].

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte behandla kvinnor som genomgått klimakteriet samt män över 50 år med läkemedel som enbart innehåller kalcium och D-vitamin, så kallad monoterapi, om det inte finns en dokumenterad brist på dessa ämnen hos patienten. Anledningen är att läkemedlen då sannolikt 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 [2] har monoterapi fått prioritet *icke-göra* för denna patientgrupp.

Teknisk beskrivning

Andel personer 50–69 år med monoterapi av kalcium och D-vitamin mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, 2010–2012. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.

Täljare: Antal personer, 50–69 år, som hämtat ut kalcium och D-vitamin på apotek 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård.

Nämnare: Totalt antal personer 50–69 år med förstagångsfragilitetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård.

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.

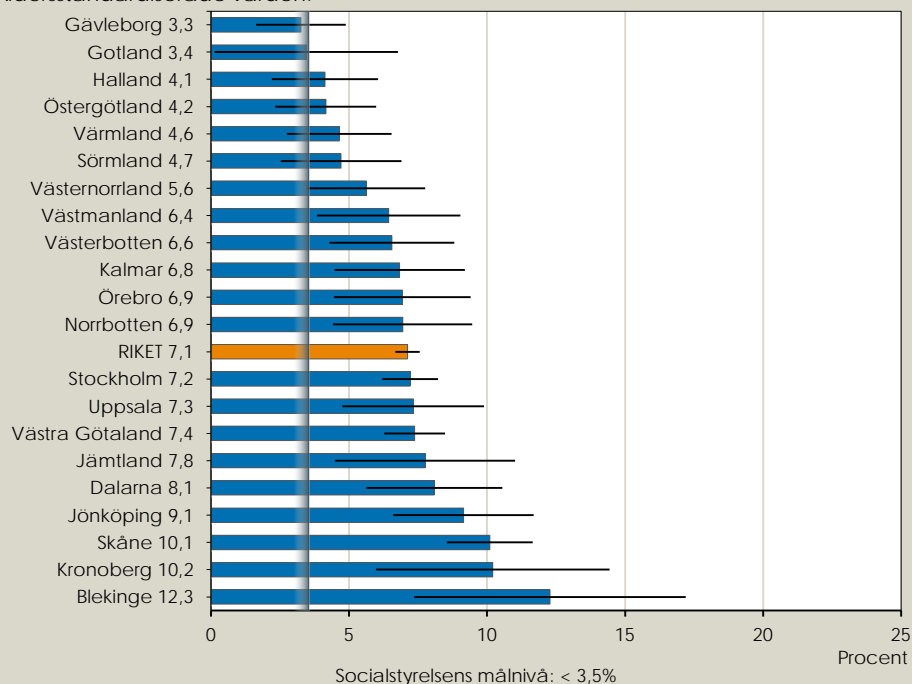
I läkemedelsregistret registreras uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel från läkemedelsförråd och motsvarande (rekvisitionsläkemedel) inte finns med i läkemedelsregistret.

Patienten kan välja att inte hämta ut ett läkemedel som har förskrivits av hälso- och sjukvården, eller välja att inte ta sitt läkemedel i enlighet med läkarens ordination.

Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur

Diagram O2.2. Monoterapi efter fragilitetsfraktur

Andel personer med monoterapi av kalcium och D-vitamin mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, personer 50–69 år, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur har Socialstyrelsen fastställt att förskrivningen bör halveras med utgångspunkt i rikets värde vilket motsvarar målnivån <math>< 3,5\%</math> inom 2 år.

Motivering till målnivån

De nationella riktlinjerna är tydliga med att endast patienter med dokumenterad brist på kalcium och D-vitamin bör komma i fråga för monoterapi med den aktuella behandlingen. I patientregistret på Socialstyrelsen hade endast cirka 700 av patienterna i undersökningen en dokumenterad brist på D-vitamin, vilket tyder på att kalcium och D-vitamin många gånger sätts in utan att patienten har en fastställd diagnos. Läkemedlen kan dock kombineras med benspecifika läkemedel efter en individuell bedömning. Det är därför anmärkningsvärt att 14 procent av patienterna med fragilitetsfraktur och 18 procent av patienterna med höftfraktur fick monoterapi med kalcium och D-vitamin, alltså utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel.

I åldersgruppen under 70 år behöver de flesta inte behandlas med enbart kalcium och D-vitamin då få personer inom denna åldersgrupp lider av brist

på dessa ämnen. Däremot är behovet större för personer över 70 år då personer i denna åldersgrupp i högre utsträckning har dokumenterad brist på kalcium och D-vitamin.

Socialstyrelsen bedömer att monoterapi med kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel bör minska med 50 procent med utgångspunkt från rikets värde vilket innebär en målnivå på < 3,5 procent. Uppföljning ska genomföras år 2017.

Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur (O3)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom 3 år hos personer 50 år och äldre som under perioden 2003-2007 hade en förstagångsfragilitetsfraktur. Här redovisas data som visar återfrakturer inom 3 år istället för 5 år som redovisades i utvärderingen [3].

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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 ökad fysisk aktivitet rekommenderas 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.

Teknisk beskrivning

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfragilitetsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003-2007. Med förstagångsfragilitetsfraktur avses här att patienten varit frakturfri sedan år 1998.

Täljare: Antal nya fragilitetsfrakturer inom tre år efter den första, som behandlas i slutet eller öppen specialiserad vård.

Nämnare: Antal levnadsår inom tre år efter den första fragilitetsfrakturen.

Felkällor

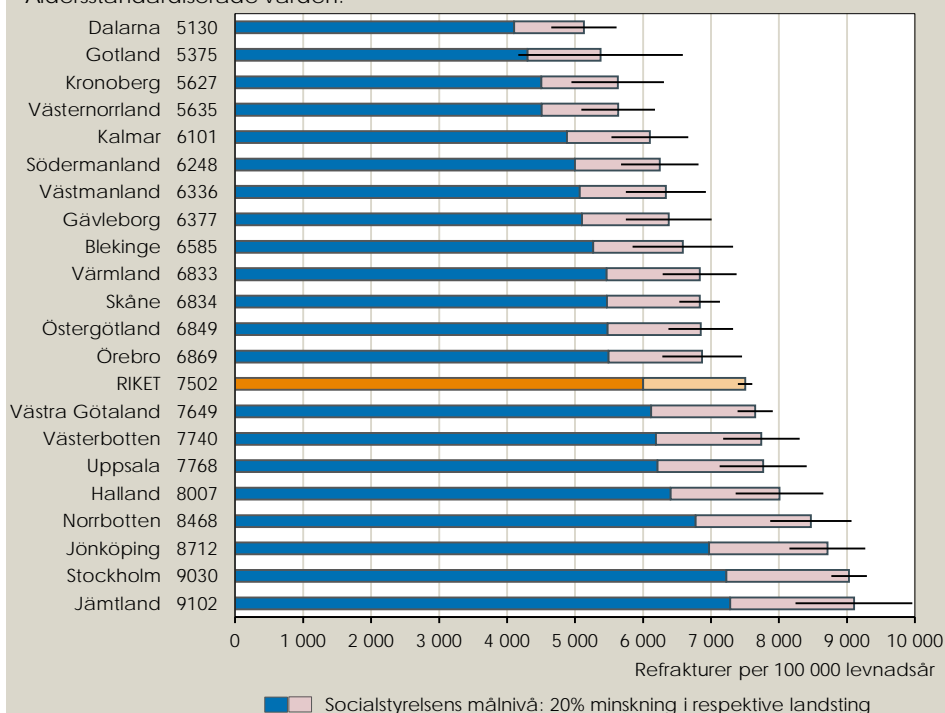
Patientregistret omfattar inte patienter som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats i slutet eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen.

Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

Återfrakturer inom 3 år efter fragilitetsfraktur

Diagram O3.1. Återfrakturer inom 3 år

Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfraktur under 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn återfrakturer inom 3 år har Socialstyrelsen fastställt att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive landsting fram till år 2018.

Motivering till målnivån

Expertgruppen föreslog en redovisning av återfrakturer inom 3 år istället för 5 år efter fragilitetsfraktur för att få en bättre möjlighet att följa upp eventuella förändringar i antalet återfrakturer då det rör sig om ett kortare tidsspänn. Den föreslagna målnivån med en minskning på 20 procent av återfrakturer inom 3 år efter förstagångsfragilitetsfraktur bedöms vara realistisk på kort sikt. Enligt vetenskapligt underlag kan införande av frakturvårdkedjor minska antalet återfrakturer med cirka 40 procent [4]. Socialstyrelsen bedömer att antalet återfrakturer bör minska med 20 procent i respektive landsting under de närmaste tre åren (till 2018). Uppföljning ska ske årligen med start 2016.

Vård vid artros i knä och höft

Socialstyrelsen har fastställt följande målnivåer för artros i knä och höft:

Indikator	Indikatorn visar	Målnivå
Röntgenundersökning före artrosskola (A2)	Andelen patienter med artros i knä och höft som genomgår röntgenundersökning före artrosskola	Andelen röntgenundersökningar ska minska och bör ligga mellan 50–70 procent (intervall)
Behandling med glukosamin (A3)	Antalet patienter med artros i knä och höft som behandlas med glukosamin	0 patienter bör behandlas
Behandling med hyaluronsyra (A4)	Antalet patienter med artros i knä och höft som behandlas med hyaluronsyra	0 patienter bör behandlas

Röntgenundersökning före artrosskola (A2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen personer som anger att de har genomgått en röntgenundersökning innan de deltagit i artrosskola.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Enligt riktlinjerna räcker en samlad bedömning av anamnesen, förekomsten av tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd som underlag för att ställa diagnos vid artros i knä och höft. Det kan i vissa fall vara motiverat att en del av patienterna genomgår en röntgenundersökning före artrosskola. I de flesta fall bör dock röntgenundersökningen genomföras först om den sjukgymnastiska behandlingen eller artrosskolan inte har gett någon effekt och i samband med att man överväger remiss till ortopedspecialist.

Teknisk beskrivning

Andel personer som angett att de genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013. Avser personer 18 år eller äldre.

Täljare: Antal personer som genomgått röntgenundersökning innan artrosskola.

Nämnare: Totalt antal personer som genomgått artrosskola.

Felkällor

Endast två tredjedelar av enheterna som erbjuder artrosskola uppskattas delta i BOA-registret och antalet personer som registreras varierar avsevärt mellan landstingen, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

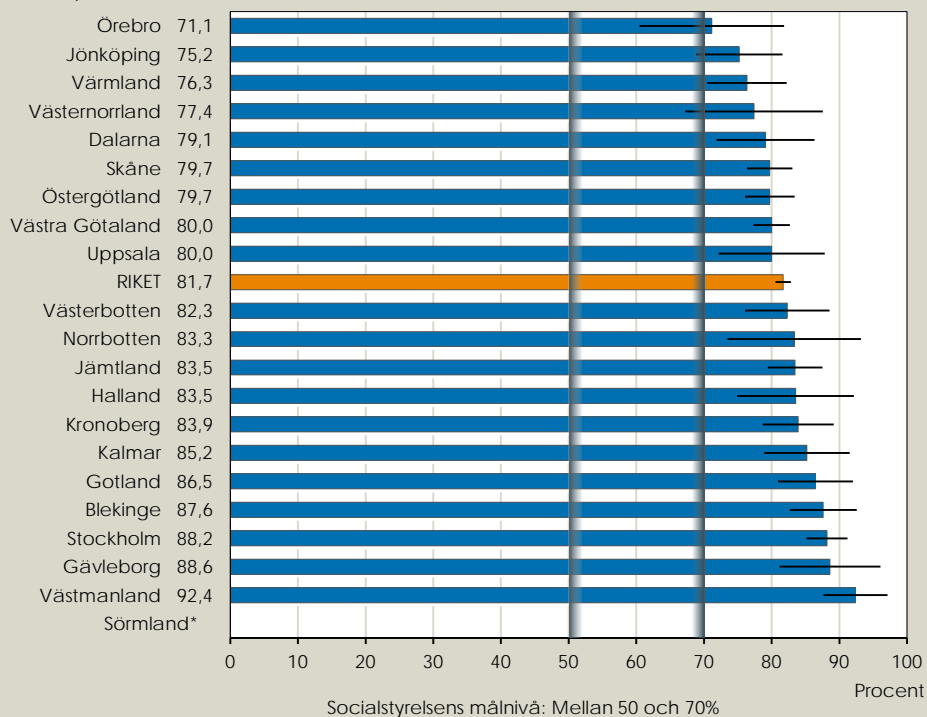
En annan möjlig felkälla är att uppgifterna i BOA-registret bygger på självrapporterade data. Det är alltså patienten själv som anger om han eller hon har genomgått en röntgenundersökning, i stället för att informationen har hämtats från den verksamhet som har genomfört undersökningen.

Slutligen bör påpekas att det till viss del kan vara ett selektivt urval som ingår i BOA-registret, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultatet.

Röntgenundersökning före artrosskola

Diagram A2.1. Röntgenundersökning före artrosskola

Andel personer som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013.
Avser personer 18 år eller äldre.



*Färre än 30 observationer redovisas ej.
Källa: BOA-registret.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn röntgenundersökning före artrosskola har Socialstyrelsen fastställt att andelen röntgenundersökningar bör minska och att målnivåintervallet bör ligga mellan 50 och 70 procent.

Motivering till målnivån

Det kan vara motiverat att en del av patienterna genomgår en röntgenundersökning före artrosskola. En samlad bedömning av anamnesen, förekomsten av tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd räcker dock i de flesta fall som underlag för att ställa diagnos vid artros i knä och höft. Dessutom kan diagnosen fördröjas då röntgen inte är ett bra diagnostiskt redskap i tidiga skeden av sjukdomsförloppet. Därför bör nuvarande nivå sänkas till det föreslagna målnivåintervallet. Underlaget avser uppgifter som patienterna själva uppgett vilket innebär en viss osäkerhet. Från och med 2015 kommer även MR-undersökningar att registreras i BOA-registret. MR-undersökningar rekommenderas dock inte vid artros i de nationella riktlinjerna vilket bör beaktas så att inte detta görs istället för röntgen.

Socialstyrelsen bedömer att andelen röntgenundersökningar bör ligga på målnivån mellan 50–70 procent.

Behandling med glukosamin (A3)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet personer som hämtat ut glukosamin på recept minst en gång under år 2012 per 100 000 invånare, oavsett om personen har artros eller inte. Uppgifterna gäller personer som är 40 år eller äldre.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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.

Teknisk beskrivning

Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.

Täljare: Antal personer 40 år eller äldre som har hämtat ut glukosamin minst en gång under år 2012, oavsett om personen har artros eller inte.

Nämnare: Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen.

Felkällor

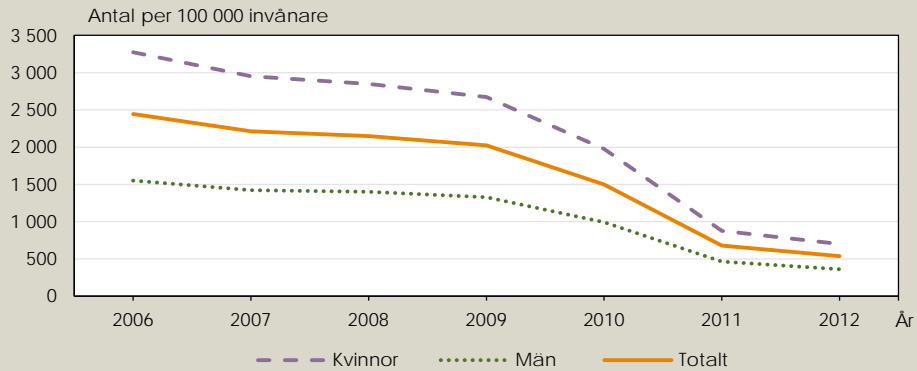
Resultaten visar endast de läkemedel som förskrivits inom hälso- och sjukvården och som hämtats ut på apotek. Detta innebär att det kan vara en större andel av befolkningen som använder glukosamin, men utan att detta har förskrivits av läkare.

I läkemedelsregistret finns endast uppgifter om förskrivna läkemedel som hämtats ut via recept på apotek. Läkemedel som inte har hämtats ut av patienten eller som erhållits genom läkemedelsförråd eller motsvarande liksom om de köpts receptfritt ingår inte.

Behandling med glukosamin

Diagram A3.1. Behandling med glukosamin

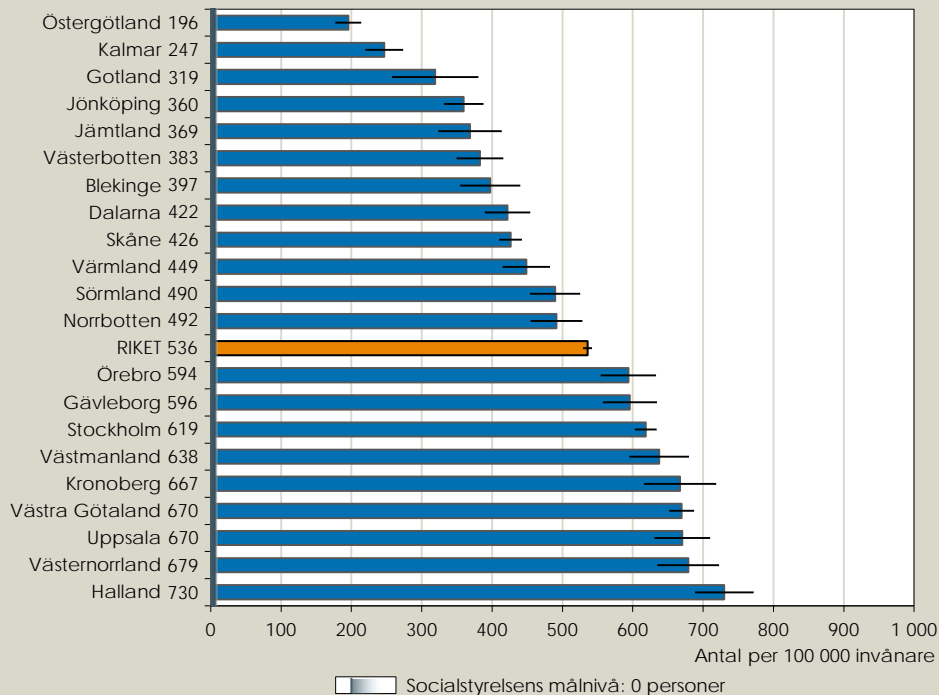
Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.2. Behandling med glukosamin

Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn behandling med glukosamin har Socialstyrelsen fastställt att antalet patienter med artros i knä och höft som hämtat ut glukosamin på recept bör vara 0.

Motivering till målnivån

Förskrivningen av glukosamin som hämtas ut på recept ligger redan på en låg nivå, men eftersom glukosamin inte har någon dokumenterad effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling bör inga patienter förskrivas läkemedlet.

Socialstyrelsen bedömer därför att målnivån bör vara 0 personer per 100 000 invånare, ingen tidsgräns. På sikt kan indikatorn möjligen strykas om landstingen uppnår målnivån.

Behandling med hyaluronsyra (A4)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet personer som hämtat ut hyaluronsyra på recept minst en gång under år 2012 per 100 000 invånare, oavsett om personen hade artros eller inte. Uppgifterna gäller personer som är 40 år eller äldre.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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*). Hyaluronsyra används inte vid behandling av andra tillstånd än artros.

Teknisk beskrivning

Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.

Täljare: Antal personer 40 år eller äldre som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång under år 2012, oavsett om personen har artros eller inte.

Nämnare: Antal personer 40 år eller äldre i befolkningen.

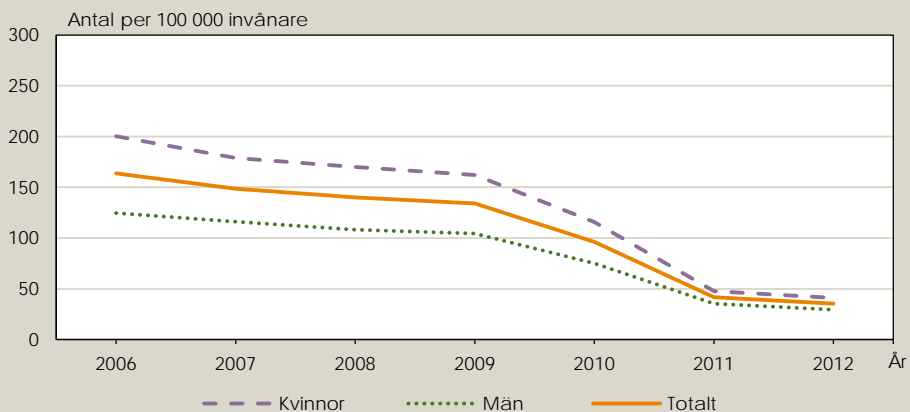
Felkällor

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.

Behandling med hyaluronsyra

Diagram A4.1. Behandling med hyaluronsyra

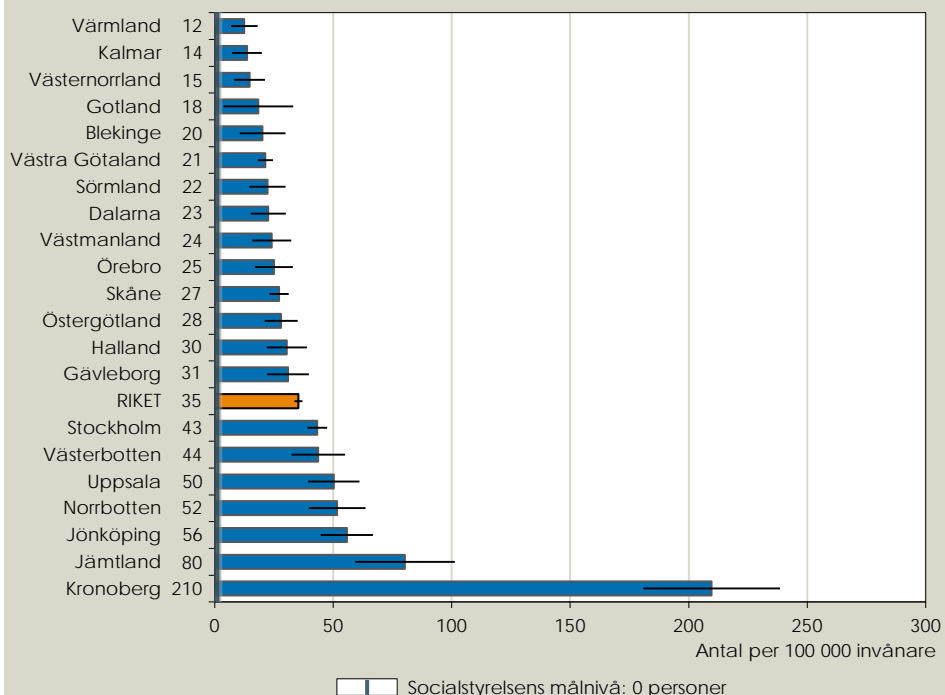
Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.2. Behandling med hyaluronsyra

Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn behandling med hyaluronsyra har Socialstyrelsen fastställt att antalet patienter med artros i knä och höft som behandlas med hyaluronsyra bör vara 0.

Motivering till målnivån

Förskrivningen av hyaluronsyra som hämtas ut på recept ligger redan på en låg nivå, men eftersom hyaluronsyra inte har någon dokumenterad effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling samt att behandling med hyaluronsyra både innebär en viss infektionsrisk för patienten och ställer krav på resurser från hälso- och sjukvården bör inga patienter förskrivas läkemedlet.

Socialstyrelsen bedömer därför att målnivån bör vara 0 personer per 100 000 invånare. Målnivån ska följas upp om 2 år, om samtliga landsting då uppnått målet kan indikatorn eventuellt strykas.

Vård vid reumatoid artrit

Socialstyrelsen har fastställt följande målnivåer för reumatoid artrit:

Indikator	Indikatorn visar	Målnivå
Tidig diagnos av reumatoid artrit (R1)	Andel patienter med RA som nydiagnosticeras inom 20 veckor från de första karaktäristiska symtomen	≥50 procent av patienterna bör diagnosticeras inom 20 veckor
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3)	Antal patienter med RA som behandlas med biologiska läkemedel per 100 000 invånare	Riksgenomsnittet +/-25 procent
Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit (R5)	Andel patienter med RA som hade uppföljande registrering i SRQ inom 2–6 månader efter första behandling med DMARD eller biologiska läkemedel	≥80 procent av patienterna bör ha uppföljande registrering i SRQ

Tidig diagnos vid reumatoid artrit (R1)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter med reumatoid artrit som nydiagnosticeras inom 20 veckor från de första karaktäristiska symtomen, under åren 2010–2013.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Det är angeläget att ställa diagnosen reumatoid artrit för att kunna påbörja lämplig behandling så tidigt som möjligt. Många patienter har haft besvär under en längre tid och diagnosen kan fördröjas av flera skäl, 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 varit idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessutom symtomen varat i över 6 veckor. Genom att korta tiden mellan symtomdebut och diagnos kan lämplig behandling sättas in i tidigare skede av sjukdomen.

Teknisk beskrivning

Svensk Reumatologis Kvalitetsregisters (SRQ:s) modul för uppföljning av reumatoid artrit med mindre än ett års symtomduration, därför ingår endast patienter med kortare tid än 13 månader från symtom till diagnosdatum. Totalt ingår 5 048 patienter i underlaget.

Felkällor

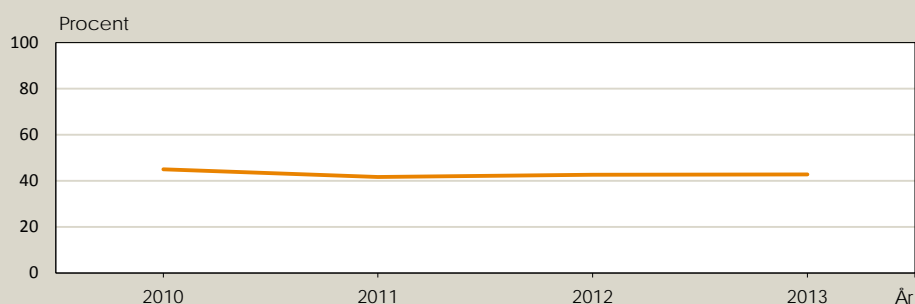
Landsting med färre än 30 rapporterade observationer redovisas inte. Det finns heller inga uppgifter om patienter som får sin diagnos senare än 13 månader från symtomdebut, och därför kan det finnas individer med betyd-

ligt 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.

Tidig diagnos vid reumatoid artrit

Diagram R1.3. Patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor

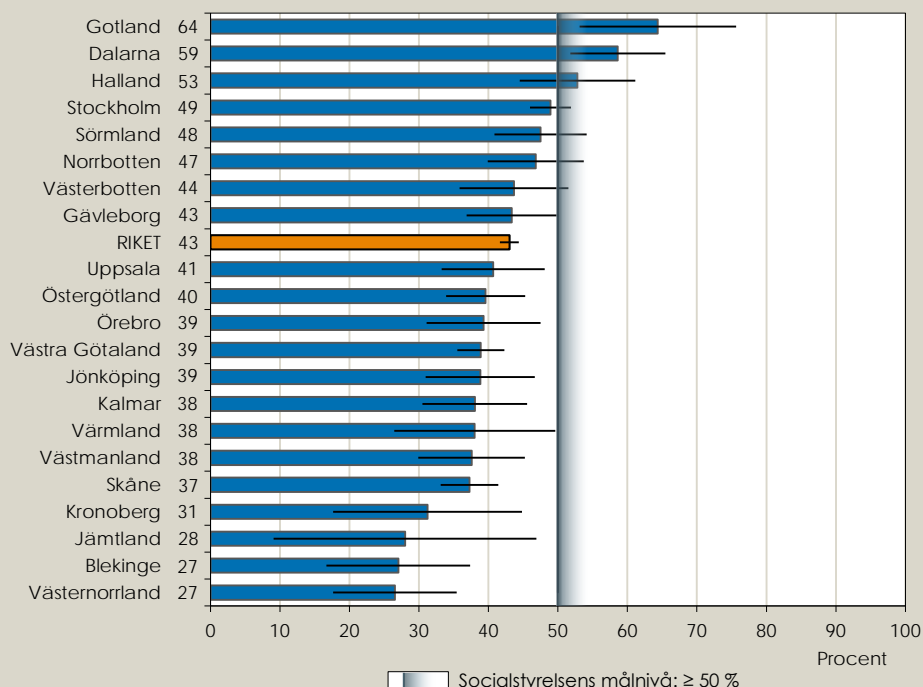
Andel patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R1.4. Patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor,

Andel patienter med RA som fått diagnos inom 20 veckor bland dem som har < 13 månaders sjukdomsduration, 2010–2013.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn tidig diagnos av reumatoid artrit har Socialstyrelsen fastställt att andelen patienter som nydiagnosticeras inom 20 veckor bör vara ≥ 50 procent.

Motivering till målnivån

Det är angeläget att ställa diagnosen reumatoid artrit för att kunna påbörja lämplig behandling så tidigt som möjligt. I utvärderingen redovisades indikatorn *Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit (R1)*. Här används en ny indikator som istället visar andelen patienter som fått diagnos inom 20 veckor. Socialstyrelsen bedömer att målnivån bör vara att ≥ 50 procent av patienterna ska diagnosticeras inom 20 veckor.

Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar antalet patienter med reumatoid artrit som behandlats med biologiska läkemedel per 100 000 invånare under perioden 2010–2012.

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.

Enligt Svensk Reumatologisk Förenings riktlinjer kan kombination av metotrexat med andra (icke-biologiska) sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) övervägas hos patienter med få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer [5]. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar [1], men med lägre prioritet än för kombinationen av metotrexat och TNF-hämmare. Det finns ett mer omfattande vetenskapligt underlag, med hög evidensstyrka för effekt på ett flertal effektmått, för tillägg av TNF-hämmare i denna situation.

Teknisk beskrivning

Antal patienter med reumatoid artrit som fått biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser 18 år eller äldre under perioden 2010–2012.

I patientpopulationen ingår individer med reumatoid artrit som gjort besök i öppen specialiserad vård och fått biologiskt läkemedel i samband med läkarbesöket eller hämtat ut biologiska läkemedel via recept på apotek.

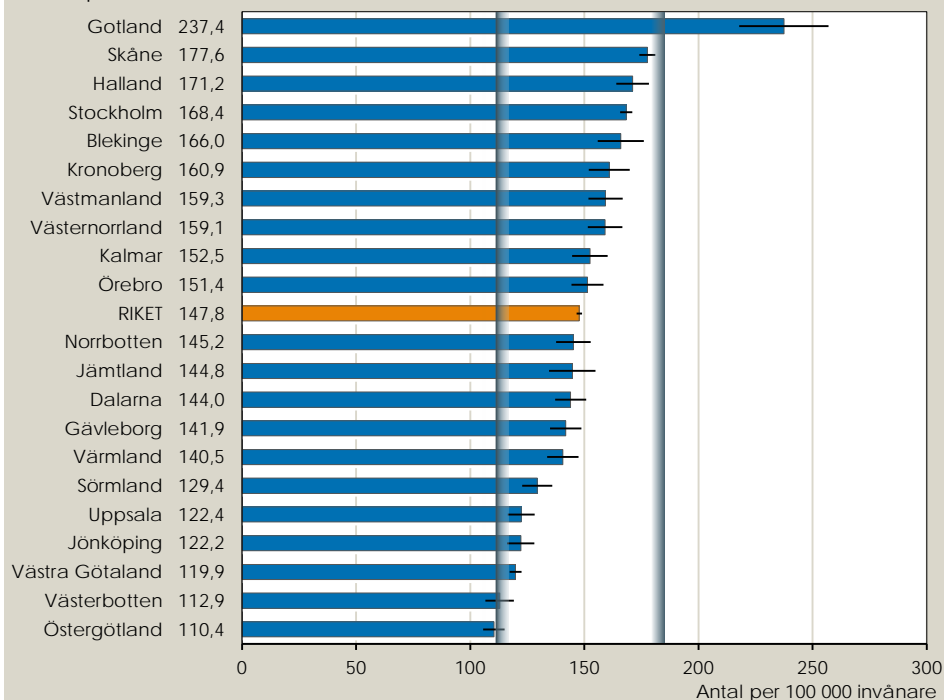
Felkällor

Felkällor kan finnas på grund av demografiska skillnader mellan landstingen.

Behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Diagram R3.6. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit

Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Socialstyrelsens målnivå: 110 –185 per 100 000 invånare

Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har Socialstyrelsen föreslagit att antalet patienter per 100 000 invånare som behandlas med biologiska läkemedel bör vara +/- 25 procent från riksgenomsnittet.

Motivering till målnivån

Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har långsamt ökat under de senaste åren. Syftet är att minska sjukdomssymtomen, förbättra fysiska funktioner och bidra till en ökad arbetsförmåga. Socialstyrelsen bedömer att variationen mellan landstingen är stor och att fler patienter bör behandlas med biologiska läkemedel för att åstadkomma en mer jämlik vård.

Målnivån har för denna indikator uttryckts som ett intervall. En anledning till detta är att det i dagsläget är svårt att beräkna hur många patienter som faktiskt bör ha denna behandling istället för ett annat alternativ. Förhoppningen är att målnivån ska kunna preciseras ytterligare när datakällorna har utvecklats och förbättrats.

Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit(R5)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar andelen patienter med reumatoid artrit som hade uppföljande registrering i SRQ inom 2–6 månader efter första behandling med Disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) eller med biologiska läkemedel.

Varför är indikatorn viktig att mäta?

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.

Teknisk beskrivning

Andelen patienter med första behandling som har uppföljande registrering i kvalitetsregistret SRQ inom 2–6 månader under perioden 2011–2013. Totalt ingår 9 841 patienter i underlaget.

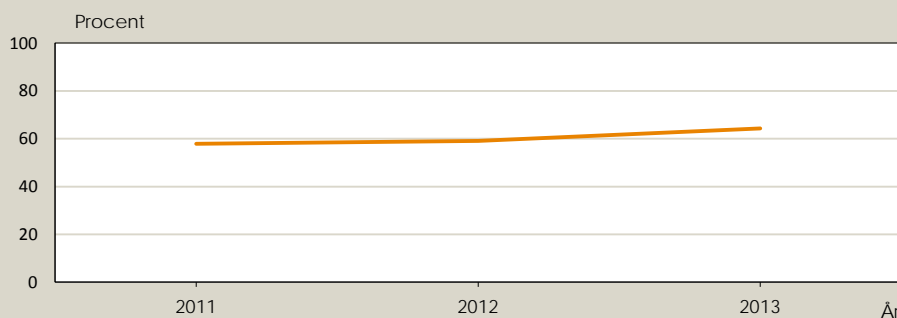
Felkällor

Patienter som inom kort tid efter insatt läkemedel får biverkningar som gör att behandlingen inte kan fullföljas kan få ett besök som kommer före intervallet.

Uppföljande registrering i SRQ av patienter med reumatoid artrit

Diagram R5.2. Uppföljande registrering i SRQ

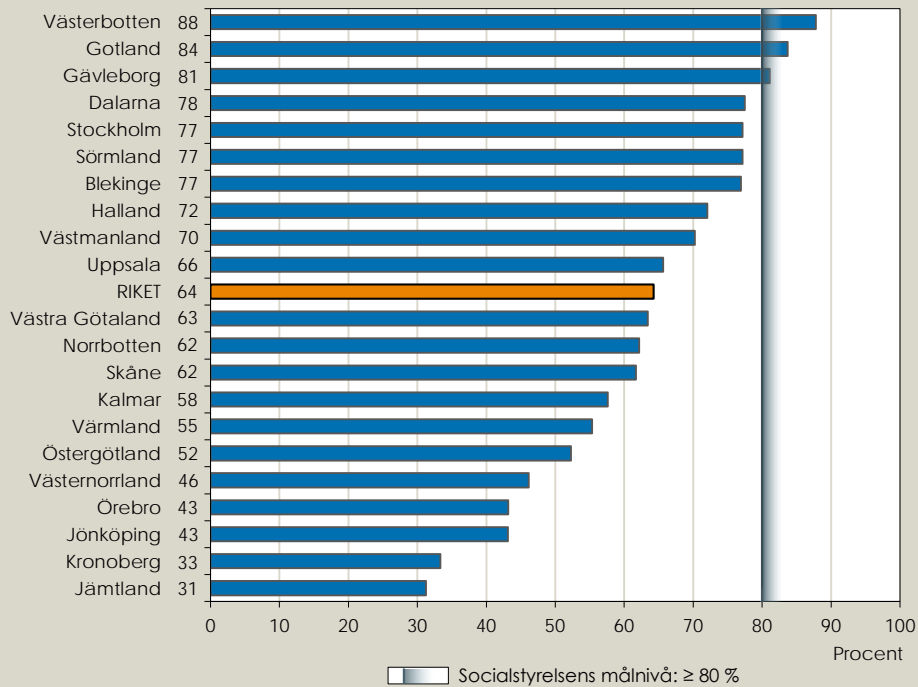
Andel patienter med RA som hade uppföljande registrering i SRQ inom 2–6 mån efter första behandling med DMARD eller biologiska läkemedel.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R5.3. Uppföljande registrering i SRQ

Andel patienter med RA som hade uppföljande registrering i SRQ inom 2–6 mån efter första behandling med DMARD eller biologiska läkemedel, 2013.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Socialstyrelsens nationella målnivå

För indikatorn uppföljande registrering 2–6 månader efter första behandling har Socialstyrelsen fastställt att andelen patienter som har en uppföljande registrering i SRQ bör vara ≥ 80 procent.

Motivering till målnivån

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.

Socialstyrelsen bedömer att målnivån för andelen patienter med nyinsatt behandling som har uppföljande registrering i SRQ bör vara ≥ 80 procent. Det kan finnas patienter som på grund av andra sjukdomar inte kan följas upp inom reumatologin inom den angivna tidsrymden. En målnivå på 100 procent uppföljda patienter är därför inte möjlig.

Referenser

1. Att sätta mål – Förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
3. Nationella riktlinjer – Utvärdering - Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.
4. Astrand J, Nilsson J, Thorngren KG. Screening for osteoporosis reduced new fracture incidence by almost half: a 6-year follow-up of 592 fracture patients from an osteoporosis screening program. *Acta orthopaedica*. 2012;83(6):661-5.
5. Riktlinjer för reumatoid artrit. Svensk förening för reumatologi. (http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/49/Riktlinjer_RA_2014.pdf).

Bilaga 1.

Expertgrupper

Reumatoid artrit

Johan Askling, reumatolog, Karolinska institutet

Sofia Ernestam, reumatolog, Karolinska Universitetssjukhuset, registerhållare SRQ

Carl Turesson, reumatolog, Skånes Universitetssjukhus

Agneta Uddhammar, reumatolog, Norrlands Universitetssjukhus Umeå

Artros

Leif Dahlberg, ortoped, Skånes Universitetssjukhus, BOA-registret

Carina Thorstensson, sjukgymnast, registerhållare BOA-registret

Osteoporos

Mattias Lorentzon, geriatriker, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

Mats Palmér, endokrinolog, Karolinska sjukhuset, Huddinge

Helena Salminen, specialist allmänmedicin, Institutet för neurobiologi Karolinska institutet

Konsensusgrupp

Jonas Hermansson, Stockholm-Gotlandregionen

Christina Edward, Sydöstra regionen

Henning Elvtegen, Sydöstra regionen

Bengt Malmqvist, Uppsala-Örebroregionen

Sofie Tängman, Norra sjukvårdsregionen

Anna Karevi Verdoes, Västra Götalandsregionen

Helena Forsblad, Svensk förening för reumatologi

Cecilia Carlens, Svensk förening för reumatologi

Andreas Kindmark, Svenska osteoporossällskapet

Sol-Britt Sundvall, Riksföreningen för osteoporotiker

Martin Sundberg, Svensk ortopedisk förening

Magnus Forssblad, Capio Artro Clinic

Anne Carlsson, Reumatikerförbundet

Beryl Svanberg, Reumatikerförbundet

Agneta Carlsson, Förbundet Sveriges arbetsterapeuter

Sofia Hagel, Fysioterapeuterna

Bilaga 2. Indikatorer för senare målsättning

Utredning med FRAX respektive DXA

Vad visar indikatorn?

Andelen patienter med fragilitetsfraktur som blir utredda med FRAX respektive DXA (bentäthet och kothöjdsanalys).

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Vid misstanke om osteoporos kan hälso- och sjukvården bedöma frakturrisken med hjälp av det så kallade FRAX-verktyget (från engelskans ”fracture risk assessment tool”), som är framtaget av WHO. Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer bör patienter med tidigare lågenergifraktur och beräknad 10-årig frakturrisik >15 procent (enligt FRAX) utredas med central DXA (prioritet 3). I dagsläget utreds inte äldre patienter med genomgången fraktur rutinmässigt.

Redovisning av data

I dagsläget sker ingen registrering av antalet patienter som bedöms med hjälp av FRAX och DXA-undersökningar registreras endast till viss del med åtgärds-koder vilket innebär att datakällan är bristfällig.

Konsensusgruppens bedömning

Konsensusgruppen bedömde indikatorn som viktig men föreslår att den inte målsätts i nuläget eftersom det saknas tillförlitlig datakälla.

En metod för hur indikatorn ska mätas och registreras ska utvecklas inför nästa utvärdering av följsamheten till nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.

Sjukdomsaktivitet vid nyinsjuknande i reumatoid artrit (R2)

Vad visar indikatorn?

Indikatorn visar sjukdomsaktivitet vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med reumatoid artrit, åren 2000–2012 (diagram R2.1)

Varför är indikatorn viktig att mäta?

Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på svullnad och ömhet från 28 leder, patientens skattning av sitt hälsotillstånd på en VAS-skala samt inflammationsgraden mätt som sänka eller CRP (C-reactive protein).

Resultatet kan variera mellan:

- remission, symtomen har delvis avtagit eller tillfälligt helt försvunnit, (DAS28 < 2,6)
- lågt (DAS28 ≤ 3,2)
- medel (3,2 < DAS28 ≤ 5,1)
- högt (DAS28 > 5,1) värde.

Sjukdomsaktiviteten, mätt som DAS28, är en av utgångspunkterna för behandling och är en värdemätare av behandlingens effekt. En given minskning av DAS28-värdet måste sättas i relation till startvärdet. Till exempel är 2 enheters reduktion ett mycket bra behandlingsresultat för en person som startar på DAS28 = 4,5, men det indikerar kvarvarande sjukdomsaktivitet hos en individ som startat på DAS28 = 6,5.

I indexet DAS28 ingår inte svullna och ömma leder i tår och fötter, vilket ger ett alltför lågt värde för individer med övervägande symtom från de lederna. För andra patienter kan värdet bli missvisande högt om de har mycket smärta i och kring lederna, eller en sänkestegring av andra skäl.

Teknisk beskrivning

Förbättring av sjukdomsaktivitet definieras och mäts som den absoluta skillnaden mellan värdena vid första besöket och efter 4–12 månader.

Felkällor

Inga noterade.

Konsensusgruppens bedömning

Konsensusgruppen bedömde att indikatorn kan vara lämplig för målnivå men att någon målnivå inte är aktuell att sätta i nuläget. Indikatorn behöver omformuleras och kompletteras med ytterligare dataunderlag. Expertgruppen, som inte hade möjlighet att närvara på konsensusmötet, bedömer att indikatorn är intressant och viktig att följa men att datakvaliteten i kvalitetsregistret SRQ avseende täckningsgrad, brister i registreringen och missing data måste förbättras väsentligt innan indikatorn eventuellt kan målsättas. Vidare bör användande av en självrapporterad utfallsindikator för målnivå också noggrant övervägas för att undvika oönskade långtidseffekter. Indikatorn behöver därför utredas vidare fram till nästa utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar.