

Nationella riktlinjer –  
Indikatorer för vård vid  
multipel skleros och  
Parkinsons sjukdom

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2022-11-8215  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), november 2022

# Innehåll

Indikatorer för god vård och omsorg .....	5
Indikatorer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom.....	5
Utvärdering av vården vid MS och Parkinsons sjukdom .....	6
Förteckning över indikatorerna.....	7
Övergripande indikatorer för vård vid MS .....	9
Riktlinjeindikatorer för vård vid MS.....	13
Övergripande indikatorer för vård vid Parkinsons sjukdom.....	25
Riktlinjeindikatorer för vård vid Parkinsons sjukdom .....	27
Referenser .....	44



# Indikatorer för god vård och omsorg

Socialstyrelsen har i uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter. Myndigheten utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer.

Indikatorerna är mått som ska spegla god vård och omsorg. Med god vård och omsorg menas att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv och jämlik samt tillgänglig.

Indikatorerna ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppna redovisningar och utvärderingar av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader. Målet är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- följa upp vårdens utveckling av strukturer, processer och resultat över tid
- ligga till grund för jämförelser av vårdens strukturer, processer och resultat över tid
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet och effektivitet.

Utvärdering, uppföljning, jämförelser och förbättringar ska med hjälp av indikatorerna kunna ske på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta internationella jämförelser.

Socialstyrelsen bedriver sitt arbete med att utveckla indikatorer enligt en modell som innebär att indikatorerna utformas i samarbete med sakkunniga inom området och övriga intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [1]. Enligt modellen ska en indikator för god vård och omsorg vara baserad på vetenskap, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. De uppgifter som utgör underlag för indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, som datajournaler, register och andra datakällor.

För att belysa jämlikhetsaspekter i vården bör data som inhämtas redovisas utifrån region, kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelse-land om detta är möjligt.

## Indikatorer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom* [2]. Vissa är möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor medan andra är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menar vi att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att det ska vara möjligt att följa upp dem på nationell nivå. Vissa utvecklingsindikatorer kan ändå följas upp på lokal eller regional nivå.

Indikatorerna är fördelade på sjukdomsgrupperna multipel skleros (MS) och Parkinsons sjukdom. En del av dessa är övergripande indikatorer, som till exempel väntetider eller rapportering till kvalitetsregister.

Socialstyrelsen har fokuserat på indikatorer som ska spegla de centrala rekommendationerna i riktlinjerna och de viktigaste aspekterna av god vård.

## Nationella målnivåer för indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram målnivåer för ett urval av de indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna. Målnivåerna anger till exempel hur stor andel av en patientgrupp som bör komma ifråga för en viss undersökning eller behandling, och de kan användas som en utgångspunkt vid förbättringsarbeten eller som en hjälp i styrning och ledning av hälso- och sjukvården.

Målnivåerna fastställs utifrån en beprövad modell där såväl statistiska underlag som konsensusförfarande ingår [3]. Målnivåerna har publicerats i en separat rapport [4].

➔ Läs mer om nationella målnivåer på Socialstyrelsens webbplats.

## Utvärdering av vården vid MS och Parkinsons sjukdom

Utöver att ta fram indikatorer och målnivåer fick Socialstyrelsen i uppdrag av regeringen att ta fram en utvärdering av vården vid MS och Parkinsons sjukdom. Syftet med utvärderingen år 2016 [5, 6] var att beskriva i vilken mån regionerna arbetar i enlighet med rekommendationerna i riktlinjerna, men även att belysa andra aspekter av kvaliteten i vården vid MS och Parkinsons sjukdom. Utvärderingen har sin utgångspunkt i indikatorerna som togs fram 2016.

Resultatet av utvärderingen kan ge underlag för framtida revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna och riktlinjerna. Målet är att upprepa utvärderingen med jämna mellanrum för att följa utvecklingen i hälso- och sjukvården.

➔ Läs mer om nationella utvärderingar på Socialstyrelsens webbplats.

# Förteckning över indikatorerna

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid MS och Parkinsons sjukdom:

**Tabell 1. Övergripande indikatorer för MS**

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator M1	Tid från debut till MS-diagnos	-
Indikator M2	Tid från att patienten blir känd vid en neurologisk specialismottagning till behandlingsstart	-
Indikator M3	Rapportering i MS-registret	-
Indikator M4	Funktionsförmåga (EDSS) bland personer med MS	-

**Tabell 2. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer för MS**

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator M5	Sjukdomsmodifierande behandling vid skovvist förloppande MS hos personer under 40 år	≥ 90 procent
Indikator M6A	Årligt besök hos läkare inom specialistvården	≥ 80 procent
Indikator M6B	Årligt besök hos specialistläkare inom neurologi	-
Indikator M7	Regelbundna MR-kontroller	≥ 80 procent
Indikator M8*	Tillgång till kurser i hantering av MS-relaterad trötthet	-
Indikator M9*	Tillgång till styrke- och konditionsträning	-
Indikator M10	Läkemedelsbehandling vid MS-relaterad trötthet	-
Indikator M11A*	Tillgång till multidisciplinära team	-
Indikator M11B*	Tillgång till multidisciplinära team	100 procent
Indikator M12A*	Tillgång till MS-sjuksköterska	-
Indikator M12B*	Tillgång till MS-sjuksköterska	100 procent

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 3. Övergripande indikatorer för Parkinsons sjukdom**

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator P1*	Tid från debut till behandlingsstart	-
Indikator P2	Rapportering i Parkinsonregistret	-

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 4. Indikatorer som mäter följsamheten till rekommendationer för Parkinsons sjukdom**

Nummer	Namn	Målnivå
Indikator P3	Behandling med Parkinsonläkemedel	-
Indikator P4	Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom	-
Indikator P5*	Tid från behandlingskonferens till insättande av avancerad behandling	≥ 90 procent
Indikator P6	Årligt besök hos läkare inom specialistvården	≥ 90 procent
Indikator P7*	Kontinuerlig uppföljning minst två gånger per år	-
Indikator P8A	Läkemedelsbehandling vid Parkinsondemens	-
Indikator P8B	Behandling med demensläkemedel till personer med Parkinsons sjukdom	-
Indikator P9	Behandling med rekommenderade antidepressiva läkemedel vid Parkinsons sjukdom	≥ 75 procent
Indikator P10A*	Tillgång till multidisciplinära team	-
Indikator P10B*	Tillgång till multidisciplinära team	100 procent
Indikator P11A*	Tillgång till Parkinsonsjuksköterska	-
Indikator P11B*	Tillgång till Parkinsonsjuksköterska	100 procent

\*Utvecklingsindikator



# Övergripande indikatorer för vård vid MS

<b>M1</b>	<b>Tid från debut till MS-diagnos</b>
<b>Mått</b>	Mediantid från att patienten upplever första symtom på MS till en diagnos sätts.
<b>Syfte</b>	Det är viktigt att personer med misstänkt MS utreds tidigt, bland annat eftersom det ofta finns stora möjligheter att påverka sjukdomsförloppet om personen tidigt får sjukdomsmodifierande behandling. En angelägen indikator att följa är därför tiden från sjukdomsdebut till diagnosdatum. Med sjukdomsdebut avses här det tillfälle då personen för första gången upplever MS-symtom.
<b>Riktning</b>	Kort tid eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med debut avses det tillfälle då de första MS-symtomen manifesterade sig, vilket gör att registrerande läkare gör bedömningen att sjukdomen debuterade vid denna tidpunkt.  Med diagnosdatum avses det datum då ansvarig läkare informerar patienten om diagnosen.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök som registreras i registret. Täckningsgraden varierar mellan olika landsting, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.  Det är också så att debut- och diagnostillfälle kan tolkas och registreras olika.  På grund av felkällorna bedöms resultaten i dagsläget inte vara tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård

<b>M2</b>	<b>Tid från att patienten blir känd vid en neurologisk specialistmottagning till behandlingsstart</b>
<b>Mått</b>	Medianväntetid från beslut om remiss till specialistmottagning, alternativt akut kontakt med specialistvården, till behandlingsstart, i antal dagar.
<b>Syfte</b>	Alla de sjukdomsmodifierande behandlingar som finns i dag syftar till att hämma och begränsa utbredningen av inflammationer i det centrala nervsystemet. Sjukdomsmodifierande behandling bör påbörjas tidigt för att ha en god effekt på sjukdomsförloppet. Målet är att få en fullständig hämning av den inflammatoriska aktiviteten, vilket innebär avsaknad av nya skov, inga försämringar av neurologiska funktioner och inga nya MS-lesioner vid magnetkameraundersökning.
<b>Riktning</b>	Kort tid eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med behandling avses här både insatta behandlingar och beslutet att det inte är aktuellt att sätta in någon behandling.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök som registreras i registret, och alla verksamheter registrerar inte de aktuella variablerna. Täckningsgraden varierar också mellan olika landsting. På grund av felkällorna bedöms resultaten i dagsläget inte vara tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård

<b>M3</b>	<b>Rapportering i MS-registret</b>				
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som finns registrerade i MS-registret.				
<b>Syfte</b>	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd.				
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.				
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.				
<b>Typ av indikator</b>	Processmått				
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.				
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med MS som registrerats i MS-registret</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med MS</p> <p>Med "antal personer med MS" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MS</td> <td>G35.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	MS	G35.9
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10				
MS	G35.9				
<b>Datakällor</b>	MS-registret och Socialstyrelsens patientregister.				
<b>Felkällor</b>	<p>Personer med enbart ett vårdtillfälle, men som faktiskt har diagnosen MS, omfattas inte av indikatorn.</p> <p>Det kan finnas personer med MS som inte har vårdats i öppen eller sluten specialiserad vård, även om detta antal sannolikt är mycket begränsat.</p>				
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland				
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön				
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård				

<b>M4</b>	<b>Funktionsförmåga (EDSS) bland personer med MS</b>
<b>Mått</b>	Genomsnittligt EDSS-värde hos personer med MS
<b>Syfte</b>	EDSS är en skattningsskala som beskriver neurologisk funktion från siffran 0 (inga mätbara symtom på sjukdomen) till 9,5 (helt vårdbehövande i samtliga funktioner). Det finns också en tionde nivå på skalan (död på grund av MS), vilken i praktiken inte används. Ett EDSS-värde på 3 motsvarar en lätt till måttlig påverkan på de motoriska och sensoriska funktionerna, men oftast med en arbetsförmåga som i hög grad är bevarad. En person med ett EDSS-värde på 6 har behov av gånghjälpmedel för att kunna gå 100 meter, medan en person som har ett EDSS-värde över 7 mestadels är beroende av rullstol för förflyttning.
<b>Riktning</b>	Lågt värde eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med genomsnittligt EDSS-värde avses det genomsnittliga värdet av samtliga EDSS-skattningar under ett kalenderår, per registrerad individ i MS-registret.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök som registreras i registret, och alla verksamheter registrerar inte den aktuella variabeln. Täckningsgraden varierar också mellan olika landsting. På grund av felkällorna bedöms resultaten i dagsläget inte vara tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Sjukdomsfas (skovvis MS, primärprogressiv MS och sekundärprogressiv MS), kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Individanpassad vård

# Riktlinjeindikatorer för vård vid MS

<b>M5</b>	<b>Sjukdomsmodifierande behandling vid skovvist förloppande MS hos personer under 40 år</b>																
<b>Mått</b>	Andelen personer under 40 år med skovvist förloppande MS som behandlas med sjukdomsmodifierande behandling.																
<b>Syfte</b>	Sjukdomsmodifierande behandlingar vid MS syftar till att hämma och begränsa utbredningen av inflammationer i det centrala nervsystemet. Det finns idag mer än ett tiotal behandlingar som har visat sig ha långsiktigt positiva effekter på sjukdomsförloppet och som minskar graden av framtida funktionsnedsättningar.																
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.																
<b>Målnivå</b>	≥ 90 %.																
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.																
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Täljare:</b> Antal personer under 40 år med skovvist förloppande MS som behandlas med sjukdomsmodifierande behandling.</p> <p><b>Nämnare:</b> Antal personer under 40 år med skovvist förloppande MS.</p> <p>Med "sjukdomsmodifierande behandling" avses behandlingar som syftar till att hämma och begränsa utbredningen av inflammationer i centrala nervsystemet hos personer med MS.</p> <p>Skovvist förloppande MS kännetecknas av att personen upplever perioder av försämringar, så kallade skov. Förekomsten av skov kan vanligtvis minska med hjälp av sjukdomsmodifierande behandling. Personer med progressiv MS upplever en gradvis försämring av de neurologiska funktionerna istället för skov, och för flertalet av dessa patienter (de som inte har inflammatorisk aktivitet) fungerar inte sjukdomsmodifierande behandling. Detta gör att indikatorn endast omfattar personer med skovvist förloppande MS.</p> <p>Sjukdomsaktiviteten avtar med åren enligt naturalförloppet, vilket gör att behandling av personer i hög ålder ofta inte är medicinskt motiverat. Kontrollerade studier visar att behandlingseffekten avtar redan vid 40 års ålder. Denna indikator avgränsas därför till att endast gälla personer yngre än 40 år, eftersom patienter i denna åldersgrupp har mycket stor nytta av läkemedelsbehandling.</p>																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Multipel skleros</td> <td>G35.9</td> </tr> </tbody> </table>		Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Multipel skleros	G35.9												
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																
Multipel skleros	G35.9																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Interferon beta1a (Avonex, Rebif)</td> <td>L03AB07</td> </tr> <tr> <td>Interferon beta1b (Betaferon, Extavia)</td> <td>L03AB08</td> </tr> <tr> <td>Plegridy</td> <td>L03AB13</td> </tr> <tr> <td>Dimetylfumarat (Tecfidera)</td> <td>N07XX09</td> </tr> <tr> <td>Teriflunomid (Aubagio)</td> <td>L04AA31</td> </tr> <tr> <td>Glatirameracetat (Copaxone)</td> <td>L03AX13</td> </tr> <tr> <td>Humant immunoglobulin för intravenöst bruk</td> <td>J06BA02</td> </tr> </tbody> </table>		Läkemedel	ATC-kod	Interferon beta1a (Avonex, Rebif)	L03AB07	Interferon beta1b (Betaferon, Extavia)	L03AB08	Plegridy	L03AB13	Dimetylfumarat (Tecfidera)	N07XX09	Teriflunomid (Aubagio)	L04AA31	Glatirameracetat (Copaxone)	L03AX13	Humant immunoglobulin för intravenöst bruk	J06BA02
Läkemedel	ATC-kod																
Interferon beta1a (Avonex, Rebif)	L03AB07																
Interferon beta1b (Betaferon, Extavia)	L03AB08																
Plegridy	L03AB13																
Dimetylfumarat (Tecfidera)	N07XX09																
Teriflunomid (Aubagio)	L04AA31																
Glatirameracetat (Copaxone)	L03AX13																
Humant immunoglobulin för intravenöst bruk	J06BA02																

Natalizumab (Tysabri)	L04AA23
Fingolimod (Gilenya)	L04AA27
Alemtuzumab (Lemtrada)	L04AA34
Anti-CD20 antikroppar	L01XC02

Åtgärder	KVÅ-kod
Transplantation, stamceller från perifert blod, autolog	DR048

**Datakällor**

**Felkällor**

MS-registret

Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök som registreras i registret. Täckningsgraden varierar mellan olika landsting, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

En mindre grupp personer med MS behandlas med andra sjukdomsmodifierande behandlingar än de som ingår i de nationella riktlinjerna. Det kan till exempel handla om nya läkemedel som ingår i kliniska studier. Andelen personer som behandlas med sådana preparat är dock mycket liten.

**Redovisningsnivå**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland

**Redovisningsgrupper**

Kön, ålder

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård.

<b>M6A</b>	<b>Årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>				
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.				
<b>Syfte</b>	För att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling ska sättas in eller ändras är det nödvändigt att kontinuerligt övervaka sjukdomsaktiviteten. En kontinuerlig uppföljning av sjukdomen är också nödvändig för att kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandling. Att återkommande undersökas av läkare med betydande erfarenhet av MS är därför en förutsättning för att få rätt sjukdomsmodifierande och symtomlindrande behandling.				
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas				
<b>Målnivå</b>	≥ 80 %				
<b>Typ av indikator</b>	Processmått				
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling				
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med minst ett vårdtillfälle inom den öppna specialiserade vården med MS som huvuddiagnos under det senaste året.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med MS.</p> <p>Med "antal personer med MS" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2013 och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvuddiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Multipel skleros</td> <td>G35.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvuddiagnos	ICD 10	Multipel skleros	G35.9
Huvuddiagnos	ICD 10				
Multipel skleros	G35.9				
<b>Datakällor</b>	Patientregistret, Socialstyrelsen.				
<b>Felkällor</b>	<p>I patientregistret går det att registrera vårdtillfällen på verksamhetsområdet neurologi, men ungefär hälften av landstingen använder inte denna verksamhetskod. Med anledning av detta baseras indikatorn på data från samtliga öppenvårdsverksamheter.</p> <p>I indikatorn går det inte att särskilja vilka besök som är planerade eller akuta. Eftersom en del av besöken sannolikt inte är planerade innebär detta att data som redovisas visar på överkattning av antalet uppföljningsbesök. Det kan också finnas en del besök där huvuddiagnosen är en annan än MS, men där patienten ändå får en mer generell uppföljning vid besöket.</p> <p>I populationen ingår alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2013 och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har MS, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen. I populationen kan det också felaktigt ingå personer som inte har MS, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om mycket få personer.</p>				
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland				
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder				
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård.				

<b>M&amp;B</b>	<b>Årligt besök hos specialläkare inom neurologi</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som har haft minst ett läkarbesök hos en specialläkare inom neurologi under det senaste året.
<b>Syfte</b>	För att kunna bestämma när sjukdomsmodifierande behandling ska sättas in eller ändras är det nödvändigt att kontinuerligt övervaka sjukdomsaktiviteten. En kontinuerlig uppföljning av sjukdomen är också nödvändig för att kunna erbjuda bästa möjliga symtomlindrande behandlingar. Att återkommande undersökas av läkare med betydande erfarenhet av MS är därför en förutsättning för att få rätt sjukdomsmodifierande och symtomlindrande behandling. Indikatorn visar antalet personer med diagnosen MS som har haft minst ett besök registrerat i MS-registret under det senaste året.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med MS som har haft minst ett besök hos en specialläkare inom neurologi under det senaste året.  <i>Nämnare:</i> Antal personer registrerade i MS-registret.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök som registreras i registret. Täckningsgraden varierar också mellan olika landsting. På grund av felkällorna bedöms resultaten i dagsläget inte vara tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård



<b>M7</b>	<b>Regelbundna MR-kontroller</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med skovvist förlöpande MS som är yngre än 60 år och som har genomgått minst en magnetkameraundersökning (MR) under de senaste två åren.
<b>Syfte</b>	Magnetkameraundersökningar (MR) är en viktig del i behandlingsuppföljningen vid MS. Regelbundna MR-undersökningar är en förutsättning för att kunna följa sjukdomens utveckling och vid behov kunna justera den sjukdomsmodifierande behandlingen. Uppföljningen behöver dock inte göras årligen på personer som inte uppvisat förändringar vid MR-undersökning under 3-5 års tid, och där behandlingen inte har förändrats under denna tidsperiod.
<b>Riktning</b>	Sjukdomsaktiviteten avtar med åren, vilket gör att äldre personer vanligtvis inte har samma behov av regelbundna MR-undersökningar. Detta gör att indikatorn är avgränsad till personer yngre än 60 år. Personer med primär- eller sekundärprogressiv MS ingår inte heller i indikatorn, eftersom andelen som bör genomgå årliga MR-kontroller inte är lika stor i denna patientgrupp.
<b>Målnivå</b>	Hög andel eftersträvas ≥ 80 %
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täjljare:</i> Antal personer med skovvis MS under 60 år som genomgått minst en MR-undersökning under de senaste två åren.  <i>Nämnnare:</i> Antal personer med skovvis MS under 60 år.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Alla personer med MS finns inte registrerade i MS-registret. Det är inte heller alla besök och genomförda MR-undersökningar som registreras i registret. Täckningsgraden varierar också mellan olika landsting.  På grund av felkällorna bedöms resultaten i dagsläget inte vara tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård

M8*	Tillgång till kurser i hantering av MS-relaterad trötthet
<b>Mått</b>	Andelen specialistverksamheter som kan erbjuda sina patienter kurser i hantering av MS-relaterad trötthet.
<b>Syfte</b>	<p>MS-relaterad trötthet är ett mycket vanligt symtom vid MS och innebär en uttalad energilöshet, både mentalt och fysiskt. MS-relaterad trötthet drabbar upp till 80 procent av de som är sjuka i MS, och upplevs ofta som ett av de svåraste symtomen att hantera.</p> <p>Utbildningsinsatser vid MS-relaterad trötthet har ett starkare vetenskapligt stöd än läkemedelsbehandling, och dessutom finns det mindre risk biverkningar. I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården kan erbjuda patienterna kurser i att hantera MS-relaterad trötthet.</p> <p>Denna indikator visar andelen specialistverksamheter som kan erbjuda sina patienter kurser i att hantera MS-relaterad trötthet, antingen vid den egna verksamheten eller vid en annan verksamhet.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal specialistverksamheter som kan erbjuda sina patienter kurser i hantering av MS-relaterad trötthet, antingen vid den egna verksamheten eller vid en annan verksamhet.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).</p> <p>I enkäten definieras kurser i MS-relaterad trötthet som "en serie av fysiska träffar, som innehåller både föreläsningar, gemensamma diskussioner och praktiska moment. Här avses inte allmänna kurser som ges i samband med nyinsjuknande, utan kurser som specifikt berör MS-relaterad trötthet. Kursen kan utföras av den egna verksamheten eller av annan verksamhet".</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting,
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård

<b>M9*</b>	<b>Tillgång till styrke- och konditionsträning</b>
<b>Mått</b>	Andelen specialistverksamheter som kan erbjuda styrke- och konditionsträning enligt individuellt anpassade program till patienter med MS.
<b>Syfte</b>	Personer med MS kan få problem med gång- och rörelseförmågan, beroende på exempelvis muskelsvaghet och balanspåverkan. Forskning visar att styrke- och konditionsträning kan bidra till att förbättra gång- och rörelseförmågan, men att även personer som upplever MS-relaterad trötthet har nytta av sådan träning. Styrke- och konditionsträning vid MS-relaterad trötthet har bättre vetenskapligt stöd än läkemedelsbehandling, och dessutom finns det mindre risk för biverkningar.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal specialistverksamheter som kan erbjuda sina patienter med MS styrke- eller konditionsträning enligt individuellt anpassade program, antingen vid den egna verksamheten eller vid en annan verksamhet.  <i>Nämnamnare:</i> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).  I enkäten definieras individuellt anpassade program som "program som till exempel ges av en fysioterapeut. Instruktioner om hur träningen ska ske samt den praktiska träningen kan både utföras av den egna verksamheten och av annan verksamhet".
<b>Datakällor</b>	Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

M10	Läkemedelsbehandling vid MS-relaterad trötthet						
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som behandlas med modafinil eller amantadin.						
<b>Syfte</b>	MS-relaterad trötthet är ett mycket vanligt symtom vid MS och innebär en uttalad energilöshet, både mentalt och fysiskt. Tillståndet påverkar såväl arbetsliv som privatliv och sociala relationer. MS-relaterad trötthet drabbar upp till 80 procent av de som är sjuka i MS, och upplevs ofta som ett av de svåraste symptomen att hantera.  Enligt Socialstyrelsens rekommendation kan hälso- och sjukvården i undantagsfall erbjuda läkemedlen amantadin eller modafinil vid MS-relaterad trötthet (prioritet 10). Behandling med dessa läkemedel har dock betydligt lägre prioritet än andra, icke-farmakologiska behandlingsinsatser. Detta innebär att det endast bör vara en mycket liten andel av personer med MS som får de berörda läkemedlen.						
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas						
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.						
<b>Typ av indikator</b>	Processmått						
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.						
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med MS som behandlas med modafinil eller amantadin.  <i>Nämnare:</i> Antal personer med MS.						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MS</td> <td>G35.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	MS	G35.9		
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10						
MS	G35.9						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Modafinil</td> <td>N06BA07</td> </tr> <tr> <td>Amantadin</td> <td>N04BB01</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	Modafinil	N06BA07	Amantadin	N04BB01
Läkemedel	ATC-kod						
Modafinil	N06BA07						
Amantadin	N04BB01						
<b>Datakällor</b>	Med "antal personer med MS" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) sedan år 1987 och som inte avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.						
<b>Felkällor</b>	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.  För att identifiera personer med MS har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen MS (huvud- eller bidiagnos) sedan år 1987 och som inte avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har MS, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen. I populationen kan det också felaktigt ingå personer som inte har MS, trots att de har minst två vårdtillfällen. Sannolikt rör det sig dock om få personer.						
<b>Redovisningsnivå</b>	Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med MS som har förskrivits modafinil eller amantadin men utan att ha hämtat ut läkemedlen, och dessa personer ingår alltså inte i indikatorn.						
<b>Redovisningsgrupper</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland						
<b>Kvalitetsområde</b>	Ålder, kön Kunskapsbaserad vård.						

<b>M11A*</b>	<b>Tillgång till multidisciplinära team</b>
<b>Mått</b>	Andel specialistverksamheter med multidisciplinära team.
<b>Syfte</b>	<p>MS kan påverka en persons liv på många olika sätt. Det kan till exempel bli svårt att klara dagliga aktiviteter, som att utföra sitt arbete, laga mat, ta hand om sina barn eller utöva fritidsintressen. I en sådan situation kan det behövas insatser från ett multidisciplinärt team, där varje profession bidrar med sin unika kompetens. Teamet kan hjälpa patienten att bibehålla sin livskvalitet och förmåga att vara aktiv och delaktig i samhället, trots en kronisk sjukdom.</p> <p>I ett fullständigt MS-team bör följande professioner ingå: läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och psykolog. Teamet bör dessutom ha tillgång till följande kompetenser: logoped, dietist och uroterapeut. De senare behöver inte regelbundet delta i teammöten, men det bör finnas namngivna personer som teamet kan kontakta vid behov.</p> <p>Indikatoren visar andelen verksamheter som har tillgång till fullständiga MS-team, men också team med tillgång till färre kompetenser än de ovan nämnda. Minimikrav på ett team är här att det utöver neurolog och sjuksköterska ska ingå minst ytterligare två av kompetenserna ovan.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal specialistverksamheter med multidisciplinära team bestående av neurolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog/neuropsykolog.</p> <p><i>Nämnare:</i> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).</p> <p>I enkäten definieras multidisciplinärt team som "ett team där personer med olika vårdprofessioner samarbetar kring patienterna och ger insatser utifrån deras behov. Teamets sammansättning och arbetsfördelning ska utgå från patientens behov. Vidare ska teamet ha ett uttalat uppdrag att arbeta specifikt med insatser till personer med MS. Personer som ingår i teamet ska både ha tid för behandling och bedömning av enskilda patienter som handläggs inom teamet och för deltagande i teamträffar. Även personer som är anställda vid andra verksamheter än neurologiverksamheten eller motsvarande kan ingå i teamet. Personer som enbart har en rådgivande funktion inkluderas dock inte".</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	<p>Indikatoren baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de har ett multidisciplinärt team samt vilka kompetenser som ingår i teamet. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatets tillförlitlighet.</p> <p>Tolkningen av begreppet team kan variera, vilket kan påverka resultatet.</p>
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>M11B*</b>	<b>Tillgång till multidisciplinära team</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som vid behov har möjlighet att få insatser från ett multidisciplinärt team.
<b>Syfte</b>	<p>MS kan påverka en persons liv på många olika sätt. Det kan till exempel bli svårt att klara dagliga aktiviteter, som att utföra sitt arbete, laga mat, ta hand om sina barn eller utöva fritidsintressen. I en sådan situation kan det behövas insatser från ett multidisciplinärt team, där varje profession bidrar med sin unika kompetens. Teamet kan hjälpa patienten att bibehålla sin livskvalitet och förmåga att vara aktiv och delaktig i samhället, trots en kronisk sjukdom.</p> <p>I ett fullständigt MS-team bör följande professioner ingå: läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator och psykolog. Teamet bör dessutom ha tillgång till följande kompetenser: logoped, dietist och uroterapeut. De senare behöver inte regelbundet delta i teammöten, men det bör finnas namngivna personer som teamet kan kontakta vid behov.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	100 %
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med MS som vid behov har möjlighet att få insatser från ett multidisciplinärt team bestående av neurolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator och psykolog/neuropsykolog.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer registrerade i MS-registret.</p>
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Denna variabel är ännu inte införd i kvalitetsregistret.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>M12A*</b>	<b>Tillgång till MS-sjuksköterska</b>
<b>Mått</b>	Andelen specialistverksamheter med tillgång till en MS-sjuksköterska.
<b>Syfte</b>	<p>En MS-sjuksköterska är en sjuksköterska med särskild kunskap om MS, och som kan fungera som en koordinator för patient, teamet och andra vårdgivare. Ur ett patientperspektiv är det av stort värde att enkelt få kontakt med en sjuksköterska med kunskap om och erfarenhet av MS. Detta utgör grunden till ett långsiktigt, gott omhändertagande av personer med MS och är en trygghetsfaktor i personernas vardag.</p> <p>Indikatorn visar andelen specialistverksamheter som har tillgång till funktionen MS-sjuksköterska.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal specialistverksamheter med tillgång till en MS-sjuksköterska.</p> <p><i>Nämnamnare:</i> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).</p> <p>I enkäten definieras MS-sjuksköterska som "en sjuksköterska med betydande kunskap om MS, och som har ett utfalat uppdrag att specifikt arbeta med patientgruppen. MS-sjuksköterskan fungerar bland annat som en koordinator för patient, närstående, vårdpersonal och andra vårdgivare".</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter, där dessa får ange om de har en MS-sjuksköterska. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>M12B*</b>	<b>Tillgång till MS-sjuksköterska</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med MS som har kontakt med en utsedd MS-sjuksköterska.
<b>Syfte</b>	En MS-sjuksköterska är en sjuksköterska med särskild kunskap om MS, och som kan fungera som en koordinator för patient, team och andra vårdgivare. Ur ett patientperspektiv är det av stort värde att enkelt få kontakt med en sjuksköterska med kunskap om och erfarenhet av MS. Detta utgör grunden till ett långsiktigt, gott omhändertagande av personer med MS och är en trygghetsfaktor i personernas vardag.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	100 %
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med MS som har kontakt med en utsedd MS-sjuksköterska.  <i>Nämnare:</i> Antal personer registrerade i MS-registret.
<b>Datakällor</b>	MS-registret
<b>Felkällor</b>	Denna variabel är ännu inte införd i kvalitetsregistret.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.



# Övergripande indikatorer för vård vid Parkinsons sjukdom

P1	Tid från debut till behandlingsstart
<b>Mått</b>	Mediantid från att patienten upplever första symtom på Parkinsons sjukdom till att läkemedelsbehandling sätts in.
<b>Syfte</b>	Att tidigt ställa en korrekt diagnos är en förutsättning för att kunna erbjuda rätt åtgärder vid Parkinsons sjukdom. All läkemedelsbehandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande läkemedelsbehandling som upphäver eller dämpar nervcellsutfallet. Det finns dock belägg för att tidig insättning av dopaminriktad behandling minskar Parkinsonrelaterade symtom, vilket kan utvecklas under den första sjukdomsfasen.
<b>Riktning</b>	Kort tid eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, men täckningsgraden är för närvarande låg.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med debut avses det tillfälle då de första Parkinsonsymtomen manifesterade sig, vilket gör att registrerande läkare gör bedömningen att sjukdomen debuterade vid denna tidpunkt.
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret
<b>Felkällor</b>	I dagsläget bedöms täckningsgraden i kvalitetsregistret vara så låg att resultaten inte kan betraktas som tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård

P2	Rapportering i Parkinsonregistret				
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som finns registrerade i Parkinsonregistret.				
<b>Syfte</b>	Nationella kvalitetsregister beskriver vårdkvalitet och möjliggör olika typer av uppföljning och jämförelser. En hög registrering i kvalitetsregister är därför önskvärd.				
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.				
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.				
<b>Typ av indikator</b>	Processmått				
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, men täckningsgraden är för närvarande låg.				
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som registrerats i Parkinsonregistret.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom.</p> <p>Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10				
Parkinsons sjukdom	G20.9				
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret samt Socialstyrelsens patientregister.				
<b>Felkällor</b>	<p>Alla personer med Parkinsons sjukdom vårdas inte i öppen eller sluten specialiserad vård.</p> <p>Personer med enbart ett vårdtillfälle, men som faktiskt har diagnosen Parkinsons sjukdom, omfattas inte.</p> <p>Parkinsons sjukdom kan vara svårt att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.</p>				
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting				
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön				
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård				

# Riktlinjeindikatorer för vård vid Parkinsons sjukdom

P3	Behandling vid Parkinsons sjukdom																
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som får dopaminriktad läkemedelsbehandling eller avancerad behandling.																
<b>Syfte</b>	All behandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande behandling som kan upphäva eller dämpa nervcellsorfallet. Däremot kan tidig insättning av dopaminriktad behandling minska både de motoriska och icke-motoriska symtom som kan uppstå som en konsekvens av sjukdomen.  Vilken behandling som bör ges påverkas av i vilket skede av sjukdomen som patienten befinner sig i. I ett tidigt skede går det i många fall att uppnå en god symtomlindrande effekt med hjälp av enbart levodopa, medan det senare kan behövas olika former av kombinationsbehandling. Om patienten har stora variationer i rörelseförmågan, så kallade motoriska fluktuationer, kan det till sist bli aktuellt med avancerad behandling i form av djup hjärn-stimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) eller någon pump-behandling med levodopa-karbidopa eller apomorfin.  Indikatorn omfattar alla patienter med Parkinsons sjukdom eftersom det stora flertalet – oavsett sjukdomsfas – bör få tillgång till någon form av behandling.																
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas																
<b>Målnivå</b>	Målnivå är inte aktuell.																
<b>Typ av indikator</b>	Processmått																
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med läkemedel mot Parkinsons sjukdom eller som får avancerad behandling.  <i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom.																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9												
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																
Parkinsons sjukdom	G20.9																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MAO-B-hämmare</td> <td>N04BD</td> </tr> <tr> <td>Dopaminagonister</td> <td>N04BC</td> </tr> <tr> <td>Levodopa och dekarboxylashämmare</td> <td>N04BA02</td> </tr> <tr> <td>Levodopa och dekarboxylashämmare och COMT-hämmare</td> <td>N04BA03</td> </tr> <tr> <td>COMT-hämmare</td> <td>N04BX01, N04BX02</td> </tr> <tr> <td>Amantadin</td> <td>N04BB01</td> </tr> <tr> <td>Safinamid</td> <td>N04</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	MAO-B-hämmare	N04BD	Dopaminagonister	N04BC	Levodopa och dekarboxylashämmare	N04BA02	Levodopa och dekarboxylashämmare och COMT-hämmare	N04BA03	COMT-hämmare	N04BX01, N04BX02	Amantadin	N04BB01	Safinamid	N04
Läkemedel	ATC-kod																
MAO-B-hämmare	N04BD																
Dopaminagonister	N04BC																
Levodopa och dekarboxylashämmare	N04BA02																
Levodopa och dekarboxylashämmare och COMT-hämmare	N04BA03																
COMT-hämmare	N04BX01, N04BX02																
Amantadin	N04BB01																
Safinamid	N04																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel, avancerad behandling</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Levodopa-Karbidopa</td> <td>N04BA02</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel, avancerad behandling	ATC-kod	Levodopa-Karbidopa	N04BA02												
Läkemedel, avancerad behandling	ATC-kod																
Levodopa-Karbidopa	N04BA02																

Apomorfin (Apomorfin PharmSwed, APO-go Pumpfill)	N04BC07
--	---------

Åtgärd	KVÅ-kod
Stereotaktiskt intrakraniellt inläggande av elektroder (!), Inkl. intracerebral stimuleringsutrustning (deep brain stimulator).	AAG20

**Datakällor**  
**Felkällor**

Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.

Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.

Parkinsons sjukdom kan vara svår att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.

Det kan också finnas personer som har Parkinsons sjukdom men som inte har vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården, eftersom de enbart får insatser inom primärvården. Även antalet sådana personer bedöms dock vara begränsat.

Läkemedel som ges per rekvisition ingår inte i läkemedelsregistret, och redovisas därför inte i indikatorn. Andelen Parkinsonsläkemedel som ges per rekvisition är dock mycket liten – mindre än en procent – vilket gör att detta bedöms vara en marginell felkälla.

Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med Parkinsons sjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, och dessa ingår alltså inte i indikatorn.

**Redovisningsnivå**  
**Redovisningsgrupper**  
**Kvalitetsområde**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland

Ålder, kön

Kunskapsbaserad vård.

P4	Avancerad behandling vid Parkinsons sjukdom						
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med avancerad behandling.						
<b>Syfte</b>	<p>All behandling vid Parkinsons sjukdom är symtomlindrande. Det finns ännu ingen sjukdomsmodifierande behandling som kan upphäva eller dämpa nervcells bortfallet. Däremot kan tidig insättning av dopaminriktad behandling minska både de motoriska och icke-motoriska symtom som kan uppstå som en konsekvens av sjukdomen.</p> <p>Vilken behandling som bör ges påverkas av i vilket skede av sjukdomen som patienten befinner sig i. I ett tidigt skede går det i många fall att uppnå en god symtomlindrande effekt med hjälp av enbart levodopa, medan det senare kan behövas olika former av kombinationsbehandling. Om patienten har stora variationer i rörelseförmågan, så kallade motoriska fluktuationer, kan det till sist bli aktuellt med avancerad behandling i form av djup hjärnstimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) eller någon pumpbehandling med levodopa-karbidopa eller apomorfin.</p>						
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas						
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.						
<b>Typ av indikator</b>	Processmått						
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling						
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som står på DBS, levodopa-karbidopa eller apomorfinpumpbehandling.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom.</p> <p>Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p>						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 1308 986 1346">Huvud- eller bidiagnos</th> <th data-bbox="986 1308 1197 1346">ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 1346 986 1384">Parkinsons sjukdom</td> <td data-bbox="986 1346 1197 1384">G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9		
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10						
Parkinsons sjukdom	G20.9						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 1406 986 1444">Läkemedel</th> <th data-bbox="986 1406 1197 1444">ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 1444 986 1482">Levodopa-karbidopa</td> <td data-bbox="986 1444 1197 1482">N04BA02</td> </tr> <tr> <td data-bbox="496 1482 986 1556">Apomorfin (Apomorfin PharmSwed, APO-go Pumpfill)</td> <td data-bbox="986 1482 1197 1556">N04BC07</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	Levodopa-karbidopa	N04BA02	Apomorfin (Apomorfin PharmSwed, APO-go Pumpfill)	N04BC07
Läkemedel	ATC-kod						
Levodopa-karbidopa	N04BA02						
Apomorfin (Apomorfin PharmSwed, APO-go Pumpfill)	N04BC07						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="496 1556 986 1594">Åtgärd</th> <th data-bbox="986 1556 1197 1594">KVÅ-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="496 1594 986 1706">Stereotaktiskt intrakraniellt inläggande av elektroder (!), Inkl. intracerebral stimuleringsutrustning (deep brain stimulator).</td> <td data-bbox="986 1594 1197 1706">AAG20</td> </tr> </tbody> </table>	Åtgärd	KVÅ-kod	Stereotaktiskt intrakraniellt inläggande av elektroder (!), Inkl. intracerebral stimuleringsutrustning (deep brain stimulator).	AAG20		
Åtgärd	KVÅ-kod						
Stereotaktiskt intrakraniellt inläggande av elektroder (!), Inkl. intracerebral stimuleringsutrustning (deep brain stimulator).	AAG20						
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.						
<b>Felkällor</b>	För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.						

Parkinsons sjukdom kan vara svår att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.

Det kan också finnas personer som har Parkinsons sjukdom men som inte har vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården, eftersom de enbart får insatser inom primärvården. Även antalet sådana personer bedöms dock vara begränsat.

Läkemedel som ges per rekvisition ingår inte i läkemedelsregistret, och redovisas därför inte i indikatorn. Andelen Parkinsonläkemedel som ges per rekvisition är dock mycket liten – mindre än en procent – vilket gör att detta bedöms vara en marginell felkälla.

Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med Parkinsons sjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, och dessa ingår alltså inte i indikatorn.

**Redovisningsnivå**

Landsting, riket, utbildningsnivå, födelseland

**Redovisningsgrupper**

Kön, ålder

**Kvalitetsområde**

Kunskapsbaserad vård

<b>P5</b>	<b>Tid från behandlingskonferens till insättande av avancerad behandling</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som får avancerad behandling inom 90 dagar från att beslut om behandling fattats vid en behandlingskonferens.
<b>Syfte</b>	När Parkinsons sjukdom visar sig genom svåra motoriska fluktuationer, det vill säga stora variationer i rörelseförmågan, kan det bli aktuellt med avancerad behandling. Det finns idag tre former av avancerad behandling. Djup hjärnstimulering (Deep Brain Stimulation, DBS) innebär att det sker en neurokirurgisk operation med insättande av elektroder i hjärnan, som kontinuerligt stimulerar vissa områden i hjärnan och därigenom bidrar till att minska rörelsesvårigheter. Pumpbehandling med levodopa-karbidopa innebär att läkemedlet pumpas in via tolvfingertarmen, medan pumpbehandling med apomorfin ges under huden.
<b>Riktning</b>	Enligt den nationella vårdgarantin, som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och förordningen (2010:349) om vårdgaranti, ska behandling erbjudas inom högst 90 dagar efter beslutsdatum. Detta innebär att personer med behov av avancerad behandling bör erbjudas åtgärden inom 90 dagar från att beslut om behandling fattats vid en behandlingskonferens.
<b>Målnivå</b>	Hög andel eftersträvas ≥ 90 %
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, men täckningsgraden är för närvarande låg.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som får avancerad behandling inom 90 dagar från att beslut om behandling fattats vid en behandlingskonferens.  <i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som får beslut om avancerad behandling vid en behandlingskonferens.
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret.
<b>Felkällor</b>	I dagsläget bedöms täckningsgraden i kvalitetsregistret vara så låg att resultaten inte kan betraktas som tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård.

<b>P6</b>		<b>Årligt besök hos läkare inom specialistvården</b>				
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst ett läkarbesök inom den öppna specialiserade vården under det senaste året.					
<b>Syfte</b>	Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom. Där- emot finns symtomlindrande behandlingar med en stor effekt på funktion och välbefinnande. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider. Ett kontinuerligt och individanpassat omhändertagande med återkommande undersökningar hos en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom är grunden för en god vård av patientgruppen.					
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas					
<b>Målnivå</b>	≥ 90 %					
<b>Typ av indikator</b>	Processmått					
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.					
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med minst ett vårdtillfälle inom den öppna specialiserade vården med Parkinsons sjukdom som huvuddiagnos under det senaste året.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom.</p> <p>Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2013 och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.</p> <table border="1" data-bbox="654 1057 1334 1128"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>		Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10					
Parkinsons sjukdom	G20.9					
<b>Datakällor</b>	Patientregistret, Socialstyrelsen.					
<b>Felkällor</b>	<p>I patientregistret går det att registrera vårdtillfällen på verksamhetsområdet neurologi, men ungefär hälften av landstingen använder inte denna verksamhetskod. Med anledning av detta baseras indikatorn på data från samtliga öppenvårdsverksamheter.</p> <p>I indikatorn går det inte att särskilja vilka besök som är planerade eller akuta. Eftersom en del av besöken sannolikt inte är planerade innebär detta att data som redovisas visar på överskattning av antalet uppföljningsbesök. Det kan också finnas en del besök där huvuddiagnosen är en annan än Parkinsons sjukdom, men där patienten ändå får en mer generell uppföljning vid besöket.</p> <p>För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och 2013 och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.</p> <p>Parkinsons sjukdom kan vara svårt att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.</p>					
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland					
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön					
<b>Kvalitetsområde</b>	Tillgänglig vård.					



<b>P7</b>	<b>Kontinuerlig uppföljning minst två gånger per år</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som haft minst två uppföljningsbesök per år.
<b>Syfte</b>	<p>Det finns ingen botande behandling för Parkinsons sjukdom. Däremot finns symtomlindrande behandlingar med en stor effekt på funktion och välbefinnande. Behandlingen blir alltmer komplex ju längre sjukdomen fortskrider. Ett kontinuerligt och individanpassat omhändertagande med återkommande undersökningar hos en läkare med betydande erfarenhet av Parkinsons sjukdom är grunden för en god vård av patientgruppen. Läkarkontakten kan i perioder av stabil sjukdom ersättas av kontakt med Parkinsonsjuksköterska eller med annan hälso- och sjukvårdspersonal som ingår i det multidisciplinära teamet.</p> <p>I de nationella riktlinjerna rekommenderas att uppföljning bör ske minst två gånger per år.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Typ av indikator</b>	Processmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, men täckningsgraden är för närvarande låg.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som har haft minst två uppföljningsbesök under det senaste året</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom</p> <p>Med uppföljningsbesök avses besök hos läkare eller annan vårdprofession som ingår i det multidisciplinära teamet. Minst ett av de två uppföljningsbesöken ska dock ha skett hos en läkare.</p>
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret
<b>Felkällor</b>	I dagsläget bedöms täckningsgraden i kvalitetsregistret vara så låg att resultaten inte kan betraktas som tillförlitliga för nationella jämförelser.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Kön, ålder
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård

P8A	Läkemedelsbehandling vid Parkinsondemens														
<b>Mått</b>	Andelen personer med diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom som någon gång har behandlas med kolinesterashämmare eller memantin.														
<b>Syfte</b>	<p>Demens vid Parkinsons sjukdom medför ett stort lidande och en nedsatt livskvalitet för både den drabbade och anhöriga. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med Parkinsondemens ska behandlas med kolinesterashämmare, eftersom behandlingen har positiva effekter på de kognitiva symtomen. När det gäller behandling med memantin är resultaten av behandlingsstudier motsägelsefulla, vilket gör att memantin har en avsevärt lägre prioritet i riktlinjerna.</p> <p>Alla personer med Parkinsondemens ska inte behandlas med demensläkemedel, då läkemedlen inte alltid har effekt. En majoritet av personer med Parkinsondemens bör dock ha prövat behandling med demensläkemedel vid någon tidpunkt.</p> <p>I indikatorn redovisas kolinesterashämmare och memantin separat. Andelen som behandlas med kolinesterashämmare bör vara avsevärt större än andelen som behandlas med memantin.</p>														
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas														
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell.														
<b>Typ av indikator</b>	Processmått														
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.														
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Täljare:</b> Antal personer med diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom (F02.3) som någon gång har behandlats med kolinesterashämmare eller memantin.</p> <p><b>Nämnare:</b> Antal personer med diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom (F02.3).</p> <p>Med "antal personer med diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom" avses alla personer som någon gång har haft ett vårdtillfälle med diagnosen under tidsperioden 060101 till dags dato. Med "någon gång behandlats med kolinesterashämmare eller memantin" avses att personen har fått behandling med kolinesterashämmare eller memantin vid något tillfälle sedan 2006. Läkemedel som förskrivits innan 2006 ingår inte, vilket beror på att det saknas nationella data från tidigare årtal.</p>														
	<table border="1" data-bbox="655 1480 1331 1552"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Demens vid Parkinsons sjukdom</td> <td>F02.3</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" data-bbox="655 1581 1331 1742"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rivastigmin</td> <td>N06DA03</td> </tr> <tr> <td>Galantamin</td> <td>N06DA04</td> </tr> <tr> <td>Donepezil</td> <td>N06DA02</td> </tr> <tr> <td>Memantin</td> <td>N06DX01</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3	Läkemedel	ATC-kod	Rivastigmin	N06DA03	Galantamin	N06DA04	Donepezil	N06DA02	Memantin	N06DX01
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10														
Demens vid Parkinsons sjukdom	F02.3														
Läkemedel	ATC-kod														
Rivastigmin	N06DA03														
Galantamin	N06DA04														
Donepezil	N06DA02														
Memantin	N06DX01														
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.														
<b>Felkällor</b>	Demenssymtom hos personer med Parkinsons sjukdom kan bero på att den dopaminriktade behandlingen inte är optimal (pseudodemens). Denna behandling bör vid behov justeras innan diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom fastställs och demensläkemedel sätts in. I indikatorn kan det dock ingå personer som har fått diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom utan att en justering har skett.														

Alla personer med Parkinsons sjukdom som har demens får inte diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom (ICD-kod: F02.3). Istället är det många som får andra demensdiagnoser, till exempelvis ospecificerad demens, eller inte någon demensdiagnos alls. Sannolikt är personer som får diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom inte representativa för gruppen i stort. Man kan till exempel tänka sig att de är yngre än den genomsnittliga Parkinsonpatienten med demenssymtom, och att de får läkemedelsbehandling i större utsträckning än personer med andra demensdiagnoser eller som saknar diagnos.

Patientregistret omfattar endast den specialiserade vården, vilket innebär att personer som får diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom inom primärvården inte ingår i indikatorn.

Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med Parkinsons sjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, och dessa ingår alltså inte i indikatorn.

Det faktum att läkemedelsregistret inte omfattar läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd kan också leda till en underskattning av antal behandlade. Detta kan dessutom bidra till skillnader mellan landstingen, eftersom förekomsten av läkemedelsförråd i särskilt boende varierar i olika delar av landet.

<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>P8B</b>	<b>Behandling med demensläkemedel hos personer med Parkinsons sjukdom</b>										
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med demensläkemedel (kolinesterashämmare eller memantin).										
<b>Syfte</b>	Demens vid Parkinsons sjukdom medför ett stort lidande och en nedsatt livskvalitet för både den drabbade och anhöriga. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med Parkinsons demens ska behandlas med kolinesterashämmare, eftersom behandlingen har positiva effekter på de kognitiva symtomen. När det gäller behandling med memantin är resultaten av behandlingsstudier motsägelsefulla, vilket gör att memantin har en avsevärt lägre prioritet i riktlinjerna.										
<b>Riktning</b>	Minst en femtedel av alla personer med Parkinsons sjukdom uppskattas ha en demenssjukdom. Enligt vissa studier uppskattas förekomsten vara så hög som 40 procent. Andelen som får diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom är dock mycket liten, framförallt i vissa landsting. Detta gör att det även är angeläget att följa hur stor andel av Parkinsonpatienterna som behandlas med demensläkemedel, oavsett om de har fått diagnosen demens vid Parkinsons sjukdom eller inte.										
<b>Målnivå</b>	Hög andel eftersträvas Nationell målnivå är inte aktuell.										
<b>Typ av indikator</b>	Processmått										
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.										
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med kolinesterashämmare eller memantin.  <i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom.  Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9						
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10										
Parkinsons sjukdom	G20.9										
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rivastigmin</td> <td>N06DA03</td> </tr> <tr> <td>Galantamin</td> <td>N06DA04</td> </tr> <tr> <td>Donepezil</td> <td>N06DA02</td> </tr> <tr> <td>Memantin</td> <td>N06DX01</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	Rivastigmin	N06DA03	Galantamin	N06DA04	Donepezil	N06DA02	Memantin	N06DX01
Läkemedel	ATC-kod										
Rivastigmin	N06DA03										
Galantamin	N06DA04										
Donepezil	N06DA02										
Memantin	N06DX01										
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.										
<b>Felkällor</b>	Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med Parkinsons sjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, och dessa ingår alltså inte i indikatorn.  Det faktum att läkemedelsregistret inte omfattar läkemedel dispenserade från läkemedelsförråd kan också leda till en underskattning av antal behandlade. Detta kan dessutom bidra till skillnader mellan landstingen, eftersom förekomsten av läkemedelsförråd i särskilt boende varierar i olika delar av landet.  För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller										

bidagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.

Parkinsons sjukdom kan vara svårt att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.

**Redovisningsnivå**

**Redovisningsgrupper**

**Kvalitetsområde**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland

Ålder, kön

Kunskapsbaserad vård.

<b>P9</b>	<b>Behandling med rekommenderade antidepressiva läkemedel vid Parkinsons sjukdom</b>																						
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med SNRI eller TCA av de som behandlas med antidepressiva läkemedel.																						
<b>Syfte</b>	Mellan 30 och 50 procent av alla personer med Parkinsons sjukdom drabbas av depression, vilket starkt bidrar till en försämrad livskvalitet. Depression förekommer ofta som ett tidigt symtom på Parkinsons sjukdom och fortsätter att vara ett problem genom hela sjukdomsförloppet, ofta med samtidig ångest.  Behandling med serotonin- och noradrenalinåterupptagshämmande läkemedel (SNRI) och tricykliska antidepressiva läkemedel (TCA) har visat sig ha en stor effekt på depressiva symtom hos personer med Parkinsons sjukdom, medan behandling med selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI) uppvisar motsägelsefulla resultat. Detta gör att behandling med SNRI och TCA har högre prioritet i de nationella riktlinjerna (prioritet 3 respektive 4) jämfört med SSRI (prioritet 8). I denna indikator mäts därför andelen personer som fått SNRI eller TCA, av alla som behandlats med något antidepressivt preparat.																						
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas																						
<b>Målnivå</b>	≥75 %																						
<b>Typ av indikator</b>	Processmått																						
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla finns, kontinuerlig insamling.																						
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som får behandling med SNRI eller TCA.  <i>Nämnare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som behandlas med något antidepressivt preparat.  Med "antal personer med Parkinsons sjukdom" avses alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att 1987 valts som startår beror på att samtliga landsting började registrera patienter till patientregistret vid denna tidpunkt.																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Parkinsons sjukdom</td> <td>G20.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Parkinsons sjukdom	G20.9																		
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																						
Parkinsons sjukdom	G20.9																						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Läkemedel</th> <th>ATC-kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2"><b>SNRI</b></td> </tr> <tr> <td>Venflaxin</td> <td>N06AX16</td> </tr> <tr> <td>Duloxetin</td> <td>N06AX21</td> </tr> <tr> <td>Reboxetin</td> <td>N06AX18</td> </tr> <tr> <td>Mirtazapin</td> <td>N06AX11</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>TCA</b></td> </tr> <tr> <td>Amitriptylin</td> <td>N06AA09</td> </tr> <tr> <td>Klomiipramin</td> <td>N06AA04</td> </tr> <tr> <td>Nortriptylin</td> <td>N06AA10</td> </tr> <tr> <td>Antidepressiva medel</td> <td>N06A</td> </tr> </tbody> </table>	Läkemedel	ATC-kod	<b>SNRI</b>		Venflaxin	N06AX16	Duloxetin	N06AX21	Reboxetin	N06AX18	Mirtazapin	N06AX11	<b>TCA</b>		Amitriptylin	N06AA09	Klomiipramin	N06AA04	Nortriptylin	N06AA10	Antidepressiva medel	N06A
Läkemedel	ATC-kod																						
<b>SNRI</b>																							
Venflaxin	N06AX16																						
Duloxetin	N06AX21																						
Reboxetin	N06AX18																						
Mirtazapin	N06AX11																						
<b>TCA</b>																							
Amitriptylin	N06AA09																						
Klomiipramin	N06AA04																						
Nortriptylin	N06AA10																						
Antidepressiva medel	N06A																						
<b>Datakällor</b>	Patientregistret och Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.																						

**Felkällor**

För att identifiera personer med Parkinsons sjukdom har vi valt att inkludera alla personer som har minst två vårdtillfällen registrerade i patientregistret med diagnosen Parkinsons sjukdom (huvud- eller bidiagnos) mellan åren 1987 och dags dato och som inte har avlidit. Att endast personer med två vårdtillfällen eller mer ingår i populationen beror på att vi har velat exkludera personer med osäker diagnos. Detta innebär dock att personer som faktiskt har Parkinsons sjukdom, men som enbart har ett registrerat vårdtillfälle med diagnosen, inte ingår i populationen.

Parkinsons sjukdom kan vara svårt att diagnostisera eftersom det finns flera diagnoser med en likartad sjukdomsbild, som till exempel sekundär eller vaskulär parkinsonism. I populationen kan det därför felaktigt ingå personer som inte har Parkinsons sjukdom, trots att de har minst två vårdtillfällen med denna diagnos. Sannolikt rör det sig dock om relativt få personer.

Det kan också finnas personer som har Parkinsons sjukdom men som inte har vårdats inom den öppna eller slutna specialiserade vården, eftersom de enbart får insatser inom primärvården. Antalet sådana personer bedöms dock vara begränsat.

Antidepressiva läkemedel kan ges för andra tillstånd än depression, till exempel vid smärtproblematik. Detta gäller framförallt TCA, som dock används i relativt begränsad omfattning.

Uppgifterna i läkemedelsregistret visar uttagna läkemedel, och inte förskrivna läkemedel. Det kan finnas personer med Parkinsons sjukdom som har förskrivits men inte hämtat ut läkemedlen, och dessa ingår alltså inte i indikatorn.

**Redovisningsnivå****Redovisningsgrupper****Kvalitetsområde**

Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland

Ålder, kön

Kunskapsbaserad vård.

P10A*	Tillgång till multidisciplinärt team
<b>Mått</b>	Andelen specialistverksamheter med multidisciplinära team.
<b>Syfte</b>	<p>Parkinsons sjukdom kan påverka en persons liv på många olika sätt. Det kan till exempel bli svårt att klara dagliga aktiviteter, som att utföra sitt arbete, laga mat eller utöva sina fritidsintressen. I en sådan situation kan det behövas insatser från ett multidisciplinärt team, där varje profession bidrar med sin unika kompetens. Teamet kan hjälpa patienten att bibehålla sin livskvalitet och förmåga att vara aktiv och delaktig i samhället, trots en kronisk sjukdom.</p> <p>I ett fullständigt Parkinsonsteam bör följande professioner ingå: läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, logoped och dietist. Indikatorn visar andelen verksamheter som har tillgång till fullständiga Parkinsonsteam, men också team med tillgång till färre kompetenser än de ovan nämnda. Minimikrav på ett team är här att det utöver neurolog och sjuksköterska ska ingå minst ytterligare två av kompetenserna ovan.</p>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p><b>Täljare:</b> Antal specialistverksamheter med multidisciplinära team bestående av neurolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, dietist, fysioterapeut, kurator, logoped och psykolog/neuropsykolog.</p> <p><b>Nämnare:</b> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).</p> <p>I enkäten definieras multidisciplinärt team som "ett team där personer med olika vårdprofessioner samarbetar kring patienterna och ger insatser utifrån deras behov. Teamets sammansättning och arbetsfördelning ska utgå från patientens behov. Vidare ska teamet ha ett uttalat uppdrag att arbeta specifikt med insatser till personer med Parkinsons sjukdom. Personer som ingår i teamet ska både ha tid för behandling och bedömning av enskilda patienter som handläggs inom teamet och för deltagande i teamträffar. Även personer som är anställda vid andra verksamheter än neurologiverksamheten eller motsvarande kan ingå i teamet. Personer som enbart har en rådgivande funktion inkluderas dock inte".</p>
<b>Datakällor</b>	Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de har ett multidisciplinärt team samt vilka kompetenser som ingår i teamet. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.



<b>P10B*</b>	<b>Tillgång till multidisciplinärt team</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som vid behov har möjlighet att få insatser från ett multidisciplinärt team.
<b>Syfte</b>	Parkinsons sjukdom kan påverka en persons liv på många olika sätt. Det kan till exempel bli svårt att klara dagliga aktiviteter, som att utföra sitt arbete, laga mat eller utöva sina fritidsintressen. I en sådan situation kan det behövas insatser från ett multidisciplinärt team, där varje profession bidrar med sin unika kompetens. Teamet kan hjälpa patienten att bibehålla sin livskvalitet och förmåga att vara aktiv och delaktig i samhället, trots en kronisk sjukdom.  I ett fullständigt Parkinsonsteam bör följande professioner ingå: läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator, psykolog, logoped och dietist.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	100 %
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som vid behov har möjlighet att få insatser från ett multidisciplinärt team bestående av neurolog, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, kurator, psykolog/neuropsykolog, logoped och dietist.  <i>Nämnare:</i> Antal personer registrerade i Parkinsonregistret.
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret
<b>Felkällor</b>	Denna variabel är ännu inte införd i kvalitetsregistret.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>P11A*</b>	<b>Tillgång till Parkinsonsjuksköterska</b>
<b>Mått</b>	Andelen specialistverksamheter med tillgång till en Parkinsonsjuksköterska.
<b>Syfte</b>	En Parkinsonsjuksköterska är en sjuksköterska med särskild kunskap om Parkinsons sjukdom, och som kan fungera som en koordinator för patient, teamet och andra vårdgivare. Ur ett patientperspektiv är det av stort värde att enkelt få kontakt med en sjuksköterska med kunskap om och erfarenhet av Parkinsons sjukdom. Detta utgör grunden till ett långsiktigt, gott omhändertagande av personer med Parkinsons sjukdom och är en trygghetsfaktor i personernas vardag.
<b>Riktning</b>	Indikatorn visar andelen specialistverksamheter som har tillgång till funktionen Parkinsonsjuksköterska.
<b>Målnivå</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Typ av indikator</b>	Nationell målnivå är inte aktuell
<b>Indikatorns status</b>	Strukturmåttmått
<b>Teknisk beskrivning</b>	Nationell datakälla saknas. <i>Täjljare:</i> Antal specialistverksamheter med tillgång till en Parkinsonsjuksköterska.  <i>Nämnare:</i> Totalt antal specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Datakällor</b>	I enkäten definieras Parkinsonsjuksköterska som "en sjuksköterska med betydande kunskap om Parkinsons sjukdom, och som har ett uttalat uppdrag att specifikt arbeta med patientgruppen. Parkinsonsjuksköterskan fungerar bland annat som en koordinator för patient, närstående, vårdpersonal och andra vårdgivare". Enkät till landstingens specialistverksamheter (neurologiverksamhet eller motsvarande).
<b>Felkällor</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till landstingens specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de har en Parkinsonsjuksköterska. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ingen uppdelning på grupper är aktuell.
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>P11B*</b>	<b>Tillgång till Parkinsonsjuksköterska</b>
<b>Mått</b>	Andelen personer med Parkinsons sjukdom som har kontakt med en utsedd Parkinsonsjuksköterska.
<b>Syfte</b>	En Parkinsonsjuksköterska är en sjuksköterska med särskild kunskap om Parkinsons sjukdom, och som kan fungera som en koordinator för patient, teamet och andra vårdgivare. Ur ett patientperspektiv är det av stort värde att enkelt få kontakt med en sjuksköterska med kunskap om och erfarenhet av Parkinsons sjukdom. Detta utgör grunden till ett långsiktigt, gott omhändertagande av personer med Parkinsons sjukdom och är en trygghetsfaktor i personernas vardag.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas
<b>Målnivå</b>	100 %
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått
<b>Indikatorns status</b>	Nationell datakälla saknas. Utvecklingsindikator
<b>Teknisk beskrivning</b>	<i>Täljare:</i> Antal personer med Parkinsons sjukdom som har kontakt med en utsedd Parkinsonsjuksköterska. <i>Nämnare:</i> Totalt antal personer registrerade i Parkinsonregistret.
<b>Datakällor</b>	Parkinsonregistret.
<b>Felkällor</b>	Denna variabel är ännu inte införd i kvalitetsregistret.
<b>Redovisningsnivå</b>	Riket, landsting, utbildningsnivå, födelseland
<b>Redovisningsgrupper</b>	Ålder, kön
<b>Kvalitetsområde</b>	Kunskapsbaserad vård.

# Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Socialstyrelsen; 2016.
3. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012. PM 2012-01-24 Dnr 22497/2011.
4. Nationella riktlinjer – Målnivåer – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
5. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Indikatorer och underlag för bedömningar. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
6. Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid multipel skleros och Parkinsons sjukdom – Sammanfattning med förbättringsområden. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.