

Nationella riktlinjer

# Indikatorer – vård vid rörelseorganens sjukdomar

Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit,  
artros och osteoporos  
2023

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 2023-2-8366  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2023

# Förord

I denna rapport presenterar Socialstyrelsen indikatorer som ingår i de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar.

Indikatorerna för områden artros har reviderats i samband med utvärderingen av vården vid artros 2023. Indikatorerna för osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar reviderats i samband med revideringen av de nationella riktlinjerna för vård vid rörelseorganens sjukdomar 2021. För ett urval av indikatorerna finns även nationella målnivåer, som presenteras i en separat rapport. Indikatorarbetet är en kontinuerlig process, d.v.s. indikatorerna kan komma att uppdateras i samband med att en utvärdering genomförs eller vid översyn av riktlinjerna, och utifrån aktuellt kunskapsläge eller status av datakällor. För närvarande pågår det utvärderingar för osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar.

Med hjälp av indikatorerna följer Socialstyrelsen de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även resultat av behandlingar och utfallsmått som ger en helhetsbild av hur det går för patientgruppen och om vården blir mer jämlik när riktlinjerna efterlevs.

Projektledare för arbetet har varit Christina Broman som tillsammans med Anastasia Simi har utgjort projektets arbetsgrupp. Projektets expertgrupp har varit Gerd-Marie Alenius, Stefan Lohmander, Lillemor Nyberg, Mats Palmér, Ingemar Peterson, Ewa Roos och Carl Turesson. Vid revideringen av indikatorer i samband med utvärderingen av vården vid artros har Thérèse Jönsson också bidragit. Ansvarig enhetschef har varit Anders Bengtsson.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

Förord .....	3
Indikatorer för god vård och omsorg .....	7
Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar .....	7
Nationella målnivåer .....	8
Utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar .....	8
Förteckning över indikatorerna.....	9
Indikatorer reumatoid artrit.....	11
Indikatorer axial spondylartrit .....	40
Indikatorer psoriasisartrit .....	53
Indikatorer artros .....	68
Indikatorer osteoporos.....	85
Referenser .....	102
Projektorganisation.....	103



# 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.

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 kön och ålder, men även utifrån socioekonomi och födelseland om detta är möjligt.

## Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för *Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar* [2]. De flesta indikatorer 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 avser att följa upp de viktigaste rekommendationerna i riktlinjerna, oftast åtgärder med hög prioritet eller åtgärder som behöver fasas ut. Indikatorerna omfattar även resultat av behandlingar och utfallsmått som ger en helhetsbild av hur det går för patientgruppen och om vården blir bättre när riktlinjerna efterlevs. Andra relevanta indikatorer för området finns med i personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för reumatoid artrit, höft- och knäledsartros och osteoporos [3].

## Nationella målnivåer

Socialstyrelsen tar också fram nationella målnivåer för ett urval av indikatorerna 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 [4]. Målnivåerna publiceras i en separat rapport [5].

→ Läs mer om nationella målnivåer i målnivårapporten på Socialstyrelsens webbplats.

## Utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar

Under 2021–2024 utvärderar Socialstyrelsen vården vid rörelseorganens sjukdomar i tre separata delutvärderingar för områdena artros, osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Syftet är att belysa i vilken mån regionerna arbetar enligt rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Utvärderingarna kommer framför allt att utgå från indikatorerna, men också belysa andra aspekter av vården. En liknande utvärdering av området rörelseorganens sjukdomar publicerades i oktober 2014 [6].



# Förteckning över indikatorerna

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

**Tabell 1. Indikatorer reumatoid artrit**

Nummer	Namn	Rekommendation
R1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling för reumatoid artrit	-
R2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	-
R3	Aktivitetsförmåga efter behandling för reumatoid artrit	-
R4	Smärtnivå efter behandling för reumatoid artrit	-
R5	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling för reumatoid artrit	-
R6	Väntetid från symtomdebut till diagnos (andel < 20 veckor) vid reumatoid artrit	-
R7	Täckningsgrad för läkemedelsbehandlade patienter i SRQ – Svensk reumatologis kvalitetsregister.	-
R8a	Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit	R3:2, R3:3, R3:6, R3:7
R8b	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel	R3:2, R3:3
R9	Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit	R2:0
R10	Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit	R2:4
R11	Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	-

**Tabell 2. Indikatorer axial spondylartrit**

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

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 3. Indikationer psoriasisartrit**

Nummer	Namn	Rekommendation
P1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter nyinsjuknande i psoriasisartrit	-
P2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	-
P3	Aktivitetsförmåga efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	-
P4	Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	-
P5	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	-
P6*	Sjukdomsaktivitet uppmätt med DAPSA efter behandling för psoriasisartrit	-
P7	Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit	P3:0, P3:2, P3:6

\*Utvecklingsindikator

**Tabell 4. Indikationer artros**

Nummer	Namn	Rekommendation
A1	Patientutbildning och träning vid artros	A2:2, A2:4
A2	Självskattad hälsa efter patientutbildning och träning vid artros	-
A3	Smärta efter patientutbildning och träning vid artros	-
A4	Patientutbildning och träning före ledprotesoperation	A1:0
A5	Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning	A1:0
A6	Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	A1:2, A1:3
A7	Artroskopisk kirurgi vid misstänkt artros eller degenerativa fillstånd i knä	A4:0
A8	Uppföljning 3 månader efter första besök hos fysioterapeut	-

**Tabell 5. Indikationer osteoporos**

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

\*Utvecklingsindikator

# Indikatorer reumatoid artrit

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

Indikatorerna följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller diagnostik, läkemedelsbehandling samt teamrehabilitering och samordning av vårdinsatser [2]. Även andra indikatorer som är relevanta för området, som mäter sjukdomsaktivitet, smärta, funktion och patientrapporterad livskvalitet vid reumatoid artrit har tagits fram.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid reumatoid artrit:

<b>Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>R1. Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling för reumatoid artrit</b>
<b>Mått</b>	Andel av nybehandlade med sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARD-läkemedel) för personer med reumatoid artrit (RA) som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet vid 4-12 månaders uppföljning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta.</p> <p>Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på de fyra komponenterna 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).</p> <p>Avsikten med DAS28 och indikatorn är att mäta förändringar i sjukdomsaktiviteten baserad på läkarens bedömning, patientens egen rapportering och ett objektiva kliniska mått sammantaget.</p> <p>Sjukdomsaktiviteten, mätt som DAS28, är en av utgångspunkterna för behandling och är en värdemätare av behandlingens effekt. En given minskning av DAS28-värdet bör 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.</p> <p>För denna indikator mäts andelen patienter som uppnår en önskad nivå bland de patienter med ett DAS28-värde som överstiger 3,2 vid start.</p> <p>Värdena på DAS28 kan klassas i följande kategorier:  remission, symtomen har delvis avtagit eller helt försvunnit, (DAS28 &lt; 2,6)  lågt (DAS28 ≤ 3,2)  medel (3,2 &lt; DAS28 ≤ 5,1)  högt (DAS28 &gt; 5,1) värde.</p> <p>Ett värde under 2,6, remission, motsvarar den önskvärda nivån ur ett patientperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv strävar man i första hand efter en låg sjukdomsaktivitet (DAS28 ≤ 3,2) vilket innebär att behandlingen kan motiveras ur ett kostnadsperspektiv.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om DAS28 allmänt:  Prevoo Arthritis Rheum. 1995 Jan; 38(1):44-8</p> <p>Om DAS28 (≤ 3,2) som mått på låg sjukdomsaktivitet:  Wells Clin Exp Rheumatol. 2006 Nov-Dec;24(6 Suppl 43):S-52-9</p> <p>Validering av DAS28 (&lt;2.6) som mått på remission:  Fransen Rheumatology (Oxford). 2004 Oct; 43(10):1252-5.</p>
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, antingen under eller lika med 3,2 eller under 2,6, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.

<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om indikatorn.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA. Det finns risk att registreringsgraden av reumatoid artrit i SRQ skiljer sig mellan regioner och att patientpopulationernas sammansättning och representativitet därför skiljer sig åt.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count). Indikatorn beräknas som andelen bland nyinsjuknade personer med RA med ett rapporterat värde på DAS28 lika med 3,2 eller över som någon gång 4-12 månader efter behandlingsstart får ett värde under 3,2 eller under 2,6 (alternativ a och b nedan).
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nyinsjuknade fall av reumatoid artrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid behandlingsstart med DMARD-läkemedel. Både diagnosen reumatoid artrit och insatta åtgärder som påvisar behandlingsstart definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit (med symptomduration mindre än 3 år) i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid behandlingsstart med första DMARD-läkemedel.
<i>Täljare:</i>	Indikatorn mäts med två täljare, en för varje utfall. Personer i målpopulationer som vid uppföljning 4-12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger 2,6  vid uppföljning 4-12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger eller är lika med 3,2.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i målpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Lämpligt att fördela på är också region, sjukvårdsregion och år. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen under 2,6 och under eller lika med 3,2 i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	<b>R2. Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit (RA) och med en DAS28-nivå över 3,2 som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet 4-12 månader efter behandling med biologiska läkemedel.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta.</p> <p>Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på de fyra komponenterna svullnad och ömhet från 28 leder, patientens skattning av sitt hälsofillstånd på en VAS-skala samt inflammationsgraden mätt som sänka eller CRP (C-reactive protein).</p> <p>Instrumentet DAS28 mäter förändringar i sjukdomsaktiviteten baserade på läkarens bedömning, patientens egen rapportering och ett objektivi kliniskt mått sammantaget.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>Sjukdomsaktiviteten, mätt som DAS28, är en av utgångspunkterna för behandling och är en värdemätare av behandlingens effekt. En given minskning av DAS28-värdet bör 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.</p> <p>För denna indikator mäts andelen patienter som uppnår en önskad nivå bland de patienter med ett DAS28-värde som överstiger 3,2 vid start.</p> <p>Värdena på DAS28 kan klassas i följande kategorier:  remission, symtomen har delvis avtagit eller helt försvunnit, (DAS28 &lt; 2,6)  lågt (DAS28 ≤ 3,2)  medel (3,2 &lt; DAS28 ≤ 5,1)  högt (DAS28 &gt; 5,1) värde.</p> <p>Ett värde under 2,6, remission, motsvarar den önskvärda nivån ur ett patientperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv strävar man i första hand efter en låg sjukdomsaktivitet (DAS28 ≤ 3,2) vilket innebär att behandlingen kan motiveras ur ett kostnadsperspektiv.</p> <p>Ett liknande mått, DAS28CRP förekommer och mäter också sjukdomsaktivitet. Detta mått har dock andra gränsvärden.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

<b>Referens</b>	Om DAS28 allmänt: Prevoo Arthritis Rheum. 1995 Jan; 38(1):44-8 Om DAS28 ( $\leq 3.2$ ) som mått på låg sjukdomsaktivitet: Wells Clin Exp Rheumatol. 2006 Nov-Dec;24(6 Suppl 43):S-52-9 Validering av DAS28 ( $<2.6$ ) som mått på remission: Fransen Rheumatology (Oxford). 2004 Oct; 43(10):1252-5.
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, antingen under eller lika med 3,2 eller under 2,6, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om nyinsjuknande och biologisk behandling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA som behandlas med biologiska läkemedel. Det finns risk att registreringsgraden av reumatoid artrit i SRQ skiljer sig mellan regioner och att patientpopulationernas sammansättning och representativitet därför skiljer sig åt.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count). Indikatorn beräknas som andelen bland personer med RA med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel och med ett rapporterat värde på DAS28 lika med 3,2 eller över som någon gång 4-12 månader efter behandlingsstart får ett värde under 3,2 eller under 2,6 (alternativ a och b nedan).
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit i SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid behandlingsstart med biologiska läkemedel. Både diagnosen reumatoid artrit och insättning av biologiska läkemedel definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nyinsjuknade fall av reumatoid artrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid behandlingsstart med biologiska läkemedel.
<i>Täjlare:</i>	Indikatorn mäts med två täjlare, en för varje utfall. Personer i mätpopulationer som vid uppföljning 4-12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger 2,6  vid uppföljning 4-12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger 3,2.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen under 2,6 och mindre eller lika med 3,2 i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	R3. Aktivitetsförmåga efter behandling för reumatoid artrit
<b>Mått</b>	Andel nydiagnostiserade personer med reumatoid artrit (RA) som uppnår en aktivitetsförmåga med ett HAQ-värde under eller lika med 0,5 inom 4-12 månader efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta.</p> <p>Ett av huvudsyftena med all behandling för RA är att patientens funktionsförmåga ska förbättras. Måttet speglar också patients egen uppfattning om behandlingens effekt.</p> <p>Instrumentet Health Activity Questionnaire (HAQ) är ett patientskattat mått på aktivitetsförmåga. Med HAQ bedöms graden av begränsning av aktiviteter i dagliga livet.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om HAQ och gränsvärdet 0,5:</p> <p>Wells GA, Boers M, Shea B, Brooks PM, Simon LS, Strand CV, et al. Minimal disease activity for rheumatoid arthritis: a preliminary definition. <i>J Rheumatol</i> 2005; 32: 2016– 24</p> <p>Pietrapertosa D, Salaffi F, Peluso G, Bosello SL, Fedele AL, Cuoghi I, et al. Residual minimal disease activity in rheumatoid arthritis: a simple definition through an in-depth statistical analysis of the major outcome. <i>Rheumatology (Oxford)</i> 2009; 48: 1242– 6.</p>
<b>Riktning</b>	Andelen med HAQ ≤ 0,5 ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgifter om HAQ. HAQ-mätning ingår som rutin för alla personer som registreras i SRQ.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas som andelen bland nyinsjuknade personer med RA med ett HAQ-värde över 0,5 som någon gång 4-12 månader efter be-



	<p>handlingsstart får ett HAQ-värde under eller lika med 0,5. Med behandling avses all behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel).</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	<p>Samtliga registrerade nyinsjuknade fall av reumatoid artrit (symptoduration mindre än 3 år) enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett HAQ-värde över 0,5 vid behandlingsstart med första DMARD-läkemedel.</p>
<i>Målpopulation:</i>	<p>Alla nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med en funktionsförmåga över 0,5 enligt HAQ.</p>
<i>Täjlare:</i>	<p>Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4-12 månader efter behandlingsstart rapporterar minst ett HAQ-värde som understiger eller är lika med 0,5.</p>
<i>Nämnare:</i>	<p>Samtliga fall i mätpopulationen.</p>
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	<p>Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>
<b>Kommentar</b>	<p>Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar uppnår en aktivitetsförmåga enligt <math>HAQ \leq 0,5</math> i olika grad samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.</p>

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	R4. Smärtnivå efter behandling för reumatoid artrit
<b>Mått</b>	Andel nydiagnostiserade personer med reumatoid artrit (RA) som uppnår en smärtnivå under 20 på VAS inom 4–12 månader efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta.</p> <p>Ett viktigt syfte vid behandling av RA är att patientens smärtupplevelse ska minska. Detta mått speglar patientens egen bedömning av behandlingens smärtreduktion.</p> <p>Visuell analog skala, VAS, är en väl etablerad metod för att mäta självuppskattad upplevelse på en 100 mm lång kontinuerlig horisontell skala. Värdet 0 utgör nivån för inte alls förekommande medan värdet 100 anger största möjliga nivå. För denna indikator har patienten på detta sätt bedömt graden av smärta vid två tillfällen, vid behandlingsstart och efter 4–12 månader. Målet är att personer med RA med smärtvärden på 20 eller över vid behandlingsstart ska ligga på nivåer under 20 vid uppföljningen.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om VAS-skalan VAS&lt;20: Wells GA, Boers M, Shea B, Brooks PM, Simon LS, Strand CV, et al. Minimal disease activity for rheumatoid arthritis: a preliminary definition. <i>J Rheumatol</i> 2005; 32: 2016– 24</p> <p>Pietrapertosa D, Salaffi F, Peluso G, Bosello SL, Fedele AL, Cuoghi I, et al. Residual minimal disease activity in rheumatoid arthritis: a simple definition through an in-depth statistical analysis of the major outcome. <i>Rheumatology (Oxford)</i> 2009; 48: 1242– 6.</p>
<b>Riktning</b>	Andelen med smärta på VAS under 20 ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA.

<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas som andelen bland nyinsjuknade personer med RA med rapporterad smärta på VAS-skalan på 20 eller över som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett värde på VAS under 20. Med behandling avses all behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel).
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nyinsjuknade fall av reumatoid artrit (symptomduration mindre än 3 år) enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett smärtvärde på VAS lika med 20 eller över vid behandlingsstart med ett första DMARD-läkemedel.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med ett smärtillstånd motsvarande 20 eller över på en 100-gradig VAS.
<i>Täjljare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart rapporterar minst ett värde under 20 vid mätning av smärta med VAS.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar har smärta i olika grad samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	R5. Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling för reumatoid artrit
<b>Mått</b>	Genomsnittliga förändringen i livskvalitet (uppmätt med EQ-5D) för personer nyinsjuknade i reumatoid artrit (RA) efter 4–12 månaders behandling, jämfört med livskvalitet vid behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Medelvärde.
<b>Syfte</b>	Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta. Ett viktigt syfte vid behandling av RA är att patientens livskvalitet förbättras. För att mäta detta används olika patientrapporterade mått. EQ-5D är ett sådant instrument som används för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	EQ-5D:s användning för Reumatoid Artrit: Beresniak et al. Advantages and limitations of utility assessment methods in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2007 Nov; 34(11):2193-200. Epub 2007 Oct 15
<b>Riktning</b>	Höga värden, dvs. stor förändring mot bättre livskvalitet eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker, och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas för en patient som det sammanräknade värdet för EQ-5D vid mätning 4–12 månader efter behandlingsstart subtraherat med motsvarande värde vid behandlingsstart. Maximalt värde för en patient är 1,0. Med behandling avses all behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel). Diagnos reumatoid artrit definieras av kvalitetsregistret.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nyinsjuknade fall av reumatoid artrit (med symptomduration mindre än 3 år) registrerade i kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre och där EQ-5D har uppmäts både vid behandlingsstart med ett första DMARD-läkemedel och vid minst ett tillfälle 4-12 månader efter.

Målpopulation:

Alla nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit i Sverige där personen är 18 år eller äldre.

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

För att åskådliggöra skilda resultat för yngre och äldre kan dessa särredovisas.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	R6. Väntetid från symtomdebut till diagnos (andel < 20 veckor) vid reumatoid artrit
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit (RA) som får diagnos fastställd vid reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor från patientrapporterad symtomdebut.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse- och belastningssmärta. Väntetid till diagnos är viktig framförallt ur ett patientperspektiv eftersom väntetiden innebär förlängd tid med nedsatt funktion och förhöjd smärta. Tidig diagnostik och insättning av antireumatisk behandling är av stor vikt för att öka chansen att patienten uppnår remission samt minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA. Måttet baseras på läkarens bedömning utifrån patientens sjukhistoria.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn påverkas av remisstiden från primärvård till specialist vård samt patientfaktorer, dvs. hur snabbt efter symtomdebut man söker vård.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	
<b>Referens</b>	van Nies JA, Tsonaka R, Gaujoux-Viala C, Fautrel B, van der Helm-van Mil AH. Evaluating relationships between symptom duration and persistence of rheumatoid arthritis: does a window of opportunity exist? Results on the Leiden early arthritis clinic and ESPOIR cohorts. Ann Rheum Dis. 2015; 74: 806-12.
<b>Riktning</b>	Höga värden eftersträvas, dvs. andelen som får diagnos före 20 veckor ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	≥ 70 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Tillgänglig, individanpassad och kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om diagnos.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med reumatoid artrit (RA) bedöms vara så god att det kan representera den svenska populationen för RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas som andelen bland alla nydiagnostiserade personer med RA som fick sin diagnos fastställd inom 20 veckor, dvs. före den 140 dagen efter patientrapporterad symtomdebut. Som RA diagnos betraktas i SRQ en diagnos fastställd vid reumatologisk enhet inom den specialiserade vården. Symtomdebut mäts genom läkarens bedömning av denna tidpunkt efter samtal med patienten.

*Mät- eller  
rampopulation:*

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

*Målpopulation:*

Alla nydiagnostiserade fall av reumatoid artrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre.

*Täljare:*

Personer i mätpopulationen med ett datum för fastställd diagnos som ligger som mest 139 dagar efter datum för symtomdebut.

*Nämnare:*

Samtliga fall i mätpopulationen.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Åldersstandardisering kan vara lämpligt eftersom diagnos sätts vid olika tidpunkt för äldre och yngre.

<b>Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>R7. Täckningsgrad för läkemedelsbehandlade patienter i SRQ – Svensk reumatologisk kvalitetsregister.</b>
<b>Mått</b>	Täckningsgraden för personer med reumatisk sjukdom i SRQ:s registerpopulation som behandlas med biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel baserat på en jämförelse med motsvarande personer i patientregistret och läkemedelsregistret.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	En grundpelare vid uppföljning av kvalitet och effektivitet är att det finns data med god täckning och kvalitet. Sådana data behöver löpande valideras. Ett led i valideringen är att mäta andelen registrerade personer av alla som ingår i registrets målpopulation. Här beräknas hur väl registrerade personer i SRQ täcker en population framtagen ur Socialstyrelsens patientregister och läkemedelsregister. Socialstyrelsens population är ett urval av patienter med diagnoser enligt SRQ inklusionskriterier, dvs. patienter som SRQ avser att registrera.
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	
<b>Referens</b>	Socialstyrelsens beräkningar av kvalitetsregistrens täckningsgrader år 2019: <a href="https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6489.pdf">https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-12-6489.pdf</a>
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuellt.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister (SRQ) samt patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	Samtliga register uppdateras minst årligen.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	En begränsning är att beräkningen endast kan göras mot det urval av patienter som kan återfinnas i patientregistret och läkemedelsregistret. Socialstyrelsens register täcker endast en del av SRQ:s målpopulation.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas andelen i ett urval av patienter funna genom patientregistret och läkemedelsregistret som registreras i SRQ. I urvalet ur Socialstyrelsens register ingår personer med reumatisk sjukdom behandlade med biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel, som i slutet av det aktuella året är vid liv och har fyllt 18 år.  Ytterligare kriterier för urvalet ur Socialstyrelsens register: Personer som är registrerade i patientregistret, öppen vård, vid minst två tillfällen under perioden från 2001 till och med aktuella mätåret med någon av diagnoserna i kodlistan. Ett av dessa besök ska ske under det aktuella mätåret och vid en intermedicinsk eller reumatologisk klinik - MVO 101, 131 eller 311 i Jönköping,



- MVO 101, 131 eller 551 i Jämtland,
- MVO 101 eller 131 i övriga landet.

Dessutom krävs att patienten, enligt läkemedelsregistret, någon gång under det aktuella året har fått expedierat läkemedel med någon av ATC-koderna i kodlistan. Patienten ska, i slutet av det aktuella året, vara vid liv enligt dödsorsaksregistret, och ha fyllt 18 år.

Exklusion: Personer som i patientregistret, öppen eller sluten vård, någon gång under perioden 1964 tom året före aktuellt mätår-2017 har registrerats med någon av exklusionsdiagnoserna i kodlistan. För kodlistor, se tabell nedan.

#### ICD-10-koder för inklusion

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Reumatoid artrit med engagemang av andra organ och organsystem	M05.3
Annan specificerad seropositiv reumatoid artrit	M05.8
Erosiv reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA-positiv	M05.8L
Erosiv reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA-negativ	M05.8M
Erosiv reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA ospecificerad	M05.8N
Seropositiv reumatoid artrit, ospecificerad	M05.9
Reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA-positiv	M05.9L
Reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA-negativ	M05.9M
Reumatoid artrit, RF-positiv och ACPA ospecificerad	M05.9N
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0
Reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA-positiv	M06.0L
Reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA-negativ	M06.0M
Reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA ospecificerad	M06.0N
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8
Erosiv reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA-positiv	M06.8L
Erosiv reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA-negativ	M06.8M
Erosiv reumatoid artrit, RF-negativ och ACPA ospecificerad	M06.8N
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9
Palindrom reumatism	M12.3

#### ATC-koder för inklusion

Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod
Rituximab	L01XC02
Abatacept	L04AA24
Etanercept	L04AB01
Infliximab	L04AB02
Adalimumab	L04AB04
Certolizumabpegol	L04AB05
Golimumab	L04AB06
Anakinra	L04AC03
Tocilizumab	L04AC07
Sarilumab	L04AC14

Konventionella syntetiska DMARD-läkemedel (csDMARDs)	ATC kod
Sulfasalazin	A07EC01
Leflunomid	L04AA13
Ciklosporin	L04AD01
Azatioprin	L04AX01
Metotrexat	L04AX03
Natriumaurotiomalat	M01CB01
Auranofin	M01CB03
Klorokin	P01BA01
Hydroxiklorokin	P01BA02

Målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (tsDMARDs)	ATC kod
Tofacitinib	L04AA29
Baricitinib	L04AA37
Upadacitinib	L04AA44

#### Koder medicinskt verksamhetsområde (MVO)n

101	Internmedicinsk vård
131	Reumatologisk vård
311	Ortopedisk vård
551	Rehabiliteringsmedicinsk vård

#### ICD-10-koder för exklusion

L40.5	Psoriasis med ledsjukdom
M07.0	Psoriatisk artrit i distal interfalangealled
M07.1	Arthritis mutilans
M07.3	Andra artropatier vid psoriasis
M08	Juvenil artrit
M09	Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M32.0	Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus
M32.1	Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem
M32.8	Andra specificerade former av systemisk lupus erythematosus
M32.9	Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad
M45	Pelvospondylit [Bechterews sjukdom]
M46.0	Entesopati i ryggraden
M46.1	Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes
M46.8	Andra specificerade inflammatoriska spondylopatier
M46.9	Inflammatorisk spondylopati, ospecificerad

#### ICD-9-koder för exklusion

696A	Psoriatisk ledsjukdom
710A	Systemisk lupus erythematosus
713D	Artropati vid hudsjukdomar
714D	Juvenil reumatoid artrit
720A	Pelvospondylit
720B	Entesopati i ryggraden
720C	Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes
720W	Annan inflammatorisk spondylopati
720X	Inflammatorisk spondylopati, ospecificerad

#### ICD-8-koder för exklusion

696,00	Psoriasis arthropathica
712,00	Juvenil (Morbus Still)
712,40	Spondylitis ankylopoetica (Morbus von Bechterew)
713,10	Spondylarthritis cervicalis

713,11	Spondylarthritis thoracica
713,12	Spondylarthritis lumbalis sive lumbosacralis
713,19	Spondylarthritis NUD
726,99	Morbi articuli sacroilici/Sjukdomar i iliosakralleden
734,10	Lupus erythematodes disseminatus

**ICD-7-koder för exklusion**

456,20	Lupus erythematodes disseminatus
722,01	Morbus Still
722,10	Pelvo-spondylitis ossificans Spondylitis ancylopoetica (Bechterew)
723,10	Spondylarthrosis deformans cervicalis
723,11	Spondylarthrosis deformans thoracalis
723,12	Spondylarthrosis deformans lumbalis sive lumbosacralis
723,19	Spondylarthrosis deformans multiplex s. UNS
724,03	Arthritis psoriatica
736,99	Morbi articuli sacroilici, Sjukdomar i iliosakralleden

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras på län för den region som producerar vård, motsvarande sjukvårdsregion och över tid.

**Kommentar**

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	R8a. Biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit (RA) som får biologiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel, samt antal personer med RA med biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel per 100 000 i befolkningen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren. Vid reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet trots behandling med metotrexat rekommenderas en kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller något annat biologiskt läkemedel. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion och en ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat. En relativt ny läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit är hämmare av janus kinaser (JAK), som tillhör gruppen målinriktade syntetiska sjukdomsmodifierande (DMARD)-läkemedel. JAK-hämmare minskar in-flammationen och påverkar därigenom sjukdomsförloppet på lång sikt. Enligt Svensk Reumatologisk Förenings behandlingsriktlinjer kan kombination av metotrexat med andra (icke-biologiska) sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) övervägas hos personer med RA med aktiv sjukdom trots metotrexatbehandling och få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i denna situation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, men med lägre prioritet än för kombinationen av metotrexat och TNF-hämmare.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn mäter andelen som får behandling med biologiska och/eller målinriktade syntetiska läkemedel, inte om patienten får rätt behandling.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Rekommendationer i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och Svensk Reumatologisk Förenings riktlinjer för läkemedelsbehandling.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, biologiskt läkemedel (TNF-hämmare, abatacept, tocilizumab) som enskild behandling vid tidig reumatoid artrit (R3.2, prioritet 4), biologiskt läkemedel (TNF-hämmare, abatacept eller tocilizumab), i kombination med metotrexat vid tidig reumatoid artrit (R3.3, prioritet 2), metotrexat i kombination med JAK-hämmare vid reumatoid artrit (R3.7, prioritet 3), JAK-hämmare som enskild behandling (R3.6, prioritet 7). Rekommendationerna avser patientgruppen utan tidigare metotrexatbehandling eller med otillräcklig effekt av metotrexatbehandling, och med medelhög till hög sjukdomsaktivitet.
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Indikatorn saknar riktning då det idag föreligger viss regional variation, och det finns svårigheter med att beräkna rätt nivå för hur många som bör få denna behandling. Ett bra resultat är att behandlingen är lika tillgänglig över landet med en låg regional variation.
<b>Målnivå</b>	± 25 procent variation från riksgenomsnitt för andelen som behandlas med biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och jämlik vård.

<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).																														
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nysjuknande och behandling med biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD- läkemedel för RA. Vad gäller läkemedelsbehandling vid RA har registret en god täckningsgrad.																														
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kompletteras indikatorn med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.																														
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn har två mått. Mått 1 är andelen personer med RA diagnos som får biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD- läkemedel. Mått-2 är antal personer med RA diagnos som får biologiska och/eller målinriktade syntetiska DMARD- läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år eller äldre.																														
	Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seropositiv reumatoid artrit</td> <td>M05</td> </tr> <tr> <td>Seronegativ reumatoid artrit</td> <td>M06.0</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid bursit</td> <td>M06.2</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid knuta eller nodul</td> <td>M06.3</td> </tr> <tr> <td>Annan specificerad reumatoid artrit</td> <td>M06.8</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid artrit, ospecificerad</td> <td>M06.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Seropositiv reumatoid artrit	M05	Seronegativ reumatoid artrit	M06.0	Reumatoid bursit	M06.2	Reumatoid knuta eller nodul	M06.3	Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8	Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9																
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																														
Seropositiv reumatoid artrit	M05																														
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0																														
Reumatoid bursit	M06.2																														
Reumatoid knuta eller nodul	M06.3																														
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8																														
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9																														
	Diagnoser som utesluts:																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Juvenil artrit</td> <td>M08</td> </tr> <tr> <td>Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes</td> <td>M09</td> </tr> <tr> <td>Pelvospondylit</td> <td>M45</td> </tr> <tr> <td>Psoriatisk artrit i distal interfalangealled</td> <td>M070</td> </tr> <tr> <td>Arthritis mutilans</td> <td>M071</td> </tr> <tr> <td>Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus</td> <td>M320</td> </tr> <tr> <td>Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem</td> <td>M321</td> </tr> <tr> <td>Andra specificerade former av systemisk lupus erythematosus</td> <td>M328</td> </tr> <tr> <td>Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad</td> <td>M329</td> </tr> <tr> <td>Entesopati i ryggraden</td> <td>M460</td> </tr> <tr> <td>Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes</td> <td>M461</td> </tr> <tr> <td>Andra specificerade inflammatoriska spondyliter</td> <td>M468</td> </tr> <tr> <td>Inflammatorisk spondylit, ospecificerad</td> <td>M469</td> </tr> <tr> <td>Psoriasis med ledsjukdom</td> <td>L405</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Juvenil artrit	M08	Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes	M09	Pelvospondylit	M45	Psoriatisk artrit i distal interfalangealled	M070	Arthritis mutilans	M071	Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus	M320	Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem	M321	Andra specificerade former av systemisk lupus erythematosus	M328	Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad	M329	Entesopati i ryggraden	M460	Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes	M461	Andra specificerade inflammatoriska spondyliter	M468	Inflammatorisk spondylit, ospecificerad	M469	Psoriasis med ledsjukdom	L405
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10																														
Juvenil artrit	M08																														
Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes	M09																														
Pelvospondylit	M45																														
Psoriatisk artrit i distal interfalangealled	M070																														
Arthritis mutilans	M071																														
Läkemedelsutlöst systemisk lupus erythematosus	M320																														
Systemisk lupus erythematosus med engagemang av organ och organsystem	M321																														
Andra specificerade former av systemisk lupus erythematosus	M328																														
Systemisk lupus erythematosus, ospecificerad	M329																														
Entesopati i ryggraden	M460																														
Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes	M461																														
Andra specificerade inflammatoriska spondyliter	M468																														
Inflammatorisk spondylit, ospecificerad	M469																														
Psoriasis med ledsjukdom	L405																														
	Med biologiska läkemedel avses:																														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)</th> <th>ATC kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Rituximab</td> <td>L01XC02</td> </tr> <tr> <td>Abatacept</td> <td>L04AA24</td> </tr> <tr> <td>Etanercept</td> <td>L04AB01</td> </tr> <tr> <td>Infliximab</td> <td>L04AB02</td> </tr> <tr> <td>Adalimumab</td> <td>L04AB04</td> </tr> <tr> <td>Certolizumabpegol</td> <td>L04AB05</td> </tr> <tr> <td>Golimumab</td> <td>L04AB06</td> </tr> <tr> <td>Anakinra</td> <td>L04AC03</td> </tr> </tbody> </table>	Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod	Rituximab	L01XC02	Abatacept	L04AA24	Etanercept	L04AB01	Infliximab	L04AB02	Adalimumab	L04AB04	Certolizumabpegol	L04AB05	Golimumab	L04AB06	Anakinra	L04AC03												
Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod																														
Rituximab	L01XC02																														
Abatacept	L04AA24																														
Etanercept	L04AB01																														
Infliximab	L04AB02																														
Adalimumab	L04AB04																														
Certolizumabpegol	L04AB05																														
Golimumab	L04AB06																														
Anakinra	L04AC03																														

Tocilizumab	L04AC07
Sarilumab	L04AC14

Med målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel avses:

Målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (tsDMARDs)	ATC kod
Tofacitinib	L04AA29
Baricitinib	L04AA37
Upadacitinib	L04AA44

Täljare 1: Personer enligt nämnares definition som minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare eller har minst ett uttag av något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare enligt läkemedelsregistret under aktuellt år.

Nämnare: Antal personer som haft minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren. Personer med diagnoser enligt listan ovan utsluts.

Täljare 2: Antal personer som har diagnos reumatoid artrit i SRQ (diagnos\_1=RA seropos, RA seroneg, RA UNS) och minst en dag under aktuellt år har enligt SRQ fått något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare, eller som har diagnos reumatoid artrit i SRQ och minst ett uttag av något biologiskt läkemedel/JAK-hämmare under aktuellt år enligt läkemedelsregistret, eller som har minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, samt minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret. Personer med diagnoser enligt listan ovan utsluts.

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

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

#### Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

#### Kommentar

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	<b>R8b. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit (RA) som får biologiska sjukdomsmodifierade läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren. Vid reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet utan tidigare behandling med metotrexat finns kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller något annat biologiskt läkemedel med bland rekommenderade behandlingsalternativ. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion och en ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat. Nyttan av biologisk behandling i denna situation, beskriven i ett vetenskapligt underlag med hög evidensstyrka för större effekt på flera effektmått, får vägas mot en högre kostnad än för behandling med enbart metotrexat.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn mäter andelen som får behandling med biologiska läkemedel, inte om patienten får rätt behandling.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Rekommendationer i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och Svensk Reumatologisk Föreningens riktlinjer för läkemedelsbehandling.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på två rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, biologiskt läkemedel (TNF-hämmare, abatacept, tocilizumab) som enskild behandling vid tidig reumatoid artrit (R3.2, prioritet 4) och biologiskt läkemedel (TNF-hämmare, abatacept eller tocilizumab), i kombination med metotrexat vid tidig reumatoid artrit (R3.3, prioritet 2). Rekommendationerna avser patientgruppen utan tidigare metotrexatbehandling med medelhög till hög sjukdomsaktivitet.
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Indikatorn saknar riktning då det idag föreligger viss regional variation, och det finns svårigheter med att beräkna rätt nivå för hur många som bör få denna behandling. Ett bra resultat är att behandlingen är lika tillgänglig över landet med en låg regional variation.
<b>Målnivå</b>	± 25 procent variation från riksgenomsnitt för andelen som behandlas med biologiska läkemedel utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nysjuknande och behandling med biologiska läkemedel för RA. Vad gäller läkemedelsbehandling vid RA har registret en god täckningsgrad.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kompletteras indikatorn med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Måttet är andelen personer med RA diagnos som får biologiska DMARD-läkemedel som första DMARD-behandling. De som har fått behandling med syntetiska DMARD-läkemedel (csDMARDs eller tsDMARDs) innan datumet för insättning av biologiskt läkemedel

(bDMARD) ingår inte i täljaren. De som får en kombination av bDMARD med annat DMARD som sätts in vid samma datum ingår i täljaren. Avser personer 18 år eller äldre med sjukdomsduration upp till tre år från fastställd RA diagnos.

Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:

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

Diagnoser som utesluts:

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

Med biologiska läkemedel avses:

Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod
Rituximab	L01XC02
Abatacept	L04AA24
Etanercept	L04AB01
Infliximab	L04AB02
Adalimumab	L04AB04
Certolizumabpegol	L04AB05
Golimumab	L04AB06
Anakinra	L04AC03
Tocilizumab	L04AC07
Sarilumab	L04AC14

Med syntetiska DMARD-läkemedel avses:

Konventionella syntetiska DMARD-läkemedel (csDMARDs)	ATC kod
Sulfasalazin	A07EC01
Leflunomid	L04AA13
Ciklosporin	L04AD01
Azatioprin	L04AX01



Metotrexat	L04AX03
Natriumaurofomalat	M01CB01
Auranofin	M01CB03
Klorokin	P01BA01
Hydroxiklorokin	P01BA02

Målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (tsDMARDs)	ATC kod
Tofacitinib	L04AA29
Baricitinib	L04AA37
Upadacitinib	L04AA44

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täjlare:

Antal personer enligt nämnares definition som minst en dag under aktuellt år enligt SRQ står på något biopreparat eller har minst ett uttag av något biopreparat enligt läkemedelsregistret under aktuellt år, utan att de har behandlats med syntetiska DMARD-läkemedel innan datumet när biologiskt DMARD sätts in.

Nämnare:

Antal personer som haft minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, personer med diagnoser enligt listan ovan utsluts.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Hälso-och sjukvård															
Rörelseorganens sjukdomar															
Titel (Kortnamn)	<b>R9. Strukturerad sjuksköterskemottagning vid reumatoid artrit</b>														
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit som erbjuds insatsen strukturerad sjuksköterskemottagning med samordnade sjukvårdsinsatser.														
<b>Mätenhet</b>	Procent.														
<b>Syfte</b>	Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse- och belastningssmärta. Åtgärden avser en strukturerad sjuksköterskemottagning, definierad som planerad patientkontakt med inriktning på en eller flera av följande aktiviteter: patientutbildning, rådgivning, administrering av läkemedel, monitorering, samordning av vårdinsatser, information om levnadsvanor, ledbedömningar, uppföljning, personcentrerad vård. Åtgärden anpassas efter individens behov, och samordnas med övriga vårdinsatser.														
<b>Tolkning</b>															
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.														
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, strukturerad sjuksköterskemottagning med samordnade sjukvårdsinsatser vid reumatoid artrit eller psoriasisartrit (R2:0, prioritet 3).														
<b>Referens</b>															
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.														
<b>Målnivå</b>	≥ 90 procent.														
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.														
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och individanpassad vård.														
<b>Datakälla</b>	Enkät till regionernas specialistverksamheter. Utvecklingsindikator i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).														
<b>Datakällans status</b>	Variabeln finns inte för närvarande i kvalitetsregistret SRQ. I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät.														
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg och varierande täckning i registret under de första åren. Initialt kommer indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till regionens specialistverksamheter, vilket innebär att ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.														
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seropositiv reumatoid artrit</td> <td>M05</td> </tr> <tr> <td>Seronegativ reumatoid artrit</td> <td>M06.0</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid bursit</td> <td>M06.2</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid knuta eller nodul</td> <td>M06.3</td> </tr> <tr> <td>Annan specificerad reumatoid artrit</td> <td>M06.8</td> </tr> <tr> <td>Reumatoid artrit, ospecificerad</td> <td>M06.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Seropositiv reumatoid artrit	M05	Seronegativ reumatoid artrit	M06.0	Reumatoid bursit	M06.2	Reumatoid knuta eller nodul	M06.3	Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8	Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10														
Seropositiv reumatoid artrit	M05														
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0														
Reumatoid bursit	M06.2														
Reumatoid knuta eller nodul	M06.3														
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8														
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9														

Mät- eller  
rampopulation:

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

Målpopulation:

Täljare:

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

Nämnare:

Samtliga fall i mätpopulationen.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på verksamhetsnivå, region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Hälso-och sjukvård							
Rörelseorganens sjukdomar							
Titel (Kortnamn)	<b>R10. Teamrehabilitering i öppen vård vid reumatoid artrit</b>						
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit som erbjuds insatsen team rehabilitering i öppen specialiserad vård.						
<b>Mätenhet</b>	Procent.						
<b>Syfte</b>	<p>Etablerad reumatoid artrit kännetecknas av inflammation i lederna, vilket ofta ger led-smärta och nedsatt rörlighet. Personer med etablerad sjukdom är personer som har haft en specifik artrit-diagnos i minst 12 månader eller som får medicinsk behandling för sina artritsymtom. Teamrehabilitering i öppen vård är en strukturerad, sammanhållen rehabilitering under en viss tidsrymd. Det innebär att arbeta med olika aspekter av en komplex problematik. Syftet är att ge patienten redskap för att bättre kunna hantera sin sjukdom och livssituation. Utifrån patientens behov samverkar olika professioner kring patienten. Teamet består vanligtvis av reumatolog, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator, samtliga med goda specialkunskaper och erfarenheter av reumatikervård och rehabilitering.</p> <p>För personer med etablerad reumatoid artrit kan insatsen bestå av information om sjukdomen, stöd rörande levnadsvanor, strategier för att hantera och vara delaktig i vardag och arbete samt träning individuellt och i grupp. Det ska finnas möjlighet till individanpassad och handledd fysisk träning för ökad eller bibehållen funktion samt tillgång till träningsbassäng.</p>						
<b>Tolkning</b>							
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.						
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, teamrehabilitering i öppen vård vid etablerad reumatoid artrit, axial spondylartrit eller psoriasisartrit (R2:4, prioritet 3).						
<b>Referens</b>							
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.						
<b>Målnivå</b>	≥ 90 procent.						
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.						
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och individanpassad vård.						
<b>Datakälla</b>	Enkät till regionernas specialistverksamheter. Utvecklingsindikator i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).						
<b>Datakällans status</b>	Variabeln finns inte för närvarande i kvalitetsregistret SRQ. I väntan på utveckling av datakällan kommer indikatorn att inhämtas via enkät.						
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg och varierande täckning i registret under de första åren. Initialt kommer Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till regionens specialistverksamheter, vilket innebär att ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.						
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder: <table border="1" data-bbox="550 1928 1230 2027"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seropositiv reumatoid artrit</td> <td>M05</td> </tr> <tr> <td>Seronegativ reumatoid artrit</td> <td>M06.0</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Seropositiv reumatoid artrit	M05	Seronegativ reumatoid artrit	M06.0
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10						
Seropositiv reumatoid artrit	M05						
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0						

Reumatoid bursit	M06.2
Reumatoid knuta eller nodul	M06.3
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9

*Mät- eller  
rampopulation:*

*Målpopulation:*

*Täljare:*

*Nämnare:*

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

Personer med etablerad artrit 18 år och äldre, dvs. personer som har haft en specifik artrit-diagnos enligt tabellen ovan i minst 12 månader eller som får medicinsk behandling för sina artritsymtom.

Antal personer i mätpopulationen som erbjuds insatsen team rehabilitering i öppen specialiserad vård.

Samtliga fall i mätpopulationen.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på verksamhetsnivå, region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Hälso-och sjukvård							
Rörelseorganens sjukdomar							
Titel (Kortnamn)	R11. Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit						
<b>Mått</b>	Andel personer med reumatoid artrit (RA) som har registrerat kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare insatt behandling 2–6 månader efter första behandling med sjukdomsmodifierade läkemedel (DMARD-läkemedel).						
<b>Mätenhet</b>	Procent.						
<b>Syfte</b>	Reumatoid artrit är en systemisk autoimmun sjukdom som kännetecknas av inflammation i ledhinnan i många leder, och eventuellt ledskada. I de flesta fall är sjukdomen livslång. Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation genom till exempel stelhetskänsla och rörelse-och belastningssmärta. En effektiv läkemedelsbehandling syftar till att minska inflammationen och därigenom påverka sjukdomsförloppet på lång sikt. Det är av största vikt att insatt behandling utvärderas på ett strukturerat sätt vid adekvata tidpunkter. Detta för att bedöma nytta och risker med fortsatt behandling för den enskilde patienten.						
<b>Tolkning</b>							
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.						
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>							
<b>Referens</b>							
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.						
<b>Målnivå</b>	≥ 90 procent.						
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.						
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och individanpassad vård.						
<b>Datakälla</b>	Svenska Reumatologis register (SRQ).						
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om uppföljningsbesök och läkemedelsbehandling för RA och täckningsgraden för båda variablerna är god.						
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Personer med RA som inom kort tid efter insatt läkemedel får biverkningar som gör att behandlingen inte kan fullföljas kan få ett besök som kommer före intervallet.						
<b>Teknisk beskrivning</b>	Antal personer som haft minst 2 läkarbesök med diagnos reumatoid artrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren.  Med reumatoid artrit avses följande diagnoskoder:						
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Seropositiv reumatoid artrit</td> <td>M05</td> </tr> <tr> <td>Seronegativ reumatoid artrit</td> <td>M06.0</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Seropositiv reumatoid artrit	M05	Seronegativ reumatoid artrit	M06.0
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10						
Seropositiv reumatoid artrit	M05						
Seronegativ reumatoid artrit	M06.0						

Reumatoid bursit	M06.2
Reumatoid knuta eller nodul	M06.3
Annan specificerad reumatoid artrit	M06.8
Reumatoid artrit, ospecificerad	M06.9

Med DMARD-läkemedel avses:

Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod
Rituximab	L01XC02
Abatacept	L04AA24
Etanercept	L04AB01
Infliximab	L04AB02
Adalimumab	L04AB04
Certolizumabpegol	L04AB05
Golimumab	L04AB06
Anakinra	L04AC03
Tocilizumab	L04AC07
Sarilumab	L04AC14

Konventionella syntetiska DMARD-läkemedel (csDMARDs)	ATC kod
Sulfasalazin	A07EC01
Leflunomid	L04AA13
Ciklosporin	L04AD01
Azatioprin	L04AX01
Metotrexat	L04AX03
Natriumaurotiomalat	M01CB01
Auranofin	M01CB03
Klorokin	P01BA01
Hydroxiklorokin	P01BA02

Målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (tsDMARDs)	ATC kod
Tofacitinib	L04AA29
Baricitinib	L04AA37
Upadacitinib	L04AA44

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täjlare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

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

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

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på verksamhetsnivå, region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

# Indikatorer axial spondylartrit

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

Indikatorerna följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller läkemedelsbehandling [2]. Även andra indikatorer som är relevanta för området, som mäter sjukdomsaktivitet, smärta, och patientrapporterad livskvalitet vid axial spondylartrit har tagits fram.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid axial spondylartrit:



Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	S1. Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter nyinsjuknande i axial spondylartrit
<b>Mått</b>	Andel av nyinsjuknade personer med axial spondylartrit med en BASDAI-nivå över eller lika med 4 som uppnår ett värde under 4 vid uppföljning efter 4–12 månader.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft.</p> <p>BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) är ett sammansatt sjukdomsaktivitetsmått för axial spondylartrit. Måttet används för att bedöma behov av läkemedelsbehandling och utvärdera effekten. BASDAI <math>\geq</math> 4 innebär hög sjukdomsaktivitet och är gräns för ställningstagande till biologisk läkemedelsbehandling.</p> <p>För närvarande används BASDAI för bedömning av sjukdomsaktivitet och behandlingseffekt men kommer så småningom att kompletteras med instrumentet ASDAS.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	Cohen JD, Cunin P, Farrenq V, Oniankitan O, Carton L, Chevalier X, et al. Estimation of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index cutoff for perceived symptom relief in patients with spondyloarthropathies. J Rheumatol 2006; 33: 79–81.
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, dvs. ett värde under 4 på BASDAI, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om indikatorn men täckningsgraden för denna variabel är låg.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. Idag registreras endast en begränsad del av denna patientpopulation.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Här mäts sjukdomsaktiviteten vid axial spondylartrit med indexet BASDAI.

	Indikatorn beräknas som andelen bland nyinsjuknade personer med axial spondylartrit med ett rapporterat värde på BASDAI över eller lika med 4 som någon gång efter 4-12 månader får ett värde under 4.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nydiagnostiserade fall av axial spondylartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett BASDAI-värde över eller lika med 4 vid diagnos. Diagnos för axial spondylartrit och datum för diagnossättning definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nyinsjuknade fall av axial spondylartrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med en sjukdomsaktivitet som motsvarar ett BASDAI-värde över eller lika med 4.
<i>Täljare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter diagnos har minst ett BASDAI-värde som understiger 4.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse-land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

<b>Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>S2. Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med axial spondylartrit med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet vid 4–12 månaders uppföljning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) är ett sammansatt sjukdomsaktivitetsmått för axial spondylartrit. Måttet används för att bedöma behov av läkemedelsbehandling och utvärdera effekten. BASDAI <math>\geq 4</math> innebär hög sjukdomsaktivitet och är gräns för ställningstagande till biologisk läkemedelsbehandling. För närvarande används BASDAI för bedömning av sjukdomsaktivitet och behandlingseffekt men kommer så småningom att kompletteras med instrumentet ASDAS.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	Cohen JD, Cunin P, Farrenq V, Oniankitan O, Carton L, Chevalier X, et al. Estimation of the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index cutoff for perceived symptom relief in patients with spondyloarthropathies. J Rheumatol 2006; 33: 79–81.
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, dvs. ett värde under 4 på BASDAI, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om indikatorn.

<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. Idag registreras endast en begränsad del av denna patientpopulation. För personer behandlade med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit är täckningen dock god.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Här mäts sjukdomsaktiviteten vid axial spondylartrit med indexet BASDAI bland personer med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel. Indikatorn beräknas som andelen bland personer med axial spondylartrit och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som har ett rapporterat värde på BASDAI över eller lika med 4 och som någon gång efter 4–12 månader får ett värde under 4.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av axial spondylartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten inlett behandling med biologiska läkemedel, är 18 år eller äldre och har ett BASDAI-värde över eller lika med 4,0 vid diagnos. Diagnos för axial spondylartrit och datum för diagnossättning definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla fall med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel för axial spondylartrit i Sverige med en sjukdomsaktivitet som motsvarar ett BASDAI-värde över eller lika med 4. Avser personer 18 år eller äldre.
<i>Täjljare:</i>	Personer i mätpopulationer som vid uppföljning 4–12 månader efter diagnos har minst ett BASDAI-värde som understiger 4.
<i>Nämnnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

<b>Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>S3. Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med axial spondylartrit och med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som uppnår en smärtnivå under eller lika med 20 på VAS inom 4–12 månader efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft.</p> <p>Ett viktigt syfte med behandlingen vid axial spondylartrit är att minska smärtan. Detta mått speglar patientens egen bedömning av behandlingens effekt på smärtreduktion.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>Visuell analog skala, VAS, är en väl etablerad metod för att mäta självuppskattad upplevelse på en 100 mm lång kontinuerlig horisontell skala. Värdet 0 utgör nivån för inte alls förekommande medan värdet 100 anger största möjliga nivå. För denna indikator har patienten på detta sätt bedömt graden av smärta vid två tillfällen, vid behandlingsstart och efter 4–12 månader. Målet är att personer med axial spondylartrit med smärtvärden över 20 vid behandlingsstart ska ligga på nivåer under eller lika med 20 vid uppföljningen.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Anderson JJ, Baron G, Van Der Heide D, Felson DT, Dougados M. Ankylosing spondylitis assessment group preliminary definition of short-term improvement in ankylosing spondylitis. <i>Arthritis Rheum</i> 2001; 44:1876-86.</p> <p>Kilic E, Kilic G, Akgul O, Ozgocmen S. Discriminant validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: a cohort study. <i>Rheumatol Int.</i> 2015 Jun; 35(6):981-9. Epub 2014 Nov 4.</p>
<b>Riktning</b>	Andelen med smärta på VAS under eller lika med 20 ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.

<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. För personer med axial spondylartrit behandlade med biologiska läkemedel är täckningen dock god.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Måttet är andel personer med axial spondylartrit och med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som har en rapporterad smärta på VAS-skalan på 20 eller över och som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett värde på VAS under 20.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av axial spondylartrit med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel enligt kvalitetsregistret SRQ där personen har ett smärtvärde på VAS över 20 vid behandlingsstart. Avser personer 18 år eller äldre.
<i>Målpopulation:</i>	Alla personer med axial spondylartrit som inlett behandling med biologiska läkemedel, är 18 år eller äldre och med ett smärtillstånd motsvarande över 20 på en 100-gradig VAS.
<i>Täjljare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart rapporterar minst ett värde under eller lika med 20 vid mätning av smärta med VAS.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar har smärta i olika grad samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	S4. Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit
<b>Mått</b>	Förändring i livskvalitet (uppmätt med EQ-5D) för personer med axial spondylartrit efter 4–12 månaders behandling med biologiska läkemedel, jämfört med livskvalitet vid behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Medelvärde.
<b>Syfte</b>	Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft. Ett viktigt syfte med behandlingen vid axial spondylartrit är att patientens livskvalitet förbättras. För att mäta detta används olika patientrapporterade mått. EQ-5D är ett sådant instrument som används för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.
<b>Tolkning</b>	Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	Lindström U, Bremander A, Haglund E, Bergman S, Petersson IF, Jacobsson LT. Back pain and health status in patients with clinically diagnosed ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis and other spondyloarthritis: a cross-sectional population-based study. BMC Musculoskelet Disord. 2016;17:106.
<b>Riktning</b>	Höga värden, dvs. stor förändring mot bättre livskvalitet eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. För personer med axial spondylartrit som behandlas med biologiska läkemedel är täckningen dock god.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas för en patient som det sammanräknade värdet för EQ-5D vid mätning 4–12 månader efter behandlingsstart subtraherat

	med motsvarande värde vid behandlingsstart. Avser personer i åldrarna 18 år eller äldre.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	
<i>Målpopulation:</i>	
<i>Täljare:</i>	Samtliga registrerade fall av axial spondylartrit med nyinsatt behandling med biologiska läkemedel registrerade i kvalitetsregistret SRQ där personen är 18 år eller äldre och där EQ-5D har uppmäts både vid behandlingsstart och vid minst ett tillfälle 4-12 månader efter.
<i>Nämnare:</i>	Alla fall av axial spondylartrit med inledd behandling med biologiska läkemedel där personen är 18 år eller äldre.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse-land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	



Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	S5. Sjukdomsaktivitet (ASDAS) efter diagnos vid axial spondylartrit
<b>Mått</b>	<p>Två versioner:</p> <p>a) Andel av personer nyinsjuknade i axial spondylartrit som uppnår ett ASDAS-värde under 2,1 vid uppföljning 4-12 månader efter diagnos.</p> <p>b) Andel personer med axial spondylartrit som efter behandling med biologiska läkemedel uppnår ett ASDAS-värde under 2,1 vid uppföljning, 4-12 månader efter behandlingsstart.</p>
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft.</p> <p>ASDAS (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) är ett diagnosspecifikt instrument för mätning av sjukdomsaktivitet vid axial spondylartrit. För närvarande används instrumentet BASDAI för bedömning av sjukdomsaktivitet och behandlingseffekt men ASDAS förväntas att börja användas även i den kliniska verksamheten inom snar framtid. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) samlar idag in mätvärden för ASDAS för de kliniker som använder det.</p> <p>ASDAS är ett sammansatt sjukdomsaktivitetsmått med komponenter för smärta (0-10), morgonstelhet (0-2 tim (0-10)), allmän sjukdomskänsla/sjukdomsaktivitet (0-10), smärta/svullnad i perifera leder (0-10) och CRP.</p> <p>Resultatet för måttet kan delas in i följande nivåer:  &lt;1,3 inaktiv sjukdom,  &lt;2,1 lågaktiv sjukdom,  2,1 – 3,4 hög sjukdomsaktivitet,  ≥3,5 mycket hög sjukdomsaktivitet.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Lukas C, Landewe R, Sieper J, Dougados M, Davis J, Braun J, et al. Development of an ASAS-endorsed disease activity score (ASDAS) in patients with ankylosing spondylitis. <i>Ann Rheum Dis</i> 2009; 68:18-24.</p> <p>Kilic E, Kilic G, Akgul O, Ozgocmen S. Discriminant validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with non-radiographic axial spondyloarthritis and ankylosing spondylitis: a cohort study. <i>Rheumatol Int.</i> 2015 Jun; 35(6):981-9. Epub 2014 Nov 4.</p>

<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, dvs. ett värde under 2,1 på ASDAS, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	<b>Utvecklingsindikator.</b> Data för indikatorn finns bara i begränsad omfattning. ASDAS förväntas användas och registreras i större omfattning framöver.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. Idag registreras endast en begränsad del av denna patientpopulation. För personer axial spondylartrit som behandlas med biologiska läkemedel är täckningen dock god.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Här mäts sjukdomsaktiviteten vid axial spondylartrit med indexet ASDAS. Indikatorn beräknas som andelen bland personer nyinsjuknade i axial spondylartrit eller bland personer som inlett behandling med biologiska läkemedel och som har ett värde på ASDAS $\geq 2,1$ , som någon gång 4-12 månader efter diagnos får ett värde under 2,1.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nydiagnostiserade fall av axial spondylartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett ASDAS-värde över eller lika med 2,1 vid diagnos. Både diagnosen axial spondylartrit och datum för diagnos definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nyinsjuknade fall av axial spondylartrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med en sjukdomsaktivitet som motsvarar ett ASDAS-värde över eller lika med 2,1.
<i>Täljare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter diagnos har minst ett ASDAS-värde som understiger 2,1.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Indikatorn bör göras i två varianter, en för samtliga nydiagnostiserade och en för dem som inlett biologisk behandling.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	S6. Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit
<b>Mått</b>	Antal personer med axial spondylartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Inflammatorisk ryggsjukdom (spondylartrit) är ett samlingsbegrepp för flera olika kroniska sjukdomstillstånd (exempelvis ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit och isolerad sakroilit) där inflammation påverkar och ger smärta i ryggens leder och ligament (inflammatorisk ryggsmärta), ibland påverkas även perifera leder eller andra organ. Vid påverkan av ryggen benämns tillståndet axial spondylartrit. Sjukdomen förvärras med tiden, med tilltagande smärta och stelhet, och kan med tiden ge strukturella förändringar och skelettförändringar i rygg och höft. Grundbehandlingen består av fysisk träning och behandling med COX-hämmare för att minska smärta och stelhet. Förskrivningen av biologiska läkemedel vid axial spondylartrit har ökat under de senaste åren. Vid axial spondylartrit rekommenderas att behandla med TNF-hämmare eller IL17-hämmare när COX-hämmare har gett otillräcklig effekt.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn mäter andelen som får behandling med biologiska läkemedel, inte om patienten får rätt behandling.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på tre rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, biologiskt läkemedel TNF-hämmare vid icke-radiografisk axial spondylartrit (S3:6, prioritet 4), biologiskt läkemedel TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit (S3:7, prioritet 2) och biologiskt läkemedel IL17-hämmare vid ankyloserande spondylit (S3:9, prioritet 3). Rekommendationerna avser patientpopulationen med otillräcklig effekt av COX-hämmare.
<b>Referens</b>	Svensk Reumatologisk Förening. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit och psoriasisartrit.  van der Heijde D, Ramiro S, Landewe R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis 2017; 76:978-91.  Ward MM, Deodhar A, Akl EA, Lui A, Ermann J, Gensler LS, et al. American College of Rheumatology/Spondylitis Association of America/Spondyloarthritis Research and Treatment Network 2015 Recommendations for the Treatment of Ankylosing Spondylitis and Nonradiographic Axial Spondyloarthritis. Arthritis & rheumatology 2016; 68:282-98.
<b>Riktning</b>	Indikatorn saknar riktning då det idag föreligger viss regional variation, och det finns svårigheter med att beräkna rätt nivå för hur många som bör få denna behandling. Ett bra resultat är att behandlingen är lika tillgänglig över landet med en låg regional variation.
<b>Målnivå</b>	± 25 procent från genomsnittet för riket.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.

<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).														
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om nysjuknande och behandling med biologiska läkemedel för axial spondylartrit.														
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrrets täckning av personer med axial spondylartrit har brister. Idag registreras endast en begränsad del av denna patientpopulation. För personer med axial spondylartrit som behandlas med biologiska läkemedel är täckningen dock god.														
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn mäter antalet personer med axial spondylartrit diagnos som får biologiska läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år eller äldre.  Med axial spondylartrit avses följande diagnoskoder:														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Ankyloserande spondylit (Bechterews sjukdom)</td> <td>M45.9</td> </tr> <tr> <td>Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes</td> <td>M46.1</td> </tr> <tr> <td>Andra specificerade inflammatorisk spondylopatier</td> <td>M46.8</td> </tr> <tr> <td>Inflammatorisk spondylopati ospecificerad</td> <td>M46.9</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Ankyloserande spondylit (Bechterews sjukdom)	M45.9	Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes	M46.1	Andra specificerade inflammatorisk spondylopatier	M46.8	Inflammatorisk spondylopati ospecificerad	M46.9				
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10														
Ankyloserande spondylit (Bechterews sjukdom)	M45.9														
Sakroiliit som ej klassificeras annorstädes	M46.1														
Andra specificerade inflammatorisk spondylopatier	M46.8														
Inflammatorisk spondylopati ospecificerad	M46.9														
	Diagnoser som utesluts:														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Huvud- eller bidiagnos</th> <th>ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Spondylit vid psoriasis</td> <td>M07.3 (L40.5+)</td> </tr> <tr> <td>Juvenil ankyloserande spondylit</td> <td>M08.1</td> </tr> </tbody> </table>	Huvud- eller bidiagnos	ICD 10	Spondylit vid psoriasis	M07.3 (L40.5+)	Juvenil ankyloserande spondylit	M08.1								
Huvud- eller bidiagnos	ICD 10														
Spondylit vid psoriasis	M07.3 (L40.5+)														
Juvenil ankyloserande spondylit	M08.1														
	Med biologiska läkemedel avses:														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)</th> <th>ATC kod</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Infliximab</td> <td>L04AB02</td> </tr> <tr> <td>Adalimumab</td> <td>L04AB04</td> </tr> <tr> <td>Etanercept</td> <td>L04AB01</td> </tr> <tr> <td>Certolizumabpegol</td> <td>L04AB05</td> </tr> <tr> <td>Golimumab</td> <td>L04AB06</td> </tr> <tr> <td>Sekukinumab</td> <td>L04AC10</td> </tr> </tbody> </table>	Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod	Infliximab	L04AB02	Adalimumab	L04AB04	Etanercept	L04AB01	Certolizumabpegol	L04AB05	Golimumab	L04AB06	Sekukinumab	L04AC10
Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod														
Infliximab	L04AB02														
Adalimumab	L04AB04														
Etanercept	L04AB01														
Certolizumabpegol	L04AB05														
Golimumab	L04AB06														
Sekukinumab	L04AC10														
<i>Mät- eller rampopulation:</i>															
<i>Målpopulation:</i>															
<i>Täljare:</i>	Antal personer som har diagnos axial spondylartrit i SRQ och minst en dag under aktuellt år enligt SRQ har fått något biologiskt läkemedel, eller som har diagnos axial spondylartrit i SRQ och minst ett uttag av biologiskt läkemedel oavsett typ under aktuellt år enligt läkemedelsregistret, eller som har minst 2 läkarbesök med diagnos axial spondylartrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, samt minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret. Personer med diagnoser enligt listan ovan utesluts.														
<i>Nämnare:</i>	Antal i befolkningen, 18 år och äldre det aktuella året.														
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.														
<b>Kommentar</b>															

# Indikatorer psoriasisartrit

Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning.

Indikatorerna följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller läkemedelsbehandling [2]. Även andra indikatorer som är relevanta för området, som mäter sjukdomsaktivitet, smärta, funktion och patientrapporterad livskvalitet vid psoriasisartrit har tagits fram.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid psoriasisartrit:

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	P1. Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter nyinsjuknande vid psoriasisartrit
<b>Mått</b>	Andel personer nyinsjuknade i psoriasisartrit (PsA) med en DAS28-nivå över 3,2 som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet vid 4–12 månaders uppföljning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning.</p> <p>Avsikten med DAS28 och indikator är att mäta förändringar i sjukdomsaktiviteten baserad på läkarens bedömning, patientens egen rapportering och ett objektiva kliniskt mått sammantaget.</p> <p>DAS28 används vid PsA men täcker inte fullständigt behoven för denna diagnos eftersom det är ett mått som innefattar endast 28 leder och för PsA är det viktigt att även få med fler leder. Det är dock ett aktivitetsmått som används och finns i SRQ. Används som för reumatoid artrit.</p> <p>För denna indikator mäts andelen personer nyinsjuknade i psoriasisartrit (PsA) som uppnår en önskad nivå bland dem med ett DAS28-värde som överstiger 3,2 vid start.</p> <p>Värdena på DAS28 kan klassas i följande kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- remission, symtomen har delvis avtagit eller tillfälligt helt försvunnit, (DAS28 &lt; 2,6)</li> <li>- lågt (DAS28 ≤ 3,2)</li> <li>- medel (&gt; 3,2 &lt; DAS28 ≤ 5,1)</li> <li>- högt (DAS28 &gt; 5,1) värde.</li> </ul> <p>Ett värde under 2,6, remission, motsvarar den önskvärda nivån ur ett patientperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv strävar man i första hand efter en låg sjukdomsaktivitet (DAS28 &lt; 3,2) vilket innebär att behandlingen kan motiveras ur ett kostnadsperspektiv.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om DAS28 allmänt: Prevoo Arthritis Rheum. 1995 Jan; 38(1):44-8</p> <p>Om DAS28 (≤ 3.2) som mått på låg sjukdomsaktivitet: Wells Clin Exp Rheumatol. 2006 Nov-Dec;24(6 Suppl 43):S-52-9</p> <p>Validering av DAS28 (&lt;2.6) som mått på remission: Fransen Rheumatology (Oxford). 2004; 43(10):1252-5.</p> <p>Om DAS28 och PsA: J Fransen, C Antoni, P J Mease, W Uter, A Kavanaugh, J R Kalden, and P L C M Van Riel. Performance of response criteria for assessing peripheral arthritis in patients with psoriatic arthritis: analysis of data from randomised controlled trials of two tumour necrosis factor inhibitors. Ann Rheum Dis. 2006 Oct; 65(10): 1373–1378.</p>

<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, antingen under eller lika med 3,2 eller under 2,6, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om indikatorn men täckningsgraden för denna variabel är låg.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med psoriasisartrit (PsA) har brister. Vad gäller biologisk läkemedelsbehandling vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden vid RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Här mäts sjukdomsaktiviteten vid PsA med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på de fyra komponenterna 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).</p> <p>Indikatorn beräknas som andelen bland personer nyinsjuknade i PsA med ett rapporterat värde på DAS28 över 3,2 som någon gång efter 4-12 månader får ett värde under eller lika med 3,2 eller under 2,6 (alternativ a och b nedan).</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade nyinsjuknade fall av psoriasisartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid första diagnos. Första diagnosen för psoriasisartrit definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla nydiagnostiserade fall av psoriasisartrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med ett DAS28-värde över 3,2 vid första diagnostisering.
<i>Täljare:</i>	Indikatorn mäts med två täljare, en för varje utfall. Personer i mätpopulationen som <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger 2,6</li> <li>b. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger eller är lika med 3,2.</li> </ul>
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen under 2,6 och 3,2 i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

<b>Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>P2. Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med psoriasisartrit (PsA) och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet vid 4–12 månaders uppföljning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning.</p> <p>Avsikten med DAS28 och indikatorn är att mäta förändringar i sjukdomsaktiviteten baserad på läkarens bedömning, patientens egen rapportering och ett objektiva kliniskt mått sammantaget.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>DAS28 används vid PsA men täcker inte fullständigt behoven för denna diagnos eftersom det är ett mått som innefattar endast 28 leder och för PsA är det viktigt att även få med fler leder. Det är dock ett aktivitetsmått som används och finns i SRQ. Används som för RA.</p> <p>För denna indikator mäts andelen personer med PsA som uppnår en önskad nivå efter insatt behandling bland dem med ett DAS28-värde som överstiger 3,2 vid start.</p> <p>Värdena på DAS28 kan klassas i följande kategorier:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- remission, symtomen har delvis avtagit eller tillfälligt helt försvunnit, (DAS28 &lt; 2,6)</li> <li>- lågt (DAS28 ≤ 3,2)</li> <li>- medel (&gt;3,2 &lt; DAS28 ≤ 5,1)</li> <li>- högt (DAS28 &gt; 5,1) värde.</li> </ul> <p>Ett värde under 2,6, remission, motsvarar den önskvärda nivån ur ett patientperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv strävar man i första hand efter en låg sjukdomsaktivitet (DAS28 ≤ 3,2) vilket innebär att behandlingen kan motiveras ur ett kostnadsperspektiv.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om DAS28 allmänt: Prevoo Arthritis Rheum. 1995 Jan; 38(1):44-8</p> <p>Om DAS28 (≤ 3.2) som mått på låg sjukdomsaktivitet: Wells Clin Exp Rheumatol. 2006 Nov-Dec;24(6 Suppl 43):S-52-9</p> <p>Validering av DAS28 (&lt;2.6) som mått på remission: Fransen Rheumatology (Oxford). 2004 Oct; 43(10):1252-5.</p> <p>Om DAS28 och PsA: J Fransen, C Antoni, P J Mease, W Uter, A Kavanaugh, J R Kalden, and P L C M Van Riel. Performance of response criteria for assessing periph-</p>



	<p>eral arthritis in patients with psoriatic arthritis: analysis of data from randomised controlled trials of two tumour necrosis factor inhibitors. <i>Ann Rheum Dis.</i> 2006; 65(10): 1373–1378.</p>
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet, antingen under eller lika med 3,2 eller under 2,6, eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras årligen med uppgift om nyinsjuknande och behandling med biologiska läkemedel för PsA.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med psoriasisartrit (PsA) har brister. Vad gäller behandling med biologiska läkemedel vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden vid RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Här mäts sjukdomsaktiviteten vid PsA med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på de fyra komponenterna 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).</p> <p>Indikatormåttet är andelen personer med PsA och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som har ett rapporterat värde på DAS28 över 3,2 som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett värde under eller lika med 3,2 eller under 2,6 (alternativ a och b nedan).</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av psoriasisartrit i SRQ där patienten inlett behandling med biologiska läkemedel, är 18 år eller äldre och har ett DAS28-värde över 3,2 vid behandlingsstart. Både diagnosen psoriasisartrit och insättning av biologiska läkemedel definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla fall av psoriasisartrit i Sverige där patienten påbörjat behandling med biologiska läkemedel, är 18 år eller äldre och med en sjukdomsaktivitet som motsvarar ett DAS28-värde över 3,2.
<i>Täljare:</i>	Indikatorn mäts med två täljare, en för varje utfall. Personer i mätpopulationen som <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger 2,6</li> <li>b. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAS28-värde som understiger eller är lika med 3,2.</li> </ul>
<i>Nämnamnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar når behandlingsmålen under 2,6 och 3,2 i olika utsträckning samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	P3. Aktivitetsförmåga efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit
<b>Mått</b>	Andel personer med psoriasisartrit (PsA) och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som uppnår en aktivitetsförmåga med ett HAQ-värde under eller lika med 0,5 inom 4–12 månader efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning.</p> <p>Ett av huvudsyftena med all behandling för psoriasisartrit och andra reumatiska sjukdomar är att patientens funktionsförmåga ska förbättras. Måttet speglar också patients egen uppfattning om behandlingens effekt.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>Instrumentet Health Activity Questionnaire (HAQ) är ett patientskattat aktivitetsmått. Med HAQ bedöms graden av arbetsförmåga, förflyttning mellan olika platser och fritidsaktiviteter.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>HAQ allmänt: Fries JF, Spitz P, Kraines RG, Holman HR. Measurement of patient outcome in arthritis. <i>Arthritis Rheum</i> 1980; 23: 137– 45.</p> <p>Validering av svenska version av HAQ: Ek Dahl Scand J Rheumatol. 1988;17(4):263-7</p> <p>Om HAQ och gränsvärdet 0,5: Wells GA, Boers M, Shea B, Brooks PM, Simon LS, Strand CV, et al. Minimal disease activity for rheumatoid arthritis: a preliminary definition. <i>J Rheumatol</i> 2005; 32: 2016– 24</p> <p>Pietrapertosa D, Salaffi F, Peluso G, Bosello SL, Fedele AL, Cuoghi I, et al. Residual minimal disease activity in rheumatoid arthritis: a simple definition through an in-depth statistical analysis of the major outcome. <i>Rheumatology (Oxford)</i> 2009; 48: 1242– 6.</p>
<b>Riktning</b>	Andelen med HAQ ≤ 0,5 ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.

<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om HAQ.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med psoriasisartrit (PsA) har brister. Vad gäller behandling med biologiska läkemedel vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden vid RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn mäter andelen personer med PsA och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel och som har ett HAQ-värde över 0,5 som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett HAQ-värde under eller lika med 0,5.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av psoriasisartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett HAQ-värde över 0,5 vid behandlingsstart.
<i>Målpopulation:</i>	Alla fall av psoriasisartrit i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med en begränsad funktionsförmåga som motsvarar HAQ över 0,5.
<i>Täjlare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart rapporterar minst ett HAQ-värde som understiger 0,5.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar uppnår HAQ $\leq$ 0,5 i olika grad samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	P4. Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit
<b>Mått</b>	Andel personer med psoriasisartrit (PsA) och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel som uppnår en smärtnivå under 20 på VAS inom 4–12 månader efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning.</p> <p>Ett viktigt syfte med behandlingen vid psoriasisartrit är att minska smärtan. Detta mått speglar patientens egen bedömning av behandlingens effekt på smärtreduktion.</p> <p>Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.</p> <p>Visuell analog skala, VAS, är en väl etablerad metod för att mäta självuppskattad upplevelse på en 100 mm lång kontinuerlig horisontell skala. Värdet 0 utgör nivån för inte alls förekommande medan värdet 100 anger största möjliga nivå. För denna indikator har patienten på detta sätt bedömt graden av smärta vid två tillfällen, vid behandlingsstart och efter 4–12 månader. Målet är att personer med psoriasisartrit med smärtvärden på 20 eller över vid behandlingsstart ska ligga på nivåer under 20 vid uppföljningen.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	<p>Om VAS-skalan VAS&lt;20:</p> <p>Wells GA, Boers M, Shea B, Brooks PM, Simon LS, Strand CV, et al. Minimal disease activity for rheumatoid arthritis: a preliminary definition. <i>J Rheumatol</i> 2005; 32: 2016–24</p> <p>Pietrapertosa D, Salaffi F, Peluso G, Bosello SL, Fedele AL, Cuoghi I, et al. Residual minimal disease activity in rheumatoid arthritis: a simple definition through an in-depth statistical analysis of the major outcome. <i>Rheumatology (Oxford)</i> 2009; 48: 1242–6.</p>
<b>Riktning</b>	Andelen med smärta på VAS under 20 ska vara hög.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker och individanpassad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.

<b>Felkällor och begränsningar</b>	Kvalitetsregistrets täckning av personer med PsA har brister. Vad gäller behandling med biologiska läkemedel vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden vid RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn mäter andelen personer med PsA med rapporterad smärta på VAS-skalan på 20 eller över som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett värde på VAS under 20.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av PsA enligt kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre med ett smärtvärde på VAS lika med 20 eller över vid behandlingsstart.
<i>Målpopulation:</i>	Alla fall av PsA i Sverige där patienten är 18 år eller äldre med ett smärttillstånd motsvarande 20 eller över på en 100-gradig VAS.
<i>Täjljare:</i>	Personer i mätpopulationen som vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart rapporterar minst ett värde under 20 vid mätning av smärta med VAS.
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse-land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Eftersom indikatorn är ett resultatmått bör resultaten åldersstandardiseras. Det är förväntat att olika åldrar har smärta i olika grad samtidigt som de kategorier som jämförs kan ha olika åldersfördelningar.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	P5. Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit
<b>Mått</b>	Genomsnittliga förändringen i livskvalitet (uppmätt med EQ-5D) för personer med psoriasisartrit (PsA) och nyinsatt behandling med biologiska läkemedel efter 4–12 månaders behandling, jämfört med livskvalitet vid behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Medelvärde.
<b>Syfte</b>	Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning. Ett viktigt syfte med behandlingen vid psoriasisartrit (PsA) är att patientens livskvalitet förbättras. För att mäta detta används olika patientrapporterade mått. EQ-5D är ett sådant instrument som används för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.
<b>Tolkning</b>	Avsikten med indikatorn är att mäta om läkemedlen har satts in på optimalt sätt och för rätt patientkategori, inte att mäta om behandling med biologiska läkemedel har effekt i sig.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	EQ-5D:s användning för Reumatoid Artrit: Beresniak et al. Advantages and limitations of utility assessment methods in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2007; 34(11):2193-200.
<b>Riktning</b>	Höga värden, dvs. stor förändring mot bättre livskvalitet eftersträvas
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad, säker, i och individanpassad.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregistret (SRQ) uppdateras årligen med uppgifter om smärta.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med PsA har brister. Vad gäller behandling med biologiska läkemedel vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden vid RA.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn beräknas för en patient som det sammanräknade värdet för EQ-5D vid mätning 4–12 månader efter behandlingsstart subtraherat med motsvarande värde vid behandlingsstart. Avser personer 18 år eller äldre som nyinsjuknat i PsA.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av psoriasisartrit registrerade i kvalitetsregistret SRQ där patienten är 18 år eller äldre och där EQ-5D har uppmätts

<p><i>Målpopulation:</i></p>	<p>både vid behandlingsstart och vid minst ett tillfälle 4–12 månader efter. Både diagnosen psoriasisartrit och insatta åtgärder som påvisar behandlingsstart definieras av kvalitetsregistret SRQ.</p>
<p><i>Täljare:</i></p>	
<p><i>Nämnare:</i></p>	<p>Alla fall av psoriasisartrit i Sverige där personen är 18 år eller äldre.</p>
<p><b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b></p>	<p>Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>
<p><b>Kommentar</b></p>	

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	P6. Sjukdomsaktivitet uppmätt med DAPSA efter behandling för psoriasisartrit
<b>Mått</b>	Två versioner: a) Andel personer nyinsjuknade i psoriasisartrit (PsA) som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet vid 4–12 månaders uppföljning. b) Andel personer med PsA som inlett behandling med biologiska läkemedel och som uppnår remission eller låg sjukdomsaktivitet 4–12 månaders efter behandlingsstart.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning. DAPSA (Disease activity in Psoriatic Arthritis) är ett sammansatt aktivitetsmått, som är specifikt för PsA. Det består av 5 komponenter: Antal ömma leder (68 leder), antal svullna (66 leder), patientens globala VAS (0-10), patientens smärtskattning (0-10) samt CRP. Värdet på det sammansatta måttet kan klassas in på detta sätt: - mellan 0-4 bedöms som remission, - 5-14 låg sjukdomsaktivitet, - 15-28 måttlig sjukdomsaktivitet och - >28 hög sjukdomsaktivitet.  DAPSA är redan mätbart och finns som aktivitetsmått i SRQ. Det har dock ännu inte fått spridning bland klinikerna eftersom den är mer omfattande än DAS28 och tar längre tid att genomföra. Ett värde under eller lika med 4, remission, motsvarar den önskvärda nivån ur ett patientperspektiv. Ur ett verksamhetsperspektiv strävar man i första hand efter en låg sjukdomsaktivitet (DAPSA≤14) vilket innebär att behandlingen kan motiveras ur ett kostnadsperspektiv. De flesta enheter i Sverige registrerar redan idag delar av DAPSA för personer med PsA men registreringen är bristfällig och inte tillförlitlig.
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	Schoels MM, Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Disease activity in psoriatic arthritis (PsA): defining remission and treatment success using the DAPSA score. Ann Rheum Dis 2016;75:811-8.
<b>Riktning</b>	En hög andel med låg sjukdomsaktivitet eller remission, dvs. en nivå på DAPSA antingen under eller lika med 14 eller under eller lika med 4 eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.



<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).
<b>Datakällans status</b>	Detta är en <b>utvecklingsindikator</b> . Kvalitetsregister (SRQ) avser att registrera DAPSA för samtliga personer som behandlas för PsA i framtiden. Idag registrerar de flesta enheter åtminstone vissa komponenter i DAPSA-måttet.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Registrets täckning av personer med PsA har brister. Vad gäller behandling med biologiska läkemedel vid PsA har registret en god täckning, i nivå med täckningsgraden för RA. Däremot kan det vara osäkert hur ofta DAPSA finns tillgänglig, beror på hur man registrerat ledstatus.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Här mäts sjukdomsaktiviteten vid PsA med måttet DAPSA. Indikatormåttet är andelen personer med PsA och nyinsatt behandling som har ett rapporterat värde på DAPSA över 14 och som någon gång 4–12 månader efter behandlingsstart får ett värde under eller lika med 4, alternativt under eller lika med 14 (alternativ a och b nedan).
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Samtliga registrerade fall av psoriasisartrit enligt kvalitetsregistret SRQ där personen är 18 år eller äldre med ett DAPSA-värde över 14 vid behandlingsstart. Både diagnosen psoriasisartrit och insatta åtgärder som påvisar behandlingsstart definieras av kvalitetsregistret SRQ.
<i>Målpopulation:</i>	Alla fall av psoriasisartrit i Sverige där personen är 18 år eller äldre med ett DAPSA-värde över 14 vid behandlingsstart.
<i>Täjlare:</i>	Indikatorn mäts med två täjlare, en för varje utfall. Personer i mätpopulationen som <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAPSA-värde på <math>\leq 4</math> (remission)</li> <li>b. vid uppföljning 4–12 månader efter behandlingsstart har minst ett DAPSA-värde som understiger <math>\leq 14</math> (låg sjukdomsaktivitet).</li> </ul>
<i>Nämnare:</i>	Samtliga fall i mätpopulationen.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	Indikatorn bör göras i två varianter, en för samtliga nydiagnostiserade och en för dem som inlett behandling med biologiska läkemedel.

Verksamhetsområde: Hälso-och sjukvård	
Indikatorområden: Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	<b>P7. Biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit</b>
<b>Mått</b>	Antal personer med psoriasisartrit (PsA) som får biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel per 100 000 i befolkningen.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Psoriasisartrit är en inflammatorisk ledsjukdom associerad med hudpsoriasis. Sjukdomen orsakar värk och stelhet och kan ge bestående skador på leder, vilket sammantaget riskerar att medföra en betydande funktionsnedsättning. Standardbehandling är COX-hämmare och lokala kortisoninjektioner, oftast i kombination med konventionella syntetiska anti-reumatiska läkemedel (konventionella syntetiska DMARD-läkemedel). Förskrivningen av biologiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) vid psoriasisartrit har ökat under de senaste åren. Vid PsA rekommenderas behandling med TNF-hämmare eller biologiska DMARD-läkemedel som hämmar cytokinerna IL17A och IL12/23 vid hög inflammatorisk aktivitet när standard behandling gett otillräcklig effekt. Ett annat behandlingsalternativ som rekommenderas för svårare fall av psoriasisartrit med otillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling är målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (JAK-hämmare).
<b>Tolkning</b>	Indikator mäter andelen som får behandling med biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel, inte om patienten får rätt behandling.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Rekommendationer i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar och rekommendationer i Svensk Reumatologisk Föreningens riktlinjer för läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit och psoriasisartrit.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på tre rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, biologiskt läkemedel TNF-hämmare vid psoriasisartrit (P3:0, prioritet 1), biologiskt läkemedel IL17A-hämmare eller IL12/23-hämmare vid psoriasisartrit (P3.2, prioritet 3) och JAK-hämmare vid psoriasisartrit (P3:6, prioritet 3). Rekommendationerna avser patientgruppen med medelhög till hög sjukdomsaktivitet och otillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling.
<b>Referens</b>	Svensk Reumatologisk Förening. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit och psoriasisartrit. Psoriasis och psoriasisartrit – Läkemedelsverket. Behandlingsrekommendationen om behandling av psoriasis och psoriasisartrit med tillhörande material. Tryckt version: 2019:(30)2.
<b>Riktning</b>	Indikatorn saknar riktning då det idag föreligger viss regional variation, och det finns svårigheter med att beräkna rätt nivå för hur många som bör få denna behandling. Ett bra resultat är att behandlingen är lika tillgänglig över landet med en låg regional variation.
<b>Målnivå</b>	± 25 procent från genomsnittet för riket.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) samt patientregistret och läkemedelsregister vid Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	Kvalitetsregister (SRQ) uppdateras kontinuerligt med uppgift om nysjuknande och behandling med biologiska och målinriktade syntetiska DMARD läkemedel för PsA. Vad gäller biologisk läkemedelsbehandling vid PsA har registret en god täckningsgrad.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Sannolikt får populationen i SRQ insatsen i högre utsträckning. Därför kompletteras indikatorn med uppgifter från Socialstyrelsens patientregister.

## Teknisk beskrivning

Indikatorn mäter antalet personer med PsA diagnos som får biologiska eller målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel per 100 000 i befolkningen. Avser personer 18 år eller äldre.

Med psoriasisartrit (PsA) avses följande diagnoskoder:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Psoriasis artrit i distal interfalangealled	M07.0*
Arthritis mutilans	M07.1*
Spondylit vid psoriasis	M07.2*
Andra artropatier vid psoriasis	M07.3*
*Psoriasis med ledsjukdom	L40.5+

Diagnoser som utesluts:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Juvenil artrit vid psoriasis	M09.0 (L40.5+)

Biologiska DMARD-läkemedel (bDMARDs)	ATC kod
Infliximab	L04AB02
Adalimumab	L04AB04
Etanercept	L04AB01
Certolizumabpegol	L04AB05
Golimumab	L04AB06
Sekukinumab	L04AC10
Ixekizumab	L04AC13
Ustekinumab	L04AC05
Abatacept	L04AA24
Guselkumab	L04AC16
Tildrakizumab	L04AC17

Med målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel avses:

Målinriktade syntetiska DMARD-läkemedel (tsDMARDs)	ATC kod
Tofacitinib	L04AA29
Apremilast	L04AA32

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

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

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

som har minst 2 läkarbesök med diagnos psoriasisartrit i öppen specialiserad vård, varav minst det ena har MVO (medicinskt verksamhetsområde) = reumatologi/intermedicin (förutom i Jönköping där reumatologi ska ersättas med ortopedi), någon gång under de senaste 3 åren, samt minst ett uttag av biopreparat oavsett typ under det aktuella året enligt läkemedelsregistret. Personer med diagnoser enligt listan ovan utesluts.

Nämnare:

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

## Om redovisningsnivåer och fördelningar

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

## Kommentar

# Indikatorer artros

Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan ledförändringar och symptom är svagt. Då sjukdomsmodifierande behandling saknas är det symptomen som behandlas. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast.

Indikatorerna följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller diagnostik, strukturerat omhändertagande, patientutbildning och fysisk träning, samt kirurgi [2]. Även andra indikatorer som är relevanta för området, som mäter uppföljning av grundbehandling samt smärta och hälsorelaterad livskvalitet vid artros har tagits fram.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid artros:

Verksamhetsområde. Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A1. Patientutbildning och träning vid artros
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid leddkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros vilket ska bidra till ökad motivation för egen insats och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Patientutbildning och regelbunden och handledd fysisk träning är därmed en viktig grundbehandling för personer med artros.
<b>Tolkning</b>	Fysisk träning behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan därför är det enbart personer som får minst 10 handledda tränings tillfällen som ingår i mätningen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på två rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, fysisk träning vid artros i knä eller höft (A.2.2, prioritet 2) och patientutbildning som tillägg till fysisk träning vid artros i knä eller höft (A2.4, prioritet 3).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	≥ 80 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret. Av de registrerade i Svenska Artrosregistret fick år 2019 18 procent patientutbildning kombinerat med 10 ggr eller fler handledd fysisk träning.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret registret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret-registret.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Två komponenter ingår i måttet, patientutbildning och träning. Patientutbildning innebär att patienten har genomgått teoridelen i behandlingen dvs. fått information om vad artros är och hur man på bästa sätt behandlar artros. Träning innebär en genomgång av individuellt träningsprogram med fysioterapeut och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler.

	<p>Behandlingens tidsram räknas från start av första utbildningstillfället till 3 månaders uppföljning. Endast personer som har avslutat patientutbildning och träning med 10 eller fler träningstillfällen vid 3-månadersuppföljning ingår i mätningen. Dvs. man behöver ha deltagit i 3-månadersuppföljningen för att ingå i täljaren. De som inte kommer till 3-månadersuppföljningen faller bort.</p> <p>Mätperioden är ett år, det året som man påbörjar behandlingen.</p> <p>Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.</p>
<p><i>Mät- eller rampopulation:</i></p>	
<p><i>Målpopulation:</i></p>	
<p><i>Täljare:</i></p>	<p>Antal personer enligt nämnnarens definition som fick både patientutbildning och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler.</p>
<p><i>Nämnare:</i></p>	<p>Antal registrerade i Svenska Artrosregistret inom diagnosgruppen knä- och höftartros som haft ett första besök hos fysioterapeut.</p>
<p><b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b></p>	<p>Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.</p>
<p><b>Kommentar</b></p>	<p>Digitala alternativ för fysisk träning exkluderas från jämförelsen eftersom fysisk träning som ges digitalt i den form den ges idag inte är handledd, och dess effekt ännu inte har utvärderats eller jämförts med handledd träning i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier.</p> <p>Baslinjemätningen samt bortfallet vid 3-månadersuppföljning behöver också redovisas.</p>

<b>Hälso-och sjukvård</b>	
<b>Rörelseorganens sjukdomar</b>	
<b>Titel (Kortnamn)</b>	<b>A2. Självskattad hälsa efter patientutbildning och träning vid artros</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som har ett förändrat resultat i EQ-5D 3 månader efter start av patientutbildning och handledd fysisk träning. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast.</p> <p>Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros vilket ska bidra till en ökad motivation för egen insats och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. För att mäta att livskvalitet förbättras efter behandling används olika patientrapporterade mått. EQ-5D är ett sådant instrument som används för att beskriva och mäta generell hälsa och hälsorelaterad livskvalitet.</p>
<b>Tolkning</b>	Fysisk träning behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan. Därför är det enbart personer som får 10 eller fler handledda träningsfall som ingår i mätningen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	All förändring redovisas. Hög andel med förbättrad självskattad hälsa enligt EQ-5D eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret. Av de registrerade i Svenska Artrosregistret fick år 2019 18 procent patientutbildning och 10 ggr eller fler handledd fysisk träning.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret registret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i BOA. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret.</p> <p>Data vid 3-månadersuppföljning samlas in genom en enkät som skickas ut till patienter. Bortfallet vid 3-månadersuppföljning kan påverka resultatet.</p>

<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Två komponenter ingår i måttet, patientutbildning och träning. Patientutbildning innebär att patienten har genomgått teoridelen i behandlingen dvs. fått information om vad artros är och hur man på bästa sätt behandlar artros. Träning innebär en genomgång av individuellt träningsprogram med fysioterapeut och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler.</p> <p>Två mätningar görs, en vid 0 och en efter 3 månader från första besöket. Tre andelar redovisas, en för dem som har förbättrats, en för dem med oförändrat värde och en för dem som har ett försämrat resultat enligt EQ-5D. För att skillnad i resultat ska räknas som kliniskt betydelsefull krävs en förändring på 0,10 i scorevärdet.</p> <p>Endast personer som har avslutat patientutbildning och haft 10 eller fler träningsstillfällen vid 3-månadersuppföljning ingår i mätningen. De som inte kommer till 3-månadersuppföljningen eller inte har gjort en EQ-5D mätning vid två tillfällen faller bort.</p>
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.
<i>Målpopulation:</i>	
<i>Täljare:</i>	<p>Antal personer enligt nämnares definition som fick både patientutbildning och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler och</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) har ett förbättrat (0,10 eller mer) värde på EQ-5D</li> <li>b) har ett oförändrat värde på EQ-5D</li> <li>c) försämrat (0,10 eller mer) värde på EQ-5D</li> </ul> <p>vid 3 månaders uppföljning.</p>
<i>Nämnare:</i>	<p>Antal registrerade i Svenska Artrosregistret inom diagnosgruppen knä- och höftartros som efter ett första besök hos fysioterapeut fick både patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp vid 10 tillfällen eller fler och</p> <p>har gjort en EQ-5D mätning vid två tillfällen, första besöket och 3 månader efter.</p> <p>Alla som fick patientutbildning och träning under ett kalender år ingår i mätningen.</p>
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	<p>Digitala alternativ för fysisk träning exkluderas från jämförelsen eftersom fysisk träning som ges digitalt i den form den ges idag inte är handledd, och dess effekt ännu inte har utvärderats eller jämförts med handledd träning i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier.</p> <p>Bortfallet vid 3-månadersuppföljning från en baslinjemätning redovisas separat.</p> <p>Eftersom detta är ett resultatmått det kan vara lämpligt att resultaten standardiseras efter ålder och kön.</p>



Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A3. Smärta efter patientutbildning och träning vid artros
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som 3 månader efter patientutbildning och handledd fysisk träning har en förändring i smärtanivå mätt på NRS-skala. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros vilket ska bidra till en ökad motivation för egen insats och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. Ett viktigt syfte med behandlingen vid artros är att minska smärtan. Detta mått speglar patientens egen bedömning av behandlingens resultat på smärtreduktion. Numerisk skala (NRS) innebär att patienten väljer en siffra mellan 0 (ingen smärta) och 10 (värsta tänkbara smärta).
<b>Tolkning</b>	Fysisk träning behöver vara regelbunden och av tillräcklig dos för att ha en fysiologisk påverkan därför är det enbart personer som får 10 eller fler handledda träningsfall som ingår i mätningen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn är ett resultatmått som speglar flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna.
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel med förbättrat värde på smärta mätt med NRS eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret. Av de som är registrerade i Svenska Artrosregistret fick år 2019 18 procent patientutbildning och 10 ggr eller fler handledd fysisk träning.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret. Data vid 3-månadersuppföljning samlas in genom en enkät som skickas ut till patienter. Bortfallet vid 3-månadersuppföljning kan påverka resultatet.

**Teknisk beskrivning**

Två komponenter ingår i måttet, patientutbildning och träning. Patientutbildning innebär att patienten har genomgått teoridelen i behandlingen dvs. fått information om vad artros är och hur man på bästa sätt behandlar artros. Träning innebär en genomgång av individuellt träningsprogram med fysioterapeut och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler.

Två mätningar görs, en vid 0 och en efter 3 månader från första utbildningsstillfället. Tre andelar redovisas, en för dem som har förbättrats, en för dem med oförändrat värde och en för dem som har försämrats enligt NRS. Som klinisk relevant förändring avses en förändring på 1 poäng i NRS skala.

Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täjlare:

Antal personer enligt nämnnarens definition som fick både patientutbildning och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler och

- a) har ett förbättrat (1 eller mer) resultat på smärtskattningsinstrument NRS
- b) har ett oförändrat resultat på smärtskattningsinstrument NRS
- c) har ett försämrat resultat (1 eller mer) på smärtskattningsinstrument NRS.

vid 3 månaders uppföljning.

Nämnnare:

Antal registrerade i Svenska Artrosregistret inom diagnosgruppen knä- och höftartros som efter ett första besök hos fysioterapeut fick både patientutbildning och handledd fysisk träning vid 10 tillfällen eller fler

och

har gjort en NRS mätning vid två tillfällen, första besöket och 3 månader efter.

Alla som fick patientutbildning och träning under ett kalender år ingår i mätningen.

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Digitala alternativ för fysisk träning exkluderas från jämförelsen eftersom fysisk träning som ges digitalt i den form den ges idag inte är handledd, och dess effekt ännu inte har utvärderats eller jämförts med handledd träning i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier.

Bortfallet vid 3-månadersuppföljning från en baslinjemätning redovisas separat.

Eftersom detta är ett resultatmått det kan vara lämpligt att resultaten standardiseras efter ålder och kön.

Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A4. Patientutbildning och träning före ledprotosoperation
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som fått patientutbildning och handledd fysisk träning före ledprotosoperation. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Ett strukturerat omhändertagande och behandling vid artros syftar till att personer med artros ska få rätt vård i rätt tid. Vårdinsatserna ges på tre nivåer (behandlingspyramid) där patienterna börjar med grundbehandling. Viktiga delar i grundbehandlingen utgörs av patientutbildning om sjukdomen artros, handledd strukturerad och individanpassad fysisk träning, samt viktreduktion vid behov. De patienter som inte får tillfredsställande resultat av grundbehandling får en tilläggsbehandling med smärtlindrande läkemedel, hjälpmedel för avlastning eller annan passiv behandling. För några få patienter ger denna utökade, icke-kirurgiska behandling inte tillräcklig besvärslindring. De remitteras därför till ortopedkirurg för ställningstagande till eventuell operation. Strukturerad omhändertagande enligt behandlingspyramid innebär att behandlingen inleds vid pyramidens grundnivå både vid misstanke om artros eller vid försämring av tidigare känd knä- eller höftledsartros.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn avser att spegla huruvida vårdinsatser vid artros ges enligt behandlingspyramid.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar; nationella personcenterade och sammanhållna vårdförlopp för knä- och höftledsartros.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid vid artros i knä eller höft (A.1.0, prioritet 2).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	≥ 80 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Uppgift för patientutbildning och träning vid artros: Svenska Artrosregistret. Uppgift för ledprotoskirurgi vid artros: Svenska Ledprotosregistret. Uppgift för diagnos, knä- eller höftledsartros: Svenska Ledprotosregistret och patientregistret, Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret. Svenska Ledprotosregistret har bildats av Höftprotosregistret och Knäprotosregistret, båda med nära 100 procent täckning. Detta medför att andelen som får insatsen underskattas eftersom inte alla som finns i Ledprotosregistret finns i Svenska Artrosregistret.

## Teknisk beskrivning

Två komponenter ingår i måttet, patientutbildning och träning. Patientutbildning innebär att man har genomgått teoridelen i behandlingen dvs. fått information om vad artros är och hur man på bästa sätt behandlar artros. Träning innebär en genomgång av individuellt träningsprogram med fysioterapeut och att man tränat minst 1 gång handledt. Uppgift om handledd träning registreras i Svenska Artrosregistret vid 3-månadersuppföljningen. Det innebär att de som inte kommer till 3-månadersuppföljningen faller bort.

Med artros avses följande diagnosgrupper:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Höftledsartros	M16
Knäledsartros	M17

Med höftprotesoperation avses följande åtgärder:

Åtgärd	KVÅ-kod
Primär total höftledsplastik utan cement	NFB29
Primär total höftledsplastik med hybridteknik	NFB39
Primär total höftledsplastik med cement	NFB49
Primär total höftledsplastik med ytersättningsprotes	NFB62

Med knäprotesoperation avses följande åtgärder:

Åtgärd	KVÅ-kod
Primär halv- eller delprotes i knäled utan cement	NGB09
Primär halv- eller delprotes i knäled med cement	NGB19
Primär totalprotes i knäled utan cement	NGB29
Primär totalprotes i knäled med hybridteknik	NGB39
Primär totalprotes i knäled med cement	NGB49
Primär patellofemoral protes	NGB53

Mät- eller rampopulation:

Målpopulation:

Täjlare:

Nämnare:

## Om redovisningsnivåer och fördelningar

## Kommentar

Antal personer med artros i knä eller höft som har genomgått patientutbildning och haft minst ett tillfälle av handledd fysisk träning före ledproteskirurgi på grund av artros.

Totalt antal personer med artros i knä eller höft som genomgått proteskirurgi på grund av sin artros.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Digitala alternativ för fysisk träning exkluderas från jämförelsen eftersom fysisk träning som ges digitalt i den form den ges idag inte är handledd, och dess effekt ännu inte har utvärderats eller jämförts med handledd träning i tillräcklig omfattning i vetenskapliga studier.

Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A5. Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som fått smärtlindrande läkemedel p.g.a. sin artros före patientutbildning och fysisk träning. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Ett strukturerat omhändertagande och behandling vid artros syftar till att personer med artros ska få rätt vård i rätt tid. Vårdinsatserna ges på tre nivåer (behandlingspyramid) där patienterna börjar med grundbehandling. Viktiga delar i grundbehandlingen utgörs av patientutbildning om sjukdomen artros, handledd strukturerad och individanpassad fysisk träning, samt viktreduktion vid behov. De patienter som inte får tillfredsställande resultat av grundbehandling får en tilläggsbehandling med smärtlindrande läkemedel, hjälpmedel för avlastning eller annan passiv behandling. För några få patienter ger denna utökade, icke-kirurgiska behandling inte tillräcklig besvärslindring. De remitteras därför till ortopedkirurg för ställningstagande till eventuell operation.
<b>Tolkning</b>	Enligt riktlinjernas rekommendation om behandlingspyramid bör förskrivning av antiinflammatoriska och smärtlindrande läkemedel vid artros före grundbehandling vara så lågt som möjligt. Indikatorn mäter konsumtionen av läkemedel som personer med artros äter när de startar grundbehandling, vilket omfattar även receptfria läkemedel. Datakälla saknas i dagsläget för att kunna mäta konsumtion av ordinerade läkemedel med indikation artros.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid vid artros i knä eller höft (A.1.0, prioritet 2).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret. Data är självrapporterad i registret och därför bör resultaten tolkas med försiktighet. Uppgift om opioider saknas för närvarande.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Indikatorn avser att mäta i vilken utsträckning personer med artros får smärtstillande läkemedel före grundbehandlingen dvs. patientutbildning och fysisk träning. Ett första besök hos fysioterapeut avses som start av grundbehandlingen.

	Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.
Mät- eller rampopulation:	Totalt antal registrerade i Svenska Artrosregistret med artros i knä- eller höft som haft ett första besök hos fysioterapeut.
Målpopulation:	
Täljare:	Antal personer enligt nämnares definition som svarat att under de senaste 3 månader innan första besöket har tagit läkemedel för sin artros. Med smärtlindrande läkemedel avses paracetamol NSAID och/eller acetylica, glukosamin, hyaluronsyra-injektioner (tupp-kam), kortison-injektioner eller naturläkemedel.
Nämnare:	Totalt antal registrerade i Svenska Artrosregistret med artros i knä- eller höft som haft ett första besök hos fysioterapeut.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse-land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
<b>Kommentar</b>	

Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A6. Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros
<b>Mått</b>	Andel personer med symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft som genomgått bilddiagnostik före patientutbildning och fysisk träning. Avser personer 18 år och äldre.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast. Det finns inte något standardiserat test för att diagnostisera artros i knä eller höft. Bilddiagnostik som tillägg till den kliniska bedömningen är inte nödvändigt för att ställa diagnos när personer uppvisar typiska symtom och kliniska fynd på artros. Behov för bilddiagnostik finns i de fall där osäkerhet råder om diagnos t.ex. hos personer som uppvisar atypiska symtom eller kliniska fynd efter en samlad klinisk bedömning. Med bilddiagnostik avses röntgen, ultraljud eller magnetkamera.
<b>Tolkning</b>	Patientutbildning, fysisk träning samt vid behov viktreduktion utgör grundbehandlingen vid artros. Indikatorn är avsedd att mäta i vilken utsträckning används bilddiagnostik för att fastställa diagnosen artros, dvs. före grundbehandlingen för artros påbörjas.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på två rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, bilddiagnostik som tillägg till klinisk bedömning vid symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft (A.1.2, prioritet 7) och bilddiagnostik som tillägg till klinisk bedömning vid misstänkt artros i knä eller höft där osäkerhet råder om diagnos (A1.3, prioritet 4).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	≤ 25 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret. Antalet personer som registreras kan variera mellan regionerna, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten. En annan möjlig felkälla är att uppgifterna i Svenska Artrosregistret bygger på självrapporterade data. Det är alltså patienten själv som anger om hen har genomgått bilddiagnostik, i stället för att informationen

<b>Teknisk beskrivning</b>	hämtas från den verksamhet som har genomfört undersökningen. I registret finns det inte heller möjlighet att särskilja första besök vid ny diagnos från en första registrering vid försämring av tidigare artros.
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Indikatorn avser att mäta i vilken utsträckning bilddiagnostik används för att fastställa diagnosen artros, dvs. före grundbehandlingen för artros påbörjas. Ett första besök hos fysioterapeut avses som start av grundbehandlingen.
<i>Målpopulation:</i>	Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.
<i>Täljare:</i>	Personer 18 år och äldre med artros i knä eller höft som vid första besöket och före start av patientutbildning och fysisk träning svarat på frågan att de har genomgått bilddiagnostik.
<i>Nämnamnare:</i>	Antal personer med misstänkt artros i knä eller höft som vid första besöket till fysioterapeut svarat ja på frågan att de har genomgått bilddiagnostik med röntgen eller magnetkamera före patientutbildning och fysisk träning.
<b>Om redovisningsnivåer och fördelningar</b>	Totalt antal registrerade i Svenska Artrosregistret med artros i knä- eller höft som haft ett första besök hos fysioterapeut.
<b>Kommentar</b>	Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.
	Resultaten redovisas både som totalen (andelen som genomgått bilddiagnostik) och separat för röntgen och magnetkamera.



Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A7. Artroskopisk kirurgi vid misstänkt artros eller degenerativa tillstånd i knä
<b>Mått</b>	Antal artroskopier i knäled vid artros eller degenerativa tillstånd med eller utan artros, per 100 000 invånare. Avser personer 18 år och äldre.
<b>Mätenhet</b>	Antal per 100 000 invånare.
<b>Syfte</b>	Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Operationen syftar till att minska smärtan och förbättra funktionen i knäet. En genomgång av forskningsläget visar dock att artroskopisk kirurgi vid artros inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Dessutom ger artroskopisk kirurgi en viss risk för komplikationer, till exempel en infektion eller blodpropp i benets djupt liggande vener (ventrombos) eller infektion. I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör utföra artroskopisk kirurgi vid smärta i knä vid artros och/eller misstanke om degenerativ meniskskada.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn avses att mäta artroskopier som görs vid smärta i knä vid artros eller andra misstänka degenerativa förändringar i menisk. Artroskopiska åtgärder i samband med trauma i knät exkluderas från jämförelsen.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, artroskopisk kirurgi vid smärta i knä vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada (A4.0, prioritet icke-göra).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Lågt antal eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad och säker vård.
<b>Datakälla</b>	Patientregistret, Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	En felkälla är att i patientregistret registreras inte lateralitet d.v.s. vänster och höger kroppsdelen. Detta innebär att diagnosen inte kan kopplas till kroppssida för åtgärden med säkerhet. En annan möjlig felkälla är att alla artroskopier inte rapporteras till patientregistret. Det kan finnas skillnader i registrering mellan offentliga och privata vårdgivare.
<b>Teknisk beskrivning</b>	Antal artroskopier i befolkningen 18 år och äldre under ett årsperiod.  Åtgärder som följs upp för patientgruppen med indikation smärta i knät och konstaterad eller misstänkt artros eller skada på menisk visas i följande tabell.

Åtgärd	KVÅ-kod
Artroskopisk eller endoskopisk exploration av knäled	NGA11
Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av menisk	NGD11
Replantation av menisk i knäled - Artroskopisk eller endoskopisk	NGD21
Artroskopisk eller endoskopisk partiell synovektomi i knäled	NGF11
Artroskopisk eller endoskopisk partiell excision av ledbrusk i knäled	NGF31
Annan operation på ledhinnor eller ledytter i knäled-Artroskopisk eller endoskopisk	NGF91

Mät- eller rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Antal artroskopier i knäled enligt tabellen ovan vid artros eller degenerativa tillstånd med eller utan artros, per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre.

Åtgärderna kopplas till följande diagnoser:

Huvuddiagnos	ICD 10
Knäartros	M17
Sjukdomar i patella	M22
Andra sjukliga förändringar i knäled	M23
Andra specificerade rubbningar i leder	M24
Andra ledsjukdomar som ej klassificeras på annan plats	M25
Synovit och tenosynovit (inflammation i ledhinnor och senor)	M65
Andra sjukdomar i ledhinna och sena	M67
Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras på annan plats	M79
Andra sjukdomar i ben- och broskvävnad	M93
Andra brosksjukdomar	M94

Diagnoser som exkluderas:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Luxation och distorsion i knäets leder och ligament	S83

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

**Kommentar**

Antal personer, 18 år eller äldre i befolkningen.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen kan presenteras på personernas hemort och på län för den region som producerar vård, motsvarande sjukvårdsregion.

Verksamhetsområde. Hälsa-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	A8. Uppföljning 3 månader efter första besök hos fysioterapeut
<b>Mått</b>	Andel personer med artros i knä eller höft som efter ett första besök hos fysioterapeut deltagit i 3-månadersuppföljningen. Avser personer 18 år och över.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Artros karaktäriseras av långsamt ökande ledförändringar med broskförlust och nybildning av ben vid ledkanterna. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Sambandet mellan symtom och undersökningsfynd är svagt, liksom mellan symtom och observerbara strukturförändringar i leden, särskilt i tidigt skede av sjukdomen. Artros förekommer i alla leder, men artros i knän och höfter är vanligast.</p> <p>Patientutbildning och handledd fysisk träning utgör grundbehandlingen för personer med artros. Patientutbildning syftar till en ökad kunskap om artros vilket ska bidra till ökad motivation för egen insats och ett förbättrat hälsotillstånd. Fysisk träning inriktas på att lindra smärtan och förbättra funktionen. För att utvärdera effekten av behandlingen behövs det ett uppföljningsbesök hos fysioterapeut efter en första träningsperiod.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Svenska Artrosregistret (tidigare BOA-registret).
<b>Datakällans status</b>	Data finns tillgänglig, kontinuerlig insamling. Det finns brister i täckning av vårdgivarna som registrerar i Svenska Artrosregistret.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Låg täckningsgrad i Svenska Artrosregistret registret, sannolikt finns det fler vårdgivare som ger insatsen än de som registrerar i Svenska Artrosregistret. Till viss del kan det vara ett selektivt urval i Svenska Artrosregistret-registret.
<b>Teknisk beskrivning</b>	<p>Samtliga första besök som följs upp ingår i måttet, oavsett vilken insats vad gäller patientutbildning och fysisk träning patienten fått från första besöket till uppföljningsbesöket, och oavsett träningsform eller omfattning.</p> <p>Mätperioden är ett år, det året som man påbörjar behandlingen.</p> <p>Knä- och höftartrosdiagnos definieras av kvalitetsregistret.</p>

Mät- eller  
rampopula-  
tion:

Målpopulat-  
ion:

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

Antal personer enligt nämnares definition som deltagit i 3-månaders uppföljningen.

Antal registrerade i Svenska Artrosregistret inom diagnosgruppen knä- och höftartros som haft ett första besök hos fysioterapeut.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

# Indikatorer osteoporos

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

Indikatorerna följer riktlinjernas rekommendationer vad gäller diagnostik och utredning, strukturerat omhändertagande, samt läkemedelsbehandling vid osteoporos [2]. Även andra indikatorer som är relevanta för området, såsom dödlighet efter fraktur, återfrakturer efter benskörhetsfraktur, samt kirurgi vid höftfraktur har tagits fram.

Socialstyrelsen har tagit fram följande indikatorer för vård vid osteoporos:

Hälso- och sjukvård									
Rörelseorganens sjukdomar									
Titel (Kortnamn)	O1. Dödlighet efter höftfraktur								
<b>Mått</b>	Andel personer 50 år och äldre som avled inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur.								
<b>Mätenhet</b>	Procent.								
<b>Syfte</b>	Varje år inträffar cirka 15 000 – 16 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till ordinärt boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.								
<b>Tolkning</b>	De höftfrakturer som inkluderats i måttet orsakas oftast av fall i samma plan i kombination med osteoporos.								
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.								
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>									
<b>Referens</b>									
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.								
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.								
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.								
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.								
<b>Datakälla</b>	Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.								
<b>Datakällans status</b>	Kontinuerlig insamling.								
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Andelen avlidna påverkas till viss del av faktorer såsom personens ålder och annan samtidig sjukdom eller skada. Endast personer som vårdats på sjukhus till följd av sin fraktur ingår i jämförelsen.								
<b>Teknisk beskrivning</b>	Förstagångsfraktur innebär att man har varit frakturefri i 10 år. Med höftfraktur avses följande diagnoskoder:								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>Diagnoskod – ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kollumfraktur</td> <td>S720</td> </tr> <tr> <td>Pertrokantär fraktur</td> <td>S721</td> </tr> <tr> <td>Subtrokantär fraktur</td> <td>S722</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	Diagnoskod – ICD 10	Kollumfraktur	S720	Pertrokantär fraktur	S721	Subtrokantär fraktur	S722
Diagnos	Diagnoskod – ICD 10								
Kollumfraktur	S720								
Pertrokantär fraktur	S721								
Subtrokantär fraktur	S722								

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

Antal personer i nämnaren som avled inom 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur.

Totalt antal personer 50 år och äldre som sjukhusvårdats för förstagångshöftfraktur.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Resultaten bör åldersstandardiseras för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan regionerna ska påverka jämförelsen.

Hälso- och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	O2. Tidig operation vid höftfraktur
<b>Mått</b>	Andel fall av höftfraktur som opereras inom 24 eller 48 timmar från ankomst till sjukhus.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Varje år inträffar cirka 15 000 – 16 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Höftfrakturoperationen bör utföras så snart som möjligt, helst inom 24-48 timmar. Dröjer tiden till operation ökar risken för komplikationer.
<b>Tolkning</b>	De frakturer som inkluderas i måttet orsakas oftast av fall i samma plan i kombination med osteoporos.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	
<b>Referens</b>	Greve K, Modig K, Talbäck M, Bartha E, Hedström M. No association between waiting time to surgery and mortality for healthier patients with hip fracture: a nationwide Swedish cohort of 59,675 patients. Acta Orthop 2020; 91(4):396-400.  The HIP ATTACK Investigators. Accelerated surgery versus standard care in hip fracture (HIP ATTACK): an international, randomised, controlled trial. Lancet 2020; 395(10225):698-708.  Leer-Salvesen S, Engesaeter LB, Dybvik E, Furnes O, Kristensen TB, Gjertsen JE. Does time from fracture to surgery affect mortality and intraoperative medical complications for hip fracture patients? An observational study of 73 557 patients reported to the Norwegian Hip Fracture Register. Bone Joint J 2019; 101-B(9):1129-1137.
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Rikshöft.
<b>Datakällans status</b>	Kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Andelen som opereras för höftfraktur inom 24 eller 48 timmar påverkas till viss del av faktorer såsom personens ålder och annan samtidig sjukdom eller skada.



**Teknisk beskrivning**

Beräkningen av tiden till operation baseras i Rikshöft på ankomsttid till sjukhus och den registrerade knivtiden från operationsjournalen. Med höftfraktur avses följande diagnoskoder.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Kollumfraktur	S720
Pertrokantär fraktur	S721
Subtrokantär fraktur	S722

Med höftfrakturopoperation avses:

Åtgärd	KVÅ-kod
Osteosyntes av femurfraktur med cerklage, collumspik, stift eller dylikt	NFJ49
Osteosyntes av femurfraktur med skruvar enbart	NFJ79
Osteosyntes av femurfraktur med cerklage, collumspik, stift eller dylikt	NFJ49
Osteosyntes av femurfraktur med skruvar enbart	NFJ79
Osteosyntes av femurfraktur med cerklage, collumspik, stift eller dylikt	NFJ49
Osteosyntes av femurfraktur med skruvar enbart	NFJ79
Osteosyntes av femurfraktur med platta och skruvar	NFJ69
Osteosyntes av femurfraktur med annan eller kombinerad metod	NFJ89
Osteosyntes av femurfraktur med märkepik	NFJ59
Primär halv- eller delprotes i höftled utan cement	NFB09
rimär halv- eller delprotes i höftled med cement	NFB19
Primär total höftledsplastik med hybridteknik	NFB39
Primär total höftledsplastik med cement	NFB49

Mät- eller rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Antal fall av höftfraktur hos personer 50 år och äldre som opererades inom

- a) 24 timmar
- b) 48 timmar.

Nämnare:

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

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Resultaten kan åldersstandardiseras för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan regionerna ska påverka jämförelsen.

Hälso- och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	O3. Återfrakturer inom 3 år efter benskörhetsfraktur
<b>Mått</b>	Antal nya frakturer inom 3 år per 100 000 levnadsår efter benskörhetsfraktur.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare, vilket gör att benet bryts lättare. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen. En benskörhetsfraktur är en fraktur som uppkommer efter ett trauma som motsvarar fall i samma plan eller mindre. Den som löper hög risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos.</p> <p>När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom kan man motivera personen till ökad fysisk aktivitet eftersom det har en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur.</p>
<b>Tolkning</b>	<p>Patientregistret omfattar inte personer som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast personer som vårdats på sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen.</p> <p>Diagnosättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa personer handläggs inom primärvården. Eftersom personer i primärvård inte ingår i patientregistret är det sannolikt att antalet återfrakturer underskattas i jämförelsen.</p>
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn speglar flera av de frakturförebyggande åtgärder som ingår i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Låg incidens eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Patientregistret, Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	Kontinuerlig insamling.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	<p>Frakturer som handläggs inom primärvården ingår inte i mätningen. Enbart frakturer som kräver behandling med nedanstående KVÅ ingrepp räknas med.</p> <p>För att undvika dubbelregistrering p.g.a. vårdtillfällen för samma fraktur tas de första 3 månaderna bort från mätperioden. Detta kan medföra</p>

**Teknisk beskrivning**

att nya frakturer som uppstår under de första 3 månaderna efter första frakturen är inte med i beräkningen.

Endast frakturer i slutenvård eller öppen specialiserad vård ingår i mätningen. Endast personens första fraktur under respektive år följs upp under en period av 3 år, d.v.s. 1095 dagar, minus de första 90 dagar då det finns en risk att man fångar återbesök. Samtliga återfrakturer inom perioden räknas in i täljaren.

Mät- eller ram-  
population:

Målpopulation:

Täljare:

Antal nya frakturer inom 3 år efter benskörhetsfraktur, som behandlas i slutenvård eller öppen specialiserad vård.

Nämnare:

Antal levnadsår inom 3 år efter benskörhetsfraktur.  
Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för benskörhetsfraktur under perioden.  
Återfraktur definieras som nytt vårdtillfälle med benskörhetsfraktur i kombination med en operation på rörelseapparaten (KVÅ-kod=N) eller ett mindre ortopediskt ingrepp (KVÅ-kod=TN) inom 3 år efter den första frakturen. För att det ska räknas som en ny fraktur måste det dessutom vara minst tre månader mellan det aktuella vårdtillfället och det nya vårdtillfället.

Med benskörhetsfraktur avses följande diagnoser:

Huvud- eller bidiagnos	ICD 10
Fraktur på nedre delen av radius	S525
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius	S526
Fraktur på övre delen av humerus	S422
Fraktur på humerusskäftet	S423
Fraktur på revben, bröstbenet och bröstkotpelaren	S22
<b>Kollumfraktur</b>	<b>S720</b>
<b>Perrokantär fraktur</b>	<b>S721</b>
<b>Subrokantär fraktur</b>	<b>S722</b>
Fraktur på övre delen av fibia	S821
Fraktur på sakrum	S321
Fraktur på koccyx	S322
Fraktur på os pubis	S325
Multipla frakturer på ländkotpelaren och bäckenet	S327
Fraktur på andra och ospecificerade delar av ländkot-pelaren och bäckenet	S328

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Resultaten redovisas uppdelade på  
a) Antal frakturer för de tre frakturtyper för höftfraktur  
b) Samtliga frakturer enligt tabellen ovan.

Resultaten kan åldersstandardiseras för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan regionerna ska påverka jämförelsen.

Hälso- och sjukvård									
Rörelseorganens sjukdomar									
Titel (Kortnamn)	O4. Höftfrakturer bland personer som bor i särskilt boende								
<b>Mått</b>	Antal sjukhusvårdade benskörhetsfrakturer i höft per 100 000 personer som bor i särskilt boende.								
<b>Mätenhet</b>									
<b>Syfte</b>	Varje år inträffar cirka 15 000 – 16 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till ordinärt boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Indikatoren visar dessutom den kommunala hälso- och sjukvården förebyggande arbete med fallprevention inom särskilda boenden.								
<b>Tolkning</b>	De höftfrakturer som inkluderats i måttet orsakas oftast av fall i samma plan i kombination med osteoporos. Populationen är alla som har SÄBO som insats enligt socialtjänstlagen vid tillfället eller möjligen även efter LSS.								
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.								
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatoren speglar flera av de frakturförebyggande åtgärder som ingår i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar.								
<b>Referens</b>									
<b>Riktning</b>	Låg andel eftersträvas.								
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.								
<b>Typ av indikator</b>	Resultatmått.								
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.								
<b>Datakälla</b>	Patientregistret och registret över insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning, Socialstyrelsen.								
<b>Datakällans status</b>	Kontinuerlig insamling.								
<b>Felkällor och begränsningar</b>									
<b>Teknisk beskrivning</b>	Med benskörhetsfraktur i höften avses följande diagnoskoder.								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Diagnos</th> <th>Diagnoskod – ICD 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kollumfraktur</td> <td>S720</td> </tr> <tr> <td>Pertrokantör fraktur</td> <td>S721</td> </tr> <tr> <td>Subtrokantör fraktur</td> <td>S722</td> </tr> </tbody> </table>	Diagnos	Diagnoskod – ICD 10	Kollumfraktur	S720	Pertrokantör fraktur	S721	Subtrokantör fraktur	S722
Diagnos	Diagnoskod – ICD 10								
Kollumfraktur	S720								
Pertrokantör fraktur	S721								
Subtrokantör fraktur	S722								
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Alla som har SÄBO som insats enligt socialtjänstlagen vid tillfället eller möjligen även efter LSS. Avser personer 50 år och äldre.								

Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

Antal personer enligt nämnares definition som sjukhusvårdats för benskörhetsfrakturer i höft under det aktuella året.

Totalt antal personer som bor särskilt boende, 50 år och äldre det aktuella året.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelse land. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

Resultaten kan åldersstandardiseras för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan olika län eller regioner ska påverka jämförelsen.

Verksamhetsområde. Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	O5. Behandling med benspecifika läkemedel efter benskörhetsfraktur
<b>Mått</b>	Andel personer som hämtat ut benspecifika läkemedel från apotek eller som fått benspecifika läkemedel av infusions- eller injektionstyp som rekvisition inom slutenvård eller den specialiserade öppna vården 0–12 månader efter förstagångsbenskörhetsfraktur.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare, vilket gör att benet bryts lättare. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen. En benskörhetsfraktur är en fraktur som uppkommer efter ett trauma som motsvarar fall i samma plan eller mindre. Den som löper hög risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos. Kot- eller höftfrakturer innebär en mycket hög risk för framtida frakturer och ger en hög påverkan på livskvalitet, funktion och risk för förtida död. Därför bör personer med benskörhetsfraktur i hög grad övervägas för behandling med antiresorptiva läkemedel (bisfosfonater, denosumab), som minskar nedbrytningen av skelettet, och vid multipla kotfrakturer teriparatid, ett läkemedel som stimulerar benformation. Läkemedelsbehandlingen minskar risken för ny fraktur.
<b>Tolkning</b>	Av de benspecifika läkemedel som ges som injektion eller infusion uppskattas det att ungefär en tredjedel ges på recept. Indikatorn mäter andelen som får behandlingen, inte att rätt behandling ges till rätt patient.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på två rekommendationer i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, antiresorptiva läkemedel vid benskörhetsfraktur i rygg eller höft (O3:1, prioritet 2) och teriparatid vid multipla kotfrakturer med uttalat låg bentäthet (O3:2, prioritet 2).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Uppgifter för recept från läkemedelsregistret (Socialstyrelsen). Uppgifter för rekvisition från patientregistret (Socialstyrelsen).
<b>Datakällans status</b>	<b>Utvecklingsindikator.</b> Vad gäller läkemedel som ges på recept finns data tillgänglig i läkemedelsregistret med kontinuerlig insamling. Enhetlig och kontinuerlig registrering av rekvisitionsläkemedel för osteoporos saknas i nuläget. Data för rekvisitionsläkemedel hämtas ut från patientregistret i de fall det anges en åtgärdskod för infusion eller injektion av ett benspecifikt läkemedel till patient med osteoporos. Detta sker idag i begränsad omfattning. Indikatorn får betraktas som utvecklingsindikator i väntan på en förbättrad registrering av rekvisitionsläkemedel i data från e-hälsomyndigheten.

**Felkällor och begränsningar****Teknisk beskrivning**

Av den totala ordinationen av benspecifika läkemedel för osteoporos uppskattas att endast en tredjedel ges på recept. Det finns stor variation mellan regionerna i registreringen av rekvisitionsläkemedel som åtgärd i patientregistret.

Med förstagångsfraktur avses här att patienten varit frakturfri i tio år.

Med benskörhetsfraktur avses följande diagnoser:

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

Förekomst av dessa frakturer i åldrar över 50 avses som tecken för osteoporos. Diagnoskoderna används för att definiera populationen med osteoporos och hög fraktur risk.

Med benspecifika läkemedel avses:

Läkemedel	ATC-kod
Bisfosfonater och Denosumab	M05B
Teriparatid	H05AA02

Mät- eller rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

- Antal personer 50 år eller äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel på apotek eller fått benspecifika läkemedel av infusions- eller injektionstyp som rekvisition i sluten eller öppen specialiserad vård efter förstagångsbenskörhetsfraktur.
- Antal personer 50 år eller äldre som fått benspecifika läkemedel av infusions- eller injektionstyp efter förstagångsbenskörhetsfraktur som behandlats i sluten eller öppen specialiserad vård.

Nämnare:

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

**Om redovisningsnivåer och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

Höftfrakturer (tre koder enligt tabellen ovan) särredovisas avseende bisfosfonater och denosumab.

Uppgifter för rekvisitionskostnader jämfört med den totala läkemedelskostnaden på regionnivå (AUP utan moms per län) kommer redovisas som bakgrundsmått (uppgifter från Concise statistiksystem, e-Hälsomyndigheten).

Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	<b>O6. Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur</b>
<b>Mått</b>	Andel personer med benskörhetsfraktur som bedöms av en frakturkoordinator. Med bedömning avses att frakturkoordinatorm har fått tillräcklig information för att kunna bedöma behovet av vidare utredning.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare, vilket gör att benet bryts lättare. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen. En benskörhetsfraktur är en fraktur som uppkommer efter ett trauma som motsvarar fall i samma plan eller mindre. Den som löper hög risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos. En frakturkedja innebär ett strukturerat omhändertagande av äldre personer efter fraktur dvs. systematisk riskvärdering, utredning och behandling, för att kunna förebygga nya frakturer. En frakturkedja innebär ett multidisciplinärt arbetssätt, där basen i teamet utgörs av en koordinator. Frakturkedjakoordinator agerar som länk mellan patient och berörda specialiteter som ortopedi, geriatrisk och primärvård. Koordinator följer upp personer som behandlats för fraktur och ser till att de enligt vissa kriterier blir kallade till en frakturrisksbedömning, i tillämpliga fall genomgår en bentätetsmätning och vid behov får frakturskyddande behandling.
<b>Tolkning</b>	Indikatorn mäter enbart koordinator som funktion i frakturkedjan. Andra komponenter i en frakturkedja kan påverka kvaliteten.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, systematisk riskvärdering, utredning och behandling (frakturkedja med koordinatörer) vid benskörhetsfraktur (O1:5, prioritet 1).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	≥ 90 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Enkät till regionernas specialistverksamheter (osteoporosmottagningar och röntgenkliniker).
<b>Datakällans status</b>	
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till regionens specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de gör en systematisk riskvärdering, utredning och behandling av personer med benskörhetsfraktur (frakturkedja med koordinatörer). Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	
<i>Mät- eller rampopulation:</i>	Personer som vårdats för benskörhetsfraktur inom slut- eller öppen specialiserad vård under ett år.



Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

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

Totalt antal personer med benskörhetsfraktur som vårdats inom slutent eller öppen specialiserad vård under ett år.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och verksamhetsnivå.

Hälso-och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	O7. Bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA
<b>Mått</b>	Andel osteoporosmottagningar och röntgenkliniker som använder VFA (vertebral fracture assessment) bland de som gör bentäthetsmätningar med DXA (dual-energy x-ray absorptiometry).
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	Osteoporos innebär en minskad mängd benvävnad och att skelettet får en tunnare struktur och därmed en minskad hållfasthet. Upptäckt och obehandlat kan det leda till en ökad risk för frakturer. Oberoende av låg bentäthet leder även faktorer som ålder, kön, längd, vikt, tidigare frakturer, höftfraktur hos föräldrar, rökning, kortisonbehandling och vissa sjukdomar till en ökad frakturrisik. Risken för fraktur bedöms utifrån en samlad klinisk bedömning. Den framtida frakturrisiken ökar hos en patient som har kotkompressioner. Kotkompressioner är dock kraftigt underdiagnostiserade, och man uppskattar att endast cirka var tredje patient med kotfraktur diagnostiseras. Kotkompressioner kan diagnostiseras med vertebral fracture assessment (VFA), i samband med bentäthetsmätning med central dual-energy x-ray absorptiometry (DXA).
<b>Tolkning</b>	Indikatorn är ett strukturmått som avser att mäta hur stor andel av specialistverksamheter som har tillgång till denna diagnostiska metod. Indikatorn mäter inte hur stor andel av personer med osteoporos som genomgår en DXA/VFA-mätning.
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA (vertebral fracture assessment) vid förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning (O1:2, prioritet 2).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Hög andel eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	100 procent.
<b>Typ av indikator</b>	Strukturmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Enkät till regionernas specialistverksamheter (osteoporosmottagningar och röntgenkliniker).
<b>Datakällans status</b>	
<b>Felkällor och begränsningar</b>	Indikatorn baseras på resultat från en enkätundersökning till regionernas specialistverksamheter, där dessa får beskriva om de använder VFA i kombination med DXA för att diagnostisera kotkompressioner hos personer med osteoporos och/eller hög risk för fraktur. Ett eventuellt bortfall på enkäten påverkar resultatens tillförlitlighet.
<b>Teknisk beskrivning</b>	För att kunna utföra denna diagnostiska metod behöver specialistverksamheter ha tillgång till den apparatur och personal som kan utföra VFA-undersökning samt läkare som tolkar DXA och VFA. Med specialistverksamhet avses osteoporosmottagningar och röntgenkliniker inom regionen.

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

**Kommentar**

Antal specialistverksamheter som använder VFA.

Totalt antal specialistverksamheter som gör bentäthetsmätningar med DXA.

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion och verksamhetsnivå.

Hälso- och sjukvård	
Rörelseorganens sjukdomar	
Titel (Kortnamn)	O8. Behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur
<b>Mått</b>	Andel personer som vårdats för förstagångs benskörhetsfraktur och som 6–12 månader efter frakturen hämtade ut kalcium och D-vitamin, men inte bensspecifika läkemedel, från apotek.
<b>Mätenhet</b>	Procent.
<b>Syfte</b>	<p>Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare, vilket gör att benet bryts lättare. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen. En benskörhetsfraktur är en fraktur som uppkommer efter ett trauma som motsvarar fall i samma plan eller mindre. Den som löper hög risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos.</p> <p>Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte behandla personer med förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning utan dokumenterad brist på kalcium eller vitamin D, om personen inte behandlas med systemiskt kortison eller bensspecifika läkemedel mot osteoporos. Anledningen är att läkemedlen då inte gör någon nytta i kroppen, och att vissa studier pekar på att risken för biverkningar i form av hjärt- och kärlsjukdomar kan öka. I de nationella riktlinjerna har åtgärden fått prioritet icke-göra för denna patientgrupp.</p>
<b>Tolkning</b>	
<b>Nationellt kunskapsstöd</b>	Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar.
<b>Relation till nationellt kunskapsstöd</b>	Indikatorn baseras på rekommendation i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, Kalcium och D-vitamin vid förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning utan dokumenterad brist på kalcium eller vitamin D hos personer som inte behandlas med systemiskt kortison eller bensspecifika läkemedel mot osteoporos (O3:3, prioritet icke-göra).
<b>Referens</b>	
<b>Riktning</b>	Låg nivå eftersträvas.
<b>Målnivå</b>	Nationell målnivå inte aktuell.
<b>Typ av indikator</b>	Processmått.
<b>Kvalitetsdimension</b>	Kunskapsbaserad vård.
<b>Datakälla</b>	Patientregistret och läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen.
<b>Datakällans status</b>	I läkemedelsregistret finns uppgifter vad gäller förskrivning av läkemedel.
<b>Felkällor och begränsningar</b>	I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Läkemedel som fillhandahålls på andra sätt t.ex. rekvisition registreras inte. Detta medför att patienter som får sina läkemedel från läkemedelsförråd och motsvarande inte kommer med i statistiken. Rekvisitionsläkemedel registreras i begränsad omfattning i patientregistret. Receptfri förbrukning av kalcium och D-vitamin mäts inte med denna indikator.

**Teknisk beskrivning**

Indikatorn mäter behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur utan samtidig eller tidigare behandling med bensspecifika läkemedel mot osteoporos. Med tidigare behandling avses 18 månader före förstagångs benskörhetsfraktur. Avser personer 50-69 år.

Med bensspecifika läkemedel avses:

Läkemedel	ATC-kod
Bisfosfonater och Denosumab	M05B

Mät- eller  
rampopulation:

Målpopulation:

Täljare:

Nämnare:

Antal personer enligt nämnares definition som hämtat ut kalcium och D-vitamin på apotek 6–12 månader efter förstagångs benskörhetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård.

Totalt antal personer 50–69 år med förstagångs benskörhetsfraktur som behandlats i slutet eller öppen specialiserad vård och inte har samtidig eller tidigare behandling med bensspecifika läkemedel.

**Om redovisningsnivåer  
och fördelningar**

Indikatorns resultat kan presenteras för riket och fördelat på region, sjukvårdsregion, och år samt kön, ålder, socioekonomi och födelseland. Den geografiska fördelningen avser personernas hemort.

**Kommentar**

# Referenser

1. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen; 2017.
2. Nationella riktlinjer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2021.
3. Nationellt system för Kunskapsstyrning hälso- och sjukvård – Sveriges regioner i samverkan, SKR. Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/omvarakunskapsstod/personcentreradeochsammanhallnavardforlopp.55829.html>; hämtad 2023-02-09.
4. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
5. Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen; 2021.
6. Nationella riktlinjer – Utvärdering - Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014.

# Projektorganisation

Gerd-Marie Alenius	områdesansvarig för axial spondylartrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit, docent, överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Christina Broman	projektledare indikatorer, Socialstyrelsen
Thérèse Jönsson	Registerhållare Svenska Artrosregistret
Max Köster	sakkunnig indikatorer, Socialstyrelsen
Stefan Lohmander	adjungerad för området artros och kirurgi, professor, Lunds universitet
Lillemor Nyberg	områdesansvarig för primärvård, medicine doktor, Karolina vårdcentral, Karlskoga
Mats Palmér	områdesansvarig för osteoporos, docent, Stockholms sjukvårdsregion
Ingemar Petersson	prioriteringsordförande, professor, forskningschef, Skånes universitetssjukhus, Lund
Ewa Roos	områdesansvarig för artros, professor, Syddansk universitet, Odense, Danmark
Anastasia Simi	utredare, Socialstyrelsen; projektledare utvärdering av vården vid artros
Carl Turesson	områdesansvarig för reumatoid artrit, universitetslektor, överläkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö