

Årsrapport

2023

Innehåll

Hälsning från registerhållaren	<u>3</u>
Det här är SRQ	<u>4</u>
Statistik	<u>5</u>
Nytt år – nya resultat	<u>6</u>
Förkortningar i diagrammen	<u>8</u>
Diagram	<u>9</u>
Levnadsvanor i SRQ	<u>43</u>
Indikatorer för Vårdförlopp RA	<u>47</u>
Samarbete mellan NPO reumatiska sjukdomar & SRQ 2023	<u>48</u>
Lansering av den nya VAP:en	<u>50</u>
Pågående arbeten	<u>52</u>
Utmaningar och framgångar med överföring av journaldata till SRQ	<u>53</u>
Kvalitetsarbete i SRQ	<u>55</u>
Forskning	<u>59</u>
Snabb och enkel datainsamling via PER	<u>60</u>
Nya studier 2023	<u>61</u>
Samarbeten	<u>64</u>
SRQ Biobank – en gemensam resurs	<u>65</u>
Ökad kunskap om sjukdomsmodifierande läkemedel	<u>67</u>
Hur biverkningsrapporterar man?	<u>69</u>
Det här är RDS	<u>70</u>
Nyheter	<u>71</u>
Utökad klippfunktion i beslutsstödet	<u>72</u>
Från Rehabmodul till HP-modul	<u>73</u>
KV-modulen – hur fungerar den och hur ska den användas?	<u>75</u>
Diagnoshistorik i SRQ – hantera tidigare diagnoser	<u>77</u>
Webbinarier inom RDS – så har det gått	<u>78</u>
Quiz	<u>80</u>

Hälsning från registerhållaren

Välkommen att läsa våra två årsrapporter för 2023!

Nej, det är inte en felskrivning, utan det du nu läser är inledningen till årsrapporten för SRQ, men också för **RDS – Reumatologins digitala stöd**.

Det är i projektet RDS som **Beslutsstödet** hanteras, tillsammans med andra digitala funktioner och aktiviteter som syftar till att öka kunskap och förbättra vården inom reumatologin, ofta genom att tillgängliggöra resultat och data från SRQ på olika sätt. RDS bidrar till datakvalitet i SRQ genom utbildning, utveckling av beslutsstödet och dataanvändning, så naturligtvis ska också alla dessa aktiviteter få plats i årsrapporten.

Under 2023 har de nationella kvalitetsregistren diskuterats på flera håll. Vi står inför stora förändringar avseende styrning, drift, kontroll och ekonomiska villkor för de nationella kvalitetsregistren, men hur detta kommer att påverka SRQ är idag oklart.

Kvalitetsregistren har ännu tydligare knutits till kunskapsstyrningsorganisationen, vilket för SRQ innebär en stadfäst, stark koppling till **Nationellt programområde (NPO) reumatiska sjukdomar**. Det innebär också att de beslut som fattas i **Nationella samverkansgruppen Data och analys (NSG DA)** i kunskapsstyrningen påverkar SRQ. Om vården ska styras med kunskap så måste vi ha bra metoder för att mäta vårdens kvalitet, så kvalitetsregistren är oundgängliga. Under 2024 kanske vi kan få se mer av vad det betyder.

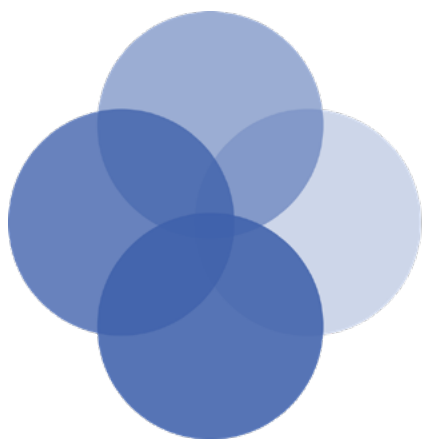
I årsrapporterna för 2023 kan du läsa om registrering och resultat från SRQ. Du som tidigare läst årsrapporten kommer att känna igen många diagram från tidigare år, men vi presenterar också några nyheter, bland annat om levnadsvanor inom reumatologin. Kvalitetsarbetet som utförs

ute på enheterna är oerhört betydelsefullt för SRQ och i årsrapporten skriver vi mer om kvalitetsarbetet. Beslutsstödet har fortsatt att utvecklas och några nyheter från 2023 presenteras. Du kan också läsa mer om webinarier som RDS sänder på lunchtid några gånger per termin.

Till slut vill jag tacka alla som medverkat i arbetet kring SRQ och i RDS under det senaste året – kansliet, styrgruppen, projektgruppen, kvalitetsgruppen, registerrådet, Svensk Reumatologisk Förening och professionsföreningarna med arbetsgrupper, NPO med arbetsgrupper, ARTIS, biobanksgruppen, Läkemedelsverket, Socialstyrelsen, SKR, QRC Stockholm, Omda och mest av allt alla patienter och kliniskt verksamma inom svensk reumatologi som bidrar med den data som utgör SRQ!

Lotta Ljung, registerhållare SRQ





SRQ

Det här är SRQ

Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) är ett nationellt kvalitetsregister. Det syftar till att förbättra hälsan hos patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar genom att stödja god och säker vård – i första hand genom nationella kvalitetsjämförelser och i andra hand genom att bidra till ny kunskap genom data till forskning.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar är vanliga i Sverige och i västvärlden. De är livslånga och medför risk för nedsatt funktion och ökad dödlighet. Eftersom botemedel saknas behövs kvalitetssäkring för att rätt behandling ska ges i rätt tid till rätt patient för bästa resultat, och med bevarad patientsäkerhet.

Reumatologin har genomgått en snabb medicinsk utveckling de senaste decennierna. Nya effektiva läkemedel har revolutionerat behandlingen, men har samtidigt ökat läkemedelskostnaderna. Därför finns det även ett behov att kunna mäta och följa upp medicinsk och patientupplevd kvalitet.

Både patienter och vårdpersonal för in data i registret och det kombinerade resultatet bidrar till en helhet som kan användas i utvärderingar och analyser.

Resultaten från SRQ redovisas öppet och tillgängligt för hälso- och sjukvården, professionerna, deltagande patienter och allmänheten. Indikatorerna som används för att följa Kunskapsstyrningens vårdförlopp och Socialstyrelsens rekommendationer bygger till stor del på SRQ:s mått på process och resultat inom reumatologin.

Användningen av SRQ inom reumatologin har bidragit till att samma mätbara och validerade utfallsmått används över hela landet, vilket underlättar kommunikation och samverkan.

SRQ har sedan ett par decennier en mycket stor betydelse för reumatologisk forskning i Sverige. Data från SRQ möjliggör idag studier av ett flertal reumatiska sjukdomar och deras behandlingar i både regionala, nationella och internationella projekt.

Statistik



Nytt år – nya resultat

Årsrapporten från SRQ är en sammanställning av mycket av de data som vårdgivare och patienter registrerar, på både nationell och regional nivå. En del bakgrundsinformation kan vara bra att känna till, som stöd för att kunna tolka resultaten, särskilt om man inte är bekant med SRQ-data sedan tidigare.

Kvalitetsregistret SRQ är ett av Sveriges största kvalitetsregister med fler än 120 000 inkluderade patienter. Drygt hälften av de inkluderade patienterna har diagnosen reumatoid artrit (RA, ledgångsreumatism). Enligt den jämförelse som Socialstyrelsen årligen gör är över 87% av alla individer som får behandling för RA i Sverige registrerade i SRQ.

Andelen patienter med andra sjukdomsgrupper fortsätter att öka och för 2023 sågs den största procentuella ökningen bland patienter med vasculitsjukdomar och inflammatoriska systemsjukdomar såsom myosit och SLE.

Många utfallsmått använder uppgifter från Patientens Egen Registrering (PER), som är anpassad efter patientens diagnos. Patienterna rapporterar själva data om sin sjukdomsaktivitet inför besök i sjukvården, vilket ger viktig information och en ökad patientdelaktighet.

Under flera år sågs påverkan av pandemin i data från SRQ, men det märks i resultaten att 2023 var ett mer "normalt" år, med fler registrerade fysiska besök och färre distansregistreringar. Det är även färre som gör PER i samband med de distansbesök som ändå görs. Vi har dock ännu inte nått samma nivåer gällande antal registreringar och nya patienter som före pandemin.



Liselotte Tidblad

Kommentarer om innehållet

Upplägget av årsrapporten liknar föregående år, med en inledande översikt med antal inkluderade individer, typ av besök och hur aktivt besök registreras för inkluderade patienter.

RA är den största patientgruppen i SRQ och stort fokus, även vad gäller registreringar i SRQ, har på senare år legat på tidig RA, bland annat efter införandet av Vårdförlopp RA. I årsrapporten ser vi mått på sjukdomsaktivitet första året efter RA-diagnos, varav flera helt eller delvis utgörs av uppgifter som patienterna själva har registrerat via PER, till exempel smärta och funktionsförmåga.

Vi visar också data på sjukdomsaktivitet i samband med insättning av biologiska och syntetiska målinriktade (b/ts)DMARDs och vid uppföljning efter insatt behandling. Diagrammen visar på effektivitet av behandlingarna, även uppdelat

på de olika sjukvårdsregionerna. Både uppgifterna om tidig diagnostik och uppföljning efter insatt behandling rör enheternas möjlighet att ta emot och följa patienter, vilket kan spegla exempelvis personaltillgång och väntetider.

Det finns även med data om sjukdomsbild vid spondartrit för tredje året, där vi ser att det finns data för allt fler patienter och därmed mer tillförlitliga resultat, liksom en del data på patienter med andra diagnosgrupper: SLE och jättecellsarterit (GCA).

Felkällor och fallgropar

Alla resultat baseras på patienternas och vårdgivarnas rapportering i samband med en vårdkontakt. För patienter med exempelvis tidig RA finns ofta ett mer standardiserat schema på när uppföljningen sker, medan det för många andra patientgrupper kan vara så att patienterna kommer i kontakt med vården mer frekvent i samband med försämring eller att patienter med högre sjukdomsaktivitet följs med tätare intervall. Akuta besök, såsom för ledinjektioner, registreras däremot vanligen inte i SRQ. Patienter som mår helt bra kan välja att avboka sitt besök eller så sker uppföljningen på distans. Detta kan naturligtvis påverka resultaten så att sjukdomsaktiviteten ser ut att vara högre än den skulle ha varit om man bedömde alla patienter med samma diagnos vid ett slumpvist valt tillfälle.

Det saknas en del uppgifter efter insatt behandling, vilket kan ha många orsaker – ibland finns ingen

uppföljning under den undersökta tidsperioden, ibland missar patienter och/eller vårdgivare att registrera i samband med fysiska besök och det kan också vara så att uppföljningen har skett på distans utan att det har registrerats i SRQ.

Förhoppningsvis kan vi ta med oss en del arbetsätt från pandemin och bli bättre på att registrera även distansbesök i SRQ med PER. För alla sjukdomsaktivitetsmått gäller det att tänka på att de baseras på besök som blir av och på att registreringarna sker. Att minska andelen besök där uppgifter från vårdgivare och/eller patienter helt eller delvis saknas är något vi alla gemensamt kan sträva efter för att öka tillförlitligheten i registret ytterligare.

Nyheter i årsrapporten

Den största nyheten är att hela årsrapporten är digital i år. Några av diagrammen ser lite annorlunda ut, till exempel stapeldiagram som visar sjukdomsaktivitet enligt DAS28-kategorier för patienter med RA (diagram nr [12](#) och [20](#)).

För den som vill ha mer data att sätta tänderna i tipsar vi om det interaktiva verktyget [VAP \(visualiserings- och analysplattform\)](#), som finns på [srq.nu](#). Läs mer om dem i artikeln [Lansering av den nya VAP:en på sidan 50](#).

Om du har förslag på något du saknar i årsrapporten är du alltid välkommen att [kontakta oss på SRQ:s kansli!](#)

Text: Liselotte Tidblad



Förkortningar i diagrammen

AS

Ankyloserande spondylit, spondartritsjukdom

GCA

Jättecellsarterit, vaskulitsjukdom

JIA

Juvenil idiopatisk artrit

PsA

Psoriasisartrit

RA

Reumatoid artrit, ledgångsreumatism

SpA

Spondartrit, sjukdomsgrupp som också kan innefatta AS och PsA

SLE

Systemisk lupus erytematosus, inflammatorisk systemsjukdom

ASDAS

Mått på sjukdomsaktivitet vid AS och axial SpA

BASDAI

Mått på sjukdomsaktivitet vid AS och SpA

DAS28

Mått på sjukdomsaktivitet framför allt vid RA

EQ5D

Mått på hälsa/hälsorelaterad livskvalitet

HAQ

Mått på funktionsförmåga framför allt vid RA

VAS

Visuell analog skala

PER

Patientens egen registrering

DMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel

bDMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel, biologiska (t ex TNF-hämmare)

boDMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel, biologiska originalpreparat

bsDMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel, biologiska biosimilarer

csDMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel, konventionella syntetiska (t ex metotrexat)

tsDMARD

Sjukdomsmodifierande läkemedel, målstyrda (t ex JAK-hämmare)

TNFi

TNF-hämmare, typ biologiska läkemedel

Diagram

Aktuell information från patienten och vården samlas in i SRQ och sätts i relation till tidigare insamlade data under vårdmötet. Data från kvalitetsregistret används sedan i verksamhetsutveckling och vetenskaplig forskning i syfte att förbättra vården för alla patienter inom reumatologin.

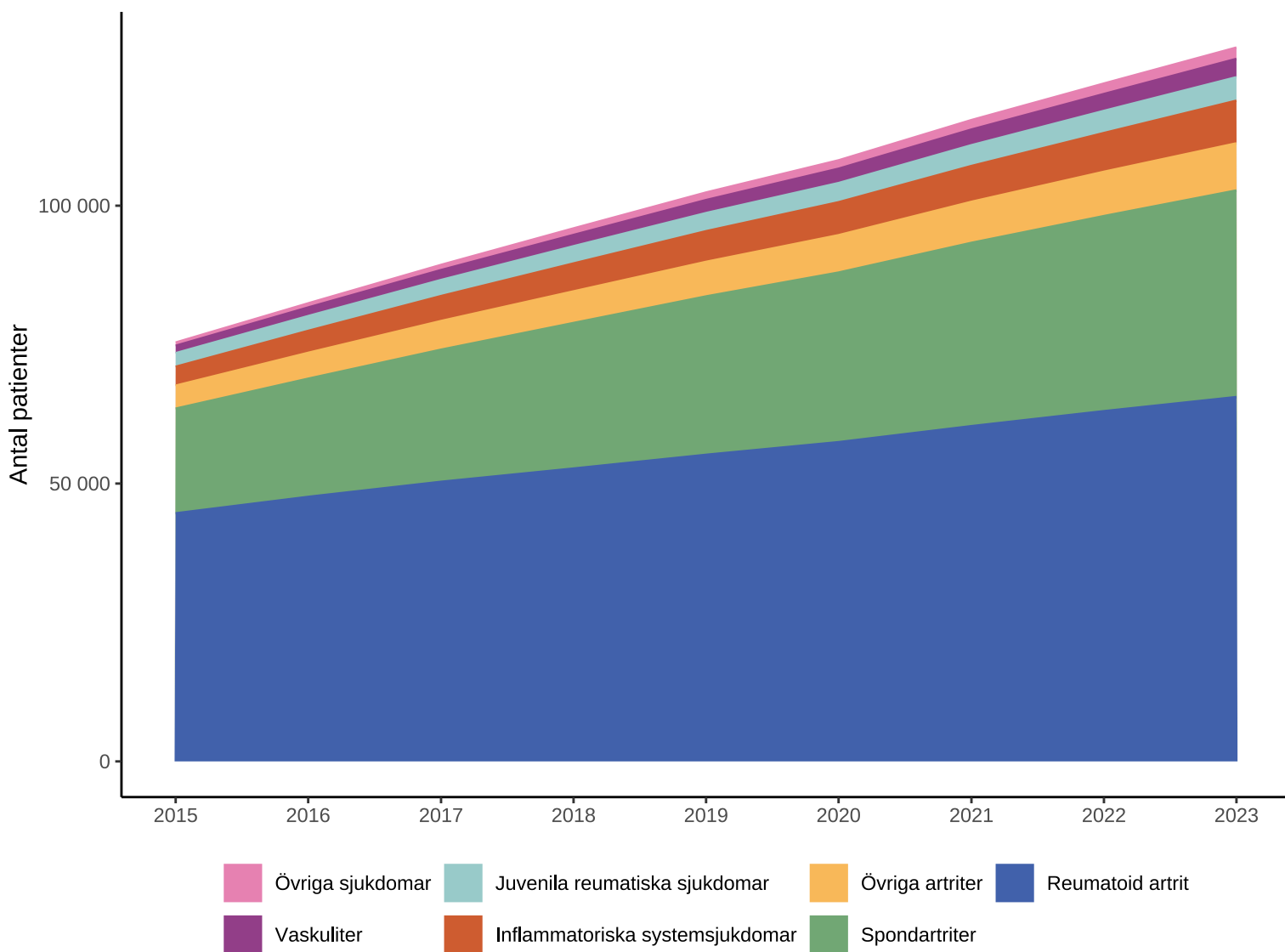
Här presenteras ett urval av diagram med resultat från SRQ.



1. Antal inkluderade patienter i SRQ

Diagrammet visar det ackumulerade antalet inkluderade patienter i SRQ över tid. Vid årets slut 2023 var det 128 457 patienter. År 2023 inkluderades 6 476 patienter, vilket är nästan

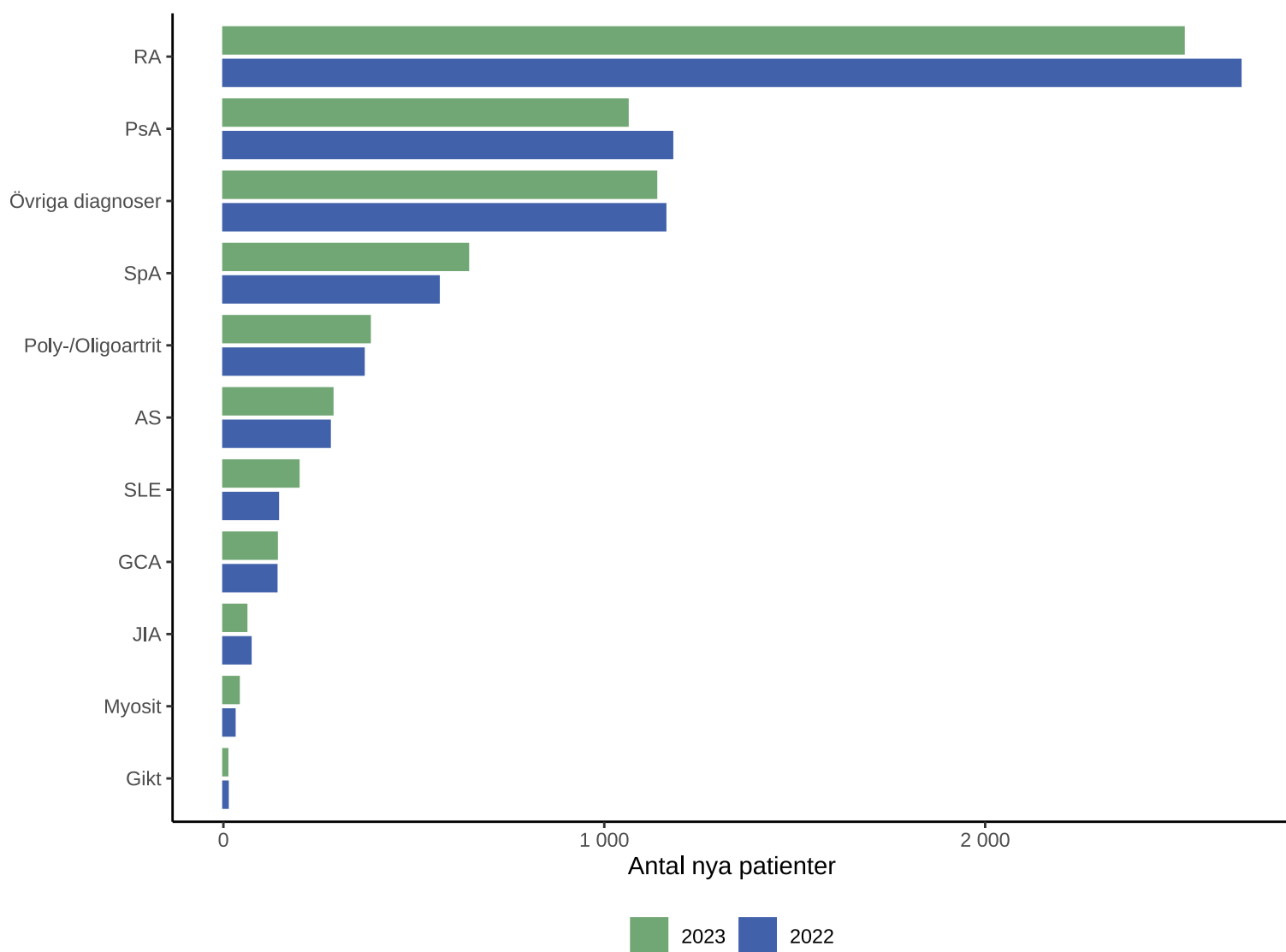
identiskt med år 2022 (6 433) och även åren före pandemin. År 2020 inkluderades 5 761 patienter och 2021 skedde en upphämtning med 7 177 inkluderade patienter.



2. Nya patienter i SRQ

Diagrammet visar antalet inkluderade patienter per diagnosgrupp år 2022 och år 2023. Under år 2023 var det färre patienter med RA eller PsA

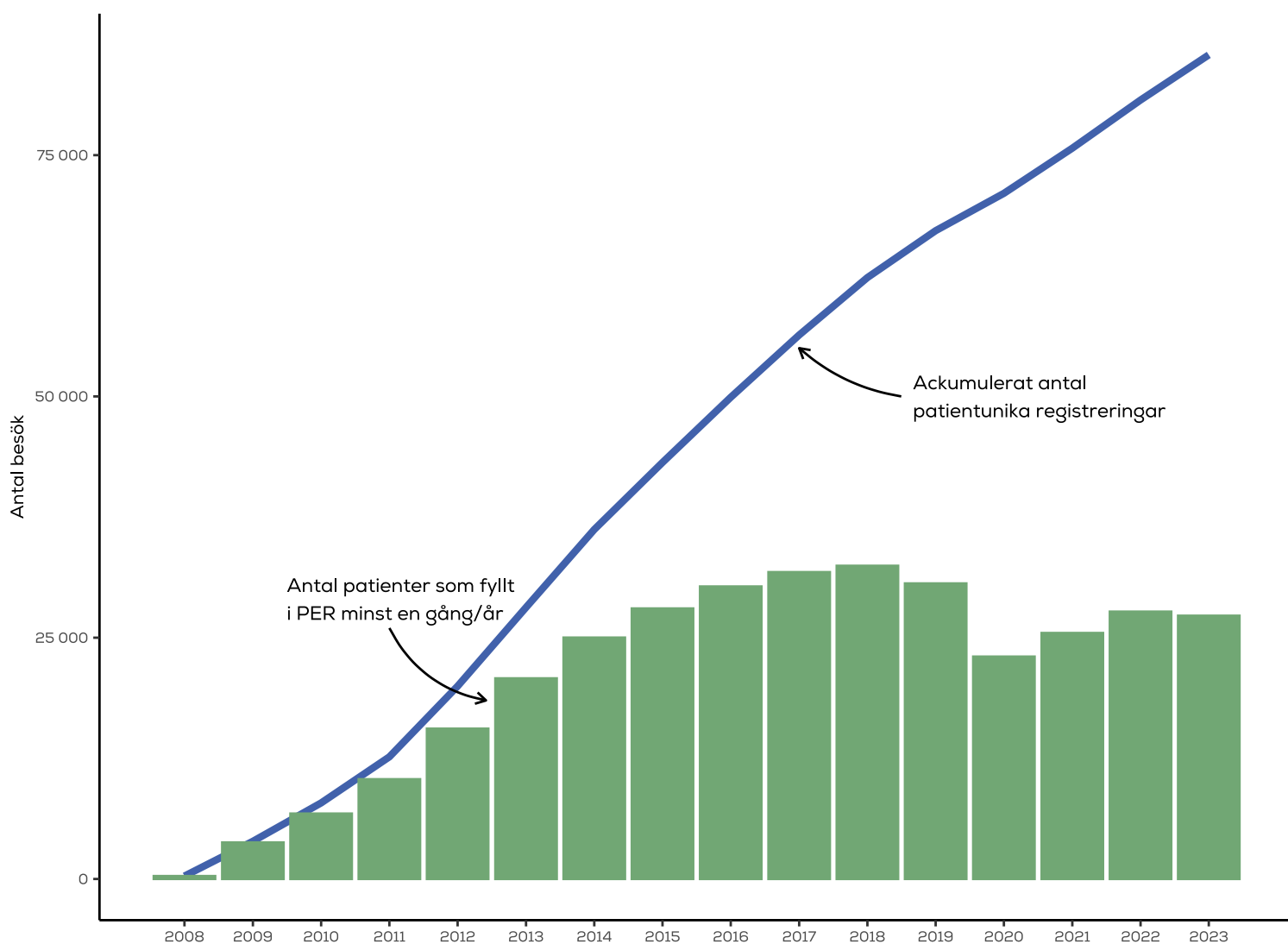
som inkluderades jämfört med 2022, men i de flesta mindre diagnosgrupperna inkluderades fler patienter år 2023.



3. PER – Patientens Egen Registrering

Staplarna visar antalet unika patienter som använt PER för att registrera sin upplevda hälsa inför sitt besök. Man ser nu en viss minskning av patienter som gjort PER – 27 277 för 2023 jämfört

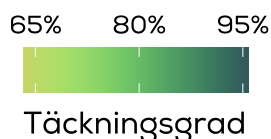
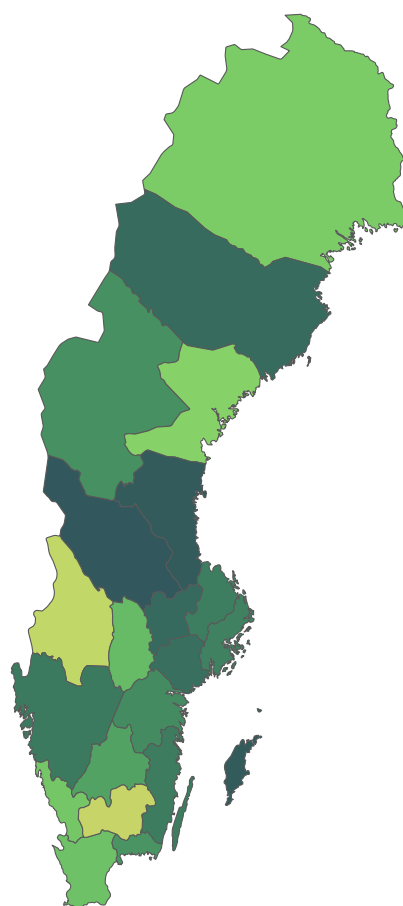
med 27 702 för 2022. Det ligger på en högre nivå än pandemiåren 2020 och 2021, men inte riktigt på samma nivå som åren före pandemin.



4. SRQ:s täckningsgrad för RA per region

God täckningsgrad i ett register är av stor vikt för att kunna använda data för kvalitetsutveckling, uppföljning av behandling och i forskning. I diagrammet redovisas täckningsgraden per region. Täckningsgraden räknas på patienter med

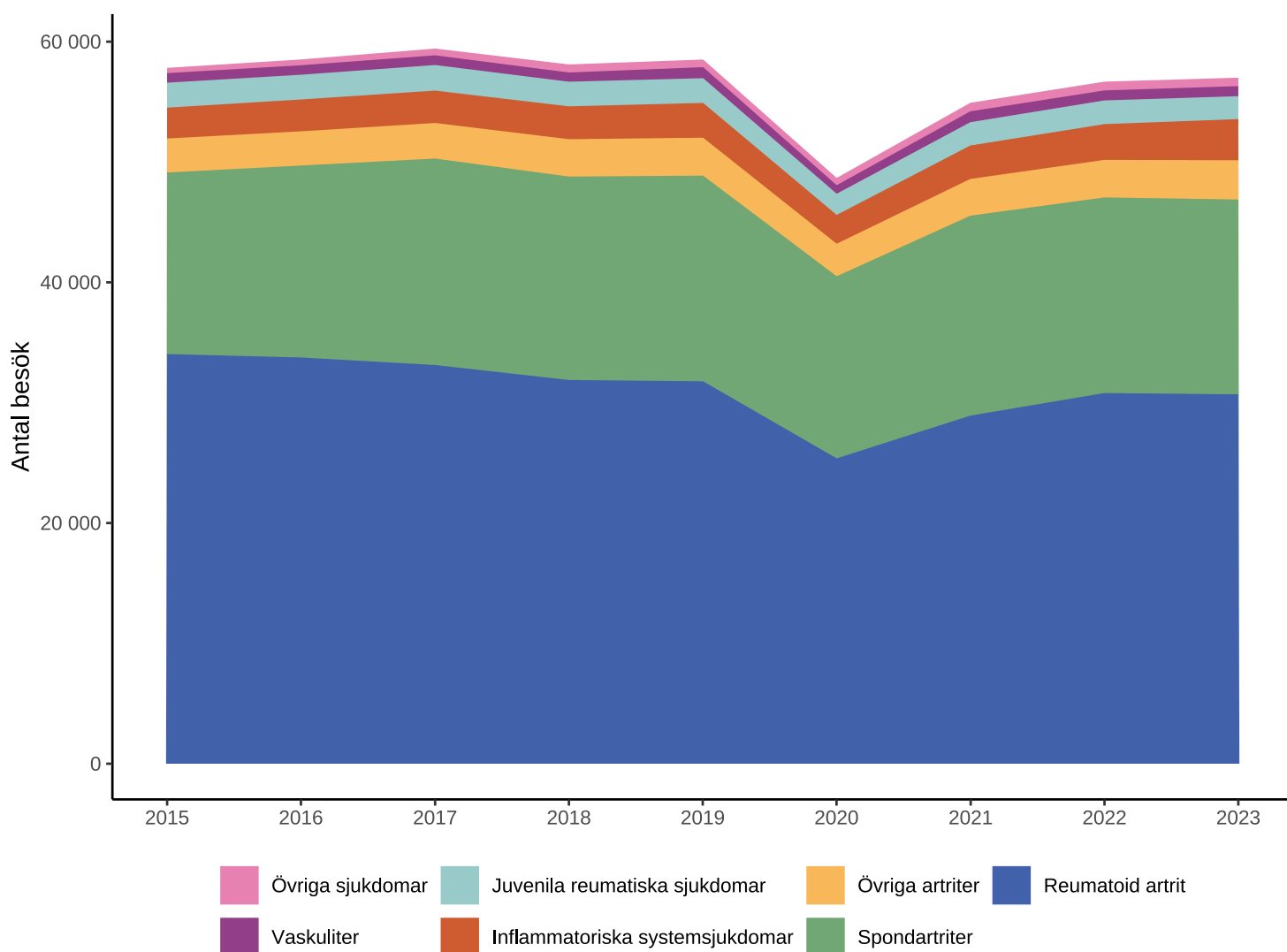
RA som har aktiv behandling. Mörkare färg indikerar regioner med större täckningsgrad. Den nationella täckningsgraden var 87,1%, vilket är den högsta i SRQ:s historia.



5. Antal registrerade besök i SRQ

Diagrammet visar antalet registrerade besök per diagnosgrupp och år i SRQ. Även här ses en återhämtning efter att antalet registrerade besök

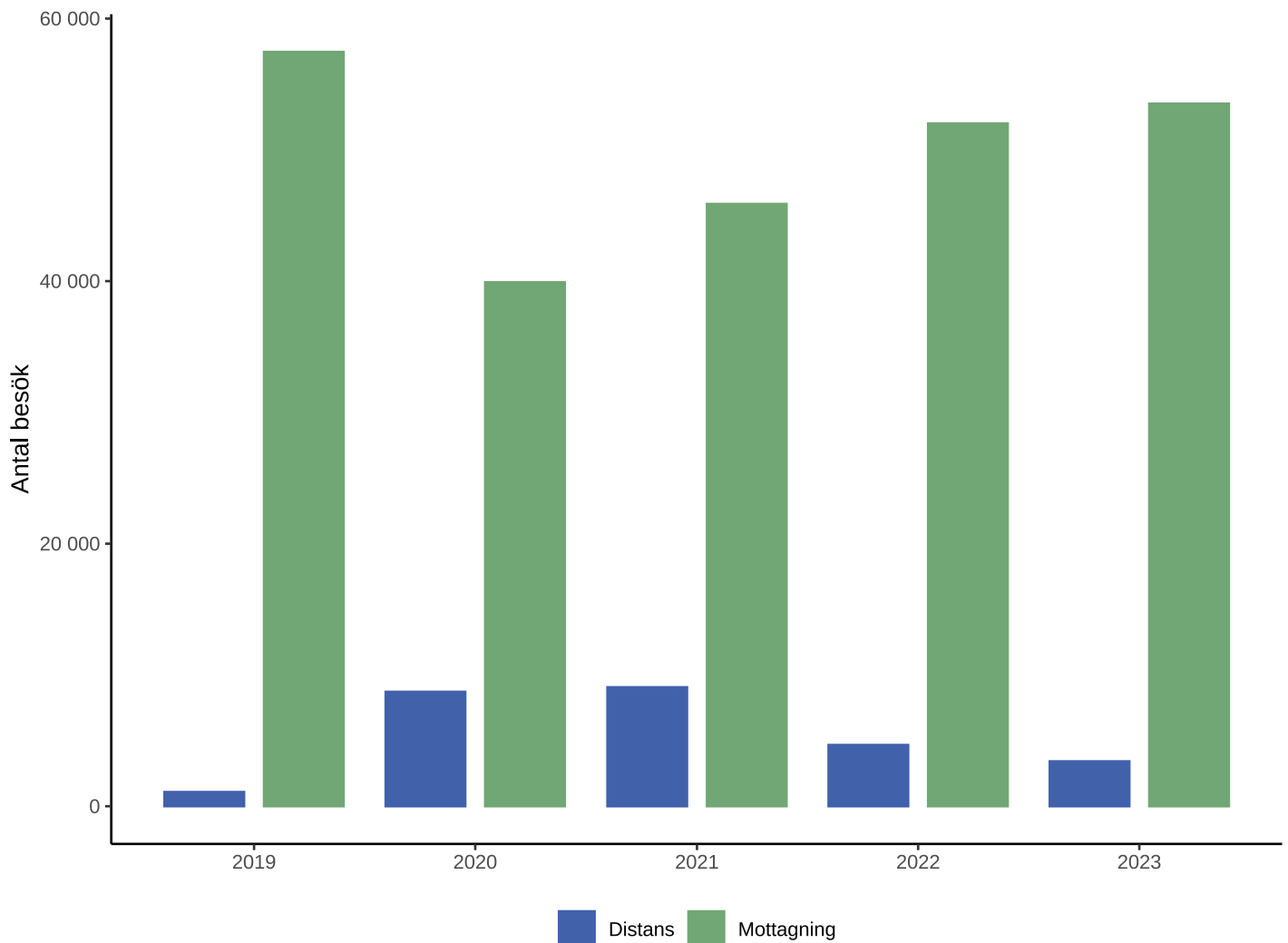
sjönk under 2020, med väsentligen oförändrat antal jämfört med år 2022. Antalet registreringar når inte riktigt den nivå som sågs före pandemin.



6. Besökstyper i SRQ

Tidigare var det nästan enbart fysiska besök som registrerades i SRQ. Under pandemin ersattes många fysiska besök av distansbesök.

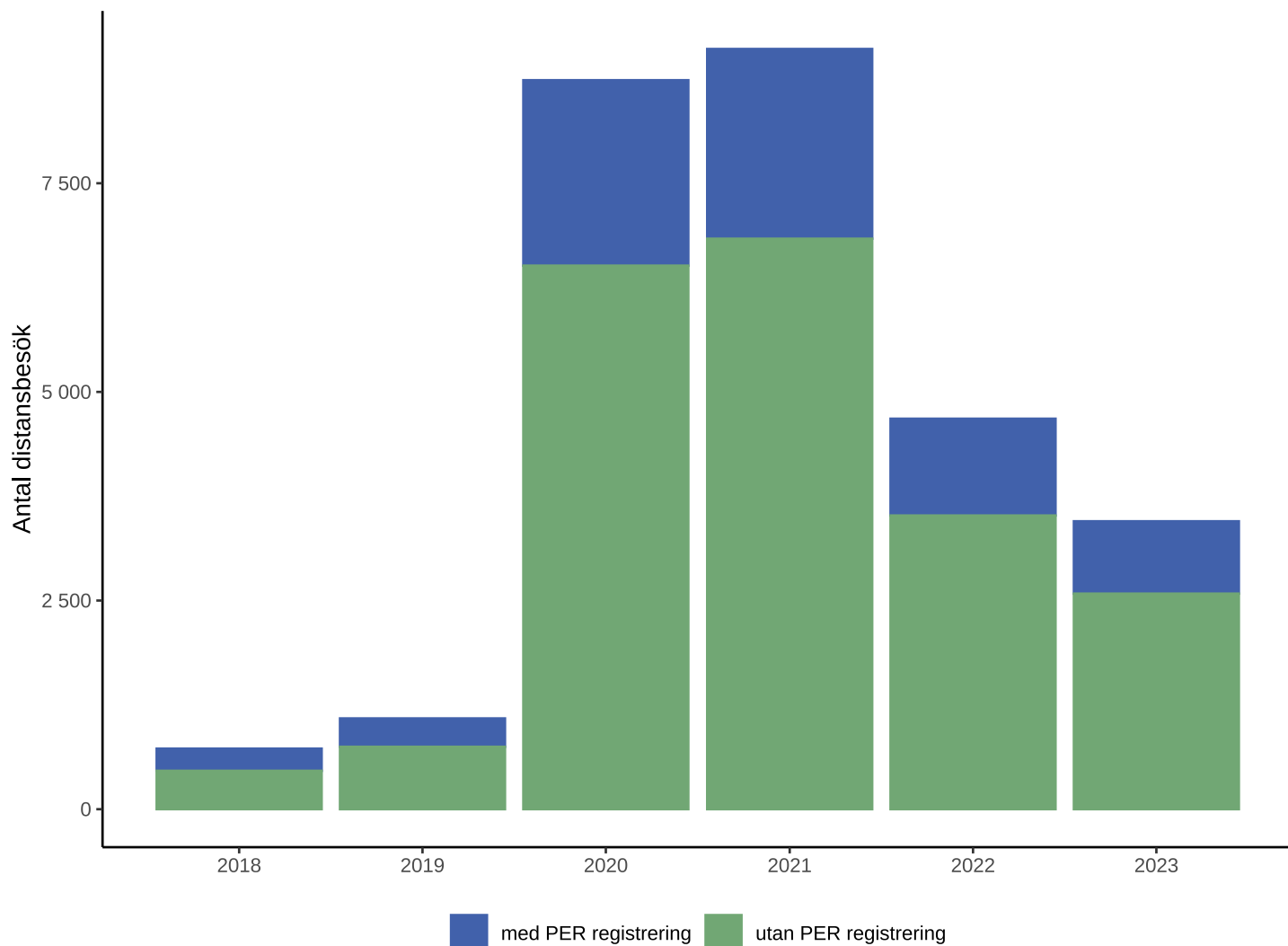
Man ser nu att besöksregistreringar av fysiska besök har ökat, medan distansbesöken åter blir färre.



7. Distansbesök med och utan PER-registrering

Diagrammet visar antalet distansbesök som registrerats i SRQ de senaste 6 åren, fördelat på om patienten gjort en registrering i PER (Patientens Egen Registrering) eller inte. Antalet registrerade distansbesök har minskat de senaste två

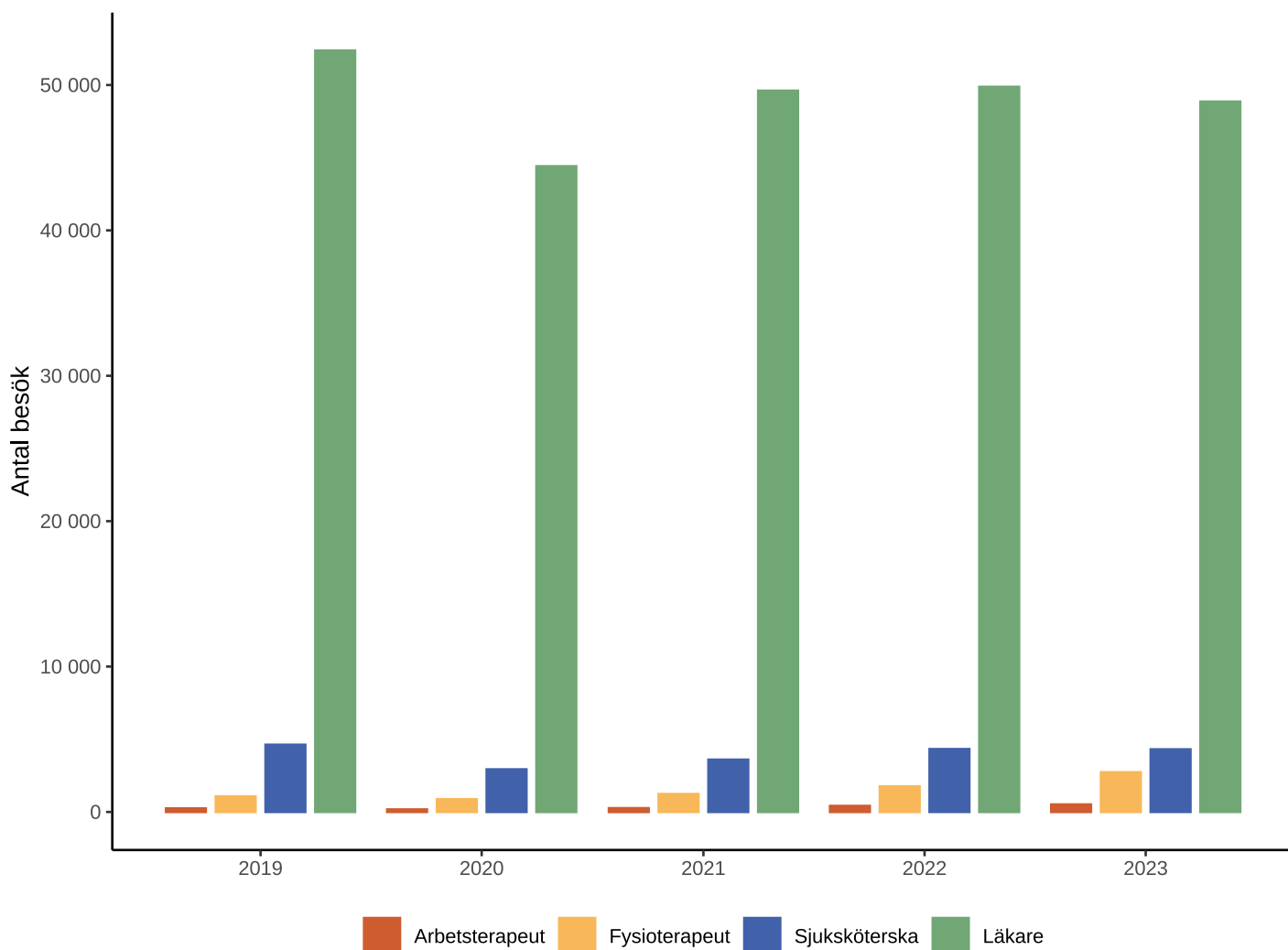
åren, efter att ha ökat tydligt under pandemin. Andelen distansbesök med PER-registrering är dock relativt oförändrad de senaste fyra åren (omkring 25%).



8. Antalet registrerade besök i SRQ per profession

SRQ startades år 1995 för läkaruppföljning av patienter med reumatoid artrit. Sedan dess har många diagnoser tillkommit. Under senare år har också andra vårdprofessioner (fysioterapeu-

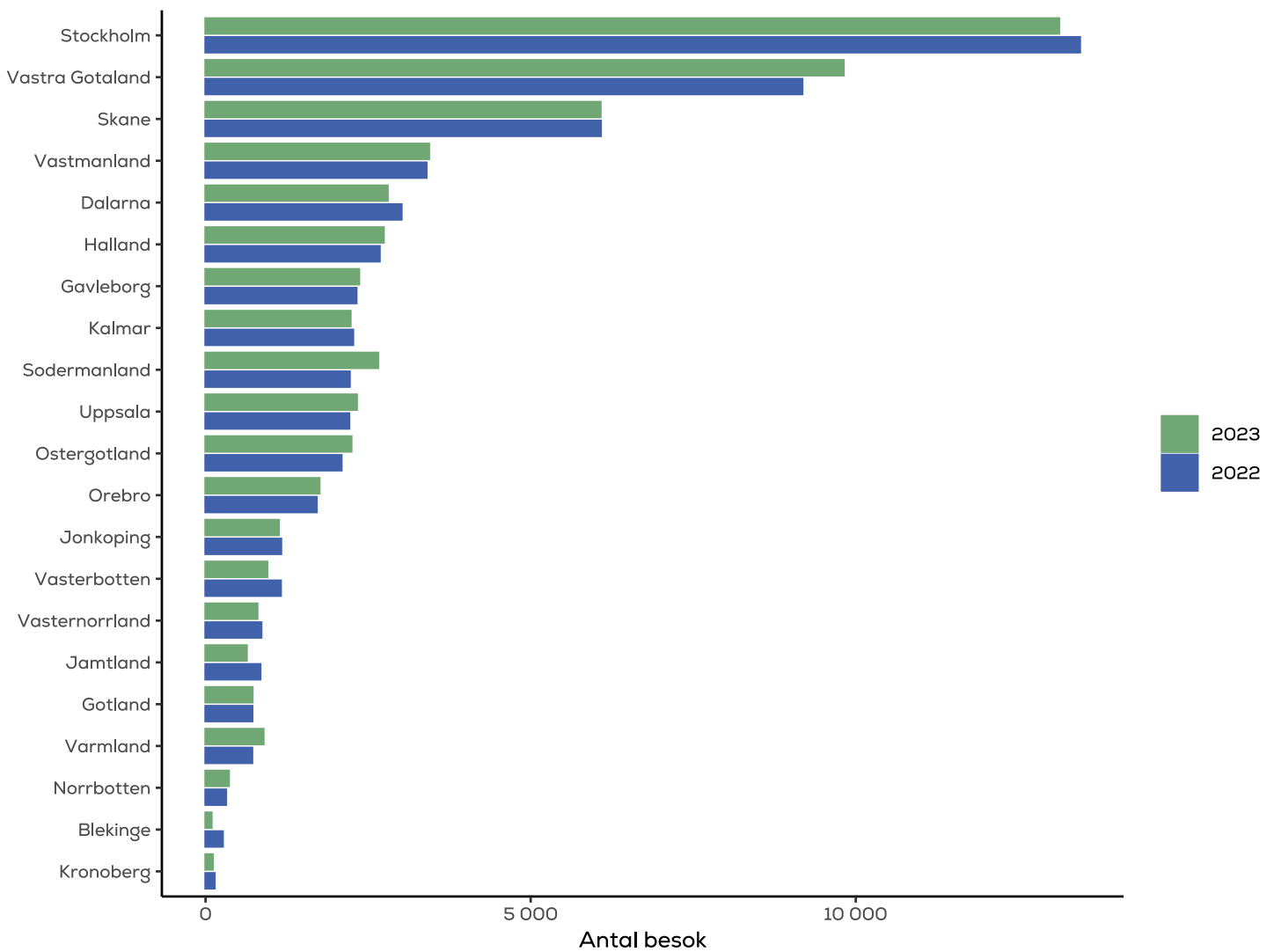
ter, arbetsterapeuter och sjuksköterskor) börjat registrera sina besök i registret. Bland annat har registrerade besök hos fysioterapeuter ökat de senaste åren.



9. Antalet registrerade besök i SRQ per region

Storstadsregionerna bidrar med störst antal besök till SRQ och med vissa undantag bidrar regionerna med besök i proportion till befolkningen. Det varierar mellan regionerna om besöken

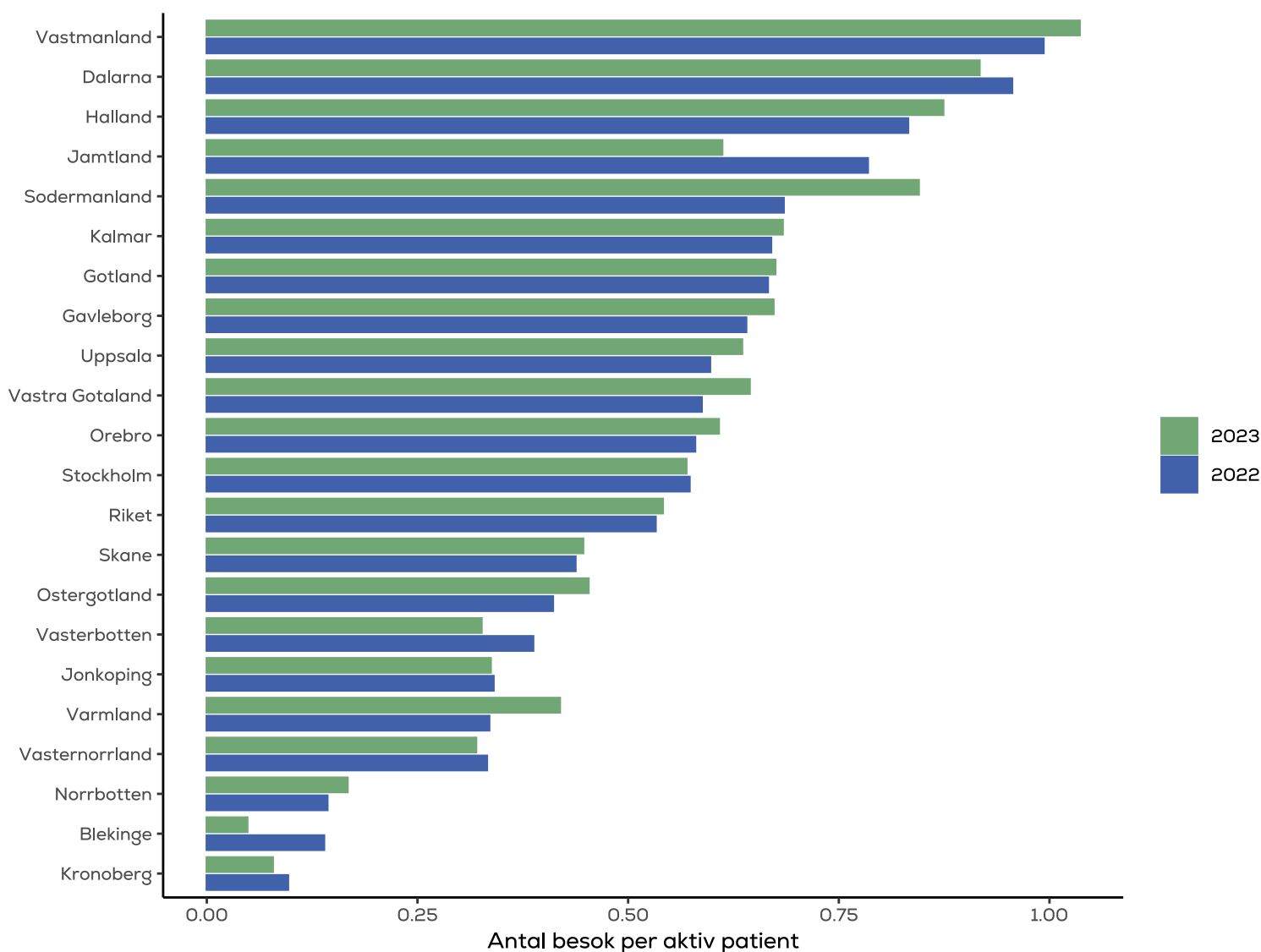
ökade eller minskade år 2023, men totalt sett registrerades det något fler besök 2023 jämfört med föregående år.



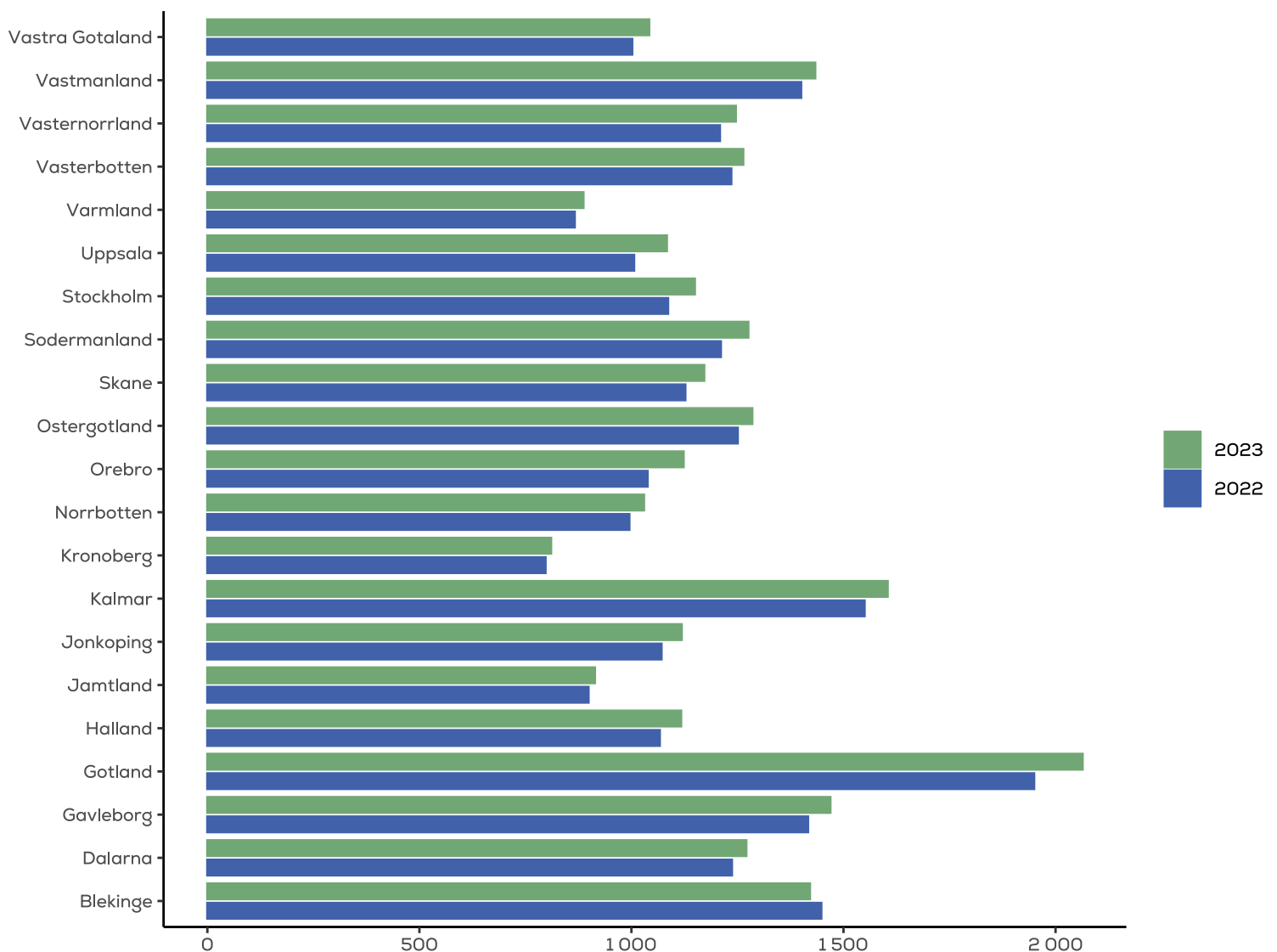
10. Antalet registrerade besök i SRQ per patient

Detta och nästa diagram visar ett annat sätt att se aktivitet i SRQ genom att beskriva antalet besök per patient, för alla diagnoser, under åren 2022 och 2023. Resultaten visas för de olika regionerna och för hela Sverige (riket) totalt.

Genom att jämföra med nästa diagram, som visar antalet aktuella patienter per 100 000 invånare (18 år eller äldre), kan man se vilka regioner som har den högsta respektive lägsta aktiviteten.



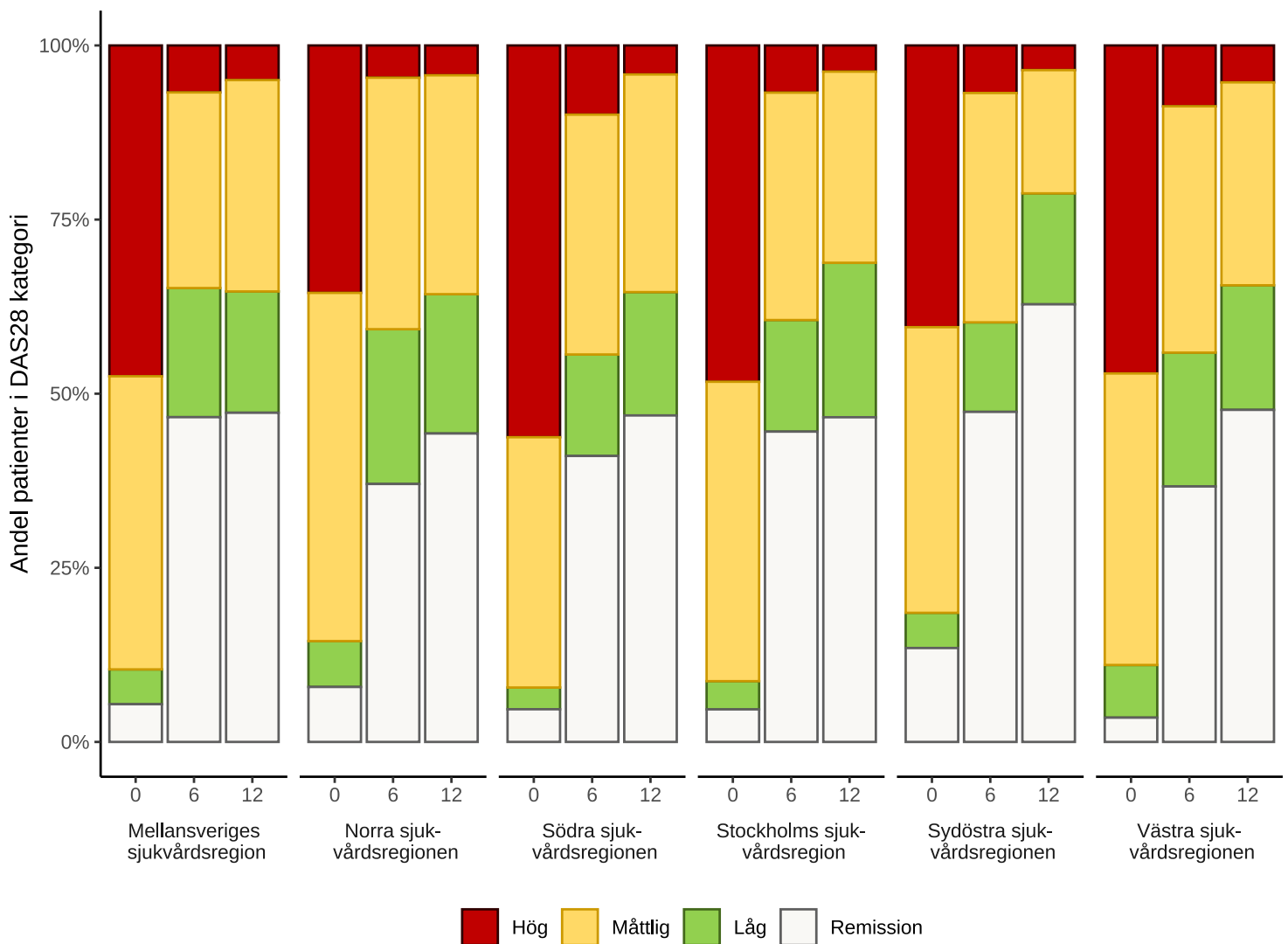
11. Antal aktuella patienter per 100 000 invånare (över 18 år)



12. Sjukdomsaktivitet under första året med RA

Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit (RA) mätt med det sammansatta måttet Disease Activity Score (DAS28) som inkluderar antal svullna och ömma leder av 28-ledindex, SR (sänka) och patientens upplevda allmänna hälsa. Diagrammet visar DAS28 vid sjukdomsdebut, uppföljning efter 6 och 12 månader (debutår

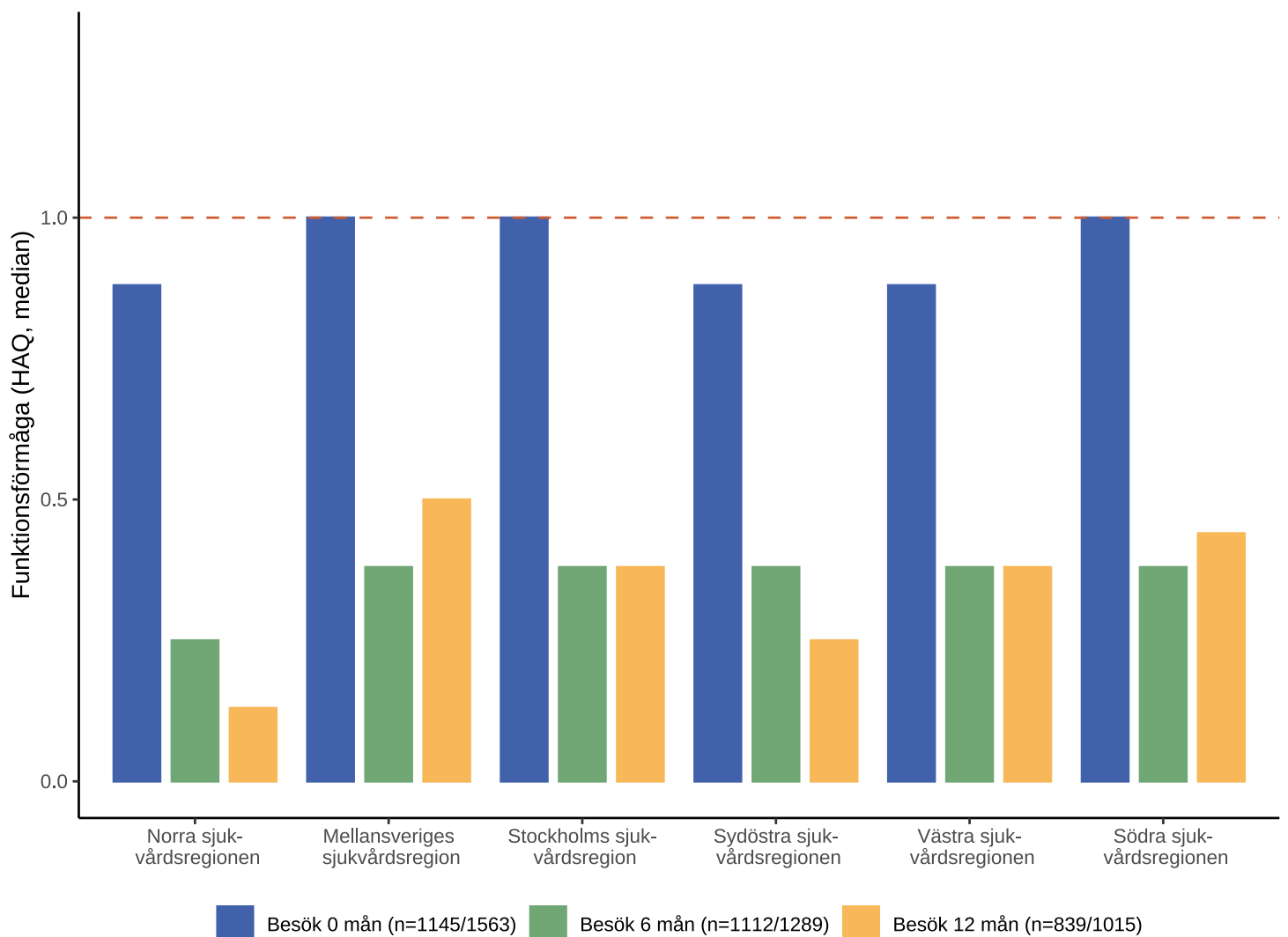
2022). Efter insatt behandling eftersträvas låg sjukdomsaktivitet (DAS28 <3,2) och helst remission, det vill säga ingen kvarvarande sjukdomsaktivitet (DAS28 <2,6). Man ser att andelen med låg sjukdomsaktivitet eller remission ökar markant efter insatta behandlingsåtgärder i samtliga sjukvårdsregioner.



13. Funktionsförmågan under första året med RA

Funktionsförmågan att utföra aktiviteter i dagliga livet mäts med frågeformuläret HAQ (Health Assessment Questionnaire) med 21 frågor indelade i åtta områden. Högsta värdet (0–3) i varje område adderas och resultatet delas med åtta. Ju lägre värde desto bättre funktion (0 innebär inga funktionshinder). Ett värde större än 1,0 (av max 3,0 – här markerat med orange linje) kan indikera ett behov av rehabilitering hos en

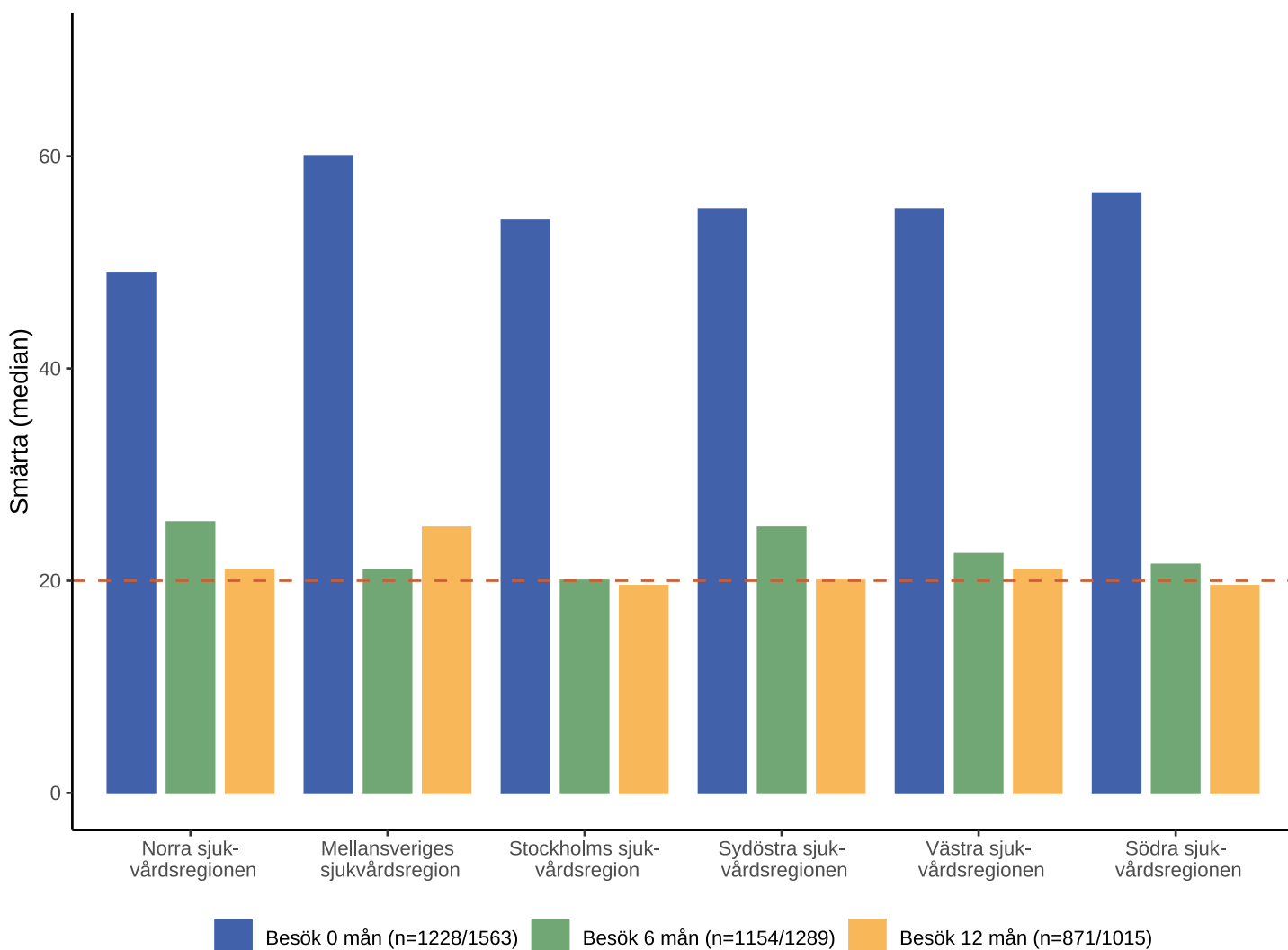
patient med nydebuterad reumatoid artrit (RA). Staplarna i diagrammet visar medianvärdet av HAQ under första året med RA (debutår 2022). Inom parentes ses antalet besök med komplett registrerad HAQ av det totala antalet registrerade besök vid respektive tidpunkt. Man ser att funktionsförmågan förbättras i samtliga sjukvårdsregioner av de behandlingsinsatser som genomförs under första året.



14. Smärta under första året med RA

Inför besöket skattar patienten upplevd smärta den senaste veckan på en VAS-skala på 0–100. Noll motsvarar ingen smärta och 100 svårast tänkbara smärta. Staplarna visar medianvärdet av smärtskattning för patienterna med tidig reumatoid artrit (RA) (debutår 2022).

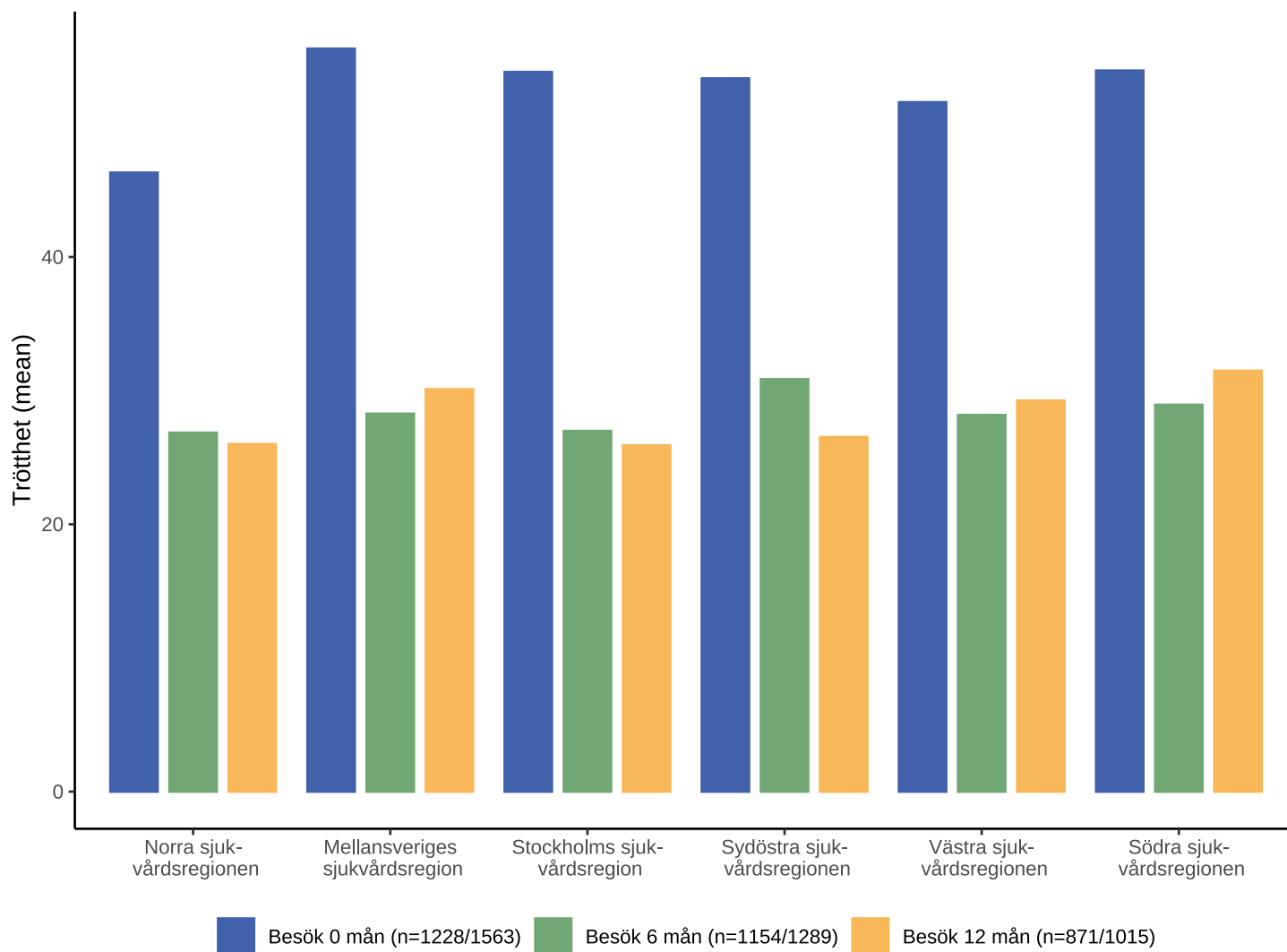
Smärtan minskar markant hos patienterna i samtliga sjukvårdsregioner under första året med RA. Minskad smärta är en indikator i Vårdförlopp RA, med målvärde att minst 55% av patienterna ska ha VAS-smärta lägre än 20 vid 12 månader.



15. Trötthet under första året med RA

Trötthet är beskrivet som ett stort besvär för många personer med reumatisk sjukdom. Flera studier har visat att tröttheten kan vara uttalad

trots låg grad av inflammation. Diagrammet visar att tröttheten minskar under första året med reumatoid artrit (RA).



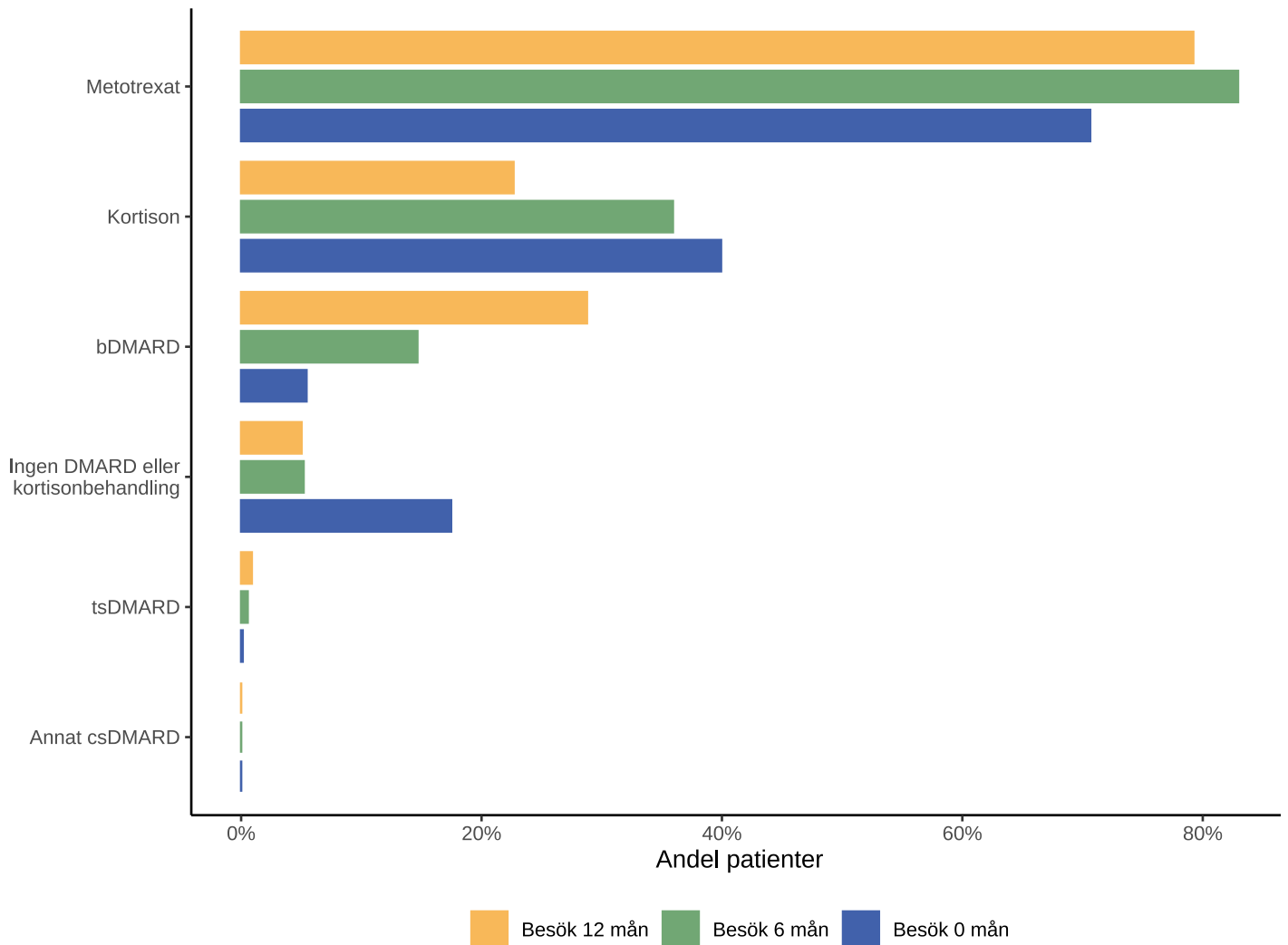
16. Behandling under första året med RA

Diagrammet visar ordinerade/pågående behandlingar under första året med reumatoid artrit (RA) (debutår 2022).

Vid aktiv RA rekommenderas tidigt insatt behandling med metotrexat (ett konventionellt syntetiskt DMARD (csDMARD)) och om det behövs även kortison i tablettform. Kortisonbehandlingen ska trappas ned och avslutas så snart det går. Vid otillräcklig effekt rekommenderas att be-

handlingen kompletteras med ett biologiskt läkemedel (bDMARD), målinriktat syntetiskt DMARD (tsDMARD) eller ett annat csDMARD. I gruppen tsDMARD ingår de så kallade JAK-hämmarna.

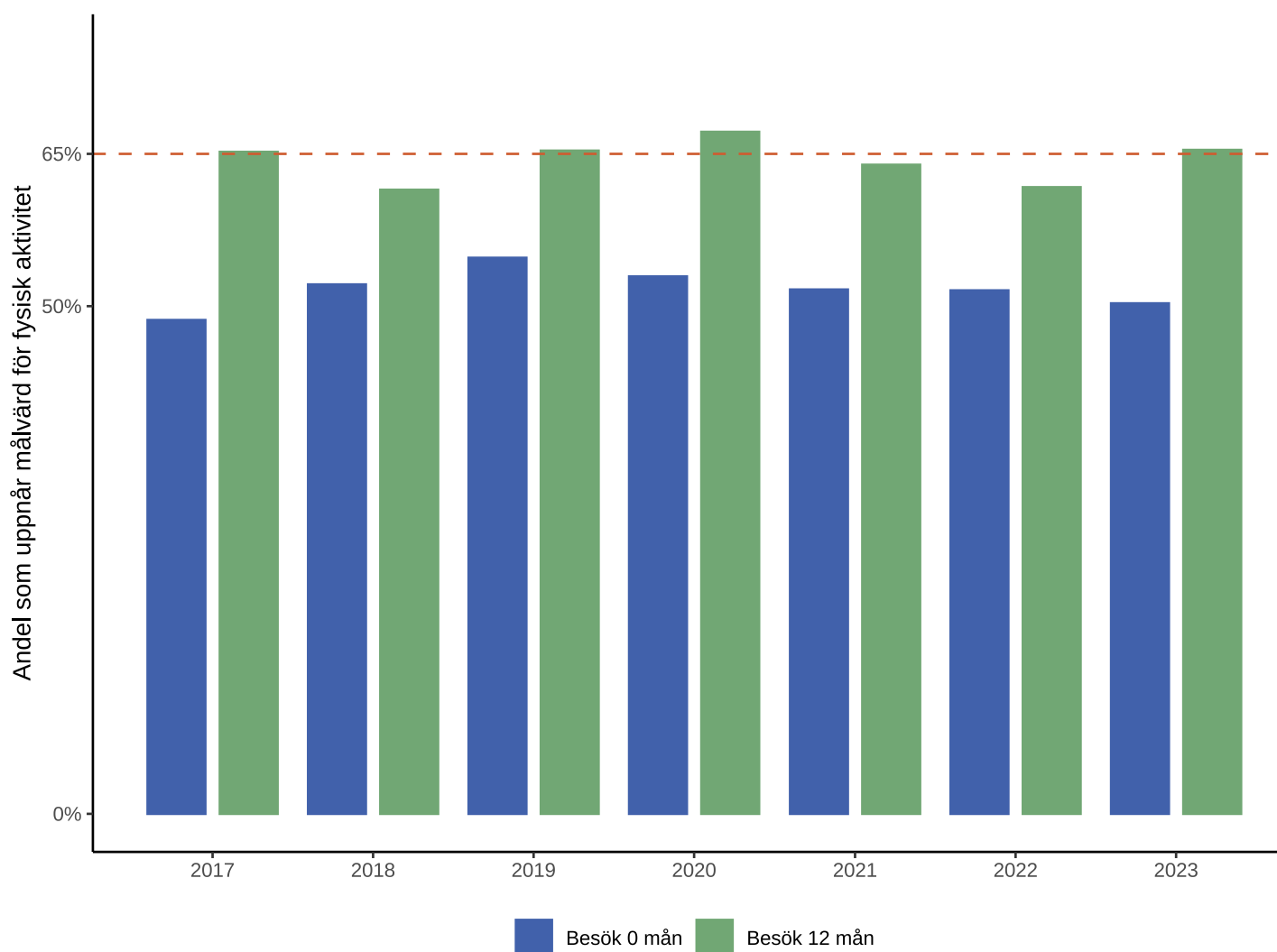
Vid slutet av första året med RA har 3 av 4 patienter behandling med metotrexat och 1 av 3 med biologiskt DMARD. Andelen som står på kortison minskar under det första året.



17. Fysisk aktivitet hos patienter med tidig RA

Patienter som registrerar PER får även frågor om fysisk aktivitet. Att vara fysiskt aktiv enligt rekommendationer bidrar till positiva hälsoeffekter vid reumatisk sjukdom. I diagrammet visas patientens egen skattning av träning och vardagsmotion i förhållande till Folkhälsomyndighetens rekommendationer, vilka är: minst 150–300 mi-

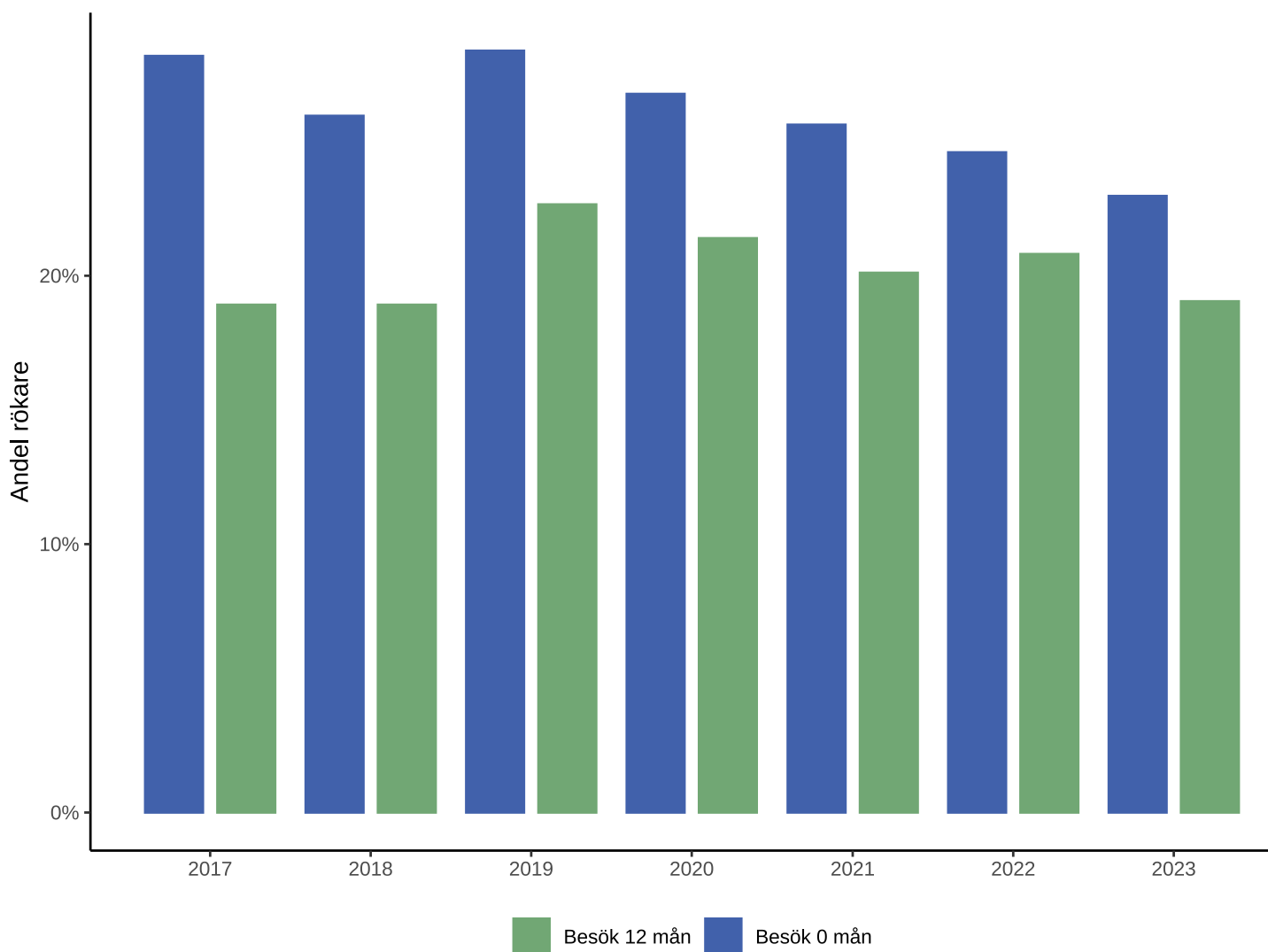
nuters fysisk aktivitet med måttlig intensitet, eller 75–100 minuters fysisk aktivitet med hög intensitet, per vecka. Redan vid diagnos når cirka 50% av patienterna med nydebuterad reumatoid artrit (RA) målnivån för fysisk aktivitet och efter ett år nås målet av 65%.



18. Andel patienter med tidig RA som röker

Rökning är kopplat till risk att utveckla reumatoid artrit (RA) och har även visat sig påverka sjukdomsaktiviteten och prognosen negativt. Den bidrar dessutom till ökad risk för samsjuklighet. Det är därför viktigt att motivera patienter med tidig RA till goda levnadsvanor och rökstopp. Patienten får frågor om rökvanor vid PER registreringen.

Diagrammen baseras på alla förstagångsbesök och 12-månadersbesök hos patienter med ny-debuterad RA under respektive år. Andelen som röker vid 12-månadersuppföljningen har minskat jämfört med första besöket, vilket är positivt.



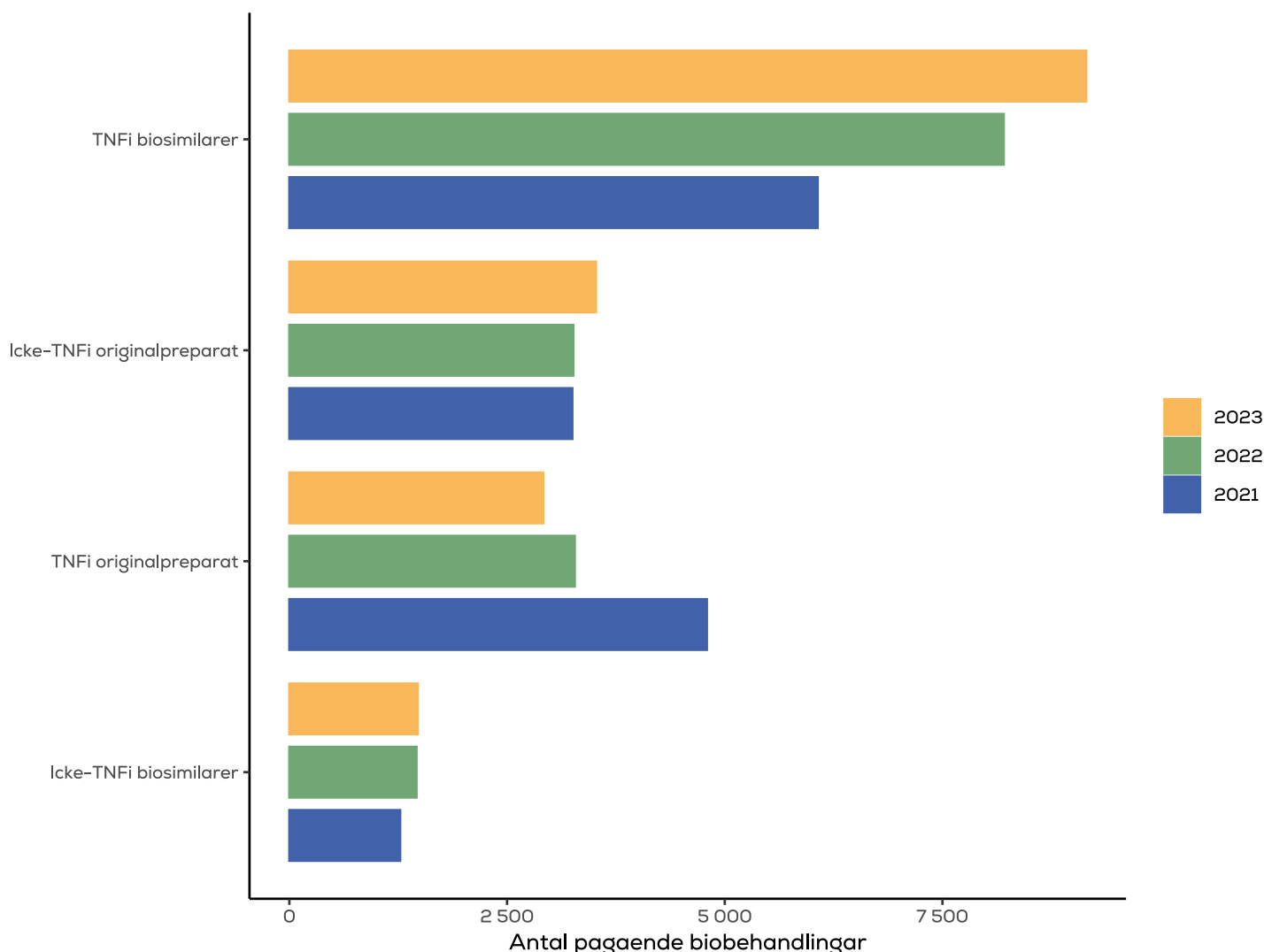
De biologiska läkemedlen samlas under begreppet bDMARD, där DMARD står för Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug. bDMARDs är biologiskt framställda och ges i infusion (dropp) eller som subkutan injektion. De kan delas in i TNFi- och icke-TNFi-preparat.

I gruppen tsDMARD (targeted syntetic DMARDs) ingår de så kallade JAK-hämmarna. tsDMARDs är syntetiskt framställda preparat och målinriktade för att hämma en specifik inflammationsmekanism.

19. Patienter med RA som har pågående behandling med bDMARD eller tsDMARD

Diagrammet visar antalet patienter med reumatoid artrit (RA) som behandlades med bDMARD eller tsDMARD vid respektive årsskifte. Biosimilarer är rekommenderade i första hand då de

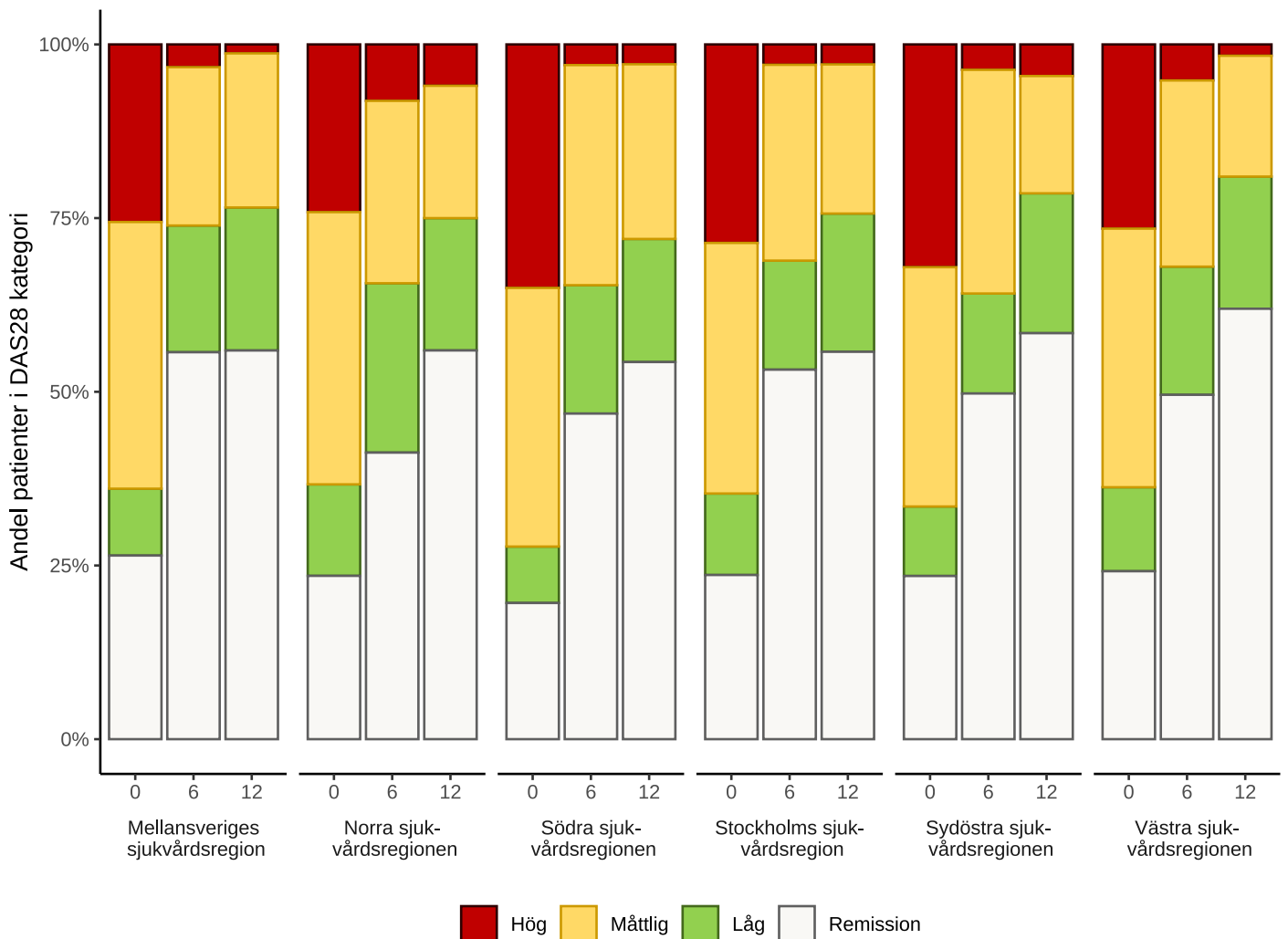
är likvärdiga och billigare än originalpreparaten. Man ser en fortsatt ökning av biosimilarer samt en minskning av originalpreparaten inom TNFi-gruppen.



20. Sjukdomsaktivitet vid RA efter start av bDMARD eller tsDMARD

Staplarna i diagrammet visar hur sjukdomsaktivitet, beräknat med DAS28 vid RA, ser ut under första året efter behandlingsstart med en första b/tsDMARD-behandling. bDMARD och tsDMARD används om konventionella preparat inte haft fullgod effekt eller är olämpliga.

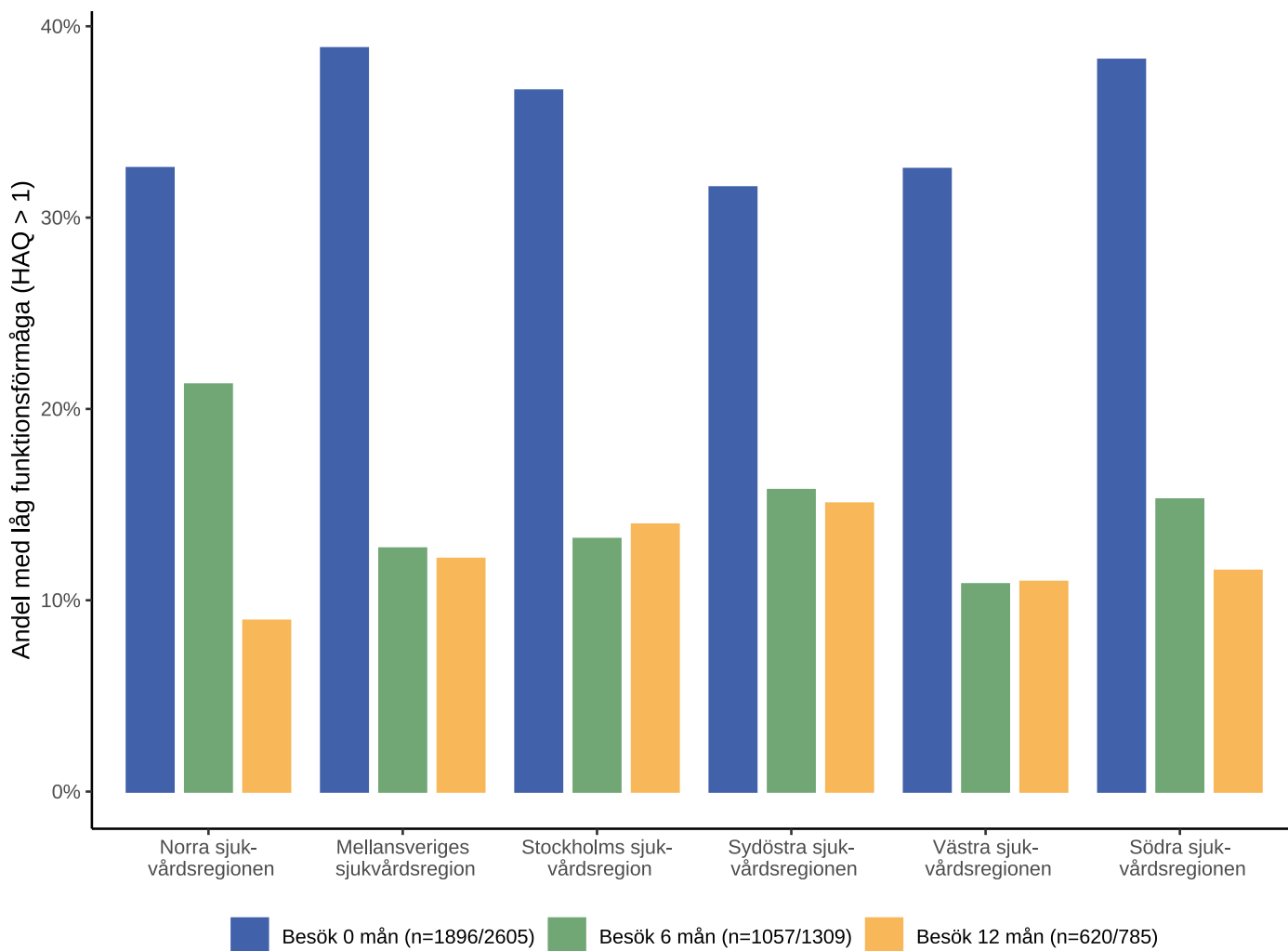
Vid behandlingsstart påvisas att de flesta patienter har måttlig till hög sjukdomsaktivitet. Vid uppföljning efter 6 och 12 månader har minst hälften av patienterna uppnått låg sjukdomsaktivitet (DAS28 under 3,2). Likvärdiga resultat syns i samtliga sjukvårdsregioner.



21. Funktionsförmåga (HAQ) vid RA efter start av bDMARD eller tsDMARD

Health Assessment Questionnaire (HAQ) är ett mått på funktionsförmåga. HAQ över 1,0 kan indikera ett ökat rehabiliteringsbehov.

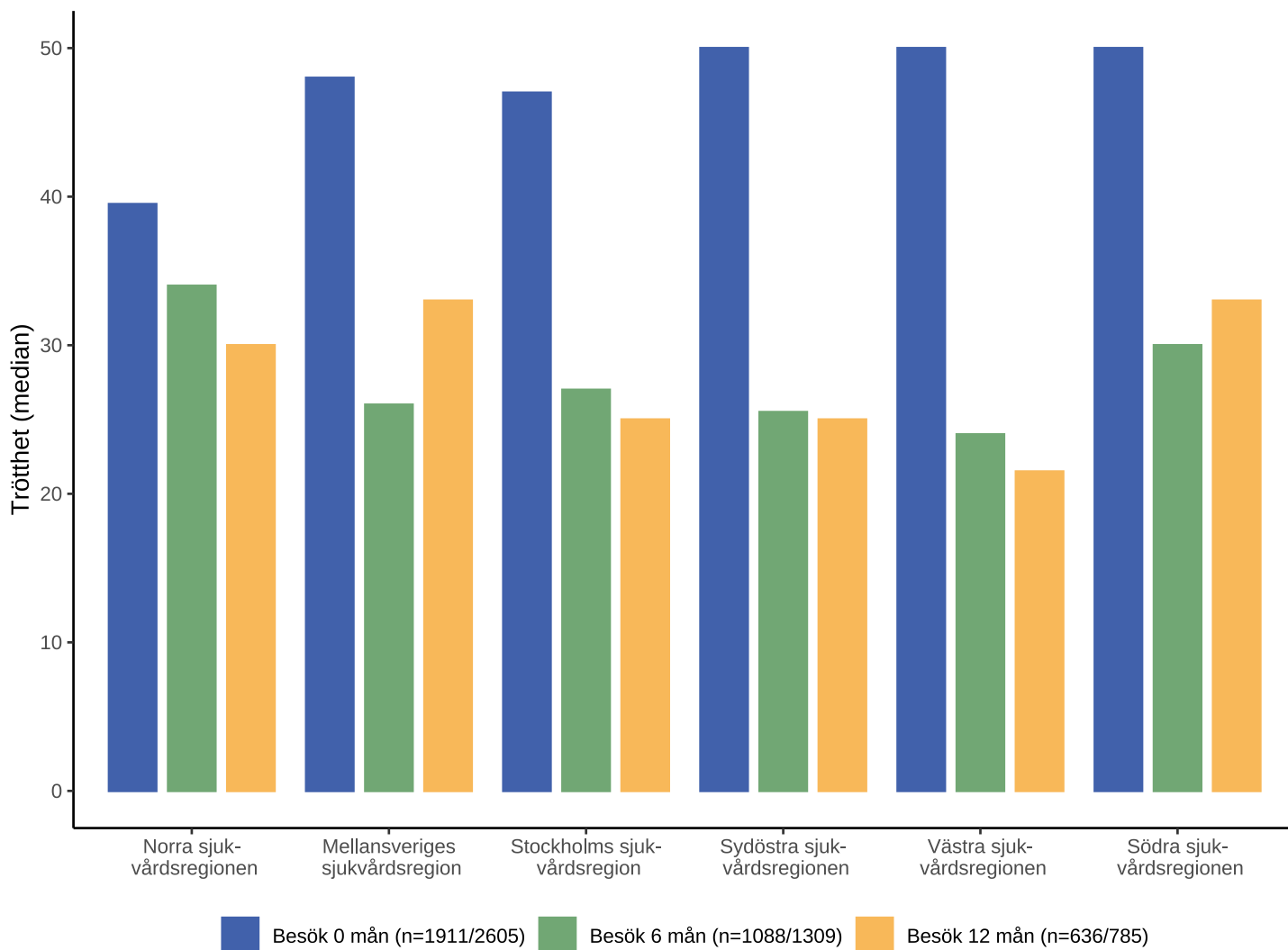
Figuren visar att andel personer med sannolikt rehabiliteringsbehov minskar under första året efter start av bDMARD eller tsDMARD.



22. Trötthet vid RA efter start av bDMARD eller tsDMARD

Trötthet registreras av patienterna i samband med besök genom att de skattar sin upplevda trötthet under den senaste veckan på en linje (VAS-skala, 0–100), där 0 motsvarar frånvaro av

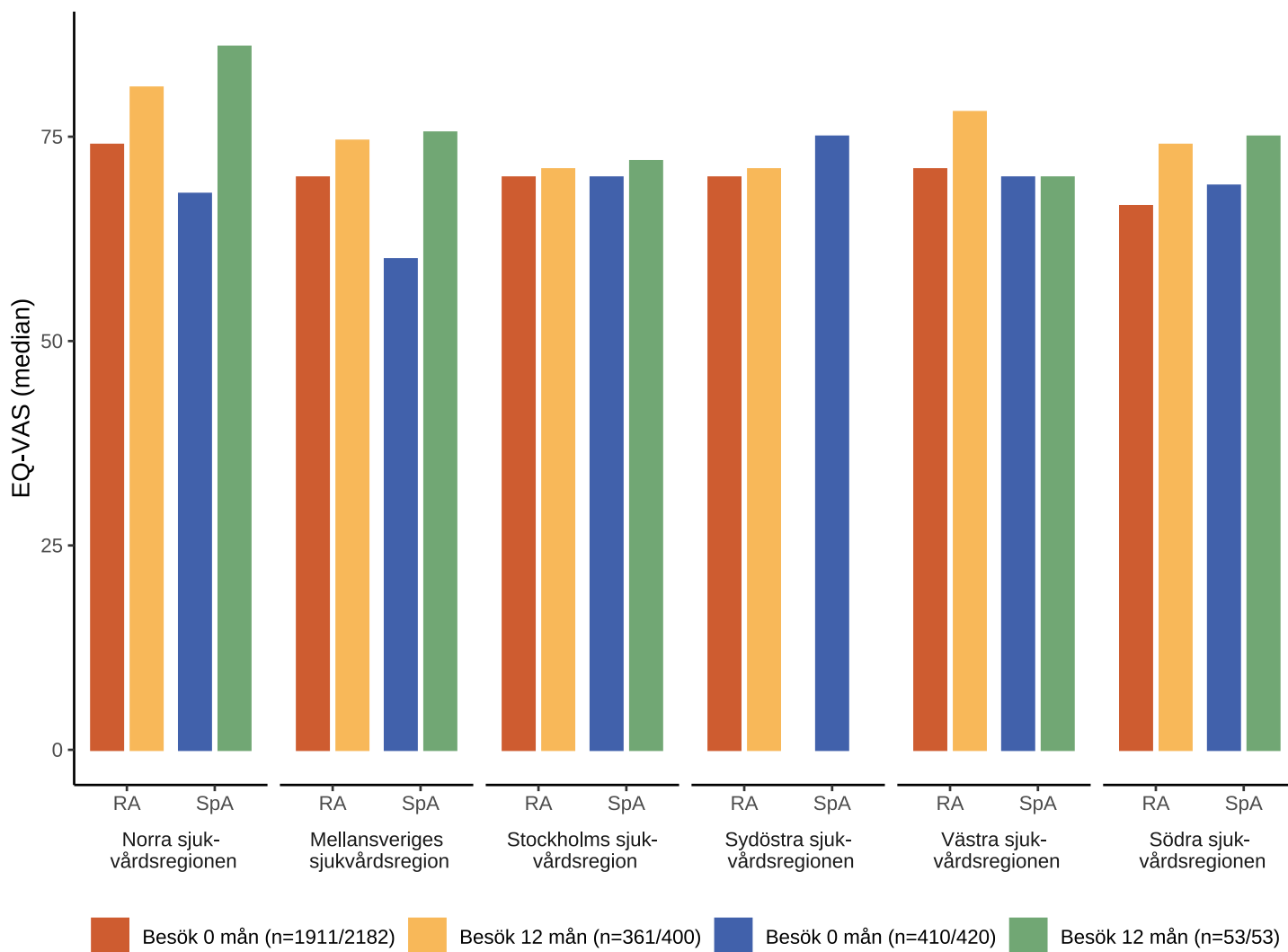
trötthet och 100 värsta tänkbara trötthet. Medianvärdet av trötthet minskar tydligt efter behandlingsstart.



23. Hälsa mätt med EQ-VAS vid RA och SpA efter start av bDMARD eller tsDMARD

EQ-VAS är ett instrument som används för att beskriva och mäta hälsa och hälsorelaterad livskvalitet (0 = sämsta hälsa och 100= bästa hälsa). Staplarna visar att både patienter med

reumatoid artrit (RA) och spondylartrit (SpA) rapporterar förbättrad upplevd hälsa ett år efter behandlingsstart. För regioner med färre än 10 registrerade patienter redovisas inget resultat.

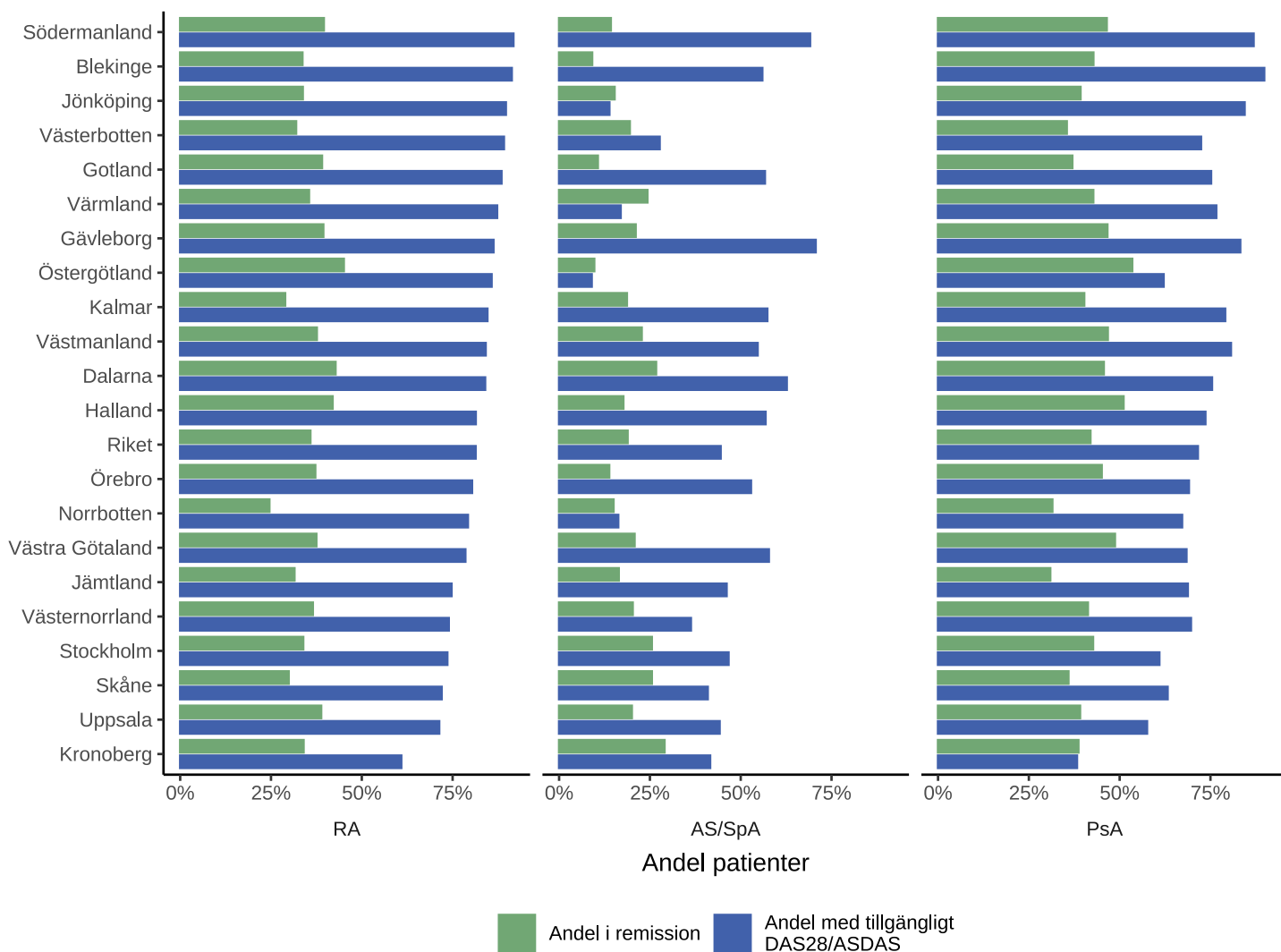


24. Andel patienter i remission med bDMARD eller tsDMARD

Diagrammen visar andelen individer med behandling med bDMARD eller tsDMARD som hade minst en registrering av det sjukdomsaktivitetsindex som används för bedömningen.

De blå staplarna visar de som hade ett registrerat besök under de senaste två åren. Den gröna stapeln visar andelen individer som enligt

sjukdomsaktivitetsmättet hade inaktiv sjukdom (remission). För reumatoid artrit (RA) används DAS28 <2,6 som gräns för remission. Samma gräns och sjukdomsaktivitetsindex används också för psoriasisartrit (PsA). För spondylartritgruppen (AS/SpA) används definitionen ASDAS-CRP <1,3.



25. Andel patienter med uppföljningsbesök inom 9 månader efter start av ett första bDMARD eller tsDMARD

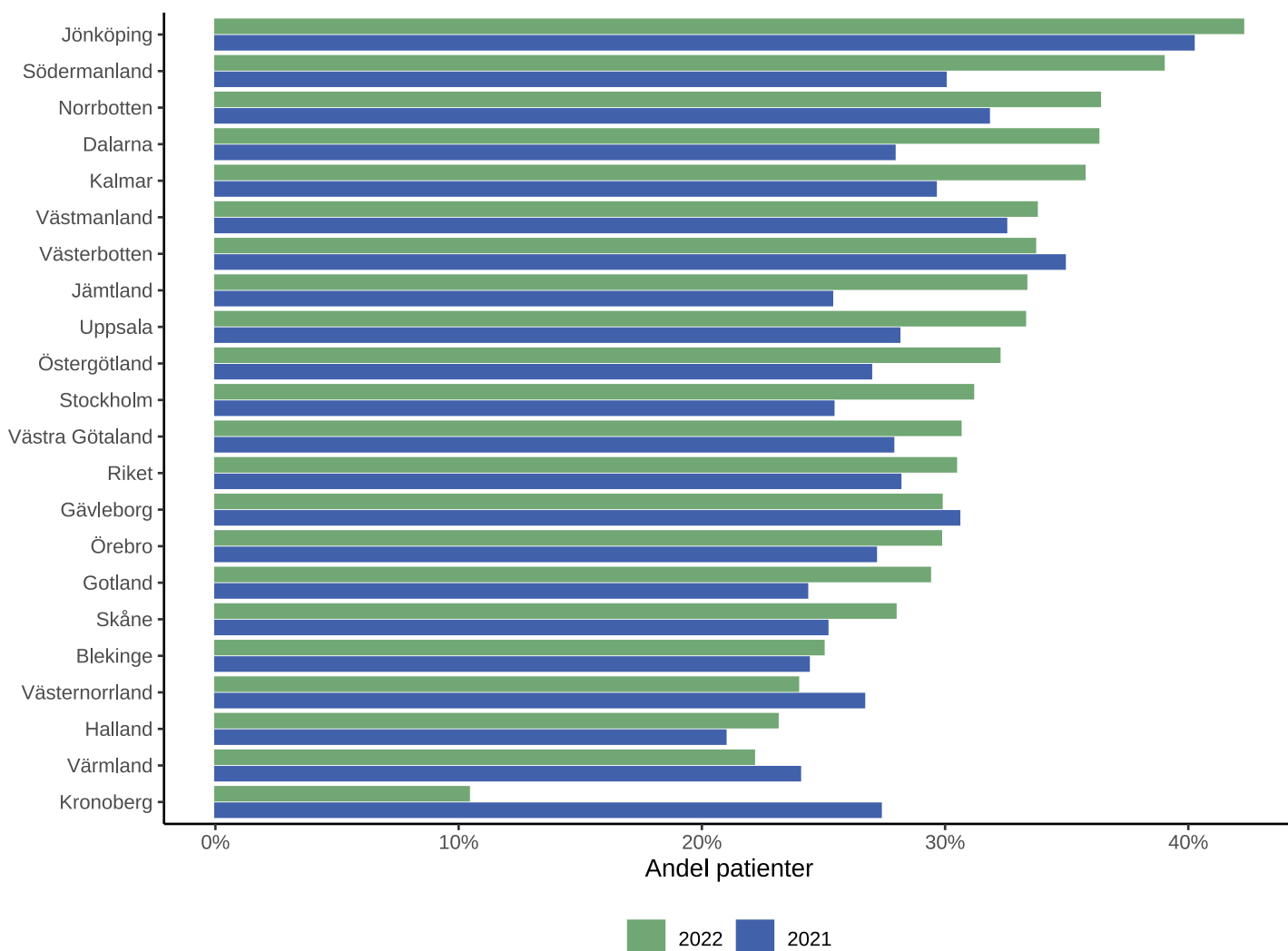
I diagrammet har vi beräknat andelen patienter som har ett uppföljningsbesök registrerat i SRQ inom 9 månader från behandlingsstart av sitt första bDMARD eller tsDMARD. Diagrammet visar skillnader i registrerade uppföljningsbesök.

För att kunna jämföra antal med föregående år visas uppföljningsbesök för de som startat behandling under de senaste två åren.

För att det ska vara möjligt att jämföra resultat av läkemedelsbehandling mellan olika regioner måste uppföljningsbesöken vara registrerade i

SRQ. Det är en utmaning att nå hög täckningsgrad av denna registrering.

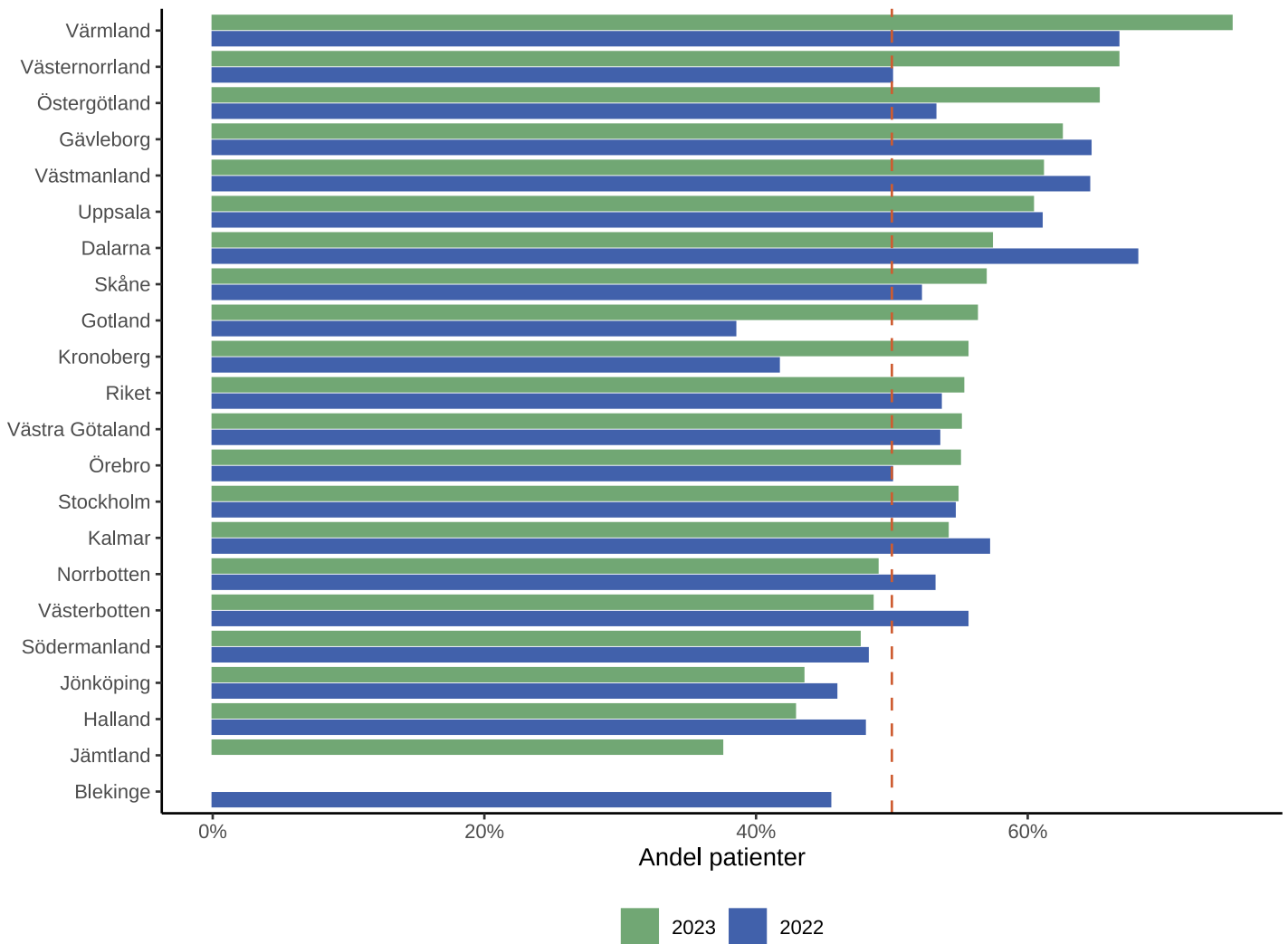
Orsakerna till utebliven registrering kan vara många, exempelvis kan patienter avbryta behandlingar utan besök eller avboka planerade besök om behandlingen fungerar väl. För enheter med långa väntelistor kan återbesöken bli uppskjutna eller så ersätts ett återbesök med ett distansbesök eller telefonbesök som inte registreras. Andra gånger kan registrering i SRQ prioriteras bort av tidskäl.



26. Andel patienter med tidig RA som inkluderas/får diagnos inom 20 veckor

Vid nydebuterad reumatoid artrit (RA) är det angeläget att behandling startas snabbt, eftersom det kan påverka prognosen på lång sikt. Det innebär att både den väntetid som beror på patienten och på vården behöver minimeras. I diagrammet räknas tiden från **tidpunkt för första symptom till inklusion i SRQ eller diagnosdatum**.

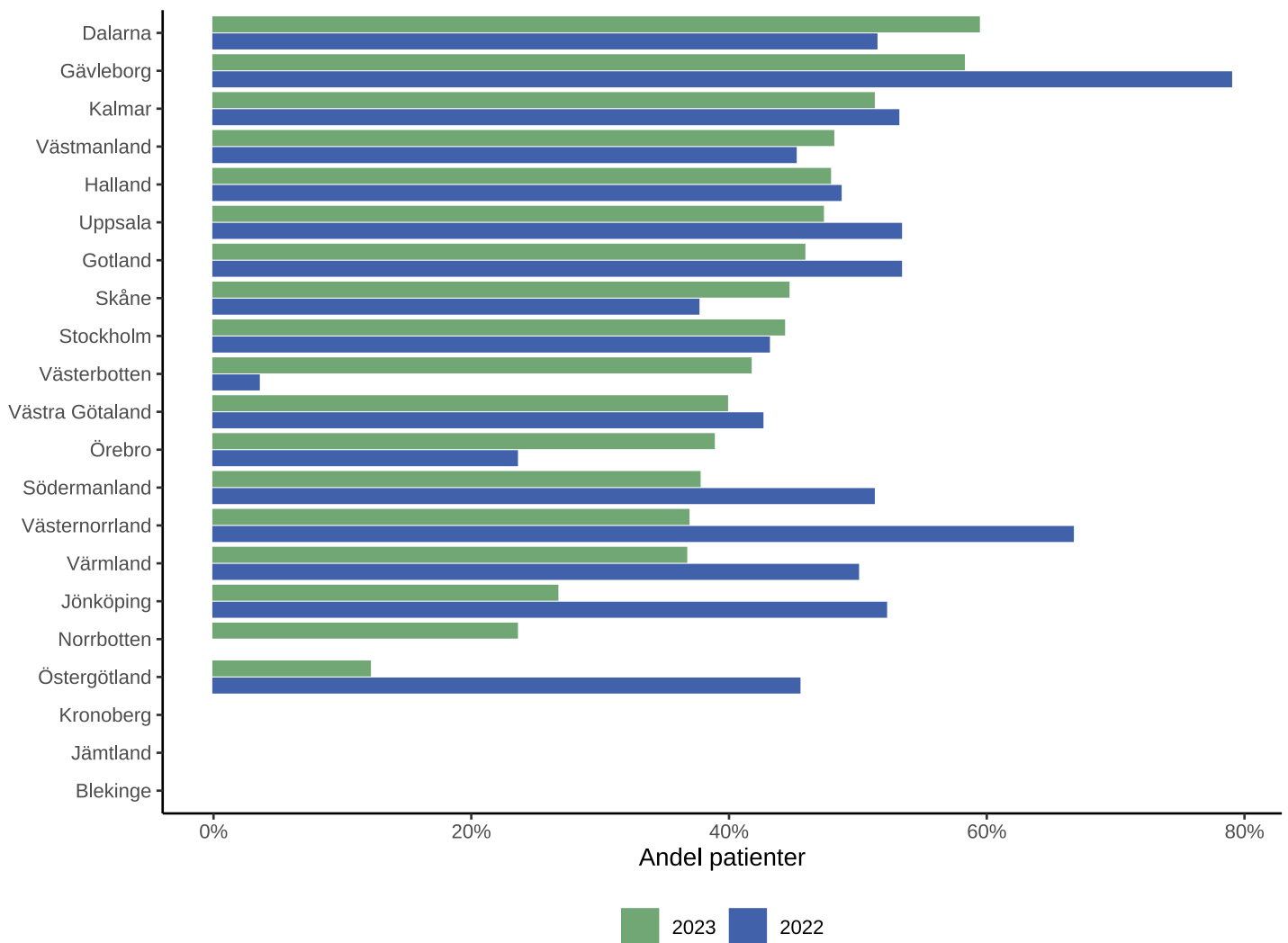
För denna indikator har ett målvärde angetts: att minst hälften av patienterna ska ha fått diagnos inom 20 veckor från symptomdebut. Detta mål nås i de flesta regioner. För regioner med färre än 10 registrerade patienter redovisas inget resultat.



27. Andel patienter med tidig SpA som inkluderas/får diagnos inom två år

Att få en diagnos och att få veta mer om prognos och tänkbar behandling är av stor betydelse för den enskilda individen. Patienter med tidig spondylartritsjukdom (SpA) är en patientgrupp där registreringar generellt ökar i SRQ.

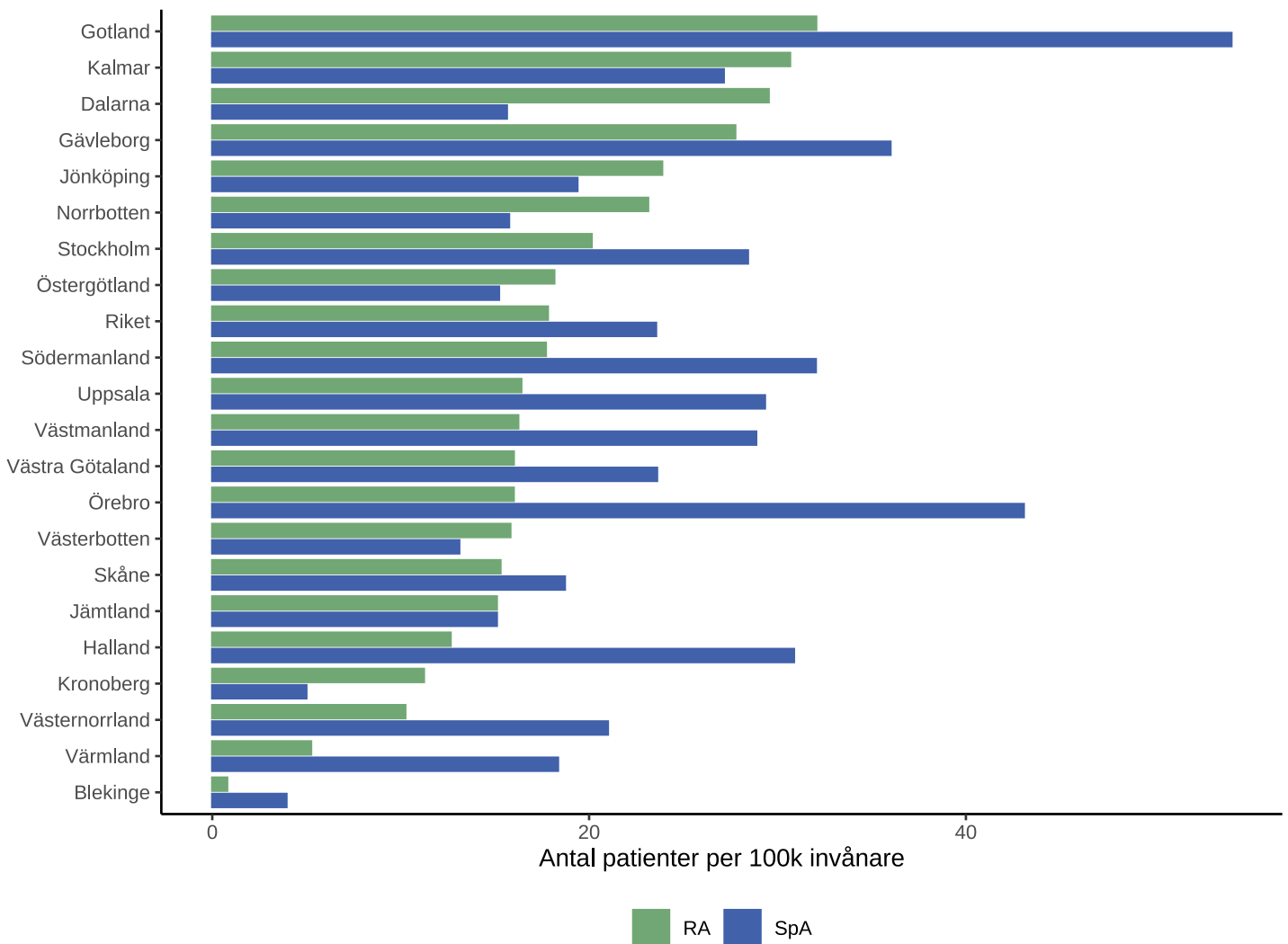
Diagrammet visar andelen patienter som inkluderas i SRQ eller får SpA-diagnos inom 24 månader från symtomdebut. För regioner som saknar staplar finns färre än 10 registrerade patienter.



28. Antal inkluderade patienter med nydebuterad RA eller SpA per 100 000 vuxna invånare

Flera undersökningar visar att omkring 40 av 100 000 personer per år insjuknar i reumatoid artrit (RA). Statistik från SRQ visar att de flesta regioner inkluderar betydligt färre än så. De flesta enheter strävar efter att inkludera alla perso-

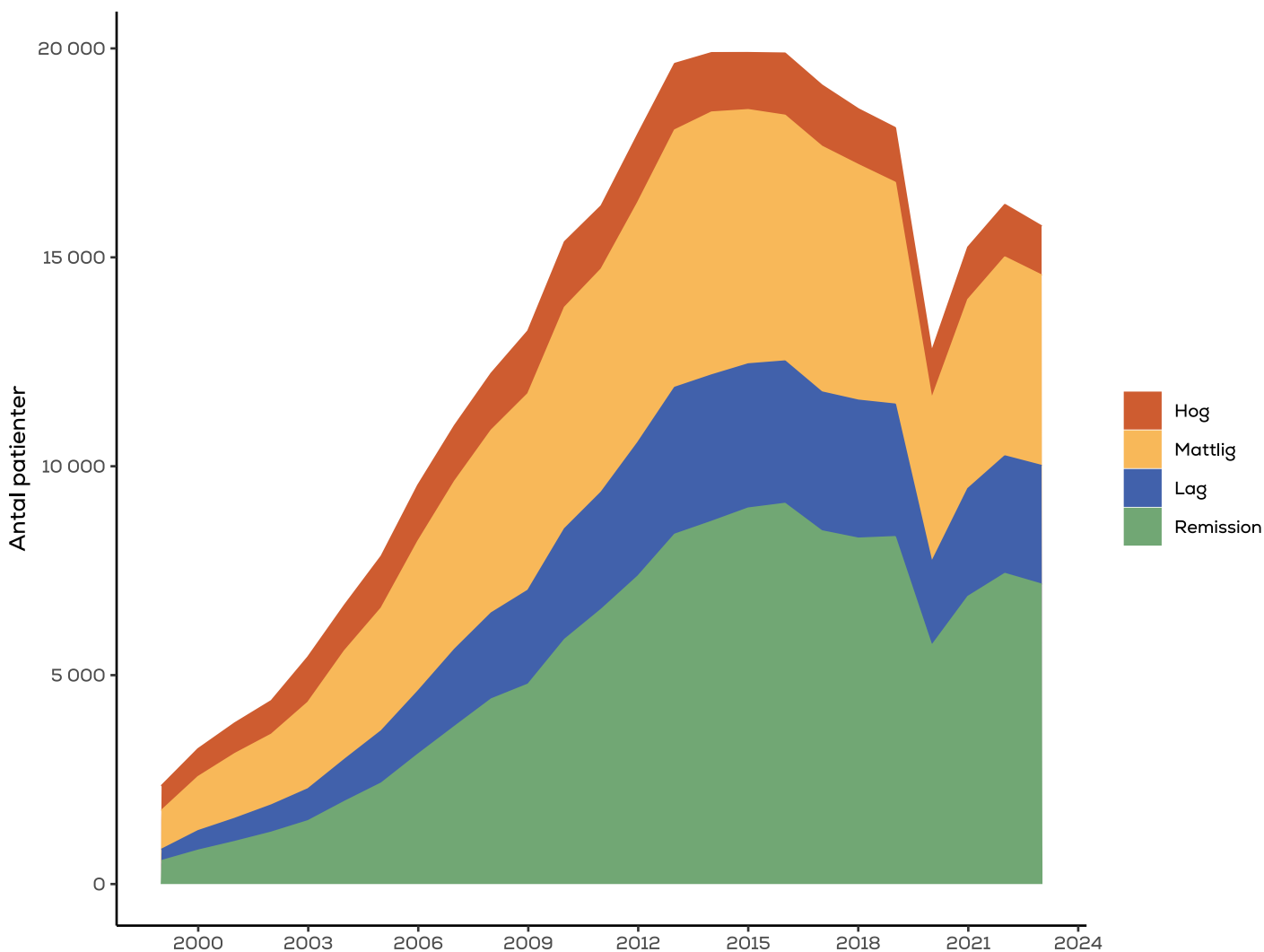
ner med nydebuterad RA i SRQ, men ännu har de flesta regioner inte samma målsättning för personer med nydebuterad SpA. Stora skillnader i registrering observeras mellan regionerna för båda diagnosgrupperna.



29. Sjukdomsaktivitet vid RA

Diagrammet visar sjukdomsaktiviteten för alla patienter med reumatoid artrit (RA) i SRQ oavsett behandling. Resultatet baseras på det sista besöket per patient varje år. Kategorierna av sjukdomsaktivitet baseras på måttet DAS28.

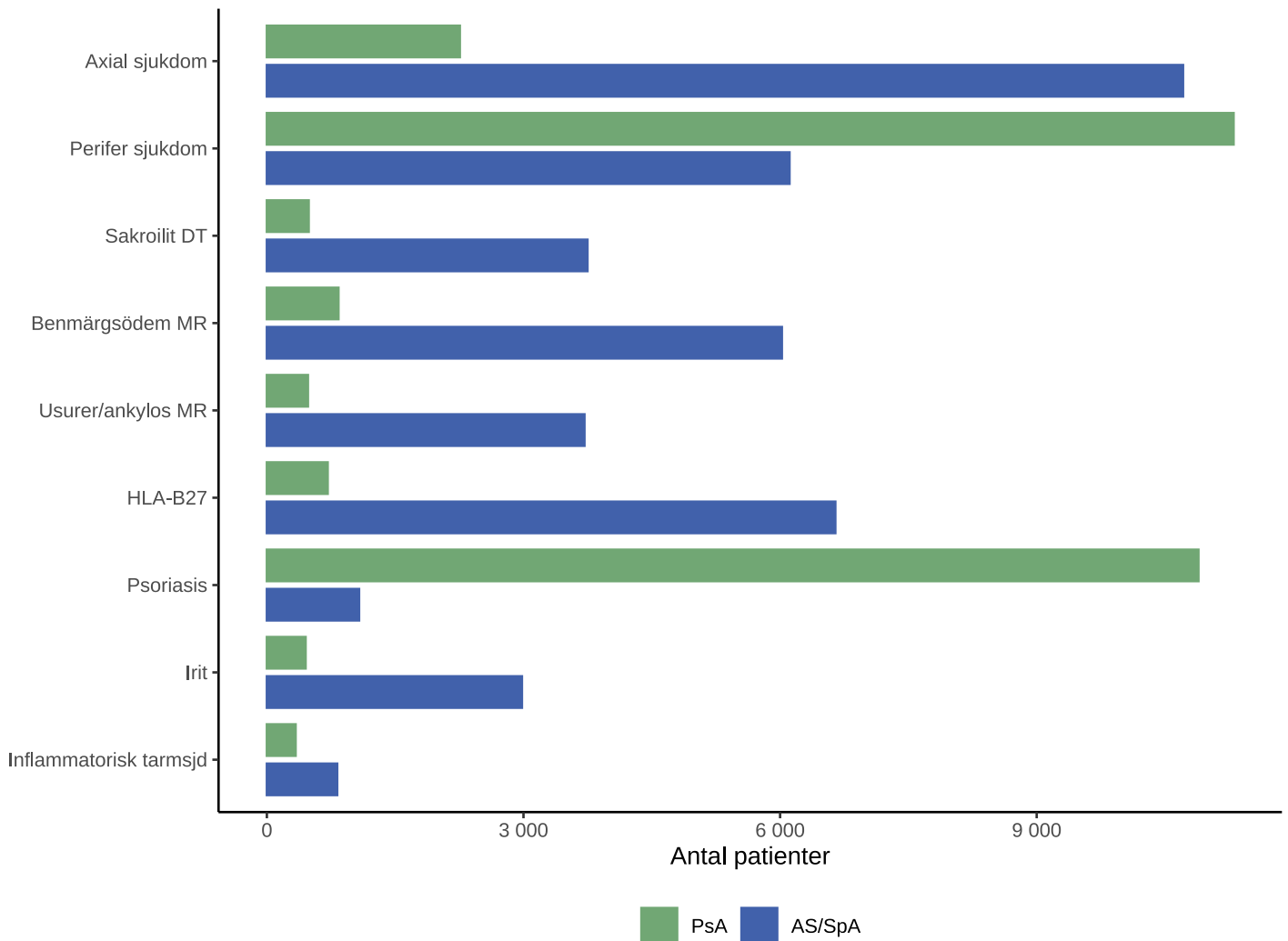
Man kan se hur antalet patienter i remission ökat mest över tid, medan antalet med hög sjukdomsaktivitet är rätt oförändrat. Det är också tydligt att pandemin påverkade antalet patienter med registreringar.



30. Sjukdomsbild vid SpA

Sedan 2020 kan spondartritmanifestationer registreras i SRQ. Patienter med spondartrit kan delas in i psoriasisartrit (PsA), ankyloserande spondylit (AS) och övrig spondartrit (SpA).

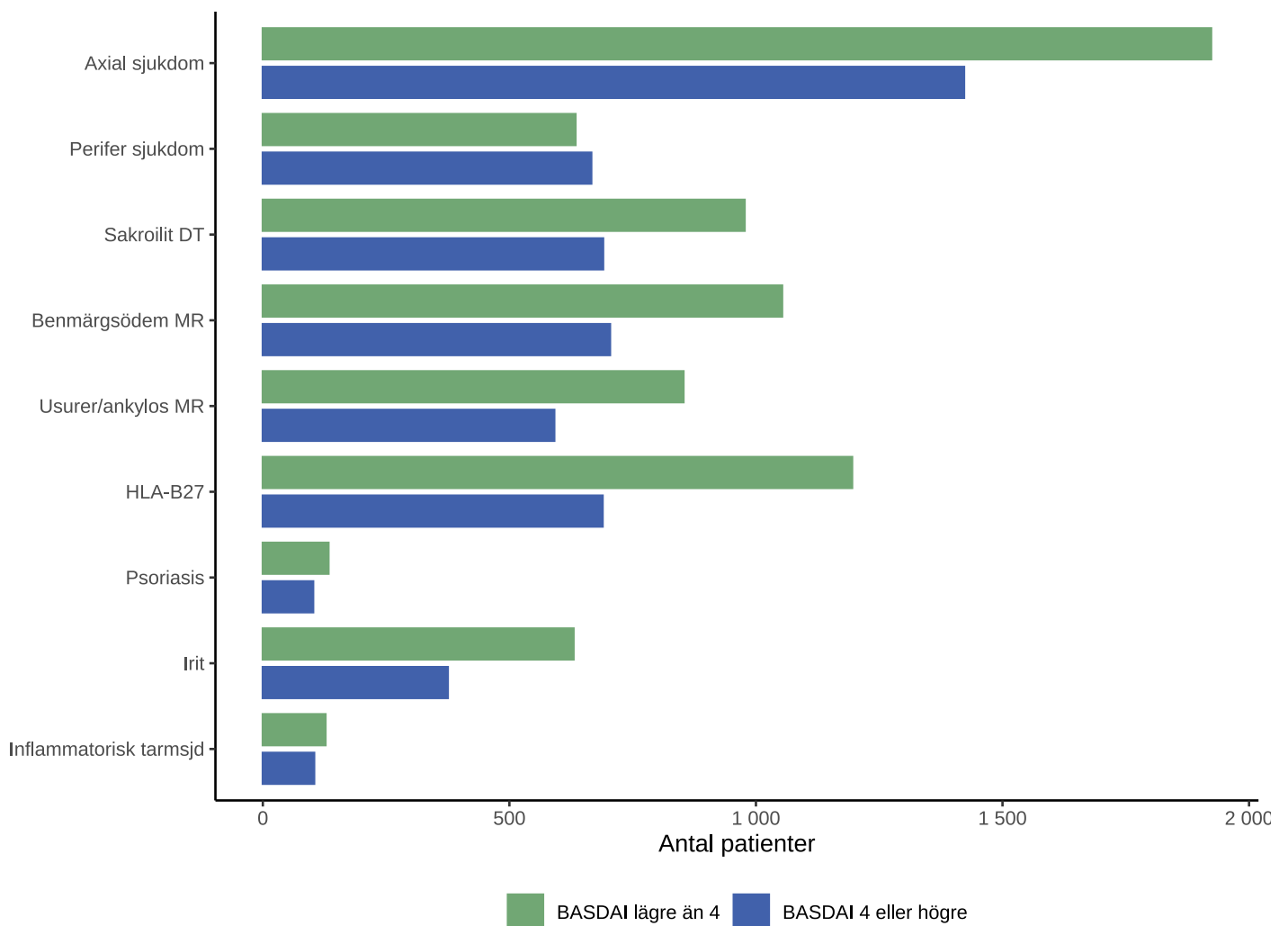
I diagrammet visas totalt antal individer med inrapporterad sjukdomsbild. AS och SpA rapporteras i samma staplar.



31. Sjukdomsbild vid SpA med hög/låg sjukdomsaktivitet

BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) är ett sjukdomsaktivitetsmått baserat på patientens egen upplevelse av besvär. BASDAI över 4 indikerar hög sjukdomsaktivitet.

serat på patientens egen upplevelse av besvär. BASDAI över 4 indikerar hög sjukdomsaktivitet.

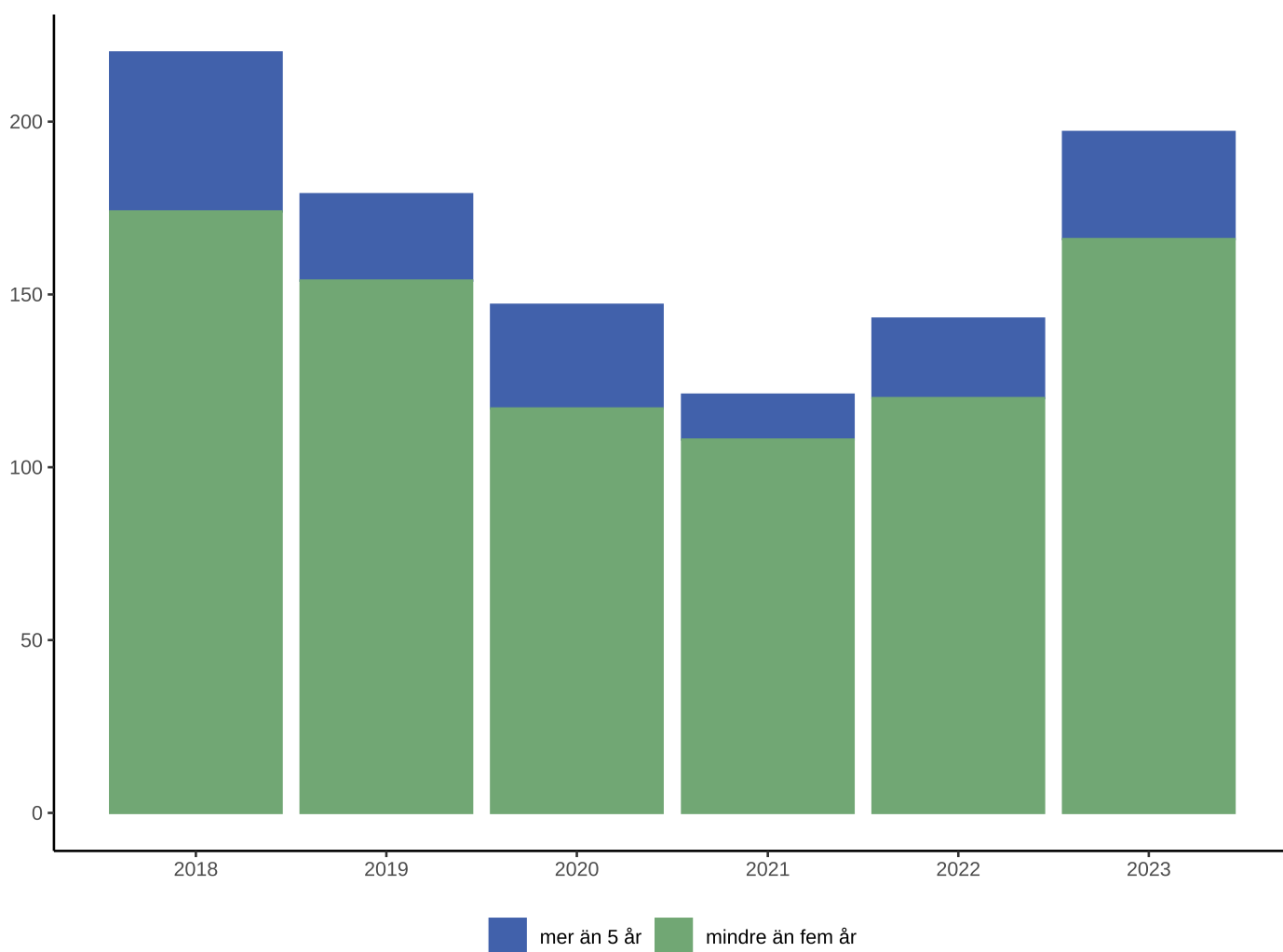


32. Sjukdomsduration av SLE vid inklusion i SRQ

Diagrammet visar sjukdomsduration hos patienter med diagnos SLE vid inklusion i SRQ. SLE-modulen i registret uppdaterades omkring 2017 vilket förmodligen bidrog till att ett större antal individer (både nyinsjuknade och de med längre sjukdomstid) då inkluderades i SRQ. Därefter ses en minskning i nyregistreringar fram till 2022. Efter det ökar registreringarna åter för

SLE vilket sammanfaller med att ett nytt patientmått (Q-SLAQ) introducerades i SLE-modulen. De flesta med SLE som inkluderas i SRQ blir inkluderade mindre än fem år efter diagnos.

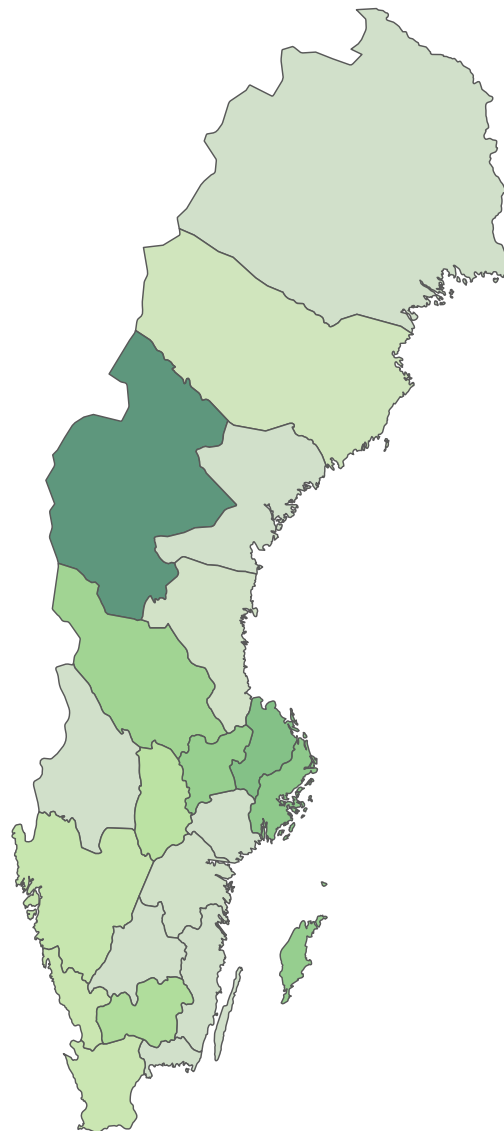
[Läs mer om Q-SLAQ i dokumentet Q-SLAQ – information på \[srq.nu\]\(http://srq.nu\)](#)



33. Andel patienter med RA eller SLE som registrerats i KV-modulen

Reumatisk sjukdom innebär en ökad risk för kardiovaskulär sjukdom, vilket särskilt är visat för reumatoid artrit (RA) och systemisk lupus erytematosus (SLE). Därför är det viktigt att tidigt uppmärksamma risker och initiera prevention.

Figuren visar andelen patienter med RA eller SLE som har minst en komplett registrering i kardiovaskulära modulen (KV-modulen). Mörkare färg indikerar län med större andel registreringar.



0% 40% 75%



Andel registrerade
i KV modulen

Levnadsvanor i SRQ

Fler levnadsvanor i SRQ & PER

Sedan många år registreras rökning och fysisk aktivitet i SRQ. De senaste åren har formulär för screening och dokumentation av levnadsvanor i hälso- och sjukvården aktualiserats. I patientens egen registrering (PER) ingår numera frågor avseende levnadsvanorna: **rökning, fysisk aktivitet, matvanor och alkoholvanor**. I beslutstödet finns färgmarkeringar som gör det tydligt för professionen om det finns indikationer på ohälsosamma levnadsvanor eller riskbeteende för de fyra levnadsvanorna (se **Figur 1** och faktarutan).

Patientens senaste registrering av respektive levnadsvana ligger kvar tills en ny registrering har importerats till beslutstödet.

Registreringar av levnadsvanor

För de levnadsvanor som funnits längst i SRQ finns totalt sett 461 968 registreringar för rökning och 291 418 registreringar för fysisk aktivitet (till och med april 2024). Sedan införandet av respektive levnadsvana har rökvanor registrerats av 102 005 personer, fysisk aktivitet av 75 169, alkohol 25 121 och kost av 24 917 personer. Registreringen av PER för alkohol och kost startade i april 2023. I diagrammen presenterar vi sammanlagda resultat från den senaste registreringen i Levnadsvane-PER för de patienter som genomfört minst en registrering under det år som gått sedan april 2024.

Det senaste årets sammanställning indikerar ohälsosamma matvanor hos 15% av patienterna i SRQ, medan 21% rapporterat matvanor som sannolikt är hälsosamma. Motsvarande siffror för Sverige nationellt var 20, respektive 10%¹.

Alkoholvanor som motsvarar riskbruk sågs hos 13% av de som rapporterade i SRQ under före

Text: Susanne Pettersson, Lotta Ljung
Statistik: Daniela Di Giuseppe
Faktaruta: Björn Sundström



Figur 1. I beslutstödet ges färgmarkeringar för levnadsvanor.

gående år. Jämförande siffra för Sverige nationellt var drygt 15%².

Vid senaste rapportering i SRQ uppgav 7,9 % av patienterna att de var rökare vilket är något högre än nationella siffror för den svenska befolkningen generellt (6% år 2022^{3c}).

Ohälsosamma levnadsvanor hos män respektive kvinnor

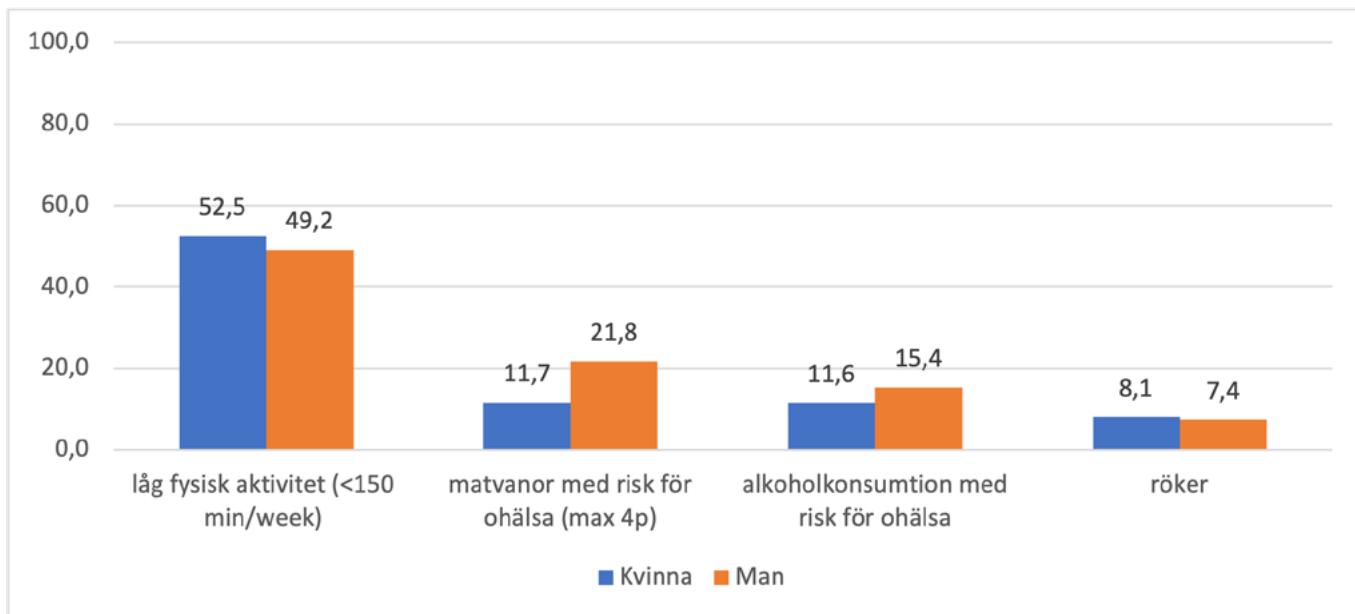
När vi tittar på hälsobeteenden som rapporterats i SRQ så har män i högre utsträckning rapporterat matvanor och alkoholvanor som kan medföra ökad risk för ohälsa (Figur 2). Kvinnor i SRQ rör sig för lite och är rökare i högre utsträckning än män. I den vuxna befolkningen i Sverige är det generellt fler kvinnor än män som röker i åldersgruppen upp till 30 års ålder, men från 30 år och uppåt är fler män än kvinnor rökare.

I befolkningen varierar levnadsvanor mellan könen och mellan olika åldersgrupper. Detta kan vara en förklaring till vissa skillnader i hälsobeteenden mellan diagnoser i SRQ, eftersom ålders- och könsfördelningen varierar för de olika reumatiska sjukdomarna (Figur 3 - 6).

1 https://www.nationelltklinisktkunskapsstod.se/kunskapsstod/kliniska-kunskapsstod/ohalsosamma-matvanor/?selectionCode=profession_primarvard

2 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/alkoholkonsumtion/alkoholkonsumtion-bland-vuxna/>

3 <https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/andts/andts-anvandning-och-ohalsa/anvandning/anvandning-av-tobaks-och-nikotinprodukter/vuxnas-bruk-av-tobaks--och-nikotinprodukter/>



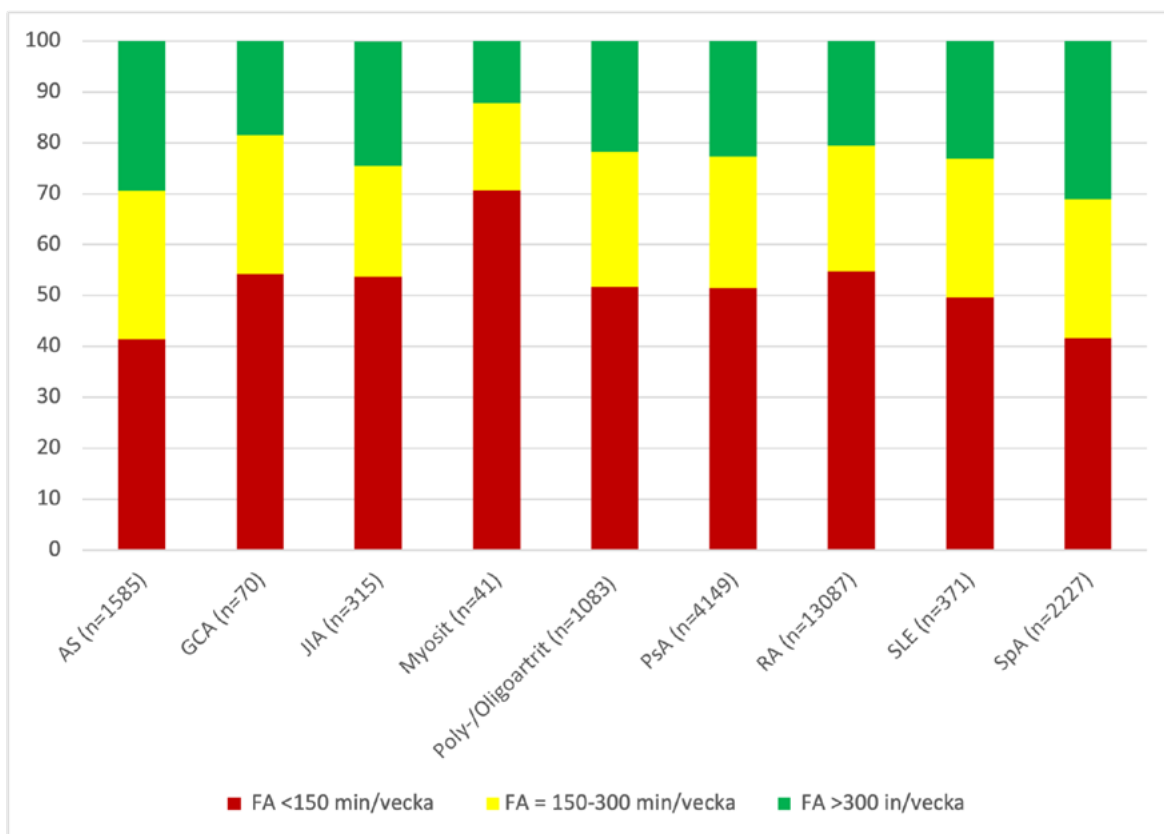
Figur 2. Ohälsosamma levnadsvanor – andel (%) kvinnor respektive män med ohälsosam levnadsvana/riskbeteende..

Fysisk aktivitet och diagnos

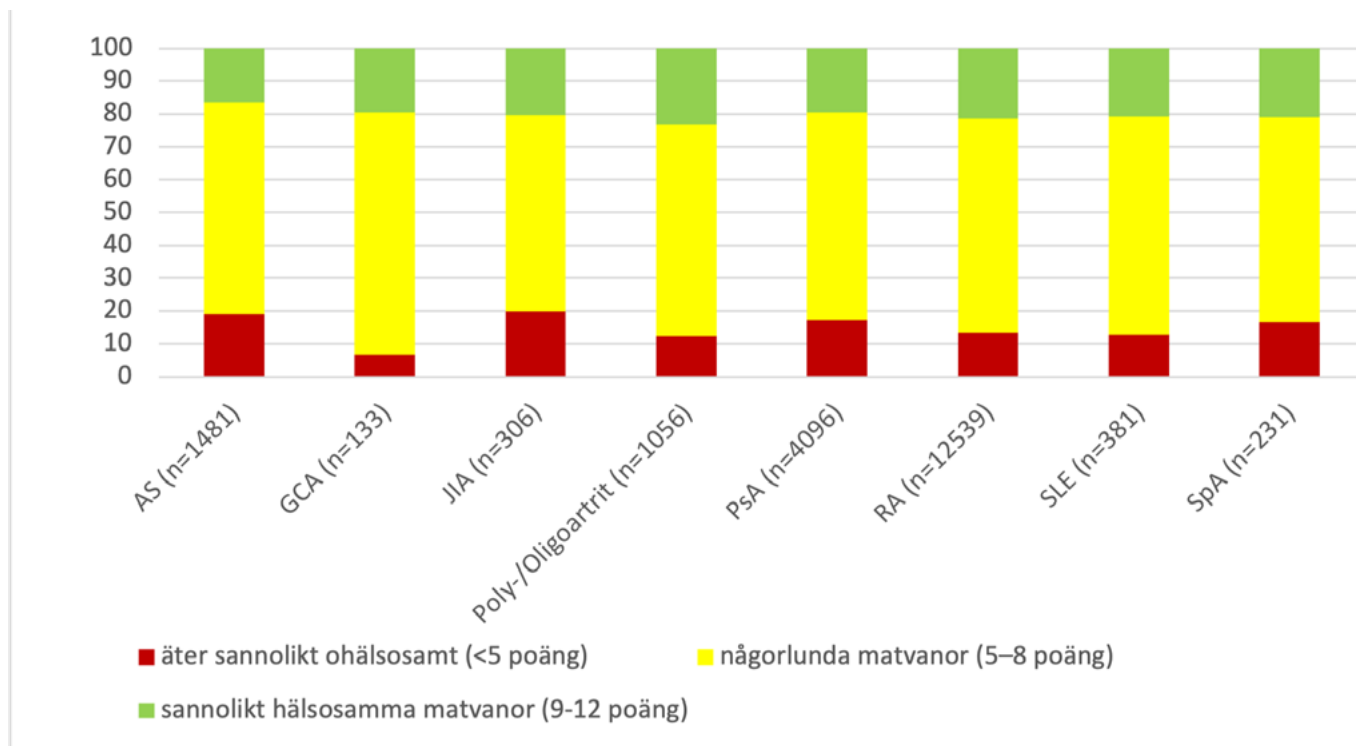
Bland patienter med ankyloserande spondylit (AS) och spondylartrit (SpA) noteras den högsta andelen som rapporterat tillräcklig fysisk aktivitet (Figur 3). Vid dessa sjukdomar är fysiskt träning en särskilt viktig del av behandlingen. Trots detta rapporterar 40 % av patienterna även i dessa grupper otillräcklig fysisk aktivitet. I gruppen patienter med myosit rapporterar hela 70% av dem otillräcklig fysisk aktivitet (Figur 3).

Liten skillnad i matvanor mellan diagnoser

Rapporterade matvanor skiljer sig obetydligt mellan de olika diagnoserna (Figur 4). De flesta patienter rapporterar matvanor som är någorlunda eller måttligt ohälsosamma. Jättecellsarterit (GCA) sticker ut med en lägre andel ohälsosamma matvanor jämfört med övriga diagnoser (Figur 4).



Figur 3. Fysisk aktivitet (FA) per diagnos, staplarna visar fördelning (%) för senaste rapportering april 2023 – april 2024 (diagnoser med färre än 30 svar visas ej).



Figur 4. Matvanor, per diagnos, staplarna visar fördelning (%) för senaste rapportering under perioden april 2023 – april 2024 (diagnoser med färre än 30 svar visas ej).

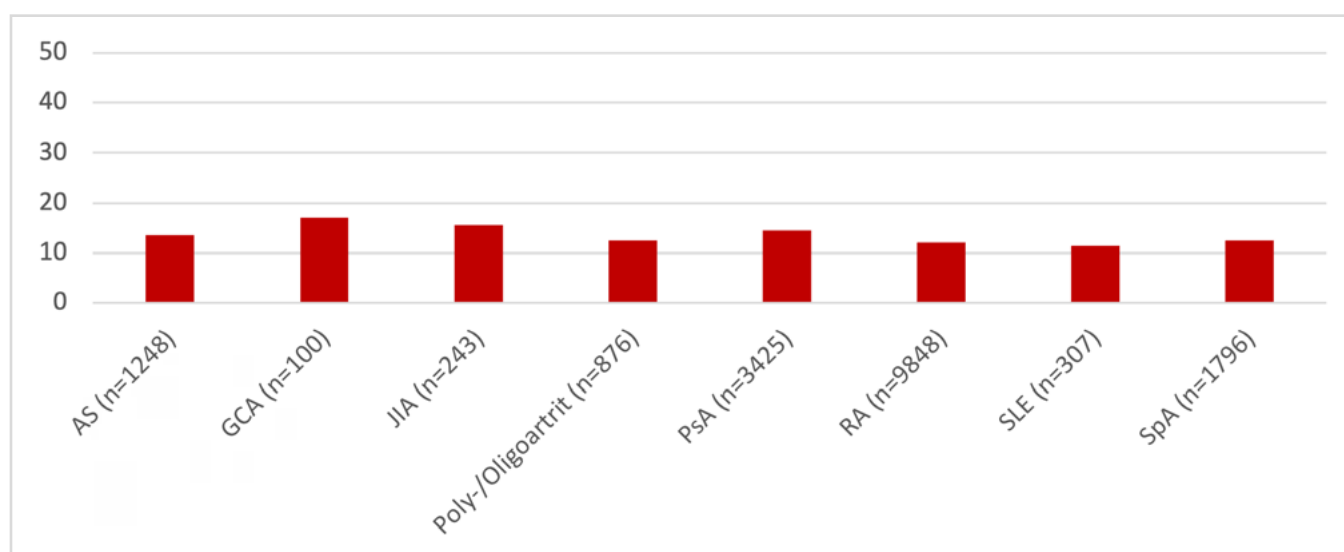
Likvärdigt resultat för riskbruk av alkohol

Andelen som rapporterat riskbruk av alkohol uppvisar också små skillnader mellan olika diagnoser (Figur 5). Den lägsta andelen med riskbruk noteras bland patienter med SLE (11%) och den högsta bland patienter med GCA (17%).

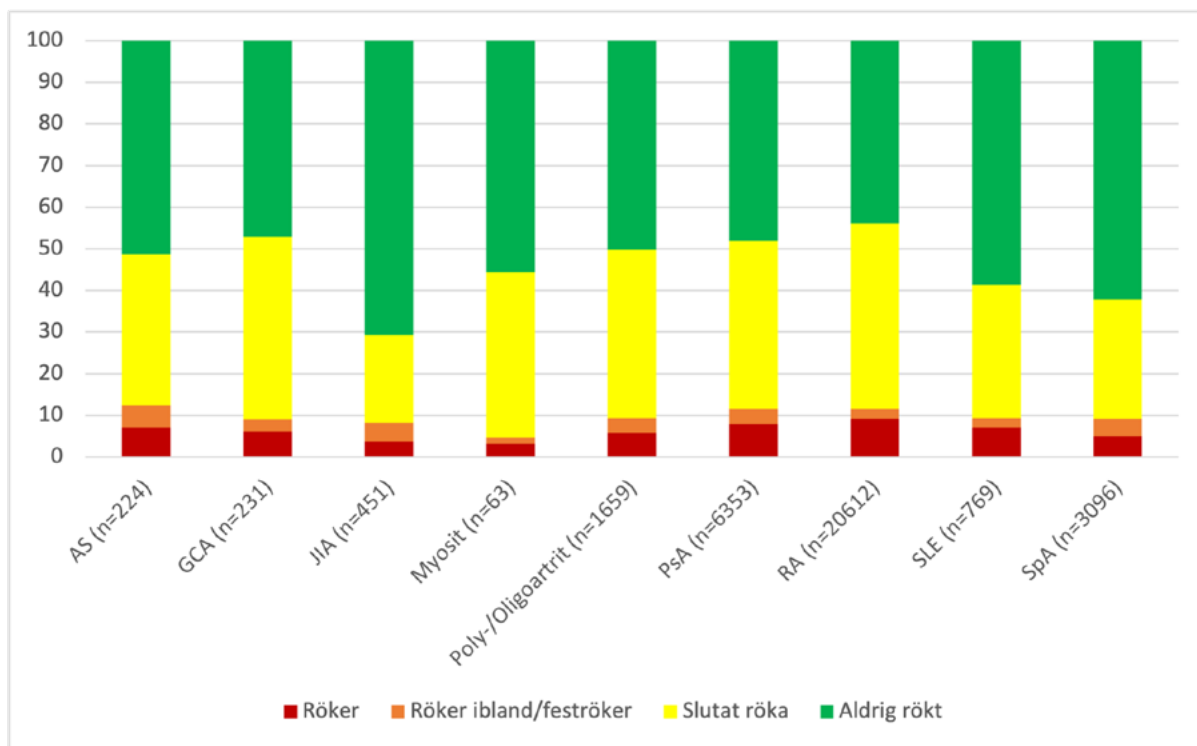
Rökning skiljer sig mellan diagnos

Daglig rökning och röker ibland/feströkning är vanligast förekommande bland patienter med AS, psoriasisartrit (PsA) och reumatoid artrit (RA), (Figur 6).

Eftersom rökning är associerat med både sämre prognos och ökad risk för samsjuklighet vid flertalet diagnoser är rökstopp angeläget. Patienter med juvenil idiopatisk artrit (JIA) har den största andelen som aldrig rökt (Figur 6).



Figur 5. Andel som rapporterat alkoholvana med risk för ohälsa. Staplarna visar fördelning (%) per diagnos och för senaste rapportering under perioden april 2023 – april 2024 (diagnoser med färre än 30 svar visas ej).



Figur 6. Rökvanor vid senaste registrering under perioden april 2023 – april 2024 (diagnoser med färre än 30 svar visas ej).

Sammanfattning

Ohälsosamma levnadsvanor kan leda till ohälsa som kan förebyggas. Sannolikt är hälsosamma levnadsvanor av större betydelse för personer med inflammatorisk reumatisk sjukdom än för i övrigt friska personer. Det gäller både förlopp och behandling av den reumatiska sjukdomen och

riskerna för samsjuklighet, särskilt för hjärt-kärlsjukdom och diabetes. Denna första rapport från PER Levnadsvanor indikerar att arbete med levnadsvanor behövs inom reumatologin. I kommande rapporter hoppas vi kunna analysera också förändringar över tid.

PER Levnadsvanor

Patientens egen registrering av levnadsvanor har utvecklats av LiR-gruppen (Levnadsvanor inom Reumatologin) med viss anpassning till kunskapsstyrningens och Socialstyrelsens rekommendationer.

Rökning – PER-fråga med fyra svarsalternativ. Ohälsosam levnadsvana markeras med rött (röker) eller gult (röker ibland/feströkare). Aldrig rökt eller slutat röka markeras med grönt. SRQ har ingen fråga om annat tobak- eller nikotinbruk.

Fysisk aktivitet – Socialstyrelsens tre indikatorfrågor om fysisk träning, vardagsmotion och stillasittande. Antal minuter vardagsmotion och antal minuter fysisk träning x 2 räknas samman. Ohälsosam levnadsvana indikeras med rött (färre än 150 minuter per vecka)

eller gult (150–300 minuter per vecka). Motion i fler än 300 minuter per vecka markeras med grönt.

Matvanor – Fyra frågor baserade på Socialstyrelsens kostindex avseende frukt, grönsaker, fisk och skaldjur samt produkter som innehåller socker. Varje fråga ger 0–3 poäng och summan räknas samman. Ohälsosamma matvanor (färre än 5 poäng) markeras med rött, någorlunda matvanor (5–8 poäng) markeras med gult. Hälsosamma matvanor (fler än 8 poäng) markeras med grönt.

Alkoholvanor – Screeninginstrumentet AUDIT-C med 3 frågor som vardera ger 0–4 poäng. Fler än 4 poäng (kvinnor) eller 5 poäng (män) kan indikera riskbruk och markeras med rött. Grön eller gul markering används inte för alkoholvanor.

Indikatorer för Vårdförlopp RA

För att följa upp vårdförloppen för tidig och etablerad reumatoid artrit (RA) används bland annat indikatorer kopplade till behandling, sjukdomsaktivitet, smärtupplevelse och ledtider. Ett flertal av indikatorerna följs med hjälp av data från SRQ.

Tidigare år har vi presenterat indikatorerna i årsrapporten. Från och med förra året finns de att läsa på vår webbplats srq.nu, så även i år.

[Till indikatorerna](#)

Justerade indikatorer – vårdförlopp tidig RA

Nu är indikatorerna för vårdförloppet för tidig RA mer lättbegripliga. De flesta av dessa indikatorer avser uppgifter från årskontrollen (12+/-3 månader efter diagnos). Tidigare var värdeåret (det vill säga året som resultatet avser) för dessa indikatorer det år som patienten fick diagnos, vilket gjorde att många misstolkade värdet och trodde att uppgifterna var inaktuella. Nu anges istället värdeåret som det år när patienten senast skulle ha haft sitt årsbesök.

Detta innebär att resultaten kan ändras något. Indikatorerna är redan justerade på Vården i Siffror och kommer att justeras också i kvartalsrapporterna.

Vid frågor kontakta info@srq.nu



Samarbete mellan NPO reumatiska sjukdomar & SRQ 2023

NPO:s och SRQ:s fortsatt viktiga samarbete

Under 2023 har samarbetet mellan **Nationellt programområde (NPO) reumatiska sjukdomar** och SRQ fortsatt. Vi har haft en hel del dialog kring hur vi ska kunna behålla och förbättra möjligheterna till vidare utveckling av SRQ, så att registret kan fortsätta innehålla valida data av god kvalitet. Ett samarbete mellan NPO och SRQ är mycket viktigt och det finns alla förutsättningar för att ha god nytta av varandra genom samverkan.

Digitalt interaktivt patientstöd

NPO reumatiska sjukdomar har numera fyra godkända kunskapsstöd: tre sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp (Reumatoid Artrit, etablerad Reumatoid Artrit och Jättecellsartrit (GCA)) samt en vårdriktlinje (Systemisk skleros). Under 2023 påbörjades inget nytt kunskapsstöd men arbetet fortsatte med utveckling av ett digitalt interaktivt patientstöd (Patientens kunskapsstöd) för hantering av dagligt liv och optimerad hälsa. Målet är att bidra till jämlik vård genom att utarbeta kunskapsbaserade stöd och utbildningar för personer med reumatiska sjukdomar i hela landet. Under 2024 har ett pilotprojekt med tre reumatologiska rehabiliteringsenheter i Sverige planerats för att se hur ett sådant stöd kan användas optimalt.

Förändrat uppdrag för kunskapsstyrningsorganisationen

Sedan start har uppdraget för kunskapsstyrningsorganisationen förändrats. I början låg fokus på att ta fram sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp. Något senare flyttades ansvaret för Nationella kliniska kun-

Text:

Gerd-Marie Alenius, ordförande
NPO reumatiska sjukdomar

Malin Regardt, processledare
NPO reumatiska sjukdomar och
ansvarig för datakvalitet
och utveckling SRQ



Gerd-Marie Alenius



Malin Regardt

skapsstöd för primärvården över till NPO, ett ansvar som tidigare varit fördelat mellan olika sjukvårdsregioner. Sammantaget har nu kunskapsstyrningsorganisationen, med alla NPO:n, ansvar för ett stort antal kunskapsstöd, både nya och gamla. Fokus framåt kommer att ligga

på att implementera de nya kunskapsstöden, att följa upp både nyare och äldre kunskapsstöd och att förvalta kunskapsstöden med regelbunden revidering och uppdatering.

Betydelsen av SRQ för uppföljning och utvärdering

För uppföljning och utvärdering av kunskapsstöden bedömer vårt NPO att ett SRQ av god kvalitet är helt nödvändigt. Samverkan behövs för att SRQ ska bibehålla sin höga kvalitet med hög täckningsgrad och god kvalitet på inrapporterade data, både från klinik och patienter.

Arbetet med att utveckla indikatorer för de olika kunskapsstöden, med olika diagnoser, behöver fortsätta. Där måste NPO och SRQ samarbeta så att de variabler som kan följas i SRQ också kan användas för uppföljning och utvärdering.

Samarbete mellan NPO och SRQ viktigare än någonsin

I och med att uppföljning och utvärdering av kunskapsstöden blir prioriterade områden är samarbetet mellan NPO och SRQ än viktigare och vi ser fram emot fortsatt goda kontakter.

Kunskapsstyrning inom svensk hälso- och sjukvård

- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har sedan 2018 ett nationellt system för kunskapsstyrning för hälso- och sjukvård. Målet med kunskapsstyrningen inom vården är att skapa förutsättningar för jämlik vård av hög kvalitet över hela landet.
- Inom organisationen för kunskapsstyrningen finns nationella programområden (NPO) och nationella samverkansgrupper (NSG) som bland annat arbetar med att ta fram olika former av kunskapsstöd.
- Arbetet med kunskapsstöd grundas på behovs- och gapanalyser och ska möta de behov som framkommer i hälso- och sjukvården. Ett viktigt uppdrag för NPO är att bidra till utveckling och användning av kvalitetsregister.
- NPO reumatiska sjukdomar har det övergripande uppdraget att öka kunskapen om reumatiska sjukdomar och säkerställa evidensbaserade metoder för utredning, diagnostik och behandling.

Lansering av den nya VAP:en

Förra året presenterade vi vår vision för den nya visualiserings- och analysplattformen (VAP).

Våra mål var att:

- skapa ett användarvänligt verktyg för datavisualisering
- stimulera samarbete på koddelningsplattformar som GitHub
- stödja inläring.

Förbättrad användarupplevelse

Den nya VAP:en förenar de tidigare separata sidorna till en enda, sammanhängande applikation. Vi har samlat allmän information på VAP:ens landningssida, varifrån du kan navigera till en graf – och tillbaka! Att hoppa mellan grafer har aldrig varit enklare!

VAP:en har omarbetats med en modern layout, interaktiva grafer och kartor, detaljerade infor-



Simon Steiger

mationstexter och högupplösta nedladdningar av alla grafer. Det finns mycket att utforska!

Öppen källkod och samarbete

Med all källkod för vår nya VAP offentligt tillgänglig hoppas vi att andra hälsoregister tar tillfället i akt att samarbeta med, bidra till och dra nytta av det arbete vi har lagt ner på utformningen och programmeringen av verktyget.



Bild 1. VAP:ens startside med kategorier och diagram.

Lärdomar och framtida planer

Med utvecklingen av den nya VAP:en har vi fått mycket värdefull erfarenhet – inte bara i att skriva datorprogram, utan också i design av användargränssnitt och upplevelse. Om du ser tillbaka på förra årets rapport kommer du att upptäcka att vårt initiala utkast till sidlayout såg ganska annorlunda ut!

Det finns fortfarande många saker som vi har på vår önskelista för den nya VAP:en. Vi hoppas till exempel snart att kunna introducera möjligheten att ladda ner PowerPoint-bilder med användarvalda visualiseringar för att göra det ännu enklare att inkorporera våra visualiseringar i dina presentationer. Håll utkik!

Text: Simon Steiger

Till VAP:en



Bild 2. Diagram över täckningsgraden för reumatoid artrit i SRQ.

Pågående arbeten



Utmaningar och framgångar med överföring av journaldata till SRQ

Sedan snart två år har SRQ tillsammans med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), plattformsföretaget Omda och region Västmanland arbetat med att föra över journaldata från vårdjournalssystemet Cambio Cosmic till kvalitetsregistret. Så här i slutskedet av projektet kan man konstatera att det inte är så enkelt som man kan tro.

Vissa funktioner är i drift

Under 2023 har vi arbetat med överföring av laboratorievariabler och "sjukdomsbild nu eller tidigare" i SpA-modulen. Detta är nu i drift och fungerar som det ska.

Överföring av läkemedel lagd på is

Under året har vi också arbetat med överföring av läkemedel. Där stötte vi dock på utmaningar som vi tyvärr inte kunde lösa.

Utmaningarna handlade dels om att regionen inte hade upphandlat funktioner för att överföra viss information som kvalitetsregistret behöver. Till exempel kunde dosintervall och administrationsätt bara hämtas till perorala läkemedel, vilket bara utgör en del av de läkemedel som förskrivs inom reumatologin. Dels var det svårt att föra över upptrappnings- och nedtrappningsscheman till registret. Journalen kan göra sådana scheman men registret har inte möjlighet att lägga in flera datum om det inte är kopplat till ett besök och besök är centralt för registrering i SRQ.

I och med dessa problem blev överföringen inte patientsäker, eftersom man inte med säkerhet



Text: Malin Regardt

kunde fastställa att data skulle föras över korrekt. Av samma skäl blev överföringen av läkemedel till registret lagd på is tills dess funktionaliteten kan förbättras.

Resten av projektet slutfört

Under våren 2024 har vi arbetat med överföring av variabler som vanligtvis arbetsterapeuter och fysioterapeuter lägger in i hälsoprofessionernas modul (HP-modulen) i registret. Hela projektet slutfördes i maj 2024 och gick i drift i början av juni.

Reducerad dubbeldokumentation och bättre datakvalitet

Överföringsprojektet inkluderar överföring av cirka 170 variabler som registreras av läkare, arbetsterapeuter och fysioterapeuter. Dubbel-dokumenteringen beräknas minska med mellan 62–88% beroende på diagnos. Vår förhoppning är att detta kommer leda till att kvaliteten av data kommer förbättras.

Projektet replikerbart för alla

Projektet har genomförts i samarbete med Region Västmanland och deras vårdjournalssystem Cambio Cosmic, men den informationsspecifikation som finns till grund och de regler som tagits fram ska vara generiska och alltså kunna användas tillsammans med vilket journalssystem som helst.

En förutsättning är dock att man dokumenterar strukturerat i sin journal. Man behöver också ha förvaltningen för sin region med, sig för trots att grunden finns behöver det testas i det egna administrativa datajournalssystemet.

Så förbereder du en anslutning till SRQ

1. Ta kontakt med din regions it-förvaltning för att planera en anslutning till SRQ via Ineras tjänst **Informationsutlämning till kvalitetsregister**.
2. I nästa steg behöver din organisation göra Anpassningar i det egna vårdinformationssystemet enligt tjänstens tekniska specifikationer.



Kvalitetsarbete i SRQ

SRQ har som målsättning att registrera alla patienter med aktiv reumatisk sjukdom som följs inom specialiserad reumatologi i registret, med korrekta registreringar av relevant information från diagnostillfälle och återbesök.

Därför har SRQ regionalt kvalitetsansvariga och kvalitetssamordnare i varje sjukvårdsregion. De arbetar för att förbättra täckningsgraden vid olika diagnoser, öka registrering av besöks- och läkemedelsdata och för att säkerställa kvaliteten på insamlade data. De samarbetar dessutom med lokala SRQ-samordnare som arbetar med datakvalitet på enheterna.

Regionalt kvalitetsansvariga och kvalitetssamordnare träffas regelbundet och utbyter erfarenheter i kvalitetsgruppsmöten som arrangeras av SRQ. De, liksom de som har den nya rollen lokal SRQ-samordnare, lämnar regelbundet in rapporter avseende kvalitetsuppföljningar som utförs.

Från rapporterna

”Vi har ett verksamhetsmål som innebär att öka registreringar hos patienterna.”

”Vi har som mål på mottagningen i år att intensifiera vårt användande av SRQ som bredare hjälpmedel än vad vi gör idag och framför allt standardisera hur det används av nya läkare.”

Så här ser kvalitetsarbetet ut

De regionala kvalitetssamordnarna och de lokala SRQ-samordnarna arbetar bland annat med:

- Korrigering av PAL (patientansvarig läkare).
- Importering av PER.
- Korrigering av DMARD, typ eller datum.

Text:

Stephanie Rasmusson
Christina Dackhammar



Stephanie Rasmusson



Christina Dackhammar

- Registrering av saknade besök.
- Komplettering av saknade variabler.

Man arrangerar också så kallade **städdagar** då användarna arbetar med sin egen datakvalitet utifrån ett på förhand upplagt program.

Utöver detta gör kvalitetsgruppen bland annat också följande:

- Aktiverar nya behörigheter och introducerar nya medarbetare på den egna eller andra enheter inom sjukvårdsregionen.
- Gör årliga kontroller av listan över behöriga användare och tar bort inaktuella behörigheter i samråd med verksamhetschefer eller motsvarande.
- Tar ut data (den egna enhetens eller regi-

onens) för kvalitetsarbete, uppföljning eller forskning.

- Arbetar för att underlätta genomförande av PER-registreringar, till exempel genom information i kallelser och för tekniska förutsättningar för att fylla i PER på mottagningarna.
- Genomför journalgenomgångar i samband med validering av SRQ-data och liknande analyser av datakvaliteten utifrån nationella behov.

Så här beskriver en lokal SRQ-samordnare hur hen är delaktig i att introducera nya användare i SRQ:

- När jag till exempel handleder en randande ST-läkare talar vi om att SRQ är viktigt för oss, visar praktiskt hur man gör, vad som ska göras vid besök och checkar av att det tekniska funkar för ST-läkaren. Detta görs första dagen.

Röster om uppdraget som regional kvalitetssamordnare



Monica Rapp, du som har jobbat med detta länge, vad är det roligaste med uppdraget som regional kvalitetssamordnare?

– Nätverkan det är viktigt för mig, att jobba tillsammans med andra. Sedan tycker jag det är roligt med detaljer, att sitta och peta och få det rätt. Ja, att komplettera data. Man lär sig hela tiden saker.

Något annat som är viktigt är att vi regionala samordnare är med i någonting större och att vi har en dialog. Registret utvecklas och vi är med och lyfter frågor och diskuterar. Så att vi inte bara gör som vi alltid har gjort, utan att det händer saker. Och att vara med i det, det är viktigt.

Inger Edén, du som haft uppdraget en lite kortare tid, vad var den största utmaningen när du hoppade på det här uppdraget?

– För det första var det bara en stor utmaning i sig att ta över efter min företrädare Inga, som hade arbetat så många år både med reumatologi och med SRQ. Det var verkligen stora skor att försöka fylla men jag är glad att jag fick en så fin överlämning och därefter ett så bra stöd ifrån gruppen med övriga kvalitetssamordnare. Det har känts tryggt att veta att det bara är att fråga när det uppstår funderingar.

När det gäller det rent praktiska arbetet med att komplettera data i registret så var nog den största utmaningen i början att veta vad och vilken lista som skulle prioriteras men med tiden har det blivit lättare. Jag är glad att jag hoppade på det här uppdraget.



Kvartalsrapporter för förbättring av vårdens kvalitet

Varje kvartal skickar SRQ ut kvartalsrapporter med resultat som baseras på enheternas egna data med jämförelser med rikets resultat. Rapporterna är mycket uppskattade och används på olika sätt för kvalitetsförbättring på de reumatologiska enheterna över landet.

Här är några axplock från rapporterna från kvalitetsgruppen:

- Resultat från kvartalsrapporterna visas på olika möten för exempelvis läkare, ledningsgrupp, sjuksköterskor, vårdflödesgrupper, arbetsplatsträffar och vid städ- och informationsdagar.
- Används för att följa resultat för indikatorerna för Vårdförlopp RA och förbättra resultaten, till exempel försöka öka andelen som fyller i KV-modulen.
- För att kartlägga behov av förbättring och förändring i verksamheten.
- Vi har med kvalitetsindikatorerna i vår uppföljning på kliniken för att på så sätt bedriva bättre vård för patienterna.
- Återkommande månatlig kartläggning av registreringsfrekvens per läkare med återrapportering till läkargruppen.

”Det som är så bra med det här arbetet är att man kan hitta mönster, både på lokal, regional och nationell nivå, där man kan göra justeringar för att öka datakvaliteten i registret.

Vi har till exempel kunnat se att skillnader i arbetssätt mellan enheterna påverkar möjligheten att få kompletta data, då man på vissa enheter i större omfattning än vid andra följer upp insatt behandling med telefonkontakt. Det ger oss en utmaning att hitta indikatorer som också kan mätas på distans så vi får så heltäckande data som möjligt.”



Ann-Charlotte Blom, nationell kvalitetssamordnare



SRQ:s vision

100 % av allt

Vår vision är att ha 100 % **täckning**,
100 % **delaktighet** och 100 % **kvalitet**
i registret – 100 % av allt!

Forskning



Snabb och enkel datainsamling via PER

Att använda registret för att samla in data till forskningsstudie

I en studie där man undersöker hur väl livskvalitetsmättet EQ5D kan fånga förändring har man värvat deltagare genom att använda Patientens egen registrering (PER). Redan efter 6 månader har fler än 2400 personer valt att delta.

Malin Regardt, ansvarig för datakvalitet och utveckling på SRQ, hur fungerar inkluderingen till studien?

– Det som händer är att de patienter som är lämpliga för studien får en fråga om att delta när de loggar in i PER. Svarar de ja, kommer de till en sida med forskningspersons informationen. Väljer de att delta får de legitimera sig igen med hjälp av Bank-ID.

Varför är det bra att använda PER som insamlingsmetod?

– Fördelen med att göra datainsamlingen via PER är att det inte kräver någon extra insats från vårdpersonalen, mer än att möjligen svara på frågor om vad det handlar om. Vården behöver inte heller komma ihåg att tillfråga personerna som är lämpliga att delta. Sedan datainsamlingen för EQ5D-studien startade den 30 november 2023 till och med slutet av maj 2024

har det samlats in 2582 formulär från 2405 unika deltagare. Det betyder att det är en ganska snabb och förhållandevis enkel datainsamlingsmetod som bör kunna användas även i andra studier.

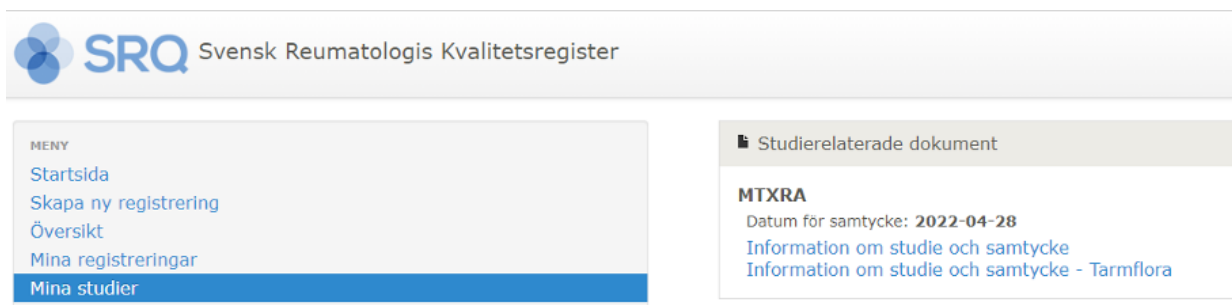
Hur kan patienten hålla ordning på de studier som de är med i via SRQ?

- I PER finns det numera en flik som heter **Mina studier** där dokumentation kring patientens studiedeltagande via registret samlas. Till exempel kan patienten gå tillbaka och hitta information om samtycke till en specifik studie.

Om studien

EQ5D-studien undersöker hur väl livskvalitetsmättet EQ5D kan fånga förändring. Studien utvärderar vilken av de två versionerna av EQ5D som fungerar bäst – den med tre svarsnivåer (3L) eller fem svarsnivåer (5L). Den variant av EQ5D som funnits i PER sedan 2008 har tre svarsnivåer (3L). Den nya varianten, med fem svarsnivåer, har inte testats för personer med reumatisk sjukdom tidigare. Om den visar sig vara bättre på att fånga livskvalitet i patientgruppen kan det bli aktuellt att byta ut den nuvarande mot den nya EQ5D-versionen.

Text: Malin Regardt



Vy över fliken Mina studier i PER. Här syns information om MTXRA, en annan studie som samlar in data via PER.

Nya studier 2023

Ett urval av publikationer med data från SRQ

Kortisonbehandling och risk för allvarlig infektion vid tidig RA

Kortison i tablettform kan ge en snabb och effektiv kontroll av inflammation vid tidig reumatoid artrit (RA). Behandlingen begränsas huvudsakligen av risken för biverkningar och svårigheten att väga möjlig effekt mot risk för biverkningar. Tidigare studier som analyserat risken för infektioner i samband med kortisonbehandling vid RA har inte gett entydiga resultat.

I denna studie inkluderades 9 654 patienter med nydiagnostiserad RA i SRQ och följdes i tre år uppdelat i perioder om 90 dagar. För varje 90-dagarsperiod beräknades genomsnittlig dos av prednisolon; ingen, låg (≤ 10 mg/dag) eller hög (> 10 mg/dag). Incidensen av sjukhusvård på grund av infektion undersöktes i relation till nylig och tidigare prednisolonexponering.

I studien noterades att hög kortisondos och nylig exponering var associerat med en ökad risk för allvarlig infektion. Ett år efter kortisonexponeringen kunde inte längre någon riskökning observeras.

Barbulescu, A., A. Sjölander, B. Delcoigne, J. Askling, and T. Frisell. "Glucocorticoid Exposure and the Risk of Serious Infections in Rheumatoid Arthritis: A Marginal Structural Model Application." *Rheumatology (Oxford)* 62, no. 10 (Oct 3 2023): 3391-99. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kead083>.

Behandling med JAKi och risk för kardiovaskulär sjukdom vid RA

Resultat från ORAL Surveillance-studien påvisade en ökad risk för hjärt-kärlhändelser vid behandling med JAK-hämmare (JAKi) jämfört med TNF-hämmare (TNFi) bland patienter med RA och förhöjd kardiovaskulär risk¹. Det är därför av



Sammanställt av:
Lotta Ljung & Christina Dackhammar

intresse att undersöka risken för hjärt-kärlhändelser hos patienter som behandlats med JAKi i klinisk praktik.

I den första av dessa två studier jämfördes incidensen av en första hjärtinfarkt eller stroke bland 13 492 patienter med RA som enligt SRQ behandlats med JAKi, TNFi eller annat biologiskt preparat mellan 2016 och 2021. TNFi användes som jämförelse.

Varken behandling med JAKi (HR=0.71, 95% CI 0.51 to 0.99), eller icke-TNFi bDMARD (HR=0.98; 95% CI 0.78 to 1.23) var kopplat till en högre risk för hjärtkärlhändelser än TNFi. Utifrån detta drar forskarna slutsatsen att det inte finns några indikationer på att behandlingen med JAKi, så som den används kliniskt i Sverige, ökar den kardiovaskulära risken i jämförelse med TNFi.

I den andra studien, med delvis överlappande författare, undersöktes i samma patientpopulation hur effektiv JAKi-behandlingen var jämfört med TNFi och om läkemedelseffekten var olika beroende på kardiovaskulära riskfaktorer. Här noterade man 5% högre respons och 5% högre andel i remission med JAKi jämfört med TNFi. Bland patienter över 65 år, med ökad uppskattad kardiovaskulär risk eller som röker, var effekten lika bra eller ytterligare något bättre.

1 Ytterberg SR, et al. N Engl J Med. 2022 Jan 27;386(4):316-326. doi: 10.1056/NEJMoa2109927. PMID: 35081280.

Den första av dessa båda studier ger inte samma resultat som tidigare rapport avseende kardiovaskulär risk kopplat till JAKi-behandling och studierna tydliggör att en bedömning av risk alltid behöver kompletteras med en bedömning av möjlig effekt av ett läkemedel.

Bower, H., T. Frisell, D. di Giuseppe, B. Delcoigne, and J. Askling. "Comparative Cardiovascular Safety with Janus Kinase Inhibitors and Biological Disease-Modifying Antirheumatic Drugs as Used in Clinical Practice: An Observational Cohort Study from Sweden in Patients with Rheumatoid Arthritis." *RMD Open* 9, no. 4 (Nov 23 2023). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003630>.

Bower, H., T. Frisell, D. di Giuseppe, B. Delcoigne, U. Lindstrom, C. Turesson, K. Chatzidionysiou, et al. "Are Jakis More Effective among Elderly Patients with Ra, Smokers and Those with Higher Cardiovascular Risk? A Comparative Effectiveness Study of B/Tsdmards in Sweden." *RMD Open* 9, no. 4 (Dec 26 2023). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003648>.

Förekomst av PsA i Sverige

Med hjälp av Patientregistret och SRQ analyserades prevalensen av psoriasisartrit (PsA) i den vuxna befolkningen i Sverige. Slutsatsen blev att cirka 0,35% av alla vuxna (18–79 år) i Sverige har PsA. Sjukdomen är något vanligare hos kvinnor än hos män och mindre vanlig bland högutbildade personer. Under åren 2015–2017 hade 0,24% av befolkningen haft ett besök för PsA inom specialiserad reumatologi och av dessa personer behandlades 72% med ett DMARD.

Exarchou, S., J. K. Wallman, D. Di Giuseppe, E. Klingberg, V. Sigurdardottir, S. Wedren, U. Lindstrom, et al. "The National Prevalence of Clinically Diagnosed Psoriatic Arthritis in Sweden in 2017." *J Rheumatol* 50, no. 6 (Jun 2023): 781-88. <https://doi.org/10.3899/jrheum.221139>.

Behandling med metotrexat vid tidig PsA jämfört med tidig RA

Metotrexat används ofta som första DMARD vid psoriasisartrit (PsA) men det vetenskapliga stödet för behandlingen är svagt. I denna studie ville forskarna analysera resultatet av metotrexatbehandling vid PsA jämfört med vid reumatoid artrit (RA), där metotrexat är den vedertagna startbehandlingen.

Från SRQ identifierades 3 642 patienter som börjat med metotrexat som första behandling efter PsA-diagnosen. Som jämförelse identifierades 3 642 matchade patienter med nydiagnosticerad RA som börjat med metotrexat.

Två år efter start av behandling med metotrexat stod något färre patienter med PsA kvar på läkemedlet (71%) jämfört med patienter med RA (77%). De flesta hade inte startat något annat DMARD (PsA 66%, RA 60%). Vid 6 månader hade något färre patienter med PsA lågt skattad smärta (26% jämfört med 36%), god skattad allmän hälsa (32% jämfört med 42%) och remission (20% jämfört med 27%) jämfört med RA.

Studien indikerar att behandling med metotrexat är effektiv vid behandling av PsA, även om den inte är lika effektiv vid PsA som vid RA.

Lindstrom, U., D. di Giuseppe, S. Exarchou, G. M. Alenius, T. Olofsson, E. Klingberg, L. Jacobsson, J. Askling, and J. K. Wallman. "Methotrexate Treatment in Early Psoriatic Arthritis in Comparison to Rheumatoid Arthritis: An Observational Nationwide Study." *RMD Open* 9, no. 2 (May 2023). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2022-002883>.

Samsjuklighet och chans till remission vid metotrexatbehandling för tidig RA

I tidigare studier har samsjuklighet varit associerat med högre sjukdomsaktivitet och lägre chans till remission. De flesta studier av samsjuklighet har genomförts med patienter med etablerad reumatoid artit (RA).

I denna studie identifierades i SRQ 11 001 patienter med nydiagnosticerad RA som startade metotrexat som första DMARD under perioden 2007–2020. Som primärt utfall valdes DAS28-remission vid 3 månaders-uppföljningen. Komorbiditeter identifierades från Patientregistret, Cancerregistret och Läkemedelsregistret och grupperades i tio sjukdomskategorier.

Patienter med psykiatrisk, infektiös, respiratorisk, gastrointestinal eller endokrin samsjuklighet hade en ökad risk att inte nå remission. Patienter med psykiatrisk sjukdom hade den största risken (+24%). Dessutom var en hög sammanlagd börda av samsjuklighet associerad med en ökad risk att inte nå remission (+27%).

Forskarna drar slutsatsen att samsjuklighet minskar chansen till remission vid metotrexat i monoterapi vid tidig RA och att samsjuklighet bör beaktas när behandlingsresultat bedöms.

Tidblad, L., H. Westerlind, B. Delcoigne, J. Askling, and S. Saevarsdottir. “Comorbidities and Chance of Remission in Patients with Early Rheumatoid Arthritis Receiving Methotrexate as First-Line Therapy: A Swedish Observational Nationwide Study.” *RMD Open* 9, no. 4 (Dec 20 2023). <https://doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003714>.

2 BASDAI: Ett index för sjukdomsaktivitet.

3 BASFI: Ett index för funktion.

4 HAQ: Ett annat funktionsmått.

Effekt av TNFi vid axSpA

Denna studie kommer från det europeiska samarbetet EuroSpA där SRQ är ett av 15 bidragande register. I studien undersökte forskarna hur patienter med axial spondylartrit (axSpA) svarade på behandling med TNF-hämmare (TNFi) utifrån patientrapporterade utfallsmått (PROM). De PROM som analyserades var: smärta, trötthet, allmän hälsa, BASDAI², BASFI³, HAQ⁴ bland sammanlagt 19 498 patienter med axSpA.

Man kunde notera att samtliga undersökta index minst halverats vid 6 månaders behandling och omkring 1/3 patienter var i remission. Patienter med ankyloserande spondylit (AS) hade bättre svar än patienter med icke-radiografisk axSpA. Resultatet var också bättre vid den första TNFi-behandlingen än vid den andra eller tredje.

Ornbjerg, L. M., K. Rugbjerg, S. Georgiadis, S. H. Rasmussen, U. Lindstrom, K. Pavelka, N. Yilmaz, *et al.* “One-Third of European Patients with Axial Spondyloarthritis Reach Pain Remission with Routine Care Tumor Necrosis Factor Inhibitor Treatment.” *J Rheumatol* 50, no. 8 (Aug 2023): 1009-19. <https://doi.org/10.3899/jrheum.220459>.

Samarbeten



SRQ Biobank

– en gemensam resurs

SRQ Biobank är ett forskningsprojekt som samlar in blodprover från patienter med ledgångsreumatism som finns registrerade, eller inkluderas, i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Biobanksproverna används för forskning gällande uppkomst, förlopp och behandlingssvar vid ledgångsreumatism. Målet är förbättrade och mer individanpassade behandlingar av sjukdomen och på sikt en förhoppning om att förebygga uppkomsten av ledgångsreumatism.

Både arv och miljö har visat sig bidra till risk att utveckla ledgångsreumatism (RA). Sannolikt spelar dessa faktorer även en viktig roll för sjukdomsförloppet och hur effektiva olika behandlingar är. Vi tror att behandling och omhändertagandet av patienter med ledgångsreumatism kan förbättras genom ett mer individbaserat synsätt, där genetiska och andra blodmarkörer hos den enskilda patienten kan bidra till val av behandling, liksom vilka behandlingar som bör undvikas i syfte att minska risken för biverkningar.

Proven tas i samband med besök

Patienter som samtycker till att delta i SRQ Biobank lämnar blod vid ett tillfälle (tre provrör). Proven tas i samband med ett besök på reumatologmottagningen och skickas sedan till frysförvaring i KI Biobank. Blodproverna används bland annat för att extrahera DNA och studera genetiska faktorer bakom ledgångsreumatism samt för att försöka hitta andra riskfaktorer (eller skyddande faktorer) som kan ställas i relation till sjukdomsaktivitet, förlopp samt anti-reumatisk behandling såsom dokumenterad i SRQ.

Gediget engagemang för att lämna prov

Responsen på att lämna prov har varit mycket positiv och vid årets slut 2023 hade totalt 6331 patienter lämnat prov till SRQ biobank, varav 244 patienter under 2023. För närvarande är det 12 reumatologiska kliniker i mellersta och södra Sverige som deltar och samlar in prov till biobanken.

Biobankens prov används i angelägen forskning

Hittills har prover från SRQ Biobank analyserats med avseende på genetiska markörer samt olika typer av antikroppar som kan förekomma vid reumatisk sjukdom. Datat ingår som viktiga komponenter i flera olika forskningsprojekt, inkluderande nordiska samarbetsprojekt där motsvarande data från liknande biobankar i Danmark och Norge ingår. Syftet med projekten är att upptäcka gener och genetiska varianter kopplade till uppkomst och behandlingssvar vid RA samt hur dessa förhåller sig till omgivningsfaktorer. Vår förhoppning är att forskningen ska möjliggöra mer individanpassade förhållningsätt till prevention, diagnos och (bättre) behandling av ledgångsreumatism.



Text: Caroline Colliander,
samordnare SRQ Biobank

Kliniker som deltar i SRQ Biobank

- Karolinska Universitetssjukhuset
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Mälarsjukhuset
- Falu lasarett
- Danderyds sjukhus
- Kalmar länsjukhus
- Linköpings Universitetssjukhus
- Capio Movement i Varberg och Halmstad
- Akademiska sjukhuset Uppsala
- Universitetssjukhuset i Örebro
- Centrum för reumatologi i Stockholm
- Skånes Universitetssjukhus i Malmö.

Biobankens stygrupp

SRQ Biobank stöds av Svensk Reumatologisk Förening (SRF). Biobankens verksamhet och inriktning leds av en styrgrupp bestående av följande reumatologer:

- Johan Askling (ordförande),
Karolinska Universitetssjukhuset
- Lena Björkman,
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
- Bjarni Thorsteinsson,
Akademiska Sjukhuset i Uppsala
- Solbritt Rantapää-Dahlqvist,
Umeå Universitetssjukhus
- Alf Kastbom,
Linköpings Universitetssjukhus
- Carl Turesson och Michele Compagno,
Skånes Universitetssjukhus.



Ökad kunskap om sjukdomsmodifierande läkemedel

ARTIS (AntiReumatisk Terapi I Sverige) – är en av SRF:s studiegrupper. Gruppen bildades när de första TNF-hämmarna godkändes för behandling av RA. Fokus har varit uppföljning av biologiska läkemedels säkerhet men efter hand har gruppens arbete även kommit att omfatta frågeställningar kring effekt, samsjuklighet och epidemiologisk studiemetodik vid olika terapier vid kronisk inflammatorisk ledsjukdom. Gruppen har representation från alla sjukvårdsregioner, samt ytterligare medlemmar med särskilt intresse av läkemedelsuppföljning.

Arbetet i ARTIS utgår från data från SRQ (diagram 1, tabell 1) som kopplas till andra nationella register såsom Patientregistret, Cancerregistret och Läkemedelsregistret. Dessa kopplade datamängder utgör basen för forskningsprojekt, om specifika läkemedel, eller om specifika

aspekter på deras användning, effekt och säkerhet på kort och lång sikt. Resultaten sammanställer ARTIS i form av olika typer av rapporter och vetenskapliga publikationer.

ARTIS system för säkerhetsuppföljning har fått flera efterföljare. MS- och Barnreumaregistrerna rapporterar sedan tidigare biverkningar till Läkemedelsverket enligt ARTIS modell, och arbetar liksom ARTIS även med registerbaserade säkerhetsuppföljningar. Signaler som genereras från biverkningsrapporteringen kan studeras vidare i vetenskapliga studier med olika ansats.

Eftersom alla biologiska läkemedel godkänns i en gemensam EU-procedur är uppföljningsdata som genereras genom ARTIS också av intresse för den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA. Värdet av sådana data förstärks genom samarbeten inom Norden och med andra EU-länder i olika uppföljningsprojekt. Genom att stimulera och finansiera regionalt kvalitetsarbete bidrar ARTIS till att höja datakvaliteten i SRQ.

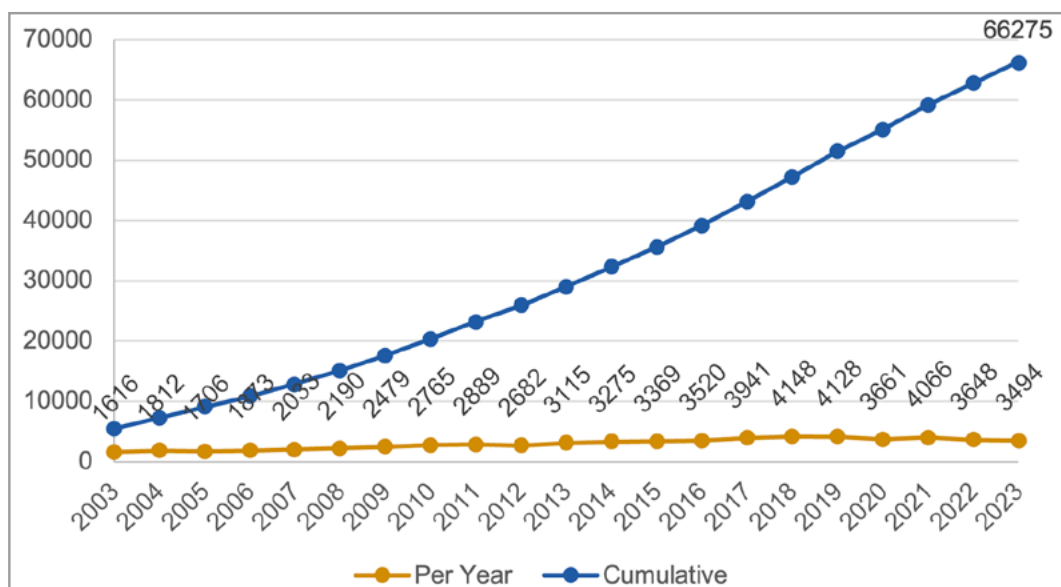


Diagram 1. Antal patienter med första b/tsDMARD per år och kumulativt, alla indikationer.

	Någonsin behandlade
TNFi	
Certolizumab	1000–4999
Etanercept	10 000+
Infliximab	10 000+
Golimumab	5000–9999
Adalimumab	10 000+
tsDMARD	
Apremilast – Otezla	1000–4999
Upadacitinib – Rinvoq	1000–4999
Tofacitinib – Xeljanz	1000–4999
Filgotinib – Jyseleca	100–499
Baricitinib - Olumiant	1000–4999
Övriga	
Rituximab	10 000+
Abatacept - Orencia	1000–4999
Tocilizumab	1000–4999
Belimumab - Benlysta	100–499
Secukinumab - Cosentyx	1000–4999
Canakinumab - Ilaris	0–100
Anakinra - Kineret	1000–4999
Ustekinumab – Stelara	500–999
Ixekizumab – Taltz	500–999
Sarilumab – Kevzara	1000–4999
Guselkumab – Tremfya	100–499
Obinutuzumab – Gazyvaro	0–100
Risankizumab – Skyrizi	0–100
Mepolizumab – Nucala	0–100
Benralizumab - Fasenna	0–100
Anifrolumab - Saphnelo	0–100
Bimekizumab - Bimzelx	0–100
Tocilizumab - Tyenne	0–100

Tabell 1. Tabellen visar antal patienter som någonsin blivit behandlade (år 2000–31 december 2023). Biosimilarerna ingår här för de preparat som har sådana.

Genom ARTIS har svensk reumatologi skapat ett av världens mest omfattande system för systematisk uppföljning av antireumatiska terapier och bidragit till kunskap om hur vi inom reumatologin bäst ska använda dessa i klinisk praxis. ARTIS har också skapat en modell för hur nya

läkemedel kan följas upp i klinisk praxis – i samverkan mellan kliniker, patienter, myndigheter och industri. Signaler om biverkningar som genereras genom rapporter, litteraturgenomgångar eller på annat sätt hanteras av PRAC, säkerhetskommittén vid EMA.

Säkerhetsfrågor 2023

En viktig fråga rör säkerheten vid behandling med JAK-hämmare. Efter en genomgång av tillgängliga säkerhetsdata kom de regulatoriska myndigheterna (i Europa: EMA) fram till att en klasseffekt inte kan uteslutas, vilket bland annat resulterade i en reviderad produktinformation ("FASS-texten") för samtliga JAK-hämmare, med begränsad användning för patienter som är 65 år eller äldre, som löper ökad risk för allvarlig hjärtkärlsjukdom, som röker eller har gjort det under lång tid tidigare, eller som löper ökad risk för cancer.

I denna säkerhetsutredning av JAK-hämmare har data från ARTIS gällande kardiovaskulär risk och cancerrisk vid behandling med biologiska läkemedel bidragit med viktig evidens – trots att Sverige inte är ett så stort land så var data från ARTIS/Sverige bland de numerärt största bidragen till EMAs riskskattningar.

Hur dessa rekommendationer nu påverkar användningen av olika JAK-hämmare, om de befarade riskerna de facto gäller för samtliga eller enbart för vissa JAK-hämmare, och hur stora dessa risker egentligen är, för vem, är frågor som vi ställer oss i kliniken, och som ARTIS därför nu bearbetar. På motsvarande vis fortsätter ARTIS att skatta långtidsrisker till exempel för cancer och återkomst av tidigare cancer vid behandling med b/tsDMARDs. Under året har även ändringar av produktinformationen föreslagits.

Text: Johan Asklings
Nils Feltelius
ARTIS

Hur biverkningsrapporterar man?

Ansvaret för rapportering av misstänkta biverkningar till Läkemedelsverket åligger den huvudman (såväl offentlig som privat) som bedriver verksamhet inom hälso- och sjukvården ([LVFS 2012:14](#)) och därmed bidrar till säkerhetsövervakningen av läkemedel.

Det är särskilt viktigt att alltid rapportera misstänkta allvarliga händelser, såsom tillstånd som är livshotande, leder till sjukhusinläggning, förlängd sjukhusvård eller dödsfall. Andra exempel på viktiga medicinska händelser som ska rapporteras är misstanke om medfödd missbildning eller bestående funktionsnedsättning. Därtill biverkningar och misstänkta biverkningar som är tidigare okända. Men eftersom även frekvensen av biverkningar är intressant är det även önskvärt att allmänt kända biverkningar rapporteras.

Nya läkemedel är föremål för utökad övervakning i 5 år

Dessa markeras med en uppochnedvänd svart triangel i FASS. För dessa läkemedel är det extra angeläget med rapportering eftersom många biverkningar uppmärksammas först efter registrering. För att öka spårbarhet skall batchnummer anges i rapporten vid biverkningsrapportering för biologiska läkemedel.

När du skapar en biverkningsrapport i SRQ kan du samtidigt dokumentera batchnummer i rapporten. Du kan också dokumentera batchnummer i Behandlingsmodulen och/eller i Infusionsmodulen.

Så gör du för att rapportera en misstänkt biverkan

1. Du kan rapportera via SRQ:s biverkningsmodul. Rapporten går automatiskt också till Läkemedelsverkets databas och vidare till Eudravigilance (biverkningsdatabasen vid EMA – Europeiska läkemedelsmyndigheten).

Rapporteringen sker i ett strukturerat format och fördelen med att rapportera via SRQ är att ARTIS-gruppen kan följa biverkningsrapporteringen för läkemedel som används inom reumatologin.

2. Du kan också rapportera till Läkemedelsverket via en webblankett på deras webbplats lakemedelsverket.se.

En sådan rapport blir, enligt nuvarande regelverk, inte tillgänglig för SRQ/ARTIS.

Text: Maud Rütting



Bild 1. Bild från FASS på den uppochnedvända svarta triangeln som indikerar att ett läkemedel är föremål för utökad övervakning.



Det här är RDS

Reumatologins Digitala Stöd, RDS, startades 2018 som ett projekt för att underlätta den digitala utvecklingen inom svensk reumatologi. RDS var då ett öppet projekt som involverade partners från Region Stockholm, Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) och Karolinska Institutet. Under pandemin pausades aktiviteten i RDS, men 2022 återupptogs diskussionerna. SRQ som koncept (inklusive den struktur och de digitala verktyg som utvecklats i relation till SRQ) har nu som då en central roll i RDS:s projektgrupp.

I början av 2023 blev det klart att många digitala verktyg som utvecklats under decennier inom SRQ, behövde separeras från kvalitetsregistret.

Detta beror på tre olika krav på SRQ:

- EU-lagstiftningen, medicintekniska förordningen (MDR), gör det nödvändigt att certifiera beslutsstödsverktyget enligt MDR. Utan en tydlig gräns mellan denna funktion och kvalitetsregisterplattformen skulle även kvalitetsregistret behöva certifieras.
- Ett behov av avtal mellan vårdgivarna och företaget som hanterar beslutsstödsverktyget, för att motivera hanteringen av personuppgifter i beslutsstödsverktyget.
- Ett tydligt uttalande från Sveriges Kommuner och Regioner, SKR, som krävde en separation för att certifiera att medel för kvalitetsregistret från SKR endast skulle användas för kvalitetsregistret som sådant.

Svensk reumatologi och SRQ har flera viktiga digitala verktyg som inte är en del av den direkta kvalitetsregisterplattformen:

- Beslutsstödsverktyget, som nämnts ovan, för klinisk användning på kliniken.
- QRDF, kvalitetsregistrets läkemedelsuppföljning, användbart för läkemedelsföretag.
- PER (Patientens egen registrering), en funktion för att samla in patientrapporterade utfallsmått (PROM).
- Biverkningsmodulen för rapportering av biverkningar direkt till Läkemedelsverket och EMA.
- SRQ engagerar sig även i fortbildning för medicinsk personal inom olika yrken genom att organisera webinarier om aktuella ämnen.

För att säkerställa en fortsatt användning av dessa värdefulla digitala verktyg relaterade till SRQ, har en öppen diskussion inom svensk reumatologi varit aktiv sedan början av 2023. Reumatologiska avdelningar, representanter från kliniska yrken, patientorganisationen och akademiska institutioner, samt SRQ, har deltagit i diskussionen. Svensk Reumatologisk förening (SRF) har tagit ledningen genom att uppgradera RDS till ett nationellt projekt inom svensk reumatologi och utse en projektgrupp. Den nationella projektgruppen är formellt placerad vid Karolinska Universitetssjukhuset inom Tema Inflammation och Åldrande.

Huvudsyftet med RDS-projektet är att utveckla, hantera och tillhandahålla viktiga digitala verktyg inom reumatologi för att förbättra och upprätthålla datakvaliteten i SRQ, göra kvalitetsregisterdata användbara och utbilda medicinsk personal, allt med det övergripande målet att förbättra hälsan för patienterna.

Nyheter



Utökad klippfunktion i beslutsstödet

Nytt från 2023 är den utökade klippfunktionen i beslutsstödet. I väntan på direktöverföring från patientjournal till beslutsstödet kan man nu hämta information från registret med hjälp av en klippfunktion. Detta har varit möjligt även tidigare, men det är nu möjligt att hämta text från fler ställen, se listan.

Ett användbart exempel är att man nu kan kopiera ledstatus i textform med klippfunktionen om man har fyllt i ledfiguren i beslutsstödet, se nedan. På detta sätt man kan spara tid genom att inte behöva diktera ledstatus.

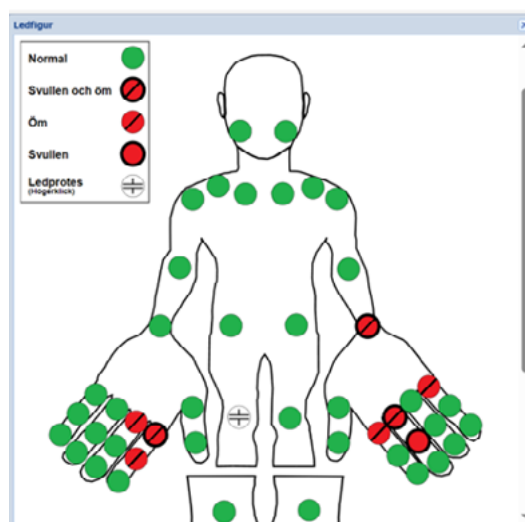
I den nya KV-modulen finns också möjlighet att klippa ut en färdig remisstext med information om beräknad kardiovaskulär riskskattning och riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Remisstexten kopieras med klippfunktionen och kan sedan skickas till primärvården som stöd vid ställningstagande till primärpreventiva åtgärder.

Klippfunktionen markeras med en sax. Klickar man på saxen så öppnas en ruta med text som sedan lätt kan kopieras och klistras in i journalen.

Text: Liselotte Tidblad

Här finns klippfunktionen:

- KV-modulen, inklusive remisstext
- Funktion skattning Skuldra Arm
- EQ5D 3L och EQ5D VAS
- Ledstatus från ledfiguren
- Functional Index 2
- Work Ability Index
- Fysisk aktivitet
- RAND-36
- Q-SLAQ
- BASDAI
- Å6MCT
- HAMIS
- BASMI
- Grippit
- BASFI
- 6MWT
- MMT8
- BASG
- HAQ
- TST
- MAP



Ledfigur 6

Kopiera	Datum	Typ
	2024-04-14	66/68 ledindex
	2024-03-19	66/68 ledindex

Ledfigur
Datum: 2024-04-14
Ömma och svullna: Handled vä, MCP II hö, MCP III vä, MTP II hö
Endast ömma: MCP III hö, PIP II hand hö, MCP II vä, MCP V vä, MTP III hö, MTP II vä, MTP V vä
Endast svullna: PIP III hand vä
Ledprotes: Knäled hö

Från Rehabmodul till HP-modul

Rehabmodulen är en modul som har funnits i SRQ sedan 2016. I den registrerade mätningar och interventioner som genomförts av arbetsterapeuter (AT) och fysioterapeuter/sjukgymnaster (FT).

En gemensam modul för hälsoprofessionerna

Under år 2022 påbörjade en nationell arbetsgrupp med utgångspunkt i Föreningen reumatisköterskor i Sverige (FRS) en diskussion om behovet av att även registrera åtgärder som genomförs av sjuksköterskor (SSK). Detta blev startskottet för utvecklandet av en gemensam modul för hälsoprofessionerna (HP) (det vill säga arbetsterapeuter, fysioterapeuter/sjukgymnaster och sjuksköterskor) – den nya HP-modulen. Den gemensamma stävan var att inkludera flera yrkesgruppers perspektiv, fånga behov av interventioner, få ett strukturellt stöd i det kliniska arbetet, utvärdera effekter av interventioner och möjliggöra framtida forskning.

Workshops om modulens innehåll

För att identifiera vad AT, FT och SSK önskar registrera samt hur detta skulle kunna se ut i SRQ genomfördes ett antal workshops. Det nya innehållet kategoriserades som patientundervisande stöd och fick benämningen HP-stöd i SRQ. Parallellt med detta arbete kom det rekommendationer från European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) om patientutbildning¹, sjuksköterskans roll² och icke-farmakologisk behandling³, vilka lyftes i samband med arbetet.

Struktur likt de nationella nivådefinitionerna

Eftersom levnadsvanesamtal är viktiga inom reumatologi och de nationella nivådefinitionerna för levnadsvanesamtal (enkelt, rådgivande och kvalificerat stöd)⁴ är kända och används beslutades att en liknande struktur var lämplig för HP-stöd.

HP-stöd innehåller bland annat givet stöd relaterat till:

- information om sjukdomen
- läkemedel
- levnadsvanor
- egen vård
- aktivitetsbalans.

Förklaringsföreläsningar har utarbetats för att säkerställa att de registreringar som görs motsvarar liknande stödinsatser oavsett vem som har gjort dem.

Funktioner har förenklats och justerats

Under arbetets gång har även funktioner förenklats. Tidigare rehabiliteringsåtgärder, muskelstärkande träning och konditionsträning, har justerats för att bättre möta verklighetens behov. Även möjlighet att registrera rörelseträning har lagts till. För att förenkla har länkar till bedömningsinstrument lagts till direkt i HP-besöket.

HP-modulen i drift under 2023

Under 2023 började den uppdaterade versionen av HP-modulen att användas på några enheter i landet. Ett stort tack till alla kollegor som i olika skeden varit delaktiga i utvecklingen av den nya HP-modulen!

1 Zangi et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2015 Jun;74(6):954-62.

2 Bech et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2020 Jan;79(1):61-68

3 Parodis et al. EULAR recommendations for the non-pharmacological management of systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis. Ann Rheum Dis. 2023 Aug 23;ard-2023-224416.

4 Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen. 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2018-6-24.pdf>

Följande åtgärder finns att registrera i HP-besök

- Muskelstärkande träning
- Konditionsträning
- Rörelseträning
- Handträning (motståndsträning, rörlighet)
- Ortos (fot, handled, finger, tumme, handled och tumme)
- HP-stöd (enkelt, rådgivande och kvalificerat stöd)

Det här kan du registrera i HP-stöd (enkelt, rådgivande och kvalificerat stöd)

- Reumatisk sjukdom/samsjuklighet
- Läkemedel, biverkningar, följsamhet
- Aktivitetsbalans/vila
- Ergonomi/ledbesparande arbetssätt
- Hjälpmedel
- Köldkänslighet
- Smärta
- Trötthet
- Sömn
- Sexuell hälsa
- Oro/nedstämdhet/depression
- Tobak
- Alkohol
- Fysisk aktivitet/träning
- Matvanor

Länkar till bedömningsinstrument i HP besök

- 6 Minute Walk Test
- Bath Ankylosing Spondylitis Metrologi Index
- Funktionskattning Skuldra-Arm
- Functional Index 2
- Grippit
- Hand Mobility In Scleroderma
- Sömn (Insomnia Severity Index)
- Time Stand Test
- Work Ability Index
- Åstrands submaximala cykeltest

Text: Malin Regardt, Lotta Blom, Susanne Pettersson

KV-modulen

– hur fungerar den och hur ska den användas?

I november 2023 publicerades den nya kardiovaskulära modulen (KV-modulen) i beslutsstödet. Anna Södergren, reumatolog och docent vid Umeå Universitet samt ordförande i Svensk Reumatologisk Förenings arbetsgrupp för primärprevention avseende kardiovaskulära riskfaktorer vid reumatisk sjukdom, svarar här på frågor om modulen.

Varför behövs en ny KV-modul?

Den tidigare KV-modulen baserades i första hand på riskskattning enligt SCORE, som nu har moderniserats till SCORE2.

Vad är skillnaden mot den gamla versionen?

Riskberäkningen i SCORE2 är baserad på befolkningsunderlag som är insamlade mer nyligen. SCORE2 beräknar 10-årsrisken för både icke-dödlig och dödlig hjärtkärlsjukdom. Det finns nu också SCORE2-OP (older persons) där man kan beräkna risken för hjärtkärlsjukdom för personer över 70 år. SCORE2 använder icke-HDL-kolesterol i sin beräkning, varför både HDL- och total-kolesterol nu är inlagt i modulen.

Varför är det viktigt att beräkna kardiovaskulär risk?

Patienter med reumatiska sjukdomar har en ökad risk för hjärtkärlsjukdom. Detta är inte alltid känt inom vården och vi inom reumatologin har ett ansvar att uppmärksamma detta. Den sammantagna risken för hjärtkärlsjukdom kan vara högre än vad de enskilda riskfaktorerna tyder på. Därför är det viktigt att man beräknar den sammanvägda risken, där man även kan ta hänsyn till den riskökning som ses vid reumatiska sjukdomar. Här är riskvärderingsverktyg som SCORE2 ett gott stöd i bedömningen.

Hur använder man modulen?

KV-modulen finns i en flik märkt med litet hjärta längst ner i beslutsstödet. Alla uppgifter som redan finns inmatade i SRQ hämtas automatiskt till modulen, men man behöver själv fylla i övriga uppgifter, till exempel blodfetter och blodtryck. För att kunna få en riskskattning behöver alla uppgifter för beräkningen fyllas i. Sedan helt nyligen kan man även spara modulen inkomplett om man saknar någon uppgift för riskskattning, för att komplettera senare.



Riskskattningen beräknas sedan och tolkas utifrån låg, måttlig eller hög risk. De riskfaktorer som innebär en förhöjd risk markeras i modulen med rött. Även riskfaktorer som inte ingår i riskskattningen, som till exempel persisterande inflammation vid RA eller njursvikt, markeras separat i text.

För vilka patienter kan modulen användas?

För patienter med RA beräknas förutom SCORE och SCORE2/SCORE2-OP även en RA-specifik riskskattning, ERS-RA, samt att riskskattningen enligt SCORE och SCORE2, enligt rekommendationer från EULAR, multipliceras med 1,5.

Användningen av KV-modulen är också en indikator i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för tidig respektive etablerad RA. Även SLE lyfts fram som en särskild riskfaktor i modulen, men den kan användas för alla reumatiska sjukdomar.

KV-modulen ska användas för primärprevention och det går inte att få fram en riskskattning om

patienten har en känd hjärtkärlsjukdom. För patienter med diabetes hänvisas i första hand till nationella diabetesregistrets riskberäkningsverktyg.

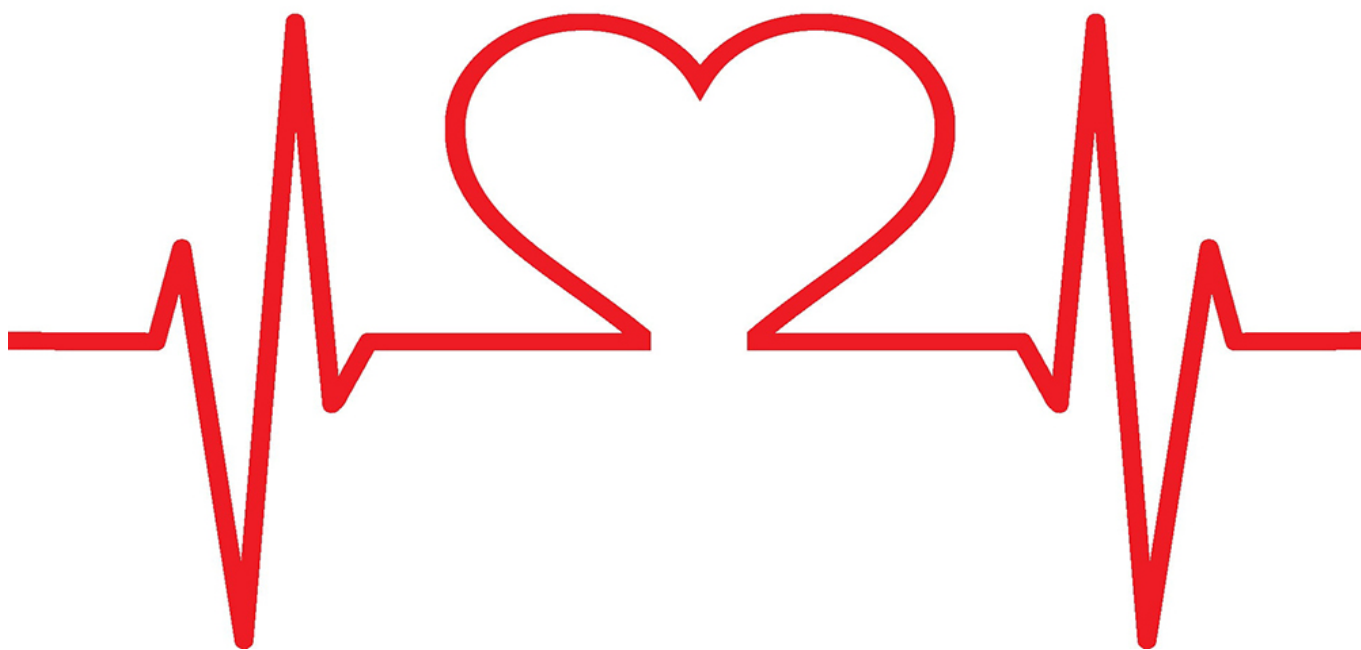
Hur för man informationen om beräknad risk vidare?

En sammanfattning av riskfaktorerna och den beräknade riskskattningen kommer som en färdigformulerad remisstext. Den texten kan användas som underlag för kommunikation till

vårdgivare som ska ta ställning till eventuell kardiovaskulär primärprevention. Information om beräknad risk kan också användas direkt i samtalet med patienten.

Tack Anna, vi ser fram emot att komma igång med användningen och få se fördelarna med den uppdaterade KV-modulen!

Text: Liselotte Tidblad



Diagnoshistorik i SRQ

– hantera tidigare diagnoser

Vissa patienter har flera diagnoser

Vissa patienter i SRQ har flera diagnoser. Det kan ibland vara två eller flera samtidiga sjukdomar, såsom psoriasisartrit med sekundärt Sjögrens syndrom eller debut av polymyalgia reumatika hos en patient som behandlas för RA. Andra gånger beror det på att PAL inte vill ta bort den första diagnosen eftersom den förklarar en initial behandling och handläggning.

Diagnosen i SRQ avgörande för patientens formulär

I journalsystemet är detta inget problem eftersom varje besök ska ges den eller de diagnoser som är relevanta för besöket. I SRQ däremot kommer den eller de diagnoser som patienten har i SRQ att styra hur formulären ser ut, både för patienten i PER och vid registreringen i beslutsstödet.

Hantera tidigare diagnos när du ändrar till ny

Nu går det att markera en diagnos som **inaktuell**, **makulera** en diagnos eller enklare **ändra till en annan** diagnos.

En diagnos ska markeras som inaktuell om den inte längre är giltig för individen, men att diagnosen sattes tidigare. Om diagnosen finns i journalen men inte längre används vid besöken, är det oftast relevant att markera den som inaktuell.

”Först liknade det kliniskt RA, men efter några månader med metotrexat och sen en kraftfull reaktion på sulfasalazin debuterade fjärrilserytemet...”

En diagnos kan makuleras om den uppenbart valts fel. Det kan hända att någon klickat på fel rad eller skrivit in diagnos på fel patient. Om diagnosen aldrig funnits i journalen, eller funnits i journalen men makulerats där, ska den makuleras också i SRQ.

Numera så går det att välja vilken diagnos som helst, oavsett sjukdomskategori, när man ändrar diagnos. I samband med ändringen får man också välja hur den tidigare diagnosen ska hanteras – om den är inaktuell eller ska makuleras.

[Läs mer om hur du gör för att hantera tidigare diagnoser på **srq.nu**](https://www.srq.nu)

Text: Lotta Ljung

Webbinarier inom RDS – så har det gått

RDS har sedan 2019 genomfört ett antal webinarier med innehåll av intresse för vårdpersonal inom reumatologin. Under pandemin blev det ett längre uppehåll, men sedan nystarten våren 2023 har sju webinarier ägt rum.

Webinarierna hålls under lunchtid för att så många som möjligt ska kunna vara med. De sänds via Teams och är öppna för alla inom reumatologin.

Sedan nystarten har det varit sammanlagt 378 inloggningar och i genomsnitt 54 inloggningar per webinarium. Deltagarantalet är dock mycket högre än så då många loggar in via konferensrum och sitter och lyssnar tillsammans på samma inloggning.

Teman 2023 och 2024

Under 2023 och 2024 har följande webinarier hållits på olika teman relaterade till reumatologi och SRQ:

- **Vem sjutton är PER?**
Lotta Ljung & Ann-Charlotte Blom, SRQ
- **Biobankning – en bra investering**
Johan Askling & Caroline Colliander, Karolinska Institutet
- **Sjuksköterskans besök i SRQ**
Marie-Louise Karlsson, Karolinska Universitetssjukhuset & Ann-Charlotte Blom, SRQ
- **Registerforskning**
Viktor Molander, Karolinska Institutet
- **Från Rehabmodulen till HP-modulen**
Malin Regardt, SRQ & Annika Granath, Västmanlands sjukhus Västerås
- **Nya kardiovaskulära modulen**
Liselotte Tidblad & Lotta Ljung, SRQ
- **Träffa ultraljudsroboten ARTHUR**
Presentation av ROPCA

Under senare delen av 2024 planeras ytterligare webinarier på följande teman:

- SRQ:s årsrapport 2023 – kansliets favoriter
- SRQ:s kvalitetsarbete i fokus.

Text: Stephanie Rasmusson
Caroline Colliander



Röster om webinarierna

1. Vad tycker ni om webinarierna?

- Toppen! Bra påminnelser om detta viktiga arbete och tydliga genomgångar med möjlighet att ställa frågor.
- Bra!
- Vi tycker att det har varit bra med en uppdatering om registret och om man har nya kollegor som får ta del av information.

2. Beskriv hur ni brukar ta del av lunchseminarierna:

- Oftast enskilt vid våra datorer, men ibland två och två.
- Via länk i mån av tid
- Vi brukar sitta på vår lunchrast och titta på webinariet samtidigt som vi äter vår lunch.



4. Vad ser ni som positivt med webinarierna?

- Bra påminnelser om detta viktiga arbete och tydliga genomgångar med möjlighet att ställa frågor.
- Vi tycker det är bra när det är sjuksköterskerelaterade ämnen och användningsområden.
- Det är bra att få information om vad som är aktuellt så att vi hänger med i utvecklingen och är a jour med vad som är senaste nytt.

3. Har ni lärt er något nytt?

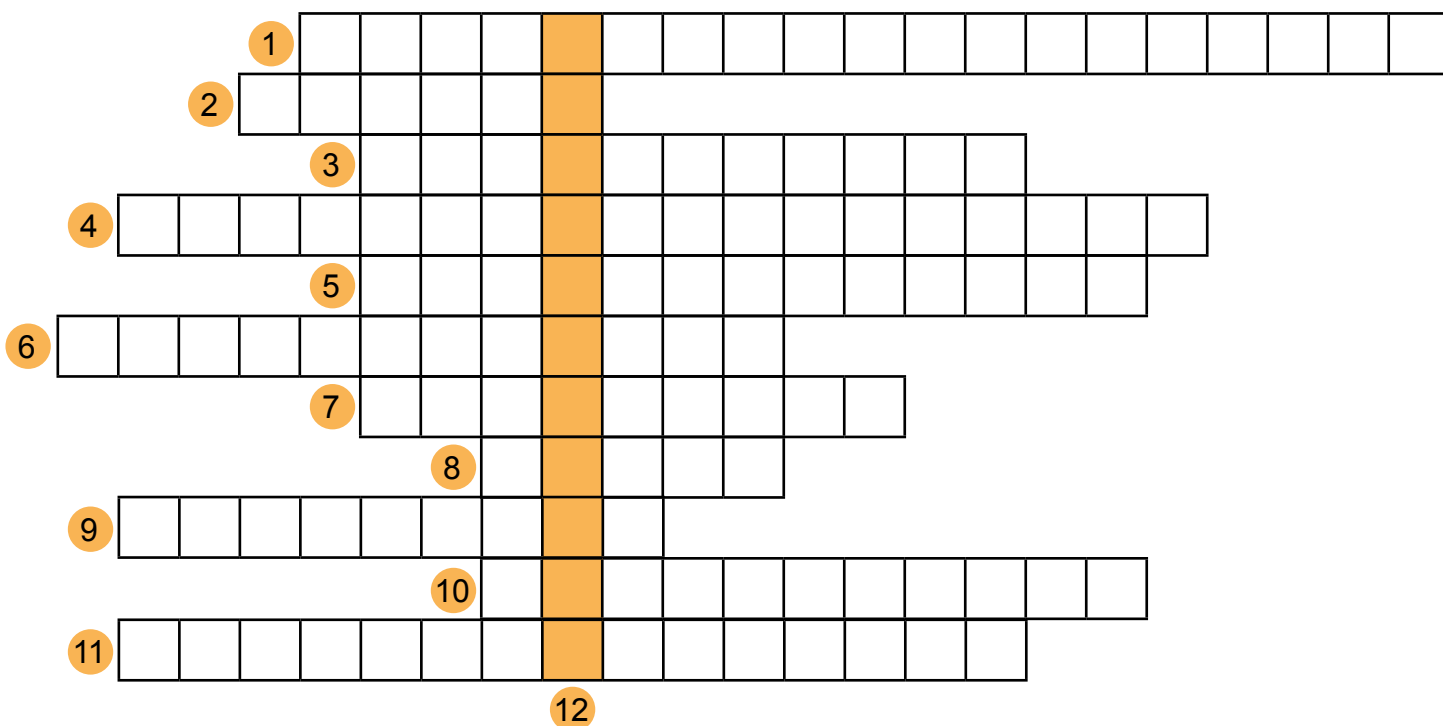
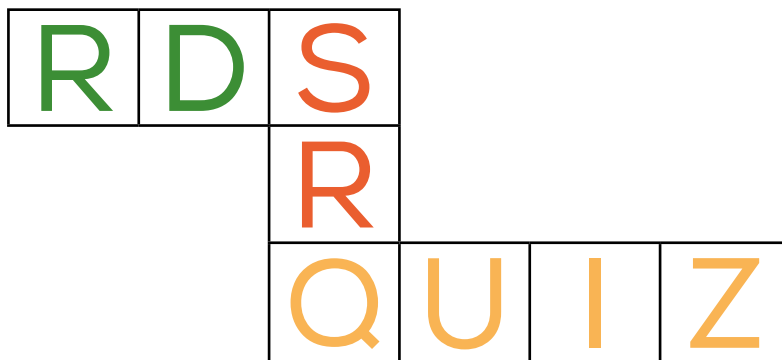
- Jag personligen tycker det. Vi har dessvärre haft stor omsättning på personal de senaste åren och då är det lätt att exempelvis en sådan här arbetsgift 'glöms bort' i allt annat som behöver göras och ska läras ut.
- Lär sig alltid något nytt, uppdateringar, nya funktioner etc.

5. Vad skulle ni vilja förbättra?

- Jag vet faktiskt inte. Det är bra att de spelas in. Kanske att hand-outs kan skickas ut? Check-listor med steg-för-steg-instruktion i registrering hade varit en extra lättnad om en känner sig osäker i hur man gör kanske?

6. Förslag på kommande ämnen:

- "Basutbildning" för sjuksköterskor gamla som nya; Hur registrera besök och telefonkontakt. VAU, ledgubbe mm. Hur använder jag registreringen i mötet/kontakten med patienten.
- Önskemål om "basutbildning" för paramedicinare. Hur ser registret ut (överblick). Var ser jag tidigare registreringar? Vad kan jag registrera?
- Vi önskar få fortsätta få sådan information om senaste nytt och utvecklingsområden.



- 1 Viktig roll för SRQ
- 2 100 procent av allt
- 3 Finns för RA och GCA
- 4 Skickas vidare till Läkemedelsverket
- 5 87,1 procent
- 6 Fångas av AUDIT-C
- 7 Står P för i VAP
- 8 Författat JAKi-studier
- 9 Beräknas i KV-modulen
- 10 Luncher med RDS
- 11 Lotta Ljung
- 12 Av stor betydelse för syftet med kvalitetsregistret

Vinn en bok!

Skicka in ordet i det färgade fältet (nr 12) till oss senast den 31 augusti 2024 så har du chans att vinna en bok.

[Skicka svar](#)

Hej!

Är det något du undrar
över eller behöver hjälp
med angående registret?
Hör av dig till oss!

Telefon: 072-254 21 55

Mejl: info@srq.nu

