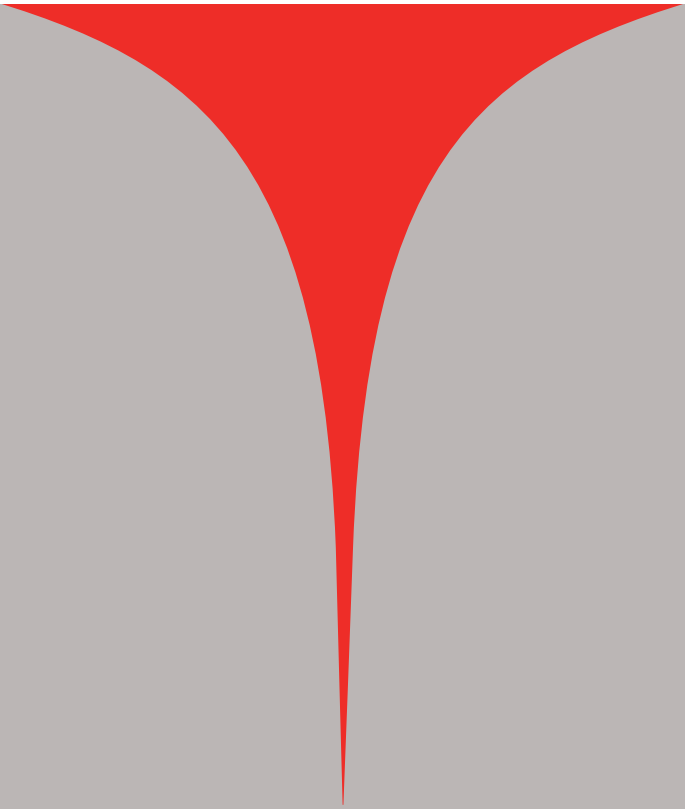
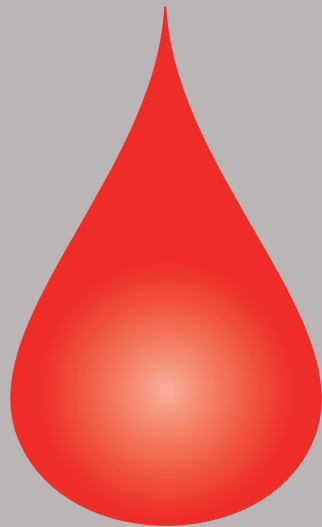




ÅRSRAPPORT 2020



svenskahemofiliregistret.se



INNEHÅLL

FÖRORD	3
ORGANISATIONSFAKTA OM SVENSKA HEMOFILIREGISTRET	4
Styrgrupp	4
Registercentrum	4
IT-plattform	4
INFORMATION OM HEMOFILI	5
Bakgrund	5
Behandling	6
Komplikationer	6
Vården av personer med blödarsjuka i Sverige	7
Samverkan med andra länder	7
KVALITETSINDIKATIONER	8
Processindikatorer	8
Resultatindikatorer	8
RESULTAT 2020	9
Demografi	10
Diagnoser och svårighetsgrad av sjukdom	12
Behandling	13
Inhibitorer	14
Blödningar (annual bleeding rate)	14
Livskvalitet	15
DATAKVALITET	16
Patienturval för årsrapporten	16
Åtgärdande av saknade och motsägande uppgifter i registeruttag	16
Övriga pågående aktiviteter avseende datakvalitet	16
Täckningsgradsanalys	16
AKTIVITETER OCH UTVECKLING 2020	18
Forskning	18
Svenska Hemofiliregistret som stöd för förbättringsarbete/ verksamhetsutveckling under 2020	18



FÖRORD

Här presenterar vi Svenska Hemofiliregistrets årsrapport som avser 2020. Även detta år har antal patienter i registret öka tack vare alla som arbetar aktivt ute på hemofilicentra och alla patienter som berörs.

2020 var på många sätt ett omtumlande år för alla i samhället och i världen på grund av pandemin. Detta påverkade vården på flera sätt. En ökad arbetsbelastning för många som arbetar i vården och också en omstrukturering och förändrade arbets-sätt där fysiska besök på hemofilimottagningarna ersattes med antingen besök per telefon eller med hjälp av video. Dessa arbetssätt kommer vi säkert att ha nytta av även i framtiden, även om vi får hoppas att pandemin nu avklingar och att vi kan återgå lite mer till det normala.

Registret fortsätter vara ett viktigt instrument i det dagliga arbetet samt för att utvärdera behandling och möjliggör uppföljning på längre sikt och är ett viktigt instrument och underlag för forskning och utveckling av vården.

Stort tack även detta år till alla våra patienter, medlemmarna i styrgruppen och alla som arbetar på våra hemofilicentra.

För Svenska Hemofiliregistrets styrgrupp
Margareta Holmström
Registerhållare

ORGANISATIONSAKTA OM SVENSKA HEMOFILIREGISTRET

Styrgrupp

Margareta Holmström, Registerhållare Överläkare, Biträdande Professor, Koagulationsmottagningen, ME Hematologi, Patientområde Hematologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Fariba Baghaei, Överläkare, med dr, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Jan Astermark, Överläkare, Professor, Koagulationscentrum, Skånes Universitetssjukhus

Anna Olsson, Överläkare, med dr, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Nadine Gretenkort-Andersson, Överläkare, med dr, Koagulationscentrum, Skånes Universitetssjukhus

Malin Axelsson, Leg Sjuksköterska, Koagulationscentrum, Skånes Universitetssjukhus

Linda Myrin Westesson, Översjuksköterska, fil dr, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Elisabeth Brodin, Översjuktymnast, med dr, Koagulationscentrum, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Elsa Olsson, Leg Sjuksköterska, Registerkoordinator, Koagulationsmottagningen, ME Hematologi, Patientområde Hematologi, Karolinska Universitetssjukhuset

Susanna Ranta, Överläkare, Docent, Barnkoagulationsmottagningen Astrid Lindgrens Barnsjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset

Maria Magnusson, Överläkare, med dr, Vuxen och Barn Koagulationsmottagningen, Karolinska Universitetssjukhuset

Adnan Berberovic, Patientrepresentant

Registercentrum

Svenska Hemofiliregistret är sedan starten anslutet till QRC Stockholm, som är ett av de regionala registercentra som stödjer nationella kvalitetsregister. QRC stödjer registret löpande i dagliga frågor samt utvecklingsprojekt. Detta inkluderar bl.a. styrgruppsarbete, registerfunktion, datauttag, samverkansprojekt och juridik.

IT-plattform

Svenska Hemofiliregistret är byggt på en teknisk plattform, RealQ som lanserades 2007, och används för att bygga register och patienthanteringsverktyg. Applikationer baserade på RealQ finns idag både nationellt och internationellt.

RealQ är en teknisk plattform där man inte behöver programmeringskunskaper för att skapa beslutsstödverktyg eller kvalitetsregister. Som en konsekvens kan applikationerna skapas och designas av personal med medicinsk bakgrund, vilket underlättar samarbete och kommunikation.

I registret finns det en rad olika moduler såsom patientformulär, statistik, integrationer (t.ex. laboratorieanalyser), importmodul, patientlistor, beslutsstödsgrafer, etc. RealQ har också stöd för patientrapporterade data.

INFORMATION OM HEMOFILI

Bakgrund

Hemofili (blödarsjuka) beror på en medfödd brist på koagulationsfaktor VIII (hemofili A) eller koagulationsfaktor IX (hemofili B). Hemofili A och B är könsbundet nedärvda och drabbar nästan uteslutande män. En av 5000 pojkar föds med sjukdomen. Det finns ca 1000 patienter med hemofili i Sverige varav ca 300 får regelbunden behandling.

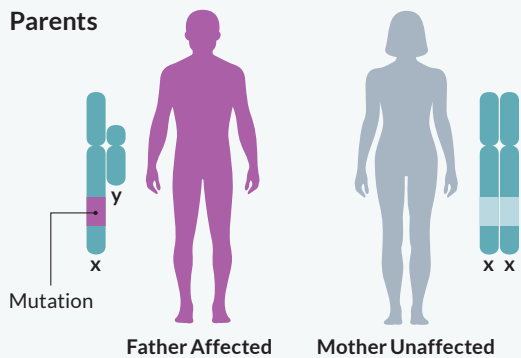
Samtliga döttrar till en man med hemofili är anlagsbärare av mutationen som ger hemofili. En anlagsbärande kvinnas söner har en 50 % risk att drabbas av sjukdomen, likaså har hennes döttrar en 50 % risk att bli anlagsbärare. Sjukdomens form och svårighetsgrad förblir densamma genom generationer i släkten fast olika svårighetsgrader för bärare p.g.a. X-inaktivering. Det finns möjlighet att kartlägga vilken del av faktor VIII- och IX genen som är förändrad och orsakar olika svårighetsgrad av blödarsjuka. Det har dessutom visats att det är en ny muta-

tion i familjen som ligger bakom ca 30 % av de nya fall som diagnostiseras, vilket innebär det att en familj oväntat kan få en son med hemofili. Fosterdiagnostik erbjuds till anlagsbärare av svårare former av hemofili.

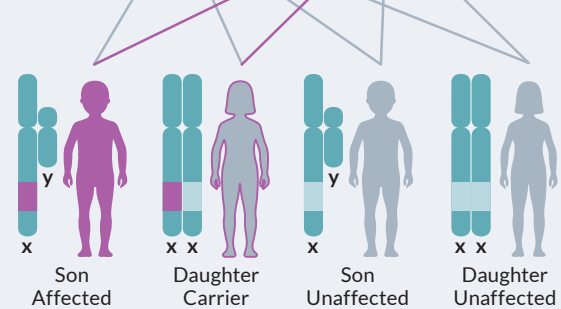
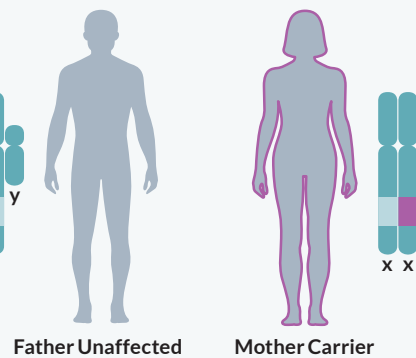
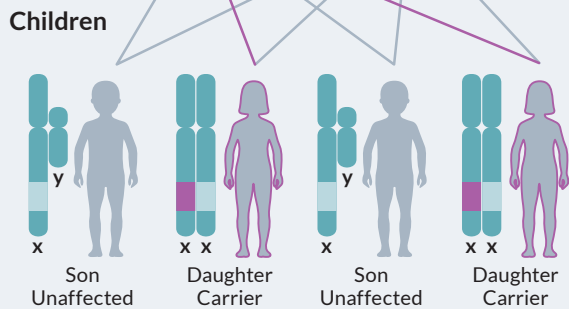
Koagulationsfaktorer är proteiner (äggviteämnen) som tillverkas i levern. Brist på någon koagulationsfaktor medför att blodet koagulerar (levar sig) dåligt eller nästan inte alls. Hemofili A och B förekommer i tre olika svårighetsgrader: svår, medelsvår (moderat) och mild form. Risken för blödning är kopplad till svårighetsgraden och vid svår form kommer de första blödningarna vanligen vid 5–6 månaders ålder och vid moderat form oftast vid 1–2 års ålder. Blödningarna är till synes spontana eller kan uppkomma redan efter ett minimalt trauma. Vid mild hemofili uppstår blödningsproblemen vanligen i samband med operationer och större skador, och diagnosen ställs ibland först sent i livet.

X-Linked Recessive

Parents



Children



Symtomen vid svår och medelsvår hemofili är mer eller mindre spontana blödningar som drabbar leder och muskler. Obehandlade ledblödningar leder till akut tryckökning i leden med svår smärta. Efter hand utvecklas kronisk ledinflammation med nedbrytning av ledbrusket. Personen drabbas av stelhet, rörelseinskränkning och kronisk värk. Hemofilin leder utan adekvat medicinering till en allvarlig funktionsnedsättning. Personer med hemofili riskerar också att drabbas av andra typer av allvarliga blödningar såsom hjärnblödning eller blödning i inre organ.

von Willebrands sjukdom är också en ärftlig blödarsjukdom, men genen finns inte i könskromosomerna varför både män och kvinnor kan drabbas. Sjukdomen orsakas av brist på eller nedsatt funktion av ett protein som benämns von Willebrandfaktor. von Willebrands sjukdom visar sig främst som blödningar från slemhinnor. Förekomsten av von Willebrands sjukdom är ca 1/ 1000. Von Willebrands sjukdom finns i olika svårighetsgrader och undergrupper (typ 1–3). Milda former av von Willebrands sjukdom är vanligast, men det finns ca 50 personer i Sverige med svår form av von Willebrands sjukdom (typ 3). De personer som har den svåra formen (typ 3) har ledblödningar som leder till kroniska ledsador och handikapp på liknande sätt som personer med svår eller medelsvår hemofili.

Behandling

Personer med hemofili eller svårare former av von Willebrands sjukdom får idag behandling med den eller de koagulationsfaktorer som saknas (faktorkoncentrat). Behandling med faktorkoncentrat ges vid behov vid blödning ("on-demand"-behandling) eller regelbundet och förebyggande. Dos, frekvens och typ av behandling vid blödarsjuka beror inte bara på svårighetsgraden av sjukdomen utan också på persons ålder, livsstil och önskemål.

Förebyggande behandling kallas profylaxbehandling (substitution) och innebär att personer kan göras symtomfria i likhet med situationen vid andra sjukdomar med bristsymtom (insulinberoende diabetes, B12- brist, hypotyreos d.v.s. underfunktion i sköldkörteln). Faktorkoncentrat framställdes tidigare ur blodplasma. På 1980-talet visade det sig att dessa faktorkoncentrat överförde HIV- och hepatit C-infektioner. Dessa två katastrofer bidrog till att man har

utvecklat säkra syntetiska, s.k. rekombinanta faktorkoncentrat och de första började användas på 1990-talet. Faktorkoncentraten ges direkt in i blodet, intravenöst. I princip har alla personer med svår hemofili i Sverige profylaktisk behandling med faktorkoncentrat. En stor andel av personer med medelsvår hemofili har också profylaktisk behandling. Profylaxbehandling ges dagligen till cirka en gång per vecka. Oftast ges behandlingen perifert i ven, men i undantagsfall får personen faktorkoncentratet i en subkutan venport.

Hembehandling innebär en ökad livskvalitet för personer med blödarsjuka. Regelbunden, säker och lättillgänglig behandling i hemmet är avgörande för att minska sjukdomens inverkan i det dagliga livet. Hembehandling innebär också minskad hälso- och sjukvårdskostnad. Profylaxbehandlingen ges i hemmet av föräldrar och senare av personen själv. Hembehandling har många fördelar för personen, samhället och familjen.

Behandlingen inleds på sjukhusbaserad mottagning under de första ett till två åren efter diagnos. Successivt tar föräldrarna över ansvaret för barnets behandling och hembehandlingen tar vid. I de tidiga tonåren brukar de flesta pojkar ha lärt sig att själv injicera faktorkoncentratet. Tills helt nyligen har behandlingen givits intravenöst, men för ett par år sedan har läkemedel som ges subkutant (direkt under huden) introducerats. Sannolik kommer fler sådana alternativ på sikt. Genterapi är nu tillgängligt för patienter i klinisk prövning. Vården för blödarsjuka är centraliserad till tre koagulationsmottagningar. Personer med svår eller medelsvår blödarsjuka kontrolleras en till två gånger per år. Personer med mildare former kontrolleras mer sällan utefter behov. Under barndomen är besöken på mottagningarna tätare.

Komplikationer

Utveckling av antikroppar är en allvarlig komplikation relaterad till behandling med faktorkoncentrat. Antikropparna neutraliserar faktorkoncentratet och behandlingen är inte längre effektiv. Över 30 % av barn med svår hemofili A utvecklar antikroppar mot faktorkoncentratet i samband med start av behandlingen. Barn med hemofili B har mindre risk att utveckla antikroppar mot behandlingen

och förekomsten är rapporterad till mellan 3 och 5 %. Personer med medelsvår eller mild hemofili har betydligt lägre risk att utveckla antikroppar mot behandlingen. För att behandla bort antikropparna ges oftast en daglig hög dos av faktorkoncentrat. Denna behandling kallas immuntoleransinduktion (ITI) och kan pågå under flera år. Patienter med hemofili A som inte lyckas behandla bort antikropparna kan idag få blödningsförebyggande behandling subkutan med emicizumab, en antikropp som ersätter funktionen av FVIII.

Vården av personer med blödarsjuka i Sverige

Vård och behandling av personer med blödarsjuka är högspecialiserad och bedrivs vid tre koagulationsmottagningar i Sverige. Dessa mottagningar är lokaliserade vid Karolinska Universitetssjukhuset, Sahlgrenska Universitetssjukhuset och Skånes Universitetssjukhus. Vården ges i samråd med behandlande läkare på hemorten. En stor del av vården är utomlänsvård och personer med blödarsjuka finns således i hela riket. Vid de tre mottagningarna bedrivs vården enligt internationell praxis d.v.s. comprehensive care. För att certifieras som comprehensive care centre (EHCCC) av European haemophilia network (EUHANET) skall flera kriterier uppfyllas. Vården vid ett EHCCC omfattar allt från den genetiska rådgivningen till föräldrar till den komplexa vården av multisjuka äldre blödarsjuka personer.

Ett EHCCC förutsätter ett tvärprofessionellt team bestående av läkare, sjuksköterska, sjukgymnast, koagulationslaboratorium, kurator, ortoped, genetiker, tandläkare och gynekolog. Övriga resurser kopplas till teamet vid behov. Samtliga centra har dygnetrunt

verksamhet med jourhavande läkare avseende rådgivning kring behandling och handläggning vid akutsituationer. Patienterna och deras anhöriga kan själva ringa till jourhavande läkare.

Vården av blödarsjuka är högspecialiserad och det föreligger en god samsyn kring behandlingen vid blödarsjuka. Sjukvårdspersonalen som arbetar vid centra är specialiserade och har tät och regelbunden kontakt. Man deltar och samarbetar i akademiska och kliniska studier, både nationellt och internationellt. Samarbete och utbyte sker också i nationella, nordiska och internationella nätverk.

Samverkan med andra länder

- Nordic Haemophilia Council (NHC) är ett forum med medlemmar från de fem nordiska länderna. NHC utvecklar riktlinjer (guidelines) för vården och behandling av blödningsjukdomar. Alla tre EHCCC i Sverige är representerade i NHC's arbetsgrupper.
- European Association of Hemophilia and Allied Disorders (EAHAD) är en europeisk intresseorganisation med omfattande vetenskaplig aktivitet som arrangerar årliga vetenskapliga konferenser i europeiska länder, samtliga EHCCC från Sverige skickar deltagare till EAHADs kongresser
- World Federation of Hemophilia (WFH) är en global patientdriven organisation med omfattande verksamhet, inte minst att stötta ekonomiskt svaga länder med utbildning och ekonomiska resurser. WFH ordnar vartannat år vetenskapliga konferenser där både patienter och hälso- och sjukvårdspersonal deltar. Svenska läkare och sjuksköterskor föreläser på WFHs kongresser.

KVALITETSINDIKATIONER

De kvalitetsindikatorer som rapporteras i Svenska Hemofiliregistret är dels processindikatorer, dels resultatindikatorer. Processindikatorerna visar hur patienterna tas om hand i vården och hur de behandlas. Resultatindikatorerna visar hur det går för patienterna och deras sjukdomsrelaterade livskvalitet.

I denna årsrapport har styrgruppen valt att fokusera på följande process- och resultatindikatorer:

Processindikatorer

- Antal patienter vid de tre hemofilicentra i Sverige
- Fördelningen av typ och svårighetsgrad av blödersjuka i Sverige
- Ålder vid diagnos
- Typ av läkemedelsbehandling för personer med hemofili

Resultatindikatorer

- Förekomst av antikroppar mot koagulationsfaktor hos patienter med hemofili (inhibitor)
- Blödningar hos patienter med hemofili under 2020, Annual Bleeding Rate (ABR)
- Livskvalitet med EQ-5D
- Sjukdomens påverkan på patientens liv
- Ledstatus uppmätt med Hemophilia Joint Health Score (HJHS)



RESULTAT 2020

Diagram- och tabellöversikt av den statistik som presenteras
i årsrapport 2020 från Svenska Hemofilregistret.

DEMOGRAFI Diagram 1–5

DIAGNOS Diagram 6–9

BEHANDLING Diagram 10

INHIBITORER Diagram 11

BLÖDNINGAR (annual bleeding rate) Diagram 12–13

LIVSKVALITET Tabell 1–2

DATAKVALITET Diagram 14

Källa, diagram och tabeller: Svenska hemofilregistret

RESULTAT:

DEMOGRAFI

Diagram 1. Ackumulerat antal patienter i Svenska Hemofili-registret, samtliga diagnoser, fördelat efter inskrivningsår

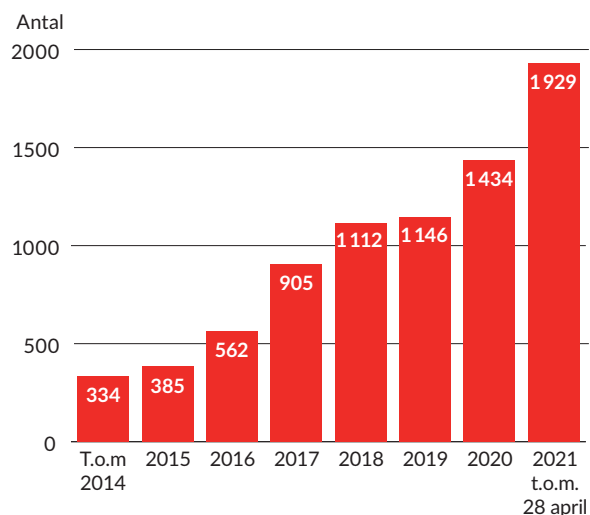
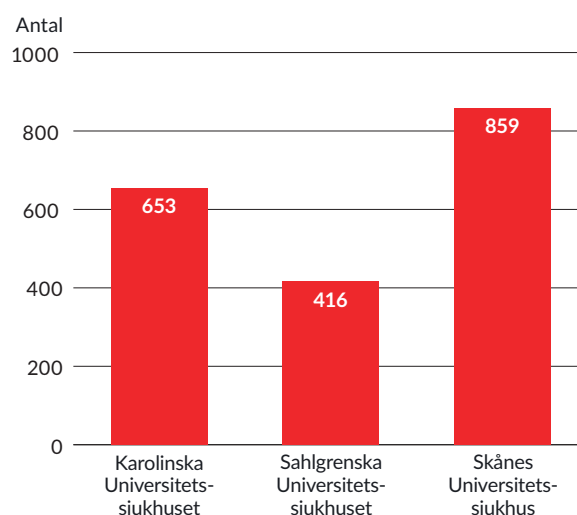


Diagram 1 visar det totala antalet patienter, med samtliga diagnoser och svårighetsgrad i registret varje år från start 2014. När registret startades, överfördes patienter från ett lokalt hemofiliregister vid centrat i Malmö, varför siffran inte är 0 från start. Från start har snabb ökning av antal patienter i registret skett vilket diagrammet visar. Den stora ökningen på cirka 500 patienter senaste året beror till stor del på att patienter med von Willebrands sjukdom har börjat registreras i allt större utsträckning.

Diagram 2. Antal patienter i Svenska Hemofili-registret, fördelat på behandlande sjukhus under 2020



Not. 1 patient saknar uppgift om behandlande sjukhus.

Diagram 2 visar antal patienter vid de tre hemofili-centra i Sverige per 31/12 2020. Patienter med olika diagnoser och svårighetsgrad ingår. Inklusion av patienter med von Willebrands sjukdom pågår och kan förklara en del av skillnaden i antal patienter per centra.

Diagram 3. Andel patienter i Svenska Hemofiliregistret, fördelat på kön

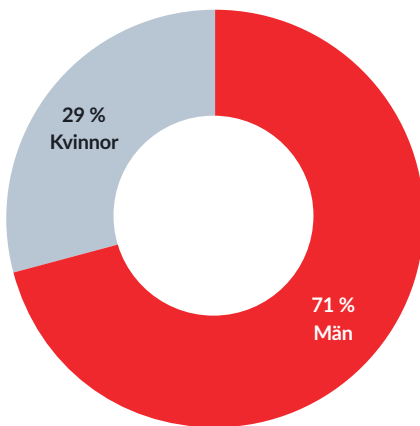
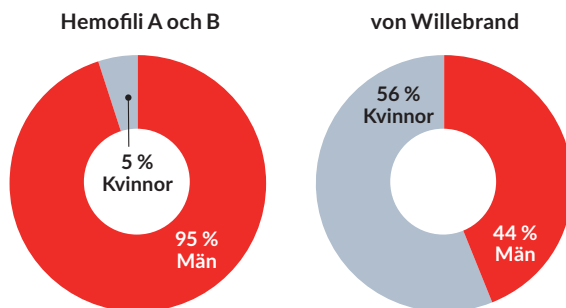


Diagram 4. Andel patienter per diagnos i Svenska Hemofiliregistret, fördelat på kön



Största andelen av patienterna i registret är män, 71 %, medan en mindre andel är kvinnor, 29 %. Orsaken till detta är den genetiska ärftligheten av hemofili A och B där män, men inte kvinnor, insjuknar. Det finns en naturlig förklaring till dominansen av män vilket beror på hur hemofili A och B ärvs. Kvinnor är anlagsbärare för denna sjukdom och kan ibland själva ha symtom och om deras nivå av koagulationsfaktor VIII eller IX i blodet understiger 40 % av normal så klassificeras de med diagnosen mild hemofili.

För patienter som ännu inte har ett svenskt personnummer så registreras de utifrån reservnummer. Dessa reservnummer är inte utformade så att personens kön kan identifieras.

Diagram 5. Antal patienter i Svenska Hemofiliregistret, fördelat på ålder

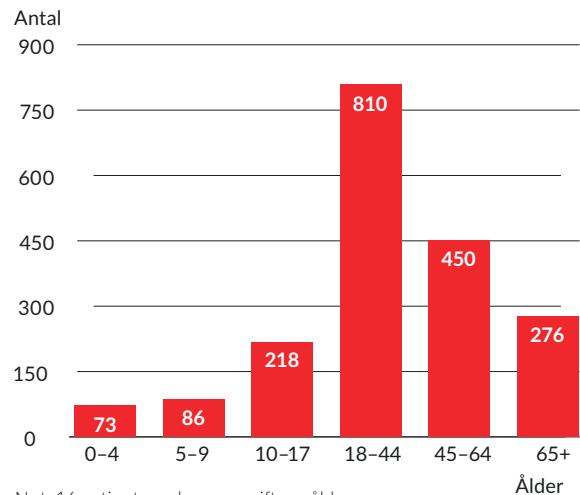
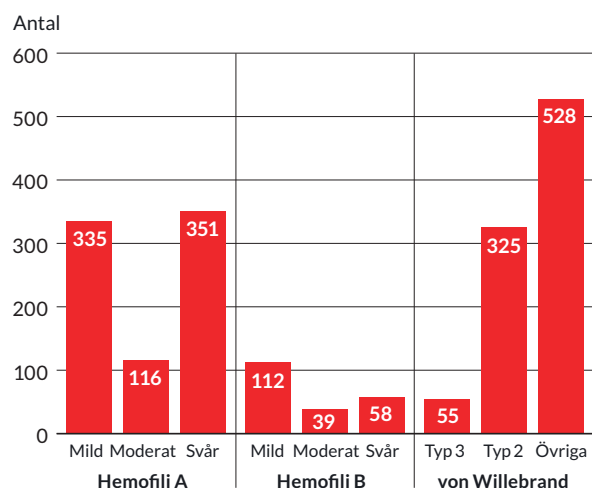


Diagram 5 visar fördelning i ålder av patienter som ingår i Svenska Hemofiliregistret. Andelen patienter äldre än 65 år är begränsad. Det förklaras av att det tidigare, d.v.s. före slutet av 1950-talet, inte fanns någon behandling vid hemofili med faktorkoncentrat och patienterna hade då en förväntad förkortad medellivslängd under 30 år. När senare utveckling av faktorkoncentrat möjliggjorde behandling smittades ca 100 patienter i Sverige med HIV från läkemedel för hemofili som utvanns ur blodplasma vilket orsakade många dödsfall i AIDS i alla åldersgrupper.

RESULTAT:

DIAGNOSER OCH SVÅRIGHETSGRAD AV SJUKDOM

Diagram 6. Antal patienter i Svenska Hemofilregistret, fördelat på diagnos



Not. 10 patienter saknar uppgift om diagnos.

Diagrammet visar fördelning av patienter per diagnos och svårighetsgrad. Alla centra inkluderade. Patienter med hemofili A i svår och mild form dominerar vilket är i överensstämmelse med andra rapporter. Hemofili A har också en högre incidens än hemofili B vilket diagrammet också visar.

Diagram 7. Antal patienter per diagnos i Svenska Hemofilregistret, fördelat på sjukhus

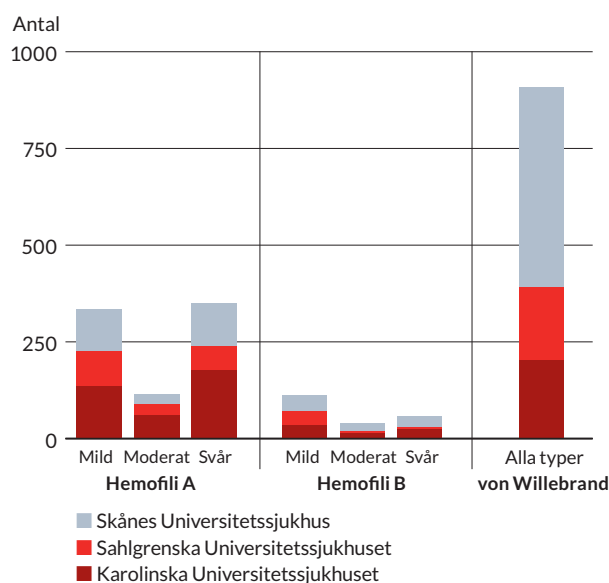


Diagram 8. Ärftlighet

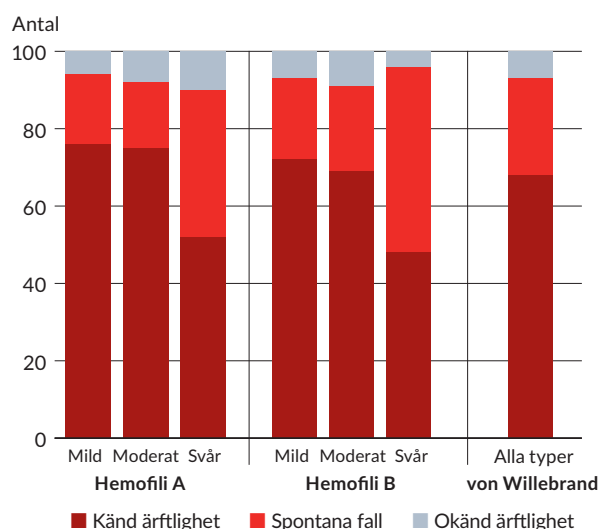
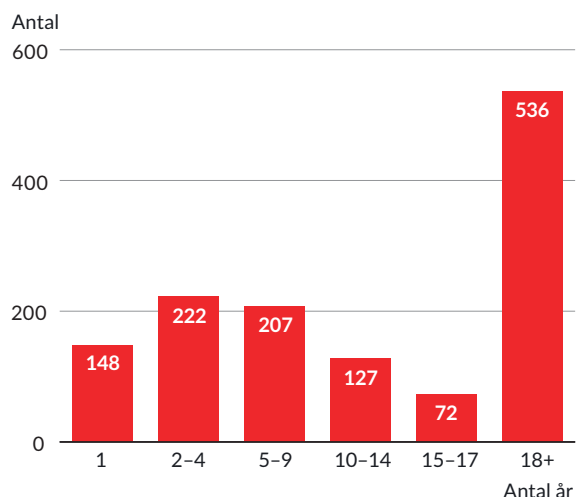


Diagram 9 visar förekomst av ärftlighet för blödningsjukdom hos patienter med hemofili A, B och von Willebrands sjukdom. Spontana fall är också vanliga och kan bero på att en s.k. nymutation, d.v.s. förändring i arvsmassan, DNA, har uppkommit.



RESULTAT: BEHANDLING

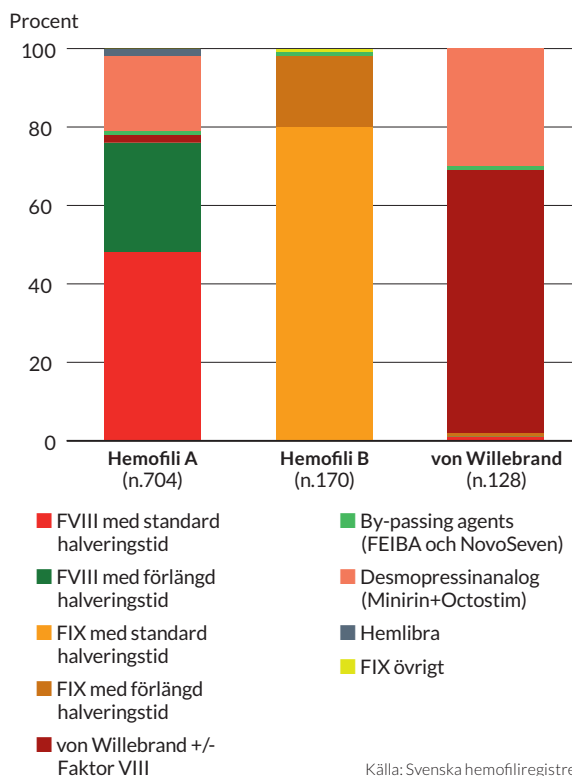
Diagram 9. Ålder för diagnos bland patienter i Svenska Hemofilregistret, fördelning antal



Not. 135 patienter saknar uppgift om ålder vid diagnos.

Diagrammet visar ålder för när diagnos ställs av blödningsjukdom. För patienter med svår blödarsjuka ställs diagnosen ofta under första levnadsåret, medan patienter med mild sjukdom ofta får diagnosen senare i livet p.g.a. lindrigare och senare debuterande blödningsymtom.

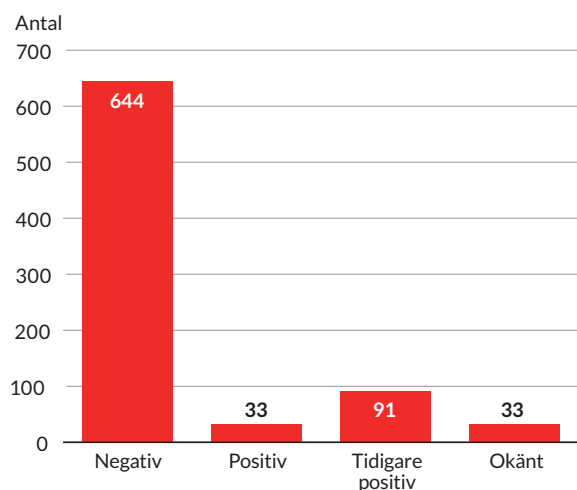
Diagram 10. Koncentrat, andel per diagnosgrupp



Källa: Svenska hemofilregistret

RESULTAT: INHIBITORER

Diagram 11. Inhibitor



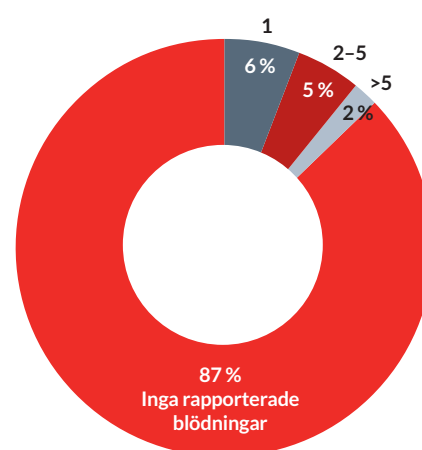
Av de patienter som testats för förekomst av s.k. inhibitorer (d.v.s. antikroppar mot koagulationsfaktor FVIII eller FIX) är 4,1 % av patienterna i registret positiva f.n. och 11,4 % har tidigare varit positiva. Detta test utförs inte rutinmässigt på alla patienter utan ff.a. på små barn där behandling inleds eller vid misstanke om inhibitorutveckling.

RESULTAT: LEDSORE

Ledscore med bedömning av Hemophilia Joint Health Score (HJHS) görs regelbundet av fysioterapeuter på patienterna på alla tre hemofilicentra, men ett mindre antal genomgick detta år 2020 på grund av pandemin då färre fysiska patientbesök genomfördes. Därför kan inga data visas för detta i årsrapporten.

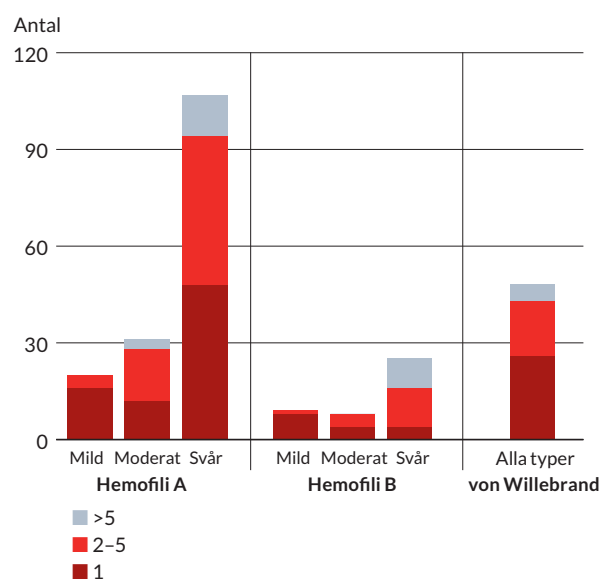
RESULTAT: BLÖDNINGAR (ANNUAL BLEEDING RATE)

Diagram 12. Andel registrerade blödningar per patient 2020



Statistiken för inrapporterade blödningar är hämtade från alla aktiva patienter med hemofili A eller B samt von Willebrands sjukdom i registret 2020, oavsett svårighetsgrad. Statistiken för 87 % av patienterna har inte rapporterat några blödningar alls. Andelen patienter som rapporterat blödningar är 13 % där 6 % av patienterna rapporterat en blödning och 5 % 2-5 blödningar under 2020. 2 % av patienterna rapporterade mer än 5 blödningar.

Diagram 13. Registrerat antal blödningar per huvuddiagnos



RESULTAT:

LIVSKVALITET

Data i tabell 1 (nedan) visar ingen egentlig skillnad mellan patienter med mild hemofili A och svår hemofili A vilket är något överraskande med tanke på att symtomatologin skiljer sig. Detta kan vara en effekt av att behandlingen vid hemofili A är så pass bra och effektiv. Tabell 2 visar patientens skattning på hur dennes diagnos påverkar patientens liv, där 0 är ingen

påverkan och 100 är att den påverkar helt och hållet. I och med Covid-19 pandemin har många läkarbesök under 2020 gjorts på distans, antingen via video eller telefon. Detta har medfört att det är ett lägre antal livskvalitetsenkäter som har fyllts i. Därav är materialet lågt och tolkning av data är osäker.

Tabell 1. EQ-5D Skattningsskala hälsotillstånd 0–100 (VAS) för patienter 16 år och äldre i Svenska Hemofilregistret, 2020

Huvuddiagnos	Antal	Median	Medel	STD	Min	Max	Uppgift saknas
Hemofili A mild (330)	46	85	82	18	20	100	284
Hemofili A moderat (116)	16	85	73	15	35	100	100
Hemofili A svår (351)	56	85	79	19	20	100	295
Hemofili B mild (110)	19	70	74	18	32	100	91
Hemofili B moderat (39)	6	84	85	10	70	100	33
Hemofili B svår (58)	5	80	81	21	50	100	53
von Willebrand typ 3 (56)	2	86	86	8	80	91	54
von Willebrand övriga (849)	4	95	94	6	80	100	845

Tabell 2. Skattningsskala för sjukdomens påverkan på patientens liv (0–100) för patienter 16 år och äldre i Svenska Hemofilregistret, 2020

Huvuddiagnos	Antal	Median	Medel	STD	Min	Max	Uppgift saknas
Hemofili A mild (330)	34	10	17	21	0	100	290
Hemofili A moderat (116)	13	3	12	19	0	65	100
Hemofili A svår (351)	80	10	25	28	0	90	300
Hemofili B mild (110)	17	5	17	22	0	60	100
Hemofili B moderat (39)	10	10	23	32	0	70	35
Hemofili B svår (58)	15	15	15	13	1	30	54
von Willebrand typ 3 (56)	1	5	5		5	5	55
von Willebrand övriga (849)	17	15	35	43	2	80	845

DATAKVALITET



Patienturval för årsrapporten

Årsrapporten omfattar alla patienter i Svenska Hemofiliregistret som inkluderat sedan start. Patienter med hemofili A/B i svår, moderat/medelsvår och mild form ingår liksom patienter med von Willebrands sjukdom. Hittills har Svenska Hemofiliregistret fokuserat på inklusion av personer med hemofili A och B, men senaste året har inklusionen av patienter med von Willebrands sjukdom ökat och planen långsiktigt är att även inkludera patienter med ovanliga koagulationsfaktorbrister.

Åtgärdande av saknade och motsägande uppgifter i registeruttag

Inför årsrapport 2020 har statistiker på QRC skapat listor med saknade och svårtolkade data till respektive centra för kommentar och/eller komplettering i de fall det är möjligt.

Övriga pågående aktiviteter avseende datakvalitet

Registret arbetar tillsammans med QRC Stockholm och IT-leverantör för att höja datakvaliteten avseende bland annat anpassning till nationella standarder, att införa fler logiska kontroller vid registrering/ datainsamling, samt att åstadkomma samma tolkning och tillämpning av variabeldefinitioner.

Täckningsgradsanalys

En begäran om en täckningsgradsanalys genomfördes i april 2020 och omfattar i denna årsrapport patienter med moderat och svår hemofili A och B, samt patienter med von Willebrands sjukdom. Täckningsgradsanalysen är utförd som matchningsstatistik mot patientregistret (PAR) och mot Läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen. I urvalet från hemofiliregistret inkluderades patienter med ovan nämnda diagnoser

och i selektionen från Läkemedelsregistret inkluderas samtliga expedieringar med någon av följande ATC-koder:

- B02BD02 Koagulationsfaktor VIII
- B02BD03 Aktiverat protrombinkomplex mot faktor VIII-antikroppar
- B02BD04 Koagulationsfaktor IX
- B02BD06 von Willebrandfaktor och koagulationsfaktor VIII i kombination
- B02BD08 Koagulationsfaktor VIIa
- B02BX06 Emicizumab

Ytterligare krav för inklusion var att det skett minst två uttag av samma läkemedel under samma år. Resultatet från matchningsstatistiken fördelades efter hemofili typ utefter den läkemedelsbehandling som ges;

- Hemofili A: B02BD03, B02BX06, B02BD08, B02BD08 + B02BD02
- Hemofili B: B02BD08 + B02BD04
- von Willebrands sjukdom: B02BD06

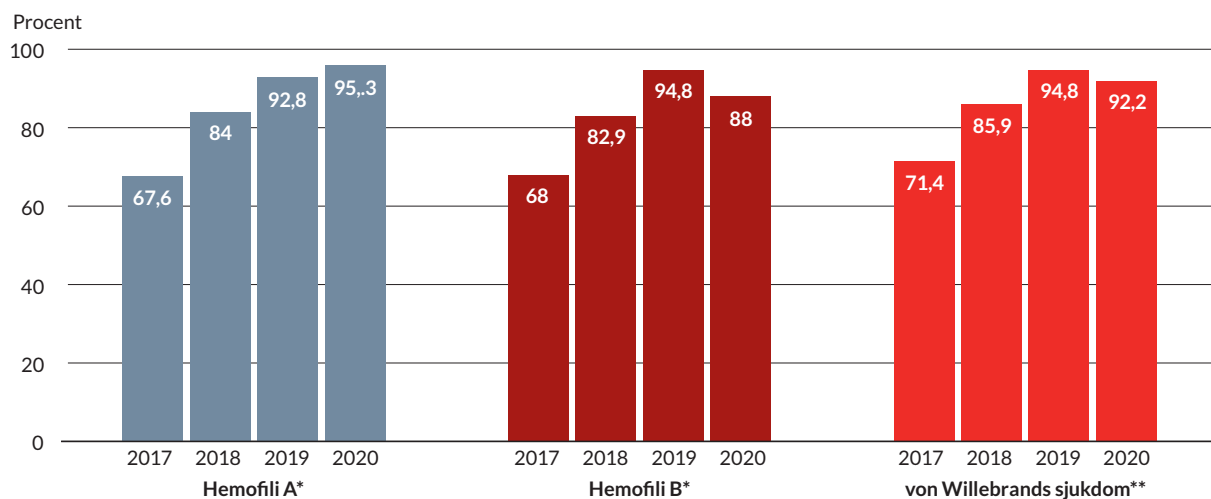
Matchningsstatistiken beräknades enligt följande: som täljare användes antal matchande individer, d.v.s. patienter som fanns både i kvalitetsregistret och i Läkemedelsregistret. I nämnaren ingick de individer som hämtat ut de specificerade läkemedlen och som återfanns i Socialstyrelsens Läkemedelsregister. Resultatet, d.v.s. överensstämmelsen, redovisas i procent. Se diagram 14.

Matchningsstatistiken visar att överensstämmelsen mellan Svenska Hemofiliregistret och Läkemedelsregistret är mycket god för Hemofili A och B moderat och svår form med 95,3 respektive 88 procents täckningsgrad för 2020.

För von Willebrands sjukdom är täckningsgraden cirka 92 procent. En målsättning är att öka täckningsgraden även för denna patientgrupp och under 2020 har fler patienter inkluderats i Svenska Hemofiliregistret.

Totalt sett var täckningsgraden för det urval som analysen omfattade ca 92 procent, vilket visar på att Svenska hemofiliregistret fångar en stor majoritet av den patientgrupp som registret omfattar.

Diagram 14. Täckningsgradsjämförelse mellan Svenska Hemofiliregistret och Läkemedelsregistret, år 2017–2020



De läkemedelskombinationer som motsvarar respektive diagnos är:
 Hemofili A*: B02BD03, B02BX06, B02BD08, B02BD08 + B02BD02
 Hemofili B*: B02BD08 + B02BD04
 von Willebrands sjukdom: B02BD06

*Moderat och svår form

**Alla typer

AKTIVITETER OCH UTVECKLING 2020

Forskning

En skriftlig rutin för forskningsuttag från registret finns framtagen och är publicerad på Svenska Hemofilregistrets hemsida; <https://svenskahemofilregistret.se/om-registret/>.

Svenska Hemofilregistret som stöd för förbättringsarbete/verksamhetsutveckling under 2020

Nedan ges exempel på hur Svenska Hemofilregistret används för att stödja och förbättra hemofilvården.

- Registret har bidragit till en ökad samsyn nationellt angående uppföljningen av personer med blödersjuka där samma ledstatus används men också självskattningsvariabler som fysisk aktivitet, livskvalitet och sjukdomens påverkan på vardagen i stort.
- Patientrapporterade mått (PROM= Patient Reported Outcome Measurement och PREM = Patient Reported Experience Measurements) används i syfte att belysa förändring över tid för ledbesvär, ökade antal blödningar mm relaterad till behandlingen av sjukdomen.
- En ny gemensam behandlingsrapport för personer med blödersjuka används nu rutinmässigt på alla tre centrarna.
- Personer med blödersjuka ges ett större inflytande på den egna behandlingen genom att personens egen uppfattning avseende behandlingen inhämtas på ett strukturerat och regelbundet sätt.

- I vårdarbetet är det nu möjligt att över tid visa den enskilda vårdtagaren grafiskt hur behandling och registrerade symtom förändrats över tid. Detta underlättar förståelsen och kommunikationen mellan vårdtagare och vårdgivare.
- Läkemedelsbehandling vid hemofili är kostsam och därför slöts efter förhandlingar ett så kallat trepartsavtal mellan Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) samt Läkemedelsindustriföreningen (LIF). Detta avtal har resulterat i kraftiga rabatter på FVIII-läkemedel (faktorkoncentrat). Genom insamlad data i Svenska Hemofilregistret kan vårdtagare nu följa effekter av trepartsavtalet avseende byte av faktorkoncentrat för personer med hemofili.
- Arbete med framtagande av nya Nordiska Guidelines för hemofilbehandling via Nordic Hemophilia Council (NHC) har till viss del baserats på data från registret.
- Flera nya läkemedel har introducerats bl.a. långverkande FVIII- och FIX-preparat samt det första subkutana läkemedlet vid hemofili; Hemlibra (Emicizumab). Genom registerdata kan nu introduktionen av dessa nya läkemedel följas, till exempelvis antal personer som behandlas, effekten av läkemedel över tid, kostnad och säkerhetsaspekter. Vidare kan inverkan på Annual bleeding rate (ABR), ledstatus och livskvalitet följas vid preparatbyte.

svenskahemofilregistret.se