

Vårdutnyttjande i rörelseorganens sjukdomar

En rapport baserad på
hälsodataregistren vid Socialstyrelsen

Artikelnr 2009-126-153

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2009

Förord

I rapporten beskrivs vårdutnyttjande inom rörelseorganens sjukdomar i svensk sjukvård ur ett flertal olika perspektiv.

Syftet med rapporten är att visa på vilka möjligheter som idag finns att beskriva vården av människor som drabbats av sjukdom i rörelseorganen genom tillgänglig information i de nationella hälsodataregistren. Analyserna i rapporten är tänkta att vara ett steg i en framtida utveckling av nya kvalitetsindikatorer och statistiksammanställningar inom området rörelseorganens sjukdomar, både i form av rapporter och via information på webben.

En god beskrivning av verksamheten är en förutsättning för utvecklings- och förbättringsarbete, rapporten syftar därmed ytterst till att bidra till att förbättra vårdens kvalitet och effektivitet. Förhoppningen är också att en publicering av tillgängliga data ska leda till att kvaliteten på informationen i de nationella hälsodataregistren ytterligare förbättras.

Rapportens huvudförfattare är Diddy Antai som i samarbete med Emma Björkenstam, Karin Nyqvist och Leif Forsberg har arbetat fram rapporten. Samtliga arbetar på Epidemiologisk Centrum vid Socialstyrelsen.

Stockholm i april 2009

Mona Heurgren

Enhetschef

Enheten för DRG och Patientregistret

Epidemiologiskt Centrum (EpC)

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
1. Introduktion	9
Avgränsning	9
Artrit	10
Artros (ledsvikt)	10
Registren	10
2. Resultat	12
2.2 Inrapportering på diagnosnivå	21
2.3 Vårdkonsumtion och utbildningsnivå	24
2.4 Vårdkonsumtion och civilstånd	27
2.5 Besök i öppenvården och födelseland	30
2.6 Genomsnittlig vårdtid i slutenvården för reumatiker	32
2.7 Behandlingar vid sjukdomar i rörelseorganens sjukdomar	36
2.8 Registerkvalitet	44
3. Sammanfattande diskussion	46
Vårdkonsumtion mellan könen, ålder och landsting	46
Vårdkonsumtion i jämförelse mellan olika socioekonomiska grupper	47
4. Referenser	50
Diagnosförteckning	51

Sammanfattning

Rörelseorganens sjukdomar är en av våra stora folksjukdomar i Sverige. Bakgrunden till denna rapport är ett behov av att bättre belysa denna patientgrupp, dels för att rörelseorganens sjukdomar är den sjukdomsgrupp som står för de högsta samhällskostnaderna i form av sjukvård och socialförsäkringsutgifter, dels för att dessa sjukdomar i hög grad påverkar människors livskvalitet. Rapporten innehåller bland annat en beskrivning av vårdutnyttjandet för patienter i reumatisk öppen- och slutenvård, reumatiska patienters olika behandlingar samt skillnader i vårdutnyttjande för olika socioekonomiska grupper. Arbetet är ett steg i en satsning vid Socialstyrelsen att bättre beskriva denna sjukdomsgrupp och rapporten kommer att utgöra för framtida utveckling av fler kvalitetsindikatorer för området och en bättre statistik på webben. Rapporten är även en del i en satsning på att höja kvaliteten på data i de nationella hälsodataregistren.

Ett förbättrat kunskapsunderlag för rörelseorganens sjukdomar bidrar med underlag till att utveckla en effektivare vård för patienterna. Kunskap om vem som får tillgång till läkemedel och andra behandlingar och vilken praxis de olika landstingen tillämpar ger underlag till en diskussion om vården är jämlik och ges på lika villkor. Kvaliteten på de nationella databaserna behöver ständigt förbättras för att kunna svara på viktiga frågor om hur vården ges och vilken praxis som tillämpas. Genom att visa vilka data som finns och sammanställa dem på ett adekvat sätt kan rapporten ge underlag för en diskussion om den reumatiska vården i Sverige idag och också belysa eventuella brister i de databaser som ligger till grund för analyserna.

I huvudsak baseras statistiken på uppgifter som verksamheterna har rapporterat till Socialstyrelsens Nationella Patientregister (PAR) fram till år 2007, samt på uppgifter om läkemedelsuttag från läkemedelsregistret vid Socialstyrelsen under år 2006 och år 2007. Rapporten avgränsas till artrit-sjukdomar, som i volym svarar för större delen av vårdkonsumtionen inom inflammatoriska reumatiska sjukdomar, samt till artros som är den vanligaste ledsjukdomen och som drabbar större delen av befolkningen över 50 år.

Hälso- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens Patientregister. Registret innehåller uppgifter om patienter i den slutna vården samt om patienter som behandlas av läkare i den öppna vården som inte är primärvård. Uppgifterna i läkemedelsregistret baserar sig på samtliga uttagna receptförskrivna läkemedel i Sverige, registret har funnits sedan 2005.

I rapporten presenteras bland annat statistik för diagnoser, kirurgiska åtgärder och läkemedelskonsumtion. Data presenteras uppdelat på kön, ålder, landsting och olika socioekonomiska grupper.

Några av rapportens resultat:

- Artrit och artros är i hög grad åldersrelaterade sjukdomar. Insjuknandefrekvensen ökar med stigande ålder och når sitt maximum efter 60 år.
- Kvinnor utgör en majoritet av patienterna med artrit och artros och står för en högre konsumtion av öppen- och slutenvård än män i alla åldersgrupper under 2007.
- Vård för artrit ökar över tid i grupperna 75 år och äldre medan den minskar eller är oförändrad över tid i andra åldersgrupper.
- Kvinnor födda i utanför Norden har en högre konsumtion av reumatisk öppenvård jämfört med kvinnor födda i Sverige.
- Lågutbildade med en reumatisk sjukdom i lägre ålder har en högre konsumtion av slutenvård än högutbildade, medan högutbildade kvinnor i åldersgruppen 60–74 år har en högre konsumtion av vård än andra grupper.
- Lågutbildade kvinnor och män i åldersgruppen 45–59 år och högutbildade kvinnor och män i åldersgruppen 60–74 år har en högre konsumtion än andra grupper av NSAID och ”biologiska läkemedel”.
- Lågutbildade kvinnor och män i åldersgruppen 45-59 år hämtade ut flest läkemedel medan högutbildade kvinnor och män i åldersgruppen 60–74 år hämtade ut flest läkemedel.
- Kvalitet i data varierar mellan olika landsting.
- Diagnosbortfallen i reumatisk slutenvård var 2,3 procent 2007, med en variation mellan 0,2 och 14,3 procent mellan landstingen.
- Diagnosbortfallen i reumatisk öppenvård var av betydande storlek 2007, med en variation mellan 2,2 och 52,5 procent bland landstingen.
- Skillnader i vårdkonsumtion är stora mellan landsting både vad gäller öppen- och slutenvård.

1. Introduktion

Bakgrund och syfte

Rörelseorganens sjukdomar (eller reumatiska sjukdomar) är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper rörelse- och stödjeorganen, det vill säga leder, muskler och skelett. De kan också drabba inre organ. Brosk och benvävnad kan förstöras och leda till funktionshinder och bestående funktionsnedsättning. Klassiska symtom är leddsvullnad, ledömheter, rörelsesmärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Orsakerna till dessa sjukdomar är mångfacetterade och fortfarande långt ifrån vetenskapligt klarlagda.

Rörelseorganens sjukdomar är vanliga och drabbar cirka en fjärdedel av befolkningen och är den sjukdomsgrupp som står för de högsta samhällskostnaderna i form av sjukvård och socialförsäkringsutgifter (1). Sjukdomar i rörelseorganen har en stor påverkan på människors livskvalitet, exempelvis är värk och rörelsehinder vanliga problem för drabbade. Dessa sjukdomar står för den största delen av de långvariga sjukskrivningarna, tätt följt av psykisk ohälsa (2003 var förhållandena 33 respektive 30 procent) (2). I Statistiska centralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) 2002/2003 uppgav 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 år att de har en långvarig sjukdom på grund av besvär från rörelseorganen (1).

Hälso- och sjukvården har skyldighet enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) att lämna uppgifter till Socialstyrelsens Patientregister (PAR). Vårdgivarna ska rapportera all slutenvård och alla läkarbesök i den specialiserade öppenvården till registret. Registret har ett starkt sekretesskydd, utlämnande av uppgifter från registret regleras både enligt sekretesslagen och enligt PUL (personuppgiftslagen).

Rapporten är en del i en satsning vid Epidemiologiskt Centrum (EpC) på att utveckla beskrivningen av hälso- och sjukvården utifrån den registerbaserade statistiken. Syftet med denna rapport är därmed att förbättra kunskapsunderlagen för rörelseorganens sjukdomar, utveckla statistiken och ta fram nya kvalitetsindikatorer på området. Det är också en förhoppning att genom att publicera data också förbättra kvaliteten på data i de nationella hälsodataregistren. I förlängningen förväntas en bättre beskrivning av verksamheten också bidra till en effektivare hälso- och sjukvård.

Avgränsning

Rörelseorganens sjukdomar kan grovt delas in i två huvudgrupper: inflammatoriska reumatiska sjukdomar och icke-inflammatoriska reumatiska sjukdomar. De inflammatoriska reumatiska sjukdomarna delas i sin tur in i ledsjukdomar, eller artrit, och systemsjukdomar.

Denna rapport innehåll avgränsas till icke-inflammatoriska sjukdomar (artrossjukdomar), och till artritsjukdomar, vilka är de vanligaste inflammatoriska sjukdomarna och som i volym svarar för större delen av vårdkonsumtionen inom sjukdomsgruppen. Exempel på dessa sjukdomar är:

- reumatoid artrit (ledgångsreumatism) (diagnoskoder¹: M05, M06, M08)
- bechterew (reumatism i ryggraden) (M45)
- psoriasisartrit (M070–M073, M090).

Patienter i den öppna specialiserade vården och slutenvården finns med i rapporten.

Artrit

Artrit är en kronisk inflammatorisk sjukdom, där en patologisk process uppträder främst i lederna men som ibland även involverar andra organsystem. Smärta och värk är dominerande symtom. Vad som orsakar artrit är ännu okänt, men mycket tyder på att reglerbara immunologiska reaktioner mot ännu okända faktorer antagligen utgör viktiga drivkrafter. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och människor i alla åldrar drabbas, vanligaste är dock att man insjuknar i åldersintervallet 45–65 år. Inflammationens konsekvenser påverkar patientens livssituation; antalet sjukskrivningar är högt och frekvensen förtidspensionerade är betydande, vilket också adderar psykosociala problem till sjukdomen.

Artros (ledsvikt)

Artros är ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar som karaktäriseras av en sviktande ledfunktion med varierande destruktion av ledbrosk och ombyggnad av lednära ben. Artros är den vanligaste ledsjukdomen och drabbar större delen av befolkningen från 50 års ålder och uppåt, mer än hälften av personer över 70 år har artros. Sjukdomen kan även drabba yngre med kraftig övervikt eller med en predisponerande ledskada.

Trots att orsaken inte är helt känd har ett antal riskfaktorer definierats såsom ålder, övervikt, ärftlighet, tidigare ledskada, ledbelastande arbete, elitidrott och muskelsvaghet (3, 4). Artros kännetecknas av en obalans mellan uppbyggnad och nedbrytning av brosksubstans, som leder till en sviktande funktion i leden. Kostnaderna för sjukskrivningar till följd av artros är stora, främst på grund av de långa sjukskrivningsperioderna och att sjukdomen årligen drabbar så många.

Registren

Rapporten bygger huvudsakligen på data från Patientregistret (PAR) och Läkemedelsregistret. Registren innehåller data för statistik, forskning, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och epidemiologiska studier men an-

¹ Koder från Svenska versionen av WHO's diagnosklassifikation ICD-10, KSH-97.

vänds allt mer för utvärdering av landstingens vårdproduktion, patienternas vårdkonsumtion och i nationella indikatorbaserade jämförelser och analyser.

Hälsö- och sjukvården har enligt regeringens förordning (2001:707, 6 §) och Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2002:1 (M)) skyldighet att lämna uppgifter till Socialstyrelsens Patientregister. Rapporteringen från den offentliga slutenvården blev rikstäckande 1987. Vården började rapportera uppgifter om läkarbesök från och med 2001 och registret är idag i stort sett heltäckande för den offentliga vården. Dock saknar registret större delen av vården hos specialiserade privata vårdgivare, rapporteringen från den privata sidan ökar dock successivt och förväntas vara betydligt bättre inom de närmsta åren.

Läkemedelsregistret startades 2005 och innehåller alla receptförskrivna läkemedel. Uppgifter om patienters utbildningsnivå, civilstånd och födelse-land har erhållits via Statistiska Centralbyrån (SCB).

Vårdkonsumtionen i artrit- och artrossjukdomar beskrivs utifrån antalet patienter, vårdtillfällen och besök i slutenvård och öppenvård uppdelat på kön, ålder, landsting samt socioekonomiska grupper (civilstånd, utbildning, och födelse-land). Med vårdtillfälle avses en vårdkontakt i slutenvård och med läkarbesök avses en vårdkontakt i öppenvård. När det gäller patienternas utbildningsnivå ingår vårdkonsumtionen för patienter 45 år och äldre.

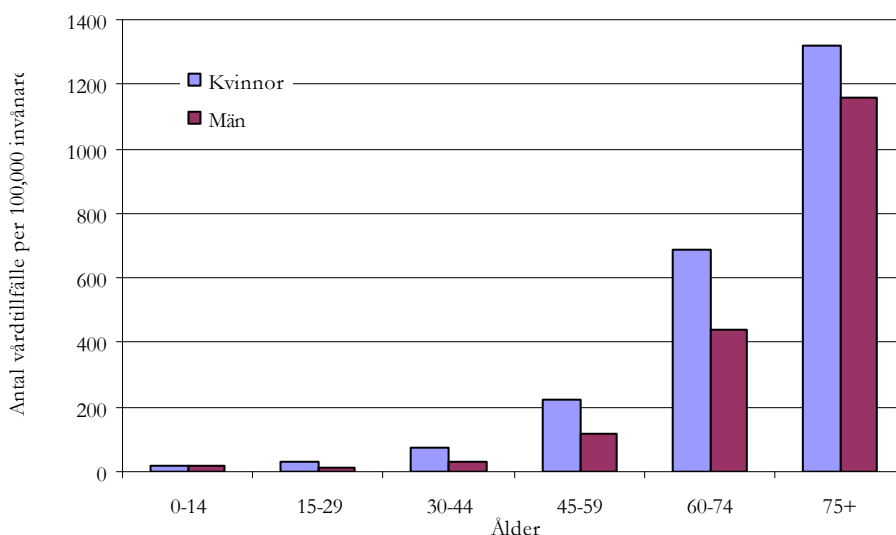
2. Resultat

2. 1 Vårdkonsumtion inom rörelseorganens sjukdomar

Artrit (slutenvård)

För 2007 rapporterades till Patientregistret totalt 22 761 vårdtillfällen för patienter som hade vårdats för huvuddiagnosen artrit, fördelat på 15 090 patienter. I snitt hade en patient därmed 1,5 vårdtillfällen. Diagram 1 visar antalet vårdtillfällen fördelat på kön och ålder. I alla åldrar över 15 år har kvinnor fler vårdtillfällen än män. Insjuknandefrekvensen når sitt maximum vid 75 år (60 procent). Fördelningen ser likadan ut sett till antal patienter.

Diagram 1. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare med artrit i slutenvård 2007, uppdelat på åldersgrupp och kön



En granskning av sjukdomstrenden i reumatisk slutenvården mellan 1998 och 2007 (diagram 2a och 2b), uppdelat på kön och olika åldersgrupper, visar från 2002 på en signifikant ökning bland kvinnor i åldersgruppen 75 år från cirka 957 till 1 321 vårdtillfällen per 100 000 invånare (diagram 2a). För män i samma åldersgrupp finns en svag ökning av antal vårdtillfällen mellan 1998 och 2001 och därefter en markant ökning från 781 till 1 158 vårdtillfällen per 100 000 invånare (diagram 2b). Även bland män i åldrarna 65–74 år finns en ökning, dock inte lika påtaglig som för åldersgruppen 75 år och äldre. Utvecklingen är densamma sett till antal patienter för kvinnor respektive män.

Diagram 2a. Antal vårdtillfällen per 100 000 kvinnor med artrit i slutenvård 1998–2007, uppdelat på åldersgrupp

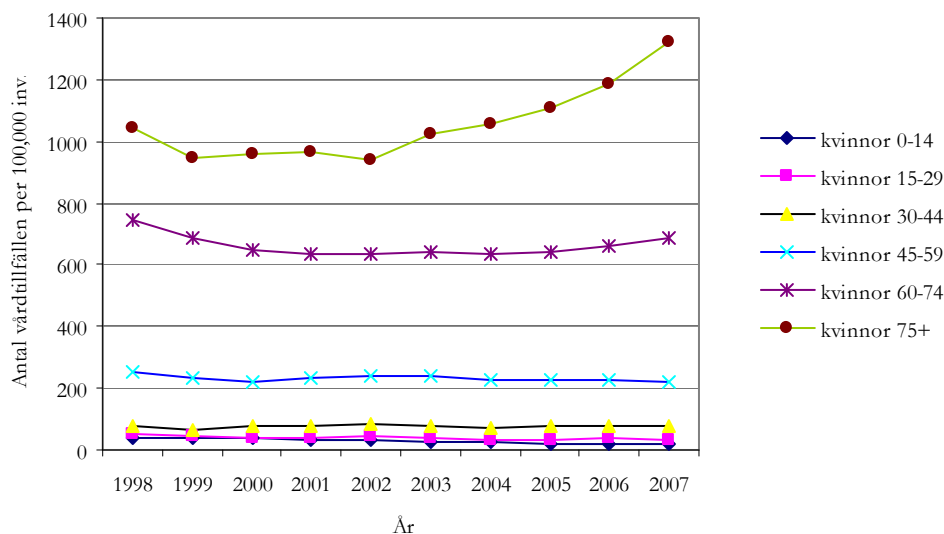


Diagram 2b. Antal vårdtillfällen per 100 000 män med artrit i slutenvård för reumatiker 1998–2007, uppdelat på åldersgrupp

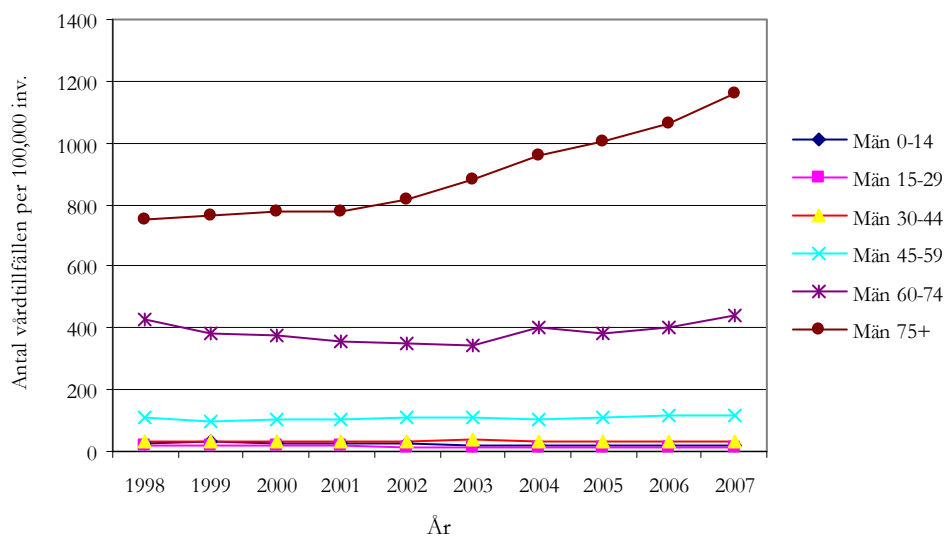
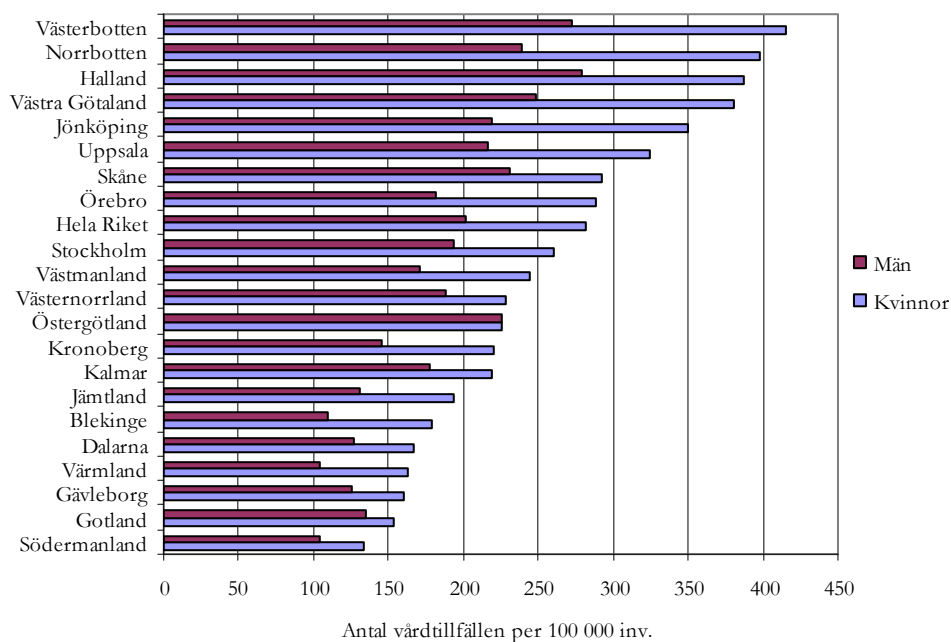


Diagram 3 ger en bild av fördelningen i vårdtillfällen mellan olika landsting. För kvinnorna har Västerbotten flest antal vårdtillfällen per 100 000 invånare, medan Södermanland har lägst antal. För männen hamnar Halland högst och Södermanland och Värmland lägst. Västerbotten ligger högst även sett till antal kvinnliga respektive manliga patienter per 100 000 invånare, medan Södermanland har lägst antal kvinnliga respektive manliga patienter bland landstingen.

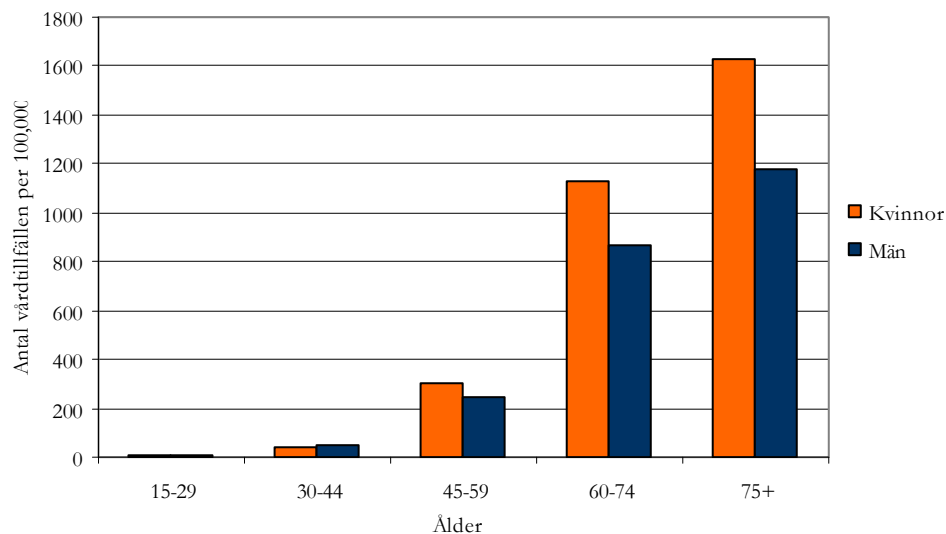
Diagram 3. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare i slutenvård 2007, uppdelade på landsting och kön



Artros (slutenvård)

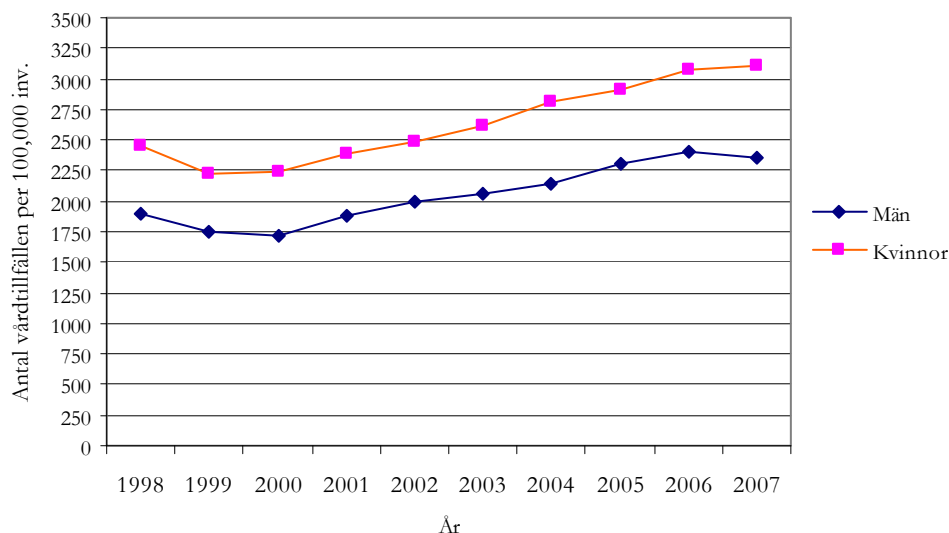
Totalt sett rapporterades 31 571 vårdtillfällen för vård av patienter med huvuddiagnosen artros in till patientregistret 2007, fördelat på 27 877 patienter. Detta utgör i snitt 1,1 vårdtillfällen per patient. Diagram 4 visar antalet vårdtillfällen för patienter med artros fördelat på kön och ålder. Män utgör en svag majoritet (53 procent) i åldersgruppen 30–44 år, medan kvinnor utgör en mer påtaglig majoritet i åldrarna 45–59 år (56 procent), 60–74 år (57 procent), och 75 år och äldre (57 procent). Utvecklingsriktningen är likadan sett till antal patienter.

Diagram 4. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för patienter med artros 2007, uppdelat på åldersgrupp och kön



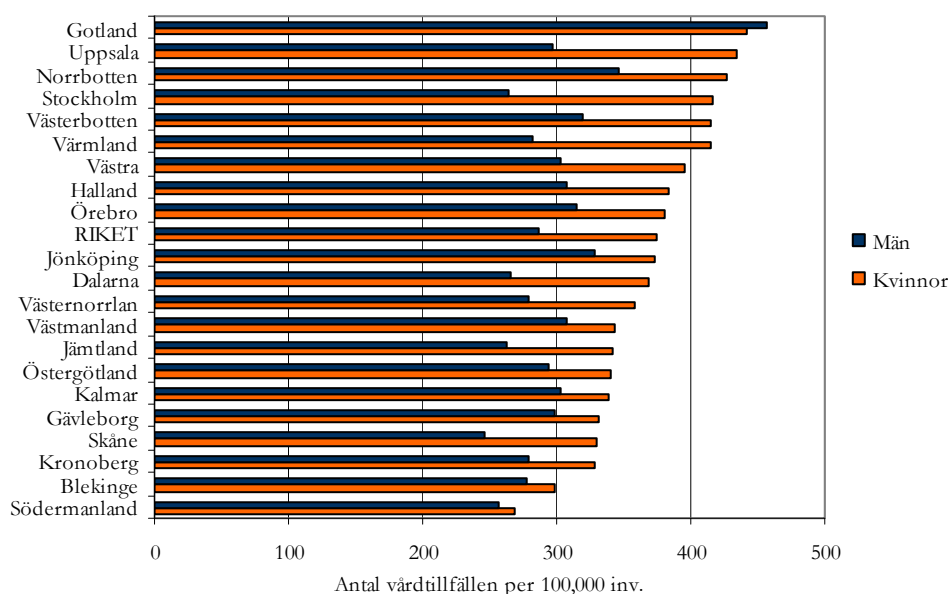
Antalet vårdtillfällen med diagnosen artros minskar något bland både kvinnor och män mellan 1998 och 2000. Åren därpå sker en stadig ökning för kvinnorna fram till 2007. För männen avtar antalet vårdtillfällen något mellan 2006 och 2007 (diagram 5). Trenden är den samma vad gäller antal patienter.

Diagram 5. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för patienter med artros 1998–2007, uppdelat på kön och år



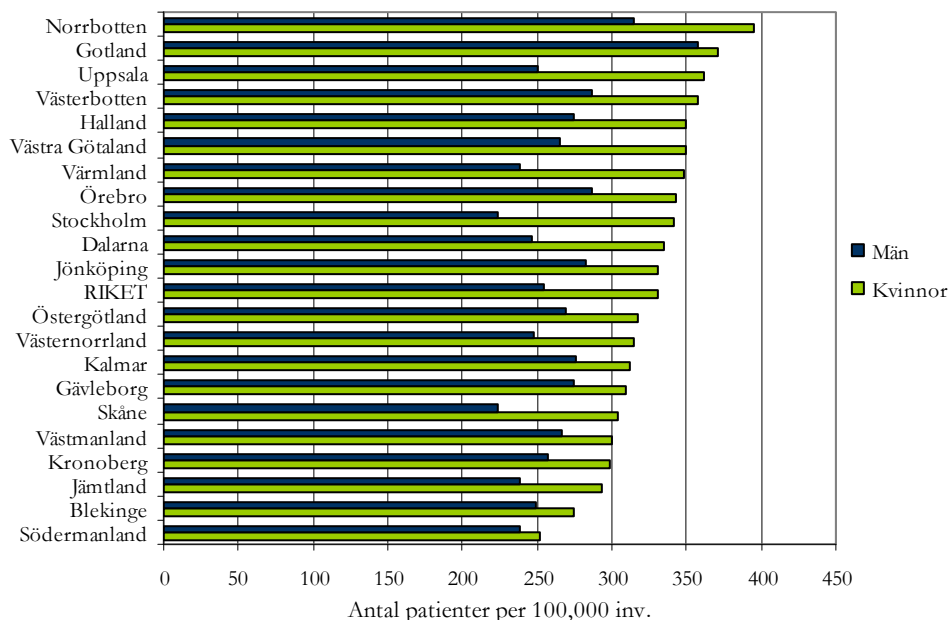
Det förekommer relativt stora variationer i antal vårdtillfällen per invånare mellan landstingen. För både kvinnor och män har Gotland flest antal vårdtillfällen per 100 000 invånare medan Södermanland har lägst. Södermanland och Skåne har lägst antal vårdtillfällen för kvinnor respektive män (diagram 6). I alla landsting utom Gotland vårdas fler kvinnor än män.

Diagram 6. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare för patienter med artros 2007, uppdelat på landsting och kön



Södermanland har även lägst antal kvinnliga patienter per 100 000 invånare, medan Norrbotten har flest. Bland männen hamnar Gotland och Skåne högst respektive lägst sett till antal patienter per 100 000 invånare (diagram 7).

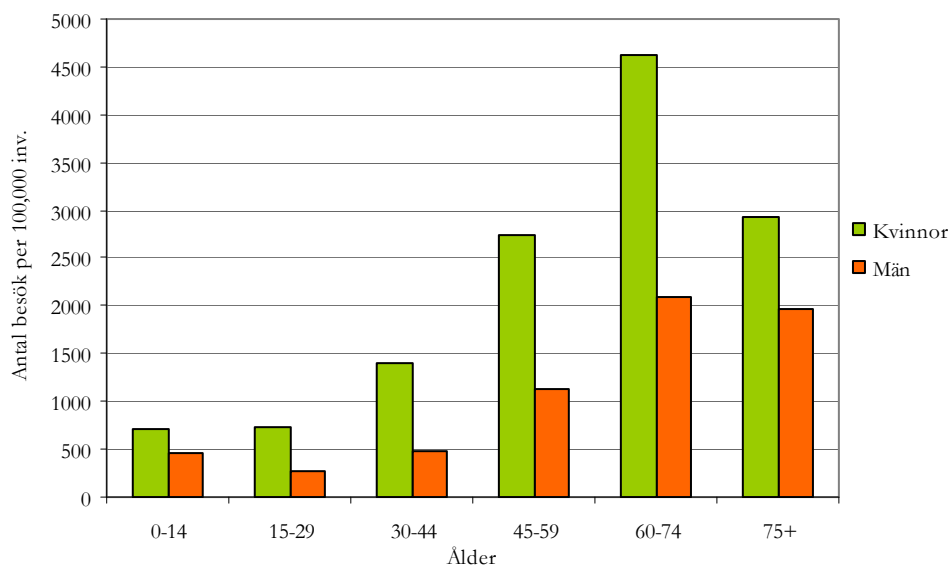
Diagram 7. Antal patienter per 100 000 invånare med artros i slutenvård 2007, uppdelat på landsting och kön



Artrit (öppenvård)

För 2007 rapporterades 137 644 besök med huvuddiagnos artrit till patientregistret, fördelat på 52 122 patienter.

Diagram 8. Antal besök per 100 000 invånare för artrit i öppenvård 2007, uppdelat på åldersgrupp och kön



Fördelningen av antal besök på kön och åldersgrupp i diagram 8 visar att kvinnor besöker öppenvården i större utsträckning än män i alla åldersgrupper. Antalet besök ökar med stigande ålder och kvinnorna i åldersgruppen 60–74 år utgör en dominerande andel. Mönstret är detsamma sett till antal patienter.

I diagram 9 ser vi stora skillnader mellan landstingen år 2007 i antal besök till specialiserad öppenvård för artrit. Stockholm har flest besök och Dalarna har lägst antal besök per 100 000 invånare bland både kvinnor och män.

Diagram 9. Antal besök per 100 000 invånare 2007, uppdelat på landsting och kön

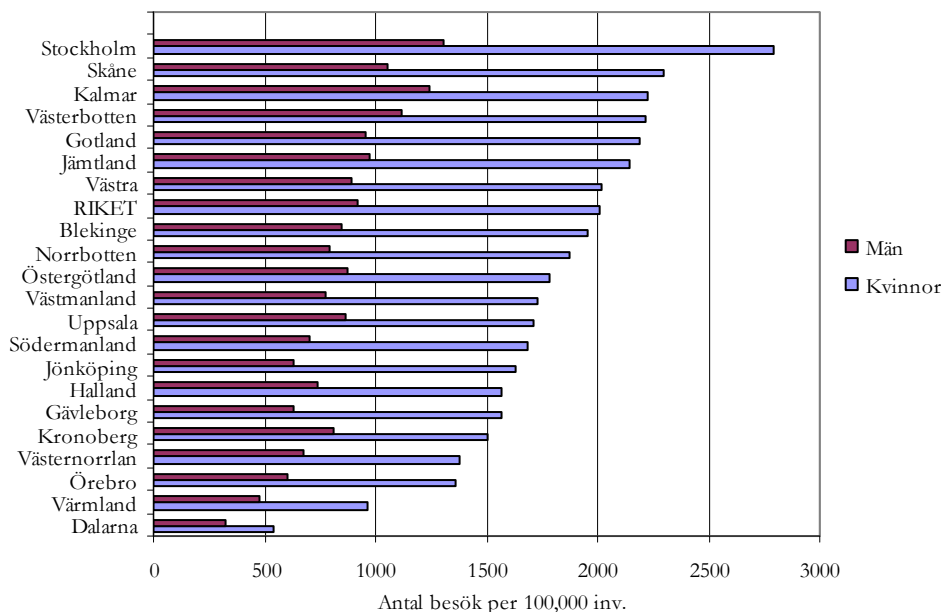
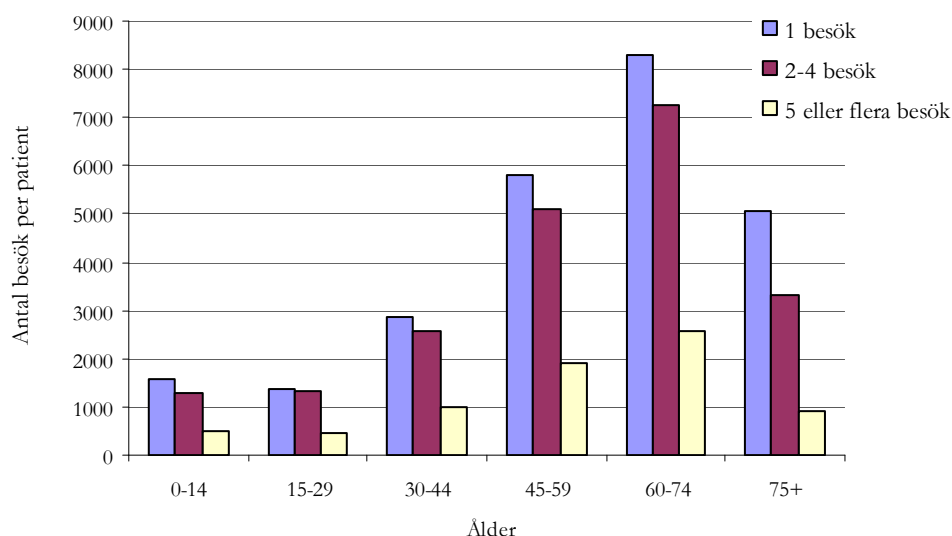


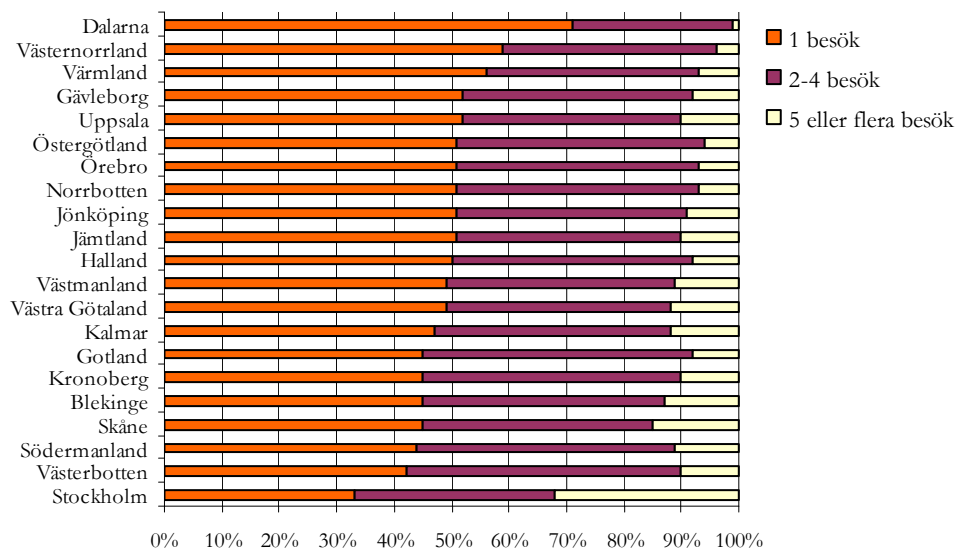
Diagram 10 visar en uppdelning i antal besök per patient och åldersgrupp. I alla åldersgrupper är det dominerande mönstret ett besök per patient och år.

Diagram 10. Antal besök per patient med artrit 2007, uppdelat på åldersgrupp



Antal besök per patient och landsting skiljer sig åt, se diagram 11. Dalarna har en större andel patienter med endast ett besök än övriga landsting. Stockholm har en relativt hög andel patienter med fem eller flera besök. Skillnaderna tyder på olika praxis i landstingen vid behandling av artrit i öppenvård.

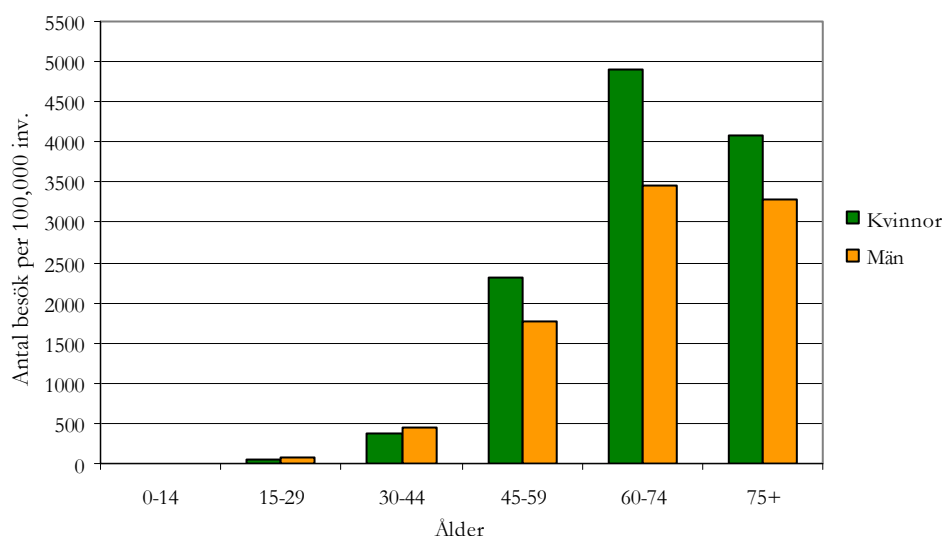
Diagram 11. Antal besök per patient med artrit 2007, uppdelat på landsting



Artros (öppenvård)

År 2007 rapporterades det in totalt 134 470 besök till Patientregistret för patienter med huvuddiagnosen artros. Besöken gjordes av 86 834 patienter (diagram 12).

Diagram 12. Antal besök per 100 000 invånare med artros 2007, uppdelat på åldersgrupp och kön



Kvinnor svarar för flest besök i åldrarna 45 år och äldre, flest besök görs i åldrarna 60–74 år. I de lägre åldrarna har män något fler besök än kvinnor. Mönstret är detsamma sett till antal patienter.

Högst antal besök per 100 000 invånare för kvinnor rapporterade Skåne och högst antal för män rapporterade Kalmar bland landstingen. Lägst antal besök för artros rapporterade Värmland för både kvinnor och män (diagram 13). När det gäller antal patienter är relationen mellan landstingen i stort sett densamma.

Diagram 13. Antal besök per 100 000 invånare med artros 2007, uppdelat på landsting och kön

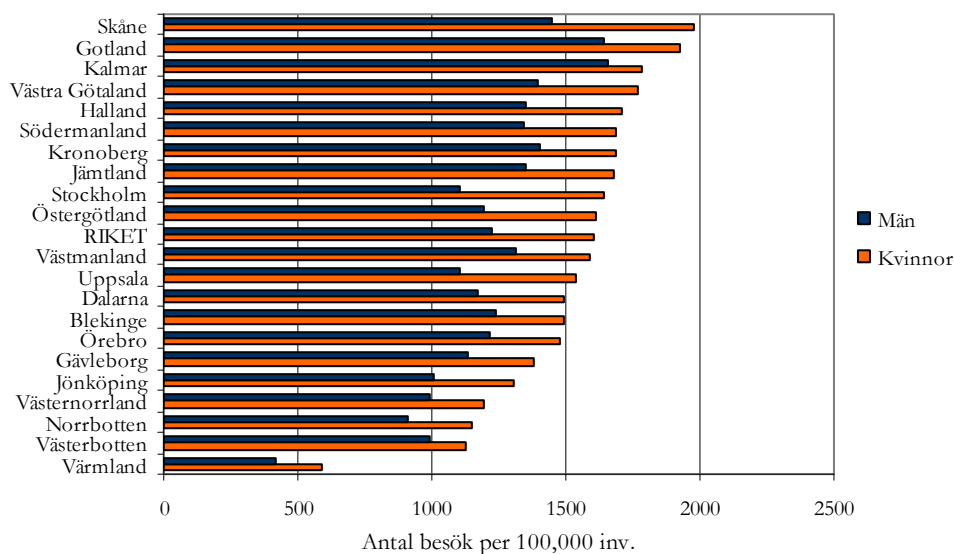
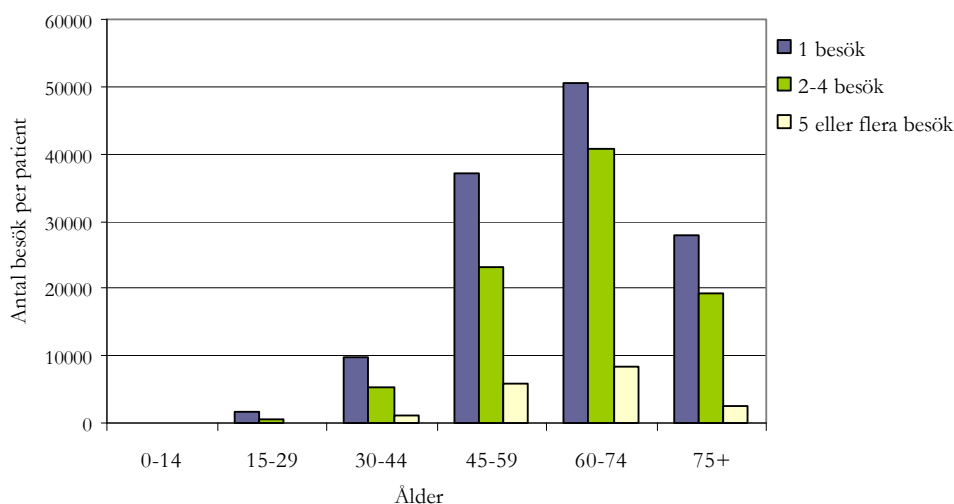


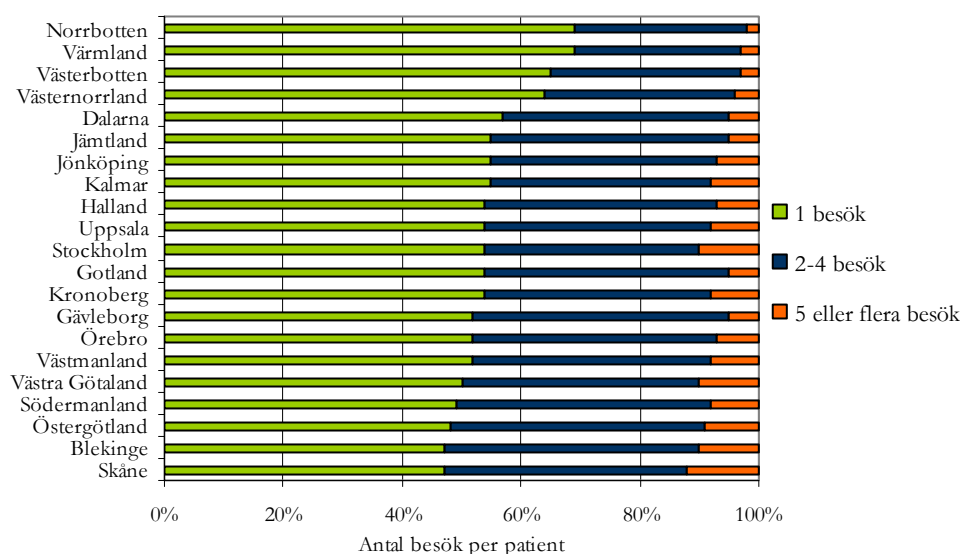
Diagram 14. Antal besök per patient med artros 2007, uppdelat på åldersgrupp



En uppdelning i antal besök per patient och åldersgrupp 2007 presenteras i diagram 14. I alla åldersgrupper dominerar ett besök per år och patient. Patienter i åldersgruppen 60–74 år gjorde flest besök.

Landstingen uppvisar skillnader i hur ofta patienterna med artros besöker läkare. I Norrbotten och Värmland hade flest antal patienter enbart ett besök. Norrbotten har det minsta antalet patienter med fem eller flera besök och Skåne har det högsta antalet bland samtliga landsting i landet (diagram 15).

Diagram 15. Antal besök per patient med artros 2007, uppdelat på landsting



2.2 Inrapportering på diagnosnivå

DRG i reumatisk slutenvård

DRG (Diagnosis Related Groups) är ett sekundärt patientklassificeringssystem som innebär att patienter med likartade diagnoser och likartad resursförbrukning förs till en och samma grupp (4). Ursprungligen var avsikten med DRG att åstadkomma ett system för verksamhetsbeskrivning och kvalitetskontroll i sjukhusvården, men numera används det även som instrument för resursstyrning och kostnadskontroll.

Med DRG är det relativt enkelt att jämföra vården över tid och vid olika sjukhus eller landsting, eller kostnadseffektiviteten vid olika sjukhus. Man kan också använda systemet som ett budgetinstrument vid planering av sjukvård. DRG är ursprungligen avsett för slutenvård på akutsjukhus, men används idag även för öppenvård, psykiatri och rehabilitering.

DRG förutsätter att medicinska data för varje patient finns rapporterat. Grupperingen bygger huvudsakligen på diagnoser enligt ICD-10 och åtgärder enligt Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ). KVÅ är en gemensam klassifikation för åtgärder inom olika verksamhetsområden och för olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.⁵ KVÅ blev obligatorisk för inrapportering till Socialstyrelsens hälsodataregister från och med 1 januari 2007. Tabell 1 visar de DRG-grupper som vi använder i denna rapport.

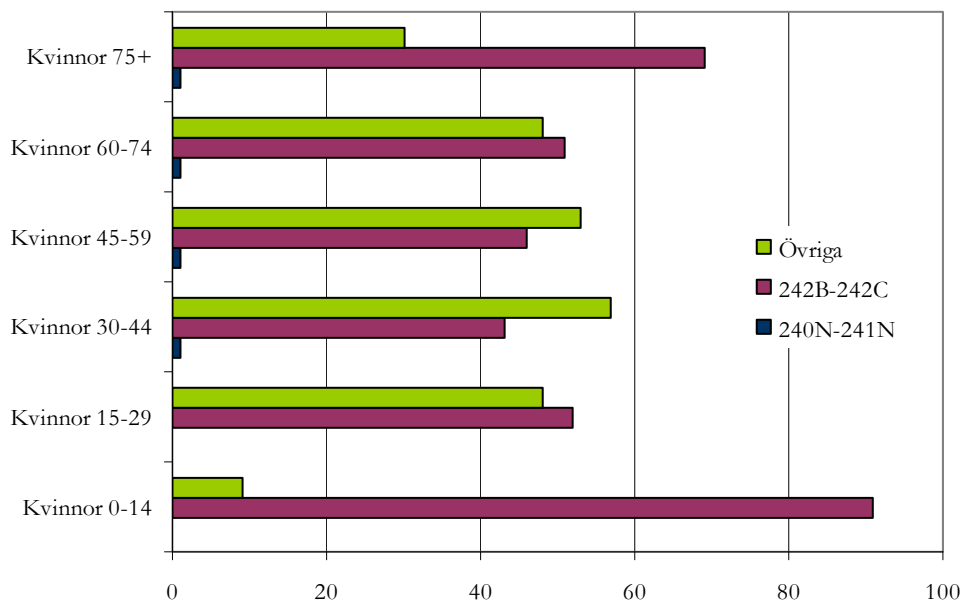
DRG-grupper för patienter med artrit

Tabell 1. DRG-grupper för vårdtillfällen i reumatisk slutenvård 2007

DRG-grupp	Benämning
239	Maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska frakturer
242B–242C	Specifika inflammatoriska artropatier
242D	Andra artriter
244–245	Andra bensjukdomar
Övriga	Övriga sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

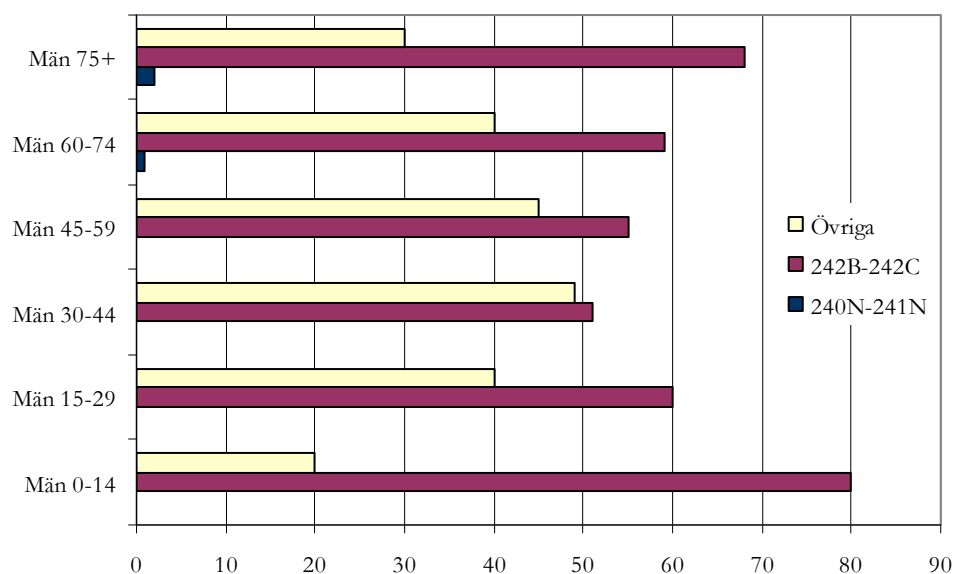
Diagram 16 visar en översiktsbild av köns- och åldersfördelningen av DRG-grupperna bland kvinnor med artrit som huvuddiagnos inom slutenvården. Flest kvinnor vårdades i gruppen ”specifika inflammatoriska artropatier” (DRG 242B – 242C), med den högsta andelen bland flickor i åldersgruppen 0-14 år.

Diagram 16. Fördelning av DRG-grupper bland kvinnor med artrit i slutenvård 2007, uppdelat på ålder



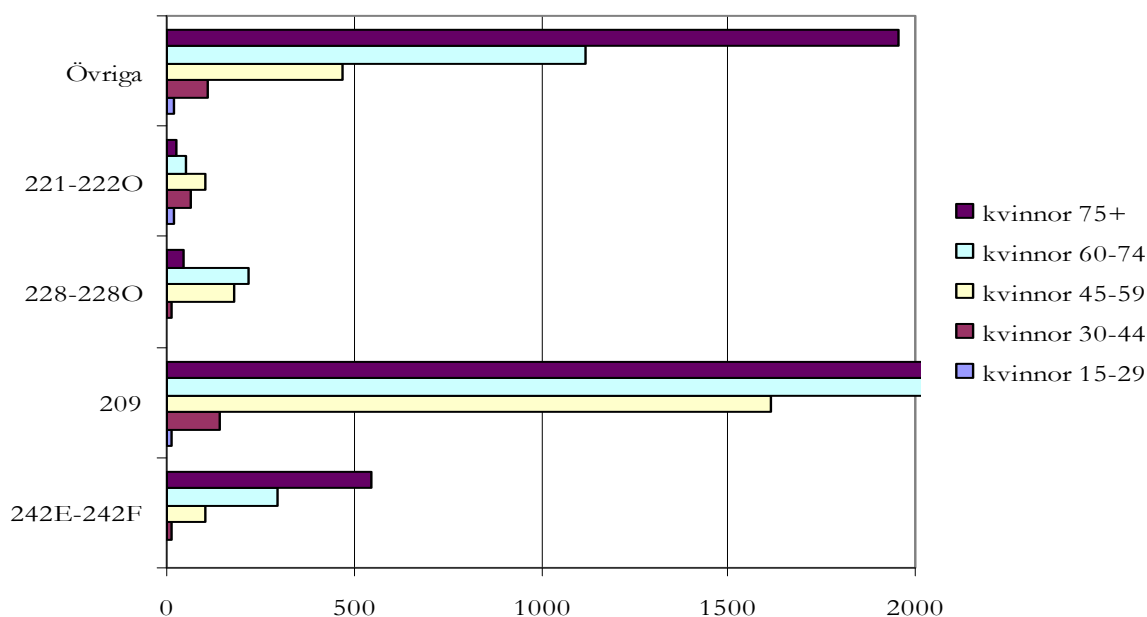
Bland männen dominerar vård för ”specifika inflammatoriska artropatier” (DRG 242B–242C) i alla åldersgrupper. Flest pojkar i åldersgruppen 0–14 år vårdades för i denna grupp.

Diagram 17. Fördelning av DRG-grupper bland män med artrit i slutenvård för reumatiker 2007, uppdelat på ålder



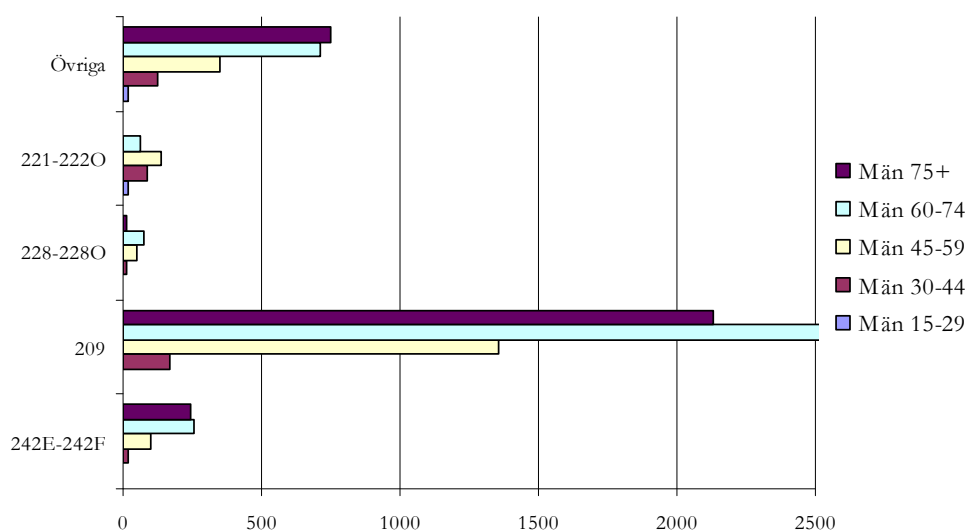
I diagram 18a och 18b visas fördelningen av vårdtillfällen på DRG för patienter med huvuddiagnos artros. Majoriteten av patienterna behandlas med operation och hamnar i gruppen 209a och ”Primära och sekundära ledproteser på nedre extremitet (höft och knä)”.

Diagram 18a. Fördelning av DRG-grupper bland kvinnor med artros i slutenvård för reumatiker 2007, uppdelat på ålder, där 242E-242F = Artroser, 209a och b = Primära och sekundära unilaterala ledproteser på nedre extremitet, 228 – 228O = Större tum och ledoperationer, 221 – 222O = knäoperationer utom diagnostiska artroskopier, Övriga= övriga DRG



Motsvarande indelning för män med artros visar på samma resultat de flesta patienter som skrivs i den slutna vården för artros får en ny höft- eller knäledsprotos.

Diagram 18b. Fördelning av DRG-grupper bland män med artros i slutenvård för reumatiker 2007, uppdelat på ålder, där 242E - 242F = Artroser, 209 = Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet, 228 – 228O = Större tum och ledoperationer, 221 – 222O = knäoperationer utom diagnostiska artroskopier, Övriga= övriga DRG



2.3 Vårdkonsumtion och utbildningsnivå

Artrit (öppenvård)

Uppgifter om utbildningsnivån för individer mellan 45 och 74 år finns med i denna rapport. En låg utbildningsnivå motsvarar grundskola, mellannivå motsvarar gymnasiet och hög utbildningsnivå motsvarar eftergymnasial utbildning. Diagram 19 visar antalet patienter med artrit som har besökt öppenvården, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå.

Diagram 19. Antal patienter per 100 000 invånare med artrit, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå

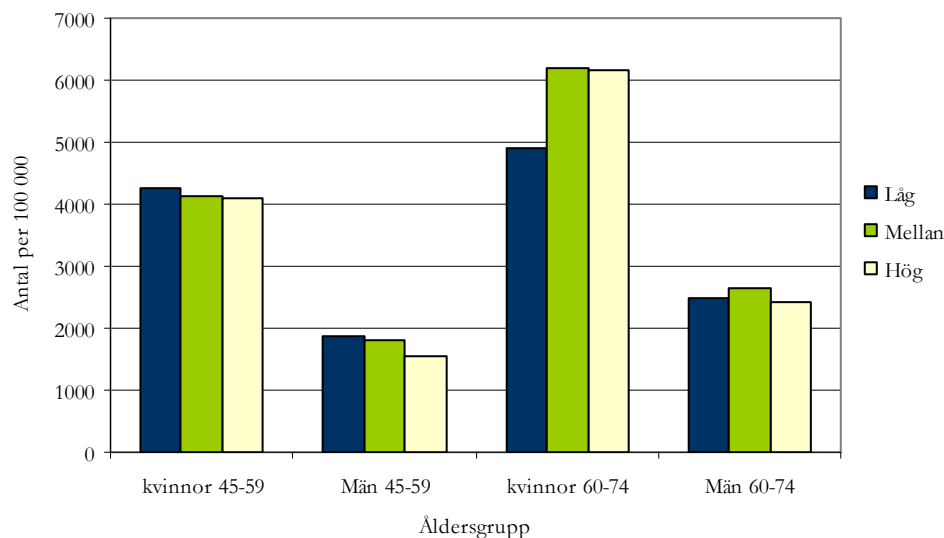


Uppgifter om utbildningsnivå för cirka 1 234 män och kvinnor i åldersgruppen 75 år och äldre saknas. Därför finns dessa grupper inte med i redogörelsen. Bland både män och kvinnor i åldersgruppen 45–59 år finns ett negativt samband mellan utbildningsnivå och antal patienter: ju högre utbildning desto färre patienter som har besökt vården för artrit. I åldersgruppen 60–74 år är sambandet det motsatta: ju högre utbildning desto fler patienter som har besökt vården för artrit och särskilt för kvinnor. Sambandet är inte lika starkt för män. Mönstret är detsamma sett till antal läkarbesök i reumatisk öppenvård.

Artros (öppenvård)

För diagnosen artros är sambandet mellan utbildningsnivå och antal patienter och läkarbesök detsamma som för artrit (se diagram 20).

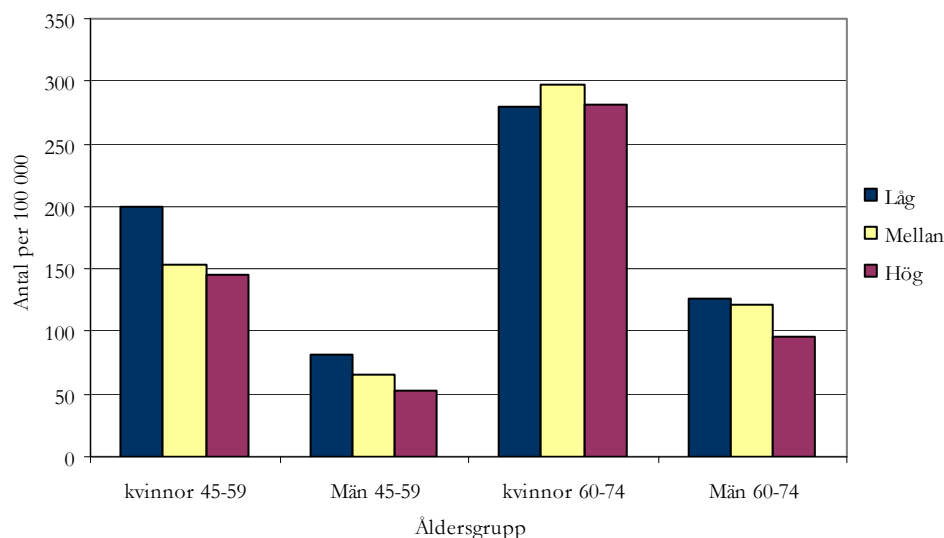
Diagram 20. Antal patienter per 100 000 invånare med artros i öppenvård, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå



Artrit (slutenvård)

Antalet patienter som vårdats för artrit uppdelat i åldersgrupper och utbildningsnivå presenteras i diagram 21. Det finns ett samband mellan hög utbildning och färre slutenvårdade patienter åldersgruppen 45–59 år bland både kvinnor och män. För kvinnor i åldersgruppen 60–74 år framgår det omvända mönstret; något fler högutbildade patienter har vårdats än lågutbildade.

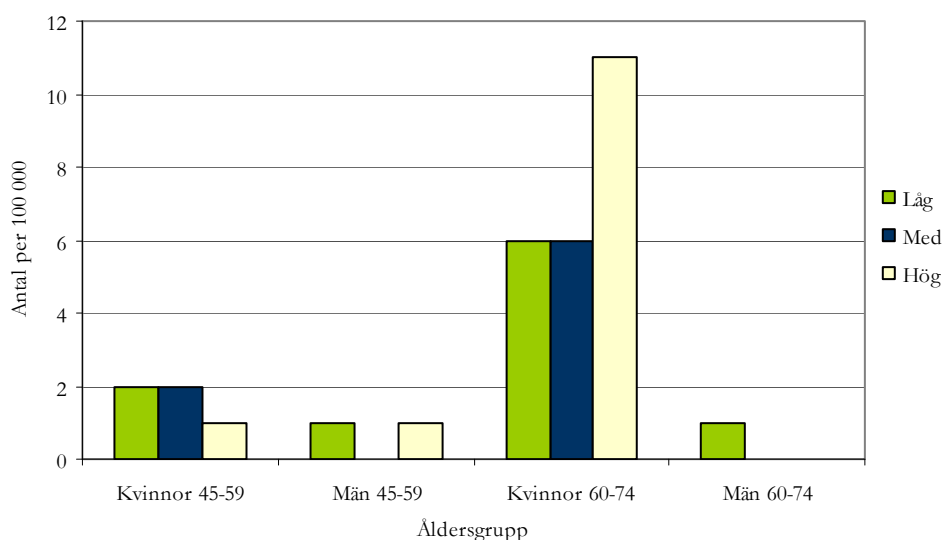
Diagram 21. Antal patienter per 100 000 invånare med artrit i slutenvård, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå



Artros (slutenvård)

För slutenvårdade kvinnliga patienter i åldersgruppen 45–59 år är skillnaden i utbildningsnivå liten. I åldersgruppen 60–74 år föreligger en påtaglig skillnad i antalet vårdade patienter med hög utbildning. Det finns ingen skillnad i sambandet mellan utbildningsnivå och sjukhusvårdade patienter bland männen. Mönstret är detsamma sett till antal vårdtillfällen.

Diagram 22. Antal patienter per 100 000 invånare med huvuddiagnos artros i slutenvård, uppdelat på åldersgrupp och utbildningsnivå



Den stora övervikten för högutbildade kvinnor kan förutom sjuklighet tyda på en större tillgång till operation för insättande av höft- eller knäledsprotes bland högutbildade. Majoriteten av de som vårdas i slutenvården för artros opereras för primärinsättande av ledprotes i knä eller höft (se diagram 18).

2.4 Vårdkonsumtion och civilstånd

Artrit (slutenvård)

Nedan redovisas vårdutnyttjandet ur ett civilståndsperspektiv för individer över 30 år. I diagram 23 framgår att fränskilda kvinnor i alla åldersgrupper har högst antal vårdtillfällen i artrit jämfört med kvinnor med andra civilstånd. Änkor har lägsta vårdutnyttjandet i alla åldersgrupper i artrit.

Diagram 23. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare med huvuddiagnos artrit bland kvinnor 2006, uppdelat på civilstånd och ålder

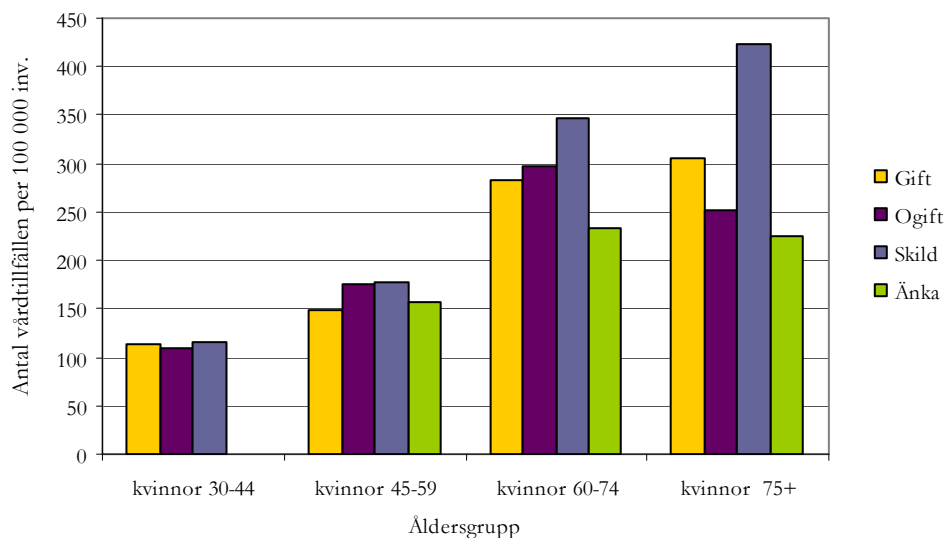
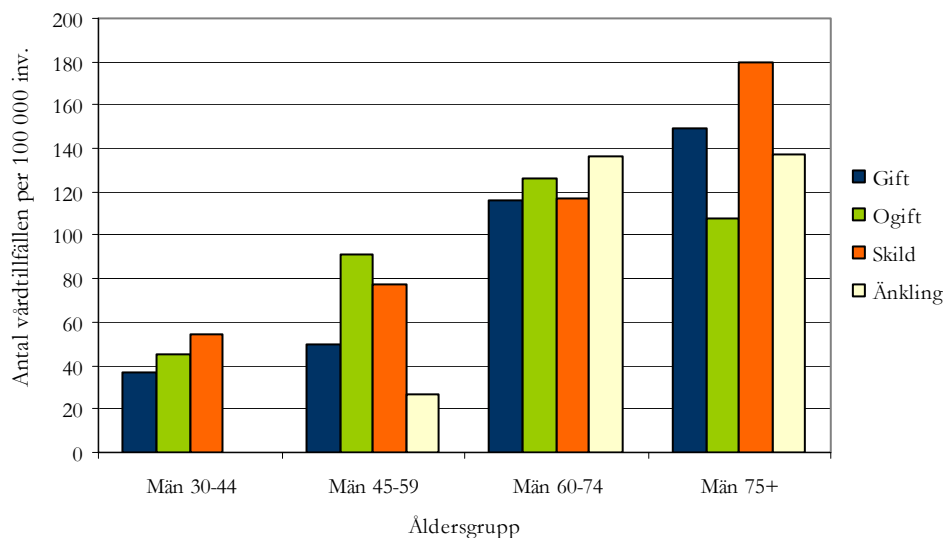


Diagram 24 visar motsvarande redovisning för män. I åldersgrupperna 30–44 år samt 75 år och äldre har fränskilda män det högsta antalet vårdtillfällen för artrit, medan ogifta män har det högsta antalet vårdtillfällen i åldersgruppen 45–59 år. Det förelåg ingen skillnad i vårdutnyttjandet mellan gifta och ogifta män i åldersgruppen 60–74 år. Änklingar har i denna åldersgrupp istället det högsta antalet vårdtillfällen. Mönstret är densamma sett till antal patienter.

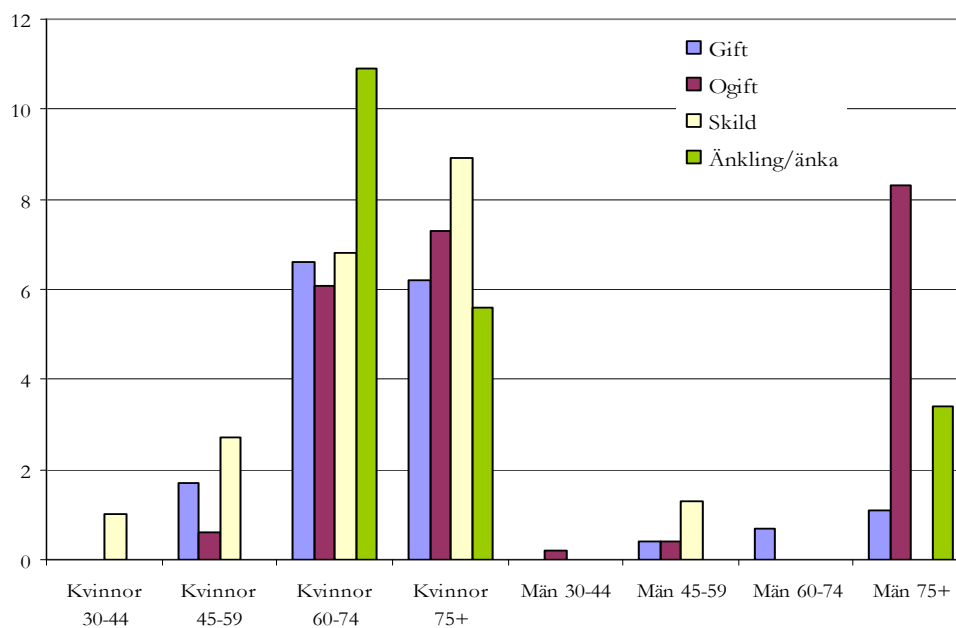
Diagram 24. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare med huvuddiagnos artrit bland män 2006, uppdelat på civilstånd och ålder



Artros (slutenvård)

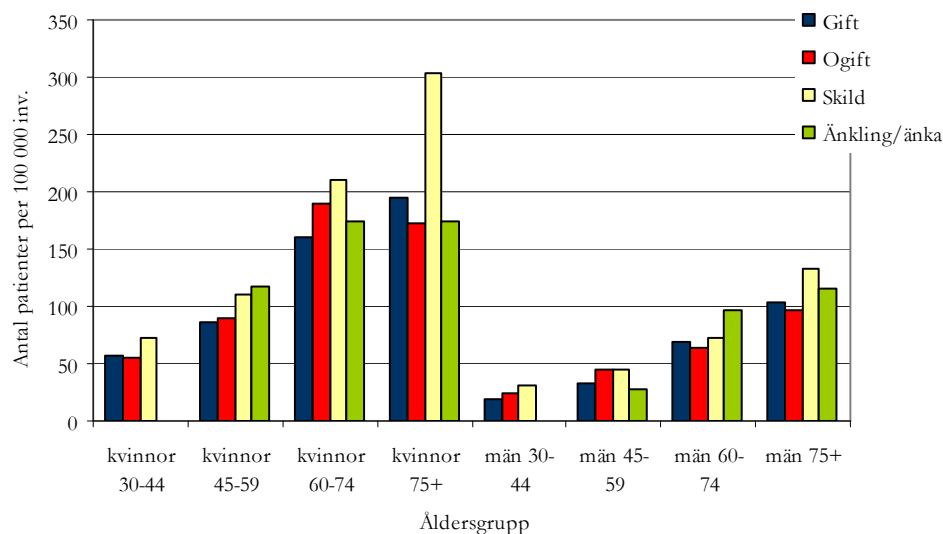
Antalet vårdtillfällen med artros i slutenvård fördelades på civilstånd enligt diagram 25. De flesta kvinnor som vårdas är 60 år och äldre. I åldersgrupperna 30–44 år, 45–59 år och 75 år och äldre hade skilda kvinnor flest vårdtillfällen per 100 000 invånare, medan änkor hade flest vårdtillfällen i åldersgruppen 60–74 år. Bland männen hade ogifta män i åldersgruppen 75 år och äldre flest vårdtillfällen per 100 000 invånare.

Diagram 25. Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare med artros bland kvinnor och män 2006, uppdelat på civilstånd och ålder



Vid en motsvarande analys av antal patienter istället för vårdtillfällen så ökar antalet vårdade patienter med stigande ålder bland både kvinnor och män. Skilda kvinnor och män utgör flest vårdade patienter i princip i alla åldersgrupper.

Diagram 26. Antal patienter per 100 000 invånare med artros bland kvinnor och män i reumatisk slutenvård 2006, uppdelat på civilstånd och ålder

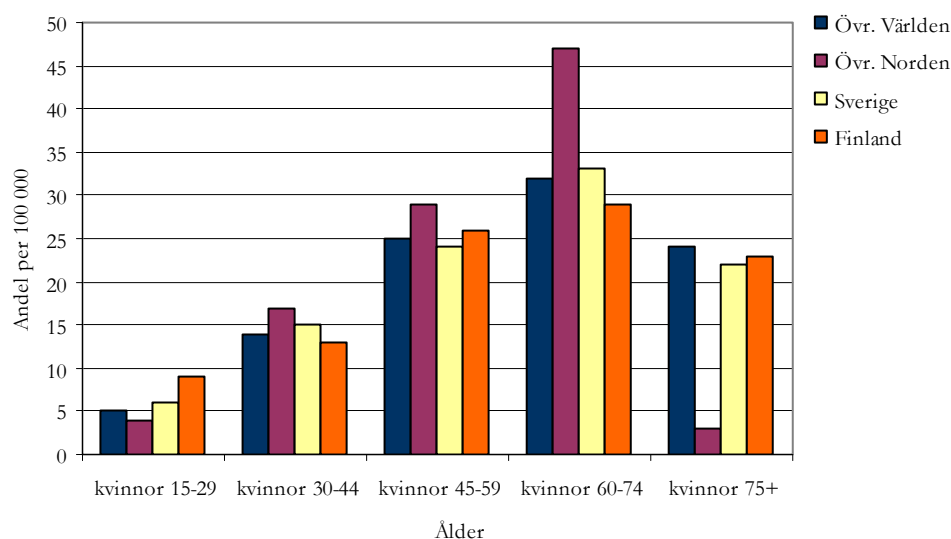


2.5 Besök i öppenvården och födelseland

Artrit (öppenvård) per födelseland

Nedan redogörs för vårdutnyttjandet ur ett födelselandsperspektiv. I diagram 27 delas antalet patienter med huvuddiagnos artrit in med avseende på födelseland för kvinnor. Kvinnor födda i ”övriga Norden” har en högre andel besök än övriga grupper förutom i den äldsta åldersgruppen.

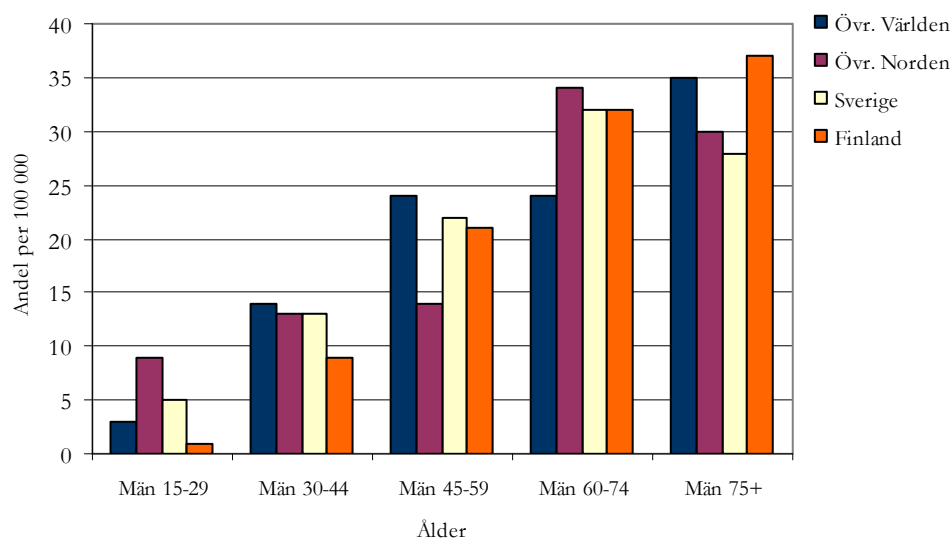
Diagram 27. Antal kvinnliga patienter per 100 000 invånare med artrit 2006, uppdelat på födelseland och ålder



Motsvarande analys för män visar en mer splittrad bild där män födda i ”övriga världen”, ”övriga norden” och Finland har flest besök i de äldsta ål-

dersgrupper. Bland män födda i "övriga världen" domineras av personer födda i Irak och f.d. Jugoslavien (diagram 28).

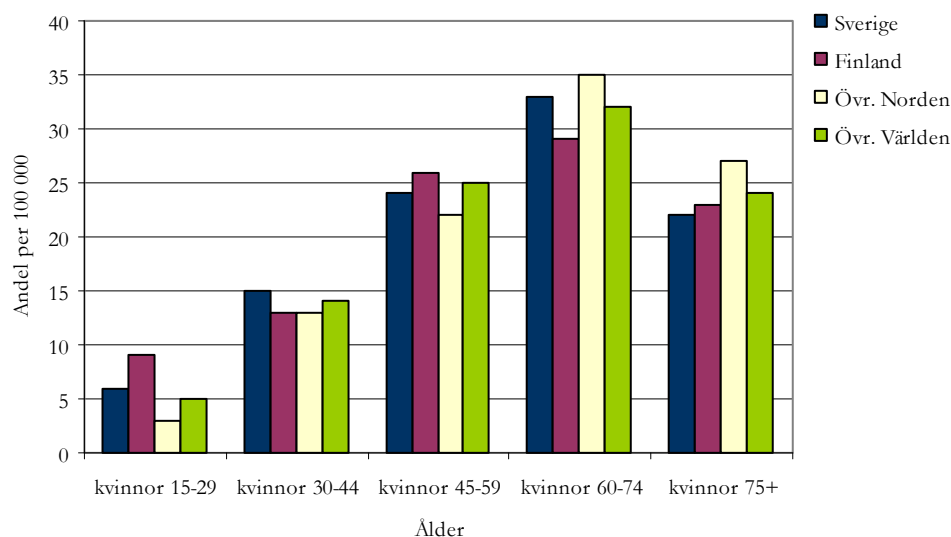
Diagram 28. Antal patienter per 100 000 invånare med artrit bland män i öppenvård för reumatiker 2006, uppdelat på födelseland och ålder



Artros (öppenvård) per födelseland

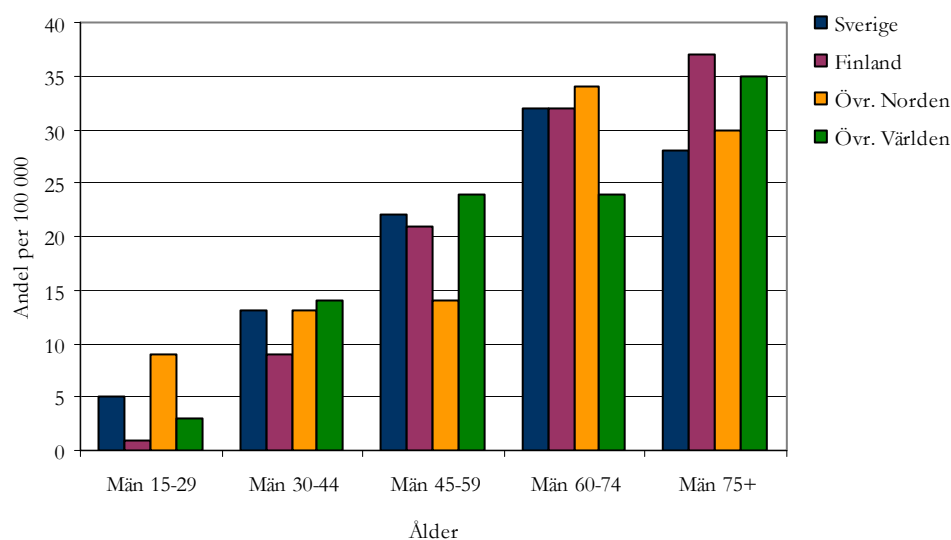
För kvinnor som har besökt öppenvården för huvuddiagnosen artros återfinns flest patienter per 100 000 invånare i grupperna födda i Finland eller födda i övriga Norden förutom i åldersgruppen 30–44 år där flest patienter är födda i Sverige.

Diagram 29. Antal kvinnliga patienter per 100 000 invånare med huvuddiagnos i öppenvård 2006, uppdelat på födelseland och ålder



I diagram 30 presenteras motsvarande analys för män. Bilden är inte entydig, de olika grupperna har alla flest patienter i någon åldersgrupp förutom för män födda i Sverige.

Diagram 30. Antal patienter per 100 000 invånare med huvuddiagnos artros bland män i öppenvård 2006, uppdelat på födelseland och ålder

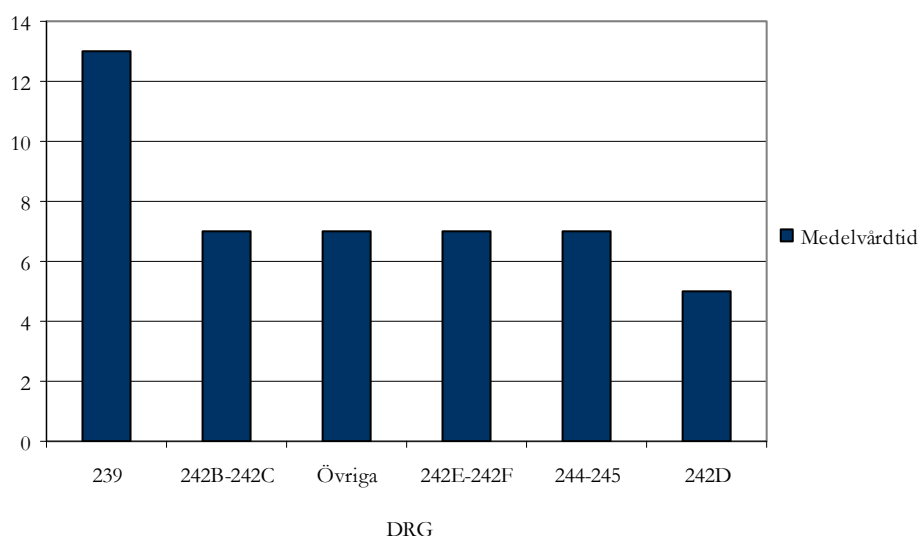


2.6 Genomsnittlig vårdtid i slutenvården för reumatiker

Medelvårdtid för behandling för artrit och artros

Diagram 31 beskriver medelvårdtiden per vårdtillfälle med artrit per DRG-grupp 2007. DRG 239, "maligna tumörer i muskel, bindväv och skelett samt patologiska frakturer", har den längsta medelvårdtiden med 13 dagar. DRG 242D, "andra artrit", har den lägsta medelvårdtiden med 5 dagar.

Diagram 31. Medelvårdtid per DRG-grupp 2007



I diagram 32 och 33 visas medelvårdtiden för patienter med artrit uppdelat på landsting. Halland har den längsta medelvårdtiden per vårdtillfälle för patienter med artrit, med 11,5 dagar per vårdtillfälle. Kalmar har den kortaste medelvårdtiden med 3,5 dagar. Då det gäller vårdtid per patient har Södermanland den längsta medelvårdtiden per patient med nästan 10 dagar per patient. Norrbotten har den kortaste medelvårdtid per patient med 4,5 dagar per patient.

Diagram 32. Medelvårdtid per vårdtillfälle med artrit 2007, uppdelat på hemlandsting

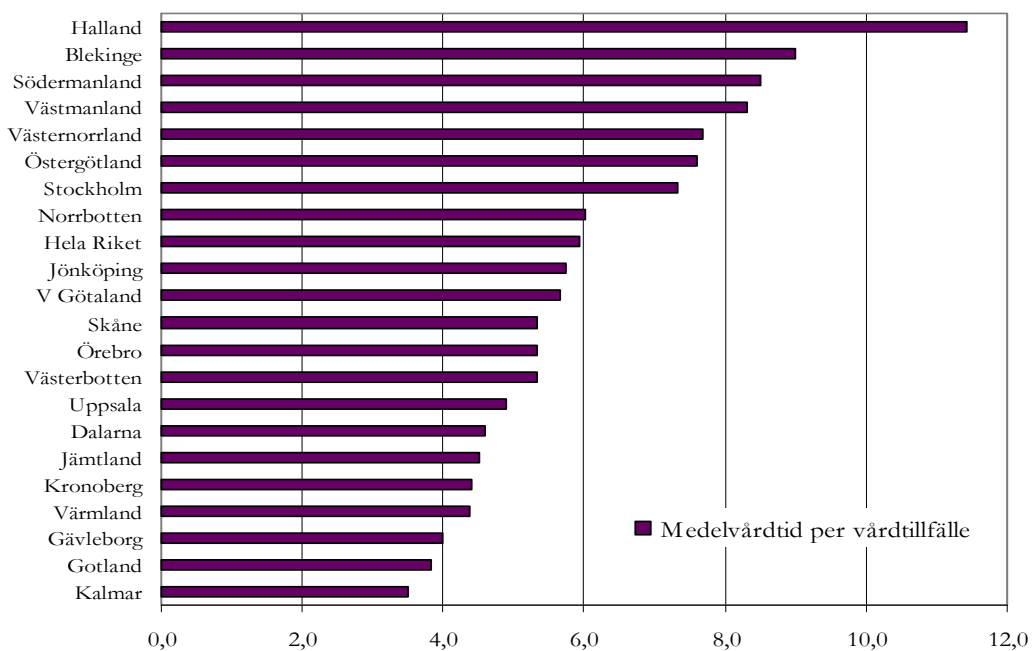
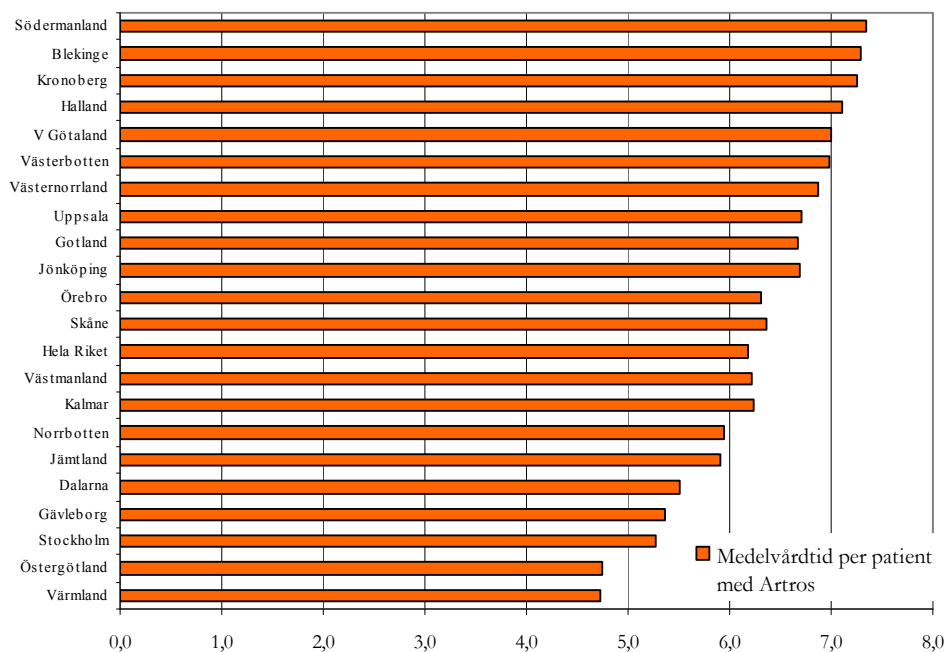


Diagram 33. Medelvårdtid per patient med artrit 2007, uppdelat på hemlandsting



En motsvarande redovisning för patienter med huvuddiagnos artros redovisas i diagram 34 och 35. Södermanland, Blekinge och har högst medelvårdtid per vårdtillfälle bland landstingen. Medelvårdtiden per vårdtillfälle var kortast i Värmland och Östergötland med knappt 5 dagar. De längsta medelvårdtiderna per patient med artros återfanns i Gotland och Blekinge. Gävleborg har den kortaste medelvårdtiden med 2,5 dagar (diagram 35).

Diagram 34. Medelvårdtid per vårdtillfälle med artros 2007, uppdelat på hemlandsting

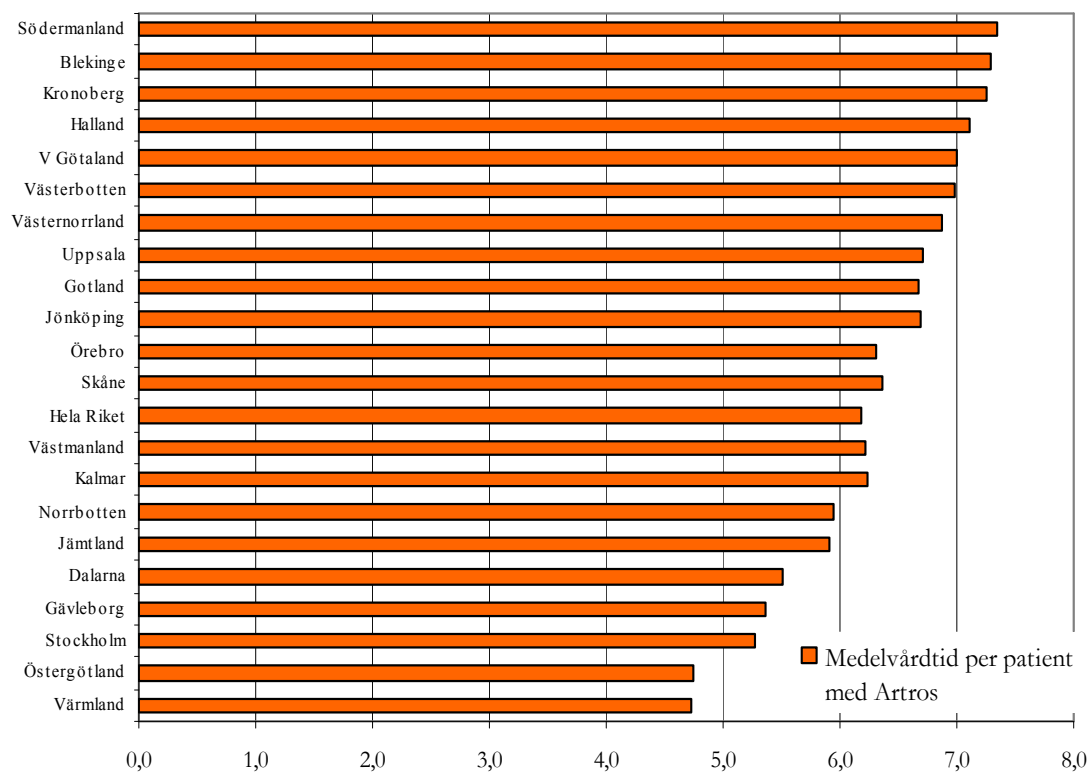
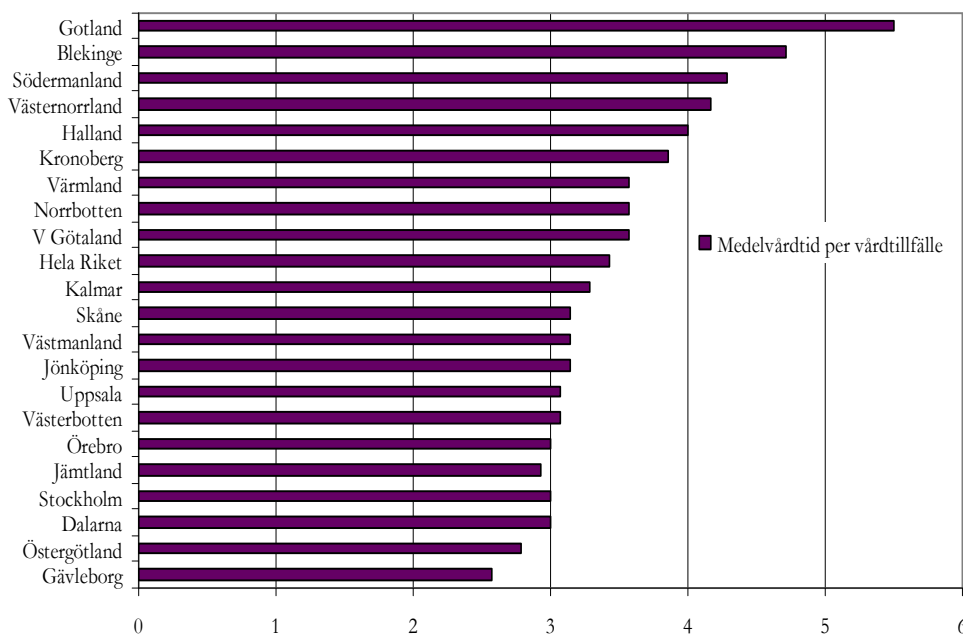
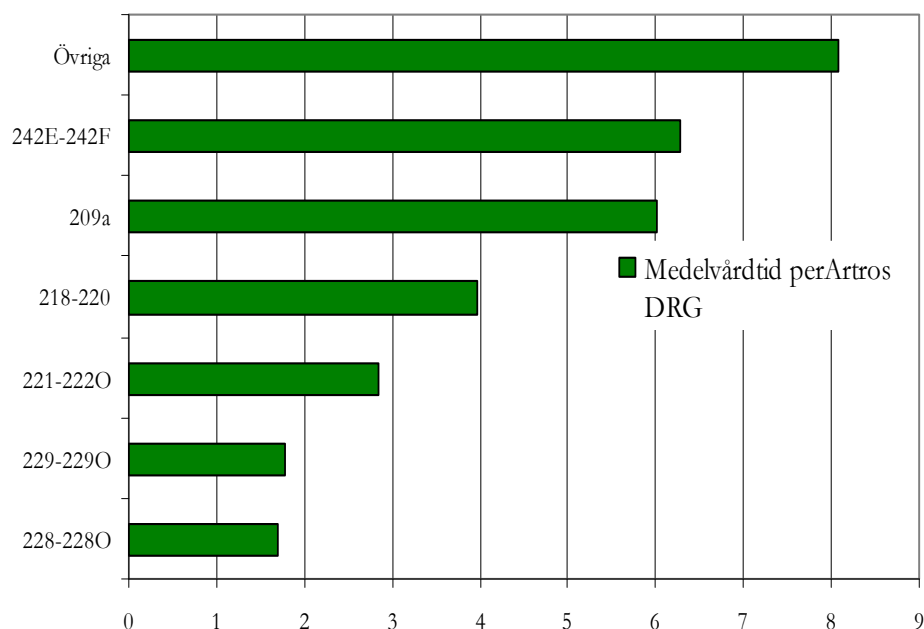


Diagram 35. Medelvårdtid per patient med artros 2007, uppdelat på hemlandsting



I diagram 35b visas medelvårdtiden för de ingående DRG-grupper som berörs av artros.

Diagram 35b. Medelvårdtid per patient med artros 2007, uppdelat på DRG (där 228-228O = Större tum och ledoperationer; 229-229O = Hand- och handledsoperationer utom på större leder; 21-222O = Knäoperationer utom diagnostiska artroskopier; 218-220 = Operationer på fotled, underben eller överarm; 209a = Primära unilaterala ledproteser på nedre extremitet; 242E-242F = Artroser)



2.7 Behandlingar vid sjukdomar i rörelseorganens sjukdomar

Läkemedelsregistret vid EpC

I regel är det läkare i primärvården som ställer diagnosen artrit. Därefter ska vårdcentralen hänvisa patienten till en specialiserad reumatolog så snart som möjligt. Behovet av specialistvård avgörs av sjukdomens allvarlighetsgrad, förlopp, planerad behandling och eventuella kvarvarande diagnostiska oklarheter. Den fortsatta uppföljningen av patienten bör ske i samarbete mellan reumatolog och primärvårdsläkare.

Eftersom det i dag inte finns något nationellt hälsodataregister för primärvården är Läkemedelsregistret en möjlig källa för att ungefärligen beräkna förekomsten av de vanliga rörelseorganens sjukdomar. I registret finns det uppgifter om uthämtat läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som apotek, från 1999 och framåt, har expedierat mot recept eller motsvarande. Uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expedieringen ingår i registret, men inte förskrivningsorsaken. Från och med juli 2005 finns också patientens kön, ålder, folkbokföringsort (län, kommun, församling) men personnummer i registret.

Även uppgifter om dosering finns, men för närvarande i en form som inte medger statistisk bearbetning. Antalet expedierade recept är cirka 90 miljoner per år. Alla expedieringar på apotek registreras. Vid en eventuell fördelning av receptförsäljningen på kön, ålder eller folkbokföringsort uppkommer ett bortfall att finnas beroende på ofullständig eller felaktig registrering av uppgifter. Bortfallet av personnummer är cirka 0,3 procent och för folkbokföringsort finns ett bortfall om cirka 0,6 procent.

Föreliggande rapport belyser läkemedelsbehandling av artrit med tre exempel: icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID), giktmedel samt immunsuppressiva medel. Läkemedelskonsumtionen analyseras även ur ett socioekonomiskt perspektiv, till exempel utifrån födelse-land och utbildning.

Behandling med läkemedel vid artrit

De generella målen för behandlingen bör beaktas ur olika perspektiv. Från patientens perspektiv är målen främst att

- bli av med smärta
- förbättra sina aktiviteter i dagligt liv (ADL) eller allmän daglig livsföring
- förbättra sin arbets- och fritidsfunktion (livskvalitet)
- kunna räkna med en normal livslängd.

Ur det medicinska perspektivet är målet att hålla de inflammatoriska och destruktiva processerna under kontroll och att eliminera de negativa konsekvenserna av sjukdomen. Från samhällsperspektivet är målet att minska antalet handikapp hos befolkningen, att minska samhällskostnaderna och att bedriva en kostnadseffektiv vård.

Botande behandling finns inte, men en tidig antireumatisk behandling kan ha avgörande effekt på symtomen. Det kan på lång sikt minska handikapp och utslagning från arbetslivet. Däremot har kunskapen om de patogenetiska mekanismerna successivt ökat. Patienten måste påbörja behandlingen redan tre till sex månader efter sjukdomsdebuten. Det är därför viktigt att en patient med symptom snabbt kan få en första bedömning i primärvården och därefter få en remiss till en specialistläkare i reumatologi för diagnos och ett individuellt behandlingsprogram.

Vid vanlig farmakologisk behandling av artrit finns nya kombinationer av antireumatiska läkemedel som framgångsrikt kan behandla patienter med en etablerad sjukdom. Sedan 1999 erbjuder sjukvården ”biologiska läkemedel” i injektionsform åt patienter som inte svarar på traditionella antireumatiska läkemedel. Nya iakttagelser pekar på att tätare kontroller kan förbättra funktionsförmågan och även remissionen hos patienter med moderata till svåra sjukdomsaktiviteter. Framgång med tätare kontroller, samt fler nya läkemedel som förväntas bli introducerade inom de närmaste åren, kommer att innebära att nuvarande riktlinjer kommer att bli föremål för revision under de närmsta åren.

Läkemedelsbehandlingen sker framför allt med läkemedel som kan indelas i inflammationsdämpande och smärtstillande medel samt sjukdomsmodifierande medel med effekter på centrala vävnadsskademekanismer. Diagram 36 och 37 visar att bland både kvinnor och män var NSAID (icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel) de mest uthämtade läkemedlen av alla de granskade läkemedlen 2007.

Diagram 36. Antal kvinnliga individer som har hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot artrit under 2007, där M01A= icke-steroida antiinflammatoriska medel (NSAID), M02A=utvärtes medel vid led- och muskelsmärter, M04A= Giktmedel, L04AB="Biologiska läkemedel", och L01BA= Folsyraanaloger

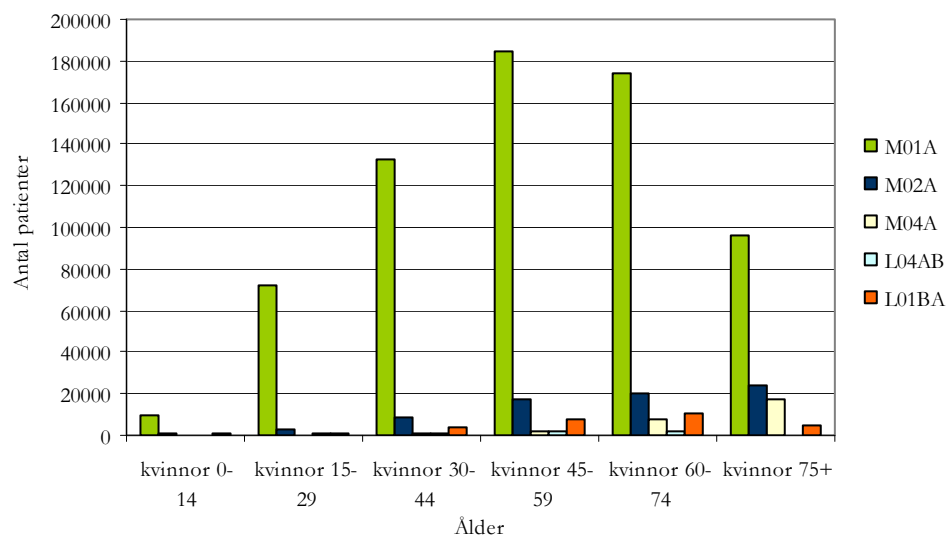
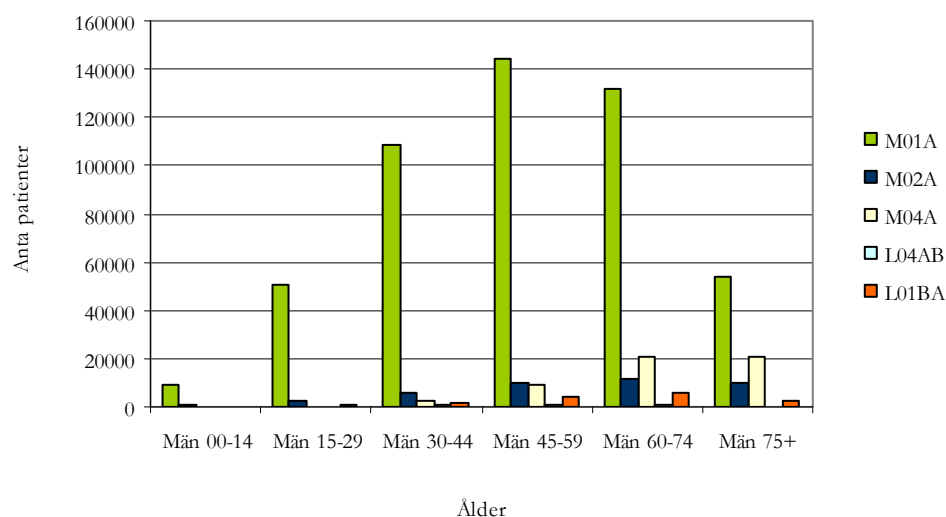


Diagram 37. Antal manliga individer som har hämtat ut minst ett recept på läkemedel mot artrit under 2007



Behandling med icke-steroida antiinflammatoriska/ antireumatiska medel (NSAID)

NSAID ger en antiinflammatorisk, febernedsättande och smärtstillande effekt samt minskad stelhet av akuta och kroniska smärtor i rörelseapparaten. På grund av det breda användningsområdet har läkare förskrivit dessa preparat till ett stort antal patienter alltsedan de första introducerades på 1960-talet.

I diagram 38 visas andelen individer som har hämtat ut minst ett recept på icke-steroida antiinflammatoriska medel per utbildningsnivå, ålder och kön. Bland kvinnor i åldersgruppen 45–59 år minskar andelen uthämtade NSAID med högre utbildningsnivå. Motsatt förhållande gäller bland kvinnor i åldersgruppen 60–74 år: kvinnor med hög utbildning hämtade ut mer NSAID än kvinnor med låg utbildning.

Diagram 38. Andel individer per utbildningsnivå, ålder och kön som har hämtat ut minst ett recept på icke-steroida antiinflammatoriska medel (NSAID), 45–74 år 2007

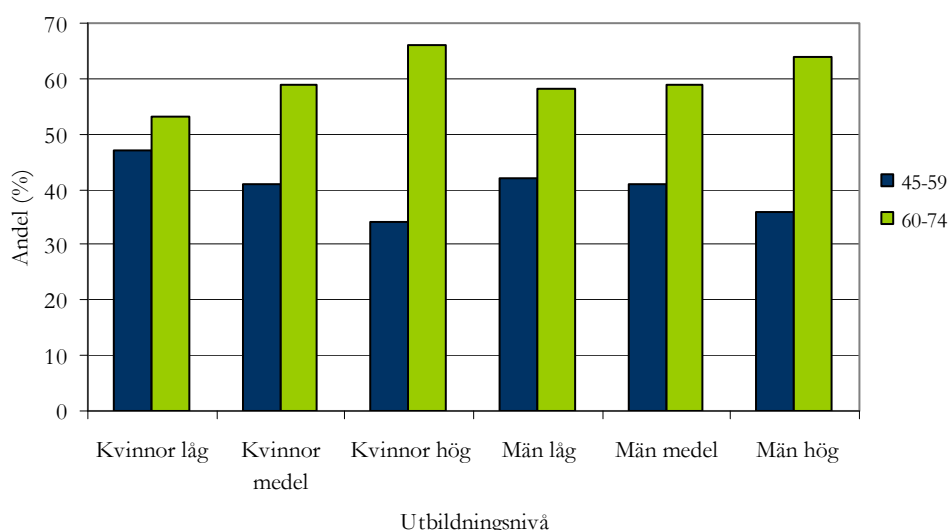
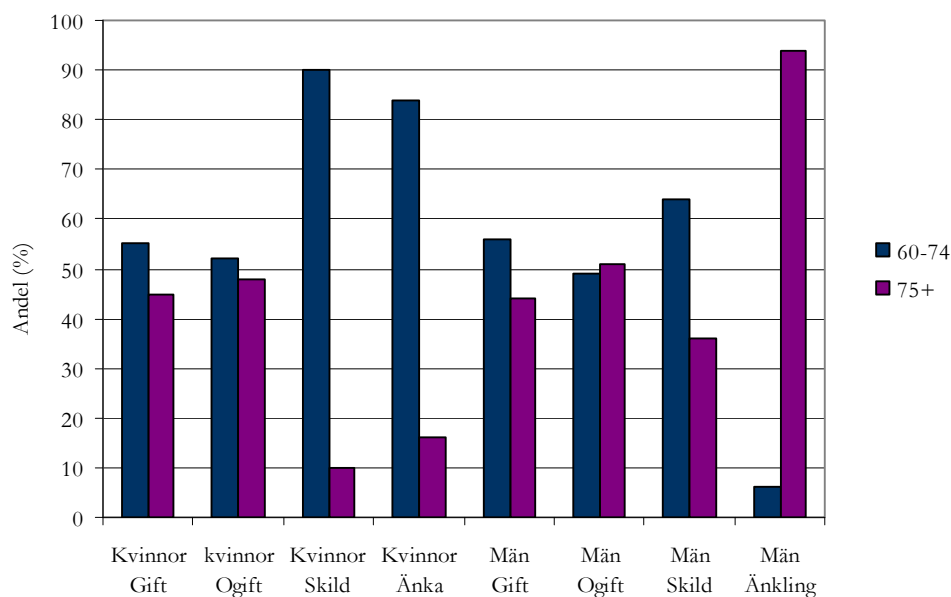


Diagram 39 visar att bland alla individer som har hämtat ut minst ett recept på NSAID är änklings i åldersgruppen 75 år och äldre den största gruppen. Totalt sett har kvinnorna hämtat ut minst ett recept på NSAID i något högre grad än männen.

Diagram 39. Andel individer 60 år och äldre som under 2007 har hämtat ut minst ett recept på icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID) fördelat på civilstånd (åldersstandariserat)



Behandling med TNF-a-hämmare (Tumor necrosis factor alpha) – ”biologiska läkemedel”

I Sverige och på olika håll i världen finns det nu positiva erfarenheter av ”biologiska läkemedel”, som i kliniska studier har visat sig hämma inflammationer i minst lika hög grad som konventionella, anti-reumatiska läkemedel. Ännu har man dock inte tillgång till något enskilt medel, eller till någon kombination av medel, som framkallar bestående remission i mer än ett begränsat antal fall.

Som framgår i diagram 40 avtar antalet individer i åldersgruppen 45–59 år som har hämtat ut ”biologiska läkemedel” med höjd utbildningsnivå bland både kvinnor och män. I åldersgruppen 60–74 år är förhållandet det motsatta: ju högre utbildningsnivå desto fler ”biologiska läkemedel” har patienterna hämtat ut.

Diagram 40. Andel individer per utbildningsnivå, ålder och kön som har hämtat ut minst ett recept på "biologiska läkemedel", 45–74 år 2007 (åldersstandardiserat)

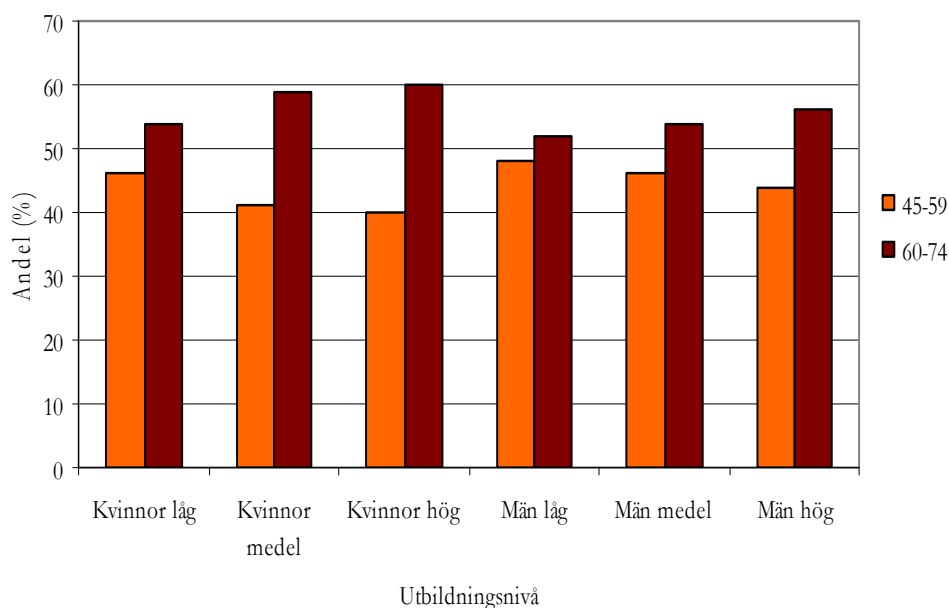
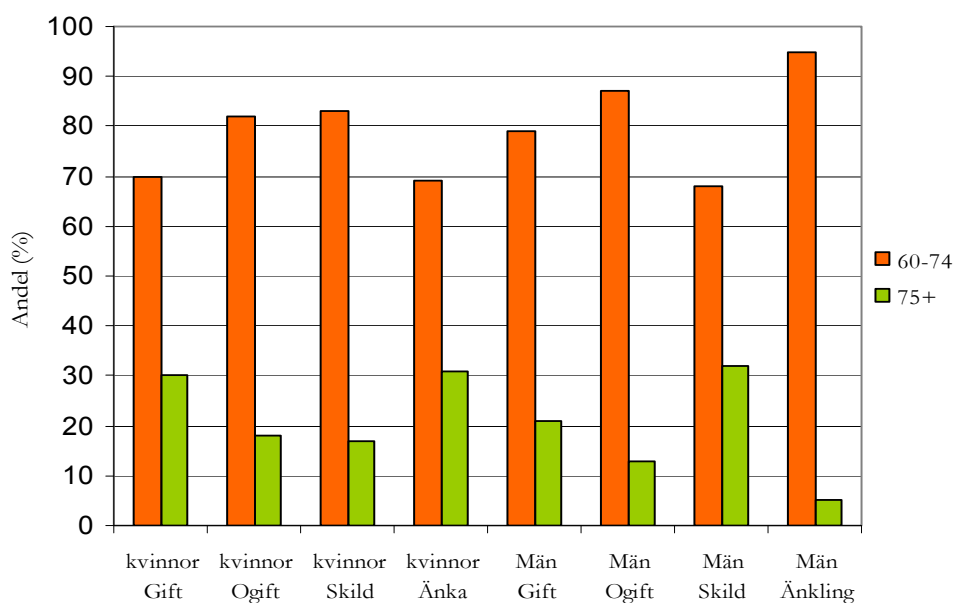


Diagram 41. Andel individer, 60 år och äldre, som har hämtat ut minst ett recept på "biologiska läkemedel" uppdelat på civilstånd (åldersstandardiserat)



Bland både kvinnor och män i alla civilståndsgrupper har individer i åldersgruppen 60–74 år hämtat ut minst ett recept på "biologiska läkemedel" i mycket högre grad än individer i åldersgruppen 75 år och äldre. Män har hämtat ut minst ett recept på "biologiska läkemedel" i något högre grad än kvinnor (diagram 41). Resultatet tyder på att yngre åldersgrupper har högre tillgänglighet till biologiska läkemedel än äldre.

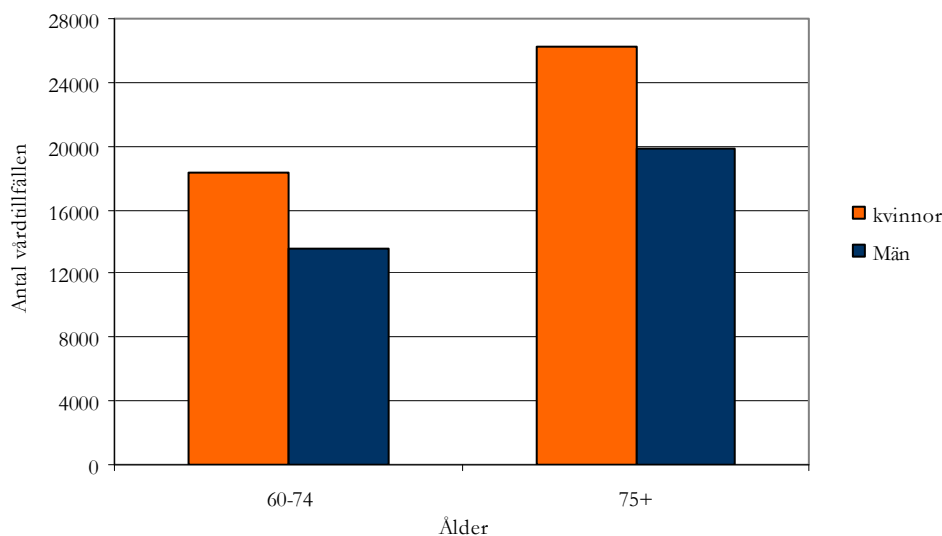
Kirurgiska åtgärder vid artros

Det finns i dagsläget ingen kausal behandling för artros som kan förhindra uppkomsten av eller bota redan förekommande artros. Därmed inriktas behandlingen på att minska symtomen, förbättra funktionen samt öka patientens kunskap om artros för att hjälpa denne att själv minska sina besvär.⁷

Behandlingen av artros består bland annat av information, fysisk träning och viktreduktion. Där basbehandlingen inte räcker till finns komplement som farmakologisk behandling, hjälpmedel och ortopedtekniska åtgärder. När läkemedlen inte verkar tillfredsställande, får patienten en remiss till en ortoped för bedömning av eventuell kirurgisk åtgärd. I rapporten tas kirurgiska åtgärder för artros, som omfattar artroskopi, osteotomi och artroplastik upp.

Mellan 1998 och 2007 rapporterades det till Patientregistret från reumatisk slutenvård totalt 77 890 vårdtillfällen för både protesopererade (höft- och knäleder) och plastikopererade patienter i åldersgruppen 60 år och äldre. Operationerna fördelades på 27 506 patienter, i snitt hade alltså varje patient 2,8 vårdtillfällen. I diagram 42 framgår att kvinnor har haft betydligt fler vårdtillfällen för protesoperationer vid höftartros per 100 000 invånare än män i båda åldersgrupperna. Mönstret är likadant sett till antal patienter.

Diagram 42. Antal protesopererade patienter vid höftartros 2007 uppdelat åldersgrupper och kön



Vid en jämförelse mellan landstingen låg Norrbotten i topp 2007 med det högsta antalet protesopererade män vid artros per 100 000 invånare, medan Skåne hade det lägsta antalet protesopererade män vid artros (diagram 43). På Gotland opererades flest kvinnor per 100 000 invånare och Södermanland hade minst antal kvinnor som var protesopererades vid artros (diagram 44).

Diagram 43. Antal protesopererade manliga patienter vid höftartros 2007, uppdelat på landsting (åldersstandardiserat)

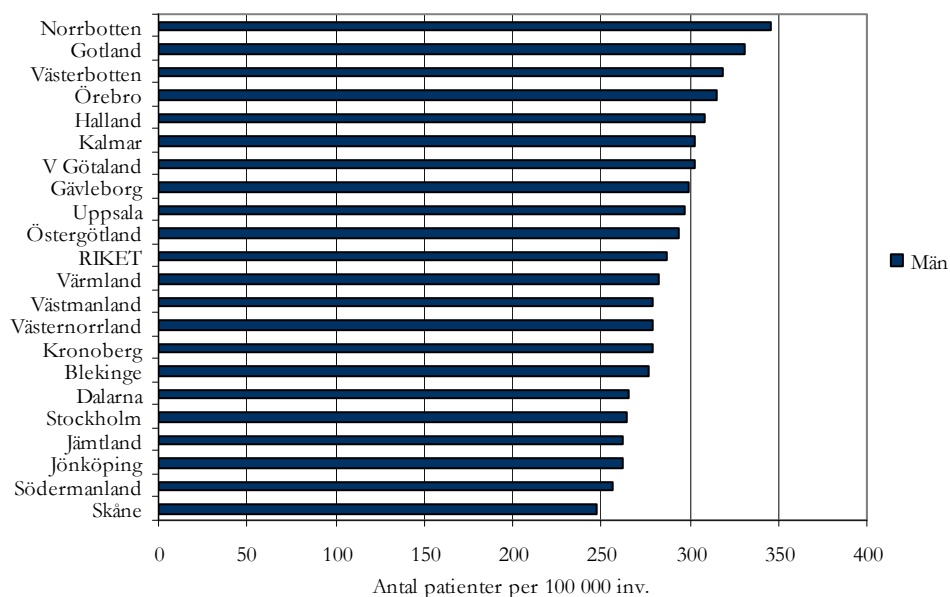
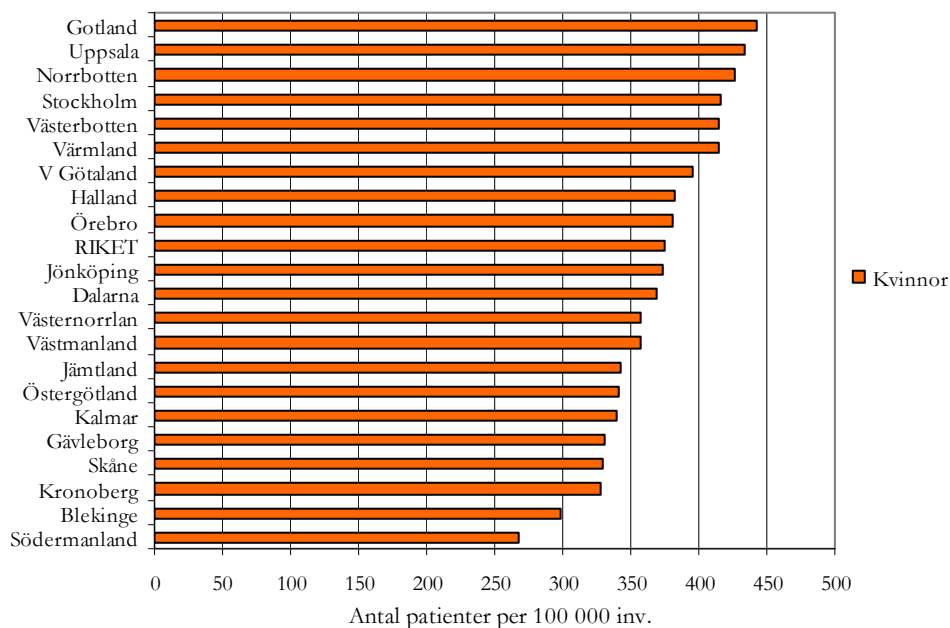


Diagram 44. Antal protesopererade kvinnliga patienter vid höftartros 2007, uppdelat på landsting (åldersstandardiserat)



Resultaten kan spegla både skillnader i sjuklighet och skillnader i tillgänglighet till protesoperation.

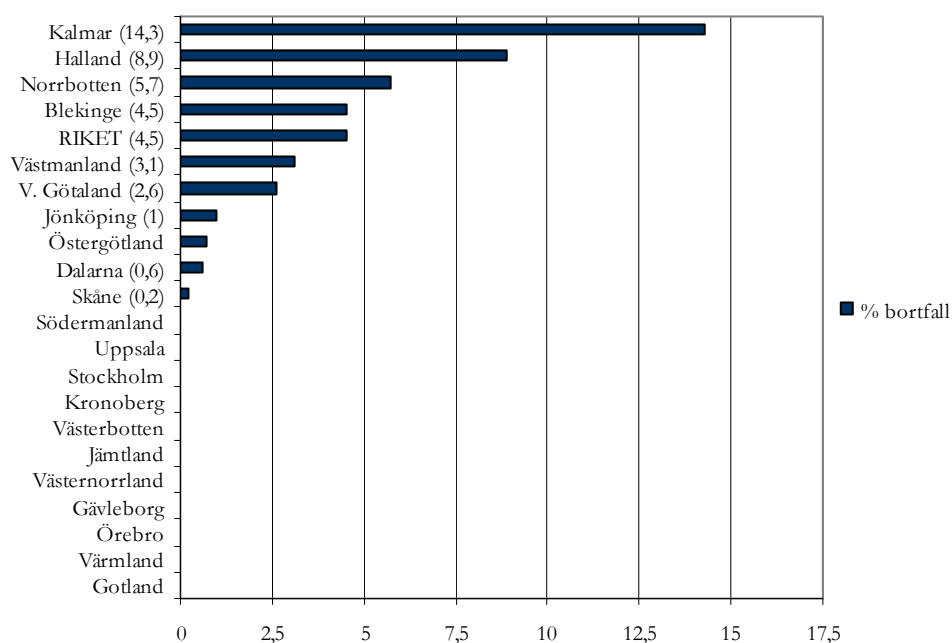
2.8 Registerkvalitet

Kvalitet i kodning av diagnoser

Diagnoser kodas och skickas till Patientregistret med hjälp av de svenska klassifikationer som bygger på WHO:s internationella sjukdomsklassifikationer, International Classification of Diseases (ICD) (se bilaga 1). En sjukdomsklassifikation är ett system för att ordna sjukdomar i klasser och grupper. Sedan 1997 används den tionde revisionen av ICD (ICD-10).⁶ Som framgår i diagram 45-47 varierar kvaliteten i kodningen av diagnoser i landstingen.

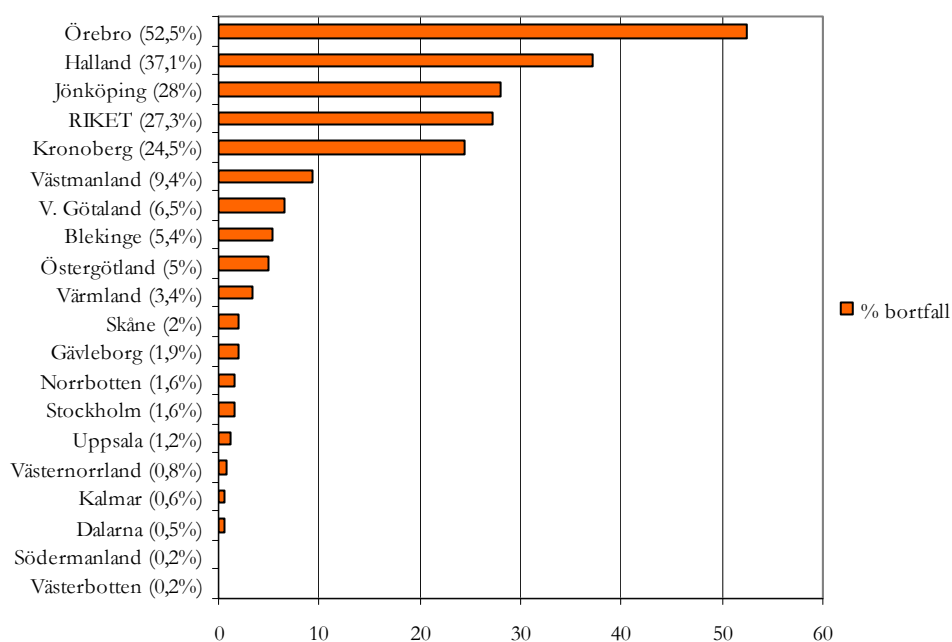
I föreliggande rapport bygger analyserna genomgående på konsumerad vård, vilket innebär att informationen sorteras efter patientens hemlandsting (det landsting där patienten är folkbokförd) och inte efter det sjukhus där patienterna behandlats. Hos en del landsting är uppgifterna om diagnoser och åtgärder av god kvalitet, medan uppgifterna från andra landsting i vissa delar är ofullständiga. År 2007 saknades 2,3 procent (201 vårdtillfällen) uppgift om huvuddiagnos i reumatisk slutenvård. Bortfallet per landsting varierade mellan 0,2 och 14,3 procent. Landstinget i Kalmar hade störst bortfall, följt av Halland och Norrbotten (diagram 45). Elva landsting hade inget bortfall.

Diagram 45. Bortfall av huvuddiagnos i reumatisk slutenvård 2007



Bortfallet av huvuddiagnos i den öppna vården var betydligt större: 10 759 läkarbesök (8,1 procent) saknade diagnosuppgifter. Bortfallet varierade i landstingen mellan 2,2 och 52,5 procent 2007 (diagram 46). Av de besök som rapporterades i reumatisk öppenvård saknade cirka 1 500 uppgifter om hemort.

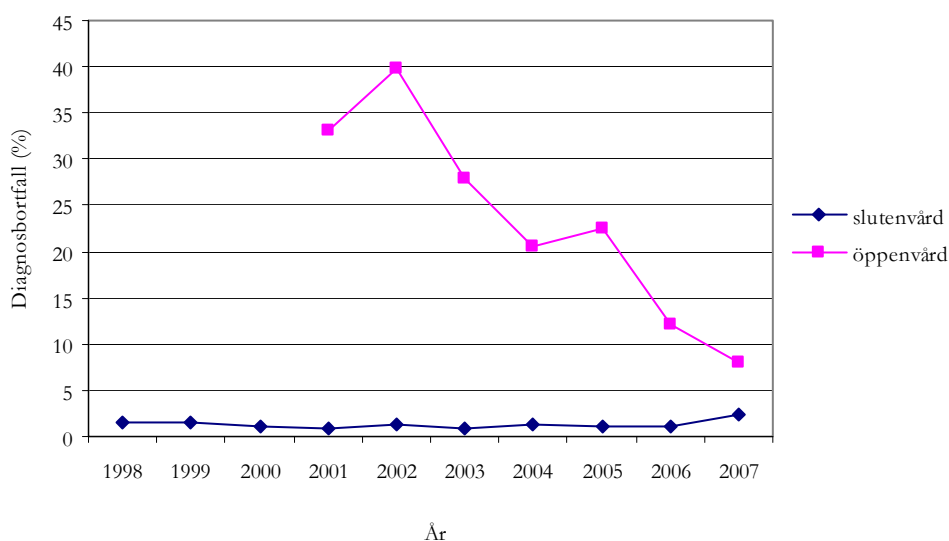
Diagram 46. Diagnosbortfall i reumatisk öppenvård 2007



I diagram 47 presenteras en bortfallet av huvuddiagnos i reumatisk öppen- och slutenvård över tid för åren 1998–2007. Diagnosbortfallet var relativt oförändrat i slutenvården mellan 1998 och 2006 för att sedan öka något under år 2007. I hela riket saknade totalt 129 080 vårdtillfällen uppgifter om hemort under åren 1998–2007.

2001 började landstingen rapportera besök från den specialiserade öppna vården, då var diagnosbortfallet 33,2 procent. Efterhand har bortfallet uppvisat en positiv trend, d v s det minskar successivt och ligger för 2007 på 8,1 procent.

Diagram 47. Diagnosbortfall för reumatisk vård 1998–2007



3. Sammanfattande diskussion

Ett förbättrat kunskapsunderlag för rörelseorganens sjukdomar bidra med underlag till att utveckla en effektivare vård för patienterna. Kunskap om vem som får tillgång till läkemedel och andra behandlingar och vilken praxis de olika landstingen tillämpar ger underlag till en diskussion om vården är jämlik och ges på lika villkor. Kvaliteten på de nationella databaserna behöver ständigt förbättras för att kunna svara på viktiga frågor om hur vården ges och vilken praxis som tillämpas. Genom att visa vilka data som finns och sammanställa dem på ett adekvat sätt kan rapporten ge underlag för en diskussion om den reumatiska vården i Sverige idag och också belysa eventuella brister i de databaser som ligger till grund för analyserna.

Vårdkonsumtion mellan könen, ålder och landsting

Artrit:

Kvinnor utgör en majoritet av patienterna med artrit och står därmed för en högre konsumtion i både öppen- och slutenvården i alla åldersgrupper år 2007. Insjuknandefrekvensen ökar med stigande ålder och når sitt maximum vid 60–74 år i öppenvården och vid 75 år och äldre i slutenvården.

Sjukdomstrenden under åren visar att vårdkonsumtionen i artrit har ökat kraftigt i slutenvården från 2002 bland kvinnor i åldersgruppen 75 år och äldre, samt från 2001 bland män i åldersgruppen 75 år och äldre.

Jämförelser av vårdkonsumtionen i artrit mellan samtliga landsting visar relativt stora variationer bland kvinnor och män både i öppen- och slutenvården för reumatiker. Besöksmönstret för båda könen domineras av ett besök per patient i alla åldersgrupper, och kvinnor i åldersgruppen 60–74 år har flest besök i öppenvården för reumatiker. Det föreligger också variationer mellan landstingen då det gäller antal besök per patient.

Artros:

Patienter med artros konsumerar betydligt fler vårdtillfällen (38,7 procent) än patienter med artrit i slutenvården år 2007. I både öppen- och slutenvård utgör kvinnorna en majoritet av patienterna i så gott som alla åldersgrupper. I slutenvården finns flest patienter i åldersgruppen 75 år och äldre, medan majoriteten av de patienter som besöker öppenvården är i åldersgruppen 60–74 år. Vårdkonsumtionen i artros har stadigt ökat i slutenvården mellan 1998 och 2007 bland både kvinnor och män.

Vårdkonsumtionen för huvuddiagnosen artros i slutenvården varierar även mellan landstingen bland både kvinnor och män. Det dominerande besöksmönstret i öppenvården i alla åldersgrupper är ett besök per patient och år. Kvinnor i åldersgruppen 60–74 år har fler besök jämfört med män i

samma åldersgrupp. Även för artros finns variationer mellan landstingen i antal besök per patient och år.

Vårdkonsumtion i jämförelse mellan olika socio-ekonomiska grupper

Artrit:

Vårdkonsumtionen i artrit varierar med utbildningsnivå och ålder i öppen- och slutenvården. I slutenvården finns entydigt negativt sjukdomsförlopp bland lågutbildade män i åldersgruppen 45 år och äldre: ju lägre utbildningsnivå, desto fler män insjuknar i artrit.

I fråga om vårdkonsumtion ur ett civilståndsperspektiv har skilda kvinnor i alla åldersgrupper över 30 år en högre konsumtion av slutenvård. Däremot följer inte konsumtionen av vård i artrit bland män i åldersgrupperna över 30 år ett entydigt mönster ur ett civilståndsperspektiv.

Generellt har kvinnor födda i "övrige Norden" en högre konsumtion av öppenvård jämfört med kvinnor födda i Sverige. Bilden är inte lika tydlig bland män.

Artros:

Högutbildade kvinnor i åldersgruppen 60–74 år dominerar konsumtionen av vård för artros. Skilda kvinnor och män har generellt en högre konsumtion av slutenvård och ur ett födelselandsperspektiv har kvinnor födda i "övrige Norden" har också en högre konsumtion av öppenvården än andra grupper i åldersgrupperna 60–74 år samt 75 år och äldre. Sjukdomsmönstret i förhållande till födelseland är mindre uppenbart bland männen.

Vårdkonsumtion och vårdtid

Medelvårdtiden för artrit- och artrossjukdomar varierar mellan DRG (Diagnosis Related Groups) och mellan landstingen. Flest kvinnor och män med artrit vårdades i gruppen "specifika inflammatoriska artropatier" (DRG 242B – 242C), med den högsta andelen bland flickor och pojkar i åldersgruppen 0-14 år. För artros behandlas majoriteten av patienterna med operation och hamnar i gruppen 209a och "Primära och sekundära ledproteser på nedre extremitet (höft och knä)".

För artros har DRG 242E-242F och DRG 209a den längsta och näst längsta medelvårdtiden.

Läkemedelsbehandling och kirurgiska åtgärder

Det mest frekvent förskrivna läkemedlet mot artrit 2007 var icke-steroida antiinflammatoriska/antireumatiska medel (NSAID) bland de granskade läkemedlen. Individer i åldersgruppen 45–59 år hämtade ut högst antal förskrivningar av NSAID.

Förskrivning av NSAID och "biologiska läkemedel" varierar med ålder och utbildningsnivå. Lågutbildade kvinnor och män har hämtat ut flest re-

cept på läkemedel i åldersgruppen 45–59 år, medan högutbildade kvinnor och män har hämtat ut flest recept i åldersgruppen 60–74 år.

Kvinnor har haft betydligt fler protesopererade vårdtillfällen vid höft-artros per 100 000 invånare jämfört med män bland patienter i åldersgrupperna 60 år och äldre. Det föreligger stora variationer i konsumtionen av vård för kirurgiska åtgärder vid protesoperationer för artros bland kvinnor och män på landstingsnivå.

Täckningsgrad och diagnoskvalitet

Uppgifterna i Patientregistret är generellt av hög kvalitet särskilt de uppgifter som rapporteras från slutenvården. Dock kan det finnas brister i rapporteringen från enskilda landsting. Uppgifter om huvuddiagnos saknades år 2007 för cirka 2,3 procent av vårdtillfällen i reumatisk slutenvården. Bortfallet varierade i landstingen mellan 0,2 och 14,3 procent. Täckningsgraden är hög generellt för såväl antalet inrapporterade vårdtillfällen som för rapporterade diagnosuppgifter.

Diagnosbortfallet vid den öppna reumatiska vården var däremot betydligt större samma år. Diagnosuppgifter saknades för ungefär 8,1 procent av vårdtillfällen där bortfallet per landsting varierade mellan 2,2 och 52,5 procent. Av de läkarbesök som rapporterades i öppenvården saknade cirka 1 500 uppgifter om hemort.

Diagnosbortfallet var som mest 2,3 procent i slutenvården (år 2007). I hela riket saknade totalt 129 080 vårdtillfällen uppgifter om hemort under åren 1998–2007. Diagnosbortfallet i öppenvård har successivt minskat i hela riket och låg som lägst på 8,1 procent för 2007. Uppgifter om utbildningsnivå saknades för cirka 1 200 individer i åldersgruppen 75 år och äldre, och dessa grupper har därmed uteslutits från redogörelsen.

Regionala skillnader i öppenvårdsbesök, vårdtid och vårdtillfällen

Rapporten visar skillnader mellan landstingen då det gäller andelen av befolkningen som har besökt reumatisk öppen- och slutenvård. Det kan spegla olikheter i sjuklighet mellan landstingen men också olikhet i tillgänglighet till behandling vid reumatisk sjukdom.

Denna rapport syftar till att visa jämförelser mellan vården för reumatiker och andra liknande verksamheter; uppdelat på kön, geografisk hemort samt på socioekonomiska grupper. Ytterligare möjligt analyser är samtidig förekomst av artrit- och artrossjukdomar med andra sjukdomar – även kallat komorbiditet eller dubbel diagnos. Det starka åldersberoendet väcker nyfikenhet på i vilken utsträckning denna sjukdomsgrupp är drabbad av andra åldersrelaterade sjukdomar, exempelvis stroke, hjärt- och kärlsjukdomar, demens med mera. Vård- och behandlingsorganens oförmåga att hantera diagnos- och behandlingsbehoven hos denna patientgrupp resulterar ofta i att dessa patienter, som brukar ha ett stort behandlingsbehov, skickas från den ena vård- eller behandlingsinrättningen till den andra, samtidigt som deras situation hela tiden förvärras.

Denna rapport kan också tjäna som underlag för en diskussion om möjligheten till förbättringar av kvaliteten på data i de nationella hälsodataregistren och vilka analyser som är möjliga att utföra med idag befintliga data. Rapporten är också ett första steg i att vid Socialstyrelsen ta fram ett nytt statistik- och uppföljningsområde för reumatisk sjukdom.

Ett annat intressant område gå vidare i analysen av är läkemedelskonsumtionen i denna sjukdomsgrupp. Följande frågor kan vara aktuella:

- Vilka läkemedel använder patienterna?
- Vad kostar dessa läkemedel?
- Vilka regionala skillnader finns?
- I vilken mån följs de riktlinjer som har utformats för att vara ett stöd vid handläggningen av patienter med dessa sjukdomar?

4. Referenser

1. Folkhälsorapport 2005 [Public Health Report 2005], Epidemiologiskt Centrum, Socialstyrelsen, 2005
2. Riksförsäkringsverket; Långtidssjukskrivna – diagnos, yrke, partiell sjukskrivning och återgång i arbete. RFV Redovisar 2004:7
3. Sandmark H., Hogstedt C., Vingard E.; Primary osteoarthritis of the knee in men and women as a result of lifelong physical load from work. Scand J Work Environ Health 2000;26:20-5
4. Coggon D., Croft P., Kellingray S., Barrett D., McLaren M., Cooper C; Occupational physical activities and osteoarthritis of the knee. Arthritis Rheum 2000;43:1443-9
5. Kvalitet och innehåll i patientregistret. Utskrivningar från slutenvård 1964-2006 och besök i öppenvård (exklusive primärvårdsbesök) 1997-2006, Socialstyrelsen, 2008
6. Klassifikationer av sjukdomar och hälsoproblem, systematisk förteckning (1997). Socialstyrelsen ISBN.91-7201-125-4
7. Brandt KD.; Non-surgical treatment of osteoarthritis: a half century of “advances”. Ann Rheum Dis 2004;63:117-22

Diagnosförteckning

Förteckning över diagnoskoder och översättningen av dessa koder till klartext som förekommer i klassifikationen av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD10).

Diagnoskod enl. ICD-10	Benämning
M00	Varig artrit
M01	Direktinfektioner av led vid infektionssjukdomar eller parasitsjukdomar som klassificeras annorstädes
M02	Reaktiva artrit
M03	Postinfektiösa eller reaktiva artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M05	Seropositiv reumatoid artrit
M06	Annan reumatoid artrit
M07	Ledsjukdomar vid psoriasis eller tarmsjukdomar
M08	Juvenil artrit
M09	Juvenil artrit vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M10	Gikt
M11	Andra kristallartropatier
M12	Andra specificerade artropatier
M13	Annan artrit
M14	Artropatier vid andra sjukdomar som klassificeras annorstädes
M15	Polyartros
M16	Höftledsartros
M17	Knäartros
M18	Artros i första karpometakarpalleden
M19	Andra artroser
M20	Förvärvade deformiteter i fingrar eller tår
M21	Andra förvärvade deformiteter av extremiteter
M22	Sjukdomar i patella
M23	Andra sjukliga förändringar i knäled
M24	Andra specificerade rubbningar i leder
M25	Andra ledsjukdomar som ej klassificeras annorstädes
M30	Polyarteritis nodosa eller besläktade tillstånd
M31	Andra nekrotiserande vaskulopatier (kärtsjukdomar)
M32	Systemisk lupus erythematosus [SLE]
M33	Dermatopolymyosit
M34	Systemisk skleros

M35	Andra inflammatoriska systemsjukdomar
M36	Systemiska sjukdomar med led- eller bindvävsengagemang vilka klassificeras annorstädes
M40	Kyfos eller lordos
M41	Skolios
M42	Osteokondros (degenerativ brosk-bensjukdom) i kotpelaren
M43	Andra deformerande ryggsjukdomar
M45	Pelvospondylit [Bechterews sjukdom]
M46	Andra inflammatoriska sjukdomar i ryggraden
M47	Spondylos
M48	Andra spondylopatier
M49	Spondylopatier vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M50	Sjukdomar i halskotpelarens mellankotskivor
M51	Andra sjukdomar i mellankotskivorna
M53	Andra ryggsjukdomar som ej klassificeras annorstädes
M54	Ryggvärk
M60	Myosit (muskelinflammation)
M61	Muskelkalcifikation eller muskelossifikation (förkalkning eller förbening i muskel)
M62	Andra muskelsjukdomar
M63	Muskelsjukdomar vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M65	Synovit eller tenosynovit (inflammation i ledhinnor eller senor)
M66	Spontanruptur av ledhinna eller sena
M67	Andra sjukdomar i ledhinna eller sena
M68	Sjukdomstillstånd i ledhinnor eller senor vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M70	Sjukdomar i mjukvävnader som har samband med användning, överansträngning eller tryck
M71	Andra sjukdomar i bursor (slemsäckar)
M72	Fibroplastiska sjukdomar (fibroplasier)
M73	Förändringar i mjukvävnader vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M75	Sjukdomstillstånd i skulderled
M76	Entesopatier (sjukdomar i perifera ligament- eller muskelfästen) i nedre extremitet, med undantag för fot
M77	Andra entesopatier (sjukdomar i perifera ligament- eller muskelfästen)
M79	Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes
M80	Osteoporos med patologiska frakturer
M81	Osteoporos utan patologisk fraktur
M82	Osteoporos vid sjukdomar som klassificeras annorstädes

M83	Osteomalaci hos vuxen
M84	Kontinuitetsavbrott i benvävnad
M85	Andra rubbningar i bentäthet eller benstruktur
M86	Osteomyelit (benröta)
M87	Osteonekros (benvävnadsdöd)
M88	Pagets deformierande bensjukdom
M89	Andra sjukdomstillstånd i benvävnad
M90	Sjukdomstillstånd i benvävnad vid sjukdomar som klassificeras annorstädes
M91	Juvenil osteokondros (ben-broskdegeneration hos unga) i höft eller bäcken
M92	Annan juvenil osteokondros
M93	Andra sjukdomar i ben- eller broskvävnad
M94	Andra broksjukdomar
M95	Andra förvärvade deformiteter i muskuloskeletala systemet eller bindväven
M96	Muskuloskeletala sjukdomar efter kirurgiska eller medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes
M99	Biomekanisk dysfunktion som ej klassificeras annorstädes
