

Nationella riktlinjer – Utvärdering Vård vid rörelseorganens sjukdomar

Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN	978-91-7555-217-0
Artikelnummer	2014-10-3
Omslagsfoto	Corbis via Matton, John Henley
Sättning	Edita Bobergs
Tryck	Edita Bobergs, Falun, oktober 2014



Förord

Socialstyrelsen har utvärderat vården vid rörelseorganens sjukdomar. Utgångspunkten har varit rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. De sjukdomar som omfattas av riktlinjerna är osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit samt reumatoid artrit.

Sjukdomar i rörelseorganen får ofta omfattande konsekvenser. För den enskilde kan det innebära försämrad livskvalitet i form av smärta, minskad rörlighet, förlust av oberoende och minskat välbefinnande i allmänhet. Dessa sjukdomar står också för en stor del av den totala vårdkonsumtionen. Uppskattningsvis 20–30 procent av alla läkarbesök i primärvården orsakas av besvär i skelett, leder och muskler.

Resultatet av utvärderingen presenteras i två rapporter. *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar* innehåller det fullständiga underlaget till utvärderingen, inklusive beskrivning av använda metoder samt resultat för samtliga indikatorer. Denna rapport sammanfattar det viktigaste ur ovanstående rapport och innehåller även Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar i hälso- och sjukvården samt till den medicinska professionen. Den kan även vara till nytta för andra aktörer såsom patientföreningar och medier.

Projektledare för utvärderingen har varit Inger Lundkvist. Övriga projektmedarbetare har varit Vera Gustafsson, Björn Nilsson, Max Köster, Gunilla Ringbäck Weitof, Jesper Hörnblad, Tsega Muzollo och Rosita Claesson Wigand. Ett särskilt tack riktas till företrädare för kvalitetsregistren och de medicinska experter som bidragit med underlag till utvärderingen.

Ansvariga enhetschefer har varit Marie Lawrence och Björn Nilsson.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Petra Otterblad Olausson
Avdelningschef

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Osteoporos	7
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar.....	8
Jämlik vård	9
Landstingens och kommunernas införande av riktlinjerna	10
Ny utvärdering inom några år	10
Inledning	11
Rörelseorganens sjukdomar i fokus	11
Syfte och avgränsningar.....	12
Jämförelse mot målnivåer	13
Resultat i två rapporter	13
Intressenter	14
Samverkan och kommunikation	14
Rapportens disposition	14
Rekommendationer och bedömningar	16
Rekommendationer för vården av personer med osteoporos	16
Rekommendationer för vården av personer med artros.....	20
Rekommendationer för vården av personer med reumatoid artrit	24
Vården av personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit	26
Bedömning utifrån god vård och omsorg.....	27
Förbättra möjligheterna till uppföljning av vården vid rörelseorganens sjukdomar	28
Metod	30
Datainsamling.....	30
Använda källor	32
Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar	33
Behandling med benspecifika läkemedel (O1)	33
Monoterapi med kalcium och D-vitamin (O2)	37
Återfrakturer inom 5 år (O3)	40
Rekommendationer för vården av personer med artros.....	42
Artrosskola före protesoperation (A1)	42
Röntgenundersökning före artrosskola (A2)	44

Behandling med glukosamin (A3)	46
Behandling med hyaluronsyra (A4)	49
Artroskopisk kirurgi vid artros i knä (A5).....	52
Rekommendationer för vården av personer med inflammatoriska reumatiska sjukdomar.....	55
Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit (R1)	55
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3)	58
Behandling med biologiska läkemedel av nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit (R5).....	61
Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R6)	63
Referenser	65
Bilaga 1. Projektorganisation	66

Sammanfattning

Socialstyrelsen har utifrån ett nationellt perspektiv utvärderat hälso- och sjukvårdens följsamhet till rekommendationerna i Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Det huvudsakliga syftet är att beskriva landstingens processer och resultat samt att belysa kvaliteten och effektiviteten i vården av patienter med dessa sjukdomar.

Utvärderingen omfattar följande diagnoser:

- osteoporos
- artros i knä och höft
- inflammatoriska reumatiska sjukdomar: reumatoid artrit samt ankyloserande spondylit och psoriasisartrit (i begränsad omfattning).

Osteoporos

De indikatorer som redovisas för osteoporos visar bland annat att förskrivningen av benspecifika läkemedel i stort sett är oförändrad sen 2005 samt att variationen mellan landstingen är stor när det gäller antalet patienter som drabbas av en förnyad fraktur. Socialstyrelsens bedömning är att hälso- och sjukvården kan förbättra vården av patienter med osteoporos genom att:

- i högre grad utreda och diagnostisera osteoporos, i synnerhet hos äldre personer
- fler patienter med fraktur, i synnerhet äldre, utreds för osteoporos och fallrisk
- behandla betydligt fler personer med hög risk för frakturer med benspecifika läkemedel
- särskilt analysera eventuella könsskillnader vid förskrivning av benspecifika läkemedel
- behandling med kalcium och D-vitamin som monoterapi endast används när det finns en dokumenterad brist på dessa ämnen. Läkemedlen kan dock användas i kombination med benspecifika läkemedel.

Artros

De indikatorer som speglar vården vid artros visar på skillnader mellan landstingen när det gäller diagnostik, tillgång till fysisk träning och behandling. Socialstyrelsens bedömning är att vården kan förbättras genom att:

- fler personer erbjuds möjlighet till fysisk träning i enlighet med riktlinjens rekommendationer, till exempel i form av artrosskola
- verksamheter som erbjuder artrosskola ansluter sig till och registrerar i kvalitetsregistret BOA
- utredning och diagnostik förbättras samt att fler erbjuds fysisk träning
- användningen av röntgenundersökning i samband med diagnostik analyseras för att säkerställa att sådana undersökningar inte sker rutinmässigt
- förskrivningen av glukosamin och hyaluronsyra minskar (särskilt i landsting som fortfarande har en hög förskrivning av dessa läkemedel)
- användningen av artroskopier som genomförs på grund av knäartros minskar (särskilt i landsting som fortfarande har en hög andel artroskopier vid artros)
- användningen av artroskopi vid knäartros analyseras närmare.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Reumatoid artrit

De indikatorer som speglar vården vid reumatoid artrit visar skillnader mellan landstingen när det gäller hur länge patienterna haft besvär före diagnos och i vilken grad de får tidig behandling med biologiska läkemedel. Utvärderingen visar att landstingen kan förbättra vården genom att:

- förbättra utredning och diagnostik för att om möjligt korta tiden från symtom till diagnos
- överväga behandling med biologiska läkemedel för fler patienter redan under första året efter diagnos
- följa förskrivningsmönster och erbjuda tillgänglig behandling oavsett kön och socioekonomisk bakgrund.

Ankyloserande spondylit

Den indikator som redovisas speglar förskrivningen av biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit. Resultatet visar att antalet patienter som behandlas med biologiska läkemedel har ökat. Socialstyrelsens bedömning är att det behövs ett förbättrat underlag för uppföljning för att kunna bedöma vården vid ankyloserande spondylit. Hälso- och sjukvården kan förbättra förutsättningarna för uppföljning av vården av personer med ankyloserande spondylit genom att öka rapporteringen av uppgifter till relevanta register.

Psoriasisartrit

Den indikator som redovisas speglar förskrivningen av biologiska läkemedel vid psoriasisartrit. Resultatet visar att antalet patienter som behandlas med biologiska läkemedel har ökat kraftigt de senaste åren. Socialstyrelsens bedömning är att det behövs ett förbättrat underlag för uppföljning för att kunna bedöma vården vid psoriasisartrit. Hälso- och sjukvården kan förbättra förutsättningarna för uppföljning av vården av personer med psoriasisartrit genom att öka rapporteringen av uppgifter till relevanta register.

Jämlik vård

Utvärderingen har även belyst skillnader utifrån ålder, kön, födelse-land och socioekonomisk bakgrund (utbildningsnivå). Resultatet visar att det förekommer skillnader mellan män och kvinnor, till exempel när det gäller läkemedel mot osteoporos vid fragilitetsfrakturer. Då behandlas män i avsevärt mindre utsträckning än kvinnor.

Skillnader förekommer också när det gäller utbildningsnivå och födelseland. Högutbildade kvinnor och män får i högre utsträckning biologiska läkemedel vid reumatoid artrit än lågutbildade och bland högutbildade respektive svenskfödda personer får fler läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur.

Jämförelserna tar dock inte hänsyn till skillnader mellan grupperna när det gäller exempelvis patientsammansättning som kan bidra till att förklara att läkemedel ges i olika utsträckning. Resultatet pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att vården ges på likartat sätt oberoende av kön eller socioekonomisk bakgrund.

Landstingens och kommunernas införande av riktlinjerna

Socialstyrelsen har genom en enkätundersökning i november 2013 kartlagt hur landstingen och kommunerna har mottagit riktlinjerna om vården vid rörelseorganens sjukdomar, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dessa.

Resultatet visar att de flesta landstingen har påbörjat insatser för att införa de nationella riktlinjerna. En tredjedel av landstingen har en övergripande handlingsplan (hälso- och sjukvårdsledningsnivå) för arbetet, men de flesta landsting har lokala handlingsplaner (verksamhetsnivå). Två tredjedelar av landstingen följer upp följsamheten till riktlinjerna på lokal eller regional nivå. De flesta landstingen anger vidare att riktlinjerna har haft påverkan på den vård som patienterna får.

Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att så många landsting har påbörjat arbetet med att införa riktlinjerna. Det är också glädjande att så många upplever att riktlinjerna ger ett gott stöd i landstingets ledning och styrning, och fungerar som underlag för uppdragsbeskrivningar och politiska prioriteringar.

Enkäten visar dock att endast drygt hälften av kommunerna känner till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar och att det är få som har vidtagit några åtgärder för att införa riktlinjerna. Flera av rekommendationerna i riktlinjerna berör även den kommunala hälso- och sjukvården varför det skulle vara önskvärt att kommunerna hade en större kunskap om riktlinjerna. Socialstyrelsen bedömer därför att myndigheten behöver göra ytterligare insatser genom särskilt riktade informationsaktiviteter till den kommunala hälso- och sjukvården. Detta föreslås ske i samverkan med NSK-S (Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning socialtjänst).

Ny utvärdering inom några år

Socialstyrelsen kommer inom några år att åter utvärdera följsamheten till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. De förbättringsområden som identifierats i denna utvärdering kommer då särskilt att följas upp. Dessutom är förhoppningen att datakällorna har utvecklats så det är möjligt att göra en mer heltäckande utvärdering som omfattar riktlinjernas samtliga sjukdomar.

Inledning

Socialstyrelsen följer upp, utvärderar och rapporterar om läget och utvecklingen i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, anger att målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. För att uppfylla målet ska hälso- och sjukvården enligt HSL uppfylla kraven på en god vård. Myndigheten använder begreppet god vård och omsorg. Det innebär att vården och omsorgen ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

En del i Socialstyrelsens uppdrag är att stödja kunskapsstyrning av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det uppdraget innefattar bland annat att ta fram nationella riktlinjer, indikatorer och öppna jämförelser och utvärderingar av vård och omsorg för specifika sjukdomsgrupper.

Den här rapporten är en sammanfattning av de viktigaste resultaten i *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*. I denna rapport presenteras även Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar.

Resultatet av utvärderingen påverkas av att det har gått förhållandevis kort tid sedan riktlinjerna publicerades samt att de data som används i utvärderingen i huvudsak avser år 2012. Detta innebär att det är för tidigt att dra några bestämda slutsatser av resultaten kopplat till rekommendationerna i riktlinjerna. Denna utvärdering får därför betraktas som en base-line-utvärdering.

Rörelseorganens sjukdomar i fokus

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för flera åkommor som angriper skelett, leder och muskler, med olika vårdbehov som följd. Vanliga symtom är ledsvullnad, ledömhet, rörelsesmärta, nedsatt muskelkraft och trötthet.

Sjukdomar i rörelseorganen är relativt vanliga. I Statistiska Cen-

tralbyråns (SCB) undersökningar av levnadsförhållanden (ULF/SILC) 2012/2013 uppgav 3,7 procent av männen och 6,4 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–84 år att de hade nedsatt rörelseförmåga, vilket innebär att de inte kunde springa en kortare sträcka på cirka 100 meter eller stiga på en buss obehindrat eller ta en kortare rask promenad på cirka fem minuter. Motsvarande siffror för åren 2008-2009 var 4,4 procent för männen och 7,6 procent för kvinnorna[1]. Reumatiska besvär och ledbesvär är också de mest frekventa kro-niska tillstånden i Europa [2].

Sverige har i likhet med andra länder en utveckling där befolkningen blir allt äldre, vilket innebär att fler personer med tiden får sjukdomar och besvär i rörelseorganen. Även antalet personer med övervikt ökar, detta bidrar också till sjukdomar i rörelseorganen.

Konsekvenserna av sjukdomar i rörelseorganen är omfattande för den enskilde i form av nedsatt hälsa och försämrad livskvalitet. Dessa sjukdomar svarar också för en betydande del av vårdkonsumtionen liksom en stor andel av samhällets totala utgifter för sjukdomar. Enligt statistik från Försäkringskassan i december 2013 fick drygt 23 procent av individerna med sjuk- och aktivitetsersättning detta på grund av sjukdomar i rörelseorganen, vilket är en minskning jämfört med år 2005 då motsvarande andel var nästan 32 procent [3].

Utvärderingen omfattar följande diagnoser:

- osteoporos
- artros i knä och höft
- inflammatoriska reumatiska sjukdomar: reumatoid artrit samt ankyloserande spondylit och psoriasisartrit (i begränsad omfattning).

Syfte och avgränsningar

Utvärderingens syfte

Syftet är att utvärdera landstingens processer och resultat när det gäller följsamheten till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar samt att redovisa kostnaderna för vården vid rörelseorganens sjukdomar. Ambitionen är att utvärdera vårdens kvalitet och effektivitet. I denna rapport ger Socialstyrelsen rekommendationer om vilka områden som behöver förbättras för att personer med dessa sjukdomar ska få en god vård.

Syftet med utvärderingen är att öppet jämföra och utvärdera den svenska vården vid rörelseorganens sjukdomar utifrån följande frågeställningar:

- Bedrivs vården i enlighet med Socialstyrelsens rekommendationer i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar från 2012?
- Bedrivs vården i enlighet med de sex kriterierna för en god vård, det vill säga är vården kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig?

Utvärderingens avgränsningar

Utvärderingen avser att följa upp och bedöma vården som ges vid de sjukdomar som omfattas av de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar.

När det gäller insatser i primärvården saknas uppgifter om detta på nationell nivå. Det innebär att en stor del av vården vid rörelseorganens sjukdomar inte kan redovisas i utvärderingen.

När det gäller ankyloserande spondylit och psoriasisartrit kan endast resultatet av en indikator redovisas vilket innebär att det inte går att göra några bedömningar eller dra några slutsatser av vården vid dessa sjukdomar i den här utvärderingen.

Jämförelse mot målnivåer

Inom ramen för utvärderingen ska Socialstyrelsen ta fram målnivåer där så är möjligt, om detta inte är gjort i riktlinjearbetet. Målnivåerna kommer att redovisas i en separat rapport i januari 2015.

Resultat i två rapporter

Utvärderingen av vården vid rörelseorganens sjukdomar publiceras i två rapporter. Den ena, *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*, omfattar en beskrivning av de använda metoderna och resultatet för samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen. Den innehåller även diagram som belyser de mest intressanta skillnaderna mellan landstingen.

Denna rapport, *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar*

och sammanfattning, redovisar de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna till vården.

Båda rapporterna kan beställas eller laddas ner från Socialstyrelsens webbplats. Dessutom beskrivs vårdkonsumtion och kostnader för dessa sjukdomar i en särskild bilaga, *Vårdkonsumtion och kostnader vid rörelseorganens sjukdomar*, finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Intressenter

Rapporterna riktar sig främst till beslutsfattare på olika nivåer: politiker, tjänstemän och verksamhetschefer, samt till den medicinska professionen inom hälso- och sjukvård. De kan även vara till nytta för andra intressenter såsom patientföreningar och medier.

Samverkan och kommunikation

Arbetet har bedrivits av en projektgrupp som har samverkat med medicinska experter inom respektive sjukdomsområde samt med registerhållare för de nationella kvalitetsregistren Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ), Bättre omhändertagande av artros (BOA) och Svenska höftprotesregistret (SHPR). Utvärderingens upplägg och genomförande har förankrats i nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK) samt med patientföreningen Reumatikerförbundet. Projektorganisationen presenteras i bilaga 1.

Rapportens disposition

Efter denna inledning följer kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. Kapitlet inleds med Socialstyrelsens rekommendationer som i första hand bygger på resultaten från utvärderingen. Efter rekommendationsavsnittet följer en *bedömning utifrån God vård*. Bedömningarna återkopplar i vissa delar till rekommendationsavsnittet, men tar även upp andra aspekter av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Därefter följer kapitlet *Metod* som beskriver vilka indikatorer som ingår i utvärderingen och vilka källor som utgjort underlag.

Avslutningsvis följer kapitlet *Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar* där utfall och variation presenteras

samt Socialstyrelsens bedömning av resultaten för de indikatorer som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*.

Rapporten avslutas med en bilaga om projektorganisationen.

Rekommendationer och bedömningar

I detta kapitel redovisar Socialstyrelsen rekommendationer riktade till landstingen och kommunerna. Rekommendationerna gäller de områden där utvärderingen visat att det finns stora regionala skillnader och Socialstyrelsen bedömer att vården kan förbättras.

Tanken är att rekommendationerna och bedömningarna ska kunna stödja huvudmännen och verksamheterna i deras kvalitets- och förbättringsarbete.

Rekommendationer för vården av personer med osteoporos

Förbättra utredning och diagnostik

Osteoporos, eller benskörhet, innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Höft- och kotfrakturer utgör de allvarligaste frakturerna och leder ofta till funktionsnedsättning, men även till ökad sjuklighet och för tidig död.

Enligt de nationella riktlinjerna bör frakturrisken beräknas med instrumentet FRAX (fracture risk assessment tool). Resultatet av den enkät som genomförts i denna utvärdering visar att riktlinjerna har bidragit till en ökad användning av FRAX och att flera landsting också har köpt in eller planerar att köpa in utrustning för DXA (dual energy x-ray absorbtion), vilket är en lågstrålande röntgenmetod som används för att mäta och klassificera graden av benskörhet.

Diagnosen osteoporos dokumenteras sällan när personer med höftfraktur skrivs in eller ut från sjukhuset, vilket sannolikt beror på att undersökningen inte genomförs i önskad utsträckning. Socialstyrelsen bedömer därför att det troligen föreligger en underdiagnostisk av osteoporos.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med osteoporos genom att

- i högre grad utreda och diagnostisera osteoporos, i synnerhet hos äldre personer
- fler patienter med fraktur, särskilt äldre, utreds för osteoporos och fallrisk.

Behandla fler med benspecifika läkemedel

Risken för nya allvarliga frakturer bedöms vara mycket hög för personer som enligt bedömningsinstrumentet FRAX har en risk överstigande 30 procent eller som har eller har haft en fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota. När en person drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Utvärderingen visar att kvinnor drabbas av återfrakturer i högre grad än män och att antalet återfrakturer varierar stort mellan landstingen. Socialstyrelsen bedömer att vissa landsting ligger orimligt högt.

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med mycket hög frakturrisik ska behandlas med alendronsyra, eller med zoledronsyra om det är svårt att fullfölja en behandling med alendronsyra. Alternativt kan behandling med denosumab ges till personer som har mycket hög frakturrisik samt svårt att fullfölja en behandling med bisfosfonater (alendronsyra och zoledronsyra). Läkemedlen minskar nedbrytningen av skelettet, ökar bentätheten och minskar risken för återfraktur.

Utvärderingen visar att endast cirka 12 procent av patienterna med osteoporosrelaterade frakturer fått behandling med benspecifika läkemedel. Åren 2005–2012 var förskrivningen av dessa läkemedel till personer med fragilitetsfraktur inklusive höftfraktur i princip oförändrad. Variationen mellan landstingen är dock stor; landstingen med högst läkemedelsförskrivning behandlar en dubbelt så hög andel patienter som landstingen med lägst läkemedelsförskrivning. Det finns också en tydlig skillnad mellan kvinnor och män, då kvinnorna behandlas i betydligt högre utsträckning än männen. Indikatorn utgår från en patientgrupp med hög risk för ny fraktur och därmed är

könsskillnaderna inte försvarbara. Det faktum att äldre kvinnor får behandling i lägre grad än yngre går dessutom rakt emot rekommendationen i de nationella riktlinjerna eftersom hög ålder räknas som en riskfaktor för återfraktur. En högre andel äldre patienter borde därför vara aktuella för behandling med benspecifika läkemedel.

Socialstyrelsen bedömer att alltför få patienter med fragilitetsfrakturer, inklusive höftfraktur, får tillgång till behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med osteoporos genom att

- behandla betydligt fler personer med hög risk för frakturer med benspecifika läkemedel
- de landsting som har låg förskrivning av benspecifika läkemedel särskilt analyserar anledningen till detta
- särskilt analysera eventuella köns- och åldersskillnader vid förskrivning av benspecifika läkemedel.

Behandla med kalcium och D-vitamin som monoterapi endast vid dokumenterad brist på dessa ämnen

Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte behandla kvinnor som genomgått klimakteriet samt män över 50 år med läkemedel som enbart innehåller kalcium och D-vitamin, så kallad monoterapi, om det inte finns en dokumenterad brist på dessa ämnen hos patienten. Anledningen är att läkemedlen då inte gör någon nytta i kroppen och att biverkningar i form av hjärt- och kärlsjukdomar kan öka. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att inte behandla osteoporos med kalcium och D-vitamin som monoterapi.

Vid eventuellt insättande av benspecifika läkemedel såsom bisfosfonater och denosumab bör dock hälso- och sjukvården också överväga tilläggsbehandling med kalcium och D-vitamin.

Utvärderingen visar att andelen patienter med fragilitetsfraktur som behandlas med kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling

med benspecifika läkemedel i princip var oförändrad under perioden 2005–2012.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med osteoporos genom att

- behandla med kalcium och D-vitamin som monoterapi endast när det finns en dokumenterad brist på dessa ämnen eller när patienten samtidigt behandlas med benspecifika läkemedel.

Sätt in fallpreventiva åtgärder

När en person drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården, och i förekommande fall även den kommunala vården och omsorgen, sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga nya frakturer. I de nationella riktlinjerna rekommenderas olika fallpreventiva åtgärder samt att motivera personen till ökad fysisk aktivitet eftersom det har en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. En effektiv fallprevention omfattar individuell riskbedömning, fysisk träning, kognitiv träning, åtgärder i boendemiljö och hjälpmedel vilket ofta kräver att flera yrkesgrupper med olika kompetens samverkar. Åtgärderna kan minska risken avsevärt för att patienten ska drabbas av en ny fraktur.

Många kommuner deltar i kvalitetsregistret Senior Alert och registrerar förebyggande insatser vid risk för fall, antal fall samt fallskador. Det framgår dock inte av kvalitetsregistret vilka personer som har osteoporos och därför har det inte varit möjligt att följa upp omfattningen av de fallpreventiva åtgärder som görs i landsting och kommuner.

Antalet återfrakturer tyder dock på att arbetet med fallpreventiva åtgärder skulle behöva utvecklas ytterligare.

Hälso- och sjukvården och den kommunala hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med osteoporos genom att

- vidta fallpreventiva åtgärder för att minska antalet frakturer
- analysera anledningen till ett högt antal återfrakturer och vidta åtgärder som bidrar till förbättring
- dokumentera och registrera fallskador och fallpreventiva åtgärder i högre utsträckning, för att öka möjligheterna att följa utvecklingen.

Rekommendationer för vården av personer med artros

Erbjud fysisk träning till fler

I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med artros i knä eller höft erbjuds regelbunden, handledld träning under lång tid, eftersom detta ger en smärtlindrande effekt som kan jämföras med behandling med smärtstillande läkemedel.

En form av sjukgymnastisk intervention är så kallad artrosskola, vilket bland annat innebär att patienten får utbildning om artros samt erbjuds handledld träning och råd om viktredgång. Sedan 2010 finns det nationella kvalitetsregistret BOA som omfattar patienter med höft- och/eller knäartros som har gått artrosskola. Antalet registreringar i BOA-registret har ökat konstant sedan starten – från 304 patienter år 2008 till 25 161 patienter år 2013. Uppskattningsvis fick cirka 16 procent av alla patienter som sökte vård för artros under 2013 tillgång till artrosskola. Täckningsgraden varierar dock avsevärt mellan landstingen. Detta gör att information från kvalitetsregistret BOA inte har kunnat användas till exempel för att beskriva andelen personer som deltar i artrosskola före en höftprotesoperation, utan uppgifter har i stället hämtats från Svenska höftprotesregistret. Resultaten visar att endast var femte person som genomgår en höftprotesoperation anger att de har deltagit i artrosskola före operationen. Motsvarande information om knäoperationer saknas men andelen är rimligtvis ungefär densamma.

Det behövs bättre möjligheter att följa upp hur stor andel av per-

sonerna med artros som får en sjukgymnastisk intervention i form av artrosskola, och därför är det angeläget att fler verksamheter som erbjuder denna insats ansluter sig till BOA-registret. Kvalitetsregistret kan också öka kunskapen om hälsoläget hos personer med artros, och om hur det påverkas av bland annat strukturerad utbildning och individanpassad handledd fysisk träning.

Socialstyrelsen bedömer att andelen som får artrosskola borde vara större, eftersom en protesoperation endast ska genomföras vid svåra besvär eller då de insatser som vanligtvis ingår i artrosskolan inte har gett någon effekt. Variationen mellan landstingen är stor, vilket också tyder på att det finns skillnader när det gäller landstingens utbud av artrosskola. Resultaten bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom vissa landsting kan erbjuda fysisk träning i enlighet med riktlinjens rekommendationer, men utan att inkludera de utbildningsinsatser som ingår i artrosskolan.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med artros genom att

- fler personer erbjuds möjlighet till fysisk träning i enlighet med riktlinjens rekommendationer, till exempel i form av artrosskola
- verksamheter som erbjuder artrosskola ansluter sig till och registrerar i kvalitetsregistret BOA.

Utveckla diagnostiken och minska användningen av rutinmässig röntgen

Enligt de nationella riktlinjerna räcker en samlad bedömning av anamnesen samt förekomsten av tre vanliga symtom och tre typiska fynd som underlag för att ställa diagnos vid artros. Vanliga symtom är smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion, och exempel på typiska fynd är krepitationer (ett knastrande ljud som kan höras och kännas i en led med artros), svullna leder och nedsatt böjförmåga.

Röntgenundersökning kan vara nödvändig när personen inte svarar på behandling inom förväntad tid, eller när vården måste utesluta någon annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funk-

tionsnedsättningen. Resultaten från utvärderingen tyder dock på att röntgenundersökningar används för diagnostisering i alltför stor utsträckning. Resultat från kvalitetsregistret Bättre omhändertagande av patienter med artros (BOA) visar att mer än fyra av fem patienter genomgick en röntgenundersökning innan de började i artrosskola. Socialstyrelsen bedömer att detta sannolikt är fler än nödvändigt, eftersom diagnosen artros borde kunna ställas utan röntgenundersökning i majoriteten av fallen.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med artros genom att

- förbättra utredning och diagnostik av artros
- analysera användningen av röntgenundersökning i samband med diagnostik så att detta inte sker rutinmässigt.

Minska förskrivningen av läkemedel som saknar effekt

Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården inte behandla artrospatienter med glukosamin respektive hyaluronsyra, eftersom dessa läkemedel inte har någon effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling.

Resultat från utvärderingen visar att förskrivningen av både glukosamin och hyaluronsyra har minskat avsevärt under de senaste åren, och i samtliga landsting har förskrivningen mer än halverats sedan år 2009. Läkemedlen omfattas sedan år 2010 inte av läkemedelsförmånen, vilket sannolikt har bidragit till minskningen.

Socialstyrelsen bedömer att det är positivt att förskrivningen av både glukosamin och hyaluronsyra har minskat, och att denna utveckling har skett i samtliga landsting. Fortfarande finns det dock stora variationer i landet och myndigheten bedömer därför att många landsting behöver se över förskrivningen av glukosamin respektive hyaluronsyra. Särskilt angeläget är detta för hyaluronsyra, eftersom behandling med läkemedlet innebär en viss infektionsrisk för patienten då det injiceras direkt i den drabbade leden. Dessutom ställer behandlingen krav på resurser från hälso- och sjukvården.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med artros genom att

- förskrivningen av glukosamin och hyaluronsyra fortsätter att minska (särskilt i de landsting som fortfarande har en hög förskrivning av dessa läkemedel).

Minska användningen av artroskopi

Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. En genomgång av forskningsläget visar dock att artroskopisk kirurgi vid artros inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Ingreppet innebär dessutom en viss risk för komplikationer och därför rekommenderar de nationella riktlinjerna att hälso- och sjukvården avstår från artroskopier vid artros.

Antalet artroskopier som genomförs vid knäartros har successivt minskat under den senaste tioårsperioden. Socialstyrelsen bedömer att detta är en positiv utveckling men vissa patienter genomgår fortfarande ingreppet, trots att det strider mot rekommendationerna. Variationen mellan landstingen är också relativt stor – i vissa landsting är det dubbelt så stor andel som genomgår en artroskopi vid knäartros som i andra landsting.

Artroskopierna på grund av knäartros har alltså minskat, men samtidigt har det skett en ökning av antalet artroskopier med meniskskada som huvuddiagnos. Antalet artroskopier som sker på grund av artros respektive meniskskada varierar dock avsevärt mellan olika landsting. Vissa som opereras på grund av meniskskada har även artros som bidiagnos, och därför kan landstingen behöva analysera dessa skillnader i diagnosfördelning samt diagnoskodning.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med artros genom att

- minska användningen av artroskopier som genomförs på grund av knäartros (särskilt landsting som fortfarande genomför artroskopier på grund av knäartros)
- analysera användningen av artroskopi vid knäartros.

Ge män och kvinnor likartad behandling

Resultaten från utvärderingen tyder på att det finns skillnader när det gäller vilka utrednings- och behandlingsmetoder som män respektive kvinnor får tillgång till. Män tycks i större utsträckning genomgå en röntgenundersökning i samband med diagnostisering, och det är vanligare att artroskopisk kirurgi utförs på män. Däremot förefaller det vara vanligare att kvinnor deltar i artrosskola, då 23 procent av kvinnorna jämfört med 16 procent av männen genomgick artrosskola före en höftprotesoperation.

Landstingen kan förbättra vården av personer med artros genom att

- se över eventuella könsskillnader vid användningen av olika utrednings- och behandlingsmetoder, till exempel röntgenundersökning, långvarig fysisk träning/artrosskola och artroskopi
- uppmuntra fler män att delta i artrosskola eller annan fysisk träning.

Rekommendationer för vården av personer med reumatoid artrit

Korta tiden från symtom till diagnos

Det är angeläget att vården diagnostiserar reumatoid artrit så snart som möjligt för att lämplig behandling ska kunna påbörjas i ett tidigt skede av sjukdomen. Diagnosen kan fördröjas av många orsaker, till exempel

att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte uppfattat symtomen korrekt eller inte vidtagit åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården lett till en senare diagnos än vad som vore idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessutom symtomen varat i över 6 veckor.

Besvär från rörelseapparaten är mycket vanliga i befolkningen och ibland förekommer liknande eller överlappande sjukdomstillstånd som är betydligt vanligare än reumatoid artrit (såsom artros och långvariga smärttillstånd). Detta kan också bidra till att symtom misstolkas och det tar ibland lång tid att få sin diagnos.

Utvärderingen visar att sjukdomsdurationen före diagnos varierar mellan landstingen.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med reumatoid artrit genom att

- förbättra utredning och diagnostik för att om möjligt korta tiden från symtom till diagnos.

Öka tidig behandling med biologiska läkemedel

Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren, vilket har gett många patienter en ökad livskvalitet och förbättrad funktions- och arbetsförmåga. Enligt resultatet av utvärderingen ökade andelen personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel i nästan alla landsting under åren 2010–2012 jämfört med perioden 2007–2009. Skillnaden mellan landstingen är dock relativt stor.

Utvärderingen visar att förskrivningen av biologiska läkemedel är relativt låg under första året efter diagnos (tidig behandling), vilket talar för att det finns utrymme för betydande förbättring av vården vid nyinsjuknande i reumatoid artrit. Utvärderingen visar också att sjukdomsdurationen före första behandling med biologiska läkemedel varierar mellan landstingen och mellan kvinnor och män. Läkemedlen förskrivs även i högre grad till högutbildade än till lågutbildade.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med reumatoid artrit genom att

- överväga behandling med biologiska läkemedel för fler patienter tidigare i sjukdomsförloppet (under första året)
- följa förskrivningsmönster och erbjuda tillgänglig behandling oavsett kön, födelseland och socioekonomisk bakgrund.

Vården av personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit

I utvärderingen har det inte varit möjligt att följa upp vården vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Den indikator som använts i den här utvärderingen speglar antalet personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som behandlas med biologiska läkemedel. Dataunderlaget är dock för osäkert för att redovisas per landsting och presenteras därför endast för riket.

Resultatet visar att antalet personer med ankyloserande spondylit som får biologiska läkemedel ökade under perioden 2005–2012. Även när det gäller psoriasisartrit ökade antalet kraftigt, i huvudsak mellan 2010 och 2012.

Socialstyrelsen bedömer att följsamheten till de nationella riktlinjerna sannolikt har ökat men att det behövs ytterligare data för att kunna bedöma vården vid dessa sjukdomar och dra slutsatser av resultatet.

Hälso- och sjukvården kan förbättra vården av personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit genom att

- öka rapporteringen av uppgifter till relevanta register om vården av personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit för att förbättra möjligheterna till uppföljning.

Bedömning utifrån god vård och omsorg

Bedömningen utgår huvudsakligen från de indikatorbaserade resultaten och syftar till att analysera om vården vid rörelseorganens sjukdomar är kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig.

I denna rapport redovisas perspektiven individanpassad vård och jämlik vård.

Individanpassad vård

Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig. När det gäller individanpassad vård för rörelseorganens sjukdomar ges några exempel på detta nedan.

Reumatoid artrit

I syfte att involvera patienten i vården av reumatoid artrit har patienten möjlighet att själv uppges sin upplevelse av den aktuella sjukdomsbilden, vilket kan ske hemifrån före besöket via webbtjänsten Mina vårdkontakter eller direkt i en dator i väntrummet på mottagningen. Med internettjänsten PER (Patientens egen registrering) omvandlas bedömningarna till kvantitativa mått som omedelbart återrapporteras till patienten i form av en översikt av den aktuella hälsan.

Med ”siffror” på subjektiva dimensioner av hälsa blir det lättare för läkarna att ta patienternas uppfattning i beaktande då den individuella vården utformas. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister ger på detta sätt förutsättningar för en bättre individuell hälsa genom proaktiv patientmedverkan. Resultaten från mötet med vården rapporteras till det nationella kvalitetsregistret. Sedan kan vården förbättras med ett traditionellt kvalitetsarbete genom jämförelser över tid och nationellt.

Artros

I vården av artrospatienter har så kallade artrosskolor utvecklats under de senaste åren. Artrosskola innebär att patienten får utbildning om artros, erbjuds handleddd träning och får råd om viktning vid behov. Syftet är att patientens delaktighet och en ökad kunskap om artros ska bidra till ett förbättrat hälsotillstånd.

Genom att följa upp patientnytta, patienternas följsamhet till rekommenderad intervention, EQ-5D (hälsorelaterad livskvalitet),

smärtskattning enligt VAS (visuell analog skala), patientnöjdhet, viljan att bli opererad, rörelserädsla, fysisk aktivitetsnivå samt tilltro till den egna förmågan att påverka symtom utvärderas resultatet av artrosskola kontinuerligt. Det är dock för tidigt att dra några bestämda slutsatser av artrosskolans effekter för patienter med artros.

Jämlik vård

Jämlik vård innebär att vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor.

Alla medborgare ska ges samma möjligheter att få vård och omsorg och bli likvärdigt behandlade oavsett faktorer som bostadsort, kön, ålder, utbildning och födelseland.

Resultatet av utvärderingen visar att det förekommer skillnader mellan män och kvinnor, till exempel när det gäller läkemedel mot osteoporos vid fragilitetsfrakturer. Då behandlas män i avsevärt mindre utsträckning än kvinnor.

Skillnader förekommer också när det gäller utbildningsnivå och födelseland. Högutbildade kvinnor och män får i högre utsträckning biologiska läkemedel vid reumatoid artrit än lågutbildade och bland högutbildade respektive svenskfödda personer får större andelar läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur.

Jämförelserna tar inte hänsyn till skillnader mellan grupperna när det gäller exempelvis patientsammansättning som kan bidra till att förklara att läkemedel ges i olika utsträckning. Utvärderingen pekar på att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen säkerställer att vården ges på likartat sätt oberoende av kön eller socioekonomisk bakgrund.

Förbättra möjligheterna till uppföljning av vården vid rörelseorganens sjukdomar

Arbetet med denna utvärdering har visat att det saknas data för uppföljning inom vissa områden. För att kunna följa upp vårdens och omsorgens struktur, process och resultat krävs en fortsatt utveckling av datakällor på både lokal, regional och nationell nivå. Dessutom krävs jämförbara kostnadsdata för att kunna analysera vårdens effektivitet.

Förutom utveckling av registerdata behövs incitament för en ökad

rapportering av uppgifter till aktuella kvalitetsregister, hälsodataregister och KPP-databasen (kostnad per patient). Då ökar täckningsgraden och därigenom möjligheterna att följa utvecklingen vad gäller vårdens innehåll, kvalitet och effektivitet. Socialstyrelsen avser att verka för fortsatt utvecklingsarbete vad gäller hälsodataregistren och övriga relevanta datakällor inom myndigheten.

När det gäller insatser i primärvården saknas uppgifter om detta på nationell nivå. Det innebär att en stor del av vården vid rörelseorganens sjukdomar inte kan redovisas i utvärderingen.

Socialstyrelsen anser att möjligheterna att följa upp vården vid rörelseorganens sjukdomar kan förbättras genom att

- fler verksamheter – både inom landsting och kommuner – dokumenterar och rapporterar till de kvalitetsregister som finns för de sjukdomar som omfattas av de nationella riktlinjerna (Svensk reumatologis kvalitetsregister, kvalitetsregistret för Bättre omhändertagande av artros, Svenska höftprotesregistret, Senior Alert) och till KPP-databasen
- landsting och kommuner förbättrar den egna verksamhetsuppföljningen av vården vid rörelseorganens sjukdomar.

Metod

Denna rapport är en utvärdering av följsamheten till rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. Rapporten utgår från de indikatorer som utformades i 2012 års riktlinjer samt några nya indikatorer som tagits fram under utvärderingsarbetet. Utvärderingen bygger främst på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister. Kvalitetsregistrens täckningsgrad är varierande, vilket innebär att det inte alltid är möjligt att dra några bestämda slutsatser av resultatet.

Datainsamling

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens hälsodataregister och från nationella kvalitetsregister. När det gäller insatser i primärvården finns inga uppgifter på nationell nivå. Det innebär att en stor del av den vård som ges vid sjukdomar i rörelseorganen inte kan redovisas i utvärderingen.

Urval av indikatorer

Indikatorerna som presenteras i utvärderingen är huvudsakligen hämtade från de nationella riktlinjerna. Där ingår tre övergripande indikatorer att följa upp oavsett diagnos, och dessutom ett antal diagnosspecifika indikatorer. Några av indikatorerna är utvecklingsindikatorer vilket innebär att det saknas nationella datakällor och dessa har därför inte använts i utvärderingen. Denna utvärdering omfattar några av de indikatorer som utformades i riktlinjearbetet samt några nya som togs fram under utvärderingsarbetet. I bilaga på Socialstyrelsens webbplats finns en teknisk beskrivning av indikatorerna.

Indikatorförteckning

Varje indikator betecknas med en bokstav, O för osteoporos, A för artros och R för inflammatoriska reumatiska sjukdomar, samt en siffra. Beteckningarna används konsekvent i rubriker till den löpande texten, i diagrammen och vid hänvisningar.

Utvärderingen omfattar följande indikatorer:

Tabell 1. Indikatorförteckning

Osteoporos	
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur	O1
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur*	O2
Återfrakturer inom 5 år efter fragilitetsfraktur	O3
Dödlighet efter höftfraktur*	O4
Artros	
Artrosskola före höftprotesoperation*	A1
Röntgenundersökning innan artrosskola*	A2
Behandling med glukosamin*	A3
Behandling med hyaluronsyra*	A4
Artroskopisk kirurgi vid artros i knä	A5
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	
Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit	R1
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nysjuknande i reumatoid artrit	R2
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R3
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga före och efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R4
Behandling med biologiska läkemedel hos nysjuknade patienter med reumatoid artrit*	R5
Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit*	R6
Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit	R7

* Nya indikatorer som inte ingår i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar 2012.

Resultatet för samtliga indikatorer redovisas utförligt i rapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar*. I denna rapport redovisas endast resultatet för de indikatorer som resulterat i en rekommendation från Socialstyrelsen, se kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*.

Använda källor

Utvärderingen baseras i första hand på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister samt dödsorsaksregistret. De kvalitetsregister som bidragit med underlag till rapporten är:

- Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ)
- Bättre omhändertagande av artros (BOA)
- Svenska höftprotesregistret (SHPR).

Uppgifter har även hämtats från tre register vid Socialstyrelsen:

- patientregistret
- läkemedelsregistret
- dödsorsaksregistret.

Information om individens utbildningsnivå har hämtats från SCB:s utbildningsregister och uppgifter om födelseland från patientregistret. Dessutom har uppgifter hämtats från Sveriges Kommuner och Landstings KPP-databas om vårdkostnader och från Apotekens Servicebolag AB om läkemedelskostnader inom sluten- och öppenvården.

Jämförelser av data

I rapporten presenteras och jämförs indikatorerna utifrån organisatorisk nivå (riket, landsting), patientkaraktäristika (kön, ålder), födelseland och socioekonomisk bakgrund (utbildning). Syftet med att jämföra uppgifter på dessa olika nivåer är att synliggöra eventuella ojämlikheter i vården.

Fördjupad redovisning av rekommendationer och bedömningar

Rekommendationer för vården av personer med osteoporos

Utvärderingen omfattar fyra indikatorer om vården av personer med osteoporos. Här presenteras utfall och variation samt Socialstyrelsens bedömning av resultaten för de indikatorer som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. För en fullständig beskrivning av samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen med tillhörande diagram hänvisas till underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar* som finns publicerad på Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). Där redovisas även felkällor och tolkningssvårigheter för respektive indikator.

Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur(O1)

Personer som haft en fragilitetsfraktur i höft eller ryggkota bedöms ha mycket hög risk att drabbas av nya allvarliga frakturer, och det gäller även dem som enligt bedömningsinstrumentet FRAX har en risk överstigande 30 procent. Dessa personer bör i hög grad övervägas för behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater eller denosumab. Läkemedlen minskar nedbrytningen av skelettet, ökar bentätheten och minskar risken för fraktur. Bisfosfonater kan ges antingen i tablettform eller som infusion, medan denosumab ges som injektion. Åtgärden har hög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Utfall och variation

Mellan åren 2005 och 2012 förändrades inte förskrivningen av bisfosfonater och andra benspecifika läkemedel nämnvärt, cirka 12 procent av patienterna med osteoporosrelaterade frakturer fick behandlingen

(diagram O1.2). I undergruppen med höftfraktur var motsvarande siffra cirka 14 procent. För åren 2010–2012 var variationen mellan landstingen 16,4–7,2 procent för osteoporosrelaterade frakturer (19,6–7,2 procent för höftfrakturer), vilket innebär en skillnad på över 9 respektive 12 procentenheter mellan högst och lägst förskrivande landsting (diagram O1.3). Kvinnor får i högre grad än män behandling med dessa läkemedel efter en fragilitetsfraktur, 16,6 jämfört med 4,4 procent (för höftfrakturerna är motsvarande siffror 16,8 respektive 6,2 procent). För riket som helhet syns inga större åldersskillnader, men för kvinnorna med fragilitetsfraktur är det en högre andel i gruppen 50–69 år som får behandling jämfört med dem som är 70 år eller äldre. Skillnaden mellan åldersgrupperna är cirka fyra procentenheter (för kvinnor med höftfraktur är motsvarande siffra 12 procentenheter).

Personer med hög utbildningsnivå får i högre grad behandling med benspecifika läkemedel än de med medelhög eller låg utbildning. Skillnaderna är små för såväl fragilitetsfraktur som höftfraktur men ändå statistiskt signifikanta. Likaså får personer födda utanför Europa i något lägre grad behandling efter en fragilitetsfraktur jämfört med personer födda i Sverige (9,3 mot 12,1 procent). För personer med höftfraktur syns inga sådana skillnader.

Bedömning av resultat

Mellan åren 2005 och 2012 var förskrivningen av benspecifika läkemedel till personer med fragilitetsfraktur inklusive höftfraktur i princip oförändrad. Eftersom riktlinjerna publicerades först 2012 är det inte möjligt att bedöma eventuella effekter av de nya rekommendationerna utifrån detta material.

Variationen mellan landstingen bedöms vara stor, och landsting med hög läkemedelsförskrivning behandlar en dubbelt så stor andel patienter som landsting med låg förskrivning av benspecifika läkemedel. Det finns också en tydlig skillnad mellan kvinnor och män för denna indikator på så sätt att kvinnorna behandlas i betydligt högre grad än männen. Eftersom indikatorn utgår från en patientgrupp med hög risk för ny fraktur är könsskillnaderna inte är försvarbara. Det faktum att äldre kvinnor får behandling i lägre grad än yngre går dessutom rakt emot rekommendationen i de nationella riktlinjerna eftersom hög ålder räknas som en riskfaktor för återfraktur. En högre

andel äldre patienter borde därför vara aktuella för behandling med benspecifika läkemedel.

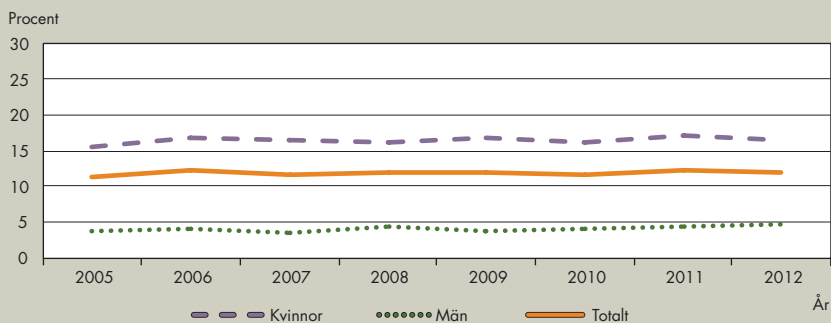
De socioekonomiska skillnader som finns är små, men mönstret är tydligt; högutbildade och födda i Sverige får i högre grad behandling med benspecifika läkemedel än personer som har låg utbildning eller är födda utanför Europa. Detta kan sannolikt bero på att grupper med högre utbildningsnivå har större möjligheter att ta emot och söka information samt att ställa krav på vården. Det är också en signal om att många landsting saknar fungerande rutiner för att identifiera patienter med hög risk för återfraktur. Hälso- och sjukvården bör vara observant på dessa skillnader så att alla patienter som kan vara aktuella för behandling med benspecifika läkemedel får tillgång till denna, oavsett socioekonomisk status.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att alltför få patienter med fragilitetsfrakturer, inklusive höftfraktur, får tillgång till behandling med benspecifika läkemedel, i första hand bisfosfonater. Det finns en grupp patienter som inte tål behandlingen till följd av bland annat nedsatt njurfunktion och biverkningar, men evidens från flera studier [4,5] pekar på att 60–70 procent av patienterna med hög risk för fragilitetsfraktur kan vara aktuella för behandling med benspecifika läkemedel. I sammanhanget bör det dock framhållas att patienter med låg risk för ny fragilitetsfraktur bör få läkemedelsbehandling i betydligt lägre utsträckning.

Socialstyrelsen anser att betydligt fler patienter i högriskgruppen, efter en individuell bedömning, bör få läkemedelsbehandling i kombination med andra insatser. Sannolikt råder en påtaglig underbehandling som kan bero både på underdiagnostik, låg benägenhet att förskriva läkemedel samt på bristfällig information till patienterna om vikten av att förebygga nya frakturer.

Diagram O1.2. Läkemedel mot osteoporos – fragilitetsfraktur, riket

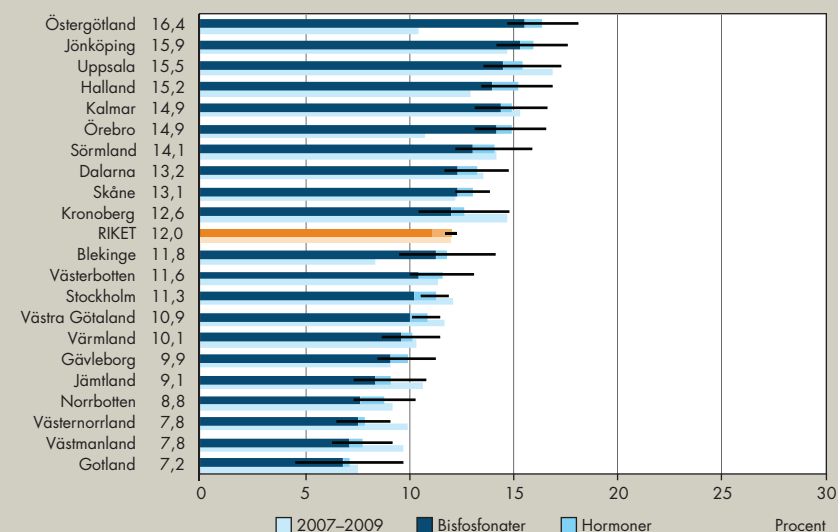
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagsfraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O1.3. Läkemedel mot osteoporos – fragilitetsfraktur, landsting

Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagsfraktur, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur (O2)

Kalcium och D-vitamin är viktiga för att skelettet ska hålla för påfrestningar. Hälso- och sjukvården bör dock inte behandla kvinnor som genomgått klimakteriet eller män över 50 år med läkemedel som enbart innehåller kalcium och D-vitamin, så kallad monoterapi, om det inte finns en dokumenterad brist på dessa ämnen hos patienten. Anledningen är att läkemedlen då inte gör någon nytta i kroppen, och att biverkningar i form av hjärt- och kärlsjukdomar kan öka. I de nationella riktlinjerna har monoterapi fått prioritet *icke-göra* för denna patientgrupp.

Vid eventuellt insättande av benspecifika läkemedel såsom bisfosfonater och denosumab bör dock hälso- och sjukvården också överväga tilläggsbehandling med kalcium och D-vitamin.

Utfall och variation

Åren 2005–2012 var andelen patienter med fragilitetsfraktur som behandlades med kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel i princip oförändrad (diagram O2.1). År 2012 behandlades cirka 14 procent av patienterna med fragilitetsfraktur med dessa läkemedel. I den grupp som drabbats av höftfraktur var förekomsten av monoterapi ännu högre, hela 18 procent fick kalcium och D-vitamin utan samtidig benspecifik läkemedelsbehandling.

Variationen mellan landstingen var för mätperioden 2010–2012 drygt 17 procentenheter: 8,5–25,9 procent (diagram O2.2). Kvinnor fick i högre grad än män behandling med kalcium och D-vitamin efter fraktur: 17,4 mot 8,4 procent. För båda könen var behandling vanligast hos patienter 70 år och äldre, och bland kvinnorna behandlades 20 procent i denna åldersgrupp med läkemedlen.

Det går inte att se några signifikanta skillnader mellan olika socioekonomiska grupper för denna indikator.

Bedömning av resultat

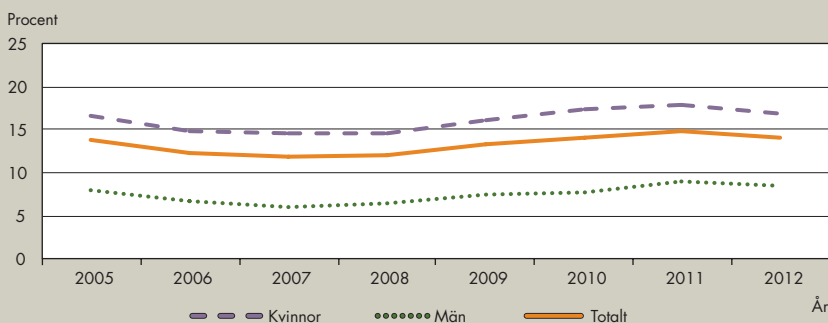
De nationella riktlinjerna är tydliga med att endast patienter med dokumenterad brist på kalcium och D-vitamin bör komma i fråga för monoterapi med den aktuella behandlingen. I patientregistret på Socialstyrelsen hade dock endast cirka 700 av patienterna i undersök-

ningen en dokumenterad D-vitaminbrist, vilket tyder på att monoterapi med kalcium och D-vitamin många gånger sätts in utan att patienten har en fastställd diagnos. Läkemedlen kan dock kombineras med benspecifika läkemedel efter en individuell bedömning. Utifrån ovanstående resonemang är det anmärkningsvärt att hela 14 procent av patienterna med fragilitetsfraktur och 18 procent av patienterna med höftfraktur fick monoterapi med kalcium och D-vitamin, alltså utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel.

Socialstyrelsen bedömer att landstingen bör se över rutinerna för behandling med kalcium och D-vitamin som monoterapi samt i större utsträckning överväga tilläggsbehandling med kalcium och D-vitamin vid behandling med benspecifika läkemedel.

Diagram O2.1. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, riket

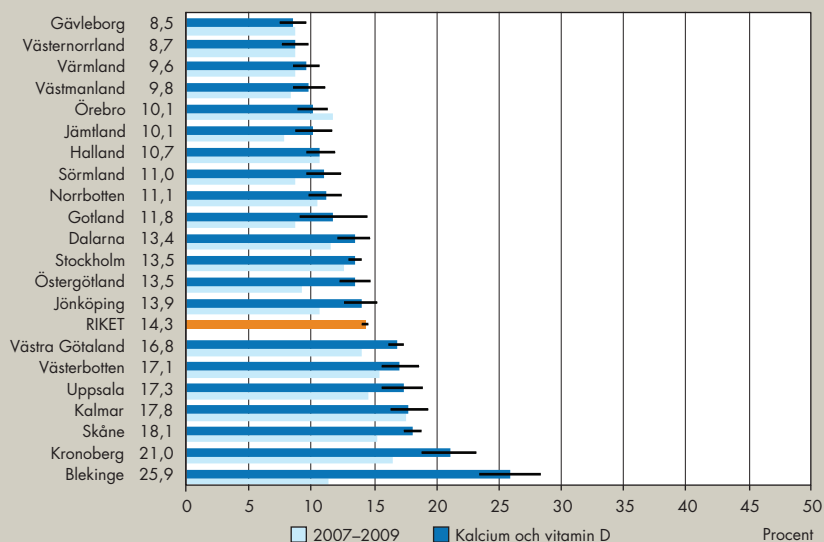
Andel personer med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, 2005–2012. Avser personer 50 år eller äldre. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O2.2. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, landsting

Andel personer med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 6–12 månader efter förstagsfraktur, personer 50 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Återfrakturer inom 5 år efter fragilitetsfraktur (O3)

När en person har drabbats av en osteoporosrelaterad fraktur är det viktigt att hälso- och sjukvården sätter in åtgärder för att så långt som möjligt förebygga ytterligare frakturer. Åtgärderna kan bestå av läkemedelsbehandling för att stärka skelettet samt olika fallpreventiva åtgärder. Dessutom kan personen motiveras till ökad fysisk aktivitet eftersom det har en positiv effekt på muskelfunktionen, balansen och i viss mån även bentätheten. Utan dessa åtgärder ökar risken för att patienten ska drabbas av en ny fraktur. Samtliga dessa åtgärder har fått hög eller medelhög prioritet i de nationella riktlinjerna.

Utfall och variation

I riket som helhet inträffade cirka 6 150 återfrakturer per 100 000 levnadsår under mätperioden. Variationen mellan landstingen var 4 456–7 269 återfrakturer per 100 000 levnadsår (diagram O3.1). Kvinnor drabbas i högre grad av återfrakturer jämfört med män, 6 400 jämfört med 5 400 per 100 000 levnadsår.

Vad gäller åldersskillnader fanns det i riket som helhet ingen signifikant skillnad mellan gruppen 50–69 år och gruppen över 70 år. Risken för att drabbas av förnyad fraktur ökar med stigande ålder, men eftersom indikatorn mäter frakturer per levnadsår minskar tidsspannet då den äldre patientgruppen kan drabbas av en fraktur då de har färre levnadsår kvar.

Utbildningsnivå och födelseland verkar inte ha någon inverkan på resultatet och det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan grupperna.

Bedömning av resultat

Variationen mellan landstingen bedöms vara stor med över 2 800 återfrakturer per 100 000 levnadsår. Det går inte att utesluta att variationen mellan landstingen beror på skillnader i sekundärpreventiva insatser för personer som drabbats av osteoporosrelaterade frakturer.

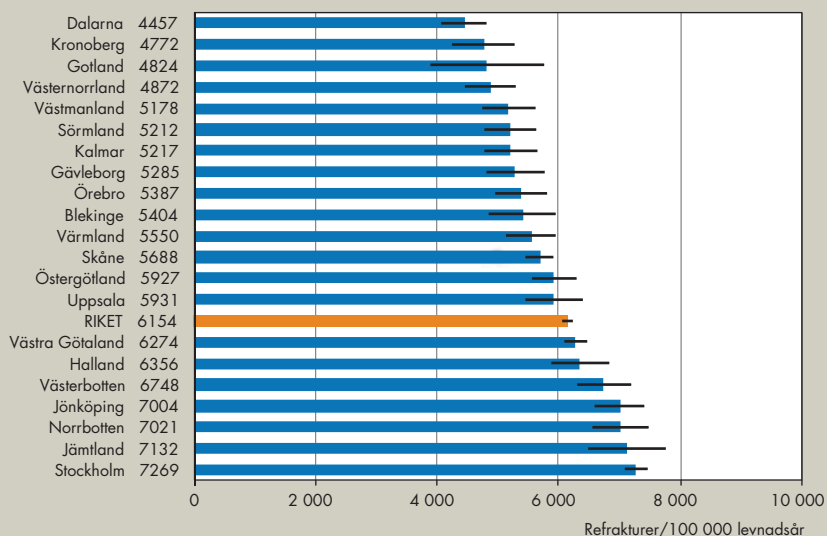
Könsskillnaderna är svårtolkade men kvinnor löper högre risk att drabbas av en fragilitetsfraktur. Några skillnader avseende utbildningsnivå eller födelseland finns inte.

Socialstyrelsen bedömer att variationen mellan landstingen är

orimligt stor. De landsting som uppvisar höga siffror i resultatet bör analysera detta vidare och vidta förbättringsåtgärder.

Diagram O3.1. Återfraktur inom 5 år, landsting

Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Rekommendationer för vården av personer med artros

Utvärderingen omfattar fem indikatorer om vården av personer med artros. Här presenteras utfall och variation samt Socialstyrelsens bedömning av resultaten för de indikatorer som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. För en fullständig beskrivning av samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen med tillhörande diagram hänvisas till underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar* som finns publicerad på Socialstyrelsen webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). Där redovisas även felkällor och tolkningssvårigheter för respektive indikator.

Artrosskola före protesoperation (A1)

Enligt de nationella riktlinjerna ska protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, som exempelvis utbildning, fysisk träning, viktnedgång och läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Det blir allt vanligare att dessa insatser ges i form av så kallad artrosskola.

Utfall och variation

Under 2012 var det 23 264 personer som genomgick en höftprotesoperation på grund av en höftledsartros och som registrerades i Svenska Höftprotesregistret (diagram A1.1). Av dem var det knappt 20 procent som angav att de deltagit i en artrosskola före operationen. Andelen varierar dock avsevärt mellan landstingen – från 9 till 59 procent.

Andelen kvinnor som deltar i artrosskola före höftprotesoperation är större än andelen män – 23 procent av kvinnorna jämfört med 16 procent av männen.

Bedömning av resultat

Endast var femte person som genomgår en höftprotesoperation anger att de har deltagit i artrosskola före operationen. Motsvarande information om knäoperationer saknas men det finns inte någon anledning

att tro att andelen som genomgår artrosskola före knäprotesoperation skulle ligga på en annan nivå.

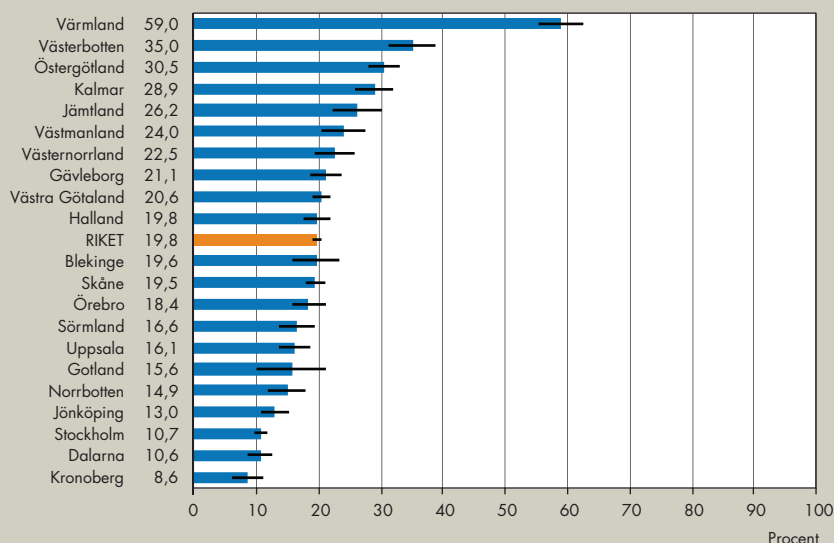
Socialstyrelsen bedömer att andelen som får artrosskola borde vara större eftersom de nationella riktlinjerna rekommenderar att en protesoperation endast ska genomföras vid svåra besvär eller då de insatser som vanligtvis ingår i artrosskolan inte har gett någon effekt.

Variationen mellan landstingen är stor, vilket beror på att utbudet av artrosskolor varierar samt att vissa landsting erbjuder artrosskola i högre utsträckning andra. Landstingen i Värmland, Östergötland, Kalmar och Jämtland ligger över det nationella genomsnittet både när det gäller artrosskola före höftprotesoperation och deltagande i kvalitetsregistret BOA.

Det finns också skillnader mellan kvinnor och män, då en större andel av kvinnorna deltar i artrosskola före höftledsoperationen. Socialstyrelsen bedömer att landstingen bör uppmärksamma denna könsskillnad och uppmuntra fler män att delta i artrosskola.

Diagram A1.1. Artrosskola före höftprotesoperation, landsting

Andel personer med höftledsartros som anger att de deltagit i artrosskola innan de genomgår höftprotesoperation, bland dem som registrerades i Svenska Höftprotesregistret under 2012.



Källa: Svenska Höftprotesregistret.

Röntgenundersökning före artrosskola (A2)

De vanligaste riskfaktorerna för artros är kön, övervikt, tidigare ledskada, överbelastning och ärftlighet, och exempel på vanliga symtom är smärta, stelhet efter inaktivitet och nedsatt funktion. Typiska fynd vid undersökning av knä är krepitationer (ett knastrande ljud som kan höras och kännas i en led med artros), nedsatt rörlighet och svullen led. Vid undersökning av en höft kan kliniska fynd vara nedsatt böj-förmåga och inåtvridning samt smärta vid inåttrotation.

En samlad bedömning av anamnesen, förekomsten av tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd räcker som underlag för att ställa diagnos vid artros.

Enligt de nationella riktlinjerna kan en röntgenundersökning vara nödvändig när personen inte har svarat på behandling (till exempel träning som leds av en sjukgymnast eller smärtstillande läkemedel) inom förväntad tid, eller när vården måste utesluta någon annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funktionsnedsättningen. En röntgenundersökning ger dock inte en säkrare diagnos jämfört med en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd.

Utfall och variation

Under 2013 registrerades 9 958 personer i kvalitetsregistret BOA, och av dem angav 82 procent att de genomgick en röntgenundersökning innan de började i artrosskola (diagram A2.1).

Andelen personer som genomgått en röntgenundersökning varierade i landstingen, 71–92 procent.

Det är något vanligare att män genomgår en röntgenundersökning före artrosskolan, med 84 procent jämfört med 81 procent av kvinnorna.

Bedömning av resultat

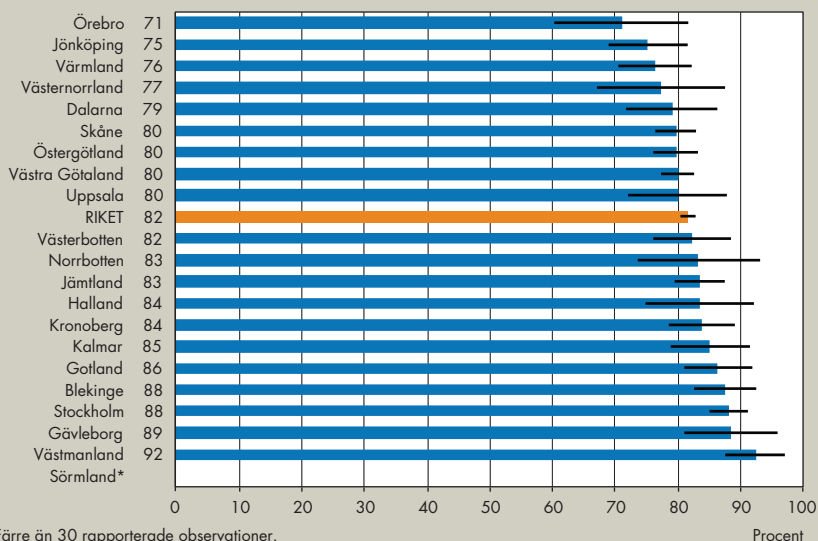
Andelen som genomgår en röntgenundersökning innan de deltar i artrosskola har minskat under de senaste åren – från 89 procent under perioden 2008–2010 till 82 procent år 2013. Eftersom röntgenundersökningar inte bör göras rutinmässigt är detta en positiv utveckling. Samtidigt är det anmärkningsvärt att fyra av fem patienter fortfarande genomgår en röntgenundersökning innan de börjar i artrosskola.

Variationen mellan landstingen bedöms vara stor, vilket tyder på

att det finns olika rutiner i omhändertagandet av artrospatienter. Socialstyrelsen bedömer att det sannolikt är fler än nödvändigt som genomgår en röntgenundersökning innan de börjar artrosskola, eftersom diagnosen artros inte torde vara oklar i majoriteten av fallen.

Diagram A2.1. Röntgenundersökning före artrosskola, landsting

Andel personer som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013. Avser alla åldrar.



*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: BOA-registret.

Behandling med glukosamin (A3)

Glukosamin är ett kroppseget ämne som utgör en av byggstenarna i kroppens brosk och ledvätska. Tidigare har glukosamin funnits att köpa som kosttillskott men 2002 klassificerades det som läkemedel. Godkända glukosaminer i Sverige är lösningar med salter i form av hydroklorid eller sulfat. Sedan 2010 omfattas symtomlindrande läkemedel som innehåller glukosaminer inte av läkemedelsförmånen.

Glukosamin har ingen dokumenterad effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling. Detta gäller för både glukosaminhydroklorid och glukosaminsulfat. Enligt de nationella riktlinjerna bör hälso- och sjukvården därför inte behandla med glukosamin vid artros i knä eller höft, och rekommendationen är *icke-göra* i riktlinjerna. Glukosamin används inte vid behandling av andra tillstånd än artros.

Utfall och variation

I samtliga landsting har förskrivningen av glukosamin mer än halverats sedan år 2009 (diagram A3.2). Under år 2012 hämtade 26 432 personer ut läkemedel som innehöll glukosamin. Detta motsvarar 536 personer per 100 000 invånare.

Variationen mellan landstingen är stor. I Östergötland hämtades läkemedlet ut av 195 personer per 100 000 invånare, medan motsvarande andel i Halland var tre gånger så stor – 730 personer per 100 000 invånare.

Ungefär dubbelt så många kvinnor som män hämtar ut läkemedlet, vilket torde bero på att förekomsten av artros är ungefär dubbelt så hög bland kvinnor. Det är också vanligare att personer med låg utbildning hämtar ut glukosamin, jämfört med personer med medelhög eller hög utbildning.

Bedömning av resultat

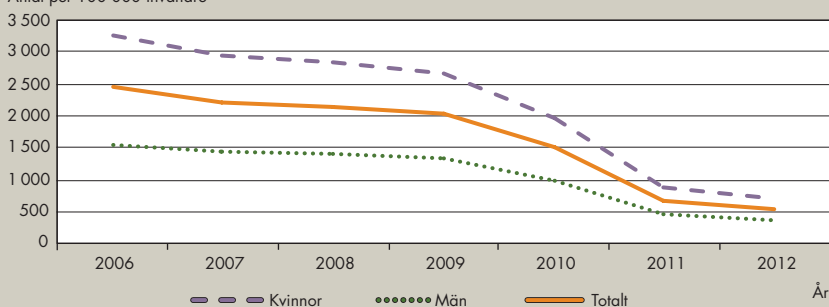
Antalet personer som behandlas med glukosamin minskade avsevärt under perioden 2005–2012. År 2006, när förskrivningen var som högst, behandlades 2,5 procent av alla personer 40 år och äldre med glukosamin, medan motsvarande andel år 2012 var cirka 0,5 procent. En anledning till minskningen är troligen att läkemedlet inte längre omfattas av läkemedelsförmånen.

Det är positivt att förskrivningen av glukosamin har minskat, och att denna utveckling har skett i samtliga landsting. Det är dock stora variationer mellan landstingen. Socialstyrelsen bedömer därför att landstingen behöver se över förskrivningen av glukosamin och vidta åtgärder för att minska denna. Detta gäller särskilt landsting som fortfarande har en hög förskrivning av läkemedlet.

Diagram A3.1. Glukosamin, riket

Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2006–2012.

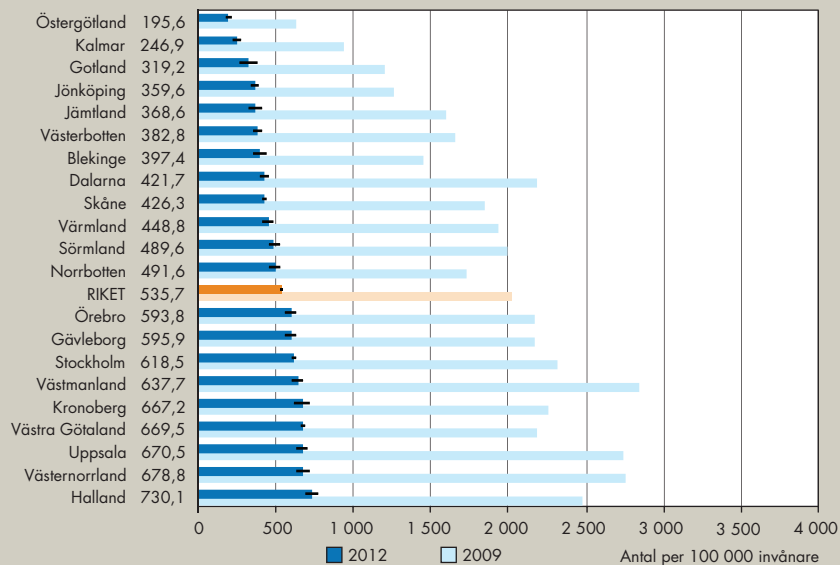
Antal per 100 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.2. Glukosamin, landsting

Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare.
Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Behandling med hyaluronsyra (A4)

Hyaluronsyra är ett ämne som förekommer naturligt i bland annat ledbrosk och ledvätska, men vid artros tror man att halten hyaluronsyra sjunker i ledvätskan. Behandling med hyaluronsyra innebär att ämnet injiceras i leden.

Hyaluronsyra har liten eller ingen effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling. I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör behandla med hyaluronsyra som injektion vid artros i knä eller höft (*icke-göra*). Sedan 2010 omfattas läkemedel som innehåller hyaluronsyra inte av läkemedelsförmånen.

Hyaluronsyra används inte vid behandling av andra tillstånd än artros.

Utfall och variation

I samtliga landsting har förskrivningen av hyaluronsyra mer än halverats sedan år 2009 (diagram A4.2). År 2012 hämtade totalt 1 737 personer ut läkemedel som innehöll hyaluronsyra, vilket motsvarar 35 personer per 100 000 invånare i åldersgruppen 40 år eller äldre.

Även när det gäller förskrivningen av hyaluronsyra finns det stora skillnader mellan landstingen. I Värmland är det mindre än 13 personer per 100 000 invånare som hämtade ut hyaluronsyra, medan motsvarande andel i Kronoberg är 210 per 100 000 personer.

Kvinnor hämtar ut hyaluronsyra i större utsträckning än män – 41 per 100 000 kvinnor jämfört med 29 per 100 000 män. Skillnaden mellan könen beror troligen på att artros är vanligare bland kvinnor än bland män. Det är också vanligare att personer med låg utbildning behandlas med hyaluronsyra, jämfört med personer med medelhög eller hög utbildning.

Bedömning av resultat

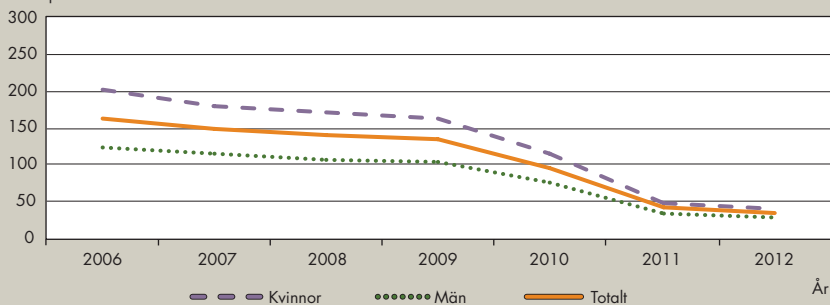
Antalet personer som behandlas med hyaluronsyra minskade avsevärt under perioden 2005–2012. År 2006, när förskrivningen var som högst, behandlades mer än 150 personer per 100 000 invånare med hyaluronsyra. 2012 var motsvarande antal 35 personer per 100 000 invånare. En bidragande förklaring till minskningen är sannolikt att läkemedlet inte längre omfattas av läkemedelsförmånen.

Det är positivt att förskrivningen av läkemedel som innehåller hyaluronsyra har minskat, och att denna utveckling har skett i samtliga landsting. Förskrivningen bedöms dock fortfarande vara alltför hög eftersom behandling med hyaluronsyra både innebär en viss infektionsrisk för patienten och ställer krav på resurser från hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen bedömer därför att landstingen behöver se över förskrivningen av läkemedel som innehåller hyaluronsyra och vidta åtgärder för att minska denna. Detta gäller särskilt landsting som fortfarande har en hög förskrivning av läkemedlet.

Diagram A4.1. Hyaluronsyra, riket

Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2006–2012.

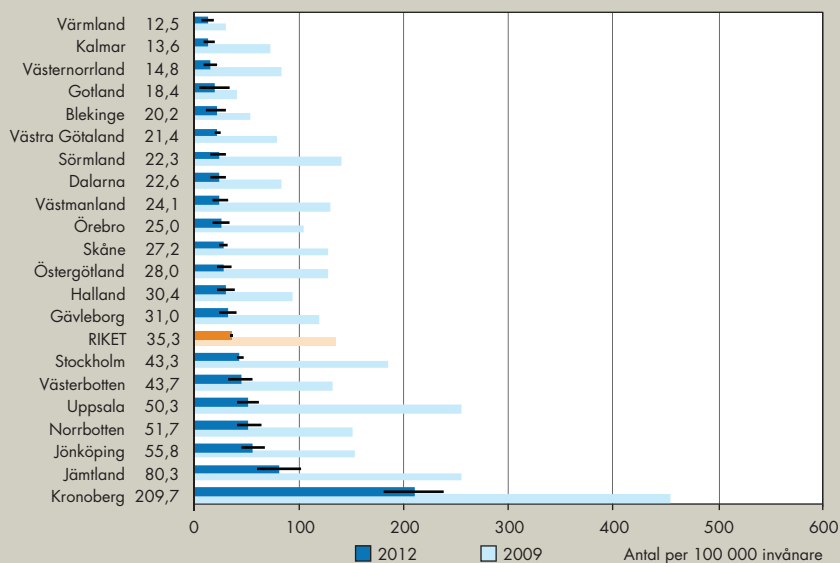
Antal per 100 000 invånare



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.2. Hyaluronsyra, landsting

Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare.
Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Artroskopisk kirurgi vid artros i knä (A5)

Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Operationen syftar till att minska smärtan och förbättra funktionen i knäet. En genomgång av forskningsläget visar dock att artroskopisk kirurgi vid artros inte har bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Artroskopisk kirurgi innebär också en viss risk för komplikationer, till exempel infektion eller blodpropp i benets djupt liggande vener (ventrombos). I de nationella riktlinjerna rekommenderas därför att hälso- och sjukvården inte bör utföra artroskopisk kirurgi vid artros i knät (*icke-göra*).

Utfall och variation

Antalet artroskopier med huvuddiagnosen knäartros minskade avsevärt under perioden 2002–2012 (diagram A5.1); från 69 till 45 per 100 000 invånare. Under samma tidsperiod ökade dock antalet artroskopier med huvuddiagnosen meniskskada, från 117 per 100 000 invånare år 2002 till 157 stycken år 2012. Detta innebär att det totala antalet artroskopier har varit relativt konstant (ungefär 200 artroskopier per 100 000 invånare), men att andelen artroskopier där knäartros anges som huvuddiagnos har minskat kraftigt. I dag anges knäartros som huvuddiagnos endast vid var fjärde artroskopi.

Riksmedelvärdet för antalet artroskopier på grund av knäartros är 45 per 100 000 invånare, men spridningen är 13–95 per 100 000 invånare (diagram A5.2).

Det är något vanligare att män genomgår en artroskopi vid knäartros, 46 män per 100 000, jämfört med 44 kvinnor per 100 000. Eftersom artros är vanligare hos kvinnor än hos män blir könsskillnaden större än vad som framgår av resultaten. Artroskopier vid meniskskada är ungefär dubbelt så vanligt bland män.

Det är också vanligare att personer med hög eller medelhög utbildning genomgår en artroskopi, än att personer med låg utbildning gör det. Antalet artroskopier där artros anges som huvuddiagnos är 32 per 100 000 bland personer med låg utbildningsnivå och 54 respektive 43 bland personer med medelhög eller hög utbildning.

När det gäller artroskopier som sker på grund av en meniskskada

är de socioekonomiska skillnaderna ännu större. Bland personer med låg utbildning sker 90 artroskopier per 100 000 invånare, medan antalet är mer än dubbelt så stort – 190 per 100 000 invånare – bland personer med hög utbildning.

Bedömning av resultat

Antalet artroskopier som genomförs vid knäartros har successivt minskat under den senaste tioårsperioden. Detta är en positiv utveckling men fortfarande finns det patienter som genomgår operationen trots att det strider mot rekommendationerna i de nationella riktlinjerna.

Variationen mellan landstingen är också relativt stor – i vissa landsting är det mer än dubbelt så många personer som genomgår en artroskopi vid knäartros som i andra landsting. Det finns även skillnader mellan könen då fler män än kvinnor genomgår operationen. På samma sätt opereras personer med hög utbildning i större utsträckning än de med låg utbildning.

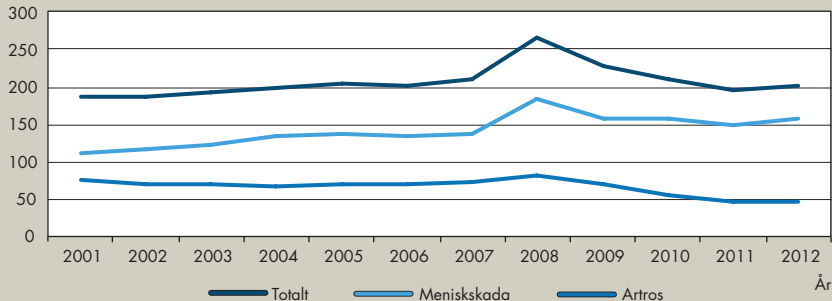
Vidare kan konstateras att antalet artroskopier på grund av knäartros har minskat, samtidigt som fler utförs med meniskskada som huvuddiagnos. Även bland dem som opererats på grund av meniskskada är det dock 27 procent som har artros som en bidiagnos. Det tycks vara svårt att förklara förändringen av diagnoskod med medicinska skäl. Till viss del kan det ha skett en omfördelning av diagnoskod från artros till meniskskada. Observera att rangordningen i diagrammet (5.2) baseras på artroskopi vid huvuddiagnos artros.

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att hälso- och sjukvården behöver fortsätta arbetet med att minska antalet artroskopier som genomförs på grund av knäartros. Detta gäller särskilt landsting som fortfarande genomför operationen i hög utsträckning. Antalet artroskopier som sker på grund av artros respektive meniskskada varierar också avsevärt mellan olika landsting, och det kan finnas skäl att särskilt analysera dessa skillnader i diagnosfördelning och diagnoskodning.

Diagram A5.1. Artroskopier i knäled, riket

Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2001–2012.

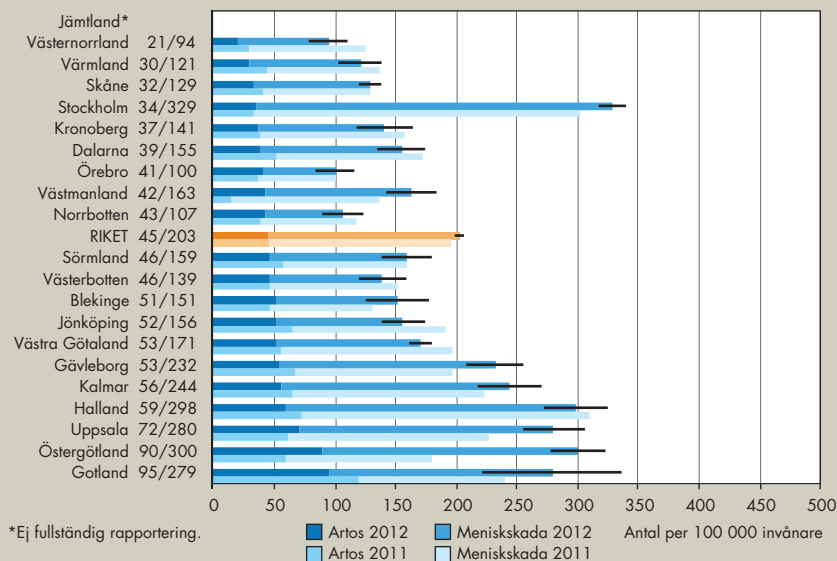
Antal per 100 000 invånare



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A5.2. Artroskopier i knäled, landsting

Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



*Ej fullständig rapportering.

Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Rekommendationer för vården av personer med inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Utvärderingen omfattar sju indikatorer för vården av personer med inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Här presenteras utfall och variation samt Socialstyrelsens bedömning av resultaten för de indikatorer som redovisades i kapitlet *Rekommendationer och bedömningar*. För en fullständig beskrivning av samtliga indikatorer som ingår i utvärderingen med tillhörande diagram hänvisas till underlagsrapporten *Nationella riktlinjer – Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Indikatorer och underlag för bedömningar* som finns publicerad på Socialstyrelsens webbplats (www.socialstyrelsen.se/nationellutvardering). Där redovisas även felkällor och tolknings-svårigheter för respektive indikator.

Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit (R1)

Det är angeläget att ställa diagnosen reumatoid artrit så tidigt som möjligt för att kunna påbörja lämplig behandling. Många patienter har haft sina besvär under en längre tid och diagnosen kan fördröjas av många orsaker, till exempel att symtomen i många fall kommer smygande och initialt negligeras eller misstolkas av individen. Det förekommer även att primärvården inte uppfattat symtomen korrekt eller inte vidtagit åtgärder inom rimlig tid, samt att väntetider till specialistvården lett till en senare diagnos än vad som vore idealt. Enligt ett av klassifikationskriterierna för reumatoid artrit bör dessutom symtomen ha varat i över 6 veckor.

Besvär från rörelseapparaten är mycket vanliga i befolkningen och ibland förekommer liknande eller överlappande sjukdomstillstånd som är betydligt vanligare än reumatoid artrit (såsom artros och långvariga smärttillstånd). Detta kan också bidra till att symtom misstolkas och att det ibland tar lång tid att få sin diagnos.

Utfall och variation

Utfallet visar att sjukdomsdurationen varierade mellan 134 och 213 dagar innan patienten fick diagnos (diagram R1.2) och inkluderades i

kvalitetsregistret SRQ. Riksgenomsnittet var 171 dagar. Antalet dagar har dock minskat i de flesta landsting jämfört med åren 2007–2009. Som beskrivs ovan finns det flera skäl till att tiden från symtom till diagnos varierar. Skillnaden mellan landstingen kan även bero på att värdet i vissa fall baseras på små tal; Jönköping hade till exempel endast 34 observationer under perioden 2010-2012.

Könsskillnader redovisas inte på landstingsnivå på grund av för små tal. Låg- och högutbildade har en något kortare sjukdomsduration innan diagnosen ställs jämfört med dem som har medellång utbildning. Det förefaller dock inte vara några större variationer i sjukdomsduration mellan kvinnor och män eller utifrån utbildningsnivå och födelseland.

Bedömning av resultat

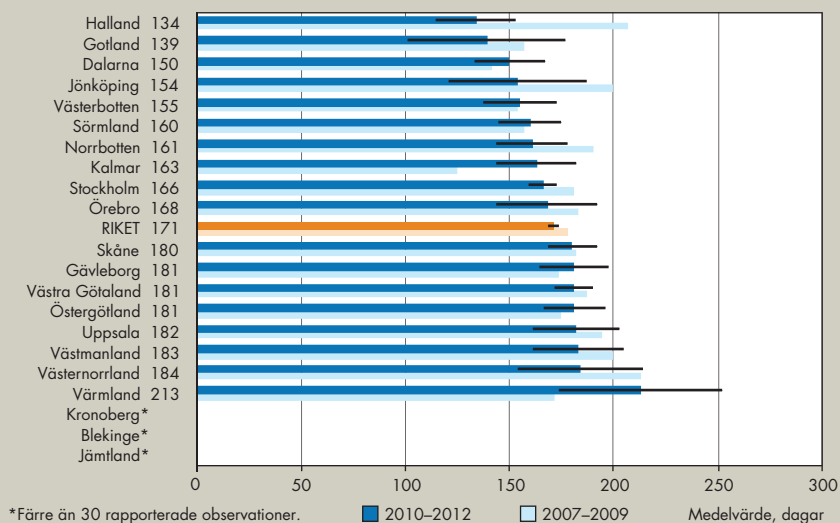
Resultatet nedan visar att patienterna i de flesta landsting kommer allt tidigare till en specialist. I några landsting minskar dock inte antalet dagar.

Det finns inga uppgifter i kvalitetsregistret SRQ om patienter som får sin diagnos senare än 13 månader från symtomdebut. Det kan därför finnas individer med betydligt längre tid till diagnos än vad resultaten pekar på.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården i de landsting där sjukdomsdurationen inte minskar bör vara observanta på utvecklingen och erbjuda alla patienter tidig och relevant behandling vid misstänkt reumatoid artrit.

Diagram R1.2. Sjukdomsduration vid första diagnos vid RA, landsting

Tid i dagar mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första besöket hos specialist som leder till nydiagnostisering bland de personer som har <13 månaders sjukdomsduration, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3)

Behandlingen med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit har ökat under de senaste åren. Vid reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet rekommenderas en kombinationsbehandling med läkemedlet metotrexat tillsammans med ett biologiskt läkemedel som TNF-hämmare eller motsvarande. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion med ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat.

Enligt Svensk Reumatologisk Förenings riktlinjer kan kombination av metotrexat med andra (icke-biologiska) sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) övervägas hos patienter med få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer [6]. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar, men med lägre prioritet än för kombinationen av metotrexat och TNF-hämmare. Detta återspeglar ett mer omfattande vetenskapligt underlag, med hög evidensstyrka för effekt på ett flertal effektmått, för tillägg av TNF-hämmare i denna situation.

Utfall och variation

Andelen personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel ökade i nästan alla landsting under perioden 2010–2012 jämfört med 2007–2009 (diagram R3.2). Skillnaden mellan landstingen var dock relativt stor. Introduktionen av biologiska läkemedel har varierat mellan olika landsting och i vissa förskrevs TNF-hämmare tidigare och till större patientgrupper än i andra landsting. Eftersom reumatoid artrit är en kronisk sjukdom, ofta med en livslång behandling, tar det tid att utjämna de skillnader som uppstod under de första årens introduktion av biologiska läkemedel. Flera av landstingen med en initialt låg förskrivning ökar nu takten snabbare än landsting med en hög förskrivning, vilket talar för att skillnaderna är på väg att bli mindre.

Kvinnor får biologiska läkemedel i något högre utsträckning än män. Skillnaden är dock något mindre än förväntat eftersom kvinnor oftare har en svårare sjukdom och det finns studier som talar för att kvinnor i genomsnitt har en högre sjukdomsaktivitet än män när den biologiska behandlingen startar. Andelen högutbildade som får biologiska läkemedel är något större än i övriga utbildningsgrupper.

Dessutom är andelen något större bland födda i Norden, särskilt hos män, än bland dem som är födda i övriga länder.

Bedömning av resultat

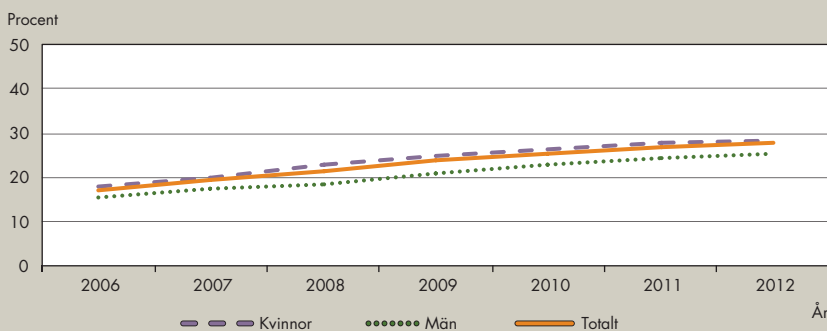
Behandlingen med biologiska läkemedel har ökat under de senaste åren, vilket resulterat i en bättre livskvalitet och förbättrad arbetsförmåga hos många patienter med reumatoid artrit. Behandling med TNF-hämmare innebär en måttlig kostnadsökning i förhållande till effekten enligt hälsoekonomiska analyser. Bedömningen av andelen patienter med biologisk behandling behöver därför värderas tillsammans med utfallsmått för patienter med reumatoid artrit eftersom behandlingsmål kan nås på flera sätt.

Biologisk behandling förskrivs i högre grad till högutbildade än till lågutbildade vilket inte är tillfredsställande. Den aktuella skattningen talar dock inte om ifall den observerade skillnaden avspeglar en ojämlikhet i vården eller om den kan förklaras av att fler lågutbildade har andra sjukdomar som gör att det är olämpligt att behandla med biologiska läkemedel. Hälso- och sjukvården bör analysera detta närmare och vidta åtgärder för att säkerställa en god vård till alla oavsett utbildningsnivå.

Socialstyrelsen bedömer att biologiska läkemedel bör förskrivas till patienter med risk att utveckla svår sjukdom, särskilt i ett tidigt skede av sjukdomen. Då skulle fler patienter kunna uppnå högre funktionsförmåga och strukturella ledsador skulle kunna förhindras.

Diagram R3.1. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, riket

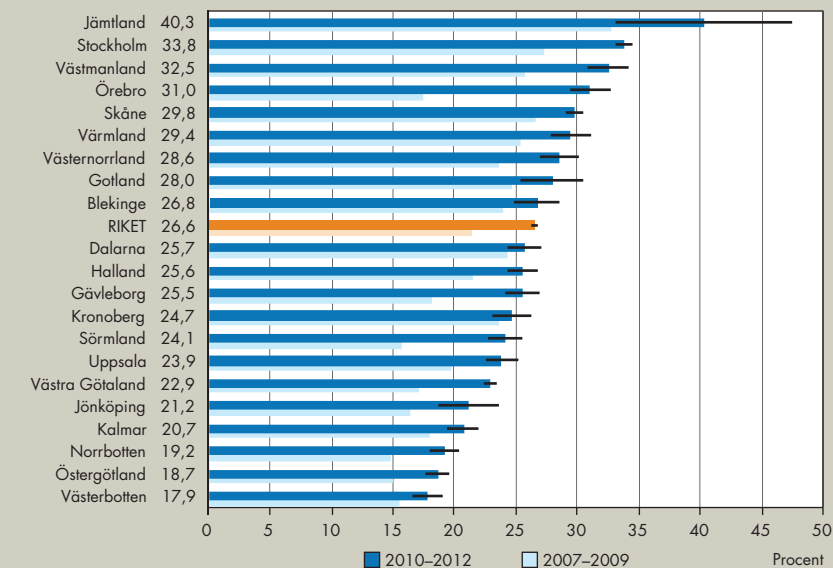
Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R3.2. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, landsting

Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Behandling med biologiska läkemedel av nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit (R5)

Vid reumatoid artrit är det viktigt att så tidigt som möjligt inleda en effektiv läkemedelsbehandling för att minska uppkomsten av ledsador. Om patienten visar tecken på dålig prognos och har medelhög till hög sjukdomsaktivitet rekommenderar riktlinjerna behandling med metotrexat i kombination med biologiska läkemedel.

Utfall och variation

Utvecklingen över tid visar att mellan åren 2007 och 2012 har andelen patienter som behandlas med biologiska läkemedel inom 12 månader efter diagnos ökat från 10 procent till 14 procent (diagram R5.1).

Det finns en liten skillnad mellan andelen män och kvinnor när det gäller behandlingsstart med biologiska läkemedel. Andelen män som får sin första behandling inom 12 månader har ökat något över tid och ligger nu lite högre än bland kvinnorna.

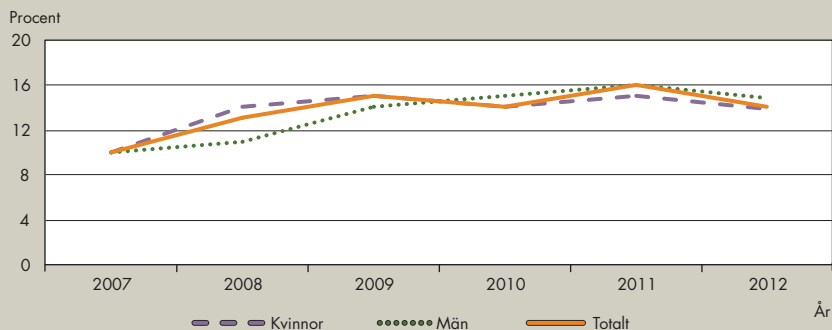
Bedömning av resultat

Resultatet visar att en relativt låg andel av patienterna med reumatoid artrit startar sin första behandling med biologiska läkemedel inom 12 månader efter diagnos.

Biologiska läkemedel förskrivs i lika hög grad till kvinnor och män under första året. Reumatoid artrit är dock vanligare hos kvinnor vilket kan tala för en underförskrivning, framför allt till kvinnor under första året. För att kunna tolka detta behöver dock förskrivningsmönstret kopplat till sjukdomsaktivitet undersökas närmare.

Diagram R5.1. Behandlingsstart för nyinsjuknade patienter, riket

Andel nyinsjuknade patienter med RA som inom 12 månader startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R6)

Vid reumatoid artrit är det viktigt att behandla med effektiva läkemedel som minskar inflammationen och därmed förbättrar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Inflammationsaktiviteten är ofta hög i början av sjukdomen, men även efter flera års lågaktiv sjukdom kan svårare sjukdomsskov med hög inflammation som kräver intensivare behandling förekomma.

Utfall och variation

Sjukdomsdurationen vid första behandlingen med biologiska läkemedel varierar mellan landstingen (diagram R6.2). Könsskillnader redovisas inte på landstingsnivå utan endast i diagram för en tidsserie (diagram R6.1). Män har en något kortare sjukdomsduration än kvinnor vid starten av den första behandlingen. Mellan åren 2007 till 2011 fanns en marginell skillnad i behandlingsgrad mellan män och kvinnor, men 2012 hade dessa skillnader jämnats ut.

Det är ingen större skillnad i sjukdomsduration mellan utbildningsnivåerna totalt sett. Lågutbildade kvinnor har dock en något längre sjukdomsduration än män när den första behandlingen med biologiska läkemedel startar.

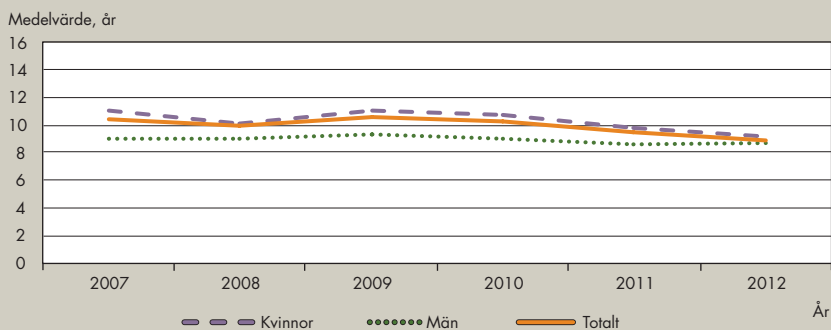
Personer födda i Sverige hade längre sjukdomsduration än andra vid första biobehandlingen, medan personer födda i övriga EU-länder utom Norden hade den kortaste sjukdomsdurationen.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att sjukdomsdurationen innan den första behandlingen med biologiska läkemedel varierar mellan landstingen samt mellan kvinnor och män. Socialstyrelsen bedömer att förskrivningen av biologiska läkemedel bör följas för att säkerställa behandling oavsett kön eller socioekonomisk bakgrund. En sammanvägning av flera indikatorer talar för att biologisk behandling i många fall bör övervägas tidigare i sjukdomsförloppet, särskilt för gruppen lågutbildade kvinnor.

Diagram R6.1. Sjukdomsduration (år) vid första biostart, riket

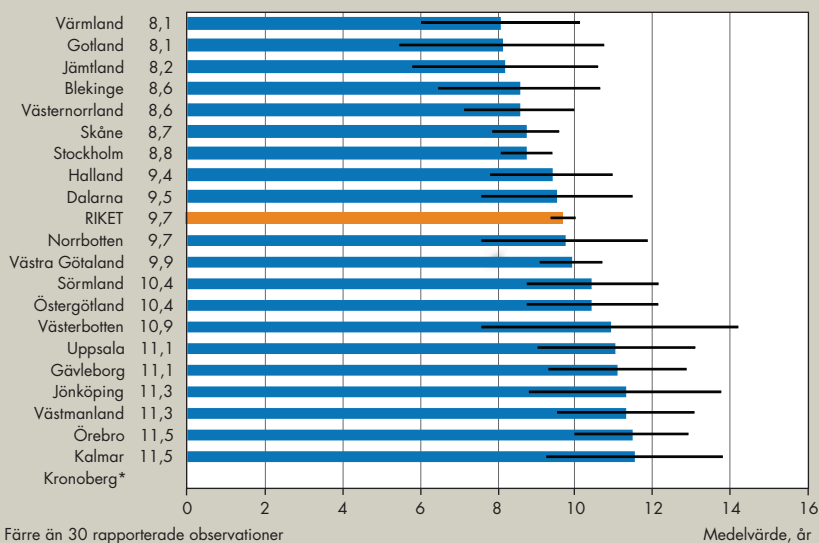
Sjukdomsduration (år) vid första biostart hos personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R6.2. Sjukdomsduration (år) vid första biostart, landsting

Sjukdomsduration (år) vid första biostart hos personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Referenser

1. Statistiska Centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), 2012/2013.
2. Special Eurobarometer, 186. European Opinion Research Group, 2003. Hämtad 2014-01-15 från http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_196_en.pdf.
3. Socialstyrelsen. Vårdkonsumtion och kostnader vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm; 2014.
4. Dell R. Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California. Osteoporos Int. 2011 Aug;22 Suppl 3:457-60.
5. Astrand J, Nilsson J, Thorngren KG. Screening for osteoporosis reduced new fracture incidence by almost half: a 6-year follow-up of 592 fracture patients from an osteoporosis screening program. Acta orthopaedica. 2012;83(6):661-5.
6. Riktlinjer för reumatoid artrit. Svensk förening för reumatologi. http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/49/Riktlinjer_RA_2014.pdf.

Bilaga 1. Projektorganisation

Styrgrupp

Lars Grönvik, enhetschef

Mona Heurgren, enhetschef

Marie Lawrence, enhetschef t o m april 2014

Björn Nilsson, enhetschef fr o m maj 2014

Arvid Widenlou Nordmark, enhetschef

Inger Lundkvist, projektledare

Projektgrupp

Rosita Claesson Wigand

Vera Gustafsson

Jesper Hörnblad

Caroline Kjulín

Max Köster

Inger Lundkvist

Tsega Muzollo

Björn Nilsson

Gunilla Ringbäck Weitöft

Expertgrupper

Reumatoid artrit, ankyloserande spondyli, psoriasisartrit

Johan Askling, reumatolog, Karolinska institutet

Anita Domargård, reumatolog, Karolinska Universitetssjukhuset

Sofia Ernestam, reumatolog, Karolinska Universitetssjukhuset, registerhållare SRQ

Lennart Jacobsson, reumatolog, Göteborgs Universitet

Carl Turesson, reumatolog, Skånes Universitetssjukhus

Agneta Uddhammar, reumatolog, Norrlands Universitetssjukhus

Umeå

Artros

Leif Dahlberg, ortoped, Skånes Universitetssjukhus, BOA-registret
Carina Thorstensson, sjukgymnast, registerhållare BOA-registret,
Registercentrum Västra Götaland

Osteoporos

Mattias Lorentzon, geriatriker, Sahlgrenska Universitetssjukhuset,
Göteborg
Mats Palmér, endokrinolog, Karolinska Universitetssjukhuset,
Huddinge
Helena Salminen, specialist allmänmedicin, Institutionen för neuro-
biologi, Karolinska institutet

Intressentgrupper

Hälso- och sjukvårdsdirektörsgruppen (SKL)
Nationella samordningsgruppen för kunskapsstyrning (NSK)
Reumatikerförbundet (RF)
Svensk Reumatologisk Förening (SRF)
Utvecklingsgruppen, Uppsala-Örebroregionen

