

Nationella riktlinjer – Utvärdering
Vård vid rörelseorganens
sjukdomar 2014

Indikatorer och underlag för bedömningar

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.

Artikelnummer 2014-10-37

Publicerad www.socialstyrelsen.se, 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 välmående 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. Denna rapport innehåller en beskrivning av metod och resultat för samtliga indikatorer. Den andra rapporten *Nationella riktlinjer–Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* sammanfattar det viktigaste ur denna rapport och innehåller även Socialstyrelsens rekommendationer och bedömningar.

Utvärderingen vänder sig främst till beslutsfattare och verksamhetsledningar på olika nivåer inom 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.....	6
Inledning	9
Rörelseorganens sjukdomar i fokus.....	9
Syfte och avgränsningar.....	10
Jämförelse mot målnivåer.....	10
Resultat i två rapporter	11
Intressenter.....	11
Samverkan och kommunikation	11
Rapportens disposition	11
Metod.....	13
Datainsamling.....	13
Datakällor	14
Övriga metodaspekter	17
Införandet av riktlinjerna – enkätresultat	19
Enkäternas genomförande	19
Landstingens införande av riktlinjerna	20
Kommunernas införande av riktlinjerna	24
Rörelseorganens sjukdomar	26
Osteoporos – vårdens process och resultat.....	29
Behandling med benspecifika läkemedel efter fragilitetsfraktur(O1)	31
Monoterapi med kalcium och D-vitamin efter fragilitetsfraktur (O2)	37
Återfrakturer inom 5 år efter fragilitetsfraktur (O3).....	42
Dödlighet efter höftfraktur (O4)	46
Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för osteoporos.....	51
Artros – vårdens process och resultat.....	52
Omhändertagande av personer med artros.....	53
Artrosskola före protesoperation (A1)	59
Röntgenundersökning före artrosskola (A2)	62
Behandling med glukosamin (A3)	66
Behandling med hyaluronsyra (A4).....	70
Artroskopisk kirurgi vid artros i knä (A5)	74
Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för artros	79
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar – vårdens process och resultat	80
Reumatoid artrit.....	81

Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit (R1)	82
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nyinsjuknande i reumatoid artrit (R2)	85
Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R3)	90
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga före och efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R4)	96
Behandling med biologiska läkemedel av nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit (R5)	104
Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R6)	106
Ankyloserande spondylit	109
Psoriasisartrit	110
Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit (R7)	111
Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för inflammatoriska reumatiska sjukdomar	113
Referenslista	114
Bilaga 1. Projektorganisation	116

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.

Resultatet av utvärderingen påverkas av att det har gått förhållandevis kort tid sedan riktlinjerna publicerades samt att de data som används i utvärderingen i de flesta fall 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 baseline-utvärdering. Ambitionen är dock att kunna presentera mer aktuella data i framtida utvärderingar.

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 speglar vården vid osteoporos visar bland annat att förskrivningen av benspecifika läkemedel i stort sett är oförändrad sedan 2005 samt att variationen mellan landstingen är stor när det gäller antalet återfrakturer. Socialstyrelsen bedömer att vården kan förbättras framförallt genom ökad diagnostik av osteoporos, förebyggande insatser som fysisk träning och fallprevention samt att behandling med benspecifika läkemedel ges i högre utsträckning.

Artros

De indikatorer som speglar vården vid artros visar bland annat skillnader mellan landstingen när det gäller diagnostik, tillgång till fysisk träning och behandling. När det gäller användningen av röntgen vid diagnostik, artroskopi samt behandling med glukosamin och hyaluronsyra bör dessa åtgärder fortsätta att minska. Socialstyrelsen bedömer att vården kan förbättra utredning och diagnostik av artros samt tidigt erbjuda handledd och individanpassad fysisk träning i högre utsträckning.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Reumatoid artrit

De indikatorer som speglar vården vid reumatoid artrit visar bland annat skillnader mellan landstingen när det gäller hur länge personer med reumatoid artrit har haft besvär innan diagnosen ställs och hur många som får behandling med biologiska läkemedel. Socialstyrelsen bedömer att vården kan förbättras genom utökad samverkan mellan specialistvården och primärvården för att om möjligt korta tiden från symtomdebut till diagnos samt tidigare

start av behandling med biologiska läkemedel eller annat lämpligt alternativ. Fysisk träning och rehabilitering bör också prioriteras.

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 över tid i riket. Det behövs dock ytterligare underlag för att kunna följa upp vården vid ankyloserande spondylit. Förutsättningarna för uppföljning av vården av personer med ankyloserande spondylit kan förbättras 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 i riket de senaste åren. Det behövs dock ytterligare underlag för att kunna följa upp vården vid psoriasisartrit. Förutsättningarna för uppföljning av vården av personer med psoriasisartrit kan förbättras genom att öka rapporteringen av uppgifter till relevanta register.

Jämlik vård

Utvärderingen har även belyst skillnader utifrån ålder, kön, födelseland och socioekonomi (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 större andelar 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. 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.

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 riktlinjernas rekommendationer på lokal eller regional nivå. De flesta landstingen anger vidare att riktlinjerna haft en påverkan på den vård 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 de kommuner som besvarade enkäten känner till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar och att det är få som har vidtagit några åtgärder för att införa riktlinjerna. Några av rekommendationerna i riktlinjerna berör även den kommunala hälso- och sjukvården, varför det är viktigt att kommunerna har större kunskap om riktlinjerna. Socialstyrelsen bedömer att myndigheten behöver genomföra ytterligare insatser genom särskilt riktade informationsaktiviteter till den kommunala hälso- och sjukvården. Detta föreslås ske i samverkan med NSK-S (Nationella samverkansgruppen 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 att 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 utvärderar vården vid rörelseorganens sjukdomar utifrån rekommendationerna i Socialstyrelsens *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012* [1]. Rapporten innehåller samtliga indikatorer som använts i utvärderingen.

Resultatet av utvärderingen påverkas av att det har gått förhållandevis kort tid sedan riktlinjerna publicerades samt att de data som används i utvärderingen i de flesta fall 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 baseline-utvärdering. Ambitionen är dock att kunna presentera mer aktuella data i framtida utvärderingar.

Rörelseorganens sjukdomar i fokus

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

Sjukdomar i rörelseorganen är relativt vanliga. I Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökning 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 kliva på en buss obehindrat eller ta en kort rask promenad i cirka 5 minuter [2]. Reumatiska besvär och ledbesvär är också de mest frekventa kroniska tillstånden i Europa [3].

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 att fler får sjukdomar i rörelseorganen.

Konsekvenserna av sjukdomar i rörelseorganen är omfattande för den enskilde i form av nedsatt hälsa och försämrad livskvalitet. Dessa sjukdomar ställer också krav på sjukvården och svarar för en stor 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 [4].

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 följa upp landstingens processer och bedöma resultaten samt att redovisa kostnaderna för vården vid rörelseorganens sjukdomar. Ambitionen är att utvärdera vårdens kvalitet och effektivitet. I den sammanfattande rapporten *Nationella riktlinjer–Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning* ger Socialstyrelsen rekommendationer om vilka områden som behöver förbättras för att personer med dessa sjukdomar ska få en god vård.

Syftet med rapporten 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 år 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?

Rapportens avgränsningar

Utvärderingen avser att beskriva vården som ges vid de sjukdomar som omfattas av de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. 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.

I nuläget saknas det också en nationell datakälla som möjliggör uppföljning av primärvårdens insatser vilket innebär att en stor del av den vård som ges vid rörelseorganens sjukdomar inte ingår i 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 senast i januari 2015.

Resultat i två rapporter

Utvärderingen av vården vid rörelseorganens sjukdomar publiceras i två rapporter, dels denna rapport, dels en rapport som innehåller de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från utvärderingen. Båda rapporterna publiceras samtidigt.

Denna rapport innehåller en beskrivning av de använda metoderna och en redovisning av resultatet för samtliga indikatorer samt diagram som belyser de mest intressanta skillnaderna mellan landstingen. Den andra rapporten *Nationella riktlinjer–Utvärdering – Vård vid rörelseorganens sjukdomar 2014. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*, redovisar de viktigaste slutsatserna och rekommendationerna från utvärderingen. Rapporterna kan beställas eller laddas ner från Socialstyrelsens webbplats www.socialstyrelsen.se.

Intressenter

Rapporterna riktar sig främst till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården; 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 reumatologisk 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 ett kapitel om metod som beskriver de indikatorer som ingår i utvärderingen, de datakällor som varit underlag samt andra metodaspekter.

Därefter följer flera kapitel som belyser vårdens resultat för rörelseorganens sjukdomar. Varje kapitel innehåller avsnitt där resultatet för alla indikatorer presenteras med hjälp av diagram, tabeller och text. För varje indikator presenteras också en kort bedömning baserad på skillnader i rikets genomsnittliga värde, variationen mellan landsting samt utvecklingen över tid. Dessutom kommenteras och redovisas eventuella skillnader mellan kön, åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseland samt de utvecklingsbehov som finns.

Rapporten omfattar även 3 bilagor:

Bilaga 1 Projektorganisation

Bilaga 2 Vårdkonsumtion och kostnader – vård vid rörelseorganens sjukdomar

Bilaga 3 Indikatorbeskrivningar – detaljerad teknisk beskrivning av varje indikator som ingår i rapporten

Bilaga 2-3 finns tillgängliga på Socialstyrelsens webbplats,
www.socialstyrelsen.se

Metod

Denna rapport är en uppföljning och bedömning av följsamheten till rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. Uppföljningen utgår från de indikatorer som togs fram i arbetet med de nationella riktlinjerna samt några nya indikatorer som tagits fram under arbetet med uppföljningen. Underlaget i uppföljningen bygger främst på uppgifter från de nationella kvalitetsregistren och Socialstyrelsens hälsodataregister. Registrens täckningsgrad kan variera, vilket innebär att det inte alltid är möjligt att dra några bestämda slutsatser av resultatet.

Rapporten redovisar landstingens insatser ur två perspektiv; processer och resultat. De två perspektiven har undersökts i syfte att följa upp och bedöma kvaliteten på vården vid rörelseorganens sjukdomar. Dessutom beskrivs vårdkonsumtion och kostnader för dessa sjukdomar i bilaga 2, som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

Datainsamling

Uppgifterna har i huvudsak hämtats från Socialstyrelsens hälsodataregister och från nationella kvalitetsregister. När det gäller insatser i primärvården saknas 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 i utvärderingen är hämtade från de nationella riktlinjerna. Där ingår tre övergripande indikatorer att följa upp oavsett diagnos, och dessutom ett antal diagnosspecifika indikatorer varav några är utvecklingsindikatorer (innebär att det saknas nationella datakällor). Denna utvärdering omfattar några av de indikatorer som utformades i riktlinjearbetet samt några nya som togs fram under utvärderingsarbetet. En teknisk beskrivning av indikatorerna finns i bilaga 3, som finns tillgänglig på Socialstyrelsens webbplats.

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 nyinsjuknande 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 nyinsjuknade 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.

Datakällor

För att kunna jämföra och bedöma hälso- och sjukvårdens kvalitet behövs uppgifter om den vård som ges till patienterna vid olika sjukdomar. Dessa uppgifter måste både ha en god geografisk täckning och vara av tillräckligt hög kvalitet samt om möjligt vara personnummerbaserade för att kunna följas upp på individnivå.

Det har inte varit möjligt att använda alla riktlinjeindikatorer i denna utvärdering, bland annat på grund av att det saknas nationella data för flera av dem. Det gäller till exempel de övergripande generella indikatorerna (längd

och vikt samt otillräcklig fysisk aktivitet). Inom kvalitetsregistren pågår ett utvecklingsarbete för att på sikt kunna registrera även dessa indikatorer.

I den här utvärderingen har även uppgifter om införandet av de nationella riktlinjerna hämtats in via en enkätundersökning i landsting och kommuner.

Socialstyrelsen har använt uppgifter från tre nationella kvalitetsregister: Svensk reumatologis kvalitetsregister, Bättre omhändertagande av artros och Svenska Höftprotesregistret, samt uppgifter från Socialstyrelsens register: patientregistret, läkemedelsregistret och dödsorsaksregistret. Information om utbildningsnivåer har hämtats från Statistiska Centralbyråns utbildningsregister och uppgifter om födelseland från patientregistret. Dessutom har uppgifter om vårdkostnader hämtats från KPP-databasen (kostnad per patient) som Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) administrerar samt från Apotekens Servicebolag AB för läkemedelskostnader inom sluten- och öppenvården.

Rapporteringen till Socialstyrelsens hälsodataregister är obligatorisk och lagreglerad medan rapporteringen till de nationella kvalitetsregistren är frivillig. Landsting och sjukhus väljer själva om de vill ansluta sig till registren, och dessutom kan patienterna avböja att deras uppgifter registreras.

Nationella kvalitetsregister

Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ)

Svensk reumatologis kvalitetsregister (SRQ) [5] ger både patienter och läkare kunskap om tillgängliga behandlingsmöjligheter och verktyg för att utvärdera behandlingseffekterna. På så sätt ger registret stöd till kvalitetsutveckling under tiden vården genomförs. Samtliga reumatologkliniker och privatpraktiker är anslutna till registret och kan erbjuda sina patienter att vara med i registret. År 2012 omfattade registret 58 600 patienter.

Sedan 2004 kan patienten 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.

Bättre omhändertagande av artros (BOA)

BOA-registret syftar till att utvärdera och återkoppla effekten av ett strukturerat sjukgymnastiskt omhändertagande av patienter med artros i höft eller knä. Utgångspunkten för artrosdiagnosen är en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd. Registret omfattar de patienter som diagnostiseras enligt dessa kriterier och som erbjuds att gå en så kallad artrosskola. Artrosskola innebär att patienten får utbildning, erbjuds handledd träning och får råd om viktnedgång vid behov. Inklusionskriterier för artrosskolan är att

patienten har så svåra besvär från höft och/eller knä att de söker sjukvård, och att sjukgymnasten/fysioterapeuten bedömer att besvären beror på artros. Exklusionskriterier är inflammatorisk ledsjukdom, malignitet eller andra allvarliga sjukdomar som ger en dominerande symtombild samt havererad kollumfraktur. Personer som inte förstår svenska språket och därmed inte kan tillgodogöra sig artrosskolan i grupp tas omhand individuellt, eventuellt med tolk, men registreras inte. I registret ingår framför allt personer som får artrosskola inom primärvården, men även inom den specialiserade vården.

I registret utvärderas patientnytta, patienternas följsamhet till rekommenderad intervention, EQ-5D (hälsorelaterad livskvalitet), smärtskattning enligt VAS (visuell analog skala), patientnöjdhet, viljan att bli opererad, rörelserädsla, fysisk aktivitetsnivå, tilltro till den egna förmågan att påverka symtom samt operation med total höftplastik eller total knäplastik.

Registret kommer på sikt att kunna ge kunskap om socioekonomiska och livsstilsrelaterade faktorer som kan ha betydelse för hälsorelaterad livskvalitet och sjukvårdskonsumtion vid artros.

BOA-registret har funnits som ett nationellt kvalitetsregister sedan 2010. Sedan dess har antalet registrerade patienter och antalet anslutna enheter i princip fördubblats varje år. Enligt registrets årsrapport 2013 [6] ingår totalt 25 161 patienter och samtliga landsting har sedan 2012 enheter som rapporterar till registret. I april 2014 var det 376 enheter som var anslutna till registret.

Svenska Höftprotesregistret (SHPR)

Höftprotesregistrets huvuduppgift är att analysera hela processen kring höftproteskirurgin. Tioårsöverlevnaden, det vill säga den tid som en protes fungerar, av de vanligaste och mest dokumenterade proteserna är idag över 95 procent [7].

Patientgrupperna består av en relativt frisk population med en medelålder på strax under 70 år samt en grupp av patienter med en medelålder på cirka 85 år med uttalad medicinsk samsjuklighet och kort förväntad överlevnad.

Samtliga enheter som utför total höftplastik ingår i registret, både offentliga och privata. Alla sjukhus som opererar halvproteser rapporterar också till registret. Höftprotesregistret har således en 100-procentig täckningsgrad vad gäller sjukhus. Täckningsgraden för förstagångsoperationer på individnivå är kontrollerad via samkörning med patientregistret på Socialstyrelsen.

Täckningsgraden 2012 var på riksnivå 97,5 procent för totalproteser och 96,2 procent för halvproteser.

Socialstyrelsens register

Denna rapport använder data från två av Socialstyrelsens hälsodataregister samt dödsorsaksregistret.

Patientregistret

Patientregistret vid Socialstyrelsen omfattar all slutenvård samt alla läkarbesök i specialiserad öppenvård som inte betecknas som primärvård. Registret har hittills uppdaterats årligen. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns rikstäckande uppgifter tillgängliga till och med 2012. I patientregistret registreras varje år cirka 1,5 miljoner slutenvårdsbesök och närmare 10 miljoner öppenvårdsbesök.

I patientregistret är det möjligt att få information om en individs samtliga vårdtillfällen, oavsett diagnos, i slutenvård sedan 1987 och i den öppna specialiserade vården sedan 2001.

Patientregistrets slutenvårdsdel har en jämn och bra kvalitet över tid för centrala variabler såsom huvuddiagnos, sjukhus och datum för vården. I slutenvårdsdelen är bortfallet av huvuddiagnos litet, cirka 1 procent, medan det förekommer ett selektivt bortfall av åtgärds-koder. Socialstyrelsen har dock uppmärksammat att det bland privata vårdgivare finns en betydande under-rapportering av flera åtgärder. När det gäller specialiserad öppenvård har rapporteringen till patientregistret förbättrats avsevärt men vissa brister återstår fortfarande.

Patientregistret omfattar inte uppgifter från primärvården, vilket innebär att en stor del av vården inte kan redovisas i utvärderingen. Registret omfattar heller inte vård som ges av andra yrkeskategorier än läkare.

En stor del av de uppgifter som presenteras i denna rapport har hämtats från patientregistret.

Läkemedelsregistret

Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som förskrivits och hämtats ut via recept på apotek sedan 1 juli 2005. Mellan 1999 och 2005 samlades samma uppgifter in, men utan personnummer. Registret uppdateras månadsvis med cirka två veckors fördröjning.

Av de 90 miljoner recept som expedieras och registreras årligen saknar 0,3 procent personnummer och 0,6 procent kod för folkbokföringsort. Registret omfattar inte läkemedel som ges i slutenvården, dispenserar ur läkemedelsförråd eller köps utan recept. Läkemedelsregistret anger heller inte orsaken till förskrivningen.

Dödsorsaksregistret

Socialstyrelsens dödsorsaksregister omfattar samtliga avlidna som var folkbokförda i Sverige vid tiden för dödsfallet. Dödsorsaksregistret innehåller uppgifter från 1961 och framåt och uppdateras årligen. När analyserna i denna rapport genomfördes fanns uppgifter om dödsdatum för avlidna till och med 2013.

Enkätundersökning i landsting och kommuner

För att samla information om införandet av de nationella riktlinjerna har Socialstyrelsen genomfört två enkätundersökningar, en till samtliga landsting (21 stycken) och en till samtliga kommuner och stadsdelar i landet (316 stycken).

Den övergripande frågeställningen var hur landstingen och kommunerna hade mottagit riktlinjerna om vården vid rörelseorganens sjukdomar, samt vilka åtgärder de hade vidtagit utifrån dessa.

Den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för vård och omsorg upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarinsatser.

Övriga metodaspekter

I rapporten presenteras och jämförs resultaten utifrån organisatorisk nivå för riket och för landstingen. Indikatorerna redovisas efter patientkaraktäristika

såsom ålder och kön, samt efter utbildning och födelseland i de fall det finns relevanta skillnader. Uppgifter indelade efter utbildningsnivå och födelseland presenteras genomgående på nationell nivå. Genom att jämföra uppgifter på dessa olika nivåer går det att synliggöra eventuella ojämlikheter i vården.

Jämförelse utifrån utbildning och födelseland

Data från hälsodataregistrerna och de nationella kvalitetsregistrerna kompletteras med uppgifter om individens högsta avslutade utbildningsnivå genom länkning med SCB:s utbildningsregister. Förgymnasial utbildning i nio år eller mindre klassificerades i analyserna som låg utbildning, två- eller treårig gymnasial utbildning klassificerades som medelhög utbildning, och eftergymnasial utbildning inklusive forskarutbildning som hög utbildning.

Uppgifterna om födelseland har hämtats från Socialstyrelsens patientregistrar, åren 1998–2012. Patienterna delades in efter födelseland i grupperna:

- svenskfödda
- födda i övriga Norden
- födda i övriga EU-länder (Belgien, Bulgarien, Cypern, Estland, Frankrike, Grekland, Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Nederländerna, Polen, Portugal, Rumänien, Slovakien, Slovenien, Spanien, Storbritannien, Tjeckien, Tyskland, Ungern och Österrike)
- födda i övriga världen.

Presentation av uppgifter i diagram

I utvärderingen redovisas informationen i separata diagram för hela riket samt för landsting när det är relevant och det finns tillgängliga uppgifter.

För vissa indikatorer finns för få observationer och Socialstyrelsen har då avstått från att redovisa uppgifterna i diagram. Om materialet omfattar för få observationer går det inte att statistiskt sett dra några slutsatser. För redovisning på landstingsnivå gäller att minst 30 patienter finns med i jämförelsen.

När det gäller uppgifter om kön, åldersgrupper, utbildningsnivå och födelseland visas diagram och tabeller endast när det finns relevanta skillnader.

Rangordning och namn

Samtliga diagram rangordnar landstingen utifrån principen att det bästa resultatet finns högst upp och det sämsta längst ner i diagrammet. Där det inte går att värdera resultatet sker rangordningen utifrån principen högst till lägst värde. Syftet med rangordningen är inte primärt att ställa olika landsting mot varandra utan att visa de variationer som finns i landet.

Landstingens benämning

Region Halland, Region Gotland, Region Skåne och Västra Götalandsregionen kallas genomgående för landsting i den här utvärderingen.

Införandet av riktlinjerna – enkätresultat

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska vara ett stöd för beslutsfattare i landsting, regioner och kommuner, så att dessa kan styra hälso- och sjukvården och socialtjänsten med öppna och systematiska prioriteringar.

Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. I första hand är riktlinjerna ett underlag för att fördela resurser inom sjukdomsgruppen eller verksamhetsområdet – så kallade vertikala prioriteringar.

I denna utvärdering har Socialstyrelsen kartlagt hur landstingen och kommunerna har mottagit riktlinjerna om vården vid rörelseorganens sjukdomar, samt vilka åtgärder de har vidtagit utifrån dessa.

Den kommunala hälso- och sjukvården ansvarar för vård och omsorg upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget ansvarar för läkarinsatser.

Enkäternas genomförande

För att samla in information har Socialstyrelsen genomfört två enkätundersökningar, en till samtliga landsting och en till samtliga kommuner och stadsdelar i landet.

Landstingsenkäten

I november 2013 skickades en enkät ut till samtliga 21 landstingsledningar, i syfte att samla in information om hur riktlinjerna mottagits på övergripande landstingsnivå. Enkäten skickades till hälso- och sjukvårdsdirektören eller motsvarande och besvarades av 19 landsting, vilket motsvarar en svarsfrekvens på 90 procent. Landstingen i Blekinge och Gotland svarade inte.

Enkäten bestod av två delar, där den ena innehöll frågor om hur riktlinjerna har tagits emot och införts. Den andra delen innehöll specifika frågor för respektive sjukdomsgrupp (artros, osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar). För att besvara den delen uppmanades landstingsledningen att samla in underlag från berörda verksamheter inom både specialistvård och primärvård.

Kommunenkenäten

I november 2013 skickades en enkät ut till samtliga 316 kommuner och stadsdelar i landet. Syftet var att få information om huruvida kommunerna kände till riktlinjerna, och på vilket sätt de i så fall mottagit dessa. Enkäten skickades till kommunernas socialchefer, men besvarades i de flesta fall av kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS).

Enkäten besvarades av 237 kommuner, vilket motsvarar 75 procent. Av dessa angav 130 att de kände till riktlinjerna, och de fick då svara på följdfrågor om bland annat mottagandet och införandet. Resultaten från kommun-

enkäten baseras alltså främst på svaren från dessa 130 kommuner, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

Landstingens införande av riktlinjerna

Landstingen fick bland annat svara på om de tagit fram handlingsplaner för att införa riktlinjerna, genomfört informationsinsatser samt utformat ekonomiska ersättningar och uppföljningssystem för att styra mot en ökad följsamhet till riktlinjerna.

Handlingsplaner har tagits fram

I en tredjedel av landstingen (6 av 19 svarande) finns det en övergripande handlingsplan (hälso- och sjukvårdsledningsnivå) för att införa riktlinjerna, och som även innehåller en tidplan. Ytterligare tre landsting (Halland, Kronoberg och Norrbotten) anger att en sådan handlingsplan kommer att tas fram under år 2014.

I många landsting (15 av de 19 svarande) har de nationella riktlinjerna också omsatts i lokala handlingsplaner (verksamhetsnivå) för införandet.

Informationsaktiviteter har genomförts

– men inte till kommunerna

Samtliga 19 svarande landsting anger att de har genomfört informationsaktiviteter för att sprida innehållet i riktlinjerna. Endast två landsting (Värmland och Västra Götaland) har haft informationsaktiviteter om riktlinjerna dit även den kommunala hälso- och sjukvården hade bjudits in.

Ekonomisk ersättning för att öka följsamheten

En fjärdedel av de svarande landstingen (5 av 19) har utvecklat ersättningsformer för att stimulera följsamheten till riktlinjerna. Landstinget i Östergötland har ökat den ekonomiska ersättningen för förskrivning av vissa biologiska läkemedel, och ger också ersättning till verksamheter som utvecklar artrosskolor. Även i Västerbotten är artrosskola inarbetat som ett uppdrag i hälsovalet, med särskild ekonomisk ersättning. I Jönköping får verksamheten ekonomisk ersättning om man lyckas minska antalet artroskopier med 10 procent per år. I Västra Götaland ges ersättning kopplad till DXA (Dual energy X-ray Absorbation) för mätning av graden av benskörhet vid osteoporos samt behandling med biologiska läkemedel och kompetensförsörjning inom området reumatologi.

Landstinget i Kronoberg anger att verksamheterna kan få en särskild ersättning om de registrerar uppgifter så att kvalitetsindikatorer gällande tobak, alkohol, fysisk aktivitet och ordination av FaR (fysisk aktivitet på recept) kan följas upp.

Uppföljning av följsamheten till riktlinjen

Två tredjedelar av de svarande landstingen (13 av 19) anger att de gör lokala eller regionala uppföljningar av följsamheten till riktlinjerna. Uppföljningen sker ofta i dialog mellan landstingsledningen och de berörda verksamheterna, utifrån underlag från kvalitetsregister och öppna jämförelser.

I tabellen nedan redovisas landstingens insatser för att införa riktlinjerna.

Tabell 2. Åtgärder för att införa riktlinjerna

Landsting	Handlingsplaner		Informations-aktiviteter	Ekonomisk ersättning	Uppföljning
	Övergripande	Lokal			
Stockholm	-	Ja	Ja	Nej	Nej
Uppsala	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Sörmland	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Jönköping	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Planeras 2014	Ja	Ja	Ja	Ja
Kalmar	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja
Gotland	-	-	-	-	-
Blekinge	-	-	-	-	-
Skåne	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Halland	Planeras 2014	Nej	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja, med kommuner	Ja	Ja
Värmland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Örebro	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja
Västmanland	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Dalarna	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Gävleborg	Ja	Ja	Ja	Nej	Ja
Västernorrland	Nej	Ja	Ja	Nej	Nej
Jämtland	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Norrbotten	Planeras 2014	Nej	Ja	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, november 2013.

I kapitlet om varje sjukdom finns en utförligare beskrivning av genomförda åtgärder för att öka följsamheten till riktlinjerna inom respektive sjukdomsområde (artros, osteoporos och inflammatoriska reumatiska sjukdomar).

Förändrad praxis till följd av riktlinjerna

Majoriteten av de svarande landstingen (16 av 19) bedömer att riktlinjerna har påverkat rådande praxis i landstinget.

När det gäller osteoporos lyfter många fram en ökad användning av FRAX, som är ett verktyg för att bedöma frakturens risk. Flera har också köpt in eller planerar att köpa in utrustning för DXA, vilket är en lågstrålande röntgenmetod som används för att mäta och klassificera graden av benskörhet. Riktlinjerna bedöms också ha lett till förbättrade vårdprogram och remissrutiner, samt till en ökad läkemedelsbehandling.

När det gäller artros anger många landsting att fler personer erbjuds långvarig fysisk träning. Detta sker ofta i form av en artrosskola, och utvecklingen av artrosskolor har framförallt skett inom primärvården. Flera landsting svarar vidare att de har börjat registrera uppgifter i kvalitetsregistret BOA. Utvecklingen av FaR lyfts också fram som ett skäl till att fler erbjuds

långvarig fysisk träning. Några landsting menar att riktlinjerna har lett till färre artroskopier och röntgenundersökningar. Dessutom har tydligare riktlinjer och vårdprogram, med utgångspunkt från de nationella riktlinjerna, bidragit till en bättre samverkan mellan specialistvården och primärvården.

För vården av patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit) ser landstingen en ökad behandling med biologiska läkemedel, genom nya och tydligare behandlingsrekommendationer inom läkemedelsområdet. Flera framhåller också att läkemedlen i dag sätts in tidigare i sjukdomsförloppet, och att uppföljningen av patienterna har förbättrats.

Det finns även exempel på landsting som menar att riktlinjerna har gett ett ökat fokus på rehabiliteringsinsatser för patienter med reumatiska sjukdomar. Ett landsting (Västmanland) anger att riktlinjerna har lett till att vård i varmare klimat har upphört.

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser

Ett fåtal av de svarande landstingen (5 av 19) anger att riktlinjerna har medfört organisatoriska förändringar. Det handlar i de flesta fall om ett utökat uppdrag för primärvården, framför allt när det gäller att utveckla artrosskolor. Landstinget i Västerbotten har till exempel lagt in utvecklingen av en artrosskola i primärvårdens hälsoval, med särskild ekonomisk ersättning kopplad till uppdraget. Detta har i sin tur minskat arbetsbelastningen på röntgenverksamheten vid sjukhuset.

Några landsting har också utvecklat expertråd eller andra verksamhetsöverskridande samverkansformer kring personer med osteoporos. I Landstinget Gävleborg finns det dessutom förslag på att inrätta osteoporoskoordinatorer och kontaktsjuksköterskor i primärvården.

Mer än hälften av landstingen (12 av 19) bedömer att införandet av riktlinjerna har fått ekonomiska konsekvenser, och i de allra flesta fall behov av ökade resurser. Inget landsting bedömer att riktlinjerna har minskat kostnaderna.

Ökade resurser rör framför allt sjukdomsgrupperna osteoporos och reumatoid artrit, och endast tre landsting anger att rekommendationerna som berör artros har lett till ökade resurser inom området.

I tabellen nedan redovisas landstingens bedömning av hur praxis, organisation och ekonomiska resurser har påverkats av riktlinjerna.

Tabell 3. Förändrad praxis, organisatoriska och ekonomiska konsekvenser

Landsting	Förändrad praxis?	Organisatoriska konsekvenser?	Ekonomiska konsekvenser?
Stockholm	Ja	-	Ja
Uppsala	Nej	Nej	Nej
Sörmland	Ja	Nej	Ja
Östergötland	Nej	Nej	Ja
Jönköping	Ja	Ja	Ja
Kronoberg	Ja	Nej	Ja
Kalmar	Ja	Nej	Ja
Gotland	-	-	-
Blekinge	-	-	-
Skåne	Ja	Nej	Ja
Halland	Ja	Nej	Nej
Västra Götaland	Ja	Ja	Ja
Värmland	Ja	Nej	Ja
Örebro	Ja	Nej	Nej
Västmanland	Ja	Nej	Ja
Dalarna	Nej	Ja	Nej
Gävleborg	Ja	Ja	Ja
Västernorrland	Ja	Nej	Nej
Jämtland	Ja	Nej	Nej
Västerbotten	Ja	Ja	Ja
Norrbottn	Ja	Nej	Nej

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, november 2013.

Bedömning av riktlinjernas användbarhet

Majoriteten av landstingen (ett landsting har inte besvarat frågan) bedömer att riktlinjerna är användbara både som underlag för uppdragsbeskrivningar och politiska prioriteringar samt som stöd för ledning och styrning. Många landsting anger också att riktlinjerna är användbara i andra sammanhang, till exempel som underlag för lokala och regionala vårdprogram eller för läkemedelsrekommendationer.

Tabell 4. Riktlinjernas användbarhet

Ger de nationella riktlinjerna tillräcklig vägledning att användas som:	Ja, antal landsting	Nej, antal landsting
underlag för uppdragsbeskrivningar	16	2
underlag för politiska prioriteringar	16	2
stöd för ledning och styrning	16	2

Källa: Socialstyrelsens enkät till landstingen, november 2013.

I enkäten ställdes också frågan om landstingen upplever att de behöver mer stöd från Socialstyrelsen för att införa nya riktlinjer, utöver de regionala konferenser som erbjuds. Majoriteten av landstingen (14 av 19) svarade nej på frågan, utan menar att det stöd som ges är tillräckligt. Fem landsting ger dock förslag på ytterligare stödjande insatser. Ett landsting menar att riktlinjerna spänner över många diagnosområden och professioner, vilket gör att de är svåra att sprida via övergripande informations- och utbildningsinsatser. Landstingen föreslår därför att Socialstyrelsen tar fram flera utbildningsunderlag som är anpassade för olika målgrupper. Ett annat förslag är att Socialstyrelsen skapar en systematisk översikt för lyckade införandestrategier, som kan fungera som ett stöd för landstingen. Andra anser att det borde framgå

när de nationella riktlinjerna ska vara införda, samt att det borde vara tydligare vilka indikatorer som kommer att användas för att följa upp införandet. Ett landsting menar också att Socialstyrelsen borde ta fram nationella vårdprogram.

Samlad bedömning av landstingens införande

De allra flesta landstingsledningarna anger att de har påbörjat insatser för att införa de nationella riktlinjerna. Endast en tredjedel har en övergripande handlingsplan för arbetet, men de flesta landsting har lokala handlingsplaner. Två tredjedelar av landstinget följer upp riktlinjerna på lokal eller regional nivå. De allra flesta landsting anger vidare att riktlinjerna har påverkat rådande praxis.

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.

Kommunernas införande av riktlinjerna

I enkäten till kommunerna ställdes inledningsvis frågan om kommunen känner till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Drygt hälften av de som besvarade enkäten (55 procent) anger att de känner till riktlinjerna. Endast kommuner som svarade att de känner till riktlinjerna kunde besvara följdfrågorna, bland annat om vilka insatser de har vidtagit för att införa riktlinjerna, vilka ekonomiska och organisatoriska konsekvenser riktlinjerna har fått samt hur samverkan med landstingens verksamheter ser ut.

Insatser för att införa riktlinjerna

Endast en tredjedel (33 procent) av kommunerna som känner till de nationella riktlinjerna om rörelseorganens sjukdomar har vidtagit några åtgärder för att stödja införandet av dem.

Elva procent av kommunerna anger att de har genomfört utbildningsinsatser medan endast två procent anger att de har tagit fram vårdprogram som ett led i införandet. Resultaten tyder dock på att fler kommuner har tagit fram styrdokument för att stödja införandet, men utan att kalla dem för vårdprogram.

En fjärdedel (25 procent) av kommunerna anger att de har genomfört andra insatser. Många har tagit fram riktlinjer eller rutiner, framför allt när det gäller fallprevention. En bidragande orsak till detta är – förutom de nationella riktlinjerna – utvecklingen av kvalitetsregistret Senior Alert, som i dag används i de flesta kommuner. Vidare är det vanligt att kommunerna har informerat om riktlinjerna, till exempel vid personalmöten. Det finns också enstaka kommuner som anger att de har anställt fler sjukgymnaster och arbetsterapeuter för att kunna arbeta mer aktivt med fysisk träning och rehabiliteringsinsatser.

Majoriteten av de svarande kommunerna (67 procent) anger dock att de inte har vidtagit några särskilda åtgärder för att införa riktlinjerna.

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser

Endast en liten andel av kommunerna (10 procent) anger att införandet av de nationella riktlinjerna har medfört några organisatoriska eller ekonomiska konsekvenser. Totalt sex procent av kommunerna nämner organisatoriska förändringar, till exempel utveckling av teamarbete och uppsökande hembesök. Bara fyra procent av kommunerna anger att riktlinjerna har fått ekonomiska konsekvenser.

De flesta kommunerna har inte arbetat med att införa riktlinjerna, och de bedömer inte heller att riktlinjerna har fått några organisatoriska eller ekonomiska konsekvenser. Många påpekar att rekommendationerna i riktlinjerna inte omfattar den kommunala verksamheten, förutom dem som handlar om fallprevention. När det gäller fallprevention pågår sedan flera år tillbaka ett utvecklingsarbete i de flesta kommuner, via kvalitetsregistret Senior Alert. Eventuella organisatoriska eller ekonomiska förändringar anses bero på Senior Alert, snarare än på de nationella riktlinjerna.

Samverkan mellan kommun och landsting

I enkäten till landstingen framkom det att endast två landsting (Värmland och Västra Götaland) har haft informationsaktiviteter om riktlinjerna dit även den kommunala hälso- och sjukvården hade bjudits in. Detta bekräftas av kommunenkäten, där endast fyra procent av kommunerna anger att de har bjudits in till sådana aktiviteter.

Bristen på gemensamma informationsaktiviteter kan vara ett tecken på att samverkan mellan landsting och kommun inte är tillräckligt utvecklad när det gäller personer med sjukdomar i rörelseorganen. Endast 18 procent av kommunerna anger att man alltid samverkar med landstingens primärvård eller specialistvård kring den aktuella patientgruppen, och 58 procent att detta sker ibland. Samtidigt säger 17 procent av kommunerna att samverkan förekommer sällan, och sju procent att det aldrig sker.

Resultaten bör dock tolkas med viss försiktighet eftersom frågorna endast har besvarats av de kommuner som känner till riktlinjerna.

Samlad bedömning av kommunernas införande

Enkäten visar att endast drygt hälften av de kommuner som besvarat enkäten känner till de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Av dem är det endast en tredjedel som anger att de har vidtagit några åtgärder för att stödja arbetet med att införa riktlinjerna. Det är också mycket få kommuner som anger att de nationella riktlinjerna har fått några organisatoriska eller ekonomiska konsekvenser.

Resultatet är kanske inte så oväntat med tanke på att kommunerna inte är den primära målgruppen för de nationella riktlinjerna och att företrädare för den kommunala hälso- och sjukvården inte varit delaktiga i riktlinjeprocessen. Det finns dock en del rekommendationer som berör även den kommunala hälso- och sjukvården, vilket gör att det skulle vara önskvärt att kommunerna hade en större kunskap om riktlinjerna. Socialstyrelsen bedömer att myndigheten behöver genomföra 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).

Rörelseorganens sjukdomar

Sjukdomar i skelett, leder och muskler är relativt vanliga. I Statistiska Centralbyråns (SCB) undersökning 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 innebar att de inte kunde springa en kortare sträcka på cirka 100 meter, stiga på en buss obehindrat eller ta en rask promenad på cirka fem minuter. Motsvarande siffror för åren 2008–2009 var 4,4 procent för männen och 7,6 procent för kvinnorna [2]. Reumatiska besvär och ledbesvär är också de mest frekventa kroniska tillstånden i Europa [3].

I Sverige drabbar rörelseorganens sjukdomar oftare äldre personer än yngre – och ungefär hälften av alla kroniska besvär som personer över 65 år lider av är kopplade till skelett, leder och muskler [1]. Sverige har i likhet med andra länder en utveckling där befolkningen blir allt äldre, vilket innebär att fler med tiden får sjukdomar och besvär i rörelseorganen. Även ökningen av antalet personer med övervikt bidrar till sjukdomar i rörelseorganen, särskilt artros.

Omfattande konsekvenser för både patienter och samhälle

Sjukdomar i rörelseorganen får ofta omfattande konsekvenser. Den enskilde kan påverkas av försämrad livskvalitet i form av smärta, minskad rörlighet, förlust av oberoende och minskat välmående i allmänhet.

Sjukdomar i rörelseorganen svarar för en stor andel av vårdkonsumtionen och detta ställer krav på tillgänglig vård och behandling. År 2012 gjorde individer med inflammatorisk reumatisk sjukdom över 160 000 läkarbesök i öppen specialiserad vård [4]. Besvär kring skelett, leder och muskler uppskattas också vara orsak till 20–30 procent av läkarbesöken inom primärvården [8]. Sjukdomarna är också en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtidssjukskrivningar.

Rörelseorganens sjukdomar medför därför stora samhällsliga kostnader. Kostnaden för osteoporos och osteoporosrelaterade fallskador uppskattas till 3,5 miljarder kronor årligen [9].

Vården av rörelseorganens sjukdomar

Viktigt med tidig upptäckt

Vid de flesta besvär och sjukdomar i rörelseorganen är det viktigt med en tidig diagnos, tidigt insatt behandling och rehabilitering samt noggrann uppföljning för att lindra och bromsa sjukdomsförloppen. Förebyggande åtgärder är också av stor vikt för att påverka förloppen i många av de aktuella sjukdomarna.

En vård under utveckling

Vården av rörelseorganens sjukdomar utvecklas kontinuerligt. Exempelvis har tidig behandling och nya effektiva biologiska läkemedel inneburit att sjukdomsförloppet kan bromsas för många personer med reumatoid artrit.

Idag kan en betydligt större andel leva ett liv med normala aktiviteter i jämförelse med situationen för 10–15 år sedan.

Introduktionen av biologiska läkemedel har även medfört förändrade rehabiliteringsinsatser. Dagens rehabilitering fokuserar exempelvis mer på att stimulera personer som har haft god effekt av läkemedlen till fysisk aktivitet och andra livsstilsförändringar, för att de bland annat ska minska sin risk för följsjukdomar och uppnå bättre självupplevd hälsa. Socialstyrelsen bedömer att effekten av fysisk träning behöver följas upp för att kunna dra slutsatser av resultatet.

Artrosvården genomgår också förändringar. Såväl forskningsresultat som svenska och internationella riktlinjer understryker betydelsen av information och träning som förstahandsåtgärd vid behandling av artros. Detta synsätt börjar även få praktiskt genomslag i hälso- och sjukvården. Ett exempel är utvecklingen av artrosskolor som utbildar personer med artros i hur de kan hantera sin sjukdom. Sedan 2010 finns också ett nationellt kvalitetsregister för Bättre omhändertagande av artros (BOA) där deltagandet i artrosskola registreras.

Många av sjukdomarna behandlas i primärvården. Flertalet rekommendationer i riktlinjerna gäller även primärvården som har en viktig roll i arbetet med att tidigt identifiera patienter med osteoporos, artros och inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit). I primärvården utförs också en omfattande del av behandlingen och rehabiliteringen av patienter med artros och osteoporos.

I nuläget saknas det dock en nationell datakälla som möjliggör uppföljning av primärvårdens insatser vilket innebär att en stor del av den vård som ges vid rörelseorganens sjukdomar inte ingår i utvärderingen.

Behandling måste avvägas mot sjukskrivning

Besvär och sjukdomar i rörelseorganen – särskilt ryggsjukdomar – är en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtids-sjukskrivningar. En sjukskrivning kan både få negativa och positiva konsekvenser, beroende på hur den utformas. Socialstyrelsen vill bidra till en god och likvärdig sjukskrivningspraxis och har därför tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd med bland annat rekommendationer om lämpliga sjukskrivningstider vid olika diagnoser. Bland dem finns cirka 20 diagnoser som är kopplade till rörelseorganen [10].

För att undvika onödigt långa sjukskrivningar och permanent nedsatt arbetsförmåga är det också viktigt att hälso- och sjukvården kan erbjuda adekvat behandling vid rätt tidpunkt.

Riktlinjerna omfattar bland annat rekommendationer om tumörnekrosfaktorhämmare (TNF-hämmare) och andra biologiska läkemedel vid reumatoid artrit och ankyloserande spondylit. Det är dyra läkemedel. Men det är också läkemedel som kan stärka arbetsförmågan om de används på rätt sätt. Den potentiella vinsten är således betydande, både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och för den enskilda personen.

Tillgång till regelbunden individanpassad fysisk träning och rehabilitering är också en viktig del i behandlingen av sjukdomar i rörelseorganen.

Mest sjuka äldre behöver särskilt beaktas

Rörelseorganens sjukdomar drabbar främst äldre personer, och därmed många som tillhör gruppen mest sjuka äldre. Där ingår sköra äldre personer som i regel har flera sjukdomar samtidigt och kort förväntad livslängd.

Kronologisk ålder får inte vara en grund för prioriteringar i sjukvården. Däremot är patienternas biologiska status av stor betydelse eftersom den påverkar deras möjlighet att tillgodogöra sig vissa medicinska åtgärder. Många av dessa patienter kan dock behandlas med mycket god effekt, inklusive med biologiska läkemedel som dessutom har en gynnsammare biverkansprofil än behandling med NSAID (icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel).

För många av de mest sjuka äldre kan bedömningen av risken och nyttan med en viss åtgärd bli en annan än för mindre sköra personer. I de flesta fall är det troligtvis mer rimligt att fokusera på att lindra symtom, höja livskvaliteten, förbättra funktionsnedsättningar och aktivitets- och delaktighetsinskränkningar, istället för på prognosförbättring.

Det är viktigt att hälso- och sjukvården beaktar detta samt jämlikhetsperspektivet när riktlinjerna tillämpas och anpassar åtgärderna efter de mest sjuka äldre patienternas behov.

Osteoporos – världens process och resultat

Osteoporos eller benskörhet innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Osteoporos gör i sig inte ont, men de resulterande frakturerna ger smärta. Höft- och kotfrakturer är de allvarligaste och leder ofta till funktionsnedsättning, ökad sjuklighet och för tidig död. Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av osteoporos är ett bentäthetsvärde på mer än 2,5 standardavvikelse under det genomsnittliga värdet för unga vuxna i samma befolkning (t-värdet) [1].

Osteoporos är ett vanligt tillstånd i Sverige. Var tredje kvinna i åldern 70–79 år konstaterades ha osteoporos vid en bentäthetsmätning i höften, och cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män beräknas få en osteoporosrelaterad fraktur under sin livstid [1]. Incidensen för höftfrakturer i Sverige är bland de högsta i världen [9].

Varje år inträffar i Sverige cirka 70 000 frakturer som har samband med osteoporos, varav 18 000 är höftfrakturer. Många personer med en höftfraktur får en bestående funktionsnedsättning, vilket kan innebära behov av utökade hjälpinsatser i hemmet eller behov av annat boende. Inom ett år efter frakturen dör 10–15 procent fler än i en grupp med samma kön och ålder utan höftfraktur. Höftfrakturerna står för mer än hälften av alla frakturrelaterade direkta sjukvårdskostnader [1].

Diagnosen osteoporos finns sällan dokumenterad när personer med höftfraktur skrivs in eller ut från sjukhuset. Vid misstanke om osteoporos kan hälso- och sjukvården bedöma frakturrisken med hjälp av det så kallade FRAX-verktyget (från engelskans ”fracture risk assessment tool”), som är framtaget av WHO. Verktyget väger samman olika riskfaktorer för frakturer, vilket resulterar i en beräkning av risken för att få frakturer under de kommande tio åren. FRAX-värdet är ett stöd när man vill bedöma om en bentäthetsmätning behöver utföras och när man överväger läkemedelsbehandling mot osteoporos.

Bentätheten i höft och ländrygg mäts med en lågstrålande röntgenmetod som kallas DXA (från engelskans ”dual energy x-ray absorbiometry”). Resultaten av en DXA-mätning anges som ett t-värde, vilket används för att klassificera graden av benskörhet. Varje sänkning i t-värde med en standarddeviation (SD) i höften medför 2–3 gånger ökad risk för höftfraktur. Osteopeni är benämningen på nedsatt bentäthet mellan -1 och -2,5 i t-värde. Osteoporos hos en patient definieras med ett t-värde < -2,5 och vid manifest osteoporos har patienten dessutom haft en fraktur.

Det går att lägga till t-värdet från en bentäthetsmätning i FRAX-verktyget för att bättre bedöma en persons frakturrisken. Därmed får man ett bättre underlag för att ta ställning till eventuell läkemedelsbehandling med exempelvis alendronsyra eller zoledronsyra för att undvika frakturer. Andra typer av åtgärder är fysisk aktivitet, som har en positiv effekt på bentätheten, samt fallprevention för att minska fallrisken. DXA används också för att följa effekterna av olika åtgärder och behandlingar.

Viktiga riskfaktorer för osteoporosrelaterade frakturer är hög ålder, tidigare fraktur, ärftlighet, kortisonbehandling i tablettform, tobaksrökning, låg vikt, hög alkoholkonsumtion, fallbenägenhet och fysisk inaktivitet. Förutom läkemedelsbehandling med exempelvis bisfosfonater bör patienterna erbjudas hjälp med olika livsstilsåtgärder, såsom rökavvänjning, ökad fysisk aktivitet och fallprevention.

Internationellt sett har osteoporosrelaterade frakturer ökat över tiden, delvis på grund av att fler blir äldre. Sjukdomen orsakar årligen över 8,9 miljoner frakturer världen över, varav 1,6 miljoner höftfrakturer, vilket motsvarar en osteoporosrelaterad fraktur var tredje sekund. Uppskattningsvis påverkas runt 75 miljoner personer i Europa, USA och Japan av osteoporos [11].

Vård av patienter med fragilitetsfraktur

Fragilitetsfrakturer (benskörhetsfrakturer) kan tas om hand på ett strukturerat sätt med så kallade Fracture Liaison Service (FLS), och den har i flera studier från både Storbritannien, Kanada, Kalifornien och Sverige visat sig kunna minska andelen patienter med framtida fragilitetsfrakturer [12, 13, 14]. Detta strukturerade sätt att handlägga fragilitetsfrakturer innebär en koordinatorbaserad frakturvårdkedja som enligt studier kan minska risken för återfraktur med omkring 40 procent. Enligt en svensk studie från 2012 kan risken för en ny fraktur minskas med 42 procent, främst till följd av att fler patienter behandlades med benspecifika läkemedel efter en fragilitetsfraktur [15].

Socialstyrelsen gör för närvarande en översyn av kunskapsläget när det gäller frakturvårdkedjor, vilket kan innebära förändrade rekommendationer i de nationella riktlinjerna.

Vad belyser utvärderingen?

Utvärderingen belyser hälso- och sjukvårdens processer för läkemedelsbehandling vid osteoporos, samt vissa resultat av den givna vården. Merparten av uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens hälsodataregister. I nuläget är det inte möjligt att utvärdera hälso- och sjukvårdens följsamhet till flera av riktlinjernas rekommendationer då det saknas en specifik nationell datakälla för osteoporos. Vissa aspekter har dock varit möjliga att fånga på en övergripande nivå genom en enkätundersökning. Resultaten därifrån presenteras efter redovisningen av indikatorerna för osteoporos.

I detta kapitel redovisas följande indikatorer:

Indikatorer för 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

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 [1].

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter 50 år och äldre som vårdats för en förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2010–2012 och som 0–12 månader senare hämtat ut benspecifika läkemedel från apotek. För kvinnor förekommer i begränsad utsträckning också behandling med systemiska hormoner (östrogen), dessa har också räknats med. Som jämförelse finns också en analys av de patienter som drabbats specifikt av höftfraktur. Anledningen till detta är att just frakturer i höften ofta får särskilt allvarliga konsekvenser för dem som drabbas. De uppgifter som avser höftfrakturer presenteras inom parentes i texten.

Förstagångsfragilitetsfraktur avser här att patienten varit frakturefri sedan 1998. Sammanlagt för perioden ingår 47 800 patienter med någon typ av fragilitetsfraktur, varav 35 575 med höftfraktur och av dessa var 65 procent kvinnor.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt från utbildningsregistret på SCB.

Utfall och variation

Mellan åren 2005 och 2012 förändrades inte förskrivningen av bisfosfonater och andra benspecifika läkemedel nämnvärt, utan cirka 12 procent av patienterna med osteoporosrelaterade frakturer fick behandlingen (diagram O1.1). I undergruppen med höftfraktur var motsvarande siffra cirka 14 procent. För åren 2010–2012 var variationen mellan landstingen 16,4–7,2 (19,6–7,2) procent, vilket innebär en skillnad på över 9 (12) procentenheter mellan högst och lägst förskrivande landsting. 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 kvinnor 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 4 procentenheter (för kvinnor med höftfraktur är motsvarande siffra 12 procentenheter).

Personer med hög utbildningsnivå får i högre grad behandling med benspecifika läkemedel än dem med medelhög eller låg utbildning (diagram O1.6). 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 (diagram O1.7) jämfört med personer födda i Sverige (9,3 mot 12,1 procent). För personer med höftfraktur syns inga sådana skillnader.

Felkällor och tolkningssvårigheter

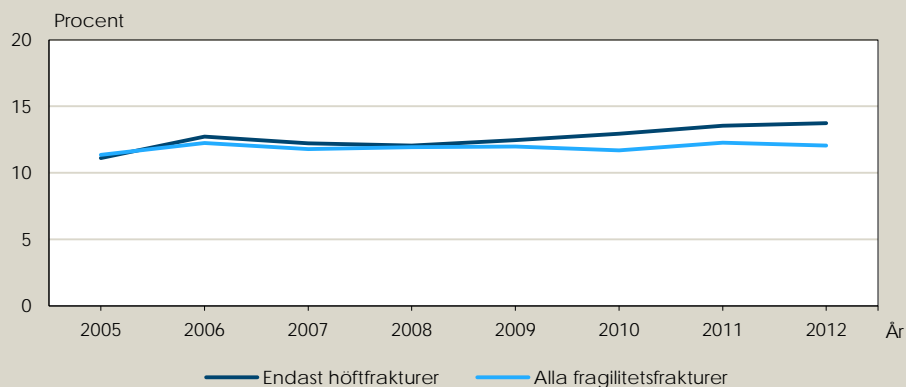
Personer med hög risk för en återfraktur bör få behandling med benspecifika läkemedel. Av dem som haft en fragilitetsfraktur har många också hög risk för att få en ny fraktur, men inte alla. Det förekommer även att personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld. Detta kan innebära att det redovisade resultatet är något lägre än vad det hade varit om enbart personer som borde ha fått behandling ingått.

I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande inte finns med i registret. Detta gäller särskilt benspecifika läkemedel av infusionstyp där endast cirka en tredjedel av läkemedlen hämtas ut på recept.

Även patientens agerande kan påverka resultatet. Patienten kan välja att inte hämta ut ett läkemedel som har förskrivits av hälso- och sjukvården, eller välja att inte ta sitt läkemedel i enlighet med läkarens ordination. Dessa företeelser fångas inte heller läkemedelsregistret.

Diagram O1.1. Läkemedel mot osteoporos – frakturtyper, riket

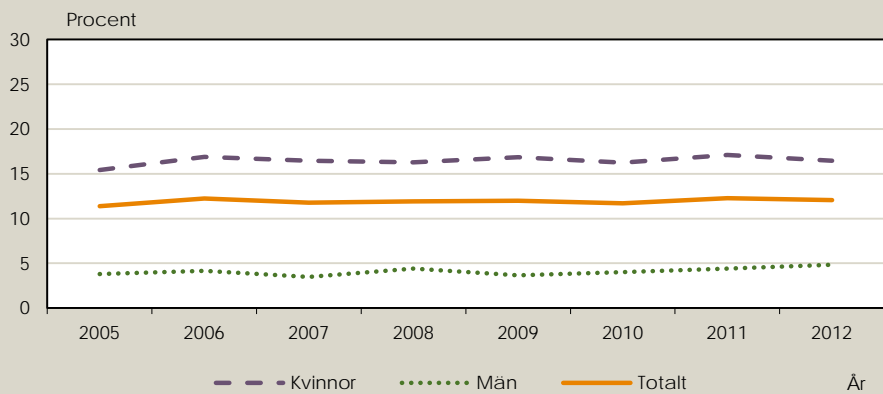
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur resp. höftfraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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

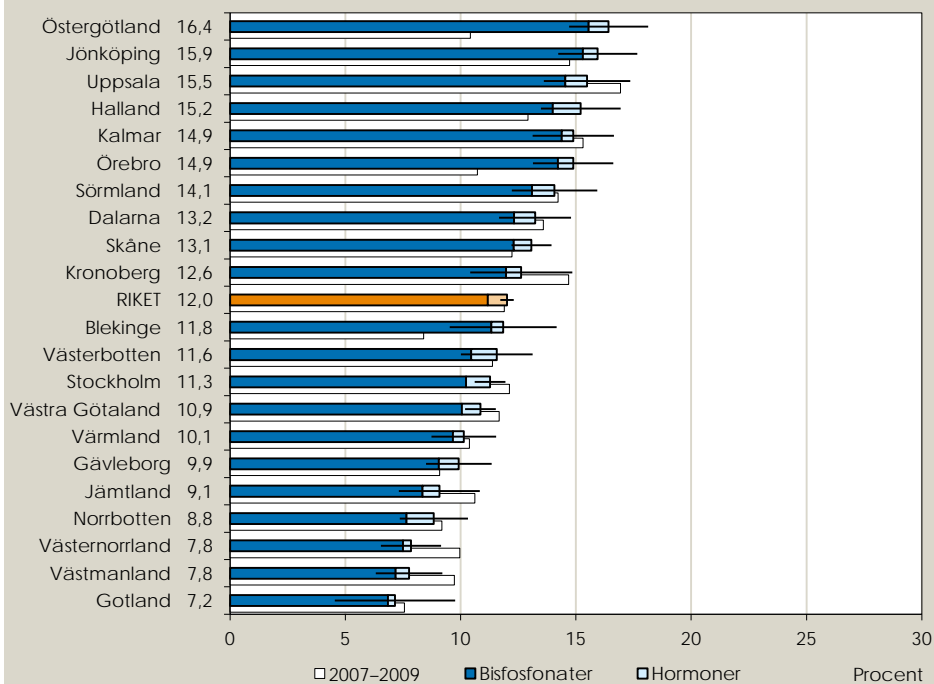
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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

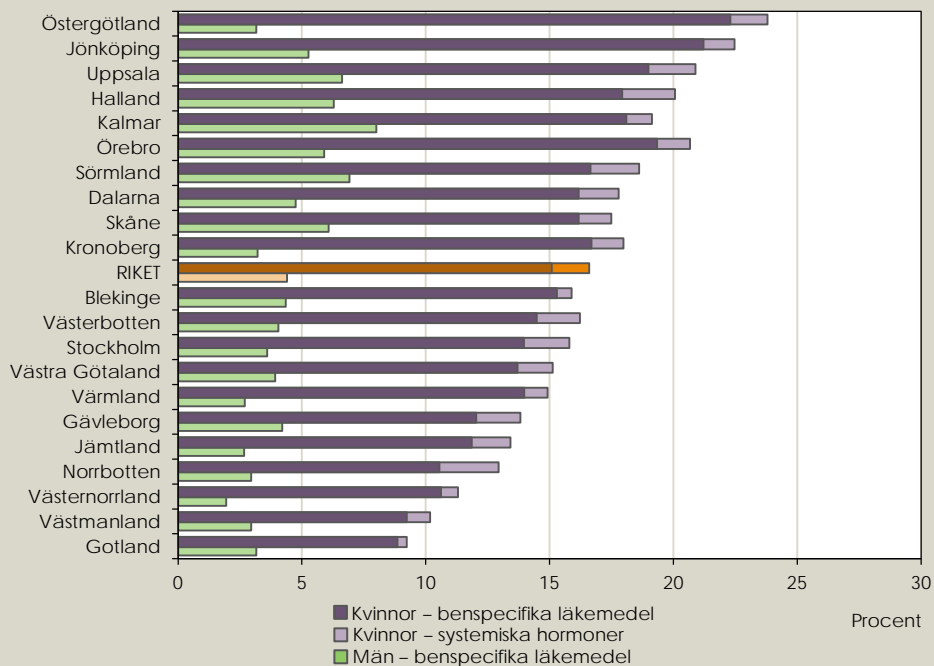
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O1.4. Läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur, kön

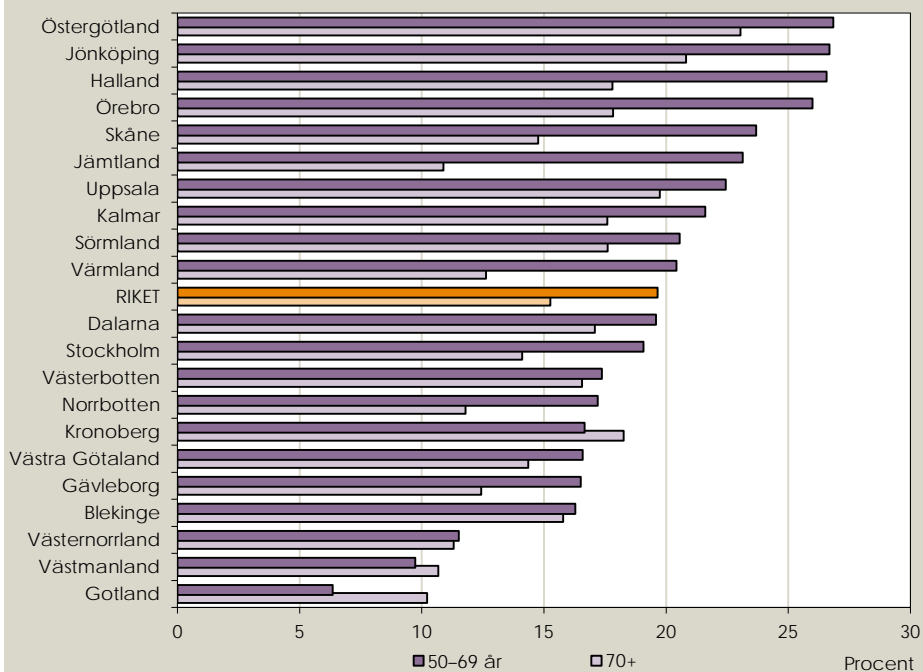
Andel män resp. kvinnor som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Diagram O1.5. Läkemedel mot osteoporos – fragilitetsfraktur, kvinnor

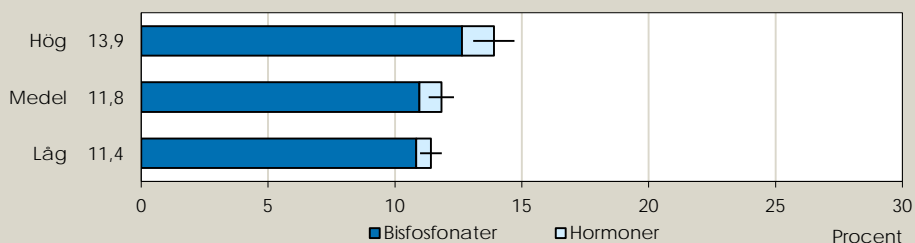
Andel kvinnor 50–69 resp. ≥70 år som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O1.6. Läkemedel mot osteoporos – fragilitetsfraktur, utbildning

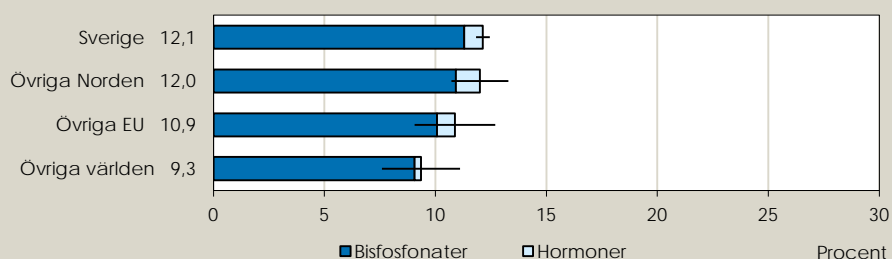
Andel personer 50 år och äldre som hämtat ut benspecifika läkemedel (bisfosfonater, zoledronsyra, denosumab) eller systemiska hormoner från apotek 0–12 månader efter sjukhusvårdad förstagångsfragilitetsfraktur fördelat på utbildningsnivå, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O1.7. Läkemedel mot osteoporos – fragilitetsfraktur, födelseland

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



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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 följsamheten till de nya rekommendationerna utifrån resultatet av den här utvärderingen (baseline).

Variationen mellan landstingen är stor, landsting med hög läkemedelsförskrivning behandlar en dubbelt så hög andel patienter som landsting med låg förskrivning av benspecifika läkemedel. Det finns också en tydlig skillnad mellan kvinnor och män genom att kvinnorna behandlas i betydligt högre grad än männen. Eftersom indikatorn utgår från en patientgrupp med hög risk för ny fraktur är könsskillnaderna inte försvarbara. Det faktum att äldre kvinnor får behandling i lägre grad än de 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; högt utbildade och födda i Sverige får i högre grad behandling med benspecifika läkemedel än personer som har låg utbildning eller är födda utanför Europa. Detta beror sannolikt på att grupper med högre socioekonomisk sta-

tus kan ha lättare att ta till sig information och 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 men evidens från flera studier [12,14] 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.

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 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 sannolikt inte gör någon nytta i kroppen, och att vissa studier pekar på att risken för biverkningar i form av hjärt- och kärlsjukdomar kan öka. I de nationella riktlinjerna [1] har monoterapi fått prioritet *icke-göra* för denna patientgrupp.

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

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen patienter 50 år och äldre som vårdades på sjukhus för fragilitetsfraktur under åren 2010–2012 och som 6–12 månader efter frakturen hämtade ut kalcium eller D-vitamin, men inte benspecifika läkemedel, från apotek. Som jämförelse finns även en separat analys av patienter som drabbats av höftfraktur. De uppgifterna presenteras dock inte i diagramform utan endast som textkommentarer i bedömningsavsnittet.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret på Socialstyrelsen samt från utbildningsregistret på SCB.

Utfall och variation

Åren 2005–2012 var det ungefär lika hög andel patienter med fragilitetsfraktur som behandlades med kalcium och D-vitamin utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel (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 (diagram O2.2) var för mätperioden 2010–2012 drygt 17 procentenheter: 8,5–25,9 procent. Kvinnor får i högre grad än män behandling med kalcium och D-vitamin efter fraktur (diagram O2.4 och O2.5): 17,4 jämfört med 8,4 procent. För båda könen är behandling vanligast hos patienter 70 år och äldre, och bland kvinnorna behandlas 20 procent i denna åldersgrupp med läkemedlen.

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

Felkällor och tolkningssvårigheter

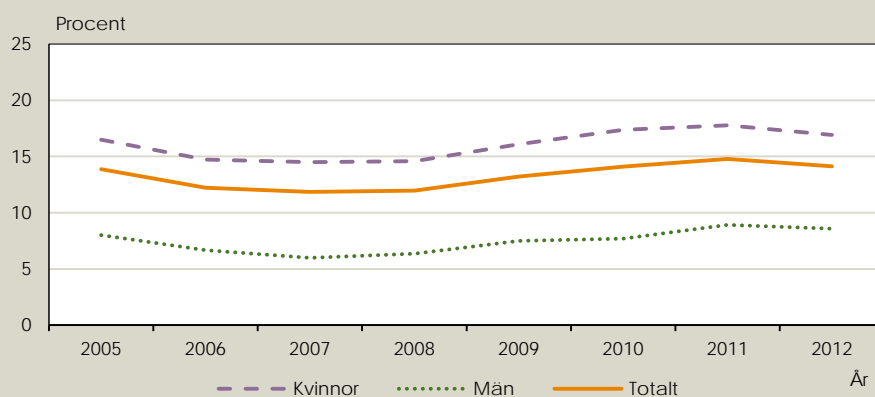
För att avgränsa undersökningsgruppen används ett antal frakturtyper som i de flesta fall är osteoporosrelaterade. Det förekommer dock att även personer utan osteoporos kan drabbas av dessa frakturer vid tillräckligt kraftigt våld.

Därmed kan det redovisade resultatet skilja sig marginellt från det verkliga värdet.

I läkemedelsregistret registreras endast uttag av läkemedel mot recept. Detta medför att patienter som får sina läkemedel från läkemedelsförråd och motsvarande inte finns med i läkemedelsregistret. Även patientens agerande kan påverka indikatorn. Patienten kan välja att inte hämta ut ett läkemedel som har förskrivits av hälso- och sjukvården, eller välja att inte ta sitt läkemedel i enlighet med läkarens ordination. Dessa företeelser fångas inte heller i läkemedelsregistret.

Diagram O2.1. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, riket

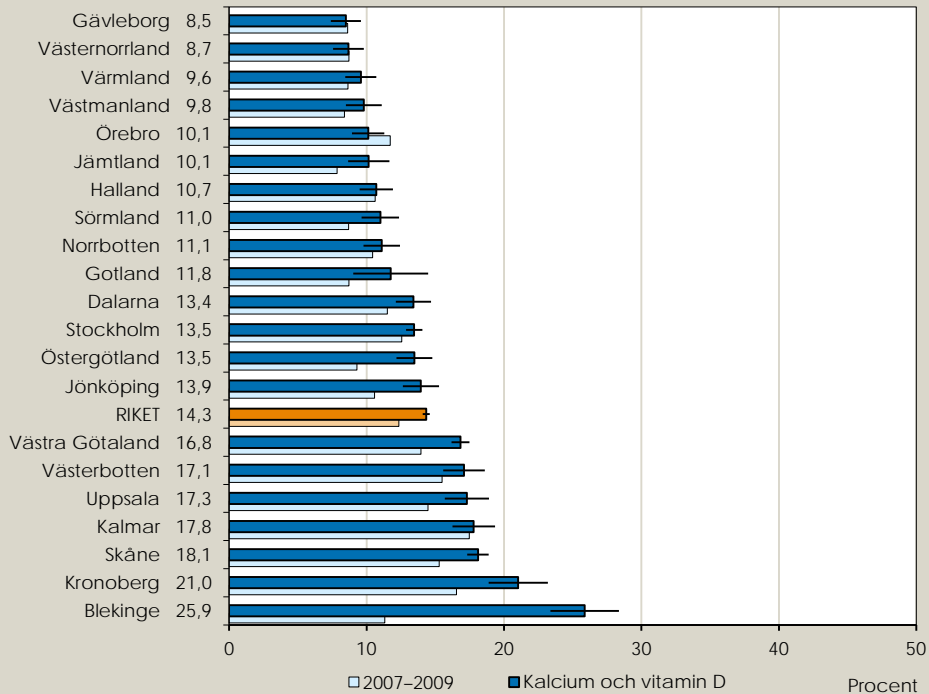
Andel personer med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, 2005–2012. Avser personer 50 år eller äldre. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O2.2. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, landsting

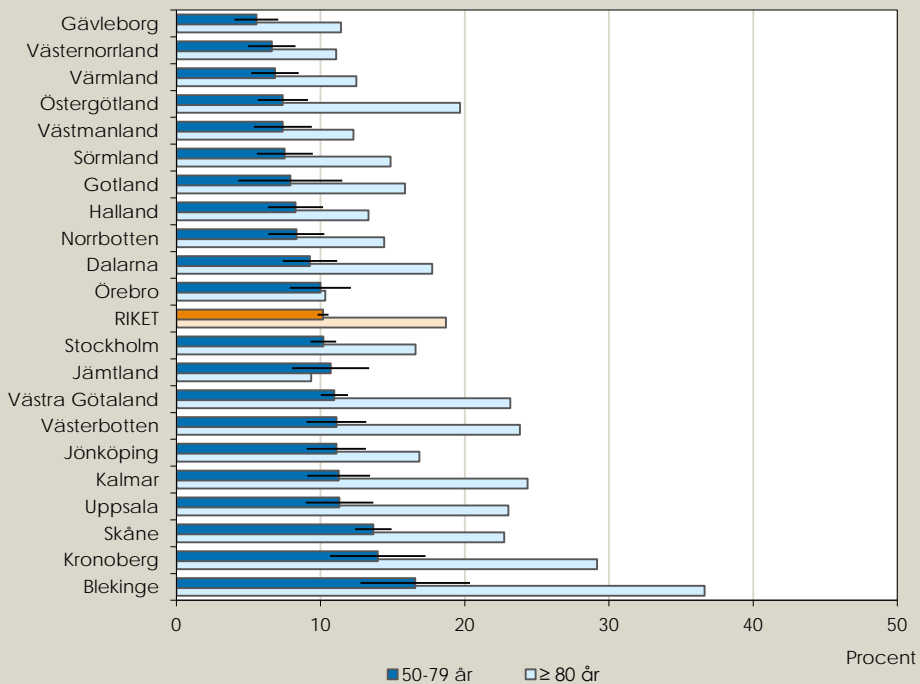
Andel personer med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, personer 50 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O2.3. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, ålder

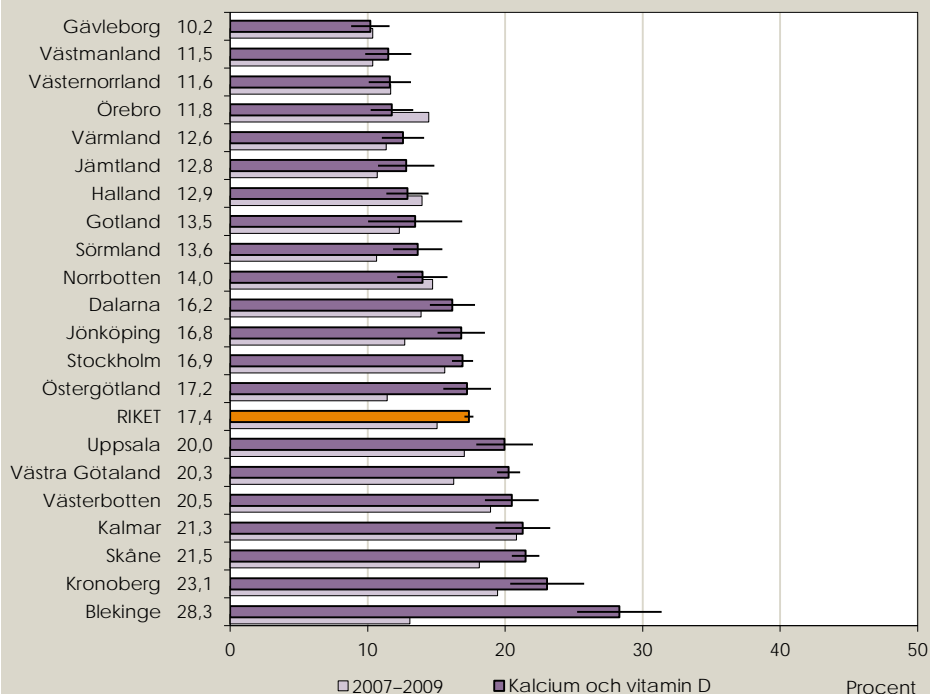
Andel personer med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 9–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur uppdelat på åldersgrupper, 2010–2012.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O2.4. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, kvinnor

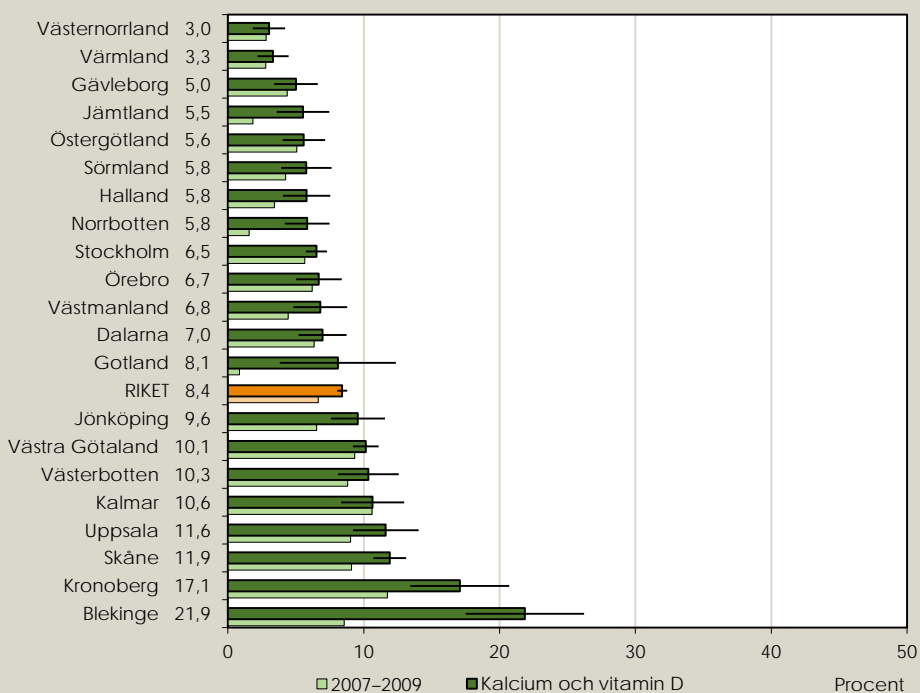
Andel kvinnor med monoterapi av kalcium och vitamin D mot osteoporos 6–12 månader efter förstagångsfragilitetsfraktur, kvinnor 50 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O2.5. Monoterapi efter fragilitetsfraktur, män

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



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

De nationella riktlinjerna anger 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 undersökningen 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 utan samtidig behandling med benspecifika läkemedel.

Socialstyrelsen bedömer att behandling med kalcium och D-vitamin som monoterapi bör ges endast när det finns dokumenterad brist på dessa ämnen eller när patienten samtidigt behandlas med benspecifika läkemedel.

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 ökad fysisk aktivitet rekommenderas 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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet nya frakturer inom 5 år hos personer 50 år och äldre som under åren 2003–2007 hade en förstagångsfragilitetsfraktur som krävde sjukhusvård eller öppen specialiserad vård. Förstagångsfragilitetsfraktur avser här att patienten inte haft någon fraktur sedan 1998. Exempelvis har 2007 års förstagångsfrakturer följts upp till och med 2012. Indikatorn redovisas per 100 000 levnadsår.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från patientregistret och läkemedelsregistret hos Socialstyrelsen samt från utbildningsregistret på SCB.

Utfall och variation

I riket som helhet inträffade cirka 6 150 återfrakturer per 100 000 levnadsår under mätperioden. Totalt var det 24 000 återfrakturer inom fem år efter förstagångsfrakturen som inträffade under perioden 2003–2007. Av dessa var 80 procent kvinnor. Variationen mellan landstingen var 4 457–7 269 återfrakturer per 100 000 levnadsår (diagram O3.1). Kvinnor drabbas i högre grad av återfrakturer än män, 6 400 jämfört med 5 400 per 100 000 levnadsår (diagram O3.2).

Vad gäller åldersskillnader finns det i riket som helhet ingen signifikant skillnad mellan gruppen 50–69 år och gruppen över 70 år (diagram O3.3). 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 när de har färre levnadsår kvar.

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

Felkällor och tolkningssvårigheter

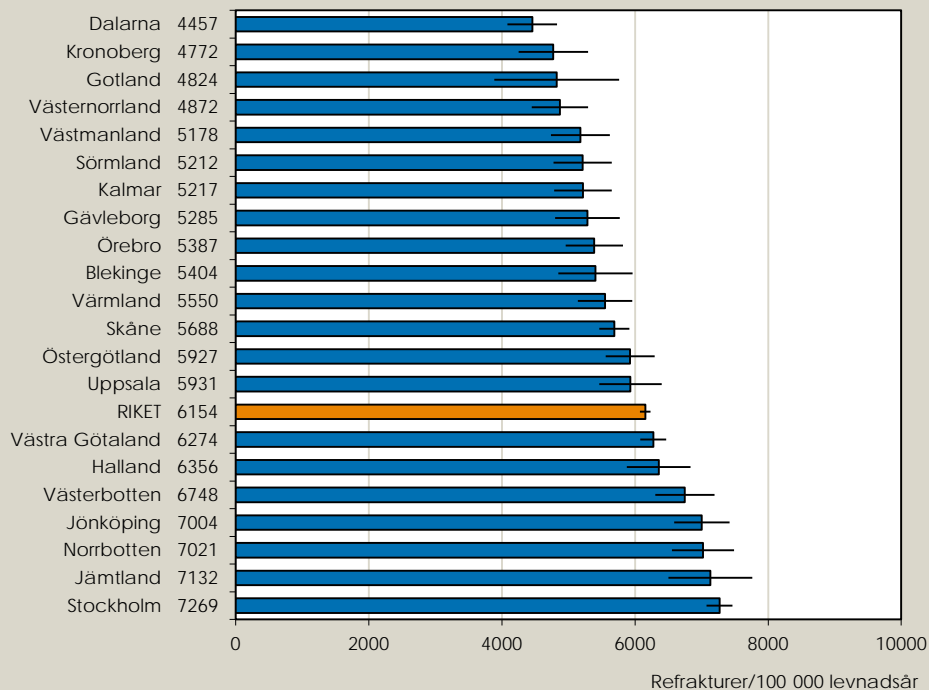
Patientregistret omfattar inte patienter som fått en ny fraktur som behandlats i primärvården. Urvalet för indikatorn är alltså endast patienter som vårdats på sjukhus eller behandlats i öppen specialiserad vård i samband med den nya frakturen.

Diagnossättningen för kotfrakturer är ofta bristfällig och många av dessa patienter handläggs inom primärvården. Eftersom patienter i primärvård inte

ingår i patientregistret är det sannolikt att såväl antalet förstagångsfragilitetsfrakturer som återfrakturer underskattas i jämförelsen.

Diagram O3.1. Återfraktur inom 5 år, landsting

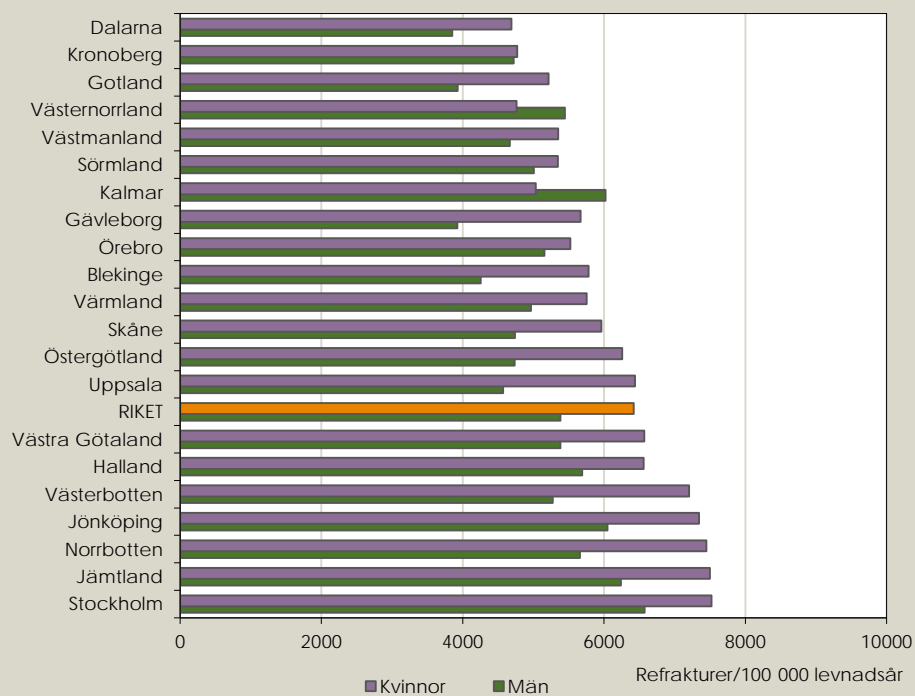
Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O3.2. Återfraktur inom 5 år, kön

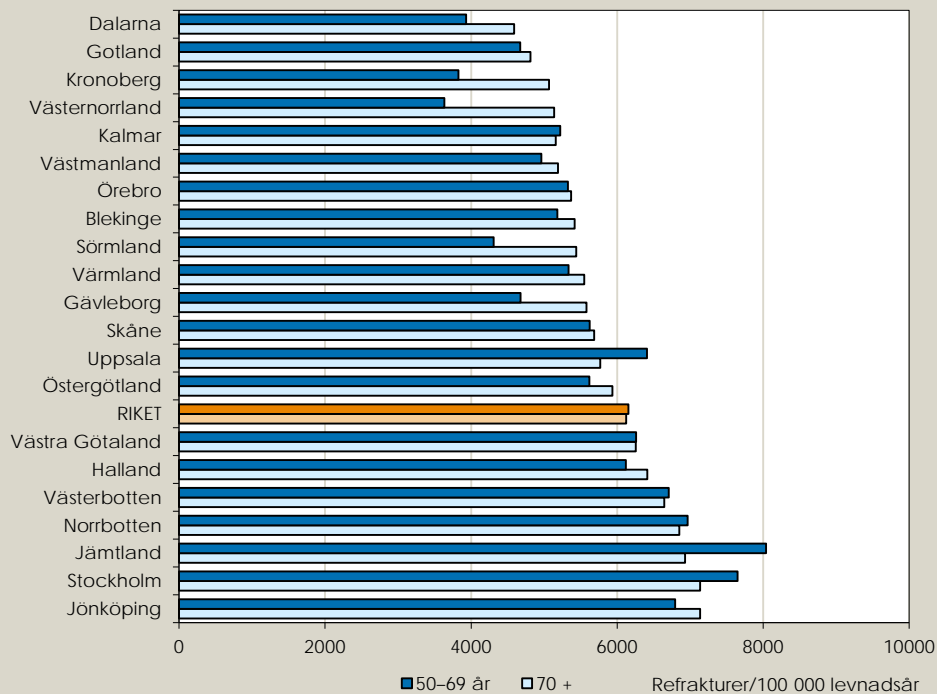
Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser kvinnor respektive män 50 år eller äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O3.3. Återfraktur inom 5 år, åldersgrupper

Antal nya frakturer inom 5 år per 100 000 levnadsår efter förstagångsfraktur. Avser personer 50–69 respektive 70 år och äldre som vårdats för förstagångsfragilitetsfraktur under perioden 2003–2007. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Variationen mellan landstingen är stor för denna indikator, 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, vilket också syns i resultatet. Några skillnader avseende utbildningsnivå eller födelse land finns inte.

Socialstyrelsen bedömer att variationen mellan landstingen är orimligt stor. De landsting som uppvisar höga siffror för indikatorn bör analysera resultatet och vidta lämpliga förbättringsåtgärder.

Dödlighet efter höftfraktur (O4)

Varje år inträffar cirka 18 000 höftfrakturer som har samband med osteoporos. Många av dem som drabbas får en försämrad livskvalitet, bland annat till följd av sämre gångförmåga. Detta kan i sin tur göra det svårt att återgå till ordinarie boende, vilket även kan påverka det sociala livet negativt. Dödligheten inom det första året efter höftfraktur är också hög. Hälso- och sjukvården kan till viss del påverka dödligheten efter en höftfraktur genom ett korrekt initialt omhändertagande med tidig operation, snabb mobilisering och optimerad eftervård. Där ingår även att behandla patienten med benspecifika läkemedel som minskar risken för en ny fraktur.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen patienter 50 år och äldre som avled inom 30 respektive 365 dagar efter sjukhusvårdad förstagångshöftfraktur åren 2010–2012. Förstagångshöftfraktur avser här att patienten inte haft någon höftfraktur sedan 1998. De höftfrakturer som inkluderats i måttet är i de flesta fall orsakade av osteoporos. Dödligheten inom 30 dagar speglar bland annat operationskvalitet och vårdkvalitet i den postoperativa fasen. Dödligheten inom 365 dagar fångar också upp kvaliteten i de sekundärpreventiva åtgärderna efter en höftfraktur. Jämförelsen omfattar cirka 40 300 patienter som fick sin första höftfraktur under perioden 2010–2012. Av dessa var 67 procent kvinnor.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från patientregistret och dödsorsaksregistret på Socialstyrelsen samt från SCB:s utbildningsregister.

Utfall och variation

Av de 40 300 patienter som drabbades av en höftfraktur under 2010–2012 avled 10 procent under den första månaden. Sammanlagt avled 26 procent av patienterna under det första året efter frakturen. Variationen mellan landstingen var 24–29 procent, alltså cirka 5 procentenheter (diagram O4.2). Män avled i högre utsträckning än kvinnor, 34 jämfört med 22 procent (diagram O4.3 och O4.4). Samma mönster är tydligt för 30-dagarsdödligheten. I patientgruppen över 70 år var dödligheten tre gånger högre än i gruppen 50–69 år, och särskilt hög var den för män över 70 år där 37 procent avled inom ett år efter en förstagångsfraktur i höften.

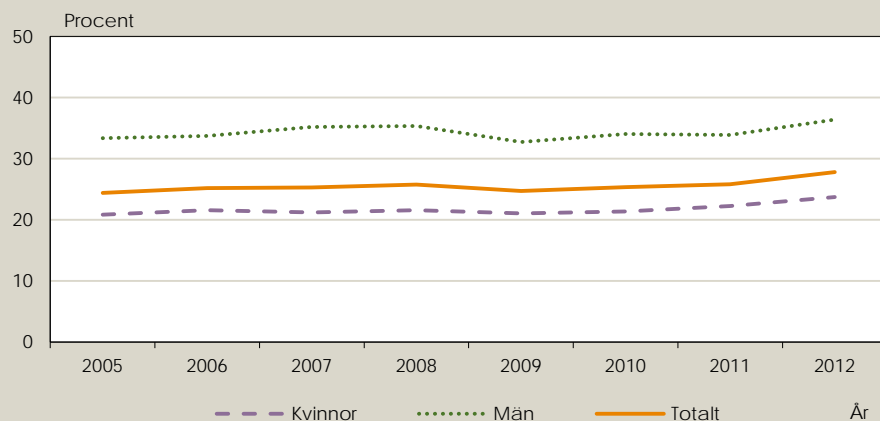
Dödligheten efter en höftfraktur verkar också påverkas av utbildningsnivå (diagram O4.5). Ett år efter frakturtilfället hade 23 procent av personerna med hög utbildning avlidit, jämfört med 25 procent av de medelutbildade och 27 procent av dem med låg utbildning. Skillnaderna är statistiskt signifikanta. Däremot syns ingen skillnad i dödlighet mellan patienter födda i Sverige och patienter födda i andra delar av världen.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Andelen avlidna påverkas till viss del av faktorer såsom patienternas ålder och annan samtidig sjukdom eller skada. Endast patienter som vårdats på sjukhus till följd av sin fraktur ingår i jämförelsen.

Diagram O4.1. Dödlighet efter höftfraktur, riket

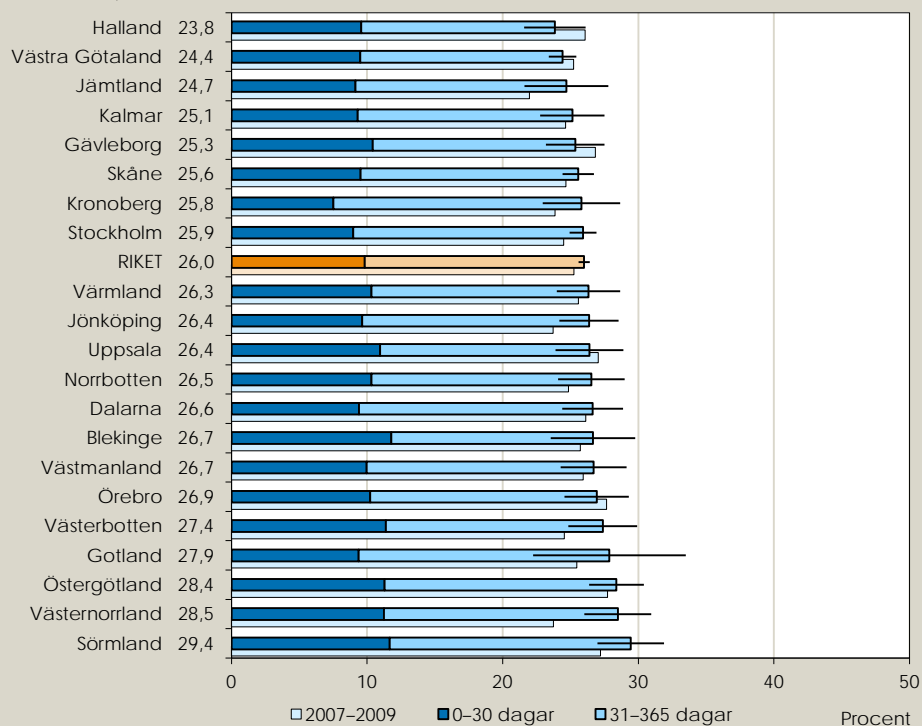
Andel döda inom 365 dagar efter första höftfrakturen, 2005–2012. Avser personer 50 år eller äldre. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O4.2. Dödlighet efter höftfraktur, inom 30 resp. 365 dagar

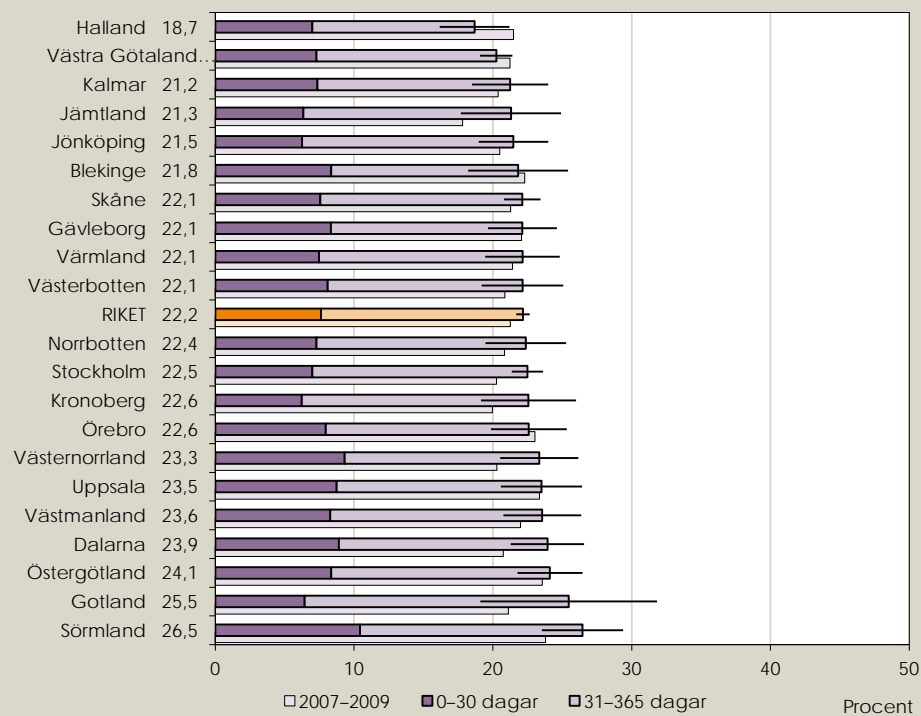
Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter första höftfrakturen, avser personer 50 år eller äldre, 2010–2012. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O4.3. Dödlighet efter höftfraktur, kvinnor

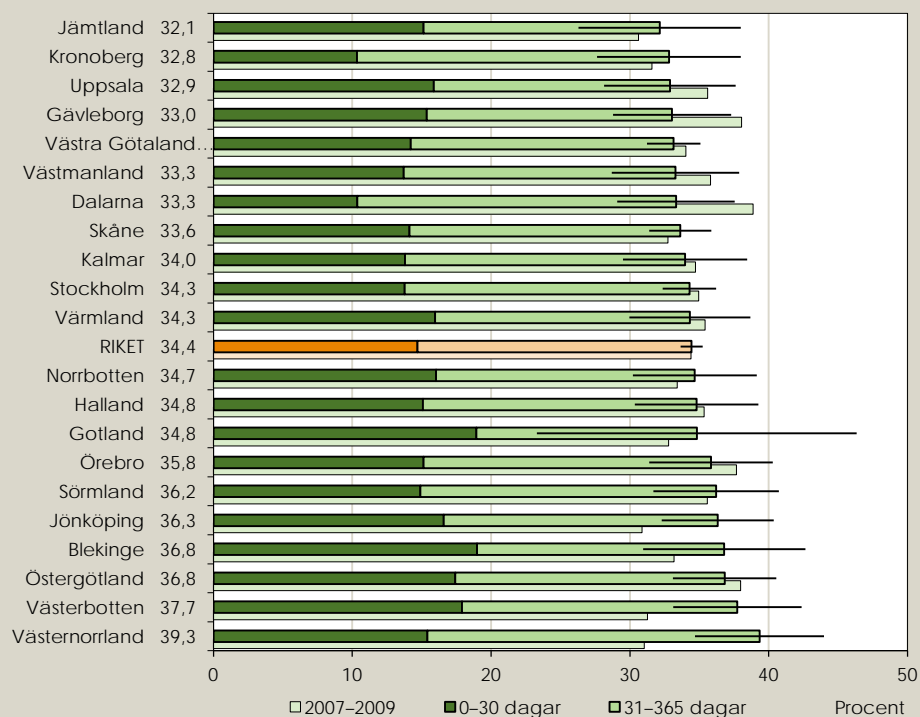
Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter första höftfrakturen, avser kvinnor 50 år eller äldre, 2010–2012. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O4.4. Dödlighet efter höftfraktur, män

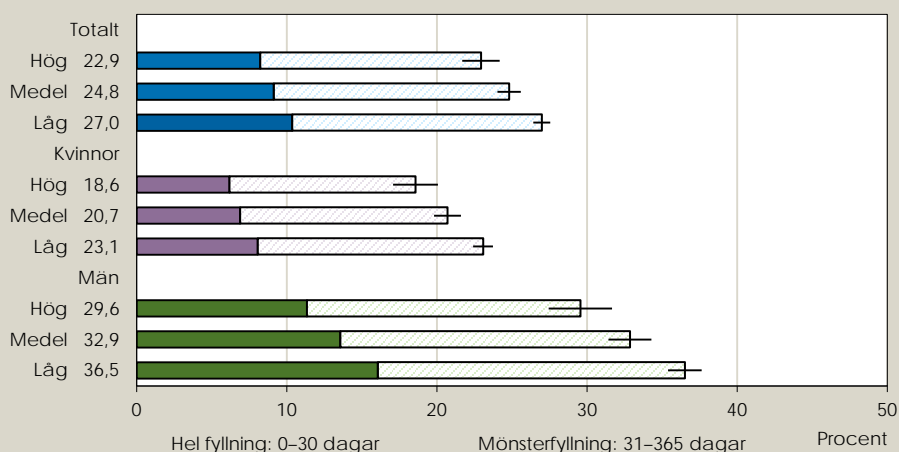
Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter första höftfrakturen, avser män 50 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Diagram O4.5. Dödlighet efter höftfraktur, utbildning

Andel döda inom 30 respektive 365 dagar efter första höftfrakturen fördelat på utbildningsnivå, avser personer 50 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), patientregistret och dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen.

Bedömning av resultat

Andelen avlidna efter en höftfraktur är ett resultatmått där många faktorer behöver vägas in vid tolkningen. Ålder, kön, allmänt hälsotillstånd och multipla skador kan påverka överlevnaden både på kort och på lång sikt efter frakturtilfallet. Indikatoren har justerats för skillnader i åldersstrukturer mellan landstingen men inte för samsjuklighet.

Dödligheten under perioden 2010–2012 ökade marginellt jämfört med perioden 2007–2009, men mönstret är inte entydigt då den i vissa landsting minskade något. Det finns dock en långsamt ökande trend för riket sedan 2009, både för kvinnor och för män.

Variationen i dödlighet mellan landstingen bedöms vara liten, såväl inom en månad som inom ett år. Dödligheten är högre hos män än hos kvinnor, såväl i den yngre som i den äldre åldersgruppen. Detta kan dock helt eller till viss del sannolikt förklaras av att män med höftfraktur delvis har en annan riskprofil än kvinnor. En annan möjlig förklaring är att män i lägre utsträckning behandlas med osteoporosspecifika läkemedel som sekundärprevention. Att äldre personer dör i högre utsträckning än yngre är i sig inte konstigt, men dödligheten kan tyckas hög i den yngre gruppen där nästan 10 procent avled inom ett år efter frakturtilfallet.

De skillnader i dödlighet som finns mellan personer med olika utbildningsnivåer kan delvis bero på att högutbildade ofta har ett bättre utgångsläge. Bland annat är det färre bland de högutbildade som röker, de har ofta bättre kost- och motionsvanor och ställer också högre krav på hälso- och sjukvården för att få bästa tillgängliga behandling. En del av dessa faktorer kan hälso- och sjukvården påverka medan andra är svårare att komma åt. Socialstyrelsen bedömer dock att hälso- och sjukvården bör vara observant på skillnaderna och erbjuda alla patienter bästa tillgängliga vård vid en höftfraktur, oavsett utbildningsnivå.

Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för osteoporos

Socialstyrelsen har följt upp hur landsting och kommuner mottagit och infört riktlinjerna i vården av patienter med de sjukdomar som omfattas av riktlinjerna. En enkät skickades ut till samtliga landstingsledningar (21 stycken) och till ledningsansvariga för vård och omsorg i kommunerna och storstädernas stadsdelar (316 stycken). Frågeställningarna fokuserade på införandet av riktlinjerna samt några riktlinjespecifika frågor för respektive sjukdom.

Generella frågor om hur riktlinjerna har införts redovisas i kapitlet ”Införandet av riktlinjerna”. Där ingår också en utförligare beskrivning av enkätundersökningarna. Nedan redovisas några av de insatser som landstingen och i viss mån kommunerna har genomfört när det gäller riktlinjernas rekommendationer om osteoporos.

Regionala och lokala vårdprogram

Samtliga landsting utom Gävleborg, Halland, Jämtland, Norrbotten, Sörmland och Västernorrland anger att riktlinjerna har omsatts i lokala eller regionala vårdprogram för osteoporos. Två landsting (Blekinge och Gotland) har inte besvarat enkäten.

Riktlinjerna har bidragit till förbättring

När det gäller osteoporos lyfter flera landsting fram att riktlinjerna har bidragit till en ökad användning av FRAX, som är ett verktyg för att bedöma frakturrisken. Flera har också köpt in eller planerar att köpa in utrustning för DXA, vilket är en lågstrålande röntgenmetod som används för att mäta och klassificera graden av benskörhet.

Riktlinjerna bedöms också ha bidragit till förbättrade vårdprogram och remissrutiner, samt till information och utbildningar för att förändra läkemedelsförskrivningen.

Majoriteten av landstingen (14 av 19 svarande) anger att det finns ett strukturerat omhändertagande av osteoporospatienter genom så kallade frakturvårdkedjor. Begreppet var dock inte tydligt definierat i enkäten, vilket gör att resultatet bör tolkas med viss försiktighet.

De allra flesta landsting anger att primärvården är delaktig i omhändertagandet av osteoporospatienter. Av svaren framgår att primärvården i huvudsak ansvarar för vården i enlighet med den ansvarsvarsfördelning som beskrivs i de nationella riktlinjerna. Samarbetet mellan primärvård och specialistvård har bland annat utvecklats tack vare gemensamma vårdprogram och remissrutiner. Specialistvården bidrar också med konsultationer och utbildningsinsatser.

Artros – världens process och resultat

Artros är den vanligaste ledsjukdomen och ett samlingsbegrepp för ledsjukdomar som karaktäriseras av en sviktande ledfunktion med varierande grad av nedbrytning av ledbrosk och ombyggnad av lednära ben. Sjukdomen har oftast en långsamt fortskridande sjukdomsprocess. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsbördan orsakas av artros i knä och höft.

Förekomsten av artros är starkt åldersrelaterad och stiger brant efter 50-årsåldern. Bland män och kvinnor i åldersgruppen 35–55 år har ungefär 15 procent smärta i ett knä, som ofta är orsakad av artros [1]. Artros i höftleden är minst lika vanligt. Hos personer som är 65 år eller äldre är artros den vanligaste orsaken till fysisk funktionsnedsättning, och bland kvinnor över 60 år är artros den femte vanligaste sjukdomen.

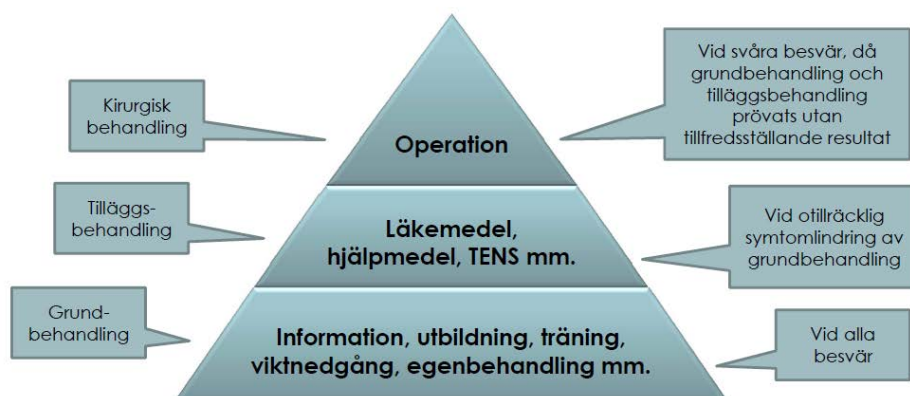
Artros förekommer även hos yngre och medelålders personer och har då ofta samband med övervikt, fetma eller en tidigare ledskada. Vid skador på menisken eller korsbandet ökar risken för artros i knäleden tiofaldigt [1]. I jämförelse med dessa riskökningar har andra faktorer mindre betydelse, till exempel arbetsrelaterad ledbelastning. Den ärftligt betingade risken att utveckla artros är dock betydande.

Sambandet mellan graden av ledförändringar och symtomen är ofta svagt, vilket understryker vikten av att låta sjukdomens symtom styra diagnostik och åtgärder. Det är alltså patientens symtom och inte röntgenbilden som avgör vilken behandling som är lämpligast.

Personer med artros i knä eller höft har även en förhöjd risk för alltför tidig död i hjärt- och kärlsjukdom, och överdödligheten ökar med graden av nedsatt ledfunktion. Därför är det viktigt att utreda förekomsten av de riskfaktorer som går att påverka, till exempel högt blodtryck, höga blodfetter, rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet. Det finns ännu inga läkemedel som påverkar sjukdomsprocessen vid artros men nya studier tyder på att sjukdomen går att bromsa med en optimerad ledbelastning genom viktreduktion och träning [1]. Individuellt anpassad och utprovad träning minskar smärta och förbättrar den fysiska funktionen, vilket är fokus för behandling av artros.

Behandling av artros kan delas i grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling. Figur 1 visar vilka åtgärder som ingår i behandlingen och vid vilka besvär som dessa är lämpliga [1].

Figur 1. Behandling av artros



Omhändertagande av personer med artros

Personer med artros i knä och höft kan få problem med smärta och funktionsnedsättning. Smärtan uppträder till en början under eller efter olika aktiviteter men i ett senare skede av sjukdomen kan personen ha ont även i vila.

Fysisk träning minskar smärtan och ökar funktionen. Med fysisk träning avses all fysisk aktivitet som utförs i syfte att förbättra funktionsförmågan. Vetenskapliga studier [16] visar att träning har bäst effekt om den är handledd av fysioterapeut/sjukgymnast eller motsvarande. I de nationella riktlinjerna rekommenderas att personer med artros i knä eller höft bör erbjudas regelbunden, handledd träning under lång tid, eftersom detta ger en smärtlindrande effekt som kan jämföras med behandling med smärtstillande läkemedel.

Deltagande i artrosskola – BOA-registret

En form av sjukgymnastisk intervention är så kallad artrosskola, vilket bland annat innebär att patienten får utbildning samt erbjuds handledd träning och råd om viktnedgång. Sedan 2010 finns det nationella kvalitetsregistret BOA, ett interventionsregister som omfattar de patienter med höft- och/eller knäartros som har gått artrosskola.

Inklusionskriterier för artrosskolan är att patienten har så svåra besvär från höft och/eller knä att de söker sjukvård, och att sjukgymnasten bedömer att besvären kommer från leden. Exklusionskriterier är inflammatorisk ledsjukdom, malignitet eller andra allvarliga sjukdomar som ger en dominerande symtombild samt havererad kollumfraktur. Personer som inte förstår svenska språket och därmed inte kan tillgodogöra sig artrosskolan i grupp tas omhand individuellt, eventuellt med tolk, men registreras inte. I registret ingår framför allt personer som får artrosskola inom primärvården, men även inom den specialiserade vården.

Rapportering till BOA-registret

Antalet enheter som deltar i BOA-registret har ökat avsevärt sedan registret startade som ett projekt år 2008. Sedan 2010 är BOA ett nationellt kvalitetsregister. Uppgifterna i denna utvärdering är hämtade från år 2012 och 2013.

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 i BOA-registret varierar avsevärt mellan landstingen. I vissa landsting deltar samtliga enheter som erbjuder artrosskola medan det i andra landsting enbart är enstaka enheter som deltar. En kartläggning som BOA-registret har genomfört visar att drygt hälften av de enheter som bedriver artrosskola rapporterar till registret.

Det saknas uppgifter om primärvårdens insatser på nationell nivå. I tabellen nedan redovisas därför antalet personer (45 år och äldre) som registrerats i BOA-registret samt det skattade antalet personer (45 år och äldre) som har sökt vård på grund av artros. Skattningen baseras på statistik från vårddatabaser i fyra landsting (Stockholm, Västra Götaland, Region Skåne och Östergötland) och gäller antalet unika individer med artros i höft eller knä som primärdiagnos och som söker öppenvård, inklusive primärvård, minst en gång under en femårsperiod. Befolkningen över 45 år i dessa fyra landsting motsvarar cirka 54 procent av landets befolkning i samma åldersgrupp. Om dessa siffror gäller hela befolkningen och besöken fördelar sig jämnt över de fem åren skulle det varje år vara 1,5 procent av befolkningen över 45 år som söker vård med diagnosen artros i höft eller knä.

Tabell 5. Antalet registreringar i BOA-registret år 2013 samt skattat antal personer (avser 45 år och äldre) som sökt vård på grund av artros

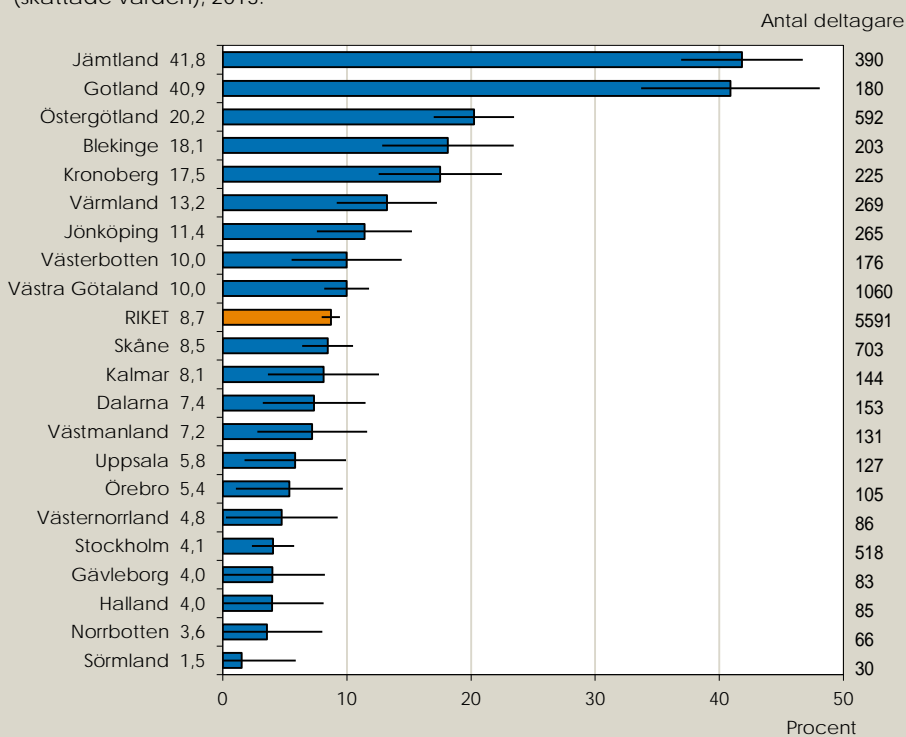
Landsting	Antal registreringar i BOA-registret år 2013 (45 år och äldre)	Skattat antal personer som sökt vård för artros (45 år och äldre)
Stockholm	518	12 759
Uppsala	127	2 175
Sörmland	30	1 974
Östergötland	592	2 925
Jönköping	265	2 320
Kronoberg	225	1 284
Kalmar	144	1 773
Gotland	180	440
Blekinge	203	1 119
Skåne	703	8 320
Halland	85	2 141
Västra Götaland	1 060	10 621
Värmland	269	2 035
Örebro	105	1 959
Västmanland	131	1 817
Dalarna	153	2 079
Gävleborg	83	2 070
Västernorrland	86	1 807
Jämtland	390	933
Västerbotten	176	1 762
Norrbotten	66	1 859
RIKET	5 591	64 191

Källa: BOA-registret

Det finns stora skillnader mellan landstingen när det gäller andelen personer (45 år och äldre) i BOA-registret i förhållande till det skattade antalet personer (45 år och äldre) som har sökt vård på grund av artros. I Jämtland har 42 procent av dem som förväntas söka vård på grund av artros deltagit i artros-skola och registrerats i BOA-registret. I Sörmland är motsvarande andel mindre än 2 procent. I diagram A redovisas resultaten per landsting.

Diagram A. Registreringar i BOA-registret

Andel personer som deltagit i artrosskola och registrerats i BOA-registret av samtliga personer 45 år och äldre som sökt vård på grund av artros i knä eller höft (skattade värden), 2013.



Källa: BOA-registret.

Resultatet som redovisas i diagram A avser personer 45 år och äldre, alltså inte samtliga personer som registrerats i kvalitetsregistret BOA. Skillnaderna mellan landstingen beror inte enbart på hur utbudet av artrosskola ser ut, utan också på hur många enheter som deltar i kvalitetsregistret i respektive landsting.

En annan faktor som kan påverka antalet registreringar är hur man har organiserat och genomfört artrosskolan. I vissa landsting är artrosskola en ny insats och det kan innebära att personer som insjuknade i artros för flera år sedan först nu har fått möjlighet att delta. Dessa landsting kan förväntas ha fler nyregistreringar än landsting som har erbjudit artrosskola kontinuerligt under en längre tid.

Resultaten bör tolkas med viss försiktighet eftersom det kan vara så att landstingen erbjuder fysisk träning i enlighet med riktlinjens rekommendationer, men som inte inkluderar de utbildningsinsatser som ingår i artrosskola.

Hälsoläget hos personer med artros

Resultat från BOA-registret visar att personer med artros går länge med sina besvär innan de får rätt behandling. Detta kan både bero på att personer med artros väntar länge innan de söker hjälp för sina symtom, och på att hälso- och sjukvården inte är tillräckligt bra på att diagnostisera personer med artros i ett tidigt skede och erbjuda insatser i form av artrosskola.

Personer med artros i höft eller knä har i genomsnitt haft symtom i fyra år innan de börjar i artrosskola. Uppgifterna om symtomdurationen är självskattade.

Symtomdurationen varierar avsevärt mellan landstingen. I vissa landsting anger patienterna i medeltal att de har haft symtomen i mindre än två år, och i andra landsting upplever patienterna att symtomen i genomsnitt har funnits i mer än sex år. Skillnaden mellan landstingen är dock svårtolkad, eftersom exempelvis utbudet av artrosskola kan påverka resultatet.

Varken kön, utbildningsnivå eller födelseland verkar ha betydelse för den upplevda symtomdurationen.

Övervikt

Övervikt är en känd riskfaktor för utveckling av artros, framför allt i knäleder. När det gäller samband mellan övervikt och höftartros är evidensen inte lika tydlig, även om övervikt har ett starkt samband med ökade höftbesvär och risk för protesoperation.

Body Mass Index (BMI) används ofta för att klassificera kroppsvikt i relation till kroppsstorlek. Gränsen för normalvikt går enligt Världshälsoorganisationen WHO vid 25. Personer med ett BMI mellan 25 och 30 klassificeras som överviktiga, och personer med ett BMI på 30 eller mer lider av fetma.

Resultat från BOA-registret visar att personer med artros i höft i genomsnitt har ett BMI på 27,0. BMI-värdet bland personer med knäartros är ännu högre – 28,5.

Personer från länder utanför Sverige har i genomsnitt ett högre BMI när de påbörjar artrosskola än personer som är födda i Sverige. Andelen med övervikt och fetma är störst bland personer som kommer från länder utanför EU, och personer med låg utbildning har högre BMI än personer med medelhög eller hög utbildning.

Fysisk aktivitet

Världshälsoorganisationen WHO rekommenderar att alla människor, oavsett ålder och sjukdom, ska röra på sig i minst 150 minuter per vecka med en sådan intensitet att man blir andfådd och varm. Det ska räcka för att undvika inaktivitetsrelaterad ohälsa. Resultat från BOA-registret visar att 34 procent av dem med artros i knä eller höft har en otillräcklig fysisk aktivitet, det vill säga mindre än 150 aktivitetsminuter per vecka. Andelen är något större bland kvinnor än bland män (35 jämfört med 33 procent). Det är också vanligare att personer från länder utanför EU har en otillräcklig fysisk aktivitet. Detta gäller även för personer med låg utbildning (högst 9 år), i förhållande till dem med högre utbildning.

Hälsorelaterad livskvalitet

EQ5D är ett mått på hälsorelaterad livskvalitet som baseras på att patienten får svara på fem frågor om rörlighet, hygien, aktivitet, smärta och oro eller nedstämdhet.

Män som ingår i BOA-registret upplever i genomsnitt en högre hälsorelaterad livskvalitet än kvinnor som ingår i registret. Personer med hög utbildning upplever också en högre hälsorelaterad livskvalitet än personer med medelhög eller låg utbildning, och sambandet mellan utbildningsnivå och upplevd livskvalitet gäller för både män och kvinnor. Vidare upplever perso-

ner som är födda i Sverige en högre livskvalitet jämfört med personer från andra länder. Särskilt stor är skillnaden mellan svenskfödda och personer födda utanför EU.

Personer med artros upplever att problem med rörlighet och smärta är störst. Mer än var tredje person upplever att de har problem med rörligheten, och nästan alla upplever smärta. De flesta tycker dock att de kan hantera sina dagliga aktiviteter, och endast en minoritet upplever att de har problem med att klara sin dagliga hygien. Drygt en tredjedel upplever oro och ångest.

Tabell 6. Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D) hos personer med artros i knä eller höft

Andel personer med artros i knä eller höft som anger att de har problem med rörlighet, hygien, aktiviteter, smärta och oro och nedstämdhet, 2012

Kvalitetsdimension	Andel som anger att de har måttliga eller stora besvär, i procent.
Rörlighet	64
Hygien	6
Dagliga aktiviteter	29
Smärta	97
Oro och nedstämdhet	37

Källa: BOA-registret

Vad belyser utvärderingen?

Utvärderingen belyser hälso- och sjukvårdens processer när det gäller vården vid artros. Uppgifterna har i huvudsak hämtats från kvalitetsregistren BOA och SHPR, från Socialstyrelsens hälsodataregister samt från SCB.

I detta kapitel redovisas följande indikatorer:

Artros	
Artrosskola före höftprotesoperation	A1
Röntgenundersökning innan artrosskola	A2
Behandling med glukosamin	A3
Behandling med hyaluronsyra	A4
Artroskopisk kirurgi vid artros i knä	A5

Artrosskola före protesoperation (A1)

Enligt de nationella riktlinjerna ska protesoperation endast genomföras vid svåra besvär och om andra insatser inte haft tillräcklig effekt, till exempel utbildning, fysisk träning, viktning och läkemedelsbehandling. Detta innebär att personer som genomgår en protesoperation bör ha fått sådana insatser före operationen. Ett vanligt sätt att samla och genomföra dessa insatser är i form av en så kallad artrosskola. Förhoppningen är att det på sikt kommer att bli möjligt att följa upp andelen personer som deltar i artrosskola – oavsett om de genomgått en protesoperation eller inte – genom uppgifter från BOA-registret och Socialstyrelsens patientregister. En förutsättning för detta är dock att registreringen i BOA-registret ökar ytterligare, och att patientregistret även kommer att omfatta de insatser som görs inom primärvården. Indikatorn ”artrosskola före protesoperation” kan ge en bild av deltagandet i artrosskola fram till att dessa mer fullständiga uppgifter finns tillgängliga.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer som anger att de har deltagit i artrosskola före höftprotesoperationen. Uppgifterna gäller personer som genomgick en höftprotesoperation under år 2012 och är hämtade från Svenska Höftprotesregistret.

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. 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 (diagram A1.1).

Andelen kvinnor som deltar i artrosskola före höftprotesoperation är större än andelen män – 23 procent av kvinnorna jämfört med 16 procent av männen (diagram A1.2 och A1.3).

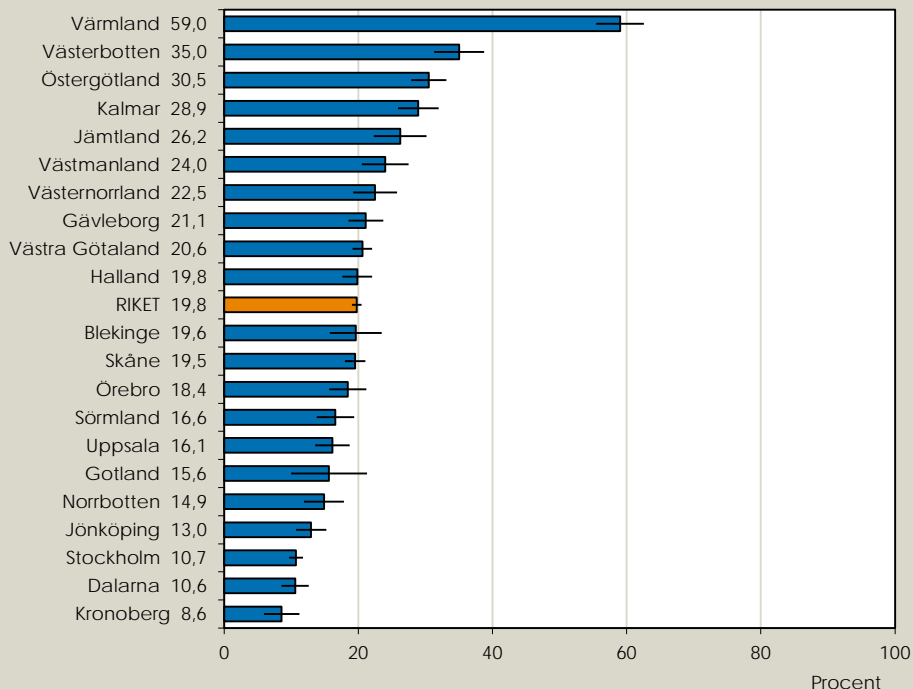
Felkällor och tolkningssvårigheter

Uppgifterna om artrosskola bygger på självrapporterade data. Detta innebär att det är patienten själv som lämnat uppgiften om att han eller hon har deltagit i artrosskola, i stället för att informationen har hämtats från den verksamhet som ansvarar för artrosskolan. Därmed finns vissa felkällor. Det kan till exempel finnas personer som deltagit i en artrosskola men utan att vara bekanta med benämningen artrosskola, vilket gör att de svarar nej på frågan trots att de i praktiken har fått denna insats.

I vissa landsting, till exempel Värmland, har det funnits artrosskola under en längre tidsperiod, vilket innebär att andelen deltagare kan förväntas vara högre i dessa landsting.

Diagram A1.1. Artrosskola före höftprotosoperation, landsting

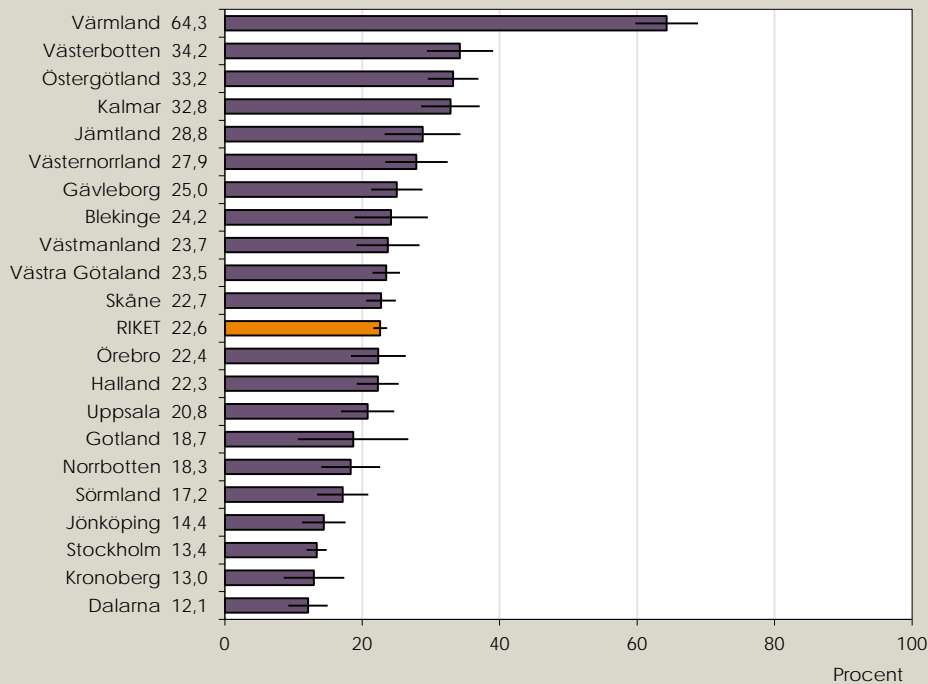
Andel personer med höftledsartros som anger att de deltagit i artrosskola innan de genomgår höftprotosoperation, bland dem som registrerades i Svenska Höftprotosregistret under 2012. Avser personer 18 år eller äldre.



Källa: Svenska Höftprotosregistret.

Diagram A1.2. Artrosskola före höftprotosoperation, kvinnor

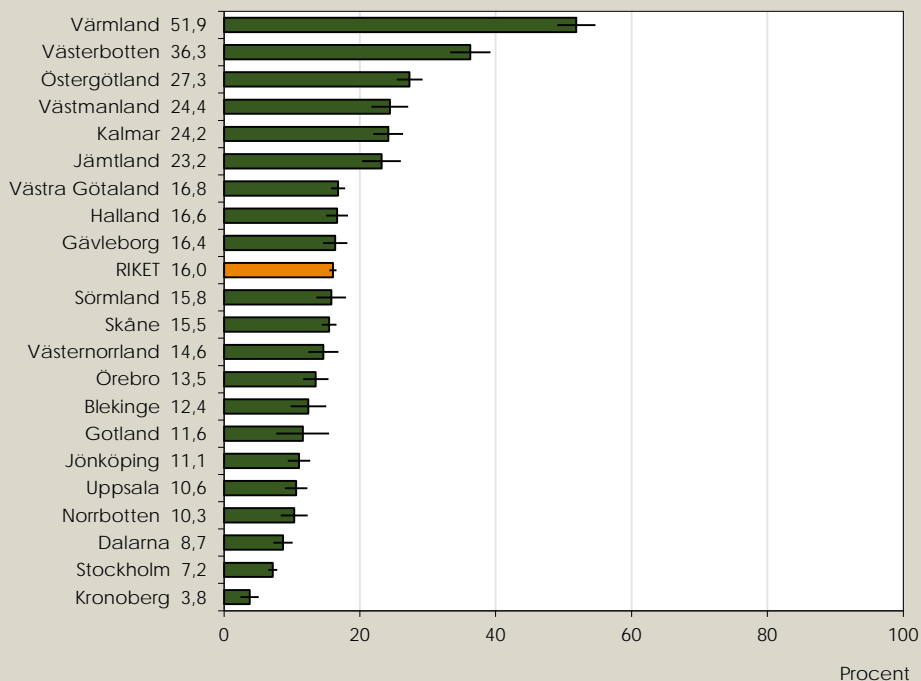
Andel kvinnor med höftledsartros som anger att de deltagit i artrosskola innan de genomgår höftprotosoperation, bland dem som registrerades i Svenska Höftprotosregistret under 2012. Avser kvinnor 18 år eller äldre.



Källa: Svenska Höftprotosregistret.

Diagram A1.3. Artrosskola före höftprotosoperation, män

Andel män med höftledsartros som anger att de deltagit i artrosskola innan de genomgår höftprotosoperation, bland dem som registrerades i Svenska Höftprotosregistret under 2012. Avser män 18 år eller äldre.



Källa: Svenska Höftprotosregistret.

Bedömning av resultat

Endast var femte person som genomgår en höftprotosoperation anger att de har deltagit i artrosskola före operationen. Motsvarande information om knäprotosoperationer saknas men det finns inte någon anledning att tro att andelen som genomgår artrosskola före knäprotosoperation skulle se annorlunda ut.

Socialstyrelsen bedömer att andelen som får artrosskola borde vara större eftersom de nationella riktlinjerna rekommenderar att en protosoperation 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 tyder på att det kan finnas skillnader när det gäller utbudet av artrosskola. En jämförelse mellan denna indikator och uppgifter från BOA-registret tyder också på att det finns vissa landsting som erbjuder artrosskola i större utsträckning än andra. Landstingen i Värmland, Östergötland, Kalmar och Jämtland ligger över det nationella genomsnittet både när det gäller artrosskola före höftprotosoperation och deltagande i BOA-registret.

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.

Röntgenundersökning före artrosskola (A2)

De vanligaste riskfaktorerna för artros är övervikt, tidigare lefskada, 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 böjformåga och inåtvridning samt smärta vid inåtro-rotation.

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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen personer som anger att de har genomgått en röntgenundersökning innan de deltagit i artrosskola.

Det kan vara motiverat att en del av patienterna genomgår en röntgenundersökning före artrosskolan. I de flesta fall bör dock röntgenundersökningen genomföras när den sjukgymnastiska behandlingen eller artrosskolan inte har gett någon effekt.

Uppgifterna har hämtats från kvalitetsregistret BOA.

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, 84 procent jämfört med 81 procent av kvinnorna (diagram A2.2 och A2.3).

Jämfört med perioden 2008–2010 har andelen som genomgått en röntgenundersökning innan de deltar i artrosskola minskat från 89 procent till 82 procent år 2013.

Felkällor och tolkningssvårigheter

Endast hälften av enheterna som erbjuder artrosskola uppskattas delta i BOA-registret och antalet personer som registreras varierar avsevärt mellan landstingen, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultaten.

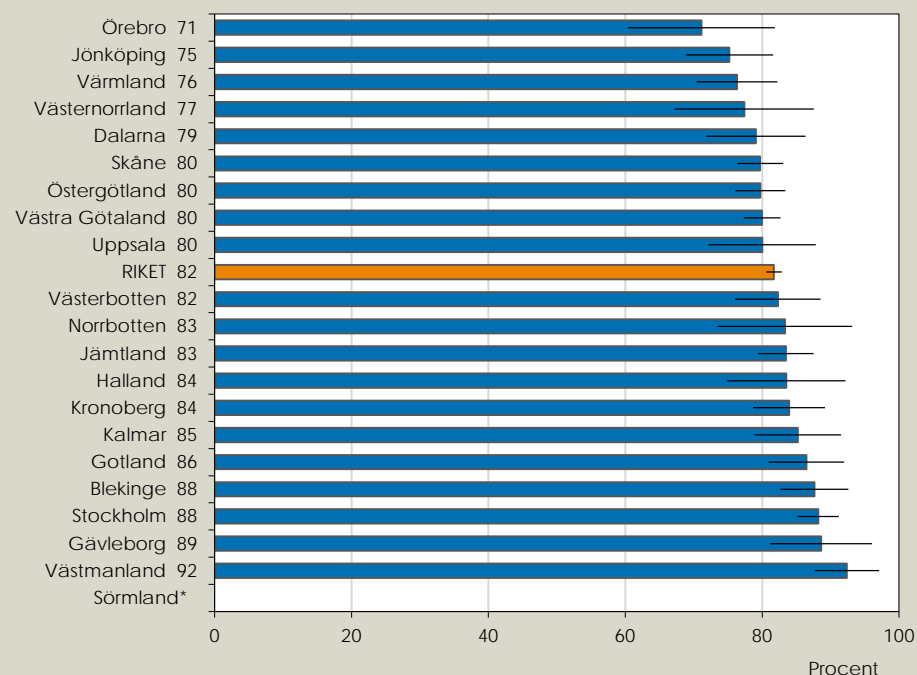
En annan möjlig felkälla är att uppgifterna i BOA-registret bygger på självrapporterade data. Det är alltså patienten själv som anger om han eller

hon har genomgått en röntgenundersökning, i stället för att informationen har hämtats från den verksamhet som har genomfört undersökningen.

Slutligen bör påpekas att det till viss del kan vara ett selektivt urval som ingår i BOA-registret, vilket bör beaktas vid tolkningen av resultatet.

Diagram A2.1. Röntgenundersökning före artrosskola, landsting

Andel personer som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013.
Avser personer 18 år eller äldre.

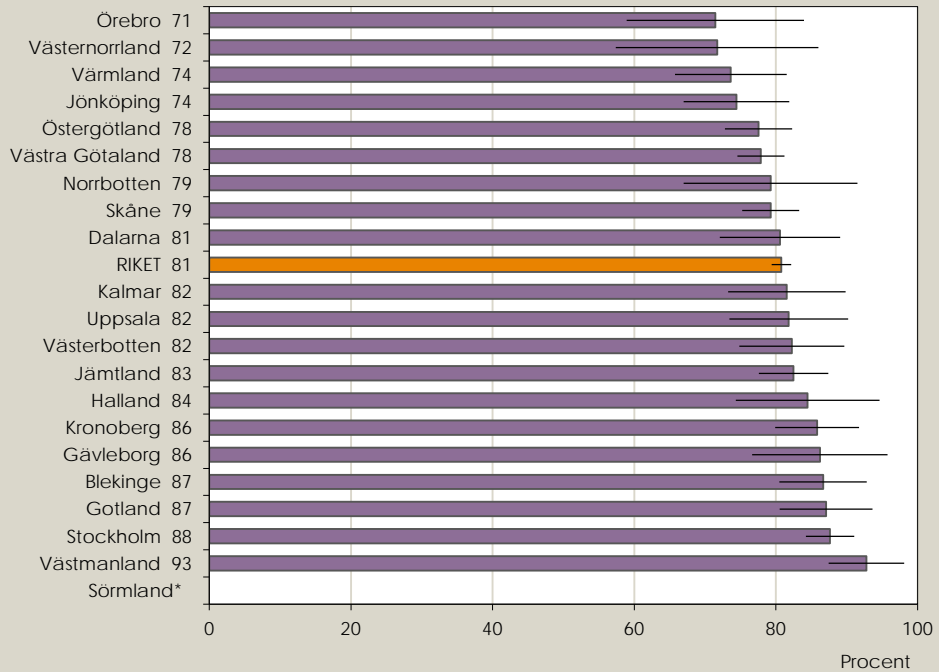


*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: BOA-registret.

Diagram A2.2. Röntgenundersökning före artrosskola, kvinnor

Andel kvinnor som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013.
Avser kvinnor 18 år eller äldre.

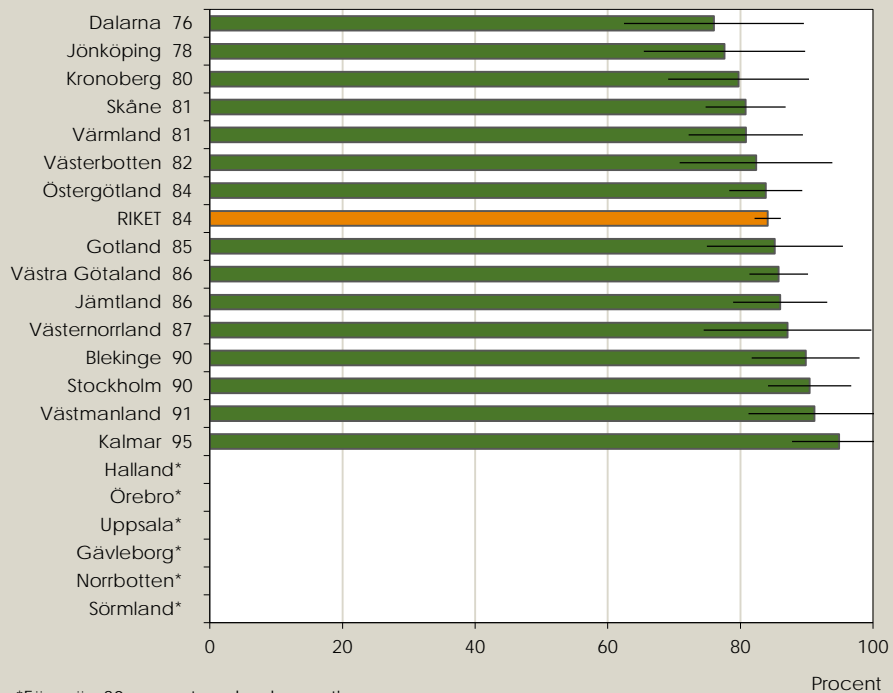


*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: BOA-registret.

Diagram A2.3. Röntgenundersökning före artrosskola, män

Andel män som genomgått röntgenundersökning före artrosskola, 2013.
Avser män 18 år eller äldre.



*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: BOA-registret.

Bedömning av resultat

Resultatet visar att andelen som genomgår en röntgenundersökning innan de deltar i artrosskola har minskat under de senaste åren. 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 är stor, vilket tyder på att det finns olika rutiner i omhändertagandet av artrospatienter.

Det är en något större andel män som genomgår en röntgenundersökning – 84 jämfört med 81 procent av kvinnorna.

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.

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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet personer som hämtade ut glukosamin på recept minst en gång under år 2012 per 100 000 invånare, oavsett om personen har artros eller inte. Uppgifterna gäller personer som är 40 år eller äldre. För att visa förändringar i förskrivningen av glukosamin jämförs uppgifterna från 2012 med motsvarande uppgifter från år 2006 och framåt.

Uppgifterna är hämtade från läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Befolkningsstatistiken har hämtats från SCB.

Utfall och variation

I samtliga landsting har förskrivningen av glukosamin mer än halverats sedan år 2009 (diagram A.3.2). 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 sannolikt beror på att förekomsten av artros är ungefär dubbelt så stor bland kvinnor (diagram A3.3 och A3.4). Det är också vanligare att personer med låg utbildning hämtar ut glukosamin, jämfört med personer med medelhög eller hög utbildning (diagram A3.5).

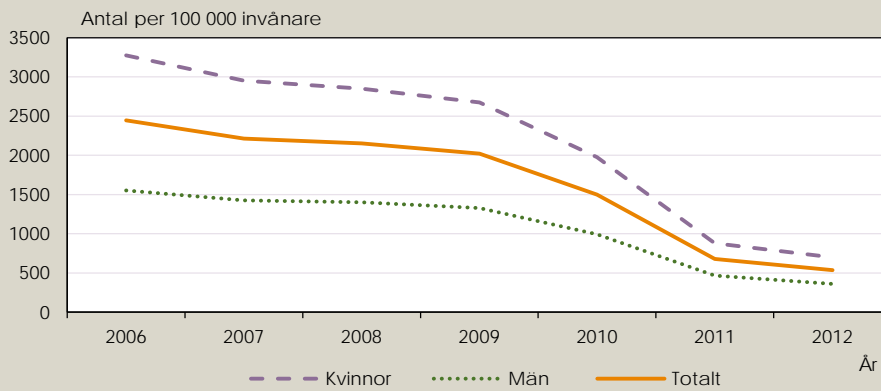
Felkällor och tolkningssvårigheter

Resultaten visar endast de läkemedel som förskrivits inom hälso- och sjukvården och som hämtats ut på apotek. Detta innebär att det kan vara en större andel av befolkningen som använder glukosamin, men utan att detta har förskrivits av läkare.

I läkemedelsregistret finns endast uppgifter om förskrivna läkemedel som hämtats ut via recept på apotek. Därmed ingår inte läkemedel som inte har hämtats ut av patienten, och inte heller de patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande.

Diagram A3.1. Glukosamin, riket

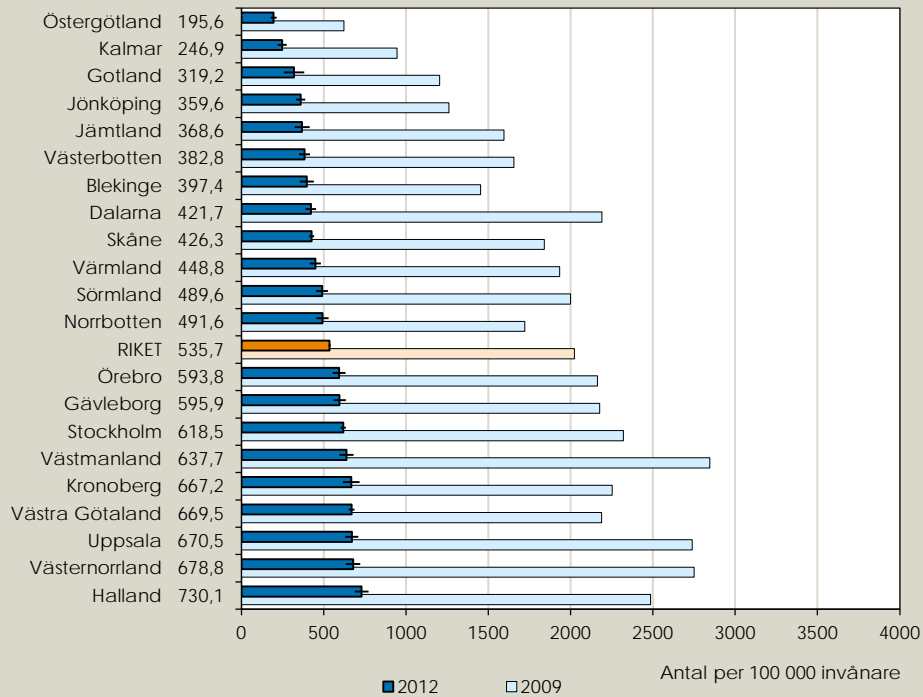
Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2005–2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.2. Glukosamin, landsting

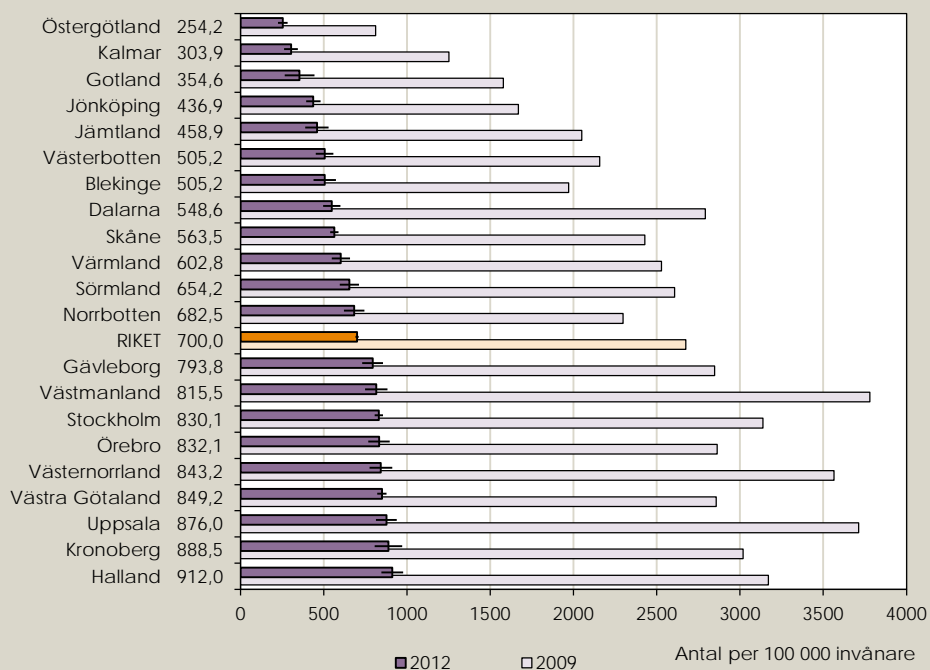
Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.3. Glukosamin, kvinnor

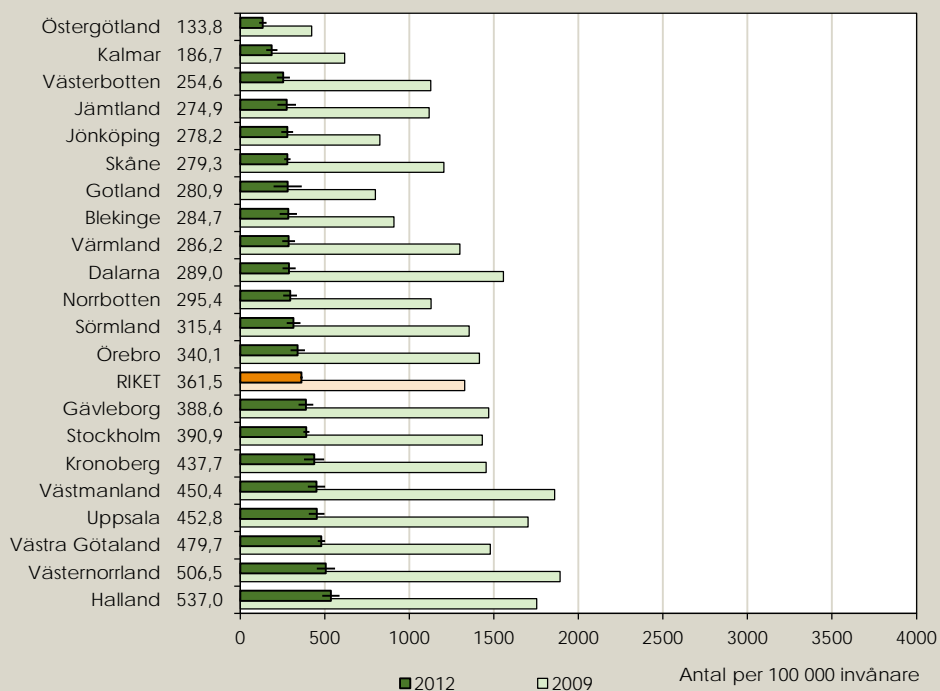
Antal kvinnor som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser kvinnor 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.4. Glukosamin, män

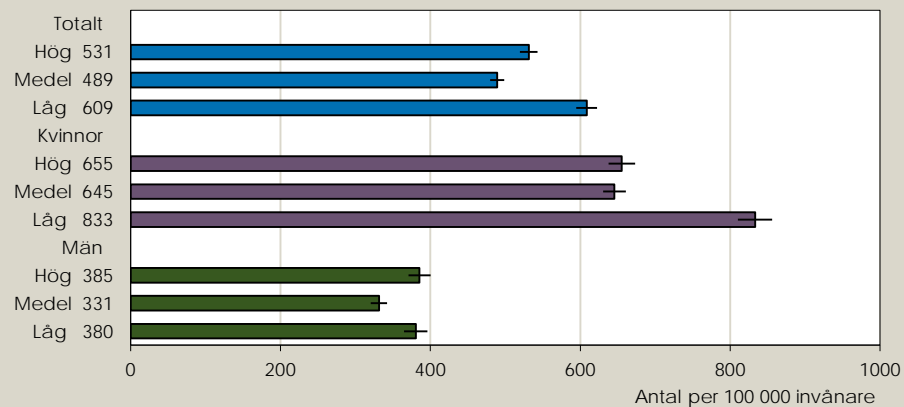
Antal män som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 invånare. Avser män 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A3.5. Glukosamin, utbildning

Antal personer som har hämtat ut glukosamin minst en gång per 100 000 i befolkningen över 40 år, 2012. Uppdelat på utbildningsnivå.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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 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 landsting som fortfarande har en hög förskrivning av glukosamin behöver se över förskrivningen och vidta åtgärder för att minska denna.

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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet personer som hämtade ut hyaluronsyra på recept minst en gång under år 2012 per 100 000 invånare, oavsett om personen hade artros eller inte. Uppgifterna gäller personer som är 40 år eller äldre. För att visa förändringar i förskrivningen jämförs uppgifterna från 2012 med motsvarande uppgifter från år 2006 och framåt.

Uppgifterna är hämtade från läkemedelsregistret på Socialstyrelsen. Befolkningsstatistiken har hämtats från SCB.

Utfall och variation

I samtliga landsting har förskrivningen av hyaluronsyra mer än halverats sedan år 2009 (diagram A4.2). År 2012 hämtade 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 (diagram A4.3 och A4.4). Skillnaden mellan könen beror sannolikt på att artros är vanligare bland kvinnor än män. Det är också vanligare att personer med låg utbildning behandlas med hyaluronsyra, jämfört med personer med medelhög eller hög utbildning (diagram A4.5).

Felkällor och tolkningssvårigheter

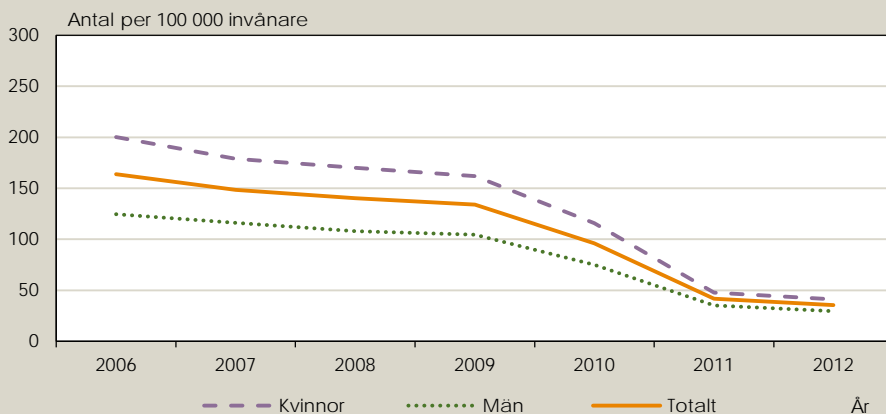
Läkemedelsregistret omfattar alla läkemedel som hämtats ut via recept på apotek, inte alla förskrivna läkemedel. Ett läkemedel kan alltså ha förskrivits av hälso- och sjukvården utan att patienten hämtar ut det.

Patienter som får sina läkemedel genom läkemedelsförråd eller motsvarande finns inte heller med i läkemedelsregistret. Socialstyrelsen har jämfört uppgifter från läkemedelsregistret med E-hälsomyndighetens statistik om läkemedelsförsäljningen i Sverige. Resultatet visar att det är en relativt liten andel hyaluronsyra som ges i öppen- och slutenvård via rekvisition, och som därigenom inte registreras i läkemedelsregistret. I de flesta landsting är det mindre än en procent av läkemedlen som innehåller hyaluronsyra som ges i

öppen- och slutenvård via rekvisition. Störst är andelen i Norrbotten (9,0 procent), följt av Södermanland (4,9 procent) och Uppsala (3,4 procent).

Diagram A4.1. Hyaluronsyra, riket

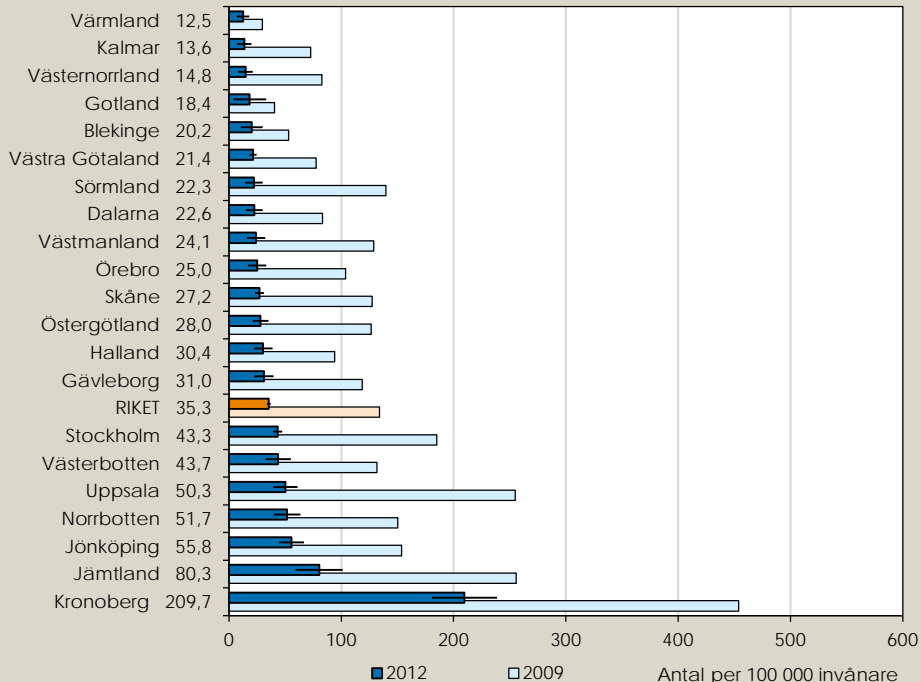
Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2006–2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.2. Hyaluronsyra, landsting

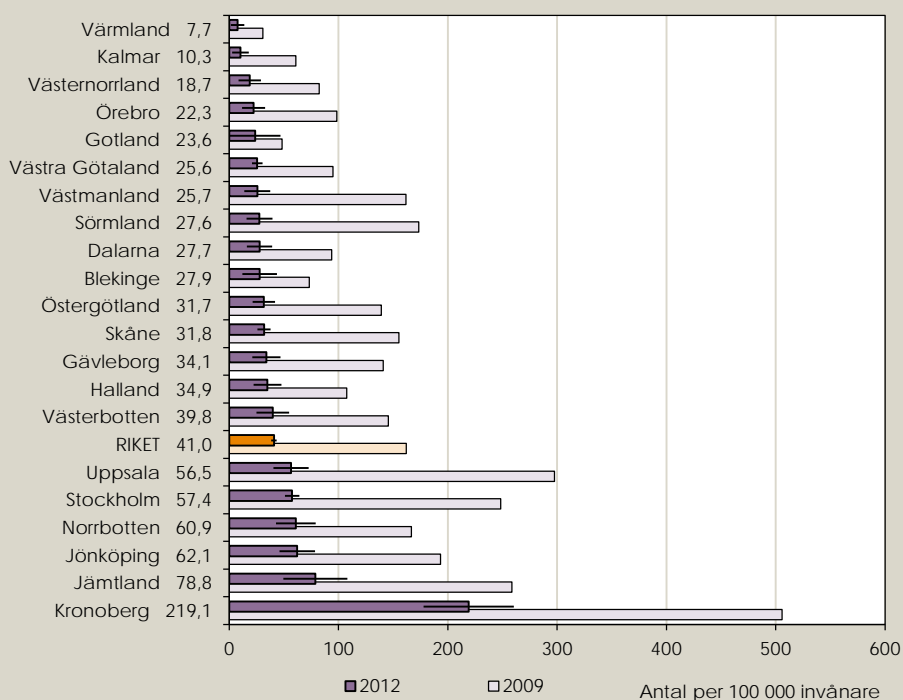
Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.3. Hyaluronsyra, kvinnor

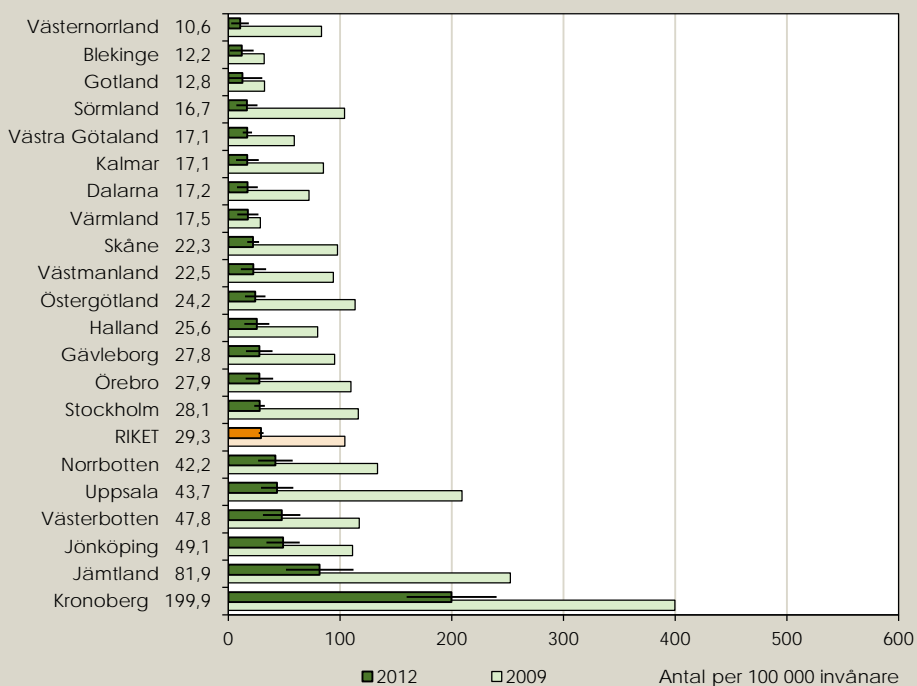
Antal kvinnor som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser kvinnor 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkeemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.4. Hyaluronsyra, män

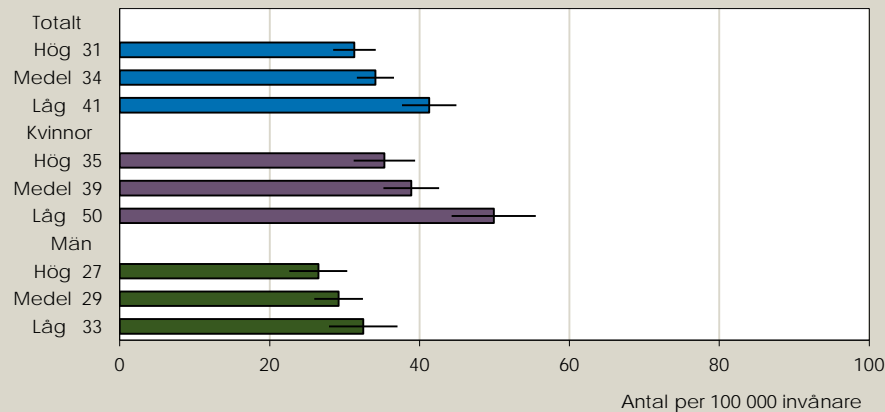
Antal män som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 invånare. Avser män 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Läkeemedelsregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A4.5. Hyaluronsyra, utbildning

Antal personer som har hämtat ut hyaluronsyra minst en gång per 100 000 i befolkningen över 40 år, 2012. Uppdelat på utbildningsnivå.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), läkemedelsregistret, Socialstyrelsen.

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 orsak 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.

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.

I åldersgruppen över 40 år förekommer vanligen förändringar i menisken som ett uttryck för artros. Det är dock missvisande att kalla dessa förändringar för en meniskskada eftersom en skada för tanken till någon form av trauma. Så är oftast inte fallet i den aktuella populationen, till skillnad från i en yngre population där ett trauma oftast föregått meniskskadan – vanligen i en sportaktivitet. En bättre benämning är meniskförändring, och det är något som ofta diagnostiseras i den aktuella gruppen om leden undersöks med magnetkamera. I åldersgruppen över 40 år är mekanisk låsning eller hinder av knäleds rörligheten den enda indikationen för artroskopi på grund av en meniskskada. Emellertid är ”låsta knän” i denna population mycket ovanligt samtidigt som många upplever upphakningar som är besvär orsakade av artrosen.

Artroskopisk kirurgi ger en viss risk för komplikationer, till exempel en 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*).

Indikatorns utformning

Indikatorn visar antalet artroskopier med huvuddiagnos knäartros eller meniskskada per 100 000 invånare, i åldersgruppen 40 år och äldre. Uppgifterna gäller 2012 och jämförs med motsvarande uppgifter för 2011.

Uppgifterna har hämtats från Socialstyrelsens patientregister och avser både slutenvården och den specialiserade öppenvården.

Utfall och variation

Antalet artroskopier med huvuddiagnosen knäartros minskade avsevärt under perioden 2001–2012: från 69 till 45 per 100 000 invånare (diagram A5.1). 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 43 kvinnor per 100 000 (diagram A5.3 och A5.4). Eftersom artros är vanligare hos kvinnor än 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 artroskopisk kirurgi, än personer med låg utbildning. 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 (diagram A5.5).

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 (diagram A5.5).

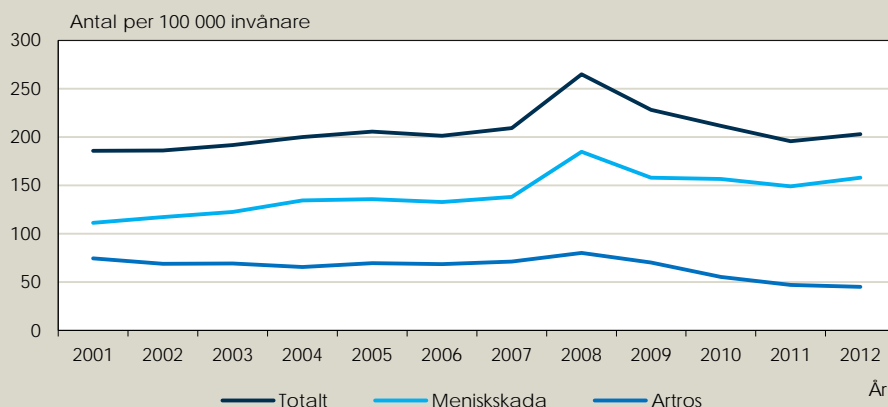
Felkällor och tolkningssvårigheter

En del patienter som genomgår artroskopi har sannolikt besvär som huvudsakligen beror på artros, även om meniskskada anges som huvuddiagnos. Detta skulle innebära att antalet artroskopier som genomförs på grund av artros är underskattat.

En annan möjlig felkälla är att alla artroskopier inte rapporteras till patientregistret.

Diagram A5.1. Artroskopier i knäled, riket

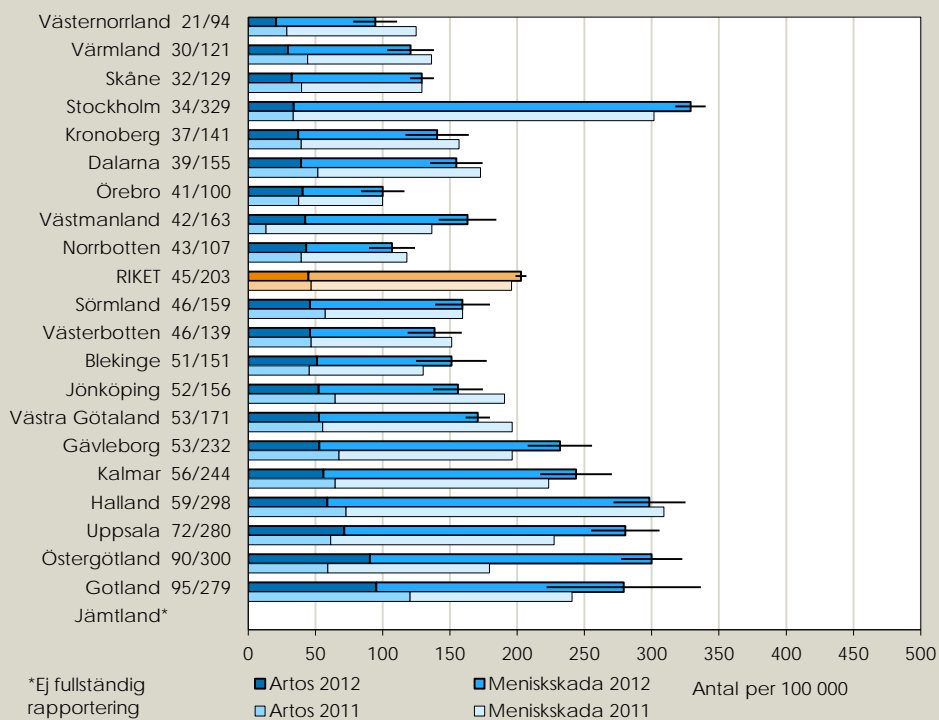
Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2001–2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A5.2. Artroskopier i knäled, landsting

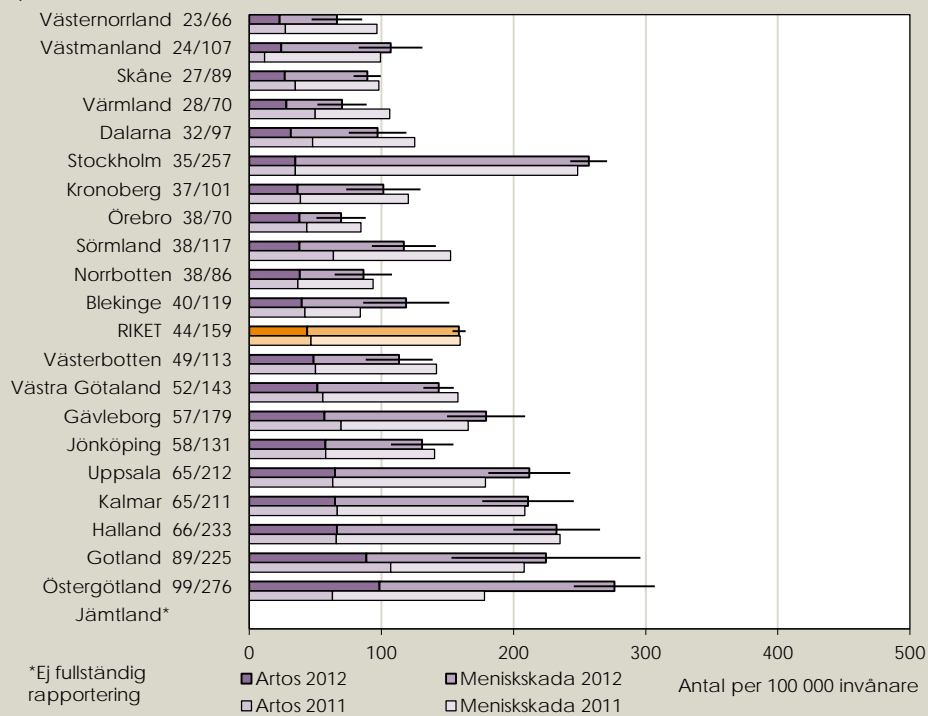
Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser personer 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A5.3. Artroskopier i knäled, kvinnor

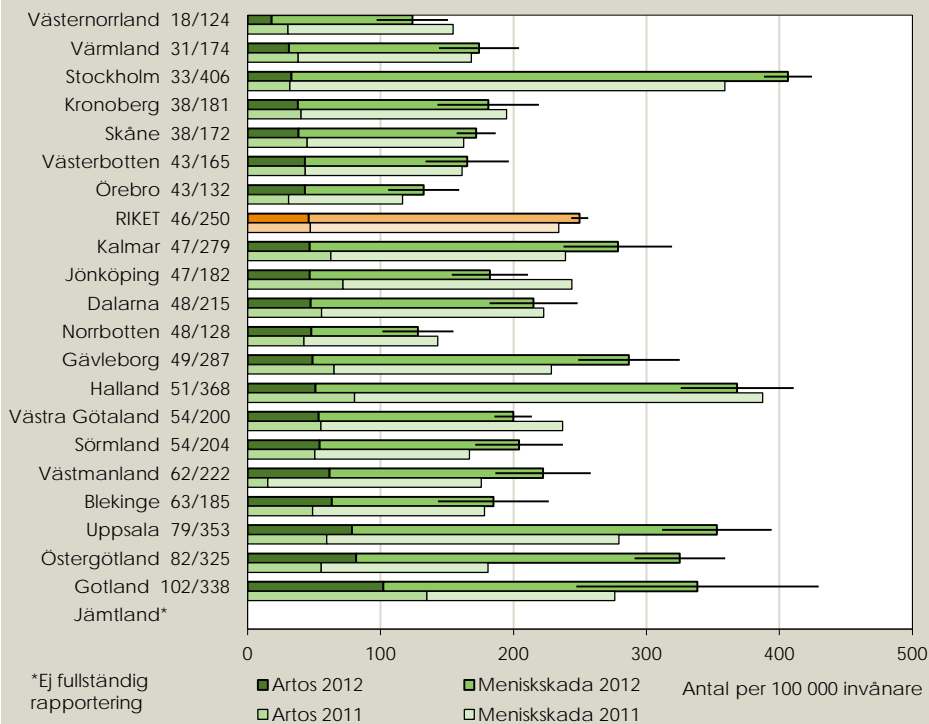
Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser kvinnor 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A5.4. Artroskopier i knäled, män

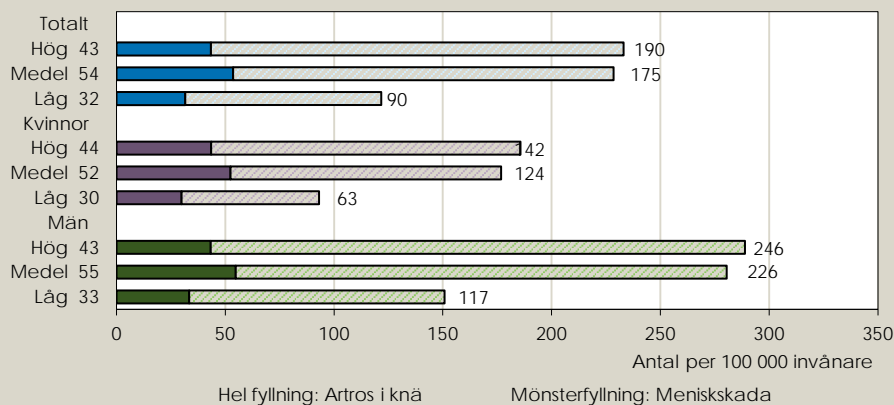
Antal artroskopier i knäled vid artros i knä respektive meniskskada som huvuddiagnos per 100 000 invånare. Avser män 40 år eller äldre, 2012.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen.

Diagram A5.5. Artroskopier i knäled, utbildning

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



Källa: Utbildningsregistret (SCB), patientregistret, Socialstyrelsen.

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 eftersom 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. 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.

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 genomför operationen i större utsträckning än det nationella genomsnittet. 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.

Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för artros

Socialstyrelsen har följt upp hur landsting och kommuner mottagit och infört riktlinjerna i vården av patienter med de sjukdomar som omfattas av riktlinjerna. En enkät skickades ut till samtliga landstingsledningar (21 stycken) och till ledningsansvariga för vård och omsorg i kommunerna (316 stycken). Frågeställningarna fokuserade på arbetet med att införa riktlinjerna samt några riktlinjespecifika frågor för respektive sjukdom.

Generella frågor om införandet av riktlinjerna redovisas i kapitlet ”Införandet av riktlinjerna”. Där ingår också en utförligare beskrivning av enkätundersökningarna. I detta avsnitt redovisas de specifika insatser som landstingen har genomfört för att införa de rekommendationer som specifikt berör sjukdomsområdet artros.

Regionala och lokala vårdprogram

En majoritet av landstingen (15 av 18 som besvarade enkätfrågan) anger att de nationella riktlinjerna har omsatts i lokala eller regionala vårdprogram för artros i knä och höft. Landstingen i Halland, Skåne och Sörmland anger att de inte omsatt riktlinjerna i något vårdprogram. Landstinget i Västerbotten har inte besvarat denna specifika enkätfråga. Två landsting (Blekinge och Gotland) har inte besvarat enkäten.

Åtgärder för att öka följsamheten till riktlinjerna

Totalt 11 av 19 landsting anger att de har vidtagit åtgärder för att öka följsamheten till riktlinjens rekommendation om att ställa diagnos med hjälp av en samlad bedömning av anamnes, tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd. Många landsting lyfter också fram att de har vårdprogram eller behandlingsriktlinjer som omfattar både specialistvård och primärvård och som innehåller riktlinjer för diagnossättning. Flera har dessutom genomfört informationsinsatser – framför allt till läkare och sjukgymnaster inom primärvården. Det finns även exempel på landsting som har utarbetat remissmallar som innebär att patienten måste delta i artrosskola innan en remiss till ortopedklinik eller motsvarande kan utfärdas.

Många landsting har också vidtagit åtgärder för att öka tillgången till artrosskola. Nästan alla landsting som besvarade enkäten anger att riktlinjerna har påverkat praxis genom att fler i dag erbjuder långvarig fysisk träning – oftast i form av artrosskola.

Totalt 15 av 19 landsting har vidtagit åtgärder för att minska antalet artroskopier vid artros. Flera anger att de har tagit fram vårdprogram eller andra riktlinjer samt arbetat aktivt för att införa dessa. Indikationerna för artroskopi har stramats upp, och landstingen följer mer aktivt utvecklingen av antalet artroskopier. Särskilda informations- och utbildningsinsatser har dessutom genomförts – både till personal inom specialistverksamheterna och de ortopediska verksamheterna och till personal inom primärvården.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar – vårdens process och resultat

De inflammatoriska reumatiska sjukdomar som omfattas av de nationella riktlinjerna är; inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit.

I utvärderingen har det inte varit möjligt att följa upp vården vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Den enda indikator som kan redovisas är antalet personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som behandlas med biologiska läkemedel.

Vad belyser utvärderingen?

Utvärderingen belyser hälso- och sjukvårdens processer samt redovisar vissa resultat av given vård, med utgångspunkt i rekommendationerna i *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* avseende vården vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Uppgifterna har i huvudsak hämtats från Svensk Reumatologis kvalitetsregister (SRQ) och Socialstyrelsens register samt från utbildningsregistret på Statistiska centralbyrån (SCB).

Resultatet av utvärderingen baseras till största delen på uppgifter för 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 baseline-utvärdering.

I detta kapitel redovisas följande indikatorer:

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	
Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit	R1
Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nyinsjuknande 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 nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit	R5
Sjukdomsduration vid första behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	R6
Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit	R7

Reumatoid artrit

Reumatoid artrit kallas också ledgångsreumatism. Det är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som ofta börjar med värk och svullna leder i händer och fötter.

Mellan 0,5 och 1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit. Även om man kan få reumatoid artrit i vilken ålder som helst är det vanligast att man får sjukdomen mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män och den påverkar också det dagliga livet i större utsträckning för kvinnor som ofta har mer smärta och ömma leder [1]. I de flesta fall är sjukdomen livslång.

Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den enskildes livssituation och många förlorar arbetsförmågan redan efter en kortare tids sjukdom. Dessutom har en ökad dödlighet påvisats som ofta orsakas av hjärt- och kärlsjukdom [1].

Orsaken till reumatoid artrit är oklar. Ny forskning om riskfaktorer har emellertid visat att rökning kan förklara cirka 20 procent av uppkomsten [1].

Vid reumatoid artrit är det viktigt att så tidigt som möjligt ställa diagnos för att snabbt kunna inleda en effektiv läkemedelsbehandling som minskar uppkomsten av ledsador. Diagnosen reumatoid artrit ställs med hjälp av en kombination av uppgifter från patientens sjukdomshistoria, kliniska undersökningsfynd och laboratoriefynd.

Reumatoid artrit behandlas med olika läkemedel, fysisk träning och rehabilitering. Under de senaste åren har behandlingsresultaten för nyinsjuknade personer successivt förbättrats [1]. Fler personer uppnår låg sjukdomsaktivitet och en begränsad funktionsnedsättning. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen kvarstår livet ut.

Det sjukdomsmodifierande läkemedlet metotrexat används för att hämma inflammationen vid reumatoid artrit. När den reumatiska inflammationen dämpas minskar nedbrytningen av brosk och ben, vilket i sin tur minskar risken för att lederna förstörs. Inflammationen i kroppen stimuleras av ämnet tumörnekroshämmare (TNF), varför även TNF-hämmare används för att bromsa eller hämma ämnets effekt och därmed minska inflammationen i kroppens leder.

Under de senaste åren har antalet biologiska läkemedel mot reumatoid artrit ökat. Det innebär att en person med sjukdomen kan prova en annan TNF-hämmare eller ett annat biologiskt läkemedel, om en typ inte ger effekt eller har slutat att verka. Exempel på andra biologiska läkemedel är abatacept, rituximab och tocilizumab. Kombinationsbehandling med olika läkemedel är också vanligt förekommande. Vid behandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel bör man alltid beakta den ökande risken för allvarliga infektioner.

Det är svårt att uppskatta den globala incidensen och prevalensen av reumatoid artrit eftersom det saknas enhetliga diagnoskriterier och en enhetlig klassifikation av sjukdomen. Därmed råder brist på jämförbar epidemiologisk internationell data. I en systematisk litteraturöversikt drogs slutsatsen att både incidens och prevalens varierade mycket mellan olika länder, vilket troligen berodde både på studiernas metodologi och på olika diagnoskriterier.

Sjukdomsduration vid första diagnos av reumatoid artrit (R1)

Det är angeläget att få diagnosen reumatoid artrit så tidigt som möjligt för att kunna starta lämplig behandling, men många har dock haft långvariga besvär innan diagnosen ställs. Diagnosen kan fördröjas av flera 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 att det ibland tar lång tid att ställa diagnos.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar tid i dagar mellan de första karaktäristiska symtomen och besök hos specialist som leder till nydiagnostisering av personer med reumatoid artrit, under åren 2010–2012. Jämförelsen omfattar 2 823 personer, varav 1 967 kvinnor och 856 män. Data har hämtats från kvalitetsregistret SRQ:s modul för uppföljning av reumatoid artrit med mindre än ett års symptomduration, och därför ingår endast patienter med kortare tid än 13 månader från symtom till diagnosdatum.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifter om utbildningsnivå har hämtats från SCB:s utbildningsregister. Uppgifter om födelseland har hämtats från patientregistret.

Utfall och variation

Utfallet visar att sjukdomsdurationen varierade mellan 134 och 213 dagar innan patienten fick diagnos och inkluderades i SRQ (diagram R1.2). Riksgenomsnittet var 171 dagar. Antalet dagar har dock minskat i de flesta landsting jämfört med åren 2007–2009. Som tidigare beskrivits 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 har till exempel 34 observationer medan Stockholm har 636 observationer.

Könsskillnader redovisas inte på landstingsnivå på grund av för små tal, utan endast i diagrammet för tidsserie. Låg- och högutbildade har något kortare sjukdomsduration innan diagnosen ställs. Det förefaller dock inte vara några större variationer i sjukdomsduration mellan kvinnor och män eller utifrån utbildningsnivå och födelseland.

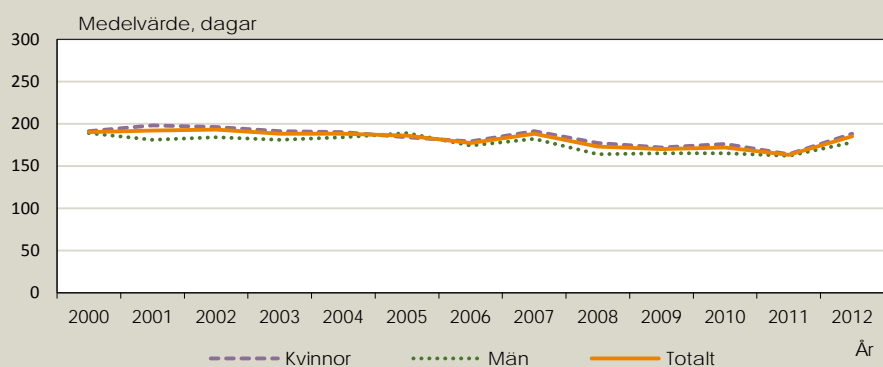
Felkällor och tolkningssvårigheter

Landsting med färre än 30 rapporterade observationer redovisas inte. Det finns heller inga uppgifter om patienter som får sin diagnos senare än 13 månader från symtomdebut, och därför kan det finnas individer med betyd-

ligt längre tid till diagnos än vad resultaten pekar på. För vissa landsting är det färre patienter än förväntat som ingår i analysen, vilket gör data svårtolkade. I vissa fall registreras patienten inte i SRQ i samband med diagnosen utan något senare, varför det också kan finnas en felklassificering med tider mellan symtomduration och diagnos som är längre än i verkligheten.

Diagram R1.1. Sjukdomsduration vid första diagnos vid RA, riket

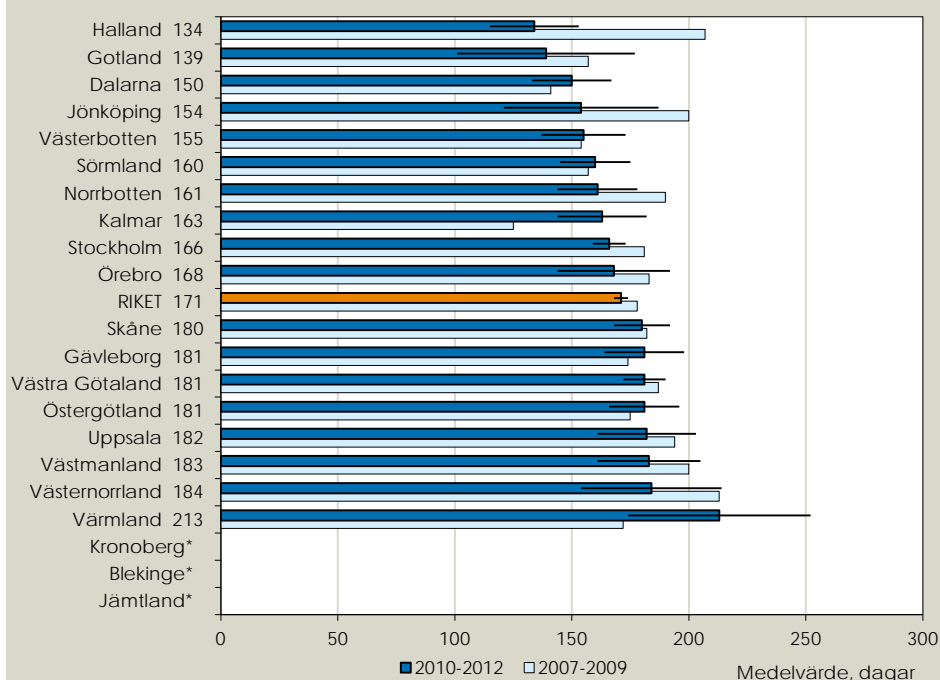
Tid i dagar mellan debut av de första karaktäristiska symtomen och första besöket hos specialist som leder till nydiagnostisering bland de personer som har <13 månaders sjukdomsduration. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

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 ny diagnostisering bland de personer som har <13 månaders sjukdomsduration, 2010-2012. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Bedömning av resultat

För att på sikt kunna följa patienter som har längre tid till diagnos än 13 månader bör SRQ skapa möjligheter att särskilt identifiera och följa upp även dessa patienter. Resultatet visar dock att patienterna i alltfler landsting kommer tidigare till en specialist. Antalet dagar från symtomdebut till diagnos har dock inte minskat i alla landsting.

Socialstyrelsen bedömer att de landsting där sjukdomsdurationen mellan symtomdebut och diagnos inte minskar bör vara observanta på utvecklingen och erbjuda alla patienter tidig och relevant behandling vid misstänkt reumatoid artrit.

Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga vid nyinsjuknande i reumatoid artrit (R2)

Sjukdomsaktiviteten vid reumatoid artrit mäts med DAS28 (Disease Activity Score 28 joint count), ett mått som är baserat på svullnad och ömhet från 28 leder, patientens skattning av sitt hälsotillstånd på en VAS-skala samt inflammationsgraden mätt som sänka eller CRP (C-reactive protein).

Resultatet kan variera mellan:

- remission, symtomen har delvis avtagit eller tillfälligt helt försvunnit, ($DAS28 < 2,6$)
- lågt ($DAS28 \leq 3,2$)
- medel ($3,2 < DAS28 \leq 5,1$)
- högt ($DAS28 > 5,1$) värde.

Sjukdomsaktiviteten, mätt som DAS28, är en av utgångspunkterna för behandling och är en värdemätare av behandlingens effekt. En given minskning av DAS28-värdet måste sättas i relation till startvärdet. Till exempel är 2 enheters reduktion ett mycket bra behandlingsresultat för en person som startar på $DAS28 = 4,5$, men det indikerar kvarvarande sjukdomsaktivitet hos en individ som startat på $DAS28 = 6,5$.

I indexet DAS28 ingår inte svullna och ömma leder i tår och fötter, vilket ger ett alltför lågt värde för individer med övervägande symptom från de lederna. För andra patienter kan värdet bli missvisande högt om de har mycket smärta i och kring lederna, eller en sänkestegring av andra skäl. Beslut om behandling vid reumatoid artrit bygger därför även på andra faktorer såsom tecken på ledsador till följd av sjukdomen redan vid debut, förekomst av höga nivåer av antikroppar mot citrullinerad peptid (ACPA) och nedsatt funktion mätt med Health Activity Questionnaire (HAQ) som är ett instrument för att bedöma graden av arbetsförmåga, förflyttning mellan olika platser och fritidsaktiviteter. Samtidigt beror funktionsförmågan liksom måttet på sjukdomsaktivitet delvis på andra tillstånd samt patientens ålder.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar

- sjukdomsaktivitet vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med reumatoid artrit, åren 2000–2012 (diagram R2.1)
- funktionsförmågan (ADL – aktiviteter i dagliga livet) mätt med HAQ vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader (diagram R2.2).

Förbättring av sjukdomsaktivitet respektive funktionsförmåga definieras och mäts som den absoluta skillnaden mellan värdena vid första besöket och efter 4–12 månader.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att skillnader i åldersfördelning ska påverka resultatet. Uppgifterna har hämtats från kvalitetsregistret SRQ, från utbildningsregistret på SCB samt uppgifter om födelseland från patientregistret.

Utfall och variation

Sjukdomsaktiviteten (diagram R2.1) redovisas som tidsserie för riket. Flertalet patienter med tidig reumatoid artrit inkluderades i kvalitetsregistret SRQ under åren 2004–2005, och sedan dess har sjukdomsaktiviteten bland nydiagnosticerade patienter sjunkit något såväl vid inklusion i registret som vid uppföljning efter 4–12 månader.

När det gäller sjukdomsaktivitet och ADL-funktion uppvisar högutbildade bättre nivåer än låg- och medelhögt utbildade både vid nyinsjuknande och efter 4–12 månader (diagram R2.3 och R2.5). När det gäller graden av förbättring av sjukdomsaktiviteten i absoluta termer finns ingen större skillnad mellan utbildningsgrupperna. Männen resultat har förbättrats något mer än kvinnornas, men kvinnorna har en något högre sjukdomsaktivitet vid första besöket. Förändringen avseende funktionsförmåga (diagram R2.5) är något större bland högutbildade (cirka 0,10 enheter större än i övriga grupper). Det finns inga väsentliga skillnader mellan könen.

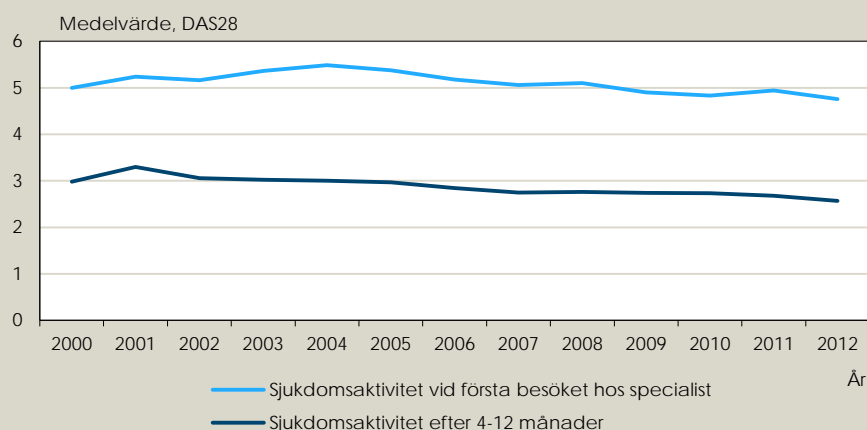
Födda utanför EU har högsta sjukdomsaktiviteten både vid första besöket och efter 4–12 månader. Den största förbättringen uppvisar kvinnor födda i övriga EU-länder och män födda utanför EU (diagram R2.4).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Uppgifter som rapporteras till kvalitetsregistret SRQ har under senare år fått en allt bättre täckningsgrad avseende patienter med reumatoid artrit. Data från tidigare år inte är lika tillförlitliga vilket bör beaktas i tolkningen av resultatet.

Diagram R2.1. Sjukdomsaktivitet vid nyinsjuknande, DAS28, riket

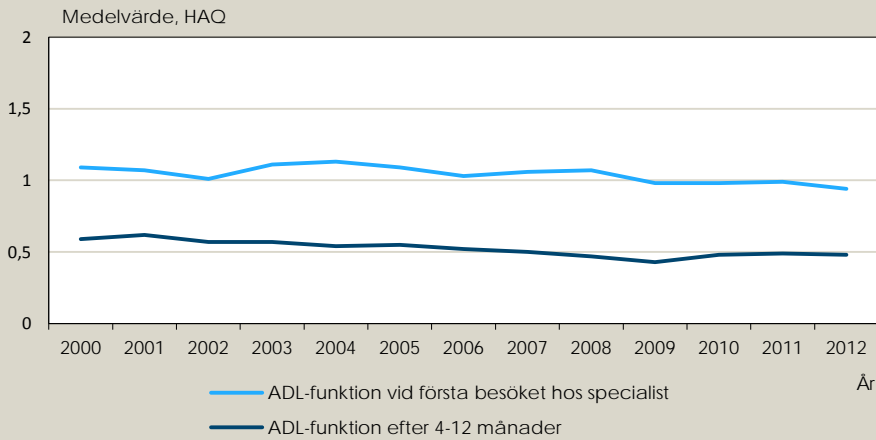
Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R2.2. ADL-funktion (HAQ) vid nyinsjuknande, riket

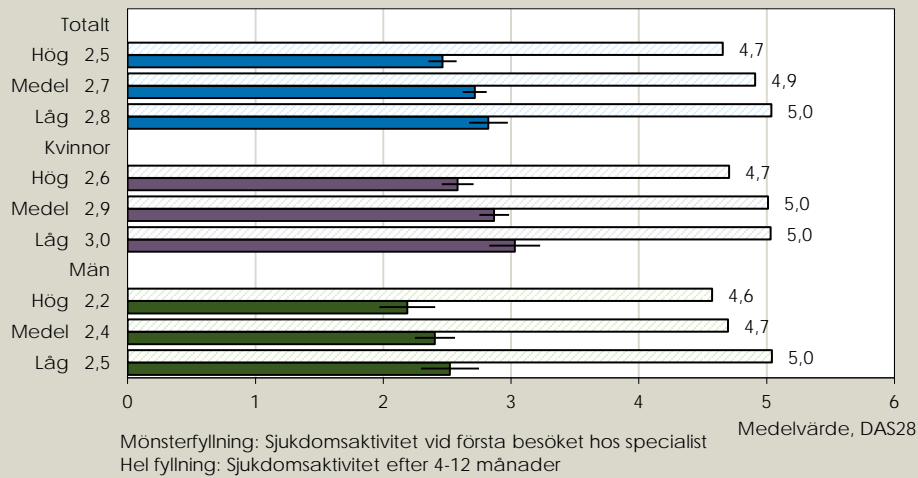
ADL-funktion (HAQ) vid första besöket hos specialist och efter 4-12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R2.3. Sjukdomsaktivitet vid nyinsjuknande, utbildning

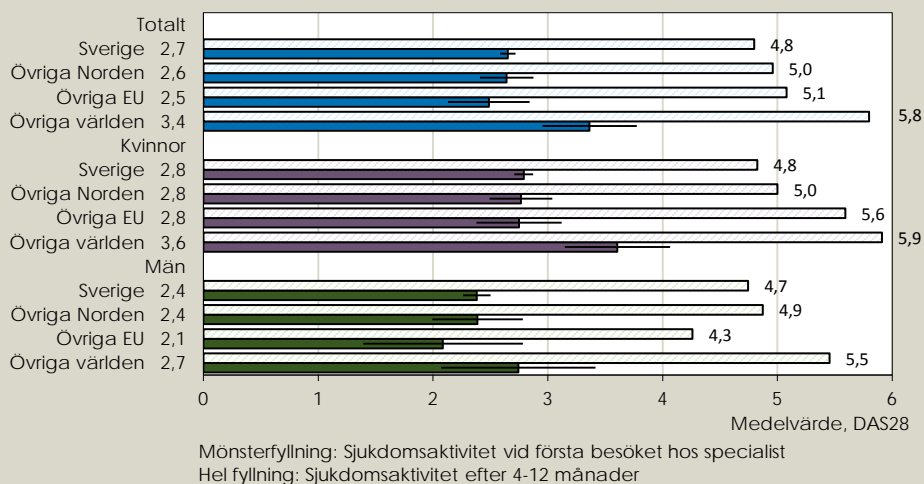
Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid första besöket hos specialist och efter 4-12 månader bland personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010-2012. Ålderstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R2.4. Sjukdomsaktivitet vid nyinsjuknande, födelse land

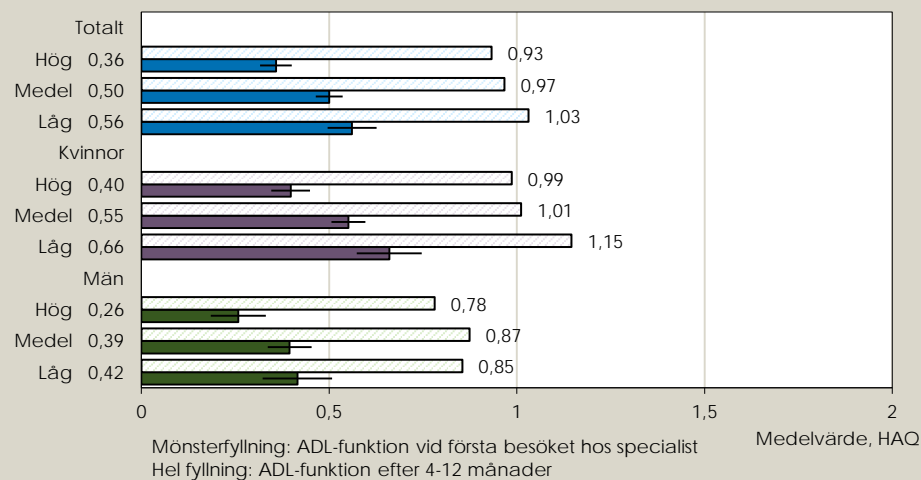
Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på födelse land. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R2.5. ADL-funktion (HAQ) vid nyinsjuknande, utbildning

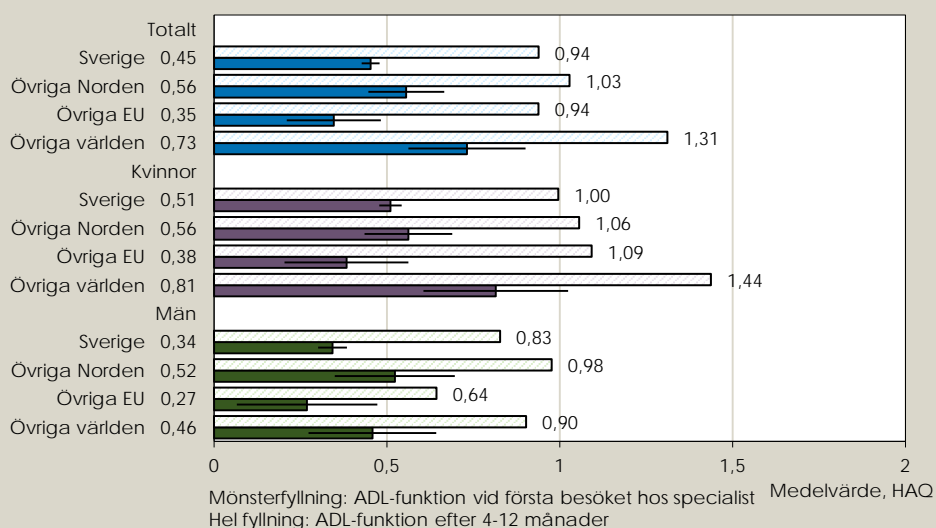
ADL-funktion (HAQ) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R2.6. ADL-funktion (HAQ) vid nyinsjuknande, födelse land

ADL-funktion (HAQ) vid första besöket hos specialist och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på födelse land. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Bedömning av resultat

Sjukdomsaktiviteten vid diagnos har sjunkit något under de senaste tio åren, vilket kan tala för att patienterna med reumatoid artrit numera identifieras i ett tidigare sjukdomsskede. De nya diagnoskriterierna för reumatoid artrit kan ha bidragit till detta. Mellan 2010 och 2012 kan noteras en trend som också talar för en lägre sjukdomsaktivitet vid uppföljningen än tidigare, men det är fortfarande många patienter som inte når remission under det första året.

Männens resultat förbättras något mer än kvinnornas när det gäller sjukdomsaktivitet, vilket kan förklaras av könsspecifika skillnader eller underbehandling av kvinnor. Förskrivningen av biologisk behandling är lika fördelad mellan könen.

Lågutbildade och personer födda utanför EU har högre sjukdomsaktivitet och sämre funktionsförmåga vid första besöket hos specialist vilket indikerar att de kommer senare till specialistvård än övriga grupper.

Resultatet för sjukdomsaktivitet enligt DAS28 och funktionsförmåga visar en viss, men relativt liten, förbättring av funktionsförmågan över tid mätt som HAQ efter behandling av en tidig sjukdom. Tillsammans med den relativt låga förskrivningen av biologiska läkemedel under första året (se indikator R5) är det rimligt att värden vid nyinsjuknande i reumatoid artrit kan bli betydligt bättre än i dag.

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 trots behandling med metotrexat rekommenderas en kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller något annat biologiskt läkemedel. Syftet är att minska sjukdomssymtomen samt få en förbättrad fysisk funktion och en ökad arbetsförmåga jämfört med behandling med enbart metotrexat.

Enligt Svensk Reumatologisk Förenings behandlingsriktlinjer kan kombination av metotrexat med andra (icke-biologiska) sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs) övervägas hos patienter med få eller inga ogynnsamma prognostiska faktorer [17]. Sådana behandlingsstrategier nämns också som alternativ i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar [1], 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.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter andelen som fått biologiska läkemedel bland patienter med reumatoid artrit i öppen specialiserad vård under perioden 2010–2012 jämfört med perioden 2007–2009. I denna analys är nämnaren definierad som samtliga identifierbara individer med reumatoid artrit med minst ett besök hos reumatolog under en given tidsperiod. Resultatet skulle dock ha blivit annorlunda med en annan definition av nämnaren (till exempel samtliga individer som någon gång fått diagnosen reumatoid artrit).

I patientpopulationen ingår individer med reumatoid artrit som gjort besök i öppen specialiserad vård och fått biologiskt läkemedel i samband med läkarbesöket eller hämtat ut biologiska läkemedel via recept på apotek. Totalt ingår 110 776 individer, varav 80 630 kvinnor och 30 146 män.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifter om patientpopulationen har hämtats från patientregistret, och uppgifter om biologiska läkemedel har hämtats från läkemedelsregistret på Socialstyrelsen och från kvalitetsregistret SRQ. Uppgifter om utbildningsnivåer har hämtats från SCB och uppgifter om födelseland från patientregistret.

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 med ofta livslång behandling tar det tid att utjämna de skillnader som uppstod under de första årens introduktion av biologiska läkemedel. Flera av landstingen

med en initial 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 (diagram R3.3). Dessutom är andelen något större bland födda i Norden, särskilt män, än bland dem som är födda i övriga länder (diagram R3.4).

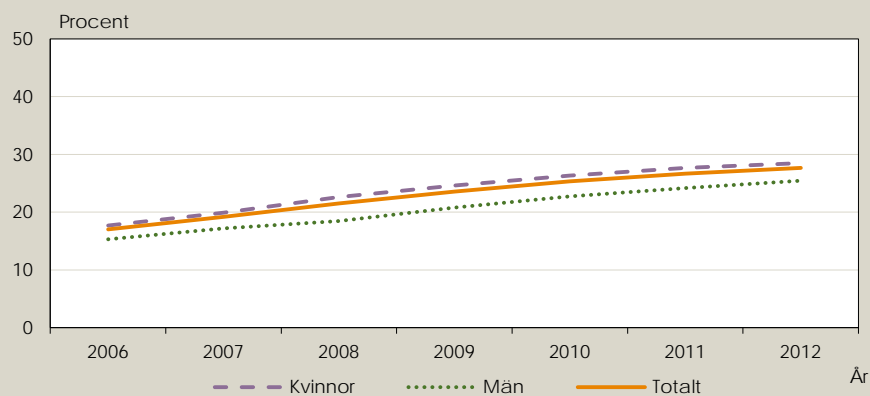
Felkällor och tolkningssvårigheter

Det finns ett bortfall som kan ha tre olika förklaringar: (i) en del patienter registreras inte i patientregistret, (ii) en del patienter har inte varit på besök hos reumatolog under den studerade perioden, och (iii) en del patienter inkluderas inte i kvalitetsregistret, till exempel på grund av språksvårigheter. Sammantaget torde bortfallet ha en relativt liten betydelse för skattningarna av biopenetration.

För att tolka skattningarna av andelen patienter med biologisk behandling är det viktigt att se till definitionen av nämnaren. Skattningen av andelen som får biologisk behandling per 100 000 invånare är mindre känslig för sådana definitioner, men har i stället andra felkällor på grund av demografiska skillnader mellan landstingen.

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

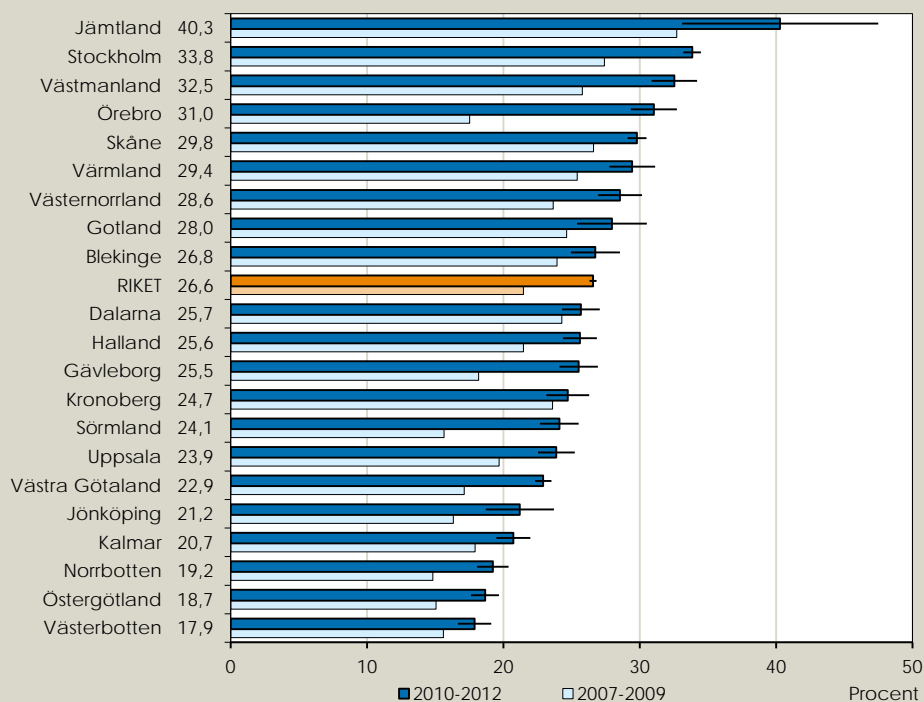
Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



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

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

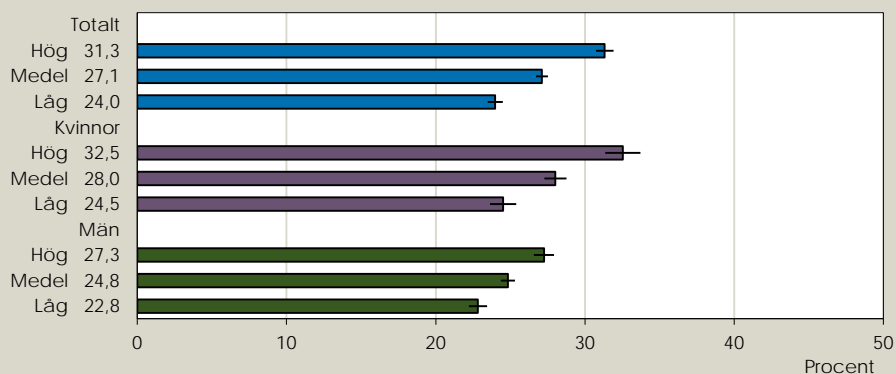
Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



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

Diagram R3.3. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, utbildning

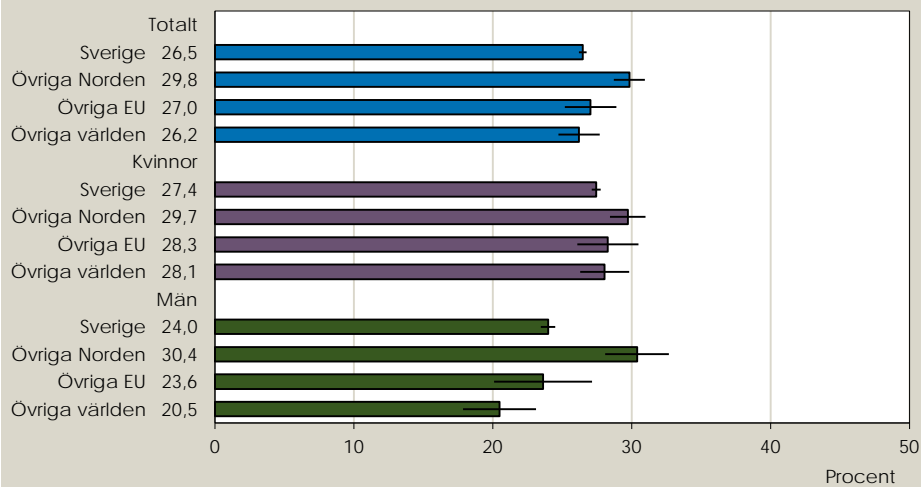
Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Utbildningsregistret (SCB) samt Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R3.4. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, födelse land

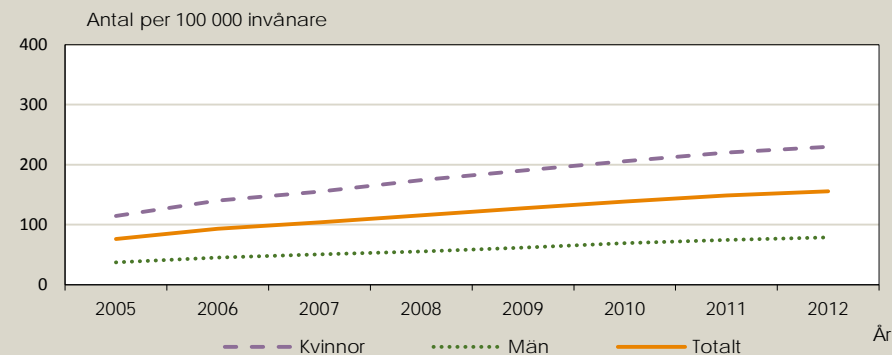
Andel personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel fördelat på födelse land. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R3.5. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, riket

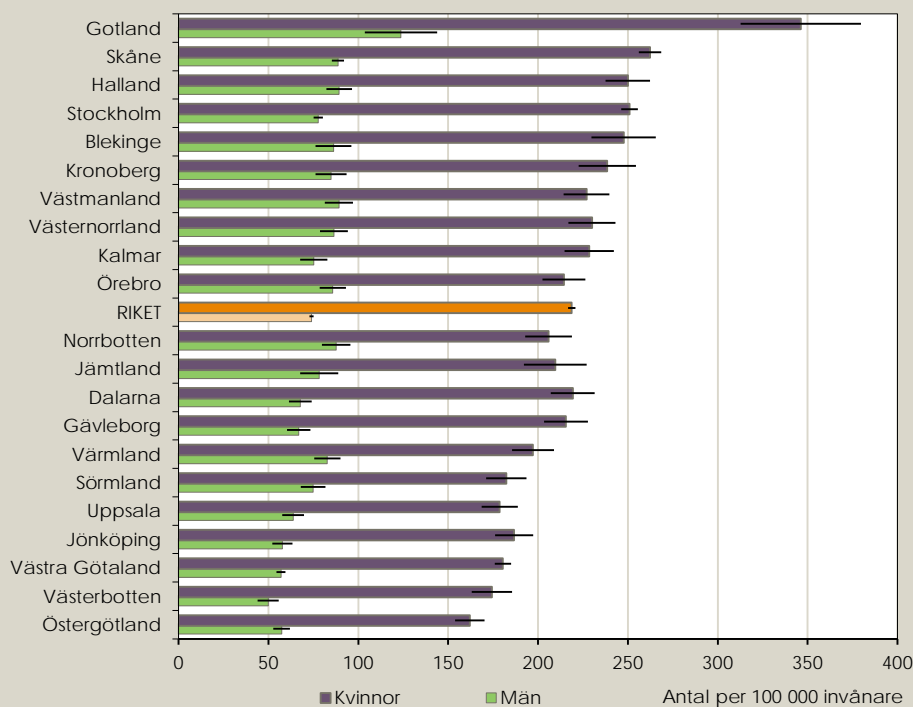
Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre, åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R3.6. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, kön

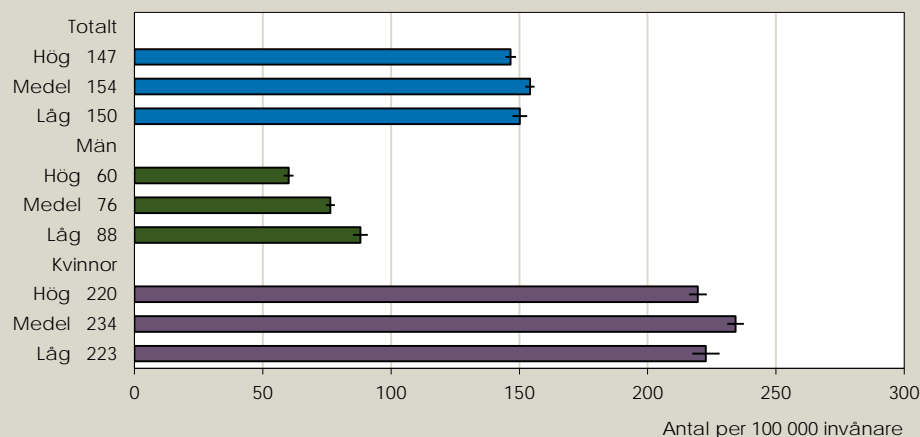
Antal personer med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R3.7. Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, utbildning

Antal personer per 100 000 invånare med reumatoid artrit som får biologiska läkemedel fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret och läkemedelsregistret (Socialstyrelsen), Utbildningsregistret (SCB) samt Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

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 kostnad 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, och detta bör hälso- och sjukvården se över för att säkerställa en jämlik vård till alla oavsett utbildningsnivå. Möjliga orsaker till skillnaden bör vägas in i bedömningen, exempelvis om det finns högre grad av kontraindikationer mot behandling bland lågutbildade beroende på samsjuklighet, etc.

Socialstyrelsen bedömer att biologiska läkemedel bör övervägas och 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 lefskador skulle i vissa fall kunna förhindras.

Sjukdomsaktivitet och funktionsförmåga före och efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit (R4)

Sjukdomsaktiviteten (DAS28) mäts regelbundet för att följa upp effekten av insatt behandling, se utförligare beskrivning under indikator R2 (sidan 85). Även funktionsförmågan (ADL-funktionen) påverkas i hög grad av behandlingen vid reumatoid artrit och är därför viktig att mäta. Samtidigt har ADL-funktionen och måttet på sjukdomsaktivitet delvis samband med andra tillstånd och patientens ålder. Fysisk funktion mäts genom HAQ-instrumentet Health Activity Questionnaire.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar följande:

- Sjukdomsaktivitet vid första behandlingen med biologiska läkemedel och efter 4–12 månader (diagram R4.1 och R4.2). Jämförelsen omfattar 1 743 personer, varav 1 278 kvinnor och 465 män.
- Sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter första behandlingen med biologiska läkemedel (diagram R4.3, R4.4 och R4.5). Jämförelsen omfattar 2 273 personer, varav 1 671 kvinnor och 602 män.
- ADL-funktion vid första behandlingen med biologiska läkemedel och efter 4–12 månader (diagram R4.6 och R4.7). Jämförelsen omfattar 1 832 personer, varav 1 334 kvinnor och 498 män.

Utbildningsnivå och födelseland redovisas endast när det gäller sjukdomsaktivitet vid första behandlingen med biologiska läkemedel och efter 4–12 månader.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från SRQ och utbildningsregistret på SCB.

Utfall och variation

Sjukdomsaktiviteten både vid första behandlingen med biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader har sjunkit under den studerade 12-årsperioden. Den absoluta skillnaden mellan genomsnittlig sjukdomsaktivitet vid första behandlingen och efter 4–12 månader är i stort sett oförändrad över tid (diagram R4.1).

Mellan år 2000 och 2012 ökar andelen personer som uppvisar remission och låg sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter behandling med biologiska läkemedel. En allt lägre andel har under samma tidsperiod en hög sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter behandling (diagram R4.3). Dessa resultat påverkas av att sjukdomsaktiviteten vid nyinsättande av biologisk behandling också har sjunkit över tid (diagram R4.1).

Det är knappt 60 procent av patienterna som uppnår ett gott behandlingsresultat, redovisat som remission eller låg sjukdomsaktivitet efter första behandlingen med biologiska läkemedel. Detta överensstämmer med tidigare studier och internationell erfarenhet. Andelen patienter i respektive landsting som har ett gott behandlingsresultat varierar mellan drygt 40 och drygt 70 procent (diagram R4.4).

Även ADL-funktionen har förbättrats såväl vid första behandlingen med biologiska läkemedel som efter 4–12 månader (diagram R4.6).

Personer med hög utbildning har den lägsta genomsnittliga sjukdomsaktiviteten och ADL-funktionen både vid första behandlingen med biologiska läkemedel och efter 4–12 månader (diagram R4.8 och R4.10). Den genomsnittliga förbättringen, dvs. den absoluta skillnaden mellan medelvärdena vid de två tidpunkterna, skiljer sig dock inte nämnvärt mellan utbildningsgrupper och inte heller mellan könen för båda måtten. Kvinnor har högre sjukdomsaktivitet och framför allt sämre ADL-funktion än män, både vid behandlingsstart och efter 4–12 månader (diagram R4.8).

Födda utanför Norden har något högre sjukdomsaktivitet både vid första behandlingen med biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader, däremot skiljer sig inte den genomsnittliga förbättringen (diagram R4.9). När det gäller ADL-funktion är det gruppen med ursprung utanför EU som har sämst funktionsförmåga vid båda de studerade tillfällena. Däremot uppvisar gruppen störst absolut förbättring (diagram R4.11).

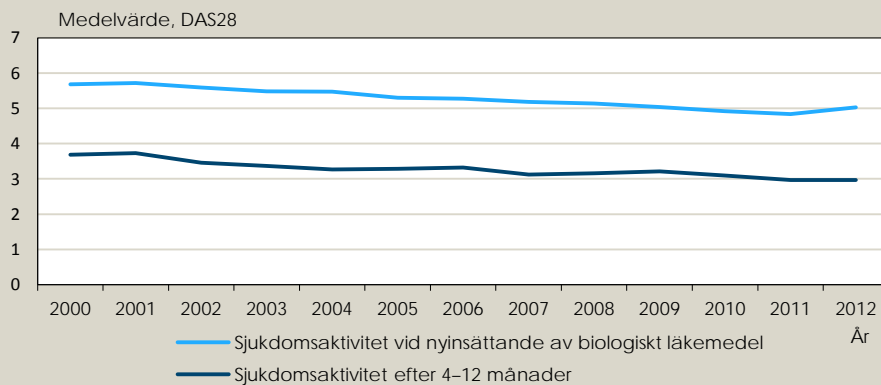
Felkällor och tolkningssvårigheter

Landsting med färre observationer än 30 redovisas inte i diagrammen. Det finns inga nationellt standardiserade intervall för att följa upp insatta biologiska läkemedel inom den reumatologiska specialistvården, och därför används en längre uppföljningsperiod. Om det finns flera uppföljningstillfällen har det senaste värdet valts. Det kan emellertid finnas patienter som svarar bra på behandlingen redan under de första tre månaderna och därefter inte haft något besök i hälso- och sjukvården. De får då inget registrerat uppföljningsvärde i det använda tidsintervallet. Om bortfallet är stort i något landsting kan skattningen visa en alltför låg andel patienter med gott behandlings-svar.

Bortfallet för indikator R4.2 är 45 procent, 29 procent för indikator R4.4 och 43 procent för indikator R4.7.

Diagram R4.1. Sjukdomsaktivitet vid biobehandling, riket

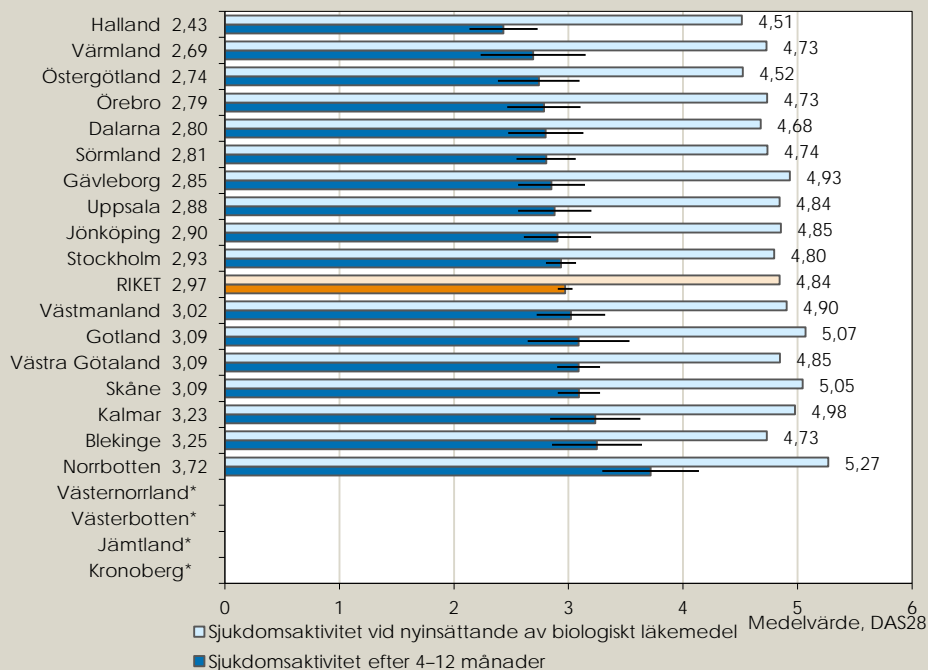
Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.2. Sjukdomsaktivitet vid biobehandling, landsting

Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA, 2010–2012. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

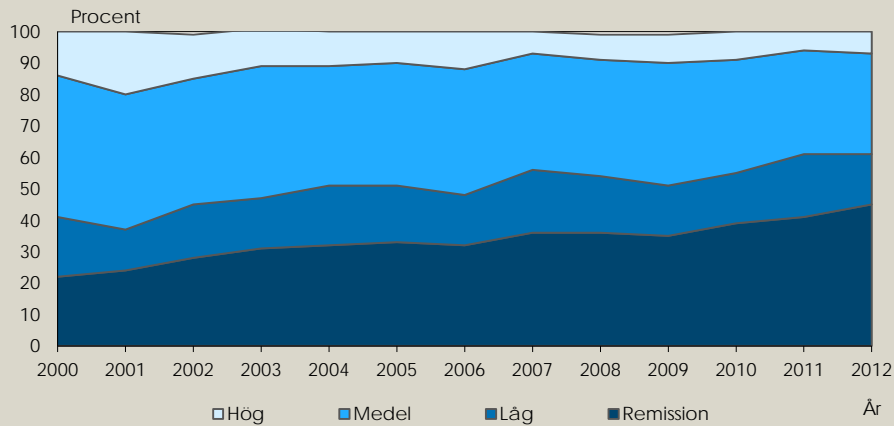


*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.3. Sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter första biobehandling, riket

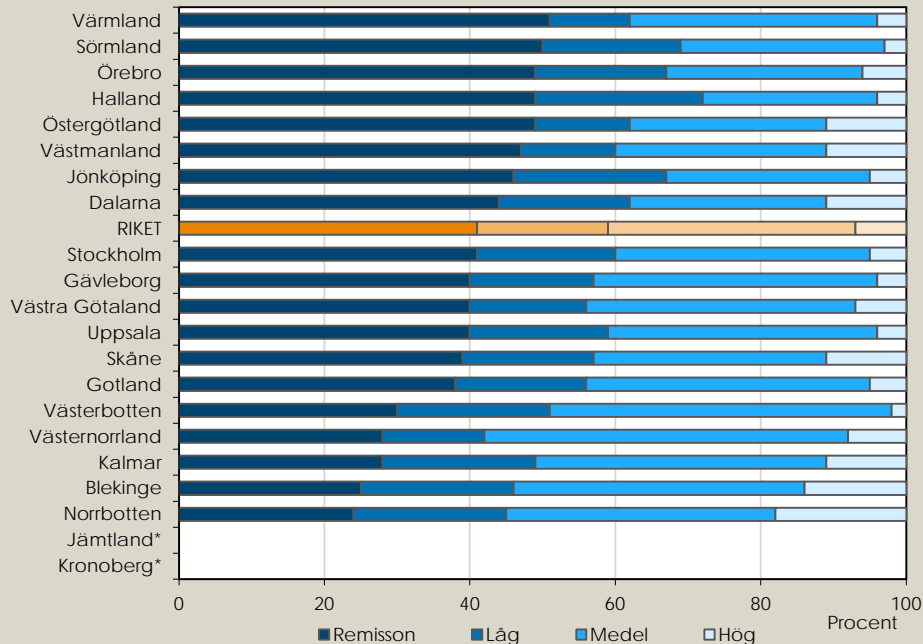
Andel personer med RA med remission, låg, medel och hög sjukdomsaktivitet, 4–12 månader efter första biobehandling. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.4. Sjukdomsaktivitet 4–12 månader efter första biobehandling, landsting

Andel personer med RA med remission, låg, medel och hög sjukdomsaktivitet, 4–12 månader efter första biobehandling. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.

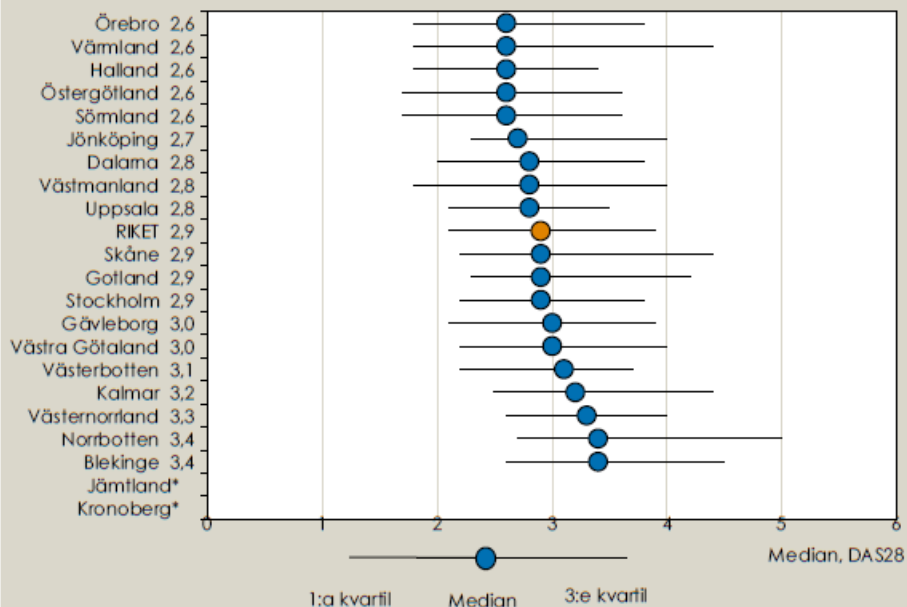


*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.5. Sjukdomsaktivitet efter första biobehandling, landsting

Sjukdomsaktivitet (DAS28) 4–12 månader efter första biobehandling för personer 18 år och äldre med RA, median DAS28. 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.

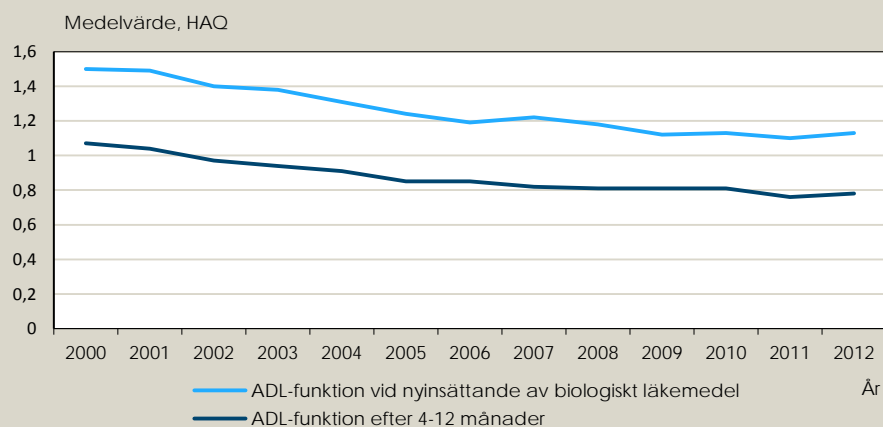


*Färre än 30 rapporterade observationer.

Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R4.6. ADL-funktion (HAQ), biobehandling, riket

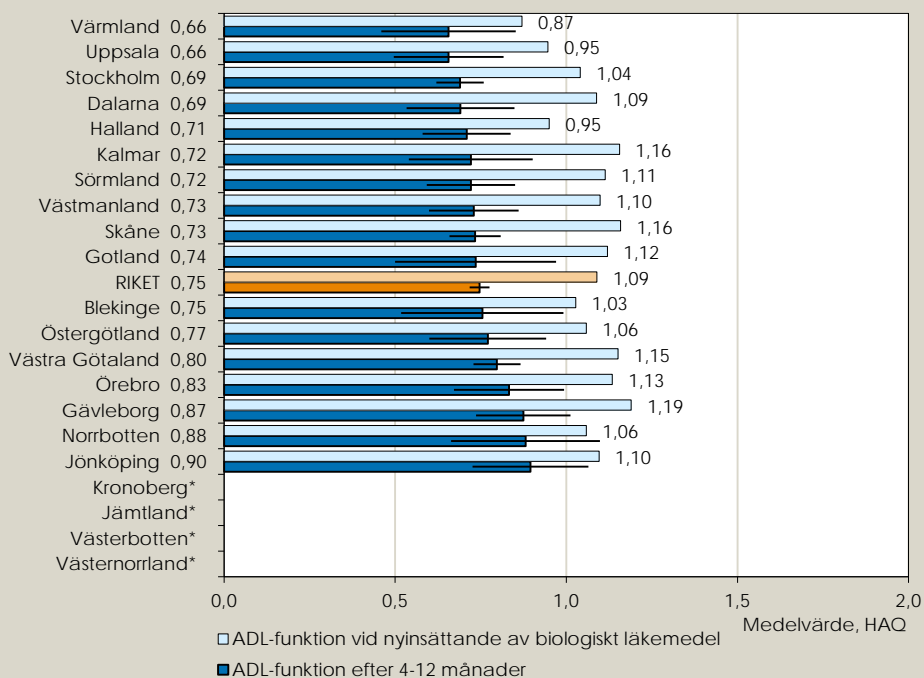
ADL-funktion (HAQ) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

Diagram R4.7. ADL-funktion (HAQ), biobehandling, landsting

ADL-funktion (HAQ) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Ålderstandardiserade värden.

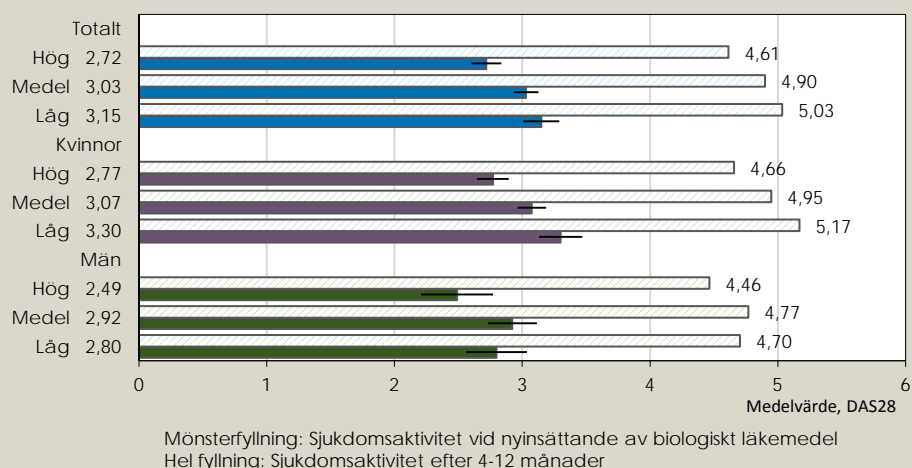


*Fåre än 30 rapporterade observationer.

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister

Diagram R4.8. Sjukdomsaktivitet, biologiskt läkemedel, utbildning

Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Ålderstandardiserade värden.

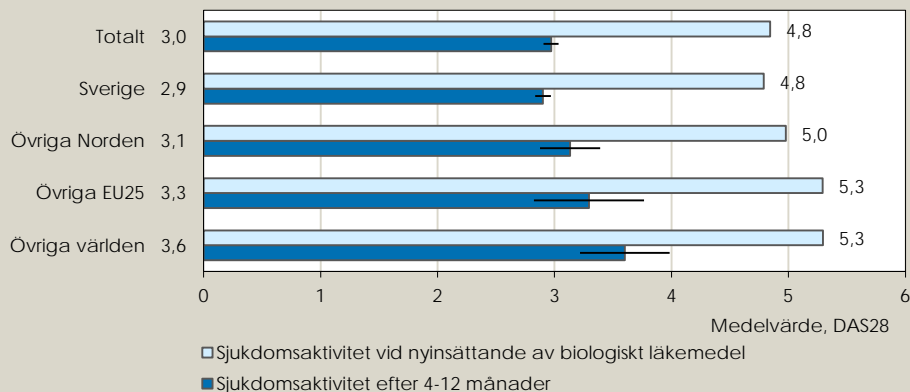


Mönsterfyllning: Sjukdomsaktivitet vid nyinsättande av biologiskt läkemedel
Hel fyllning: Sjukdomsaktivitet efter 4-12 månader

Källa: Utbildningsregistret (SCB), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.9. Sjukdomsaktivitet, biologiskt läkemedel, födelse land

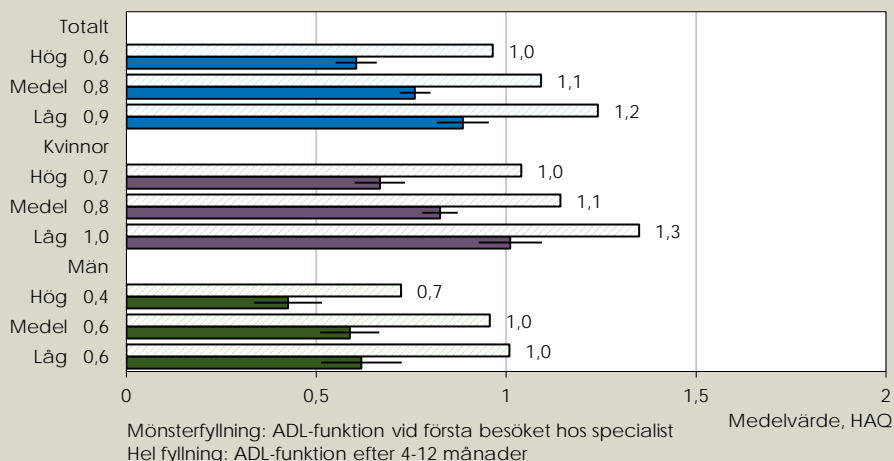
Sjukdomsaktivitet (DAS28/DAS28CRP) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på födelse land. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.10. ADL-funktion (HAQ), biologiskt läkemedel, utbildning

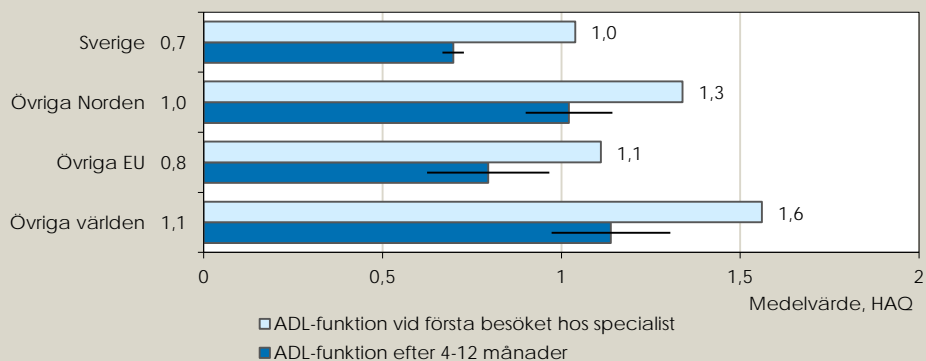
ADL-funktion (HAQ) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Utbildningsregistret (SCB), Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R4.11. ADL-funktion (HAQ), biologiskt läkemedel, födelseland

ADL-funktion (HAQ) vid nyinsättande av biologiskt läkemedel och efter 4–12 månader bland personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardierade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Bedömning av resultat

Mellan 2004 och 2012 har sjukdomsaktiviteten vid start av biologisk behandling sjunkit något, vilket talar för att fler patienter med mindre svår sjukdom också erbjuds behandling med biologiska läkemedel. Detta är en förväntad utveckling när en ny behandlingsprincip med initiala farhågor om allvarliga biverkningar introduceras. Även behandlingsresultaten har förbättrats över tid. Många patienter med reumatoid artrit har dock en hög grad av nedsatt funktionsförmåga, trots behandling med biologiska läkemedel och relativt goda resultat avseende sjukdomsaktivitet mätt som DAS28. Det tyder på att vissa patienter får irreversibla ledsador med permanent nedsatt funktionsförmåga på grund av att effektiv behandling inte sätts in tillräckligt snabbt. Skillnaderna mellan landstingen bedöms som små till måttliga.

Kvinnor med låg utbildningsnivå tycks ha en högre sjukdomsaktivitet och sämre funktionsförmåga när de börjar behandlingen med biologiska läkemedel jämfört med andra grupper (diagram R4.8 och R4.10). De uppvisar också ett sämre behandlingsresultat, vilket kan tala för att andra delar av sjukdomsbilden än den rent inflammatoriska dominerar, till exempel smärtupplevelse. Det kan också tala för att den gruppen erbjuds behandling i ett senare och svårare sjukdomsskede.

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 som minskar 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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar andelen nyinsjuknade patienter med reumatoid artrit som startade sin första behandling med biologiskt läkemedel inom 12 månader efter diagnos, åren 2007–2012. Uppgifterna har hämtats från kvalitetsregistret SRQ.

Utfall och variation

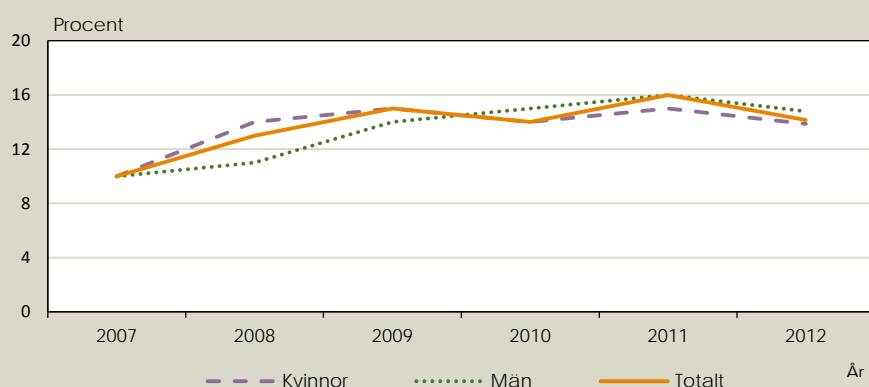
Det är en liten skillnad mellan andelen män och kvinnor när det gäller behandlingsstart med biologiska läkemedel (diagram R5.1). Förekomsten bland männen har ökat något mer över tid och ligger nu något högre än bland kvinnorna.

Felkällor och tolkningssvårigheter

I början och mitten 2000-talet var inklusionen i kvalitetsregistret SRQ hög för patienter med biologisk behandling men lägre för patienter utan sådan behandling. Täckningsgraden har dock ökat under senare år vilket bör beaktas vid tolkning av resultatet.

Diagram R5.1. Behandlingsstart för nyinsjuknade patienter, riket

Andel nyinsjuknade patienter med RA som inom 12 månader startat sin första behandling med biologiskt läkemedel. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister.

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 ungefär lika hög grad till kvinnor och män under första året. Reumatoid artrit är dock vanligare hos kvinnor och det kan tala för en underförskrivning, framför allt till kvinnor under första året framförallt som de ofta har en svårare sjukdomsbild. För att kunna tolka detta ytterligare behöver dock förskrivningsmönstret kopplat till sjukdomsaktivitet undersökas närmare.

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.

Indikatorns utformning

Indikatorn visar sjukdomsduration i antal år innan den första behandlingen med biologiska läkemedel (benämns biostart i diagrammen) sätts in hos personer med reumatoid artrit, åren 2010–2012. Jämförelsen omfattar 3 137 personer varav 2 294 kvinnor och 843 män.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för att olika åldersfördelning mellan landstingen ska påverka jämförelsen. Uppgifterna har hämtats från kvalitetsregistret SRQ och från utbildningsregistret på SCB.

Utfall och variation

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

Det är ingen större skillnad i sjukdomsduration mellan patienter med olika utbildningsnivå (diagram R6.3). Kvinnor har en något längre sjukdomsduration än män när den första behandlingen med biologiska läkemedel startar.

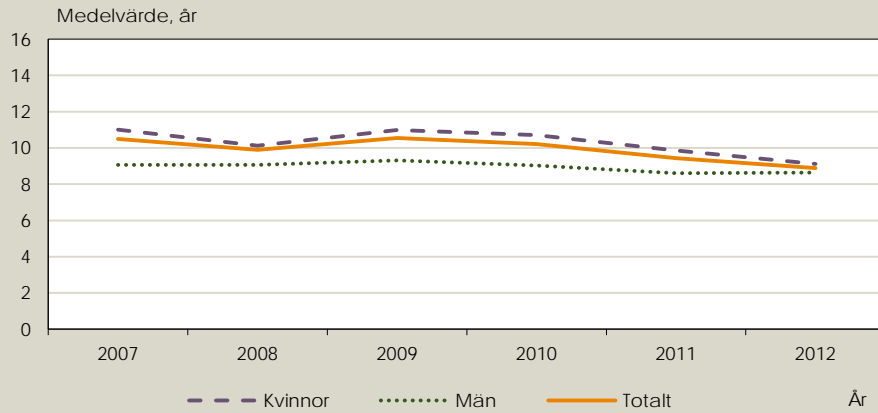
Personer födda i Sverige har längre sjukdomsduration än andra vid första behandlingen med biologiska läkemedel, medan personer födda i övriga EU-länder utom Norden har den kortaste sjukdomsdurationen (diagram R6.4).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Landsting med färre än 30 rapporterade observationer redovisas inte. Resultatet påverkas av att många patienter med etablerad reumatoid artrit och många års lågaktiv sjukdom kan få svårare skov som gör att de får biologisk behandling. Dessa patienter bidrar till ett kvarvarande högt medelvärde, och eventuellt är detta tydligare i landsting som introducerat biologiska läkemedel i långsammare takt än andra.

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

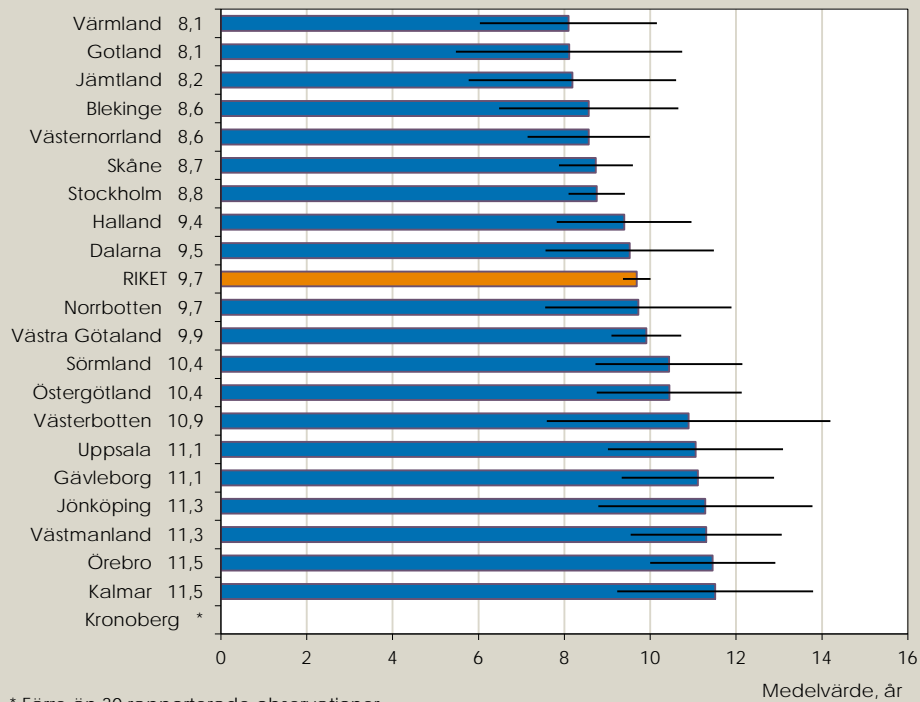
Sjukdomsduration (år) vid första biostart hos personer med RA. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis 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, 2010-2012. Åldersstandardiserade värden.

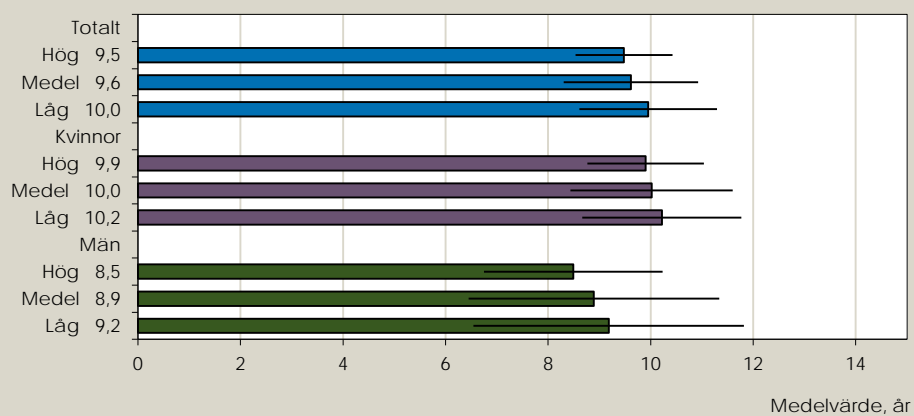


* Färre än 30 rapporterade observationer

Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R6.3. Sjukdomsduration (år) vid första biostart, utbildningsnivå

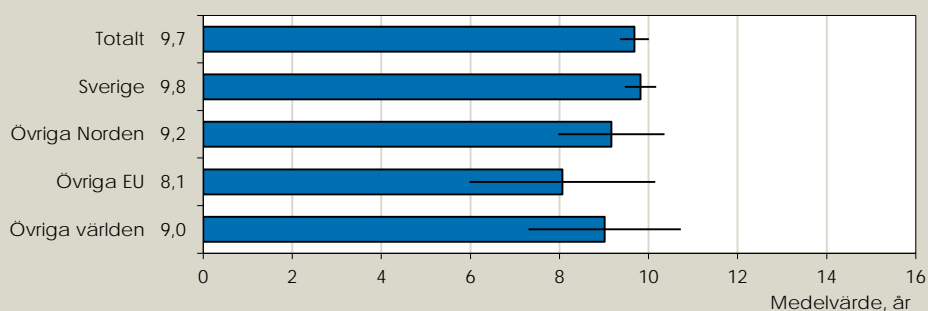
Sjukdomsduration (år) vid första biostart hos personer med RA fördelat på utbildningsnivå. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R6.4. Sjukdomsduration (år) vid första biostart, födelseland

Sjukdomsduration (år) vid första biostart hos personer med RA fördelat på födelseland. Avser personer 18 år eller äldre, 2010–2012. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Patientregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Bedömning av resultat

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

Ankyloserande spondylit

Spondylartriter är en grupp sjukdomar där inflammation i mjukdelar (muskelfästen, senskidor och slemsäckar) och leder – både perifera och axiala – är den gemensamma nämnaren. Till spondylartriter räknas psoriasisartrit, ankyloserande spondylit (tidigare Bechterews sjukdom), IBD-associerad artrit (Inflammatory Bowel Disease), reaktiv artrit samt odifferentierad spondylartrit .

Typiska symtom vid inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) är ryggsmärta som blir värre på natten och ofta är lokaliserad i rygglutet, nedsatt rörlighet i ryggen samt morgonstelhet. Både smärtan och stelheten förbättras av fysisk aktivitet, men inte av vila.

Axial spondylartrit kan efter fem–tio års sjukdomsaktivitet leda till skador på skelettet, i form av både benförstörelse och ökad nybildning av ben i sakroiliakalederna eller mellan kotorna. Sjukdomen benämns då ankyloserande spondylit. Dominerande symtom vid ankyloserande spondylit är morgonstelhet, tilltagande nedsatt rörlighet och smärta. Även andra organ kan angripas såsom ögon, perifera leder och hud samt mer sällsynt lungor, hjärta och njurar.

Ungefär 0,25–0,50 procent av Sveriges befolkning har ankyloserande spondylit. Sjukdomen är två–tre gånger vanligare hos män än hos kvinnor och i kvalitetsregistret SRQ finns dubbelt så många män som kvinnor registrerade med sjukdomen [18]. Debutåldern är vanligen 20–30 år och mycket sällan över 45 år [1]. Patienter får ofta vänta i fem–tio år på diagnos efter de första symtomen, delvis på grund av att en säker diagnos tidigare har krävt ett positivt fynd med konventionell röntgen.

Orsaken till axial spondylartrit och ankyloserande spondylit är inte helt fastlagd, men det finns genetiska faktorer som tillsammans med omgivningsfaktorer avgör sjukdomsdebuten och prognosen.

Diagnosen ankyloserande spondylit ställs med hjälp av en kombination av uppgifter från patientens sjukdomshistoria, kliniska undersökningsfynd, laboriefynd och röntgenförändringar.

En tidig diagnos är viktig inför valet av läkemedelsbehandling eftersom inflammatoriska förändringar kommer tidigare i sjukdomsförloppet än strukturella förändringar såsom benförstörelse och bennybildning med sammanväxta kotor. Strukturella förändringar vid ankyloserande spondylit kan ses genom vanlig röntgen, datortomografi och magnetkameraundersökning men inflammatoriska förändringar kan endast ses med magnetkamera.

För att öka möjligheten att ställa en tidig diagnos kan hälso- och sjukvården använda olika typer av bilddiagnostik, såsom datortomografi och magnetröntgen. Diagnostiken med magnetkamera förbättras ytterligare om den kombineras med andra sjukdomsmarkörer, till exempel förekomst av vävnadstyp HLA-B27 som tyder på ärftlig benägenhet att få ankyloserande spondylit. De flesta personer med vävnadstyp HLA-B27 får dock aldrig sjukdomen, så ett positivt prov räcker inte för att ställa diagnos.

Det är också vanligt att personer med axial spondylartrit eller ankyloserande spondylit har eller har haft andra associerande symtom, såsom ögoninflammation (irit), perifer ledinflammation, inflammatorisk tarmsjukdom eller psoriasis.

Axial spondylartrit och ankyloserande spondylit behandlas oftast med icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (NSAID) som vanligtvis ger god symtomlindring. Det är även möjligt att behandla med TNF-hämmare som effektivt kan hjälpa till att minska inflammationen.

Det är också viktigt att snabbt påbörja sjukgymnastisk behandling eller någon annan typ av rehabilitering. Målet med behandlingen är att bibehålla rörligheten i rygg och leder, öka styrkan i musklerna samt lindra smärta. Rehabiliteringen sker parallellt med läkemedelsbehandlingen.

I Europa är det uppskattningsvis 23,8 personer av 10 000 som har ankyloserande spondylit [18]. Motsvarande antal i Asien uppskattas till 16,7 personer, för Nordamerika 31,9 personer, i Latinamerika 10,2 samt slutligen 7,4 per 10 000 i Afrika. Totalt uppskattas att 1,30–1,56 miljoner människor i Europa lever med ankyloserande spondylit.

Psoriasisartrit

Personer med hudsjukdomen psoriasis kan även drabbas av inflammation i en eller flera leder, vilket då kallas psoriasisartrit. Inflammationen är ofta lokaliserad till ligament och senfästen, antingen som en del i ledinflammationen eller enskilt. Psoriasisartrit orsakar smärta och stelhet men kan även leda till funktionsnedsättningar i angripna leder. Den allvarligaste formen av psoriasisartrit leder till grav ledförstörelse och kraftig funktionsnedsättning.

Ungefär 0,25 procent av Sveriges befolkning har psoriasisartrit [1] och sjukdomen är lika vanlig hos kvinnor och män. Diagnosen ställs genom en sammanvägning av patientens sjukdomshistoria, undersökning av leder, ligament och senfästen samt eventuella röntgenförändringar. Det finns dock inga laboratorieprover som indikerar förekomst av psoriasisartrit. Förekomst av hög sänka eller CRP indikerar en allvarlig sjukdom med sämre prognos men uteblir ibland trots allvarlig sjukdom. Diagnosen är ofta svår att ställa då symtomen varierar över tid och kan vara mycket diskreta, och det ofta saknas laboriemässigt stöd.

Tidigt insatt och effektiv behandling som häver inflammationen vid psoriasisartrit förbättrar bland annat den fysiska funktionen, arbetsförmågan och livskvaliteten.

En behandling inleds i normalfallet med NSAID-läkemedel. Det är även möjligt att ge lokala kortisoninjektioner för att dämpa inflammationen i ensstaka leder och senfästen, och vid svårare sjukdomstillstånd används olika sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARDs). Det är också möjligt att behandla med TNF-hämmare som effektivt minskar inflammationen.

Det är svårt att uppskatta antalet personer som lever med psoriasisartrit globalt sett eftersom det bland annat saknas internationellt enhetliga diagnoskriterier [19]. Prevalensen av psoriasis har uppskattats till 2–3 procent, medan prevalensen av psoriasisartrit hos personer med psoriasis är 6–42 procent i olika studier [20]. En svensk studie visar att ungefär 30 procent av personerna som har psoriasis också får psoriasisartrit [21].

Biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit (R7)

Förskrivningen av biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit har ökat under de senaste åren. Vid ankyloserande spondylit rekommenderas att behandla med TNF-hämmare när NSAID-läkemedel har gett otillräcklig effekt. Vid psoriasisartrit rekommenderas TNF-behandling vid hög inflammatorisk aktivitet när NSAID-läkemedel, kortisoninjektioner och sjukdomsmodifierande läkemedel gett otillräcklig effekt.

Indikatorns utformning

Indikatorn mäter antalet personer per 100 000 invånare med ankyloserande spondylit respektive psoriasisartrit som fått biologiska läkemedel under perioden 2005–2012. I patientpopulationen ingår individer som enligt kvalitetsregistret SRQ fått biologiska läkemedel administrerade antingen i slutenvården eller i öppen specialiserad vård, eller som enligt läkemedelregistret har hämtat ut biologiska läkemedel på apotek via recept. Totalt ingår 1 962 individer, varav 542 kvinnor och 1 420 män för ankyloserande spondylit och för psoriasisartrit 3 056 individer, varav 1 494 kvinnor och 1 562 män.

Resultaten är åldersstandardiserade för att minska risken för skillnader i åldersfördelning. Uppgifterna har hämtats från läkemedelsregistret på Socialstyrelsen och kvalitetsregistret SRQ.

Utfall och variation

Antalet personer med ankyloserande spondylit som får biologiska läkemedel ökade under perioden 2005–2012. Biologiska läkemedel ges i betydligt högre utsträckning till män än kvinnor (diagram R7.1).

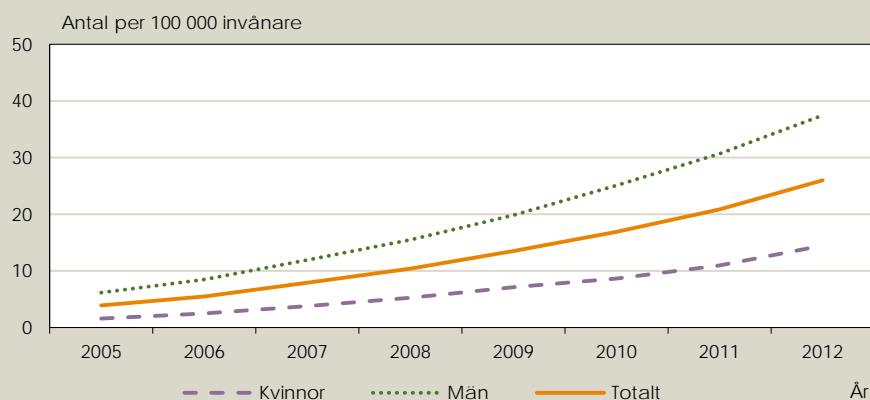
Antalet personer med psoriasisartrit som får biologiska läkemedel ökade kraftigt under åren 2005–2012, och i huvudsak mellan 2010 och 2012. Det är en jämn fördelning mellan könen (diagram R7.2).

Felkällor och tolkningssvårigheter

Indikatorn är inte möjlig att redovisa på landstingsnivå på grund av för få observationer, och redovisas därför i denna utvärdering endast som tidsserie för riket som helhet. Det är osäkert hur stor andel av alla patienter med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som kommer till reumatologisk specialistvård för diagnos och behandling. Den mest lämpliga nämnaren i nuläget är därför antal personer per 100 000 invånare.

Diagram R7.1. Ankyloserande spondylit och biologiska läkemedel,

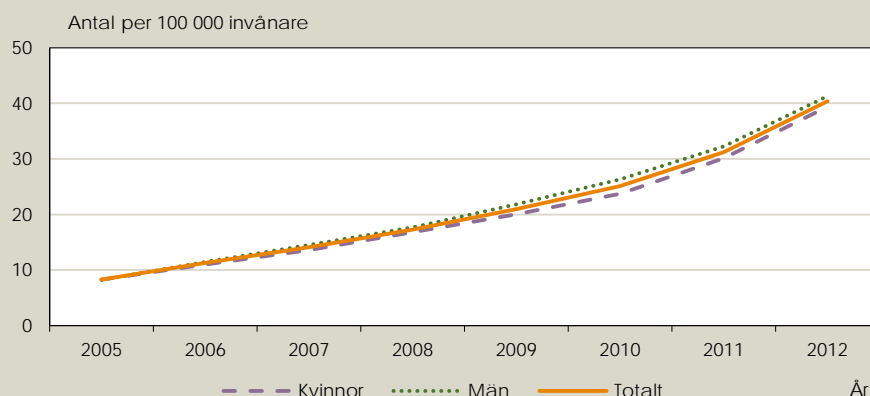
Antal personer med ankyloserande spondylit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare 2005–2012. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Diagram R7.2. Psoriasisartrit och biologiska läkemedel, riket

Antal personer med psoriasisartrit som får biologiska läkemedel per 100 000 invånare 2005–2012. Avser personer 18 år eller äldre. Åldersstandardiserade värden.



Källa: Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen och Svensk Reumatologis Kvalitetsregister.

Bedömning av resultat

Antalet personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit som behandlas med biologiska läkemedel (TNF-hämmare) har ökat, särskilt sedan de preliminära nationella riktlinjerna publicerades 2010 då vikten av behandling även vid dessa tillstånd uppmärksammades. Det indikerar en ökad medvetenhet om och viss följsamhet till rekommendationerna i de nationella riktlinjerna även om det inte går att dra några slutsatser av resultatet i denna utvärdering.

Andelen män som behandlas med biologiska läkemedel vid ankyloserande spondylit är större än för kvinnor, vilket kan bero på att fler män har sjukdomen. Kvinnor har dessutom ofta en annan sjukdomsbild men ytterligare kunskap om ankyloserande spondylit krävs för att göra en djupare analys.

Socialstyrelsen bedömer att det behövs ytterligare underlag för att kunna följa upp vården vid dessa sjukdomar. Förutsättningarna kan förbättras genom att öka rapporteringen av uppgifter till relevanta register.

Införandet av riktlinjerna – enkätresultat för inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Socialstyrelsen har följt upp hur landsting och kommuner mottagit och infört riktlinjerna i vården av patienter med de sjukdomar som omfattas av riktlinjerna. En enkät skickades ut till samtliga landstingsledningar (21 stycken) och till ledningsansvariga för vård och omsorg i kommunerna (316 stycken). Frågeställningarna fokuserade på införandet av riktlinjerna samt några riktlinjespecifika frågor för respektive sjukdom.

Resultatet presenteras i kapitlet ”Införandet av riktlinjerna”. Där ingår också en utförligare beskrivning av enkätundersökningarna. Nedan redovisas resultatet för de specifika frågor som berör reumatiska sjukdomar.

Regionala och lokala vårdprogram

Tolv av de svarande landstingen anger att de omsatt riktlinjerna i regionala och lokala vårdprogram för reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit. Det kan dock finnas ytterligare landsting som har tagit fram vårdprogram för någon av sjukdomarna utan att det framgår av enkäten.

Riktlinjerna har bidragit till förbättring

När det gäller inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit) menar landstingen att riktlinjerna framför allt har bidragit till en ökad behandling med biologiska läkemedel. Majoriteten av landstingen (15 av 19 svarande) bedömer att de nya och tydligare rekommendationerna om behandling med biologiska läkemedel har lett till att fler patienter har fått tillgång till dessa läkemedel. Flera framhåller också att läkemedlen i dag sätts in tidigare i sjukdomsförloppet, och att uppföljningen av patienterna har förbättrats.

Det finns även exempel på landsting som menar att riktlinjerna har lett till förbättrad diagnostik av ankyloserande spondylit, till exempel genom ökad användning av magnetkamera. Andra framhåller att riktlinjerna har ökat fokus på rehabiliteringsinsatser för patienter med reumatiska sjukdomar. Ett landsting (Västmanland) anger att riktlinjerna har lett till att vård i varmare klimat har upphört.

Referenslista

1. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
2. Statistiska Centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC), 2012/2013.
3. 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.
4. Socialstyrelsen. Vårdkonsumtion och kostnader vid rörelseorganens sjukdomar. Stockholm; 2014.
5. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister. Årsrapport 2011. Stockholm; 2012.
6. Bättre Omhändertagande av patienter med Artros. Årsrapport 2013. Registercentrum Västra Götaland. Göteborg; 2013.
7. Svenska höftprotesregistret. Årsrapport 2012. Registercentrum Västra Götaland. Göteborg; 2012.
8. Metoder för långvarig smärta, en systematisk litteraturoversikt. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) 2006. Stockholm; april 2006.
9. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Stockholm; 2003.
10. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. <http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod>.
11. Johnell O, Kanis JA, An estimate of the worldwide prevalence and disability associated with osteoporotic fractures. *Osteoporosis Int* 2008;19:1726.
12. Dell R. Fracture prevention in Kaiser Permanente Southern California. *Osteoporosis Int*. 2011 Aug;22 Suppl 3:457-60.
13. McLellan AR, Wolowacz SE, Zimovetz EA, Beard SM, Lock S, McCrink L, Adekunle F, Roberts D. Fracture liaison services for the evaluation and management of patients with osteoporotic fracture: a cost-effectiveness evaluation based on data collected over 8 years of service provision. *Osteoporosis Int*. 2011. 22(7):2083-98.
14. Akesson K1, Marsh D, Mitchell PJ, McLellan AR, Stenmark J, Pierroz DD, Kyer C, Cooper C; IOF Fracture Working Group. Capture the Fracture: a Best Practice Framework and global campaign to break the fragility fracture cycle. *Osteoporosis Int*. 2013 Aug;24(8):2135-52. doi: 10.1007/s00198-013-2348-z. Epub 2013 Apr 16.
15. 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.
16. Fransen M, Mc Connell S; Exercise for osteoarthritis of the knee. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2008;(4):CD004376.

17. Riktlinjer för reumatoid artrit. Svensk förening för reumatologi. http://www.svenskreumatologi.se/sites/default/files/49/Riktlinjer_RA_2014.pdf).
18. Dean LE, Jones GT, Macdonald AG, Downham C, Sturrock RD, Macfarlane GJ. Global prevalence of ankylosing spondylitis, *Journ Rheumatology* 2013 Dec 9 [Epub ahead of print]. Hämtad 2014 -01-28 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24324212>.
19. Gladman DD, Antoni C, Mease DO, Nash P, Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course and outcome, *Ann Rheum Dis* 2005; 64 (Suppl II). Hämtad 2014-01-28 från http://ard.bmj.com/content/64/suppl_2/ii14.full.pdf+html.
20. Zacharie H, Prevalence of joint disease in patients with psoriasis; implications for therapy. *Am J Clin Dermatol* 2003;4441-7.
21. Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis : a systematic review. *J Rheumatol* 2008 Jul;35(7):1354-8 Epub 2008 May 1. Hämtad 2014-01-28 från <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18464305>.

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

Projektledare

Inger Lundkvist

Projektarbetsgrupp

Rosita Claesson Wigand
Vera Gustafsson
Jesper Hörnblad
Caroline Kjulin
Max Köster
Inger Lundkvist
Tsega Muzollo
Björn Nilsson
Gunilla Ringbäck Weitoft

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, geriatiker, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg
Mats Palmér, endokrinolog, Karolinska Universitetssjukhuset, Huddinge
Helena Salminen, specialist allmänmedicin, Institutet för neurobiologi Karolinska institutet

Övriga projektmedarbetare

Peter Andréasson (kommunikation)
Marianne Arvidsson (administrativt stöd)
Johanna Embretsén (webb)
Maria Eriksson (NR)
Charlotta Sandström (juridiskt stöd)
Lisbeth Serdén (DRG-frågor)
SMS-gruppen (enkätundersökning)
Filippa Svensson (rapportproduktion)
Katrinn Tonnes (kommunikation)
Åke Karlsson, (KPP-databasen, SKL)

Intressentgrupper

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