



Regionalt Vårdprogram

Reumatoid artrit

Stockholms läns landsting

2004

Medicinskt
Program Arbete





Regionalt Vårdprogram

Reumatoid artrit

Rapporten är framtagen av
Ingiäld Hafström

ISBN 91-85209-16-3

Om det medicinska programarbetet

Det medicinska programarbetet (MPA) i Stockholm är till för att vårdgivare, beställare och patienter skall mötas för att forma en god och jämlik vård för länets 1,8 miljoner invånare. Kunskapen om den goda vården skall vara gemensam, tillgänglig och genomlysbar och bilda grund för bättre beslut i vården.

Arbetet drivs gemensamt av producenter och beställare. Patientföreträdarna har en självklar plats i arbetet och medverkar i de olika grupperna. Stockholms Medicinska Råd och 16 programråd har skapats för att driva arbetet. Ett flertal Årsrapporter, Regionala vårdprogram och Fokusrapporter har redan publicerats och arbetet med nya rapporter fortskrider kontinuerligt.

De regionala vårdprogrammen ska vara till stöd för hälso- och sjukvårdspersonal i det praktiska vardagsarbetet och ett kunskapsunderlag för att utveckla och följa upp vårdens innehåll och kvalitet. De regionala vårdprogrammen och de övriga rapporterna från MPA ska vara en bas för dialog mellan beställare och producenter om den medicinska kvaliteten i vården och kommer att utgöra en grund för beställarorganisationens styrning och uppföljning av vården.

Programarbetet har samlat ett stort nätverk av sakkunniga och har lagt grunden till en gemensam arena för vårdens parter.

Förord

Detta regionala vårdprogram är framtaget inom ramen för det medicinska programarbetet för rörelseorganens sjukdomar och baseras bland annat på remissupplagan av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för RA, Svensk Reumatologisk Förenings konsensusdokument om behandling av RA och samarbetsöverenskommelser mellan reumatologiska specialistklinikerna och sjukvårdsområdena i SLL.

Målgrupp

Vårdprogrammet riktar sig till producenter och beställare. Producenter kan använda det som underlag för lokala riktlinjer. Det kan också stimulera hälso- och sjukvårdspersonalen till kunskaps- och erfarenhetsutbyte i arbetsgrupperna. Beställaren kan använda innehållet som underlag för planering, utveckling och uppföljning av sjukvårdsavtal.

Det betonas att patienterna, vid behov av slutenvård, vårdas på specialistklinik med god kompetens inom reumatologi hos sjuksköterskor och omvårdnadspersonal. Dokumentet förordar införandet av specialistutbildning i reumatologi för sjuksköterskor.

Vårdprogrammet är utformat för att sätta ”patienten i centrum” med följande förutsättningar:

- Att patient med misstänkt eller nydebuterad RA eller vid RA med ökad inflammatorisk aktivitet skall få bedömning hos reumatologspecialist inom en månad.
- Att behandlingsplan, inklusive farmakoterapi, utformas i samråd med reumatolog.
- Att effektutvärdering och biverkningskontroll skall definieras och vara organiserad.
- Att struktur för funktionsövervakning (reumateam) finns.
- Att samarbete med andra specialister, såsom hjärt-, lung-, njur-, ögon-, och hudläkare etableras.
- Att det finns ”öronmärkta” vårdplatser på varje specialistklinik med slutenvård.

- Att regelbundna reumakirurgikonferenser för patienter med behov av kirurgisk åtgärd äger rum.
- Att allmänläkare normalt är huvudansvarig för vård då patientens sjukdom befinner sig i ett lugnt skede utan behov av sjukdomsspecifika läkemedel såsom DMARD:s
- Att rehabiliteringsmål och rehabiliteringsalternativ formuleras i samråd med patienten vid tilltagande aktivitetsbegränsningar.
- Att en väl fungerande vårdkedja mellan specialist och primärvård finns.

Arbetsätt och förankring

Rapportansvarig och författare är Ingiäld Hafström, SPESAK i reumatologi.

Vårdprogrammet har varit på remiss hos professorn i reumatologi Lars Klareskog, verksamhetscheferna vid de två reumatologiska klinikerna Johan Bratt HS och Ralph Nisell KS, sektionschefen vid reumatologiska enheten DS Göran Lindahl, företrädaren för privatpraktiserande reumatologerna Jan Erik Efverström, företrädaren för allmänmedicin i gruppen för rörelseorganens sjukdomar Ulf Hallum samt sjukgymnasten, universitetslektorn Christina Stenström Institutionen för sjukgymnastik, Karolinska institutet.

Patientmedverkan

Ordföranden i Reumatikerdistriktet i Stockholms län, Margareta Bäckskog.

Kaj Lindvall
Projektledare
Medicinskt Program Arbete

Staffan Lindblad
Delprojektledare
Programområde Rörelseorganens sjukdomar

Innehåll

Om det medicinska programarbetet	2
Förord	3
Innehåll	5
1. Inledning	7
2. Kartläggning och analys	11
3. Strategier	19
4. Kvalitetsmått	27
5. Framtida medicinska och terapeutiska möjligheter.....	31
6. Konsekvenser	31
Bilaga 1 Kvalitetsindikatorer för Reumatologin 2004 i Stockholm	35

1. Inledning

Kort om reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) är en inflammatorisk ledsjukdom som medför ledsvullnad, smärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Inflammationen har benägenhet att förstöra omgivande brosk- och benvävnad, vilket i varierande grad och omfattning ger bestående funktionshinder och handikapp. Vidare förekommer engagemang utanför rörelseapparaten i form av inflammation i hjärt- och lungsäck, i blodkärl (vaskulit) och andra inre organ t ex njurar. I de flesta fall blir sjukdomen kronisk.

Inflammationen och dess konsekvenser påverkar helt naturligt den sjukes livssituation. Sjukskrivningstalen är höga, många förlorar arbetsförmågan redan efter kort tids sjukdom och frekvensen förtidspensionering är betydande. En ökad dödlighet bland individer med RA har påvisats och överdödligheten är i hög grad förorsakad av hjärtkärlsjukdom.

Nya läkemedel och mer intensiv behandling med de gamla läkemedlen har under de senaste åren medfört mycket förbättrade möjligheter att påverka sjukdomsförloppet i och med att inte bara inflammationsgraden påverkas utan även minskad broskförstörelse kan påvisas.

Att leva med reumatoid artrit

När man drabbas av reumatoid artrit innebär det att man många gånger måste leva ett annorlunda liv jämfört med tidigare. De dagliga besvären präglas av akuta och kroniska smärtor, uttalad trötthet och rörelseinskränkningar. Vilket symptom som är det mest dominerade varierar från individ till individ och under sjukdomens förlopp. Personlig vård, förflyttningar och hushållsarbete är exempel på dagliga aktiviteter som försvåras. Många tvingas överge fritidsaktiviteter och kan inte fritt röra sig i samhället. Det tar tid att växa in i den nya roll som den reumatiska sjukdomen innebär. Relationerna till arbete, familj och vänner påverkas och bearbetning av den nya situationen är nödvändig. För att kunna bemästra situationen är det en stor fördel om man lär sig mycket om sin sjukdom.

En viktig kunskap är att även kunna finna egna metoder för smärtlindring, t e x värme- och kylbehandling, avlastning och ledskydd, avvägning vila och aktivitet. Vid uttalad trötthet kan man själv försöka förstå varför man är trött, t.ex. brist på fysisk aktivitet, dålig kondition, sömnsvårigheter pga. smärtor, oro eller stress. Om man vet orsaken till tröttheten kan man ofta själv lindra denna något. Även egen prioritering av vad som är viktigt att utföra bör ske. Genom att bearbeta sin situation och reflektera över livsvärden så behöver inte livskvaliteten inte försämrans.

RA- händer



Vid debuten och senare vid ineffektiv behandling

Mål med behandlingen

Patientperspektivet

- Att lindra smärta och trötthet samt minska funktionshinder
- Att bibehålla eller förbättra livskvalitet och överlevnad
- Att kunna behålla arbete eller kunna återgå till arbetslivet
- Att kunna klara dagliga aktiviteter inom personlig vård, boende och fritid.

Medicinska perspektivet

- Att bringa den inflammatoriska processen under effektiv och varaktig kontroll
- Att eliminera eller begränsa inflammationens konsekvenser
- Att förhindra leddestruktion
- Att förhindra utveckling av extraartikulärt sjukdomsengagemang
- Att förhindra nedsatt fysisk kapacitet
- Att underlätta vardagliga aktiviteter

Samhällsperspektivet

- Att minska mängd och svårighetsgrad av funktionshinder i befolkningen
- Att minska kostnader i sjukförsäkring och socialförsäkring
- Att bedriva en kostnadseffektiv vård

2. Kartläggning och analys

Hur många omfattas

RA förekommer hos 0,5-1 % av befolkningen, vilket innebär att mellan 9 000-18 000 individer i Stockholms läns landsting har RA. Incidensen är 25-30/100 000/år dvs. mellan 450 och 540 individer i Stockholm nyinsjuknar varje år. Insjuknandet kan ske i vilken ålder som helst, men är vanligast i åldrarna mellan 45 och 65 år, och är vanligare hos kvinnor än hos män.

Vårdkedjan

Vården av patienter med reumatoid artrit baseras på ett interaktivt samarbete mellan i första hand reumatologisk specialistsjukvård och primärvård. De patienter som kräver specifik behandling kontrolleras kontinuerligt på specialistenheten medan andra patienter kan pendla fram och tillbaka mellan specialistenhet och primärvård allt eftersom sjukdomen varierar i svårighetsgrad. För dessa senare patienter ställs därför stora krav på väl fungerande samarbete mellan specialist och husläkare för att förhindra avbrott i omhändertagandet. Specialistvård respektive primärvård innefattar inte bara läkarvård utan även tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut, omhändertagande på respektive nivå samt väl inarbetade samarbeten med reumakirurger, såväl ortopedier som handkirurger.

Vad kostar det

2003 gjordes en utredning avseende kostnader för reumatiska sjukdomar i Sverige avseende 2001 (Andrea Schmidt, Magnus Husberg, Lars Bernfort: Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar. CMT Rapport 2003:5. Hälsouniversitetet Linköpings universitet). Dessa kostnader har brutits ner till SLL i relation till invånarantal. Man finner då att totala kostnaden för patienter i SLL med inflammatoriska ledsjukdomar (varav RA till antalet uppgår till drygt hälften) uppgick till drygt 1,7 miljard kronor. 305 miljoner (18%) var direkta kostnader (sjukvård och läkemedel) medan 1,4 miljarder avsåg indirekta kostnader (82% produktionsbortfall p g a sjukskrivningar och förtidspensioner). Av de 82 % direkta kostnaderna svarade läkemedel endast för 69 miljoner (knappt 23% av de direkta kostnaderna). De reumatiska sjukdomarna har genom den höga procentuella indirekta kostnaden betraktats som socialförsäkringssjukdo-

mar eftersom socialförsäkringarna täcker den största delen av kostnaderna. Höga indirekta kostnader uppstår när det inte är möjligt att tillräckligt effektivt behandla sjukdomar. För patienter med reumatoid artrit kommer denna fördelning att kunna ändras genom behandling med nya effektiva läkemedel.

Vad leder utebliven eller dålig vård till

Utebliven eller dålig vård leder till onödig smärta och funktionshinder med sämre livskvalitet. Därutöver medför den ökade kostnader i socialförsäkringssystem genom långa sjukskrivningar och sjukpension. Kommunerna får ökade kostnader för färdtjänst och hemtjänst.

Dagslägebeskrivning - utbud, behov, efterfrågan

Utbud

I Stockholm har under 2003 funnits två självständiga reumatologkliniker, en vid Huddinge Universitetssjukhus med filial på Södersjukhuset och en vid Karolinska sjukhuset. Båda klinikerna har såväl slutenvård som dagvård och öppenvårdsmottagningar och ett nära samarbete avseende läkemedelsuppföljning och vårdprogram för den högspecialicerade vården. Därutöver finns en reumatologisk sektion under ortopedkliniken på Danderyd sjukhus med dagvård och öppenvårdsmottagning. Dessutom finns 9 privatpraktiserande reumatologer. De sjukhusanslutna enheterna har nära samarbete såväl med privatpraktikerna som med primärvården. T ex finns en väl utvecklad konsultverksamhet på flertalet vårdcentraler/husläkarmottagningar i Stockholm.

Akutsjukhusens slutenvård

För att fånga upp flertalet slutenvårdtillfällen (slv) har diagnoskoderna för såväl RA (M05 och M06) som för ospecifik ledinflammation, polyartrit, (M13) inkluderats.

Det totala antalet vårdtillfällen år 2000 vid sjukhusen i Stockholm uppgick till 900 stycken, varav de flesta ägt rum på HS och KS där de reumatologiska klinikerna finns. Vid övriga sjukhus med förhållandevis många vårdtillfällen visar sig dessa vara förlagda till ortoped- och handkirurgkliniker alltså i flertalet fall för operativa åtgärder av RA-sjukdomen.

Vårdtillfällena vid övriga medicinska kliniker har haft betydligt kortare medelvardtid än vid de reumatologiska klinikerna vilket avspeglar annat vårdinnehåll och komplexitet av sjukdomarna.

Vid de reumatologiska klinikerna har dock vårdtillfällena över tid minskat för de aktuella diagnoserna. Detta är särskilt märkbart för KS-kliniken som de senaste två åren haft kraftig platsreduktion pga. ombyggnad.

Nerdragningen av vårdplatser på KS reumatologiska klinik är sannolikt bidragande orsak till den ojämnhet som år 2000 förelåg mellan antal vårdtillfällen/invånare mellan de norra och södra sjukvårdsområdena med färre SLV-tillfällen för länets norra invånare än för de södra.

Den reumatologiska specialistsjukvården är av akut eller subakut karaktär. Det betyder att patienter i behov av sådan vård (prioriteringsgrupp 1) inte kan sättas upp på längre väntelistor. Vid genomgång av intagningarna på HS kliniken, år 2000, uppgick således medianväntetiden till inläggning till 3 dagar och ingen patient väntade mer än 14 dagar.

Indikationerna för slutenvård är framför allt följande:

- Initial bedömning och behandling av patienter vars sjukdom visar tecken på dålig prognos i form av utbredd artrit, hög sjukdomsaktivitet och stort funktionshinder.
- Skov av aktiv sjukdom med engagemang av vitala organ som hjärta, lungor eller njurar samt vid terapist resistant RA, där patienten behöver ställningstagande till och insättande av komplicerad och potentiellt biverkningsbelastad terapi. För denna vård behövs ett multidisciplinärt nätverk med andra organspecialister såsom kardiologer, lung- och njurmedicinare samt infektionsspecialister.
- Utredning och behandling av vissa behandlingskomplikationer, t.ex. påverkan på blodbildande organ.
- Särskilda former av diagnostik (involverande biopsier och andra ingrepp) eller diagnostik som annars skulle kräva upprepade mottagningsbesök för svårt rörelsehindrade patienter.
- Vissa rehabiliteringsåtgärder framförallt för patienter med uttalade aktivitetsbegränsningar.
- Många typer av reumakirurgi.

Dagvård

Tyvärr går det inte att redogöra för dagvårdsproduktionen pga. komplext registreringsystem. För sammanhängande vårddagar registreras dessa med dagvårds-DRG, medan vårddagar som inte är konsekutiva registreras enligt Köks (Klassifikation av Öppen vård vid Kirurgiska Specialiteter) och därmed som vanliga öppenvårdsbesök.

Indikation för dagvård:

- Bedömning och behandling av patienter med aktiv RA, speciellt vid sjukdomsdebuten.
- Ställningstagande till terapiändringar och vid behov av funktionsbedömning, ofta i team.
- Rehabiliterande åtgärder.
- Infusionsbehandling, t.ex. med cellgifter och biologiska läkemedel.

Öppenvård

Antalet besök vid sjukhusmottagningarna för diagnoserna RA och polyartrit uppgick år 2000 till 39 000 varav 34 000 utfördes vid de reumatologiska specialistmottagningarna. De övriga utfördes framför allt vid ortopedmottagningar samt vid arbetsterapienheter och sjukgymnastikenheter.

Tyvärr finns inget krav på att de privata reumatologspecialisterna ska diagnosrapportera, men enligt kvalitetsundersökning som genomförs årligen beräknas antalet besök av patienter med RA och polyartrit uppgå till 10 800/år hos dessa.

Inte heller primärvården har krav på att diagnosrapportera sina besök. Ovannämnda avsaknad av diagnosrapportering gör att det inte går att beräkna ev. ojämheter mellan sjukvårdsområdena.

Reumatologisk specialistöppenvård behövs för:

- Utredning av misstänkt RA
- Patienter med inflammatoriskt aktiv RA-sjukdom vilka behöver täta kontakter med reumatologisk specialistenhet för inflammationsbehandling, effekt- och biverkningskontroll av givna läkemedel, lokala kortisoninjektioner, och funktionsövervakning, ofta i team, för att initiera rehabiliterande insatser.

- Patienter som befinner sig i ett inflammatoriskt inaktivt tillstånd under behandling med specifika läkemedel mot artritsjukdomen för regelbunden omprövning av behandling med tanke på den snabba tillkomsten av nya behandlingsalternativ, för att tillgodose säkerhetsbedömning vad gäller de relativt frekvent förekommande biverkningarna av de specifika läkemedlen,
- Båda patientgrupperna ovan för att medge inklusion i existerande nationella och regionala strukturerade uppföljningssystem för RA.
- Teambedömningar reumatolog/ortoped och reumatolog/handkirurg.

För att optimera vårdkedjan mellan slutenvård, dagvård och öppen specialistsjukvård bör huvuddelen av den öppna specialistsjukvården, liksom idag, vara förlagd till sjukhusens reumatologiska specialisterheter.

Kontroll i primärvård:

Övriga kontakter med sjukvården bör för ovanstående patienter ombesörjas av patientens allmänläkare.

Rehabilitering, slutenvård

Det finns ingen enhet i Stockholm idag för rehabilitering i slutenvård. Extern rehabilitering förekommer dels på Spenshults reumatikersjukhus dels i klimatvård.

Spenshult:

Under år 2000 vårdades 25 patienter med RA från Stockholm under totalt 625 vårddagar till en kostnad för SLL med 2,8 mkr. Därutöver vårdades lika många med andra inflammatoriska ledsjukdomar.

Klimatvård

Under år 2000 fick 95 patienter (2660 vårddagar) med RA klimatvård av totalt 196 med inflammatoriska ledsjukdomar.

Rehabilitering öppen vård

Denna bedrivs dels vid enheterna för sjukgymnastik och arbetsterapi vid sjukhusen dels i offentlig och privat regi utanför sjukhusen. Regelrätt teamverksamhet finns med några få undantag bara vid sjukhusenheterna. Storleken av dessa verksamheter avseende patienter med RA är okänd.

Ortopedkirurgisk verksamhet

Regelbundna reumatolog-ortopedkonferenser finns vid de tre reumatologiska specialistenheterna för bedömning av operativ indikation hos RA-patienterna. Sådan verksamhet saknas hos de privata vårdgivarna som istället remitterar till privatpraktiserande ortopedier.

Flertalet patienter med större eller komplicerade ingrepp opereras vid de ortopedkliniker som finns på samma sjukhus som reumatologverksamheterna. Mer rutinartade operationer utförs ibland vid andra enheter p g a. vårdgarantin.

Handkirurgisk verksamhet

Vid de tre reumatologienheterna bedrivs även regelbunden reumatolog-handkirurgkonferens. De privatpraktiserande reumatologerna har kontakt med privatpraktiserande handkirurger, men ingen formell konferensverksamhet. Flertalet patienter opereras vid Handkirurgiska kliniken på Södersjukhuset.

Behov - efterfrågan - utbud, diskrepans

Behovet av reumatologisk specialistsjukvård har ökat markant under senaste året genom tillkomst av nya läkemedel samt införande av nya behandlingsstrategier. Allt fler av RA-patienterna är nu behandlingsbara och därmed aktuella för specialistvård och de efterfrågar även sådan vård. Detta har medfört ökade beställningar av specialistvård såväl 2001 som 2002 framför allt i *öppenvård vid specialistenheterna*, varför produktionssiffrorna ovan som gäller år 2000 redan är inaktuella. Ytterligare ökning är att vänta under närmaste åren. Den expanderande specialistvården bör under denna snabba utveckling vara väl samlad till framförallt specialistklinikerna, avseende såväl öppen som sluten vård, för att möjliggöra snabb och välkontrollerad introduktion av dyra läkemedel med potentiellt allvarliga biverkningar.

Beträffande slutenvården har det under senaste åren varit en påtaglig diskrepans mellan utbud och behov av *slutenvårdsplatser på KS*, vilket också medfört ojämlikhet i vårdutbudet mellan norra och södra länets innevånare (se ovan).

Vidare saknas enhet för *reumatologisk slutenvårdsrehabilitering* helt i Stockholm, vilket medför en eftersatt rehabilitering, eftersom inte alla patienter lämpar sig för rehabilitering som inte är förlagd till Stockholm. Även *den polikliniska rehabiliteringen* för patienter med RA är eftersatt framför

allt vid specialistenheterna där enheterna för sjukgymnastik och arbetsterapi samt kuratorsavdelningarna inte är dimensionerade för att klara av den teamverksamhet och rehabilitering som de svårast sjuka vid specialistenheten kräver. Flertalet privata reumatologspecialister saknar teamverksamhet utan arbetar i stället i nätverk med paramedicinare i närhet av patientens bostad eller arbetsplats där emellertid brist på kuratorsfunktion gör att patienternas efterfrågan på sådan kompetens ej kan tillgodoses.

3. Strategier

Folkhälsoinsatser

Orsaken till RA är okänd, men sannolikt kan vissa yttre faktorer utlösa sjukdomen hos individer som har en genetiskt ökad risk att få sjukdomen. En välkänd sådan faktor är rökning. Således har rökare en ökad risk att få RA och dessutom får de en svårare sjukdom. Genom att minska rökningen i befolkningen skulle således antalet patienter som får RA sjukdomen kunna minska. Forskning pågår för att försöka hitta även andra faktorer som kan utlösa sjukdomen. Först när ytterligare sådana har identifierats kan arbete påbörjas för att minska risken för insjuknande.

Hälso- och sjukvårdens insatser

Följande vårdprogram/riktlinjer skall följas:

- Socialstyrelsens remissupplaga av nationella riktlinjer för reumatoid artrit.
- Läke-medelsverkets publikation: "Treatment of Rheumatoid Arthritis", 1999, med komplettering 2001.
- Svensk Reumatologisk Förenings koncensusdokument från januari 2000 beträffande behandling av reumatoid artrit.
- Lokala samarbetsöverenskommelser och vårdnivåöverenskommelser mellan de reumatologiska specialistklinikerna och sjukvårdsområdena i SLL.
- Lokalt vårdprogram i VISS
- SBU:rapport nr 136/1, 1997: Reumatiska sjukdomar - kirurgisk behandling

Dessa vårdprogram redogör väl för hur patienter med RA skall diagnostiseras, behandlas, rehabiliteras samt i övrigt tas om hand. Pga. den snabba utvecklingen inom ämnesområdet kommer de emellertid att bli föremål för täta revisioner. Enligt vårdprogrammen/riktlinjerna:

- skall patient med misstänkt RA samt patient med nydebuterad RA få möjlighet till bedömning av reumatolog inom högst en månad efter att diagnosmisstanken väckts för ställningstagande till diagnos

och behandling. Detta gäller även patienter med känd RA i samband med ökad inflammatorisk aktivitet samt behov av bedömning av reumateam.

- bör en reumatolog ha huvudansvar för att behandlingsplan, inkluderande farmakoterapi, utformas och för att patienten får tillgång till adekvat bedömning och behandling av reumateam och reumakirurg.
- skall i samtliga fall där patienten behandlas med specifika sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARD:s) eller annan potentiellt toxisk terapi ansvaret för effektutvärdering och biverkningskontroll vara klart definierat och organiserat så att lokal, regional och nationell uppföljning av behandlingsresultat och biverkningsmönster möjliggörs.
- skall vid specialiserade reumatologmottagningar och vid mottagningar inom primärvården med ansvar för patienter med RA finnas en struktur för funktionsövervakning. Denna kräver en formaliserad teamverksamhet, med deltagande av sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och kurator med reumatologiskt kunnande.
- är samarbete med andra specialister, såsom hjärt-, lung-, njur- ögon- och hudläkare av stor vikt för patienter med extraartikulärt engagemang eller komplikationer från inre organ.
- bör de flesta patienter med RA ha möjlighet till kontakt med både reumatolog och allmänläkare, vilket innebär att tyngdpunkten vad gäller ansvaret för den enskilde patienten måste variera beroende av karaktären av patientens sjukdom.
- bör för patienter med RA som befinner sig i ett lugnt skede av sjukdom utan behov av behandling med sjukdomsspecifika läkemedel s.k. DMARD:s allmänläkaren normalt vara huvudansvarig.
- skall varje specialistklinik med slutenvårdsplatser ha tillgång till öronmärkta vårdplatser kring vilka en god kompetens inom reumatologin byggts upp hos sjuksköterskor, undersköterskor och annan vårdpersonal.
- skall specialistklinik med slutenvårdsplatser eller dagvårdsplatser även ha ett väl fungerande samarbete med andra organspecialister såsom hjärtläkare, njurmedicin, lungmedicin, hudläkare, ögon och infektion.
- bör regelbundna reumakirurgkonferenser för patienter i behov av kirurgisk åtgärd äga rum där reumakirurgen (ortoped eller handkirurg) undersöker och bedömer patienten tillsammans med reumatolog och arbetsterapeut/sjukgymnast.

- skall vid tilltagande aktivitetsbegränsningar rehabiliteringsmål formuleras och rehabiliteringsalternativ bestämmas i samråd med patienten.
- skall en väl fungerande vårdkedja mellan specialist och primärvård finnas.

Diagnostik och prognosbedömning

Idag baseras diagnosen RA på anamnes, klinisk undersökning inklusive fullständigt ledstatus och laboratorie- och röntgenfynd. Vid längre tids sjukdom är diagnosen lätt att säkerställa men tidig diagnostik kan vara svår. Varje patient med artrit där RA misstänks bör därför remitteras för bedömning av reumatolog inom en månad för att möjliggöra snabb och säker diagnos och tidig behandling.

Patienter med nydebuterad RA skall karaktäriseras avseende sjukdomens svårighetsgrad, baserad på förekommande fynd av prognostisk betydelse. Denna karaktärisering innefattar värdering av grad av inflammation, sjukdomens utbredning, förekomst av typiska röntgenförändringar, förekomst av reumatoid faktor samt påvisande av eventuella extraartikulära manifestationer. Underlag för att värdera den prognostiska nyttan av andra variabler som exempelvis vävnadstyper eller broskmarkörer saknas ännu men kommer sannolikt inom några år.

Behandling

För att optimalt kunna utnyttja tillgängliga behandlingsalternativ krävs en allsidig analys av patientens medicinska, funktionella och psykosociala situation. För denna analys krävs ofta medverkan av personer från flera yrkeskategorier varför man inom reumatologin arbetar i team. Ett *reumateam* består vanligen av läkare (reumatolog, handkirurg och ortoped), arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast och sjuksköterska alla med specifik erfarenhet av reumatologi. Tanken med teamet bygger på att helheten är mer än summan av delarna och förutsätter inte bara att ett antal professioner är representerade utan även att samarbetsformerna är formaliserade. Teamets mål är gemensamt men de olika medlemmarna lägger tyngdpunkten i sina insatser på olika specialområden. Reumatologen arbetar således främst med att begränsa den inflammatoriska processen, reumakirurgen med rekonstruktion av leder, sjukgymnasten med att bibehålla ledrörlighet, muskelfunktion och kondition, arbetsterapeuten med att underlätta aktiviteterna i dagligt liv och kuratorn med att begränsa det personliga sociala handikapp som kan bli följderna av

RA. Sjuksköterskan svarar för specifika omvårdnadsinsatser och har oftast en samordnande roll.

Läkemedel

Även om orsaken till RA fortfarande är okänd har den ökade kunskapen om den reumatoida inflammationen medfört ökade möjligheter att påverka denna och därigenom minska dess skadeverkningar. Eftersom cirka 70 % av patienterna redan inom de första två till tre åren efter sjukdomens debut har röntgenologiskt påvisbara tecken på brosk och/eller bendestruktion och därutöver påtaglig aktivitetsbegränsning är det angeläget att starta behandling så tidigt som möjligt. Ytterligare motiv till detta är att inflammationsdämpande behandling tidigt under sjukdomsförloppet ger den bästa sjukdomskontrollen. Det är naturligtvis inte mindre viktigt att hos patienter som haft sin sjukdom under lång tid dämpa en uppblossande inflammation.

De läkemedel som förmår att minska inflammationen och på så sätt leda till en förändring av sjukdomsförloppet betecknas DMARD:s (efter engelskans "Disease modifying antirheumatic drug"). Det står i dag klart att DMARD:s, speciellt vid tidigt insatt behandling, förbättrar långtidsprognosen vad gäller grad av funktionshinder och sannolikt förbättras också överlevnaden.

Under de senaste åren har nya biologiska läkemedel blivit tillgängliga för behandling av RA. Dessa verkar genom att hämma de mest aktiva signalsubstanserna (cytokinerna) i leden vilka underhåller inflammationen. De två viktigaste är tumörnekrosfaktor-alfa TNF- α och interleukin-1 (IL-1). Upp till 70% av de patienter som behandlats med dessa nya läkemedel har markant förbättrats.

Genom de nya läkemedlen samt genom att de redan befintliga läkemedlen används allt tidigare och ofta i kombination med varandra har terapirekommendationerna för behandling av RA ändrats på ett dramatiskt sätt under de allra senaste åren på basen av en solid dokumentation. Detta i sin tur innebär att patienter med RA bör ha en långt bättre möjlighet att undvika långsiktiga funktionshinder förutsatt att de får tillgång till den nya behandlingen tidigt och enligt nuvarande riktlinjer.

Ytterligare nya läkemedel förväntas inom de närmaste åren varför nuvarande riktlinjer kontinuerligt kommer att vara föremål för revision under de kommande åren.

Val av läkemedel bör följa de rekommendationer som utgivits av Läkemedelsverket och Svensk Reumatologisk Förening.

För all behandling med DMARD:s måste en god dokumentation göras av effekter, bieffekter och komorbiditet. Vad gäller behandling med TNF-a blockad och andra nya läkemedel bör patienterna dessutom inkluderas i nyligen etablerade uppföljningssystem för dokumentation av effekter och bieffekter av dessa läkemedel.

De nya terapierna medför att allt fler patienter med RA behandlas med sjukdomsmodifierande preparat under lång tid, vars effekter bör kontrolleras av reumatologspecialist. Detta medför en förskjutning av dessa patienter från primärvårds- till specialistmottagning.

Reumakirurgi

När farmakologisk och ortopedteknisk behandling inte är tillräcklig erbjuder reumakirurgi i många fall snabb smärtlindring och minskat funktionshinder. Reumakirurgi har nyligen fått en utförlig belysning i en rapport från SBU.

Reumakirurger (reumatologiskt inriktade ortopeder och handkirurger) förfogar över ett stort antal kirurgiska behandlingsmöjligheter, som har stor, ibland avgörande betydelse för att uppnå adekvat smärtlindring och funktionsförbättring, såsom artroplastik, artrodes och nervdekompression.

Varje reumatologspecialistenhet skall ha ett väl strukturerat samarbete med reumakirurg helst med regelbundna reumakirurgkonferenser där reumakirurgen undersöker och bedömer patienten tillsammans med reumatolog och arbetsterapeut/sjukgymnast

När ett reumakirurgiskt ingrepp har beslutats skall det för att få önskad effekt utföras så snart som möjligt. Inför operationen skall ställning tas till ev. ändring av läkemedelsbehandlingen, eftersom flera läkemedel kan påverka blödningsbenägenhet, infektionsrisk och sårhäkning.

Röntgen av halsrygg skall utföras före ingrepp som kan medföra narkos för bedömning av ev. instabilitet i halskotpelaren.

Pre- och postoperativ information och träning av arbetsterapeut och sjukgymnast är viktig för optimalt resultat av reumakirurgi.

Postoperativ rehabilitering är hos RA patienten ofta mer komplex än hos andra pga. multipelt ledengagemang. Rehabiliteringen bör för dessa patienter därför ske på rehabiliteringsenheter med kunskap om reumatiska sjukdomar.

Reumatologisk rehabilitering

Patient med RA måste följas kontinuerligt med hänsyn inte bara till inflammationsgrad utan även till destruktionsförlopp. Specifikt för den reumatologiska rehabiliteringen blir därför den hänsyn som måste tas till den föränderliga inflammatoriska processen och den ständigt pågående ben- och broskdestruktionen. Rehabilitering av patienter med RA kan därför inte frigöras från sjukdomsbehandlingen utan måste integreras med denna och på så sätt fortlöpande anpassas till den reumatiska sjukdomens medicinska tillstånd. Pga. sjukdomens svängningar sammanfaller emellertid inte alltid behovet av specialiserad rehabilitering med behovet av specialiserade medicinska insatser.

Det är av största vikt att identifiera rehabiliteringsmål och tillse att dessa blir uppnådda. För att nå dessa mål krävs som tidigare nämnts oftast ett reumatologiskt skolat team.

Rehabiliteringsmålen samt plan för hur dessa ska nås skall dokumenteras i en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen skall även innehålla tydliga tidsmätt och uppgift om vem som har ansvar för olika åtgärder. Rehabiliteringsplanen skall revideras v.b. Det är därför viktigt att huvudansvaret för den reumatologiska rehabiliteringen ligger på respektive reumatologienhet. Ofta behövs i rehabiliteringen reumakirurgiska insatser som för att bli optimala måste samplaneras med behandlingen i övrigt. I princip bör därför bedömning inför reumakirurgi endast ske vid enheter med fast reumatologmedverkan. Omvänt bör givetvis varje reumatologienhet samverka med en reumakirurgisk enhet.

Sekundärprevention

Patientundervisning/utbildning

En förutsättning för att patienten själv aktivt skall kunna delta i behandlingen av sin sjukdom är information om sjukdomen och dess konsekvenser. I detta sammanhang är det viktigt att betona att patienten själv är en resurs som besitter en speciell erfarenhet och kompetens som måste tillvaratas. Strukturerad utbildning av patientgrupper har visat sig kunna påverka kunskap och beteende (träning, användande av hjälpmedel) samt minska smärta och nedsämndhet.

Livsstilsfaktorer inklusive fysisk aktivitet

Man bör aktivt sträva efter att få rökande patienter att *sluta röka*. Rökning är en riskfaktor för uppkomst av RA och har dessutom visats vara förknippad med svårare former av RA.

P-piller och östrogenterapi är ej kontraindicerade hos kvinnor med RA.

Fysisk aktivitet bör rekommenderas för att belasta skelettet och motverka osteoporos, för att bibehålla normal kroppsvikt och skona lederna och för att motverka ytterligare riskfaktorer för hjärtkärlsjukdom. Hinder för fysisk aktivitet i form av smärta, stelhet och trötthet uppträder redan tidigt i sjukdomsförloppet vid RA. På sikt följer nedsättning av fysisk kapacitet såsom minskad ledrörlighet, reducerad muskelfunktion och försämrad kondition.

Den fysiska aktiviteten kan utföras som fysisk träning eller vara en del av arbete, fritid eller förflyttningar i det dagliga livet. Om det finns indikation på att patientens sammanlagda fysiska aktivitet understiger ett visst minimum under en längre tid, bör sjukgymnast kontaktas. Sjukgymnasten testar den fysiska kapaciteten, ger individuella råd om träning och utförande samt stöd för upprätthållande av den fysiska aktiviteten. Hos sjukgymnast finns också ofta möjlighet att delta i fysisk aktivitet i grupp. Avlastad träning, t ex i bassäng, är speciellt lämplig för patienter med hög sjukdomsaktivitet och uttalad belastningssmärta.

Odontologiska aspekter

Hos patienter med RA är salivproduktionen ofta nedsatt som uttryck för Sjögrens syndrom eller läkemedelsbiverkan. Försämrad salivproduktion medför ökad kariesrisk och infektionsbenägenhet i de torra slemhinnorna. Patienter med RA bör få råd om nödvändigheten av regelbundna kontroller hos tandläkare och tandhygienist samt om förekommande hjälpmedel. Patienter som till följd av kronisk sjukdom och funktionshinder har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov kan efter förhandsprövning erhålla förhöjd tandvårdersättning. Tandvård som led i sjukdomsbehandling betalas enligt hälsosjukvårdstaxan vid t.ex. käkledsaffektion eller sekundärt Sjögrens syndrom (SFS 1998 1338§ 3 med ändring 1999:1013).

Vid behandling av patienter med ledprotes bör behandlande tandläkare vara informerad om detta så att ev. erforderlig profylaktisk antibiotikabehandling inte försummas .

Handproblem

Handproblem är en vanlig orsak till begränsningar inom det dagliga livets aktiviteter.

Inflammation och destruktion i lederna i handen är vanliga hos patienter med RA. Patienter med RA bör tidigt informeras om vikten av preventiv ergonomi och rörelseträning. Avlastande ortoser har smärtlindrande effekt. Hjälpmedel kan förebygga, förbättra och kompensera för nedsatt eller förlorad funktion och förmågan att klara det dagliga livet.

Fotproblem

Fotproblem är en vanlig orsak till begränsning av den fysiska aktiviteten. Inflammation och destruktion i lederna i foten och fotleden är vanliga hos patienter med RA och medför inte bara försämrad gångförmåga utan även ökad risk för sårbildningar. Patienter med RA bör därför tidigt informeras om vikten av preventiv fotvård och om val av bra skor. Vidare bör patienterna ha tillgång till medicinsk fotvård och ortopedtekniska hjälpmedel. Avlastande inlägg och rullsulor har smärtlindrande effekt och kan vara avgörande för i vilken utsträckning patienten kan bibehålla fysisk aktivitet både tidigt och sent i sjukdomsförloppet. I vissa fall kan korrigerande åtgärder för att förhindra progress av felställningar eller förhindra smärtande rörelser uppnås med ortoser. Ställningstagande till behov av och uppföljning av ortopedtekniska åtgärder bör därför göras återkommande.

Omvårdnad

Omvårdnaden är särskilt viktig i vården av kroniskt sjuka. Den omfattar en helhetssyn som ser till patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella symtom. I såväl den öppna som slutna vården är information, rådgivning och vägledning väsentliga delar. Andra viktiga delar är samordning och planering av diagnostiska och terapeutiska åtgärder. Specifika omvårdnadsområden inkluderar smärta, trötthet, nutrition, sårvård och följsamhet till ordinationer. Oberoende av vårdnivå är det väsentligt att omvårdnadsansvaret för att enskilda patienten är definierat.

4. Kvalitetsmått

Kvalitetsindikatorer i Regionalt vårdprogram för patienter med reumatoid artrit

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen är målet för hälso- och sjukvården en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Hälso- och sjukvården skall bedrivas så att den uppfyller krav på hög kvalitet och tillgodoser patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. I kvalitetstermer innebär god vård att den utmärks av att vara *kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik* och att den ges *i rättan tid*.

Den goda hälsan vid reumatoid artrit som kan uppnås med vård på lika villkor beskrivs utifrån patientperspektivet, det medicinska perspektivet samt samhällsperspektivet initialt i vårdprogrammet. För att spegla i vad mån vården av patienter med reumatoid artrit möter den uppsatta målsättningen är det av stor vikt att kvalitetsindikatorer används som på olika sätt speglar målen.

Nedan beskrivs dels ett antal strukturella mått som på olika sätt speglar förutsättningar för att bedriva och ge den goda reumatoid artritvården. Vidare föreslås ett antal processindikatorer som speglar huruvida de åtgärder som görs utförs med hög kvalitet. Slutligen ges förslag på resultatindikatorer, d v s indikatorer som avser att beskriva vilken effekt vårdens insatser har haft på patienternas hälsa.

Strukturkvalitet

- ansvarig läkare är specialistkompetent reumatolog.
- antal reumatologer/invånare i ansvarsområdet, bör vara 5/200.000.
- sjuksköterskor med särskild erfarenhet av reumatologi.
- tillgång till reumateam.
- Arbetsterapeuter och sjukgymnaster med särskild erfarenhet av reumatologi.
- för klinik med vårdplatser: öronmärkta slutenvårds- och dagvårdsplatser med egen personal.

- för klinik med slutenvårdsplatser: tillgång till IVA-vård samt högspecialiserad vård inom andra organområden.

Process

- deltagande i nationella kvalitetsregistret för patient med nydebuterad RA, ”Svenskt RA- register”; med hjälp av detta register kan incidensutveckling, terapival, terapins effekter och bieffekter samt resultat vad gäller arbetsförmåga mm följas.
- deltagande i uppföljningssystemen för nya läkemedel, i samverkan mellan Svensk Reumatologisk Förening och Läkemedelsverket.
- diagnostik och behandling enligt vårdprogram.
- övervakning av blod- och urinprover i samband med DMARD- behandling i överensstämmelse med kommande nationella riktlinjer och SRFs rekommendationer.
- kontinuerlig fortbildning och kompetensutveckling för såväl reumatolog som sjukgymnaster, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och kuratorer.
- fungerande samarbete med ortoped och reumakirurg.
- rutiner för upprättande av rehabiliteringsplaner samt samarbete för genomförande av rehabilitering.
- fungerande samarbete med andra organspecialiteter, såsom njurmedicinare, kardiolog, hudläkare, lungläkare, infektionsläkare och ögonläkare.
- fungerande samarbete med primärvården.
- väntetid för patient med nydebuterad RA ej överstigande 4 veckor.
- väntetid för intraartikulära steroidinjektioner ej överstigande 1 vecka.
- undervisning/utbildning av patienterna, så kallad RA-skola.
- egen forskning/utvecklingsverksamhet.
- utbildning av blivande reumatologer, ST-utbildning.

Resultat

- andelen sjukskrivna.
- andelen patienter med smärt-VAS över t ex 40 mm.
- andel patienter med inflammationsindex, mätt med DAS28, över 3,2.
- andel patient med nedsatt funktion mätt med HAQ.

- patientupplevd kvalitet/bemötande- patient nöjdindex.

Ur ovan beskrivna kvalitetsmått har vi valt ut 2 stycken indikatorer.

- Omhändertagande av misstänkt/nydiagnostiserad RA.
- Behandling av RA med biologiska läkemedel (de presenteras närmare i bilaga 1).

5. Framtida medicinska och terapeutiska möjligheter

Den reumatologiska specialiteten genomgår för närvarande en kraftfull utveckling framför allt inom läkemedelsbehandlingen. Det anses internationellt att det är inom denna specialitet som utvecklingspotentialen är störst under de närmaste 10 åren. Framför allt är det de nya kunskaperna om hur immunsystemet regleras som möjliggjort och möjliggör utveckling av nya specifika terapier, för närvarande de biologiska läkemedlen. Dessa läkemedel, som kommer att efterfrågas av allt fler patienter, kostar ca 100.000/år/patient. Detta kommer att medföra kraftigt förhöjda läkemedelskostnader. Från att således ha utgjort endast en liten del av den totala samhällskostnaden kommer läkemedelskostnaden att utgöra en allt större kostnadsandel för patienter med inflammatorisk ledsjukdom. Samtidigt kommer kostnaderna inom specialistsjukvården att öka för att kunna styra denna behandling. På sikt kommer dessa ökade kostnader inom sjukvården att ge kostnadsbesparingar inom socialförsäkringssystemen genom minskade sjukskrivningar, sjukbidrag och förtidspensioner. För patienten innebär de nya terapierna mindre handikapp och förbättrad livskvalitet.

6. Konsekvenser

Organisatoriska

Huvuddelen av den reumatologiska specialistverksamheten bör således vara förlagd till de två reumatologiska klinikerna vid HS (med filial på SÖS) och KS som båda skall ha komplett verksamhet med mottagning, dagvård och slutenvård, inkluderande teamverksamhet och även ha väl utvecklat nätverk med övrig högspecialiserad verksamhet. Den högspecialiserade vården bör p.g.a. sin komplexitet och sitt kompetensbehov utföras vid endast två sjukhus. Dessa ska också ha huvudansvaret för utveckling och forskning liksom för specialistutbildning. Därutöver bör fortsatt reumatologisk specialistverksamhet och undervisning finnas vid DS med mottagning och dagvård, vilken med stöd av patienthotell har en unik möjlighet till utökad dagvårdsverksamhet.

Den privata specialistverksamheten är ett bra komplement till den sjukhusbaserade vården men bör fördelas jämnare i länet, med en förskjutning till södra delen av SLL. De privata aktörerna bör också ansluta sig till de nationella uppföljningssystemen avseende såväl sjukdomsförlopp som de nya läkemedlen. De bör även ansluta sig till diagnosrapporteringen i SLL för att kunna följa utvecklingen samt eventuella olikheter i vårdkonsumtion mellan länsdelarna.

Från vårdorganisatorisk synpunkt kan reumatologisk rehabilitering inte ansvarsmässigt skiljas från andra typer av reumatologisk vård, eftersom den patient som behöver rehabiliteringsåtgärder ofta samtidigt har behov av farmakoterapi med specialistpreparat. Det är därför viktigt att huvudansvaret för den reumatologiska rehabiliteringen åvilar reumatologspecialisterna. Ofta behövs i rehabiliteringen reumakirurgiska insatser som för att bli optimala måste samplaneras med behandlingen i övrigt. I princip bör därför reumakirurgi endast ske vid enheter med fast reumatologmedverkan. Omvänt bör givetvis varje reumatologienhet samverka med en reumakirurgisk enhet.

För att kunna uppfylla vårdprogrammet krävs:

- fokusering på den reumatologiska öppenvården, inklusive dagvården.
- att RA patienterna sköts av reumatologspecialist och husläkaren i samverkan och av den som med hänsyn till patientens tillstånd är den mest lämpade.
- koncentrerad reumatologisk specialistsjukvård för att möjliggöra snabb implementering av nya rön på ett kontrollerat sätt, detta inte minst pga. de nya läkemedlens höga kostnader och således ingen ytterligare splittring för att inte få för små volymer.
- tillräcklig sjukhusbaserad andel av öppenvården för att bibehålla vård-sambandet med slutenvård och dagvård samt för att ha tillräcklig volym för att driva utvecklingen inom området inklusive specialistutbildningen.
- självständiga specialistenheter med reumatologiskt specialistutbildad vårpersonal.
- utökad utbildning av ST-läkare.
- införande av formaliserad specialistutbildning i reumatologi för arbetsterapeuter och sjuksköterskor.
- fortsatt koppling undervisning, utbildning och forskning vid specialistenheterna således bibehållande specialistenheternas placering vid universitetssjukhusen för att möjliggöra KI-uppdraget.

- inrättande av en reumatologisk rehabiliteringsenhet med slutenvårdsplatser i Stockholm.

Ekonomiska

Tillkomst av nya läkemedel samt utökad specialistsjukvård som kommer att efterfrågas av allt fler patienter kommer att medföra kraftig förhöjda kostnader. Från att ha utgjort endast en liten del av den totala samhällskostnaden kommer läkemedelskostnaden att utgöra en allt större kostnadsandel för patienter med inflammatorisk ledsjukdom. Samtidigt kommer kostnaderna inom specialistsjukvården att öka för att kunna styra denna behandling. På sikt kommer dessa ökade kostnader inom sjukvården att ge kostnadsbesparingar inom socialförsäkringssystemen genom minskade sjukskrivningar, sjukbidrag och förtidspensioner.

Underlag

- Socialstyrelsens remissförslag till nationella riktlinjer för reumatoid artrit.
- Läkemedelsverkets publikation: "Treatment of Rheumatoid Arthritis", 1999, med komplettering 2001.
- Svensk Reumatologisk Förenings koncensusdokument från januari 2000 beträffande behandling av reumatoid artrit.
- Lokala samarbetsöverenskommelser och vårdnivåöverenskommelser mellan de reumatologiska specialistklinikerna och sjukvårdsområdena i SLL.
- Lokalt vårdprogram i VISS, 2001.
- SBU:rapport nr 136/1, 1997: Reumatiska sjukdomar- kirurgisk behandling.

Vårdproduktionsdata för år 2000 från HSN med hjälp av Arne Nilsson.

Bilaga 1

Kvalitetsindikatorer för Reumatologin 2004 i Stockholm

Föreslagna av SPESAK Ingiäld Hafström i samråd med enhetsföreträdarna.

Indikator: Omhändertagande av misstänkt/nydiagnostiserad RA

Strukturmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Dataälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Enheten har rutin för omhändertagande av misstänkt / nydiagnostiserad RA	Kunskapsbase- rad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Bedömning av reumatolog snarast efter diagnos- misstanke	Verksamhetsplanens beskrivning av hur detta organiseras, och vilka patienter som ska erbjudas denna vård	Verksamhetsplan	Ofullständig verksamhetsplan	Ja / nej Verksamhetsplan	Ja	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Regionalt vårdprogram – Reumatoid artrit

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Väntetid till specialist för patienter med misstänkt eller nydebuterad reumatoid artrit	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Väntetid från ankomstdatum på remissen till nybesöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar i lokalt register	Lokala register	Underrapportering	Median och maximal tid/kvartal i tidsdiagram	75% <4 veckor 0% >8 veckor	
Sjukdomsduration för patient med nydiagnostiserad reumatoid artrit	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Sjukdomsduration, dvs antal månader mellan debut av de första karakteristiska RA-symtomen och första besöket på mottagningen, hos alla patienter med nydiagnostiserad RA	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Andel <3 månader i % och <6 månader i % / kvartal i tidsdiagram	20% < 3mån 80% <6 mån	
Andel patienter med nydiagnostiserad RA som behandlas med DMARD	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Patienter som behandlas med DMARD vid 3-månaderskontrollen/ antal patienter med RA vid denna kontroll	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Andel i % / kvartal i tidsdiagram	80%	

Regionalt vårdprogram – Reumatoid artrit

Resultatmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Sjukdomsaktivitet 6 och 12 månader efter första besöket hos specialist	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Disease Activity Score (DAS 28) vid 6 och 12 månader efter första besöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Median och andel patienter i olika aktivitetsnivåer / kvartal i tidsdiagram		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
ADL-funktion 6 och 12 månader efter första besöket hos specialist	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	HAQ vid 6 och 12 månader efter första besöket	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Median / kvartal i tidsdiagram		

Indikator: Behandling av RA med biologiska läkemedel

Strukturmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Enheten kan ge behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Patienter ska kunna erbjudas biologiska läkemedel (s 6)	Verksamhetsplanens beskrivning av hur detta organiseras, och vilka patienter som ska erbjudas denna vård	Verksamhetsplan	Ofullständig verksamhetsplan	Ja / nej Verksamhetsplan	Ja	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Processmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Antal patienter behandlade med biologiskt läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Antal patienter med nyinsatt biologiskt läkemedel, och med pågående behandling	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Antal / månad i tidsdiagram i förhållande till enhetens totala RA population	—	Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare

Regionalt vårdprogram – Reumatoid artrit

Resultatmått	Kvalitetsområde	Definition	Mätmetod	Datakälla	Felkällor	Form för redovisning	Målnivå	(Intressenter)
Sjukdomsaktivitet efter 6 och 12 månaders behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	Disease Activity Score (DAS 28) vid 6 och 12 månader efter insättande	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Median och andel patienter i olika aktivitetsnivåer / kvartal i tidsdiagram		Patient Vårdpersonal Verksamhetschef Producenter Beställare
ADL-funktion efter 6 och 12 månaders behandling med biologiska läkemedel	Kunskapsbaserad Patientfokuserad Effektiv Vård i rimlig tid	HAQ vid 6 och 12 månader efter insättande	En ansvarig på varje mottagning rapporterar till RA-registret	RA-registret	Underrapportering	Median / kvartal i tidsdiagram		

Beställning

Kontorsservice

Tel: 08-737 49 57; Fax: 08-737 49 59

E-post: kontorsservice@bkv.sll.se

Postadress: Box 6401, 113 82 Stockholm

Besöksadress: Olivecronas väg 7, bv; Sabbatsbergs sjukhus

Rapporter från Medicinskt Program Arbete är publicerade på:
www.hsn.sll.se/mpa



Stockholms läns landsting

Beställarkontor vård

Box 6909, 102 39 Stockholm

Telefon 08-737 30 00. Fax 08-737 48 00