Region Stockholm

23

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Reumatoid artrit - etablerad

VKN 2021-0134

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Kunskapsstyrning och -stöd
Ameli Norling

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-05-27

VKN 2021-0134

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Reumatoid artrit - etablerad

Ärendebeskrivning

Ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för reumatoid artit (RA) togs fram 2020 vid av nationellt programområde reumatiska sjukdomar som behandlar perioden från välgrundad misstanke till ett år efter diagnos. Arbetet har fortsatt med ett uppföljande vårdförlopp som inleds då en person har haft diagnosen RA minst ett år och avslutas när patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård. Arbetet har skett inom ramen för regionernas nationella system för kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård. För att kvalitetssäkra riktlinjen genomförs nu en öppen remiss. Detta ärende utgör regionens remissvar till nationellt programområde för ögonsjukdomar.

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Remissversion Personcentrerat och svf Reumatoid artrit – etablerad
Remissversion Konsekvensbeskrivningar för Personcentrerat och svf Reumatoid artrit - etablerad

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande som nämndens yttrande och överlämnar det till nationellt programområde för reumatiska sjukdomar.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna

vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

RA är en kronisk inflammatorisk sjukdom som i första hand drabbar leder. Sjukdomen förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen och är vanligare bland kvinnor än män. Symtomen är i första hand svullna, ömma och stela leder samt uttalad trötthet. Obehandlad RA orsakar ofta skador på leder vilket kan ge grava funktionsnedsättningar. En tidig diagnostik samt effektiv och kontinuerlig behandling med tät monitorering och individuellt utformad rehabilitering är avgörande för att minska risken komplikationer.

Överväganden
En genomgång har gjorts av underlagen med stöd av den regionala sakkunnigstrukturen avseende medicinskt innehåll och konsekvensbeskrivning. Den övergripande och generella bedömningen är att konsekvensbeskrivningen är underbyggd med hälsoekonomiska analyser men kommer sannolikt leda till ökade kostnader och riskerar undanträngningseffekter inom vårdområdet. Konsekvensbeskrivningen slutgiltiga slutsatsen om att vårdförloppet är kostnadseffektivt är något otydlig och verkar även väga in samhällseffekter. Hälsoekonomisk analys har gjorts genom en sammanställning av hälsoekonomiska studier av interventioner riktade till patienter med RA med fokus på icke-farmakologiska interventioner. En strategi om att behandla sjukdomen med ett tydligt behandlingsmål och aktiv handläggning vid framgång eller terapisvikt (Treat-to-target) har generellt visat sig vara kostnadseffektiv med vissa undantag. Även guidad träning i kombination med hemövningsprogram har visat sig vara kostnadseffektivt. Det nämns i konsekvensbeskrivningen att direkta och indirekta kostnader sannolikt kommer minska över tid, detta utan att specificera några siffror. Detta gör att de ekonomiska effekterna av vårdförloppet är svåra att bedöma. Vårdförloppet kommer sannolikt innebära ett behov av ökade resurser och kompetensförsörjning.

Vårdprogrammet uppger i text att det ligger i linje med prioriteringsprinciperna. Det kan tydliggöras på vilket sätt de gör det och det bakomliggande resonemanget. Detta då vårdprogrammet riskerar skapa undanträngningseffekter och svårighetsgraden för RA behöver då vägas in i prioritering jämfört andra terapiområden. Förutom en utökning av besök, exempelvis för lågaktiv sjukdom, och läkemedelsbehandling inom

specialiserad vård behöver regionen vid ett införande utöka utbildningsinsatser inom primärvårdsrehablitering. Även tillgången till teamrehabilitering behöver utökas vid ett införande.
Regionen noterar att behovet av och metoder för kirurgi vid reumatism inte ingår i vårdförloppet.

Ekonomiska konsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade ekonomiska konsekvenser. Ett införande av vårdförloppet innebär sannolikt ökade kostnader och riskerar undanträngningseffekter.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för patientsäkerheten.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för jämlik och jämställd vård. Den föreslagna nationella riktlinjen förväntas ha positiva effekter för jämlik och jämställd vård genom att utgöra ett likriktande underlag för handläggning av patientgruppen.

Miljökonsekvenser
Förslaget till beslut att lämna remissvar förväntas ha oförändrade konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Förslaget till beslut förväntas ha oförändrade effekter för administration hos vårdgivarna. Om automatisering av data till kvalitetsregister inte skapas kommer införande av vårdförloppet leda till ökade administrativa kostnader för vårdgivarna.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Nationellt programområde för reumatiska sjukdomar

Godkänd av Magnus Thyberg, 2021-05-27

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Reumatoid artrit - etablerad

Vårdförloppet inleds då en person har haft diagnosen reumatoid artrit minst ett år och avslutas när patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stöds av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med vårdförloppen är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling. Vårdförloppen ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, utredning, behandling, uppföljning och rehabilitering. För några av de första vårdförloppen görs avgränsningar i hur stor del av vårdkedjan de omfattar. Ytterligare delar av vårdkedjan bearbetas och presenteras då framöver.

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
Mars 2021	Godkänt för att skicka på öppen remiss av Nationellt programområde reumatiska sjukdomar

Förkortningar

ATC	Anatomical, Therapeutic, Chemical classification
CDAI	Clinical Disease Activity Index
COPM	Canadian Occupational Performance Measure
DAS	Disease Activity Score
DASH	Disability of the Arm Shoulder and Hand
DMARD	Disease modifying anti-rheumatic drugs
EPM-ROM	Escola Paulista de Medicina range of motion
EULAR	European alliance of associations for rheumatology
FaR	Fysisk aktivitet på recept
HAQ	Health assessment questionnaire
LiR	Levnadsvanearbete inom reumatologi
PER	patientens egen registrering
RA	reumatoid artrit
SDAI	Simple Disease Activity Index
SRF	Svensk reumatologisk förening
SRQ	Svensk reumatologis kvalitetsregister
TST	Timed Stands Test
WAI	Work Ability Index
VAS	Visuell analog skala

Sammanfattning

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som i första hand drabbar leder men som även kan leda till så kallade extraartikulära manifestationer, vilket innebär påverkan av sjukdomen på andra organ som lungor, njurar eller blodkärl. RA förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och de flesta som insjuknar är mellan 50 och 70 år. Symtom på RA är i första hand svullna, ömma och stela leder samt uttalad trötthet. Obehandlad RA orsakar ofta skador på leder vilket kan ge grava funktionsnedsättningar. Patienter med RA har också ökad risk för samsjuklighet i sjukdomar som är vanliga i befolkningen, som till exempel hjärt-kärl-sjukdomar, lungsjukdomar och infektioner. En tidig diagnostik samt effektiv och kontinuerlig behandling med tät monitorering och individuellt utformad rehabilitering är avgörande för att minska risken för dessa komplikationer av RA. I dagsläget varierar det mellan olika regioner i landet hur stor andel av patienterna med RA som erbjuds strukturerad kontakt med en reumatologisk mottagning, och andelen som erbjuds kontakt med reumatologiska team, bestående av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator samt andra professioner när så behövs.

Vårdförloppet för etablerad RA omfattar kontinuerlig vård och uppföljning inom reumatologisk specialistvård och rehabilitering, från det att en person haft diagnostiserad RA sedan minst ett år, tills patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård. Patienten följs vanligtvis inom reumatologisk specialistvård livet ut. Vårdförloppet fokuserar på medicinska åtgärder vid låg respektive hög sjukdomsaktivitet. Förebyggande och rehabiliterande åtgärder respektive åtgärder relaterat till graviditet i samband med RA finns beskrivna i specifika flöden. För att främja patientens delaktighet finns det inom vårdförloppets samtliga delar förslag på patientens åtgärder parallellt med vårdens åtgärder.

Målen med vårdförloppet är att (i) öka andelen patienter som är i remission eller har låg sjukdomsaktivitet (ii) öka andelen patienter som har god funktionsnivå (iii) patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer (iv) öka patienters delaktighet i reumatologisk vård och behandling. För att följa upp vårdförloppet används indikatorer kopplade till bland annat behandling, sjukdomsaktivitet och smärtupplevelse. Ett flertal av indikatorerna följs med hjälp av data från Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde Reumatiska sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av programområdet. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från professionen samt patientföreträdare från Reumatikerförbundet.

Innehåll

Sammanfattning ..... - 3 -

1 Beskrivning av vårdförlopp ..... - 5 -

1.1 Om reumatoid artrit ..... - 5 -

1.2 Omfattning ..... - 6 -

1.3 Vårdförloppets mål ..... - 6 -

1.4 Ingång och utgång ..... - 6 -

1.5 Övergripande flödesschema för vårdförloppet ..... - 7 -

1.6 Vårdförloppets åtgärder ..... - 8 -

1.6.1 Lågaktiv sjukdom ..... - 8 -

1.6.2. Aktiv sjukdom ..... - 16 -

1.6.3. Förebyggande och rehabiliterande åtgärder ..... - 20 -

1.6.4. Graviditet vid reumatoid artrit ..... - 26 -

1.7 Personcentrering och patientkontrakt ..... - 31 -

2 Uppföljning av vårdförlopp ..... - 31 -

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter ..... - 31 -

2.2 Indikatorer för uppföljning ..... - 32 -

3 Bakgrund till vårdförlopp ..... - 34 -

3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter ..... - 34 -

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag ..... - 36 -

3.3 Arbetsprocess ..... - 36 -

4 Referenser ..... - 38 -

4.1. Webbadresser länkade i dokumentet ..... - 43 -

1 Beskrivning av vårdförlopp

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp syftar till ökad jämlikhet, effektivitet och kvalitet i hälso- och sjukvården, samt en mer välorganiserad och helhetsorienterad process för patienten. Vårdförloppen omfattar en stor del av vårdkedjan inklusive hur individens hälsa främjas. Vårdförloppen utgår från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och tas gemensamt fram av olika professioner och specialiteter inom regionernas nationella system för kunskapsstyrning.

Vårdförloppens beskrivning av evidensbaserade vård ska integreras med individanpassade åtgärder. I vårdförloppet beskrivs kortfattat vad som ska göras och i vilken ordning. Det personcentrerade förhållnings- och arbetssättet förstärks genom patientkontrakt som ska tillämpas i vårdförloppen. Det innebär bland annat att patienters, brukares och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvården ska tas tillvara. Beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

Den primära målgruppen för vårdförloppsdokumentet är hälso- och sjukvårdspersonal som ska få stöd i det kliniska mötet med patienter och i förekommande fall närstående. Kapitlen om uppföljning och bakgrund är främst avsedda att användas tillsammans med beskrivningen av vårdförloppet vid införande, verksamhetsutveckling och uppföljning av vårdförlopp och riktar sig därmed till en bredare målgrupp, exempelvis verksamhetsutvecklare, verksamhetschefer och andra beslutsfattare.

1.1 Om reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som förekommer hos ungefär 0,6 procent av befolkningen med en årlig incidens hos vuxna över 18 år på runt 40/100 000. De flesta som får diagnosen RA insjuknar mellan 50 och 70 års ålder [1]. Kvinnor insjuknar i RA ungefär tre gånger så ofta som män. Obehandlad sjukdom kan leda till leddestruktioner, funktionsnedsättning och för tidig död [2]. Orsaken till uppkomsten av RA är en kombination av genetisk predisposition, omgivningsfaktorer och okända faktorer [3]. Rökning är den viktigaste påverkbara riskfaktorn för att utveckla RA och rökning är också associerad med en mer allvarlig sjukdom och sämre effekt av antireumatiska läkemedel [4-8].

Uppföljning och behandling av patienter med RA ska ske inom reumatologisk specialistvård [9]. Hos en mycket liten del av patienterna går sjukdomen efter ett antal år i kvarstående remission utan behandling och för vissa av dessa kan då uppföljning i primärvården övervägas. Behandling av RA bör ges enligt principen ”treat-to-target”, vilket innebär att läkaren och patienten vid varje kontakt justerar den medicinska behandlingen, om inte målet som läkare och patient satt upp tillsammans, är uppnått. Det innebär också att en tät monitorering av patientens symtom med planerade uppföljningar behöver göras om målet inte är uppnått [9, 10]. Behov av sjukskrivning bedöms individuellt och kan vara aktuellt under hela sjukdomsförloppet, framför allt vid debut och vid skov, i väntan på effekt av påbörjad eller förändrad medicinering. Långsiktiga följder av sjukdomen eller samsjuklighet kan också leda till behov av sjukskrivning [11, 12]. Inför planerad graviditet kan behandlingen behöva justeras hos både män och kvinnor. Kvinnor behöver dessutom särskild monitorering under och efter graviditet [13, 14]. Patienten bör få omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser utifrån behov [15-17]. Dessa insatser kan bestå av enskilda åtgärder eller en samlad insats från ett multiprofessionellt team bestående av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Insatserna kan omfatta stöd för hälsosamma levnadsvanor, fysisk aktivitet, anpassad strukturerad träning, icke farmakologisk smärtbehandling, hjälpmedel och samtalsstöd [18-21].

Prognosen vid RA varierar mellan olika patienter men är oftast god vid tidig och väl fungerande behandling [22]. En del patienter bibehåller intakt funktionsförmåga, men vissa får med tiden någon form av funktionsnedsättning. Hos en del uppstår, trots adekvat behandling, leddestruktioner som leder till mer uttalad aktivitetsbegränsning. En liten andel patienter drabbas av svåra komplikationer

till följd av sjukdomen eller allvarliga biverkningar av behandlingen [23]. På gruppnivå finns hos patienter med RA en ökad risk för flera olika sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar, vilket i sin tur kan leda till för tidig död [24, 25].

1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar kontinuerlig vård och uppföljning inom reumatologisk specialistvård och rehabilitering, från det att en person haft diagnostiserad RA sedan minst ett år tills patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård. Patienten följs vanligtvis inom reumatologisk specialistvård livet ut. Vårdförloppet avser vuxna.

Det finns sedan tidigare ett vårdförlopp som omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en välgrundad misstanke om RA tills att patienten har haft diagnosen i ett år.

1.3 Vårdförloppets mål

Målen med vårdförlopp för etablerad RA är att:

- öka andelen patienter som är i remission eller har låg sjukdomsaktivitet
- öka andelen patienter som har god funktionsnivå
- patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer
- öka patienters delaktighet i reumatologisk vård och behandling.

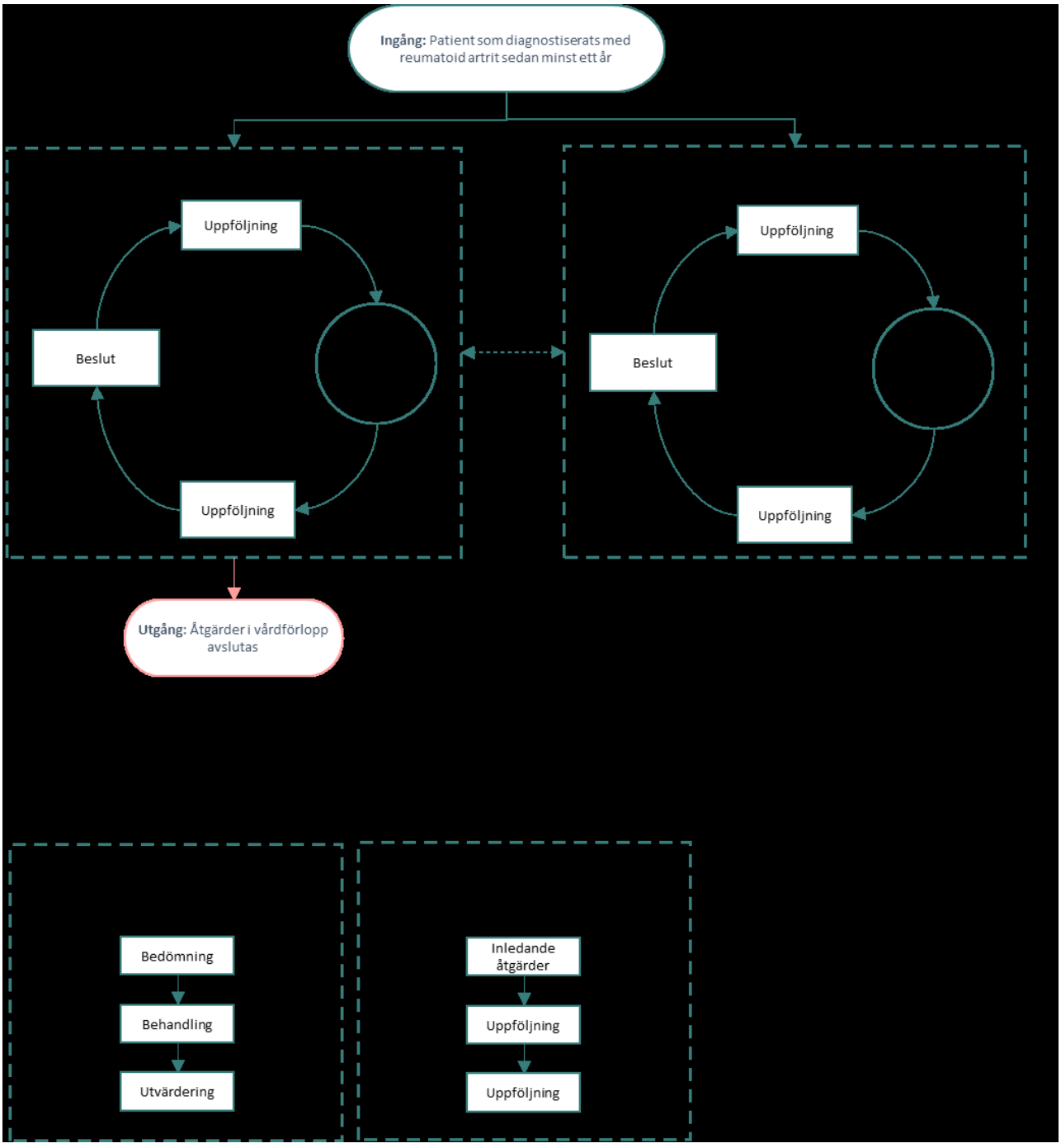
1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet sker vid diagnostiserad reumatoid artrit sedan minst ett år. Vårdförloppet gäller både patienter som haft sin första årsuppföljning enligt vårdförloppet för nydiagnostiserad RA och patienter som har diagnostiserad RA sedan tidigare.

Utgång ur påbörjat vårdförlopp sker när patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård. Patienten följs inom reumatologisk specialistvård livet ut eller tills sjukdomen inte längre är aktiv och patienten inte bedöms vara i behov av antireumatisk behandling.

1.5 Övergripande flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) beskrivs ett övergripande flödesschema då vårdförloppet omfattar flera delvårdförlopp. I vårdförloppet befinner sig en patient med RA, beroende på sjukdomsaktivitet, alltid i ett av förloppen ”Lågaktiv sjukdom” (se avsnitt 1.6.1) eller ”Aktiv sjukdom” (se avsnitt 1.6.2). Ytterligare åtgärder som vid behov kan aktiveras och ske parallellt är beskrivna som ”Förebyggande/rehabiliterande åtgärder” (se avsnitt 1.6.3) och ”Åtgärder vid graviditet” (se avsnitt 1.6.4). De olika delvårdförloppen är detaljerat illustrerade i anslutning till respektive åtgärdstabell 1.6.1 till 1.6.4 där även de åtgärder som ingår i vårdförloppet beskrivs i text.



Figur 1. Övergripande flödesschema

1.6 Vårdförloppets åtgärder

De beskrivna åtgärderna kan ibland samordnas och behöver då inte representera enskilda vårdkontakter. Vissa åtgärder kan kräva mer än en vårdkontakt. Alla beskrivna åtgärder som ska utföras av läkare innebär att läkaren ska ha specialistkompetens i reumatologi eller vara ST-läkare under handledning av specialistläkare i reumatologi.

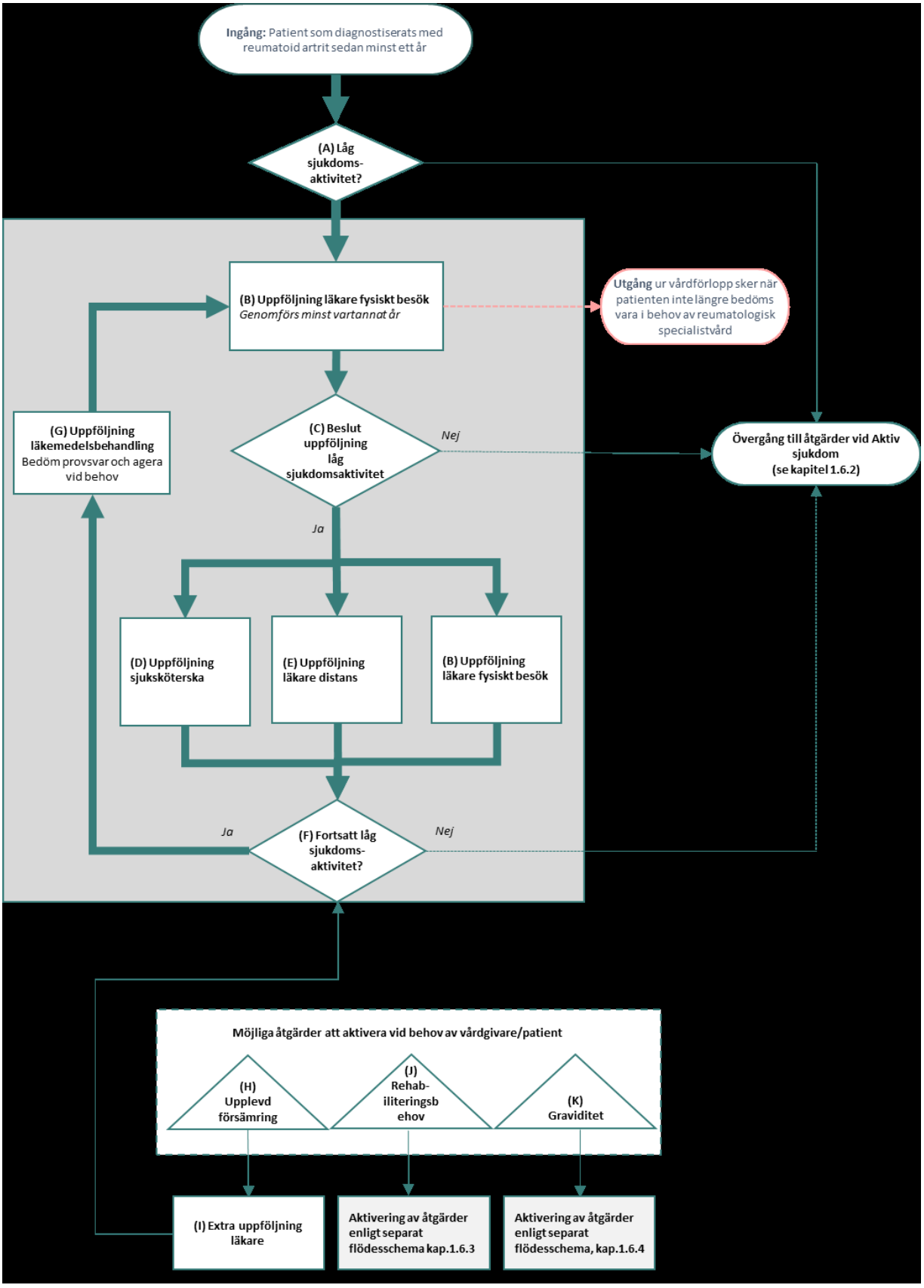
Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra behandling och uppföljning av patienter med reumatiska sjukdomar. SRQ fungerar genom att läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter från landets reumatologiska enheter registrerar besöksdata i registret. Dessutom kan patienter själva registrera information om sin hälsa inför varje besök, genom Patientens Egen Registrering (PER)[26]. Egenregistrering i SRQ kan ske digitalt eller på papper i samband med besök hos vårdgivare. Vårdpersonalens besöksdata och patientens egen registrering utgör en grund för bedömning och uppföljning av den reumatologiska behandlingen. I samtliga åtgärdsblock ska vårdpersonalen föra dialog med patienten om aktuellt status samt fortsatt behandling och uppföljning. Patientutbildning bör vara en del av vården och ska finnas med under hela sjukdomsförloppet. Den ska anpassas till var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet och rekommenderas vid behandlingsförändringar eller då patientens fysiska eller psykiska tillstånd förändras. Alla medlemmar i det reumatologiska teamet är delaktiga i patientutbildning utifrån sin yrkesbakgrund och utifrån patientens behov och den kan ske individuellt eller i grupp, i fysiska möten eller online [27].

1.6.1 Lågaktiv sjukdom

Låg sjukdomsaktivitet eller remission är målet med behandlingen vid reumatoid artrit [28-31], eftersom låg sjukdomsaktivitet minskar risken för framtida funktionsnedsättningar, extraartikulära manifestationer och sekundär komorbiditet. Låg sjukdomsaktivitet är i vårdförloppet definierat som Disease Avtivity Score i 28 leder (DAS28) <3,2 och klinisk remission som DAS28<2,6 (32). Alternativa och också validerade instrument är Clinical Disease Activity Index (CDAI) och Simple Disease Activity Index (SDAI) vilket är detsamma som CDAI inklusive CRP. I dessa bedömningar definieras låg sjukdomsaktivitet som ≤10 respektive ≤11 och remission som ≤2,8 respektive ≤3,3 [33, 34].

Uppföljning med fysiska läkarbesök bör ske vartannat år. Däremellan bör minst en kontakt ske så att patienten har någon form av uppföljning varje år [9]. Uppföljning mellan de fysiska läkarbesöken vartannat år kan ske på olika sätt. Det kan vara uppföljning i form av fysiskt besök hos sjuksköterska, distanskontakt med läkare eller ett fysiskt läkarbesök.

I flödesschemat nedan (figur 2) illustreras flödet för låg sjukdomsaktivitet med övergripande rubriker. Närmare beskrivningar av åtgärderna återfinns i tabell 1.



Figur 2. Flödesschema översiktsbild för RA med låg sjukdomsaktivitet

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp etablerad RA, avsnitt lågaktiv sjukdom

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
A) Beslut: Låg sjukdomsaktivitet Låg sjukdomsaktivitet eller remission vid senaste bedömning. Ja: till uppföljningsblock låg sjukdomsaktivitet (B) Nej: till uppföljningsblock aktiv sjukdom (avsnitt 1.6.2)	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.
B) Uppföljning läkare (fysiskt besök), låg sjukdomsaktivitet Genomförs minst vartannat år. Ordinera provtagning före besök utifrån provtagning och kontroller enligt SRFs riktlinje. Bedöm: • Ledstatus • DAS28 (35) • VAS smärta • VAS trötthet • HAQ • Fysisk aktivitetsnivå • Muskuloskeletalt ultraljud kan användas som stöd [36-39]. Åtgärder: • Utvärdera behandlingen utifrån behandlingsmål tillsammans med patienten [40, 41]. • Registrera i SRQ. Ta ställning till: • om tecken på medelhög eller hög sjukdomsaktivitet, fortsätt besöket enligt uppföljning läkare aktiv sjukdom (avsnitt 1.6.2 B) • justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) • om nyinsatt antireumatisk behandling, lämna ut skriftlig information • komorbiditet • osteoporosprofylax • sjukskrivning	Inför besöket: • Genomför kontroll-provtagning utifrån läkemedelsbehandling. • Utför egenregistrering i SRQ • Reflektera över tidigare behandlingsplan. Under besöket: • Delta i utvärdering av behandlingsmål. • Rapportera effekt och/eller biverkning av behandling. Efter besöket: • Notera och rapportera effekt och eventuella biverkningar eller skov som kommer under pågående medicinering. Dokumentera gärna löpande vad som händer för att senare kunna berätta för läkare eller sjuksköterska. • Genomför behandling och träning utifrån gemensam överenskommelse och/eller utför fysisk aktivitet enligt

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
• röntgen av händer och fötter för bedömning om progress av erosiva förändringar. • annan bilddiagnostik vid misstanke om destruktion eller mjukdelsskada i led eller annan struktur • kardiovaskulär screening enligt SRFs riktlinjer registrering i SRQ (bör genomföras vart 5e år) [42] • vaccination enligt SRFs riktlinjer • stöd för hälsosamma levnadsvanor • rehabiliteringsinsatser (till beslut rehabiliteringsbehov J) • psykosocialt stöd • ortopedtekniska hjälpmedel • reumakirurgisk bedömning • specialisttandvård/käkkirurg • behov av fortsatt reumatologisk specialistvård. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar. Ordinera kommande provtagning och kontroller utifrån SRFs riktlinje.	Socialstyrelsens rekommendation. • Genomför kontroll-provtagning utifrån läkemedelsbehandling. • Genomgå vaccination utifrån dialog med ansvarig läkare.
C) Beslut: Uppföljning, låg sjukdomsaktivitet Fortsatt låg sjukdomsaktivitet eller remission? Ja: Planera vårdkontakt i form av sjuksköterskebesök (D), läkare distans (block E), eller uppföljning läkare (block B) inom 12 månader, utifrån behov, i samråd med patient [9]. Nej: Planera uppföljning aktiv sjukdom inom tre månader (se uppföljningsblock Aktiv sjukdom, avsnitt 1.6.2)	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.

D) Uppföljning sjuksköterska med reumatologisk kompetens (D) [16, 17] Genomförs mellan uppföljningsblock läkare (B) enligt beslutsblock (C) Inför besöket: Samordna provtagning utifrån SRFs riktlinje för säker läkemedelsbehandling. Under besöket Bedöm: • Ledstatus • DAS28 • VAS smärta • VAS trötthet • HAQ • Fysisk aktivitetsnivå • Provsvar. Åtgärder: • Utvärdera behandling utifrån behandlingsmål tillsammans med patienten. • Samordna kommande provtagning utifrån SRFs riktlinje för säker läkemedels behandling. • Registrera i SRQ. Ta ställning till: • Nedtrappning eller utsättning av kortison enligt tidigare läkarordination. • Kardiovaskulär screening (enligt SRFs riktlinjer registrering i SRQ). • Behov av: — Fysisk Aktivitet på Recept — stöd för hälsosamma levnadsvanor — psykosocialt stöd — rehabiliteringsinsats (åtgärder enligt avsnitt 1.6.3). Konsultera läkare om exempelvis: • Patienten visar tecken på aktiv sjukdom. • Behov av: — recept på läkemedel — lokala/perorala kortikosteroider	Inför besöket: • Utför egenregistrering i SRQ • Genomför kontrollprovtagning utifrån läkemedelsbehandling. Under besöket: • Delta i utvärdering av behandlingsmål. • Rapportera effekt och/eller biverkning av behandling. Efter besöket: • Notera eventuella biverkningar eller skov som kommer under pågående medicinering. Dokumentera gärna löpande vad som händer för att senare kunna berätta för läkare eller sjuksköterska. • Var fysisk aktiv enligt Socialstyrelsens rekommendation. • Genomför kontrollprovtagning utifrån ordinerad läkemedelsbehandling.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
— ortopedtekniskt hjälpmedel. • Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar (se beslut C).	
E) Uppföljning läkare, distans Genomförs mellan uppföljningsblock läkare (B) enligt beslutsblock (C). Kan ske som telefon eller videokontakt. Ordinera provtagning före besök utifrån provtagning och kontroller enligt SRFs riktlinje. Bedöm: • VAS global • VAS smärta • VAS trötthet Åtgärder: • Utvärdera behandling utifrån behandlingsmål tillsammans med patienten. • Registrera i SRQ. Ta ställning till: • justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) • osteoporosprofylax • behov av sjukskrivning • extra läkarbesök för ledstatus, lokala kortikosteroider eller intyg. Ordinera kommande provtagning och kontroller utifrån SRFs riktlinje.	Inför besök: • Utför egenregistrering i SRQ • Genomför provtagning enligt ordination. Under besöket: • Delta i utvärdering av behandlingsmål. • Rapportera effekt och/eller biverkning av behandling. Efter besöket: • Notera eventuella biverkningar eller skov som kommer under pågående medicinering. Dokumentera gärna löpande vad som händer för att senare kunna berätta för läkare eller sjuksköterska. • Var fysisk aktiv enligt Socialstyrelsens rekommendation. • Genomför kontrollprovtagning utifrån ordinerad läkemedelsbehandling.

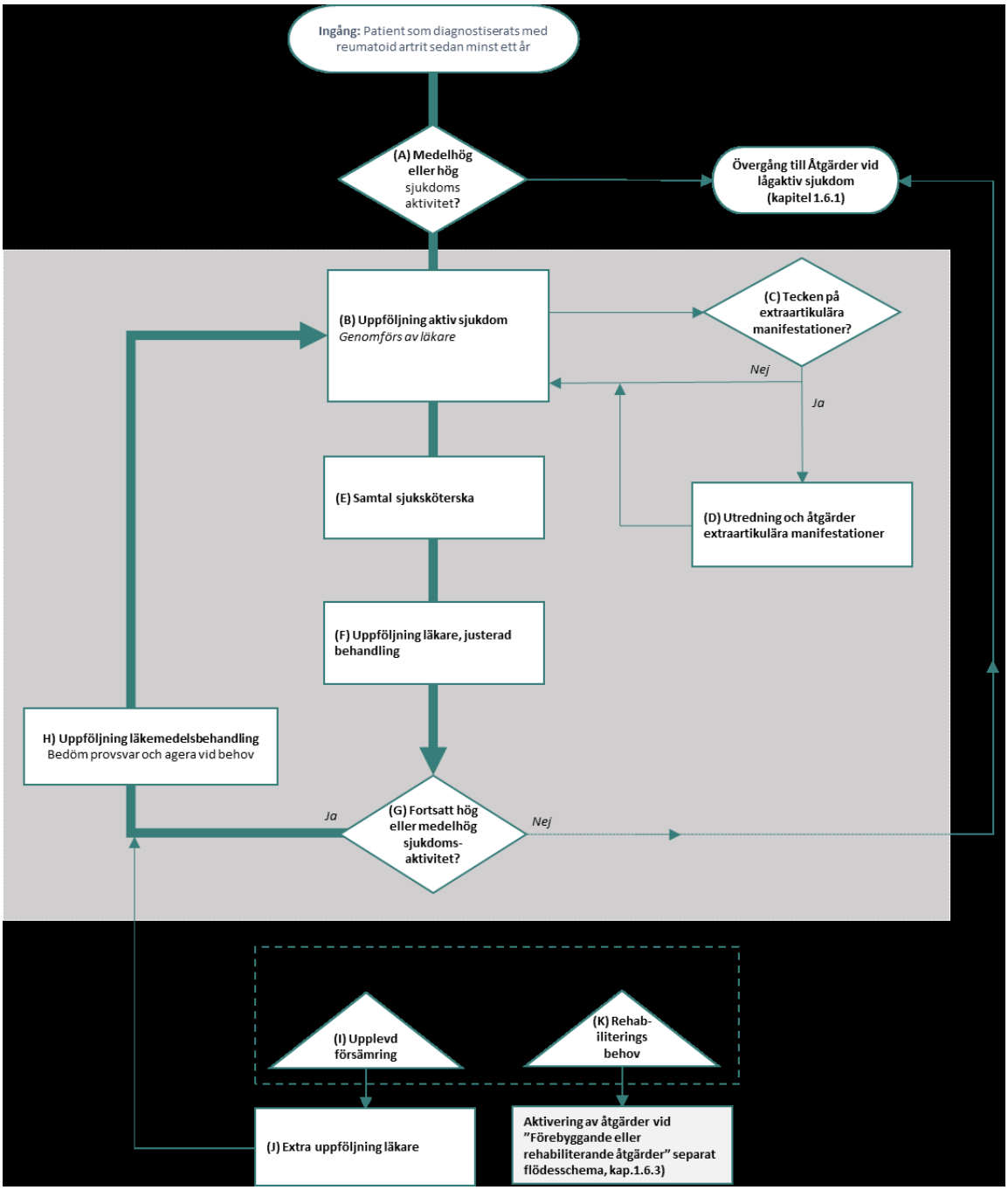
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
F) Beslut: uppföljning fortsatt låg sjukdomsaktivitet Fortsatt låg sjukdomsaktivitet Ja: uppföljning (läkare fysiskt besök, B) Nej: uppföljning aktiv sjukdom (se avsnitt 1.6.2)	
G) Uppföljning: Läkemedelsbehandling Genomförs mellan uppföljningskontakt, utifrån aktuell läkemedelsbehandling. • Ordinera provtagning utifrån SRFs riktlinje för säker läkemedelsbehandling. • Bedöm provsvar och agera vid behov.	• Genomför kontrollprovtagning utifrån läkemedelsbehandling.
H) Bedömning: Upplevd försämring Om patienten uppger tecken på akut försämring bör patienten erbjudas en kontakt. Om det bedöms föreligga ett behov av lokala steroidinjektioner och/eller ändrad DMARD-behandling bör detta ske inom en vecka (åtgärd enligt block (I).	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.
I) Uppföljning: Extra uppföljning läkare Utför bedömning och ställningstagande till ledstatus. Ta ställning till: • lokala kortikosteroider • justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) • rehabiliteringsbehov • uppföljning enligt beslutsblock F.	
J) Beslut: Rehabiliteringsbehov Behov av förebyggande och rehabiliterande åtgärder? Ja: aktivering av åtgärder enligt avsnitt 1.6.3 Förebyggande eller rehabiliterande åtgärder Nej: uppföljningsblock låg sjukdomsaktivitet enligt tidigare planering	• Kontakta vården vid försämring eller behov av stöd för rehabiliterande åtgärder.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
K) Beslut: Planerad graviditet Patients önskan om graviditet före nästa planerade läkarbesök? Ja: aktivering av åtgärder enligt avsnitt 1.6.4 Nej: fortsatt enligt tidigare planering	

1.6.2. Aktiv sjukdom

Aktiv sjukdom ska upptäckas så tidigt som möjligt. Det görs utifrån den kliniska bilden och inflammatoriska laboratorieparametrar. Bedömning av aktiv sjukdom baseras på instrument som DAS28≥3,2, SDAI>10, CDAI>11 eller utifrån klinisk bild. Aktiv sjukdom kräver tätare monitorering tills låg sjukdomsaktivitet eller remission uppnås. Ett bra behandlingsresultat föreligger enligt kriterierna ”EULAR response” vid förbättring av DAS28 med minst 1,2 till ett värde <3,2 vid uppföljning [43].

Flödesschemat nedan (figur 3) illustrerar det övergripande flödet för aktiv sjukdom. Närmare beskrivning av åtgärderna återfinns i tabell 2.



Figur 3. Flödesschema översiktsbild för RA med aktiv sjukdom

Tabell 2. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp etablerad RA, avsnitt aktiv sjukdom

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
A) Beslut: Medelhög eller hög sjukdomsaktivitet Medelhög eller hög sjukdomsaktivitet vid senaste bedömning**.** Ja: till uppföljning läkare aktiv sjukdom (B) Nej: till uppföljning läkare låg sjukdomsaktivitet avsnitt 1.6.1 ” Lågaktiv sjukdom”.	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.
B) Uppföljning läkare aktiv sjukdom, fysiskt besök Åtgärder som i Uppföljning läkare, låg sjukdomsaktivitet (avsnitt 1.6.1, B) samt: Bedöm: • Förekomst av extraartikulära manifestationer (till beslut extraartikulära manifestationer, C). Åtgärder: • Överväg annan orsak till ökad sjukdomsaktivitet exempelvis infektion eller annan bakomliggande sjukdom. • Utforma nytt behandlingsmål tillsammans med patienten. • Justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer). Ta ställning till: • lokala/perorala kortikosteroider • rehabiliteringsinsats särskilt om HAQ > 1 eller VAS smärta > 40 (44) (åtgärder enligt avsnitt 1.6.3).	• Åtgärder som i Uppföljning läkare, låg sjukdomsaktivitet (avsnitt 1.6.1, B).
C) Beslut: Extraartikulära manifestationer Föreligger tecken på extraartikulära manifestationer? Ja: fortsätt till åtgärder extraartikulära manifestationer (D) Nej: fortsatt enligt tidigare planering	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
D) Åtgärder extraartikulära manifestationer • Genomför utredning utifrån organmanifestation. • Ta ställning till justerad behandling utifrån utredningsfynd. Se SRFs riktlinjer för läkemedelsbehandling för RA.	
E) Samtal sjuksköterska med reumatologisk kompetens Samtal ska ske inom två veckor från ordination av nytt DMARD. Samtal med reumatologsjuksköterska med fokus på: • Informera och instruera om ny antireumatisk behandling inklusive rutiner för monitorering och provtagning. Överväg behov av stöd från andra professioner inklusive stöd för hälsosamma levnadsvanor. • Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	• Ta ansvar för att ordinerade läkemedel och prover tas. • Reflektera över given information läkemedelsbehandling.
F) Uppföljning läkare justerad behandling, fysiskt besök Genomförs 3 - 6 månader efter ändrad DMARD behandling [45, 46]. Åtgärder som i uppföljning läkare, låg sjukdomsaktivitet (avsnitt 1.6.1, B) samt: • Justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) om behandlingsmål ej uppnåtts.	
G) Beslut: Uppföljning medelhög eller hög sjukdomsaktivitet Medelhög eller hög sjukdomsaktivitet vid senaste bedömning? Ja: till uppföljning aktiv sjukdom (B), inom tre månader Nej: till uppföljning läkare låg sjukdomsaktivitet (B) avsnitt 1.6.1 Lågaktiv sjukdom	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.
H) Uppföljning: **Läkemedelsbehandling** Se avsnitt 1.6.1 G	• Genomför kontrollprovtagning utifrån läkemedelsbehandling.
I) Bedömning: Upplevd försämring Om patienten uppger tecken på akut försämring bör patienten erbjudas en kontakt. Om det bedöms föreligga ett behov av lokala steroidinjektioner och/eller ändrad DMARD-behandling bör detta ske inom en vecka (åtgärd enligt extra uppföljning läkare).	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
J) Extra uppföljning läkare Utför bedömning och ställningstagande till ledstatus. Ta ställning till: • lokala kortikosteroider • justering av läkemedelsbehandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) • rehabiliteringsbehov • uppföljning enligt aktiv sjukdom.	
K) Beslut: Rehabiliteringsbehov Se avsnitt 1.6.1 J	• Kontakta vården vid försämring eller behov av stöd för rehabiliterande åtgärder.

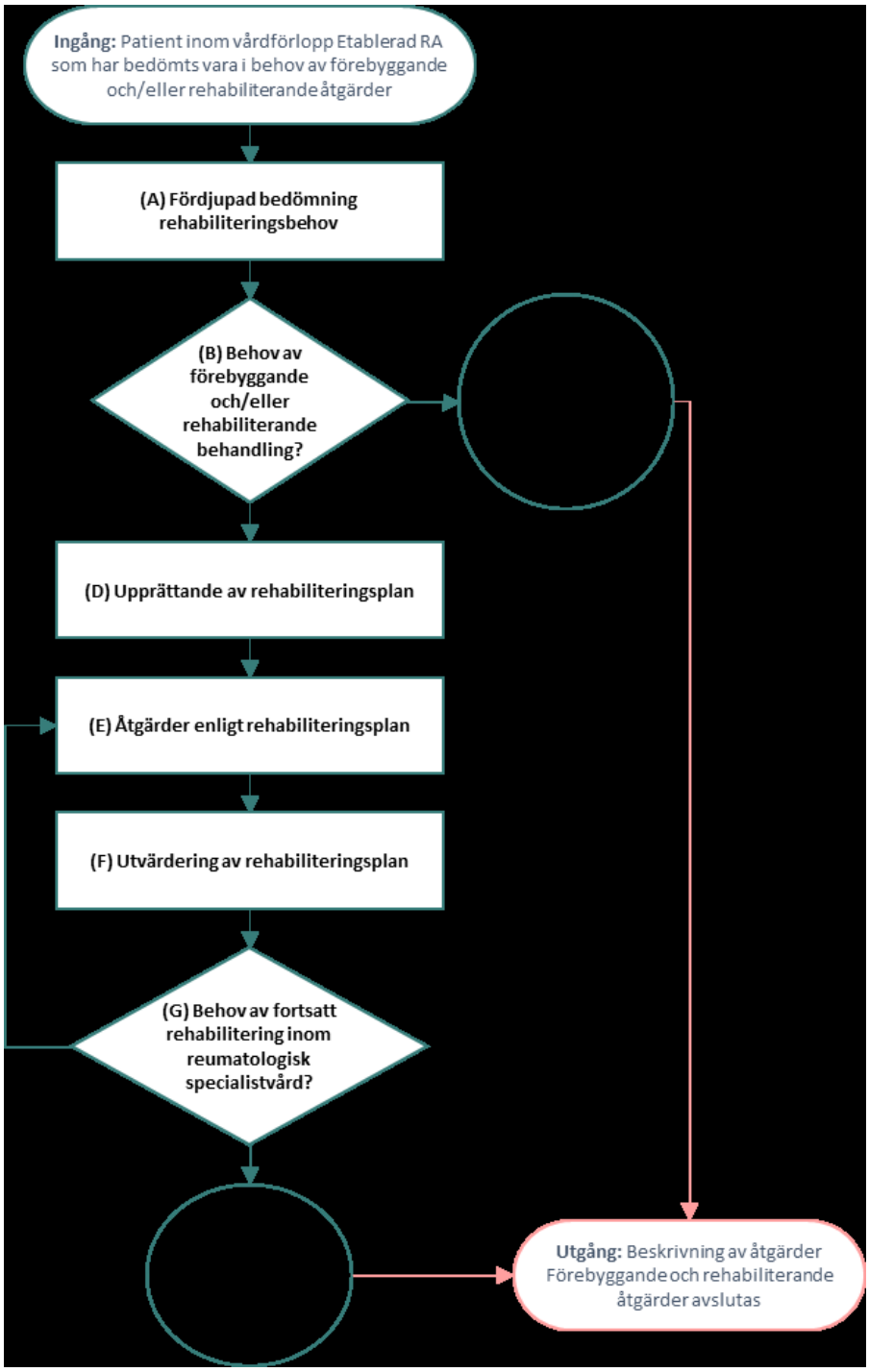
1.6.3. Förebyggande och rehabiliterande åtgärder

Målet med förebyggande och rehabiliterande åtgärder är att bidra till att minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning och öka andelen som bibehåller en god funktionsnivå, att främja patienters delaktighet i samhället, ge stöd till hälsosamma levnadsvanor, ökad fysisk aktivitet och förbättrad livskvalitet.

Rehabilitering måste, precis som läkemedelsbehandling, ses som en del av vård och behandling med behov av utvärdering och uppföljning. Rehabiliteringsmålen som sätts tillsammans med patienten ska vara inriktade på hälsosamma levnadsvanor och på att minska patientens beroende av sjukvård. Förebyggande och rehabiliterande insatser ska bedrivas parallellt med behandling med läkemedel och eventuella andra insatser.

De förebyggande och/eller rehabiliterande åtgärderna kan planeras och genomföras med en eller flera professioner, beroende på patientens behov. Samverkan mellan professionerna rekommenderas alltid oavsett var rehabiliteringen utförs. För att uppfylla Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar ska patienter med RA, utifrån behov, kunna erbjudas teamrehabiliteringen i öppenvårdsform. Denna teamrehabilitering skall vara strukturerad, sammanhållen och utföras under en avgränsad tid med flera professioner i samverkan (47). Teamet består vanligtvis av reumatolog, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Alla i teamet bör vara specialiserade eller ha särskild kompetens inom reumatologi (17). I SRQ kan mätvärden, rehabiliteringsåtgärder och besök hos arbetsterapeut och/eller fysioterapeut (”rehab besök”) registreras. Registrering av rehab besök och mätvärden i SRQ möjliggör uppföljning och kan även användas för verksamhetsutveckling.

Flödesschemat nedan (figur 4) illustrerar övergripande flödet för förebyggande och rehabiliterande åtgärder. Närmare beskrivningar av åtgärderna återfinns i tabell 3.



Figur 4. Flödesschema översiktsbild för förebyggande och rehabiliterande åtgärder vid RA

Tabell 3. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp etablerad RA, avsnitt förebyggande och rehabiliterande åtgärder

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
Ingång: Identifierat rehabiliteringsbehov vid föregående vårdkontakt	• Uppmärksamma vården på försämrad funktion, minskad arbetsförmåga och behov av stöd för hälsosamma levnadsvanor.
A) Fördjupad bedömning rehabiliteringsbehov Baserat på aktuella symtom och behov utför arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller kurator med särskilda kunskaper inom reumatologi [17] en bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga och psykosociala faktorer. Detta kan involvera en eller flera professioner. Exempel på områden för bedömning och olika bedömningsinstrument: • muskelfunktion (Grippit för hand och TST för nedre extremiteter) • fysisk funktion/kapacitet (Åstrand, 6-minuters gångtest) • rörlighet (funktionsskattning skuldra arm, EPM-ROM) • handfunktion • smärta • sjukdomsrelaterad trötthet • aktivitetsförmåga (HAQ, DASH, COPM) • arbetsförmåga (exempelvis WAI) • screening av oro och nedstämdhet • aktuella levnadsvanor. Registrera aktuellt besök och mätvärden i SRQ (gäller arbetsterapeut och fysioterapeut). Föreslagna tester är de som används mest frekvent och som är utvärderade på patienter med RA [48-56]. Förkortningar se sidan 2	• Informera vårdgivare om behov av stöd för hälsosamma levnadsvanor. • Uppmärksamma vården på försämrad funktion. • Delta i tester och självbedömningar relaterat till behandlingsbehov

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
B) Beslut: Behov av förebyggande och/eller rehabiliterande behandling Föreligger behov av förebyggande och/eller rehabiliterande behandling inom reumatologisk specialistvård? Ja: vidare till upprättande av rehabiliteringsplan (D) Nej: vidare till information om egenvård (C)	
C) Information om egenvård Informera patienten om: • egenvård utifrån egna förutsättningar • hälsofrämjande åtgärder • tips och råd angående vardagsaktiviteter • vid behov, Fysisk Aktivitet på Recept • eventuell överrapportering till annan verksamhet (annan vårdnivå eller huvudman) • information om åtgärder och kontaktvägar vid försämring.	• Ta ansvar för fortsatta insatser utifrån egna förutsättningar.
D) Upprättande av rehabiliteringsplan Baserat på bedömning av aktuellt rehabiliteringsbehov utformas rehabiliteringsplan (behandlingsmål, åtgärd och utvärdering).	• Formulera behandlingsmål tillsammans med vårdgivare.

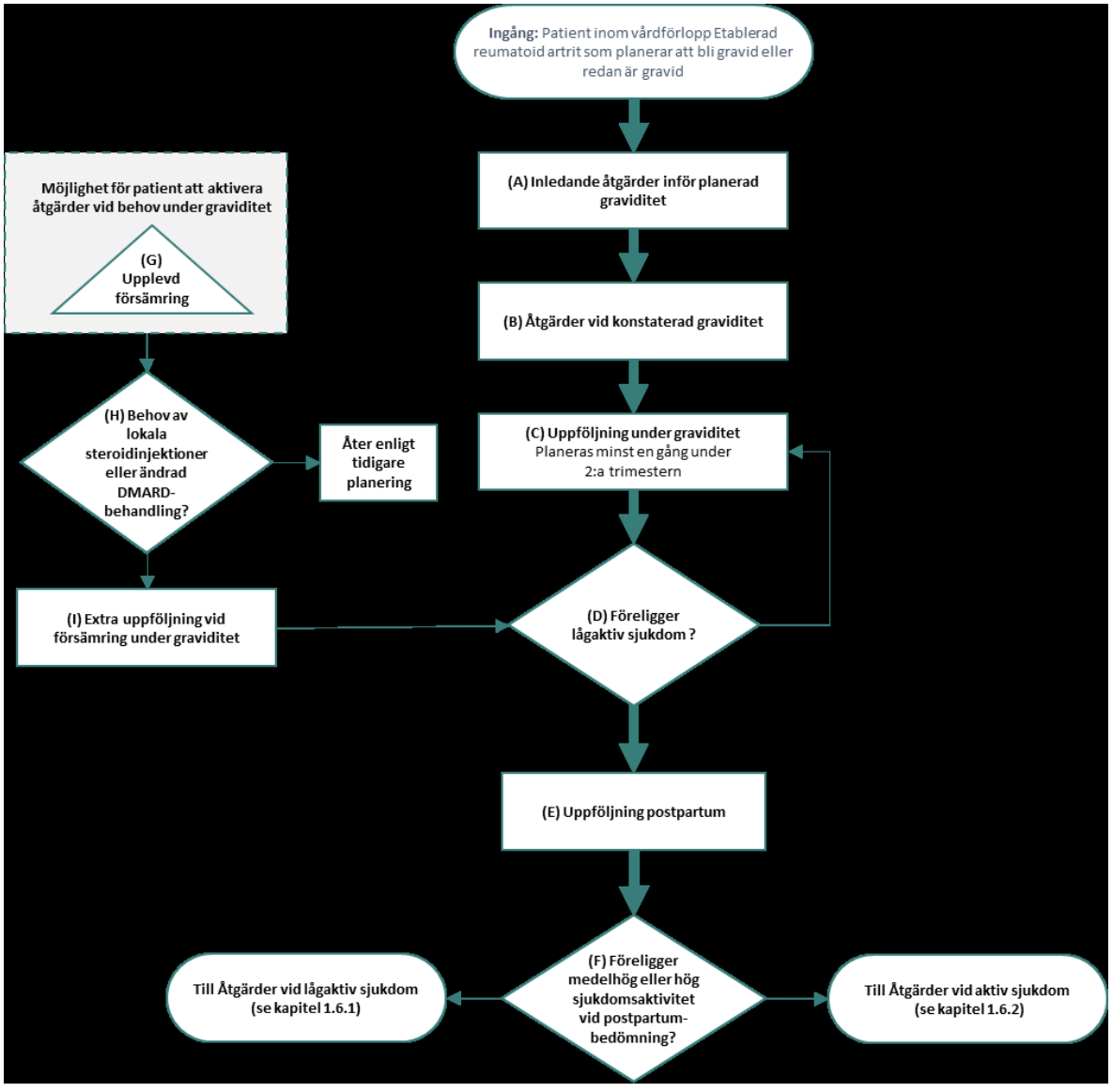
Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
E) Åtgärder enligt rehabiliteringsplan Åtgärder inkluderar bland annat: • råd och stöd samt initiering av fysisk aktivitet och träning [21, 57] • handträning [58] • utprovning av hjälpmedel/ortos • self-management (aktivitetsbalans, fatigue, arbetsförmåga) [59] • stöd för hälsosamma levnadsvanor • stödjande-, orienterande-, rådgivandesamtal samt sociala åtgärder. Överväg behov av: • ortopedtekniskt hjälpmedel • medicinsk fotvård • dietist • sjuksköterska inom reumatologi • rehabkoordinator • arbetsplatsanpassning • samordning av olika åtgärder, professioner, verksamheter, andra myndigheter. Registrera aktuellt besök och åtgärder i SRQ (gäller arbetsterapeut och fysioterapeut). Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	• Genomför planerade rehabiliteringsåtgärder. • Delta i diskussion om åtgärder och uppföljning. • Utveckla strategier för att kunna hantera vardagen. • För dialog med vårdgivare om egenvårdsåtgärder. • Starta överenskomna egenvårdsåtgärder. • Använd hjälpmedel och anpassad miljö. • Vid behov av ändrad arbetssituation initiera dialog med arbetsgivaren och vid behov ta stöd av rehabiliteringskoordinator från sjukvården. • Vid behov delta i dialog med Försäkringskassan.
F) Utvärdera rehabiliteringsplan Tidsintervall för uppföljning baseras på de behandlingsmål och åtgärder som beslutats i Upprättande av rehabiliteringsplan D. • Utvärdering av behandling utifrån rehabiliteringsplan och behandlingsmål exempelvis muskelfunktionstest, aktivitetsförmåga, oro/nedstämdhet, levnadsvanor och patienttillfredsställelse. Registrera aktuellt rehab besök och mätvärden i SRQ (gäller arbetsterapeut och fysioterapeut).	• Uppmärksamma vården på förändrad funktion. • Delta i tester och självbedömningar relaterat till behandlingsmål.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
G) Beslut: Behov av fortsatt rehabilitering inom reumatologisk specialistvård Föreligger fortsatt behov av rehabilitering inom reumatologisk specialistvård? Ja: åter till åtgärder enligt rehabiliteringsplan (E) Nej: vidare till Information och dialog efter rehabliteringsinsats (H)	
H) Information och dialog efter rehabliteringsinsats. • Tillsammans med patient, sammanfatta avslutad rehabiliteringsperiod, måluppfyllelse och fortsatt planering. • Rapportera eventuellt över till annan verksamhet (annan vårdnivå eller huvudman). • Stöd till egenvård utifrån patientens egna förutsättningar. • Vid behov, Fysisk Aktivitet på Recept • Informera om åtgärder och kontaktvägar vid: — nytillkommen aktivitetsbegränsning och/eller funktionsnedsättning — risk för eller minskad arbetsförmåga relaterad till RA — behov av socialt stöd och/eller psykosocialt stöd — behov av stöd för hälsosamma levnadsvanor.	• För dialog med vårdpersonal och delta i planering av fortsatta åtgärder för att få kännedom om vad som är nästa steg, kontaktvägar, egenträning med mera. • Ta ansvar för fortsatta insatser utifrån egna förutsättningar. • Ta kontakt med vården vid försämring.

1.6.4. Graviditet vid reumatoid artrit

Flödet familjeplanering och graviditet är ett komplement till sedvanlig mödravård och fokuserar på delar där den reumatiska behandlingen behöver justeras eller kompletteras relaterat till planerad eller konstaterad graviditet [60]. Förutom de åtgärder som beskrivs i flödet nedan kan åtgärder beskrivna i lågaktiv eller aktiv sjukdom bli aktuella. Åtgärder i flödet nedan aktualiseras efter att patienten påtalat planerad (eller konstaterad graviditet).

Flödesschemat nedan (figur 5) illustrerar det övergripande flödet för graviditet vid reumatoid artrit. Närmare beskrivning av åtgärderna återfinns i tabell 4.



Figur 5. Flödesschema översiktsbild för åtgärder för Graviditet vid RA

Tabell 4. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp etablerad RA, avsnitt graviditet

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder (efter förmåga)**
A) Inledande åtgärder inför planerad graviditet Initieras av patienten inför planerad graviditet. Utför följande • Ge information om läkemedel och sjukdomen RA i relation till graviditet (gäller både kvinnor och män). • Informera patienten om att höra av sig vid konstaterad graviditet. • Justera vid behov läkemedelsbehandling enligt SRF riktlinjer. Ta ställning till: • Behov av kontakt för bedömning av sjukdomsaktivitet (så som i uppföljning graviditet, C). • Råd om uppskjutande av graviditet relaterat till sjukdomsaktivitet eller pågående behandling. • Behov av stöd för hälsosamma levnadsvanor. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	• Kontakta vården för samtal inför planerad graviditet. • Reflektera över hälsosamma levnadsvanor inför graviditet. • Samtala med partner om graviditet och föräldraskap. • Reflektera tillsammans med partner utifrån erhållen information om medicinering.
B) Åtgärder vid konstaterad graviditet Initieras av patient vid konstaterad graviditet. Ta ställning till: • Behov av kontakt för bedömning av sjukdomsaktivitet (så som i uppföljning graviditet, C). • Justering av läkemedel. • Information om läkemedel relaterat till amning . • Behov av stöd för hälsosamma levnadsvanor. Överväg behov av: • utökat stöd från andra professioner • vårdbegäran till specialistmödravård eller specifikt team utifrån lokala rutiner. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	• Etablera kontakt med MVC. • Graviditetstest på MVC. • Kontakta vården om behov av hjälpmedel för att underlätta vardagen relaterat till graviditet. • Reflektera över önskad amningssituation relaterat till läkemedelsbehandling och sjukdomsstatus.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
C) Uppföljning under graviditet Planeras minst en gång under 2:a trimestern samt enligt beslut uppföljning graviditet. Ordinera provtagning före besök utifrån provtagning och kontroller enligt SRFs riktlinje**.** Bedöm: Ledstatus • VAS smärta • VAS trötthet • DAS28 • HAQ • Muskuloskeletalt ultraljud kan användas som stöd. Ta ställning till: • lokala/perorala kortikosteroider • justering av läkemedel • överväg behov av utökat stöd från andra professioner (exempelvis komplettering av hjälpmedel) [60]. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar, enligt beslut D.	• Utför egenregistrering i SRQ • Kontakta vårdgivaren om behov av hjälpmedel för att underlätta vardagen relaterat till graviditet. • Kontakta vårdgivare om ökad sjukdomsaktivitet. • Dialog med vårdgivare om önskad amningssituation relaterat till läkemedelsbehandling.
D) Beslut: Uppföljning av graviditet Föreligger låg sjukdomsaktivitet vid uppföljningsblock graviditet? Ja: boka läkarbesök postpartum (E) Nej: boka extra uppföljning under graviditet (C)	

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
E) Uppföljning läkare postpartum Inom två månader postpartum Ordinera provtagning före besök utifrån provtagning och kontroller enligt SRFs riktlinje. Bedöm: • Ledstatus • VAS smärta • VAS trötthet • DAS28 • HAQ • Muskuloskeletalt ultraljud kan användas som stöd. Ta ställning till: • lokala/perorala kortikosteroider • justering av läkemedel • behov av stöd från andra professioner, exempelvis komplettering av hjälpmedel. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	• Reflektera över önskad amningssituation relaterat till läkemedelsbehandling och sjukdomsstatus. • Dialog med vårdgivare angående önskad amningssituation.
F) Beslutsblock: Fortsatt planering postpartum Föreligger medelhög eller hög sjukdomsaktivitet vid postpartumbedömning? Ja: till uppföljning aktiv sjukdom (avsnitt 1.6.2) Nej: till beslut lågaktiv sjukdom (avsnitt 1.6.1) Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	
G) Upplevd försämring under graviditet Om patienten uppger tecken på försämring bör patienten erbjudas kontakt för bedömning.	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder (efter förmåga)
H) Beslut: Försämring under graviditet Finns behov av lokala steroidinjektioner eller ändrad DMARD-behandling? Ja: åtgärder bör ske inom en vecka enligt Extra uppföljning försämring under graviditet (I) Nej: fortsätt enligt tidigare planering	
I) Extra uppföljning försämring under graviditet Ta ställning till: • lokala/perorala kortikosteroider • justering av behandling (enligt SRF behandlingsriktlinjer) • överväg behov av utökat stöd från andra professioner (exempelvis komplettering av hjälpmedel) [60] • uppföljning enligt beslut D. Tydliggör fortsatt planering och kontaktvägar.	

1.7 Personcentrering och patientkontrakt

Personcentrering och patientkontrakt [61] är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Patienten med RA har unik kompetens om sig själv och sina behov, resurser och förväntningar samt om det egna sjukdomsförloppet. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och själv kan delta i behandling och uppföljning utifrån sin personliga vilja, förmåga och möjlighet. När relationen mellan patient och vårdgivare sker i dialog bidrar det till att patienten får individualiserad och adekvat information, såväl muntligt som skriftligt, samt är ett stöd i patientens eget kunskapssökande [62].

De överenskommelser som görs är lämpligt att dokumentera, exempelvis i patientens hälsoplan eller annat dokument som delas med patienten. Dokumentet ska innehålla information om fortsatt vård, i förekommande fall också patientens fasta vårdkontakt, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Det bör också framgå vilka delar patienten respektive vårdgivaren ansvarar för, på vilket sätt patientens ska vara delaktig för att uppnå målen och vilket stöd patienten behöver av specialistvården. Hälsoplanen kan användas för systematisk och konsekvent uppföljning av patienter i vårdförlopp RA och bör uppdateras kontinuerligt i dialog mellan patient och vårdgivare.

2 Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder, följs upp genom resultat- och processmått och skapar förutsättningar för ett kontinuerligt förbättringsarbete. För varje vårdförlopp ska en plan för uppföljningen arbetas fram och beslutas i berörda samverkansgrupper, antingen i samband med beslutet om vårdförlopp eller så snart som möjligt därefter. Planen ska ange vad som ska göras för att en ändamålsenlig uppföljning ska kunna realiseras – precisering av indikatorer, beskrivning av hur olika variabler ska fångas regionalt samt hur och vilken nationell datainsamling som ska ske och hur resultat ska presenteras. Arbetet med uppföljning av vårdförlopp ska bidra till en mer enhetlig och strukturerad dokumentation i vårdinformationssystemen.

2.1 Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter

Datakälla till flera av de föreslagna indikatorerna är Svensk Reumatologis kvalitetsregister (SRQ). SRQ har en god täckningsgrad, särskilt för den delen av patientgruppen som behandlas med biologiska läkemedel. Informatiskt arbete till stöd för direktöverföring av data till kvalitetsregistret pågår och det bör fortsätta. För vissa mått kan Socialstyrelsens hälsodataregister vara en fungerande källa. Socialstyrelsen presenterade 2020 en uppdatering av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [47], vilket har beaktats i arbetet med indikatorer för uppföljning. För indikatorn delaktighet finns idag ingen etablerad datakälla. Utveckling av den nationella patientenkäten kan bli en sådan, om så småningom även olika diagnosgruppers erfarenheter kan följas i enkäten. Diskussion om detta pågår i det nationella utvecklingsarbetet.

När det gäller indikatorer där det finns fungerande nationella datakällor kommer arbetet med att publicera resultaten på Vården i siffror (www.vardenisiffror.se) att påbörjas av SKRs stödfunktioner.

2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 5. Resultatmått

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Sjukdomsaktivitet – DAS28 Andel personer som uppnått DAS 28 < 3, 2 per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos	> 85%	Registreras i kvalitetsregistret SRQ, lägsta registrerade värde används Återrapportering årligen	Kvalitetsregistret SRQ
Smärta – VAS Andel personer som har VAS smärta >40 per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos	<30%	Registreras i kvalitetsregistret SRQ, lägsta registrerade värde används Återrapportering årligen	Kvalitetsregistret SRQ
Funktionsnivå –HAQ Andel av personer med HAQ <1 per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos	≥ 80 %	Registreras i kvalitetsregistret SRQ, lägsta registrerade värde används Återrapportering årligen	Kvalitetsregistret SRQ
Fysisk aktivitet Andel personer som uppnår Socialstyrelsens rekommendation för fysisk aktivitet per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos	≥ 65%: 18 - 64 år ≥ 50%: ≥ 65 år	Registreras i kvalitetsregistret SRQ, högsta registrerade värde används Återrapportering årligen (Målvärde baseras på senaste uppmätta, åldersmatchade värden i Nationella folkhälsoenkäten)	Kvalitetsregistret SRQ
Arbetsförmåga / sjukskrivning Andel personer i arbetsför ålder (20 - 64 år) som har nedsatt arbetsförmåga per år (definierad som ≥90 dagar/år eller ≥25%) med huvuddiagnos RA (M05-M06) av totalt antal inkluderade individer med RA i arbetsför ålder (20 - 64 år) i SRQ under aktuellt år.	Lågt värde	Återrapportering årligen	Försäkringskassan Kvalitetsregistret SRQ

Indikator, uppgifter redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Jämförelsevariabel: total andel av befolkning i arbetsför ålder (20 - 64 år) med nedsatt arbetsförmåga per år (definierad som ≥90 dagar/år eller ≥25%/år)			
Behandling – DMARD Andel med pågående (uthämtad) antireumatisk behandling per 12 månader av totalt antal individer med RA	≥ 90 %	Mätning av uthämtat DMARD (ATC-kod: L04, A07EC01, P01BA02) i Socialstyrelsens hälsodataregister av individ med ICD-10 kod M05 + M06 exklusive M06.1 och M06.4.på specialistklinik inom 24 månader i Socialstyrelsens hälsodataregister Återrapportering årligen	Socialstyrelsens hälsodataregister
Patientupplevelse av delaktighet	Högt värde	Ska mätas i Nationella patientenkäten Återrapportering vartannat år	Regionernas/SKR datainsamlingar

Tabell 6. Processmått

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Täckningsgrad i kvalitetsregistret SRQ Andel personer med RA som är registrerade i kvalitetsregistret SRQ av totalt antal personer med RA i Socialstyrelsens hälsodataregister	≥ 90%	Socialstyrelsen hälsodataregister och kvalitetsregistret SRQ Återrapportering årligen.	Socialstyrelsen hälsodataregister Kvalitetsregistret SRQ
Registrering av smärta Andel personer som har registrerat värde för VAS (visuell analog skala) smärta per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i	≥ 90%	Registreras i kvalitetsregistret SRQ Återrapportering årligen	Kvalitetsregistret SRQ

Indikator, uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos			
Registrering av HAQ Andel personer som har registrerat värde för HAQ per 12 månader av totalt antal inkluderade patienter med RA i kvalitetsregistret SRQ med >12 månader sedan diagnos	≥ 90%	Registreras i kvalitetsregistret SRQ Återrapportering årligen	Kvalitetsregistret SRQ

3 Bakgrund till vårdförlopp

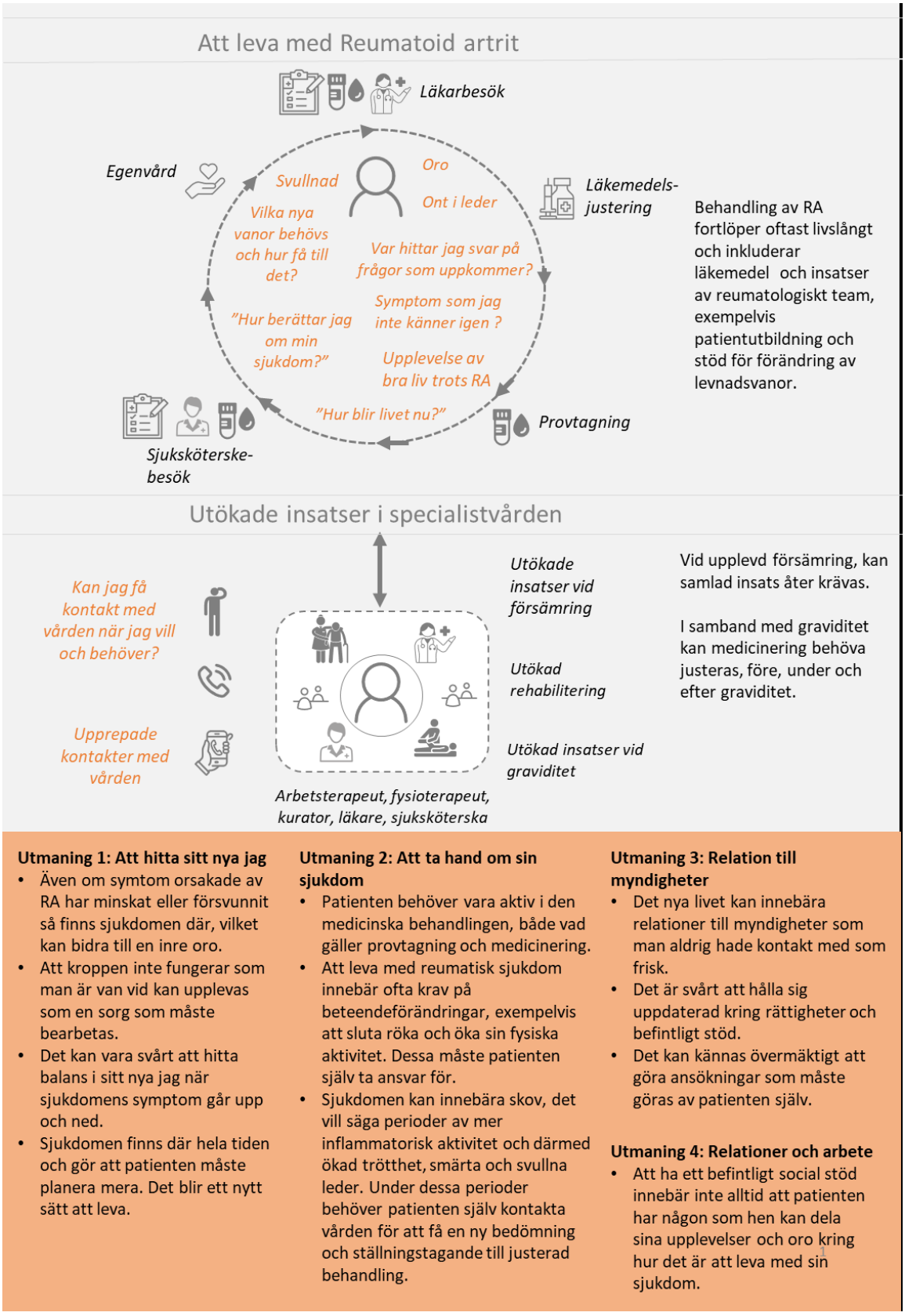
3.1 Nulägesbeskrivning av patienters erfarenheter

Bilden nedan (Figur 6) är en grafisk presentation av i nuläget vanligt förekommande erfarenheter av hälso- och sjukvården hos personer med reumatoid artrit. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar som redovisas i bilden. Identifierade utmaningar avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3).

Att leva med en reumatisk sjukdom innebär inte enbart medicinsk behandling utan kan påverka flera aspekter av livet som tidigare känts som självklara, inklusive livsstil, relationer, fritidsintressen och yrkesval [63-65].

Trots effektiv inflammationsdämpande och antireumatisk behandling har en del patienter kvarstående smärtor i leder och muskler [66, 67]. Då tillgång på stöd för fysisk aktivitet liksom icke-farmakologisk smärtlindring eller stöd från smärtspecialist och smärtteam kan variera kan det upplevas som en utmaning. Trots många olika behandlingsalternativ utvecklar en mindre del av patienterna leddestruktioner som kräver kirurgiska ingrepp. För dessa patienter kan arbetsterapi och fysioterapi vara av avgörande betydelse under stora delar av sjukdomsförloppet. Utöver detta upplever många patienter kvarstående trötthet trots frånvaro av inflammation och stöd för att hitta strategier kan vara viktigt för att balansera vardagen [68, 69].

Uppföljningen av RA sker i reumatologisk öppenvård, men för de fåtal patienter som får extra-artikulära manifestationer, infektioner och biverkningar som kräver omfattande utredning och behandling kan det ske i slutenvård.



Figur 6. Visualiserar vad som i nuläget identifierats som vanliga händelser och utmaningar för en person som haft diagnosen RA ett år eller mer.

3.2 Kompletterande kunskapsunderlag

För flertalet regioner och enskilda verksamheter har det sedan tidigare funnits riktlinjer eller vårdprogram som beskriver omhändertagandet av patienter med RA. Däremot fanns det vid framtagandet av vårdförloppen inte något nationellt vårdprogram för RA. Inom Svensk Reumatologisk Förening (SRF) finns dock rekommendationer och riktlinjer för exempelvis läkemedelsbehandling vid RA, vaccinationer, säker läkemedelsbehandling och kardiovaskulär primärprevention. Dessa rekommendationer har beaktats och refereras till inom vårdförloppet. Övriga kunskapsunderlag som har beaktats är exempelvis Läkemedelsverket uppdaterade rekommendationer om läkemedelsbehandling vid osteoporos [70] och Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar som reviderades 2020 och som inkluderar rekommendationer om inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Föreliggande vårdförlopp överensstämmer med nationella riktlinjer och rekommendationer där de överlappar. Indikatorer i vårdförloppet överensstämmer också i hög utsträckning med dessa riktlinjer.

3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för etablerad RA startade i anslutning till att SKR godkände det första vårdförloppet i maj 2020 och fortgick därefter till våren 2021. Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av Nationellt programområde (NPO) reumatiska sjukdomar och har en bred nationell representation. Alla deltagare i NAG har lämnat in jävsdeklaration och de är bedömda och godkända för att kunna delta i nationell arbetsgrupp. Ordförande för arbetsgruppen var Cecilia Carlens och processledare Susanne Pettersson. I arbetet har flera professioner inom reumatologi varit involverade och även primärvårdsrepresentanter samt en patientrepresentant från Reumatikerförbundet.

I arbetet med föreliggande vårdförlopp har en översiktlig analys av nuläget genomförts. För att få överblick och en nationell kartläggning skickades en enkät ut till landets verksamhetsföreträdare. Enkäten besvarades av 23 verksamhetsföreträdare, av 34 utskickade (svarsfrekvens 68 procent). Enkätsvaren hade stor nationell spridning – både storstadsområden och glesbygd fanns representerade. Som underlag till målnivåer för indikatorer analyserades befintliga data i SRQ.

I arbetsgruppen inkluderades en patientrepresentant som ordinarie ledamot. För att få in erfarenheter från Sveriges regioner så genomfördes under hösten 2020 en digital workshop samt individuella telefonintervjuer med patientrepresentanter från flera sjukvårdsregioner. I arbetet med detta vårdförlopp har en hälsoekonomisk analys gjorts i samarbete med värdregionen (Stockholm-Gotland) och Karolinska Institutet. Den hälsoekonomiska analysen finns som en bilaga till vårdförloppets konsekvensbeskrivning.

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer, primärvårdsrådet och NPO reumatiska sjukdomar samt en referensgrupp utsedd av NPO. NPO reumatiska sjukdomar tog under mars 2021 beslut om att skicka dokumentet på öppen remiss.

Nationell arbetsgrupp för vårdförlopp etablerad reumatoid artrit redovisas i Tabell 7.

Tabell 7. Arbetsgruppens medlemmar

Namn	Akademisk titel	Yrkestitel/ patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun eller region	Övrig roll i arbetsgruppen
Anna Svärd	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Falu lasarett	Region Dalarna	
Anna Södergren	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Cecilia Carlens	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	Ordförande
Lena Bäckström		Specialistläkare allmänmedicin	Ektorps vårdcentral	Region Stockholm	
Malin Regardt	Medicine doktor	Arbetsterapeut	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	NPO representant
Mats Dehlin	Docent	Specialistläkare reumatologi	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Region Västra Götaland	
Michael Ziegelasch	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Linköpings universitetssjukhus	Region Östergötland	
Susanne Pettersson	Medicine doktor	Sjuksköterska	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	Processledare
Tommy Olsson		Patientföreträdare	Reumatikerförbundet		
Valentina Bala	Medicine doktor	Sjuksköterska	Helsingborgs lasarett	Region Skåne	
Åsa Lindkvist		Fysioterapeut	Nacka rehabcenter	Region Stockholm	

4 Referenser

1. Eriksson JK, Neovius M, Ernestam S, Lindblad S, Simard JF, Askling J. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(6):870-8.
2. Listing J, Kekow J, Manger B, Burmester GR, Pattloch D, Zink A, et al. Mortality in rheumatoid arthritis: the impact of disease activity, treatment with glucocorticoids, TNFalpha inhibitors and rituximab. Ann Rheum Dis. 2015;74(2):415-21.
3. Hochberg MC. Rheumatology. Seventh edition. ed. Philadelphia, PA: Elsevier, Inc.; 2019. p. p.
4. Hedström AK, Stawiarz L, Klareskog L, Alfredsson L. Smoking and susceptibility to rheumatoid arthritis in a Swedish population-based case–control study. European Journal of Epidemiology. 2018;33(4):415-23.
5. Saevarsdottir S, Rezaei H, Geborek P, Petersson I, Ernestam S, Albertsson K, et al. Current smoking status is a strong predictor of radiographic progression in early rheumatoid arthritis: results from the SWEFOT trial. Annals of the Rheumatic Diseases. 2015;74(8):1509-14.
6. Nyhall-Wahlin BM, Petersson IF, Nilsson JA, Jacobsson LT, Turesson C, group Bs. High disease activity disability burden and smoking predict severe extra-articular manifestations in early rheumatoid arthritis. Rheumatology (Oxford). 2009;48(4):416-20.
7. Saevarsdottir S, Wedren S, Seddighzadeh M, Bengtsson C, Wesley A, Lindblad S, et al. Patients with early rheumatoid arthritis who smoke are less likely to respond to treatment with methotrexate and tumor necrosis factor inhibitors: observations from the Epidemiological Investigation of Rheumatoid Arthritis and the Swedish Rheumatology Register cohorts. Arthritis Rheum. 2011;63(1):26-36.
8. Saevarsdottir S, Wallin H, Seddighzadeh M, Ernestam S, Geborek P, Petersson IF, et al. Predictors of response to methotrexate in early DMARD naive rheumatoid arthritis: results from the initial open-label phase of the SWEFOT trial. Ann Rheum Dis. 2011;70(3):469-75.
9. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2016;75(1):3-15.
10. van Vollenhoven RF. Treatment of rheumatoid arthritis: state of the art 2009. Nature Reviews Rheumatology. 2009;5(10):531-41.
11. Olofsson T, Söderling JK, Gülfe A, Kristensen LE, Wallman JK. Patient-Reported Outcomes Are More Important Than Objective Inflammatory Markers for Sick Leave in Biologics-Treated Patients With Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care & Research. 2018;70(11):1712-6.
12. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd, Reumatoid artrit 2020 [Available from: https://roi.socialstyrelsen.se/fmb/reumatoid-artrit-ra/679 Hämtad: 2021.03.15.
13. Murray KE, Moore L, O'Brien C, Clohessy A, Brophy C, Minnock P, et al. Updated pharmacological management of rheumatoid arthritis for women before, during, and after pregnancy, reflecting recent guidelines. Ir J Med Sci. 2019;188(1):169-72.
14. Svensk reumatologisk förening. Rekommendationer avseende anti-inflammatorisk och immunmodulerande behandling i samband med graviditet och amning 2020 [Available from: https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/10/rekommendationer-avseende-anti-inflammatorisk-och-immunmodulerande-behandling-i-samband-med-graviditet-och-amning.pdf Hämtad 2020.12.23.

15. van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(1):13-9.

16. Bech B, Primdahl J, van Tubergen A, Voshaar M, Zangi HA, Barbosa L, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):61-8.

17. Edelaar L, Nikiphorou E, Fragoulis GE, Iagnocco A, Haines C, Bakkers M, et al. 2019 EULAR recommendations for the generic core competences of health professionals in rheumatology. Ann Rheum Dis. 2020;79(1):53-60.

18. Hornberg K, Pomeroy J, Sandberg C, Sodergren A, Angstrom L, Sundstrom B, et al. Physical activity in rheumatoid arthritis: relationship to cardiovascular risk factors, subclinical atherosclerosis, and disease activity. Scand J Rheumatol. 2020;49(2):112-21.

19. Swardh E, Brodin N. Effects of aerobic and muscle strengthening exercise in adults with rheumatoid arthritis: a narrative review summarising a chapter in Physical activity in the prevention and treatment of disease (FYSS 2016). Br J Sports Med. 2016;50(6):362-7.

20. Hagel S, Lindqvist E, Bremander A, Petersson IF. Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis. Disabil Rehabil. 2010;32(20):1686-96.

21. Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, Adams J, Brodin N, Dagfinrud H, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(9):1251-60.

22. Markusse IM, Akdemir G, Dirven L, Goekoop-Ruiterman YP, van Groenendael JH, Han KH, et al. Long-Term Outcomes of Patients With Recent-Onset Rheumatoid Arthritis After 10 Years of Tight Controlled Treatment: A Randomized Trial. Ann Intern Med. 2016;164(8):523-31.

23. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. Rheumatoid arthritis. The Lancet. 2010;376(9746):1094-108.

24. England BR, Thiele GM, Anderson DR, Mikuls TR. Increased cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: mechanisms and implications. BMJ. 2018;361:k1036.

25. Choi HK, Hernan MA, Seeger JD, Robins JM, Wolfe F. Methotrexate and mortality in patients with rheumatoid arthritis: a prospective study. Lancet. 2002;359(9313):1173-7.

26. Svensk reumatologis kvalitetsregister. PER Patientens egen registrering. [Available from: https://srq.nu/om-per-patient/ Hämtad 2020.12.23.

27. Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Bostrom C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2015;74(6):954-62.

28. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, Burmester GR, Dougados M, Kerschbaumer A, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. Annals of the Rheumatic Diseases. 2020.

29. van Beers-Tas MH, Turk SA, van Schaardenburg D. How does established rheumatoid arthritis develop, and are there possibilities for prevention? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(4-5):527-42.

30. Verstappen SM, Jacobs JW, van der Veen MJ, Heurkens AH, Schenk Y, ter Borg EJ, et al. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission.

Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). Ann Rheum Dis. 2007;66(11):1443-9.

31. Svenska reumatologisk förening. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit 2020 [Available from: https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/riktlinjer-for-lakemedelsbehandling-vid-reumatoid-artrit.pdf Hämtad 2021.03.15.

32. Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1995;38(1):44-8.

33. Yokogawa N, Shimada K, Sugii S, Komiya A, Matsui T, Nishino J, et al. A Proposal to Standardize Low Disease Activity Criteria in Rheumatoid Arthritis Based on the Outcome Measures in Rheumatology Minimal Disease Activity Definition. ACR Open Rheumatol. 2020;2(5):301-6.

34. Felson DT, Smolen JS, Wells G, Zhang B, van Tuyl LH, Funovits J, et al. American College of Rheumatology/European League against Rheumatism provisional definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis. 2011;70(3):404-13.

35. Fransen J, Moens HB, Speyer I, van Riel PL. Effectiveness of systematic monitoring of rheumatoid arthritis disease activity in daily practice: a multicentre, cluster randomised controlled trial. Ann Rheum Dis. 2005;64(9):1294-8.

36. Szkudlarek M, Klarlund M, Narvestad E, Court-Payen M, Strandberg C, Jensen KE, et al. Ultrasonography of the metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints in rheumatoid arthritis: a comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography and clinical examination. Arthritis Res Ther. 2006;8(2):R52.

37. Brown AK, Conaghan PG, Karim Z, Quinn MA, Ikeda K, Peterfy CG, et al. An explanation for the apparent dissociation between clinical remission and continued structural deterioration in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2008;58(10):2958-67.

38. Haavardsholm EA, Aga AB, Olsen IC, Lillegraven S, Hammer HB, Uhlig T, et al. Ultrasound in management of rheumatoid arthritis: ARCTIC randomised controlled strategy trial. BMJ. 2016;354:i4205.

39. Rezaei H, Torp-Pedersen S, af Klint E, Backheden M, Kisten Y, Gyori N, et al. Diagnostic utility of musculoskeletal ultrasound in patients with suspected arthritis--a probabilistic approach. Arthritis Res Ther. 2014;16(5):448.

40. Taibanguay N, Chaiamnuay S, Asavatanabodee P, Narongroeknawin P. Effect of patient education on medication adherence of patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Patient Prefer Adherence. 2019;13:119-29.

41. Toupin-April K, Barton JL, Fraenkel L, Meara A, Li LC, Brooks P, et al. OMERACT Development of a Core Domain Set of Outcomes for Shared Decision-making Interventions. J Rheumatol. 2019;46(10):1409-14.

42. Agca R, Heslinga SC, Rollefstad S, Heslinga M, McInnes IB, Peters MJ, et al. EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis. 2017;76(1):17-28.

43. Fransen J, van Riel PL. The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. Rheum Dis Clin North Am. 2009;35(4):745-57, vii-viii.

44. Geenen R, Overman CL, Christensen R, Asenlof P, Capela S, Huisinga KL, et al. EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(6):797-807.

45. Norvang V, Sexton J, Kristianslund EK, Olsen IC, Uhlig T, Bakland G, et al. Predicting achievement of the treatment targets at 6 months from 3-month response levels in rheumatoid arthritis: data from real-life follow-up in the NOR-DMARD study. RMD Open. 2018;4(2):e000773.

46. Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Optimisation of a treat-to-target approach in rheumatoid arthritis: strategies for the 3-month time point. Ann Rheum Dis. 2016;75(8):1479-85.

47. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos, Stöd för styrning och ledning 2021 [Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf Hämtad 2021.01.26.

48. Nordenskiold UM, Grimby G. Grip force in patients with rheumatoid arthritis and fibromyalgia and in healthy subjects. A study with the Grippit instrument. Scand J Rheumatol. 1993;22(1):14-9.

49. Newcomer KL, Krug HE, Mahowald ML. Validity and reliability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic diseases. J Rheumatol. 1993;20(1):21-7.

50. Nordgren B, Friden C, Jansson E, Osterlund T, Grooten WJ, Opava CH, et al. Criterion validation of two submaximal aerobic fitness tests, the self-monitoring Fox-walk test and the Astrand cycle test in people with rheumatoid arthritis. BMC Musculoskelet Disord. 2014;15:305.

51. Hurkmans EJ, van der Giesen FJ, Bloo H, Boonman DC, van der Esch M, Fluit M, et al. Physiotherapy in rheumatoid arthritis: development of a practice guideline. Acta Reumatol Port. 2011;36(2):146-58.

52. Bostrom C, Harms-Ringdahl K, Nordemar R. Clinical reliability of shoulder function assessment in patients with rheumatoid arthritis. Scand J Rheumatol. 1991;20(1):36-48.

53. Dellhag B, Bjelle A. A Grip Ability Test for use in rheumatology practice. J Rheumatol. 1995;22(8):1559-65.

54. Eberhardt KB, Svensson B, Mortiz U. Functional assessment of early rheumatoid arthritis. Br J Rheumatol. 1988;27(5):364-71.

55. Bilberg A, Bremell T, Mannerkorpi K. Disability of the Arm, Shoulder and Hand questionnaire in Swedish patients with rheumatoid arthritis: A validity study. J Rehabil Med. 2012;44(1):7-11.

56. Raterman HG, Hoving JL, Nurmohamed MT, Herenius MMJ, Sluiter JK, Lems WF, et al. Work ability: a new outcome measure in rheumatoid arthritis? Scandinavian Journal of Rheumatology. 2010;39(2):127-31.

57. Brodin N, Swärdh E. Kapitel: Fysisk aktivitet vid reumatoid artrit. FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, YFA; 2017. p. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Reumatoid-artrit.pdf Hämtad 2021.03.15.

58. Lamb SE, Williamson EM, Heine PJ, Adams J, Dosanjh S, Dritsaki M, et al. Exercises to improve function of the rheumatoid hand (SARAH): a randomised controlled trial. Lancet. 2015;385(9966):421-9.

59. Lorig K, Ritter PL, Plant K. A disease-specific self-help program compared with a generalized chronic disease self-help program for arthritis patients. Arthritis Rheum. 2005;53(6):950-7.

60. Murray K, Moore L, O'Brien C, Clohessy A, Brophy C, FitzGerald O, et al. A multidisciplinary approach to reproductive healthcare in women with rheumatic disease. Ir J Med Sci. 2020;189(1):237-43.

61. Sveriges kommuner och regioner. Patientkontrakt. https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/patientkontrakt.28918.html. Hämtat 2021.04.14.

62. Voshaar MJ, Nota I, van de Laar MA, van den Bemt BJ. Patient-centred care in established rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(4-5):643-63.

63. Alten R, van de Laar M, De Leonardis F, Tietz N, Guerreiro M, van Vollenhoven R. Physical and Emotional Burden of Rheumatoid Arthritis: Data from RA Matters, a Web-Based Survey of Patients and Healthcare Professionals. Rheumatol Ther. 2019;6(4):587-97.

64. Parenti G, Tomaino SCM, Cipolletta S. The experience of living with rheumatoid arthritis: A qualitative metasynthesis. J Clin Nurs. 2020;29(21-22):3922-36.

65. Landgren E, Bremander A, Lindqvist E, Nylander M, Van der Elst K, Larsson I. "Mastering a New Life Situation" - Patients' Preferences of Treatment Outcomes in Early Rheumatoid Arthritis - A Longitudinal Qualitative Study. Patient Prefer Adherence. 2020;14:1421-33.

66. Lee YC, Cui J, Lu B, Frits ML, Iannaccone CK, Shadick NA, et al. Pain persists in DAS28 rheumatoid arthritis remission but not in ACR/EULAR remission: a longitudinal observational study. Arthritis Res Ther. 2011;13(3):R83.

67. Svensson B, Forslind K, Andersson M. Unacceptable pain in the BARFOT inception cohort of patients with rheumatoid arthritis: a long-term study. Scand J Rheumatol. 2020;49(5):371-8.

68. Feldthusen C, Mannerkorpi K. Factors of importance for reducing fatigue in persons with rheumatoid arthritis: a qualitative interview study. BMJ Open. 2019;9(5):e028719.

69. Primdahl J, Hegelund A, Lorenzen AG, Loeppenthin K, Dures E, Appel Esbensen B. The Experience of people with rheumatoid arthritis living with fatigue: a qualitative metasynthesis. BMJ Open. 2019;9(3):e024338.

70. Läkemedelsverket. Läkemedel vid osteoporos för att förhindra benskörhetsfrakturer 2020 [Available from: https://www.lakemedelsverket.se/4998bd/globalassets/dokument/behandling-och-forskrivning/behandlingsrekommendationer/behandlingsrekommendation/behandlingsrekommendation-osteoporos.pdf Hämtad 2021.03.15.

4.1. Webbadresser länkade i dokumentet

Folkhälsomyndigheten. Fysisk aktivitet på recept. https://www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material/publikationsarkiv/f/far-individanpassad-skriftlig-ordination-av-fysisk-aktivitet/ Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologis kvalitetsregister. PER Patientens egen registrering. Hämtad 2020.12.23 från: https://srq.nu/om-per-patient/ Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Kardiovaskulär primärprevention vid inflammatorisk reumatisk sjukdom. (2020). https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/sammanfattning-av-bakgrundsdokumentation-primarprevention-avseende-kardiovaskular-sjukdom.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Lathund för kardiovaskulär primärprevention vid inflammatorisk reumatisk sjukdom. (2020). https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/10/rekommendationer-for-kardiovaskular-primarprevention-vid-inflammatorisk-reumatisk-sjukdom.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Levnadsvanor inom reumatologi, https://svenskreumatologi.se/levnadsvaneprojektet/ Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Provtagning och kontroller vid antireumatisk behandling. (2020). Hämtad 2020.12.23 från: https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/rekommendation-for-provtagning-och-kontroller-vid-antireumatisk-behandling.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Rekommendationer avseende anti-inflammatorisk och immunmodulerande behandling i samband med graviditet och amning.(2020). Hämtad 2020.12.23 från: https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/10/rekommendationer-avseende-anti-inflammatorisk-och-immunmodulerande-behandling-i-samband-med-graviditet-och-amning.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Rekommendationer för Modern ReumaRehabilitering. (2020). Hämtad 2020.12.23 från: https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/rekommendationer-for-modern-reumarehabilitering.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit. (2020). https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/riktlinjer-for-lakemedelsbehandling-vid-reumatoid-artrit.pdf Hämtad 2020.12.23

Svensk reumatologisk förening. Vaccination av patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar (2020). https://svenskreumatologi.se/wp-content/uploads/2020/03/rekommendationer-for-vaccination-hos-patienter-med-inflammatoriska-reumatiska-sjukdomar.pdf Hämtad 2020.12.23

Föreningen reumasjuksköterskor i Sverige och Svensk sjuksköterskeförening. (2012). Kompetensbeskrivning för sjuksköterska med specialisering inom reumatologisk specialistvård. https://beta.swenurse.se/download/18.9f73344170c00306231d23/1584094590298/kompetensbeskrivning%20sjuksk%C3%B6terska%20reumatologisk%20omv%C3%A5rdnad.pdf Hämtad 2020.12.23

Konsekvensbeskrivning för - Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp – Reumatoid artrit - etablerad

Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2021-03-23	Godkänt för öppen remiss av NPO Reumatiska sjukdomar

Innehållsförteckning

Sammanfattning 4
1. Om konsekvensbeskrivningen 5
2. Konsekvenser 5
2.1 Omfattning 5
2.2 Nytta eller risker för individen 6
2.3 Etiska aspekter 6
2.4 Verksamhet och organisation 7
2.5 Kostnader 7
2.6 Kompetensförsörjning 9
2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 9
2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 10
2.9 Uppföljning 10
2.10 Övriga konsekvenser 10
3. Referenser 11
Bilaga – Hälsoekonomisk analys 12

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för etablerad reumatoid artrit (RA) är att fler personer med RA får ett välstrukturerat omhändertagande med vård och behandling enligt befintliga riktlinjer och får tillgång till hela det reumatologiska teamet bestående av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator samt även andra professioner som till exempel dietist, ortopedtekniker och psykolog när så behövs. Vårdförloppet skapar förutsättningar för ett strukturerat omhändertagande, som också kan följas upp och utvärderas. På så sätt bidrar vårdförloppet till en mer jämlik vård och mindre risk för lokala och regionala skillnader, som kan leda till sämre vård för den enskilda individen. Vårdförloppet ökar också möjligheterna för individen att vara delaktig i vård och behandling och att ta eget ansvar för hälsosamma levnadsvanor.

För den reumatologiska specialistvården kan vårdförloppet medföra ett ökat antal besök, vilket kan leda till ökade kostnader och risk för undanträngningseffekter för patienter med andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Vårdförloppet inkluderar insatser från många olika yrkeskategorier. Här kan krävas såväl ändrade arbetssätt som kompetensutvecklande åtgärder. I vissa fall kan även organisatoriska förändringar behövas för att kunna erbjuda patienten alla delar i vårdförloppet. I vissa fall kan införandet av vårdförloppet komma att hindras av nuvarande och kommande brister i kompetensförsörjningen.

Sammantaget leder vårdförloppet sannolikt till en viss initial kostnadsökning för hälso- och sjukvården, exempelvis genom kompetensutveckling, fler besök i reumatologisk specialistvård, ökad andel som får del av rehabiliterande åtgärder och något ökad läkemedelsanvändning. Det är svårt att bedöma om vårdförloppet leder till ökad kostnadseffektivitet på sikt. Målet med vårdförloppet är att öka andelen patienter med låg sjukdomsaktivitet eller remission, öka andelen patienter som har en god funktionsnivå samt öka patienters delaktighet i reumatologisk vård och behandling. I bästa fall leder detta till att patienter med RA har mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen och att en högre andel är yrkesverksamma och en mindre andel är beroende av olika kommunala stödinsatser. Detta kan på sikt bidra till en lägre kostnad för samhället.

För att vårdförloppet för RA ska kunna följas och utvärderas krävs, på samma sätt som för första delen av vårdförloppet, att alla patienter som inkluderas i vårdförloppet registreras och följs i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). Detta säkerställer även att inkluderade patienter kan monitorers strukturerat. För att säkerställa hög täckningsgrad i SRQ och underlätta registrering och därmed minska tiden och kostnaderna för vårdgivarens dokumentation är det nödvändigt med en koppling för direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige. Detta förutsätter initialt ökade resurser och stöd från SKR.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen fokuserar på konsekvenser av åtgärder och aktiviteter som beskrivs i personcentrerat och sammanhåller vårdförlopp för etablerad reumatoid artrit (RA). Vårdförloppet startar i det första sammanhållna och personcentrerade vårdförloppet för RA, del 1, och fortsätter i vårdförlopp etablerad RA, del 2. Därför kan några av konsekvenserna som beskrivs i detta dokument redan tidigare ha beskrivits i del 1.

Analys av nuläget har bland annat gjorts genom en enkätundersökning till landets verksamhetsföreträdare inom reumatologi (svarsfrekvens 68 procent) och svaren från den enkäten har beaktats i denna konsekvensbeskrivning.

Arbetsgruppen som utarbetade vårdförloppet och som tagit fram konsekvensbeskrivningen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård samt patientföreträdare. Arbetsgruppens medlemmar anges i vårdförloppsdokumentet avsnitt 3.1 Arbetsprocess. Ordförande i arbetsgruppen var Cecilia Carlens. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. NPO reumatiska sjukdomar samt av dem utvald referensgrupp har inkommit med synpunkter på arbetsgruppens arbete. Arbetet med konsekvensbeskrivningen färdigställdes under våren 2021.

2. Konsekvenser

2.1 Omfattning

Den årliga incidensen av RA är cirka 40/100 000 invånare över 18 år och prevalensen är cirka 0,6 procent av befolkningen över 18 år, vilket innebär cirka 48 000 personer. Incidensen är lägre i storstadsområden där befolkningen generellt sett är yngre.

Vårdförloppet omfattar åtgärder från det att en person haft diagnostiserad RA sedan minst ett år tills patienten inte längre följs inom reumatologisk specialistvård. RA är en kronisk sjukdom vilket innebär att de flesta patienter som inkluderas i vårdförloppet följs till sin död eller utflytt till annat land. I en del fall revideras diagnosen RA efter ett antal år då patientens symtomatologi bättre kan förklaras av annat tillstånd. Detta är dock sällsynt när det har gått mer än ett år efter diagnos. De flesta patienter insjuknar mellan 50 och 70 års ålder och kommer därmed att följas i flera decennier i detta vårdförlopp. Idag följs cirka 42 000 personer med RA i SRQ och majoriteten av dessa kommer sannolikt att omfattas av vårdförloppet. SRQ beräknas idag ha en täckningsgrad för RA på cirka 86 procent vilket innebär att det finns cirka 7000 personer som idag har diagnosen RA men som av olika skäl inte tidigare inkluderats i SRQ. En del av dessa personer kan komma att inkluderas i vårdförloppet.

Vårdförloppet inkluderar de flesta åtgärder som kan vara aktuella för patienter med RA och kommer därmed troligen att leda till en ökad medvetenhet avseende vikten av regelbunden uppföljning, rehabilitering, förebyggande av samsjuklighet och omhändertagande vid familjebildning. Hur stor denna ökade medvetenhet kommer att bli är svår att prognosticera då det finns svårigheter att idag mäta detta omhändertagande.

Samtliga patienter som ingår i vårdförloppet, kommer att ta del av åtgärderna i detta kunskapsstöd. För att det ska få den effekt som önskas, med en rättvis och lika vård över hela landet, krävs att införandet görs brett på samtliga berörda nivåer inom regioner och hos privata vårdgivare.

2.2 Nytta eller risker för individen

Om åtgärderna enligt vårdförloppet för etablerad RA implementeras i hela landet ger det ökad möjlighet för patienterna att få bästa tänkbara behandling utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens oavsett bostadsort. Idag finns regionala och lokala skillnader som omfattar bemanning, struktur och kunskapsnivå.

Framförallt förväntas individen ha nytta av att vårdförloppet innehåller tydliga strukturer för åtgärder i följande situationer:

- Varierande sjukdomsaktivitet över tid, med behov av att anpassa insatserna utifrån det.
- Behov av rehabilitering och stöd för hälsosamma levnadsvanor.
- Graviditet.

Genom att flödet blir tydligt för alla inblandade kan individen få en tydligare bild av vad de kan förvänta sig av vården och vilka åtgärder de själva förväntas bidra med, vilket kan öka förutsättningarna för individens delaktighet. Det finns tydligt uttryckt i vårdförloppet att varje patient ska ha en aktiv roll genom hela flödet med möjlighet att påverka, utifrån egna behov och förutsättningar.

2.3 Etiska aspekter

Vårdförloppet bedöms inte påverka den enskilda patientens autonomi och integritet negativt. Utifrån de data vi har idag, dels från SRQ, dels från en enkät till verksamhetsföreträdare i reumatologi, bedöms risken för undanträngning av andra patientgrupper i de flesta delar av landet som låg. I vissa regioner och på vissa enheter finns dock idag brist på specialistläkare i reumatologi. Där kan det finnas risk för undanträngning av andra patientgrupper inom reumatologisk specialistvård, om vårdförloppet implementeras utan att åtgärder vidtas för att säkra kompetensförsörjningen. Då det i vissa regioner även föreligger brist på yrkeskategorier kopplade till reumatologisk rehabilitering kan utökade teaminsatser, i vissa fall, också bidra till undanträngningseffekter för andra patientgrupper.

Vårdförloppet bedöms inte få konsekvenser utifrån prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvård. Vårdförloppets åtgärder stämmer väl överens med Socialstyrelsens uppdaterade riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, där stor vikt har lagts vid att följa prioriteringsgrunderna för hälso- och sjukvård.

Vårdförloppets förebyggande och rehabiliterande insatser ska styras utifrån patientens behov. Det som beskrivs i vårdförloppet är rehabiliteringsåtgärder relaterade till patientens RA. Friskvård ingår inte i det beskrivna vårdförloppet utan är personens eget ansvar. Inte heller rehabiliteringsbehov av andra orsaker än RA ingår i vårdförloppet. Det kan förekomma att vårdpersonal och den enskilda individen har olika uppfattningar om behovet av rehabiliteringsåtgärder. Det kan göra att individen upplever besvikelse och upplevelse av att inte få det man anser sig ha har rätt till. All vård ska ges utifrån behov, och en tydlig dialog är av vikt för att motverka besvikelser som har sin grund i förväntningar som ligger utanför vårdförloppet.

Inga uppenbara negativa konsekvenser ses utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Varje reumatologisk enhet kommer att behöva utarbeta lokala rutiner för att överbrygga eventuella hinder för patienter att tillgodogöra sig samtliga delar i kunskapsstödet, till exempel på grund av funktionsnedsättningar eller språksvårigheter.

Alla patienter med RA som är i behov av antireumatisk behandling ska utifrån nuvarande vårdnivåer behandlas inom reumatologisk specialistvård. Ingången i vårdförloppet förändrar inte detta. Däremot kan patienter med RA fortsätta följas inom reumatologisk specialistvård utan att ingå i vårdförloppet.

2.4 Verksamhet och organisation

På flera orter i Sverige finns redan idag ett fungerande omhändertagande av personer med RA. Detta kunskapsstöd kommer att innebära små förändringar i dessa enheters verksamhet. Vid de kliniker som idag saknar ett sådant fungerande omhändertagande kommer en omstrukturering av verksamheten att krävas. Enligt enkätundersökningen till verksamhetsföreträdarna i reumatologi 2020 träffar 76 procent av patienter med RA i Sverige en läkare minst en gång årligen. De flesta enheter (21 av 23) anger att patienter med RA träffar arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator fysiskt endast vid behov. Vid 17 av 23 enheter träffar patienter med RA en sjuksköterska fysiskt minst var 24:e månad. Bedömning, uppföljning och behandling hos de i teamet ingående professionerna är organiserad olika vid landets olika enheter. Vid 17 av 23 enheter anges att bedömning av fysioterapeut sker inom specialistvård, men endast 13 av 23 att uppföljning sker inom specialistvården. Motsvarande siffror för läkare är 22 av 23 för bedömning inom specialistvård. Även uppföljning sker inom specialistvården.

Specialistkompetensen hos de professioner som ingår i teamet är inte kartlagd. Det är möjligt att det krävs en kompetenshöjning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter och att det råder brist på fysioterapeuter med specialistkompetens i reumatologi. När det gäller reumatologer med privat verksamhet har dessa sällan tillgång till övriga yrkeskategorier på plats. De skriver då ofta remiss till fysioterapeuter och arbetsterapeuter utan att det sker en gemensam teambedömning. För bästa möjliga utfall bör hälsoprofessionerna vara nära knutna till den reumatologiska verksamheten så att ett multiprofessionellt teamomhändertagande kan erbjudas och en kontinuerlig fortbildning och utveckling ske inom teamet.

Optimalt införande av kunskapsstödet i all reumatologisk verksamhet i Sverige är i hög grad beroende av digitala lösningar. I delar av landet har patienterna långa avstånd till närmaste reumatologiska enhet och digitala lösningar är nödvändiga för att genomföra planerade kontakter och uppföljningar för alla patienter. I enkäten enligt ovan anger 11 av 23 enheter möjlighet till digitala träffar med kurator vid behov, 9 av 23 anger möjlighet till digital träff med läkare minst var 24:e månad.

För att kunna följa upp de föreslagna indikatorerna i vårdförlopp RA, såsom verksamheternas följsamhet till vårdförloppet och patientrelaterade utfall som sjukdomsaktivitet, kommer en ökad registrering i SRQ att krävas. I nuläget registrerar de flesta verksamheter besök i SRQ, men några gör det i mycket begränsad omfattning. Inom dessa verksamheter kommer man att behöva se över arbetssätt och sannolikt tillföra personella resurser för att kunna öka registreringen i SRQ.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas lokalt, regionalt och nationellt.

Detta kunskapsstöd kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer för omhändertagande av personer med RA.

2.5 Kostnader

Många vårdgivare följer redan upp patienter med RA i stort sett såsom det beskrivs i vårdförloppet. För dem leder vårdprogrammet inte till ökade kostnader.

Vårdförloppet beskriver uppföljning och behandling enligt strategin ”treat-to-target”. Det betyder att behandlingen ska styras mot ett behandlingsmål, att behandlingen ska justeras utifrån aktuella behandlingsriktlinjer om målet ej nås och att tät uppföljning ska göras. I en översiktsartikel över studier av kostnadseffektiviteten vid behandling av RA enligt strategin ”treat-to target”, drogs slutsatsen att ”treat-to target” strategin vid tidig RA i de flesta fall är kostnadseffektiv, förutsatt att

inte biologisk behandling ges direkt [1]. Om denna strategi är kostnadseffektiv vid etablerad sjukdom, som beskrivs i detta vårdförlopp, gick inte att bedöma Se mer detaljerad information om översiktsartikeln i Hälsoekonomisk bilaga, kapitel Hälsoekonomiska studier av strategier för treat-to target. En möjlig konsekvens för ett mindre antal vårdgivare är att tätare besök hos läkare och sjuksköterska kan ge en kostnadsökning.

Det finns idag ingen tillförlitlig statistik över resursåtgången för besök hos hälsoprofessionerna för patienter med RA. Det finns heller inte någon kartläggning av kliniskt verksamma fysioterapeuter och arbetsterapeuter med specialist- respektive specialkompetens inom reumatologi eller någon uppskattning över det faktiska behovet. Det är möjligt att fler kontakter med hälsoprofessioner kan ge en kostnadsökning, men det är mycket oklart.

På lång sikt är målet att patienter med RA kommer att ha lägre sjukdomsaktivitet och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen och av relaterad samsjuklighet, vilket kommer att ge en totalt sett lägre kostnad för samhället. Kostnaden för RA har i en rapport från Institutet för Hälso- och Sjukvårdsekonomi visat att de totala samhällsekonomiska kostnaderna för RA i Sverige var 4,2 miljarder kronor år 2014 [2]. Av dessa bestod 2,9 miljarder av sjukvårdkostnader och 1,2 miljarder av produktionsbortfall på grund av nedsatt arbetsförmåga eller sjuklighet. En holländsk studie av två olika strategier för ”treat to target” visade på högre kostnadseffektivitet vid initial kombinationsbehandling med icke biologiska DMARDs jämfört med monoterapi över en femårsperiod [3]. Vidare har de visat att patienter med RA som tidigt når en remission har bättre kliniskt utfall och även lägre kostnader på lång sikt [4]. Sammantaget talar detta för att det är kostnadseffektivt att så fort som möjligt nå låg sjukdomsaktivitet och behålla låg sjukdomsaktivitet över tid.

Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt över tid då priserna för antireumatiska läkemedel sänks i och med att patent successivt går ut. Möjligen kan kostnaderna öka något initialt då fler patienter får tätare uppföljning och monitorering utifrån behandlingsmål.

Ultraljudmaskiner är idag tillgängliga på de flesta reumatologiska enheter. Även om kompetensen inom muskuloskeletalt ultraljud har ökat påtagligt de senaste åren, så är kunskapen i användning och tolkning av bilderna fortfarande varierande. Nyttan av muskuloskeletalt ultraljud vid uppföljning av etablerad RA är omdiskuterad, men ultraljud av kunnig person underlättar bedömning avseende subkliniska artriter och kan leda till snabbare behandlingsbeslut [5]. Detta samt ökad effekt av ultraljudsledda injektioner gör ultraljud indirekt till en kostnadseffektiv undersökningsmodalitet [6, 7].

När de gäller rehabilitering pekar de ekonomiska utvärderingar som gjorts mot att tillägg av guidad träning i kombination med hemövningsprogram är kostnadseffektivt ur ett samhällsperspektiv för såväl handträning [8] som fysisk träning [9].

De direkta och indirekta kostnaderna kommer därför sannolikt att minska över tid när vårdförloppet är infört. Värdet av effektiv behandling, minskad funktionsnedsättning och ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

För att underlätta och säkerställa en täckningsgrad på 90 procent i SRQ bör en koppling för överföring av data utarbetas mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige, vilket saknas idag. Detta kommer att generera kostnader på kort sikt, men kommer att effektivisera resursutnyttjandet på lång sikt eftersom dubbeldokumentation kan undvikas. Om denna koppling inte kommer till stånd kommer sannolikt de administrativa kostnaderna vid de reumatologiska enheterna att öka om de ska kunna nå målet för täckningsgrad.

2.6 Kompetensförsörjning

Varje reumatologisk enhet måste ha tillräckligt antal medarbetare för att kunna möta de utökade arbetsuppgifter som vårdförloppet initialt kan innebära. Det gäller speciellt på de enheter som idag inte är uppbyggda så att de fullt ut kan hantera de centrala delarna i vårdförloppet, som tätare besök vid aktiv sjukdom, omhändertagande under graviditet, teamarbete och registrering i SRQ. Vårdförlopp RA ställer krav på att det finns god tillgång till specialistläkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med erfarenhet och särskild kunskap inom reumatologi, vilket idag saknas på vissa enheter. Formell specialisering inom reumatologi finns i Sverige för närvarande för fysioterapeuter och läkare. För sjuksköterskor är möjligheterna för kompetensutveckling begränsade, bland annat på grund av brist på vidareutbildningar. Det är därför angeläget att ta fram vidareutbildningar för sjuksköterskor och i synnerhet en specialistsjuksköterskeutbildning i reumatologisk vård på, och i samarbete med, lärosäten i Sverige.

Det finns idag god kännedom om antalet och fördelningen av specialistläkare i reumatologi och ST-läkare i reumatologi i Sverige tack vare Svensk reumatologisk förenings årliga sammanställning. Sammanställningen görs baserat på en enkät som varje år skickas ut till alla reumaenheter. Det finns därför god kunskap om var de största kompetensförsörjningsproblemen finns för läkare. Stora ansträngningar har senaste 15 – 20 åren gjorts för att öka antalet ST-läkare i reumatologi och säkra kompetensförsörjningen runt om i landet. Trots detta finns det fortfarande brist, framförallt på mindre orter. Någon motsvarande sammanställning för andra yrkeskategorier finns inte och kunskapen om kompetensförsörjningen för dessa är därför bristfällig. Många verksamhetsföreträdare beskriver att det idag är brist på till exempel sjuksköterskor med särskild kunskap inom reumatologi och fysioterapeuter med specialisering inom reumatologi, men det finns inte några siffror att utgå ifrån. En del av de enskilda rehabiliteringsinsatser som ingår i vårdförloppet kan ske inom primärvården och för att möjliggöra det är det troligt att utbildningsinsatser krävs.

För att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid för patienterna kan nya funktioner så som fast vårdkontakt och koordinator behövas. Hur sådana funktioner ska bemannas och organiseras bör beslutas och utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena.

För lyckad implementering av vårdförloppet är det viktigt med kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga professioner. Särskilt viktigt är det att säkerställa att personal har adekvat kunskap för att kunna använda muskuloskeletalt ultraljud vid bedömning av artrit och för injektioner av lokala steroider i svåråtkomliga leder.

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Sedan januari 2021 finns en uppdaterad version av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar [6]. Innehållet i vårdförlopp RA bedöms vara väl förenligt och i linje med de uppdaterade riktlinjerna. Vårdförlopp RA, del 1, och vårdförlopp etablerad RA, del 2 är framtagna av i princip samma arbetsgrupp och är i möjligaste mån samstämmiga i sin utformning. Arbetsgruppen för vårdförlopp etablerad RA har inkommit med synpunkter till arbetet med det generiska vårdförloppet för rehabilitering och innehållet i den generiska modellen stämmer väl överens med processen för förebyggande och rehabiliterande åtgärder i vårdförlopp etablerad RA.

Kommande vårdförlopp exempelvis för levnadsvanor kan möjligtvis påverka Vårdförlopp RA, men det kan även ske en påverkan åt andra hållet. Det finns sannolikt ingen påverkan på andra befintliga kunskapsstöd i dagsläget. Om ytterligare andra närliggande vårdförlopp utvecklas är en samordning och harmonisering viktig, inte minst för patientens åtgärder och ansvar.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförlopp RA bedöms inte ha några betydande konsekvenser för andra nyckelfrågor inom hälso- och sjukvården. Vårdförloppet är väl förenligt med omställningen till nära vård, då denna ska ”främja jämlik hälsa”, vilket även är huvudsyftet med vårdförlopp RA. Omställningen syftar till att ”främja jämlik hälsa”, samordning av vårdinsatser, samverkan mellan vårdaktörer, tillgänglighet och ökad delaktighet för patienter”. Även detta harmonierar med tanken i vårdförlopp RA: ett tydligt vårdförlopp kommer att ge ökade förutsättningar för ökad samverkan mellan olika vårdgivare och ökad delaktighet för patienter.

2.9 Uppföljning

De flesta indikatorer som ska följas i vårdförlopp RA kommer att hämtas ur SRQ. Det är därför avgörande att samtliga patienter som omfattas av vårdförlopp RA registreras i SRQ. Registret har idag en täckningsgrad på cirka 86 procent för patienter med RA, men i vissa fall är data inte komplett registrerade, vilket försvårar uppföljningen.

Registret kan hantera det ökade behovet av registreringar inom befintliga resurser. Dock kommer ökade resurser att krävas för att skapa och årligen ta fram de indikatorer som föreslagits, men arbetet bedöms ändå relativt begränsat och möjligt att genomföra. De enheter eller personalkategorier som i dagsläget inte har resurser eller kompetens att registrera i SRQ kommer att behöva kompetenshöjning och för det kommer sannolikt ökade resurser att behöva tillföras till vårdgivarna. För att minska vårdpersonalens administrativa börda och möjliggöra en effektivare vård krävs också att en koppling med direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige skapas. Idag finns detta bara i enstaka regioner.

För uppföljning av indikatorn *Andel med pågående DMARD behandling årligen* kommer data sökas ut ur Socialstyrelsens hälsodataregister. Att skapa denna indikator kommer initialt att kräva resurser i arbetsgruppen, hos SKR och hos registerhållande myndighet, men bör därefter kräva relativ lite resurser årligen.

För indikatorn *Arbetsförmåga / sjukskrivning* kommer data att hämtas från Försäkringskassan. Arbetet med att utveckla denna indikator kommer att kräva resurser från registerhållande myndighet, arbetsgruppen och SKR, framför allt initialt.

Indikatorn för upplevd patientdelaktighet och personcentrering kommer att utvecklas inom den nationella patientenkäten som görs av Regionerna/SKR (Regionernas/SKR datainsamlingar). Detta kommer att kräva resurser från SKR och från arbetsgruppen eller andra utsedda personer från den reumatologiska specialistvården.

2.10 Övriga konsekvenser

Både stöd och krav för implementering av vårdförlopp RA måste vara så attraktiva att införandet blir en naturlig del i vården. Under implementeringen kan webbutbildning, manualer, riktlinjer och lathundar behöva utarbetas. Likaså kan ett nationellt nätverk med representanter från olika regioner byggas upp för att stödja implementeringen.

3. Referenser

1. Wailoo, A., et al., *The clinical effectiveness and cost-effectiveness of treat-to-target strategies in rheumatoid arthritis: a systematic review and cost-effectiveness analysis.* Health Technol Assess, 2017. **21**(71): p. 1-258.
2. Toresson Grip, E. and K. Steen Carlsson. *IHE Rapport 2016:3 KOSTNADER FÖR REUMATOID ARTRIT I SVERIGE ÅR 2014*. 2016; Available from: https://ihe.se/wp-content/uploads/2016/08/IHE-Rapport-2016_3.pdf.
3. van de Laar, C.J., M.A.H. Oude Voshaar, and H.E. Vonkeman, *Cost-effectiveness of different treat-to-target strategies in rheumatoid arthritis: results from the DREAM registry.* BMC Rheumatol, 2019. **3**: p. 16.
4. Ten Klooster, P.M., et al., *Long-term clinical, functional, and cost outcomes for early rheumatoid arthritis patients who did or did not achieve early remission in a real-world treat-to-target strategy.* Clin Rheumatol, 2019. **38**(10): p. 2727-2736.
5. Ten Cate, D.F., et al., *Role of ultrasonography in diagnosing early rheumatoid arthritis and remission of rheumatoid arthritis--a systematic review of the literature.* Arthritis Res Ther, 2013. **15**(1): p. R4.
6. Simpson, E., et al., *What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis.* Health Technol Assess, 2018. **22**(20): p. 1-258.
7. Sibbitt, W.L., Jr., et al., *A randomized controlled trial of the cost-effectiveness of ultrasound-guided intraarticular injection of inflammatory arthritis.* J Rheumatol, 2011. **38**(2): p. 252-63.
8. Lamb, S.E., et al., *Exercises to improve function of the rheumatoid hand (SARAH): A randomised controlled trial.* The Lancet, 2015. **385**(9966): p. 421-429.
9. Manning, V.L., et al., *Economic evaluation of a brief education, self-management and upper limb exercise training in people with rheumatoid arthritis (EXTRA) programme: a trial-based analysis.* Rheumatology (Oxford), 2015. **54**(2): p. 302-9.
10. Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos, Stöd för styrning och ledning*. 2021; Available from: https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf Hämtad 2021.01.26.

Bilaga – Hälsoekonomisk analys

Hälsoekonomiska studier av interventioner relaterade till det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet för patienter med reumatoid artrit

Denna sammanställning av hälsoekonomiska studier av interventioner riktade till patienter med reumatoid artrit (RA) har gjorts av Emelie Heintz, Tobias Lauritsen och Karoline Magnusdottir, Centrum för Hälsoekonomi, Informatik och Sjukvårdsforskning (CHIS), Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO), på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Region Stockholm.

Syftet med översikten var att identifiera hälsoekonomiska studier av relevans för de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen för patienter med reumatoid artrit (RA). Resultaten från översikten kommer senare att presenteras i en systematisk översikt på engelska men i denna sammanställning på svenska har vi valt ut de europeiska studier som bedömts vara relevanta för vårdförloppet.

Fokus i sammanställningen har varit på icke-farmakologiska interventioner då kostnadseffektiviteten av läkemedel riktade till patienter med RA redan bedömdes vara utvärderad av Tandvård- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Socialstyrelsen. Treat to target (T2T) har inkluderats då det bedöms vara ett sätt att arbeta och inte enbart innebära läkemedelsbehandling.

Metod

En sökning efter hälsoekonomiska studier gjordes i databaserna PubMed, Embase och NHS EED den 8:e februari 2021. I sökningen användes sökfilter för medicinska studier inriktade på RA. Sökfiltren baseras på sökfilter från en SBU-rapport som utgjort underlag för Nationella Riktlinjer Rörelseorganens sjukdomar (Socialstyrelsen, 2021; Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, 2020). För att identifiera hälsoekonomiska studier användes sökfilter från Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH) (CADTH, 2016).

För att bedöma relevansen av de publikationer som identifierades i databaserna har de granskats av två oberoende personer. Studier inkluderades om de jämförde en icke-farmakologisk intervention i jämförelse med en alternativ intervention och presenterade resultat i termer av både kostnader och effekter. Sökningen begränsades till studier på engelska och skandinaviska språk. En tidsbegränsning sattes till 10 år. Studierna har kvalitetsgranskats med hjälp av två checklistor för granskning av hälsoekonomiska studier (Husereau et al., 2013; Philips et al., 2004).

En intervention bedömdes vara kostnadseffektiv om den jämfört med alternativet leder till lägre kostnader och bättre effekt eller leder till ökade kostnader som anses vara rimliga i förhållande till interventionens effekt. För att göra en tolkning av resultaten från studierna för ett svenskt perspektiv har vi använt oss av Socialstyrelsens klassificering av kostnaden per vunnet kvalitetsjusterat levnadsår (QALY) (Socialstyrelsen). Enligt dessa kriterier är en kostnad per vunnen QALY under 100 000 kronor låg, mellan 100 000 och 499 999 kronor måttlig, mellan 500 000 och 1 miljon kronor hög och över 1 miljon kronor mycket hög.

Resultat

Litteratursökningen resulterade i totalt 5 623 träffar. Av dessa bedömdes 18 vara relevanta för vårdförloppet. Nedan presenteras de studier vi identifierat inom sju olika områden: diagnostik,

ultraljud, T2T, sjuksköterskeledd vård, rehabilitering, kognitiv beteendeterapi och övriga interventioner.

Hälsoekonomiska studier av diagnostiska interventioner

I sökningen identifierades fyra publikationer inom diagnostik eller screening. Av dessa baserades en på ett arbetssätt där patienter hade direktaccess till reumatolog i primärvård för diagnostik och en var ett konferensabstrakt. Övriga två inkluderades.

I en av de inkluderade studierna (Kievit et al., 2017) utvärderades kostnadseffektiviteten av kardiovaskulär screening för riskfaktorer vid ett enstaka tillfälle. Studien bygger på en beslutsmodell som simulerat effekter och kostnader av screening och efterföljande behandling jämfört med ingen screening under en period om 10 år. I screeningen togs hänsyn till individer med RA och resultatet med screeningverktyget SCORE justerades enligt rekommendationer. De som bedömdes ha förhöjd risk att utveckla kardiovaskulär sjukdom under de kommande tio åren gavs statiner i preventivt syfte. Effekten av statiner är drivande i modellen och baseras på en enskild observationsstudie (Sheng et al., 2012). Kostnadsanalysen gjordes utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Resultatet visade att screeningen ledde till lägre kostnader och samtidigt bättre effekt i QALYs. Vid en betalningsvilja per QALY på 20 000 brittiska pund var sannolikheten att screening var kostnadseffektivt jämfört med ingen screening cirka 80 procent.

Författarna diskuterar en möjlig ytterligare nytta av screeningen. Genom att bidra till ökad förståelse för när riskförebyggande insatser är nödvändiga kan den stimulera till livsstilsförändringar och motivera användningen av program för livsstilsförändring. Det kan i sin tur ytterligare stärka kostnadseffektiviteten.

I den andra studien (Kelleher et al., 2020) studerades budgetpåverkan av en modell för tidig identifiering och remittering till reumatolog vid misstanke om odifferentierad artrit i primärvården enligt framtagna kriterier. Analysen hade ett tidsperspektiv på 12 månader och gjordes utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Studien visar att modellen för tidig identifiering och remittering kan leda till kostnadsbesparingar samtidigt som fler individer med RA diagnosticeras inom tre månader från begynnande symtom.

Det bör noteras att endast direkta sjukvårdskostnader som antas uppkomma under diagnostikfasen är inkluderade i studien. Det innebär att uppföljningar, läkemedelskostnader etc. efter diagnos inte har inkluderats. Om dessa kostnader skulle inkluderas i analysen är det troligt att de skulle vara till modellens fördel då kortare tid till diagnos kan förväntas minska dessa kostnader.

Tabell 1. Hälsoekonomiska studier av diagnostiska interventioner

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat och kommentarer
Kievit et al. 2017 Neder-länderna	Modellering baserad på ingångsdata från patienter i screening-program i Nederländerna.	Intervention: Kardiovaskulär screening samt statinbehandling i preventivt syfte för de med >20% risk att utveckla kardiovaskulär sjukdom inom 10 år. Jämförelse: Kontrollgrupp utan screening. Screening innefattade genomgång av riskfaktorer med verktyget SCORE för att beräkna risk att utveckla kardiovaskulär sjukdom inom 10 år.	Modellering av kostnadseffektivitet (CEA). Markovkedja med tio års tidshorisont. Ett års cykelduration. 182 deltagare och 5000 simuleringar. Sjukvårdsperspektiv. Risker, kostnader och nytta baseras på litteraturgenomgång av studier från primärt norra och västra Europa.	Screening vs. ingen screening: -1 111 euro (2 256 vs. 3 367 euro)	Screening vs. ingen screening: 0,09 QALYs (6,30 vs. 6,21)	Screening kostnads-effektivt i 80% av simuleringarna vid ett tröskelvärde på 20 000 euro.	SCORE-resultatet justerades enligt nederländska rekommendationer för individer med RA, dvs 15 år lades till deltagarnas ålder. När EULARs rekommenderade justering, dvs multiplicering med 1,5 av resultatet, var screening fortsatt kostnadseffektivt i 73% av simuleringarna.

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat och kommentarer
Kelleher et al. 2020 Irland	Uppskattade antalet individer i Irland med utveckling av misstänkt odifferentierad artrit (UA) under en femårsperiod.	Intervention: Tidig remittering till reumatolog vid misstanke om UA/RA enligt framtagna kriterier (Early Identification and Referral Model). Jämförelse: Klinisk praxis utan användning av kriterierna för identifiering av individer att remittera.	Modellering av direkta sjukvårdskostnader på nationell nivå (budgetpåverkansanalys). Sjukvårdsperspektiv med tolv månader tidshorisont. Kostnader för diagnostik jämförs fram till diagnos.	47 509 euro lägre för interventionsgruppen.	16% (1278 av 7 829) vs. 3% (251 av 7 829) av individer med RA diagnosticerade inom tre månader från remiss.		Kostnader modellerade baserat på sannolikheter att individer remitteras av allmänläkare inom tre månader från att symtomen börjar och diagnosticeras av reumatolog inom tre månader från remiss. Sannolikhetsbedömningar baserade på litteraturen.

Hälsoekonomiska studier av ultraljud

Litteratursökningen identifierade tre publikationer av relevans. En av dessa var ett konferensbidrag och en var en pilotstudie. Totalt inkluderades endast en studie.

Den inkluderade studien (Simpson et al., 2018) är en modellering av kostnadseffektiviteten av ultraljudsmonitorering av synovit som tillägg till sedvanlig klinisk undersökning som vägledning vid beslut om dossänkning eller intensifiering av läkemedelsbehandling. Data från en systematisk översikt ligger till grund för modellen och tidsperspektivet var ett år. Resultatet presenteras i form av hur mycket minskad läkemedelsanvändning, alternativt antalet förre allvarliga infektioner, som krävs för tillägget att vara kostnadsneutralt. Beräkningarna utgår från ett tröskelvärde för betalningsvilja på 20 000 samt 30 000 euro. Nettonytta med att undvika en allvarlig infektion har beräknats.

En hälsoekonomisk modellering genomfördes för fyra olika scenarion utifrån pågående läkemedelsbehandling och behandlingsövervägande om dossänkning eller intensifiering. För patienter behandlade med bDMARDs där en dossänkning övervägdes krävdes en minskad användning med 2,46 procent för att tillägget skulle vara kostnadsneutralt. Det bedöms av fattarna som rimligt att uppnå. För patienter behandlade med cDMARDs gick däremot inte kostnadseffektivitet att uppnå på grund av låga läkemedelskostnader. En minskning av antalet allvarliga infektioner med 0,13 per person skulle däremot resultera i kostnadsneutralitet för båda dessa grupper. Huruvida en minskning av antalet infektioner är sannolikt i de studerade målgrupperna är dock tveksamt enligt författarna.

På grund av oklara effekter vid behandlingsintensifiering hos patienter under behandling med bDMARDs kunde inte slutsatser dras om hur mycket utökad läkemedelsanvändning som behöver undvikas för kostnadsneutralitet hos gruppen där intensifiering övervägdes. För patienter behandlade med cDMARDs beräknades däremot att 2,5 procent av läkemedelsökningar behövde undvikas, vilket också det anses rimligt att uppnå enligt författarna.

Tabell 2. Hälsoekonomiska studier av ultraljud

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	ICER	Resultat och kommentarer
Simpson et al. 2018	Individer med RA indelade i 4 kategorier utifrån pågående läkemedelsbehandling och läkares övervägande av förändrad behandling. 1) bDMARD - övervägande av dossänkning. 2) cDMARD - övervägande av dossänkning. 3) bDMARD - övervägande av ändrad behandling. 4) cDMARD – övervägande av ändrad behandling.	Intervention: Ultraljudsmonitorering av synovit, i tillägg till klinisk undersökning. Jämförelse: Enbart klinisk undersökning för att vägleda beslut om läkemedelsförändring	Ekonomisk modellering. Kostnadsnyttoanalys (CBA). Data hämtad från systematisk översikt Ett års tidshorisont. Två nivåer av tröskelvärde (WTP) har antagits. £20000 respektive £30000.	Kostnader för ultraljudsundersökning under ett år var £227.	Ej beräknat.	Procent lägre läkemedelsanvändning som krävs för att uppnå kostnadsneutralitet för respektive kategori: 1) 2,46% 2) Kan inte uppnås pga. låg läkemedelskostnad. 3) Svårberäknat på grund av oklar data och beroende av läkemedel som byts till. 4) 2,52% som inte övergår till behandling med bDMARD

Hälsoekonomiska studier av strategier för Treat-to-target (T2T)

I vår sökning identifierades 16 publikationer som beskriver studier av T2T. Av dessa var sex konferensbidrag och två kommentarer på en annan studie. En av publikationerna var en HTA-rapport som senare även publicerats som en artikel i en internationell tidskrift. Fyra studier jämförde olika protokoll för T2T och inkluderade ingen jämförelse med sedvanlig vård (Pazmino et al., 2020; Sokka et al., 2013; Van De Laar et al., 2020; Verhoeven et al., 2020). En registerstudie innehöll ingen jämförelsegrupp alls. Totalt inkluderades en systematisk översikt och en registerstudie.

I den systematiska översikten (Hock et al., 2021) sammanställdes resultat från randomiserade kontrollerade studier som undersökt effekten eller kostnadseffektiviteten av T2T-strategier. Sökningen gjordes fram till och med november 2020 och totalt inkluderades 49 artiklar som beskrev 22 olika studier. Av dessa jämförde åtta studier T2T med sedvanlig vård, sju studier olika T2T-protokoll, och sex studier olika behandlingsmål. Fyra studier innehöll andra jämförelser mellan mer intensiv och konventionell behandling.

I översikten inkluderades en studie som innehöll resultat avseende kostnadseffektiviteten av en T2T-strategi i kombination med psykosocial vård jämfört med sedvanlig vård (Scott et al., 2020). Studien följde patienterna under 12 månader och presenterade kostnader utifrån både ett hälso- och sjukvårds- samt socialtjänstperspektiv och ett samhällsperspektiv. T2T-strategin hade i kombination med den psykosociala stödinsatsen högre kostnader men bättre effekt i QALYs (0,035 QALYs) jämfört med sedvanlig vård. Skillnaden i kostnader minskade från 1 526 till 1 019 brittiska pund när produktionsbortfall inkluderades. Utifrån ett samhällsperspektiv var kostnaden per vunnen QALY 29 363 brittiska pund, vilket bedöms vara en måttlig kostnad per QALY.

Då så få studier presenterade resultat avseende kostnadseffektivitet har författarna av den systematiska översikten även själva räknat fram en inkrementell kostnadseffektivitetskvot för flera av studierna. Författarnas slutsatser var att T2T-strategierna som utvärderats i de inkluderade studierna generellt visats vara effektiva, att det inte finns någon evidens för att T2T-strategierna skulle leda till komplikationer eller biverkningar, samt att T2T-strategierna generellt verkar vara kostnadseffektiva. Evidensen för kostnadseffektivitet var starkast bland patienter med tidig RA, där de flesta studierna visade att T2T är en kostnadseffektiv strategi. Evidensen var som starkast för initial behandling med cDMARD medan initial behandling med bDMARD inte visades vara kostnadseffektiv.

I registerstudien av Vermeer et al. (Vermeer et al., 2013) jämfördes en kohort som behandlats med en T2T-strategi med en kohort som fått sedvanlig vård under 3 års tid. Studien visade att kohorten som behandlades enligt T2T-strategin efter 3 år hade både lägre kostnader och en bättre effekt i termer av högre andel patienter i remission och en högre median för QALYs. Skillnaden i kostnader mellan grupperna berodde till största delen på inläggningar på sjukhus.

Tabell 3. Hälsoekonomiska studier av Treat-to-target-strategier

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Kommentarer
Scott et al. (2020) England	Vuxna patienter med RA och medelsvår sjukdoms-aktivitet som hade behandlats med csDMARDs under minst 6 månader och var under behandling med csDMARD vid studiens början	Intervention: En T2T-strategi i kombination med stöttande psykosocial vård. Jämförelse: Sedvanlig vård.	Multicenter-RCT Uppföljning under 12 månader	Hälso- och sjukvård och socialtjänst: 1 526 GBP (3 784 vs. 2 258 GBP) Samhälls-perspektiv: 1 019 GBP (4 697 vs. 3 678 GBP)	0,035 QALYs (0,64 vs. 0,61)	Hälso- och sjukvård och socialtjänst: 43 972 GBP per QALY Samhällsperspektiv: 29 363 pund per vunnen QALY	Uppgifterna avseende inkrementella kostnader och effekter presenteras i en bilaga
Veermeer et al. (2013) Nederländerna	Patienter med tidig RA	Intervention: En T2T-strategi för att uppnå remission (n=127) Jämförelse: Sedvanlig vård (n=180)	Prospektiv register-baserad observationsstudie som följer 2 kohorter under 3 år Hälso- och sjukvårdsperspektiv	Efter 2 år: 1 064 euro (4 791 vs. 3 727 euro) Efter 3 år: -462 euro (6 410 vs. 6 872 euro)	Andelen patienter i remission efter 3 år: 24,8% (59.8% vs. 35.0%) Median QALYs efter 3 år: 0,15 (2,19 vs. 2,04)	Efter 2 år: 3 591 euro per patient i remission eller 19 410 euro per vunnen QALY. Efter 3 år: T2T resulterade i lägre kostnader och bättre effekt än sedvanlig vård.	Ingen justering för skillnader i bakgrundsvariabler mellan de två kohorterna har gjorts. Skillnaderna var dock inte statistiskt signifikanta. QALY-vikter har skattats via HAQ.

Hälsoekonomiska studier av sjuksköterskeledd vård

Sökningen identifierade nio publikationer som beskriver sjuksköterskeledda insatser. Av dessa var två konferensbidrag och en var en förstudie till en av de studier som inkluderades. Totalt inkluderades således sex artiklar. Fyra av dessa var kostnadseffektivitetsstudier (Munoz-Fernandez et al., 2016; Ndosi et al., 2014; Sorensen et al., 2014; Watts et al., 2015). Vidare inkluderades en kostnadsanalys och en kostnadsnyttoanalys (Larsson et al., 2015; Mourgues et al., 2018).

I studien av Sørensen et al. (Sorensen et al., 2014) inkluderades patienter med RA och låg sjukdomsaktivitet (DAS28-CRP<3.2, HAQ<2.5) som inte fått någon ökning av DMARDs/steroider de senaste 3 månaderna. Studien tillämpar både ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och ett bredare perspektiv. Kostnader för reumatologi, öppenvård och läkare inkluderades vid hälso-sjukvårdsperspektivet. Kostnader för kommunal hälso-och sjukvård, medicin och annat vårdutnyttjande inkluderades i det bredare perspektivet. Patienterna delades in i 3 grupper (1: planerad konsultation hos reumatolog, 2: delad vård, 3: planerad konsultation hos sjuksköterska). I grupp 1 följdes patienterna upp var tredje till tolfte månad av en senior reumatolog. Grupp 2 erbjöds ingen planerad konsultation. Patienter i denna grupp fick söka vård via primärvården alternativt kontakta reumatologisjuksköterskor per telefon. I grupp 3 erbjöds en 30-minuters konsultation var tredje månad av en erfaren reumatologisjuksköterska i öppenvården. Sjuksköterskorna utbildades för att kunna bedöma leder, blodprov samt HAQ. Patienterna i grupp 3 fick även stöd per telefon av sjuksköterska vid behov . När enbart interventionskostnader inkluderades blev kostnaden per vunnen QALY 2 026 euro för grupp 3 jämfört med grupp 2, vilket kan bedömas vara en låg kostnad per QALY. När kostnader för kommunal hälso- och sjukvård, medicin och annat vårdutnyttjande inkluderades hade grupp 3 både bättre effekt och lägre kostnad än grupp 2. Sannolikheten att intervention 2 och 3 var kostnadseffektiva jämfört med intervention 1 vid en betalningsvilja på 10 000 euro per QALY var 90%. Vid samma betalningsvilja per QALY var sannolikheten 75 procent att intervention 3 var kostnadseffektiv jämfört med intervention 2. Studien sammanfattar att delad vård och sjuksköterskeledd vård kostar mindre med ungefär samma hälsoeffekt jämfört med reumatologledd vård.

I studien av Watts et al. (Watts et al., 2015) inkluderades patienter med stabil RA. Interventionen bestod av sjuksköterskeledd vård inom primärvården (NLC), vilket jämfördes med uppföljning av reumatologer (RLC). NLC leddes självständigt utan reumatologer. Studien applicerar ett hälso- och sjukvårdsperspektiv med ett tidsperspektiv på 12 månader. Kostnader för hälso- och sjukvård, socialtjänst och transport inkluderades. Interventionen kostade 860 brittiska pund mer än jämförelsealternativet (2 835 vs 1 975 brittiska pund). Interventionen hade något bättre effekt i QALYs (0,035 QALYs) jämfört med sedvanlig vård, dock förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna. Studien visade att interventionen med sjuksköterskeledd vård kostade mer utan statistiskt signifikant förbättrad hälsoeffekt.

Studien av Ndosi et al. (Ndosi et al., 2014) inkluderade enbart patienter med stabil RA. Patienter i interventionsgruppen fick sjuksköterskeledd vård (NLC) medan kontrollgruppen fick reumatologledd vård (RLC). Besöksdurationen var 30 minuter för patienter i interventionsgruppen och 15 minuter för patienter som ingick i kontrollgruppen. Sjuksköterskorna som ingick i NLC hade i median 10 års erfarenhet i deras nuvarande roll. De hade ofta en vidareutbildning på mastersnivå, tidigare erfarenheter av att leda sjuksköterskeledd vård och/eller erfarenhet av förskrivning. Patienterna fick fylla i EQ-5D, DAS 28, Pain-VAS, Fatigue-VAS m.fl vid vecka 0, 13, 26, 39 och 52. Även kostnader för resursutnyttjande samlades in. Analyser genomfördes både enligt per protokoll (PP) och enligt intention-to-treat (ITT). Studien visade att interventionen var kostnadseffektiv när DAS28 användes som effektmått men inte när effekten mättes med EQ-5D. Författarna ville inte dra någon slutsats beträffande kostnadseffektivitet då resultatet skiljer sig vid tillämpning av sjukdomsspecifika respektive generiska hälsomått.

Studien av Munoz-Fernandez et al. (Munoz-Fernandez et al., 2016) är en ekonomisk utvärdering av sjuksköterskeledd vård på klinik (NCR). Analysen tillämpar ett hälso-och sjukvårdsperspektiv samt ett samhällsperspektiv. Tidshorisonten var 12 månader. Både direkta kostnader som sjukhusvård och diagnostik inkluderades samt indirekta kostnader för bland annat produktionsbortfall och förtidspension. Interventionen anses förbättra kliniska utfallsmått samt livskvalitet för patienter med RA. Studien visar även att interventionen minskar användningen av resurser inom primärvården.

Studien av Larsson et al. (Larsson et al., 2015) är en kostnadsanalys som inkluderade patienter med kronisk inflammatorisk artrit (CIA) men patienter med RA inkluderades som undergrupp. För patienterna som ingick i interventionsgruppen byttes ett av uppföljningstillfällena ut mot en uppföljning till en sjuksköterskeled reumatologiklinik (NLC). Patienter som ingick i kontrollgruppen fick enbart uppföljning via reumatologiklinik (RLC). De primära utfallsmåtten var den årliga resursanvändningen och direkta kostnader för biologiska läkemedel. Interventionen minskade resursförbrukningen och de årliga kostnaderna med 2 167 euro (14 108 vs 16 275 euro, p = 0,004).

Studien av Mourgues et al. (Mourgues et al., 2018) är en kostnadsnyttoanalys som inkluderar patienter med komorbiditet relaterad till RA. Interventionen bestod av ett sjuksköterskelett program med syftet att förebygga komorbiditet genom olika förebyggande åtgärder. Studien inkluderade direkta medicinska kostnader under en 24 månader period. De förebyggande åtgärder som inkluderades var förskrivning av D-vitamin och kalcium, influensavaccin, mätning av creatininaemia, ökat intag av kalcium från mat, bentätsmätning, blodtrycksmätning, mat- och livsstilsförändring, förskrivning av läkemedel för dyslipidemia, vaccination för lunginflammation, screening av hudcancer och ökad fysisk aktivitetsnivå. De fem förstnämnda ansågs ge mesta nyttan. I studien beräknades hur många patienter som skulle behöva följa sjuksköterskornas rekommendationer om förebyggande åtgärder för att det skall uppväga kostnaderna för sjuksköterskorna som genomför de förebyggande åtgärderna. Interventionen ansågs finansiellt balanserad (kostnadsneutral) när 37 patienter följde rekommendationerna för varje förebyggande åtgärd.

Av de fem studier som inkluderar någon form av sjuksköterskeledd uppföljning lutar 3 mot att sjuksköterskeledd uppföljning är en kostnadseffektiv intervention (Larsson et al., 2015; Munoz-Fernandez et al., 2016; Sorensen et al., 2014). I en studie var resultaten däremot motsägelsefulla (Ndosi et al., 2014) och en annan studie visade på högre kostnader utan tydlig förbättrad effekt på hälsa jämfört med reumatologledd vård (Watts et al., 2015). Mourgues et al. (Mourgues et al., 2018) pekar på den möjliga hälsoekonomiska fördelen med ett sjuksköterskelett program i förebyggande syfte vid komorbiditet relaterad till RA.

Tabell 4. Hälsoekonomiska studier av sjuksköterskeledd vård

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
Sørensen et al. 2015 Danmark	RA patienter som skattar DAS28-CRP<3.2 och HAQ<2.5. Patienterna skulle inte ha fått någon ökning av antireumatiska läkemedel (DMARDs) eller steroider de senaste 3 månaderna.	Patienterna delades in i tre grupper: (1) planerad konsultation med reumatolog (2) delad vård utan konsultation (3) planerad konsultation med sjuksköterska.	Kostnadseffektivitets-analys RTC Studien tillämpar ett hälso- och sjukvårdsperspektiv och ett bredare perspektiv. Patienterna följdes upp under 24 månader.	Ingen statistiskt signifikant skillnad mellan intervention 1 och 2 beträffande kostnader.	Ingen statistiskt signifikant skillnad mellan interventionerna beträffande sjukdomsaktivitet (DAS28-CRP), funktionell status (HAQ) och kvalitetsjusterade levnadsår (EQ-5D).	2 026 euro/QALY för intervention 3 jämfört med intervention 2(enbart interventionskostnader). Intervention 3 dominerade intervention 2 när totala kostnader inkluderades.	Delad vård och sjuksköterskeledd vård kostar mindre med ungefär samma hälsoeffekt jämfört med reumatologledd vård. Studien justerade för skillnader i bakgrundsvariabler mellan grupperna.
Munoz-Fernandez et al. 2016 Spanien	Patienter över 18 år med RA eller ankyloserande spondylit (AS) som behandlas med minst ett antireumatiskt läkemedel (DMARDs).	Samtliga patienter fick vård via reumatologi-avdelning. Intervention: En av patientgrupperna fick sjuksköterske-ledd	En observations-studie baserat på prospektiva kohorter. Tidshorisont: 12 månader.	Det förelåg ingen statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna vid jämförelse av direkta och indirekta kostnader.	HAQ visade statistiskt signifikant skillnad: 0.2 (0.7 vs 0.9). EQ-5D: båda grupperna	Interventionen förbättrar kliniska utfallsmått och livskvalitet för patienter med RA. Interventionen minskar även användningen av	T-test, Chi-square test och Mann-Whitney U test användes för att studera skillnader mellan grupperna vid vecka 0 och 12.

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
	Patienterna följdes upp under 1 år.	vård på klinik (NCR) som tillägg. Jämförelse: Inget NCR tillägg. Patienterna valdes in i de två grupperna slumpmässigt. 394 patienter inkluderades.		Kostnaderna var statistiskt signifikant högre (57 euro per patient) för kontrollgruppen vid jämförelse av resursförbrukning av konsultationer inom primärvården (116 vs 59 euro).	skattade i genomsnitt 0,7 (nästan statistiskt signifikant skillnad: 0,069).	resurser inom primärvården.	Studien justerade inte för skillnader i bakgrundsvariabler mellan grupperna.
Watts et al. 2015 England	Patienter över 18 år med bekräftad RA och som följs upp rutinmässigt. Patienter som nyligen fått sin diagnos (mindre än ett år sedan) eller som hade svår funktionsnedsättning/aktiv och ostabil RA exkluderades. 349 patienter inkluderades.	Intervention: Sjuksköterskeledd vård inom primärvårdsbaserad hemsjukvård (NLC) Jämförelse: Uppföljning hos reumatolog på sjukhus (RLC).	En kostnadseffektivitets studie. Pragmatisk icke randomiserad studie. Kostnaderna baserades på valuta från 2011/2012.	NLC kostade 860 GBP mer än RLC (2 835 vs 1 975 GBP). Inkrementell genomsnittskostnad en var 224 GBP lägre för RLC jämfört med NLC.	-0,023 QALY (0,665 vs 0,639) Ingen statistiskt signifikant skillnad (0,194). 0,14 HAQ (1,061 vs 0,921). Ingen statistiskt signifikant skillnad (p=0,169).		Interventionen kostade mer men visade inga förbättrade hälsoeffekter enligt EQ-5D och HAQ. Känslighetsanalyser genomfördes där variabler som kostnader för medicinförbrukning varierades.

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
			Studien tillämpar ett hälso-och sjukvårdsperspektiv med en tidshorisont på 12 månader.				Analysen ändrade inte resultatet.
Ndosi et al. 2014 England	Patienter över 18 år med RA. Det krävs även att patienterna som inkluderas har förmågan att fullfölja frågeformulär. Patienter exkluderades om de hade en ostabil RA, komorbiditeter eller om de väntade på kirurgi och redan fått vård av vårdpersonalen som jobbade med studien.	Intervention: Sjuksköterskeledd vård (NLC) Jämförelse: Reumatologledd vård (RLC).	Kostnadseffektivitets analys Multicenter RCT Hälso-och sjukvårdsperspektiv och en tidshorisont på 12 månader.	Genomsnittlig skillnad för vårdkostnader NLC vs. RLC: -710 GBP vid PP 128 GBP vid ITT	**(NLC vs. RLC):** DAS28 enligt PP:0,31 DAS28 enligt IPP: 0.15 QALY enligt PP: -0,16 QALY enligt ITT : -0,020 QALY		Studien visade att interventionen var kostnadseffektiv vid tillämpning av DAS28. NLC var inte kostnadseffektivt vid användning av QALY-vikter. Studien justerade för ålder, kön, center, DAS28 och EQ-5D.
Larsson et al. 2015 Sverige	Patienter över 18 år med kronisk inflammatorisk artrit (CIA). Patienterna som	Intervention: Monitorering av biologiska läkemedel genomförd av en reumatologisjuksköte	Kostnadsanalys RCT	Den årliga kostnaden för NLC med uppföljning, rehabilitering, specialistkonsultatio	Saknas	Saknas	Patienter med CIA kan följas upp med minskad

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
	inkluderas behöver vara under pågående behandling av biologiska läkemedel och skatta DAS28 ≤ 3.2. Patienter med RA, odefinierad artrit(UA), odefinierad spondylartrit (USpA) och psoriasis artrit (PsA) inkluderades om de tidigare hade haft en perifer artrit.	rska (NLC) Jämförelse: Monitorering av biologiska läkemedel genomförd av reumatolog (RLC).	97 patienter fullföljde hela studieperioden. Direkta kostnader relaterat till resursanvändning inom vården samt kostnader för biologiska läkemedel inkluderas. Patienterna följdes upp under 12 månader.	ner, radiologi och läkemedelsbehandling var 2 167 euro mindre per patient för NLC jämfört med RLC (14 108 vs 16 275 euro, p = 0.004).			resursanvändning och lägre årliga kostnader genom NLC jämfört med en RLC. Studien justerade inte för bakgrundsvariabler mellan grupperna.
Mourgues et al. 2017 Frankrike	Patienter med komorbiditeter vid RA. De fyra komorbiditets-grupperna som inkluderades var kardiovaskulära sjukdomar, infektionssjukdomar	Intervention: Ett sjuksköterskelett program. Syftet med programmet var att förebygga komorbiditet vid RA genom olika åtgärder.	Kostnadsnytto-analys baserad på multicenter-RTC (2011 till 2012). Kostnaderna mättes under en 24 månaders period.	Interventionen kostade 16 804 euro per patient och år.	Förskrivning av D-vitamin och kalcium, influensavaccin, mätning av creatininaemia, ökat intag av kalcium från mat och bendensitets-	Interventionen bidrog med 747 ytterligare förebyggande åtgärder till en kostnad av 30 184 euro.	Interventionen kan anses motiverat ur både ett ekonomiskt och medicinskt perspektiv. Saknas information om jämförelse-alternativet.

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
	,cancer och osteoporos.	Jämförelse: Inget program.			mätning ansågs ge bästa nyttan.		

Hälsoekonomiska studier av rehabiliteringsinsatser

I sökningen identifierades sju publikationer som rör rehabilitering. Av dessa inkluderades fem, medan en var en kommentar på annan artikel och en ett konferensbidrag.

I en av de inkluderade studierna (Lamb et al., 2015) utvärderades kostnadseffektiviteten av ett handträningsprogram för individer med RA samt med smärta och dysfunktion i händer som tillägg till standardomhändertagande bestående av information och handskenor. Studien var en RCT med ett tidsperspektiv på 12 månader och studien inkluderade kostnader utifrån ett hälso- och sjukvårdsperspektiv. Tillägget av handträningsprogrammet med hemövningar och träffar med fysio- eller arbetsterapeut ledde till högre kostnader (103 brittiska pund) men en bättre effekt i QALYs (0,01). Det resulterade i en kostnad per vunnen QALY på 9 548 brittiska pund, vilket bedöms vara en måttlig kostnad per QALY.

I en svensk studie (Brodin et al., 2015) studerades kostnadseffektiviteten av ett coachningsprogram för individer med RA som innebar att vara fysiskt aktiv minst 30 minuter fyra gånger per vecka jämfört med frivillig sedvanlig fysioterapi. Studien är en retrospektiv hälsoekonomisk analys baserad på en multi-center RCT. Tidshorisonten var 10 år och kostnaden beräknades utifrån ett samhällsperspektiv. Fysioterapi på frivillig basis gav ett likvärdigt utfall för QALYs men till en lägre kostnad. Gruppen som deltog i coachning hade ett högre medelvärde för EQ-VAS men ingen skillnad i HAQ eller EQ-5D-index jämfört med sedvanlig fysioterapi. Samtidigt förknippades coachningsprogrammet med en högre kostnad. Om insatsen riktas till de med större påverkan från sin sjukdom, istället för till alla individer med RA, förefaller den kunna ge ett bättre hälsoutfall till samma kostnad.

I en kostnadseffektivitetsanalys baserad på en RCT utvärderades ett program med fysisk träning jämfört med att inte ha något program (Manning et al., 2015). Programmet bestod av en timme ledd fysisk aktivitet (2ggr per vecka under de 2 första veckorna) samt hemövningar. Patienter med RA som inkluderades fick inte ha några kontraindikationer för träning, inga steroidinjektioner de senaste fyra veckorna och inte ha genomgått någon operation eller fysioterapi de senaste sex månaderna. Patienter som hade justerat sina mediciner (DMARDs eller biologiska läkemedel) de senaste tre månaderna exkluderades. Interventionen kostade något mer (82 brittiska pund) vid ett hälso-sjukvårdsperspektiv men ledde till minskade kostnader ur ett samhällsperspektiv (6 125 brittiska pund). När justeringar gjorts för vissa bakgrundsvariabler var skillnaden i kostnader ur ett samhällsperspektiv 5 478 brittiska pund. Interventionen gav en ökning med 0,0296 QALYs. Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv var kostnaden per vunnen QALY 2 770 brittiska pund. När hänsyn togs till en viss osäkerhet kring förändringen i QALY ansågs programmet fortfarande kostnadseffektivt i 65% av fallen vid en betalningsvilja på 20 000 brittiska pund per vunnen QALY. Ur ett samhällsperspektiv var interventionen dominant. Det vill säga mer effektiv till en lägre kostnad. Sammanfattningsvis visar denna studie att ett extrainsatt träningsprogram vid RA kan ge ökad livskvalitet till en låg kostnad eller en kostnadsbesparing.

I en kostnadsnyttoanalys jämfördes träningsprogrammet OTAGO (OEP) med att inte ha något träningsprogram (Abdulrazaq et al., 2018). Träningsprogrammet fokuserade på muskelstärkande övningar samt balans-och gångträning för patienter med RA. Studien innehåller uppföljningsresultat från en tidigare genomförd prospektiv kohortstudie vars syfte var att undersöka incidens och riskfaktorer för fall vid RA (Stanmore et al., 2013). I denna studie inkluderades 535 patienter från fyra reumatologkliniker. Patienterna följdes regelbundet upp under ett år och kostnaderna för ett fall sattes i relation till kostnaderna för OEP. Under ett år rapporterade 195 patienter 598 fall. Ett fall beräknades i snitt kosta 1 120 brittiska pund och kostnaden för OEP uppskattades till 218 brittiska pund per patient. Studien innehåller effektmätningar av träning från en tidigare genomförd studie (Gardner et al., 2000). De tidigare genomförda effektmätningarna visade en minskning med 35% av antalet fall när träningsprogram introducerades för äldre. Således skulle 209 fall kunna förhindras.

Antagandet är osäkert då dessa studier inte specifikt inkluderade patienter med inflammatorisk artrit. Baserat på att ett fall kostar 1 120 brittiska pund ger OEP en kostnadsbesparing på 234 583 brittiska pund. Sammanfattningsvis kan en implementering av ett OEP program leda till minskade kostnader och en reduktion av antalet fall vid RA.

I en kostnadseffektivitetsanalys utvärderades kompressionshandskar jämfört med placebohandskar (Hammond et al., 2021). Syftet med kompressionshandskarna var bland annat att minska smärta i händerna och förbättra handfunktionen. Vuxna patienter med diagnosen RA alternativt odefinierad inflammatorisk artrit (UIA) inkluderades. För att inkluderas skulle patienterna även ha smärta i proximala interfalangealleder (PIP-led) eller metakarpofalangealled (MCP-led) samt åtminstone ha ett av följande kriterier: svårigheter att använda händerna i vardagen, negativt påverkad sömn eller begränsningar att använda händerna på morgonen. Ett hälso-och sjukvårdsperspektiv tillämpades med uppföljning av patienterna under 12-veckor. Kostnader för handskarna inkluderades samt sjukvårdskostnader. Interventionen kostade 161 brittiska pund mer än jämförelsealternativet och visade ingen statistiskt signifikant skillnad i smärta mätt med numeric rating scale (NRS): 0.2 (1.0 intervention vs 1.2 kontroll). Kompressionshandskar anses således inte vara en kostnadseffektiv intervention.

Tabell 5. Hälsoekonomiska studier av Rehabiliteringsinsatser

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat och kommentarer
Lamb et al. 2015 England	Individer med RA samt smärta och dysfunktion i händer.	Intervention: Dagliga hemövningar under 12 veckor samt 6 träffar med fysio- eller arbetsterapeut för individanpassad progression i tillägg till standardomhändertagande Jämförelse: Standardomhändertagande med information och handskenor	Kostnadsnyttoanalys (CUA) baserat på en pragmatisk multi-center RCT (SARAH trial). 490 deltagare. Sjukvårdsperspektiv med tidshorisont på tolv månader	103 GBP	QALYs: 0,01	9 549 GBP per QALY. När saknade värden imputerades var kostnaden 17 941 GBP per QALY.	Interventionen är sannolikt ett kostnadseffektivt tillägg till behandlingen för patienter med smärta och dysfunktion i händerna.
Brodin et al. 2015 Sverige	Individer med RA diagnosticerad för mer än 12 månader sedan	Intervention: Ett års coachningsprogram (Physical Activity in RA) för att vara fysiskt aktiv minst 4x30 min/v. Jämförelse: Standard fysioterapi med	Multicenter RCT med retrospektiv hälsoekonomisk analys (CEA, CMA). 228 deltagare. Samhällsperspektiv med en tidshorisont på tolv månader	Intervention vs. Jämförelse-alternativ: 580 euro (716 vs. 136 euro)	EQ-VAS: 5 poäng (15 poäng i subgruppen med större påverkan från sjukdom)	EQ-VAS: 116 euro per poäng på EQ-VAS (39 euro per poäng på EQ VAS i subgruppen med större påverkan från sjukdom).	Kostnader för deltagarnas tid för vårdkontakter inom interventionen är inkluderade men inte andra sjukvårdskostnader eller andra samhällskostnader så som deltagarnas tid för fysisk aktivitet.

		frivilligt deltagande i utbildning, behandling och gruppträning högst varannan vecka.			EQ-5D-index och HAQ: Ingen skillnad i effekt	EQ-5D-index och HAQ: Interventionen hade högre kostnader men lika stor effekt	
Manning et al. 2015 Storbritannien	Patienter över 18 år med RA	Intervention: 1 timme ledd fysisk aktivitet (2ggr/vecka under de 2 första veckorna) samt hemövningar. Jämförelse: Inget träningsprogram.	Kostnadseffektivitets-analys baserad på RCT. 108 patienter inkluderades. Studien tillämpar både ett hälso-sjukvårds samt ett samhällsperspektiv. 108 patienter följdes upp under 36 veckor.	Interventionen kostade 82 GBP mer ur ett hälso-sjukvårds-perspektiv. Ur ett samhälls-perspektiv kostade interventionen 6 125 GBP mindre (10 538 vs 16 664 GBP).	QALY: 0,029 6	2 770 GBP per vunnen QALY med ett sjukvårdspers-pektiv. Interventionen var dominant ur ett samhällsperspe ktiv	Flertalet känslighets-analyser genomfördes. Analyserna ändrade inte resultatet. Studien justerade för flertalet bakgrundsvariabler. Ingen information om statistisk signifikans i skillnader.
Abdulrazaq et al. 2018 Storbritannien	Patienter med RA över 18 år	Intervention: Otago träningsprogram (OEP). Programmet består av muskel-, balans- och gångträning. Jämförelsealternativ: inget OEP.	Kostnadsnyttoanalys baserad på en prospektiv kohortstudie. 535 patienter inkluderades. NHS hälso-och sjukvårdsperspektiv. Patienterna följdes regelbundet upp under ett år	Genomsnitts-kostnaden per fall var 1 120 GBP Interventionskost naden för 535 patienter var 116 479 GBP (per patient: 218 GBP).	En minskning med 35% av antalet fall enligt resultat från en systematisk översikt av träning för fallpreventio n.	209 av 598 fall kan förebyggas genom implementering av OEP. Detta ger en kostnadsbespari ng på 234 583 GBP.	Implementering av ett OEP program kan leda till kostnadsbesparingar och reducering av antal fall. Ingen information om statistiskt signifikanta skillnader. Effektstudien som användes var inte baserad på en RA population.

Hammond et al. 2021 Storbritannien	Patienter över 18 år med diagnosen RA eller odefinierad inflammatorisk artrit (UIA).	Intervention: kompressions handskar (Isotoner® gloves). Jämförelse: Placebohandskar.	Kostnadseffektivitetsanalys baserad på en multicenter-RTC. 206 patienter inkluderades. Ett hälso-och sjukvårds samt samhälls-perspektiv tillämpades. Patienterna följdes upp under 12-veckor.	Interventionen kostade 161 GBP mer än jämförelse-alternativet (552 vs 391 GBP).	Ingen statistiskt signifikant skillnad i smärta mätt med NRS: 0.2 (1.0 intervention vs 1.2 kontroll).	ICER: 83 70 GBP per vunnen QALY.	Kompressionshandskarna var inte kostnadseffektiva i denna studie. Studien ger ingen tydlig beskrivning av deras val av uppföljningstid på 12-veckor.

Hälsoekonomiska studier av kognitiv beteendeterapi (KBT)

I litteratursökningen identifierades fyra publikationer med KBT-insatser för patienter med RA. Två av dessa var konferensbidrag och en inkluderade endast resultat för effekt. Totalt inkluderades en kostnadseffektivitetsanalys.

I kostnadseffektivitetsanalysen jämfördes internetbaserad kognitiv beteendeterapi (ICBT) som ett tillägg till sedvanlig vård med endast sedvanlig vård för patienter med RA som besvärades av nedstämdhet och/eller oro (Ferwerda et al., 2018). Sedvanlig vård innebar uppföljningar var tredje till sjätte månad av en reumatologisjuksköterska eller reumatolog. Vid varje uppföljningstillfälle monitorerades sjukdomsaktivitet samt behandling. Studien tillämpade ett samhällsperspektiv och inkluderade kostnader som vårdkostnader, läkemedelskostnader och produktionsbortfall. Studien visade att ICBT som tillägg till sedvanlig vård förbättrade livskvaliteten för patienter med RA som besväras av nedstämdhet. Den inkrementella kostnadseffektkvoten (ICER) uppgick dock till 71 425 euro per vunnen QALY för interventionen, vilken kan bedömas vara en hög kostnad per QALY.

Tabell 6. Hälsoekonomiska studier av kognitiv beteendeterapi

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	ICER	Resultat/Kommentar
Ferwerda et al. 2018 Nederländerna	Patienter över 18 år med bekräftad RA och som vårdas inom öppenvården Inklusionkriterie: besvär med nedstämdhet och/ eller ångest	Interventionen består av internetbaserad kognitiv beteendeterapi (ICBT) som ett tillägg till sedvanlig vård. Jämförelsealternativet är sedvanlig vård (CAU).	Kostnadseffektivitets-analys baserad på RCT Samhällsperspektiv med en tidshorisont på 12 månader.	Interventionen kostade 4 212 euro mer per patient jämfört med CAU (15 754 vs 11 542 euro). Interventionen kostade 1 863 euro mer per patient vid exklusion av kostnader för läkemedel (4 774 vs 2 246 euro).	0,059 QALYs (0,86 vs 0,80).	71 425 euro per vunnen QALY	Det var fler kvinnor än män i studiegruppen vilket inte justerades för i studien. Kostnaden per vunnen QALY när läkemedel exkluderades i analysen var 31 559 euro.

Hälsoekonomiska studier av övriga interventioner

I litteratursökningen identifierades tre publikationer som innehöll studier av andra insatser som potentiellt kan vara av värde för vårdförloppet. Två av dessa var konferensbidrag. Totalt inkluderades därför endast en retrospektiv kohortstudie.

I studien av Nisar et al. (Nisar, 2019) inkluderades patienter med nydebuterad artrit (EA). RA patienter kunde ingå i populationen men specificerades inte som en subgrupp. Interventionen bestod av implementering av Early Arthritis Clinics (EAC) 2016. Jämförelsealternativet var vård utan EAC innan implementering (2015). Syftet med interventionen var att öka antalet remisser från primärvården, minska tiden till diagnos/behandling, etablera standardiserade behandlingsalgoritmer samt minska konsumtion av biologiska läkemedel. Två förändringar som bland annat vidtogs vid implementering av EAC var att ge specialistsjuksköterskor förskrivningsrätt av läkemedel samt sjuksköterskerådgivning per telefon dygnet runt. Syftet med specialistsjuksköterskornas förskrivningsrätt var att förhindra eventuell fördröjning av behandling med cDMARD. Ultraljud inkluderades även i syfte att förbättra diagnostik vid EA. Effekter mättes innan implementering av EAC (2015) samt 12 månader efter implementering av EAC (2016). Användningen av biologiska läkemedel minskade från 26 procent till 5,6 procent efter implementeringen. Detta resulterade i minskade kostnader med 394 934 brittiska pund. Vid implementeringen minskade även totalkostnaderna med 124 brittiska pund per patient (199 vs 75 brittiska pund). Andelen patienter som skattade DAS28<3,2 ökade från 38 procent till 78,5 procent och tid till uppnått låg sjukdomsaktivitetsnivå förkortades med 16 veckor (36 vd 20 veckor). Sammanfattningsvis förbättrade interventionen kliniska, funktionella och ekonomiska utfallsmått jämfört med vård innan implementering av EAC.

Tabell 7. Hälsoekonomiska studier av övriga interventioner

Författare, år, land	Population	Intervention och jämförelsealternativ	Studiedesign	Skillnader i kostnader	Skillnader i effekt	Resultat/Kommentar
Nisar et al. 2019 England	Patienter med nydebuterad artrit (EA).	Intervention: Implementering av Early Arthritis Clinics (EAC) 2016 (post-EAC). Jämförelsealternativ: Vård utan EAC innan implementering 2015 (pre-EAC).	Retrospektiv kohortstudie. Effekter mättes pre-EAC samt 12 månader efter implementering av EAC. Enbart direkta kostnader inkluderades.	Kostnaden för implementering av EAC var 201 362 brittiska pund.	Efter introduktionen av EAC skattade 78,5% av patienterna DAS28 < 3,2 jämfört med 38% pre-EAC. Uppnådd låg sjukdomsaktivitetsnivå (mediantid): 36 veckor pre-EAC och 20 veckor post-EAC.	Studien justerar ej för skillnader mellan grupperna.

Referenser

Abdulrazaq, S., Oldham, J., Skelton, D. A., O'Neill, T., Munford, L., Gannon, B., Pilling, M., Todd, C., & Stanmore, E. K. (2018). A prospective cohort study measuring cost-benefit analysis of the Otago Exercise Programme in community dwelling adults with rheumatoid arthritis. *BMC Health Serv Res*, *18*(1), 574. https://doi.org/10.1186/s12913-018-3383-4

Brodin, N., Lohela-Karlsson, M., Swärdh, E., & Opava, C. H. (2015). Cost-effectiveness of a one-year coaching program for healthy physical activity in early rheumatoid arthritis. *Disabil Rehabil*, *37*(9), 757-762 https://doi.org/10.3109/09638288.2014.940429

CADTH. (2016). *Strings attached: CADTH database search filters [Internet]*. CADTH. Retrieved 17 March from https://www.cadth.ca/resources/finding-evidence

Ferwerda, M., van Beugen, S., van Middendorp, H., Visser, H., Vonkeman, H., Creemers, M., van Riel, P., Kievit, W., & Evers, A. (2018). Tailored, Therapist-Guided Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy Compared to Care as Usual for Patients With Rheumatoid Arthritis: Economic Evaluation of a Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, *20*(10), e260 https://doi.org/10.2196/jmir.9997

Gardner, M. M., Robertson, M. C., & Campbell, A. J. (2000). Exercise in preventing falls and fall related injuries in older people: a review of randomised controlled trials. *Br J Sports Med*, *34*(1), 7-17. https://doi.org/10.1136/bjsm.34.1.7

Hammond, A., Prior, Y., Cotterill, S., Sutton, C., Camacho, E., Heal, C., Adams, J., Hough, Y., O'Neill, T. W., & Firth, J. (2021). Clinical and cost effectiveness of arthritis gloves in rheumatoid arthritis (A-GLOVES): randomised controlled trial with economic analysis. *BMC Musculoskelet Disord*, *22*(1), 47. https://doi.org/10.1186/s12891-020-03917-8

Hock, E. S., Martyn-St James, M., Wailoo, A., Scott, D. L., Stevenson, M., Rawdin, A., Simpson, E. L., Dracup, N., & Young, A. (2021). Treat-to-Target Strategies in Rheumatoid Arthritis: a Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis. *SN Comprehensive Clinical Medicine*. https://doi.org/10.1007/s42399-021-00727-4

Husereau, D., Drummond, M., Petrou, S., Carswell, C., Moher, D., Greenberg, D., Augustovski, F., Briggs, A. H., Mauskopf, J., Loder, E., & Force, C. T. (2013). Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS) statement. *BMJ*, *346*, f1049. https://doi.org/10.1136/bmj.f1049

Kelleher, D., Barry, L., McGowan, B., Doherty, E., Carey, J. J., & Kane, D. (2020). Budget impact analysis of an early identification and referral model for diagnosing patients with suspected rheumatoid arthritis in Ireland. *Rheumatol Adv Pract*, *4*(2). https://doi.org/10.1093/rap/rkaa059

Kievit, W., Maurits, J. S., Arts, E. E., van Riel, P. L., Fransen, J., & Popa, C. D. (2017). Cost-Effectiveness of Cardiovascular Screening in Patients With Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, *69*(2), 175-182 https://doi.org/10.1002/acr.22929

Lamb, S. E., Williamson, E. M., Heine, P. J., Adams, J., Dosanjh, S., Dritsaki, M., Glover, M. J., Lord, J., McConkey, C., Nichols, V., Rahman, A., Underwood, M., & Williams, M. A. (2015). Exercises to improve function of the rheumatoid hand (SARAH): A randomised controlled trial. *The Lancet*, *385*(9966), 421-429. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60998-3Articles

Larsson, I., Fridlund, B., Arvidsson, B., Teleman, A., Svedberg, P., & Bergman, S. (2015). A nurse-led rheumatology clinic versus rheumatologist-led clinic in monitoring of patients with chronic inflammatory arthritis undergoing biological therapy: a cost comparison study in a randomised controlled trial. *BMC Musculoskelet Disord*, *16*, 354 https://doi.org/10.1186/s12891-015-0817-6

Manning, V. L., Kaambwa, B., Ratcliffe, J., Scott, D. L., Choy, E., Hurley, M. V., & Bearne, L. M. (2015). Economic evaluation of a brief education, self-management and upper limb exercise training in people with rheumatoid arthritis (EXTRA) programme: a trial-based analysis. *Rheumatology (Oxford)*, *54*(2), 302-309. https://doi.org/10.1093/rheumatology/keu319

Mourgues, C., Blanquet, M., Gerbaud, L., Soubrier, M., & Dougados, M. (2018). Economic analysis of a nurse-led programme for comorbidities management of rheumatoid arthritis patients. *Joint Bone Spine*, *85*(5), 573-576 https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2017.09.009

Munoz-Fernandez, S., Aguilar, M. D., Rodriguez, A., Almodovar, R., Cano-Garcia, L., Gracia, L. A., Roman-Ivorra, J. A., Rodriguez, J. R., Navio, T., Lazaro, P., & Group, S. W. (2016). Evaluation of the impact of nursing clinics in the rheumatology services. *Rheumatol Int*, *36*(9), 1309-1317. https://doi.org/10.1007/s00296-016-3518-z

Ndosi, M., Lewis, M., Hale, C., Quinn, H., Ryan, S., Emery, P., Bird, H., & Hill, J. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*, *73*(11), 1975-1982 https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203403

Nisar, M. K. (2019). Early arthritis clinic is cost-effective, improves outcomes and reduces biologic use. *Clin Rheumatol*, *38*(6), 1555-1560. https://doi.org/10.1007/s10067-019-04515-3

Pazmino, S., Boonen, A., Stouten, V., De Cock, D., Joly, J., Van der Elst, K., Westhovens, R., & Verschueren, P. (2020). Two-year cost-effectiveness of different COBRA-like intensive remission induction schemes in early rheumatoid arthritis: a piggyback study on the pragmatic randomised controlled CareRA trial. *Ann Rheum Dis*, *79*(5), 556-565 https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-216874

Philips, Z., Ginnelly, L., Sculpher, M., Claxton, K., Golder, S., Riemsma, R., Woolacoot, N., & Glanville, J. (2004). Review of guidelines for good practice in decision-analytic modelling in health technology assessment. *Health Technol Assess*, *8*(36), iii-iv, ix-xi, 1-158. https://doi.org/10.3310/hta8360

Scott, D., Ibrahim, F., Hill, H., Tom, B., Prothero, L., Baggott, R. R., Bosworth, A., Galloway, J. B., Georgopoulou, S., Martin, N., Neatrour, I., Nikiphorou, E., Sturt, J., Wailoo, A., Williams, F. M. K., Williams, R., & Lempp, H. (2020). The clinical effectiveness of intensive management in moderate established rheumatoid arthritis: The titrate trial. *Semin Arthritis Rheum*, *50*(5), 1182-1190. https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.07.014

Sheng, X., Murphy, M. J., Macdonald, T. M., & Wei, L. (2012). Effectiveness of statins on total cholesterol and cardiovascular disease and all-cause mortality in osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *J Rheumatol*, *39*(1), 32-40 https://doi.org/10.3899/jrheum.110318

Simpson, E., Hock, E., Stevenson, M., Wong, R., Dracup, N., Wailoo, A., Conaghan, P., Estrach, C., Edwards, C., & Wakefield, R. (2018). What is the added value of ultrasound joint examination for monitoring synovitis in rheumatoid arthritis and can it be used to guide treatment decisions? A systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess*, *22*(20), 1-258 https://doi.org/10.3310/hta22200

Socialstyrelsen. *Nationella riktlinjer Metodsbeskrivning*. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/nationella-riktlinjer/nationella-riktlinjer-metodbeskrivning.pdf

Socialstyrelsen. (2021). *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Metodbeskrivning, bilaga*.

Sokka, T., Haugeberg, G., Asikainen, J., Widding Hansen, I. J., Kokko, A., Rannio, T., Soldal, D. M., & Hannonen, P. (2013). Similar clinical outcomes in rheumatoid arthritis with more versus less expensive treatment strategies. Observational data from two rheumatology clinics. *Clin Exp Rheumatol*, *31*(3), 409-414

Sorensen, J., Primdahl, J., Horn, H., & Horslev-Petersen, K. (2014). Shared care or nurse consultations as an alternative to rheumatologist follow-up for rheumatoid arthritis (RA) outpatients with stable low disease-activity RA: cost-effectiveness based on a 2-year randomized trial. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 1-9

Stanmore, E. K., Oldham, J., Skelton, D. A., O'Neill, T., Pilling, M., Campbell, A. J., & Todd, C. (2013). Fall incidence and outcomes of falls in a prospective study of adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, *65*(5), 737-744. https://doi.org/10.1002/acr.21892

Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. (2020). *Underlag till nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar* (SBU 2017/944). https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/underlag-till-nationella-riktlinjer-for-rorelseorganens-sjukdomar/

Van De Laar, C. J., Oude Voshaar, M. A. H., Fakhouri, W. K. H., Zaremba-Pechmann, L., De Leonardis, F., De La Torre, I., & Van De Laar, M. (2020). Cost-Effectiveness of a JAK1/JAK2 Inhibitor vs a Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drug (bDMARD) in a Treat-to-Target Strategy for Rheumatoid Arthritis. *Clinicoecon Outcomes Res*, *12*, 213-222 https://doi.org/10.2147/ceor.s231558

Verhoeven, M. M. A., Tekstra, J., van Laar, J. M., Petho-Schramm, A., Borm, M. E. A., Bijlsma, J. W. J., Jacobs, J. W. G., Lafeber, F., & Welsing, P. M. J. (2020). Effect on Costs and Quality-adjusted Life-years of Treat-to-target Treatment Strategies Initiating Methotrexate, or Tocilizumab, or Their Combination in Early Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol*. https://doi.org/10.3899/jrheum.200067

Vermeer, M., Kievit, W., Kuper, H. H., Braakman-Jansen, L. M., Bernelot Moens, H. J., Zijlstra, T. R., den Broeder, A. A., van Riel, P. L., Fransen, J., & van de Laar, M. A. (2013). Treating to the target of remission in early rheumatoid arthritis is cost-effective: results of the DREAM registry. *BMC Musculoskelet Disord*, *14*, 350. https://doi.org/10.1186/1471-2474-14-350

Watts, R. A., Mooney, J., Barton, G., MacGregor, A. J., Shepstone, L., Irvine, L., & Scott, D. G. (2015). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in the community for people with rheumatoid arthritis: a non-randomised pragmatic study. *BMJ Open*, *5*(8), e007696 https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-007696

Sökdokumentation SVF Reumatid Artrit: Hälsoekonomi

Reumatoid Artrit sökfilter baserat på medicinskt sökfilter för RA som använts som underlag i Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Hälsoekonomiskt sökfilter baserat på CADTH´s Databas sökfilter (Economic Evaluations/Cost/Economic Models – PubMed)

Pubmed 8 februari 2021		
	Search strategy	**Results**
Population: Patienter med Reumatoid Artrit		
	"Rheumatic Diseases"[Mesh:NoExp] OR "Arthritis"[Mesh:NoExp] OR "Arthritis, Rheumatoid"[Mesh]	160,291
	((rheumat*[Title] OR reumat*[Title]) AND (arthrit*[Title] OR artrit*[Title] OR arthros*[Title] OR factor*[Title] OR diseas*[Title] OR condition*[Title] OR nodul*[Title] OR vasculitid*[Title] OR syndrome*[Title] OR inflammation[Title])) OR undifferentiated arthri*[Title] OR early arthri*[Title] OR polyarthrit*[Title] OR poly arthrit*[Title] OR rheumatis*[Title] OR reumatis*[Title] OR sjogren syndrom*[Title] OR sjogrens syndrom*[Title] OR sjogren's syndrom*[Title] OR sicca syndrom*[Title] OR ((rheumat*[Other Term] OR reumat*[Other Term]) AND (arthrit*[Other Term] OR artrit*[Other Term] OR arthros*[Other Term] OR factor*[Other Term] OR diseas*[Other Term] OR condition[Other Term] OR nodul*[Other Term] OR vasculitid*[Other Term] OR syndrome*[Other Term] OR inflammation[Other Term])) OR undifferentiated arthri*[Other Term] OR early arthri*[Other term] OR polyarthrit*[Other Term] OR poly arthrit*[Other Term] OR rheumatis*[Other Term] OR reumatis*[Other Term] OR sjogren syndrom*[Other Term] OR sjogrens syndrom*[Other Term] OR sjogren's syndrom*[Other Term] OR sicca syndrom*[Other Term]	117,140
	1 OR 2	185,410
	(((rheumat*[Title/Abstract] OR reumat*[Title/Abstract]) AND (arthrit*[Title/Abstract] OR artrit*[Title/Abstract] OR arthros*[Title/Abstract] OR diseas*[Title/Abstract] OR condition*[Title/Abstract] OR nodul*[Title/Abstract] OR vasculitid*[Title/Abstract])) OR polyarthrit*[Title/Abstract] OR poly arthrit*[Title/Abstract] OR sjogren syndrom*[Title/Abstract] OR sjogrens syndrom*[Title/Abstract] OR sjogren's syndrom*[Title/Abstract] OR sicca syndrom*[Title/Abstract]) NOT medline[sb]	18,060
	3 OR 4	193,046
Hälsoekonomisk söksträng		
	Economics[Mesh:NoExp] OR "Costs and Cost Analysis"[mh] OR Economics, Nursing[mh] OR Economics, Medical[mh] OR Economics, Pharmaceutical[mh] OR Economics, Hospital[mh] OR Economics, Dental[mh] OR "Fees and Charges"[mh] OR Budgets[mh] OR budget*[tiab] OR economic*[tiab] OR cost[tiab] OR costs[tiab] OR costly[tiab] OR costing[tiab] OR price[tiab] OR prices[tiab] OR pricing[tiab] OR pharmacoeconomic*[tiab] OR pharmaco-	1,216,807

Pubmed 8 februari 2021		
	Search strategy	**Results**
	economic*[tiab] OR expenditure[tiab] OR expenditures[tiab] OR expense[tiab] OR expenses[tiab] OR financial[tiab] OR finance[tiab] OR finances[tiab] OR financed[tiab] OR value for money[tiab] OR monetary value*[tiab] OR models, economic[mh] OR economic model*[tiab] OR markov chains[mh] OR markov[tiab] OR monte carlo method[mh] OR monte carlo[tiab] OR Decision Theory[mh] OR decision tree*[tiab] OR decision analy*[tiab] OR decision model*[tiab]	
	5 AND 6	5,184
	7 AND 10 years AND English OR Swedish OR Norwegian OR Danish	2,571

Sökdokumentation SVF Reumatid Artrit: Hälsoekonomi

Reumatoid Artrit sökfilter baserat på medicinskt sökfilter för RA som använts som underlag i Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Hälsoekonomiskt sökfilter baserad på CADTH´s Databas sökfilter (Sökfiltret Economic Evaluations/Cost/Economic Models har justerats från Embase Ovid till Embase Elsevier)

EMBASE 8 februari 2021		
	Search strategy	**Results**
Population: Patienter med Reumatoid Artrit		
	'rheumatoid arthritis'/de/mj OR 'rheumatoid nodule'/exp/mj	126,842
	((rheumat* or reumat*) and (arthrit* or artrit* or arthros* or factor* or diseas* or condition or nodul* or vasculitid* or syndrome* or inflammation)):kw,ti or (rheumatism or rheumatism or polyarthrit*):kw,ti or ((undifferentiated or early or poly or inflammatory)NEXT/1 arthri*):kw,ti or ((sjogren* or sicca) NEXT/1 syndrom*):kw,ti	153,289
	1 OR 2	177,802
Hälsoekonomisk söksträng		
	'economics'/de OR 'cost'/de OR 'health economics'/exp OR budget/de OR budget*:ti,ab,kw OR economic*:ti,kw OR cost:ti,kw OR costs:ti,kw OR costly:ti,kw OR costing:ti,kw OR price:ti,kw OR prices:ti,kw OR pricing:ti,kw OR pharmacoeconomic*:ti,kw OR 'pharmaco economic*':ti,kw OR expenditure:ti,kw OR 'expenditures':ti,kw OR expense:ti,kw OR expenses:ti,kw OR	1,618,568

EMBASE 8 februari 2021		
	Search strategy	**Results**
	financial:ti,kw OR 'finance':ti,kw OR finances:ti,kw OR financed:ti,kw OR ((cost* NEAR/2 (effective* OR utility* OR benefit* OR minimi* OR analy* OR outcome OR outcomes)):ab,kw) OR ((value NEAR/2 (money OR monetary)):ti,ab,kw) OR 'statistical model'/de OR 'economic model*':ti,ab OR 'probability'/de OR markov:ti,ab,kw OR 'monte carlo method'/de OR 'monte carlo'/de OR 'decision theory'/de OR 'decision tree'/de OR ((decision* NEAR/2 (tree* OR analy* OR model*)):ti,ab,kw)	
	3 AND 4	7,148
Combination set	5 AND [2011-2021] AND English OR Swedish OR Norwegian OR Danish	4,415

Sökdokumentation SVF Reumatid Artrit: Hälsoekonomi

NHS EED 8 februari 2021		
	Search strategy	**Results**
Population: Patienter med Reumartoid Artrit		
	'rheumatoid arthritis'Mesh explode all trees	
	1 AND (2011-2021)	44