

# Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA)

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om reumatoid artrit och avslutas när patienten har haft diagnosen i ett år.

## **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.

## Sammanfattning

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och de flesta som insjuknar gör det mellan 50 och 70 års ålder. Tidig diagnostik och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA, men i nuläget varierar exempelvis ledtider till första besök i reumatologisk specialiserad vård och andelen nydiagnostiserade som erbjuds strukturerad kontakt med reumatologiska team mellan olika regioner i landet.

Vårdförlopp RA inleds vid välgrundad misstanke om RA, fortsätter vid bekräftad diagnos och avslutas när patienten har haft diagnosen i ett år. Målen med vårdförloppet är att (i) öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet (ii) minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning, (iii) minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling, samt att (iv) patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer.

För att följa upp vårdförloppet används bland annat indikatorer kopplade till behandling, sjukdomsaktivitet, smärtupplevelse och ledtider. 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.

## Innehållsförteckning

1.	Beskrivning av vårdförlopp.....	- 3 -
1.1	Om reumatoid artrit .....	- 3 -
1.2	Omfattning .....	- 4 -
1.3	Vårdförloppets mål.....	- 4 -
1.4	Ingång och utgång .....	- 4 -
1.5	Flödesschema för vårdförloppet .....	- 4 -
1.6	Vårdförloppets åtgärder.....	- 6 -
1.7	Patientdelaktighet och patientöverenskommelse .....	- 12 -
2.	Uppföljning av vårdförlopp .....	- 12 -
2.1	Tillgång till data och uppföljningsmöjligheter .....	- 12 -
2.2	Indikatorer för uppföljning.....	- 13 -
3.	Bakgrund till vårdförlopp .....	- 15 -
3.1	Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv.....	- 15 -
3.2	Kunskapsunderlag .....	- 17 -
3.3	Arbetsprocess.....	- 17 -
4.	Referenser .....	- 20 -
	Appendix till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit.....	- 22 -
A.	Kompletterande bakgrund vårdförlopp reumatoid artrit .....	- 22 -
B.	Anti-CCP positiv artralgi.....	- 23 -
C.	Muskuloskeletalt ultraljud.....	- 23 -
D.	Svensk reumatologisk kvalitetsregister, SRQ .....	- 23 -
E.	Val av indikatorer .....	- 23 -
F.	Patientutbildning.....	- 24 -
G.	Rehabilitering .....	- 24 -
H.	Kompetenser inom reumatologisk specialistvård.....	- 25 -

## 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. 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, att beslut om vård ska tas gemensamt och att det dokumenteras i journalen vad patienten respektive vården tar ansvar för.

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.

### 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. Kvinnor insjuknar i RA ungefär tre gånger så ofta som män. De flesta insjuknar mellan 50 och 70 års ålder. Obehandlad sjukdom kan leda till leddestruktioner, funktionsnedsättning och för tidig död. Orsaken till uppkomsten av RA är en kombination av genetisk predisposition, omgivningsfaktorer och okända faktorer. Rökning är den viktigaste påverkningsbara riskfaktorn för att utveckla RA och är också associerat med en mer allvarlig sjukdom och sämre effekt av antireumatiska läkemedel.

Tidig diagnostik, tidig behandling och tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättningar och komplikationer. Behandlingen 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.

Patienten bör även erhålla omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser från ett multiprofessionellt team bestående av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Delar i detta omhändertagande är patientutbildning, råd om levnadsvanor, stöd för fysisk aktivitet, anpassad strukturerad träning, icke farmakologisk smärtbehandling, hjälpmedel och samtalsstöd.

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

## 1.2 Omfattning

Vårdförloppet omfattar utredande och behandlande åtgärder från att det finns en välgrundad misstanke om reumatoid artrit (RA) tills att patienten har haft diagnosen i ett år. Vårdförloppet avser förstagångsinsjuknande hos vuxna.

Arbete med ett utvidgat vårdförlopp för RA pågår.

## 1.3 Vårdförloppets mål

De nationella målen med vårdförlopp RA är att:

- öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet
- minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning
- minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer.

## 1.4 Ingång och utgång

Ingång i vårdförloppet ska ske vid välgrundad misstanke om RA.

Välgrundad misstanke om RA föreligger om patienten:

- är över 18 år
- har ledvärk eller svullna leder där annan orsak till symtomen som till exempel trauma, gikt eller infektion har uteslutits.

samt att patienten har minst en av följande:

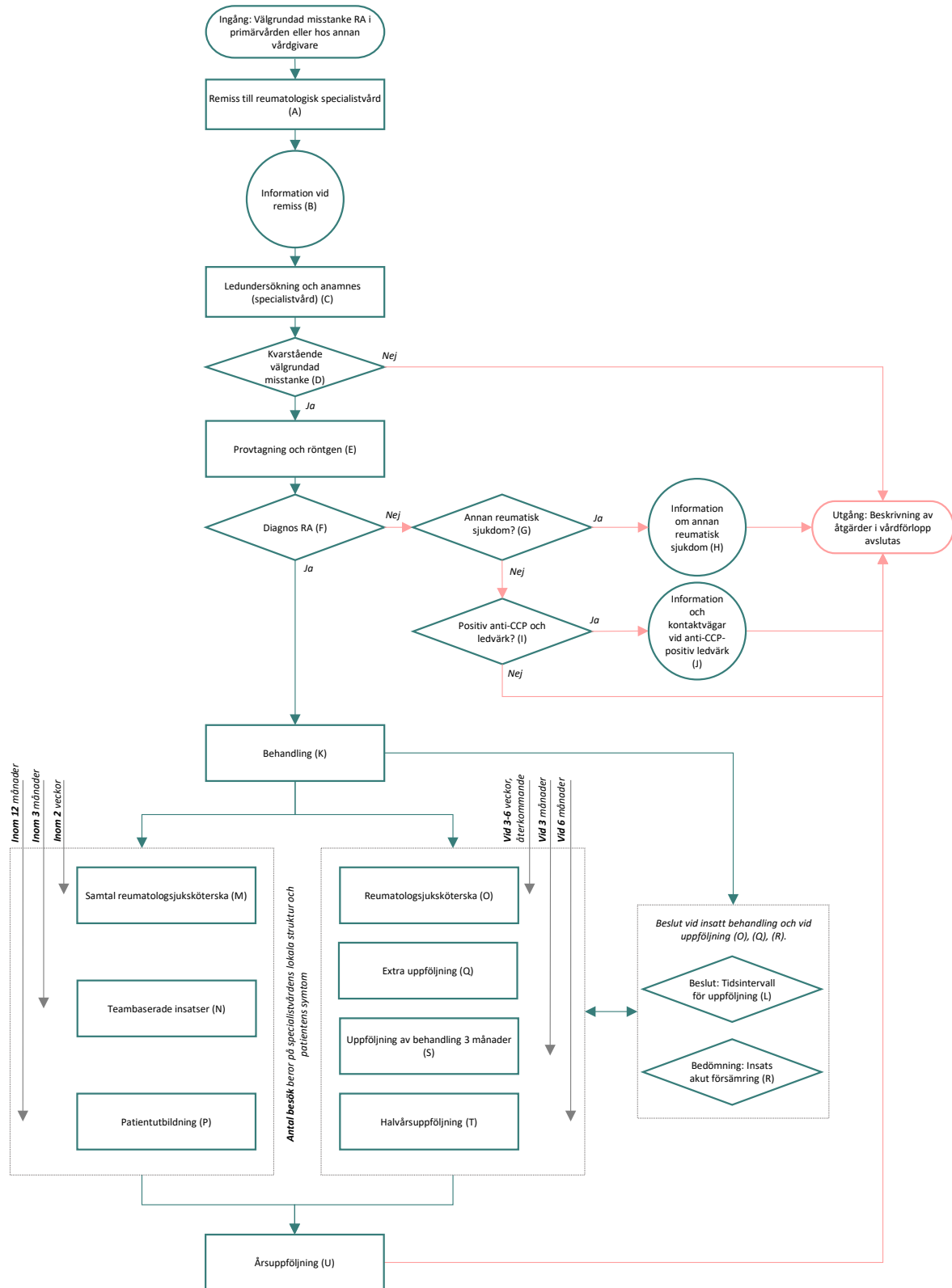
- symmetrisk småledsartit
- minst en svullen led samt positivt anti-CCP-test
- minst en svullen led samt artritförändringar på röntgen
- ledvärk i händer eller fötter samt positivt anti-CCP-test.

Utgång ur påbörjat vårdförlopp kan ske på något av följande sätt:

- diagnos RA inte kan fastställas
- uppföljningsbesöket vid 12 månader har skett.

## 1.5 Flödesschema för vårdförloppet

I flödesschemat nedan (Figur 1) illustreras vårdförloppets åtgärdsblock med övergripande rubriker. Beskrivning av åtgärdsblocken i text finns i Tabell 1.



Figur 1. Flödesschema för vårdförlopp reumatoid artrit.

## 1.6 Vårdförloppets åtgärder

Då vården kan organiseras på olika sätt i olika regioner så kan blocken ske vid ett besök eller några besök som ligger tätt tidsmässigt. Se Tabell 1.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Hälsa- och sjukvårdens åtgärder	Patientens åtgärder
<p><b>(A) Åtgärdsblock: Remiss till reumatologisk specialistvård</b></p> <p>Vid välgrundad misstanke om RA bör remiss skickas inom en vecka.</p> <p>Remiss till specialistvård skall innehålla obligatorisk information om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Aktuella symtom, debuttidpunkt / duration</li><li>• Ledstatus, ömma och svullna leder (ange vilka leder)</li><li>• Laboratorieprover: anti-CCP, Hb, Lpk, Tpk, SR, CRP</li></ul> <p>Övrigt önskvärt innehåll i remiss är:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Hereditet för reumatisk sjukdom</li><li>• Morgonstelhet</li><li>• NSAID effekt</li><li>• Aktuella läkemedel</li><li>• Tidigare/ Nuvarande sjukdomar</li><li>• Laboratorieprover: RF</li><li>• Röntgensvar av händer, fötter och annan drabbad led (invänta ej svar om det fördröjer remissen till reumatolog)</li></ul> <p>För att underlätta snabbt omhändertagande bör kontaktuppgifter till patient, gärna mobilnummer, anges samt eventuella särskilda behov som exempelvis tolk inkluderas i remiss.</p> <p>För att underlätta bedömningen hos reumatolog, undvik per oral kortisonbehandling.</p>	<p>Beskrivning av ett urval av de åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Uppge aktuella kontaktuppgifter för att inte försena utredning och kontakt med vården.</li></ul>
<p><b>(B) Information vid remiss</b></p> <p>Den som remitterar till utredning skall informera patienten om:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har RA</li><li>• att remiss skrivs till specialiserad reumatologisk vårdenhet</li></ul>	

<ul style="list-style-type: none"><li>• att patienten kan kallas till utredning snabbt och det underlättar om patienten är tillgänglig på telefon</li><li>• att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.</li></ul>	
<p><b>(C) Utredningsblock: Ledundersökning och anamnes (specialistvård)</b></p> <p>Blocket ska genomföras i specialistvården så snart som möjligt men senast inom fyra veckor från det att remissen är skriven.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ledstatus och anamnes</li><li>• Muskuloskeletalt ultraljud kan göras för att skärpa diagnostiken av RA</li></ul>	
<p><b>(D) Beslut: Kvarstående välgrundad misstanke</b></p> <p>Kvarstår välgrundad misstanke om RA? Ja: fortsatt till block (E). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.</p>	
<p><b>(E) Utredningsblock: Provtagning och röntgen</b></p> <p>Provtagning (om inte redan aktuella svar finns)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• RF</li><li>• CRP, SR, Hb, leukocyter, trombocyter</li><li>• ALAT, kreatinin</li></ul> <p>Röntgen (om ej utfört)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lungor</li><li>• Händer och fötter</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medverka till att ordinerade undersökningar och prover tas.</li></ul>
<p><b>(F) Beslut: Diagnos RA</b></p> <p>Kan diagnos RA fastställas? Ja: fortsatt till block (K). Nej: fortsatt till block (G).</p>	
<p><b>(G) Bedömning: Annan reumatisk sjukdom?</b></p> <p>Ej RA men annan behandlingskrävande reumatisk sjukdom? Ja: fortsatt till block (H). Nej: fortsatt till block (I).</p>	
<p><b>(H) Information om annan reumatisk sjukdom</b></p> <p>Till person med annan reumatisk sjukdom än RA ska information om aktuell reumatisk diagnos och fortsatt omhändertagande ges.</p> <p>Vid eventuell förändring i sjukdomsförloppet under första året som medför att reumatolog bedömer att patienten har RA som motsvarar beslut (F) bör patienten återgå till vårdförloppet.</p>	



<p>Annan reumatisk sjukdom innebär utgång ur vårdförlopp RA.</p>	
<p><b>(I) Bedömning: Positiv anti-CCP och ledvärk?</b></p> <p>Bedöms patient sakna artrit men är anti-CCP positiv och har ledvärk? Ja: fortsatt till block (J). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.</p>	
<p><b>(J) Information och kontaktvägar vid anti - CCP-positiv ledvärk</b></p> <p>Till person med artralgi och <b>anti-CCP</b> positivitet utan artrit ska information ges:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• om prognos och betydelse av hälsosamma levnadsvanor för sjukdomsförlopp och behandlingssvar</li> <li>• att behandling inom vårdförlopp RA inte är aktuellt</li> <li>• att patienten ska komma på ny bedömning vid försämring/ledsvullnad samt vilka rutiner för ny bedömning som gäller lokalt.</li> <li>• återkoppling till inremitterande via remissvar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivt arbeta med omställning till hälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökavvänjning och fysisk aktivitet.</li> <li>• Kontakta vården enligt överenskommelse vid ökade symtom.</li> </ul>
<p><b>(K) Behandlingsblock: Behandling</b></p> <p>Genomförs i anslutning till att patienten har fått diagnos (block F) eller så snart som möjligt.</p> <p>Dialog med patient om diagnos, prognos och behandlingsalternativ Utför, mät, skatta följande:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• DAS28</li> <li>• Ställningstagande till behov av sjukskrivning</li> <li>• VAS smärta</li> <li>• VAS trötthet</li> <li>• HAQ</li> </ul> <p>Åtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inklusion i SRQ</li> <li>• Utforma behandlingsmål tillsammans med patienten</li> <li>• Val och start av behandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer)</li> <li>• Överväg vaccinationer (enligt SRFs riktlinjer)</li> <li>• Överväg TB screening/hepatitscreening (enligt SRFs riktlinjer)</li> <li>• Överväg osteoporosprofylax</li> <li>• Information till patienter om deltagande i tillgängliga forskningsstudier</li> <li>• Information om betydelse av hälsosamma levnadsvanor</li> <li>• Tydliggöra planering och kontaktvägar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i beslut om behandling.</li> <li>• Reflektera över given information kring diagnos och behandling.</li> <li>• Genomför kontrollprovtagning utifrån läkemedelsbehandling.</li> <li>• Genomför vaccinationer.</li> <li>• Aktivt arbeta med omställning till hälsosamma levnadsvanor: rökavvänjning, fysisk aktivitet, mat- och alkoholvanor.</li> </ul> <p>Kontakta vården:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vid ihållande försämring som varar mer än en vecka</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vid misstänkt läkemedelsbiverkan</li> <li>• vid nytillkommen annan sjukdom som kan påverka behandlingen.</li> </ul>
<p><b>(L) Beslut: Tidsintervall för uppföljning</b></p> <p>Beslut om tidsintervall för uppföljning tas enligt:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Om hög sjukdomsaktivitet uppföljning efter 1 mån: se uppföljningsblock (Q)</li> <li>• Annars uppföljning månad 3, 6 och 12 från diagnos och/eller 3 månader från nyinsatt behandling: se uppföljningsblock (S, T, U)</li> </ul>	
<p><b>(M) Behandlingsblock: Samtal reumatologsjuksköterska</b></p> <p>Samtal ska ske senast inom två veckor från diagnos.</p> <p>Samtal med reumatologsjuksköterska med fokus på:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• information kring aktuell/ny antireumatisk behandling och relaterad förhållningsregim inklusive rutiner för monitorering och provtagningar</li> <li>• information och dialog om hälsosamma levnadsvanor.</li> </ul> <p>Säkerställ att patienten erhåller skriftlig information relaterat till ovanstående.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflektera över given information kring behandling och levnadsvanor.</li> <li>• Genomför egenvård exempelvis fysisk aktivitet, rökavvänjning, hälsosamma matvanor och alkoholvanor.</li> <li>• Utför egen registrering i SRQ.</li> <li>• Ta ansvar för att ordinerade läkemedel och prover tas.</li> </ul>
<p><b>(N) Behandlingsblock: Teambaserade insatser</b></p> <p>Senast inom 3 månader från diagnos, gärna tidigare, ska patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• träffa arbetsterapeut, fysioterapeut med särskilda kunskaper inom reumatologi för bedömning av funktion och aktivitet samt instruktioner/stöd för fortsatt träning, behandling och uppföljning.</li> <li>• kartläggning och stödjande samtal om hälsosamma levnadsvanor (se Levnadsvanor inom Reumatologi)</li> <li>• erbjudas kontakt med kurator för att få stödsamtal och information.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflektera över given information kring behandling och levnadsvanor.</li> <li>• Genomför egenvård inklusive fysisk aktivitet, rökavvänjning, hälsosamma matvanor.</li> <li>• Utför egen registrering i SRQ.</li> </ul>

<p><b>(O) Uppföljningsblock: Reumatologsjuksköterska</b></p> <p>3 - 6 veckor från diagnos och/eller nyinsatt antireumatisk behandling.</p> <p>Samtal med reumatologsjuksköterska ska innefatta:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• uppföljning av antireumatisk behandling avseende behandlingseffekt, provtagning, biverkningar och följsamhet</li><li>• dialog med patient om behov av utökat stöd från andra professioner inklusive stöd för hälsosamma levnadsvanor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapportera effekt och/eller biverkningar av behandling.</li><li>• Ta ansvar för att ordinerade läkemedel och prover tas.</li></ul>
<p><b>(P) Behandlingsblock: Patientutbildning</b></p> <p>Patientutbildning ska erbjudas under första året – kan ske individuellt eller i grupp, i form av fysiska träffar eller via webb.</p> <p>Patientutbildning ska innehålla:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• kunskap om RA, medicinsk behandling och monitorering</li><li>• hantering av symtom, exempelvis smärta och trötthet</li><li>• betydelse av hälsosamma levnadsvanor</li><li>• information om egenvård</li><li>• information om teamets kompetensområden.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Medverka aktivt och reflektera över den egna situationen i relation till diagnos och livssituation.</li></ul>
<p><b>(Q) Uppföljningsblock: Extra uppföljning</b></p> <p>Genomförs vid hög sjukdomsaktivitet vid föregående kontakt</p> <p>Utför:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Bedömning och ställningstagande till ledstatus</li></ul> <p>Åtgärder:</p> <p>Ställningstagande till</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Lokala steroider</li><li>• Justering av behandling (enligt SRF behandlingsriktlinjer)</li></ul>	
<p><b>(R) Bedömningsblock: Insats akut försämring</b></p> <p>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 (Q)).</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.</li></ul>
<p><b>(S) Uppföljningsblock: Uppföljning av behandling 3 månader</b></p> <p>Genomförs efter 3 månader att diagnos RA ställts eller 3 månader efter ändrad DMARD behandling.</p> <p>Utför, mät, skatta följande:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• DAS28</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utför egen registrering i SRQ.</li><li>• Delta i utvärdering av behandlingsmål.</li></ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>• Ställningstagande till behov av sjukskrivning eller arbetsanpassning</li><li>• VAS smärta</li><li>• VAS trötthet</li><li>• HAQ</li></ul> <p>Åtgärder:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Utvärdering av behandling utifrån behandlingsmål tillsammans med patienten</li><li>• Justering av behandling (enligt SRF:s behandlingsriktlinjer) om behandlingsmål ej uppnåtts (rekommenderat mål är frånvaro av svullna leder eller DAS28&lt;2,6)</li><li>• Registrering i SRQ</li><li>• Ställningstagande till lokala steroider</li><li>• Ställningstagande till intensifierad/förnyad kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator särskilt om HAQ &gt; 1 eller VAS smärta &gt; 40</li><li>• Tydliggöra fortsatt planering.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapportera effekt och/eller biverkningar av behandling.</li></ul>
<p><b>(T) Uppföljningsblock: Halvårsuppföljning</b></p> <p>Genomförs vid 6 månader efter att diagnos RA ställts.</p> <p>Åtgärder som i uppföljningsblock (S) samt överväg:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kardiovaskulär screening (enligt SRF:s riktlinjer, registrera i SRQ)</li><li>• Osteoporosprofylax (enligt SRF:s riktlinjer)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Utför patientens egen registrering i SRQ.</li><li>• Vid försämring kontakta fast vårdkontakt för bedömning av sjukdomsaktivitet.</li></ul>
<p><b>(U) Uppföljningsblock: Årsuppföljning</b></p> <p>Årsuppföljning genomförs 12 månader efter att diagnos RA ställts.</p> <p>Åtgärder som i uppföljningsblock (S) samt enligt nedan.</p> <p>Utför:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Information om fortsatt uppföljning</li></ul> <p>Överväg</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Röntgen händer och fötter</li><li>• Vid kvarstående hög smärta och låg sjukdomsaktivitet remiss till smärtteam/multimodal smärtrehabilitering.</li></ul> <p>Om det inte är gjort tidigare överväg:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kardiovaskulärscreening (enligt SRF:s riktlinjer, registrera i SRQ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Se tidigare uppföljningsblock.</li></ul>

## 1.7 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Läkaren och/eller sjuksköterskan har en dialog med patienten. Patientöverenskommelsen ska innehålla information om fortsatt vård, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Det ska också framgå om patienten själv ska ta kontakt för att boka tid eller om kallelse kommer att skickas samt information om vilka kontaktvägar som finns om patienten har frågor eller blir försämrade. Om kontaktvägarna varierar beroende på profession så bör denna information ingå. Provtagning och eventuella restriktioner som behövs med anledning av den medicinska behandlingen skall tydliggöras för patienten. Egenvård, exempelvis träning och levnadsvanor utifrån person och behov, bör också ingå i överenskommelsen, samt var patienten kan vända sig för att få stöd för detta. Denna överenskommelse kan ingå i patientens hälsoplan.

## 2. Uppföljning av vårdförlopp

Vårdförloppen, dess mål och åtgärder följs upp genom process- och kvalitetsmått och skapar förutsättningar för kontinuerligt förbättringsarbete. På sikt ska arbetet med vårdförlopp 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. Som alla kvalitetsregister innehåller SRQ enbart patienter som diagnostiserats med RA, medan vårdförloppet beskriver utredningsprocessen vid möjlig RA.

I nuläget är det inte möjligt att registrera startpunkten för vårdförloppet (remiss eller beslut om fortsatt utredning) i tillgängliga datakällor. En möjlighet är att den breddning som nu sker av SKR:s väntetidsdatabas kan medföra att olika ledtider för personer med diagnos RA kan mätas.

För vissa mått kan Socialstyrelsens hälsodataregister vara en fungerande källa. Socialstyrelsen arbetar under 2020 med en uppföljning av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, vilket kan resultera i ytterligare förslag på indikatorer för uppföljning.

För någon av arbetsgruppens föreslagna indikatorer saknas idag andra potentiellt möjliga datakällor än lokala vårdssystem.

Diskussioner och ställningstaganden kommer att behöva ske i den nationella organisationen för kunskapsstyrning för att hitta bästa strategi för uppföljning av vårdförloppet. Ambitionen är att i ökad utsträckning använda strukturerad journalinformation även för uppföljningsändamål och minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning.

Vid årsrapportering skall samtliga indikatorer rapporteras för alla patienter som är inkluderade i vårdförlopp RA samt resultat presenteras per kön.

## 2.2 Indikatorer för uppföljning

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Sjukdomsaktivitet – DAS28 Andel personer som uppnått DAS 28 < 3,2 vid 12 månader (procent)	Målnivå vid 12 månader $\geq 75$ procent har DAS28 < 3,2	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader. Återrapportering årligen.	SRQ
Sjukdomsaktivitet – DAS28 Andel personer som uppnått DAS 28 < 2,6 vid 12 månader (procent)	Målnivå vid 12 månader $\geq 55$ procent har DAS28 < 2,6	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader. Återrapportering årligen.	SRQ
VAS smärta Andel patienter som uppnått VAS (visuell analog skala) smärta < 20 vid 12 månader	Målnivå vid 12 månader $\geq 50$ procent har smärta < 20	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader. Återrapportering årligen.	SRQ
Förslag på framtida indikator: Sjukdomsaktivitet – Clinical disease activity index (CDAI) Andel personer som uppnått CDAI $\leq 2,8$ vid 12 månader (procent)	Målnivå vid 12 månader  Redovisa resultat	Registreras i SRQ vid 12 månader. Återrapportering årligen.	SRQ

Tabell 3. Processmått.

Indikator. Uppgifter samlas in och redovisas könsuppdelat och totalt	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa

Andel patienter (procent) som erbjuds tid för nybesök i reumatologisk specialistvård inom 30 dagar från att remiss skrivits (remissdatum).	≥ 90 procent	Remisser märkta vårdförlopp RA. Nybesök märkta vårdförlopp RA i journal-administrativa system. Återrapportering årligen.	Väntetidsdatabasen SKR (går inte att mäta ännu, datakälla saknas)
Andel personer som var inkluderade i vårdförlopp RA av de som fått förstagångsdiagnos RA.	≥ 95 procent	Måste mätas genom särskild vårdförlopp RA kod i kombination med diagnoskoder. Återrapportering årligen.	Journaladministrativa system (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)
Andel personer som fått diagnosen RA av de som var inkluderade i vårdförlopp RA.	Redovisa resultat	Måste mätas med särskild "vårdförlopp RA kod" i kombination med diagnoskoder. Återrapportering årligen.	Journaladministrativa system (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)
Täckningsgrad i SRQ	≥ 90 procent av patienter med nydebuterad* RA inkluderas i SRQ  * vid beräkning av indikatorn exkludera personer med > 12 månaders symptomduration före diagnos	Återrapportering årligen.	SRQ och Socialstyrelsens hälsodataregister
Andel patienter som haft kontakt med både arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 mån från diagnos.	≥ 80 procent	Baserat på registrering i journal-administrativa system. Återrapportering årligen.	Journaladministrativa system alternativt registrering av rehabbesök i SRQ (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)
Andel patienter som hämtat ut DMARD/bDMARD/tsDMARD	≥ 90 procent	Uthämtade recept enligt specificerade ATC koder.	Läkemedelsregistret i Socialstyrelsens hälsodataregister

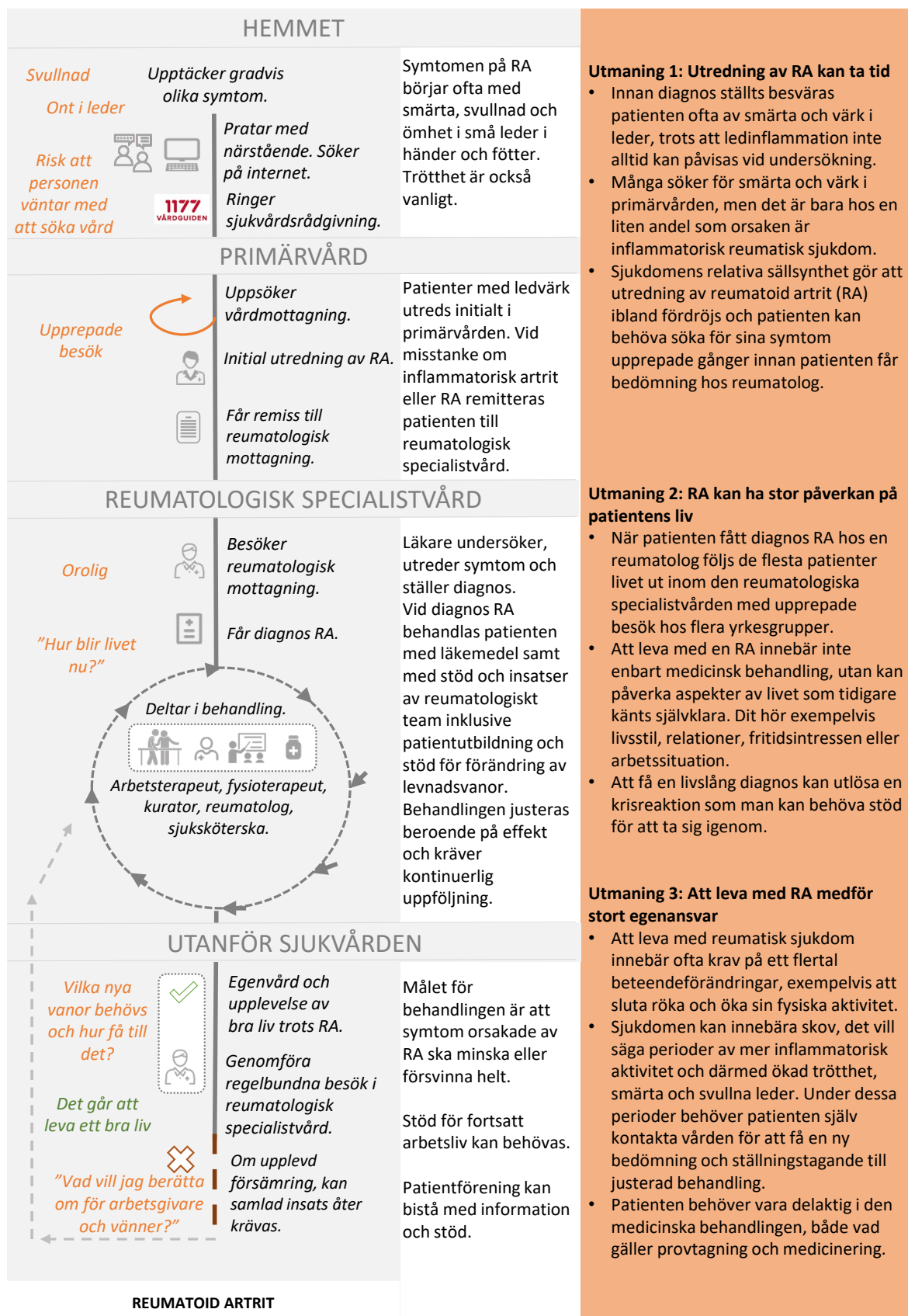
på apoteket inom 3 månader efter RA-diagnos.		Återrapportering årligen.	Diagnosdata från PAR
Andel patienter som 12 mån efter RA diagnos har minst ett besök registrerat i SRQ.	≥ 90 procent	Registrerat besök i SRQ vid 12+/- 3 mån. Återrapportering årligen.	SRQ
Andel patienter som 12 mån efter RA diagnos har minst ett DAS28 värde registrerat i SRQ.	≥ 90 procent	Registrerat DAS28 i SRQ vid 12+/- 3 mån. Återrapportering årligen.	SRQ
Andel patienter över 40 år som genomgått hjärt-kärlscreening i SRQ vid 1 år.	≥ 75 procent	Registrering i hjärt-kärlmodulen i SRQ. Återrapportering årligen.	SRQ

### 3. Bakgrund till vårdförlopp

#### 3.1 Nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv

Bilden nedan (Figur 2) är en grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med RA. Vårdförloppet är utformat för att adressera de utmaningar tillika förbättringsområden som redovisas i bilden. Identifierade förbättringsområden avspeglas även i vårdförloppets mål (avsnitt 1.3).





Figur 2. Grafisk presentation av en nulägesbeskrivning utifrån ett patientperspektiv hos personer med reumatoid artrit.

Förekomst av autoantikroppar mot citrullinerade proteiner (anti-CCP) kan föregå sjukdomsdebut med flera år, den så kallade subkliniska fasen eller pre reumatoid artrit (RA) fasen. För patienten kan

denna fas innebära trötthet, smärta och värk i leder utan att artrit kan påvisas. Av dessa patienter är det ungefär 30 procent som utvecklar RA inom 1 år.

Patienter med ledvärk utreds initialt i primärvården och vid misstanke om inflammatorisk artrit eller RA remitteras patienten till reumatologisk specialistvård. När patienten fått diagnosen RA hos en reumatologspecialist följs de flesta patienter livet ut inom den reumatologiska specialistvården. 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 arbetsförmåga. Det är därför av vikt att en person som diagnostiseras med RA får träffa ett reumatologiskt team för att få stöd under den resa som startas när man får en diagnos som kommer att vara livet ut. Alla patienter har under sjukdomsförloppet periodvis behov av arbetsterapi och fysioterapi, och många även av kurator.

Trots effektiv inflammationsdämpande och antireumatisk behandling har ungefär 20 procent kvarstående smärtor i leder och muskler. Stöd för fysisk aktivitet liksom icke-farmakologisk smärtlindring vid behov är därför en viktig del i behandlingen och samarbete med exempelvis smärtspecialist och smärteam kan behövas. Trots många olika behandlingsalternativ utvecklar en mindre del av patienterna problem från senor eller leder som kräver ortopedtekniska hjälpmedel eller kirurgiska ingrepp. För dessa patienter kan insatser av arbetsterapeut och fysioterapeut med kompetens inom reumatologi vara av avgörande betydelse under stora delar av sjukdomsförloppet. Utöver detta upplever många patienter kvarstående trötthet eller fatigue trots frånvaro av inflammation och stöd för att hitta strategier kan vara viktigt för att balansera vardagen. Samtliga patienter bör erbjudas patientutbildning samt råd om och stöd för hälsosamma levnadsvanor.

Uppföljningen av RA sker i reumatologisk öppenvård, men fortfarande får en del patienter extra-artikulära manifestationer, infektioner och biverkningar som kräver utredning och behandling i slutenvård. 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.

## 3.2 Kunskapsunderlag

Vid tiden för framtagande av föreliggande vårdförlopp finns inget nationellt vårdprogram för RA. För flertalet regioner eller enskilda verksamheter finns riktlinjer eller vårdprogram vilka beskriver omhändertagandet av patienter med RA. Inom Svensk Reumatologisk Förening (SRF) finns rekommendationer och riktlinjer avseende läkemedelsbehandling vid RA, vaccinationer, osteoporosprofylax, annan säkerhet vid läkemedelsbehandling och kardiovaskulär primärprevention vilka publiceras på SRF:s hemsida.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar innehåller rekommendationer om inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Under hösten 2017 påbörjade Socialstyrelsen arbetet med att revidera nuvarande nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. En remissversion av de reviderade riktlinjerna kommer publiceras den 29 april 2020.

## 3.3 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp har pågått under oktober 2019 till maj 2020. Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av Nationellt programområde (NPO)

reumatiska sjukdomar. Ordförande för arbetsgruppen var Cecilia Carlens och processledare Susanne Pettersson. I arbetet har flera professioner inom reumatologi varit involverade och primärvårdsrepresentanter samt patientrepresentant från Reumatikerförbundet.

Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma arbetsmöten både fysiskt och på distans, arbete skedde också mellan möten. I arbetet med föreliggande vårdförlopp har en översiktlig analys av nuläget genomförts. Det innefattade bland annat genomläsning av regionala och lokala rutiner kring omhändertagande av personer med tidig artrit inom den reumatologiska specialistvården. För att erhålla en överblick och kartläggning skickades en enkät ut till landets verksamhetsföreträdare. Den utskickade enkäten besvarades av 27 verksamhetsföreträdare, av 33 utskickade (svarsfrekvens 82%). Enkätsvaren hade stor nationell spridning som representerade både storstadsområden och glesbygd. Som underlag till målnivåer för indikatorer analyserades befintliga data i SRQ.

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer, primärvårdsrådet och NPO reumatiska sjukdomar med en av NPO utsedd referensgrupp. NPO reumatiska sjukdomar tog den 24 januari 2020 beslut om att skicka dokumentet på remiss. Styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS) godkänner vårdförlopp och rekommenderar regionerna att besluta om dem och därefter påbörja införandet.

Nationell arbetsgrupp vårdförlopp reumatoid artrit redovisas på nästkommande sida (Tabell 4).

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/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	
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

Vårdförloppet kombinerar genomgående evidens och beprövad erfarenhet och referenserna anges inte löpande i texten. Nedan presenteras de viktigaste referenserna i alfabetisk ordning.

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.

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

Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Alvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):948-59.

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.

Emery P. Evidence supporting the benefit of early intervention in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol Suppl.* 2002;66:3-8.

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.

EULAR Textbook on Rheumatic Diseases. Third Edition ed. Bijlsma JW, Hachulla E, editors: bmj; 2018.

Filer A, de Pablo P, Allen G, Nightingale P, Jordan A, Jobanputra P, et al. Utility of ultrasound joint counts in the prediction of rheumatoid arthritis in patients with very early synovitis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(3):500-7.

Gerlag DM, Norris JM, Tak PP. Towards prevention of autoantibody-positive rheumatoid arthritis: from lifestyle modification to preventive treatment. *Rheumatology (Oxford).* 2016;55(4):607-14.

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.

Lahiri M, Morgan C, Symmons DP, Bruce IN. Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure? *Rheumatology (Oxford).* 2012;51(3):499-512.

Matsos M, Harish S, Zia P, Ho Y, Chow A, Ioannidis G, et al. Ultrasound of the hands and feet for rheumatological disorders: influence on clinical diagnostic confidence and patient management. *Skeletal Radiol.* 2009;38(11):1049-54.

Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. *Nat Rev Rheumatol.* 2015;11(12):693-704.

Olofsson T, Petersson IF, Eriksson JK, Englund M, Simard JF, Nilsson JA, et al. Predictors of work disability during the first 3 years after diagnosis in a national rheumatoid arthritis inception cohort. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(5):845-53.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize ra patients with fibromyalgia. *J Rheumatol.* 2004;31(4):695-700.

Zangi HA, Ndosu 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.

## Webbadresser

Levnadsvanearbete inom reumatologi. <https://www.sls.se/halsa--sjukvard/levnadsvanor/LiR-modellen/arbetsmaterial-att-ladda-ner/> (hämtad 2019-01-15).

Svensk reumatologisk förening (SRF). Riktlinjer och rekommendationer framtagna av SRF. <https://svenskreumatologi.se/srfs-riktlinjer/> (hämtad 2020-01-24).

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/nationella-riktlinjer/slutliga-riktlinjer/levnadsvanor/> (Hämtad 2020-03-23)

## Appendix till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

### A. Kompletterande bakgrund vårdförlopp reumatoid artrit

Tidig diagnostik av reumatoid artrit (RA) och insättning av adekvat antireumatisk behandling är av stor vikt för att öka chansen för patienter med RA att komma i remission samt minska risken för framtida funktionsnedsättningar, komplikationer och för tidig död. Även om prognosen vid RA har förbättrats påtagligt under senare år, är RA fortfarande en allvarlig kronisk sjukdom som kan leda till svåra funktionsnedsättningar, medicinska komplikationer till sjukdomen, biverkningar av behandlingen, långvarig smärta och trötthet, nedsatt livskvalitet, nedsatt arbetsförmåga, påverkan på det dagliga livet, ökad risk att insjukna i andra sjukdomar och ökad risk att dö i förtid.

Enligt europeiska riktlinjer bör diagnos av RA ställas inom 12 veckor från symtomdebut. Idag får ungefär 90 procent av patienter remitterade från primärvården eller annan vårdgivare tid till reumatologspecialist inom 90 dagar från att remissen skrivits och enligt data från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) får ca 55 procent av patienterna diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. För att påverka tiden från symtom till diagnos krävs att patienterna har tillräcklig kunskap för att söka vård tidigt, att primärvården är tillgänglig, har tillräckliga diagnostiska möjligheter och kompetens att avgöra när en patient bör remitteras till reumatolog och att den reumatologiska specialistvården är tillgänglig och snabbt kan ställa diagnos och initiera behandling. Även om det vore önskvärt att påverka alla delar i detta initiala skede startar vårdförlopp RA från det att det föreligger välgrundad misstanke om RA i primärvården eller hos annan vårdgivare och remiss skrivs till reumatologisk specialistvård. Denna välgrundade misstanke baseras i första hand på symtomatologi och klinisk bedömning och inte nödvändigtvis på de klassifikationskriterier för RA som tagits fram, vilka är utarbetade för att använda inom forskning och inte inom klinisk diagnostik. Inom den reumatologiska specialistvården ska snabb utredning göras och patienter som diagnostiseras med RA ska erhålla behandling enligt Svensk Reumatologisk Förenings (SRFs) riktlinjer och få tillgång till team för omvårdnad och rehabilitering, stöd för förändring av levnadsvanor och patientutbildning. Behandling ska ges enligt "treat to target", med tät monitorering och med behandlingsmål i enlighet med överenskommelse mellan patient och läkare, i de flesta fall med remission som mål. Även ställningstagande till screening avseende TB och hepatit, vaccinationer, osteoporosprofylax samt kardiovaskulär screening ingår i förloppet. Vid 12 månader från diagnos upphör beskrivning av åtgärder i vårdförlopp RA, fortsatt omhändertagande av patienter med RA kommer då att ske i den ordinarie sjukvården inom reumatologisk specialistvård. För att möjliggöra jämlikt och effektivt omhändertagande av dessa kroniskt sjuka patienter har NPO reumatiska sjukdomar därför föreslagit att vårdförlopp RA ska fortsätta till åtminstone 2 år. Detta var inte möjligt att hinna med i denna första del av arbetet med vårdförlopp RA, och därför har NPO reumatologi under december 2019 ansökt om ett fortsatt arbete med ett utvidgat vårdförlopp för RA.

Många studier har visat att rökning kan påverka risken att insjukna i RA, sjukdomsförloppet och effekten av behandling. Det finns också koppling mellan rökning och utveckling av anti-CCP antikroppar. Även övervikt har i vissa studier visats vara kopplat till en ökad risk för RA, medan en kost bestående av "medelhavsdiet" med extra hög konsumtion av fet fisk och lågt sockerintag i kombination med normal vikt tycks kunna minska risken. Olika former av fysisk aktivitet kan förbättra

fysisk funktion, aerob kapacitet, muskelstyrka och minska smärta vid reumatisk sjukdom. I vårdförlopp RA har därför en stor vikt lagts vid betydelsen av omställning till hälsosamma levnadsvanor. Patienter med RA har också en ökad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom, osteoporos och annan samsjuklighet såsom diabetes vilket är ytterligare skäl till att levnadsvanor lyfts fram i vårdförlopp RA.

## B. Anti-CCP positiv artralgi

Som beskrivits tidigare i vårdförlopp RA har personer med ledvärk och positivitet för anti-CCP ökad risk att senare insjukna i RA. Därför är det viktigt att dessa personer får adekvat information om prognos och betydelsen av hälsosamma levnadsvanor och det bör finnas rutiner för att påskynda omhändertagande inom reumatologisk specialistvård vid försämring och tecken på artritutveckling. Patienten ska erhålla information om vilka rutiner som gäller, till exempel om ny remiss skall skickas från primärvården eller om egen vårdbegäran kan skickas av patient. Enligt den enkätundersökning som skickades ut till 33 verksamhetsföreträdare för reumatologi i samband med arbetet med vårdförloppet, finns redan någon form av struktur för dessa personer vid ungefär två tredjedelar av landets reumatologenheter.

## C. Muskuloskeletalt ultraljud

En stor andel av de patienter som remitteras till reumatologisk specialistvård har inte RA. Att med säkerhet ställa diagnos RA är i vissa fall svårt. I och med att diagnos ska ställas så tidigt som möjligt för att kunna ge tidig och effektiv behandling, har de diagnostiska svårigheterna ökat. Därför har olika diagnostiska metoder för att skärpa diagnostiken utvecklats under de senaste årtiondena. Den idag mest använda diagnostiska metoden som används i tillägg till anamnes, klinisk undersökning, laborietester och konventionell röntgen är muskuloskeletalt ultraljud. Flera studier har visat att muskuloskeletalt ultraljud, använt som ett komplement i diagnostiken av RA, markant ökar den diagnostiska säkerheten. Metoden är dock användarberoende och det finns viss risk för överdiagnostik. Ett problem är tillgången till ultraljudsutrustning och kompetens att utföra undersökningen. Muskuloskeletalt ultraljud är därför rekommenderat som ett komplement till övrig diagnostik.

## D. Svensk reumatologis kvalitetsregister, SRQ

SRQ spelar en viktig roll för att följa och utvärdera behandling av patienter med RA, ofta på gruppnivå, men också som beslutsstöd i bedömning efter insatt behandling för den individuella patienten. SRQ är ett nationellt välfungerande register med god täckning och datakvalitet och har register-certifieringsnivå 1, dvs den högsta nivån. I SRQ finns möjlighet att samla in patientrapporterade utfallsmått, information om behandling och mätvärden från olika professioner såsom läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut vilket medför god möjlighet att över landet få en helhetsbild av vården och den reumatiska behandlingen med dess utfall. Den ger också patienter med RA själva möjlighet att följa sin sjukdomsutveckling genom digital egen registrering.

## E. Val av indikatorer

Indikatorer för vårdförlopp RA skall reflektera avgörande faktorer för sjukdomsutfall. Tidig diagnos och tidigt insatt antireumatisk behandling (DMARD) vid RA ger förbättrad prognos. Därför mäts



väntetid från remiss till erbjudet nybesök och andel som hämtat ut DMARD på apotek inom 3 månader från diagnos. Att så snabbt som möjligt uppnå låg sjukdomsaktivitet är av mycket stor betydelse för patientens långsiktiga prognos. Därför mäts andel med låg sjukdomsaktivitet vid 12 månader. Kvarstående hög smärta vid RA trots behandling indikerar negativ prognos och ökat rehabiliteringsbehov. Därför mäts andel med hög smärta vid 12 månader. RA kan ge upphov till betydande funktionsbortfall och det är viktigt att tidigt i sjukdomsförloppet identifiera begynnande eller redan etablerade sådana och erbjuda förebyggande åtgärder, behandling och hjälpmedel. Därför mäts andel som haft kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 månader. Sjukdomen RA är förknippad med en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom och annan samsjuklighet varför screening för detta i syfte att påvisa påverkbara riskfaktorer är av stor vikt. Därför mäts andel som genomgått screening för hjärt- och kärlsjukdom inom 12 månader. En stor del av data för de ovan beskrivna indikatorerna hämtas ur SRQ. För att säkerställa hög datakvalitet kommer mätning av täckningsgrad för individer i vårdförlopp RA i SRQ vid 12 månader göras. Slutligen, i syfte att kontrollera kvalitet och täckningsgrad av processen vårdförlopp RA skall följande två mått bestämmas: andel inkluderade i vårdförlopp RA som erhållit diagnos RA respektive individer i vårdförlopp RA som erhållit diagnos RA jämfört med total incidens.

## F. Patientutbildning

För att patienten ska uppnå ökad tilltro till egen förmåga, delaktighet, positiva hälsoeffekter och hållbara levnadsvanor ska patienten erbjudas patientutbildning.

Patientutbildningen ska vara en del av den ordinarie vården och bör finnas med under hela sjukdomsförloppet. Den ska anpassas till var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet och rekommenderas särskilt tidigt i sjukdomsförloppet, vid behandlingsförändringar eller då patientens fysiska eller psykiska tillstånd förändras. Alla yrkeskategorier inom reumatologisk specialistvård är delaktiga i patientutbildningen utifrån sin yrkeskompetens och utifrån patientens behov. Patientutbildning kan ske individuellt eller i grupp, genom personliga möten eller digitalt.

## G. Rehabilitering

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Reumarehabiliteringens mål är att bidra till remission, främja patienters delaktighet i samhället, ge stöd till goda levnadsvanor, meningsfulla dagliga aktiviteter, ökad fysisk aktivitet och förbättrad livskvalitet. Rehabilitering måste, precis som läkemedelsbehandling, ses som en kontinuerlig behandling med behov av utvärdering och uppföljning. Rehabiliteringsmålet som sätts tillsammans med patienten ska vara inställt på hållbara levnadsvanor och på att minska patientens beroende av sjukvård. Förebyggande och rehabiliterande insatser ska starta tidigt och bedrivas parallellt med behandling med läkemedel och eventuella andra insatser.

## H. Kompetenser inom reumatologisk specialistvård

Vilka professioner som organisatoriskt ingår i det reumatologiska teamet kan variera, men det är av vikt att patienten får tillgång till de professioner som behövs för ett optimalt omhändertagande och behandling av den reumatiska sjukdomen och dess konsekvenser. De vanligaste medlemmarna i teamet är läkare, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.

Läkare med specialistkompetens inom reumatologi har ett övergripande ansvar för diagnostik och behandling, information om sjukdomen, val av och start av läkemedelsbehandling enligt nationella riktlinjer framtagna av SRF, eventuell medverkan i forskningsprojekt, löpande undervisning, vid behov kontakt med Försäkringskassan eller andra myndigheter samt i förekommande fall intygsskrivning. Läkemedelsbehandling av patienter med RA syftar till att dämpa sjukdomsaktivitet samt förebygga leddestruktion och en allvarlig sjukdomsutveckling på längre sikt. Viktiga principer i behandlingsstrategier vid tidig RA är tidig insättning av sjukdomsmodifierande läkemedel (disease modifying anti-rheumatic drugs; DMARDs), täta kontroller och snabba förändringar av dos och läkemedel vid otillfredsställande effekt.

Läkaren har som verktyg för underlag till diagnos och behandling resultat av undersökningar såsom anamnes, ledstatus, ultraljud, röntgen och andra avbildningsmetoder samt resultatet av laboratorieprover. Vid uppföljande besök utvärderas insatt behandling varvid läkemedelsbehandling och övriga insatser justeras utifrån de mål som patient och läkare tillsammans utarbetat. I samband med samtliga besök monitoreras sjukdomsaktivitet och detta ligger sedan som underlag till behandlingsjusteringar och bedömning avseende måloppfyllelse. Som stöd avseende bedömning av sjukdomsaktivitet används Disease Activity Score 28 leder (DAS28) där klinisk remission definieras som  $DAS28 < 2,6$  och låg, medelhög respektive hög sjukdomsaktivitet som  $DAS28 < 3,2$ ,  $DAS28 3,2 - 5,1$ , respektive  $DAS28 > 5,1$ . Ett annat mått som används är Clinical Disease Activity Index (CDAI) där remission, låg, medelhög respektive hög sjukdomsaktivitet definieras som  $CDAI \leq 2,8$ ,  $CDAI 2,8-10$ ,  $CDAI 10-22$  respektive  $CDAI > 22$ .

Formell specialisering inom reumatologi för andra professioner än läkare finns i Sverige, för närvarande, enbart för fysioterapeuter. Fysioterapeuter kan genomgå en specialistutbildning och efter genomgången utbildning ansöka om specialistkompetens inom reumatologi från professions- och fackförbundet Fysioterapeuterna. Fysioterapeutens roll är att kartlägga fysisk aktivitet, bedöma fysisk kapacitet och fysisk funktion samt att genom beteendemedicinska åtgärder och andra interventioner stötta patienten att nå de rekommenderade aktivitetsnivåerna. Riktlinjer kring fysisk aktivitet och träning har tagits fram av den europeiska organisationen inom reumatologi (EULAR) och hur patienter med RA bör träna finns beskrivet i Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling (FYSS). Även SRF har beskrivit evidensen för fysisk aktivitet och träning i riktlinjerna för Modern reumarehabilitering (MORR). Fysisk träning är ett viktigt komplement till läkemedelsbehandling och därför är det angeläget att redan tidigt i sjukdomsförloppet planera för hållbara träningsvanor. Uppföljning av den fysiska träningen är av vikt för att motivera patienten till fortsatt överenskommen aktivitetsnivå.

I vårdförlopp RA krävs arbetsterapeut med erfarenhet och särskild kunskap inom reumatologin. Arbetsterapeutens roll är att kartlägga personens styrkor och svagheter i att utföra de dagliga aktiviteterna där särskild hänsyn och kunskap kring RA är av vikt vid bedömning och behandling. Personer med RA påverkas i de dagliga aktiviteterna på grund av smärta, trötthet och/eller nedsatt

funktion. Arbetsterapeuten identifierar personens svårigheter, förbättringspotential och arbetar med olika strategier tillsammans med patienten för att uppnå förbättrad aktivitetsförmåga.

Arbetsterapeuter inom reumatologi ska kunna göra systematiska kartläggningar av svårigheter i dagliga livets aktiviteter, handfunktion, identifiera behov av arbetsterapeutiska åtgärder såsom kompenserande eller symtomlindrande hjälpmedel, hand- och fingerortoser och kunna förmedla energibesparande arbetsätt, ergonomiska strategier och tillämpning av aktivitetsbalans.

Kuratoren deltar i teamet runt patienten med RA för att ge psykosocialt stöd. Den grundläggande utbildningen för att arbeta som kurator är socionomutbildning. Den 1 juli 2019 infördes legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer. Trots detta är det möjligt att arbeta inom kuratorsyrket utan legitimation, det är upp till arbetsgivaren att bedöma om den enskilde har tillräckligt med kompetens. För att få legitimation krävs – förutom den grundläggande socionomutbildningen – en påbyggnadsutbildning inom hälso- och sjukvård. Kuratorn i det reumatologiska vårdteamet guidar patienten bland samhällets resurser, regler och bestämmelser. Kuratorn kan också ge stöd och hjälp vad gäller andra problem i det dagliga livet. Kuratorn träffar patienter med RA enskilt eller i grupp.

Det finns idag ingen specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning reumatologi. Det som i dag ligger närmast är specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning medicin, samt möjlighet med fördjupningsuppgifter och fristående kurser i reumatologi. Föreningen reumasjuksköterskor i Sverige (FRS) har arbetat fram en nationell kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom reumatologisk omvårdad. Till detta finns europeiska rekommendationer kring sjuksköterskans roll vid inflammatorisk artritsjukdom. Specialistkunskaper i sjukdomslära, farmakoterapi, patientutbildning, levnadsvanor, rehabilitering, samtalsteknik och personcentrerad vård främjar optimal sjuksköterskemedverkan i vårdförlopp RA. Sjuksköterskans roll i vården av patienter med RA består av en kombination av professionella insatser relaterade till såväl medicinsk behandling som patientutbildning och rehabilitering. Omvårdnadsbehoven och omvårdnadsåtgärderna varierar med sjukdomsskede, sjukdomsförlopp och sjukdomsupplevelse. Sjuksköterskan initierar ordinerade behandlingar och informerar muntligt och skriftligt, ger råd och stöd, administrerar läkemedel, undervisar teoretiskt och praktiskt samt monitorerar insatta behandlingar. Uppföljningen hos sjuksköterska kan innefatta utvärdering av tillstånd, fysiskt och psykologiskt välbefinnande, följsamhet till och effekt av medicinering, ledbedömning, hälsosamtal och undervisning. Därutöver har sjuksköterskan en samordnande funktion mellan patienter och övriga medlemmar i det reumatologiska teamet.

Patienten med RA har unik kompetens om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser samt om det egna sjukdomsförloppet. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin behandling och uppföljning. Relationen mellan patient och personal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientdelaktigheten utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter och det finns många olika sätt att vara delaktig på.