Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012

Osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit

Stöd för styrning och ledning

Socialstyrelsen

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

ISBN 978-91-87169-32-8
Artikelnr 2012-5-1

Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg
Foto John Henley/CORBIS via Matton
Sättning Edita Västra Aros
Tryck Edita Västra Aros, Västerås, juni 2012

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid sjukdomar i rörelseorganen: osteoporos, artros i knä och höft, inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit.

Konsekvenserna av sjukdomar i rörelseorganen är omfattande. För den enskilda personen innebär de försämrad livskvalitet i form av smärta, minskad rörlighet, förlust av oberoende och minskat välmående i allmänhet.

Dessa sjukdomar svarar även för en stor andel av vårdkonsumtionen. Exempelvis orsakar besvär i skelett, leder och muskler uppskattningsvis 20–30 procent av det totala antalet läkarbesök inom primärvården. Sjukdomarna är också en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtidssjukskrivningar.

Flertalet rekommendationer i riktlinjerna riktas till primärvården, där åtgärderna i första hand utförs eller förväntas utföras. Primärvården har en betydelsefull roll i arbetet med att tidigt identifiera personer med artrit, osteoporos och artros. Primärvården utför också en omfattande del av rehabiliteringen av dessa personer.

Syftet med riktlinjerna är både att stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och att vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig till såväl beslutsfattare som verksamhetsledningar och är ett stöd för styrning och ledning på alla nivåer inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar resursfördelningen inom vården och omsorgen på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Under 2012–2013 planerar Socialstyrelsen att påbörja en utvärdering av vården av personer med sjukdomar i rörelseorganen utifrån riktlinjernas indikatorer.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter

på den preliminära versionen av riktlinjerna. En särskild referensgrupp har även kvalitetsgranskat rekommendationerna inom rehabilitering. Socialstyrelsen har bearbetat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunnande har deltagit i riktlinjearbetet.

Lars-Erik Holm	Lena Weilandt
Generaldirektör	Enhetschef

Innehåll

Förord ... 3
Innehåll ... 5
Sammanfattning ... 7
1. Inledning ... 11
Socialstyrelsens nationella riktlinjer ... 11
Riktlinjerna omfattar åtgärder där vägledningsbehovet är stort ... 12
Samverkan med andra myndigheter och aktörer ... 12
Rörelseorganens sjukdomar ... 13
Vården av rörelseorganens sjukdomar ... 15
Behandling måste avvägas mot sjukskrivning ... 17
Mest sjuka äldre behöver särskilt beaktas ... 18
Smärta och trauma ingår inte i riktlinjerna ... 18
2. Centrala rekommendationer ... 20
Generellt om rekommendationerna ... 20
Rekommendationer vid osteoporos ... 22
Rekommendationer vid artros ... 29
Rekommendationer vid inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit ... 33
Rekommendationer vid psoriasisartrit ... 37
Rekommendationer vid reumatoid artrit ... 38
3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser ... 44
Sammanfattning av konsekvenserna ... 44
Osteoporos ... 46
Artros ... 49
Inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit samt psoriasisartrit ... 51
Reumatoid artrit ... 53

4. Indikatorer för god vård vid rörelseorganens sjukdomar 57
Indikatorer för uppföljning, jämförelser och förbättringar 57
Indikatorer för god vård vid rörelseorganens sjukdomar 58
Nationell utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar 59
Redovisning av indikatorer 60
5. Att informera och göra patienten delaktig 65
Projektorganisation 66
Referenser 76
Bilaga 1 77
Externa bilagor 116

Sammanfattning

Dessa riktlinjer innehåller rekommendationer om åtgärder vid sjukdomar i rörelseorganen. De innehåller också bedömningar av rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser och indikatorer för uppföljning. Riktlinjerna omfattar följande diagnosområden:

- osteoporos (benskörhet)
- artros i knä och höft (nedbrytning av ledbrosk)
- inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit
- psoriasisartrit (en kombination av psoriasis och ledinflammationer)
- reumatoid artrit (ledgångsreumatism).

Några centrala rekommendationer och dess konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att de ekonomiska konsekvenserna av rekommendationerna generellt innebär ökade kostnader för hälso- och sjukvården. En stor del av kostnaderna kommer från läkemedelsbehandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit.

Flera av rekommendationerna förväntas medföra att människor med dessa sjukdomar får förbättrad hälsa, höjd livskvalitet, bättre funktionsförmåga och minskat antal frakturer, vilket kan ge sänkta kostnader på längre sikt.

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna däremot ger få organisatoriska konsekvenser.

FRAX och DXA för att bedöma frakturrisk samt alendron- och zoledronsyra vid mycket hög frakturrisk

Vid misstanke om osteoporos bör hälso- och sjukvården bedöma frakturrisken med hjälp av det så kallade FRAX-verktyget som finns fritt på internet och vid behov göra en bentäthetsmätning med DXA.

Personer med mycket hög frakturrisk bör hälso- och sjukvården behandla med alendronsyra. De personer som har svårigheter att fullfölja behandlingen med alendronsyra bör i stället behandlas med zoledronsyra.

Vid låg frakturrisk bör däremot hälso- och sjukvården endast i undantagsfall behandla med dessa läkemedel.

Socialstyrelsen beräknar att den ökade behandlingen vid mycket hög frakturrisk ger en sammanlagd kostnadsminskning på närmare 200 miljoner kronor per år. Kostnaden för behandling beräknas öka med cirka 70 miljoner kronor per år medan minskningen av antalet frakturer på sikt förväntas ge en kostnadsminskning med cirka 270 miljoner kronor per år.

Ingen behandling med kalcium och D-vitamin

Hälso- och sjukvården bör inte förskriva kalcium och D-vitamin som monoterapi till kvinnor i åldern 40–79 år som inte har dokumenterad brist på dessa ämnen. Socialstyrelsen beräknar att detta ger en kostnadsminskning på 19–29 miljoner kronor per år.

Ingen vertebro- eller kyfoplastik vid kotkompression

Hälso- och sjukvården bör inte utföra vertebro- eller kyfoplastik vid kotkompression som beror på osteoporos. Undersökningar visar att dessa kirurgiska åtgärder inte har någon långvarig effekt på smärta, funktion eller livskvalitet. Användningen av dessa åtgärder är relativt begränsad i dag och kostnadsminskningen förväntas därför bli måttlig.

Fysisk träning vid artros

Hälso- och sjukvården bör ge handledd träning under lång tid till personer med artros i knä och höft. Undersökningar visar att träning har en smärtlindrande effekt som kan jämföras med smärtlindrande läkemedel. Rekommendationen kommer sannolikt att leda till en kostnadsökning för hälso- och sjukvården.

Ingen glukosamin, hyaluronsyra eller artroskopisk kirurgi med ledstädning vid artros

Hälso- och sjukvården bör inte behandla med glukosamin eller hyaluronsyra vid artros i knä eller höft. Dessa ämnen har inte någon effekt på smärta eller ledfunktion. Att upphöra med dessa åtgärder innebär en kostnadsminskning på cirka 85 miljoner kronor per år.

Hälso- och sjukvården bör inte heller göra artroskopisk kirurgi i form av ledstädning med meniskresektion vid artros i knäet. Åtgärden som behandling av artros har inte bättre effekt på smärta och funktion än träning och smärtlindrande medicin. Att inte utföra denna åtgärd innebär en kostnadsminskning på cirka 25 miljoner kronor per år.

TNF-hämmare när andra läkemedel haft otillräcklig effekt vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit

Hälso- och sjukvården bör behandla med TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit när de läkemedel som man sätter in först, så kallade NSAID-läkemedel, inte har haft tillräcklig effekt.

Hälso- och sjukvården bör även behandla med TNF-hämmare vid psoriasisartrit där NSAID-läkemedel, kortisoninjektioner och så kallade sjukdomsmodifierande läkemedel inte har haft tillräcklig effekt. Sammantaget bedöms rekommendationerna ge en ökad kostnad på cirka 480 miljoner kronor per år.

Kombinationsbehandling med läkemedel tidigt och vid otillräcklig effekt vid reumatoid artrit

Hälso- och sjukvården bör påbörja behandling med metotrexat och TNF-hämmare direkt vid tidig reumatoid artrit med hög sjukdomsaktivitet och flera markörer på dålig prognos. Socialstyrelsen bedömer att cirka 10 procent av dem som varje år får diagnosen reumatoid artrit uppfyller kriterierna för tidig kombinationsbehandling. Rekommendationen beräknas därmed ge ökade kostnader på 84 miljoner kronor per år.

En person som har fått otillräcklig effekt av enbart behandling med metotrexat och har fortsatt medelhög till hög sjukdomsaktivitet bör få behandling med både metotrexat och TNF-hämmare.

Hälso- och sjukvården bör även behandla med en kombination av metotrexat och annat biologiskt läkemedel (annan TNF-hämmare, abatacept, rituximab eller tocilizumab) om kombinationsbehandlingen med metotrexat och TNF-hämmare inte ger tillräcklig effekt.

Socialstyrelsen bedömer att dessa rekommendationer ger den största kostnadsökningen inom all behandling vid reumatoid artrit. Kostnadsökningen är svår att beräkna eftersom det saknas uppgifter om hur stor gruppen är. En grov skattning är dock att kostnaderna för hälso- och sjukvården ökar med 150–250 miljoner kronor per år.

Viktigt med diagnostik, träning och fallprevention

Riktlinjerna innehåller även andra viktiga rekommendationer. Det gäller bland annat rekommendationer om diagnostik eller fysisk träning vid vissa tillstånd samt vid fallpreventiva åtgärder för äldre personer som befinner sig i särskilt boende eller på sjukhus. För dessa åtgärder har Socialstyrelsen inte gjort någon analys av konsekvenserna för hälso- och sjukvården, eftersom de bedöms vara antingen små eller svåra att beräkna.

Uppföljning är en viktig del av riktlinjerna

För Socialstyrelsen är uppföljningen av riktlinjerna ett viktigt verktyg för implementering. Socialstyrelsen kommer noga att följa och redovisa de indikatorer som har utvecklats inom ramen för riktlinjearbetet. Under 2012–2013 avser Socialstyrelsen att påbörja utvärdering av sjukvårdens processer, resultat och kostnader för rörelseorganens sjukdomar.

Socialstyrelsen har tagit fram ett 40-tal indikatorer för uppföljning av vården av personer med sjukdomar i rörelseorganen. Av dessa går drygt hälften att följa upp på nationell nivå.

Ett stort problem inom några av dessa områden är att det i dag saknas datakällor, särskilt inom primärvården. Det innebär att ett antal av indikatorerna ännu inte är möjliga att följa upp kontinuerligt på nationell nivå, även om det kan ske på lokal och regional nivå.

1. Inledning

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder vid sjukdomar i rörelseorganen. Riktlinjerna omfattar följande diagnosområden:

- osteoporos
- artros i knä och höft
- inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankylserande spondylit
- psoriasisartrit
- reumatoid artrit.

Socialstyrelsens nationella riktlinjer

Riktlinjernas innehåll

Det här dokumentet – *Stöd för styrning och ledning* – innehåller följande delar:

- En del behandlar de centrala rekommendationerna ur *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. Med centrala rekommendationer menar vi rekommendationer som har stor betydelse för hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation.
- En del är en analys av de centrala rekommendationernas ekonomiska och organisatoriska konsekvenser.
- En del består av indikatorer för att följa upp hälso- och sjukvårdens diagnostik, behandling och rehabilitering av rörelseorganens sjukdomar. Indikatorerna utgår från de centrala rekommendationerna.

Stöd för styrning och ledning är endast en del av de fullständiga riktlinjerna. Andra delar är bland annat en mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista och det vetenskapliga underlaget för samtliga cirka 280 rekommendationer. De fullständiga riktlinjerna finns på www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har i uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård för de stora folksjukdomarna och andra allvarliga sjukdomar där vården tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar på frågeställningar där

behovet av vägledning i hälso- och sjukvården är särskilt stort. Uppdraget innebär också att hålla innehållet i riktlinjerna aktuellt genom återkommande uppdateringar och kompletteringar.

Utgångspunkt för riktlinjerna är riksdagsbeslutet om prioriteringar i hälso- och sjukvården från våren 1997 (prop. 1996/97:60). I riksdagsbeslutet framgår det att prioriteringar inom hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen.

Riktlinjernas syfte och målgrupper

Socialstyrelsens nationella riktlinjer ska bidra till att hälso- och sjukvårdens resurser används effektivt, fördelas efter behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Rekommendationerna ska ge vägledning för beslut på gruppnivå. De kan även ge vägledning i beslut som rör enskilda personer, även om det kan finnas omständigheter som motiverar att hälso- och sjukvårdspersonalen gör avsteg från rekommendationerna.

De primära målgrupperna för riktlinjerna är beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, såsom politiker, chefstjänstemän och verksamhetschefer. En annan viktig målgrupp är yrkesverksam hälso- och sjukvårdspersonal.

Riktlinjerna omfattar åtgärder där vägledningsbehovet är stort

Socialstyrelsens nationella riktlinjer omfattar i huvudsak åtgärder där hälso- och sjukvården har ett särskilt stort vägledningsbehov. Det kan handla om kontroversiella åtgärder eller åtgärder där det finns praxisskillnader inom hälso- och sjukvården eller där behovet av kvalitetsutveckling är stort.

Socialstyrelsen tar inte ställning till eller värderar åtgärder som inte omfattas av riktlinjerna. Däremot förväntar vi oss att dessa åtgärder fångas upp i nationella och regionala vårdprogram för att täcka in hela vårdkedjan.

Samverkan med andra myndigheter och aktörer

I arbetet med att ta fram dessa riktlinjer har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Läkemedelsverket.

Till exempel har TLV använt riktlinjernas faktaunderlag om behandling med läkemedel som innehåller glukosamin och hyaluronsyra, för att besluta om dessa ska omfattas av högkostnadsskyddet.

Även identifiering och avgränsning av de frågeställningar som tas upp i riktlinjerna har skett i samverkan mellan olika aktörer. Förutom Socialstyrelsen har företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar och andra intresseorganisationer, medicinskt sakkunniga, medicinska kompetenscentrum, regionsamverkansnämnder samt andra myndigheter (SBU, TLV och Läkemedelsverket) medverkat.

Rörelseorganens sjukdomar

Vad är rörelseorganens sjukdomar?

Med rörelseorganen avser vi i dessa riktlinjer följande delar av kroppen:

- skelettet med dess olika leder
- ledbanden som håller ihop lederna
- musklerna som är fästa på benstommen, ibland via senor
- nerverna som utgår från ryggraden och styr musklernas aktivitet.

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd olika åkommor som angriper skelett, leder och muskler, med olika vårdbehov som följd. Här ingår även benbrott och ledskador som orsakas av olyckor.

För medicinska tillstånd i rörelseorganen används även den sammanfattande benämningen reumatiska sjukdomar. Det finns omkring 80 olika reumatiska diagnoser. En vanlig indelning är inflammatoriska tillstånd (ledsjukdomar, eller artriter, och systemsjukdomar) och icke-inflammatoriska tillstånd (smärta och artros). Betydligt fler i befolkningen lider av icke-inflammatoriska besvär än inflammatoriska. I Sverige räknas inte den närliggande sjukdomen osteoporos till de reumatiska sjukdomarna.

Vanliga symtom vid sjukdomar i rörelseorganen är ledsvullnad, ledömhet, rörelsesmärta, nedsatt muskelkraft och trötthet. Orsakerna till dessa sjukdomar är mångfacetterade och långt ifrån vetenskapligt klarlagda. Det har dock skett framsteg inom studier av sjukdomsmekanismer, vilket har lett till nya behandlingsmetoder av inflammatoriska sjukdomar i rörelseorganen.

Rörelseorganens sjukdomar är vanliga

Sjukdomar i skelett, leder och muskler är mycket vanliga. I Statistiska centralbyråns undersökning av levnadsförhållanden uppgav 15 procent av männen och 21 procent av kvinnorna att de har en långvarig sjukdom som är relaterad till rörelseorganen [1]. Reumatiska besvär och ledbesvär är också de mest frekventa kroniska tillstånden i Europa [2].

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

Kvinnor har oftare besvär i rörelseorganen än män. Exempelvis visar en rapport baserad på hälsodataregistren under 2007 att kvinnor utgör en majoritet av patienterna med artrit och artros. De står också för en högre konsumtion av öppen- och slutenvård än män i alla åldersgrupper vid dessa diagnoser [3].

Omfattande konsekvenser för både patienter och samhälle

Konsekvenserna av sjukdomar i rörelseorganen är omfattande. Den enskilda personen påverkas av försämrad livskvalitet i form av smärta, minskad rörlighet, förlust av oberoende och minskat välmående i allmänhet.

Sjukdomar i rörelseorganen ställer även krav på sjukvården och svarar för en stor andel av vårdkonsumtionen. År 2007 uppgick antalet vårdtillfällen för slutenvård av patienter med huvuddiagnoserna artros och artrit till 54 512 [3]. Besvär kring skelett, leder och muskler uppskattas också vara orsak till 20–30 procent av det totala antalet läkarbesök inom primärvården [4].

Rörelseorganen står för en stor andel av samhällets totala utgifter för sjukdomar. Kostnaden för osteoporos och osteoporosrelaterade fallskador uppskattas till 3,5 miljarder kronor årligen [5].

En undersökning från Linköpings universitet visar att reumatiska sjukdomar samt osteoporos kostar samhället cirka 36 miljarder årligen. Av dessa är 14 procent direkta kostnader och härrör till bland annat vård och läkemedel. Resterande 86 procent, det vill säga 31 miljarder kronor, är indirekta kostnader för det produktionsbortfall som uppstår när människor får nedsatt arbetsförmåga under lång tid [6].

Även andra liknande studier visar på höga utgifter för rörelseorganens sjukdomar, med motsvarande fördelning mellan direkta och indirekta kostnader.

Vården av rörelseorganens sjukdomar

Viktigt med tidiga åtgärder

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

En vård under utveckling

Vården av rörelseorganens sjukdomar utvecklas kontinuerligt. Nya effektiva biologiska läkemedel har inneburit att sjukdomsförloppet kan bromsas för många personer med reumatoid artrit. I dag kan en betydligt större andel leva ett liv med normala aktiviteter i jämförelse med för 10–15 år sedan.

Introduktionen av biologiska läkemedel har även medfört att rehabiliteringsinsatserna förändrats. Dagens rehabilitering fokuserar exempelvis mer på att stimulera personer som har haft god effekt av läkemedlen till fysisk aktivitet och andra livsstilsförändringar, för att bland annat minska risken för följdsjukdomar och uppnå bättre självupplevd hälsa. Dessa insatser har dock inte testats i studier i tillräcklig utsträckning. Socialstyrelsen bedömer därför att det är angeläget med ytterligare forskning inom området.

Artrosvården genomgår också förändringar. Såväl forskningsresultat som svenska och internationella riktlinjer understryker betydelsen av information och träning som förstahandsåtgärd vid behandling av artros. Detta synsätt börjar även få praktiskt genomslag i hälso- och sjukvården. Ett exempel är projektet ”Bättre omhändertagande av patienter med artros” (BOA) som utbildar personer med artros i hur de kan hantera sin sjukdom, och som sedan 2011 är ett nationellt kvalitetsregister.

Behandlingen är ojämnt fördelad

Enligt en undersökning som är baserad på hälsodataregistren under 2007 är skillnaderna mellan landstingen stora när det gäller konsumtionen av både öppen- och slutenvård vid reumatisk sjukdom [3]. Det kan till exempel gälla olikheter i sjukligheten mellan landstingen, men också olikhet i tillgängligheten till behandling.

Mellan olika socioekonomiska grupper finns också stora skillnader, även om bilden inte är entydig. Bland annat varierar förskrivningen av

icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel (så kallade NSAID-läkemedel, från engelskans ”non steroidal anti-inflammatory drugs”) samt av biologiska läkemedel med ålder och utbildningsnivå. Låg utbildningsnivå är i sig också förknippat med en ökad risk för ett flertal kroniska sjukdomar, bland annat reumatoid artrit (ledgångsreumatism).

Kvinnor har haft betydligt fler vårdtillfällen med protesoperation vid höftartros per 100 000 invånare jämfört med män, bland personer i åldersgrupperna 60 år och äldre. På landstingsnivå är det även stora variationer mellan könen i konsumtionen av vård för kirurgiska åtgärder vid protesoperationer för artros.

Personer med osteoporosfraktur är generellt sett en underbehandlad grupp när det gäller läkemedelsbehandling och andra åtgärder för att förebygga nya frakturer. Diagnosen osteoporos finns sällan med vare sig vid in- eller utskrivning av höftfrakturpatienter [5].

Skillnader i vård mellan olika delar av landet och mellan olika grupper av patienter som inte grundar sig på rationella skäl innebär en ojämlik vård och ett ineffektivt utnyttjande av sjukvårdsresurser. Nationella riktlinjer inom rörelseorganens sjukdomar är viktiga för att motverka detta.

Många av sjukdomarna behandlas i primärvården

Flertalet rekommendationer i riktlinjerna riktas till primärvården där åtgärderna i första hand utförs eller förväntas utföras. Primärvården har bland annat en viktig roll i arbetet med att tidigt identifiera patienter med artrit, osteoporos och artros. I primärvården utförs också en omfattande del av behandlingen och rehabiliteringen av patienter med artros och osteoporos.

Tabell 1 visar vilka centrala rekommendationer i riktlinjerna som primärvården är direkt berörd av.

Tabell 1. Centrala rekommendationer som direkt berör primärvården, med hänvisning till radnummer i tillstånds- och åtgärdslistan (bilaga 1)

Område	Diagnostik	Behandling	Rehabilitering
Osteoporos	Bedömning av frakturrisk (*rad A01.01, A02.01, A03.01 och A04.01*)	• Behandling av frakturrisk (*rad A06.01, A06.02, A06.08, A07.01, A07,02, A07.08, A11.01 och A11.07*) • Kalcium/D-vitamin (*rad A13.01*) • Osteoporosrelaterad kotkompression (*rad A16.01–A16.02*)	• Fysisk träning (*rad A17.01 ochA18.01)* • Fallpreventiva åtgärder *(rad A20.01)*
Artros	Vid misstanke om artros i knä och höft (*rad B01.01, B02.01, B03.01 och B04.01*)	• Glukosamin och hyaluronsyra (*rad B07.02 och B07.04*) • Artroskopisk kirurgi (*rad B05.04*)	Fysisk träning *(rad B05.01 och B09.01)*
Inflammatorisk ryggsjukdom och ankylose-rande spondylit	Bilddiagnostik (*rad C03.01–C03.03*)	–	–
Reumatoid artrit	Analys av anti-kroppar och bild-diagnostik (*rad D01.02, D01.06, D04.01, D05.01 och D05.09)*	–	–

Behandling måste avvägas mot sjukskrivning

Besvär och sjukdomar i rörelseorganen – särskilt ryggsjukdomar – är en av de vanligaste orsakerna till nedsättning av arbetsförmågan och till långtidssjukskrivningar.

En sjukskrivning kan både få negativa och positiva konsekvenser, beroende på hur den utformas. I syfte att bidra till en god och likvärdig sjukskrivningspraxis har Socialstyrelsen tagit fram ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd. Detta beslutsstöd innehåller bland annat rekommendationer om lämpliga sjukskrivningstider vid olika diagnoser, däribland cirka 20 diagnoser som är kopplade till rörelseorganen [7]. Beslutsstödets rekommendationer ska utgöra en vägledning i arbetet med sjukskrivningar.

För att undvika att en sjukskrivning förlängs i onödan eller att nedsättningen av arbetsförmågan blir permanent är det också viktigt att hälso- och sjukvården kan erbjuda adekvat behandling vid rätt tidpunkt.

Dessa riktlinjer omfattar bland annat rekommendationer om tumörnekrosfaktorhämmare (TNF-hämmare) och andra biologiska läkemedel vid reumatoid artrit och ankyloserande spondylit. Det är dyra läkmedel. Men det är också läkemedel som vid rätt användning kan leda till att arbetsförmågan stärks. Den potentiella vinsten är således betydande, både ur ett samhällsekonomiskt perspektiv och för den enskilda personen. Socialstyrelsen vill därför understryka vikten av att sjukvårdshuvudmännen konsekvent avväger dyra läkemedelsinsatser mot effekterna på bland annat sjukskrivningstider.

Mest sjuka äldre behöver särskilt beaktas

Rörelseorganens sjukdomar drabbar främst äldre personer. Det innebär att det bland dem som har sjukdomar i rörelseorganen också finns en stor andel mest sjuka äldre. Med mest sjuka äldre avses sköra äldre personer med i regel flera sjukdomar samtidigt och kort förväntad återstående livslängd.

Kronologisk ålder får inte vara en grund för prioriteringar i sjukvården. Däremot är patienternas biologiska status av stor betydelse eftersom den påverkar deras möjlighet att tillgodogöra sig vissa medicinska åtgärder.

För många mest sjuka äldre kan bedömningen av risken och nyttan med en viss åtgärd bli en annan än vad den blir för mindre sköra personer. I de flesta fall är det troligtvis rimligt att fokusera på symtomlindring och livskvalitet samt förbättring av funktionsnedsättningar och aktivitets- och delaktighetsinskränkningar, och mindre rimligt att fokusera på prognosförbättring. Det är viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal beaktar detta när de använder riktlinjerna och anpassar åtgärderna efter de mest sjuka äldre patienternas behov.

Smärta och trauma ingår inte i riktlinjerna

Arbetet med att ta fram riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar har även omfattat områdena långvarig smärta (i nacke, skuldror och rygg) och trauma (i höft, axel, radius och knä). Området långvarig smärta ingick också i den preliminära versionen av riktlinjerna, som presenterades i november 2010.

Socialstyrelsen har dock beslutat, bland annat med stöd i sjukvårdsregionernas synpunkter, att lyfta ut området långvarig smärta ur dessa riktlinjer. Området ska i stället behandlas i ett eget riktlinje- eller vägledningsarbete där antalet frågeställningar inom diagnostik, behandling och rehabilitering utökas. Socialstyrelsens ambition är att ta fram rekommendationer som motsvarar det vägledningsbehov som finns inom hälso- och sjukvården när det gäller långvarig smärta.

Området trauma ingick inte i preliminärversionen eftersom genomgången av den vetenskapliga litteraturen inom området var ofullständig vid tiden för publicering. Underlaget har dock visat att det i stort sett saknas kunskap om de frågeställningar där behovet av vägledning är särskilt stort. Det är därmed svårt för Socialstyrelsen att ge rekommendationer om åtgärder vid trauma, inom ramen för de nationella riktlinjerna. Myndigheten kommer därför att överlämna det material som har tagits fram till berörda professionsföreningar. Syftet är att materialet ska kunna användas som underlag till exempelvis nationella vårdprogram.

2. Centrala rekommendationer

I det här kapitlet presenteras ett antal centrala rekommendationer som Socialstyrelsen bedömer är särskilt viktiga för hälso- och sjukvården ur ett styr- och ledningsperspektiv. Rekommendationerna gäller diagnostik, behandling och rehabilitering inom följande områden:

- osteoporos
- artros i knä och höft
- inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankylose-rande spondylit
- psoriasisartrit
- reumatoid artrit.

Samtliga rekommendationer redovisas i en tillstånds- och åtgärdslista i bilaga 1. En fullständig tillstånds- och åtgärdslista finns också att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Det är också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via webbplatsens sökverktyg, *Sök i riktlinjerna*.

Generellt om rekommendationerna

Tre typer av rekommendationer

För att kunna rekommendera en viss åtgärd rangordnar Socialstyrelsen olika tillstånds- och åtgärdskombinationer. Sammantaget ger vi tre olika typer av rekommendationer: rekommendationer med rangordning 1–10, rekommendationen FoU och rekommendationen icke-göra. Tabell 2 nedan beskriver översiktligt de olika typerna av rekommendationer.

Tabell 2. Socialstyrelsens olika typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Rekommendationer med rangordning 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården *bör* eller *kan* erbjuda. De rangordnade åtgärderna redovisas enligt en prioriteringsskala, 1–10, där åtgärder med prioritering 1 har störst angelägenhetsgrad och 10 lägst.
Rekommendationen FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, och endast inom ramen för kliniska studier. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att noggrant utvärdera nya åtgärder innan de börjar användas.
Rekommendationen icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda ineffektiva metoder.

Metoden för rangordningsprocessen och det vetenskapliga underlaget för samtliga rekommendationer finns i bilagan *Metodbeskrivning* respektive *Vetenskapligt underlag*. Bilagorna finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rangordningen utgår från den nationella modellen

Socialstyrelsens rangordning av olika tillstånds- och åtgärdskombinationer utgår från den nationella modellen för prioriteringar [8]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

Enligt den nationella modellen ska rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- tillståndets svårighetsgrad (avgörs utifrån risken för sjukdom, sänkt livskvalitet och förtida död vid ett visst tillstånd)
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Socialstyrelsen beaktar även evidens för effekten, det vill säga hur starkt det vetenskapliga stödet är.

Särskilda förutsättningar i rangordningsarbetet

I rangordningsarbetet har tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt, kostnadseffektiviteten och evidensen värderats i relation till även andra sjukdomar, och inte enbart sjukdomar i rörelseorganen. Bland annat anses tillstånden inom rörelseorganens sjukdomar vara av mindre livshotande dignitet än inom cancer eller stroke.

En direkt konsekvens av detta är att *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012* inte har rangordnat någon tillstånds- och åtgärdskombination som prioritet 1. Riktlinjerna innehåller även få åtgärder med rangordning 2.

Evidensen för eventuell effekt har också haft stor betydelse vid rangordningen. Det gäller även åtgärdernas effekt, som i regel uttrycks i form av förväntad ökad livslängd och förbättrad livskvalitet.

Socialstyrelsen har rangordnat de olika tillstånds- och åtgärdskombinationerna så att en 3:a inom sjukdomsområdet osteoporos är jämförbar med en 3:a inom området artros.

Mer information om rangordningsprocessen finns i bilagan *Metodbeskrivning* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Rekommendationer vid osteoporos

Osteoporos (benskörhet) gör benvävnaden mindre tät och skelettet blir därmed skörare och lättare att bryta. Osteoporos gör i sig inte ont, men om man får frakturer kan de göra ont och skapa andra problem som nedsatt rörlighet. Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition av osteoporos är ett bentäthetsvärde på mer än 2,5 standardavvikelser under det genomsnittliga värdet för unga vuxna i samma befolkning. Detta kallas för t-värdet.

Osteoporos är ett vanligt tillstånd i Sverige. Var tredje kvinna i åldern 70–79 år konstateras ha osteoporos vid en bentäthetsmätning i höften. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män beräknas få en osteoporosrelaterad fraktur under sin livstid.

Konsekvenserna av osteoporos är frakturer som kan inträffa efter en obetydlig påfrestning. Varje år inträffar i Sverige cirka 70 000 frakturer som har samband med osteoporos. Av dessa är 18 000 höftfrakturer. För många personer med en höftfraktur försämras livskvaliteten och dödligheten är hög. Inom ett år efter frakturen dör 10–15 procent fler än i en grupp med samma kön och ålder men utan höftfraktur. Efter en höftfraktur kan gångförmågan försämras och många kan inte återvända till eget boende, vilket ökar den sociala isoleringen. Höftfrakturerna står för mer än hälften av alla frakturrelaterade direkta sjukvårdskostnader.

Personer med mycket hög frakturrisk kan få läkemedelsbehandling med exempelvis alendronsyra eller zoledronsyra för att undvika frakturer. Andra typer av åtgärder är fysiskt aktivitet, som har en positiv effekt på bentätheten, samt fallprevention.

Personer med osteoporosfraktur är dock en underbehandlad grupp när det gäller läkemedelsbehandling och andra åtgärder för att förebygga nya frakturer. Dessutom finns diagnosen osteoporos sällan med vare sig vid in- eller utskrivningen av personer med höftfraktur.

Vid misstanke om osteoporos är det därför viktigt att göra en grundlig bedömning av personens tillstånd, utifrån förekomsten av olika riskfaktorer och en eventuell bentäthetsmätning. På så sätt har man bland annat möjlighet att anpassa åtgärderna och ta ställning till en eventuell läkemedelsbehandling.

Viktiga riskfaktorer för osteoporosrelaterade frakturer är fysisk inaktivitet, låg vikt, tobaksrökning, hög alkoholkonsumtion, fallbenägenhet, nedsatt syn, låg solexponering och kortisonbehandling. Dessa faktorer är oftast möjliga att påverka. Andra viktiga icke påverkbara riskfaktorer är hög ålder, kvinnligt kön, tidigare fraktur samt ärftlighet.

I följande avsnitt presenteras de rekommendationer för området osteoporos som Socialstyrelsen anser är särskilt centrala. Rekommendationerna för samtliga tillstånds- och åtgärdskombinationer finns i bilaga 1.

Bedömning av frakturrisk vid misstanke om osteoporos

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A01.01, A02.01, A03.01 och A04.01)

Vid misstanke om osteoporos kan hälso- och sjukvården bedöma frakturrisken med hjälp av det så kallade FRAX-verktyget (från engelskans ”fracture risk assessment tool”). FRAX är ett datorbaserat verktyg som är framtaget av WHO. Verktyget väger samman olika riskfaktorer för frakturer, vilket resulterar i en beräkning av hur stor risken är för att få frakturer under de kommande tio åren.

FRAX-värdet är ett hjälpmedel när man vill bedöma om en bentäthetsmätning behöver utföras. Genom att lägga till värdet från en eventuell bentäthetsmätning i FRAX-verktyget får man en bättre möjlighet att bedöma en persons frakturrisk. Därmed får man också ett bättre underlag för att ta ställning till eventuell läkemedelsbehandling.

Bentätheten går att mäta med en metod som kallas DXA (från engelskans ”dual energy x-ray absorbtiometry”), med svag röntgenstrålning. Resultatet av en DXA-mätning anges som ett t-värde, vilket används för att klassificera graden av osteoporos.

Det finns ingen undersökningsmetod och inget mätställe som är optimalt för att bestämma frakturrisken i alla skelettets delar. Ålder är den starkaste enskilda riskfaktorn för höftfraktur. Bentäthetsvärdet i lårbenshalsen förbättrar dock bedömningen av frakturrisken och behandlingsunderlaget avsevärt. Bentätheten i ländryggen är den starkaste riskmarkören för kotfraktur. Bentätheten i ländryggen förändras snabbare och minskar tidigare än i lårbenet, och är därför ett viktigt komplement till en bentäthetsmätning i lårbenet.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

FRAX finns lätt tillgängligt och är enkelt att använda samt har låg kostnad per effekt. Man får även omgående information om risken för att inom tio år drabbas av en fraktur på grund av osteoporos. FRAX väger dock inte in vissa viktiga riskfaktorer vid bedömningen av frakturrisken, såsom antal tidigare frakturer, typ av fraktur, fallrisk eller dos vid behandling med kortison. Vidare kan FRAX endast användas för personer över 40 år.

Bentäthetsmätning med DXA i övre delen av lårbenet och ländryggen ger goda möjligheter att bedöma frakturrisken, särskilt vid en sammanvägning med andra riskmarkörer.

FRAX-värdet beräknat tillsammans med värdet från en bentäthetsmätning bidrar till ett bra underlag för att avgöra behovet av frakturförebyggande behandling.

Rekommendationer om bedömning av frakturrisk vid misstanke om osteoporos

Hälso- och sjukvården bör

- beräkna frakturrisken med FRAX för att ta ställning till om en bentäthetsmätning ska utföras *(prioritet 5)*
- mäta bentätheten i höft och ländrygg med DXA vid en beräknad tioårig frakturrisk över 15 procent enligt FRAX för att få en säkrare bedömning av frakturrisken *(prioritet 3)*
- beräkna frakturrisken med FRAX om en bentäthetsmätning visar ett t-värde på -2 eller sämre för att avgöra behovet av frakturförebyggande behandling (*prioritet 4*).

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- mäta bentätheten i höft och ländrygg med DXA vid en beräknad tioårig frakturrisk *under* 15 procent enligt FRAX för att få en säkrare bedömning av frakturrisken *(prioritet 9)*.

Behandling av personer som har en låg respektive mycket hög frakturrisk

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A06.01–A06.02, A06.08, A07.01–A07.02, A07.08, A11.01 och A11.07)

Personer som antingen har ett t-värde på -2 eller sämre och ett FRAX-värde som överstiger 30 procent eller har eller har haft en fraktur i en höft eller ryggkota, bedöms ha mycket hög risk att drabbas av nya allvarliga frakturer. Personer som inte har haft någon fraktur samt har ett t-värde på -2,5 och ett FRAX-värde på under 20 procent bedöms ha en låg frakturrisk.

Ju högre frakturrisk en person bedöms ha, desto större anledning finns att överväga läkemedelsbehandling med exempelvis alendronsyra eller zoledronsyra för att undvika nya frakturer.

Alendronsyra är ett så kallat bisfosfonatläkemedel och ges i tablettform en gång i veckan. Bisfosfonatläkemedel minskar skelettets nedbrytning och ger ofta en viss ökning av bentätheten och benmassan under de första åren av en behandling. Zoledronsyra är, liksom alendronsyra, ett bisfosfonatläkemedel. Zoledronsyra ges dock som infusion, det vill säga tillförsel via blodkärl (dropp) en gång per år. Zoledronsyra är i första hand lämpligt för personer som av olika skäl har svårt att ta tabletter som innehåller bisfosfonater.

Ett annat läkemedel som minskar skelettets nedbrytning är denosumab, vilket kan vara ett alternativ för personer som har svårt att fullfölja en behandling med alendronsyra eller zoledronsyra. Läkemedlet tas som injektion.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Alendronsyra och zoledronsyra minskar antalet frakturer vid måttlig till hög frakturrisk, jämfört med ingen läkemedelsbehandling. Det finns inga större skillnader i effekten mellan dessa båda läkemedel. Däremot har alendronsyra låg kostnad per effekt jämfört med ingen behandling. Zoledronsyra har måttlig kostnad per effekt, det vill säga högre kostnad per effekt än alendronsyra.

Alendronsyra kan ge upphov till stark irritation om tabletterna fastnar i matstrupen. Följsamheten till behandling med alendronsyra är därför låg. Zoledronsyra ges däremot som infusion, vilket ger god följsamhet till behandlingen. Dock kan zoledronsyra ge biverkningar såsom feber och muskelvärk.

Även läkemedlet denosumab minskar antalet frakturer vid hög till måttlig frakturrisk. Denosumab ses dock som ett tredjehandsalternativ, då erfarenheten av preparatet ännu är betydligt mindre än för alendronsyra och zoledronsyra.

Att behandla personer med låg frakturrisk med alendronsyra eller zoledronsyra ger liten eller ingen nytta i förhållande till kostnaderna och de negativa effekterna.

Rekommendationer om behandling vid låg eller mycket hög frakturrisk

Hälso- och sjukvården bör

- behandla personer med mycket hög frakturrisk med alendronsyra *(prioritet 2)*
- ge behandling med zoledronsyra till personer som har mycket hög frakturrisk och som har svårt att fullfölja en behandling med alendronsyra *(prioritet 2)*
- ge behandling med denosumab till personer som har mycket hög frakturrisk och som har svårt att fullfölja en behandling med bisfosfonater (alendronsyra och zolendronsyra *(prioritet 3)*.

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- behandla personer med låg frakturrisk med alendronsyra eller zoledronsyra *(prioritet 10)*.

Postmenopausala kvinnor utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: A13.01)

Adekvata nivåer av kalcium och D-vitamin i blodet är nödvändiga för en väl fungerande benmetabolism. Det är för närvarande vanligt förekommande i Sverige att behandla postmenopausala kvinnor med kalcium och D-vitamin, trots att de inte har någon dokumenterad brist på dessa ämnen.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Det finns i nuläget inget vetenskapligt stöd för en betydande frakturförebyggande effekt av behandling med kalcium och D-vitamin, som monoterapi, av postmenopausala kvinnor utan brist på dessa ämnen. Däremot finns visst vetenskapligt stöd för att risken för kardiovaskulära biverkningar ökar med denna behandling.

Rekommendation om behandling med kalcium och D-vitamin som monoterapi

Hälso- och sjukvården bör inte

- behandla med kalcium och D-vitamin som monoterapi till postmenopausala kvinnor utan dokumenterad brist på dessa ämnen (*icke-göra)*.

Fysisk träning för kvinnor

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A17.01 och A18.01)

Vid låg bentäthet är det viktigt med fysisk träning för att öka muskelstyrka, koordination och balans, i syfte att förebygga fall och frakturer. Träningen kan till exempel bestå av viktbärande balans- och konditionsträning, såsom promenader eller joggning samt styrketräning.

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Hos äldre kvinnor med osteopeni, osteoporos eller osteoporosrelaterad kotfraktur har handledd träning (i grupp eller hemmet) fall- och frakturförebyggande effekter. Evidensen för detta är låg till måttlig.

Rekommendation om fysisk träning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda handledd fysisk träning till kvinnor med osteopeni, osteoporos eller osteoporosrelaterad kotfraktur *(prioritet 5)*.

Fallpreventiva åtgärder

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: A20.01)

Fall är den vanligaste orsaken till att äldre personer skadar sig och konsekvenserna blir ofta allvarliga. Äldre personer i särskilda boenden eller på sjukhus löper större risk att falla än de som befinner sig i hemmet, eftersom de ofta är sjukare och har sämre funktionsförmåga.

En effektiv fallprevention innefattar åtgärder såsom individuell riskbedömning, fysisk träning, kognitiv träning, åtgärder i boendemiljö och hjälpmedel. Fallprevention kräver ofta att flera yrkesgrupper med olika kompetens samverkar, till exempel omsorgspersonal, sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Individanpassade fallpreventiva åtgärder där flera professioner medverkar kan minska antalet äldre personer som faller. Evidensen för denna effekt är måttlig.

Rekommendation om fallpreventiva åtgärder

Hälso- och sjukvården bör

- genomföra individanpassade fallpreventiva åtgärder för äldre personer i särskilt boende eller som befinner sig i sjukhusmiljö *(prioritet 4)*.

Kirurgi vid osteoporosrelaterad kotkompression med vertebro-plastik och kyfoplastik

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: A16.01–A16.02)

Akut kotkompression är en fraktur som kan ge starka smärtor i två–tre månader efter frakturen, ibland så svåra att den drabbade är oförmögen att klara sig själv. Efter tre månader ger kotkompressioner ofta fortsatta smärtor och funktionsnedsättningar som är mer uttalade ju fler kotor som har drabbats.

Det finns två kirurgiska metoder för att stabilisera den drabbade kotan: vertebroplastik och kyfoplastik. Vertebroplastik innebär att bencement sprutas in i kotan via en grov kanyl. Kyfoplastik innebär att en gummiballong förs in i den drabbade kotan via en grov kanyl. Ballongen blåses sedan upp och fylls med bencement.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Vertebroplastik och kyfoplastik har ingen långvarig effekt på smärta, funktion eller livskvalitet.

Rekommendation om kirurgi vid kotkompression

Hälso- och sjukvården bör inte

- utföra vertebroplastik eller kyfoplastik vid osteoporosrelaterad kotkompression *(icke-göra)*.

Rekommendationer vid artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Sjukdomen är ett symtomgivande stadium av en oftast långsamt fortskridande sjukdomsprocess. Vanliga symtom är smärta, funktionsinskränkning och nedsatt livskvalitet. Artros förekommer i alla leder och den största sjukdomsbördan orsakas av artros i knä och höft.

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

Men artros förekommer även hos yngre och medelålders personer och har då ofta samband med övervikt, fetma eller en tidigare ledskada. Vid skador på menisken eller korsbandet ökar risken för artros i knäleden tiofaldigt. Risken för artros i både knä och höft är även relaterad till graden av övervikt. Ett BMI (från engelskans ”body mass index”) på 24–25 innebär exempelvis en trefaldig riskökning och ett BMI på omkring 30 en åttafaldig riskökning för svår artros som leder till en knäoperation med ledprotes, jämfört med ett BMI på 20–21.

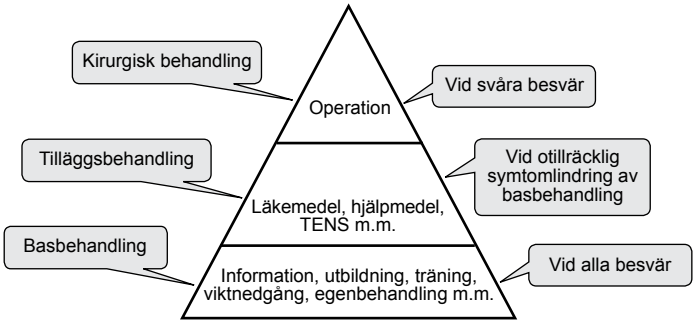
I jämförelse med dessa riskökningar är andra faktorers påverkan, såsom arbetsrelaterad ledbelastning, av mindre vikt. Den ärftligt betingade risken att utveckla artros är dock betydande.

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

Personer med artros i knä eller höft har även en förhöjd risk för alltför tidig död i hjärt- och kärlsjukdom, och överdödligheten ökar med graden av nedsatt ledfunktion. Därför är det viktigt att utreda förekomsten av de riskfaktorer som går att påverka. Det kan till exempel handla om högt blodtryck, höga blodfetter, rökning, övervikt och låg fysisk aktivitet. Det finns ännu inga läkemedel som påverkar sjukdomsprocessen vid artros. Nya studier tyder dock på att en optimerad ledbelastning genom viktreduktion och träning kan bromsa sjukdomen. Fokus vid behandling av artros är dock främst att minska smärtan och förbättra funktionen.

Behandling av artros kan delas in i grundbehandling, tilläggsbehandling och kirurgisk behandling. Figur 1 illustrerar vilka åtgärder som ingår i behandlingen och vid vilka besvär de är lämpliga.

Figur 1. Behandling av artros



I följande avsnitt presenteras de rekommendationer för området artros som Socialstyrelsen anser är särskilt centrala. Rekommendationer för samtliga tillstånds- och åtgärdskombinationer finns i bilaga 1.

Diagnostik vid misstanke om artros i knä eller höft

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B01.01, B02.01, B03.01 och B04.01)

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

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

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

Undersökning med röntgen är nödvändig när personen inte har svarat på behandlingen (till exempel träning som leds av en sjukgymnast eller smärtlindrande läkemedel) inom förväntad tid, eller när vården måste utesluta annan allvarlig sjukdom som orsak till smärtan och funktionsnedsättningen. En röntgenundersökning ger dock inte en säkrare diagnos jämfört med en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd.

Rekommendationer om diagnostik vid misstanke om artros i knä eller höft

Hälso- och sjukvården bör

- ställa diagnos med hjälp av en samlad bedömning av anamnes, tre vanliga symtom och tre typiska kliniska fynd *(prioritet 3)*
- röntga knä eller höft när diagnosen fortfarande är oklar efter en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd *(prioritet 4)*.

Fysisk träning vid artros i knä och höft

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B05.01 och B09.01)

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

Fysisk träning minskar smärtan och ökar funktionen. Vetenskapliga studier visar att träning har bäst effekt om den är handledd (av sjukgymnast eller motsvarande) och landbaserad. En vanlig träningsform är att kombinera konditionsträning och styrketräning.

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Vid artros i knä och höft ger regelbunden, handledd träning under lång tid en smärtlindrande effekt som kan jämföras med behandling med smärtlindrande läkemedel.

Rekommendation om fysisk träning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda regelbunden, handledd konditionsträning, styrketräning och funktionsträning under lång tid till personer med artros i knäet *(prioritet 3)*.
- erbjuda regelbunden, handledd konditionsträning, styrketräning och funktionsträning under lång tid till personer med artros i höften *(prioritet 4)*.

Läkemedelsbehandling med glukosamin och hyaluronsyra

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: B07.02 och B07.04)

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

Hyaluronsyra är ett ämne som förekommer naturligt i bland annat ledbrosk och ledvätska. Ämnet är viktigt för ledbroskets struktur och ger ledvätskan en seg konsistens. Vid artros tror man att halten hyaluronsyra sjunker i ledvätskan, vilket förändrar ledvätskans molekylvikt. Därmed skulle ledvätskans förmodat skyddande effekt kunna avta, med smärta, ledstelhet och funktionsnedsättning som följd. Behandling med hyaluronsyra innebär att ämnet injiceras i leden.

Sedan 2010 omfattas symtomlindrande läkemedel som innehåller glukosaminer och hyaluronsyra inte av läkemedelsförmånen.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Glukosamin har ingen effekt på smärta eller funktion jämfört med placebobehandling. Detta gäller för både glukosaminhydroklorid och glukosaminsulfat.

Hyaluronsyra har liten eller ingen effekt på smärta eller ledfunktion jämfört med placebobehandling.

Rekommendationer om läkemedelsbehandling vid artros i knä eller höft

Hälso- och sjukvården bör inte

- behandla med glukosamin vid artros i knä eller höft *(icke-göra)*
- behandla med hyaluronsyra som injektion i knä eller höft vid artros *(icke-göra)*.

Artroskopisk kirurgi vid artros i knä

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: B05.04)

Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion innebär att leden genomspolas med koksaltlösning och att lösa och förändrade delar av menisk och ledbrosk avlägsnas. Operationen syftar till att minska smärtan och förbättra funktionen i knäet.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion har inte bättre effekt på smärta, funktion och livskvalitet än placebobehandling. Dessutom ger artroskopisk kirurgi viss risk för komplikationer, till exempel en infektion eller blodpropp i benets djupt liggande vener (ventrombos).

Rekommendation om artroskopisk kirurgi vid artros i knä

Hälso- och sjukvården bör inte

- utföra artroskopisk kirurgi med ledstädning och meniskresektion vid artros i knäet *(icke-göra)*.

Rekommendationer vid inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit

Typiska symtom vid inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) är ryggsmärta som blir värre på natten och ofta är lokaliserad till ryggslutet samt morgonstelhet. Både smärtan och stelheten förbättras av fysik aktivitet (men inte av vila).

Axial spondylartrit kan efter fem–tio års förekomst leda till skador på skelettet, i form av både benförstöring och ökad nybildning av ben i sakro-iliakalederna eller mellan kotorna. Sjukdomen benämns då ankyloserande spondylit (tidigare Bechterews sjukdom).

Typiska symtom vid ankyloserande spondylit är morgonstelhet, nedsatt rörlighet och smärta. Även andra organ kan angripas av sjukdomen. Vanligast angrips ögon, perifera leder och hud, och mer sällsynt lungor, hjärta och njurar.

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

Orsaken till axial spondylartrit och ankyloserande spondylit är inte helt fastlagd, men genetiska faktorer är av betydelse.

Tidig diagnos är viktigt inför valet av läkemedelsbehandling. Inflammatoriska förändringar kommer ofta tidigare i sjukdomsförloppet än strukturella förändringar såsom benförstöring och sammanväxta kotor. Sådana

inflammatoriska förändringar i benet kan inte ses med konventionell röntgen och datortomografi, utan endast med magnetkameraundersökning.

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

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

Axial spondylartrit eller ankyloserande spondylit behandlas oftast med icke-steroida antiinflammatoriska och smärtstillande läkemedel). Dessa NSAID-läkemedel ger vanligtvis god symtomlindring och har få biverkningar. Det är också möjligt att behandla med så kallade TNF-hämmare, som kan hjälpa till att minska inflammationen.

Vid axial spondylartrit och ankyloserande spondylit är det också viktigt att snabbt påbörja sjukgymnastisk behandling eller någon annan typ av rehabilitering. Målet med denna är ofta att återställa den kapacitet personen behöver för att så långt som möjligt kunna leva det liv hon eller han önskar. Det kan handla om att behålla rörlighet i lederna och styrka i musklerna samt att lindra smärta. Rehabiliteringen sker i regel parallellt med en läkemedelsbehandling.

I följande avsnitt presenteras de rekommendationer för området axial spondylartrit och ankyloserande spondylit som Socialstyrelsen anser är särskilt centrala. Rekommendationerna för samtliga tillstånds- och åtgärdskombinationer finns i bilaga 1.

Diagnostik vid misstanke om inflammatorisk ryggsmärt (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C03.01–C03.03)

Med magnetkameraundersökning av bäckenlederna kan man upptäcka pågående inflammatoriska förändringar i ryggen. Med datortomografi och konventionell röntgenundersökning kan man se strukturella förändringar i bäckenlederna, såsom benförstöring och ökad nybildning av ben.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Magnetkameraundersökning av bäckenlederna har en unik förmåga att visa tidiga inflammatoriska förändringar i skelettet, jämfört med vanlig röntgen och datortomografi. Däremot är magnetkameraundersökning något sämre än datortomografi när det gäller att visa strukturella förändringar i skelettet. Magnetkameraundersökning ger tillsammans med ett positivt HLA-B27-prov och hög–måttlig inflammation goda möjligheter att diagnostisera tidig ankyloserande spondylit.

Magnetkameraundersökning eller datortomografi av bäckenlederna har bättre diagnostiska egenskaper jämfört med konventionell röntgen, där resultaten ofta är mer svårtolkade.

Magnetkameraundersökning är av speciellt värde tidigare i sjukdomen (de första fem–tio åren) medan datortomografi kan vara att föredra senare i sjukdomen när man kan förvänta sig att strukturella förändringar i skelettet har uppstått.

Rekommendationer om diagnostik

Hälso- och sjukvården bör

- undersöka bäckenlederna med magnetkamera vid långvarig inflammatorisk ryggsmärta som är i ett tidigt skede *(prioritet 3)*
- undersöka bäckenlederna med datortomografi vid långvarig inflammatorisk ryggsmärta som är i ett senare skede *(prioritet 4)*.

Hälso- och sjukvården kan

- undersöka bäckenlederna med konventionell röntgen vid långvarig inflammatorisk ryggsmärta som är i ett senare skede (*prioritet 8*).

TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit och otillräcklig effekt av NSAID-läkemedel

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: C05.07)

TNF är ett signalämne som bland annat utsöndras av de vita blodkroppar som deltar i den inflammatoriska processen vid ankyloserande spondylit. TNF-hämmare används för att bromsa eller hämma ämnets effekt och därmed minska inflammationen. Vetenskapliga studier visar ingen skillnad på effekten mellan olika TNF-hämmare.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

TNF-hämmare har stor effekt vid ankyloserande spondylit med minskade symtom, förbättrad fysisk funktion och förbättrad livskvalitet, jämfört med behandling utan TNF-hämmare. Dock har TNF-hämmare inte visats bromsa benstrukturförändringar vid ankyloserande spondylit. Vid behandling med TNF-hämmare ökar biverkningarna marginellt jämfört med behandling utan TNF-hämmare.

Vid behandling med TNF-hämmare bör alltid den ökade risken för allvarliga infektioner beaktas.

Rekommendation om behandling med TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit

Hälso- och sjukvården bör

- behandla med TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit, när behandling med NSAID-läkemedel har gett otillräcklig effekt *(prioritet 3)*.

Fysisk träning vid ankyloserande spondylit

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: C13.01–C13.02)

Vid ankyloserande spondylit är det viktigt med träning för att motverka stelhet och minskad funktionsförmåga. Vanliga träningsformer är rörelseträning och konditionsträning. Sjukgymnasten eller motsvarande lägger då upp ett träningsprogram, ger instruktioner och följer upp resultatet. Målet är ofta att motivera patienten till att träna regelbundet på egen hand.

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Handledd träning kan öka den fysiska kapaciteten och bidra till att minska aktivitetsbegränsningar samt förbättra hälsan för personer med ankyloserande spondylit. Evidensen för dessa effekter är låg till måttlig.

Rekommendation om fysisk träning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda handledd rörelseträning och konditionsträning till personer med ankyloserande spondylit *(prioritet 5)*.

Rekommendationer vid psoriasisartrit

Personer som har hudsjukdomen psoriasis kan även drabbas av inflammation i en eller flera leder, vilket då kallas psoriasisartrit. Karakteristiskt för sjukdomen är att inflammationen ofta är lokaliserad till ligament och senfästen, antingen som del i ledinflammationen eller enskilt. Psoriasisartrit orsakar smärta och stelhet, men kan även i sin allvarligaste och mindre vanligare form leda till funktionsnedsättningar.

Ungefär 0,25 procent av Sveriges befolkning har psoriasisartrit. Sjukdomen är lika vanlig hos kvinnor och män.

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

En behandling inleds i normalfallet med NSAID-läkemedel. Det är även möjligt att ge lokala kortisoninjektioner för att dämpa inflammationen och vid svårare sjukdomstillstånd används olika sjukdomsmodifierande läkemedel, så kallade DMARD-läkemedel (från engelskans ”disease modifying antirheumatic drugs”). Det är också möjligt att behandla med TNF-hämmare i syfte att minska inflammationen. Det senare är en effektiv men avsevärt dyrare behandling jämfört med NSAID- och DMARD-läkemedel.

I följande avsnitt presenteras den rekommendation för området psoriasisartrit som Socialstyrelsen anser är särskilt central. Rekommendationerna för samtliga tillstånds- och åtgärdskombinationer finns i bilaga 1.

TNF-hämmare vid otillräcklig effekt av NSAID-läkemedel, kortisoninjektioner och sjukdomsmodifierande läkemedel

(Rad i tillstånds- och åtgärdslistan: C12.02)

TNF är ett signalämne som utsöndras av bland annat de vita blodkropparna som deltar i den inflammatoriska processen vid psoriasisartrit. TNF-hämmare används för att bromsa eller hämma ämnets effekt och därmed minska inflammationen. Det finns inga vetenskapliga studier som visar någon skillnad i effekt mellan olika TNF-hämmare.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationen

Vid psoriasisartrit och otillräcklig effekt av NSAID, lokala kortisoninjektioner och sjukdomsmodifierande läkemedel har behandling med TNF-hämmare stor effekt på inflammation, smärta och funktion samt förhindrande av strukturella förändringar (som benförstörning).

Vid behandling med TNF-hämmare ökar biverkningarna marginellt jämfört med behandling utan TNF-hämmare.

Vid behandling med TNF-hämmare bör alltid den ökade risken för allvarliga infektioner beaktas.

Rekommendation om behandling med TNF-hämmare vid psoriasisartrit

Hälso- och sjukvården bör

- behandla med TNF-hämmare vid psoriasisartrit med hög inflammatorisk aktivitet, när behandling med NSAID-läkemedel, kortisoninjektioner och sjukdomsmodifierande läkemedel har gett otillräcklig effekt *(prioritet 3)*.

Rekommendationer vid reumatoid artrit

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

Mellan 0,5–1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit. Även om man kan få reumatoid artrit i vilken ålder som helst är det vanligast att insjukna mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män. Dess påverkan på det dagliga livet är också större för kvinnor – och kvinnor har mer smärta och ledömhet. I de flesta fall är sjukdomen livslång.

Inflammationen och dess konsekvenser påverkar den sjukas livssituation. Många förlorar arbetsförmågan efter en kortare tids sjukdom. En ökad dödlighet bland personer med reumatoid artrit har påvisats och orsakas då ofta av hjärt- och kärlsjukdom.

Orsaken till reumatoid artrit är oklar. Ny forskning om riskfaktorer har emellertid visat att rökning kan förklara cirka 20 procent av uppkomsten. Reumatoid artrit behandlas framför allt med olika läkemedel och sjukgymnastik. Under de senaste åren har behandlingsresultatet för nyinsjuknade personer successivt förbättrats. Fler personer uppnår låg sjukdomsaktivitet och begränsad funktionsnedsättning.

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

En effektiv läkemedelsbehandling minskar inflammationen och påverkar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Läkeme-

delsbehandlingen vid reumatoid artrit är långsiktig och kräver också noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen oftast är livslång.

När diagnosen reumatoid artrit väl har ställts är det också viktigt att, parallellt med läkemedelsbehandlingen, snabbt påbörja sjukgymnastisk behandling eller rehabilitering. Målet med denna är ofta att återställa den kapacitet individen behöver för att så långt som möjligt kunna leva det liv hon eller han önskar. Det kan handla om att förbättra rörligheten i lederna och styrkan i musklerna eller motverka fortsatt försämring, och att lindra smärta.

I följande avsnitt presenteras de rekommendationer för området reumatoid artrit som Socialstyrelsen anser är särskilt centrala. Rekommendationerna för samtliga tillstånds- och åtgärdskombinationer finns i bilaga 1.

Diagnostik

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D01.02, D01.06, D04.01, D05.01 och D05.09)

Vid flera reumatiska sjukdomar produceras antikroppar som riktar sig mot kroppens egna celler och organ. Dessa antikroppar kallas autoantikroppar.

Reumatoid faktor är en autoantikropp som kan mätas i blodet. Det är även möjligt att analysera autoantikroppar mot så kallade cykliska citrullinerade proteiner (CCP). Mängden antikroppar mot CCP samt reumatoid faktor i blodet kan förutsäga hur sjukdomen kommer att utvecklas.

Cirka 75 procent av dem som har reumatoid artrit har antingen positiv reumatoid faktor eller positiva antikroppar mot CCP i blodet eller båda typerna av autoantikroppar.

Med röntgen av händer, fötter och handleder kan man upptäcka erosioner och minskade ledspringor.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Vid utredning av odifferentierad artrit (tidig artrit som ännu inte kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom) förutsäger en analys av antikroppar mot CCP utvecklingen till reumatoid artrit bättre än en analys av reumatoid faktor. Röntgen av händer, fötter och handleder har ett begränsat prognostiskt värde vid odifferentierad artrit, med låg sensitivitet för förändringar som är typiska för reumatoid artrit.

Vid utredning av polyartrit (minst tre svullna leder) som har kvarstått i flera veckor kan en analys av både antikroppar mot CCP och reumatoid faktor förutsäga utvecklingen av reumatoid artrit bättre än en analys av enbart antikroppar mot CCP.

Vid tidig reumatoid artrit kan en analys av både antikroppar mot CCP och reumatoid faktor förutsäga utvecklingen av lederosioner bättre än en analys av enbart antikroppar mot CCP. Röntgen av händer, fötter och handleder vid tidig reumatoid artrit har ett betydande prognostiskt värde för att förutsäga framtida ledskador och funktionsnedsättning.

Rekommendationer om diagnostik

Hälso- och sjukvården bör

- analysera antikroppar mot CCP vid utredning av odifferentierad artrit (*prioritet 3*)
- analysera både antikroppar mot CCP och reumatoid faktor vid utredning av dels polyartrit som kvarstått i flera veckor, dels tidig reumatoid artrit (*prioritet 3)*
- undersöka händer, fötter och handleder med röntgen vid utredning av tidig reumatoid artrit *(prioritet 3)*.

Hälso- och sjukvården kan i undantagsfall

- undersöka händer, fötter och handleder med röntgen vid utredning av odifferentierad artrit (*prioritet 8)*.

Läkemedelsbehandling med metotrexat och biologiska läkemedel

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D06.01, D12.01, D14.01, D14.03–D14.04 och D14.06)

Det sjukdomsmodifierande läkemedlet metotrexat används för att hämma inflammationen vid reumatoid artrit. När den reumatiska inflammationen dämpas minskar nedbrytningen av brosk och ben, vilket i sin tur minskar risken för att lederna förstörs.

Vid reumatoid artrit stimuleras inflammation i kroppen av ämnet TNF. För att bromsa eller hämma ämnets effekt och därmed minska inflammationen i kroppens leder används TNF-hämmare. TNF-hämmare är en typ av biologiskt läkemedel.

Under de senaste åren har antalet biologiska läkemedel mot reumatoid artrit ökat. Det gör att personer med reumatoid artrit kan prova en annan TNF-hämmare eller ett annat biologiskt läkemedel, om en typ av TNF-hämmare inte ger effekt eller har slutat verka. Exempel på andra biologiska läkemedel är abatacept, rituximab och tocilizumab. Det finns

inte vetenskapligt underlag för någon säker skillnad i effekt mellan dessa läkemedel, eller mellan olika TNF-hämmare.

Socialstyrelsens motivering till rekommendationerna

Vid tidig reumatoid artrit med medelhög till hög sjukdomsaktivitet medför en kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare minskade sjukdomssymtom, förbättrad fysisk funktion och ökad arbetsförmåga jämfört med enbart metotrexat. Behandling med TNF-hämmare i denna situation har måttlig kostnad i förhållande till effekten enligt hälsoekonomiska analyser.

Vid reumatoid artrit med otillräcklig effekt av metotrexat ger en kombinationsbehandling av metotrexat och TNF-hämmare minskad sjukdomsaktivitet och förbättrad ledfunktion. Behandling med TNF-hämmare som tillägg till metotrexat har måttlig kostnad i förhållande till effekten även hos sådana patienter. Totalt sett ökar biverkningarna marginellt vid behandling med TNF-hämmare jämfört med behandling utan TNF-hämmare.

Vid otillräcklig effekt av en kombinationsbehandling med metotrexat och en viss typ av TNF-hämmare tycks byte till en annan TNF-hämmare eller ett annat biologiskt läkemedel (såsom abatacept, rituximab eller tocilizumab) minska sjukdomsaktiviteten och förbättra ledfunktionen.

Vid behandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel bör alltid den ökade risken för allvarliga infektioner beaktas.

Rekommendationer om behandling med metotrexat och biologiska läkemedel

Hälso- och sjukvården bör

- tidigt påbörja en kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare vid reumatoid artrit med hög sjukdomsaktivitet och flera markörer på dålig prognos *(prioritet 2)*
- ge en kombinationsbehandling med metotrexat och en TNF-hämmare vid reumatoid artrit med fortsatt medelhög till hög sjukdomsaktivitet, när behandling med enbart metotrexat har gett otillräcklig effekt *(prioritet 2)*
- ge en kombinationsbehandling med metotrexat och en annan TNF-hämmare, eller ett annat biologiskt läkemedel (såsom abatacept, rituximab eller tocilizumab), när en kombinationsbehandling med metotrexat och den första TNF-hämmaren har gett otillräcklig effekt *(prioritet 5)*.

Fysisk träning vid reumatoid artrit

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D18.01–D18.02, D18.04–D18.05 och D18.08–D18.09)

Vid reumatoid artrit är det viktigt med fysik träning för att upprätthålla en god muskelstyrka och livskvalitet. Sjukdomens varierande förlopp gör att den fysiska träningen behöver planeras individuellt. Behandlingen erbjuds ofta för sig men kan också ingå som del i teamrehabilitering. Sjukgymnasten eller motsvarande lägger upp träningsprogram, ger instruktioner och följer upp resultaten. Målet med behandlingen är ofta att motivera patienten till att träna regelbundet på egen hand.

Träningen består av konditionsträning, styrketräning och vid behov rörelseträning. Patienter med hög sjukdomsaktivitet eller stora funktionsbegränsningar kan behöva avlastad träning, till exempel på cykel eller på land. Det finns evidens för god effekt av rörelseträning i bassäng, medan förbättring efter styrke- och konditionsträning är bäst dokumenterad vid handledd träning på land

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Fysisk träning som leds av specialutbildad personal (sjukgymnast eller motsvarande) kan öka den fysiska kapaciteten samt bidra till att minska aktivitetsbegränsningar och förbättra hälsan för personer med reumatoid artrit. Evidensen för dessa effekter är låg till måttlig.

Rekommendation om fysisk träning

Hälso- och sjukvården bör

- erbjuda handledd styrketräning, konditionsträning och vid behov rörelseträning till personer med reumatoid artrit *(prioritet 5)*.

Teamrehabilitering i varmt klimat

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: D08.09, D19.03 och D20.03)

Hälso- och sjukvården organiserar ofta reumatologisk rehabilitering i multidisciplinära team inom öppenvården. Teamen kan bestå av två eller fler yrkesgrupper med olika kompetens, såsom reumatologi, omvårdnad och rehabilitering (till exempel sjukgymnaster och arbetsterapeuter).

Vanliga åtgärder inom teamrehabilitering är information om sjukdomen och vilken typ av läkemedelsbehandling som finns att tillgå. Andra vanliga åtgärder är stödjande samtal samt fysisk träning och funktionsträning. Det finns evidens för effekt av sådan rehabilitering såväl i dagvårdsform som i slutenvårdsform.

Verksamheten är ofta utformad på olika sätt vid olika vårdenheter. En form av teamrehabilitering sker under en avgränsad tid i varmt klimat i ett annat land.

Socialstyrelsens motivering till rekommendation

Det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av teamrehabilitering i varmt klimat är otillräckligt.

Rekommendation om teamrehabilitering i varmt klimat

Hälso- och sjukvården bör endast inom ramen för vetenskapliga studier

- ge teamrehabilitering i varmt klimat vid tidig och etablerad reumatoid artrit *(FoU)*.

3. Ekonomiska och organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen gör i detta avsnitt en bedömning av hur ett införande av de nationella riktlinjernas rekommendationer påverkar organisation, personalresurser, annan resursåtgång och kostnader för hälso- och sjukvården. Avsikten är att ge stöd och underlag till huvudmännen.

Bedömningen utgår från en bild av hur verksamheten bedrivs generellt på nationell nivå i dag. Socialstyrelsen har valt att fokusera på de konsekvenser som gäller landstingens och regionernas sjukvårdskostnader och organisation, men har även för vissa rekommendationer kommenterat konsekvenserna ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Socialstyrelsen förväntar sig att rekommendationerna påverkar praxis och resursfördelningen när det gäller rörelseorganens sjukdomar, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt rangordnade åtgärder än till åtgärder med låg rangordning.

Varje beslut om resursfördelning utifrån riktlinjerna bör föregås av en noggrann analys. En åtgärd som har fått rangordning 5 (till exempel på grund av liten effekt eller låg evidens) kan vara den bästa jämfört med alternativen, eller till och med det enda alternativ som finns tillgängligt för just det tillståndet. I sådana fall kan det innebära mer skada än nytta att dra ner resurserna.

Sammanfattning av konsekvenserna

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att innebära få organisatoriska konsekvenser. Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna kommer att innebära ekonomiska konsekvenser i form av generellt ökade kostnader för hälso- och sjukvården, framför allt när det gäller behandling med TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel vid reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit.

Införandet av riktlinjer är också beroende av att det finns personalresurser att tillgå. Vissa högt rangordnade åtgärder är personalintensiva och kan kräva ett tillskott av arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor eller läkare. Ett exempel är rekommendationerna om biologiska läkemedel vid reumatoid artrit. Rekommendationerna innebär en ambitionshöjning när det gäller förskrivningen av dessa läkemedel och ställer höga

krav på uppföljning av effekter och biverkningar. I en del verksamheter kan sannolikt personal omfördelas från lägre till högre prioriterade åtgärder. I andra fall är det inte lika enkelt eftersom verksamheten är för specialiserad. Det är viktigt att sjukvårdshuvudmännen gör en ordentlig analys av detta i sin planering och organisering av vården. Brister i kompetensförsörjningen tar i regel flera år att åtgärda.

Flera av rekommendationerna förväntas dock medföra förbättrad hälsa genom exempelvis höjd livskvalitet, bättre funktionsförmåga och minskat antal frakturer. På sikt kan kostnaderna för hälso- och sjukvården återgå till nuvarande kostnadsnivåer och leda till en kostnadsbesparing ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Även om Socialstyrelsen bedömer att kostnaderna till en början kommer att öka, saknar vi uppgifter för att kunna bedöma hur stort resurstillskott som behövs.

Tabell 3 nedan sammanfattar bedömningarna av förändrade kostnader för landstingen på kort respektive lång sikt, för några av de centrala rekommendationerna. Med kort sikt avses förväntad kostnadsutveckling under det första året från att riktlinjerna träder i kraft. Med lång sikt avses den uppskattade kostnadsutvecklingen därefter, från år två och framåt. Till exempel bedöms rekommendationerna om diagnostik vid osteoporos ge ökade kostnader under det första året, för att sedan plana ut på denna höjda nivå.

Tabell 3. Ekonomiska konsekvenser på kort och lång sikt för centrala rekommendationer (med hänvisning till rad i tillstånds- och åtgärdslistan, bilaga 1)

Åtgärd	**Central rekommendation**	**Kort sikt**	**Lång sikt**
Osteoporos			
Bedömning av frakturrisk	Rad A01.01, A02.01, A03.01 och A04.01	↗	→
Behandling vid frakturrisk	Rad A06.01–A06.02, A06.08, A07.01–A07.02, A07.08, A11.01 och A11.07	↗	↘
Kalcium och D-vitamin	Rad A13.01	↘	→
Kirurgi vid kotkompression	Rad A16.01–A16.02	↘	→

Artros			
Diagnostik vid misstanke om artros	Rad B01.01, B02.01, B03.01 och B04.01	↘	→
Fysisk träning	Rad B05.01 och B09.01	↗	→
Glukosamin och hyaluron-syra	Rad B07.02 ochB07.04	↘	→
Artroskopisk kirurgi	Rad B05.04	↘	→
Inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit			
Bilddiagnostik	Rad C03.01–C13.03	↗	→
TNF-hämmare	Rad C05.07	↗	→
Psoriasisartrit			
TNF-hämmare	Rad C12.02	↗	→
Reumatoid artrit			
Analys av antikroppar och bilddiagnostik	Rad D01.02, D01.06, D04.01, D05.01 och D05.09	→	→
Metotrexat och biologiska läkemedel	Rad D06.01, D12.01, D14.01, D14.03–14.04 och D14.06	↗	↘

Osteoporos

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om diagnostik

Organisatoriska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att tillgängligheten till DXA-apparater är ojämn över landet, liksom kunskapen om att hantera resultaten. Därför krävs samordning av resurserna inom ett landsting och utbildning för dem som utför och tolkar resultatet av DXA-mätningen.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om bentäthetsmätning vid misstänkt osteoporos kan ge en viss kostnadsökning för hälso- och sjukvården. Praxis ser dock olika ut i landet och därmed kommer rekommendationen få olika konsekvenser i olika landsting. Exempelvis bedömer Norra regionen att tillgången till DXA-mätare behöver förbättras.

Att göra en bentäthetsmätning i höft och ländrygg med DXA kostar cirka 1 500 kronor per undersökning. För de landsting som ökar användningen av DXA kan en viss kostnadsökning för hälso- och sjukvården förväntas.

Att använda FRAX kostar i princip ingenting då instrumentet finns fritt tillgängligt på internet för alla användare. Flera av regionerna menar att det är nödvändigt med utbildningsinsatser när det gäller användning av FRAX. Detta torde gälla såväl slutenvårdsläkare som primärvårdspersonal.

Ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om behandling

Behandling vid hög frakturrisk

Totalt är det troligt att Socialstyrelsens rekommendationer om behandling vid osteoporos medför att läkemedelsbehandlingen behöver öka, vilket på kort sikt skulle innebära ett ökat resursbehov. På längre sikt talar mycket för att ett minskat antal frakturer innebär att den slutgiltiga effekten av rekommendationen är ett minskat resursbehov. Socialstyrelsen räknar med en sammanlagd kostnadsminskning på närmare 200 miljoner kronor per år, då kostnaderna för behandlingarna förväntas öka med cirka 70 miljoner kronor medan minskningen av antalet frakturer på sikt förväntas ge en kostnadsminskning på cirka 270 miljoner kronor. Regionala skillnader i läkemedelsbehandling enligt dagens praxis har inte kunnat fastställas.

Behandlingen med alendronsyra kostar 200–300 kronor per person och år. Den totala konsumtionen av alendronsyra skulle sannolikt behöva öka, men i vilken utsträckning är svårt att säga. Med tanke på läkemedlets låga pris antas konsekvenserna för landstingens budgetar bli begränsade. Om hälso- och sjukvården behandlar grupper med måttlig till hög frakturrisk med alendronsyra kommer det att på sikt leda till minskade utgifter för hälso- och sjukvården, eftersom det leder till minskade kostnader för frakturer.

Zoledronsyra kostar betydligt mer (cirka 4 000 kronor per person och år) än alendronsyra. Den stora fördelen med zoledronsyra jämfört med alendronsyra är att följsamheten till behandlingen är bättre. Socialstyrelsen har därför bedömt zoledronsyra som ett kostnadseffektivt alternativ för personer som har svårigheter att följa behandling med alendronsyra. Möjligen kan rekommendationerna leda till en något ökad användning av zoledronsyra, vilket på kort sikt kan medföra en måttlig kostnadsökning. På lång sikt kompenseras detta av minskade kostnader för frakturer.

Antalet frakturer i sluten vård som skulle kunna undvikas per år kan uppskattas till cirka 3 200, varav 1 900 är lårbensfrakturer. Med en antagen kostnad på 120 000 kronor per lårbensfraktur och 30 000 per övrig fraktur skulle kostnaderna för dessa minska med 267 miljoner kronor [9].

Socialstyrelsen bedömer att antalet personer som får behandling med bisfosfonat (alendronsyra och zoledronsyra) ökar med cirka 15 000–20 000, vilket ger en kostnadsökning på cirka 73 miljoner kronor. Kostnadsökningen är uträknad enligt följande tre steg:

1. andel personer som behöver behandling
2. antal osteoporosrelaterade frakturer
3. kostnader för behandling.

Steg 1: Andel personer som behöver behandling

Enligt rapporten Öppna jämförelser 2009 [10] har endast 23 procent fått läkemedelsbehandling efter en fraktur för att förebygga en ny fraktur inom tolv månader. Öppna jämförelser anger att 60–70 procent av personerna som har haft en fraktur bör ha frakturförebyggande behandling. Detta skulle innebära att ytterligare cirka 50 procent av alla personer med fraktur bör behandlas. Om denna grupp behandlas med bisfosfonater (alendronsyra och zoledronsyra) skulle antalet frakturer kunna minskas med cirka 18 procent, utifrån att bisfosfonater i tidigare studier har antagits minska frakturrisken med 35 procent (för höftfrakturer).

Steg 2: Antal osteoporosrelaterade frakturer

Om man räknar med en bristfällig följsamhet till behandlingen med bisfosfonater, och då i synnerhet med alendronsyra, kan man uppskatta minskningen av antalet frakturer till 10 procent. Det totala antalet osteoporosrelaterade frakturer i sluten vård 2008, för personer som var 55 år och äldre, var cirka 32 000. Den största delen av dessa utgjordes av lårbensfrakturer (drygt 19 000) [11]. Underarmsfrakturer i öppenvård, som utgör en relativt stor grupp, ingår inte i ovan nämnda antal. Utifrån detta skulle alltså ytterligare minst 15 000 patienter (cirka 50 procent av 32 000) få behandling med bisfosfonat till följd av riktlinjerna. Med tanke på att frakturer i öppenvård tillkommer är det dock troligare att det rör sig om cirka 20 000.

Steg 3: Kostnader för behandling

Om man räknar med att 80 procent av dessa personer får alendronsyra och 20 procent får zoledronsyra (det vill säga av de ytterligare 20 000 personer som skulle få behandling med bisfosfonat), så skulle detta innebära en kostnad på totalt 73 miljoner kronor, inklusive den administrativa kostnaden.

Resonemanget bygger på ett antagande om kraftig underbehandling av personer som behöver medicinering. Sannolikt råder även en viss överbehandling av kvinnor med låg frakturrisk, men det finns inga studier som kan ge vägledning om hur vanligt detta är.

Rekommendationernas betydelse för arbetsförmåga och sjukskrivning bedöms vara marginell, med tanke på att patientgruppen främst består av äldre personer.

Behandling med kalcium och D-vitamin som monoterapi

Rekommendationen att inte förskriva kalcium och D-vitamin som monoterapi till kvinnor i åldern 40–79 år utan dokumenterad brist på dessa ämnen beräknas innebära kostnadsbesparingar för hälso- och sjukvården på 19–29 miljoner kronor.

Socialstyrelsen bedömer att antalet dygnsdefinierade doser av monoterapi med kalcium och D-vitamin är cirka 9–12 miljoner per år. Av dessa antas 20–30 procent ges till patienter som har en dokumenterad brist och därför är i behov av denna kombinationsbehandling., Det innebär att antalet dygnsdefinierade doser kan minskas med omkring 6–10 miljoner per år. Med en kostnad på 3 kronor per dygnsdefinierad dos skulle besparingen bli 19–29 miljoner kronor.

Kirurgi vid kotkompression

Socialstyrelsen bedömer att användningen av de kirurgiska metoderna vertebroplastik och kyfoplastik vid osteoporos är relativt begränsad i dag och kostnadsminskningen för hälso- och sjukvården förväntas därför bli måttlig.

De landsting som i dag utför vertebroplastik och kyfoplastik kan räkna med en kostnadsminskning i och med Socialstyrelsens rekommendationer. Vertebroplastik kostar cirka 6 000–10 000 kronor och kyfoplastik cirka 30 000–35 000 kronor per cementerad kota.

Artros

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om diagnostik

Organisatoriska konsekvenser

Artros är ett vanligt förekommande tillstånd i primärvården. Socialstyrelsens rekommendation innebär att primärvården bör kunna utreda och diagnostisera personer med artros och i flertalet fall inte behöva remittera till en specialistklinik för att ställa diagnos. I enstaka fall kan Socialstyrelsens rekommendationer till en början ställa krav på ökade utbildningsinsatser, främst när det gäller diagnostikmetoder.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om diagnostik vid artros kommer att leda till en viss kostnadsminskning för hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsens rekommendation om att röntga endast i särskilda fall innebär att antalet röntgenundersökningar bör minska. Socialstyrelsen har dock inte kunnat bedöma antalet röntgenundersökningar av knä eller höft som utförs i dag och som kan kopplas till diagnostik av artros.

Röntgenundersökning av knä eller höft tillhör inte de dyrare undersökningarna inom hälso- och sjukvården – en knäröntgen kostar cirka 500–600 kronor.

Ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om fysisk träning vid artros kommer att leda till en viss kostnadsökning för hälso- och sjukvården, även om åtgärden är relativt billig. Rekommendationen kommer sannolikt att innebära att fler patienter erbjuds fysisk träning jämfört med i dag, vilket kommer att kräva resurser i form av sjukgymnastisk kompetens. Hur mycket kostnaden kommer att öka skiljer sig sannolikt mellan landsting,

Om hälso- och sjukvården inte behandlar med glukosamin vid artros minskar kostnaderna med cirka 70 miljoner kronor per år, enligt TLV:s utredning från 2010. Som en följd av en samordnad process mellan TLV och Socialstyrelsen är glukosamin borttaget ur förmånen och besparingen är därmed redan inhämtad.

Om hälso- och sjukvården inte behandlar med hyaluronsyra vid artros minskar kostnaderna med cirka 16 miljoner kronor per år, enligt TLV:s utredning från 2010. Som en följd av en samordnad process mellan TLV och Socialstyrelsen är hyaluronsyra borttaget ur förmånen och besparingen är därmed redan inhämtad.

Socialstyrelsen bedömer att kostnadsminskningen ligger på cirka 50 miljoner kronor per år om hälso- och sjukvården inte utför artroskopisk kirurgi i form av ledstädning med meniskresektion.

Artroskopisk kirurgi är ett mindre ingrepp (utförs med så kallad titthålsteknik) än öppen kirurgi, då hela leden öppnas. Åtgärden kan utföras som dagkirurgi, vilket innebär att personen inte behöver stanna på sjukhuset över natten.

I Sverige utförs ett stort antal artroskopier vid knäbesvär. Antalet artroskopier som utförs trots att de inte innebär någon nytta för patienten uppskattades för 2010 till 7 100 i Socialstyrelsens *Öppna jämförelser 2011*

[14]. Av dessa anges 2 200 vara tydligt relaterade till artros. Kostnaden per artroskopiskt ingrepp var 10 000–11 000 kronor. Kostnadsminskningen till följd av rekommendationen skulle därmed bli 22–24 miljoner kronor (2 200 ingrepp multiplicerat med 10 000 respektive 11 000 kronor).

Utifrån dessa siffror bedömer Socialstyrelsen att det är rimligt att kostnadsminskningen hamnar mellan 22 och 25 miljoner kronor per år. Priserna i *Öppna jämförelser 2011* är från 2010. Om hänsyn tas till en prisuppräkning på 3,8 procent hamnar kostnadsminskningen på cirka 23–25 miljoner kronor per år (konsumentprisindex för hälso- och sjukvården har stigit från 797,17 i december 2010 till 827,91 i april 2012 enligt senaste rapporteringen) [12].

Inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit samt psoriasisartrit

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om diagnostik

Organisatoriska konsekvenser

En magnetkamera finns inte på mindre sjukhus, vilket kan innebära ökade väntetider till de sjukhus som har utrustningen. Socialstyrelsens rekommendation kräver därför en samordning inom landstinget av magnetkameror, ett behov som också påpekas av såväl Norra regionen som Stockholm.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om diagnostik vid inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) och ankyloserande spondylit samt psoriasisartrit leder till en kostnadsökning för hälso- och sjukvården på uppemot 2 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsen bedömer att cirka 17 000 vuxna i Sverige har inflammatorisk ryggsjukdom (axial spondylartrit) eller ankyloserande spondylit. Om den genomsnittliga åldern då en person får diagnosen antas vara 30 år och dessa har en genomsnittlig återstående livstid på 50 år, kan man anta att man får 340 nydiagnostiserade patienter per år (17 000/50 = 340). Om man dessutom antar att hälso- och sjukvården vid misstanke om inflammatorisk ryggsmärta genomför en magnetkameraundersökning på det dubbla antalet, blir det cirka 700 undersökningar per år. Kostnaden för en undersökning med magnetkamera är cirka 3 000 kronor.

Socialstyrelsen bedömer att hälso- och sjukvården hittills har gjort relativt få undersökningar med magnetkamera, och därmed blir de ökade

kostnaderna cirka 2 miljoner kronor per år. De ekonomiska konsekvenserna kommer dock att skilja sig i olika landsting och regioner, beroende på tillgången på magnetkameror.

Ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om behandling

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om läkemedelsbehandling vid ankyloserande spondylit och psoriasisartrit ger ökade kostnader för hälso- och sjukvården på cirka 480 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsens rekommendationer förväntas leda till ökad förskrivning av TNF-hämmare till personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit, vilket förväntas öka kostnaderna för landstingen. Kostnadsökningen kan på sikt förväntas dämpas, åtminstone delvis av ett minskat behov av rehabilitering och kirurgi.

Socialstyrelsen bedömer även att antalet sjukskrivningar kommer att minska, vilket kan leda till minskade kostnader ur ett samhällsperspektiv. Långtidsuppföljningar för att se dessa effekter saknas dock.

Socialstyrelsen bedömer att cirka 9 100 personer har ankyloserande spondylit och 19 000 har psoriasisartrit i Sverige, utifrån de registerdata som finns. Enligt det svenska registret över biologiska läkemedel, ARTIS (Anti-rheumatic therapies in Sweden), hade 1 710 personer med ankyloserande spondylit och 1 375 med psoriasisartrit fått behandling fram till sista november 2009. Detta utgör 18,8 procent av personerna med ankyloserande spondylit och 7,2 procent av personerna med psoriasisartrit.

Om man följer rekommendationen borde cirka 30 procent av alla personer med ankyloserande spondylit och 20 procent av alla med psoriasisartrit vara aktuella för behandling med TNF-hämmare. Detta skulle motsvara cirka 2 730 personer med ankyloserande spondylit och 3 800 personer med psoriasisartrit. Det innebär därmed en möjlig ökning med cirka 1 000 respektive 2 400 personer i jämförelse med uppgifterna från ARTIS. Totalt skulle alltså rekommendationerna kunna leda till att ytterligare 3 400 personer behandlas med TNF-hämmare. Då en behandling med TNF-hämmare kostar cirka 140 000 kronor per person och år blir de ökade kostnaderna cirka 480 miljoner kronor per år.

Precis som för reumatoid artrit kan den ökade behandlingen med biologiska läkemedel antas förbättra arbetsförmågan och därmed minska sjukskrivningarna. Storleken på denna produktivitetsvinst har dock inte kunnat fastställas.

Flera sjukvårdsregioner har uppmärksammat att den ökade förskrivningen av biologiska läkemedel ställer ökade krav på uppföljning och kontroll,

vilket i sin tur skulle innebära ett behov av ökad bemanning. Storleken av ett eventuellt ökat bemanningsbehov kan Socialstyrelsen inte bedöma. Detta behov bör utredas och beaktas i det lokala planeringsarbetet.

När det gäller regionala skillnader har Stockholm-Gotland specificerat en förväntad kostnadsökning relaterat till personer med ankyloserande spondylit och psoriasisartrit på 101 miljoner kronor. Övriga regioner har fokuserat på den sammanlagda kostnaden för biologiska läkemedel, och inte särredovisat kostnadsökningar för reumatoid artrit respektive ankyloserande spondylit eller psoriasisartrit.

Reumatoid artrit

Organisatoriska och ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om diagnostik

Organisatoriska konsekvenser

En stor del av arbetet med att tidigt identifiera patienter med artrit sker i primärvården. Det är där som flertalet personer som utvecklar reumatoid artrit eller andra allvarliga reumatiska sjukdomar har sin första kontakt med sjukvården om sitt tillstånd. Handläggning av patienter med nytillkommen artrit baseras på anamnes, status, rutinprover och analyser av antikroppar.

Socialstyrelsen rekommenderar att hälso- och sjukvården bör analysera antikroppar mot CCP vid odifferentierad artrit. Vid inflammatorisk polyartrit och vid diagnostiserad tidig reumatoid artrit rekommenderar vi att analysen av antikroppar mot CCP kombineras med en analys av reumatoid faktor. Patienter med diagnostiserad tidig reumatoid artrit bör genomgå röntgenundersökning. Hälso- och sjukvården bör endast i undantagsfall genomföra röntgenundersökning vid odifferentierad artrit.

Rekommendationerna innebär att primärvården enbart behöver genomföra en analys av antikroppar mot CCP. Om utredningen sammantaget tyder på inflammatorisk polyartrit eller tidig reumatoid artrit bör patienten remitteras till en reumatologspecialist för fortsatta prognostiska och behandlande åtgärder.

Ekonomiska konsekvenser

Socialstyrelsen bedömer att rekommendationerna om antikroppsanalyser vid diagnostik av reumatoid artrit sammantaget innebär att kostnaderna för hälso- och sjukvården kommer att ligga på ungefär samma nivå som tidigare.

Analys av såväl reumatoid faktor som antikroppar mot CCP kostar cirka 100 kronor per prov. För personer med odifferentierad artrit, där en analys av reumatoid faktor byts ut mot en analys av antikroppar mot CCP, blir kostnaden oförändrad. Redan enligt dagens praxis remitterar hälso- och sjukvården personer med polyartrit och tidig reumatoid artrit till specialistmottagningar i reumatologi som tar prov för såväl antikroppar mot CCP som reumatoid faktor. När det gäller de personer som remitteras till en specialistmottagning innebär rekommendationerna således ingen förändring.

När det gäller röntgenundersökningar kan konsekvenserna av rekommendationerna variera betydligt mellan olika landsting beroende på aktuell praxis och tillgänglighet till röntgen.

Ekonomiska konsekvenser för rekommendationer om behandling

Sammantaget bedömer Socialstyrelsen att rekommendationerna om läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit leder till ökade kostnader för hälso- och sjukvården.

Metotrexat är ett relativt billigt läkemedel (behandlingen inklusive provtagningar kostar i genomsnitt cirka 5 000 kronor per person och år), medan TNF-hämmare och andra biologiska läkemedel är betydligt dyrare. Behandlingen med TNF-hämmare kostar cirka 140 000 kronor per person och år. Behandling med TNF-hämmare i kombination med metotrexat vid de aktuella tillstånden är dock en kostnadseffektiv behandling jämfört med behandling med enbart metotrexat.

Socialstyrelsens rekommendation om tidig kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare förväntas leda till en ökad användning av TNF-hämmare och därmed ökade kostnader för hälso- och sjukvården. Varje år får cirka 2 000 personer diagnosen reumatoid artrit. Av dessa bedömer Socialstyrelsen att cirka 10 procent uppfyller kriterierna för tidig behandling med TNF-hämmare. Med dagens praxis får dessa personer uppskattningsvis vänta i genomsnitt cirka tre år på behandling med TNF-hämmare. Socialstyrelsens rekommendation skulle alltså innebära en kostnadsökning som motsvarar tre års behandling för 200 nya patienter varje år. Detta skulle ge en kostnadsökning för hälso- och sjukvården på cirka 84 miljoner kronor per år.

Socialstyrelsen bedömer att behandling av personer med otillräcklig effekt av enbart metotrexat respektive kombinationsbehandling av metotrexat och TNF-hämmare ger den stora kostnadsökningen. Socialstyrelsen har i dagsläget inga uppgifter om hur stor denna grupp är. En grov

skattning är dock att rekommendationen innebär ökade kostnaderna för hälso- och sjukvården med 150–250 miljoner kronor per år [13].

Enligt rapporten *Öppna jämförelser 2011* behandlades 20 procent (knappt 7 500 personer) av alla vuxna med reumatoid artrit med biologiska läkemedel januari 2010. Det är en ökning sedan januari 2007 då 15 procent hade biologisk behandling [14]. I samma rapport kan man se att det finns skillnader mellan landsting, med en spridning i andel behandlade från 13 till 28 procent. Detta gör att den förväntade kostnadsökningen till följd av rekommendationerna är stor för vissa landsting och mindre för andra. Detta gör att den förväntade kostnadsökningen till följd av rekommendationerna är stor för vissa landsting och mindre för andra [3]. Från Norra regionen har man bedömt att kostnaderna för biologiska läkemedel kommer att öka med 30–50 procent, vilket innebär cirka 15 miljoner kronor per landsting (inklusive reumatoid artrit och psoriasisartrit). Sjukvårdsregionen Stockholm-Gotland har bedömt att den ökade kostnaden för tidig insättning av TNF-hämmare vid reumatoid artrit blir 15 miljoner kronor, och 22 miljoner kronor för insättning av TNF-hämmare när metotrexat har gett otillräcklig effekt. Enligt sjukvårdsregionen Uppsala-Örebro har ett av landstingen bedömt att kostnaden för biologiska läkemedel totalt (inklusive ankyloserande spondylit och psoriasisartrit) kommer att öka med 35 miljoner kronor per år, något som bekräftas av flera andra landsting.

Flera remissinstanser har uppmärksammat att den ökade förskrivningen av biologiska läkemedel ställer ökade krav på uppföljning och kontroll, vilket i sin tur skulle innebära ett behov av ökad bemanning. Storleken av ett eventuellt ökat bemanningsbehov kan Socialstyrelsen inte bedöma. Detta behov bör utredas och beaktas i det lokala planeringsarbetet.

En del av den förväntade kostnadsökningen kan på sikt vägas upp av besparingar till följd av ett minskat behov av rehabilitering och kirurgi (som ingår i de olika landstingens budget). Långtidsuppföljningar för att med säkerhet kunna bedöma hur behovet av rehabilitering och kirurgi påverkas saknas dock ännu. Samtidigt visar Socialstyrelsens patientregister och nationella kvalitetsregister på en nedgång i antalet operationer (särskilt för höftplastiker [15]) som sammanfaller med en intensivare läkemedelsbehandling, bland annat en ökad förskrivning av biologiska läkemedel.

Kombinationsbehandling med TNF-hämmare medför en ökad arbetsförmåga och kan på samhällsnivå därmed medföra ett minskat produktionsbortfall till följd av sjukdom. Många personer med reumatoid artrit är äldre (medianåldern för insjuknande ligger runt 60 år), vilket gör produktionsbortfallets storlek svår att bedöma. När det gäller yngre personer med svår sjukdom kan man anta att produktionsbortfallet kan minska betydligt. Detta är dock en mindre grupp.

I en nyligen publicerad studie [16] fann man att bland personer i arbetsför ålder med reumatoid artrit (18–58 år vid behandlingsstart) innebar en behandling med TNF-hämmare en tydlig reducering av antalet sjukskrivna. Andelen sjukskrivna minskade från 38,6 procent vid behandlingsstarten till 28,5 procent efter tolv månader, vilket motsvarar en minskning på 26 procent.

4. Indikatorer för god vård vid rörelseorganens sjukdomar

Inom hälso- och sjukvården för rörelseorganens sjukdomar ska man, liksom inom all annan hälso- och sjukvård, ständigt arbeta med att förbättra sin kvalitet, effektivitet och patientsäkerhet. Det framgår bland annat av föreskrifterna *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659).

En allsidig och nyanserad bild av kvaliteten i hälso- och sjukvården är angelägen för en rad intressenter – såväl befolkning, patienter och närstående som hälso- och sjukvårdens personal, ledningsansvariga, sjukvårdshuvudmännens politiska och administrativa ledningar och regeringen.

Indikatorer för uppföljning, jämförelser och förbättringar

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten. Socialstyrelsen har också i uppdrag att följa upp hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i dessa verksamheter.

Socialstyrelsen utarbetar därför indikatorer inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer. Indikatorerna är mått som avser att spegla kvaliteten och ska kunna användas som underlag för verksamhetsuppföljning och verksamhetsutveckling samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvårdens processer, resultat och kostnader.

Målsättningen är att indikatorerna ska kunna användas av olika intressenter för att

- möjliggöra uppföljning av vårdens utveckling av processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt och nationellt
- möjliggöra jämförelser av vårdens processer, resultat och kostnader över tid – lokalt, regionalt, nationellt och internationellt
- initiera förbättringar av vårdens kvalitet på lokal, regional och nationell nivå
- öka tillgängligheten till information (*öppna jämförelser*) om vårdens processer, resultat och kostnader för de olika intressenterna.

Socialstyrelsens arbete med att utveckla indikatorer bedrivs enligt en modell som togs fram inom det nationella info-VU-projektet (informationsförsörjning och verksamhetsuppföljning) och som publicerades år 2005 [1]. Modellen utgår från *Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* (SOSFS 2011:9), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), och patientsäkerhetslagen (SFS 2010:659). Modellen innebär att man utgår från relevanta kunskapsunderlag och utformar indikatorerna i ett konsensusförfarande med medicinska experter och övriga intressenter. Enligt modellen ska en indikator för god vård ha vetenskaplig rimlighet, vara relevant och dessutom vara möjlig att mäta och tolka. Uppgifter som utgör underlag till indikatorer ska också vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem, såsom datajournaler, register och andra datakällor.

Med begreppet god vård menas att vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv och jämlik samt ges i rimlig tid [1].

Indikatorer för god vård vid rörelseorganens sjukdomar

Socialstyrelsen har tagit fram 35 nationella indikatorer för *Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012*. De flesta är i dag möjliga att mäta med hjälp av befintliga datakällor. Övriga är så kallade utvecklingsindikatorer. Med det menas indikatorer som i dagsläget saknar nationella datakällor, men som i många fall ändå kan följas upp på lokal eller regional nivå.

Det kan naturligtvis krävas ytterligare indikatorer för att kunna följa upp verksamheternas innehåll, kvalitet och resultat. Socialstyrelsen har dock fokuserat på ett fåtal indikatorer som avser att spegla de viktigaste aspekterna av en god vård samt av rekommendationerna i riktlinjerna.

Arbetet med att ta fram nationella indikatorer ska ses som en kontinuerlig process där redan framtagna indikatorer kan komma att ändras eller utgå och där nya indikatorer tillkommer. Exempelvis kan pågående nationella och internationella utvecklingsarbeten, särskilt inom artros och osteoporos, komma att ge användbar kunskap inför uppdateringen av indikatorerna.

Indikatorer som gäller all hälso- och sjukvård

Indikatorerna som finns i *Nationella indikatorer för God vård* [17] eller i *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011* [18] är även tillämpliga för vården av rörelseorganens sjukdomar. Av dessa har ändå någon enstaka indikator (eller indikatorer som liknar dessa) tagits med

här, eftersom den är särskilt viktig för rörelseorganens sjukdomar eller för någon av de ingående diagnoserna.

Avgränsningar och kompletterande indikatorer

När det gäller utvecklingen av indikatorer för artros har samma avgränsning gjorts som för riktlinjearbetet. Indikatorerna omfattar alltså hälso- och sjukvård vid artros, men inte rekonstruktiv kirurgi vid artros.

Frakturer hos äldre orsakas ofta av fall. En indikator om omprövning av läkemedelsbehandlingen hos personer med falltendens finns i *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre* [19].

Indikatorer för förebyggande av fall beskrivs i *Nationella kvalitetsindikatorer. Vården och omsorgen om äldre personer* [20]. En faktor som har uppmärksammats sedan länge i äldrevården är att vissa läkemedel kan öka risken för fall.

Nationell utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar

Socialstyrelsen kommer under åren 2012–2013 att påbörja en öppen jämförelse och utvärdering av vårdens processer, resultat och kostnader för rörelseorganens sjukdomar. Denna uppföljning kommer framför allt att ha sin utgångspunkt i Socialstyrelsens nationella indikatorer för god vård inom hälso- och sjukvården vid rörelseorganens sjukdomar. Men även andra aspekter av vården vid rörelseorganens sjukdomar kan komma att belysas. Resultatet av uppföljningen kan i sin tur ge underlag för revideringar och vidareutveckling av de befintliga indikatorerna. Målsättningen är att uppföljningen ska upprepas inom tre–fem år.

Socialstyrelsen avser dessutom att årligen redovisa öppna jämförelser för ett antal av indikatorerna i rapportserien Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet.

För utvecklingsindikatorerna saknas det i dag datakällor för att kontinuerligt följa upp dem på nationell nivå. Andra förutsättningar kan dock råda på regional och lokal nivå, och vissa av utvecklingsindikatorerna kan i dag följas inom ramen för vissa kvalitetsregister.

För att möjliggöra en kontinuerlig uppföljning av utvecklingsindikatorerna är det angeläget med en målinriktad satsning på att utveckla ett modernt system för kvalitetsuppföljning, där uppgifter kan registreras systematiskt i journalsystem. Uppgifterna bör sedan kunna hämtas automatiskt för olika uppföljningssyften. Uppgifter för att följa indikatorerna skulle också kunna läggas in i befintliga, eller kommande, kvalitetsregister.

I dagsläget saknas nationellt insamlade data från primärvården. Ett utvecklingsarbete bedrivs i dag för att utöka patientregistret till att omfatta uppgifter även från primärvården. Det kommer även att förbättra möjligheterna att följa upp de nationella riktlinjerna på nationell nivå.

Redovisning av indikatorer

Utgångspunkten för alla indikatorer är att presentera data uppdelat på män och kvinnor, där detta är möjligt. I vissa fall kan också indikatorer redovisas uppdelat på olika geografiska eller socioekonomiska nivåer för att spegla jämlikheten i vården. Området jämlik vård speglas därmed inte med några särskilda indikatorer. I dessa riktlinjer presenteras inte heller några indikatorer för området effektiv vård.

Samtliga indikatorer redovisas i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Alla indikatorer som utvecklas inom ramen för nationella riktlinjer går även att söka fram i Socialstyrelsens indikatorbibliotek, se www.socialstyrelsen.se/indikatorer.

Exempel på indikator

Indikatorerna redovisas i matriser i enlighet med exemplet nedan.

Indikator 3.2: Förekomst av fragilitetsfrakturer i befolkningen
Motivering för val av indikator (relevans): Mått på hur väl vården lyckas med att förebygga frakturer orsakade av fall och osteoporos.
Led i vårdkedjan: Befolkningen, slutenvård och hemsjukvård.
Kvalitetsområde som i huvudsak belyses: Kunskapsbaserad och ändamålsenlig vård, säker vård.

Resultatmått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ tolkningssvårigheter	Form för redovisning
Förekomst av fragilitetsfrakturer i befolkningen, 50 år och äldre. (radius, proximal humerus, höftfraktur, kotfraktur i bröstrygg eller ländrygg)	Täljare: Antal personer 50 år och äldre med fragilitetsfraktur Nämnare: Antal personer 50 år och äldre i befolkningen	Register	Patientregistret	Skillnader i täckningsgrad i öppenvårdsstatistiken	• Sjukhus eller vårdinrättning • Geografiskt område, till exempel landsting och kommun • Jämlik vård, till exempel kön, ålder och socioekonomiska förhållanden • Tidsserier

Indikatorer för rörelseorganens sjukdomar

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer enligt nedan, fördelade på områdena osteoporos, artros och inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, ankyloserande spondylit och psoriasisartrit). Samtliga indikatorer presenteras utförligt i bilagan *Indikatorer* som finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Generella indikatorer

Utvecklingsindikator 1.1	Mätning av längd och vikt
Utvecklingsindikator 1.2	Otillräcklig fysisk aktivitet [1]
Utvecklingsindikator 1.3	Hälsorelaterad livskvalitet (EQ5D): 1.3.1 Övergripande hälsorelaterad livskvalitet 1.3.2 Rörlighet 1.3.3 Förmåga att klara sin hygien 1.3.4 Förmåga att klara sina huvudsakliga aktiviteter 1.3.5 Smärta 1.3.6 Oro eller nedstämdhet 1.3.7 Nuvarande hälsotillstånd Som komplement eller som alternativ till EQ5D:s delfrågor kan diagnosspecifika instrument användas för rörlighet, aktivitet, funktion och smärta.

Artros

Generella indikatorer

Se de generella indikatorerna 1.1–1.3 ovan.

Riktlinjespecifika indikatorer

Indikator 2.1	Artroskopisk kirurgi vid knäartros
Indikator 2.2	Andel personer med artros ≥ 75 år som förskrivits NSAID-behandling
Utvecklingsindikator 2.3	Andel personer med artros som fått utbildning, handledd träning och råd om viktnedgång

[1] Från *Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011*.

Osteoporos

Generella indikatorer

Indikator 3.1	Förekomst av vårdprogram eller rutiner för osteoporosdiagnostik och frakturprofylax
Indikator 3.2	Förekomst av fragilitetsfrakturer i befolkningen
Indikator 3.3	Ny fragilitetsfraktur inom fem år

Se även gemensamma indikatorer 1.1–1.3 ovan.

Riktlinjespecifika indikatorer

Indikator 3.4	Andel personer med läkemedel mot osteoporos efter fragilitetsfraktur i höft

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar – reumatoid artrit, psoriasisartrit och ankyloserande spondylit

Generella indikatorer

Se även gemensamma indikatorer 1.1–1.3 ovan.

Behandling första året

Indikator 4.1a Utvecklingsindikator 4.1b	Sjukdomsduration vid första diagnos vid reumatoid artrit Sjukdomsduration vid första diagnos vid psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit
Utvecklingsindikator 4.2	Väntetid till specialist bland personer med nydebuterad reumatoid artrit
Indikator 4.3	Sjukdomsaktivitet vid första besöket hos specialist och efter fyra–tolv månader bland personer med reumatoid artrit
Indikator 4.4	ADL-funktion vid första besöket hos specialist och efter fyra–tolv månader bland personer med reumatoid artrit
Utvecklingsindikator 4.5	Sjukdomsaktivitet vid första besöket och efter fyra–tolv månader bland DMARD-behandlade personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit
Utvecklingsindikator 4.6	ADL-funktion vid första besöket och efter fyra–tolv månader bland DMARD-behandlade personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit

Behandling med biologiska läkemedel

Indikator 4.7a Utvecklingsindikator 4.7b	Andel personer med reumatoid artrit med biologiska läkemedel Andel personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit med biologiska läkemedel
Indikator 4.8	Rapportering av allvarliga biverkningar vid behandling med biologiska läkemedel
Indikator 4.9a Utvecklingsindikator 4.9b	Sjukdomsaktivitet vid insättande av biologiskt läkemedel och efter fyra–tolv månader bland personer med reumatoid artrit Sjukdomsaktivitet vid insättande av biologiskt läkemedel och efter fyra–tolv månader bland personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit
Indikator 4.10a Indikator 4.10b	ADL-funktion vid insättande av biologiskt läkemedel och efter fyra–tolv månader bland personer med reumatoid artrit ADL-funktion vid insättande av biologiskt läkemedel och efter fyra–tolv månader bland personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit
Indikator 4.11	Andel personer med reumatoid artrit som uppnår låg sjukdomsaktivitet fyra–tolv månader efter start av behandling med biologiska läkemedel
Indikator 4.12a	Andel personer med reumatoid artrit som uppnår remission fyra–tolv månader efter start av behandling med biologiska läkemedel
Indikator 4.12b	Andel personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit som uppnår remission fyra–tolv månader efter start av behandling med biologiska läkemedel

Övriga indikatorer för inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Indikator 4.13a	Andel personer med reumatoid artrit som är delaktiga via egen registrering av sitt tillstånd
Indikator 4.13b	Andel personer med psoriasisartrit eller ankylose-rande spondylit som är delaktiga via egen registrering av sitt tillstånd
Indikator 4.14	Andel personer med reumatoid artrit med remission
Indikator 4.15	ADL-funktion bland personer med reumatoid artrit
Indikator 4.16	Andel personer med reumatoid artrit med måttlig till hög grad av sjukdomsaktivitet
Indikator 4.17	Mått på inflammation bland personer med reumatoid artrit

Riktlinjespecifika indikatorer

Indikator 4.18	Andel vårdenheter som erbjuder teamrehabilitering i dagvård bland vårdenheter med patienter med reumatoid artrit
Indikator/utvecklings-indikator 4.19	Kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare bland personer med reumatoid artrit

5. Att informera och göra patienten delaktig

Socialstyrelsen ser sjukvårdens kommunikation med patienten, och patientens delaktighet i sin vård och behandling, som centrala frågor.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och patientsäkerhetslagen (2010:659) ska hälso- och sjukvården ge varje patient individuellt anpassad information och möjlighet att välja mellan olika behandlingsalternativ.

Den individuellt anpassade informationen ska innehålla uppgifter om patientens hälsotillstånd och vilka metoder för undersökning, vård och behandling som står till buds. På så sätt skapar vårdpersonalen förutsättningar för att patienten ska kunna ta tillvara sina intressen samt ta ställning till och vara delaktig i behandlingen.

För att ge personen bästa möjliga förutsättningar att välja behandling behöver informationen anpassas till personens hälsotillstånd, mognad och erfarenhet, kognitiva förmåga, eventuella funktionsnedsättning samt kulturella och språkliga bakgrund.

När det finns flera behandlingsalternativ – med sina olika fördelar och nackdelar – ska den som är ansvarig för vården av en patient medverka till att denna får möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Vårdpersonalen måste också hjälpa den sjuka personen att värdera de olika alternativen (prop. *Stärkt patientinflytande* 1998/99:4 s. 28). Patientens delaktighet i den medicinska processen och olika val får alltså inte leda till att han eller hon hamnar i en konfliktfylld situation eller får ett för stort beslutsansvar utifrån sin kunskap (3 a § hälso- och sjukvårdslagen).

I Socialstyrelsens handbok *Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal.* finns en mer samlad beskrivning av lagstiftningen och andra regelverk som gäller patientens ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet.

Socialstyrelsens *Min guide till säker vård* är en guide riktad till patienter. Guiden ger vägledning och konkreta råd om hur patienten kan bli delaktig i sin egen vård och behandling, och därmed medverka till en säkrare vård.

Både handboken och guiden går att ladda eller beställa på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Projektorganisation

Projektledning

Susanna Axelsson	representant från SBU (från och med april 2010), odontologie doktor, programchef på SBU i Stockholm
Stefan Bergman	ordförande i faktagruppen långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg (från och med maj 2009 till och med maj 2011), docent (i allmänmedicin), forskningschef på Spenshult sjukhus i Halmstad, utvecklingschef på Landstinget Halland
Lars Bernfort	huvudansvarig för hälsoekonomi, filosofie doktor, hälsoekonom på CMT, Linköpings universitet
Lars Borgquist	professor (i allmänmedicin) vid Linköpings universitet
Tomas Bremell	docent (i reumatologi), överläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg
Ingemar Eckerlund	representant från SBU (till och med mars 2010), filosofie doktor, projektledare på SBU i Stockholm
Anna Engström-Laurent	medicinsk rådgivare, professor (i internmedicin) vid Umeå universitet, överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Maria Eriksson	delprojektledare för vetenskapligt underlag på Socialstyrelsen
Nils Feltelius	representant från LV, docent (i reumatologi), specialistläkare på LV i Uppsala

Björn Gerdle	ordförande i faktagruppen långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg (till och med maj 2009), professor (i rehabiliteringsmedicin) vid Linköpings universitet, verksamhetschef på Universitetssjukhuset i Linköping
Lennart Jacobsson	ordförande i faktagruppen ankyloserande spondylit, professor (i reumatologi), överläkare på Sahlgrenska Akademin i Göteborg
Per Johansson	projektledare (från och med januari 2011) på Socialstyrelsen
Jan Larsson	projektledare (till och med september 2010) på Socialstyrelsen
Stefan Lohmander	ordförande i faktagruppen artros, professor (i ortopedi) vid Lunds universitet, överläkare på Skånes universitetssjukhus
Caroline Lööf	delprojektledare för vetenskapligt underlag på Socialstyrelsen
Torbjörn Malm	projektledare (till och med mars 2010) på Socialstyrelsen
Mats Palmér	ordförande i faktagruppen osteoporos (från och med september 2009), docent (i medicin), överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge
Thord Redman	representant från TLV (till och med augusti 2010), utredare på TLV i Stockholm
Olle Svensson	ordförande i faktagruppen osteoporos (till och med augusti 2009), professor (i ortopedi), överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Linda Rundgren Swirtun	delprojektledare (från och med februari 2011) för vetenskapliga underlag på Socialstyrelsen

Anna Märta Stenberg	representant från TLV (från och med september 2010 till och med maj 2011), chefsjurist, avdelningschef på TLV i Stockholm
Maria Storey	representant från TLV (från och med maj 2011), medicinsk utredare på TLV i Stockholm
Karl-Göran Thorngren	ordförande i faktagruppen trauma och indikatorer, professor (i ortopedi), överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Carl Turesson	ordförande i faktagruppen reumatoid artrit, docent (i reumatologi), överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö
Agneta Uddhammar	vice ordförande i prioriteringsgruppen, medicine doktor (i reumatologi), överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Richard Wallensten	ordförande i prioriteringsgruppen, docent (i ortopedi), överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Elisabet Welin Henriksson	medicine doktor (i omvårdnad), universitetslektor på Karolinska Institutet i Huddinge
Göran Zetterström	projektledare (från och med april till och med oktober 2010) på Socialstyrelsen
Birgitta Öberg	professor (i sjukgymnastik) vid Linköpings universitet

Andra medverkande

Daniel Albertsson	medicine doktor, allmänläkare på Landstinget Kronoberg
Helena Arnberg	administratör på Socialstyrelsen
Staffan Arrhenius	webbredaktör på Socialstyrelsen

Linn Cederström	kommunikatör på Socialstyrelsen
Kristina Eklund	metod- och kvalitetsansvarig på Socialstyrelsen
Ann-Kristine Jonsson	informationsspecialist på Socialstyrelsen
Maria Klässbo	medicine doktor, sjukgymnast på Landstinget i Värmland
Elisabet Lindqvist	medicine doktor, reumatolog på Skånes universitetssjukhus
Caroline Mandoki	administratör på Socialstyrelsen
Charlotta Munter	kommunikatör på Socialstyrelsen
Lennart Nordenfelt	etiker, professor vid Linköpings universitet
Hanna Olofsson	informationsspecialist på Socialstyrelsen
Christina Opava	professor (i sjukgymnastik) vid Karolinska universitetssjukhuset
Sofia Palm	kommunikatör på Socialstyrelsen
Helene Persson	webbredaktör på Socialstyrelsen
Eva L Ribom	medicine doktor, sjukgymnast på Uppsala universitetssjukhus
David Svärd	kommunikatör på Socialstyrelsen
Ingrid Thyberg	medicine doktor, arbetsterapeut på Landstinget i Östergötland
Lena Weilandt	enhetschef på Socialstyrelsen

Vetenskapliga författare reumatoid artrit

Eva Baecklund	medicine doktor, överläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala
Ewa Berglin	medicine doktor, överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Maria Bokarewa	docent, överläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Sofia Hagel	Master of Science, sjukgymnast på Skånes universitetssjukhus i Lund
Jon Lampa	docent, biträdande överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Ingrid Larsson	sjuksköterska på Spenshult sjukhus i Halmstad
Carl Turesson	docent, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö

Vetenskapliga författare ankyloserande spondylit och psoriasisartrit

Gerd-Marie Alenius	medicine doktor, överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Valentina Bala	sjuksköterska på Helsingborgs lasarett
Nina Brodin	medicine doktor, sjukgymnast på Karolinska Institutet i Huddinge och på Danderyds sjukhus
Nils Feltelius	docent, specialistläkare på LV i Uppsala
Lennart Jacobsson	professor (i reumatologi) vid Lunds universitet, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö
Ulla Lindqvist	lektor vid Uppsala universitet, överläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala
Birgitha Archenholtz	medicine doktor, leg. arbetsterapeut på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg

Vetenskapliga författare artros

Leif Dahlberg	professor (i ortopedi) vid Lunds universitet, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö
Stefan Lohmander	professor (i ortopedi) vid Lunds universitet, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund

Hans Lund	medicine doktor, sjukgymnast, lektor vid Syddansk universitet i Odense, Danmark
Lillemor Nyberg	forskare på Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet i Huddinge, distriktsläkare på Karolina vårdcentral i Karlskoga
Ingemar Petersson	docent, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Ewa M. Roos	professor (i sjukgymnastik) vid Syddansk universitet i Odense, Danmark
Carl-Olav Stiller	docent, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Ellen Vinge	docent, klinisk farmakolog på Landstinget i Kalmar

Vetenskapliga författare osteoporos

Bo Freyschuss	docent, projektledare på SBU i Stockholm (till och med juli 2009)
Ann-Charlotte Grahn-Kronhed	medicine doktor, sjukgymnast på Rehab väst, Vadstena vårdcentral
Andreas Kindmark	docent, specialistläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala
Dan Mellström	professor (i geriatrik) vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg
Mats Palmér	docent, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge
Helena Salminen	medicine doktor på Centrum för allmänmedicin i Huddinge
Olle Svensson	ordförande i faktagruppen osteoporos (till och med augusti 2009), professor (i ortopedi), överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Maria Sääf	medicine doktor, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna

Ove Törring	docent, universitetslektor på Karolinska Institutet i Stockholm, överläkare på Södersjukhuset i Stockholm
Kristina Åkesson	professor (i ortopedi) vid Lunds universitet, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö

Vetenskapliga författare långvarig smärta i nacke, skuldror och rygg (till och med april 2011)

Stefan Bergman	medicine doktor, forskningschef på Spenshult sjukhus i Halmstad, utvecklingschef på Landstinget Halland
Björn Gerdle	professor (i rehabiliteringsmedicin) vid Linköpings universitet, verksamhetschef på Universitetssjukhuset i Linköping (till och med maj 2009)
Mats Hagberg	professor (i yrkesmedicin) vid Göteborgs universitet, överläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg
Ulf Jakobsson	docent, lektor, distriktssköterska på Lunds universitet
Steven J. Linton	professor (i klinisk psykologi), psykoterapeut vid Örebro universitet
Lars-Erik Strender	professor (i allmänmedicin), överläkare på Karolinska Institutet i Huddinge
Britt-Marie Stålnacke	docent vid Umeå universitet, överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Anne Söderlund	professor (i sjukgymnastik) vid Mälardalens högskola i Västerås

Vetenskapliga författare trauma (till och med april 2011)

Antonio Abramo	medicine doktor, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Malmö

Paul Ackermann	docent, specialistläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Anders Ekelund	docent, överläkare på St Görans sjukhus i Stockholm
Ami Hommel	lektor, sjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Lund
Jon Karlsson	professor (i ortopedi), överläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg
Philippe Kopylov	medicine doktor, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Joanna Kvist	lektor, sjukgymnast på Universitetssjukhuset i Linköping
Rolf Norlin	professor (i ortopedi), överläkare på Universitetssjukhuset i Örebro
Jan Nowak	överläkare på Akademiska sjukhuset i Uppsala
Cecilia Rogmark	medicine doktor, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Harald Roos	docent, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Karl-Göran Thorngren	professor (i ortopedi), överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund

Huvudansvarig hälsoekonomi

Lars Bernfort	filosofie doktor, hälsoekonom på CMT, Linköpings universitet

Prioriteringsgrupp

Marie Ackelman	överläkare på Kullbergska sjukhuset i Katrineholm
Anders Amilon	överläkare på Universitetssjukhuset i Örebro

Johan Bratt	docent, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och i Huddinge
Björn Börsbo	medicine doktor, lektor vid Hälsouniversitetet i Linköping, överläkare på Länssjukhuset Ryhov i Jönköping
Agneta Carlsson	arbetsterapeut på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Lars Ejerhed	docent, överläkare på NU-sjukvården i Trollhättan
Anders Hansson	överläkare på Mälarsjukhuset i Eskilstuna
Margret Laessker Good	specialistsjukgymnast på Universitetssjukhuset i Linköping
Ulf Lindblad	professor (i allmänmedicin) vid Göteborgs universitet, läkare på Kungshöjds vårdcentral i Göteborg
Mattias Lorentzon	docent, specialistläkare på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg
Mari Lundberg	medicine doktor, sjukgymnast på Yrkesortopeden i Göteborg
Ulf Måwe	specialist i allmänmedicin (till och med oktober 2009), läkare på Husläkarnas hälsocentral i Umeå
Christina Nerbrand	docent (i allmänmedicin) vid Lunds universitet
Charlotte Olsson	sjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Lund
Jan Persson	medicine doktor, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge
Inga Redlund-Johnell	docent, överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund
Cecilia Ryding	läkare (till och med april 2010) på Kvartersakuten Surbrunnsgatan i Stockholm
Örjan Sundin	professor (i klinisk psykologi) vid Mittuniversitetet i Östersund

Annika Teleman	överläkare på Spenshult sjukhus i Halmstad
Göran Toss	docent, överläkare på Universitetssjukhuset i Linköping
Agneta Uddhammar	medicine doktor, överläkare på Norrlands universitetssjukhus i Umeå
Richard Wallensten	docent, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Solna
Elisabet Welin Henriksson	medicine doktor, sjuksköterska, universitetslektor på Karolinska Institutet i Huddinge

Indikatorgrupp

Emma Bergmark	projektledare (från januari 2009 till och med november 2010) på Socialstyrelsen
Margareta Eliasson	läkare, verksamhetschef på Anderslövs vårdcentral
Sofia Ernestam	medicine doktor, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge
Ami Hommel	lektor, sjuksköterska på Skånes universitetssjukhus i Lund
Birgitta Lindelius	projektledare (till och med januari 2009) på Socialstyrelsen
Staffan Lindblad	docent, överläkare på Karolinska Universitetssjukhuset i Huddinge (till och med januari 2009)
Gertrud Nilsson	medicine doktor, adjunkt, sjukgymnast på Lunds universitet
Gunilla Ringbäck Weitoft	projektledare (från och med september 2011) på Socialstyrelsen
Karl-Göran Thorngren	professor (i ortopedi), överläkare på Skånes universitetssjukhus i Lund

Referenser

1. Statistiska centralbyrån. Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF/SILC). 2005.
2. Special Eurobarometer, 186. European Opinion Research Group. 2003. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_186_en.pdf.
3. Socialstyrelsen. Vårdutnyttjande i rörelseorganens sjukdomar. 2009.
4. Bijlsma, JW, Burmester, GR, da Silva, J-A, Faarvang, KL, Hachulla, E, Mariette, X, editors. EULAR Compendium on Rheumatic Diseases. London: BMJ Publishing Group Ltd; 2009.
5. SBU. Osteoporos – prevention, diagnostik och behandling. Stockholm; 2003.
6. Schmidt, A, Husberg, M, Bernfort, L. Samhällsekonomiska kostnader för reumatiska sjukdomar. CMT Rapport. Linköping: Linköpings universitet, Hälsouniversitetet; 2003.
7. Socialstyrelsen. Försäkringsmedicinskt beslutsstöd. http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/forsakringsmedicinsktbeslutsstod.
8. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. 2007; 1.
9. Ström, O, Borgstrom, F, Zethraeus, N, Johnell, O, Lidgren, L, Ponzer, S, et al. Long-term cost and effect on quality of life of osteoporosis-related fractures in Sweden. Acta Orthop 2008; 79:269-80.
10. Socialstyrelsen, SKL. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2010.
11. Diagnoser i slutenvård, uppgifter hämtat från slutenvårdsregistret. 2008.
12. www.scb.se.
13. Socialstyrelsen. Läkemedelsförsäljning i Sverige – analys och prognos – maj 2011. 2011.
14. Socialstyrelsen, SKL. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. 2011.
15. Hekmat, K, Jacobsson, L, Nilsson, JA, Petersson, IF, Robertsson, O, Garellick, G, et al. Decrease in the incidence of total hip arthroplasties in patients with rheumatoid arthritis--results from a well defined population in south Sweden. Arthritis Res Ther. 2011; 13(2):R67.
16. Olofsson, T, Englund, M, Saxne, T, Jöud, A, Jacobsson, L, Geborek, P, et al. Decrease in sick leave among patients with rheumatoid arthritis in the first 12 months after start of treatment with tumour necrosis factor antagonists: a population-based controlled cohort study. Ann Rheum Dis. 2010.
17. Socialstyrelsen. Nationella indikatorer för God vård. 2009.
18. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, preliminär version 2010.
19. Socialstyrelsen. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. 2010.
20. Socialstyrelsen. Nationella kvalitetsindikatorer – vården och omsorgen om äldre personer. 2009.

Bilaga 1

Tillstånds- och åtgärdslistan innehåller cirka 280 rekommendationer. En mer detaljerad tillstånds- och åtgärdslista finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Där är det också möjligt att söka efter enskilda rekommendationer via sökverktyget *Sök i riktlinjerna* eller läsa samlad information om samtliga rekommendationer i bilagan *Vetenskapligt underlag*.

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A01.01	Misstanke om osteoporos eller hög frakturrisk *Beräkning av absolut 10 års risk för osteoporosfrakturer samt höftfraktur enligt FRAX utan bentäthetsvärde*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**5**
A02.01	Vid frakturrisk enligt FRAX på 15 % eller högre i kombination med ett bentäthetsvärde (T-värde) på -2 eller sämre *Beräkning av absolut 10 års risk för osteoporosfrakturer samt höftfraktur enligt FRAX med bentäthetsvärde*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**4**
A03.01	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med dual energy x-ray absorption (Central DXA)*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Kostnaden per effekt är måttlig.	**3**
A03.02	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre Bentäthetsmätning med Vertebral Fracture Assessment (VFA) i samband med central DXA mätning	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**4**
A03.03	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med CT/ pQCT*	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**9**
A03.04	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med perifer DXA*	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**10**
A03.05	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med ultraljud*	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**10**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A03.06	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med digital rtg hand*	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**10**
A03.07	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med kvantitativ MR*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas evidens för att åtgärden leder till rätt behandling. Det finns en annan åtgärd som ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**
A03.08	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller högre *Bentäthetsmätning med DXA helkropp*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas evidens för att åtgärden leder till rätt behandling. Det finns en annan åtgärd som ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**
A04.01	Vid en frakturrisk enligt FRAX (utan bentäthetsvärde) på 15 % eller lägre *Bentäthetsmätning med Central DXA*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden inte leder till en korrekt fortsatt handläggning. Kostnaden per effekt är hög.	**9**
A05.01	Fragilitetsfraktur *Systematisk riskvärdering, utredning och behandling för att minska risk för ytterligare fraktur*	Avgörande för rekommendationen är att evidensen för att åtgärden har en effekt är otillräcklig.	**FoU**
A06.01	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg.	**2**
A06.02	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Denosumab*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg till måttlig. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**3**
A06.03	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg till måttlig. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A06.04	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en låg till otillräcklig evidens för en effekt och att kostnaden per effekt är hög. Det finns andra åtgärder som har en effekt och som har rangordnats högt.	**Icke-göra**
A06.05	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är mycket hög. Det finns andra åtgärder som har effekt och som har rangordnats högt.	**Icke-göra**
A06.06	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Raloxifen*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten eller ingen effekt och medför en ökad risk för biverkningar. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
A06.07	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt som har högre rangordning och att åtgärden medför en ökad risk för biverkningar.	**8**
A06.08	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Zoledronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är måttlig.	**2**
A06.09	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Intakt PTH*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och att kostnaden per effekt är hög.	**10**
A06.10	Kot- eller höftfraktur efter lågenergivåld oberoende av frakturrisk enligt FRAX *Teriparatide*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och att kostnaden per effekt är hög.	**9**
A07.01	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg.	**2**
A07.02	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Denosumab*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg till måttlig. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A07.03	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**3**
A07.04	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har låg till otillräcklig evidens för effekt och att kostnaden per effekt är hög. Det finns andra åtgärder som har effekt och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**
A07.05	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är mycket hög. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**Icke-göra**
A07.06	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Raloxifen*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten eller ingen effekt och medför en ökad risk för biverkningar. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
A07.07	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt som har högre rangordning och att åtgärden medför en ökad risk för biverkningar.	**8**
A07.08	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Zoledronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg.	**2**
A07.09	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Intakt PTH*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är måttlig till hög. Det finns andra åtgärder som har effekt och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A07.10	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på över 30 % *Teriparatide*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och att kostnaden per effekt är måttlig till hög.	**Icke-göra**
A08.01	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt . Kostnaden per effekt är låg.	**3**
A08.02	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Denosumab*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**4**
A08.03	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad och åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg. Det finns en annan åtgärd som har fått en högre rangordning.	**4**
A08.04	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har låg till otillräcklig evidens för effekt. Det finns andra åtgärder som har effekt och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**
A08.05	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**Icke-göra**
A08.06	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Raloxifen*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten eller ingen effekt och medför en ökad risk för biverkningar och har en mycket hög kostnad per effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**9**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A08.07	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt som har högre rangordning och att åtgärden medför en ökad risk för biverkningar.	**9**
A08.08	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Zoledronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är låg till måttlig.	**3**
A08.09	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Intakt PTH*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är hög. Det finns andra åtgärder som har effekt och som har fått en hög rangordning.	**Icke-göra**
A08.10	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX på mellan 15 - 30 % *Teriparatide*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och att kostnaden per effekt är hög.	**Icke-göra**
A09.01	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**7**
A09.02	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Denosumab*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**8**
A09.03	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**8**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A09.04	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en låg till otillräcklig evidens för effekt.	**Icke-göra**
A09.05	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en liten effekt.	**Icke-göra**
A09.06	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Raloxifen*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att kostnaden per effekt är mycket hög.	**9**
A09.07	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en hög kostnad per effekt.	**9**
A09.08	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Zoledronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**8**
A09.09	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Intakt PTH*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en mycket hög kostnad per effekt.	**Icke-göra**
A09.10	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 15 % *Teriparatide*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en mycket hög kostnad per effekt.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A10.01	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen att åtgärden har en liten effekt.	**10**
A10.02	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt.	**10**
A10.03	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och har en låg till otillräcklig evidens för effekt.	**Icke-göra**
A10.04	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt.	**Icke-göra**
A10.05	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Raloxifen*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är mycket hög.	**9**
A10.06	Personer som har eller har haft osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2 eller bättre och en frakturrisk enligt FRAX över 15 % *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är hög.	**9**
A11.01	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Alendronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**10**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A11.02	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Risedronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**10**
A11.03	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en liten effekt och att evidensen för effekt är låg till mycket låg.	**Icke-göra**
A11.04	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad och att åtgärden har en liten effekt.	**Icke-göra**
A11.05	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % Raloxifen	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**10**
A11.06	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Strontiumranelat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**10**
A11.07	Personer som inte haft eller har osteoporosfraktur samt har ett bentäthetsvärde på -2,5 eller sämre och en frakturrisk enligt FRAX under 20 % *Zoledronsyra*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**10**
A12.01	Äldre kvinna som har svårt att komma ut *Ca/D-vitamin som monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt. Kostnaden per effekt är måttlig till låg.	**5**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A13.01	Postmenopausala kvinnor utan dokumenterad brist på Ca/D-vitamin *Ca/D-vitamin som monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets låga svårighetsgrad.	**Icke-göra**
A14.01	Män över 50 år med ett bentäthetsvärde på -2,5 eller lägre i kombination med tidigare fraktur efter lågenergivåld *Etidronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en låg till otillräcklig evidens för en effekt och att kostnaden per effekt är hög.	**Icke-göra**
A14.02	Män över 50 år med ett bentäthetsvärde på -2,5 eller lägre i kombination med tidigare fraktur efter lågenergivåld *Ibandronsyra*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt och att kostnaden per effekt är mycket hög.	**Icke-göra**
A15.01	Osteoporos behandlad med bisfosfonater *Uppföljning av effekt med biokemiska markörer*	Avgörande för rekommendationen är en låg evidens för effekt.	**Icke-göra**
A16.01	Patient med kotfraktur *Vertebroplastik*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden inte har någon effekt.	**Icke-göra**
A16.02	Patient med kotfraktur *Kyfoplastik*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket höga svårighetsgrad och att åtgärden inte har någon effekt.	**Icke-göra**
A17.01	Hög risk för fraktur hos äldre kvinnor med osteoporosrelaterad kotfraktur *Fysisk träning*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets höga svårighetsgrad och att patientnyttan bedöms vara stor.	**5**
A18.01	Måttlig risk för fall och fraktur hos äldre kvinnor med osteopeni eller osteoporos *Fysisk träning*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad samt att patientnyttan bedöms som stor.	**5**
A19.01	Måttlig risk för fraktur hos kvinnor med låg bentäthet *Vibrationsträning*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden är otillräckligt. Framtida forskning förväntas tillföra ny kunskap. Det finns andra åtgärder som har god effekt och därför bör användas i första hand.	**FoU**
A20.01	Hög risk för fall hos äldre i särskilt boende och sjukhusmiljö *Fallpreventiva åtgärder*	Avgörande för rekommendationen är att ålder i sig är en riskfaktor för fall. Risken för fall är högre bland äldre i särskilt boende och sjukhusmiljö än bland dem som bor i ordinärt boende.	**4**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
A21.01	Måttlig risk för fall hos äldre i ordinärt boende *Fallpreventiva åtgärder*	Avgörande för rekommendationen är att ålder i sig är en riskfaktor för fall. Risken för fall är dock lägre bland äldre i ordinärt boende än bland dem som bor i särskilt boende och sjukhusmiljö.	**6**
A22.01	Hög risk för fall och fraktur hos äldre *Höftskydd*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand för att förebygga frakturer hos äldre.	**8**
A23.01	Måttlig till hög risk för fall och fraktur hos äldre *Balansträning*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets svårighetsgrad samt att patientnyttan bedöms som måttlig.	**6**
B01.01	Symtom som ger misstanke om artros i knä *Diagnostisering med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**3**
B02.01	Kliniskt diagnostiserad artros i knä, där osäkerhet råder om diagnos eller där specialistremiss övervägs *Röntgenundersökning (belastad)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning eftersom man med hjälp av röntgenundersökning kan utesluta andra strukturella ledåkommor såsom reumatoid artrit, fraktur eller tumör.	**4**
B02.02	Kliniskt diagnostiserad artros i knä, där osäkerhet råder om diagnos eller där specialistremiss övervägs *Laboratorieprover (SR, CRP, S-urat, anti-CCP, RF)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Vid artros är laboratorievärdena normala, och endast laboratorieprover för att utesluta eller bekräfta diagnosen saknar därför värde. De sjukdomar för vilka laboratorieprover är av värde har annan anamnes och andra kliniska fynd än de man finner vid artros. Om osäkerhet råder om diagnosen ska man i första hand göra en röntgenundersökning för att utesluta annan strukturell ledåkomma såsom reumatoid artrit, fraktur eller tumör.	**Icke-göra**
B03.01	Symtom som ger misstanke om artros i höft *Diagnostisering med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**3**
B04.01	Kliniskt diagnostiserad artros i höft, där osäkerhet råder om diagnos eller där specialistremiss övervägs *Röntgenundersökning*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning eftersom man med hjälp av röntgenundersökning kan utesluta andra strukturella ledåkommor såsom reumatoid artrit, fraktur eller tumör.	**4**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
B04.02	Kliniskt diagnostiserad artros i höft, där osäkerhet råder om diagnos eller där specialistremiss övervägs *Laboratorieprover (SR, CRP, S-urat, anti-CCP, RF)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Vid artros är laboratorievärdena normala, och endast laboratorieprover för att utesluta eller bekräfta diagnosen saknar därför värde. De sjukdomar för vilka laboratorieprover är av värde har annan anamnes och andra kliniska fynd än de man finner vid artros. Om osäkerhet råder om diagnosen ska man i första hand göra en röntgenundersökning för att utesluta annan strukturell ledåkomma såsom reumatoid artrit, fraktur eller tumör.	**Icke-göra**
B05.01	Artros i knä *Långvarig, regelbunden, handledd konditions- styrke- och funktionsträning*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttlig effekt på smärta och funktion. Effekten är bättre än den som redovisas av andra åtgärder och bör därför användas i första hand vid artros i knä.	**3**
B05.02	Artros i knä *Viktreduktion*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför också bör användas vid artros i knä.	**5**
B05.03	Artros i knä *Ultraljud*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte tycks göra större nytta än placebobehandling. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B05.04	Artros i knä *Artroskopisk kirurgi med ledstädning inkluderande meniskresektion*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte gör större nytta än placebobehandling. Det finns andra åtgärder som har större effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B05.05	Artros i knä *Ledsköljning*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte gör större nytta än placebobehandling. Det finns andra åtgärder som har större effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B05.06	Artros i knä *Ortos*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten om knäet inte är höggradigt instabilt. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B05.07	Artros i knä *Magnetterapi*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B05.08	Artros i knä *Massage*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
B05.09	Artros i knä *Mjuk ortos*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä.	**Icke-göra**
B06.01	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Elektroakupunktur*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har effekt på smärta och därför kan användas vid artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**7**
B06.02	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Injektion av kortison i leden*	Avgörande för rekommendationen är att effekten på smärta är kortvarig, att åtgärden är invasiv samt att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden på funktion och livskvalitet. Det finns andra åtgärder som har fått högre prioritering.	**7**
B06.03	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *TENS*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig samt att åtgärden är självadministrerad.	**7**
B06.04	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Diklofenakgel*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten. Det finns andra åtgärder som har större effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**10**
B06.05	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Ibuprofenkräm*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten till måttlig. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**10**
B06.06	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Lågenergilaser*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig. Det finns andra åtgärder som är mer kostnadseffektiva och därför bör användas i första hand vid artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**10**
B06.07	Artros i knä, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Medialt eller lateralt förhöjda skoinlägg*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden på smärta, funktion och livskvalitet är otillräckligt. Framtida forskning förväntas tillföra ny kunskap. Det finns andra åtgärder som har god effekt vid artros i knä när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
B07.01	Artros i knä och höft *Utbildning*	Avgörande för rekommendationen är att effekten av åtgärden på effektmåtten smärta och funktion bedöms som liten. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft.	**6**
B07.02	Artros i knä och höft *Glukosamin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte gör större nytta än placebobehandling.	**Icke-göra**
B07.03	Artros i knä och höft *Helkroppsvibration*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att bedöma effekten av åtgärden på smärta, funktion och livskvalitet. Det finns andra åtgärder som har god effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft.	**Icke-göra**
B07.04	Artros i knä och höft *Injektion av hyaluronsyra i leden*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden gör liten eller ingen nytta. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft.	**Icke-göra**
B07.05	Artros i knä och höft *Balneoterapi*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden tycks göra lika stor nytta om den utförs som egenbehandling. Det finns andra åtgärder som i första hand bör utföras inom hälso- och sjukvårdens ram.	**10**
B08.01	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Naproxen*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten till måttlig. Risken för kardiovaskulära biverkningar är mindre vid behandling med naproxen än vid behandling med övriga COX-hämmare. Därför har naproxen prioriterats något högre.	**6**
B08.02	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Icke-selektiva COX-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten till måttlig. Det finns andra åtgärder som har likvärdig effekt och färre biverkningar och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**7**
B08.03	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Selektiva COX-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten till måttlig. Det finns andra åtgärder som har likvärdig effekt och färre biverkningar och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**7**
B08.04	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Paracetamol*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som liten. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**8**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
B08.05	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Tramadol*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden ger en betydande risk för biverkningar samt att det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**9**
B08.06	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Starka opioider*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden på smärta, funktion och livskvalitet vid artros i knä och höft.	**10**
B08.07	Artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Manuell terapi*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av åtgärden på smärta, funktion och livskvalitet. Framtida forskning förväntas tillföra ny kunskap. Det finns andra åtgärder som har effekt vid artros i knä och höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat.	**FoU**
B09.01	Artros i höft *Långvarig, regelbunden, handledd konditions- styrke- och funktionsträning*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har måttlig effekt på smärta och funktion. Effekten är bättre än den som redovisas av andra åtgärder och bör därför användas i första hand vid artros i höft.	**4**
B09.02	Artros i höft *Injektion av kortison i leden*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden gör kortvarig eller ingen nytta. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och därför bör användas i första hand vid artros i höft.	**Icke-göra**
B09.03	Artros i höft, när grundbehandling inte givit tillräckligt resultat *Akupunktur*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för att bedöma effekten av åtgärden på smärta, funktion och livskvalitet är otillräckligt. Framtida forskning förväntas tillföra ny kunskap.	**FoU**
B10.01	Artros i knä utan föregående akut trauma eller resttillstånd av gammal skada *Broskcellstransplantation*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma patientnyttan av åtgärden.	**FoU**
C01.01	Långvarig ryggsmärta *Undersökning med frågealgoritmer vid långvarig ryggsmärta för att identifiera patienter med inflammatorisk ryggsmärta (AS eller Spondylartrit)*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**6**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
C02.01	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt *Objektiva fynd som diagnostiska test för AS/SpA (irit, IBD, entesit, hereditet, psoriasis*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som ger bättre förutsättningar för fortsatt handläggning.	**7**
C02.02	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt *Bestämning av HLA-B27 som diagnostiskt test för AS/SpA*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning.	**5**
C03.01	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med/ utan ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) *Datortomografi av sakro-iliaka led för att upptäcka ankyloserande spondylit*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått högre prioritet.	**4**
C03.02	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med/ utan ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) *Magnetresonansundersökning av sakro-iliaka led för att upptäcka ankyloserande spondylit med/utan samtidigt bestämning av vävnadstyp HLA-B27*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**3**
C03.03	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med/ utan ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) *Konventionell röntgen av sakro-iliaka led för att upptäcka ankyloserande spondylit*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte leder till bättre behandlingseffekt. Det finns andra åtgärder som ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**8**
C04.01	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) + hög inflammatorisk aktivitet (laboratoriemässig och klinisk) *Behandling med systematiskt kortison*	Avgörande för rekommendationen är att konsensus råder om att åtgärden inte gör någon nytta.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
C04.02	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) + hög inflammatorisk aktivitet (laboratoriemässig och klinisk) *Behandling med DMARD*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon patientnytta, ingen effekt på sjukdomsaktivitet och funktion, och medför en hög kostnad per effekt.	**Icke-göra**
C04.03	Långvarig inflammatorisk ryggsmärta anamnestiskt med ogynnsamma prognostiska faktorer (irit, IBD, hereditet eller psoriasis) + hög inflammatorisk aktivitet (laboratoriemässig och klinisk) *Behandling med TNF-hämmare som monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens måttliga patientnytta och att kostnaden per effekt är hög.	**7**
C05.01	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Fysikalisk undersökning, Schober, sidoflexion och thoraxexpansion eller BASMI*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning, men evidensen för detta är låg.	**7**
C05.02	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Analys av CRP/SR som prognostisk faktor*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning, men det är låg evidens för detta.	**8**
C05.03	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Bestämning av HLA-B27 som prognostisk faktor*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden kan ge förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och det är måttlig evidens för detta.	**7**
C05.04	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Magnetresonansundersökning för att prediktera svar på biologisk behandling*	Avgörande för rekommendationen är att evidensstyrkan är låg.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
C05.05	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Behandling med systemisk kortison*	Avgörande för rekommendationen är att konsensus råder om att åtgärden inte gör någon nytta. Det finns andra åtgärder som har en större patientnytta.	**10**
C05.06	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Behandling med DMARD*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon patientnytta och att kostnaden per effekt är hög. Det finns andra åtgärder som har en större patientnytta.	**Icke-göra**
C05.07	Ankyloserande spondylit (enligt New York kriterier) med inadekvat respons på NSAID *Behandling med TNF-hämmare som monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till stora svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig till stor effekt . Kostnaden per effekt är måttlig till hög.	**3**
C06.01	Sakroiliit *Injektion av SI led med kortison*	Avgörande för rekommendationen är att evidensstyrkan är låg till otillräcklig.	**8**
C07.01	Ankyloserande spondylit med extraartikulära manifestationer (irit, inflammatorisk tarmsjukdom eller kardiella komplikationer) och hög systemisk aktivitet *Organspecifik behandling i kombination med TNF-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är att evidensstyrkan är låg.	**9**
C08.01	Ankyloserande spondylit med omvårdnadsbehov hög sjukdomsaktivitet *Strukturerad sjuksköterskemottagning* *Information muntlig och skriftlig* *Rådgivning/Telefonrådgivning* *Patientutbildning teoretisk och praktisk, individuell, i grupp eller både och* *Monitorering* *Administrering* *Samordning av vårdinsatser* *Uppföljning* *Egenvårdsstöd*	Avgörande för rekommendationen är att evidensstyrkan är låg.	**7**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
C09.01	Ankyloserande spondylit med specifika stödbehov - psykologiskt stöd, socialt stöd, pedagogiskt stöd till livsstilsförändringar *Strukturerad sjuksköterskemottagning, Stöd- och motivationssamtal, Rådgivning/Telefonrådgivning, Information muntlig, skriftlig, bilder, Patientutbildning teoretisk och praktisk, individuell och/eller i, i grupp, eller både och Socialt lärande, Samordning av vårdinsatser, Uppföljning, Egenvårdsstöd, Kognitiv beteendeterapi*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens att evidensstyrkan är låg.	**9**
C10.01	Ankyloserande spondylit eller Psoriasisartrit med axial sjukdomsbild *Patientutbildning (patientskola)*	Avgörande för rekommendationen åtgärdens låga patientnytta.	**10**
C11.01	Psoriasisartrit *Fysikalisk undersökning (66/68 leds index) Mer uttalade tecken på inflammation/stelhet*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora till måttliga svårighetsgrad samt att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och att evidensstyrkan är måttlig.	**5**
C11.02	Psoriasisartrit *Analys av lab.mässiga inflammatoriska markörer (ESR, CRP) Kraftig inflammation*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora till måttliga svårighetsgrad samt att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**5**
C12.01	Psoriasisartrit med otillräcklig effekt av NSAID och lokala steroider samt hög inflammatorisk aktivitet *Monoterapi med DMARD*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens måttliga effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som fått en högre rangordning.	**6**
C12.02	Psoriasisartrit med otillräcklig effekt av NSAID och lokala steroider samt hög inflammatorisk aktivitet *Behandling med TNF-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets måttliga till stora svårighetsgrad och åtgärdens måttliga till stora effekt och måttliga evidensstyrka. Kostnaden per effekt är måttlig till hög.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
C13.01	Ankyloserande spondylit *Konditionsträning*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig till stor. Det finns även andra rehabiliteringsåtgärder som har effekt och därför bör utföras vid ankyloserande spondylit.	**5**
C13.02	Ankyloserande spondylit *Rörlighetsträning*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig till stor. Det finns även andra rehabiliteringsåtgärder som har effekt och därför bör utföras vid ankyloserande spondylit.	**5**
C13.03	Psoriasisartrit *Styrketräning*	Avgörande för rekommendationen är att patientnyttan bedöms som måttlig.	**5**
D01.01	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Bestämning av anti-CCP antikroppar +RF*	Avgörande för rekommendationen är att det finns en annan åtgärd som ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har rangordnats högre.	**8**
D01.02	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Bestämning av enbart anti-CCP antikroppar*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad samt att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och har en hög evidens för en effekt. Kostnaden per effekt är låg.	**3**
D01.03	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Bestämning enbart av RF*	Avgörande för rekommendationen är att andra åtgärder ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och har rangordnats högre.	**10**
D01.04	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Bestämning av COMP i serum*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D01.05	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Bestämning av kombinationen anti-CCP antikroppar och den genetiska markören shared epitope*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D01.06	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Röntgen av händer, fötter och handleder för att detektera erosioner och minskad ledspringa*	Avgörande för rekommendationen är att andra åtgärder ger bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och har rangordnats högre.	**8**
D01.07	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Röntgen med scoring enligt SENS*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D01.08	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *MR undersökning av händer, fötter och handleder för att detektera erosioner och benödem*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D01.09	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Ultraljudsundersökning för att detektera erosioner i händer och fötter*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D01.10	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Ultraljudsundersökning för att detektera synovit i icke kliniskt engagerad led*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D01.11	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog *Behandling med andra DMARDs än metotrexat som tillägg till symtomatisk behandling (som kan inkludera NSAID och ster-oider per os eller intraartikulärt)*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D02.01	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog anti-CCP positiv patient *Behandling med metotrexat som tillägg till symtomatisk behandling (som kan inkludera NSAID och steroider per os eller intraartikulärt)*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en måttlig effekt med en låg evidens.	**8**
D03.01	Odifferentierad artrit - tidig artrit som ej kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom av reumatolog anti-CCP negativ patient *Behandling med metotrexat som tillägg till symtomatisk behandling (som kan inkludera NSAID och steroider per os eller intraartikulärt)*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D04.01	Inflammatorisk polyartrit - svullnad av mer än två leder med duration i över fyra veckor *Bestämning av anti-CCP antikroppar +RF*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**3**
D04.02	Inflammatorisk polyartrit - svullnad av mer än två leder med duration i över fyra veckor *Bestämning enbart av anti-CCP antikroppar*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Det finns en annan åtgärd som ger något bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och som har fått en högre rangordning.	**5**
D04.03	Inflammatorisk polyartrit - svullnad av mer än två leder med duration i över fyra veckor *Bestämning enbart av RF*	Avgörande för rekommendationen är att andra åtgärder ger bättre förutsättningar för korrekt fortsatt handläggning och har rangordnats högre.	**10**
D05.01	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Bestämning av anti-CCP antikroppar +RF*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D05.02	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Bestämning enbart av anti-CCP antikroppar*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning. Det finns andra åtgärder (se under rubriken ”Relaterat till vänster”) som ger något bättre förutsättningar för fortsatt handläggning och har rangordnats högre.	**5**
D05.03	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Bestämning enbart av RF*	Avgörande för rekommendationen att det finns andra åtgärder som ger bättre förutsättningar för fortsatt handläggning och som rangordnats högre.	**10**
D05.04	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Bestämning av COMP i serum*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D05.05	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Genetisk bestämning av HLA-DRB1*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D05.06	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Genetisk bestämning av TNFA-308*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D05.07	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Genetisk bestämning av IL-4R150*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D05.08	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Genetisk bestämning av PTPN22*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D05.09	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Röntgen av händer, fötter och handleder för att detektera erosioner och minskad ledspringa*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden ger förutsättningar till en korrekt fortsatt handläggning.	**3**
D05.10	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *MR undersökning av händer, fötter och handleder för att detektera erosioner och benödem*	Avgörande för rekommendationen är att andra åtgärder har bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning och har rangordnats högre.	**7**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D05.11	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Bestämning av bentäthet i kortikalis på metkarpalben med digital X-ray radiogrammetry (DXR)*	Avgörande för rekommendationen är att andra åtgärder har bättre förutsättningar för en korrekt fortsatt handläggning.	**8**
D05.12	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Ultraljudsundersökning för att detektera erosioner i händer och fötter*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D05.13	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Ultraljudsundersökning för att detektera synovit i icke kliniskt engagerad led*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D05.14	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Screening för depression med Hospital Anxiety and Depression scale*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget för åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D05.15	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Screening för ogynnsamma bakgrundsfaktorer innefattande vart och ett av utbildning, alkohol och tobak, nutritionsstatus, språksvårigheter, etnisk bakgrund, co-morbiditet*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D05.16	Tidig RA - symtomduration ≤ 12 månader *Livsstilsrådgivning vid behov utan strukturerad kartläggning*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D06.01	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *TNF-hämmare + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är måttlig.	**2**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D06.02	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt. Det finns en åtgärd som har en bättre effekt och har rangordnats högre.	**5**
D06.03	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *TNF-hämmare i monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är att effekten är måttlig och att kostnaden per effekt är måttlig till hög. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och har rangordnats högre.	**8**
D06.04	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + cyklosporin*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en låg evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har bättre effekt och har rangordnats högre.	**8**
D06.05	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + sulfasalazin*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens måttliga effekt och låga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har bättre effekt och har rangordnats högre.	**7**
D06.06	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år. Metotrexatnaiva patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + sulfasalazin + högdos steroidbehandling*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt, men evidensen för effekt är låg. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har bättre effekt och har rangordnats högre.	**5**
D07.01	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *DMARD + högdos steroidbehandling (startdos > 10 mg/dygn) med snabb nedtrappning till lågdos (< 5-10 mg/dygn)*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig effekt. Kostnaden per effekt är låg. Det finns en annan åtgärd vid samma tillstånd som har bättre effekt och har rangordnats högre.	**5**
D07.02	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *DMARD + lågdos steroider (5-10 mg/dygn)*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har stor till måttlig effekt. Kostnaden per effekt är låg.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D07.03	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år med medelhög till hög sjukdomsaktivitet *DMARD behandling utan steroider*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten till måttlig effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har bättre effekt och har rangordnats högre.	**7**
D08.03	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Tät, strukturerad uppföljning (en gång/månad) med konventionella DMARDs ledinjektioner kortison vid behov*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt.	**5**
D08.04	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Uppföljning med samma läkemedelsstrategier utan särskilt program*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens måttliga effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**8**
D08.05	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Behandling styrd av DAS28 eller DAS med förändringar enligt fastställt protokoll*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och åtgärdens måttliga till stora effekt.	**5**
D08.06	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Behandling utan formaliserad styrning*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens måttliga effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**8**
D08.07	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i dagvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion.	**6**
D08.08	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i slutenvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**9**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D08.09	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i varmt klimat*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas evidens för effekt.	**FoU**
D08.10	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Sjuksköterskemottagning där sjuksköterska hänvisar patienten till annan teammedlem vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som rangordnats högre.	**8**
D08.11	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år *Skriftlig information och riktade insatser av paramedicinare vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som rangordnats högre.	**7**
D09.01	RA (oavsett sjukdomsduration och behandling) *Sjuksköterskemottagning definierat som planerad patientkontakt syftande till omvårdnad med inriktning på en eller flera av nedanstående åtgärder* *-Information muntlig och skriftlig* *-Rådgivning/Telefonrådgivning* *-Patientutbildning teoretisk och praktisk, individuell, i grupp eller både och* *-Monitorering* *-Administrering* *-Samordning av vårdinsatser* *-Uppföljning* *-Egenvårdsstöd* *som tillägg till ordinarie läkarbesök*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets stora svårighetsgrad och åtgärdens måttliga patientnytta.	**5**
D09.02	RA (oavsett sjukdomsduration och behandling) *Enbart planerade läkarbesök med konsultation med reumasjuksköterska vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden inte har någon patientnytta. Det finns en annan åtgärd som har en bättre patientnytta och har rangordnats högre.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D10.01	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Utsättning av TNF-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D10.02	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Nedtrappning av dos följt av utsättning*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D10.03	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Nedtrappning till dos under den rekommenderade*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D10.04	Tidig RA - symtomduration ≤ 3 år Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Fortsatt behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D11.01	Etablerad RA - symtomduration > 3 år. Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Utsättning av TNF-hämmare*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**
D11.02	Etablerad RA - symtomduration > 3 år. Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Nedtrappning av dos följt av utsättning*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D11.03	Etablerad RA - symtomduration > 3 år. Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Nedtrappning till dos under den rekommenderade*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D11.04	Etablerad RA - symtomduration > 3 år. Remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med TNF-hämmare *Fortsatt behandling*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt.	**FoU**
D12.01	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + TNF hämmare*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Kostnaden per effekt är måttlig.	**2**
D12.02	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + cyklosporin*	Avgörande för rekommendationen är att evidensen för effekt är låg. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**8**
D12.03	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + leflunomid*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt. Kostnaden per effekt är låg. Det finns en annan åtgärd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**6**
D12.04	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + intramuskulärt guld*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt och att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D12.05	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + sulfasalazin + hydroxyklorokin*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt och att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**8**
D12.06	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + sulfasalazin*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt.	**FoU**
D12.07	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + hydroxyklorokin*	Avgörande för rekommendationen är den låga evidensen för effekt och att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**8**
D12.08	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat parenteralt*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt.	**FoU**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D12.09	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Fortsatt metotrexat per os*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D12.10	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Leflunomid*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D12.11	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Sulfasalazin*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas vetenskapligt underlag för att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D12.12	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + anakinra*	Avgörande för rekommendationen är att det vetenskapliga underlaget om åtgärdens effekt är otillräckligt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**8**
D12.13	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + tocilizumab*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en måttlig till stor effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**6**
D12.14	RA med otillräcklig effekt av metotrexat per os och medelhög till hög sjukdomsaktivitet *Metotrexat + abatacept*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**6**
D13.01	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *Metotrexat parenteralt*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att det råder konsensus om att åtgärden har effekt.	**5**
D13.02	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *Sulfasalazin*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden kan ha en begränsad effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**7**
D13.03	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *Cyklosporin*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden kan ha en begränsad effekt, men risken för biverkningar är betydande. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**9**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D13.04	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *Kombinationsbehandling med två eller flera av följande: leflunomide, sulfasalazin, klorokinfosfat/ hydroxyklorokin, cyklosporin, myocrisin (varje kombination granskas för sig)*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden inte har någon effekt. Det finns andra åtgärder där konsensus råder om en effekt och som har en högre rangordning.	**10**
D13.05	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *TNF-hämmare i monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
D13.06	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *TNF-hämmare kombinerade med andra DMARDs*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden har effekt. Det finns en annan åtgärd som bedöms ha en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**6**
D13.07	RA med intolerans för peroral metotrexatbehandling *Tocilizumab i monoterapi*	Avgörande för rekommendationen är att det råder konsensus om att åtgärden har en begränsad effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
D14.01	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Annan TNF-hämmare + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt.	**5**
D14.02	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Oförändrad TNF-hämmarbehandling + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**10**
D14.03	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Rituximab + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt. Kostnaden per effekt är måttlig.	**5**
D14.04	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Abatacept + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt. Kostnaden per effekt är måttlig.	**5**
D14.05	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Metotrexat enbart*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten eller ingen effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har effekt och som har en högre rangordning.	**Icke-göra**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D14.06	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare + metotrexat *Tocilizumab + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en stor till måttlig effekt med en måttlig evidens.	**5**
D15.01	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare - som monoterapi eller i kombination med annat DMARD än metotrexat *Annan TNF-hämmare ± DMARD*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt med en låg evidens. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
D15.02	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare - som monoterapi eller i kombination med annat DMARD än metotrexat *Oförändrad TNF-hämmarbehandling ± DMARD*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har en liten effekt med en låg evidens. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**10**
D15.03	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare - som monoterapi eller i kombination med annat DMARD än metotrexat *Rituximab ± DMARD*	Avgörande för rekommendationen är en låg evidens för effekt. Det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har en högre rangordning.	**8**
D15.04	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare - som monoterapi eller i kombination med annat DMARD än metotrexat *Abatacept + DMARD*	Avgörande för rekommendationen är att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som har bättre effekt och som har en bättre rangordning.	**8**
D15.05	RA med otillräcklig effekt av TNF-hämmare - som monoterapi eller i kombination med annat DMARD än metotrexat *Monoterapi med traditionellt DMARD enbart*	Avgörande för rekommendationen är att åtgärden har liten effekt och att evidensen för effekt är låg eller otillräcklig.	**Icke-göra**
D16.01	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit kombinerad med metotrexat) *Annan TNF-hämmare + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt.	**3**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D16.02	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit kombinerad med metotrexat) *Metotrexat enbart*	Avgörande för rekommendationen är att konsensus råder om att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**10**
D16.03	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit kombinerad med metotrexat) *Rituximab + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns en annan åtgärd som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**4**
D16.04	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit kombinerad med metotrexat) *Abatacept + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns en annan åtgärd som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**4**
D16.05	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit kombinerad med metotrexat) *Tocilizumab + metotrexat*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns en annan åtgärd som har en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**4**
D17.01	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit monoterapi eller kombinerad med annat DMARD än metotrexat) *Annan TNF-hämmare ± DMARD*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**6**
D17.02	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit monoterapi eller kombinerad med annat DMARD än metotrexat) *Rituximab + DMARD*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**6**
D17.03	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit monoterapi eller kombinerad med annat DMARD än metotrexat) *Abatacept + DMARD*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder om att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**6**
D17.04	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit monoterapi eller kombinerad med annat DMARD än metotrexat) *Monoterapi med traditionellt DMARD enbart*	Avgörande för rekommendationen är att konsensus råder om att åtgärden endast har en begränsad effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**10**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D17.05	RA med intolerans för TNF-hämmare (som varit monoterapi eller kombinerad med annat DMARD än metotrexat) *Tocilizumab ± DMARD*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att konsensus råder att åtgärden har effekt. Det finns andra åtgärder som bedöms ha en bättre effekt och som har rangordnats högre.	**6**
D18.01	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på rörlighet och ledfunktion.	**5**
D18.02	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd rörelseträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion.	**5**
D18.03	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Rörelseträning på egen hand efter instruktion*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D18.04	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd styrketräning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion och muskelstyrka.	**5**
D18.05	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd styrketräning på land*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion och muskelstyrka.	**5**
D18.06	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Styrketräning på egen hand efter instruktion*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**9**
D18.07	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Enbart standardinformation om behov av styrketräning*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	**10**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D18.08	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd konditionsträning ledd av specialutbildad vårdpersonal i bassäng*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på syreupptagningsförmåga.	**5**
D18.09	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Handledd konditionsträning ledd av specialutbildad vårdpersonal på land*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på aerobisk kapacitet.	**5**
D18.10	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Konditionsträning på egen hand efter instruktion*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	**10**
D18.11	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Enbart standardinformation om behov av konditionsträning*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	**10**
D18.12	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Coachning om allmän fysisk aktivitet*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**8**
D18.13	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Enbart standardinformation om behov av allmän fysisk aktivitet*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt. Det finns andra åtgärder vid samma tillstånd som har en bättre effekt och en högre rangordning.	**10**
D18.14	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Fysikalisk smärtbehandling i form av akupunktur som tillägg till farmakologisk smärtbehandling*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre effekt och som rangordnats högre.	**10**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D18.15	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Fysikalisk smärtbehandling i form av laserbehandling som tillägg till farmakologisk smärtbehandling*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt	**Icke-göra**
D18.16	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Fysikalisk smärtbehandling i form av ultraljudsbehandling som tillägg till farmakologisk smärtbehandling*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt	**Icke-göra**
D18.17	RA - studier/subanalyser av tidig RA (symtomduration ≤ 3 år) noteras separat *Kognitiv smärtbehandling som tillägg till farmakologisk smärtbehandling*	Avgörande för rekommendationen är åtgärdens låga till otillräckliga evidens för effekt	**FoU**
D19.01	Etablerad RA - symtomduration > 3 år måttlig funktionsnedsättning (funktionsklass II) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i dagvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion.	**6**
D19.02	Etablerad RA - symtomduration > 3 år måttlig funktionsnedsättning (funktionsklass II) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i slutenvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**8**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D19.03	Etablerad RA - symtomduration > 3 år måttlig funktionsnedsättning (funktionsklass II) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i varmt klimat*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas evidens för effekt.	**FoU**
D19.04	Etablerad RA - symtomduration > 3 år måttlig funktionsnedsättning (funktionsklass II) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Sjuksköterskemottagning där sjuksköterska hänvisar patienten till annan teammedlem vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**7**
D19.05	Etablerad RA - symtomduration > 3 år måttlig funktionsnedsättning (funktionsklass II) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Skriftlig information och riktade insatser av paramedicinare vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**7**
D20.01	Etablerad RA - symtomduration > 3 år uttalad funktionsnedsättning (funktionsklass III-IV) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i dagvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är tillståndets mycket stora svårighetsgrad och att åtgärden har en effekt på ledfunktion.	**5**

Rad	*Tillstånd/ Åtgärd*	Motivering till rekommendation	Rekom-men-dation
D20.02	Etablerad RA - symtomduration > 3 år uttalad funktionsnedsättning (funktionsklass III-IV) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i slutenvårdsform*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**7**
D20.03	Etablerad RA - symtomduration > 3 år uttalad funktionsnedsättning (funktionsklass III-IV) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Teamrehabilitering – definierat som målrelaterad strukturerad intervention med viss tidsdräkt av ≥ 2 yrkesgrupper i varmt klimat*	Avgörande för rekommendationen är att det saknas evidens för effekt.	**FoU**
D20.04	Etablerad RA - symtomduration > 3 år uttalad funktionsnedsättning (funktionsklass III-IV) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Sjuksköterskemottagning där sjuksköterska hänvisar patienten till annan teammedlem vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**7**
D20.05	Etablerad RA - symtomduration > 3 år uttalad funktionsnedsättning (funktionsklass III-IV) trots läkemedelsbehandling, och potentiell förbättring vid rehabilitering *Skriftlig information och riktade insatser av paramedicinare vid behov*	Avgörande för rekommendationen är att det finns andra åtgärder som har en bättre patientnytta och som har rangordnats högre.	**7**

Externa bilagor

Till riktlinjerna hör också ett antal externa bilagor. Samtliga bilagor finns att ladda ner på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer. Följande externa bilagor ingår:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Vetenskapligt underlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Indikatorer
- Metodbeskrivning