

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit,
artros och osteoporos

Stöd för styrning och ledning
2021

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

ISBN	978-91-7555-551-5
Artikelnummer	2021-1-7137
Omslagsfoto	Paul Bradbury, Folio bildbyrå AB
Publicerad	www.socialstyrelsen.se , januari 2021

Förord

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer om vård vid rörelseorganens sjukdomar.

Riktlinjerna ska stimulera användningen av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder, och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar i hälso- och sjukvården. Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården, till exempel i rollen som politiker, tjänsteman eller verksamhetschef.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen i hälso- och sjukvården, så att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade hälsotillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer och nationella målnivåer för utvärdering. Indikatorerna utgår från rekommendationerna i riktlinjerna. Under 2021 planerar Socialstyrelsen att börja utvärdera vården av personer med rörelseorganens sjukdomar, med utgångspunkt i riktlinjernas indikatorer.

Riktlinjerna kompletteras även av andra nationella kunskapsstöd, bland annat personcentrerade sammanhållna vårdförlopp.

Sjukvårdsregionerna, myndigheter, berörda intresse- och yrkesorganisationer, specialistföreningar och andra har lämnat värdefulla synpunkter på remissversionen av riktlinjerna. Socialstyrelsen har beaktat alla synpunkter innan vi slutgiltigt har tagit ställning till de aktuella riktlinjerna.

Dessa riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar är mer övergripande och innehåller mindre detaljerade rekommendationer än tidigare nationella riktlinjer. Rapporten har också en ny struktur. Avsikten är att anpassa riktlinjerna ännu mer till dig som beslutar om utbud och resurser i hälso- och sjukvården.

Projektledare för riktlinjerna på Socialstyrelsen har varit Anders Berg och ansvarig enhetschef Mattias Fredricson. Socialstyrelsen vill tacka alla som med stort engagemang och expertkunskande har deltagit i arbetet med riktlinjerna.

Olivia Wigzell
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Viktigt med tidig diagnos och utredning	7
Fysisk träning centralt i behandlingen	7
Resurserna bör användas effektivare	8
Vården behöver bli mer jämlik – vi följer upp regionala skillnader	8
Om de nationella riktlinjerna	9
Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag	9
Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare	10
Fokus på vissa åtgärder – och snävare urval än tidigare	10
Socialstyrelsens typer av rekommendationer	11
Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer	12
Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna	13
Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030	13
Om rörelseorganens sjukdomar	14
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	14
Artros	17
Osteoporos	18
Vården vid rörelseorganens sjukdomar – status och utveckling	19
Rekommendationer	21
Huvudbudskap: Tidig utredning, mer fysisk träning och mindre artroskopisk kirurgi	22
Inflammatoriska reumatiska sjukdomar	23
Artros	35
Osteoporos	43
Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård	49
Att implementera effektivt	49
Exempel på risker och svåra frågor	51
Etiska principer för prioritering	52
Kompletterande kunskapsstöd	53
Projektorganisation	57
Referenser	64
Bilaga 1. Lista över rekommendationer	66
Bilaga 2. Lista över indikatorer	76
Bilaga 3. Versionshistorik	79
Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben	80

Sammanfattning

Sjukdomar i rörelseorganen angriper skelettet, lederna och musklerna. De orsakar stora besvär och kostar samhället mycket pengar. De drabbade får sämre livskvalitet på grund av smärta, sämre rörlighet och minskat oberoende. Besvären orsakar cirka 20 procent av alla läkarbesök i primärvården. Många får dessutom nedsatt arbetsförmåga, blir långtidssjukskrivna och får andra sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar.

I dessa nationella riktlinjer ger Socialstyrelsen rekommendationer till framför allt beslutsfattare om vård vid följande sjukdomar i rörelseorganen:

- de tre inflammatoriska reumatiska sjukdomarna
 - reumatoid artrit (ledgångsreumatism)
 - axial spondylartrit (inflammatorisk ryggsjukdom)
 - psoriasisartrit (som kan drabba personer med hudsjukdomen psoriasis)
- artros (den vanligaste ledsjukdomen)
- osteoporos (benskörhet).

Viktigt med tidig diagnos och utredning

Många av rekommendationerna riktar sig till primärvården, som oftast möter patienterna först. Läkare i primärvården behöver kunna ställa diagnos så tidigt som möjligt. Med en tidig diagnos kan till exempel patienter med en inflammatorisk reumatisk sjukdom få en effektiv läkemedelsbehandling och därmed färre ledsador, och patienter med osteoporos kan undvika benbrott. För detta krävs bland annat att alla regioner har kvalificerad personal, som kan granska magnetkamerabilder och göra bentäthetsmätningar. Vidare är det fortfarande vanligt att patienter med osteoporos bryter ett ben igen, inom fem år efter ett första benbrott. Det behövs fler vårdenheter som kan erbjuda dessa patienter en systematisk riskvärdering, utredning och behandling enligt en så kallad frakturkedja.

Fysisk träning centralt i behandlingen

Rehabilitering med fysisk träning är en grundläggande del av behandlingen för personer med sjukdomar i rörelseorganen. Med hjälp av fysisk träning kan patienter till exempel få mindre ont, få tillbaka rörligheten, minska risken för benbrott eller senarelägga en ledprotesoperation.

Det är ofta viktigt att flera vårdprofessioner arbetar tillsammans med patienten i rehabiliteringen. För en god rehabilitering krävs en större tillgång till sådana teaminsatser, över hela Sverige. Hälso- och sjukvården behöver sannolikt också erbjuda fler träningstillfällen på attraktiva tider och platser.

Den fysiska träningen behöver ofta kombineras med läkemedelsbehandling, särskilt vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar, men mer sällan vid artros. Vissa regioner behöver satsa mer resurser på behandling med biologiska läkemedel och så kallade JAK-hämmare, som kan bromsa

sjukdomsförloppet för många. Dessa nyare läkemedel är dyrare än äldre varianter, men flera har blivit billigare med tiden.

Resurserna bör användas effektivare

Hälso- och sjukvården beräknas kunna undvika stora kostnader varje år, genom att till stora delar avveckla artroskopisk kirurgi (en form av titthålsoperation) vid artros i knän och artrosliknande besvär i knän. Detta utan att påverka patienternas hälsa eller livskvalitet. Resurserna bör gå till mer effektiva behandlingsmetoder, som fysisk träning och patientutbildning.

Vården behöver bli mer jämlik – vi följer upp regionala skillnader

Personer med sjukdomar i rörelseorganen tas om hand på olika sätt i olika delar av Sverige. Det visar Socialstyrelsens utvärdering från 2014. Det finns till exempel regionala skillnader i

- tid till diagnos för personer med reumatoid artrit
- diagnostik och tillgång till fysisk träning och behandling för personer med artros
- avveckling av artroskopisk kirurgi vid artros i knän
- antal personer med osteoporos som får fler än en benskörhetsfraktur.

Med dessa riktlinjer vill Socialstyrelsen bidra till att minska de regionala skillnaderna i vården. Vi kommer att börja utvärdera vården på nytt 2021, och då beskriva i vilken mån regionerna följer rekommendationerna. För detta har vi tagit fram indikatorer, som speglar ett urval av rekommendationerna.

Om de nationella riktlinjerna

Dessa riktlinjer ger rekommendationer om åtgärder för vuxna med sjukdomar i rörelseorganen: de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit samt artros och osteoporos.

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

- en översiktlig beskrivning av rörelseorganens sjukdomar och vårdens status och utveckling
- Socialstyrelsens rekommendationer om rörelseorganens sjukdomar, inklusive konsekvensanalyser och indikatorer för utvärdering
- en vägledning inför arbetet med att implementera rekommendationerna i hälso- och sjukvården, och prioritera för en jämlik vård
- en översikt av kunskapsstöd som kompletterar riktlinjerna.

Denna version ersätter riktlinjerna från 2012, och presenterar rekommendationerna på ett nytt sätt.

➔ **Läs mer:** *Stöd för styrning och ledning* är endast en del av de fullständiga riktlinjerna – en huvudrapport för dig som är beslutsfattare. På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande delar, bland annat en detaljerad översikt av rekommendationerna (*Tillstånds- och åtgärdslista*) och kunskapsunderlaget för samtliga 78 rekommendationer.

Socialstyrelsens riktlinjeuppdrag

Socialstyrelsen har ett löpande uppdrag att utarbeta nationella riktlinjer för god vård och omsorg inom de områden där vården och omsorgen tar stora resurser i anspråk. Riktlinjerna fokuserar i första hand på frågor där behovet av vägledning är särskilt stort. I uppdraget ingår att ta fram rekommendationer, indikatorer, målnivåer och utvärderingar.

Riktlinjerna ska bidra till att resurserna i hälso- och sjukvården (inklusive tandvården) och socialtjänsten används effektivt, fördelas efter befolkningens behov samt styrs av systematiska och öppna prioriteringsbeslut. Syftet är att höja kvaliteten i hälso- och sjukvården och socialtjänsten genom att rätt åtgärd används för rätt patientgrupp eller brukargrupp. Målet är att bidra till att patienterna och brukarna får en jämlik och god vård och omsorg.

Utgångspunkten för riktlinjerna är propositionen *Prioriteringar i hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60). Där framgår det att prioriteringar i hälso- och sjukvården ska utgå från tre etiska grundprinciper: människovärdesprincipen, behovs- och solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. En utgångspunkt är också de bärande principerna i socialtjänstlagen.

Riktlinjerna vänder sig till beslutsfattare

Riktlinjerna vänder sig framför allt till dig som är beslutsfattare i hälso- och sjukvården. Du kan arbeta på regional eller kommunal nivå, till exempel i rollen som tjänsteman, verksamhetschef eller politiker. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut och prioriteringar på gruppnivå i styrnings- och ledningsfrågor. Du kan till exempel använda dem som underlag för att

- fördela resurser
- ändra ett arbetssätt eller en organisation
- ta fram nationella, regionala och lokala vårdprogram.

Rekommendationerna kan även ge dig som möter patienter vägledning i beslut om enskilda personer. Men utöver rekommendationerna måste du ta hänsyn till lagar och regler, individens särskilda förutsättningar och önskemål samt din egen professionella expertis.

Fokus på vissa åtgärder – och snävare urval än tidigare

Riktlinjerna tar upp åtgärder som kan vara särskilt viktiga för dig som beslutar om utbudet och resursfördelningen i hälso- och sjukvården. Det kan vara kontroversiella åtgärder, åtgärder där det finns praxisskillnader eller åtgärder inom områden som behöver kvalitetsutvecklas. Riktlinjerna är alltså inget vårdprogram, utan täcker enbart in ett urval av relevanta hälsotillstånd och åtgärder. De kompletteras av flera andra kunskapsstöd, bland annat personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp (se vidare kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*).

Sedan riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar publicerades första gången, 2012, har vi anpassat dem ytterligare till dig som beslutsfattare. Rekommendationerna möter nu tydligare behovet av vägledning på en övergripande nivå. Det innebär också att rekommendationerna är färre och mindre detaljerade än i riktlinjerna från 2012. Till exempel rekommenderar vi sällan enskilda läkemedel, utan i stället grupper av läkemedel.

Socialstyrelsen tar inte ställning till åtgärder som inte ingår i riktlinjerna, såsom behandling för barn med inflammatorisk reumatisk sjukdom eller proteskirurgi vid artros. Vi tar inte heller ställning till formen för en del av åtgärderna. Patientutbildning erbjuds till exempel vanligtvis i form av ett fysiskt möte i vården, men skulle i vissa fall kunna erbjudas digitalt på distans.

Vissa rekommendationer gäller tydligt den specialiserade vården, men de flesta gäller primärvården, som oftast möter patienterna först. Flera rekommendationer är aktuella även för den kommunala hälso- och sjukvården.

➔ **Läs mer** om hur vi har avgränsat riktlinjerna i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Socialstyrelsen rekommenderar hälso- och sjukvården att erbjuda vissa åtgärder till patienter med vissa hälsotillstånd (se kapitlet *Rekommendationer*).

Vi ger tre typer av rekommendationer: rekommendationer med prioritet 1–10, rekommendationen *FoU* och rekommendationen *icke-göra* (se tabell 1).

Tabell 1. Socialstyrelsens typer av rekommendationer

Typ av rekommendation	Beskrivning
Prioritet 1–10	Åtgärder som hälso- och sjukvården bör erbjuda, i prioritetsordning. Åtgärder med prioritet 1 är mest angelägna och åtgärder med prioritet 10 är minst angelägna (de ger mycket liten nytta i förhållande till risken eller kostnaden).
FoU	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra rutinmässigt, utan endast inom ramen för forskning och utveckling i form av systematisk utvärdering.
Icke-göra	Åtgärder som hälso- och sjukvården inte bör utföra alls. Socialstyrelsen vill med rekommendationerna stödja hälso- och sjukvården att sluta använda åtgärderna (utmönstra dem).

Effektiva åtgärder vid svåra hälsotillstånd prioriteras högst

För att kunna ge rekommendationer om vilka åtgärder som är mest angelägna, rangordnar Socialstyrelsen åtgärder för olika hälsotillstånd. Rangordningen baseras på en samlad bedömning av

- hälsotillståndets svårighetsgrad
- åtgärdens effekt
- kostnadseffektivitet.

Hälsotillståndets svårighetsgrad avgörs bland annat av risken för förtida död, ytterligare sjukdom, funktionsnedsättning och sänkt livskvalitet.

Åtgärdens effekt handlar om nyttan för patienten, och bedöms utifrån ett vetenskapligt underlag – den bästa tillgängliga kunskapen. I vissa fall är det dock inte möjligt att uttala sig om en åtgärds effekt utifrån ett vetenskapligt underlag, på grund av att det vetenskapliga stödet saknas eller är otillräckligt. Då kan det i stället vara aktuellt att samla in bästa tillgängliga kunskap om en åtgärd i form av beprövad erfarenhet. För att göra det använder Socialstyrelsen ett systematiskt konsensusförfarande.

Åtgärdens kostnadseffektivitet avgörs av nyttan för patienten i förhållande till kostnaden.

Prioriteringsarbetet utgår från en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Denna modell utgår i sin tur från den etiska

plattformen i propositionen *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården* (prop. 1996/97:60).

- **Läs mer:** Metoden för rangordningsprocessen beskrivs i bilagan *Metodbeskrivning* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

FoU-rekommendationer pekar på att ny kunskap behövs

Socialstyrelsen kan ge rekommendationen FoU (forskning och utveckling) om

- en åtgärd är ny och det saknas tillräcklig kunskap om effekten
- en åtgärd har införts i vården trots att det saknas tillräcklig kunskap om effekten

– samtidigt som det finns pågående eller planerad forskning som kan förbättra kunskapsläget.

När verksamheter utvärderar åtgärdens effekt kan hälso- och sjukvården få ny kunskap. Kunskapen kan produceras i form av en vetenskaplig rapport från ett universitet eller en högskola, eller en lokal utvärdering utifrån registerdata, om hur åtgärden används och vilka effekter den får för patienterna. Kunskapen kan också utgå från beprövad erfarenhet hos yrkesverksamma.

Icke-göra betyder att åtgärden bör utmönstras

Socialstyrelsen ger rekommendationen icke-göra när hälso- och sjukvården bör sluta använda en åtgärd för att

- åtgärden inte har någon effekt (eller mycket sämre effekt än annan behandling)
- de negativa effekterna är mycket större än de positiva för patienten
- åtgärden visar något som inte påverkar den fortsatta utredningen eller behandlingen.

Socialstyrelsen utvärderar vården med hjälp av indikatorer och målnivåer

Socialstyrelsen rapporterar återkommande om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Vi utvärderar bland annat hur de nationella riktlinjerna används och påverkar praxis i verksamheterna. Utvärderingarna utgår från indikatorer som tas fram i riktlinjearbetet, men belyser också andra aspekter av vården.

I denna rapport redovisar vi indikatorerna för rörelseorganens sjukdomar, som är tänkta att spegla ett urval av rekommendationerna i riktlinjerna och olika aspekter av god vård. Målet är också att du ska kunna använda indikatorerna för att

- följa upp och utveckla din verksamhet

- följa upp och jämföra vårdens strukturer, processer och resultat över tid – lokalt, regionalt eller internationellt
- förbättra vårdens kvalitet och effektivitet.

Socialstyrelsen fastställer även nationella målnivåer, som anger hur stor andel av en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss undersökning eller behandling. Målnivåerna är alltså nivåer som hälso- och sjukvården bör sträva efter att nå. De fastställs enligt en beprövad modell, som inkluderar både statistiska underlag och konsensusförfarande [2].

Kunskapen från Socialstyrelsens utvärderingar används bland annat när vi uppdaterar de befintliga riktlinjerna. Utvärderingar kan till exempel visa vårdens fördelning och kvalitet utifrån olika socioekonomiska aspekter.

→ **Läs mer:**

- I bilaga 2 finns en lista över alla indikatorer för rörelseorganens sjukdomar.
- Indikatorerna redovisas även mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar* på Socialstyrelsens webbplats – se www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.
- Målnivåerna redovisas i rapporten *Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar* – se www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

→ **Kommande publicering:** Socialstyrelsen kommer att börja utvärdera vården vid rörelseorganens sjukdomar under 2021, och då beskriva i vilken mån regionerna följer rekommendationerna i dessa riktlinjer.

Flera aktörer har bidragit till riktlinjerna

I riktlinjearbetet har Socialstyrelsen samarbetat med Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), som har tagit fram kunskapsunderlag för en del av rekommendationerna, främst för artros och osteoporos.

Läkemedelsverket och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har också medverkat, liksom företrädare för sjukvårdshuvudmännen, specialistföreningar, yrkesorganisationer, patientföreningar, andra intresseorganisationer och medicinskt sakkunniga. Sjukvårdshuvudmännen har medverkat via Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Sjukvårdshuvudmännen har också nominerat experter till de olika sakkunnigrupperna i riktlinjearbetet.

Riktlinjerna bidrar till FN:s Agenda 2030

Socialstyrelsen har i uppdrag av regeringen att redovisa hur vårt arbete bidrar till att nå målen i Agenda 2030, som är FN:s handlingsplan för människornas och planetens välbefinnande. I vården vid rörelseorganens sjukdomar är det tydligt att hälsa, jämlikhet och andra samhällsliga mål hänger ihop och är beroende av varandra. Dessa riktlinjer bidrar till att genomföra främst mål 3 (hälsa och välbefinnande) i Agenda 2030, men även i viss mån mål 5, 8 och 10.

→ **Läs mer** om målen på regeringens webbplats [3].

Om rörelseorganens sjukdomar

Rörelseorganens sjukdomar är ett samlingsnamn för en mängd sjukdomar som angriper skelettet, lederna och musklerna. De orsakar cirka 20 procent av alla läkarbesök i primärvården [4]. Många får dessutom nedsatt arbetsförmåga, blir långtidssjukskrivna och får andra sjukdomar, såsom hjärt-kärlsjukdomar. Sjukdomarna går oftast inte att bota, men med rätt behandling kan patienterna få en god livskvalitet. Fysisk träning är då centralt. Orsakerna till sjukdomarna är mångfacetterade, och långt från vetenskapligt klarlagda.

Samtliga inflammatoriska reumatiska sjukdomar, artros och osteoporos hör till rörelseorganens sjukdomar. I det här kapitlet beskrivs sjukdomarna som ingår i dessa riktlinjer översiktligt utifrån bästa tillgängliga kunskap, inklusive sakkunskap hos Socialstyrelsens anlitade experter.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar ger inflammation i en eller flera leder. Det beror på att immunsystemet börjar reagera mot lederna, i stället för att bekämpa främmande organismer och partiklar i kroppen som vanligt. Sjukdomarna kan yttra sig mycket olika, och skilja sig mellan till exempel män och kvinnor samt unga och äldre.

I dessa riktlinjer ingår de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit (ledgångsreumatism), axial spondylartrit (inflammatorisk ryggsjukdom) och psoriasisartrit.

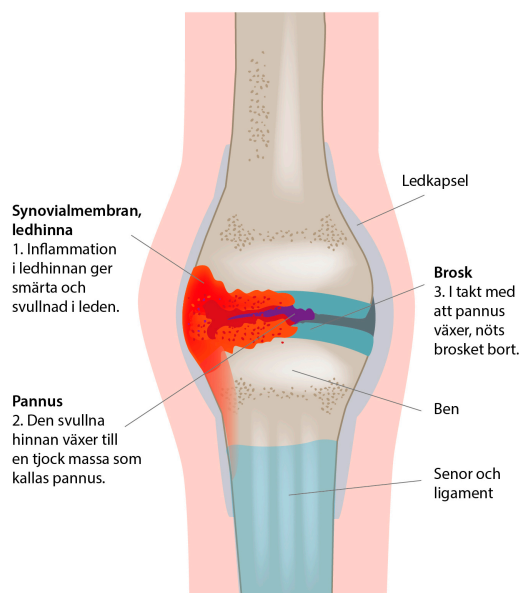
Reumatoid artrit

Reumatoid artrit börjar ofta med värk och svullna leder i händerna eller fötterna. Därefter kan allt fler leder påverkas, och riskera att skadas permanent (se figur 1). Sjukdomen är oftast livslång och påverkar hela livssituationen. Många får nedsatt arbetsförmåga efter en kortare tid. Personer med reumatoid artrit löper också ökad risk att dö i förtid, ofta på grund av hjärt-kärlsjukdomar.

0,5–1,0 procent av Sveriges befolkning har reumatoid artrit, och det är vanligast att insjukna mellan 45 och 65 års ålder. Sjukdomen är vanligare hos kvinnor än hos män, och kvinnor påverkas mer av sjukdomen – de har mer smärta och ömmare leder [5, 6].

Orsaken till reumatoid artrit är oklar. Forskning om riskfaktorer har dock visat att rökning kan förklara cirka 20 procent av fallen [7].

Figur 1. Exempel på en led som är drabbad av reumatoid artrit



Axial spondylartrit

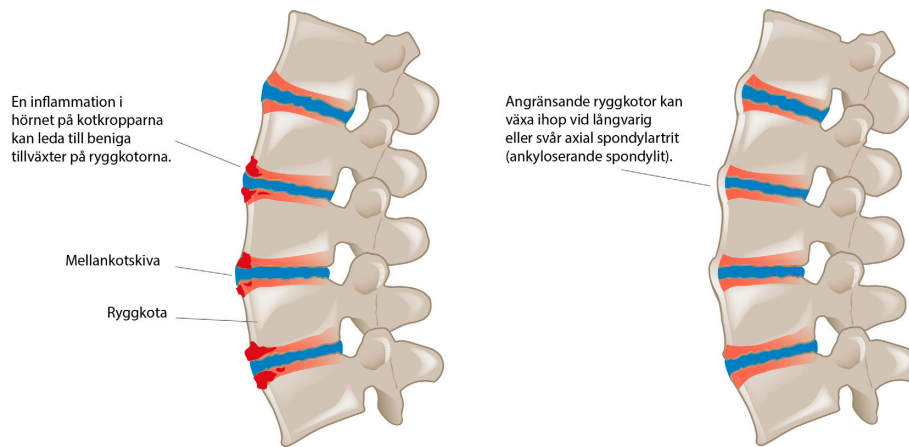
Axial spondylartrit ger ofta smärta i rygglutet, som blir värre på natten, och morgonstelhet (se figur 2). Både smärtan och stelheten förbättras av fysisk aktivitet, men inte av vila.

Sjukdomen kan ge skador på benvävnaden: Ben kan förstöras och det kan bildas ny benvävnad, vilket försämrar ryggens funktion. Denna svårare form av sjukdomen benämns ofta ankyloserande spondylit. Typiska symtom är morgonstelhet, nedsatt rörlighet och smärta. Även andra organ kan angripas, oftast ögonen, de perifera lederna och huden, och mer sällan lungorna, hjärtat och njurarna.

Ungefär 0,2 procent av Sveriges befolkning har den svårare formen av axial spondylartrit. Den börjar i ungdomen eller yngre medelåldern, och är 2–3 gånger vanligare hos män än hos kvinnor [8].

Orsaken till axial spondylartrit är inte helt klarlagd, men genetiska faktorer har betydelse.

Figur 2. Exempel på en ryggrad med axial spondylartrit

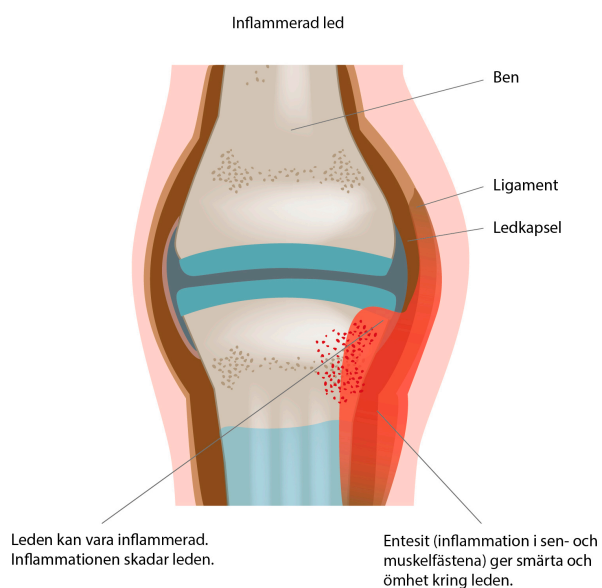


Psoriasisartrit

Psoriasisartrit drabbar cirka 20–30 procent av alla med den systemiska hudsjukdomen psoriasis [9]. Sjukdomen startar ofta med inflammation i ligament och ledfästen, och därefter inflammeras en eller flera leder (se figur 3). Cirka hälften av patienterna har inflammation i ett enstaka finger eller en enstaka led, medan den andra hälften har inflammation i flera leder [10].

Inflammationen ger stelhet och smärta vid både aktivitet och vila. Den allvarligaste och mindre vanliga sjukdomsformen kan också ge funktionsnedsättningar, såsom nedsatt rörlighet i leder. Ungefär 0,25 procent av Sveriges befolkning har psoriasisartrit, och sjukdomen är lika vanlig hos kvinnor och män [11].

Figur 3. Exempel på psoriasisartrit i en led



Artros

Artros är den vanligaste ledsjukdomen. Den förvärras oftast långsamt, över flera årtionden, men processen kan också gå snabbare. Vanliga symtom är smärta, funktionsnedsättning och nedsatt livskvalitet.

Artros innebär bland annat att

- brosket och andra vävnader bryts ner i en eller flera leder – till exempel kan brosket och menisken i en knäled brytas ner (se figur 4)
- musklerna försvagas.

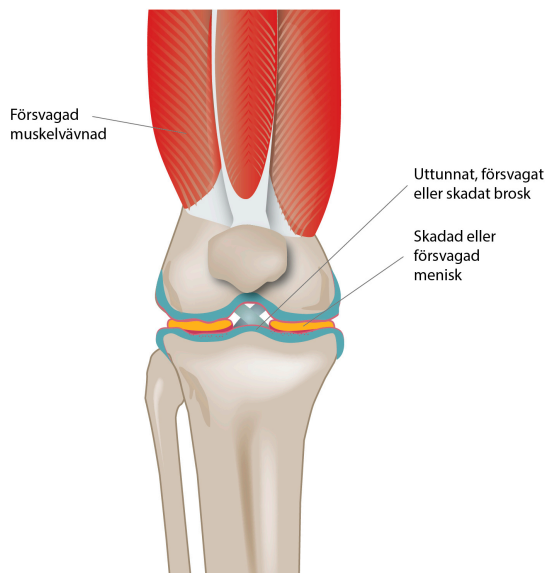
Sjukdomen förekommer i alla leder. En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har tydliga skador, och tvärtom.

Höftartros och knäartros kräver särskilt stora resurser i hälso- och sjukvården. Vid knäartros är till exempel risken för sjukskrivning nästan dubbelt så stor som hos befolkningen i allmänhet, och sjukdomen står för cirka 2 procent av alla sjukskrivningsdagar i Sverige [12].

Artros är starkt åldersrelaterat, och förekomsten ökar tydligt efter 50-årsåldern. Hos personer över 65 år är artros den vanligaste orsaken till en fysisk funktionsnedsättning. Men sjukdomen förekommer även hos yngre personer, ofta då i samband med övervikt, fetma eller en tidigare ledskada på grund av idrott. Risken för artros ökar också med graden av övervikt. Jämfört med dessa riskökningar är andra riskfaktorer mindre viktiga, till exempel arbetsrelaterad ledbelastning. Ärftlighet är däremot betydelsefullt för risken att utveckla artros.

De flesta med artros har dessutom minst en till kronisk sjukdom, såsom en hjärt-kärlsjukdom [13].

Figur 4. Exempel på artros i knäleden (leden sedd framifrån)



Osteoporos

Osteoporos (benskörhet) innebär att benvävnaden är mindre tät och skelettet svagare (se figur 5). Det gör att benet bryts lättare, till exempel när man ramlar eller bara gör ett tyngre lyft. Många med osteoporos får så kallade benskörhetsfrakturer i höften eller ryggen, som ofta är allvarliga.

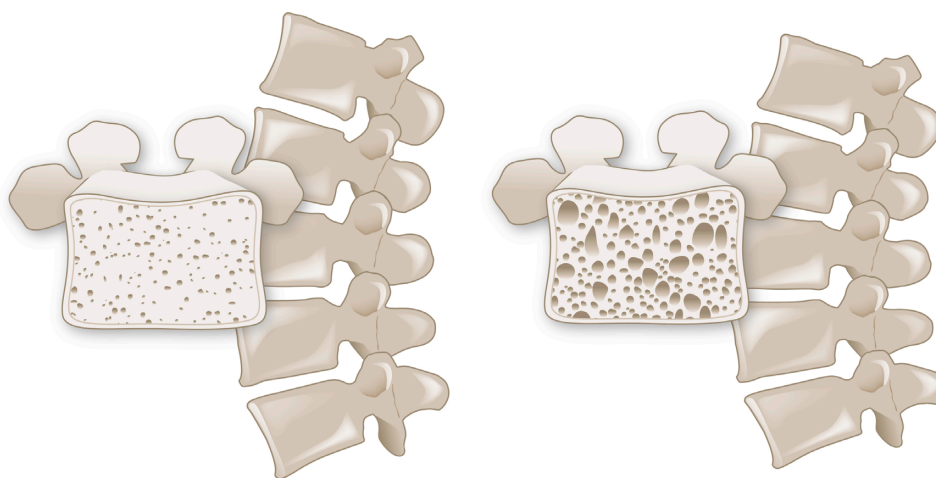
Benskörhetsfrakturer kräver också mycket resurser i hälso- och sjukvården.

Risken för osteoporos ökar med åldern. Cirka 50 procent av alla kvinnor och 25 procent av alla män i Sverige beräknas få en benskörhetsfraktur under sin livstid. Varje år uppstår 80 000–90 000 benskörhetsfrakturer, varav cirka 15 000–16 000 i höfter [14].

Personer med en benskörhetsfraktur i höften får i regel mycket sämre livskvalitet, och inom ett år efter frakturen dör 10–15 procent fler än i en grupp med samma kön och ålder utan höftfraktur. En höftfraktur kan också göra det svårare att gå, och många kan inte återvända till eget boende, vilket ökar den sociala isoleringen. Höftfrakturerna står för mer än hälften av alla frakturrelaterade direkta hälso- och sjukvårdskostnader [15].

Benskörhetsfrakturer i ryggen beror på att ryggkotorna pressas ihop (kotkompressioner). Särskilt upprepade frakturer ger ofta svåra funktionsnedsättningar.

Figur 5. Exempel på en frisk ryggrad (till vänster) och en ryggrad med osteoporos (till höger)



Friskt ben i ryggkota

Osteoporos i ryggkota
Mindre tät benvävnad och därmed
sämre hållfasthet

Vården vid rörelseorganens sjukdomar – status och utveckling

Viktigt med tidiga åtgärder

Vid de flesta besvär och sjukdomar i rörelseorganen är det viktigt med tidig diagnos, tidig behandling och rehabilitering samt noggrann uppföljning, för att lindra och bromsa förloppet. Även förebyggande åtgärder är mycket viktiga, till exempel åtgärder mot fallolyckor och stöd för att ändra matvanor, sluta röka eller träna mer (se vidare kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*). Särskilt osteoporos är dock underdiagnostiserat och underbehandlat i dag, trots att Socialstyrelsen har lyft fram detta i tidigare nationella riktlinjer [16].

En vård under utveckling

Vården vid rörelseorganens sjukdomar utvecklas löpande. Tack vare nya effektiva biologiska läkemedel, och så kallade JAK-hämmare, kan sjukdomsförloppet till exempel bromsas för många med en inflammatorisk reumatisk sjukdom. Behandlingen kan också bli mer individanpassad. Därmed kan betydligt fler leva ett liv med normala aktiviteter i dag, jämfört med för 15–20 år sedan.

Nya läkemedel har även förändrat rehabiliteringen. Dagens rehabilitering fokuserar på att stimulera personer som fått god effekt av läkemedlen till fysisk aktivitet och andra livsstilsförändringar. Detta kan förbättra hälsan och minska risken för följsjukdomar. För en effektiv rehabilitering krävs även en nära samverkan mellan flera vårdprofessioner.

Vidare utvecklas samverkan mellan specialiteter inom samma vårdprofession. Detta är till exempel mycket viktigt i vården vid psoriasisartrit, som kan drabba personer med hudsjukdomen psoriasis. Hudläkare och reumatologer kan behöva samverka nära för att patienterna ska få bästa möjliga vård.

Även artrosvården förändras. Patientutbildning och fysisk träning lyfts fram som förstahandsåtgärder i både forskning och svenska och internationella riktlinjer för artrosbehandling. Synsättet har även fått ett praktiskt genomslag i hälso- och sjukvården. Ett exempel är verksamheten ”Bättre omhändertagande av patienter med artros” (BOA), som utbildar personer med artros i att hantera sin sjukdom. Sedan 2011 är BOA också ett nationellt kvalitetsregister.

På flera platser i Sverige utvecklas också omhändertagandet av äldre personer som drabbats av en benskörhetsfraktur. Ett exempel är ett multiprofessionellt arbetssätt med riskvärdering, utredning och behandling enligt en så kallad frakturkedja. Arbetssättet har visat sig effektivt för att fånga upp personer med en ökad risk för benskörhetsfrakturer.

Behandlingen är ojämnt fördelad

Personer med sjukdomar i rörelseorganen tas om hand på olika sätt i olika delar av Sverige. Socialstyrelsens utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar från 2014 [17] visade bland annat följande:

- **Reumatoid artrit:** Det tar olika lång tid att få en diagnos i olika regioner. Det varierar också hur många som får tidig behandling med biologiska läkemedel.
- **Axial spondylartrit och psoriasisartrit:** Förskrivningen av biologiska läkemedel har ökat. Samtidigt finns en generell brist på underlag för att följa upp och bedöma vården.
- **Artros:** Det finns regionala skillnader i diagnostik, tillgång till patientutbildning, fysisk träning och behandling. Bland annat överanvänder vissa regioner röntgenundersökning som diagnosmetod, och i vissa regioner är artroskopisk kirurgi mycket vanligare vid knäartros än i andra regioner.
- **Osteoporos:** Förskrivningen av benspecifika läkemedel har inte förändrats på länge. Vidare finns stora regionala skillnader i hur många patienter som får en ny benskörhetsfraktur.

Utvärderingen belyste även skillnader utifrån ålder, kön, födelseland och socioekonomisk bakgrund. Det fanns betydande skillnader mellan män och kvinnor – män behandlades till exempel mycket mer sällan med benspecifika läkemedel vid benskörhetsfrakturer. Sammanfattningsvis behöver vården bli mer jämlik.

Den högspecialiserade vården utvecklas

Viss vård vid rörelseorganens sjukdomar kan komma att bedrivas som nationell högspecialiserad vård framöver, vid som mest fem vårdenheter i Sverige. Det är Socialstyrelsen som beslutar vad som blir nationell högspecialiserad vård, och vi kommer bland annat att genomlysa vissa mindre delar av vården vid rörelseorganens sjukdomar, inför en eventuell koncentration. Målet med att koncentrera viss vård är att skapa en jämlik tillgång till den högspecialiserade vården, men också att hälso- och sjukvårdens kunskap, kvalitet och patientsäkerhet ska utvecklas och förbättras, samtidigt som resurserna används effektivt.

→ **Läs mer** om arbetet på Socialstyrelsens webbplats.


Rekommendationer

I det här kapitlet presenteras Socialstyrelsens rekommendationer för vuxna med sjukdomar i rörelseorganen, uppdelat på sjukdomsområdena

- inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit)
- artros
- osteoporos.

Vi beskriver också hur rekommendationerna bör påverka hälso- och sjukvården ekonomiskt och organisatoriskt, och hur vi utvärderar vården med hjälp av indikatorer.

Läshjälp: De tre sjukdomsområdena är i sin tur uppdelade i olika åtgärdsområden, med rubriker som *Diagnostik och utredning* eller *Läkemedelsbehandling och annan smärtlindring*. Varje sådant åtgärdsområde består av fem textdelar:

Textdel	Innehåll
 Inledning (utan egen rubrik)	Övergripande beskrivning av de hälsotillstånd och åtgärder som rekommendationerna gäller
 Rekommendationer till hälso- och sjukvården	Tabell med rekommendationer i prioritetsordning
 Så har vi prioriterat	Övergripande motivering till rekommendationernas prioritet
 Så påverkas hälso- och sjukvården	Ekonomisk och organisatorisk konsekvensanalys av rekommendationerna
 Så utvärderar vi vården	Beskrivning av de indikatorer som Socialstyrelsen använder för att utvärdera området, i förekommande fall

→ Läs mer:

- I bilaga 1 finns en lista över alla rekommendationer, med motiveringar till varje rekommendation.
- I bilaga 2 finns en lista över alla indikatorer, och en beskrivning av hur de tas fram.
- På Socialstyrelsens webbplats finns fördjupande information: en mer detaljerad översikt av alla rekommendationer (bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*), bilagorna *Kunskapsunderlag* och *Hälsoekonomiskt underlag* samt rapporterna *Indikatorer för vård vid rörelseorganens*

sjukdomar och Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar. Se www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Huvudbudskap: Tidig utredning, mer fysisk träning och mindre artroskopisk kirurgi

Det är viktigt att fler patienter med sjukdomar i rörelseorganen får en diagnos och utreds tidigt. För detta krävs bland annat mer kvalificerad personal, som kan ställa en klinisk diagnos, tolka magnetkamerabilder och göra bentäthetsmätningar.

Hälso- och sjukvården behöver också satsa mer resurser på åtgärder som patientutbildning, fysisk träning och teamrehabilitering. Sådana åtgärder är centrala för att patienter med alla de aktuella sjukdomarna i rörelseorganen ska må bättre.

Vidare behöver alla patienter som har haft en benskörhetsfraktur erbjudas en systematisk riskvärdering, utredning och behandling, enligt en så kallad frakturkedja. Även patienter som får systemisk kortisonbehandling behöver sådan utredning och behandling, eftersom kortisonet ökar risken för frakturer.

Dessutom är läkemedelsbehandling fortsatt viktigt, framför allt vid inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Vissa regioner behöver satsa mer resurser på behandling med biologiska läkemedel och så kallade JAK-hämmare.

Samtidigt beräknas hälso- och sjukvården kunna undvika stora kostnader varje år, genom att till stora delar avveckla artroskopisk kirurgi (en form av titthålsoperation) vid artros i knän och artrosliknande besvär i knän. Detta utan att påverka patienternas hälsa eller livskvalitet. Resurserna bör gå till mer effektiva behandlingsmetoder.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar

Här presenteras rekommendationer om de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit.

➔ **Läs mer:** Personer med psoriasisartrit behöver ofta samordnad behandling för ledbesvär och hudbesvär. Rekommendationer om hudbesvär finns i *Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis* [29].

Diagnostik, prognostik och utredning

Personer med de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit behöver få rätt diagnos så tidigt som möjligt. Då kan de snabbt få en effektiv läkemedelsbehandling, och därmed färre ledsador. Den som misstänker att en patient har en inflammatorisk reumatisk sjukdom remitterar vanligtvis patienten till en specialistmottagning för vidare utredning.

Diagnosen ställs med hjälp av patientens sjukdomshistoria (anamnes), kliniska undersökningar och laboratorieundersökningar, ibland med stöd av bilddiagnostik. Ibland får en patient först diagnosen odifferentierad artrit: artrit som inte kan klassificeras som etablerad reumatisk sjukdom. Efter vidare utredning kan patienten få en mer specifik diagnos, såsom reumatoid artrit, axial spondylartrit eller psoriasisartrit.

Olika typer av bilddiagnostik kan komplettera utredningen, till exempel datortomografi, magnetkameraundersökning och ultraljud. Dessa riktlinjer lyfter framför allt fram undersökningar för att bedöma hur sjukdomen kommer att utvecklas. Däremot ingår inte diagnosmetoder för artrit som kan komplettera den kliniska undersökningen i svårbedömda fall.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – diagnostik, prognostik och utredning

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
R1:0	odifferentierad artrit och välgrundat misstänkt reumatoid artrit	röntgen av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller ledsador	3
R1:1	tidig reumatoid artrit	röntgen av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för ledsador	3
S1:2	långvarig inflammatorisk ryggsmärta enligt anamnes	magnetkameraundersökning av sakroiliakaleder för att upptäcka axial spondylartrit	4
R1:4	odifferentierad artrit och välgrundat misstänkt reumatoid artrit	magnetkameraundersökning av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller ledsador	8
R1:8		ultraljundsundersökning av synovit för att bedöma risken för reumatoid artrit eller ledsador	10
R1:5	tidig reumatoid artrit	magnetkameraundersökning av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för ledsador	10

Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
R1:6	odifferentierad artrit och välgrundat misstänkt reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av lederosioner i händer och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller utveckling av leddskador	FoU
R1:7	tidig reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av lederosioner i händer och fötter för att bedöma risken för utveckling av leddskador	FoU
R1:9		ultraljudsundersökning av synovit för att bedöma risken för leddskador	FoU
Id	Erbjud <u>inte</u> personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
S1:5	axial spondylartrit och ofillräcklig effekt av cox-hämmare	magnetkameraundersökning av sakroiliakaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling	icke-göra
R1:10	tidig reumatoid artrit	bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR (digital X-ray radiogrammetry) för att bedöma risken för leddskador	icke-göra

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan Tillstånds- och åtgärdslista.



Så har vi prioriterat

Röntgen av händer, handleder och fötter har stor betydelse för att bedöma om personer med odifferentierad artrit riskerar att utveckla reumatoid artrit. För personer som redan har reumatoid artrit i ett tidigt skede, är röntgenundersökningarna viktiga för att bedöma sjukdomens fortsatta utveckling. Rekommendationerna om röntgen gäller dessutom hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärderna har därför fått en hög prioritet.

På samma sätt är magnetkameraundersökning centralt för att tidigt upptäcka axial spondylartrit och behandla personer med långvarig inflammatorisk ryggsmärta.

Magnetkameraundersökning kan däremot inte förutsäga effekten av biologisk läkemedelsbehandling hos personer med axial spondylartrit. Åtgärden gör alltså ingen nytta för detta syfte, och bör därför inte erbjudas alls.

Inte heller bör personer med reumatoid artrit i ett tidigt skede utredas med bentäthetsmätning med DXR, eftersom det finns andra åtgärder som bättre kan förutsäga leddskador.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Antalet magnetkameraundersökningar av patienter med långvarig inflammatorisk ryggsmärta behöver öka, för att fler med axial spondylartrit ska upptäckas tidigt. Vissa regioner kan då få kapacitetsbrist och längre väntetider för andra patientgrupper som behöver undersökningarna. Det finns till exempel brist på kvalificerad personal för att granska magnetkamerabilderna i vissa regioner. Ökningen kan dock delvis komma att kompenseras av det minskade antalet magnetkameraundersökningar för att förutsäga effekten av biologisk läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit.

Även antalet vanliga röntgenundersökningar behöver öka. Dessa undersökningar kräver dock inte stora resurser, så kostnaderna blir begränsade.

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp tidig diagnostik vid reumatoid artrit. Med den mäter vi

- hur stor andel av alla nydiagnostiserade personer med reumatoid artrit som får sin diagnos fastställd vid en reumatologisk specialistenhet inom 20 veckor efter att de fått symtom – en hög andel eftersträvas (indikator R6).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.



Teamrehabilitering och samordning av vårdinsatser

Det är viktigt att snabbt börja med rehabilitering för personer med de inflammatoriska reumatiska sjukdomarna reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit. Målet är ofta att återställa den kapacitet personen behöver för att kunna leva det liv hen önskar, så långt det är möjligt. Det kan handla om att lindra smärta och förbättra rörligheten i lederna och styrkan i musklerna, eller motverka fortsatt försämring. Patienten behandlas i regel med läkemedel samtidigt.

Centralt för rehabiliteringen är olika former av individanpassad och regelbunden fysisk träning samt patientutbildning. Syftet är att patienten ska behålla eller få tillbaka funktionen i de drabbade lederna, men också få en bättre livskvalitet och hälsa generellt. En del patienter har särskilt stor nytta av fysisk träning i varmt vatten. Därför bör vårdgivarna kunna erbjuda tillgång till en träningsbassäng i rehabiliteringen, antingen i egen regi eller i samverkan med civilsamhället. Vidare är individanpassad fysisk ryggträning en standardbehandling vid axial spondylartrit. Vid reumatoid artrit och psoriasisartrit är handträning särskilt viktigt, eftersom dessa sjukdomar ofta påverkar handfunktionen tidigt.

Rehabiliteringen och den fysiska träningen är med fördel strukturerad och sammanhållen – så kallad teamrehabilitering i öppen vård (specialiserad). Flera vårdprofessioner arbetar då tillsammans med patienten, som får redskap för att bättre hantera sin sjukdom och livssituation. Följande professioner ingår vanligtvis i ett team: reumatolog, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator, samtliga med specialkunskaper om reumatisk vård och rehabilitering. Teamrehabiliteringen kan vara organiserad på olika sätt. Ibland ger till exempel reumatologen vård på distans, medan resten av teamet finns där patienten bor.

De olika vårdinsatserna vid de aktuella sjukdomarna kan samordnas på en sjuksköterskemottagning, som kan komplettera och delvis ersätta insatserna på en läkarmottagning. Patienten besöker sjuksköterskemottagningen för bland annat hälsosamtal, undervisning, administrering av läkemedel och ledbedömning. Sjuksköterskan utvärderar också till exempel patientens fysiska och psykiska välbefinnande.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – teamrehabilitering och samordning av vårdinsatser

Id	Erbjud personer med ...	Åtgärden ...	Prioritet
R2:1	<ul style="list-style-type: none"> • reumatoid artrit <i>eller</i> • psoriasisartrit och nedsatt funktion i händerna	handträning	3
R2:3	tidig <ul style="list-style-type: none"> • reumatoid artrit • axial spondylartrit <i>eller</i> • psoriasisartrit 	teamrehabilitering i öppen vård	3
R2:4	etablerad <ul style="list-style-type: none"> • reumatoid artrit • axial spondylartrit <i>eller</i> • psoriasisartrit 	teamrehabilitering i öppen vård	3
R2:5	<ul style="list-style-type: none"> • reumatoid artrit • axial spondylartrit <i>eller</i> • psoriasisartrit 	fysisk träning	3
R2:0	<ul style="list-style-type: none"> • reumatoid artrit <i>eller</i> • psoriasisartrit 	sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser	3
S2:0	axial spondylartrit		5

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webblagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat



Patienterna har stor nytta av både handträning, teamrehabilitering i öppen vård, sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser och regelbunden fysisk träning (konditions- och styrketräning). En tidig teamrehabilitering gör det också möjligt att erbjuda rätt åtgärder i rätt tid, genom att olika vårdprofessioner samverkar. En samordnande sjuksköterskemottagning ökar vidare patienternas kunskap om sin sjukdom och förbättrar livskvaliteten. Rekommendationerna gäller dessutom hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärdena har därför fått en hög prioritet.

Åtgärden sjuksköterskemottagning har dock fått en lägre prioritet vid axial spondylartrit än vid reumatoid artrit och psoriasisartrit, eftersom det finns mindre kunskap om effekten vid axial spondylartrit.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Vissa regioner saknar samordnande sjuksköterskemottagningar, och kan därför behöva mer personal och fler lokaler. Sjuksköterskemottagningarna kan dock i viss mån avlasta reumatologerna från vissa arbetsuppgifter. Sjuksköterskornas särskilda yrkeskompetenser kan också förbättra patienternas hälsa och livskvalitet.

Vidare kan vissa regioner behöva betydligt mer personal för att kunna erbjuda teamrehabilitering i öppen vård (specialiserad) åt alla patienter med reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit. Det kan till exempel krävas 1,5 arbetsterapeutjänster, 2 fysioterapeutjänster och 1 kuratorstjänst, räknat på en specialistmottagning med 350 000 personer i det primära upptagningsområdet. Det innebär en kostnad på minst 2,4 miljoner kronor

per år för denna personal.¹ Därtill kommer kostnader för reumatologer och sjuksköterskor.

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att följa upp området. Med dem mäter vi

- hur stor andel av personerna med reumatoid artrit som erbjuds sjuksköterskemottagning med samordnade vårdsinsatser – en hög andel eftersträvas (indikator R9)
- hur stor andel av personerna med etablerad reumatoid artrit som erbjuds teamrehabilitering i öppen vård – en hög andel eftersträvas (indikator R10).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit

Reumatoid artrit behandlas oftast med olika läkemedel, parallellt med den fysiska träningen. Det är vanligast att börja med syntetiska antireumatiska läkemedel (syntetiska DMARD-läkemedel), till exempel metotrexat.

Vid svårare former av reumatoid artrit används även biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel), till exempel olika former av TNF-hämmare. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än syntetiska läkemedel. För en del biologiska läkemedel har dock patentet gått ut och det finns billigare varianter med samma effekt, så kallade biosimilarer. Patienten kan också behandlas med en kombination av biologiska och syntetiska läkemedel.

En effektiv läkemedelsbehandling minskar inflammationen och påverkar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen oftast är livslång.

För att använda läkemedlen så effektivt som möjligt, kan läkaren styra behandlingen efter patientens sjukdomsaktivitet. Man justerar då behandlingsstrategin utifrån resultatet för patienten, på ett strukturerat sätt.



¹ Lönerna är beräknade för 2018 enligt Statistikdatabasen från Statistiska centralbyrån.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
R3:0	tidig reumatoid artrit som	metotrexat	1
R3:3	<ul style="list-style-type: none"> inte tidigare behandlats med metotrexat har medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare, abatacept eller tocilizumab ²	2
R3:5	reumatoid artrit som <ul style="list-style-type: none"> inte fått tillräcklig effekt av metotrexat har medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare, abatacept, anakinra, sarilumab eller tocilizumab	2
R3:7		metotrexat i kombination med JAK-hämmare	3
R3:4		metotrexat i kombination med andra konventionella syntetiska DMARD-läkemedel	4
R3:2	tidig reumatoid artrit som <ul style="list-style-type: none"> inte tidigare behandlats med metotrexat har medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare eller tocilizumab, som enskild behandling ³	4
R3:12	tidig reumatoid artrit	behandling styrd av sjukdomsaktivitet	5
R3:1	tidig reumatoid artrit som <ul style="list-style-type: none"> inte tidigare behandlats med metotrexat har medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med andra konventionella syntetiska DMARD-läkemedel	7
R3:6	reumatoid artrit som <ul style="list-style-type: none"> inte fått tillräcklig effekt av metotrexat har medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	JAK-hämmare, som enskild behandling	7

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Rekommendationerna gäller hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Vid tidig reumatoid artrit har behandling med metotrexat fått högst prioritet, eftersom det finns stor erfarenhet och kunskap om behandlingens nytta. Även de biologiska läkemedlen TNF-hämmare har en stor effekt vid både tidig och etablerad reumatoid artrit, men kostar betydligt mer än metotrexat. Vidare har behandling med JAK-hämmare fått en lägre



² För personer som inte tidigare behandlats med metotrexat har Läkemiddelsverket dock enbart godkänt kombinationsbehandling med metotrexat och TNF-hämmare eller abatacept vid "svår, progressiv sjukdom", och kombinationsbehandling med metotrexat och tocilizumab vid "högaktiv och progredierande sjukdom". Läkare kan avgöra om dessa behandlingar även är lämpliga för andra patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet, enligt Socialstyrelsens rekommendation, och då erbjuda behandlingarna utifrån den fria forskrivningsrätten.

³ För personer som inte tidigare behandlats med metotrexat har Läkemiddelsverket dock enbart godkänt TNF-hämmare som enskild behandling vid "svår, progressiv sjukdom", och tocilizumab som enskild behandling vid "högaktiv och progredierande sjukdom". Läkare kan avgöra om dessa behandlingar även är lämpliga för andra patienter med medelhög till hög sjukdomsaktivitet, enligt Socialstyrelsens rekommendation, och då erbjuda behandlingarna utifrån den fria forskrivningsrätten.

prioritet än de olika biologiska läkemedelsbehandlingarna, eftersom det finns mindre klinisk erfarenhet av JAK-hämmare. JAK-hämmare kostar också mer än TNF-hämmare (men inte mer än övriga biologiska läkemedel).⁴

Fler patienter kan bli bättre av läkemedelsbehandlingen (uppnå remission) när behandlingen styrs av sjukdomsaktiviteten, på ett strukturerat sätt. Behandling styrd av sjukdomsaktivitet har därför fått en relativt hög prioritet.

Så påverkas hälso- och sjukvården

De rekommenderade läkemedlen har olika priser. Vissa regioner kan behöva öka förskrivningen av de dyrare typerna, och tvärtom.

Det högst prioriterade läkemedlet vid tidig reumatoid artrit – metotrexat – ges oftast i tablettform och har ett lågt pris. Läkare och sjuksköterskor på reumatologiska specialistmottagningar behöver dock viss tid för att följa upp behandlingen regelbundet.

De biologiska läkemedlen kostar betydligt mer (minst 20 000–30 000 kronor per år⁵) – men har hög prioritet vid flera hälsotillstånd, ibland i kombination med metotrexat. Läkemedlen ges oftast som injektioner, och därför behöver personal i hälso- och sjukvården också viss tid för att visa patienterna hur de ska ta sprutorna på egen hand. I vissa fall behöver läkemedlen i stället ges som dropp på en specialistmottagning, vilket ökar kostnaderna ytterligare.

Vid årsskiftet 2018/2019 behandlades cirka 14 500 patienter med reumatoid artrit i Sverige med biologiska läkemedel.⁶ Antalet varierade inte nämnvärt mellan regionerna.

Läkemedelspriset blir ännu högre för behandling med JAK-hämmare (minst 80 000–90 000 kronor per år⁷). Eftersom JAK-hämmare är nya läkemedel kan det också vara nödvändigt att följa upp behandlingen noggrannare ur ett säkerhetsperspektiv. Personalens tidsåtgång kan därmed öka något. Å andra sidan ges JAK-hämmare som tabletter, och inte som injektioner eller dropp.

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp området. Med dem mäter vi hur stor andel av de personer som har fått diagnosen reumatoid artrit som

- får biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel – en låg regional variation i landet eftersträvas (indikator R8a)
- får biologiska DMARD-läkemedel utan att tidigare ha behandlats med syntetiska DMARD-läkemedel – en låg regional variation i landet eftersträvas (indikator R8b)

⁴ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har beslutat att endast subventionera JAK-hämmarna Olumiant (baricitinib), Xeljanz (tofacitinib) och Rinvoq (upadacitinib) när behandling med TNF-hämmare är olämpligt eller inte haft tillräcklig effekt (beslut våren 2020).

⁵ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser hösten 2020 (och antaganden om nivån på den sekretessbelagda återbäringen till regionerna i aktuella fall). Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén. Vissa biologiska läkemedel kostar upp till 5 gånger mer.

⁶ Enligt Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

⁷ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser hösten 2020 (och antaganden om nivån på den sekretessbelagda återbäringen till regionerna i aktuella fall). Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén.

- har en kontakt med vården som möjliggör utvärdering av tidigare behandling 2–6 månader efter den första behandlingen med DMARD-läkemedel (indikator R11).

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta sjukdomsaktivitet, smärta, funktion och patient-rapporterad livskvalitet vid reumatoid artrit (indikator R1–R5).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Dosminskning eller direkt utsättning av biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit

Vissa patienter med reumatoid artrit som blivit bättre av ett biologiskt läkemedel (uppnått remission) kan minska dosen, för att få mindre biverkningar, och ändå behålla en låg sjukdomsaktivitet [18]. Detta gäller särskilt om patienten har fått läkemedelsbehandling tidigt i sjukdomsförloppet, och behandlingen har haft god effekt i flera månader [19].

En låg sjukdomsaktivitet är avgörande för personer med en kronisk inflammatorisk sjukdom som reumatoid artrit. Om sjukdomsaktiviteten är hög påverkas personen mer av sjukdomen på både kort och lång sikt, och det finns en betydande risk för att lederna skadas permanent.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – dosminskning eller direkt utsättning av biologiskt läkemedel vid reumatoid artrit

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
R3:16, R3:17	tidig eller etablerad reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel till en dos under den rekommenderade	4
R3:20, R3:21		direkt utsättning av biologiskt DMARD-läkemedel	10
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
R3:18, R3:19	tidig eller etablerad reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel följt av utsättning	FoU

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Att minska dosen biologiskt läkemedel förvärrar inte sjukdomen, för de flesta med reumatoid artrit som fått en god effekt av behandlingen. Dosminskning har därför fått en relativt hög prioritet.

Sjukdomen kan däremot förvärras om behandlingen avslutas direkt. Sådan direkt utsättning av biologiskt läkemedel har därför fått en låg prioritet.

Det saknas tillräcklig kunskap om effekten av att först minska dosen biologiskt läkemedel och därefter avsluta behandlingen helt, men studier pågår. Denna åtgärd bör därför endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Dosminskningar av biologiska läkemedel kan minska läkemedelskostnaderna, eftersom lägre doser ofta kostar mindre. Patienterna bör dock följas upp noga efter dosminskningen, så tidsåtgången kan öka något för personal i hälso- och sjukvården.



Läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit

Axial spondylartrit behandlas oftast med olika läkemedel parallellt med den fysiska träningen. Standardbehandlingen är vanligen så kallade cox-hämmare – smärtstillande läkemedel som minskar inflammationen, till exempel ibuprofen.

Vid svårare former av axial spondylartrit (inklusive ankyloserande spondylit) används biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) för att minska inflammationen, till exempel TNF-hämmare eller IL17-hämmare. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än cox-hämmare. För en del biologiska läkemedel har dock patentet gått ut och det finns billigare varianter med samma effekt, så kallade biosimilarer.

En effektiv läkemedelsbehandling minskar inflammationen och förbättrar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen oftast är livslång.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – läkemedelsbehandling vid axial spondylartrit

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
S3:7	ankyloserande spondylit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	2
S3:9	axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: IL17-hämmare	3
S3:6	icke-radiografisk axial spondylartrit (axial spondylartrit i ett tidigt skede) och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	4
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
S3:0	axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	systemisk kortisonbehandling	FoU

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webblistan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

När cox-hämmare inte ger tillräcklig effekt, har hälsotillstånden ankyloserande spondylit och axial spondylartrit en stor till mycket stor svårighetsgrad. Biologiska läkemedel har då generellt en stor effekt och har därför fått en hög prioritet. Effekten varierar dock delvis beroende på hälsotillstånd och typ av biologiskt läkemedel. TNF-hämmare vid ankyloserande spondylit har därför en något högre prioritet än IL17-hämmare vid axial spondylartrit. Avgörande för prioriteringen är också att det finns få andra behandlingar. Prioriteringen har däremot inte påverkats nämnvärt av



kostnaden, eftersom den bedöms vara acceptabel i förhållande till behandlingens förväntade effekt.

Vidare saknas tillräcklig kunskap om effekten av systemisk kortisonbehandling vid ankyloserande spondylit. Denna åtgärd bör därför endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Socialstyrelsen rekommenderar biologiska läkemedel åt personer som inte fått tillräcklig effekt av standardbehandlingen med cox-hämmare. Dessa läkemedel kostar betydligt mer än standardbehandlingen. Priset ökar till minst 20 000–30 000 kronor per år för TNF-hämmare, och till 80 000–130 000 kronor per år för IL17-hämmare.⁸ Läkemedlen ges oftast som injektioner, och därför behöver personal i hälso- och sjukvården också viss tid för att visa patienterna hur de ska ta sprutorna på egen hand.

Vid årsskiftet 2018/2019 behandlades 3 100 patienter med ankyloserande spondylit i Sverige med biologiska läkemedel.⁹ Antalet behandlade patienter varierade mellan regionerna, från 25 till 52 per 100 000 invånare (i genomsnitt 38).

Ett lågt antal behandlade patienter i en region kan tyda på att förskrivningen av biologiska läkemedel behöver öka. Hälso- och sjukvården får då högre kostnader för läkemedel och personal, men patienternas hälsa och livskvalitet förbättras. Dessutom minskar behovet av annan vård.

Ett högt antal behandlade patienter i en region kan å andra sidan tyda på en överbehandling med biologiska läkemedel – det kan finnas patienter som får läkemedlen utan att egentligen behöva dem. Sådana regioner har då möjlighet att minska förskrivningen och därmed läkemedelskostnaderna.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området. Med den mäter vi

- hur många personer med axial spondylartrit som får biologiska läkemedel – en låg regional variation i landet eftersträvas (indikator S6).

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta sjukdomsaktivitet, smärta och patientrapporterad livskvalitet vid axial spondylartrit (indikator S1–S5).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Läkemedelsbehandling vid psoriasisartrit

Psoriasisartrit behandlas oftast med olika läkemedel, parallellt med den fysiska träningen. Standardbehandlingen är vanligen så kallade cox-hämmare – smärtstillande läkemedel som minskar inflammationen, till exempel ibuprofen – och kortisoninjektioner. Om detta inte ger tillräcklig effekt kan man lägga till metotrexat, sulfasalazin eller leflunomid, som är syntetiska

⁸ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser hösten 2020 (och antaganden om nivån på den sekretessbelagda återbärningen till regionerna i aktuella fall). Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén. Vissa TNF-hämmare kostar upp till 5 gånger mer.

⁹ Enligt Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

antireumatiska läkemedel (syntetiska DMARD-läkemedel). Detta som en del av standardbehandlingen.

Vid svårare former av sjukdomen används biologiska antireumatiska läkemedel (biologiska DMARD-läkemedel) för att minska inflammationen, till exempel TNF-hämmare eller IL-hämmare. Det är också möjligt att behandla med vissa syntetiska DMARD-läkemedel, till exempel JAK-hämmare och ibland apremilast. Biologiska läkemedel är ofta effektiva, men avsevärt dyrare än cox-hämmare och konventionella syntetiska DMARD-läkemedel. För en del biologiska läkemedel har dock patentet gått ut och det finns billigare varianter med samma effekt, så kallade biosimilarer.

En effektiv läkemedelsbehandling minskar inflammationen och påverkar personens fysiska funktion, livskvalitet och arbetsförmåga. Läkemedelsbehandlingen är långsiktig och kräver noggrann uppföljning, eftersom sjukdomen oftast är livslång.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – läkemedelsbehandling vid psoriasisartrit

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
P3:0	psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> • medelhög till hög sjukdomsaktivitet • ofillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	2
P3:2		biologiskt DMARD-läkemedel: IL17A-hämmare eller IL12/23-hämmare	3
P3:6		JAK-hämmare	3
P3:4		apremilast	7
P3:8		biologiskt DMARD-läkemedel: abatacept	10

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Rekommendationerna gäller ett hälsotillstånd med en mycket stor svårighetsgrad. Avgörande för åtgärdernas rangordning är behandlingens nytta, som skiljer sig mellan de olika läkemedlen. För läkemedel med likartad effekt har rangordningen i stället avgjorts av kostnaderna.

Behandling med TNF-hämmare har fått högst prioritet. TNF-hämmare har en stor och likartad effekt som JAK-hämmare och IL-hämmare, men kostar mindre.¹⁰ Apremilast har däremot en förmodat liten effekt för patienten, och har därför fått en låg prioritet. Abatacept har fått lägst prioritet: Läkemedlet har endast en liten effekt jämfört med placebo, och hälso- och sjukvården bör därför snarare erbjuda högre prioriterade åtgärder.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen rekommenderar biologiska läkemedel eller JAK-hämmare åt personer med svårare former av psoriasisartrit, som inte fått tillräcklig effekt av standardbehandlingen med cox-hämmare och till exempel metotrexat.

¹⁰ TLV har under 2020 beslutat att endast subventionera JAK-hämmaren tofacitinib (Xeljanz) – den enda JAK-hämmare som är godkänd för användning vid psoriasisartrit i dag – när behandling med TNF-hämmare är olämpligt eller inte haft tillräcklig effekt.

Dessa läkemedel kostar betydligt mer än standardbehandlingen. Priset ökar till minst 20 000–30 000 kronor per år för TNF-hämmare,¹¹ till 80 000–90 000 kronor per år för JAK-hämmare¹² och till 130 000–160 000 kronor per år för IL17A- eller IL12/23-hämmare.¹³ TNF- och IL-hämmare ges oftast som injektioner, och därför behöver personal i hälso- och sjukvården också viss tid för att visa patienterna hur de ska ta sprutorna på egen hand. JAK-hämmare ges däremot i tablettform, och kostar därför något mindre att administrera.

Vid årsskiftet 2018/2019 behandlades drygt 5 300 patienter med psoriasisartrit i Sverige med biologiska läkemedel.¹⁴ Antalet behandlade patienter varierade påtagligt mellan regionerna, från 48 till drygt 100 per 100 000 invånare (i genomsnitt 66).

Ett lågt antal behandlade patienter i en region kan tyda på att förskrivningen av biologiska läkemedel behöver öka. Hälso- och sjukvården får då högre kostnader för läkemedel och personal, men patienternas hälsa och livskvalitet ökar. Dessutom minskar behovet av annan vård. Det låga antalet kan dock även betyda att patienter behandlas med JAK-hämmare, som troligen inte behöver bytas ut mot biologiska läkemedel.

Ett högt antal behandlade patienter i en region kan å andra sidan tyda på en överbehandling med biologiska läkemedel – det kan finnas patienter som får läkemedlen utan att egentligen behöva dem. Sådana regioner har då möjlighet att minska förskrivningen och därmed läkemedelskostnaderna.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området. Med den mäter vi

- hur många personer med psoriasisartrit som får biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel – en låg regional variation i landet eftersträvas (indikator P7).

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta sjukdomsaktivitet, smärta och patientrapporterad livskvalitet vid psoriasisartrit (indikator P1–P6).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

¹¹ Några TNF-hämmare kostar upp till 5 gånger mer.

¹² Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser hösten 2020 (och antaganden om nivån på den sekretessbelagda återbäringen till regionerna i aktuella fall). Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén.

¹³ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser hösten 2020.

¹⁴ Enligt Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ).

Artros

Diagnostik, utredning och strukturerat omhändertagande

En person med artros kan ha svåra symtom utan att lederna har tydliga skador, och tvärtom. Patientens symtom och egna sjukdomsberättelse är därför avgörande för en korrekt och tidig diagnos, tillsammans med en klinisk undersökning.

Bilddiagnostik med röntgen eller ultraljud behövs däremot mycket sällan för att ställa diagnos. Bilddiagnostik är dock ett viktigt komplement i utredningen om det finns misstankar om andra allvarliga sjukdomar, till exempel cancer. Bilddiagnostik med magnetkamera används däremot inte i artrosutredningar.

För att få rätt vård i rätt tid, behöver patienterna ett strukturerat omhändertagande och behandling enligt en särskild behandlingspyramid (se figur 6). Till att börja med besöker patienten en läkare eller en fysioterapeut i primärvården som kan fastställa diagnosen. Därefter kan grundbehandlingen enligt behandlingspyramiden inledas: patientutbildning, fysisk träning och vid behov viktnedskning. Om detta inte räcker är nästa steg tilläggsbehandling med exempelvis läkemedel och olika hjälpmedel. Vid svåra och långvariga besvär kan det bli aktuellt att lägga till kirurgi, när grundbehandling och tilläggsbehandling inte har varit tillräckligt.

Behandlingen avgörs framför allt av patientens upplevda smärta, funktionsnedsättning och livskvalitet, som varierar över tid. Behandlingen behöver därför utvärderas löpande, och sjukdomen behöver utredas på nytt inför eventuella förflyttningar mellan behandlingspyramidens olika delar. En princip är att fortsätta med grundbehandlingen oavsett hur svåra besvär patienten har, så långt det är möjligt.

Figur 6. Behandlingspyramid för artros



Rekommendationer till hälso- och sjukvården – diagnostik och utredning

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A1:0	artros i knä eller höft	strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid	2
A1:1	symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft	diagnostik med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd	3
A1:3	symtom som ger misstanke om fler potentiellt allvarliga hälsotillstånd än artros i knä eller höft	bilddiagnostik som tillägg till klinisk bedömning	4
A1:2	symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft		7

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat



Diagnostik med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd är avgörande för den fortsatta vården för personer med artros i knäna och höfterna. Åtgärden har därför fått en hög prioritet. Högt prioriterad är också åtgärden strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid, eftersom denna åtgärd bedöms ge stor nytta för en stor grupp patienter med artros.

Bilddiagnostik som tillägg till den kliniska bedömningen gör det också möjligt att identifiera till exempel frakturer eller ligamentskador. När bilddiagnostik används enbart för att konstatera artros så tillför åtgärden däremot sällan något positivt till den fortsatta vården. Snarare kan den bidra till överbehandling av ledsador som syns på bilderna, och därmed till fler kirurgiska ingrepp i onödan. Denna åtgärd har därför fått en låg prioritet.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Primärvården behöver mer resurser för att kunna

- diagnostisera artros med hjälp av kliniska undersökningar
- erbjuda ett strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid åt personer med artros i knäna eller höfterna.

Bilddiagnostiken bedöms däremot kunna fortsätta minska, eftersom åtgärden framför allt bör erbjudas när det är osäkert om patientens symtom beror på artros. Det betyder att andelen patienter som undersöks med knä- och höftfröntgen innan de fått patientutbildning kan minska, från 65 procent (höftfröntgen) respektive 69 procent (knäfröntgen) 2018 [20]. Därmed kan resurser frigöras från röntgenavdelningarna i den öppna sjukhusvården.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram tre indikatorer för att följa upp området. Med dem mäter vi

- hur stor andel av personerna med artros som får smärtstillande läkemedel med anledning av sin artros före patientutbildning och handledd fysisk träning – en låg andel eftersträvas (indikator A5)

- hur stor andel av personerna med artros som får patientutbildning och handledd fysisk träning i grupp före en höftprotesoperation – en hög andel eftersträvas (indikator A4)
- hur stor andel av personerna med misstänkt artros i knä eller höft som genomgår bilddiagnostik före patientutbildning och handledd fysisk träning – en låg andel eftersträvas (indikator A6).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Fysisk träning och patientutbildning

Personer med artros kan bromsa sjukdomsförloppet och få mindre ont genom att träna fysiskt, och gå ner i vikt om de är överviktiga. Träning förbättrar också den fysiska funktionen, och konditionsträning minskar risken för sjukdomar som diabetes och hjärt-kärlsjukdomar. En del patienter kan dessutom skjuta fram en ledprotesoperation tack vare träningen. För att träna en smärtande artrosled rätt behövs stöd samt kunskap om sjukdomen och behandlingsalternativen. Patientutbildning, regelbunden och handledd fysisk träning samt viktnedgång är därmed en viktig grundbehandling för personer med artros (se behandlingspyramiden i figur 6).

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – fysisk träning och patientutbildning

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A2:2	artros i knä eller höft	fysisk träning	2
A2:4		patientutbildning som tillägg till fysisk träning	3

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Fysisk träning vid artros i knä eller höft minskar smärtan och förbättrar funktionsförmågan. Åtgärden har därför fått en hög prioritet. Fysisk träning ger dessutom andra positiva hälsoeffekter.

Även patientutbildning som tillägg till den fysiska träningen har prioriterats högt, eftersom åtgärden ökar patientens förståelse för sin sjukdom och för behandlingsalternativens fördelar och nackdelar. Enligt beprövad erfarenhet blir patienten dessutom bättre rustad för självhjälp, och mer benägen att fullfölja andra behandlingar.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Personer med artros har olika livssituationer och därmed olika förutsättningar att träna regelbundet. Sannolikt behöver hälso- och sjukvården erbjuda fler träningstillfällen på attraktiva tider och platser. Åtgärden patientutbildning hänger nära ihop med träningen, och kan också komma att kräva mer resurser.

Under 2008–2018 fick minst tre fjärdedelar av alla patienter med knä- och höftartros i det nationella kvalitetsregistret BOA ett individuellt anpassat träningsprogram [20]. I vissa regioner närmade sig andelen 100 procent. Endast cirka 26 procent av patienterna med handledd fysisk träning deltog dock i 10–12 träningstillfällen (det lägst rekommenderade antalet enligt



BOA-programmet, från projektet ”Bättre omhändertagande av patienter med artros”). Andelen varierade kraftigt mellan regionerna. Efter träningsprogrammet valde cirka 40 procent att fortsätta träna på egen hand, men även denna andel varierade tydligt mellan regionerna.

Fler tränings- och utbildningstillfällen innebär en ökad tidsåtgång för fysioterapeuter och arbetsterapeuter med lämplig utbildning. Det kan också behövas fler träningslokaler, så att restiderna minskar för patienterna. Fysioterapeuterna kan minska sin tidsåtgång genom att erbjuda den handledda fysiska träningen till grupper med 6–10 patienter. På samma sätt kan patientutbildningen med fördel ske i grupp. Hälso- och sjukvårdens kostnader för personal och lokaler kan dock ändå komma att öka betydligt i många regioner. I vissa regioner behövs också fler fysioterapeuter och arbetsterapeuter med lämplig utbildning, och färdigheter att leda gruppträning respektive utbildning.

Vidare är det viktigt att patienterna har tillgång till behandling så länge det behövs. I vissa regioner behövs därför mer av den behandling som tar vid efter patienternas första handledda fysiska träning. Regionerna behöver då skapa en struktur och rutiner för att samverka långsiktigt med aktörer i civilsamhället, patientorganisationer och personal på träningsanläggningar i kommunerna.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området. Med den mäter vi

- hur stor andel av personerna med artros i knä eller höft som får patientutbildning och handledd fysisk träning – en hög andel eftersträvas (indikator A1).

Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram indikatorer för att mäta patientrapporterad livskvalitet och smärta vid artros i knä eller höft (indikator A2–A3).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Läkemedelsbehandling och annan smärtlindring

Det finns inga läkemedel som påverkar sjukdomsprocessen vid artros. Däremot finns läkemedel som kan lindra smärtan och därmed öka funktionen. De vanligaste läkemedlen för smärtlindring vid artros är så kallade cox-hämmare (till exempel ibuprofen) och paracetamol.

En relativt ny internationellt använd behandling vid knäartros är så kallad PRP-behandling (platelet rich plasma). Patienten får då koncentrat av sina egna vita blodkroppar och blodplättar injicerat i knät, vilket anses kunna stimulera läkningen, men resultaten är motstridiga. Vidare kan kortison lindra smärta kortvarigt när det injiceras i en led med artros, genom att dämpa inflammation. Upprepade kortisoninjektioner bryter dock ner biologisk vävnad som ben, brosk och senor. Även opioider förändrar smärtupplevelsen, men har inte bättre effekt än cox-hämmare, samtidigt som biverkningarna är allvarliga. Opioider är till exempel starkt beroendeframkallande och ökar risken för fall [21]. Det är därför viktigt att noggrant

väga risken mot nyttan med både PRP-behandling, kortisoninjektioner och opioider.

Ibland används också andra former av smärtlindring:

- akupunktur – smärtbehandling med nålar genom huden
- TENS – smärtbehandling med elektrisk stimulering, via elektrodplattor på huden
- ortos – en avtagbar skena som stödjer den drabbade kroppsdel
- manuell terapi – en behandlingsteknik där ledmobilisering eller ledmanipulation ingår.

Både läkemedelsbehandling och smärtlindring som TENS och akupunktur anses i första hand vara ett komplement i vissa fall till grundbehandlingen vid artros, med patientutbildning, fysisk träning och viktminskning.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – läkemedelsbehandling och annan smärtlindring

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A3:6	artros i knä eller höft	cox-hämmare	5
A3:9	artros i knä	cox-hämmare topikalt	6
A3:10		injektion av kortison i leden	7
A3:7	artros i knä eller höft	paracetamol	7
A3:8		opioider	9
A3:0	artros i knä	akupunktur med eller utan elstimulering	9
A3:2		TENS	9
A3:5		ortos	10
Id	Endast inom ramen för forskning och utveckling: Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A3:13	artros i knä eller höft	PRP-behandling	FoU
Id	Erbjud <u>inte</u> personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A3:1	artros i höft	akupunktur med eller utan elstimulering	icke-göra
A3:3	artros i knä eller höft	manuell terapi som enskild behandling	icke-göra
A3:12		injektion av hyaluronsyra i leden	icke-göra

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan Tillstånds- och åtgärdslista.

Så har vi prioriterat

Det finns inga högt prioriterade åtgärder inom området läkemedelsbehandling och annan smärtlindring, eftersom de flesta av åtgärderna endast har en liten till måttlig och kortvarig effekt på smärta vid artros. De låga prioritetssiffrorna för läkemedelsbehandling beror också på risken för allvarliga biverkningar, särskilt av opioider.



För PRP-behandling är det vetenskapliga underlaget otillräckligt, men studier pågår. PRP-behandling bör därför endast erbjudas inom ramen för forskning och utveckling.

Flera av åtgärderna bör inte erbjudas alls:

- Akupunktur vid artros i höften har en osäker effekt, och det finns mer effektiva åtgärder.
- Det saknas tillräcklig kunskap om effekten av manuell terapi som enskild behandling, och det finns mer effektiva åtgärder.
- Injektion av hyaluronsyra i leden ger en större risk än nytta för patienten.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna väntas inte få några större ekonomiska konsekvenser för hälso- och sjukvården. De tre åtgärder som bör avvecklas helt är redan nu ovanliga vid de aktuella hälsotillstånden, och avvecklingen bör fortsätta.

Kirurgi

Kirurgi kan vara aktuellt för patienter med mycket svåra artrosbesvär, som inte fått tillräcklig effekt av grundbehandlingen och tilläggsbehandlingen. Vanligast är ledproteskirurgi, då patienterna får nya leddelar av metall och plast i knäna eller höfterna. Socialstyrelsen tar dock inte ställning till ledproteskirurgi i dessa riktlinjer.

En annan åtgärd är artroskopisk kirurgi, en form av titthålsoperation. Operationen lindrar dock inte smärta vid artros och degenerativa ledförändringar mer effektivt än placebokirurgi eller fysisk träning. Degenerativa ledförändringar i knän kan bland annat finnas i form av meniskskador, och i höfterna handlar det om skador på den ring av brosk (labrum) som finns i leden.

Knäartros behandlas i sällsynta fall också med broskcellstransplantation. Då tillförs celler i knäleden, i ett försök att nytt brosk ska bildas.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – kirurgi

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A4:1	misstänkt degenerativt tillstånd i höft (till exempel labrumskada) med eller utan artros i höft	artroskopisk kirurgi	10
Id	Erbjud <u>inte</u> personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
A4:0	artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä	artroskopisk kirurgi	icke-göra
A4:2	artros i knä	broskcellstransplantation	icke-göra

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Socialstyrelsen har inte tagit ställning till den vanligaste kirurgiska behandlingen, ledproteskirurgi.¹⁵ Av de kirurgiska behandlingar som ingår i riktlinjerna, är ingen högt prioriterad.

Artroskopisk kirurgi har endast en liten eller obetydlig effekt jämfört med alternativa åtgärder med färre biverkningar, vid misstänkt degenerativt tillstånd i höft med eller utan artros. Åtgärden har därför fått en låg prioritet.

Vidare bör två av åtgärderna inom området inte erbjudas alls:

- Artroskopisk kirurgi har inte en kliniskt relevant bättre effekt på smärta i knä än annan behandling med färre biverkningar, vid artros i knä eller misstänkt degenerativ meniskskada. Det finns också en risk för allvarliga biverkningar. Dessutom är åtgärden dyr.
- Det saknas tillräcklig kunskap om effekten av broskcellstransplantation vid artros i knä, och det är inte sannolikt att pågående eller planerade studier kan visa någon effekt.

Så påverkas hälso- och sjukvården

Det är osäkert hur många artroskopiska operationer som skulle kunna undvikas om Socialstyrelsens rekommendation följs, och vad dessa operationer kostar. Osäkerheten beror bland annat på att olika regioner och vårdgivare rapporterar, använder koder och fastställer priser olika.

År 2018 uppskattas en artroskopisk operation ha utförts vid minst 7 400 vårdtillfällen, och mer sannolikt 7 700 vårdtillfällen, för smärta och misstanke om artros i knät eller degenerativa brosk- och meniskskador.¹⁶ Samma antal operationer 2020 skulle kosta hälso- och sjukvården mellan 148 miljoner och 154 miljoner kronor.¹⁷ Hälso- och sjukvården skulle alltså kunna spara stora belopp varje år på att till stora delar avveckla den artroskopiska kirurgin vid artros i knät eller misstänkt degenerativ meniskskada, utan att påverka patienternas hälsa eller livskvalitet.

Kostnaderna för artroskopierna 2018 gällde patienter över 35 år som opererats i den öppna vården. Artroskopisk kirurgi för yngre personer eller i den slutna vården ingick inte. Därmed är besparingsmöjligheterna troligen ännu större. Vidare erbjuder privata vårdföretag fortfarande artroskopisk kirurgi, men den betalas av patienterna själva och belastar inte hälso- och sjukvårdens budgetar.

Åtgärden broskcellstransplantation, som Socialstyrelsen också rekommenderar hälso- och sjukvården att undvika, erbjuds sällan i dag. Resursåtgången påverkas därmed mycket lite av rekommendationen.



¹⁵ Ledproteskirurgi vid artros i knä och höft är anmält till SBU, som en så kallad kunskapslucka.

¹⁶ Antalet vårdtillfällen är uppskattade utifrån operationsåtgärder och huvuddiagnoser i patientregistret. Det lägre antalet inkluderar enbart diagnoser som har samband med knäsmärta och artros eller degenerativa förändringar i brosk och menisk, medan det högre antalet endast utesluter operationer med diagnoser som tyder på trauma eller resttillstånd. Antalet vårdtillfällen är rensat från uppgifter som troligen har rapporterats två gånger till patientregistret.

¹⁷ Kostnaderna är beräknade utifrån Socialstyrelsens DRG-vikter för 2020: relativa mått på vård- och behandlingskostnaden för operationer, för en genomsnittspatient i en grupp med likartade hälsotillstånd och resursbehov.



Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram en indikator för att följa upp området. Med den mäter vi

- antalet artroskopier i knäleder för personer som antingen har artros eller ett degenerativt tillstånd i knät, med eller utan artros, per 100 000 invånare från 35 år – ett lågt antal eftersträvas (indikator A7).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Osteoporos

Diagnostik och utredning

Den som löper stor risk att få en benskörhetsfraktur kan behöva behandling mot osteoporos. För att utreda denna risk väger läkaren ihop olika riskfaktorer. Risken ökar till exempel om patienten

- har hög ålder
- är kvinna
- har haft benskörhetsfrakturer tidigare
- röker
- har vissa sjukdomar och behandlingar.

Eventuellt får patienten gå igenom en bentäthetsmätning – först då går det att ställa diagnosen osteoporos, eller osteopeni som innebär en mindre avvikelse i bentäthet, enligt Världshälsoorganisationens (WHO:s) definition. Det är viktigt att bedöma hälsotillståndet grundligt i utredningen, för att kunna anpassa åtgärderna och välja behandling. Den sammantagna risken för benskörhetsfrakturer är då mer avgörande än den faktiska bentätheten.

Risken för benskörhetsfrakturer kan bedömas med stöd av en riskkalkylator, till exempel FRAX (Fracture risk assessment tool). För att mäta bentätheten i olika delar av skelettet kan man göra en så kallad DXA-undersökning, som är en typ av röntgenundersökning. Det är vanligt att mäta bentätheten i ländryggen och höfterna, så kallad central DXA-undersökning. Många DXA-apparater ger också möjlighet att avbilda patientens ryggkotor från sidan, och därmed diagnostisera de flesta benskörhetsfrakturer i ryggen (kotkompressioner), med hjälp av en så kallad VFA-undersökning.

Patienter som har haft en benskörhetsfraktur bör tas omhand på ett strukturerat sätt för att minska risken för nya frakturer, enligt en så kallad frakturkedja. I frakturkedjan ingår att identifiera aktuella patienter, värdera risken för nya frakturer, utreda sjukdomen (till exempel med bentäthetsmätning) och behandla. En frakturkoordinator är central för att samordna processen. Hen är vanligen placerad på en specialistmottagning för patienter med frakturer eller osteoporos.

Även personer med planerad eller pågående systemisk kortisonbehandling behöver utredas systematiskt och få sin risk för benskörhetsfrakturer värderad, eftersom kortisonbehandlingen ökar den risken.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – diagnostik och utredning

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
O1:5	benskörhetsfraktur	systematisk riskvärdering, utredning och behandling (frakturkedja med koordinatörer)	1
O1:6	planerad eller pågående systemisk kortisonbehandling	systematisk riskvärdering och utredning för osteoporos eller benskörhetsfraktur	2
O1:0	<ul style="list-style-type: none"> • misstänkt osteoporos eller • hög frakturrisik 	beräkning av risk för benskörhetsfrakturer enligt FRAX	2
O1:2	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	bentäthetsmätning med central DXA-undersökning, inklusive VFA-undersökning	2
O1:1		bentäthetsmätning med central DXA-undersökning	3

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan Tillstånds- och åtgärdslista.

Så har vi prioriterat



Alla åtgärder inom området är högt prioriterade, bland annat eftersom de kan ge fler patienter tillgång till frakturförebyggande behandling, vilket ofta är effektivt. Benskörhetsfraktur är också ett hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad.

Bentäthetsmätning med central DXA-undersökning, inklusive VFA-undersökning, gör det dessutom möjligt att upptäcka kotfrakturer. Även patienter med extra stor risk för ytterligare kotfrakturer kan upptäckas. Denna åtgärd har därför fått en högre prioritet än samma åtgärd utan VFA-undersökning.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Det behövs särskilda enheter i den öppna specialiserade vården eller i den nära vården, såsom primärvården, för att alla som redan har haft en benskörhetsfraktur ska få systematisk riskvärdering, utredning och behandling (enligt en frakturkedja). Sannolikt krävs mer resurser för detta i de flesta regioner, även om förekomsten av etablerade frakturkedjor varierar. De ökade kostnaderna vägs dock åtminstone delvis upp av minskade kostnader för framtida benskörhetsfrakturer. Dessutom får de patienter som inte drabbas av nya frakturer bättre hälsa och livskvalitet. I dag är det fortfarande vanligt att få en ny fraktur inom fem år.

Regionernas ersättningsmodeller kan dock påverka hur väl frakturkedjan genomförs: Om bentäthetsmätningar med DXA-undersökning och läkemedel finansieras centralt, så ökar möjligheterna att erbjuda lämpliga utredningar och behandlingar i den nära vården.

Systematisk riskvärdering och utredning är även högt prioriterat för personer med planerad eller pågående systemisk kortisonbehandling. En riskvärdering med riskkalkylatorn FRAX tar endast några minuter. En DXA-undersökning kostar däremot cirka 900 kronor¹⁸, och röntgenbilden behöver granskas av en specialitläkare. Tillgången på sådana specialitläkare är

¹⁸ Enligt Södra sjukvårdsregionens prislista hösten 2019.

begränsad i vissa regioner, så en kompetensförstärkning kan behövas. När DXA-undersökningen ska kompletteras med en VFA-undersökning, krävs ytterligare resurser i form av undersökningstid, material och läkartid.

Exempel på resursåtgång för en frakturkedja: I Region Stockholm krävdes 0,75 läkartjänster och 2 tjänster med särskilt utbildade sjuksköterskor för att erbjuda 400 nybesök och 300 återbesök under ett verksamhetsår. Här ingick 900 DXA-undersökningar och 200 infusioner av bisfosfonater (vanliga så kallade antiresorptiva läkemedel vid osteoporos). Kostnaderna per år blev då, exklusive läkemedelskostnaderna,

- cirka 2,5 miljoner kronor för personalen
- cirka 800 000 kronor för bentäthetsmätningarna (892 kronor per DXA-undersökning¹⁹).

Så utvärderar vi vården

Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att följa upp området. Med dem mäter vi

- hur stor andel av de personer som vårdats i öppen eller slutna specialiserad vård för benskörhetsfraktur, som bedöms av en frakturkoordinator – en hög andel eftersträvas (indikator O6)
- hur stor andel av de osteoporosmottagningar och röntgenkliniker som gör bentäthetsmätningar med DXA, som använder VFA-undersökning – en hög andel eftersträvas (indikator O7).



Fler indikatorer som är relevanta för området: Vi har också tagit fram en indikator för att mäta antalet nya frakturer inom 3 år efter en benskörhetsfraktur (indikator O3). Denna indikator speglar flera av rekommendationerna om frakturprevention åtgärder.

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

Fysisk träning och patientutbildning

Det är nödvändigt att personer med en förhöjd frakturrisik tränar fysiskt, för att bygga upp och bevara benvävnaden och musklerna. Det kan med fördel vara individanpassad träning som belastar skelettet, till exempel styrketräning och jogging. Äldre personer kan också förbättra balansen och rörelseförmågan med fysisk träning, för att minska fallrisken och därmed risken för frakturer.

Patientutbildning stärker vidare patientens rätt och förmåga att påverka sin egen vård och behandling. Ett exempel är osteoporosskola, som syftar till att öka patientens kunskap om sjukdomen, minska risken för benskörhetsfrakturer och uppmuntra till fysisk träning.

➔ **Läs mer** om att förebygga fall i kapitlet *Kompletterande kunskapsstöd*.

¹⁹ Enligt Södra sjukvårdsregionens prislista hösten 2019.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – fysisk träning och patientutbildning

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
O2:3	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	fysisk träning	3
O2:1		patientutbildning	4

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.



Så har vi prioriterat

Fysisk träning minskar risken för fall och benskörhetsfrakturer hos personer med en förhöjd frakturrisik. Träningen ökar rörligheten, balansen och muskelstyrkan. Åtgärden har därför fått en hög prioritet.

Även patientutbildning minskar risken för allvarliga benskörhetsfrakturer, och ökar livskvaliteten för personer med en förhöjd frakturrisik. Det vetenskapliga underlaget är dock inte lika starkt som för fysisk träning, och åtgärden har därför fått en lite lägre prioritet.



Så påverkas hälso- och sjukvården

Rekommendationerna påverkar troligen inte hälso- och sjukvårdens ekonomi och organisation i någon större utsträckning, i de flesta regioner. Det finns dock stora skillnader i regionernas satsningar på fysisk träning och patientutbildning. De regioner som i dag har avsatt lite resurser, behöver avsätta mer.

Läkemedelsbehandling och övriga åtgärder

Personer med osteoporos, eller det tidigare stadiet osteopeni, har mindre tät benvävnad och ett svagare skelett. Läkemedelsbehandling kan stärka skelettet och därmed förhindra benskörhetsfrakturer, hos personer med en förhöjd frakturrisik.

De flesta så kallade bensspecifika läkemedel påverkar skelettet genom att hämma kroppens bennedbrytande celler (antiresorptiva läkemedel), medan andra hjälper kroppen att bilda ny benvävnad (teriparatid).

För att ämnesomsättningen i skelettet ska fungera optimalt, krävs tillräckliga nivåer av D-vitamin och kalcium. Risken för D-vitaminbrist och kalciumbrist är större hos äldre personer. Särskilt stor är risken för dem som inte får tillräckligt med solljus, till exempel för att de inte vistas utomhus eller för att de har heltäckande kläder. Sol är viktigt för att bilda D-vitamin, som i sin tur hjälper kroppen att ta upp kalcium. Vissa personer kan därför behöva tillskott av kalcium och D-vitamin – men de flesta med osteoporos behöver inte denna behandling.

Ibland används höftskydd för att minska risken för höftfrakturer vid fall, men oftast utan tydlig effekt. Höftskyddet är vanligen en byxa i ett stöt-dämpande material.

Rekommendationer till hälso- och sjukvården – läkemedelsbehandling och övriga åtgärder

Id	Erbjud personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
O3:1	benskörhetsfraktur i rygg eller höft	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	2
O3:2	<ul style="list-style-type: none"> • multipla benskörhetsfrakturer i rygg • uttalat låg bentäthet 	benspecifika läkemedel: teriparatid	2
O3:5	systemisk kortisonbehandling – gäller personer som är <ul style="list-style-type: none"> • kvinnor i postmenopausal ålder eller • äldre män 	benspecifika läkemedel	4
O3:12	<ul style="list-style-type: none"> • benskörhetsfraktur • uttalat låg bentäthet – gäller kvinnor i postmenopausal ålder	benspecifika läkemedel: romosozumab	4
O3:0	<ul style="list-style-type: none"> • låg bentäthet • förhöjd frakturrisik på grund av andra riskfaktorer än tidigare benskörhetsfrakturer eller systemisk kortisonbehandling 	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	6
O3:4	<ul style="list-style-type: none"> • förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning • brist på kalcium och D-vitamin – personer som sällan vistas utomhus 	kalcium och D-vitamin	7
O3:11	osteopeni	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	7
O3:10	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	höftskydd	10
Id	Erbjud <u>inte</u> personer med ...	åtgärden ...	Prioritet
O3:3	<ul style="list-style-type: none"> • förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning, utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin • ingen pågående behandling med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel mot osteoporos 	kalcium och D-vitamin	icke-göra

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Så har vi prioriterat

Åtgärderna med högst prioritet gäller hälsotillstånd med en stor till mycket stor svårighetsgrad. Antiresorptiva läkemedel har en stor effekt vid benskörhetsfraktur i ryggen eller höften, liksom teriparatid vid multipla benskörhetsfrakturer i ryggen och uttalat låg bentäthet. Åtgärderna har dessutom få biverkningar i förhållande till nyttan, vilket har påverkat prioriteringen.

Antiresorptiva läkemedel är däremot mindre effektiva när den förhöjda frakturrisiken inte beror på tidigare benskörhetsfrakturer eller på systemisk kortisonbehandling. Läkemedlen har därför fått en relativt låg prioritet i dessa fall. Frakturrisiken varierar dock inom patientgruppen.

Höftskydd har vidare liten eller ingen effekt för att förebygga benskörhetsfrakturer, och många patienter som ordinerats höftskydd använder det inte. Åtgärden har därför fått en låg prioritet.



En av åtgärderna inom området bör inte erbjudas alls: Kalcium och D-vitamin har ingen effekt på benhälsan hos personer som inte samtidigt har en brist på dessa ämnen.

Så påverkas hälso- och sjukvården



Hälso- och sjukvården behöver sannolikt avsätta mer resurser för läkemedelsbehandling av de patienter som löper allra störst risk för benskörhetsfrakturer.

Det finns en enkel och billig beredningsform för de antiresorptiva läkemedel som rekommenderas för patienter med en tidigare benskörhetsfraktur i ryggen eller höften: en veckotablett alendronat som kostar cirka 400 kronor per år.²⁰ Många patienter avslutar dock behandlingen alltför tidigt, upp till hälften efter endast ett år [22]. I stället förordas ofta numera ett annat läkemedel i samma grupp, zoledronsyra, som ges som dropp av personal på en mottagning en gång per år. Detta kräver mer personaltid. Ett alternativ till zoledronsyra är denosumab, som kräver något mindre personaltid. Denosumab ges som injektion under huden två gånger per år.

Vidare behövs resurser för att behandla patienter som tidigare haft multipla benskörhetsfrakturer i ryggen och uttalat låg bentäthet med teriparatid. Patienterna tar själva en spruta med läkemedlet varje dag, och läkemedelspriset är cirka 20 000–45 000 kronor per patient och år.²¹ Priset förväntas dock sjunka de närmaste åren.

Patienter som haft multipla benskörhetsfrakturer i ryggen är ofta kvinnor i postmenopausal ålder. För dessa patienter kan även romosozumab vara ett alternativ, men det har ett högre läkemedelspris än teriparatid. Romosozumab kostar cirka 70 000 kronor per patient och år,²² och tas på samma sätt som teriparatid.

Samtidigt kan hälso- och sjukvården frigöra viss personaltid när förskrivningen av kalcium och D-vitamin avtar. Läkemedelskostnaderna påverkas däremot inte nämnvärt, eftersom dessa läkemedel har låga priser.

Så utvärderar vi vården



Socialstyrelsen har tagit fram två indikatorer för att följa upp området. Med dem mäter vi

- hur stor andel av personerna från 50 år som behandlas med bensspecifika läkemedel efter en första benskörhetsfraktur – en hög andel eftersträvas (indikator O5)
- hur stor andel av personerna mellan 50 och 69 år som behandlas med kalcium och D-vitamin efter en första benskörhetsfraktur, utan samtidig eller tidigare behandling med bensspecifika läkemedel – en låg andel eftersträvas (indikator O8).

➔ **Läs mer** i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar*.

²⁰ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser december 2020. Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén.

²¹ Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser december 2020. Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén. TLV har också begränsat subventionen av teriparatid till 18 månader, och läkemedlet ska endast användas i 24 månader enligt Läkemedelsverkets godkännande.

²² Enligt TLV:s fastställda läkemedelspriser december 2020. Årskostnaden är beräknad utifrån doseringen i produktresumén. Romosozumab ska endast användas i 12 månader enligt Läkemedelsverkets godkännande.

Att implementera de nationella riktlinjerna – för en jämlik vård

I det här kapitlet får du som beslutsfattare vägledning inför arbetet med att implementera de nationella riktlinjerna i en verksamhet. Det handlar om att

- införa nya behandlingar och metoder, och få dem att användas varaktigt på rätt sätt
- utmönstra behandlingar och metoder som inte har tillräcklig effekt, eller till och med är skadliga.

En utmaning i arbetet är alltid att prioritera etiskt mellan olika åtgärder och patientgrupper.

➔ **Läs mer** i Socialstyrelsens broschyr *Om implementering* [23] och i rapporten *Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder* från Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi [24].

Att implementera effektivt

Forskning visar att implementering kan ske planerat och framgångsrikt, även om det kan uppfattas som svårt att få personal att arbeta på nya sätt [23]. Här följer några viktiga steg i processen.

Analysera verksamheten

Analysera din verksamhet kritiskt, med utgångspunkt i de nationella riktlinjerna:

- Vad gör vi i dag? Vilka åtgärder erbjuder vi, och vilka saknas?
- Vad vet vi om effekten av de åtgärder vi erbjuder i dag? Finns det åtgärder som behöver ersättas av andra, med bättre effekt, färre biverkningar eller lägre kostnader? Finns det åtgärder som kan vara skadliga?
- Hur ofta utför vi ineffektiva eller skadliga åtgärder?
- Vilka patientgrupper ligger längst från det önskade läget?
- Vilka åtgärder är viktigast att införa eller utmönstra snabbt?
- Vad vill vi förebygga? Exempel: Att patientgrupper som kan tas om hand i primärvården kommer till akuten.
- Vad lägger personalen mest tid på?
- Vad kan underlätta arbetet med att implementera riktlinjerna? Vad kan hindra det?

Sätt mål

Sätt upp tydliga och mätbara mål. Målen ska leda till att patienterna med störst behov får företräde till vården, och till att vården blir så effektiv som möjligt.

Arbetet kan till exempel leda till att ni i verksamheten

- tar fram beslutsstöd för hur personalen ska prioritera mellan åtgärder och patientgrupper i det dagliga vårdarbetet
- kvalitetssäkrar verksamhetens utbud
- inför nya åtgärder eller behovsgrupper
- utmönstrar åtgärder
- omfördelar resurser
- ransonerar vissa åtgärder, på grund av brist på resurser.

Motivera personalen

En viktig framgångsfaktor för implementering är att personalen förstår nyttan med att arbeta på nya sätt och vill ta till sig förändringen. Ni behöver därför bli eniga om målen och arbetssätten i verksamheten. Du kan till exempel behöva

- diskutera med personalen vilka principer som gäller för prioritering, så att alla utgår från samma grund (se avsnittet *Etiska principer för prioritering*)
- argumentera för vad som är viktigast utifrån de etiska principerna
- förtydliga hur principerna är till hjälp för personalen – ”Om alla hjälps åt att prioritera ner lindrigare hälsotillstånd, eller hänvisa till en annan vårdnivå, så blir arbetet lättare.”

Det är också viktigt att förankra behovet av förändring i andra delar av organisationen än den direkt berörda.

Säkra nödvändiga resurser

Se till att du har de resurser som krävs för förändringen. Personal kan till exempel behöva rekryteras eller utbildas, och det kan behövas nya lokaler, nytt material och tid för nya aktiviteter. Samtidigt kan ni spara resurser genom att utmönstra ineffektiva åtgärder.

Få de nya arbetssätten att användas

Personal kan känna sig obekvämt och osäker på ett nytt arbetssätt, och anpassa det i stället för att arbeta som det är tänkt. För att förebygga detta kan du erbjuda personalen löpande handledning i det nya arbetssättet, inom ramen för den ordinarie verksamheten.

På samma sätt kan det vara svårt att få personal att sluta använda en viss metod. Både organisationen och invanda handlingsmönster kan behöva förändras. Om du har klart för dig vilken nytta det gör att utmönstra en viss metod, kan du använda den analysen för att motivera personalen.

Håll liv i de nya arbetssätten

Man kan säga att ett nytt arbetssätt är implementerat när mer än hälften av personalen använder det. För att nå detta behöver du hela tiden följa upp arbetet, och hitta ett strukturerat sätt att hantera de problem som uppstår. Du behöver både följa upp att nya metoder används rätt och att utmönstrade metoder inte börjar användas igen.

Exempel på risker och svåra frågor

Här följer några exempel på risker och svåra frågor i arbetet med att prioritera och implementera de nationella riktlinjerna. Vi har hämtat exemplen från diskussioner med användare av riktlinjerna.

Svårt att prioritera mellan riktlinjer

Socialstyrelsens olika nationella riktlinjer publiceras vid olika tidpunkter, och kan vara svåra att värdera mot varandra. Det är därför riskabelt att tänka: ”Vi implementerar alla åtgärder med prioritet 1–3 från alla riktlinjer.” I stället behöver du analysera vilka patientgrupper som ligger längst från det önskade läget i din verksamhet, och fördela mer resurser till dem.

Vissa sjukdomar har lägre status än andra – till exempel osteoporos

Som beslutsfattare behöver du vara medveten om de inbyggda obalanserna eller ojämlikheterna i hälso- och sjukvårdens system – och kompensera för dem när nya behandlingar och metoder ska implementeras.

Forskning har till exempel synliggjort statusordningar för sjukdomar och medicinska specialiteter [25, 26]. Statusordningarna påverkar det informella prioriteringssystemet i hälso- och sjukvården. Neurokirurgi och hjärtmedicin har till exempel hög status, medan äldrevård och psykiatri har låg. Statusen blir högre när sjukdomen är akut, har en dramatisk eller högteknologisk behandling och drabbar män eller behandlas av män.

Du som ska implementera dessa nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, bör tänka på att osteoporos är en typisk lågstatussjukdom. Det beror bland annat på att sjukdomen i första hand drabbar äldre kvinnor. Följden är att det finns mindre forskning på området än på andra områden inom dessa riktlinjer, vilket också gör det svårare att avgöra hur åtgärderna ska prioriteras.

Teknik implementeras oftare än kompetens

Det finns en tendens att verksamheter implementerar nya metoder som bygger på teknik i högre utsträckning än metoder som är komplexa och snarare bygger på mänsklig kompetens. På samma sätt kan tekniska metoder fortsätta att användas även sedan nya, bättre metoder har kommit. Det kan bero på att tekniken oftare har starka förespråkare [25]. Som beslutsfattare behöver du kompensera även för den här typen av obalanser.

Svårt att värdera risker mot faktisk sjukdom

Rekommendationer om förebyggande åtgärder och till exempel levnadsvanor får ofta stå tillbaka för rekommendationer som gäller redan sjukdomsdrabbade personer. Samtidigt finns det mycket att vinna på både förebyggande och tidiga insatser, så det är inte resurseffektivt att vänta tills människor blir allvarligt sjuka och då prioritera dem högt.

Enligt de etiska principerna för prioritering nedan ses risk för sjukdom som mindre allvarligt än faktisk sjukdom. Åtgärder som riktar sig till

risktillstånd har därmed oftast något lägre prioritet i de nationella riktlinjerna än åtgärder för att behandla själva sjukdomen. Detta är en svår och omdiskuterad etisk fråga.

Etiska principer för prioritering

Ditt praktiska implementeringsarbete behöver ytterst utgå från en etisk plattform, som har beslutats av riksdagen (prop. 1996/97:60). Den etiska plattformen har i sin tur konkretiserats i en nationell modell för öppna prioriteringar i hälso- och sjukvården [1]. Detta är samma etiska plattform som Socialstyrelsen utgår från, när vi ger rekommendationer med olika prioritet – och när vi väljer vilka områden som över huvud taget ska bli föremål för nationella riktlinjer.

Det handlar om att följa tre principer för prioritering:

- **Människovärdesprincipen:** Vården ska erbjudas på lika villkor till alla, oavsett sådant som personliga egenskaper, bostadsort, ålder, kön, religion med mera.
- **Behovs- och solidaritetsprincipen:** De som behöver vården mest ska få företräde – patienterna med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.
- **Kostnadseffektivitetsprincipen:** Det ska finnas en rimlig relation mellan kostnaden och effekten av en behandling. Om till exempel två behandlingar har samma effekt så bör man välja den som kostar mindre.

Alla beslutsfattande nivåer har ett gemensamt ansvar för att fördela resurser enligt de tre principerna för prioritering. Principerna uttrycks även i 3 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). De ska bland annat bidra till en jämlik vård.

Hälsan och vården i Sverige är dock ännu inte jämlik [27]. Det finns flera skillnader mellan olika grupper i dödlighet, vård och behandling [28]. Socialstyrelsens nationella riktlinjer är ett verktyg för att minska sådana skillnader.

- **Läs mer:** Nationellt prioriteringscentrum ger stöd i arbetet med övergripande principer för prioriteringar – se www.liu.se/forskning/prioriteringscentrum.

Kompletterande kunskapsstöd

Du som planerar och beslutar om vården vid rörelseorganens sjukdomar behöver ta hänsyn till riktlinjer och stödmaterial som kompletterar dessa nationella riktlinjer. Detta för att patienterna ska få den vård de behöver på ett välorganiserat sätt, till exempel när det gäller vanliga samtidiga sjukdomar. I det här kapitlet hänvisar vi till sådant material.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård tar fram så kallade personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för flera sjukdomsområden, enligt en överenskommelse med staten. Även vårdförloppen riktar sig till dig som beslutar om vården. De fokuserar mer på patientens resa genom vården än vad Socialstyrelsens nationella riktlinjer gör, och beskriver i vilken ordning de aktuella åtgärderna ska genomföras. Till skillnad från de nationella riktlinjerna beskriver vårdförloppen också vad patienten kan göra i förloppets olika steg, till exempel söka vård från en fysioterapeut, och vara med och ta fram en behandlingsplan.

I dag finns vårdförlopp för höftartros, reumatoid artrit och osteoporos, som till stor del utgår från de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Ett mål är att fler patienter ska få rätt vård i rätt tid. Med hjälp av vårdförloppen kan hälso- och sjukvården öka förutsättningarna ytterligare för en mer jämlik och effektiv vård.

➔ **Läs mer** på www.kunskapsstyrningvard.se.

Riktlinjer för att förebygga sjukdomar

Ohälsosamma levnadsvanor är en viktig orsak till sjukdomar i rörelseorganen. De verksamheter som möter patienterna kan därför behöva stödja dem att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen ger rekommendationer om metoder för detta.

➔ **Läs mer:** *Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor* [29].

Riktlinjer för samtidiga sjukdomar

Personer med sjukdomar i rörelseorganen har ofta andra sjukdomar samtidigt. Detta kan komplicera utredningen, behandlingen och rehabiliteringen. Olika vårdområden kan behöva samverka, och använda gemensamma kompetenser och resurser.

Personer med psoriasisartrit har till exempel alltid samtidigt hudsjukdomen psoriasis, och kan behöva behandling för både ledbesvär och hudbesvär. På

samma sätt bör patienter med psoriasis utredas för psoriasisartropati (som kan leda till psoriasisartrit) om de får ledbesvär. Ett annat exempel är att personer med KOL löper ökad risk för osteoporos. Socialstyrelsen rekommenderar därför att patienter med KOL utreds för osteoporos.

→ **Läs mer:**

- *Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis* [30]
- *Nationella riktlinjer för astma och KOL* [31].

Vägledning vid sjukskrivning

Socialstyrelsen har ett försäkringsmedicinskt beslutsstöd för rörelseorganens sjukdomar. Beslutsstödet ska främst vägleda läkare i hälso- och sjukvården och utredare på Försäkringskassan, när de bedömer individers behov av sjukskrivning. Beslutsstödet består av två delar: dels övergripande principer som beskriver de olika rollerna i sjukskrivningsprocessen och sjukskrivning generellt, dels vägledning om sjukskrivning vid de aktuella diagnoserna, där man ska göra en individuell bedömning i varje enskilt fall.

- **Läs mer** om beslutsstödet på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Riktlinjer och råd för att förebygga fall

Personer med osteoporos löper större risk än andra att bryta ben om de ramlar. Socialstyrelsen har en webbsida om fallolyckor, med samlad information om att förebygga fall. Även Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har samlat ett antal förslag för att minska fall hos äldre.

Denna information kompletteras av Livsmedelsverkets råd om bra mat för ett hälsosamt åldrande. Livsmedelsverket ger bland annat råd om tillskott av D-vitamin för personer över 75 år. En stor del av dessa personer har sannolikt osteoporos, eftersom risken för låg bentäthet ökar kraftigt med åldern. Socialstyrelsens nationella riktlinjer och Livsmedelsverkets råd skiljer sig dock till viss del, på grund av olika syfte och mottagare. Livsmedelsverket ger allmänna råd till stora grupper i befolkningen, medan Socialstyrelsens rekommendationer enbart gäller vården vid osteoporos.

→ **Läs mer** om att

- minska risken för fallskador på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/fallolyckor, och i SKR:s rapport *Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre* [32]
- ge tillskott av D-vitamin i Livsmedelsverkets rapport *Råd för att främja hälsosamma matvanor och förebygga fall hos äldre kvinnor och män* [33].

Rekommendationer om läkemedelsbehandling

Läkemedelsverket ger behandlingsrekommendationer till dig som är förskrivande läkare om hur läkemedel bör användas i den kliniska vardagen. Läkemedelsverket ger bland annat behandlingsrekommendationer för osteoporos och psoriasisartrit.

➔ **Läs mer** på Läkemedelsverkets webbplats, www.lakemedelsverket.se.

Samlat stöd för patientsäkerhet

På Socialstyrelsens webbplats finns ett samlat stöd för patientsäkerhet, som beskriver hur du som arbetar i hälso- och sjukvården kan förebygga vårdskador. Där finns också en nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet och samordning på området.

➔ **Läs mer** på Socialstyrelsens webbplats, www.patientsakerhet.socialstyrelsen.se.

Kunskapsstöd för vård av äldre

Äldre personer riskerar att inte få vård och stöd efter behov. En persons ålder ska dock inte avgöra om hen bör få en behandling eller inte. Riktlinjernas rekommendationer behöver i stället anpassas till de äldres särskilda förutsättningar, till exempel eventuell svår samsjuklighet och skörhet. Du som planerar vården vid rörelseorganens sjukdomar behöver alltså veta vilka behov som äldre med sjukdomar i rörelseorganen kan ha, och vilka vårdresurser som behöver finnas för dem.

➔ **Läs mer:** Vägledning om detta finns i bilagan *Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.

Tandvårdsstöd

Personer med sjukdomar i rörelseorganen kan ha rätt till ett särskilt tandvårdsstöd, om de behandlas med läkemedel som ökar risken för dålig tandstatus. Stödet innebär att patienterna kan få tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

➔ **Läs mer:**

- Socialstyrelsens meddelandeblad om tandvårdsstöden från 2016 [34] beskriver hur regionerna kan tillämpa bestämmelserna, enligt tandvårdslagen och tandvårdsförordningen.
- På 1177.se finns information till patienter om tandvårdsstöden.

- Socialstyrelsen har utvärderat tandvårdsstöden – se rapporten *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget från 2018* [35].

Projektorganisation

Projektledning

Gerd-Marie Alenius	områdesansvarig för axial spondylartrit och psoriasisartrit, docent, överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå
Louise von Bahr	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Anders Berg	projektledare, Socialstyrelsen
Leif Dahlberg	områdesansvarig för artros (till och med november 2018), professor, Lunds universitet
Petra Ekerot	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Lena Hansson	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Lena Jönsson	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Stefan Lohmander	adjungerad för området artros och kirurgi (från och med mars 2019), professor emeritus i ortopedi, Lunds universitet
Lillemor Nyberg	områdesansvarig för primärvård (från och med januari 2019), medicine doktor, Karolinska vårdcentral, Karlskoga
Mats Palmér	områdesansvarig för osteoporos, docent, Stockholms sjukvårdsregion
Ingemar Petersson	prioriteringsordförande, professor, forskningschef, Skånes universitetssjukhus, Lund
Ewa Roos	områdesansvarig för artros, professor, Syddansk universitet, Odense, Danmark
Fredrik Tholander	vetenskaplig projektledare, Socialstyrelsen
Carl Turesson	områdesansvarig för reumatoid artrit, universitetslektor, överläkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö

*Arbetet med det vetenskapliga underlaget
– Socialstyrelsen*

Mathilda Björk	professor i arbetsterapi, Linköpings universitet och Region Östergötland
Sofia Exarchou	doktor i medicinsk vetenskap, biträdande överläkare, reumatologiska kliniken, Helsingborgs lasarett
Carsten Juhl	universitetslektor, utbildningsansvarig för masterprogram i fysioterapi, avdelningen för Sports Science and Clinical Biomechanics, Syddansk universitet, Odense, Danmark
Johan Karlsson Wallman	docent i reumatologi, Lunds universitet, specialistläkare, sektion reumatologi, Skånes universitetssjukhus, Lund
Ingrid Larsson	filosofie doktor i hälsa och vårdvetenskap, docent i omvårdnad, leg. sjuksköterska, Akademin för hälsa och välfärd, Högskolan i Halmstad
Vilija Oke	medicine doktor, överläkare, Centrum för reumatologi, Akademiskt specialistcentrum, Stockholm
Emil Rydell	doktorand, Lunds universitet, AT-läkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö
Valgerdur Sigurdardottir	doktorand, Sahlgrenska akademien, specialistläkare, Reumatologi Dalarna, Falu lasarett, Region Dalarna
Anna Svärd	medicine doktor, överläkare, biträdande verksamhetschef, Reumatologi Dalarna, Falun
Anna Södergren	medicine doktor, specialistläkare, Reumatologiska kliniken, Region Västerbotten
Bengt Wahlin	medicine doktor, överläkare, reumatologikliniken, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

*Arbetet med det vetenskapliga underlaget
– SBU*

Sten Anttila	projektledare, SBU
Göran Bertilsson	projektledare, SBU
Agneta Brolund	informationsspecialist, SBU
Jessica Dagerhamn	projektledare, SBU
Ing-Marie Dohrn	medicine doktor, Karolinska institutet
Martin Englund	professor, Lunds universitet
Bo Freyschuss	docent, överläkare, Karolinska universitets- sjukhuset
Sara Fundell	projektadministratör, SBU
Ida K Haugen	medicine doktor, Diakonhjemmet Hospital, Oslo
Emin Hoxha Ekström	hälsoekonom, SBU
Kickan Håkanson	projektadministratör, SBU
Pia Johansson	hälsoekonom, SBU
Caroline Jungner	projektadministratör, SBU
Naama Kenan Modén	projektledare, SBU
Per Lytsy	projektledare, SBU
Frida Mowafi	projektledare, SBU
Hanna Olofsson	informationsspecialist, SBU
Rebecca Silverstein	projektledare, SBU
Carl-Olav Stiller	docent, överläkare, Karolinska universitets- sjukhuset
Maria Sääf	medicine doktor, överläkare, Karolinska universitetssjukhuset
Pernilla Östlund	projektansvarig, SBU

Prioriteringsarbetet

Kristian Axelsson	medicine doktor, Sahlgrenska akademien, läkare, ortopedkliniken, Skaraborgs sjukhus, Skövde, ordförande för terapigrupp osteoporos, Västra Götalandsregionen
Valentina Bala	medicine doktor, sjuksköterska, områdeschef, Helsingborgs lasarett, Region Skåne
Ulrika Bergsten	filosofie doktor, sjuksköterska, FoU-handledare, Region Halland
Annelie Bilberg	medicine doktor, överfysioterapeut, specialistfysioterapeut i reumatologi, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Jan Cedergren	medicine doktor, överläkare, medicinskt ledningsansvarig, reumatologkliniken, Universitetssjukhuset i Linköping
Siv Folkhammar Andersson	specialistsjukgymnast i primär hälso- och sjukvård, masterexamen i klinisk medicinsk vetenskap, sjukvårdsstrateg, Region Kalmar län, Sydöstra sjukvårdsregionen
Inger Gjertsson	adjungerad professor i reumatologi, överläkare, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Helena Gladh	Chefläkare, överläkare, Hallands sjukhus, ortopedkliniken, Region Halland
Birgitta Grahn	Docent, institutionen för kliniska vetenskaper, avdelningen för ortopedi, Lunds universitet, forskningschef, FoU Kronoberg, Region Kronoberg
Ann-Charlotte Grahn Kronhed	medicine doktor, sjukgymnast, Rehab väst, Vadstena, Region Östergötland
Gudrun Greim	medicine doktor, specialistläkare i allmänmedicin, verksamhetschef, digital vård, Närhälsan online, ämnesordförande för nationellt kliniskt kunskapsstöd rörelseorganen, Västra Götalandsregionen

Korosh Hekmat	medicine doktor, överläkare, internmedicin och reumatologi, Danderyds sjukhus
Lena Henningsson	arbetsterapeut, Rehab Söder, Länssjukhuset i Kalmar
Anna Holmberg	medicine doktor, överläkare, ortopediska kliniken, Skånes universitetssjukhus, ordförande för terapigruppen osteoporos, läkemedels-enheten, Region Skåne
Anna Janson	specialistläkare i allmänmedicin, ordförande för Läkemedelskommittén, Region Blekinge
Eva Klingberg	docent, överläkare, reumatologkliniken, Sahlgrenska universitetssjukhuset, Västra Götalandsregionen
Jon Lampa	docent, verksamhetschef, överläkare, patient-område gastro, hud och reuma, Karolinska universitetssjukhuset
Tina Norgren	Förbundsordförande för Psoriasisförbundet
Christer Norman	specialistläkare i allmänmedicin, Salems vårdcentral
Britt-Marie Nyhäll Wåhlin	medicine doktor, specialistläkare i reumatologi, överläkare, Reumatologkliniken, Falu lasarett
Tommy Olsson	andra vice ordförande för Reumatikerförbundet
Ingemar Petersson	prioriteringsordförande, professor, forsknings- chef, Skånes universitetssjukhus
Anna Ramnemark Sjöström	medicine doktor, medicincentrum, Norrlands universitetssjukhus, överläkare och enhetschef, staben för forskning och utbildning, Region Västerbotten
Milad Rizk	verksamhetschef, överläkare, reumatolog- kliniken, Västmanlands sjukhus, Västerås
Anna-Kajsa Sjöberg	specialistläkare i internmedicin och reumatologi, Västerviks sjukhus, Region Kalmar
Torgny Smedby	överläkare, reumatologenheten, Östersunds sjukhus

Sol-Britt Sundvall vice ordförande för Osteoporosförbundet

Arbetet med indikatorer

Gerd-Marie Alenius områdesansvarig för ankyloserande spondylit och psoriasisartrit, docent, överläkare, Norrlands universitetssjukhus, Umeå

Christina Broman projektledare, Socialstyrelsen

Max Köster sakkunnig, indikatorer, Socialstyrelsen

Stefan Lohmander adjungerad för området artros och kirurgi, professor, Lunds universitet

Lillemor Nyberg områdesansvarig för primärvård, medicine doktor, Karolina vårdcentral, Karlskoga

Mats Palmér områdesansvarig för osteoporos, docent, Stockholms sjukvårdsregion

Ingemar Petersson prioriteringsordförande, professor, forskningschef, Skånes universitetssjukhus, Lund

Ewa Roos områdesansvarig för artros, professor, Syddansk universitet, Odense, Danmark

Anastasia Simi utredare, Socialstyrelsen

Carl Turesson områdesansvarig för reumatoid artrit, universitetslektor, överläkare, Skånes universitetssjukhus, Malmö

Andra medverkande

Anders Bengtsson enhetschef, Socialstyrelsen

Natalia Berg informationsspecialist, Socialstyrelsen

Peter Elging informationsspecialist, Socialstyrelsen

Mattias Fredricson enhetschef, Socialstyrelsen

Tiina Laukkanen produktionsledare, Socialstyrelsen

Sofia von Malortie gruppledare, Socialstyrelsen

Cecilia Mård Sterne	informationsspecialist, Socialstyrelsen
Louise Ohlén	webbredaktör, Socialstyrelsen
Fanny Sellberg	utredare, Socialstyrelsen
Sofie Sundholm	redaktör, Socialstyrelsen
Filippa Svensson	administratör, Socialstyrelsen
Harriet Wennberg	kommunikatör, Socialstyrelsen
Magdalena Ädelroth	utredare, Socialstyrelsen

Referenser

1. Prioriteringscentrum. Nationell modell för öppna prioriteringar inom hälso- och sjukvård: ett verktyg för rangordning: Linköpings universitet, Prioriteringscentrum; 2017.
2. Att sätta mål – förslag till modell för målsättning av indikatorer i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för cancervård. Socialstyrelsen; 2012.
3. FN:s Agenda 2030. Hämtad 2020-03-04 från: <https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/>
4. Vårdtillfällesdatabasen. SKR -Sveriges kommuner och regioner; 2018.
5. Englund, M, Joud, A, Geborek, P, Felson, DT, Jacobsson, LT, Petersson, IF. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in southern Sweden 2008 and their relation to prescribed biologics. *Rheumatology (Oxford, England)*. 2010; 49(8):1563-9.
6. Hekmat, K, Jacobsson, LT, Nilsson, J-Å, Lindroth, Y, Turesson, C. Changes and sex differences in patient reported outcomes in rheumatoid factor positive RA—results from a community based study. *BMC Musculoskeletal Disorders*. 2014; 15(1):44.
7. Kallberg, H, Ding, B, Padyukov, L, Bengtsson, C, Ronnelid, J, Klareskog, L, et al. Smoking is a major preventable risk factor for rheumatoid arthritis: estimations of risks after various exposures to cigarette smoke. *Annals of the rheumatic diseases*. 2011; 70(3):508-11.
8. The prevalence of clinically diagnosed ankylosing spondylitis and its clinical manifestations: a nationwide register study. *Arthritis Research and Therapy*. 2015; (1).
9. Alinaghi, F, Calov, M, Kristensen, LE, Gladman, DD, Coates, LC, Jullien, D, et al. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*. 2019; 80(1):251-65.e19.
10. Early psoriatic arthritis: short symptom duration, male gender and preserved physical functioning at presentation predict favourable outcome at 5-year follow-up. Results from the Swedish Early Psoriatic Arthritis Register (SwePsA). *Annals of the rheumatic diseases*. 2014; (2):407.
11. Validity of diagnostic codes and prevalence of physician-diagnosed psoriasis and psoriatic arthritis in southern sweden - a population-based register study. *PLoS ONE*. 2014; (5).
12. Hubertsson, J, Petersson, IF, Thorstensson, CA, Englund, M. Risk of sick leave and disability pension in working-age women and men with knee osteoarthritis. *Annals of the rheumatic diseases*. 2013; 72(3):401-5.
13. Hawker, GA. Osteoarthritis is a serious disease. *Clinical and experimental rheumatology*. 2019; 37 Suppl 120(5):3-6.
14. Patientregistret för sluten vård och specialiserad öppen vård. Socialstyrelsen; 2018.
15. Osteoporos -prevention, diagnostik och behandling. SBU -Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2003.

16. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer - Utvärdering - Vård vid rörelseorganens sjukdomar; 2014.
17. Nationella riktlinjer -Utvärdering av vården vid rörelseorganens sjukdomar. Socialstyrelsen; 2014.
18. Verhoef, LM, van den Bemt, BJ, van der Maas, A, Vriezekolk, JE, Hulscher, ME, van den Hoogen, FH, et al. Down-titration and discontinuation strategies of tumour necrosis factor-blocking agents for rheumatoid arthritis in patients with low disease activity. The Cochrane database of systematic reviews. 2019; 5:Cd010455.
19. Weinblatt, ME, Bingham, CO, 3rd, Burmester, GR, Bykerk, VP, Furst, DE, Mariette, X, et al. A Phase III Study Evaluating Continuation, Tapering, and Withdrawal of Certolizumab Pegol After One Year of Therapy in Patients With Early Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & rheumatology* (Hoboken, NJ). 2017; 69(10):1937-48.
20. Kvalitetsregistret BOA (Bättre omhändertagande av patienter med artros) Årsrapport 2018.
21. Riskerar du att falla på grund av dina mediciner? : Socialstyrelsen; 2019.
22. Wallander, M, Ljunggren, Ö, Lorentzon, M. [Bisphosphonates first-line pharmacological treatment]. *Lakartidningen*. 2016; 113.
23. Om implementering. Västerås: Socialstyrelsen; 2013.
24. Ordnad utmönstring av hälso- och sjukvårdsmetoder, rapport 2016:2 i CMT:s rapportserie. Centrum för utvärdering av medicinsk teknologi; 2016.
25. Hofmann, B. Biases distorting priority setting. *Health Policy*. 2020; 124(1):52-60.
26. Norredam, M, Album, D. Prestige and its significance for medical specialties and diseases. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007; 35(6):655.
27. Öppna jämförelser 2020 -Sex frågor om vården. Övergripande indikatorbaserad uppföljning av hälso- och sjukvårdens resultat. Socialstyrelsen; 2020.
28. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och tandvård, Lägesrapport 2019. Socialstyrelsen; 2019.
29. Nationella riktlinjer för prevention och behandling vid ohälsosamma levnadsvanor. Socialstyrelsen; 2018.
30. Nationella riktlinjer för vård vid psoriasis. Socialstyrelsen; 2019.
31. Nationella riktlinjer för vård vid astma och KOL. Socialstyrelsen; 2017.
32. Nationell kraftsamling för att minska fall hos äldre. Hämtad 2020-11-26 från:
<https://skr.se/halsasjukvard/patientsakerhet/riskomraden/fallochfallskador.618.html>
33. Råd för att främja hälsosamma matvanor och förebygga fall hos äldre kvinnor och män. Livsmedelsverket; 2019.
34. Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård. Socialstyrelsen; 2004.
35. Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget. Socialstyrelsen; 2018.
36. Handbok för utveckling av indikatorer: för god vård och omsorg. Socialstyrelsen; 2017.

Bilaga 1. Lista över rekommendationer

De nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar innehåller 78 rekommendationer, som presenteras per sjukdom efter id-nummer nedan. Rekommendationerna omfattar följande områden:

- inflammatoriska reumatiska sjukdomar (reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit)
- artros
- osteoporos.

➔ **Läs mer:** En mer detaljerad beskrivning finns i bilagan *Tillstånds- och åtgärdslista* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se.

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar: reumatoid artrit, axial spondylartrit och psoriasisartrit

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
R1:0	odifferentierad artrit med välgrundad misstanke om reumatoid artrit	röntgen av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller ledsador	3
	Motivering: Åtgärden har stor betydelse för att tidigt bedöma risken för reumatoid artrit. Tillståndet har också en stor svårighetsgrad. Åtgärden bedöms lämplig för en avgränsad patientgrupp med hög risk för utveckling av reumatoid artrit.		
R1:1	tidig reumatoid artrit	röntgen av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för ledsador	3
	Motivering: Åtgärden har stor betydelse för att tidigt bedöma sjukdomens utveckling och hur svår den blir. Tillståndet har också en stor till mycket stor svårighetsgrad.		
R1:4	odifferentierad artrit med välgrundad misstanke om reumatoid artrit	magnetkameraundersökning av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller ledsador	8
	Motivering: Åtgärden har liten betydelse för att tidigt bedöma risken för reumatoid artrit, och är resurskrävande. Kommentar: Åtgärden kan tillföra viktig information för att utesluta andra sjukdomar.		
R1:5	tidig reumatoid artrit	magnetkameraundersökning av händer, handleder och fötter för att bedöma risken för ledsador	10
	Motivering: Åtgärden har liten betydelse för att bedöma sjukdomens utveckling och hur svår den blir. Åtgärden är dessutom resurskrävande.		
R1:6	odifferentierad artrit med välgrundad misstanke om reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av ledersioner i händer och fötter för att bedöma risken för reumatoid artrit eller utveckling av ledsador	FoU
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.		

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
R1:7	tidig reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av lederosioner i händer och fötter för att bedöma risken för utveckling av leddskador	FoU
Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.			
R1:8	odifferentierad artrit med välgrundad misstanke om reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av synovit för att bedöma risken för reumatoid artrit eller leddskador	10
Motivering: Åtgärden har liten betydelse för den fortsatta handläggningen, men tillståndet har en stor svårighetsgrad.			
R1:9	tidig reumatoid artrit	ultraljudsundersökning av synovit för att bedöma risken för leddskador	FoU
Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.			
R1:10	tidig reumatoid artrit	bentäthetsmätning i mellanhanden med DXR (digital X-ray radiogrammetry) för att bedöma risken för leddskador	icke-göra
Motivering: Det finns andra åtgärder som bättre kan bedöma risken för leddskador, och åtgärden bidrar inte till bättre handläggning.			
R2:0	<ul style="list-style-type: none"> reumatoid artrit <i>eller</i> psoriasisartrit 	sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser	3
Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Enligt experter ökar åtgärden dessutom patientens livskvalitet och kunskap om sjukdomen. Kommentar: Åtgärden är ett komplement till det sedvanliga omhändertagandet.			
R2:1	<ul style="list-style-type: none"> reumatoid artrit <i>eller</i> psoriasisartrit och nedsatt funktion i händerna	handträning	3
Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en liten men kliniskt relevant effekt, som innebär en stor nytta för patienten.			
R2:3	<ul style="list-style-type: none"> tidig reumatoid artrit axial spondylartrit <i>eller</i> psoriasisartrit 	teamrehabilitering i öppen vård	3
Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden gör det möjligt att utföra rätt åtgärder i rätt tid, genom att olika professioner samverkar. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.			
R2:4	<ul style="list-style-type: none"> etablerad reumatoid artrit axial spondylartrit <i>eller</i> psoriasisartrit 	teamrehabilitering i öppen vård	3
Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden gör det möjligt att utföra rätt åtgärder, genom att olika professioner samverkar. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.			

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
R2:5	<ul style="list-style-type: none"> • etablerad reumatoid artrit • axial spondylartrit eller • psoriasisartrit 	regelbunden fysisk träning	3
	<p>Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden minskar smärtan, och beprövad erfarenhet visar även på andra effekter, såsom bättre fysisk funktion och hälsorelaterad livskvalitet.</p>		
R3:0	tidig reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • ingen tidigare behandling med metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat	1
	<p>Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och det finns stor erfarenhet och kunskap om åtgärdens effekt. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.</p>		
R3:1	tidig reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • ingen tidigare behandling med metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med andra konventionella syntetiska DMARD-läkemedel	7
	<p>Motivering: Tilläggseffekten blir liten när metotrexat kombineras med andra konventionella syntetiska DMARD-läkemedel. Behandling med enbart metotrexat ger nästan lika stor effekt.</p>		
R3:2	tidig reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • ingen tidigare behandling med metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare eller tocilizumab, som enskild behandling	4
	<p>Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en liknande effekt som metotrexat, men kostar mer i förhållande till effekten.</p>		
R3:3	tidig reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • ingen tidigare behandling med metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare, abatacept eller tocilizumab	2
	<p>Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Kostnaden varierar från låg till hög mellan de olika läkemedlen, i förhållande till effekten.</p>		
R3:4	reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • otillräcklig effekt av metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med andra konventionella syntetiska DMARD-läkemedel	4
	<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har effekt.</p>		
R3:5	reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • otillräcklig effekt av metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare, abatacept, anakinra, sarilumab eller tocilizumab	2
	<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Kostnaden bedöms också acceptabel i förhållande till tillståndets svårighetsgrad.</p>		

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
R3:6	reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • otillräcklig effekt av metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	JAK-hämmare, som enskild behandling	7
Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har effekt. Den kliniska erfarenheten av åtgärden är dock mindre än av liknande behandlingar.			
R3:7	reumatoid artrit och <ul style="list-style-type: none"> • otillräcklig effekt av metotrexat • medelhög till hög sjukdomsaktivitet 	metotrexat i kombination med JAK-hämmare	3
Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Den kliniska erfarenheten av åtgärden är dock mindre än av liknande behandlingar.			
R3:12	tidig reumatoid artrit	behandling styrd av sjukdomsaktivitet	5
Motivering: Åtgärden kan leda till att fler patienter uppnår remission.			
R3:16	tidig reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel till en dos under den rekommenderade	4
Motivering: Patientens hälsotillstånd försämras inte på något kliniskt relevant sätt av dosminskningen, jämfört med fortsatt behandling.			
R3:17	etablerad reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel till en dos under den rekommenderade	4
Motivering: Patientens hälsotillstånd försämras inte på något kliniskt relevant sätt av dosminskningen, jämfört med fortsatt behandling.			
R3:18	tidig reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel följt av utsättning	FoU
Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.			
R3:19	etablerad reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	dosminskning av biologiskt DMARD-läkemedel följt av utsättning	FoU
Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.			
R3:20	tidig reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	direkt utsättning av biologiskt DMARD-läkemedel	10
Motivering: Patientens hälsotillstånd försämras på ett kliniskt relevant sätt av utsättningen, jämfört med fortsatt behandling.			

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
R3:21	etablerad reumatoid artrit och remission eller låg sjukdomsaktivitet efter behandling med biologiskt DMARD-läkemedel	direkt utsättning av biologiskt DMARD-läkemedel	10
	Motivering: Patientens hälsotillstånd försämrats på ett kliniskt relevant sätt av utsättningen, jämfört med fortsatt behandling.		
S1:2	långvarig inflammatorisk ryggsmärta enligt anamnes	magnetkameraundersökning av sakroiliakaleder för att upptäcka axial spondylartrit	4
	Motivering: Åtgärden tillför kliniskt relevant information för tidig diagnostik och behandling.		
S1:5	axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	magnetkameraundersökning av sakroiliakaleder för att bedöma effekten av biologisk läkemedelsbehandling	icke-göra
	Motivering: Åtgärden kan inte förutsäga behandlingens resultat.		
S2:0	axial spondylartrit	strukturerad sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser	5
	Motivering: Tillståndet har en stor svårighetsgrad. Enligt experter ökar åtgärden också patientens livskvalitet och kunskap om sjukdomen. Kunskapen om åtgärdens effekt är dock mindre för den aktuella patientgruppen än för patienter med reumatoid artrit och psoriasisartrit. Kommentar: Åtgärden är ett komplement till det sedvanliga omhändertagandet.		
S3:0	axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	systemisk kortisonbehandling	FoU
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.		
S3:6	icke-radiografisk axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	4
	Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har effekt. Dessutom finns få alternativa åtgärder.		
S3:7	ankyloserande spondylit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	2
	Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Dessutom finns få alternativa åtgärder.		
S3:9	axial spondylartrit och otillräcklig effekt av cox-hämmare	biologiskt DMARD-läkemedel: IL17-hämmare	3
	Motivering: Åtgärden har en måttlig effekt på sjukdomsaktivitet, och tillståndets svårighetsgrad är stor till mycket stor. Dessutom finns få alternativa åtgärder.		
P3:0	psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> medelhög till hög sjukdomsaktivitet otillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	biologiskt DMARD-läkemedel: TNF-hämmare	2
	Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Kostnaden bedöms också acceptabel i förhållande till tillståndets svårighetsgrad.		

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
P3:2	Psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> • medelhög till hög sjukdomsaktivitet • ofillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	biologiskt DMARD-läkemedel: IL17A-hämmare eller IL12/23-hämmare	3
<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en liknande effekt som TNF-hämmare, men kostar mer i förhållande till effekten.</p> <p>Kommentar: Standardbehandling kan inkludera behandling med TNF-hämmare.</p>			
P3:4	psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> • medelhög till hög sjukdomsaktivitet • ofillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	apremilast	7
<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad och åtgärden har en kliniskt relevant effekt.</p>			
P3:6	psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> • medelhög till hög sjukdomsaktivitet • ofillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	JAK-hämmare	3
<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Det finns dock en längre klinisk erfarenhet av behandling med TNF-hämmare.</p> <p>Kommentar: Standardbehandling kan inkludera behandling med TNF-hämmare.</p>			
P3:8	psoriasisartrit och <ul style="list-style-type: none"> • medelhög till hög sjukdomsaktivitet • ofillräcklig effekt av eller intolerans mot standardbehandling 	biologiskt DMARD-läkemedel: abatacept	10
<p>Motivering: Åtgärden har ingen eller liten effekt jämfört med placebo. Dessutom finns alternativa åtgärder med större effekt.</p> <p>Kommentar: Standardbehandling kan inkludera behandling med TNF-hämmare.</p>			

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webblagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Artros

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
A1:0	artros i knä eller höft	strukturerat omhändertagande och behandling enligt behandlingspyramid	2
<p>Motivering: Åtgärden bedöms ge stor patientnytta, och den berör en stor patientgrupp. Erfarenheter hos experter talar också för en god effekt av de behandlingar som ingår i behandlingspyramiden. Det vetenskapliga underlaget är ofillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.</p>			

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
A1:1	symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft	diagnostik med stöd av en samlad bedömning av anamnes, symtom och kliniska fynd	3
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad. Åtgärden ger bättre möjlighet till en god diagnostik, vilket är avgörande för en fortsatt effektiv handläggning och behandling.		
A1:2	symtom som ger misstanke om artros i knä eller höft	bilddiagnostik som tillägg till klinisk bedömning	7
	Motivering: Åtgärden är sällan avgörande för fortsatt handläggning och behandling. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett internationellt konsensusförfarande. Kommentar: Bilddiagnostiken tillför ingen information när diagnosen är säker. Den kan däremot behövas inför ett ställningstagande till kirurgisk åtgärd.		
A1:3	symtom som ger misstanke om fler potentiellt allvarliga hälsotillstånd än artros i knä eller höft	bilddiagnostik som tillägg till klinisk bedömning	4
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden gör det möjligt att identifiera potentiellt allvarliga hälsotillstånd. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett internationellt konsensusförfarande. Kommentar: Den differentialdiagnos som misstänks styr valet av bilddiagnostisk metod.		
A2:2	artros i knä eller höft	fysisk träning	2
	Motivering: Åtgärden minskar smärtan och förbättrar funktionsförmågan. Den har också andra positiva hälsoeffekter.		
A2:4	artros i knä eller höft	patientutbildning som tillägg till fysisk träning	3
	Motivering: Åtgärden ökar sjukdomsförståelsen och följsamheten till fysisk träning och övriga behandlingar. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.		
A3:0	artros i knä	akupunktur med eller utan elstimulering	9
	Motivering: Åtgärden har en liten effekt på smärta.		
A3:1	artros i höft	akupunktur med eller utan elstimulering	icke-göra
	Motivering: Åtgärden har osäker effekt, och det finns alternativa åtgärder med större effekt.		
A3:2	artros i knä	TENS	9
	Motivering: Åtgärden har en liten effekt på smärta på kort sikt.		
A3:3	artros i knä eller höft	manuell terapi som enskild behandling	icke-göra
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt som enskild behandling, och det finns alternativa åtgärder med större effekt. Kommentar: Socialstyrelsen har inte utvärderat effekten av manuell terapi som tillägg till annan behandling.		
A3:5	artros i knä	ortos	10
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men erfarenheter hos experter talar för att åtgärden har effekt för vissa patientgrupper. Kommentar: Socialstyrelsen har inte utvärderat effekten av mjuka ortoser.		

Id	Hälsofillstånd	Åtgärd	Prioritet
A3:6	artros i knä eller höft	cox-hämmare	5
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, och åtgärden har en liten till måttlig effekt. Patienten kan dock få biverkningar i hjärtat, blodkärlen och mag-tarmkanalen.		
A3:7	artros i knä eller höft	paracetamol	7
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, men åtgärden har endast en liten effekt.		
A3:8	artros i knä eller höft	opioider	9
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, men åtgärden har endast en liten effekt. Patienten kan dessutom få allvarliga biverkningar och bli beroende av läkemedlet.		
A3:9	artros i knä	cox-hämmare topikalt	6
	Motivering: Tillståndet har en måttlig till stor svårighetsgrad, men åtgärden har endast en liten effekt. Biverkningarna är få.		
A3:10	artros i knä	injektion av kortison i leden	7
	Motivering: Åtgärden har en liten effekt på smärta och funktionsförmåga.		
A3:12	artros i knä eller höft	injektion av hyaluronsyra i leden	icke-göra
	Motivering: Riskerna med åtgärden är större än nyttan.		
A3:13	artros i knä eller höft	PRP-behandling	FoU
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Det pågår studier på området.		
A4:0	artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä	artroskopisk kirurgi	icke-göra
	Motivering: Åtgärden innebär en risk för allvarliga biverkningar och är dyr. Effekten av åtgärden är dessutom inte bättre än effekten av placebokirurgi, ledsköljning eller fysik träning.		
A4:1	misstänkt degenerativt tillstånd i höft (till exempel labrumskada) med eller utan artros i höft	artroskopisk kirurgi	10
	Motivering: Åtgärden har en liten eller obetydlig effekt jämfört med alternativa åtgärder. Patienten kan dessutom få allvarliga biverkningar, och åtgärden är dyr.		
A4:2	artros i knä	broskcellstransplantation	icke-göra
	Motivering: Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma åtgärdens effekt. Sannolikheten bedöms också vara låg för att pågående eller planerade studier kan visa någon effekt.		

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Osteoporos

Id	Hälsofillstånd	Åtgärd	Prioritet
O1:0	<ul style="list-style-type: none"> misstänkt osteoporos eller hög frakturrisik 	beräkning av risk för benskörhetsfrakturer enligt FRAX	2
	Motivering: Åtgärden är ofta viktig för den fortsatta utredningen. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.		

Id	Hälsotillstånd	Åtgärd	Prioritet
O1:1	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	bentäthetsmätning med central DXA-undersökning	3
	Motivering: Åtgärden underlättar fortsatt utredning. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.		
O1:2	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	bentäthetsmätning med central DXA-undersökning, inklusive VFA-undersökning	2
	Motivering: Åtgärden är ofta viktig för den fortsatta utredningen. VFA som tillägg till DXA gör det dessutom möjligt att upptäcka kotfrakturer.		
O1:5	benskörhetsfraktur	systematisk riskvärdering, utredning och behandling (frakturkedja med koordinatörer)	1
	Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt, eftersom den möjliggör en korrekt fortsatt behandling.		
O1:6	planerad eller pågående systemisk kortisonbehandling	systematisk riskvärdering och utredning för osteoporos eller benskörhetsfraktur	2
	Motivering: Åtgärden är viktig för att identifiera frakturprebyggande åtgärder. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt, men åtgärden har stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande.		
O2:1	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	patientutbildning	4
	Motivering: Åtgärden minskar risken för allvarliga benskörhetsfrakturer. Patienter rapporterar även effekt på livskvalitet.		
O2:3	förhöjd frakturrisik enligt klinisk bedömning	fysisk träning	3
	Motivering: Åtgärden ökar patientens rörlighet, balans och muskelstyrka, och minskar risken för benskörhetsfrakturer.		
O3:0	<ul style="list-style-type: none"> • låg bentäthet • förhöjd frakturrisik på grund av andra riskfaktorer än tidigare benskörhetsfrakturer eller systemisk kortisonbehandling 	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	6
	Motivering: Åtgärden minskar risken för benskörhetsfrakturer och ökar patientens bentäthet. Frakturrisiken varierar dock i patientgruppen.		
O3:1	benskörhetsfraktur i rygg eller höft	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	2
	Motivering: Tillståndet har en stor till mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Biverkningarna är dessutom få i förhållande till nyttan.		
O3:2	<ul style="list-style-type: none"> • multipla benskörhetsfrakturer i rygg • uttalat låg bentäthet 	benspecifika läkemedel: teriparatid	2
	Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad, och åtgärden har en stor effekt. Biverkningarna är dessutom få i förhållande till nyttan.		

Id	Hälsofillstånd	Åtgärd	Prioritet
O3:3	<ul style="list-style-type: none"> förhöjd frakturrisk enligt klinisk bedömning, utan dokumenterad brist på kalcium eller D-vitamin ingen pågående behandling med systemiskt kortison eller benspecifika läkemedel mot osteoporos 	kalcium och D-vitamin	icke-göra
<p>Motivering: Åtgärden har ingen effekt och ger dessutom biverkningar. Kommentar: Effekten har framför allt studerats på kvinnor.</p>			
O3:4	<ul style="list-style-type: none"> förhöjd frakturrisk enligt klinisk bedömning brist på kalcium och D-vitamin (personer som sällan vistas utomhus) 	kalcium och D-vitamin	7
<p>Motivering: Åtgärden har en liten effekt på att minska antalet benskörhetsfrakturer. Kommentar: Riskgrupper identifieras med provtagning.</p>			
O3:5	<ul style="list-style-type: none"> kvinnor i postmenopausal ålder med systemisk kortisonbehandling <i>eller</i> äldre män med systemisk kortisonbehandling 	benspecifika läkemedel	4
<p>Motivering: Åtgärden ökar bentätheten. Biverkningarna är dessutom få i förhållande till nyttan.</p>			
O3:10	förhöjd frakturrisk enligt klinisk bedömning	höftskydd	10
<p>Motivering: Åtgärden har liten eller ingen effekt. Dessutom använder många patienter inte det tilldelade höftskyddet.</p>			
O3:11	osteopeni	benspecifika läkemedel: antiresorptiva	7
<p>Motivering: Åtgärden har liten effekt om det inte finns andra riskfaktorer för osteoporos än osteopeni. Frakturrisken varierar dessutom i patientgruppen.</p>			
O3:12	postmenopausala kvinnor med <ul style="list-style-type: none"> tidigare benskörhetsfraktur uttalat låg bentäthet 	benspecifika läkemedel: romosozumab	4
<p>Motivering: Tillståndet har en mycket stor svårighetsgrad. Åtgärden har en stor effekt, men den kliniska erfarenheten är begränsad.</p>			

Kommentar: Kolumnen "Id" hänvisar till rekommendationens id-nummer i webbilagan *Tillstånds- och åtgärdslista*.

Bilaga 2. Lista över indikatorer

Socialstyrelsen har tagit fram indikatorer för ett urval av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar. Dessutom finns andra indikatorer med stor relevans för området (se tabell 1–5). Indikatorerna är mått som ska spegla god vård. Med detta menas att vården ska vara kunskapsbaserad, säker, individanpassad, effektiv, jämlik och tillgänglig. Indikatorarbetet är en del av Socialstyrelsens uppdrag att återkommande rapportera om läget i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Du som behöver det kan också använda indikatorerna för olika typer av uppföljningar.

De flesta av indikatorerna kan användas för uppföljningar med hjälp av befintliga datakällor. Andra är så kallade utvecklingsindikatorer, vilket innebär att datakällorna behöver utvecklas ytterligare för att indikatorerna ska kunna användas för uppföljning på nationell nivå. En del utvecklingsindikatorer kan ändå användas på lokal eller regional nivå.

➔ **Läs mer:** Alla indikatorer för rörelseorganens sjukdomar redovisas mer utförligt i rapporten *Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar* på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariktlinjer.

Så tar vi fram indikatorerna

Socialstyrelsen tar fram indikatorerna i samarbete med sakkunniga och andra intressenter, med relevanta kunskapsunderlag som grund [36]. En indikator för god vård och omsorg ska

- baseras på vetenskap
- vara relevant för området
- vara möjlig att mäta och tolka.

De uppgifter som är underlag för indikatorerna ska också

- vara möjliga att registrera kontinuerligt i informationssystem som datajournaler, register och andra datakällor
- gå att redovisa utifrån kön, ålder, socioekonomi och födelseland så långt det är möjligt, så att Socialstyrelsen kan belysa jämlikhetsaspekter i vården och omsorgen.

Vidare ska indikatorerna kunna användas för uppföljningar, utvärderingar, jämförelser och förbättringar på både lokal, regional och nationell nivå. Indikatorerna ska även underlätta nationella jämförelser.

Tabell 1. Indikatorer för reumatoid artrit

Nr	Namn	Rekommendation
R1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling för reumatoid artrit	–
R2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid reumatoid artrit	–
R3	Aktivitetsförmåga efter behandling för reumatoid artrit	–
R4	Smärtnivå efter behandling för reumatoid artrit	–
R5	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling för reumatoid artrit	–
R6	Väntetid från symtomdebut till diagnos (andel < 20 veckor) vid reumatoid artrit	–
R7	Täckningsgrad för läkemedelsbehandlade patienter i SRQ – Svensk Reumatologis Kvalitetsregister	–
R8a	Biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel vid reumatoid artrit	R3:2, R3:3
R8b	Biologiska läkemedel vid reumatoid artrit utan tidigare behandling med syntetiska DMARD-läkemedel	R3:2, R3:3
R9	Sjuksköterskemottagning med samordnade vårdinsatser	R2:0
R10	Teamrehabilitering i öppen vård	R2:4
R11	Vårdkontakt efter nyinsatt behandling vid reumatoid artrit	–

Tabell 2. Indikatorer för axial spondylartrit

Nr	Namn	Rekommendation
S1	Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter nyinsjuknande i axial spondylartrit	–
S2	Sjukdomsaktivitet (BASDAI) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	–
S3	Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	–
S4	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	–
S5*	Sjukdomsaktivitet (ASDAS) efter diagnos vid axial spondylartrit	–
S6	Biologiska läkemedel vid axial spondylartrit	S3:6, S3:7, S3:9

*Utvecklingsindikator

Tabell 3. Indikatorer för psoriasisartrit

Nr	Namn	Rekommendation
P1	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter nyinsjuknande i psoriasisartrit	–
P2	Sjukdomsaktivitet (DAS28) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	–
P3	Aktivitetsförmåga efter behandling med biologiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit	–
P4	Smärtnivå efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	–
P5	Livskvalitet (EQ-5D) efter behandling med biologiska läkemedel vid psoriasisartrit	–
P6*	Sjukdomsaktivitet uppmätt med DAPSA efter behandling för psoriasisartrit	–
P7	Biologiska eller syntetiska DMARD-läkemedel vid psoriasisartrit	P3:0, P3:2

*Utvecklingsindikator

Tabell 4. Indikatorer för artros

Nr	Namn	Rekommendation
A1	Patientutbildning och träning vid artros	A2:2, A2:4
A2	Patientrapporterat resultat efter patientutbildning och träning vid artros	–
A3	Smärta efter patientutbildning och träning vid artros	–
A4	Patientutbildning och träning före höftprotesoperation	A1:0
A5	Läkemedelsbehandling för artros före patientutbildning och träning	A1:0
A6	Bilddiagnostik före patientutbildning och träning vid artros	A1:2, A1:3
A7	Artroskopisk kirurgi vid artros eller misstänkt degenerativ meniskskada och smärta i knä.	A4:0

Tabell 5. Indikatorer för osteoporos

Nr	Namn	Rekommendation
O1	Dödlighet efter höftfraktur	–
O2	Tidig operation vid höftfraktur	–
O3	Återfrakturer inom 3 år efter benskörhetsfraktur	–
O4	Höftfrakturer bland personer som bor i särskilt boende	–
O5*	Behandling med benspecifika läkemedel efter benskörhetsfraktur	O3:1, O3:2
O6	Systematiskt omhändertagande med frakturkedja efter benskörhetsfraktur	O1:5
O7	Bentäthetsmätning med central DXA inklusive VFA	O1:2
O8	Behandling med kalcium och D-vitamin efter benskörhetsfraktur	O3:3

*Utvecklingsindikator

Bilaga 3. Versionshistorik

De nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar har uppdaterats flera gånger sedan de först publicerades (se tabell 1).

Tabell 1. Versionshistorik för Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar

Publiceringsår	Aktivitet
2010	Riktlinjerna publicerades i en första version.
2012	Riktlinjerna justerades något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter.
2014	Ett fåtal rekommendationer uppdaterades efter en mindre översyn.
2020	Riktlinjerna reviderades i grunden. Rekommendationerna blev färre och mindre detaljerade, och rapporten fick en ny struktur.
2021	Riktlinjerna justerades något efter remissvar från regioner, yrkesorganisationer och andra intressenter, och publicerades i den nuvarande versionen.

Bilaga 4. Tillhörande dokument som publiceras på webben

Till riktlinjerna finns ett antal externa bilagor:

- Tillstånds- och åtgärdslista (fullständig)
- Kunskapsunderlag
- Hälsoekonomiskt underlag
- Metodbeskrivning
- Mest sjuka äldre och nationella riktlinjer.

Indikatorerna och målnivåerna redovisas i sin helhet i rapporterna:

- Indikatorer för vård vid rörelseorganens sjukdomar
- Nationella målnivåer för vård vid rörelseorganens sjukdomar.

Samtliga dokument finns på Socialstyrelsens webbplats, www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjer.