

**FoUII-centrum  
Skaraborg**

## Varför gick det som det gick?

En journalgranskning av  
handläggning av gikt på  
Närhälsan Billingen  
vårdcentral

Joakim von Börtzell-Szuch, ST-läkare i  
allmänmedicin, Närhälsan Billingen vårdcentral

Rapportnummer 2026:5

**Rapport 2026:5**

Projektdatabasen FoU i VGR:

<https://www.researchweb.org/vgr/project/287008>

Utförd i grundläggande kurs i FoU-metodik  
FoUII-centrum primär och nära vård Skaraborg

**Handledare:**

Kristina Bengtsson Boström,

Specialist i allmänmedicin, distriktsläkare,

Adj. professor i allmänmedicin, Göteborgs universitet, FoU  
primär och nära vård

# Sammanfattning

## Bakgrund

Gikt är världens vanligaste artrit. Den beror på utfällning av urinsyrakristaller i leder och andra organ. Det finns effektiv profylaktisk behandling men trots detta har studier visat att ungefär hälften av patienterna med gikt inte når behandlingsmål enligt riktlinjer. Syftet med arbetet var att se hur många av patienterna på Närhälsan Billingen vårdcentral som inte når målvärdet, och i så fall varför.

## Metod

Samtliga patienter på Närhälsan Billingen vårdcentral med gikt diagnos (M10.0-M10.9 enligt ICD) mellan 2015-04-02 och 2025-04-02 söktes utdataverktyget Medrave M4 (Medrave Sweden AB). Sökningen begränsades sedan till samma diagnoser de senaste 3 åren. Dessa individer delades in i två grupper baserat på om de lämnat uratvärde under samma tidsperiod eller inte. En journalgranskning genomfördes på individer vars urat-värde översteg målvärdet ( $<360 \mu\text{mol/L}$ ), i bägge grupper.

## Resultat

Tvåhundrasextioen patienter (69% män, 31% kvinnor) hade gikt diagnos mellan 2015-01-01 och 2025-04-02, prevalensen var 2,7%. Männens medelålder var 72 år och kvinnornas 79 år. Tvåhundrafemton patienter hade gikt diagnos under 2022-04-02 till 2025-04-02. Av dessa nådde 139 målvärdet (65%), medan 76 (35%) låg över målvärdet. Bland de 76 patienterna bedömdes att vårdens uppföljning fallerat för 27 (36%) och 11 (14%) hade uteblivit från provtagning. Övriga 38 (50%) hade avstått behandling efter läkarens eller patientens val, hade behandling under upptitrering alternativt hade remitterats till specialist. Dessa 38 bedömdes adekvat behandlade trots att de inte uppnådde målvärde.

## Konklusion

Det finns förbättringspotential gällande giktuppföljningen på Närhälsan Billingen vårdcentral. Ett system som bevakar uteblivna provsvar samt en rutin där urat tas vid varje förskrivning av Allopurinol hade troligtvis gett en ökning i andelen patienter som når målvärde.

### *Nyckelord*

Primärvård, kvalitetskontroll, elektroniska journaler, gikt, urat.

# Innehållsförteckning

Bakgrund.....	1
Historik .....	1
Patofysiologi.....	1
Riskfaktorer.....	1
Diagnos och behandling.....	2
Syfte .....	3
Frågeställningar.....	3
Metod .....	4
Studiedesign.....	4
Urval.....	4
Datainsamling och analys .....	4
Etiska överväganden .....	5
Klinisk betydelse .....	5
Resultat .....	6
Diskussion.....	9
Slutsats.....	10
Referenslista .....	11

# Bakgrund

Gikt är frekvent förekommande i världen och den vanligaste orsaken till artritsjukdom (1). Studier genomförda i Västra Götalandsregionen (VGR) visade 2012 en prevalens av gikt på cirka 1,8% i den vuxna befolkningen (2). Prevalensen stiger dock med åldern och i populationen över 85 år var den 7,15% (3). Insjuknandet i gikt har ökat de senaste decennierna med cirka 50% i befolkningen i Västra Götaland (2).

## **Historik**

Gikt finns omnämnt i både i egyptisk och grekisk litteratur redan före vår tideräkning och beskrevs av grekerna som "the unwalkable disease". Den engelska termen gout kommer från grekiskan gutta (droppe). Detta anspelar på humoral-patologin och att ledinflammationen skulle springa från en obalans mellan kroppens beståndsdelar och att ett flöde/droppande av en beståndsdel in i leden skulle orsaka inflammation. Redan då drog man kopplingar mellan tillståndet och en livsföring och Hippokrates ska ha kallat gikt för "de rikas artrit" (4). Idag vet vi att inflammationen beror på utfällningar av urinsyrekrystaller (urat) framför allt i leder, men också i andra organ. Kristallerna triggar en inflammatorisk reaktion med smärta, svullnad och rodnad. Den absolut vanligaste drabbade leden är stortåns grundled (metatarsofalangealled, portvinstå), men även andra leder kan drabbas (5).

## **Patofysiologi**

Urat är en nedbrytningsprodukt av purin och finns normalt i kroppen. Ökad mängd kan orsakas av arv och miljö. Intag av urathöjande födoämnen eller drycker och även läkemedel kan påverka uratnivån i blodet. Stiger uratvärdet över en viss gräns finns risk för utfällning av uratkristaller i leder eller andra vävnader (5). Patofysiologiskt kan gikt grovt delas upp i fyra steg:

- 1, Höga nivåer av urinsyra i blodet utan bildandet av kristaller.
- 2, Bildandet av kristaller i leder och andra vävnader men ingen klinisk gikt.
- 3, Deposition av kristaller i lederna följt av skov av giktartriter.
- 4, Kronisk giktartrit med tofi och radiologiska skador på lederna.

Den långt gångna gikten karakteriseras av tofi som är en granulomatös kronisk inflammation som svar på deposition av uratkristaller i senor och andra mjukdelar. Denna gikt är svårbehandlad och smärtsam (6).

## **Riskfaktorer**

Frånräknat ärftlighet finns en rad riskfaktorer för utvecklandet av gikt. Utöver icke påverkbara faktorer såsom manligt kön och ålder finner vi rött kött, skaldjur, alkohol och vissa läkemedel, exempelvis blodtryckssänkande läkemedel såsom tiazider. Gemensamt för dessa är att de påverkar nivåerna urat i blodet genom försämrade utsöndring i njurar och magtarm-kanal alternativt

ökad produktion genom ökad cellnedbrytning och förändring i leverns metabolism (6).

Enligt en review genomförd 2019 finns det en tydlig association mellan gikt och kardiovaskulär sjukdom och död. Man kan dock ännu inte uttala sig om huruvida uratsänkande behandling kan vara skyddande ur en kardiovaskulär synvinkel (7).

## Diagnos och behandling

I bästa fall konfirmeras gikt diagnosen genom mikroskopisk analys av ledvätska från punktion av den inflammerade leden eller från tofi. Urinsyrekrystaller identifieras i ledvätskan med polariserat ljus. De flesta patienter följer dock en typisk klinik och diagnosen ställs därmed oftast kliniskt. Patienten insjuknar, ofta nattetid, med kraftig smärta, svullnad och rodnad, företrädesvis i en perifer led. Ofta har patienten haft liknande attacker tidigare, men inte sökt då de går över spontant efter 1–2 veckor. Tofi kan ses på fingrar, tår, ytteröron och näsvingar. I Västra Götalands regionala medicinska riktlinjer (RMR) finns en kalkylator avsedd för primärvård för att värdera sannolikheten att det aktuella tillståndet rör sig om gikt, figur 1.

Giktkalkylator		Totalpoäng <4 utesluter gikt ≥8 talar starkt för gikt 4–8 vidare utredning med i första hand ledvätskeanalys rekommenderas
Manifestation	Poäng	
Tofi	13 p	
Urat (P/S-urat) >350	3,5 p	
Max inflammation inom 24 timmar	0,5 p	
Rodnad över leder	1 p	
Mono-/oligoartritattack i anamnesen	2 p	
Manligt kön	2 p	
MTP 1-engagemang	2,5 p	
Hypertoni eller >1 hjärt-kärlsjukdom*	1,5 p	

Ref: Janssens HJ, Franssen J, van de Lisdonk EH, van Riel PL, van Weel C, Janssen M. A diagnostic rule for acute gouty arthritis in primary care without joint fluid analysis. Arch Intern Med 2010;170 13: 1120-6.

\* = kärkramp, hjärtinfarkt, hjärtsvikt, stroke, TIA eller perifer kärlsjukdom

**Figur 1.** Giktkalkylator från Västra Götalandsregionens medicinska riktlinjer (8).

I akutskedet behandlas gikt med antiinflammatoriska läkemedel; COX-hämmare (M01AH), kortison (H02) peroralt, eller som lokal ledinjektion eller kolkicin (M04AC). Hänsyn tas till patientens samsjuklighet såsom njursvikt eller diabetes.

Förebyggande behandling består i att minimera patientens riskfaktorer och farmakologisk behandling. Riskfaktorer är framför allt alkohol (speciellt öl) inälvsmat, räkor och rött kött. Vidare bör patientens läkemedel ses över för att sätta ut till exempel tiazider (C03AA) som höjer uratvärdet i blodet, medan Losartan (C09CA01) sänker det. Farmakologisk behandling rekommenderas vid fler än ett anfall årligen, vid höga uratvärden samt vid tecken på allvarigare sjukdom. Det finns flera behandlingsalternativ. Allopurinol är förstahandspreparat som liksom Febuxostat (M04AA03) hämmar ett enzym och minskar därmed produktionen av urat. Probenicid (M04AB01) och SGLT-2

hämmare (A10BK) sänker urat via ökad njurutsöndring. SGLT-2 hämmare har inte indikationen gikt, men kan ges vid samtidig diabetes typ 2 eller njursvikt. Profylaktisk behandling kan sättas in vid en giktattack tillsammans med akutbehandling som då fortsätter i lägre dos för att förhindra nya attacker under upptrappning av Allopurinol. Läkemedlet ska inte sättas ut vid ny giktattack. Vid långt framskriden gikt och tofi är målvärde  $<300 \mu\text{mol/L}$ , men i övrigt är behandlingsmålet  $<360 \mu\text{mol/L}$  (8).

Då det tidigare visats att behandling av gikt leder till att målvärdet endast uppnås hos ungefär en tredjedel av patienterna är det angeläget att utredna orsakerna bakom detta (9). I ett nyligen genomfört FoU-projektarbete på en närliggande vårdcentral i Skövde nådde 59% av patienter med gikt inte målvärde enligt RMR. Man kom fram till potentiella orsaker såsom ”begränsad kunskap, bristande rutiner eller begränsade resurser.”, och att det fanns möjlighet till förbättring (10). Därför ville jag undersöka förekomst av gikt och dess behandling samt med journalgenomgång bedöma varför patienterna inte nådde målvärdet.

## Syfte

Att undersöka vilka patienter med gikt diagnos på Närhälsan Billingen vårdcentral som inte når behandlingsmålet för P-urat enligt RMR och varför.

## Frågeställningar

- Hur många patienter hade en registrerad gikt diagnos på Närhälsan Billingen vårdcentral mellan 2015-01-01 och 2025-04-02?
- Hur många patienter hade en registrerad gikt diagnos på Närhälsan Billingen vårdcentral mellan 2022-04-02 och 2025-04-02?
- Hur många av dem som hade diagnos under denna period nådde inte målvärdet?
- Finns beskrivet i journaltexten varför dessa patienter inte nådde målvärdet?
- Vilken behandling hade de patienter som inte nådde målvärdet?

# Metod

## ***Studiedesign***

Projektet bestod av en granskning av journaler för patienter med gikt diagnos på Närhälsan Billingen vårdcentral.

## ***Urval***

Närhälsan Billingen är en offentlig vårdcentral belägen centralt i Skövde i Västra Götaland. Det fanns under tiden för studien cirka 12 900 listade patienter. Samtliga patienter med gikt diagnos, M10.0-M10.9 enligt International Classification of Diseases (ICD) mellan 2015-01-01 och 2025-04-02 söktes i Medrave M4 (Medrave Software AB). Detta för att hitta alla patienter med gikt diagnos så långt bakåt i tiden som journalsystemet sträckte sig. De som fått gikt diagnos mellan 2022-04-02 och 2025-04-02 plockades ut, för att få ett rimligt antal patienter. Dessa personer delades in i 2 grupper baserat på om de lämnat uratvärde under samma tidsperiod eller ej. Individer med gikt diagnos vars senaste urat-värde översteg målvärdet enligt RMR i VGR inkluderades i journalgranskningen.

## ***Datainsamling och analys***

En granskning gjordes av samtliga inkluderade patienters journaler i AsynjaVisph © 2025 (CompuGroup Medical, version 21.16). Varje patient erhöll ett löpnummer och pseudonymiserades. För varje patient noterades:

- Ålder och kön
- Senaste uppmätta uratvärde
- Eventuell uratsänkande behandling, inklusive ATC-kod (ingen behandling, Allopurinol 100/200/300 mg, Febuxostat eller kortison)
- Aktiva recept, det vill säga om något recept hade förskrivits eller förnyats under det senaste året (Ja/Nej)
- Alkoholrelaterad diagnos enligt ICD-kod F10 (Ja/Nej)
- Behandling med tiaziddiuretika, inklusive om den avslutats och i så fall om det berodde på gikt eller annan orsak

Förklaringar till utfall (varför patienten ej nått målvärde) delades in i olika kategorier:

1. Behandling under upptitrering
2. Vårdens uppföljning sviktade
3. Läkare tog beslut om att avstå från behandling
4. Patienten uteblev från planerad provtagning
5. Patienten tackade nej till behandling
6. Patienten remitterades till specialist

Inga tolkningar gjordes utan indelningen baserades endast på skriven journaltext.

### ***Etiska överväganden***

Då projektet räknas som verksamhetsuppföljning och ej ska publiceras bedöms etikprövning inte nödvändig. Samtycke för journalgranskningen från vårdcentralchefen inhämtades. Patienterna informeras vid eventuell förfrågan om att deras journal granskats i samband med ett kvalitetsprojekt. I samband med journalgranskningen inhämtades patienternas personuppgifter. Deras personnummer ersattes med ett löpnummer (pseudonymiserades) i datafilen inför analys. En fil med personnumret kopplat till löpnumret skapades för kontroll av data under analyserna och hanterades som journalhandling med förvaring i låst utrymme, denna fil raderas efter godkänt projektarbete. Patienter och även vårdgivare kan känna sig granskade, därför har alla kollegor på vårdcentralen och vårdcentralchefen informerats om studien. Vi kom överens om att patientansvarig läkare kontaktas vid behov av ny bedömning av behandlingen.

### ***Klinisk betydelse***

Förhoppningen är att ökad kunskap om varför vi inte når målvärden för giktbehandling kan leda till förbättrade rutiner på vårdcentralen.

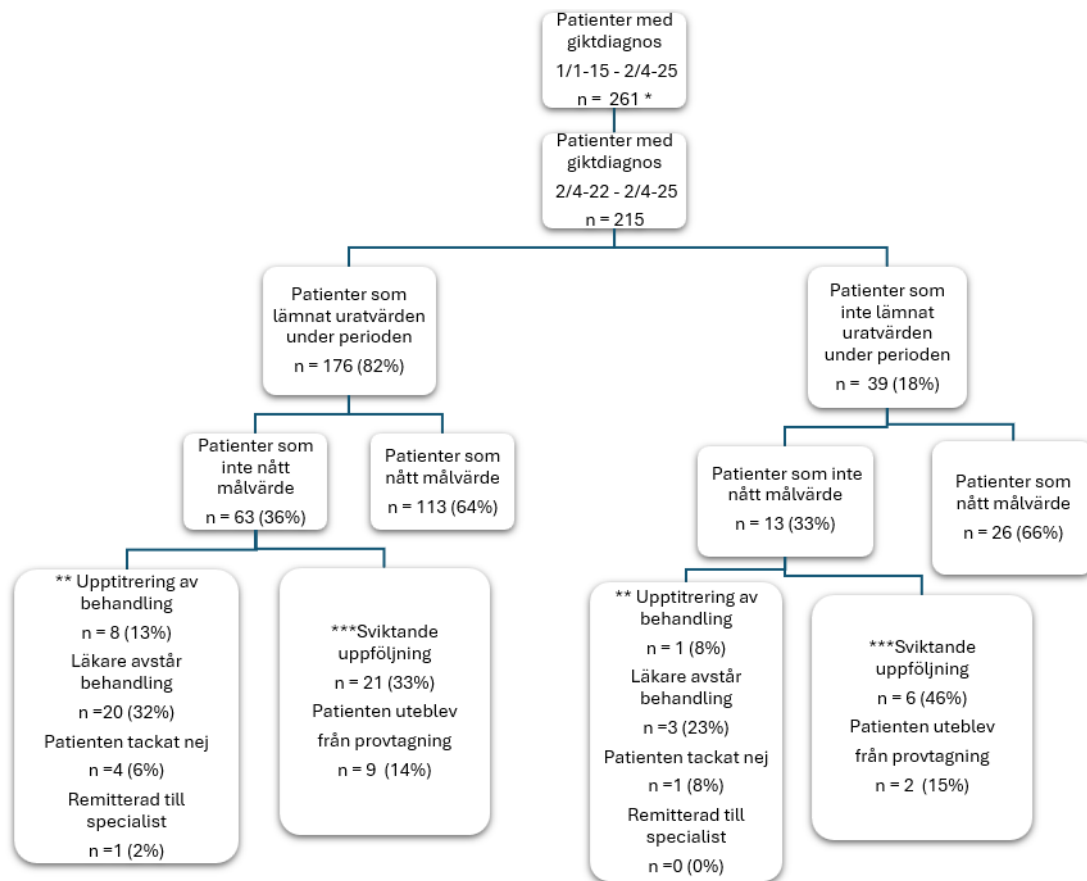
## Resultat

På Närhälsan Billingen vårdcentral fick 261 patienter en giktdiagnos mellan 2015-01-01 och 2025-04-02. Antal listade äldre än 18 år var 8 772 patienter år 2015 och 10 211 patienter i april 2025. Ett medel över perioden blir då 9 492 listade patienter över 18 års ålder, och giktprevalensen 2,7%. Under perioden 2022-04-02 och 2025-04-02 sattes giktdiagnos på 215 patienter, 69% män med en medelålder på 72 år (30–97 år) och 31% kvinnor, medelålder 79 år (44–102 år). Detta är i linje med tidigare studier. Av de 215 låg 76 patienter (35%) över det målvärde som satts för gikt enligt RMR ( $<360 \mu\text{mol/L}$ ), figur 2. I denna grupp var 57 (75%) män och 19 (25%) kvinnor. Genomsnittsåldern var 71 år. Sex av 76 (8%) hade en alkoholrelaterad diagnos. Nio av 76 (12%) hade fortsatt behandling av hydroklortiazid. Fem patienter hade fått sin hydroklortiazid utsatt på grund av gikt.

Som figur 2 illustrerar har 139 av 215 (65%) patienter ett uratvärde under målvärdet 360. Adderas de patienter som överskrider målvärdet men som bedömts ha adekvat behandling uppnås 177 av 215 (82%). I fall där läkare tog aktivt beslut om att avstå behandling fanns framför allt multisjuklighet kombinerat med icke recidiverande gikt. I vissa fall valde man att ”nöja sig” med att ligga nära, men ovan målvärde  $360 \mu\text{mol/L}$ .

”Patienten uteblev från provtagning” valdes i de fall då det i journaltext framgick en tydlig plan och det fanns ett beställt prov i AsynjaVisph © 2025 (CompuGroup Medical, version 21.16), men att detta aldrig lämnades in.

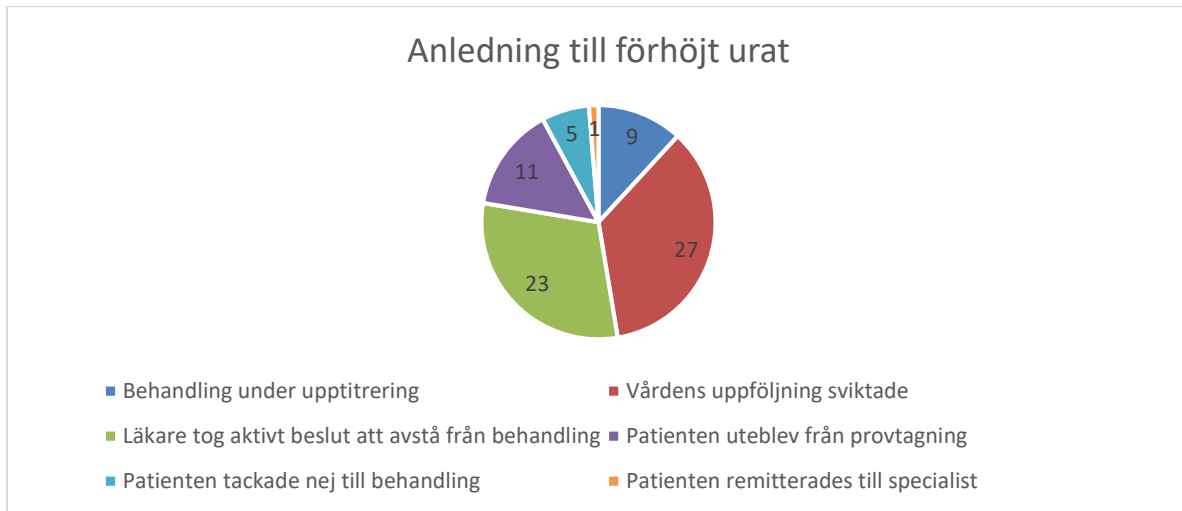
”Vårdens uppföljning sviktade” användes när provsvar överskridande gränsvärdet 360 signerades utan att plan för uppföljning omnämndes i journaltext. Hos de 38 ”borttappade” patienterna (sviktande uppföljning alternativt att de uteblivit från provtagning) kunde man se att 24 (63%) hade förskrivna recept under det gångna året. Resterande hade utdaterade recept vilket skulle innebära att de omöjligen kan ta behandlingen som ordinerat.



\* Alla patienter sedan AsynjaVisph © 2025 (CompuGroup Medical, version 21.16) infördes \*\* Tillfredsställande uppföljning \*\*\*Ottillfredsställande uppföljning.

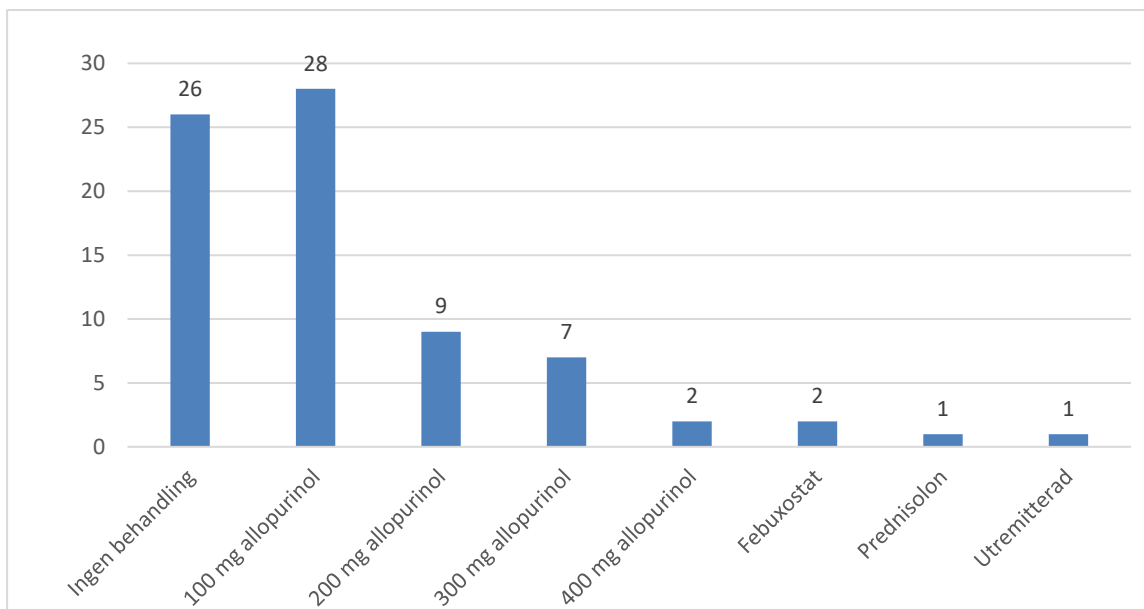
**Figur 2.** Uppföljning av patienter med giktdiagnos 2022-04-02 till 2025-04-02. Journalgranskning av patienter med gikt vid Närhälsan Billingen vårdcentral.

I figur 3 visas fördelning av anledningarna till att patienterna inte nådde målvärdet, det vill säga hade förhöjt uratvärde i hela gruppen med gikt diagnos. Störst andel var att vården sviktade i uppföljning (n=27), näst var de där läkare hade tagit aktivt beslut om att avstå behandling (n=23) följt av att patienten inte kommit till provtagning (n=11).



**Figur 3.** Anledning till att patienten ej nått målvärde. Journalgranskning av patienter med gikt vid Närhälsan Billingen vårdcentral 2022-04-02 till 2025-04-02.

Den mest förskrivna behandlingen var Allopurinol 100 mg i hela gruppen med gikt diagnos. Ingen av våra 76 patienter (nådde ej målvärdet) behandlades med maxdos Allopurinol eller med en kombination av läkemedel för sin gikt, figur 4.



**Figur 4.** Fördelning av behandling av patienter med gikt som ej nådde målvärdet (n=76) vid Närhälsan Billingen vårdcentral 2022-04-02 till 2025-04-02.

## Diskussion

Denna studie visar att 215 patienter av 12 943 listade på Närhälsan Billingen vårdcentral hade giktdiagnos i journalen 2022-04-02 till 2025-04-02. Av dessa hade 177 (82%) adekvat behandling (antingen nått målvärde eller tillfredsställande uppföljning enligt figur 2) och 139 (65%) nådde målvärdet <360 µmol/L

Patienter som tackar nej till behandling samt uteblir från provtagning kommer alltid vara en del i sjukvården. Där kan vi säkerligen bli bättre på att informera patienten, men det är svårt att införa något strukturerat på arbetsplatsen. Ett alternativ skulle vara att behålla patienter på väntelistor för att bevaka uteblivna prover, men detta skulle innebära ett enormt merarbete. På Närhälsan Billingen vårdcentral har vi inga rutiner för att följa upp utebliven provtagning i nuläget. Framgent har vi förhoppningsvis smarta system som kan notera uteblivna prover och skicka automatisk påminnelse.

Gruppen där vårdens uppföljning sviktade är där vi hittar vår största förbättringspotential, inte minst med upptrappning av uratsänkande läkemedel till målvärde av urat. Det ska sägas att denna grupp förväntas innehålla en viss andel patienter där man tagit aktivt beslut om att inte titrera upp behandlingen, utan att dokumentera detta tydligt. Det fanns flera exempel på där man i journalen kunde läsa mellan raderna att patienten var för multisjuk och att man prioriterade annan behandling. Så länge man inte skrev detta tydligt hamnade man dock i gruppen ”vårdens uppföljning sviktade”. Denna grupp påverkas sannolikt också av att uratvärden i AsynjaVisph © 2025 (CompuGroup Medical, version 21.16) markeras som patologiska först vid 480 µmol/L. Detta innebär att värden i intervallet 360–480 alltså inte rödmärkas och lätt kan missas. Särskilt när provet tas i samband med annan provtagning.

I gruppen där vårdens uppföljning sviktade hade 63% ett aktivt recept på behandling och har således varit i kontakt med oss för receptförnyelse utan att vi följt upp patientens urat. Här har vi en ypperlig chans att införa obligatorisk provtagning av urat vid receptförnyelse av Allopurinol. Det lilla arbetet kompenseras sannolikt av att vi undviker akuta bokningar i samband med giktsskov. Resterande 37% har varken aktiv behandling eller planerad provtagning och hade i kliniken först aktualiserats vid giktsskov.

Noterbart är att inte en enda patient med urat överskridande målvärde hade kombinationsbehandling, Allopurinol i maximal dos eller hade remitterats till specialist på grund av svårigheter att nå målvärde.

## **Styrkor och svagheter med studien**

En styrka i studien är att orsaken bakom sviktande uppföljning har sökts i journaltext, vilket gör att förbättringsåtgärder kan riktas mot dessa problem. Svagheter med studien var att antalet patienter var begränsat vilket begränsar vilka slutsatser som kan dras, och att inte data för uttag av läkemedel kunde studeras, då det kräver att patienten ger sitt medgivande till åtkomst av läkemedelsregistret.

## **Slutsats**

Resultatet visar att det finns utrymme för förbättring av omhändertagande av patienter med gikt. En rutin där alla receptförnyelser följs av provtagning av urat hade sannolikt förbättrat dessa siffror. Vidare hade ett system för att fånga upp utebliven provtagning optimerat uppföljningen ytterligare.

## Referenslista

1. Dehlin M, Jacobsson L, Roddy E. Global epidemiology of gout: prevalence, incidence, treatment patterns and risk factors. *Nat Rev Rheumatol*. 2020;16:380-390.
2. Dehlin M, Drivelegka P, Sigurdardottir V *et al*. Incidence and prevalence of gout in Western Sweden. *Arthritis Res Ther*. 2016;18:164.
3. Kapetanovic MC, Hameed M, Turkiewicz A *et al*. Prevalence and incidence of gout in southern Sweden from the socioeconomic perspective. *RMD Open*. 2016;2:e000326.
4. Nuki G, Simkin PA. A concise history of gout and hyperuricemia and their treatment. *Arthritis Res Ther*. 2006;8:S1.
5. Sigurdardottir V, Svärd A, Bengtsson Boström K *et al*. Gikt – en känd och vanlig sjukdom [Gout - a common and well known disease]. *Lakartidningen*. 2020 ;117:F3M3. Swedish.
6. Dalbeth N, Merriman TR, Stamp LK. Gout. *Lancet*. 2016;388:2039-52.
7. Abeles AM, Pillinger MH. Gout and cardiovascular disease: crystallized confusion. *Curr Opin Rheumatol*. 2019;31:118-24.
8. Västra götalandregionen, regionala medicinska riktlinjer – gikt. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/ssn11800-2140136717-232/native/Gikt.pdf>. Giltig november 2024 - november 2026 (Åtkomst 2025-01-23)
9. Svärd A, Kapetanovic M, Bergsten U *et al*. Stora hälsovinster att uppnå med bättre behandling av gikt. *Läkartidningen*. 2020;117:F3L7
10. Sjöström Clara. Uppföljning av patienter med giktbehandling vid Närhälsan Norrmalm vårdcentral. FoU Rapport 2022;11:5-9.



FoUII primär och nära vård Skaraborg  
Regionens hus  
Stationsgatan 3  
541 30 Skövde

Hemsida: [www.vgregion.se/fou-skaraborg](http://www.vgregion.se/fou-skaraborg)