

Regional medicinsk riktlinje

Reumatoid artrit 0 till 12 månader

- Tillämpning av personcentrerat sammanhållet vårdförlopp

Innehåll

Huvudbudskap.....	2
Vårdnivå och samverkan	4
Bakgrund och syfte	4
Utredning.....	5
Behandling	7
Handläggning vid behandling	7
Läkemedel.....	8
Remissrutiner	8
Sjukskrivning	8
Komplikationer	8
Klinisk uppföljning	9
Patientmedverkan och kommunikation.....	9
För vårdgivare.....	10
Indikatorer och målvärden	10
Referenser	11

Huvudbudskap

- Patient som uppfyller ingångskriterier erbjuds tid inom 30 dagar till reumatolog.
- Tidigt insatt behandling förbättrar prognosen vid RA, därav viktigt med tät uppföljning.
- Alla patienter erbjuds funktion- och aktivitetsbedömning av arbetsterapeut och fysioterapeut.
- Kartläggning, information och dialog om hälsosamma levnadsvanor utförs av flera yrkesgrupper.
- Alla patienter över 40 år genomgår screening för hjärtkärlsjukdom.
- Vårdförloppet följs upp med hjälp av indikatorer.

Bakgrund och syfte

Riktlinjen är en tillämpning av [vårdförlopp Reumatoid artrit \(RA\)](#), framtaget inom ramen för nationellt system för kunskapsstyrning.

Epidemiologi

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk artritsjukdom som vanligen presenterar sig med symmetriskt engagemang av små leder i händer och fötter. I Sverige har cirka 0,7 % av vuxen befolkning RA och cirka 40 individer nyinsjuknar per 100 000 invånare och år. Insjuknande ses i alla åldrar men majoriteten utvecklar sjukdom mellan 50 och 70 år och är tre gånger vanligare bland kvinnor jämfört män. Läkemedelsbehandling av RA har förbättrats betydligt de senaste decennierna och tidigt insatt behandling förbättrar prognos.

Etiologi

RA är en autoimmun sjukdom där patogenesen är delvis okänd. Det finns kända genetiska faktorer (till exempel shared epitope) och miljöfaktorer (till exempel rökning) som klart ökar risken för insjuknande.

Samsjuklighet

Vid RA finns en betydande samsjuklighet i hjärtkärlsjukdom, lungsjukdom och osteoporos.

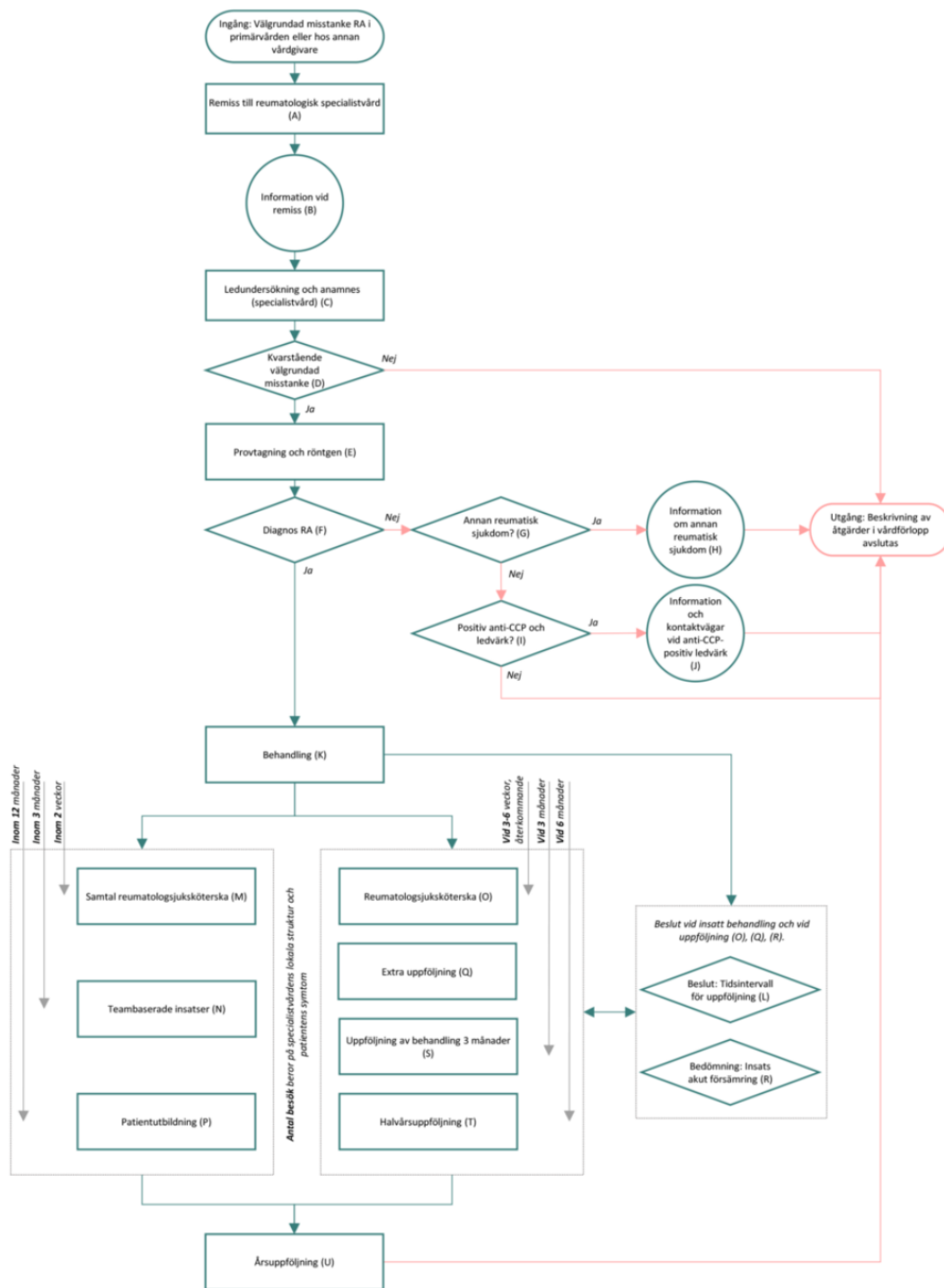
Processmål

Strukturerat omhändertagande av patienter ≥ 18 år med välgrundad misstanke om reumatoid artrit med syfte att minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling.

Ett strukturerat omhändertagande ska leda till att:

- öka andelen patienter snabbt når remission eller en låg sjukdomsaktivitet
- minska andel patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning.
- minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling

Processen ska också säkerställa att patienten får behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer.



Figur 1. [vårdförlopp Reumatoid artrit \(RA\)](#), 1177 för vårdpersonal.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

Misstanke och initial utredning vid misstänkt RA utförs oftast i primärvård, för detaljer se rubrik Utredning. Diagnos, kompletterande utredning, behandling och uppföljning sker därefter inom

specialistsjukvård/reumatologi. Förnyad kontakt med primärvård kan bli aktuellt under vårdförloppet för hjälp med ohälsosamma levnadsvanor, vaccination och riskbedömning för hjärtkärlsjukdom.

Specialiserad vård, reumatologi

Uppföljning och behandling av patienter med RA bör ske inom reumatologisk specialistvård.

Utredning

Ingång i vårdförloppet – Steg A respektive B i Figur 1 .

Symtom

Värk och svullnad i leder, morgonstelhet, nattlig värk.

Anamnes

- Hereditet för reumatisk sjukdom.
- Morgonstelhet.
- Effekt av NSAID.
- Aktuella läkemedel.
- Tidigare/nuvarande sjukdomar.

Status och övrig utredning

- Ledstatus, ömma och svullna leder (ange vilka leder).
- Laboratorieprover.
- Anti-CCP, Hb, Lpk, Tpk, SR, CRP.
- Bilddiagnostik (diagnostiska undersökningar).
- Röntgen av händer, fötter och annan drabbad led (invänta ej svar om det fördröjer remissen till reumatolog).

Differentialdiagnoser

Artros, trauma, infektion, annan artritsjukdom.

Välgrundad misstanke om RA

Välgrundad misstanke om RA föreligger om patienten har ledvärk och/eller svullna leder där annan orsak till symtomen som till exempel trauma, gikt eller infektion har uteslutits samt att patienten har minst en av följande

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

Remiss, obligatoriskt innehåll

Remiss till specialistvård bör innehålla obligatorisk information om:

- Aktuella symtom, debuttidpunkt/duration.
- Ledstatus, ömma och svullna leder (ange vilka leder).
- Laboratorieprover: anti-CCP, Hb, Lpk, Tpk, SR, CRP.

Remiss, önskvärt innehåll

- Hereditet för reumatisk sjukdom.
- Morgonstelhet.
- Effekt av NSAID.
- Aktuella läkemedel.
- Tidigare/nuvarande sjukdomar.
- Laboratorieprover: Reumatoid Faktor (RF).
- Röntgensvar av händer, fötter och annan drabbad led (invänta ej svar om det fördröjer remissen till reumatolog).

Vid välgrundad misstanke om RA bör remiss skickas inom en vecka. Se även [Regional medicinsk riktlinje – Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

För att underlätta bedömningen hos reumatolog, undvik per oral kortisonbehandling. Tid för nybesök i specialistvård erbjuds inom 30

dagar från remissdatum. Om diagnos RA fastställs fortsätter patienten i vårdförloppet och fortsatt uppföljning sker i specialistvården.

Behandling

Steg K till U i Figur 1.

Handläggning vid behandling

Läkemedelsbehandling vid RA och regionala rekommendationer för val av kostnadseffektiv behandling och terapiråd se

[Terapigrupp Reumatologi, Vårdgivarwebben.](#)

Förebyggande åtgärder

Vaccination bör övervägas enligt [vårdförloppet](#). Kardiovaskulär screening bör genomföras i kardiovaskulära modulen i Svensk Reumatologi Kvalitetsregister (SRQ), vid låg sjukdomsaktivitet, på alla patienter ≥ 40 år utan manifest hjärtkärlsjukdom eller diabetes. Patient som bedöms ha ökad risk för hjärtkärlsjukdom kan remitteras till primärvården för fortsatt omhändertagande.

Profylax för osteoporos bör övervägas.

Egenvård

Patienten uppmuntras att genomföra egenvård, exempelvis avseende fysisk aktivitet, rökavvänjning, hälsosamma matvanor och alkoholvanor.

Levnadsvanor

Kartläggning, information och dialog om hälsosamma levnadsvanor utförs av flera yrkesgrupper, se [vårdförloppet](#).

Omvårdnad

Information kring och uppföljning av antireumatisk läkemedelsbehandling inklusive rutiner för monitorering och provtagningar.

Dialog med patienten om behov av utökat stöd från andra professioner.

Teambaserade insatser

- Fysioterapi - bedömning av funktion och aktivitet samt instruktioner/stöd för fortsatt träning, behandling och uppföljning.
- Arbetsterapi - bedömning av funktion och aktivitet samt instruktioner/stöd för fortsatt träning, behandling och uppföljning.
- Psykologisk och psykosocial behandling - erbjudande av kontakt med kurator för att få stödsamtal och information.

Nutrition

I särskilda fall kan dietist bli aktuellt.

Utbildning och stöd

Patientutbildning bör erbjudas alla under första året – kan ske individuellt eller i grupp, i form av fysiska träffar eller via nätet.

Läkemedel

Läkemedelsbehandling vid RA och regionala rekommendationer för val av kostnadseffektiv behandling och terapiråd se [Terapigrupp Reumatologi, Vårdgivarwebben](#).

Remissrutiner

Remiss till primärvård för värdering och ställningstagande till åtgärd avseende kardiovaskulär risk.

Remiss DEXA-mätning för osteoporos, exempelvis vid planerad långvarig kortisonbehandling till äldre patient ($\approx > 60$ år).

Remiss till primärvård för osteoporoscreening vid misstanke om osteoporos men ingen tydlig indikation för läkemedelsbehandling.

Sjukskrivning

Kan vara aktuellt – se [försäkringsmedicinskt beslutsstöd](#) för reumatoid artrit (RA).

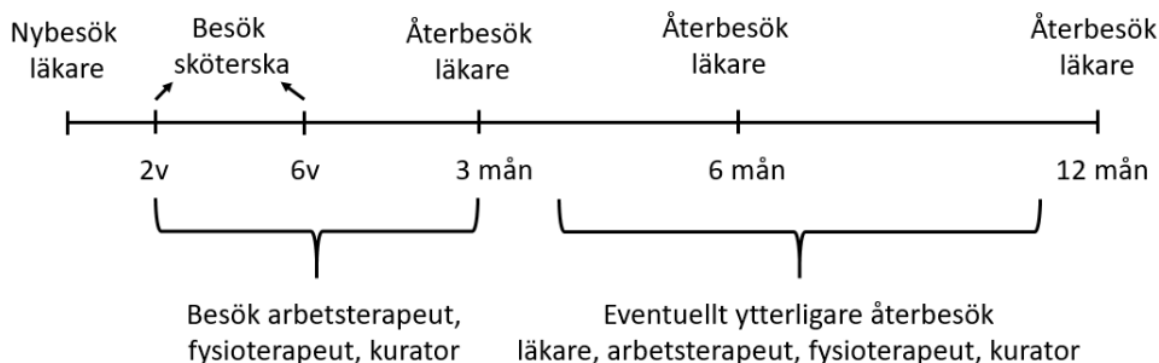
Komplikationer

Sjukdomen RA kan sprida sig utanför leder och ge upphov till symtom i andra vävnader, exempelvis blodkärl (vaskulit), nerver och lungor.

Kortison är en vanlig behandling vid RA och det ger ytterligare riskökning för osteoporos. Läkemedelsbehandling vid RA kan medföra varierande grad av immunsuppression vilket kan ge upphov till ökad infektionskänslighet.

Klinisk uppföljning

- Uppföljning till sjuksköterska vid 2 och 6 veckor, samt vid behov.
- Uppföljning till läkare efter 3, 6 och 12 månader, samt vid behov.
- Om patienten uppger tecken på akut försämring bör patienten erbjudas en kontakt.
- Om det bedöms föreligga ett behov av lokala steroidinjektioner och/eller ändrad DMARD-behandling bör detta ske inom en vecka.



Figur 2 Ledtid från nybesök till återbesök och berörda yrkeskategorier

Patientmedverkan och kommunikation

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

Se även [Dokumenterad överenskommelse patientkontrakt inom hälso- och sjukvård](#).

Patientinformation

- [Ledgångsreumatism - RA - 1177 Vårdguiden](#)
- [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – information till patienter - Socialstyrelsen](#)
- [Reumatoid artrit \(RA\) - Reumatikerförbundet](#)

Utbildning och stöd

Patientutbildning bör erbjudas under första året efter diagnos. Det kan ske individuellt eller i grupp, i form av fysiska träffar eller via webb. Kontakt med kurator erbjuds alla patienter under första året efter diagnos.

För vårdgivare

[Reumatoid artrit, vårdförlopp](#)

[Patientstöd vid reumatisk sjukdom, nationell kunskapsstyrning.](#)

Indikatorer och målvärden

Kvalitetsuppföljning

Uppföljning sker baserat på data från kvalitetsregistret SRQ och andra vårddatabaser. Exempel på mått som används:

Utfallsmått

- Andel patienter som uppnått låg sjukdomsaktivitet vid 12 månader, målvärde $\geq 75\%$
- Andel patienter med låg smärta vid 12 månader, målvärde $\geq 50\%$

Processmått

- Andel patienter som erbjudits tid för nybesök inom 30 dagar, målvärde $\geq 90\%$.
- Andel patienter som bedömts av arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 månader, målvärde $\geq 80\%$.
- Andel patienter > 40 år som genomgått screening för hjärtkärlsjukdom inom 12 månader, målvärde $\geq 80\%$.

För mer utförlig information om måtten, se [Kvalitetsindikatorer inom svensk hälso- och sjukvård](#).

Innehållsansvarig

Samordningsråd reumatologi.

Referenser

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

Brodin N, Swärdh E. Kapitel: Fysisk aktivitet vid reumatoid artrit. FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling.

Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, YFA; 2017.

<http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Reumatoid-artrit.pdf>.

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

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

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

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Katarina Almehed, (katal4), Verksamhetschef

Granskad av: Mats Dehlin, (matde1),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-930

Version: 1.0

Giltig från: 2026-03-23

Giltig till: 2028-03-23