

Regional medicinsk riktlinje

RA etablerad

Innehållsförteckning

Syfte	Error! Bookmark not defined.
Huvudbudskap	1
Vårdnivå och samverkan.....	2
Bakgrund.....	3
Indikatorer och målvärden	4
Förändringar sedan föregående version	Error! Bookmark not defined.
Utredning	4
Behandling	5
Läkemedel.....	5
Remissrutiner	6
Sjukskrivning	6
Komplikationer	6
Klinisk uppföljning	6
Patientmedverkan och kommunikation.....	7
För vårdgivare	8
Referenser	8
Relaterade dokument	8

Huvudbudskap

- Patienter med RA bör följas upp strukturerat baserat på aktuell sjukdomsaktivitet, hög eller låg.

- Patienter med RA över 40 års ålder bör genomgå screening för hjärtkärlsjukdom vart 5:e år.
- Patienter med RA har behov av rehabilitering. Vid svårighet att identifiera vårdnivå för rehabilitering (primärvård/specialiserad vård) kan fördjupad bedömning utförd av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller kurator med särskilda kunskaper inom reumatologi vara till hjälp.
- Patienter med RA erbjuds strukturerad uppföljning inför, under och efter graviditet.

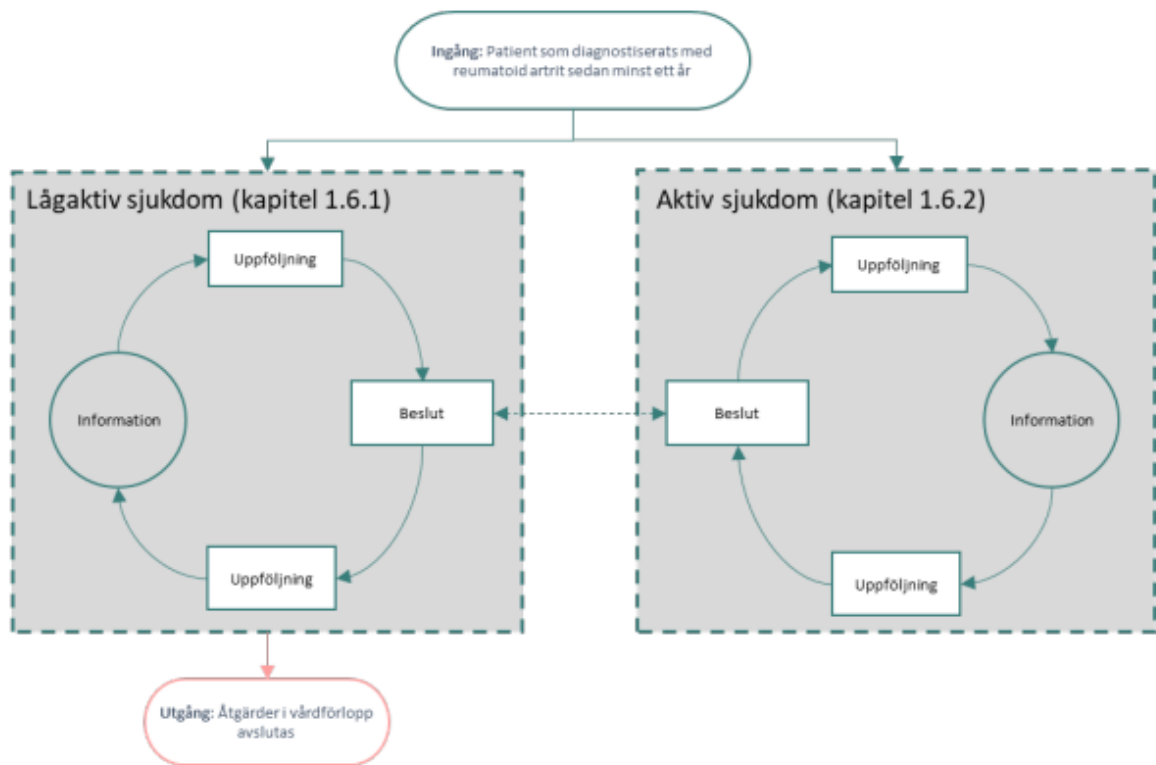
Vårdnivå och samverkan

Primärvård

Förnyad kontakt med primärvård kan bli aktuellt under vårdförloppet för hjälp med rehabilitering, ohälsosamma levnadsvanor, vaccination, riskbedömning för hjärtkärlsjukdom, smärta och osteoporos. Om patienten ej bedöms i behov av fortsatt reumatologisk specialistvård avslutas vårdförloppet och fortsatt uppföljning sker i primärvård.

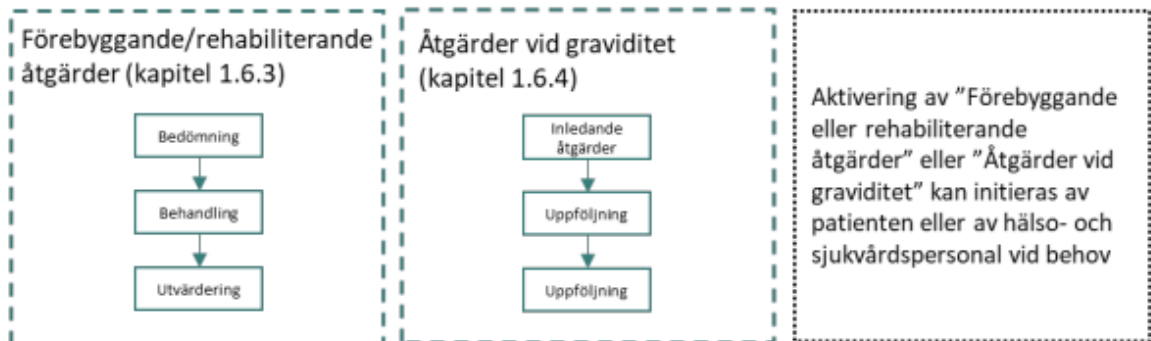
Specialiserad vård – reumatologi

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



En patient som tillhör målgruppen för vårdförloppet ska alltid vårdas i ett av förloppen *Lågaktiv sjukdom* eller *Aktiv sjukdom*, beroende på sjukdomens aktivitet.

Ytterligare åtgärder som kan aktiveras inom vårdförloppet:



Bakgrund

Epidemiologi

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk artritsjukdom. 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 sjukdomen är tre gånger vanligare bland kvinnor jämfört med män. Antal RA-patienter förutses öka över de kommande decennierna till följd av åldersfördelningen i den svenska befolkningen. Läkemedelsbehandling vid RA har förbättrats betydligt de senaste decennierna och tidigt insatt behandling förbättrar prognosen.

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 hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom och osteoporos.

Definition

RA är en kronisk artritisk sjukdom som vanligen presenterar sig med symmetriskt engagemang av små leder i händer och fötter, uttalad morgonstelhet och varierande grad av funktionsförlust. Cirka 2/3 av patienter med RA är positiva för autoantikropp mot cyklisk citrullinerad peptid (anti-CCP). Sjukdomen ger obehandlad i stor utsträckning upphov till ledförstörelse med påföljande betydande funktionsnedsättningar. Ledskador kan påvisas med röntgen av drabbade leder. Diagnosen ställs kliniskt.

Indikatorer och målvärden

Uppföljning av vårdförloppet sker baserat på data från Svensk Reumatologi Kvalitetsregister (SRQ), andra vårddatabaser och nationella patientenkäten. Exempel på mått som används följande.

Utfallsmått

- Andel patienter med låg sjukdomsaktivitet, målvärde > 85 %.
- Andel patienter med hög smärta, målvärde < 30 %.
- Patientupplevelse av delaktighet vid reumatoid artrit, målvärde högt.

Processmått

Täckningsgrad för patienter med reumatoid artrit i kvalitetsregistret SRQ, målvärde ≥ 90 %.

För mer utförlig information om måtten, se hemsida:

<https://kvalitetsindikatorokatalog.se>

Utredning

Patienter som följs i vårdförloppet har redan en fastställd RA diagnos sedan minst ett år tillbaka.

Vid besök hos läkare eller sjuksköterska med specialkompetens i reumatologi fastställs sjukdomsaktivitet, låg eller hög, och ställningstagande till fortsatt behandling görs.

Rehabiliteringsbehov identifieras.

Screening för osteoporos övervägs.

Screening för kardiovaskulär samsjuklighet görs vart femte år av alla patienter 40 år och äldre. Undantaget är patienter med diabetes eller manifest hjärt-kärlsjukdom då de redan omfattas av screening av annan vårdgivare.

Vid långvarig hög smärta, VAS>40, och låg sjukdomsaktivitet ska åtgärd övervägas: smärtlindring, rehabilitering, remiss till smärtenhet.

Vid behov rådgivning inför graviditet – för mer information se SRFs

[Rekommendationer avseende anti-inflammatorisk och immun-modulerande behandling i samband med graviditet och amning](#)

Behandling

Förebyggande åtgärder

Vaccination övervägs enligt SRF:s riktlinjer - [Vaccination av patienter med inflammatoriska reumatiska sjukdomar](#). Kardiovaskulär screening genomförs i kardiovaskulära modulen i Svensk Reumatologi Kvalitetsregister (SRQ), helst under period med låg sjukdomsaktivitet, på alla patienter ≥ 40 år utan manifest hjärtkärlsjukdom eller diabetes vart 5:e år. Patienter som bedöms ha ökad risk för hjärtkärlsjukdom kan remitteras till primärvården för fortsatt omhändertagande. För mer information se SRF:s riktlinjer för [Kardiovaskulär primärprevention vid inflammatorisk reumatisk sjukdom](#).

Profylax för osteoporos ska övervägas.

Egenvård

Patienter uppmanas att genomföra egenvård, exempelvis avseende fysisk aktivitet, rökavvänjning, hälsosamma matvanor och alkoholvanor.

Levnadsvanor

Kartläggning, information och dialog om hälsosamma levnadsvanor utförs av flera yrkesgrupper. För mer information, se [Levnadsvanor och reumatisk sjukdom - Svensk Reumatologisk Förening](#).

Läkemedel

Läkemedelsbehandling enligt riktlinjer från Svensk Reumatologisk Förening – [Riktlinjer för läkemedelsbehandling vid reumatoid artrit](#).

Regionala rekommendationer för val av kostnadseffektiv behandling och terapiråd återfinns på [Terapigrupp Reumatologis hemsida](#).

Remissrutiner

Se även [Regional medicinsk riktlinje – Remiss inom hälso- och sjukvård.](#)

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 ($\approx > 50$ år).

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

Remiss för hjälp med omställning till hälsosamma levnadsvanor, se regionala styrande dokument inom området [levnadsvanor](#).

Remiss till smärtenhet vid långvarig hög smärta, VAS >40 , och låg sjukdomsaktivitet.

Remiss för rehabilitering skickas till specialiserad vård eller primärvård beroende på det specifika rehabiliteringsbehovet. Vid behov kan rätt vårdnivå behöva identifieras via fördjupad bedömning utförd av arbetsterapeut, fysioterapeut och/eller kurator med särskilda kunskaper inom reumatologi.

Sjukskrivning

Kan vara aktuellt – se försäkringsmedicinskt beslutsstöd [Reumatoid artrit \(RA\)](#) för mer information.

Komplikationer

Sjukdomen RA kan sprida sig utanför leder och ge upphov till symptom i andra vävnader, exempelvis blodkärl (vaskulit), nerver och lungor. Kortison är en vanlig behandling vid RA vilken ger ytterligare riskökning för osteoporos.

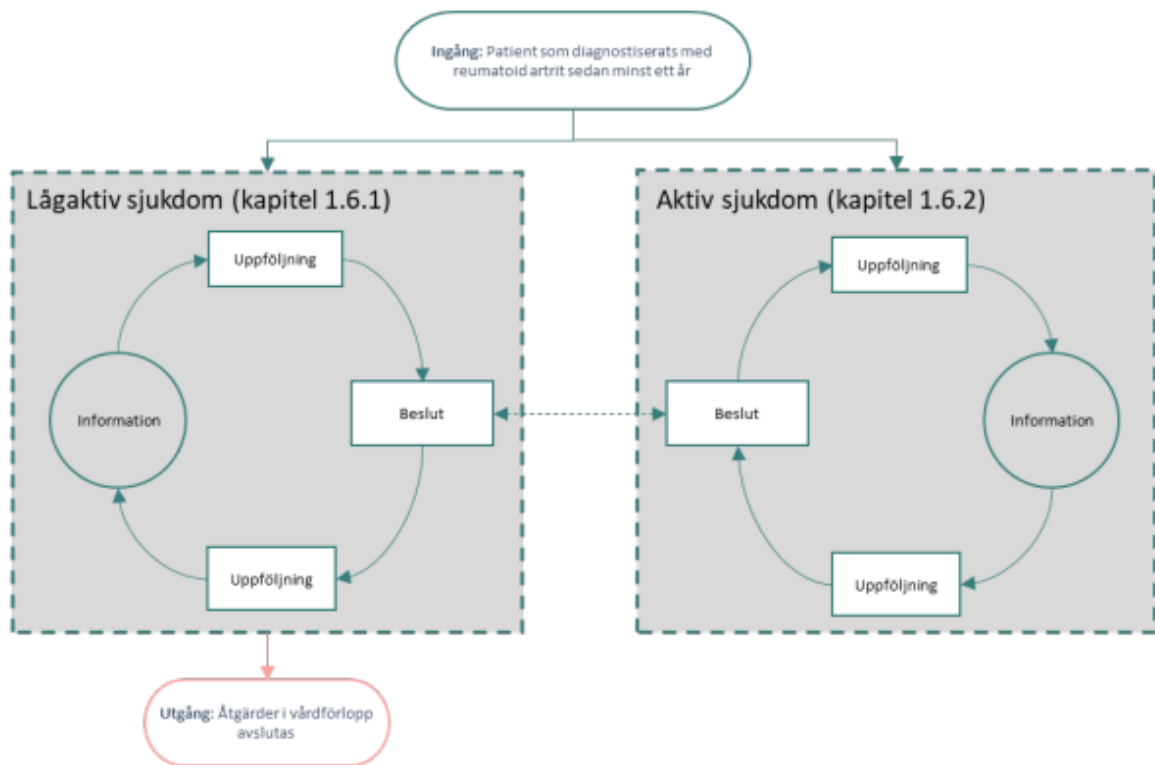
Läkemedelsbehandling vid RA kan medföra varierande grad av immunsuppression vilket kan ge upphov till ökad infektionskänslighet.

Klinisk uppföljning

Den absoluta majoriteten av patienter med etablerad RA har låg sjukdomsaktivitet och har då återbesök till läkare var 24:e månad. Om patienten uppger tecken på akut försämring erbjuds en kontakt. Om det bedöms föreligga behov av lokala steroidinjektioner och/eller ändrad anti-reumatisk läkemedelsbehandling (DMARD-behandling) bör detta erbjudas inom en till två veckor beroende på orsak och grad av försämring.

Patienter med etablerad RA med hög sjukdomsaktivitet följs med återbesök till läkare var 3:e månad tills patienten uppnår låg sjukdomsaktivitet och då uppföljning

enligt ovan. Om en patient med etablerad högaktiv RA 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 erbjudas inom en till två veckor beroende på orsak och grad av försämring. Vid nytillkommen hög sjukdomsaktivitet övervägs eventuell underliggande orsak därtill. Vid hög sjukdomsaktivitet söks tecken på extra-artikulära manifestationer.



En patient som tillhör målgruppen för vårdförloppet ska alltid vårdas i ett av förloppen *Lågaktiv sjukdom* eller *Aktiv sjukdom*, beroende på sjukdomens aktivitet.

Patientmedverkan och kommunikation

Personcentrering och patientkontrakt

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i vårdförloppet.

Patientöverenskommelsen ska innehålla information om fortsatt vård, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Det ska också framgå om patienten själv ska ta kontakt för att boka tid eller om kallelse kommer att skickas samt information om vilka kontaktvägar som finns om patienten har frågor eller blir försämrad. Om kontaktvägarna varierar beroende på profession så bör denna information ingå.

Provtagning och eventuella restriktioner som behövs med anledning av den medicinska behandlingen skall tydliggöras för patienten. Egenvård, exempelvis träning och levnadsvanor utifrån person och behov, bör också ingå i överenskommelsen, samt var patienten kan vända sig för att få stöd för detta.

Se även [Regional riktlinje – Patientkontrakt inom hälso- och sjukvården](#)

Patientinformation:

- [Ledgångsreumatism - RA - 1177](#)
- [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – information till patienter - Socialstyrelsen](#)
- [Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar – Socialstyrelsen](#)
- [Att leva med reumatoid artrit \(RA\) - Reumatikerförbundet](#)

Utbildning och stöd

Patienter med RA erbjuds utbildning i sin sjukdom under första året efter diagnos men denna kan erbjudas även senare eller upprepas senare i sjukdomsförloppet. 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 och därefter vid behov.

Referenser

Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2023;82:3-18.

Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, et al. EULAR points to consider for the management of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2022;81:20-33.

Murray, K.E., et al. Updated pharmacological management of rheumatoid arthritis for women before, during, and after pregnancy, reflecting recent guidelines. *Ir J Med Sci*, 2019. 188(1): p. 169-172.

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.

Relaterade dokument

Här ska du lista de dokument som relateras till det styrande dokumentet.

Ange både vad dokumentet heter och infoga en länk till det upprättade dokumentet.

Om det relaterade dokumentet tas bort ska informationen under denna rubrik uppdateras.

Om det relaterade dokumentet är en bilaga till huvuddokumentet, ska du i bilagan ange, om möjligt, relationen till detta huvuddokument under rubriken Relaterade dokument.

Då det inte finns några regionala dokumentmallar för relaterade dokument ansvarar var och en som skapar ett relaterat dokument för att lägga till rubriken Relaterade dokument i det relaterade dokumentet.