

Verdien av å oppnå remisjon i inflammatoriske revmatiske lidelser

En evidensordliste

2024



Om

Denne evidensordlisten oppsummerer nåværende forskning på betennelsesgikt og verdien av remisjon.

Dette dokumentet fungerer som en ledsager til den globale alliansen for pasienttilgangsrapport kalt Verdien av å oppnå remisjon i inflammatoriske revmatiske lidelser (april 2024).

Den globale alliansen for pasienttilgang samarbeidet med OPEN Health om å sammenstille forskningen fremhevet i denne ordlisten.

Verdien av å oppnå remisjon i inflammatoriske revmatiske lidelser

Utbredelse	3
Påvirkning	5
Tidlig handling	7
Fordeler med remisjon	9
Dokumenterte løsninger	17

Utbredelse



Utbredelsen av leddgikt vil øke betydelig

Revmatoid artritt

- Mer enn 18 millioner mennesker globalt lever med leddgikt (RA).^{1,2} Utbredelsen er dobbelt så høy blant kvinner som hos menn.³
- Dette tallet vil vokse til nesten 32 millioner innen 2050—en økning på 80 %—som estimert av den globale sykdomsbyrdestudien.²
- Visse regioner har en projisert økning på over 200 %:
 - Østre, sentrale og vestlige Afrika sør for Sahara
 - Sør-Asia
 - Oseania
 - Sørlige Afrika sør for Sahara.²

Spondyloartritt

- Den globale utbredelsen av spondyloartritt (SpA)* er mindre kjent. Den har blitt estimert å variere fra 0,20 % i Sørøst-Asia til 1,61 % i nordlige samfunn i Arktis.
- Dette betyr at om lag:
 - 13,1 millioner mennesker lever med SpA i Øst-Asia
 - 4,5 millioner mennesker lever med SpA i USA
 - 4,0 millioner mennesker lever med SpA i Europa⁴

* SpA includes ankylosing spondylitis, axial SpA, enteropathic SpA, peripheral SpA, psoriatic arthritis, and reactive arthritis.

1. World Health Organization. Rheumatoid arthritis: key facts. 28 June 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>

2. GBD 2021 Rheumatoid Arthritis Collaborators. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990–2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet Rheumatol.* 2023;5(10):e594-e610.

3. Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(7):1316-22.

4. Stolwijk C, et al. Global prevalence of spondyloarthritis: a systematic review and meta-regression analysis. *Arthritis Care Res.* 2016;68(9):1320-31.

Påvirkning



Muskelskjelettsykdommer er **svekkende**

- Inflammatoriske revmatiske lidelser er medlemmer av den store familien av muskelskjelettsykdommer (MSK). Byrden av MSK-sykdommer økte betydelig mellom 2000 og 2015, ifølge en systematisk analyse av Verdens helseorganisasjons sykdomsbyrdedatabase, som dekker 183 land. Byrden ser man i økningen fra 80 millioner til 108 millioner uførhetsjusterte leveår (DALY-er) i disse årene.
- MSK-sykdommer var den nest fremste årsaken til år levd med uførhet (YLD-er) i verden i 2015, etter psykiatriske lidelser.¹
- I EU:
 - MSK-sykdommer er hovedårsaken til uførhet.²
 - Opptil halvparten av medlemsstatenes befolkning i arbeidsdyktig alder kan bli diagnostisert med en kronisk MSK-sykdom innen 2030.²
 - Halvparten av alle fravær skyldes MSK-sykdommer.³
 - 60 % av permanent arbeidsuførhet skyldes MSK-sykdommer.³
- Byrdeøkningen er spesielt sterk i høyinntektsland, som har en lang forventet levetid og en høy andel eldre mennesker sammenlignet med yngre mennesker. På grunn av den samlede forbedringen av medisinsk behandling og raske endringer i livsstilstilknyttede risikoer, som røyking, overvekt og redusert fysisk aktivitet, er en lignende økning forventet i lavinntektsland.⁴
- I Storbritannia, et eksempel på et høyinntektsland, er MSK-tilstandene en del av Major Conditions Strategy, med tidlig diagnose, tidlig intervensjon og kvalitetsbehandling som fremhevede hovedstrategier.⁵
- I den politiske debatten i Storbritannia anerkjenner man at, foruten den humanistiske påvirkningen av selve sykdommen, den kan føre til arbeidsledighet og fattigdom samt betydelige kostnader for staten i form av folketrygd- og NHS-utgifter. **«Det handler om økonomisk vitalitet.»**⁶

1. Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization burden of diseases database. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):844-48.

2. Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(7):1316-22.

3. Why early management of chronic disease in the EU workforce should be a priority: a call for action for the Latvian presidency of the EU & member states.

4. Sebbag E, et al. The world-wide burden of musculoskeletal diseases: a systematic analysis of the World Health Organization Burden of Diseases Database. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(6):844-48.

5. Department of Health & Social Care. Major conditions strategy: case for change and our strategic workforce. 21 Aug 2023. <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>

6. UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/OABAE0C-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

Tidlig handling



Tidlig handling er avgjørende for å forhindre langsiktig uførhet

- Tidlig handling ved betennelsessykdommer kan bidra til å hindre irreversibel skade fra sykdom. I 2010 estimerte man at RA forårsaket 4,8 millioner DALY-er globalt.¹
- En studie fra USA fant at mennesker med RA opplever en betydelig høyere risiko for død, med 27 % overdødelighet.²
- Mens mennesker med RA ofte også lider av andre sykdommer, har det blitt dokumentert at RA i seg selv, uavhengig av tilstedeværelsen av samsykdommer, i betydelig grad er forbundet med dødelighet.³
- Selv om sykdommen fortsatt reduserer forventet levetid, lever mennesker med RA i dag lengre enn noensinne, hovedsakelig på grunn av forbedret medisiner. Dette betyr at de kan tilbringe mange år med uførhet.
- År med uførhet er den største bidragsyteren til 4,8 millioner DALY-ene globalt. Det tilsvarer at 4 800 000 gode leveår går tapt.¹
- Selv om tidlig intervensjon er viktig, er det for få pasienter som anerkjenner dette faktum. I Storbritannia utsetter 50 %-75 % av menneskene med RA å søke medisinsk hjelp i 3 måneder eller mer. Etter det besøker pasienter allmennlegen sin i gjennomsnitt fire ganger før de blir henvist. Dette blir totalt et gjennomsnitt på ni måneder fra symptomutbrudd til behandling.⁴



4 800 000

FRISKE LEVEÅR

GÅR TAPT

1. Cross M, et al. The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 2014;73(7):1316-22.
2. Gabriel SE, et al. Survival in rheumatoid arthritis: a population-based analysis of trends over 40 years. *Arthritis Rheum.* 2003;48(1):54-58.

3. Navarro-Cano G, et al. Association of mortality with disease severity in rheumatoid arthritis, independent of comorbidity. *Arthritis Rheum.* 2003;48(9):2425-33.

4. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Fordeler med remisjon



Oppnåelse av remisjon er avgjørende for pasienter og helsesystemer

Det er feil overfor mennesker med betennelsessykdommer å tilnærme seg betennelsessykdommer kun fra en bred MSK-vinkel. Slike strategier er ofte innrettet mot korsryggsmerte og osteoartritt, og den ledsagende fysioterapien, kirurgi og arbeidsplassjusteringer. Mennesker med betennelseskikt mottar for øyeblikket ikke optimal pleie:

- Behandling blir ofte ikke initiert i løpet av behandlingsvinduet på 12 uker.¹
- Av de som mottar medisinsk behandling, er det 70 % som ikke oppnår remisjon.²

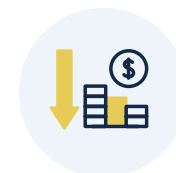
For betennelsessykdommer bør målet være forebygging gjennom tidlig diagnose og en behandle-til-remisjon-tilnærming, der remisjon er fraværet av sykdomstegn og symptomer.

Oppnåelse av remisjon endrer mye for både enkeltpersoner og helsesystemer og bør være et mål for offentlig helsepersonell.

Fordeler med remisjon



Arbeidsproduktivitet
37 % - 75 % forbedring^{3,4,5}



Utgifter til medisinsk behandling
19 % - 52 % besparelser⁵



Forbedrede resultater
Bedre fysisk helse, dvs. mindre smerte og tretthet og forbedret psykisk tilstand^{3,6,7,8,9}

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Yu C, et al. Remission rate and predictors of remission in patients with rheumatoid arthritis under treat-to-target strategy in real-world studies: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol*. 2019;38(3):727-38.

3. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

4. Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port*. 2012;37(2):134-42.

5. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.

6. Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(10):1707-12.

7. Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol*. 2018;28(5):789-99.

8. Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2011;50(2):401-409.

9. Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med*. 2015;30(3):384-90.

Remisjon gjør at mennesker kan **arbeide**

En av de mer forlokkende fordelene med remisjon er hvordan det gjør at mennesker kan være mer produktive i hverdagen.

Når mennesker ikke lenger opplever byrden av de svekkende effektene av betennelsesgikt, kan de være mer aktive i arbeidet. Mennesker som derimot ikke kan oppnå remisjon vil risikere å komme i en syklus av trygd og arbeidsledighet. Dette påvirker ikke bare den økonomiske uavhengigheten deres, men belaster også det sosiale velferdssystemet.

Ved å øke remisjonsraten kan menneskene være bedre i stand til å leve meningsfulle og økonomisk produktive liv, noe som er til nytte for både dem selv og samfunnet som helhet. Storbritannias National Audit Office har uttalt at «forsinkelse i behandling (av RA) er skadelig for pasienters helse, deres livskvalitet og, med tre fjerdedeler av mennesker i arbeidsdyktig alder når de diagnostiseres, økonomien.»¹

Arbeidsuførhet, med andre ord tidlig pensjonering, er hovedårsaken til produktivitetstap. Unngåelse eller utsettelse av tidlig pensjonering kan derfor føre til betydelige kostnadsbesparelser.

Det finnes flere måter å se på arbeidsproduktivitet: produktivitetssvekkelse, tapte arbeidsdager og arbeidsuførhet.

Flere studier kvantifiserer tapte arbeidsdager som er tilknyttet inflammatoriske revmatiske lidelser.

- I Storbritannia ble kostnaden fra tapte arbeidsdager grunnet osteoartritt og RA estimert til å være £ 2,6 milliarder i 2017 ifølge Versus Arthritis, som spår at tallet vil øke til £ 3,4 milliarder innen 2030.²
- National Axial Spondyloarthritis Society, som også befinner seg i Storbritannia, estimerte at en 26 år gammel pasient som har ventet 8,5 år på en aksial SpA-diagnose sannsynligvis vil tape rundt £ 187 000 i sin levetid, der mesteparten vil komme fra produktivitetstap som skyldes redusert arbeid.²
- En studie av mennesker med RA i Argentina fant at indirekte kostnader grunnet tapte arbeidsdager var høyere med en faktor på 2,3 for personer med aktiv sykdom sammenlignet med personer i remisjon. Man brukte gruppen som skåret best i helsevurderingsskjemaet som en erstatning for remisjon/som en tilnærming for remisjon.³

Både en østerriksk og en japansk studie som så på nivåer av RA-relatert svekkelse hos personer i arbeidsstyrke fant at mennesker i remisjon hadde en lavere produktivitetssvekkelse enn mennesker med lav sykdomsaktivitet (LDA) eller moderat/høy sykdomsaktivitet (M/HDA).

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConitionsAndEmployment>

3. Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(3):532-40.

Sammenlignet med produktiviteten til en person uten RA, er de som er i remisjon kun 8 %-12 % mindre produktive; i motsetning til personer med LDA som er 21 %-27 % mindre produktive og personer med M/ HDA som er 30 %-46 % mindre produktive.^{1,2,3}

- **Remisjon kan redusere indirekte kostnader, inkludert tap i arbeidsproduktivitet:**
 - I Portugal ble tap av arbeidsproduktivitet—når det gjelder tapte arbeidsdager, inkludert familiemedlemmers—reduisert med 75 % (fra € 540 til € 135) årlig.⁴
 - I Østerrike var remisjon forbundet med å redusere årlige indirekte kostnader (fra € 14 273 til € 9023). Den østerrikske studien vurderte arbeidsproduktivitetstap, inkludert tidlig pensjonering (arbeidsuførhet).¹ 34 % av de pensjonerte studiedeltakerne var faktisk førtidspensjonerte på grunn av RA.³

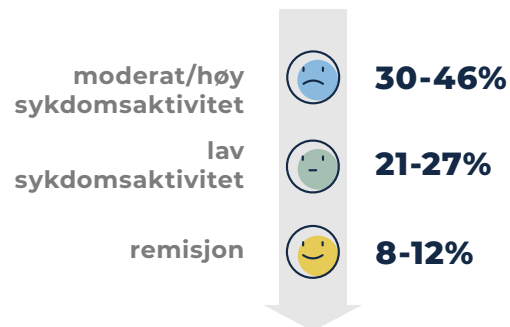
For å komme tilbake til poenget til Storbritannias National Audit Office, har investering i helse, i forebygging og i evne et positivt resultat ved at velferdsutgiftene som skyldes uførhet reduseres. Selv om poenget har kommet frem, nemlig at investeringer i en helse til en verdi £ 11 millioner kompenseres og vel så det av velferdsbesparelser på £ 31 millioner, så har påvirkning på tvers av departementene hemmet handlingen.⁵

Sagt enkelt, fra et samfunnsperspektiv, er høy sykkelighet dyrere enn høy dødelighet.

Årlig påvirkning per person på produktivitet

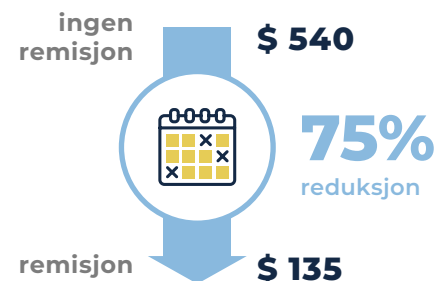
Tilstedeværelse og produktivitetssvekkelse^{1,2,3}

«arbeide mens man er syk med lavere produktivitet»



Fravær og tapte arbeidsdager⁴

ofte fraværende fra arbeid



Kostnader knyttet til arbeidsuførhet og tidlig pensjonering¹

\$ 14 273
ingen remisjon



\$ 9 023
remisjon

1. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.
 2. Kim D, et al. Importance of obtaining remission for work productivity and activity of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2017;44(8):1112-17.
 3. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.

4. Miranda LC, et al. Finding Rheumatoid Arthritis Impact on Life (FRAIL Study): economic burden. *Acta Reumatol Port.* 2012;37(2):134-42.
 5. Bevan S. Reducing temporary work absence through early intervention: the case of MSDs in the EU. Fit for Work. The Work Foundation (part of Lancaster University).

FORDEL # 2

Remisjon **reduserer** utgifter til medisinsk behandling

- Det er stor forskjell på medisinske kostnader og helseressursutnyttelse mellom pasienter som nådde remisjon og de som ikke gjorde det.
- Pasienter i remisjon hadde konstant lavere direkte medisinske kostnader og lavere bruk av helseressurser sammenlignet med pasienter uten remisjon, ifølge en nylig gjennomgang av RA som dekket 16 studier i 12 land og 3 kontinenter.¹
- Remisjon var forbundet med 19 %-52 % besparelser i direkte medisinske kostnader.¹
- Pasienter i remisjon ble rapportert til å ha en gjennomsnittlig årlig medisinsk kostnad på € 2464 (varierer fra € 821 til € 11 272) sammenlignet med gjennomsnittskostnader på € 4717 (varierer fra € 1042 til € 16 879) blant de som ikke er i remisjon.¹
- Kostnadsbesparelser forbundet med remisjon, sammenlignet med lav eller moderat til høy sykdomsaktivitet, ble rapportert som henholdsvis € 285 (20 %) og € 3804 (51 %).¹
- Antall sykehusinnleggelser var 64 % lavere for personer i remisjon sammenlignet med personer med moderat til høy sykdomsaktivitet. Leddoperasjoner var 53 % lavere og radiografier var 24 % lavere.²

Sykehusinnleggelser



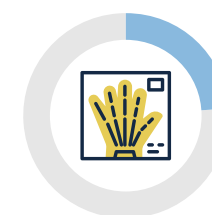
↓ **64%**
reduksjon

Leddoperasjoner



↓ **53%**
reduksjon

Radiografier



↓ **24%**
reduksjon

1. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.

2. Boytsov N, et al. Increased healthcare resource utilization in higher disease activity levels in initiators of TNF inhibitors among US rheumatoid arthritis patients. *Curr Med Res Opin.* 2016;32(12):1959-67.

- Forskning i Argentina fant at sykehuskostnadene blant RA-pasienter var 20 ganger høyere blant pasienter rapportert innenfor helsevurderingsspørreskjemaområdet 2,6-3,0 sammenlignet med de som er innenfor båndet 0,0-0,5, der det sistnevnte båndet kan tolkes som en erstatning for remisjon.¹
- En østerriksk studie fant at årlige medisinske kostnader for RA-pasienter med lav sykdomsaktivitet var 20 % høyere og med moderat til høy sykdomsaktivitet 71 % høyere sammenlignet med de som er i remisjon.²
- En kolombiansk studie fant at de direkte medisinske kostnadene var 2,1 ganger større hos pasienter med alvorlig RA-sykdomsaktivitet sammenlignet med pasienter i remisjon.³
- En amerikansk registeranalyse i psoriasis (PsA) og ankyloserende spondylitt (AS)* vurderte påvirkningen av remisjon og fant at pasienter uten sykdomskontroll hadde 3,0 (PsA) til 7,7 (AS) ganger så stor sannsynlighet for å ha et pasientbesøk.⁴
- Dessuten fant man at pasientkostnader per pasient per år var 3,5 ganger høyere for pasienter med ukontrollert PsA sammenlignet med de med kontrollert PsA.⁴
- Pasienter med AS i Sentral- og Øst-Europa som oppnådde lav sykdomsaktivitetsstatus etter 12 måneder hadde en opptil 83 % reduksjon i antall og lengden på sykehusinnleggelses samt et redusert antall helsepersonellbesøk.⁵

Til slutt er det verdt å bemerke at direkte utgifter er betydelige for mennesker med ukontrollerte betennelsessykdommer og kan forbruke nær 20 % av husholdningsinntekten (USA, 2009). Direkte besparelser grunnet oppnåelse av remisjon skjer i tillegg til de rapporterte besparelsene som er nevnt over i direkte medisinske kostnader.



RA-REMISJON BLE
FORBUNDET MED

**19 % - 52 % medisinske
besparelser**

SAMMENLIGNET
MED IKKE-REMISJON.⁸



* SpA includes ankylosing spondylitis, axial SpA, enteropathic SpA, peripheral SpA, psoriatic arthritis, and reactive arthritis.

1. Secco A, et al. Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2020;37(3):532-40.

2. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther*. 2014;16(1):R56.

3. Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

4. Bergman MJ, et al. Clinical and economic benefit of achieving disease control in psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis: a retrospective analysis from the OMI Registry. *Rheumatol Ther*. 2023;10:187-99.

5. Opris-Belinski D, et al. Impact of adalimumab on clinical outcomes, healthcare resource utilization, and sick leave in patients with ankylosing spondylitis: an observational study from five Central and Eastern European countries. *Drugs Context*. 2018;7:212556.

6. UK Parliament. Musculoskeletal conditions and employment. 10 Jan 2024. <https://hansard.parliament.uk/commons/2024-01-10/debates/0ABAEEOC-A704-4A15-8362-7FD0D6B2020B/MusculoskeletalConditionsAndEmployment>

7. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2009;61:1563-70.

8. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther*. 2022;39(1):75-93.

Forbedrede resultater

Forbedrede resultater og fysisk funksjon observert hos pasienter i remisjon gir menneskelige fordeler, selv sammenlignet med de med lav sykdomsaktivitet.^{1,2,3}

- RA-pasienter i remisjon har høyere (bedre) skår på EQ-5D og 36-punkts Short Form Health Survey (SF-36), som begge vurderer livskvalitet (QoL) basert på ulike domener.⁴
- Pasienter i remisjon har bedre QoL når det gjelder fysisk helse, som indikert av mindre smerte og tretthet,^{2,5,6} forbedret psykisk tilstand (f.eks. bedre søvnkvalitet og mindre depresjon og angst)^{5,6,7,8} og større arbeidsproduktivitet eller kapasitet.^{2,5,9}
- Evnen til å utføre betalt arbeid i seg selv har blitt dokumentert å påvirke QoL positivt, som målt med SF-36 i en norsk RA-studie kontrollert for demografi og sykdomsalvorlighetsgrad.⁹

- En tyrkisk studie av mennesker (N = 962) med AS rapporterte betydelig redusert HRQoL blant pasienter med dårlig sykdomskontroll, som indikert av Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI).¹⁰ Pasienter med en BASDAI < 4 rapporterte en QoL på 4,6 i AS livskvalitetsspørreskjemaet (ASQoL)^{11,12} og personer med en BASDAI >= 4 av 11,2. ASQoL-områdene fra 0 til 18, med en høyere skår indikerer dårligere livskvalitet.¹³

1. Klarenbeek NB, et al. Association with joint damage and physical functioning of nine composite indices and the 2011 ACR/EULAR remission criteria in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2011;70(10):1815-21.

2. Radner H, et al. Remission in rheumatoid arthritis: benefit over low disease activity in patient-reported outcomes and costs. *Arthritis Res Ther.* 2014;16(1):R56.

3. Van Tuyl LH, et al. Evidence for predictive validity of remission on long-term outcome in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(1):108-17.

4. Ostor AJ, et al. Value of remission in patients with rheumatoid arthritis: a targeted review. *Adv Ther.* 2022;39(1):75-93.

5. Ishida M, et al. Residual symptoms and disease burden among patients with rheumatoid arthritis in remission or low disease activity: a systematic literature review. *Mod Rheumatol.* 2018;28(5):789-99.

6. Curtis JR, et al. Patient perspectives on achieving treat-to-target goals: a critical examination of patient-reported outcomes. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 013;65(10):1707-12.

7. Kekow J, et al. Improvements in patient-reported outcomes, symptoms of depression and anxiety, and their association with clinical remission among patients with moderate-to-severe active early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2011;50(2):401-409.

8. Son CN, et al. Sleep quality in rheumatoid arthritis, and its association with disease activity in a Korean population. *Korean J Intern Med.* 2015;30(3):384-90.

9. Grønning K, et al. Paid work is associated with improved health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2010;29(11):1317-22.

10. Garrett S, et al. A new approach to defining disease status in ankylosing spondylitis: the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index. *J Rheumatol.* 1994;21(12):2286-91.

11. Doward LC, et al. Development of the ASQoL: a quality of life instrument specific to ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis.* 2003;62:20-26.

12. van der Heijde DM, et al. Physical function, disease activity, and health-related quality-of-life outcomes after 3 years of adalimumab treatment in patients with ankylosing spondylitis. *Arthritis Res Ther.* 2009;11:R124.

13. Bodur H, et al. Quality of life and related variables in patients with ankylosing spondylitis. *Qual Life Res.* 2011;20(4):543-49.

I en multinasjonal klinisk studie blant mennesker med PsA, ble responder med minimal sykdomsaktivitet sammenlignet med ikke-responder. Sammenlignet med grunnlinjen viste sykdomsaktivitetsresponder vesentlig større forbedringer sammenlignet med ikke-responder i hvert SF 36-domene, Sf-36-sammendragsskåren, EQ-5D-5L og EQ-5D VAS.¹

- Det er også interessant at en stor 20-års² oppfølgingsstudie fant at HAQ og andre pasientrapporterte variabler var de beste prediktorene av dødelighet i RA, mer enn laboratorie-, radiografiske og fysiske undersøkelsesdata. Disse funnene fremhever viktigheten av å samle inn pasientrapporterte data og handle basert på dem.

RA og dets samsykdommer fører raskt til uførhet. En studie utført i Polen med 1000 deltakere viste at 53 % av RA-pasienter hadde blitt diagnostisert med uførhet.³

- RA fører også til depresjon, som oppstår hos 17 %-42 % av pasienter samt angst: 53 %-71 % av pasienter opplever enten depresjon eller angst eller begge deler.⁴

Pasienter i remisjon har bedre livskvalitet



Mindre smerte og tretthet



Forbedret psykisk tilstand



Større arbeidsproduktivitet



1. Coates LC, et al. Achieving minimal disease activity in psoriatic arthritis predicts meaningful improvements in patients' health-related quality of life and productivity. *BMC Rheumatol.* 2018;2:24.

2. Wolfe F, et al. Out-of-pocket expenses and their burden in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2009;61:1563-70.

3. Grygielska J. The impact of rheumatoid arthritis on the economic situation of Polish households. *Rheumatology.* 2013;51(5):348-354.

4. Isik A, et al. Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2007;26(6):872-78.

Dokumenterte løsninger



Dokumenterte **løsninger**

Siden 2009 har Fit for Work Europe Coalition jobbet for en mer bærekraftig tilnærming for å redusere den enorme byrden forbundet med MSK-lidelser. Flere kostnadseffektive løsninger har blitt fremsatt og dokumentert i praksis.

Noen viktige strategier inkluderer:

1. Tidlig diagnose og intervensjon, ideelt sett innen 12 uker av symptomutbrudd, er avgjørende for vellykket behandling av betennelsesgikt.^{1,2,3} Disse 12 ukene utgjør det såkalte behandlingstvinduet.^{4,5,6} Den eneste prediktive faktoren for å oppnå remisjon i RA er tidlig diagnose og initiering av effektiv behandling,⁷ med en dobbelt så stor sjanse for remisjon hvis det skjer.^{8,9} Tidlig diagnose starter med bevissthet, og offentlig bevissthet må bli bedre.

- Kunnskap om fordelene med remisjon bør styrkes gjennom forbedret medisinsk opplæring for allmennleger. For ofte blir svekkelse sett på som uunngåelig.¹⁰

- Nasjonale strategier må utvikles når det gjelder anbefalte fremgangsmåter og implementering av tidlig diagnose og intervensjon, inkludert avtalte pleiestandarder og kvalitetsindikatorer.¹⁰

LATIN-AMERIKA



I **Latin-Amerika** har man utviklet en pleiemodell for tidlige **SpA**-klinikker.

Modellen består av tre typer sentre, i henhold til kompleksitetsnivået til den spesifikke institusjonen.

Modellen definerer indikatorer på struktur, prosesser og resultater og

fokuserer på omfattende, tverrfaglig, pasientsentrert pleie.¹¹

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

2. Suresh E. Diagnosis of early rheumatoid arthritis: what the non-specialist needs to know. *J R Soc Med.* 2004;97(9):421-24.

3. Grätzel P. Rheuma-Verdacht: Welche Patienten müssen zum Spezialisten? Das entscheidet der Hausarzt [Suspected rheumatoid arthritis: which patient must be referred to a specialist? The family physician decides]. *MMW Fortschr Med.* 2014;156(6):20.

4. Raza K, et al. Timing the therapeutic window of opportunity in early rheumatoid arthritis: proposal for definitions of disease duration in clinical trials. *Ann Rheum Dis.* 2012;71(12):1921-23.

5. Cush JJ. Early rheumatoid arthritis—is there a window of opportunity? *J Rheumatol Suppl.* 2007;80:1-7.

6. Raza K, et al. The therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis: does it ever close? *Ann Rheum Dis.* 2015;74(5):793-94.

7. Gremese E, et al. Very early rheumatoid arthritis as a predictor of remission: a multicentre real life prospective study. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(6):858-62.

8. Akdemir G, et al. Predictive factors of radiological progression after 2 years of remission-steered treatment in early arthritis patients: a post hoc analysis of the IMPROVED study. *RMD Open.* 2016;2(1):e000172.

9. Heimans L, et al. Two-year results of disease activity score (DAS)-remission-steered treatment strategies aiming at drug-free remission in early arthritis patients (the IMPROVED-study). *Arthritis Res Ther.* 2016;18:23.

10. Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

11. Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project — centers of excellence. *Clin Rheumatol.* 2021;40: 4759–66.

POLEN



I **Polen** satte man opp et program spesifikt for forebygging og tidlig påvisning av RA (2016-2020).¹

Polen har de lengste diagnoseutsettelsene i Europa; tiden fra første symptomer til behandlingsinitiering kan være så lenge som 35 uker.² **Programmet implementerte opplæring av medisinsk stab og pasienter, screeningverktøy og validering av diagnose av en revmatolog på et helsesenter.**

- For å spare 1 dag med midlertidig arbeidsuførhet måtte man investere \$ 12 i helse
- Hver \$ 1 som ble investert genererte en gevinst på \$ 2

SPANIA



Det mest banebrytende programmet til dags dato er klinikken for tidlig intervensjon på Hospital Clinico San Carlos i **Madrid i Spania**,³ som fokuserte på tidlig intervensjon i MSK-relatert arbeidsuførhet, der 13 000 pasienter var involvert (1998-1999). Programmet godtok pasienter henvist etter fem dagers arbeidsfravær, og det inkluderte pasientopplæringsprogrammer.

- Midlertidig arbeidsuførhet var 39 % lavere og permanent arbeidsuførhet 50 % lavere sammenlignet med standard pleie
- For å spare 1 dag med midlertidig arbeidsuførhet måtte man investere \$ 6
- Pasienttilfredshet var høy
- For hver \$ 1 man hadde i utgifter, sparte man \$ 11 på tapt produktivitet og helsekostnader
- Programmets netto nytte var i overkant av \$ 5 millioner (2003 USD)

Hvis denne tilnærmingen ble implementert i hele Spania, ville ytterligere 81 000 personer være arbeidsdyktige heller enn å ta sykepermisjon.



46 millioner

arbeidsdager tapt grunnet MSK-lidelser hvert år i Spania



39%

reduksjon i midlertidig arbeidsuførhet



50%

reduksjon i permanent arbeidsfravær i studie



81 000

ytterligere spanske arbeidere ville være tilgjengelig for jobb hver dag i Spania



\$ 11

besparelser i samfunnskostnader for hver \$ 1 i utgift

1. Program polityki zdrowotnej. Nazwa programu: ogólnopolski program profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów. Okres realizacji: 2016-2020.

2. Raza K, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: variations across Europe. *Ann Rheumatic Dis.* 2011;70(10):1822-25.

3. Abásolo L, et al. A health system program to reduce work disability related to musculoskeletal disorders [published correction appears in *Ann Intern Med.* 2005 Dec 6;143(11):W165]. *Ann Intern Med.* 2005;143(6):404-14.

2. Passende henvisning og pasientreisestandardisering¹ kreves, inkludert avtaler på kort varsel i tilfelle en oppblussing. I tillegg må tilgang til psykologtjenester forbedres, ettersom depresjon er vanlig hos personer med betennelseskjøtt.

- Det er avgjørende å få passende foreskrevet medisin. Ytelsesbaserte risikodelingsordninger, som for eksempel de som er implementert for RA i Argentina, kan fjerne barrierer hos betalende.²
- Selv om TNF i flere separate doser kan virke som en god løsning for å holde nede legemiddelkostnader, vil det sannsynligvis ikke redusere samlede utgifter på medisinske kostnader. Bytting til en behandling med en annen handlingsmekanisme kan være mer effektiv og mindre kostbar.³

STORBRITANNIA



I **Storbritannia** treffer kun 20 % av mennesker med RA en revmatolog i løpet av de første 3 månedene, mens andelen i Østerrike er 38 %.⁵

Det er ekstra sortering av ventelister i Storbritannia for å sørge for at de rette menneskene er på ventelisten for å treffe en revmatolog.⁶

COLOMBIA



I **Colombia** hadde et innovativt sykdomsbehandlingsprogram for RA en tverrfaglig tilnærming og involverte revmatologi, ernæring, psykologi, fysisk medisin og rehabilitering i henhold til pasientens RA-aktivitetsstatus.

I en sammenligning i den ekte verden med pleiestandard, økte de andelen som oppnådde remisjon fra 21 % til 59 % og reduserte andelen med HDA fra 18 % til 5 %.⁷

Dessuten estimerte forfatterne effekten av å bruke sentre for fremragenhets og estimerte kostnadsbesparelse på opptil \$ 223 874 per pasient per år (USD 2017).⁸

1. Santos-Moreno P, et al. Engagement process for patients with spondyloarthritis: PANLAR early SpA clinics project — centers of excellence. *Clin Rheumatol*. 2021;40: 4759–66.

2. di Giuseppe LA, et al. Experience of the performance-based risk-sharing arrangement for the treatment of rheumatoid arthritis with certolizumab pegol. *Value Health*. 2020;21:P201-P204.

3. Taylor PC, et al. Cost-effectiveness analysis of upadacitinib versus alternative treatment strategies for rheumatoid arthritis with inadequate response to TNFi in the United Kingdom; European Congress of Rheumatology 2024 (in press).

4. Stack RJ, et al. Delays between the onset of symptoms and first rheumatology consultation in patients with rheumatoid arthritis in the UK: an observational study. *BMJ Open*. 2019;9:e024361.

5. Puchner R, et al. Efficacy and outcome of rapid access rheumatology consultation: an office-based pilot cohort study. *J Rheumatol*. 2016;43(6):1130-35.

6. Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>

7. Santos-Moreno P, et al. Clinical outcomes of patients with rheumatoid arthritis treated in a disease management program: real-world results. *Open Access Rheumatol*. 2020;12:249-56.

8. Santos-Moreno P, et al. Centers of excellence implementation for treating rheumatoid arthritis in Colombia: a cost-analysis. *Clinicoecon Outcomes Res*. 2021;13:583-91.

3. Arbeidsplassjusteringer

Initiativer for å fremme fordelene arbeidsgivere vil høste fra å investere i en frisk arbeidsstyrke bør implementeres. Det er ikke bare i arbeidsgiveres interesse å fremme et sunt arbeidsmiljø, det er deres ansvar.¹

4. Egenbehandling

- I enkelte land eller samfunn er dessverre betennelsesgikt stigmatisert. For å la pasienter behandle tilstanden sin på riktig måte bør stigmaet adresseres gjennom bred opplæring av befolkningen.²
- Pasientorganisasjoner bør omfavnes som del av pleieteamet. I Storbritannia finnes det et pilotprosjekt med revmatologer som henviser pasienter til en pasientorganisasjon, dvs., setter opp en avtale. Organisasjonen kan proaktivt informere og gjøre pasienter sterkere og få dem til å forstå sin egen rolle i sykdomsbehandling.²
- Det finnes et program i Sveits som dekker fysioterapeutledet trening for å ta for seg den fysiske aktivitetsdelen.²
- Digitale verktøy kan være en god støtte til egenbehandling, men i enkelte land kan pasienter bli overveldet av mengden apper uten veiledning eller akkreditering; i andre land er ingen apper tilgjengelige på det lokale språket.

1. Europe staying true to values 'enshrined in EU health strategy,' Parliament Magazine. 22 Sept 2014.

2. Global Alliance for Patient Access. The value of achieving remission in inflammatory rheumatic conditions. April 2024. <https://gafpa.org/wp-content/uploads/2024/04/GAfPA-Remission-MeetingReport-April-2024.pdf>





Avslutning

Det som samfunnet ikke bruker på helse, på forebygging, på evne, vil de bruke på uførhet.

Ressursbruk på evne gjør at mennesker kan leve et fruktbart liv og ha en god livskvalitet.

Mennesker med betennelsesgikt som oppnår remisjon kan oppleve en dyptgripende endring i livskvalitet, føle mindre smerte, redusert tretthet og evnen til å delta i aktiviteter som gir glede. Remisjon kan rett og slett gjøre mennesker i stand til å leve livet de velger.

Den økonomiske byrden av ukontrollert leddgikt er ikke begrenset til kun kostnader knyttet til sykehusinnleggelse. Den innbefatter en rekke direkte og indirekte kostnader, inkludert hyppige legebesøk og redusert produktivitet grunnet smerte, uførhet og tidlig pensjon. Ved å oppnå

remisjon kan mennesker betydelig redusere økonomiske byrder både for seg selv og for samfunnet.

Presserende handling gjøres for å oppnå remisjon for flere pasienter.

Leddskaade kan ikke reverseres. Det er viktig å stoppe sykdomsprosessen tidlig.

Helseinvesteringer er ikke sløsing av offentlige ressurser, de er en investering.¹ Det er tydelig at investering i remisjon for leddgikt ikke bare handler om personlig helse, men også er et skritt mot et sterkere og mer bærekraftig samfunn.

Den globale alliansen for pasienttilgang takker AbbVie for sponsorstøtte til denne evidensordlisten.

1. NAO. Services for people with rheumatoid arthritis. 15 Jul 2009. <https://www.nao.org.uk/reports/services-for-people-with-rheumatoid-arthritis/>

Abbreviations

AS: Ankylosing spondylitis

ASQoL: AS Quality of Life Questionnaire

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

COPD: Chronic obstructive pulmonary disease

DALY: Disability-adjusted life year

EU: European Union

HCRU: Healthcare resource utilisation

HAQ: Health Assessment Questionnaire

HDA: High disease activity

LDA: Low disease activity

MDA: Minimal disease activity

MSK: Musculoskeletal

PsA: Psoriatic arthritis

QoL: Quality of life

RA: Rheumatoid arthritis

SF-36: 36-Item Short Form Health Survey

SpA: Spondyloarthritis

TNF: Tumour necrosis factor

UK: United Kingdom

US: United States

YLDs: Years lived with disability

YLLs: Years of life lost due to premature death

Sources

Abásolo 2005	GAfPA 2024	NAO 2009	Santos Moreno SpA clinic
Akdemir 2016	GBD 2021	Navarro-Cano 2003	Sebbag 2019
Arthritis Foundation	Grätzel 2014	Opris-Belinski 2018	Secco 2020
BASW 2016	Gremese 2013	Ostor 2021	Son 2015
Bergman 2022	Grygielska 2013	Parliamentary Office of Science and Technology 2016	Stack 2019
Bodur 2011	Gronning 2010	Perrotta 2020	Stolwijk 2016
Boytsov 2016	Heimans 2016	Poland national program RA prevention 2020	Suresh 2004
Coates 2018	Innala 2016	Policy paper 2023	The case of early UK Parliament MSK conditions and employment 2024
Cross 2014	Ishida 2018	Puchner 2016	Van Tuyt 2010
Curtis 2013	Isik 2007	Radner 2014	Ware 1992
Cush 2007	Kekow 2011	Raza 2011	WHO
Di Giuseppe 2020	Kim 2017	Raza 2012	Wolfe 2003
EU parliament magazine 2014	Klarenbeek 2011	Raza 2015	Wolfe 2009
EuroQoL Group 1990	McHorney 1993	Santos-Moreno AS	Zhang 2010
Final roadmap	Miranda 2012	Santos Moreno RA	
FtW Call to act – Riga	Molina 2015	Santos Moreno RA cost	
Gabriel 2003	Moura 2015		

