Rehabilitera mera- men hur? Erfarenheter från utvärderingar av rehabiliteringsstrategier i Sverige och Europa

Ingemar Petersson, professor i Försäkringsmedicin
Enhetschef och överläkare Epi-centrum Skåne samt RC Syd, Lund

ERC Syd,
Epidemiologi och
Registercentrum Syd

Rehabilitera mera- men hur?

- **Arbets(livs)inriktad rehabilitering**
  - Specialistvård
  - Primärvård (?)
- Medicinsk rehabilitering
  - Specialistvård
  - Primärvård
- ”Avmedikaliserande rehabilitering”
  - Kultur på Recept (KUR)
  - Naturunderstödd rehabilitering (NUR)
- Europeiskt perspektiv

SKÅNE
metro
SVERIGES STÖRSTA NYHETSTIDNING | Tisdag 21 maj 2013
www.metro.se

Här är orterna där flest är sjuka

Skåne. Ohälsotalen skiljer sig kraftigt mellan olika skånska orter, enligt statistik från Försäkringskassan. Flest sjukdagar per invånare har Perstorp och i Lomma är de friskast. SID 04

metro
www.metro.se
tisdag 2013-05-21

Här är skåningar allra mest sjuka

Sjukskrivningar. Ohälsan varierar kraftigt inom Skåne. Sjukast är boende i Perstorp och Klippan, visar Försäkringskassans statistik.

Sedan reglerna i socialförsäkringen skärptes 2008 har ohälsotalet sjunkit i hela landet.

Ändå hade invånarna i flera skånska kommuner i genomsnitt nästan 40 sjukdagar med ersättning i fjol, enligt färska siffror där även förtidspension ingår. Högst är ohälsotalet i Perstorp.

– Perstorp är ett gammalt brukssamhälle med den största sysselsättningen inom industrin. Ofta har det varit tunga arbeten som har bidragit, säger Rose-Marie Gunnarsson, områdeschef på Försäkringskassan.

Enligt henne drar förtidspensionärerna upp siffran i Perstorp.

För att minska sjukskrivningarna har Försäkringskassan särskilda kontaktpersoner som samarbetar med arbetsgivare och vårdgivare i Perstorps kommun. Ett sådant samarbete finns även i grannkommunen Klippan, som ligger näst högst på listan med 38,7 utbetalda sjukdagar i genomsnitt per invånare.

Det är stor skillnad mot de friskaste kommunerna Lomma och Vellinge, där invånarna i snitt plockade ut 15,5 sjukdagar under 2012. Bland Malmöborna var siffran 25 dagar, vilket är strax under Skånesnittet.

JOHAN MÅRTENSSON

Så sjuka är vi

1	Perstorp	39,9
2	Klippan	38,7
3	Landskrona	35,8
4	Simrishamn	34,7
5	Örkelljunga	34,4

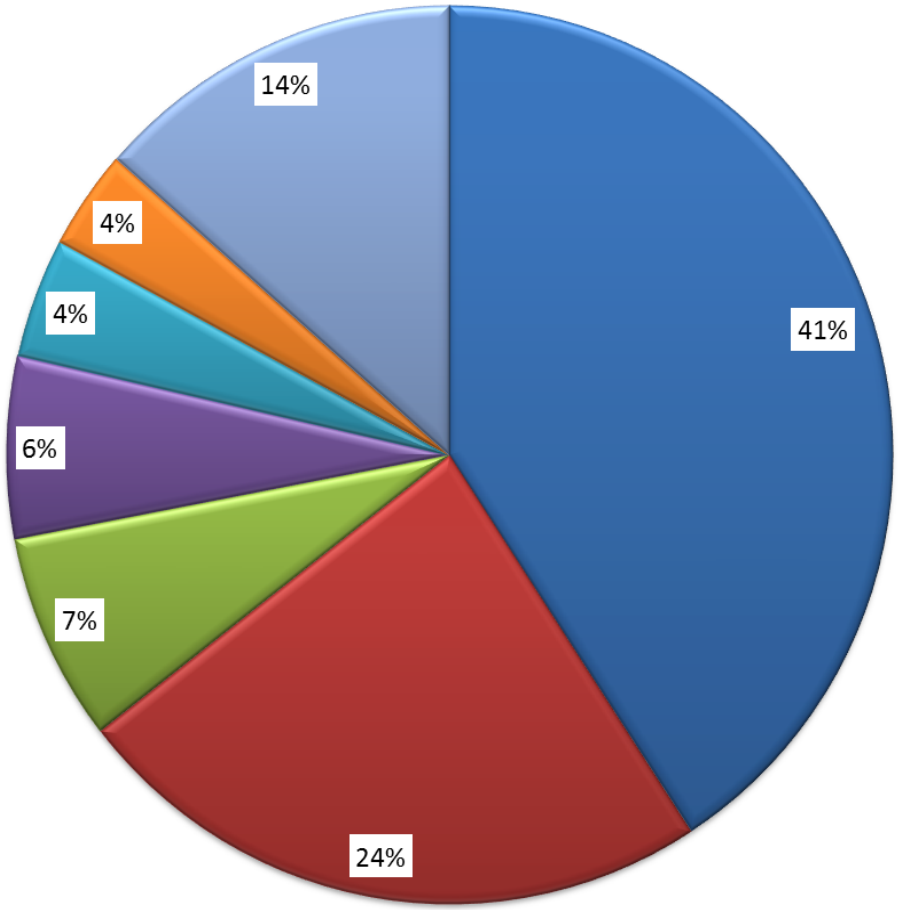
SIFFRORNA AVSER UTBETALDA DAGAR MED SJUKPENNING, REHABILITERINGSPENNING, SJUKERSÄTTNING OCH AKTIVITETSERSÄTTNING PER INVÅNARE (16–64 ÅR) 2012. KÄLLA: FÖRSÄKRINGSKASSAN

Sjukskrivningsorsaker, Skåne 2013. Data från Försäkringskassan

Obs! Avser endast sjukfall som handläggs vid fördjupad bedömning inom LFC

Diagnoser -pågående sjukfall i Skåne län

Totalt antal sjukfall: 14 628



- Psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar
- Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven
- Tumörer
- Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker
- Cirkulationsorganens sjukdomar
- Sjukdomar i nervsystemet
- Övriga diagnoser

Tidig arbetslivsinriktad rehabilitering

CHAPTER 4

COTTON

At the start of the 18th century the manufacture of cotton cloth was already a flourishing cottage industry in Derbyshire. Raw cotton was brought to the cottages of local lead miners and agricultural labourers, where it was spun into thread on spinning wheels, which were usually operated by the young, unmarried female members of the family (hence the term spinster). In some cases the men of the family then wove the thread into cloth on a handloom. The loom was often housed in an upper room and weavers' cottages can still be identified by a row of windows, running the length of a room, beneath the eaves. Examples can still be seen today in several Derbyshire villages.

This cottage industry was soon to be transformed. In 1733 John Kay invented a device known as the flying shuttle, which speeded up the weaving process so much that spinners could not produce enough thread to keep the weavers occupied. The challenge to speed up the spinning process was first taken up by James Hargreaves. In 1770 he patented a machine called the spinning jenny, which resembled the old spinning wheel and was operated by hand. The first model had eight spindles, but later versions consisted of as many as 120. Although an important step forward, the spinning jenny had considerable drawbacks. The yarn that it produced was fine in quality but not strong and was, therefore, more suitable for the weft (the cross threads) than the warp, which is stretched lengthwise on the loom. A machine which could produce strong thread for the warp and was power-driven was still needed. The first mill in the world to house such a machine was built at Cromford in Derbyshire in 1771. The man responsible was Richard Arkwright, once described as a 'bag cheeked, pot-bellied barber from Lancashire'.

Richard Arkwright was born in Preston in 1732. He came from a poor family and was the youngest of 13 children. From an early age he was apprenticed to a barber at Kirkham to the west of Preston. He started as a lather boy but, having completed his apprenticeship, he moved to Bolton in around 1750. It was here that he found employment with Edward Pollit, a local barber and wig-maker. On the death of Pollit he continued to work for his widow for a short time, before setting up business in his own right.

As a travelling barber and wig-maker his journeys would have taken him to the homes of families engaged in spinning and weaving. He realised that there was a fortune to be made by anyone who

Rehabilitera mera- men hur?

- Arbetslivsinriktad rehabilitering
  - Specialistvård
  - Primärvård (?)
- **Medicinsk rehabilitering**
  - Specialistvård
  - Primärvård
- ”Avmedikaliserande rehabilitering”
  - Kultur på Recept (KUR)
  - Naturunderstödd rehabilitering (NUR)

Disability and Rehabilitation, 2010; 32(20): 1686–1696

informa
healthcare

RESEARCH PAPER

Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis

SOFIA HAGEL[1], ELISABET LINDQVIST[1], ANN BREMANDER[2] & INGEMAR F. PETERSSON[3]

[1]*Department of Rheumatology, Lund University and Lund University Hospital, Lund, Sweden,* [2]*Spenshult Hospital for Rheumatic Diseases, Research and Development Centre, Oskarström, Sweden, and* [3]*Department of Orthopaedics, Clinical Sciences, Lund University and Lund University Hospital, Lund, Sweden*

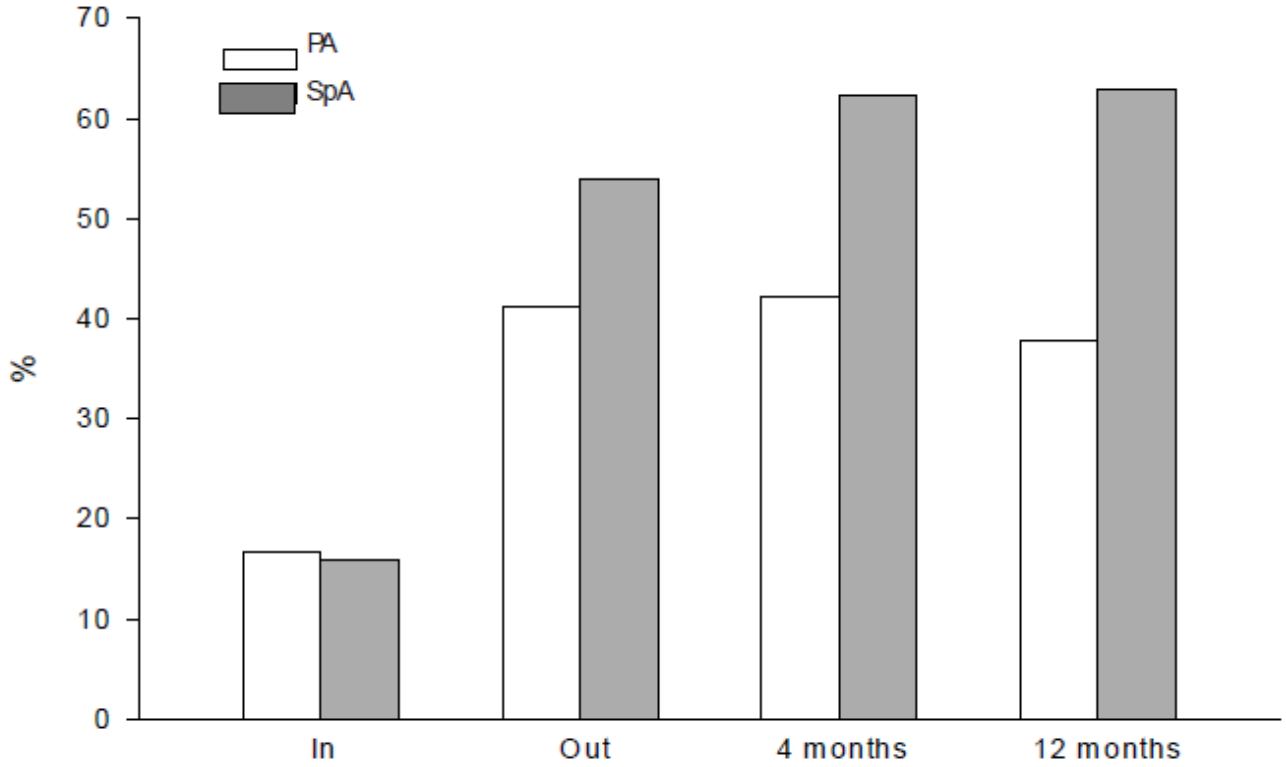


Figure 5. Percentage of patients in PA and SpA groups with aerobic capacity classified as average or more according to Astrand

Which patients improve the most from arthritis rehabilitation?

Results from patients with inflammatory arthritis in northern Europe, the STAR-ETIC collaboration

Hagel S, MSc[1,2], Lindqvist E, PhD[1], Petersson IF, PhD[1,2], Meesters JJL, Msci[3,4], Klokkerud M, MSc[5], Aanerud GJ, Cand Mag[5], Stovgaard IH, PT[6], Hørslev-Petersen K, PhD[6], Strömbeck B, PhD[2], Vliet Vlieland TPM, PhD[7], Bremander A, PhD[8,9] and the STAR-ETIC group[10]

J Rehabil Med. 2014 Feb 24;46(3):250-7

STAR-ETIC framework

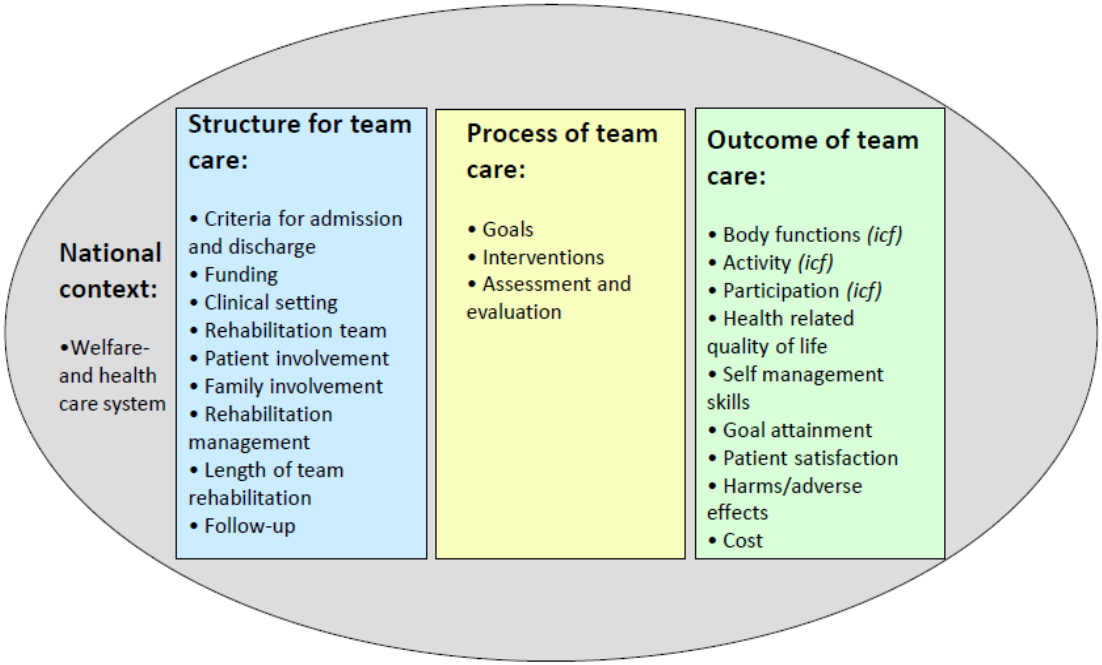
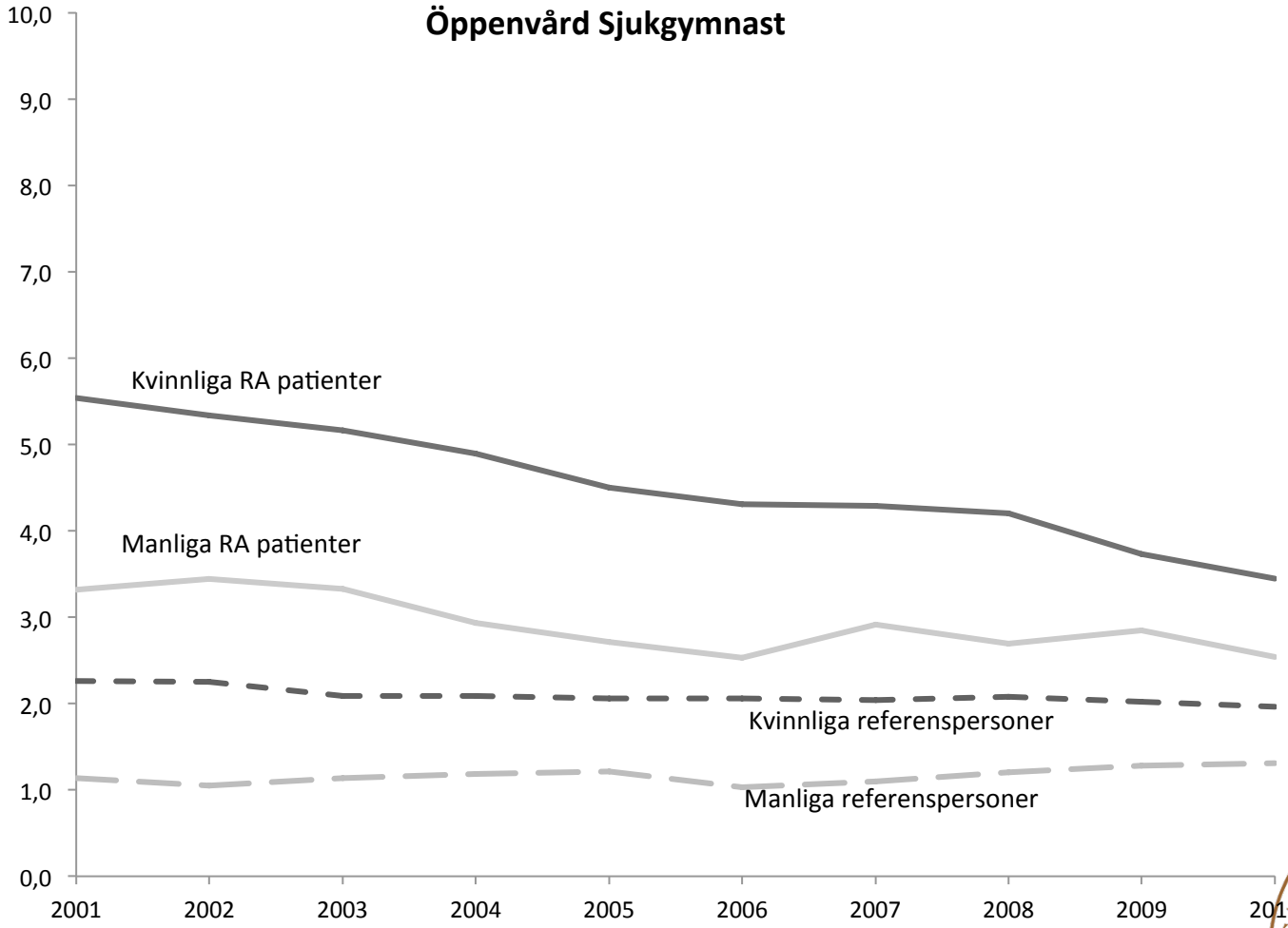


Figure 2. Description of the STAR-ETIC framework (Klokkerud et al. 2012)

Trends in 21st century health care utilization in a rheumatoid arthritis cohort compared to the general population.

Hagel S, Petersson IF, Bremander A, Lindqvist E, Bergknut C, Englund M. Ann Rheum Dis. 2013 Jul;72(7):1212-6



Minskning av behovet av höftledsartroplastiker hos patienter med reumatoid artrit (RA) I södra Sverige 1996-2001 mot 2002-2006

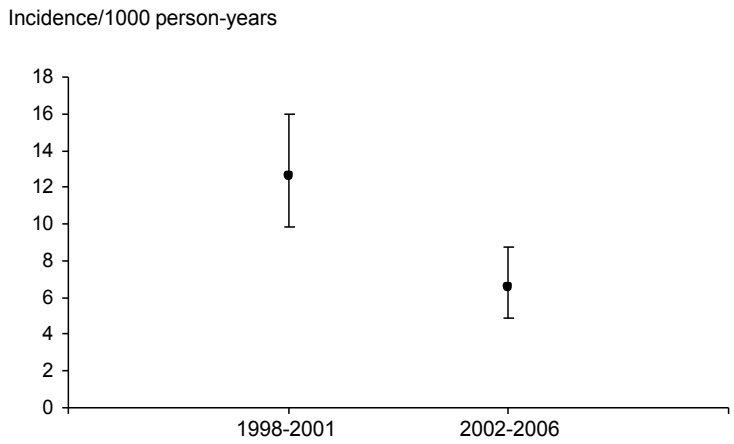
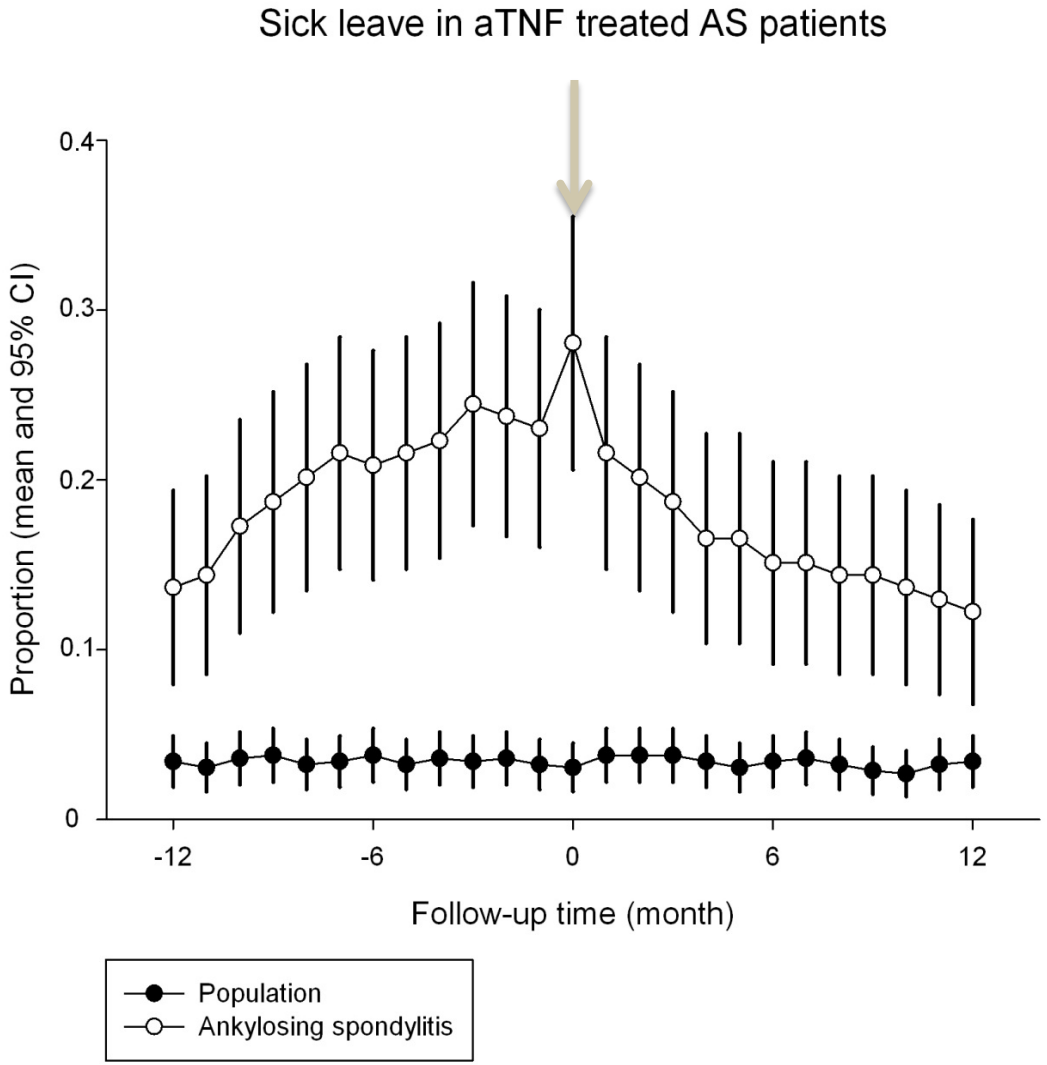


Figure 1: Estimated incidence of first primary hip total joint replacement in 1998-2001vs 2002-2006 (95% confidence interval)

K Hekmat, L Jacobsson, J Å Nilsson, I F Petersson, O Robertsson, G Garellick, C Turesson
Arthritis Research& Therapy 2011, 13:R67 doi:10.1186/ar3328

Sjukskrivningsfrekvens hos patienter med AS som fått behandling med TNF hämmare 2004-2007 i södra Sverige jämfört med kontroller

Sick leave in patients with ankylosing spondylitis before and after anti-TNF therapy: a population-based cohort study. Kristensen LE, Petersson IF, Geborek P, Jöud A, Saxne T, Jacobsson LTH, Englund M. Rheumatology (Oxford). 2012 Feb; 51(2):243-9. Epub 2011 May 12



Rehabilitera mera- men hur?

- Arbetslivsinriktad rehabilitering
  - Specialistvård
  - Primärvård (?)
- Medicinsk rehabilitering
  - Specialistvård
  - Primärvård
- **”Avmedikaliserande rehabilitering”**
  - Kultur på Recept (KUR)
  - Naturunderstödd rehabilitering (NUR)

Läkartidningen. 2013;110:CF37

»Medikaliserande« sjukskrivning hot mot rehabiliteringen

Ove Andersson, specialist i allmänmedicin, ordförande Distriktsläkarföreningen
oganderssson@gmail.com

Ulf Hallgårde, leg läkare, projektledare, Sjukskrivningsprojektet, Region Skåne

Trots sjukskrivningsmiljarden och rehabiliteringsgarantin stiger sjukskrivningstalen långsamt i alla landsting. Ökningen utgörs till stor del av kvinnor i alla åldrar sjukskrivna för psykisk ohälsa av lätt till måttlig grad eller för långvarig smärta. Antalet sjukersättningar (f d sjukpension) nådde 2011 sin lägsta nivå sedan åtminstone 1990-talet.

Sjukskrivning är en stark medicin med biverkningar, och det finns därför skäl att försöka hitta andra behandlingsalternativ. En »medikaliserande« sjukskrivning är lättare att inleda än att avsluta. Att utvärdera risken med att påbörja en sjukskrivning, och utnyttja vårdenhetens samlade kompetens för att på bästa sätt minimera risken för en medikaliserande sjukskrivning, är en oerhört viktig sak för oss läkare att ta ett större ansvar för. Engagera, med patientens godkännande, icke-medicinska resurser, t ex arbetsgivare och kvinnojourer, i stället för att vara »hjälpnödiga« med medicinska lösningar.

För många långtidssjukskrivna med kroniska sjukdomar och diffusa besvär blir social isolering och passivisering ett dominerade inslag vid en felriktad sjukskrivning. De rent medicinska åtgärderna har inte gjort att individen återfått sin arbetsförmåga. Läkaren och sjukvården behöver »avmedikalisera« situationen. Det behövs ett bredare multidisciplinärt grepp som lämnar den rent medicinska förklaringsmodellen. Att få stöd för detta inom försäkringens ram blir allt viktigare, liksom att formellt avmedikalisera rehabiliteringsprocessen inom försäkringen.

Region Skåne är, efter en lovande pilotverksamhet, på väg att visa att projekten »Naturunderstödd rehabilitering« och »Kultur på recept«, som tillägg till annan rehabilitering, kan leda till att långvarigt sjukskrivna patienter i högre grad kan återgå till arbetslivet. Koncepten bygger på att deltagarna vistas i en positiv miljö med sakkunniga människor som kan förklara vad man ser och hör, och där problemen lämnas hemma för en stund. Det stärker självförtroendet, och man får då en genuint salutogen situation, dvs man stärker det friska. Bara resan till platsen för aktiviteten kan vara en utmaning som övervinns med glädje. Den vetenskapliga bakgrunden och de första preliminära resultaten kommer att redovisas vid en konferens i Helsingborg den 19–20 september ‹http://www.conferencemanager.dk/nyamojligheter/›.

Utifrån denna nya kunskap, många kollegors erfarenhet och de svårigheter som vi vet finns vid bedömning av arbetsförmåga vid komplicerade och långdragna sjukskrivningar är det nu dags att påbörja en diskussion om huruvida vi ska bredda försäkringens bedömningsgrund. Vi måste också diskutera hur vi ska optimera rehabiliteringen och vem som ska ansvara för detta. Doktorns bedömning kommer alltid att behövas, men den ska kanske inte styra som den gör i dag. En diskussion om detta är nödvändig för de sjukskrivnas skull.

”I forskarvärlden pågår en intensiv debatt om att människor felaktigt ses som sjuka och överbehandlas.”

Kan kultur göra att människor som behandlas i den vanliga sjukvården får ett bättre vardagsliv och kan arbeta? Det undersöks i Kultur på recept 2.0.

Projektet har skapat stort intresse och runtom i landet planeras liknande satsningar, skriver Ingemar Petersson, läkare och professor i försäkringsmedicin vid Lunds universitet.

Kultur gör skillnad. Det förändrar våra upplevelser och det förändrar hur vi mår.

Kultur är något alla möter. Beroende på den egna personen, bakgrund, familj, uppväxt, resurser och intressen är kultur ett självklart inslag i livet – på olika sätt.

För vissa är kulturupplevelser som konst, musik, film och böcker en naturlig och positiv del av livet. För andra är kulturupplevelser sparsmakade och sällsynta inslag i vardagen, kanske så ovanliga att de känns främmande och ovana.

Länkat till kulturupplevelser finns ofta moment av något nytt som bryter en monoton vardag. För den som mår dåligt i själen eller kroppen kan kulturupplevelser ge nya perspektiv, nya tankar och medföra möten som innebär en förändring.

Den medicinska forskningen kan i detalj beskriva både vem som drabbas av ett sjukdomstillstånd, hur det påverkar enskilda människor och samhället, och ibland också mer detaljerade skeenden i kroppens olika organ. För många sjukdomar och tillstånd har det lett till behandlingar som effektivt och relativt biverkningsfritt återställer hälsan. För andra tillstånd har sjukvården mindre eller ibland inget alls att erbjuda.

I den medicinska forskarvärlden pågår sedan ett tag en intensiv debatt om att människor felaktigt ses som sjuka och överbehandlas.

Dagens moderna sjukvård vet mycket om vilket behandling som får bäst effekt på vilka människor. Men det är minst lika viktigt att undvika överbehandling och bieffekter. Detta speglas just nu i den europeiska hälso- och sjukvården i kampanjen ”Too Much Medicine” i den ansedda engelska medicintidskriften *British Medical Journal*.

Cirka 40 procent av alla sjukskrivningar i Sverige beror på psykisk ohälsa och cirka 25 procent på smärta och sjukdomar i rörelseorganen. Övriga sjukdomar står tillsammans för resterande 35 procent. Det visar aktuell statistik från Försäkringskassan.

I medicinska sammanhang diskuteras sedan lång tid hur mycket av behandlingen som ska vara medicinskt inriktad och hur mycket som ska fokusera på det friska hos de drabbade. Det gäller inte minst i samband med rehabilitering av personer med psykisk ohälsa eller smärta i rörelseorganeni yrkesverksam ålder,

Regeringens rehabiliteringsråd påpekade i sin slutrapport 2011 att det krävs ytterligare forskning för att utveckla nya rehabiliteringsmodeller för personer med mild till måttlig psykisk ohälsa eller smärta för att de ska komma i arbete.

Det finns många exempel på att människor i Sverige felaktigt ses som sjuka och att de som är sjuka får för mycket medicin.

Analys av behandling där sjukvårdspersonal som har olika kompetens, till exempel läkare, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och psykologer, arbetar med smärtpatienter visar att dessa mår mycket bättre efter rehabilitering, men också att de inte kan gå tillbaka till arbetet i såstor utsträckning som de skulle vilja. Det är förstås positivt att patienterna mår bättre, men syftet med behandlingen uppnås inte förrän de patienter som är sjukskrivna kan börja jobba.

Personer med mild till måttlig psykisk ohälsa eller smärta är också de som kan bli aktuella för det som kallas ”kultur på recept”. Det finns betydande vetenskapliga bevis för att kulturaktiviteter och kulturupplevelser gör att människor mår bättre. I Skåne undersöks nu om det också stämmer i den ordinarie sjukvården och om det leder till att man fungerar bättre i vardagsliv och arbete.

Kultur på recept 2.0 - Skånemodellen är ett samverkansprojekt mellan Region Skåne, samordningsförbundet Finsam Helsingborg och Helsingborgs stad som började i fjol och avslutas nästa år. Projektet har skapat stort intresse och runtom i landet planeras liknande satsningar. Den utvärdering som ingår i projektet är viktig, vare sig den visar på positiva effekter eller inte.

Ingemar Petersson

SKRIBENTEN

Ingemar Petersson är professor i försäkringsmedicin vid Lunds universitet och läkare inom Region Skåne.

KONFERENS

I morgon presenteras en lägesrapport för Kultur på recept 2.0 vid en konferens på Dunkers kulturhus i Helsingborg.

Sydsvenska Dagbladet
Debatt
20130918

iversitet

Utvärdering av nationella rehabiliteringsgarantin i Region Skåne

- ”…Region Skåne bedriver ett mycket seriöst kvalitetssäkringsarbete.”
- ”Sammantaget förefaller urvalet av patienter till behandlingarna inom rehabiliteringsgarantin i Skåne vara effektiv så till vida att de grupper med störst sannolikhet att få behandling i regel också är de grupper som uppvisat relativt bäst resultat.”

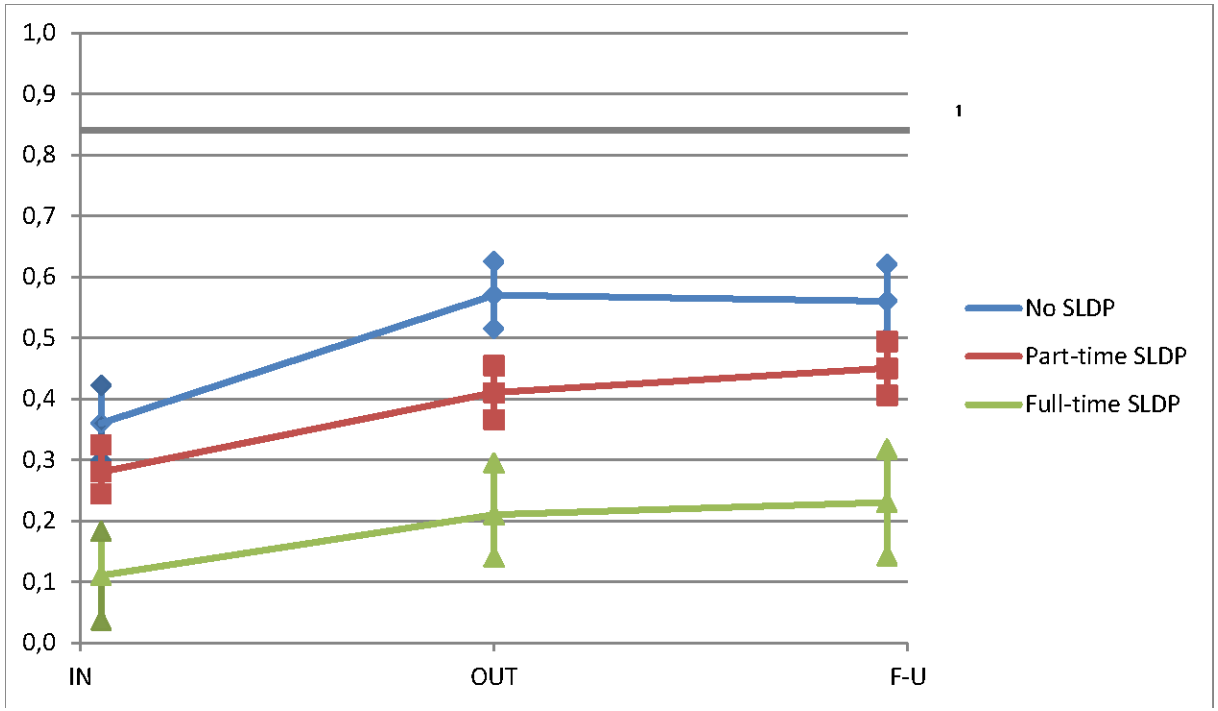
isf INSPEKTIONEN FÖR SOCIALFÖRSÄKRINGEN

Rapport 2012:17
Rehabiliteringsgarantin

Utvärdering av nationella rehabiliteringsgarantin i Region Skåne Sammanfattning

- ”Resultaten visar på positiva effekter i form av **lägre sjukfrånvaro av KBT-behandling**. Detta gäller emellertid endast patienter som inte var sjukskrivna när behandlingen påbörjades, en grupp som utgör majori-teten (cirka 70 procent) av alla som får insatser inom rehabiliterings-garantin.”
- ”För samma grupp återfinns positiva effekter också i form av **färre antal läkemedelsförskrivningar** på kort sikt och **färre antal vård-besök** på längre sikt.” (**min fetstil**)

Rehabiliteringsgarantin- hälsorelaterad livskvalitet hos patienter med smärtproblematik



Stigmar K, Petersson IF, Jöud A, Grahn B. Promoting work ability in a structured national rehabilitation program in patients with musculoskeletal disorders: outcomes and predictors in a structured cohort. BMC Musculoskeletal 2013;14:57.

Förbättrad eller bibehållen arbetsförmåga- ett viktigt mål och utfallsmått i forskningen

- Fortsatt uppföljning av rehabiliteringsgarantin
- Kultur på recept 2.0 (Helsingborg)
- Naturunderstödd rehabilitering (SLU Alnarp)
- REHSAM-forskning
  - REGASSA psykisk ohälsa (RCT internet KBT/FYSS/TAU)
  - Work-Up
    - RCT patienter i primärvård med rygg-/nacksmärta
      - Alla strukturerad behandling
      - Hälften arbetsplatsintervention (ADA)

Kultur på Recept 2.0: Så här följer vi upp…

Vårdenheten följer upp

Vårdenhet med utbildad rehabkoordinator

Läkare / rehabkoordinator förskriver

Kulturkoordinatorn följer upp

Planerat antal personer: 200

- **109 startat**

Uppföljning

- **Start**
- **Slut**
- **6 mån efter start**
- **12 mån efter start**

Rehabkoordinatorn informerar patienten och förmedlar kontakten till kulturkoordinatorn

Kulturpedagogerna förmedlar kulturaktiviteter

Kulturkoordinatorn informerar deltagaren om schema och upplägg

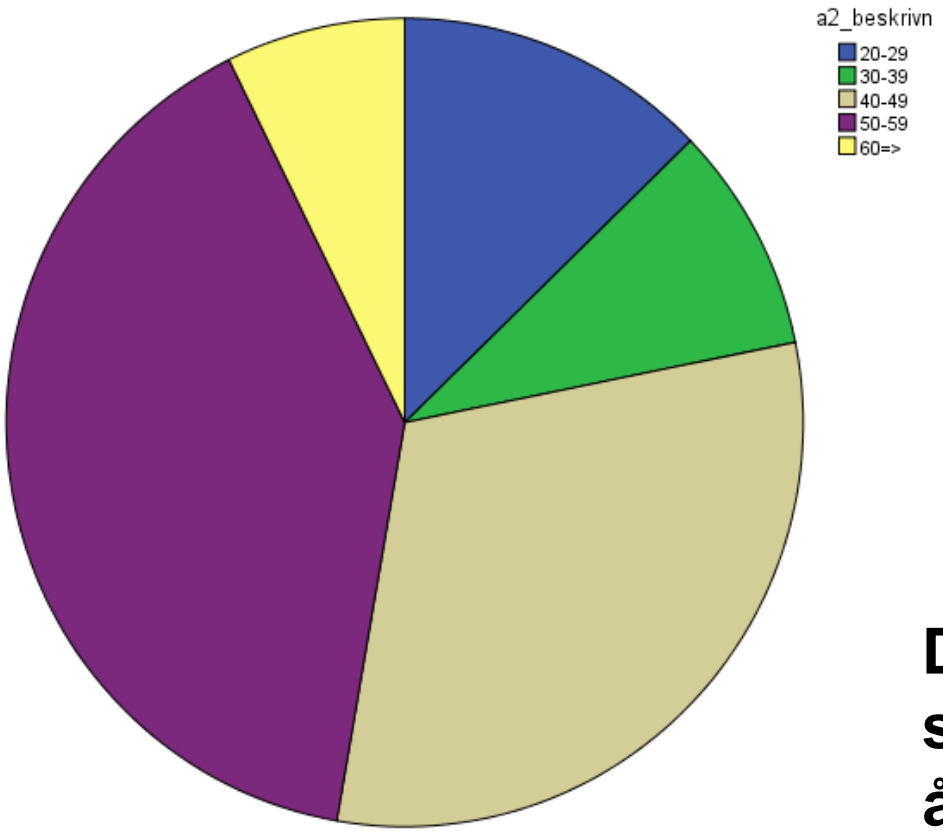
Preliminära data, bör tolkas med försiktighet!

- Beskrivning av deltagarna i KUR samt några preliminär behandlingsutfall
- Baseras på 55 individer vid start och cirka 45 med uppföljning

- Kjerstin Stigmar, med.dr.
- Epi-centrum Skåne
  Staben för Forskning och Utbildning
- Skånes Universitetssjukhus, Lund

Stigmar K, Hallgårde U, Petersson IF

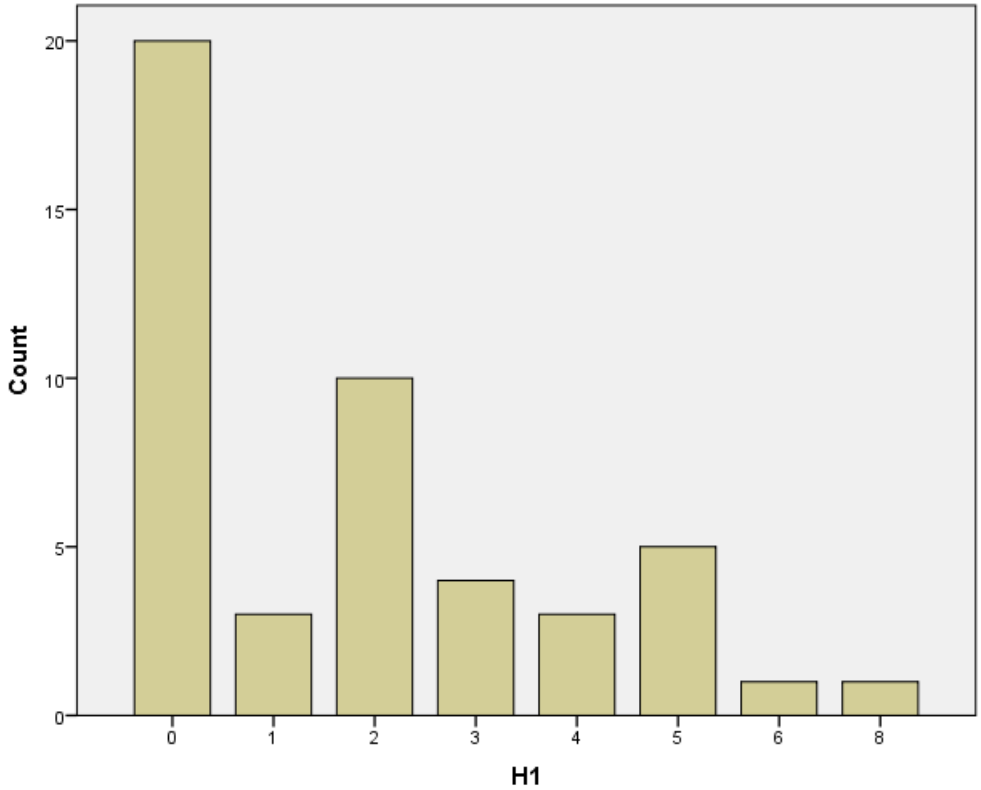
Deltagare KUR
Ålder vid rehabstart



Det finns inga skillnader i åldersfördelning mellan könen

Stigmar K, Hallgårde U, Petersson IF

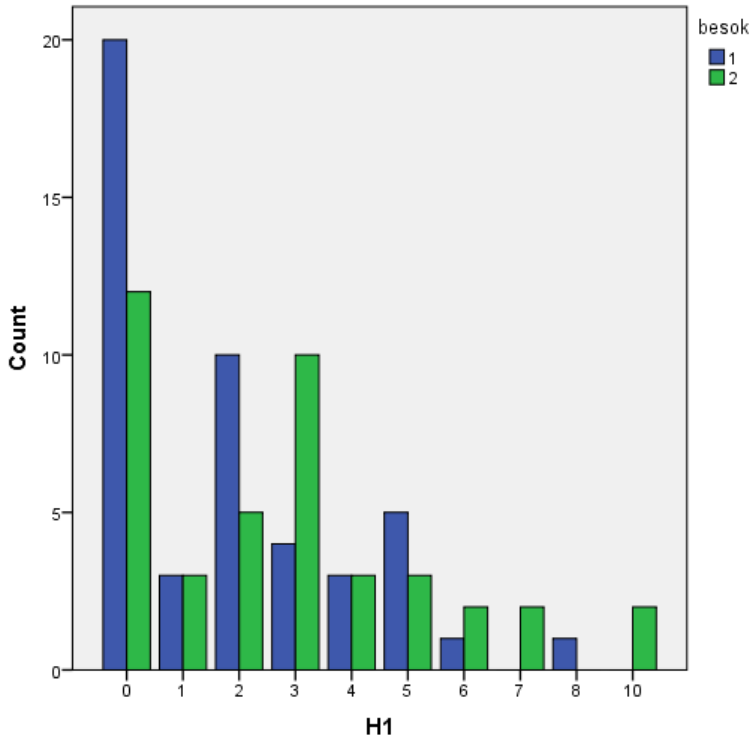
Deltagare KUR
Självskattad arbetsförmåga vid rehabstart



Självskattad arbetsförmåga jämfört med när den var som bäst (Single-item question Work Ability Index, 0-10). Medelvärde: 1.83 (SD 2.06)

Stigmar K, Hallgårde U, Petersson IF

Deltagare KUR. Självskattad arbetsförmåga före och efter rehab



Inskrivning: 1.83 (SD 2.05)

Utskrivning: 2.76 (SD 2.64)

Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan rehabstart och avslut för hela gruppen.

Stigmar K, Hallgårde U, Petersson IF

Självskattad hälsorelaterad livskvalitet med EQ-5D före och efter

Inskrivning: 0.28 (SD 0.31)

Utskrivning: 0.44 (SD 0.40)

Det finns signifikant skillnad mellan rehabstart och avslut för hela gruppen *(p*= 0.038)**.**

Stigmar K, Hallgårde U, Petersson IF

Naturunderstödd rehabilitering (NUR)

- För patienter med psykisk ohälsa som fick strukturerad Naturunderstödd rehabilitering minskade
  - Behovet av inneliggande psykiatrisk vård
  - Antalet läkarbesök i primärvården

jämfört med matchade kontroller

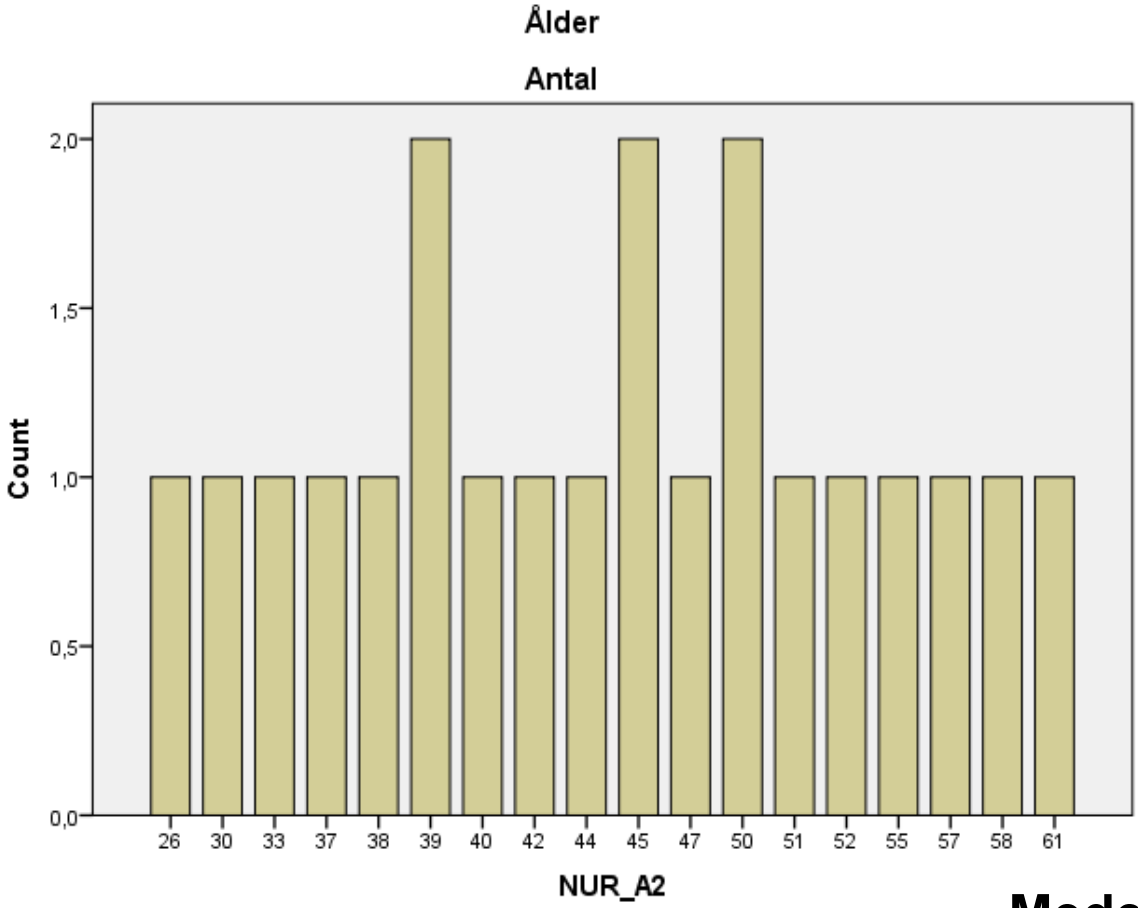
Währborg P, **Petersson IF**, Grahn P. Nature-Assisted Rehabilitation for Burnout and/or Depression in a Rehabilitation Garden in Skåne County, Sweden: A Case-Control Study. J Rehabil Med. 2014 Feb 24;46(3):271-6

- Beskrivning av deltagarna i NUR-gårdar samt några preliminär behandlingsutfall

Preliminär data, bör tolkas med försiktighet!

Hallgårde U, Petersson IF, Stigmar K

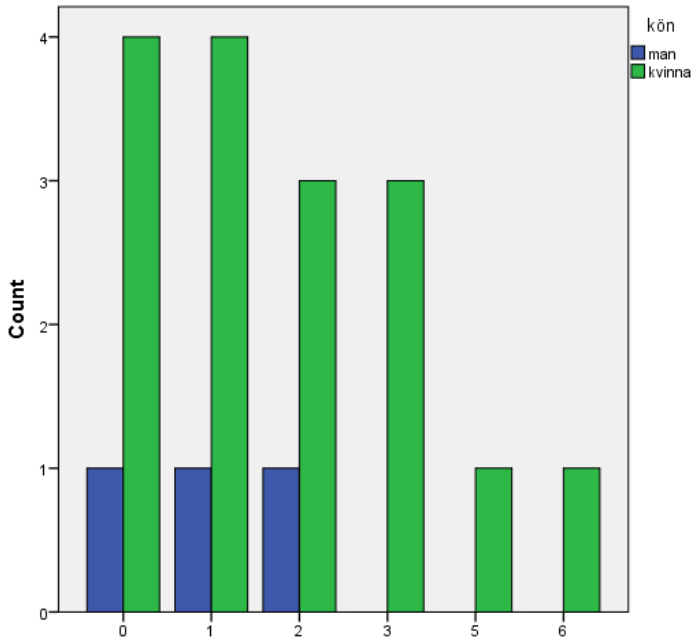
Deltagare NUR-gårdar
Ålder vid rehabstart



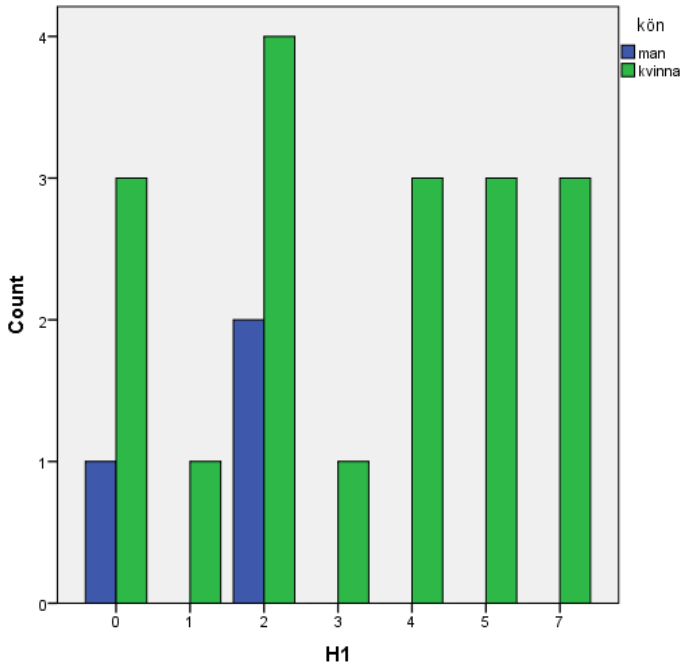
Medelålder: 44.7 (SD 9.37)

Hallgårde U, Petersson IF, Stigmar K

Deltagare NUR-gårdar: självskattad arbetsförmåga vid rehabstart och vid avslut Män och kvinnor



Medelvärde vid rehabstart:
Män: 1.0 (SD 1.0)
Kvinnor: 1.72 (SD 1.74)

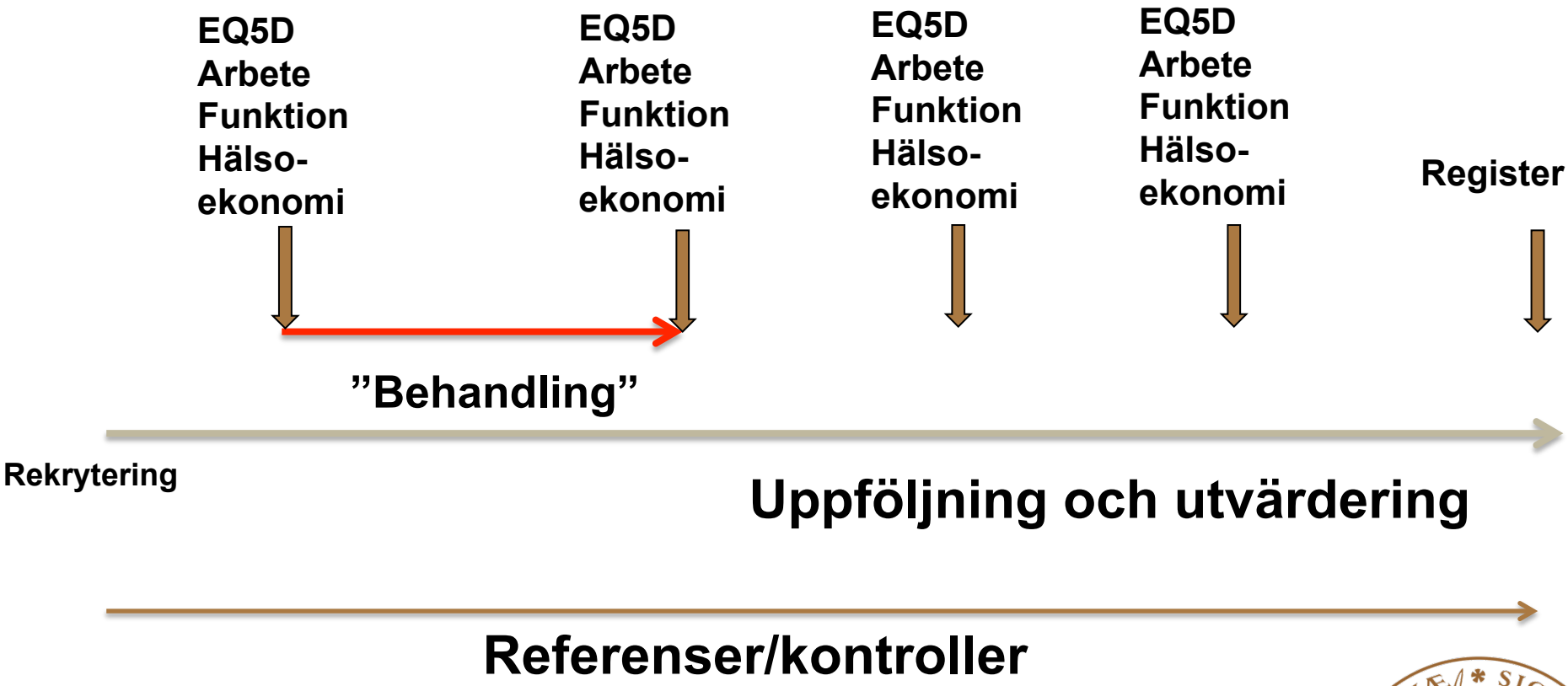


Medelvärde vid avslut:
Män: 1.33 (SD 1.15)
Kvinnor: 3.33 (SD 2.38)

Det är ingen skillnad mellan män och kvinnor vid rehabstart och avslut,
Däremot är det en signifikant förbättring för hela gruppen (*p*=0.039) och för kvinnor (*p*= 0.04)

Hallgårde U, Petersson IF, Stigmar K

Naturunderstödd rehabilitering
Kultur på Recept 2.0
Nationella Rehabiliteringsgarantin i Region Skåne (NRGS).



Rehabilitering Rörelseorganens sjukdomar i ett europeiskt perspektiv

Opportunities for implementation- A need for change

- The burden

  WHO Global Burden of Disease

- The inequities

  Putrik P, Ramiro S, Kvien TK, Sokka-Isler T, Uhlig T, Boonen A, (…) Petersson IF (part of the 'Equity in Clinical Eligibility Criteria for RA treatment' Working Group).
  -Variations in criteria regulating treatment with reimbursed biologic DMARDs across European countries. Are differences related to country's wealth? Annals Rheum Dis.

  2013: Accepted for publication

- The opportunities

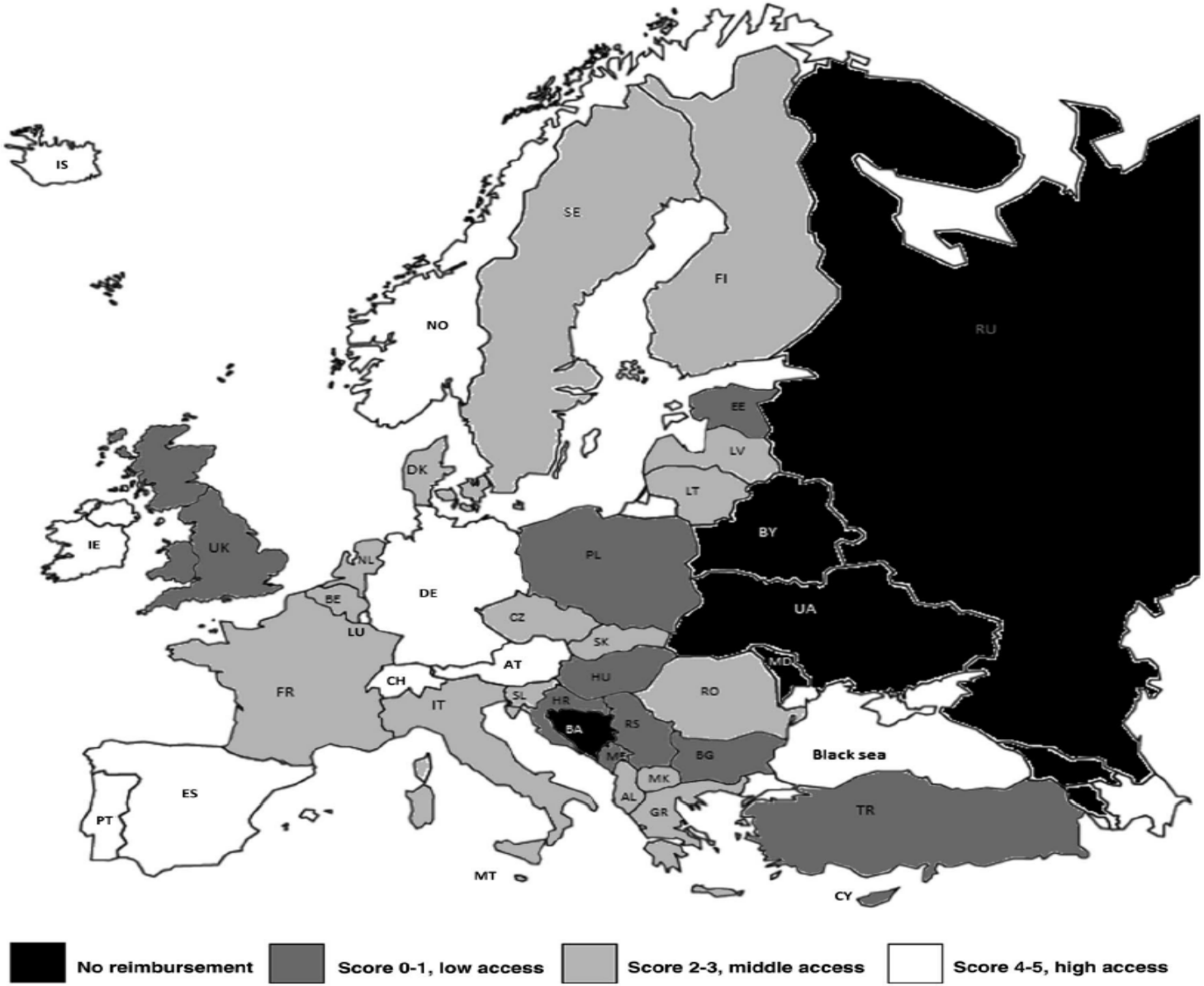


Figure 1 Composite score for restrictiveness of clinical criteria for initiation of a first reimbursed biologic (0–5) in the European Region (score is composed of (1) minimum required disease duration, (2) number of sDMARDs that have to be failed and (3) the level of DAS28). DAS28, disease activity score with 28-joint assessment; sDMARDs, synthetic disease-modifying antirheumatic drugs.
AL, Albania; AT, Austria; BE, Belgium; BG, Bulgaria; HR, Croatia; CY, Cyprus; CZ, Czech Republic; EE, Estonia; FI, Finland; FR, France; DE, Germany DK, Denmark; GR, Greece; HU, Hungary; IS, Iceland; IE, Ireland; IT, Italy; LV, Latvia; LT, Lithuania; LU, Luxemburg; MK, Macedonia; MT, Malta; ME, Montenegro; NL, the Netherlands; NO, Norway; PL, Poland; PT, Portugal; RO, Romania; RS, Serbia; SK, Slovakia; SL, Slovenia; ES, Spain; SE, Sweden; CH, Switzerland; TR, Turkey; UK, United Kingdom.

Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010

Theo Vos,

Lancet 2012; 380: 2163–96

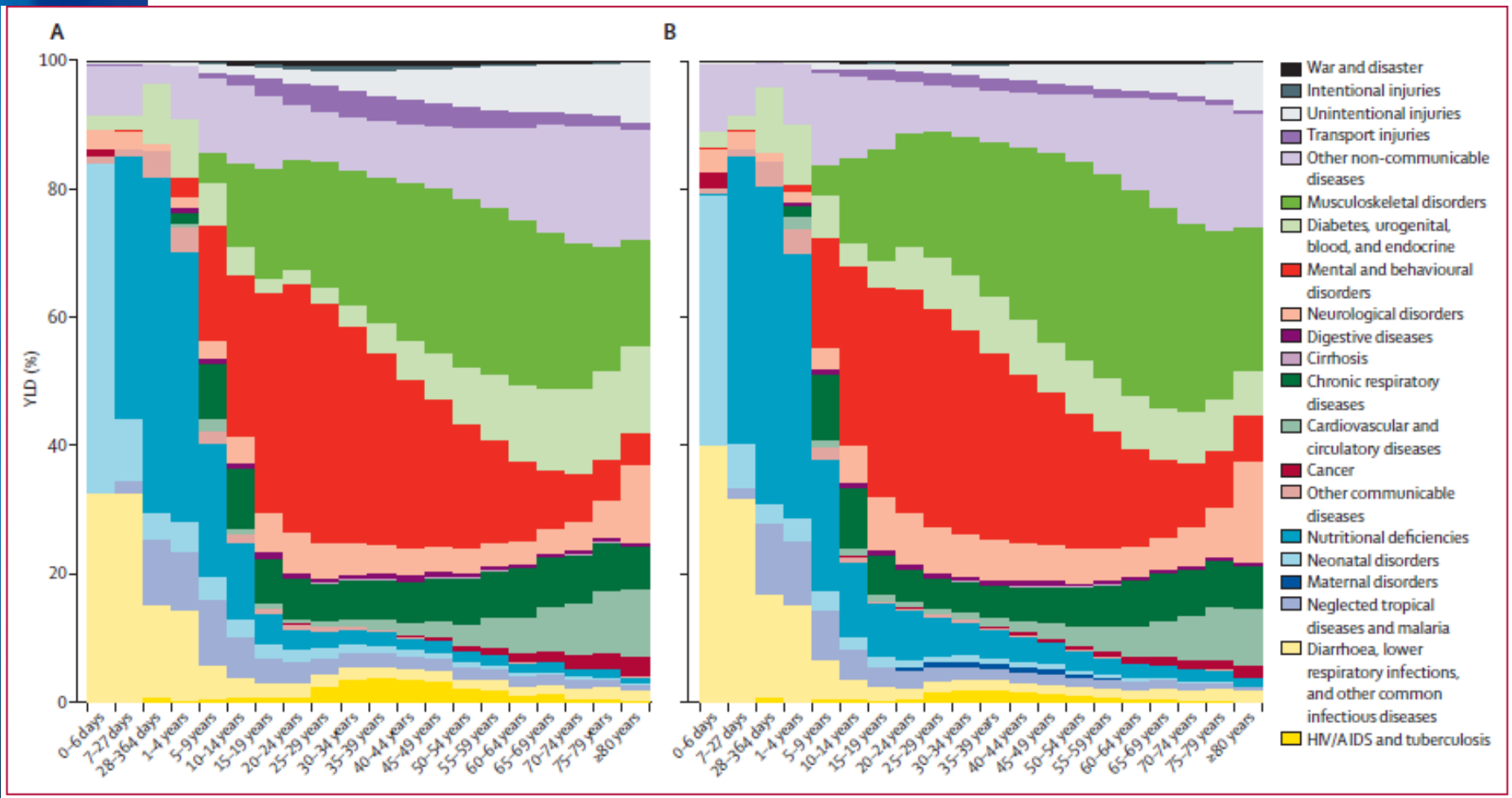


Figure 2: **Percentage of years lived with disability (YLDs) in 2010, by cause and age**
(A) In male individuals. (B) In female individuals. An interactive version of this figure is available online at http://healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/regional.

Skåne i Europa- eumusc.net 1/2

The EUMUSC:NET-project intends to:

- **Promote health, increase awareness on the musculoskeletal conditions and reduce the impact of musculoskeletal conditions**
- **Raise quality of care and harmonise standards of care of rheumatic diseases and other musculoskeletal conditions** across the Member States by further developing and operationalising a relevant health information system.
- www.eumusc.net

ARD Online First, published on August 6, 2013 as 10.1136/annrheumdis-2013-203743
Clinical and epidemiological research

OPEN ACCESS

CONCISE REPORT

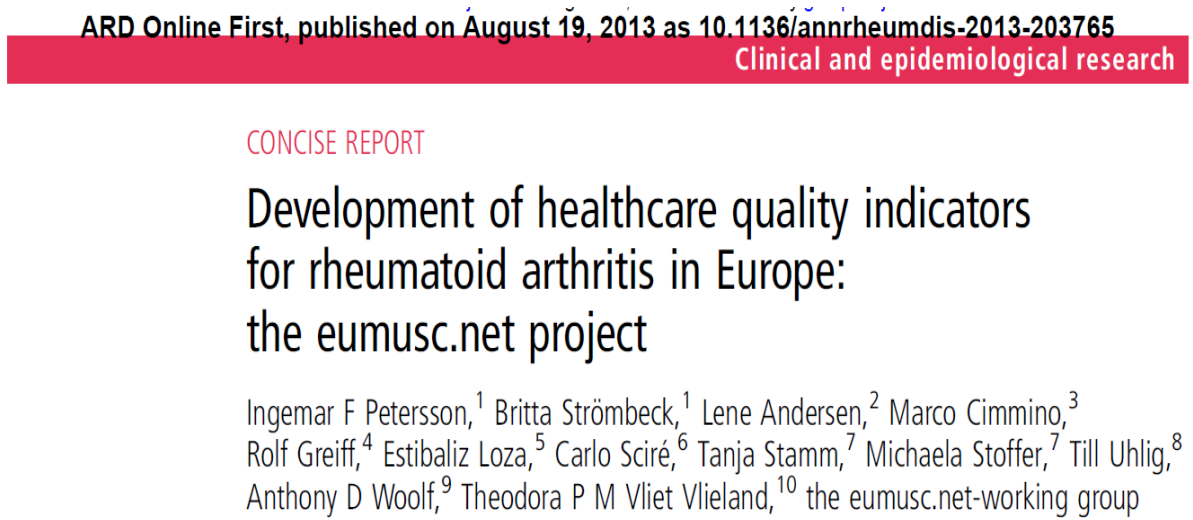
Development of patient-centred standards of care for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project

Michaela A Stoffer,[1] Josef S Smolen,[1] Anthony Woolf,[2] Ales Ambrozic,[3] Ailsa Bosworth,[4] Loreto Carmona,[5] Veronika Fialka-Moser,[6] Estibaliz Loza,[5] Pawel Olejnik,[7] Ingemar F Petersson,[8] Till Uhlig,[9] Tanja A Stamm,[1] the eumusc.net-working group

Skåne i Europa- eumusc.net 2/2

The EUMUSC:NET-project intends to:

- **Promote health, increase awareness on the musculoskeletal conditions and reduce the impact of musculoskeletal conditions**
- **Raise quality of care and harmonise standards of care of rheumatic diseases and other musculoskeletal conditions** across the Member States by further developing and operationalising a relevant health information system.
- www.eumusc.net



ARD Online First, published on August 19, 2013 as 10.1136/annrheumdis-2013-203765
Clinical and epidemiological research

CONCISE REPORT

Development of healthcare quality indicators for rheumatoid arthritis in Europe: the eumusc.net project

Ingemar F Petersson,[1] Britta Strömbeck,[1] Lene Andersen,[2] Marco Cimmino,[3] Rolf Greiff,[4] Estibaliz Loza,[5] Carlo Sciré,[6] Tanja Stamm,[7] Michaela Stoffer,[7] Till Uhlig,[8] Anthony D Woolf,[9] Theodora P M Vliet Vlieland,[10] the eumusc.net-working group

Opportunities for implementation- A need for change

Collaboration

- Health Professionals
- Patients/Consumers
- Decision Makers

Collaboration

- Between countries
- Between Regions

Follow-up and evaluation

Samkörning

Krypterat personnummer

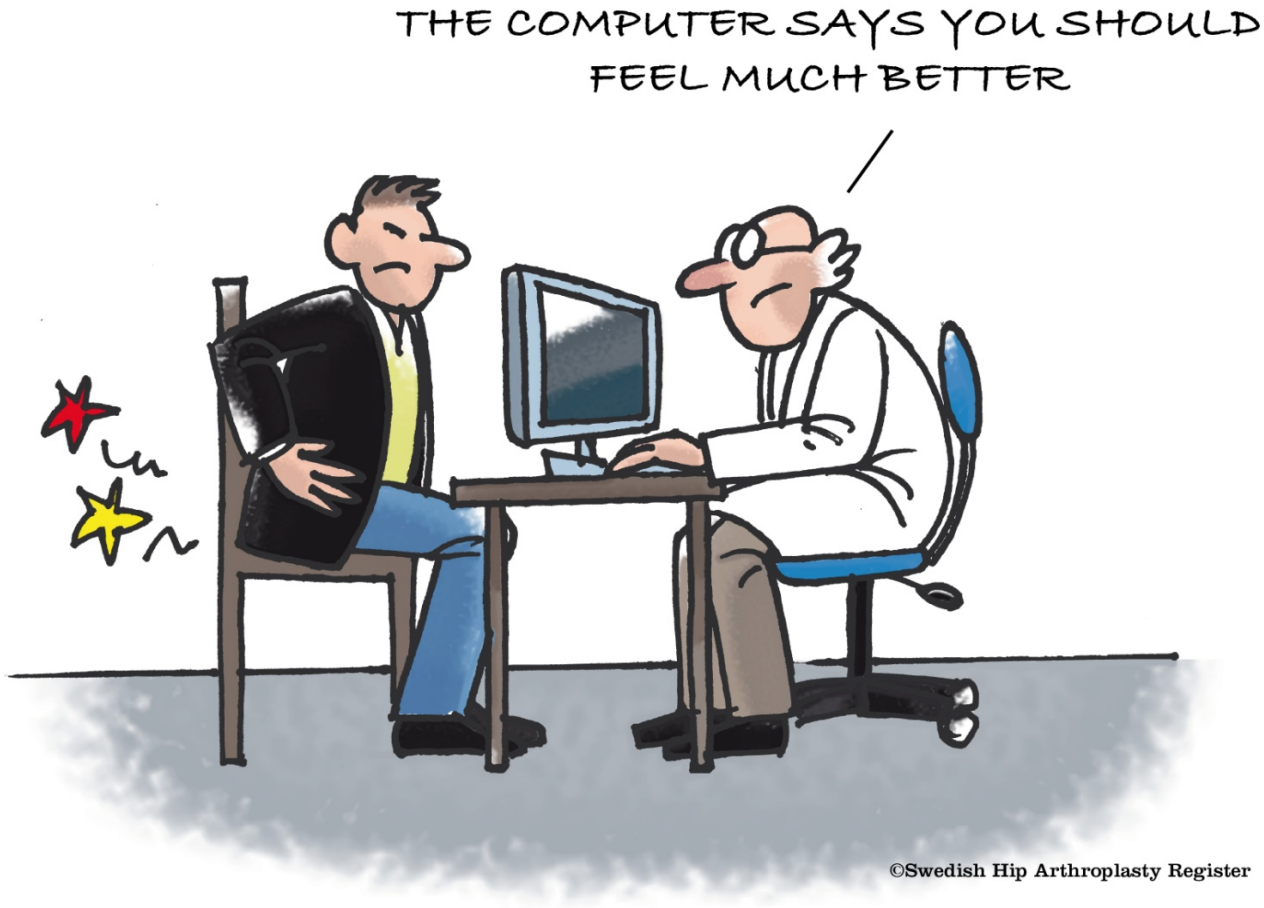
REGION SKÅNE

Region Skånes vårddatabaser

Försäkringskassan
Sjukskrivning, sjuk- och aktivitets ersättning

SCB Statistiska centralbyrån
Statistics Sweden

Yrke, utbildning, inkomst, läkemedelsregister etc


THE COMPUTER SAYS YOU SHOULD
FEEL MUCH BETTER
©Swedish Hip Arthroplasty Register

Framiden för registerarbete (1/2):

- Kvalitetsregister
  - Sammanlänkning olika register
  - Jämförelser utfall olika register
    - Gemensamma utfall (Hälsorelaterad livskvalitet/EQ5D), kostnader
  - Kopplingar till journalsystem
- Nya typer av registerkopplingar
  - Kommunerna
    - äldreforskning, social forskning mm
  - Arbetsgivare
  - Försäkringsbolag
    - AFA, Privata försäkringsbolag

Framiden för registerarbete (2/2)

- Kostnader och ansvar
  - Forskarna
  - Sjukvårdshuvudmännen
  - Staten
  - Kommunerna
    - Skånes kommunförbund
- Juridik
  - Förtroendet hos allmänheten
  - Oklarheter och olikheter i tillämpningar
    - KVB-gruppen i Region Skåne
  - Internationella jämförelser

Forskning främjar friskare Skåne!

- Dagen genom natten (Erik Olsson, Halmstad, 1935)
- ”...den fladdrande gardinen förvandlas till suggestiva nattmoln och glider över gränsen till ett nytt innehåll.”
  - (Erik Olson/Viveka Bosson,
    En sökares vandring)