



Verksamhet Regionalt chefsråd inom Reumatologi
Huvudansvarig och sammankallande Gerd-Marie Alenius, Verksamhetschef Reumatologiska Kliniken Västerbotten

Deltagare i chefsrådet (1 representant för varje landsting/region undertecknar)

Namn och landsting	Datum	Namnteckning
Christine Bylander, Västernorrlands läns landsting	18-01-30	<i>Ch. Bylander</i>
Maria Klosinska Linder, Region Norrbotten	180205	<i>M. Klosinska</i>
Torgny Smedby, Region Jämtland Härjedalen	180219	<i>T. Smedby</i>
Gerd-Marie Alenius, Västerbottens läns landsting	2018.01.25	<i>Gerd-Marie Alenius</i>

Övriga medverkande

Namn och landsting John Svensson, Överläkare, Reumatologiska Kliniken, Sundsvalls sjukhus Solveig Wållberg Jonsson, Professor, FoU-ansvarig, Reum klin, Universitetssjukhuset, Umeå

Sammanfattning av de viktigaste slutsatserna och förslagen

Arbetet under 2017 har, liksom tidigare år, i huvudsak dominerats av samråd omkring de sidoavtal som förhandlades fram på TNF-hämmarna i och med att två biosimilarer kom för etanercept. Avtalet har gett pengar tillbaka till stat och landsting och ett nytt sidoavtal förhandlades fram 1 okt 2017 med fortsatt lägre pris än listpris. Under 2018 kommer ytterligare en biosimilar på en TNF-hämmare (adalimumab) och vi förväntar oss därmed ytterligare prissänkning inom gruppen.

Inför 2016 kom två biosimilarer för infliximab (Remsina och Inflektra) men norra regionen hade då ett avtal som inte gick ut förrän hösten 2017. Ny upphandling har gjorts vilket innebär att en av biosimilarna nu är billigast (Remsima).

Vid gemensamma, regionala möte diskuteras läkemedelsfrågorna för bästa möjliga följsamhet till beslut och avtal.

Vi fortsätter som tidigare vårt samarbete omkring svårt sjuka patienter. Svensk reumatologisk förening (SRF) arbetar aktivt med utarbetande av nationella behandlings- vård- och uppföljningsprogram för olika reumatiska sjukdomar och vi i regionen följer dessa för en nationell, likvärdig vård.

Vår ambition är fortsätta det telemedicinskt samarbete för erfarenhets- och kunskapsutbyte. Under 2017 har vi haft några gemensamma utbildningsmöten samt deltagande i chefsråd via länk.

Efter en period med lite bättre bemanning är det nu åter stor brist på specialistkompetenta reumatologer i hela regionen. Endast Västerbotten har full bemanning och kan stödja i första hand mottagningen i Örnsköldsvik med dagpendlande reumatolog ca en gång/vecka. Tyvärr tillåter inte bemanningen i Umeå stöd även till övriga enheter i regionen och fortsatt aktivt arbete för att öka antalet reumatologer krävs.

Arbets- och ansvarsfördelning mellan region- och länssjukvård, centralisering och decentralisering

Grundprincipen är att patienter med reumatisk sjukdom i första hand ska omhändertas på hemorten. För patienter med svår sjukdomsbild där specialiserad vård inte kan erbjudas på hemsjukhuset har universitetssjukhuset i Umeå regionansvar. De patienter som kommer i fråga har ovanliga system- eller vaskulitiska sjukdomar med allvarliga organengagemang, reumatologiska systemsjukdomar med

komplikerat förlopp eller mycket ovanliga sjukdomar inom området.

Reumatologiska kliniken i Umeå har specialistkompetens under jourtid (fram till 21.00 vardagar, 8.00 – 18.00 helger och helgdagar) och kan ge stöd till andra kliniker inom regionen när reumatologisk specialistkompetens saknas på hemsjukhuset. Vid behov finns reumatologisk specialistkompetens under hela dygnet (mycket svårt sjuka patienter där sjukhusbunden specialist i närliggande specialitet inte är tillräckligt).

Chefsamrådets egna överenskommelser

Frågor som lyfts till ledningsnivå

Effektiva vårdprocesser

För patienter med svår sjukdomsbild där specialiserad vård inte kan erbjudas på hemsjukhuset har universitetssjukhuset i Umeå regionansvar. Dessa patienter handläggs och utreds initialt på hemortssjukhuset och remitteras till NUS efter överenskommelse. Vid svåra och långdragna sjukdomsförlopp diskuteras fortsatt handläggning av hemortssjukhuset läkare för gemensamt ställningstagande till fortsatt handläggning. I de fall hemortssjukhuset önskar ta över fortsatt behandlingsansvar sker detta.

Antalet slutenvårdsplatser har minskat och vid NUS ses möjligheterna till poliklinisk utredning över för patienter som inte behöver slutenvård. För att detta ska fungera krävs översyn av ersättningsmodeller för regionpatienter vilket ska utredas och diskuteras under 2018. Fram tills nu ersätts inte utredningar i öppenvård vilket innebär svårigheter att uppfylla regionuppdraget när patienter inte kan läggas in i slutenvård pga vårdplatsbrist. Det är heller inte effektivt att lägga in patienter i slutenvård som egentligen inte behöver det men för att förändra arbetssättet krävs att alla delar finns med i processen; möjligheter till undersökningar, konsultationer med andra kliniker, ersättningsmodeller osv.

Chefsamrådets egna överenskommelser

Frågor som lyfts till ledningsnivå

Samråd och överenskommelse i varje enskilt fall

Jämlik/jämställd vård i regionen

Ända sedan behandlingsmöjligheterna förändrades inom reumatologin har ett ständigt pågående förändrings- och förbättringsarbete präglat specialiteten och ett mycket aktivt arbete med utarbetande av nationella behandlingsriktlinjer pågår fortlöpande inom specialitetsföreningen (Svensk Reumatologisk Förening). Vidare finns Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar som innefattas behandlingsriktlinjer för tre (3) av specialitetens diagnoser. Dessa riktlinjer börjar vara lite gamla och uppdatering pågår, beräknas klart våren 2019.

De öppna jämförelserna används ofta som bas för arbetet och nya forskningsrön följs hela tiden upp och implementeras i verksamheten. Under senare år har t ex kunskap om hjärtkärlsjukdom inneburit ett förbättrat omhändertagande av patienterna och förändrat behov av rehabiliterande insatser för patienter med reumatisk sjukdom innebär att rehabiliteringens innehåll förändras. Svensk Reumatologisk Förenings riktlinjer uppdateras årligen och följs av enheterna i regionen.

Vad avser chefsamrådet åtgärda för egen del

Frågor som lyfts till ledningsnivå

Fortsätta följa nationella riktlinjer

Läkemedelssamordning

De senaste 10-15 åren har vårt verksamhetsområde i huvudsak dominerats av utvecklingen av de biologiska läkemedlen: dess användning och kostnad. Under 2016 och 2017 har prisbilden förändrats beroende på att det kommit flera biosimilarer till de tidigare patentbundna läkemedlen vilket har inneburit priskonkurrens och prispress. Listpriserna har inte överlag minskat särskilt mycket men 1 okt 2016 slöts en sidoöverenskommelse via trepartssamtal mellan TLV, SKL och enskilda läkemedelsföretag som innebar en kraftig prissänkning i form av rabatt på de förskrivna preparat som ingick i avtalet. Alla landsting/regioner inom norra regionen switchade till den billigaste av de

subkutana TNF-hämmarna vilket har inneburit en betydande kostnadsminskning och återbetalning. Exakt hur stor återbetalningen har blivit för klinikerna är oklart då de återbetalda medlen inte redovisats för respektive klinik men återbäringen kan räknas till miljoner kr. Ett nytt avtal för rekvisitionsläkemedel för TNF-hämmaren infliximab har också inneburit en kostnadssänkning för de kliniker som tillhandahåller infusion.

1 okt 2017 slöts ett nytt sidoavtal med fortsatt rabatt, men nu är en annan subkutan TNF-hämmare billigare. Det innebär ett visst dilemma då upprepade byten mellan preparaten inte är tillräckligt studerade för att anses säkert och säkerställa en fortsatt effektiv behandling. Multipla switchar rekommenderas därför inte i nationella riktlinjer och rekommendationer men nyinsättning kan ju ske med det billigaste preparatet. I sidoavtalet ingår dessutom även en ny läkemedelsgrupp, JAK-hämmare, som har en annan angreppspunkt i den inflammatoriska processen, vilket är bra för de patienter som inte kan använda TNF-hämmare. Under 2018 kommer ytterligare biosimilarer vilket vi bedömer kommer att leda till ytterligare prispress.

<i>Chefsrådets egna åtgärder</i>	<i>Frågor som lyfts till ledningsnivå</i>
Vid våra gemensamma, regionala möten diskuteras läkemedelsfrågorna för bästa möjliga följsamhet till beslut och avtal.	

Kompetensförsörjning

Ett stort problem är kompetensförsörjning med läkare. Tyvärr är det inte bara ett problem för norra regionen utan det är brist på reumatologer i hela Sverige. Flera enheter klarar sig endast med hjälp av stafettläkare. Fortsatt arbete för att i första hand utbilda reumatologer är av mycket stor vikt. Under året har specialistutbildning för i första hand sjuksköterskor diskuterats och det planeras en 15 hp-kurs i Umeå under 2018-2019 (nationellt intag men i första hand för norra regionens medarbetare).

<i>Chefsrådets egna åtgärder inom området</i>	<i>Frågor som lyfts till ledningsnivå</i>
Fortsätta arbeta för att öka antalet reumatologer	

Forskning

Inom norra Regionen fortgår gemensamma forskningsprojekt. Tidigare har forskningen kunnat bedrivas tillsammans med lokala företrädare i Östersund, Sunderbyn och Sundsvall men pga brist på reumatologer har möjligheterna till aktivt, eget deltagande i projekten försämrats. Under 2017 har dessutom framkommit vissa svårigheter i samarbetet med Region Norrbotten som har rutiner för journalutlämning i forskningssyfte som kraftigt försämrar möjligheterna till forskningssamarbete. För vår del har det inneburit att vi, i ett av fortsättningsprojekten, inte kunnat samla in de data som krävs och det är nu osäkert ifall forskningsprojektet kan fortgå och avslutas med patienterna som tillhör Region Norrbotten. Projektet är pågående sedan många år och finansieras av forskningsmedel från EU, VR, Hjärt-Lung fonden, Reumatikerförbundet och Visare Norr.

<i>Chefsrådets egna åtgärder</i>	<i>Frågor som lyfts till ledningsnivå</i>
Diskutera hur aktivt forskningssamarbete ska kunna fortgå. Översyn av forskningssamarbete med Region Norrbotten tillsammans med andra universitetsenheter på NUS med liknande erfarenhet.	Frågan kommer att tas upp i ALF-kommittén för gemensam lösning som alla parter kan känna delaktighet i. Frågan är essentiell för fortsatt forskningssamarbete inom norra regionen.

Övriga frågor

Svensk Reumatologisk Förening (SRF) driver sedan många år Svenska Reumatologiregister (SRQ) som är en registerbas för flera olika register för uppföljning av reumatiska sjukdomstillstånd (www.srq.nu). Nationell registrering förekommer för patienter med reumatoid artrit (SRQ, svensk

reumatologiska kvalitetsregister) samt för patienter som behandlas med biologiska läkemedel oavsett diagnos (ARTIS, Antirheumatic Treatment in Sweden) och används för de nationella öppna jämförelserna. Regionens alla enheter inkluderar patienter i de två nationella uppföljningarna, framför allt i ARTIS. Viss skillnad i uppföljning och handläggning finns dock beroende på skillnader i struktur och organisation som innebär lokala undantag. Inom Svensk reumatologisk Förening (SRF) pågår en aktiv diskussion om kvalitetssäkring i registren och ersättning utbetalas, av registret till enheterna, för kontroll och säkerställande av kvaliteten i registren. I Umeå finns en anställd medarbetare för att arbeta med säkerställandet av kvaliteten i registret med ansvar för hela norra regionen.

Socialstyrelsen har verkat för att införa målnivåer för de nationella riktlinjerna och där är SRF och SRQ i högsta grad delaktiga i utarbetandet av målnivåerna. Arbetet är dock inte helt lätt då målen måste vara relevanta för vården samt vara möjliga att mäta och följa på ett enkelt sätt.

<i>Chefsrådets egna åtgärder</i>	<i>Frågor som lyfts till ledningsnivå</i>
Fortsatt arbete med att säkra datakvaliteten i SRQ med hjälp av medel från ARTIS.	