



Svensk Reumatologisk Förening

Remissvar från Svensk Reumatologisk förening (SRF) på Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2010

Allmänt

SRF är överlag mycket positiva till den preliminära versionen av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Det är ett gediget och omfattande arbete som har utförts av alla inblandade.

Vi har inledningsvis några allmänna synpunkter:

- 1) Frågan kring horisontell prioritering bör lyftas fram i den inledande texten. Hur ska åtgärder mellan olika specialitetsområden prioriteras t.ex. diabetes, demensriktlinjer kontra rörelseorganens riktlinjer? Ett direktiv som prioriteringsgruppen för rörelseorganens riktlinjer fick var att prio 1 inte fick sättas på någon åtgärd då inga av tillstånden betraktades som livshotande. Detta direktiv kan ifrågasättas, då det även är en viktig uppgift för sjukvården att motverka svår ohälsa och dålig livskvalitet på lång sikt.
- 2) Reumatologin och reumatologisk vård och behandling är i ständig förändring och utveckling, och detta bör påpekas på ett tydligt sätt i dokumentet. Vi föreslår därför att det ytterligare poängteras att riktlinjerna och evidensgraderingen är baserade på granskning t o m 2008 och att framtida revideringar kommer att bli nödvändiga. Vi är medvetna om att uppdateringar kommer att ske inom utvalda områden under 2011 – det bör framgå tydligt vilka dessa är i slutversionen.
- 3) Beskrivning av principerna kring hur evidensgraderingen har gått till behöver närmare förklaras i den inledande texten.
- 4) Arbetssättet där stor tyngd läggs vid den vetenskapliga evidensen missgynnar områden som är svårforskade tex. åtgärder inom rehabilitering. Texten i slutet av sidan 13 bör poängtera detta ytterligare och att rehabiliteringens låga rangordning inte får tas som argument att utesluta eller prioritera bort rehabiliteringsåtgärder.

Områdesspecifika synpunkter

Inflammatoriska reumatiska sjukdomar (inklusive ankyloserande spondylit och psoriasisartrit)

Diagnostikavsnittet RA:

Rekommendationerna om diagnostiken är tillfyllest och i enlighet med riktlinjerna från Svensk Reumatologisk Förening (SRF). Dock vill vi påtala ett ökat behov av information i primärvården avseende rekommendationen att ta antikroppar mot CCP vid odifferentierad artrit.

Behandling RA

Rekommendationerna kring läkemedelsbehandling är tillfyllest och i enlighet med riktlinjerna från Svensk Reumatologisk Förening (SRF).

Vi anser det dock viktigt att belysa betydelsen av strukturerad uppföljning via register av patienter med reumatisk sjukdom, vilken blivit ett nationellt viktigt hjälpmedel inom svensk reumatologi både för behandlingsuppföljning av den enskilda patienten, men även som en viktig kvalitetsuppföljning av de reumatologiska verksamheterna. Det är även genom denna registrering som kostnader för biologiska preparat kan hållas på så låg nivå som möjligt, eftersom uppföljningen innebär noggrann dokumentation avseende reell effekt av preparatet hos den enskilda patienten, samt även biverkningsregistrering etc. Risken för diagnosglidning minskas och kunskap kring att rätt patienter får de biologiska läkemedlen erhållas.

Då patienten behandlats med ett biologiskt läkemedel under en längre tid, och om relativt låg sjukdomsaktivitet eller remission uppnåtts, pågår en diskussion huruvida läkemedlet kan sättas ut eller dosen minskas. Det finns en del rapporter om att TNF-blockad kan sättas ut med bibehållen låg sjukdomsaktivitet. Detta gäller speciellt om behandlingen inletts tidigt i sjukdomsförloppet och haft god och stabil effekt som kvarstått i flera månader innan preparaten utsatts. I nuläget saknas riktlinjer för utsättning av TNF-blockerare, men eftersom denna frågeställning kan vara extra viktig med tanke på långtidseffekter av behandlingen och ekonomiska konsekvenser vill vi belysa möjligheterna som de reumatologiska registren för biologisk behandling (ARTIS) ger i detta sammanhang. Detta är också ett område där vi känner till att det har tillkommit en del publicerad evidens, så en uppdaterad litteratursökning, evidensgradering och prioritering före slutversionens färdigställande är angelägen.

Det är också viktigt att aktuella indikationer för anti-reumatiska läkemedel beaktas. Sedan tillstånds-åtgärdslistan färdigställdes har läkemedelsverket och EMA ändrat indikationen för behandling med abatacept vid reumatoid artrit – en förnyad granskning som motsvarar detta med påföljande prioritering bör genomföras innan slutversionen publiceras.

Rehabilitering RA

Teamrehabilitering i dagvård - slutenvård

Vi instämmer med dokumentets uppfattning att dagvårdsrehabilitering ska prioriteras högt. Trots nya behandlingsstrategier och nya behandlingar kommer patienter med reumatisk sjukdom fortsatt ha ett behov av teamrehabilitering.

Här är det viktigt att påpeka att slutenvårdsrehabilitering, även i fortsättningen har en viktig plats inom reumatologin. Enligt studier och registerdata får ca 1/3 av behandlade patienter med RA begränsad effekt av TNF-blockerare, och ytterligare en tredjedel har trots förbättring en kvarstående avsevärd påverkan av sjukdomen. Även om otillräcklig effekt leder till behandling med andra biologiska läkemedel finns enligt vår erfarenhet en grupp av patienter med svår RA som har ett fortsatt behov av reumatologisk rehabilitering i slutenvård. För vissa patienter är intensiva rehabiliteringsinsatser ett komplement till farmakologisk behandling som är oundgängligt för att åstadkomma förbättrad funktion och livskvalitet. Dessutom finns andra grupper av andra reumatiska sjukdomar, bl a SLE, myosit och systemisk scleros där behandlingsresultaten ej nått till samma positiva nivå som vid RA. Svårt sjuka patienter med dessa sjukdomar behöver fortsatt rehabilitering även i slutenvård när man på grund av grava funktionsnedsättningar inte klarar dagvårdsrehabilitering.

Då slutenvården alltså spelar en viktig roll, dels vid terapiresistent RA, dels för andra svåra reumatiska sjukdomar kan sammantaget inte förväntas en nettobesparing på rehabilitering, som anges på sidan 8 i dokumentet. Sista meningen i stycket Teamrehabilitering vid reumatoid artrit ”Socialstyrelsen bedömer därför att rekommendationerna kommer att leda till en viss besparing för de landsting som fortfarande erbjuder teamrehabilitering i slutenvård” bör därför helt strykas.

Avseende teamrehabilitering i varmt klimat så sker en stor del av denna i dagvårdsform, varför indelningen av rehabiliteringsinsatser i riktlinjerna (dagvård, slutenvård eller varmt klimat) inte är självklar. Problematiken kring prioriteringen av dessa åtgärder visar tydligt på motsättningen mellan ställningstaganden utifrån publicerad evidens och långvarig beprövad erfarenhet.

Det vore värdefullt om Socialstyrelsen kunde klargöra inom vilken typ av forsknings- och utvecklingsverksamhet man rekommenderar att åtgärder som hamnat på FoU-listan bör genomföras. Ett förslag från SRFs sida är att man bör uppmuntra till upprättande av kvalitetsregister där effekten av teamrehabilitering i varmt klimat dokumenteras, och att detta kompletteras med kontrollerade studier.

Tidig diagnostik AS:

Rekommendationerna om diagnostiken är i huvudsak tillfyllest och i enlighet med riktlinjer från Svensk Reumatologisk Förening (SRF). För att undvika förvirring bör tidsperspektivet vid utredning av misstänkt AS förtydligas i dokumentet. Skillnader avseende *nydebuterad* inflammatorisk ryggsmärta (då MR kan visa tidiga förändringar, vilket möjliggör tidigare insatt behandling) gentemot

att verifiera sjukdomen hos en patient med *flera års kronisk* inflammatorisk ryggsmärta (där slätröntgen /^[b1] CT bättre kan visa strukturella förändringar) bör belysas.

Då dagens utredning i primärvård ej innefattar MRT i tidigt skede vid misstänkt inflammatorisk ryggsmärta kommer dessa riktlinjer att leda till policyändringar, med merkostnader som följd enl. nedan. En viktig utmaning för framtiden är hur man optimerar samarbetet mellan primärvård och specialistsjukvård inom diagnostik och behandling av reumatiska ryggsjukdomar.

Behandling AS:

Rekommendationerna om behandling av AS är i huvudsak tillfyllest och i enlighet med rekommendationer från Svensk Reumatologisk Förening (SRF).

Vi önskar dock förtydligande avseende "otillräcklig effekt av NSAID-läkemedel" och önskar att riktlinjerna för insättning av TNF-blockad specificeras till "hög inflammatorisk aktivitet, efter misslyckade behandlingsförsök med två NSAID-preparat" i enlighet med SRFs nuvarande riktlinjer.

Konsekvenser för läkemedelsanvändning, patientomhändertagande och vårdkedjor

De nya riktlinjerna kommer att öka användningen av biologisk behandling, detta gäller framför allt diagnoserna AS och psoriasisartrit. Detta kommer leda till tydliga kostandsökningar och kommer att få flera betydande konsekvenser:

1) Behov av ökad läkemedelsbudget till alla reumatologiska enheter i Sverige med en del regionala skillnader utifrån nuvarande användning av biologiska läkemedel

2) Om de föreslagna riktlinjerna inom behandling av RA, AS och psoriasisartrit och uppföljning med indikatorer av god vård inom rörelseorganens sjukdomar ska kunna följas så ökar behovet av specialiserad reumatikervård kraftigt. Riktlinjerna kommer att innebära kraftigt ökat antal patienter på biologiska läkemedel, ökad beredskap för oönskade händelser relaterat till dessa läkemedel, utökat registerarbete, ökat behov av monitorering avseende klinisk effekt och biverkningar, ökad patientinformation och kraftigt ökad infusionsverksamhet.

Inom reumatologisk specialistvård föreligger sålunda ett ökat behov av att utbilda nya reumatologer och fler ST-tjänster behöver inrättas. Med utgångspunkt från det specialistbehov inom reumatologi som föreligger i dagsläget ^[b2]enligt flera utredningar dvs 1/40 000 inv för länssjukvård, 1/150 000 inv för regionsjukvård och med genomsnittlig tjänstgöringsgrad 70% så behövs ytterligare 176 ST läkare på 10 år förutom nuvarande 94 st ST-läkare.

Det föreligger också ett ökat behov av specialkunniga sjuksköterskor med omfattande erfarenhet inom reumatologi - för att ta hand om ökat antal infusionsbehandlingar, utökad monitorering samt tillförsäkra god tillgänglighet och patientsäkerhet hos patienter som erhåller intensiv och potent behandling.

3) För ett etablera förbättrade vårdkedjor och säkerställa kompetens inom primärvården så föreligger ett ökat behov av konsultationstjänster mellan specialistvård och primärvård.

Behovet av ovan nämnda ökade personella resurser inom reumatologin bör framhållas i dokumentet.

Svensk Reumatologisk förening

Stockholm 25 februari 2011

Johan Bratt
Ordförande