Region Stockholm

10

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA)

VKN 2020-0056

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Medicinsk fortbildning
Leyla Jalilian

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2020-0056
2020-02-28

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss – Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA)

Ärendebeskrivning

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. De ska utgå ifrån tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd och därmed baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Nu har nationella arbetsgrupper i regionerna tagit fram remissversioner för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp inom följande diagnoser: Höftledsartros, Kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL), Kritisk benischemi, Reumatoid artrit, Schizofreni – förstagångsinsjuknande, Sepsis, Stroke och TIA. Under 2020 ska minst fem av dessa vårdförlopp implementeras.

Detta ärende hanterar vårdförlopp Reumatoid artrit (RA).

Beslutsunderlag

Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Vårdförlopp RA remissversion
Konsekvensbeskrivning RA remissversion

Förslag till beslut

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtandet som nämndens yttrande och överlämnar det till Sveriges Kommuner och Regioner.

Förvaltningens motivering till förslaget

Sammanfattande synpunkter

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen uppskattar de väl genomarbetade medicinska underlagen och det högkvalitativa arbete som gjorts under mycket snäva tidsramar.

Den övergripande och generella bedömningen av samtliga sju vårdförlopp är dock att konsekvensbeskrivningarna generellt utgör ett otillräckligt underlag. Nuvarande utformning av vårdförloppen kan misstänkas orsaka undanträngningseffekter, och större ekonomiska konsekvenser samt effekter på kompetensförsörjningen än vad som finns beskrivet i vårdförloppen. Det kan finnas påverkan på andra patientgrupper som med nuvarande underlag inte kan bedömas.

Bakgrund

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och de flesta som insjuknar gör det mellan 50 och 70 års ålder. Tidig diagnostik och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA, men i nuläget varierar exempelvis ledtider till första besök i reumatologisk specialistvård och andelen nydiagnostiserade som erbjuds strukturerad kontakt med reumatologiska team mellan olika regioner i landet.

Vårdförlopp RA inleds vid välgrundad misstanke om RA, fortsätter vid bekräftad diagnos och avlutas då patienten har levt ett år med diagnosen. Målen med vårdförloppet är att (i) minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling, (ii) att patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer, (iii) öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet samt att (iv) minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning.

För att följa upp vårdförloppet används bland annat indikatorer kopplade till behandling sjukdomsaktivitet, smärtupplevelse och ledtider. Ett flertal av indikatorerna följs med hjälp av data från Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ.

Överväganden

Remissversionen av vårdförlopp RA har behandlats i Stockholm-Gotlands medicinska råds beredningsgrupp samt regionens prioriteringsråd. Därtill har synpunkter från Regionalt programområde (RPO) Reumatiska sjukdomar och RPO Primärvård beaktats främst utifrån ett systemperspektiv. Vid genomgång av förslaget noterades nedanstående punkter.

Generella synpunkter på samtliga sju vårdförlopp:

Kunskapsunderlaget som grund för prioriteringsbeslut
De sju vårdförloppen har bristande, eller saknar helt eller delvis, hälsoekonomiska underlag för föreslagna åtgärder. Därtill finns en tendens att överskatta kostnadseffektiviteten i föreslagna åtgärder och underskatta resursåtgången, särskilt i de fall där hälsoekonomiska analyser helt saknas. Detta i sin tur medför svårigheter i att göra horisontella prioriteringar samt att kunna avgöra om Region Stockholm kan ställa sig bakom de olika förslagen. Otydliga avgränsningar av patientpopulationer medför svårigheter att uppskatta resursbehovet och göra prioriteringar då vårdförloppen kan appliceras på en mycket större population än man utgått från. I vissa avseenden har vårdförloppen istället avgränsat patientgruppen så markant att man utesluter andra patienter med samma diagnos. Båda dessa scenarion försvårar beräkningar av resursbehov och kompetensförsörjning.

Automatiserade system för uppföljning saknas i dagsläget
Tillgång till data för uppföljning är en viktig del i utvecklingen av en jämlik, effektiv och kvalitativ vård som vårdförloppen syftar till. Dock har olika vårdförlopp varierande förutsättningar och tillgång på data. Som regel har ett tiotal indikatorer per vårdförlopp föreslagits. Flertalet är processmått, men även resultatmått förekommer. Även om målet på lång sikt är att använda strukturerad journalinformation och minska registreringsbördan så kommer ett införande i sin nuvarande föreslagna form på kort sikt innebära fler administrativa uppgifter i vården, något som inte är acceptabelt med hänsyn till rådande resurssituation i vården. Region Stockholm kan bara acceptera automatiserad överföring av data för uppföljning av vårdförloppen.

Risk för undanträngning
Det finns en farhåga att en för stor expansion av enskilda vårdförlopp eller för många vårdförlopp så som de beskrivs och arbetas fram idag riskerar att omfatta för stora patientgrupper och orsaka undanträngningseffekter och ökad belastning framför allt i primärvården. Vidare kan också processmått i form av specifika ledtider leda till direkta undanträngningseffekter. En tydlig plan för att följa upp och åtgärda eventuella undanträngningseffekter behöver finnas.

Personcentrerad vård
Det finns inga typiska patienter vilket innebär att man måste ha en förståelse för att ett stort antal patienter inte kan följa vårdförloppen. Många patienter är multisjuka och kommer dessutom att ingå i flera vårdförlopp. Hur prioriterar kliniker mellan dessa? Om vårdförloppen ska vara ett stöd till vården och förbättra vården så behöver det finnas utrymme för individuell anpassning av vården efter patientens behov. Försiktighet avseende styrning med för starka resultatmått, särskilt av ekonomisk art, bör iakttas.

Användarvänlighet
Generellt krävs tydligare riktlinjer för hur man gestaltar ingången på ett vårdförlopp då det finns stor variation i hur ingången beskrivs i de olika förslagen. Ett vårdförlopp bör alltid ha sin ingång vid en medicinskt motiverad vårdkontakt. Vidare är formatet på vårdförloppen stundtals svårläst. Region Stockholm behöver ett förtydligande i vem som är dokumentens mottagare. Skall det tolkas ur ett organisatoriskt perspektiv eller av vårdgivare i patientmöte? Om vårdförloppen ska användas av vårdgivare behöver de utformas mer användarvänligt.

Regional anpassning - en förutsättning för implementering
Förutsättningarna för implementering av vårdförloppen kan skilja sig mellan olika regioner. Utmaningar vid implementering kan leda till ett behov av vårdstrukturanpassning över tid i regionerna. Det är därför viktigt att vårdförloppen ger utrymme för regional anpassning samtidigt som det ger ett ramverk för bästa möjliga omhändertagande som baseras på bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling.

Befolkningsperspektivet
Ett starkt hälsofrämjande, befolkningsinriktat arbete ger goda förutsättningar för hälso- och sjukvården att minska ojämlikheter i hälsa hos befolkningen. Generellt saknas befolkningsperspektivet i vårdförloppen och hälsofrämjande insatser, prevention, stöd till patienter och befolkning i egenvård skulle kunna inkluderas mer.

Synpunkter specifikt på vårdförlopp RA:

Vårdförloppets utformning överensstämmer till stora delar med den vård som ges i Region Stockholm och syftar till att patienter med misstanke om RA kommer till reumatologisk specialistvård i lämplig tid för strukturerat omhändertagande. Vårdförloppet innebär troligen att en större patientgrupp än idag kommer att remitteras till reumatologmottagningar

vilket kan kräva ökade resurser till den reumatologiska specialistvården och troligen också en större administrativ börda för primärvården. RPO Reumatiska sjukdomar ställer sig positiva till vårdförloppet. RPO primärvård och SGMR beredningsgrupp menar dock att det finns en risk för underskattad resursåtgång och kompetensförsörjning. Därför föreslås en anpassning av vårdförloppet i syfte att minska antalet omotiverade remisser. Som värdregion för detta programområde ser vi fram emot att vara med och bidra till detta arbete.

Ekonomiska konsekvenser
De ekonomiska effekterna av vårdförlopp RA kan inte tydligt bedömas. Konsekvensanalyserna saknar hälsoekonomiskt underlag. Vårdförloppet kommer sannolikt att innebära ett behov av ökade resurser och kompetensförsörjning inom den reumatiska specialistvården.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Strukturerat omhändertagande inom ramen för reumatologisk specialistvård har effekt på patientsäkerhet och väntas minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA. Samtidigt kan ökat antal remisser leda till undanträngning av patienter med andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar i behov av reumatisk specialistvård.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Regionala skillnader i vilken vård som erbjuds riskerar att skapa ojämlik vård. Sammanhållna och personcentrerade vårdförlopp syftar till att skapa förutsättningar för jämlik vård, vilket Region Stockholm välkomnar.

Miljökonsekvenser
Beslutet förväntas ha oförändrade konsekvenser på miljön.

Administrativa konsekvenser
Region Stockholm accepterar inte ytterliga administrativa lager i samband med implementering och uppföljning av de sju vårdförloppen.

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Sveriges Kommuner och Regioner

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-02-28

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (RA)

VÅRDFÖRLOPPET INLEDS VID VÄLGRUNDAD MISSTANKE OM REUMATOID ARTRIT OCH AVLUTAS NÄR PATIENTEN HAR LEVT ETT ÅR MED DIAGNOSEN

Remissversion

Bakgrund och överenskommelse om personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp

Som en del i regionernas nationella system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården ingår att ta fram personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp. Arbetet stödjs av en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och regioner. Syftet med personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp är att öka jämlikheten, effektiviteten och kvaliteten i vården. Syftet är också att patienter ska uppleva en mer välorganiserad och helhetsorienterad process utan onödig väntetid i samband med utredning och behandling.

Personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för sjukdomsområden ska kunna omfatta en större del av vårdkedjan, inklusive tidig upptäckt, uppföljning och rehabilitering. Vårdförloppen som tas fram ska kunna inbegripa flera specialiteter, kunna starta i primärvården och vid behov innefatta socialtjänstinsatser, kunna innefatta patienter med komplexa och långvariga sjukdomar, kunna främja hälsa i hela förloppet, utgå från tillförlitliga och aktuella kunskapsstöd samt utformas så de kan följas i de nya digitala vårdstöden som regionerna just nu, eller inom överskådlig framtid, upphandlar.

Patientkontrakt ska tillämpas i de personcentrerade och sammanhållna vårdförloppen. Syftet är att stärka patienten och ge möjligheter till delaktighet och samverkan, samt ge förutsättningar för en god tillgänglighet och en samordnad planering. Detta görs bland annat genom att gemensamt komma överens om vad patienten ansvarar för och vad vården tar ansvar för samt att detta dokumenteras i journalen.

Remissperioden pågår 27 januari–6 mars 2020. Instruktioner och remissvar finns att ladda ned på hemsidan för personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp – klicka här.

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård
SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk ledsjukdom som förekommer hos drygt en halv procent av befolkningen. Sjukdomen är vanligare bland kvinnor än män och de flesta som insjuknar gör det mellan 50 och 70 års ålder. Tidig diagnostik och behandling samt tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättning och komplikationer av RA, men i nuläget varierar exempelvis ledtider till första besök i reumatologisk specialistvård och andelen nydiagnostiserade som erbjuds strukturerad kontakt med reumatologiska team mellan olika regioner i landet.

Vårdförlopp RA inleds vid välgrundad misstanke om RA, fortsätter vid bekräftad diagnos och avlutas då patienten har levt ett år med diagnosen. Målen med vårdförloppet är att (i) minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling, (ii) att patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer, (iii) öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet samt att (iv) minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning.

För att följa upp vårdförloppet används bland annat indikatorer kopplade till behandling sjukdomsaktivitet, smärtupplevelse och ledtider. Ett flertal av indikatorerna följs med hjälp av data från Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ.

Nationellt system för kunskapsstyrning leder det övergripande arbetet med att utveckla personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp, och detta dokument har utvecklats inom ramen för Nationellt programområde Reumatiska sjukdomar. Det praktiska arbetet med att ta fram dokumentet genomfördes av en nationell arbetsgrupp utsedd av sagda programområde. I arbetsgruppen ingick bland annat representanter från professionen samt patientföreträdare från Reumatikerförbundet.

Remissversion

Innehållsförteckning

1. Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 3 -
1.1 Kort beskrivning av reumatoid artrit ..... - 3 -
1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv ..... - 4 -
1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 5 -
1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 5 -
2. Beskrivning av åtgärder och flödesschema ..... - 6 -
2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 6 -
2.2 Flödesschema ..... - 7 -
2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 8 -
2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse ..... - 13 -
3. Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 14 -
3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått) ..... - 14 -
3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått) ..... - 15 -
4. Referenser ..... - 17 -
5. Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit ..... - 19 -
5.1 Kunskapsunderlag ..... - 19 -
5.2 Arbetsprocess ..... - 19 -
6. Appendix ..... - 21 -

Remissversion

1. Beskrivning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

1.1 Kort beskrivning av reumatoid artrit

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som förekommer hos ungefär 0,6 procent av befolkningen med en årlig incidens hos vuxna över 18 år på runt 40/100 000. Kvinnor insjuknar i RA ungefär tre gånger så ofta som män. De flesta insjuknar mellan 50 och 70 års ålder. Obehandlad sjukdom kan leda till leddestruktioner, funktionsnedsättning och för tidig död. Orsaken till uppkomsten av RA är en kombination av genetisk predisposition, omgivningsfaktorer och okända faktorer. Rökning är den viktigaste påverkningsbara riskfaktorn för att utveckla RA och är också associerat med en mer allvarlig sjukdom och sämre effekt av antireumatiska läkemedel.

Patienter med ledvärk utreds initialt i primärvården och vid misstanke om inflammatorisk artrit eller RA remitteras patienten till reumatologisk specialistvård. Patienter med RA diagnostiseras, behandlas och följs i den reumatologiska specialistvården.

Tidig diagnostik, tidig behandling och tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättningar och komplikationer. Behandlingen bör ges enligt principen ”treat to target”, vilket innebär att läkaren och patienten vid varje kontakt justerar den medicinska behandlingen om inte målet, som läkare och patient satt upp tillsammans, är uppnått.

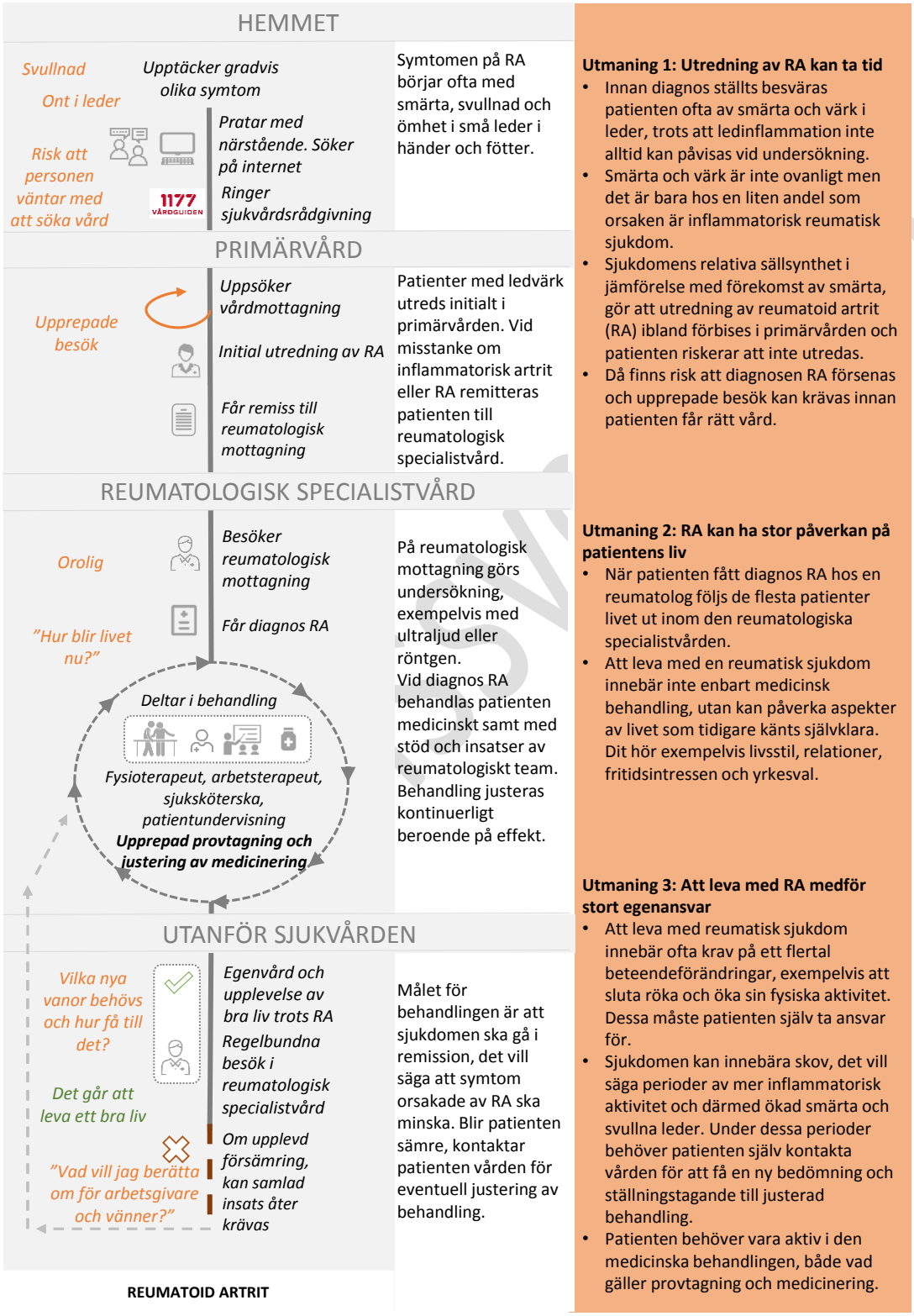
Patienten bör utöver läkarbedömning och behandling erbjudas omvårdnads- och rehabiliteringsinsatser från ett interprofessionellt team bestående av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Delar i detta omhändertagande är patientutbildning, råd om levnadsvanor, stöd för fysisk aktivitet, icke farmakologisk smärtbehandling, hjälpmedel och samtalsstöd.

Prognosen vid RA varierar mellan olika patienter men är oftast god vid tidig och väl fungerande behandling. En del patienter bibehåller intakt funktionsförmåga, men många får med tiden någon form av funktionsnedsättning. Hos en del uppstår, trots adekvat behandling, leddestruktioner som leder till mer uttalad aktivitetsbegränsning och en liten andel patienter drabbas av svåra komplikationer till följd av sjukdomen eller allvarliga biverkningar av behandlingen. På gruppnivå finns hos patienter med RA en ökad risk för flera olika sjukdomar, till exempel ischemisk hjärtsjukdom vilket i sin tur kan leda till för tidig död.

Remissversion

1.2 Hälso- och sjukvårdsförloppet ur patientens perspektiv

Bilden nedan (Figur 1) illustrerar hälso- och sjukvårdsförloppet ur ett patientperspektiv och visualiserar vad som *i nuläget* identifierats som vanliga händelser och utmaningar.



Figur 1. Illustrativt exempel på ett hälso- och sjukvårdsförlopp i dagsläget, sett ur ett patientperspektiv, för en person med RA.

Förekomst av autoantikroppar mot citrullinerade proteiner (ACPA) kan föregå sjukdomsdebut med flera år, den så kallade subkliniska fasen eller pre RA fasen. För patienten kan denna fas innebära smärta och värk i leder utan att artriter kan påvisas. Av dessa patienter är det ungefär 30 procent som utvecklar RA inom 1 år.

Patienter med ledvärk utreds initialt i primärvården och vid misstanke om inflammatorisk artrit eller RA remitteras patienten till reumatologisk specialistvård. När patienten fått diagnosen RA hos en reumatologspecialist följs de flesta patienter livet ut inom den reumatologiska specialistvården. Att leva med en reumatisk sjukdom innebär inte enbart medicinsk behandling utan kan påverka flera aspekter av livet som tidigare känts som självklara, inklusive livsstil, relationer, fritidsintressen och yrkesval. Det är därför av vikt att en person som diagnostiseras med RA får träffa ett reumatologiskt team för att få stöd under den resa som startas när man får en diagnos som kommer att vara livet ut. Alla patienter har under sjukdomsförloppet periodvis behov av arbetsterapi och fysioterapi.

Trots effektiv inflammationsdämpande och antireumatisk behandling har ungefär 20 procent kvarstående smärtor i leder och muskler. Stöd för fysisk aktivitet liksom icke-farmakologisk smärtlindring vid behov är därför en viktig del i behandlingen och samarbete med smärtspecialist och smärtteam kan behövas. Trots många olika behandlingsalternativ utvecklar en mindre del av patienterna leddestruktioner som kräver kirurgiska ingrepp. För dessa patienter kan arbetsterapi och fysioterapi vara av avgörande betydelse under stora delar av sjukdomsförloppet. Utöver detta upplever många patienter kvarstående trötthet/fatigue trots frånvaro av inflammation och stöd för att hitta strategier kan vara viktigt för att balansera vardagen. Samtliga patienter bör erbjudas patientutbildning och råd om hälsosamma levnadsvanor.

Uppföljningen av RA sker i reumatologisk öppenvård, men fortfarande får en del patienter extra-artikulära manifestationer, infektioner och biverkningar som kräver utredning och behandling i slutenvård. Hos en mycket liten del av patienterna går sjukdomen efter ett antal år i kvarstående remission utan behandling och för vissa av dessa kan då uppföljning i primärvården övervägas.

1.3 Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Vårdförloppet inleds vid välgrundad misstanke om reumatoid artrit och avslutas när patienten har levt ett år med diagnosen.

Målgrupp för vårdförloppet är vuxna personer som är 18 år eller äldre och som insjuknar i misstänkt RA för första gången. Personer med annan orsak till ledvärk och/eller ledsvullnad exkluderas.

1.4 Specifika mål för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

De nationella målen med vårdförlopp RA är att:

- minska tiden från välgrundad misstanke om RA till diagnos och behandling
- patienten ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer
- öka andelen patienter som snabbt når remission eller låg sjukdomsaktivitet
- minska andelen patienter som utvecklar bestående funktionsnedsättning.

Remissversion

2. Beskrivning av åtgärder och flödesschema

2.1 Ingång/utgång till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Inklusionskriterier

Vårdförlopp RA startar med välgrundad misstanke om RA hos personer som är 18 år eller äldre.

Välgrundad misstanke för RA definieras som ledvärk eller svullna leder där annan orsak till symtomen som till exempel trauma, gikt eller infektion har uteslutits, samt att minst **en** av följande situationer föreligger:

- symmetrisk småledsartrit
- ledvärk i händer och/eller fötter samt ACPA positivitet (pos anti-CCP) och/eller förhöjd SR/CRP
- minst en svullen led samt artritförändringar på röntgen och/eller ACPA positivitet (pos-anti-CCP).

Utgång

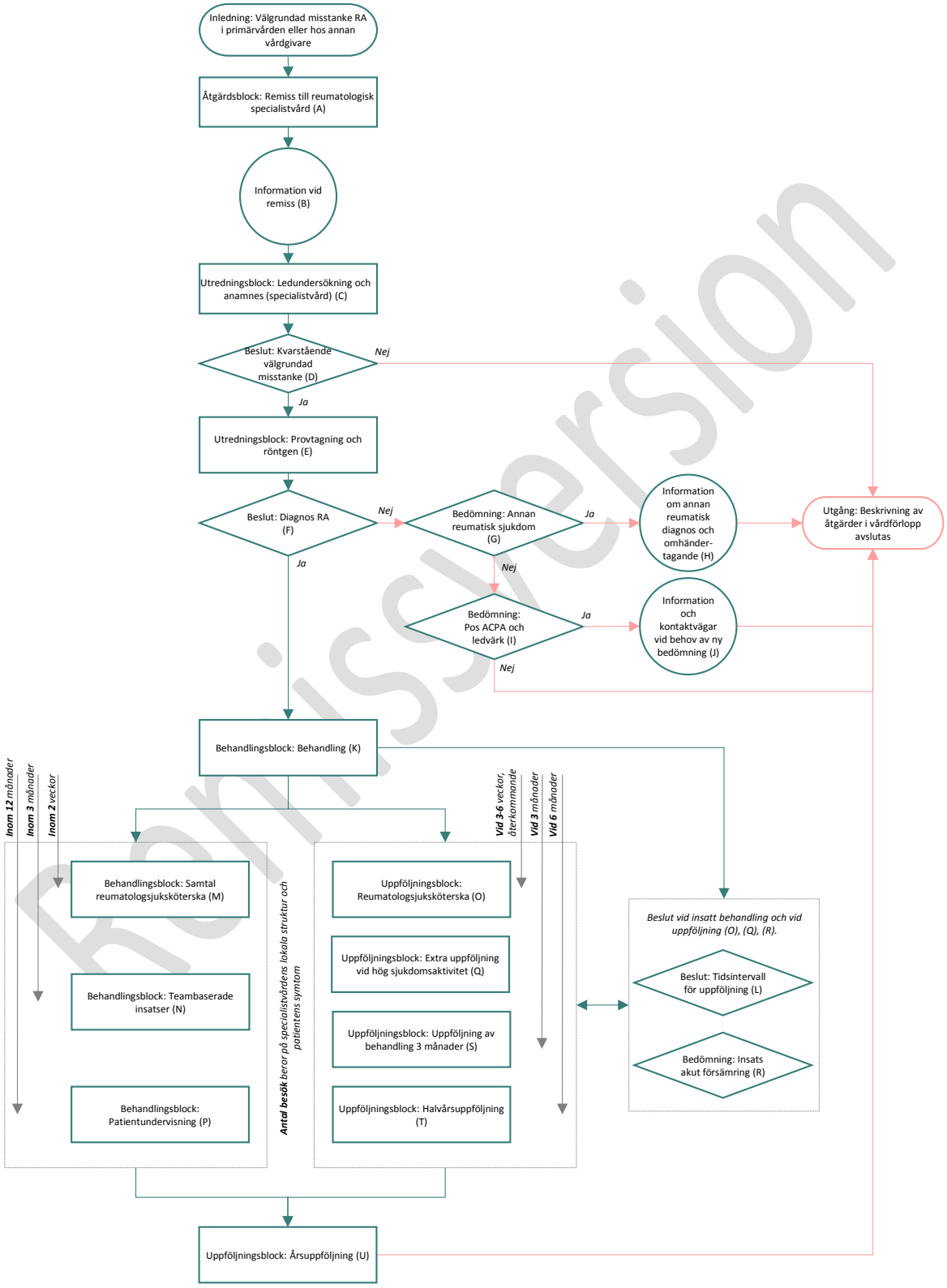
Beskrivning av åtgärder i vårdförlopp RA avslutas då:

- diagnos RA inte kan fastställas
- uppföljningsbesöket vid 12 månader har skett.

Remissversion

2.2 Flödesschema

I flödesschemat nedan (Figur 2. Flödesschema.Figur 2) illustreras vårdförloppets åtgärdsblock med övergripande rubriker. Närmare beskrivning av åtgärdsblocken återfinns i tabellen i avsnitt 2.3.



Figur 2. Flödesschema.

Remissversion

2.3 Beskrivning av åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Då vården kan organiseras på olika sätt i olika regioner så kan utredningsblocken ske vid ett besök eller några besök som ligger tätt tidsmässigt.

Tabell 1. Åtgärder i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Hälso- och sjukvårdens åtgärder	**Patientens åtgärder** Beskrivning av ett urval av de åtgärder som patienten efter förmåga kan och bör göra före/under/efter blocket.
Åtgärdsblock: Remiss till reumatologisk specialistvård (A) Vid välgrundad misstanke bör remiss skrivas inom en vecka. Remiss till specialistvård skall innehålla obligatorisk information om: • Aktuella symtom, debuttidpunkt / duration • Ledstatus, ömma och svullna leder (ange vilka leder) • ACPA (anti-CCP) Övrigt önskvärt innehåll i remiss är: • Hereditet för reumatisk sjukdom • Morgonstelhet • NSAID effekt • Aktuella läkemedel • Tidigare/ Nuvarande sjukdomar • Laboratorieprover: Hb, Lpk, Tpk, SR, CRP samt RF • Röntgen, ange om utförd – rekommenderas av händer, fötter, annan drabbad led (invänta ej svar om det fördröjer remissen till reumatolog) För att underlätta snabbt omhändertagande bör kontaktuppgifter till patient, gärna mobilnummer, anges samt eventuella särskilda behov som exempelvis tolk. För att underlätta bedömningen hos reumatolog, undvik kortisonbehandling.	• Uppge aktuella kontaktuppgifter för att inte försena utredning och kontakt med vården.
Information och dialog: Information vid remiss (B) Den som remitterar till utredning skall informera patienten om: • att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har RA	

Remissversion

• vad ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp innebär och vad som händer i den inledande fasen • att patienten kan komma att kallas till utredning snabbt och bör därför vara tillgänglig på telefon. • att sjukvården ofta ringer från dolt nummer.	
Utredningsblock: Ledundersökning och anamnes (specialistvård) (C) Blocket ska genomföras i specialistvården, inom fyra veckor från det att remissen är skriven. • Ledstatus och anamnes • Muskuloskeletalt ultraljud kan göras för att skärpa diagnostiken av RA	
Beslut: Kvarstående välgrundad misstanke (D) Kvarstår välgrundad misstanke om RA? Ja: fortsätt till block (E). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	
Utredningsblock: Provtagning och röntgen (E) Provtagning (om inte redan aktuella svar finns) • ACPA, RF • CRP, SR, Hb, leukocyter, trombocyter • ALAT, kreatinin Röntgen (om ej utfört) • Lungor • Händer och fötter	
Beslut: Diagnos RA (F) Kan diagnos RA fastställas? Ja: fortsätt till block (K). Nej: fortsätt till block (G).	
Bedömning: Annan reumatisk sjukdom? (G) Ej RA men annan behandlingskrävande reumatisk sjukdom? Ja: fortsätt till block (H). Nej: fortsätt till block (I).	
Information om annan reumatisk sjukdom (H) Till person med annan reumatisk sjukdom än RA ska information om aktuell reumatisk diagnos och fortsatt omhändertagande ges.	

Remissversion

Vid eventuell förändring i sjukdomsförloppet under första året som medför att reumatolog bedömer att patienten har RA som motsvarar beslut (F) bör patienten återgå till vårdförloppet.	
Bedömning: Positiv ACPA och ledvärk? (I) Bedöms patient sakna artrit men är ACPA positiv och har ledvärk? Ja: fortsätt till block (J). Nej: utgång, beskrivning av åtgärder i vårdförloppet avslutas.	
Information och kontaktvägar vid ACPA positiv ledvärk (J) Till person med artralgier och ACPA positivitet utan artrit ska information ges: • om prognos och betydelse av hälsosamma levnadsvanor för sjukdomsförlopp och behandlingssvar • att behandling inom vårdförlopp RA inte är aktuellt • att patienten ska komma på ny bedömning vid försämring/ledsvullnad samt vilka rutiner för ny bedömning som gäller lokalt.	• Genomför omställning till hälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökavvänjning och fysisk aktivitet. • Kontakta vården enligt överenskommelse vid ökade symtom.
Behandlingsblock: Behandling (K) Dialog med patient om diagnos, prognos och behandlingsalternativ Utför/mät/skatta följande: • DAS28 • CDAI • Arbetsförmågebedömning • VAS smärta • VAS trötthet • HAQ Åtgärder: • Inklusion i SRQ • Utforma behandlingsmål tillsammans med patienten • Val och start av behandling (enligt SRFs behandlingsriktlinjer) • Överväg vaccinationer (enligt SRFs riktlinjer) • Överväg TB screening/hepatitscreening (enligt SRFs riktlinjer) • Överväg osteoporosprofylax • Information till patienter om deltagande i tillgängliga forskningsstudier • Tydliggöra planering och kontaktvägar	• Delta i beslut om behandling. Kontakta vården: • vid ihållande försämring som varar mer än en vecka • vid misstänkt läkemedelsbiverkan • vid nytillkommen annan sjukdom som kan påverka behandlingen. • Genomför kontrollprovtagning utifrån läkemedelsbehandling. • Genomför vaccinationer. • Genomför omställning till hälsosamma levnadsvanor, exempelvis rökavvänjning och fysisk aktivitet.

Remissversion

	• Reflektera över given information kring diagnos och behandling.
Beslut: Tidsintervall för uppföljning (L) Beslut om tidsintervall för uppföljning tas enligt: • Om hög sjukdomsaktivitet uppföljning efter 1 mån: se uppföljningsblock (Q) • Annars uppföljning månad 3, 6 och 12 från diagnos och/eller 3 månader från nyinsatt behandling: se uppföljningsblock (S, T, U)	
Behandlingsblock: Samtal reumatologsjuksköterska (M) Samtal ska ske senast inom två veckor från diagnos. Samtal med reumatologsjuksköterska med fokus på: • information kring aktuell/ny antireumatisk behandling och relaterad förhållningsregim inklusive rutiner för monitorering och provtagningar • övergripande information om hälsosamma levnadsvanor.	• Genomför egenvård exempelvis träning, rökstopp, hälsosamma matvanor. • Utför patientens egen registrering i SRQ. • Ta ansvar för att ordinerade läkemedel och prover tas. • Reflektera över given information kring behandling och levnadsvanor.
Behandlingsblock: Teambaserade insatser (N) Senast inom 3 månader från diagnos, gärna tidigare, ska patienten: • träffa arbetsterapeut, fysioterapeut med särskilda kunskaper inom reumatologi för bedömning av funktion och aktivitet samt instruktioner/stöd för fortsatt träning och behandling samt kartläggning och stödjande samtal om hälsosamma levnadsvanor (se Levnadsvanor inom Reumatologi) • erbjudas kontakt med kurator för att få stödsamtal och information.	• Genomför egenvård inklusive träning, rökstopp, hälsosamma matvanor. • Utför egen registrering i SRQ. • Reflektera över given information kring behandling och levnadsvanor.
Uppföljningsblock: Reumatologsjuksköterska (O)	• Rapportera effekt och/eller biverkningar av behandling.

Remissversion

3 - 6 veckor från diagnos och/eller nyinsatt antireumatisk behandling. Samtal med reumatologsjuksköterska ska innefatta: • uppföljning av antireumatisk behandling behandlingseffekt, provtagning, biverkningar och följsamhet • dialog med patient om behov av utökat stöd från andra professioner.	
Behandlingsblock: Patientundervisning (P) Patientundervisning ska erbjudas under första året – kan ske individuellt eller i grupp, i form av fysiska träffar eller via webb. Patientundervisningen ska innehålla: • kunskap om RA, medicinsk behandling och monitorering • hantering av symtom, exempelvis smärta och trötthet • betydelse av hälsosamma levnadsvanor • information om egenvård • information om teamets kompetensområden.	• Medverka aktivt och reflektera över den egna situationen i relation till diagnos och livssituation.
Uppföljningsblock: Extra uppföljning (Q) Genomförs vid hög sjukdomsaktivitet vid föregående besök Utför: • Ledstatus Åtgärder: • Ställningstagande lokala steroider • Justering av behandling (enligt SRF behandlingsriktlinjer)	
Bedömningsblock: Insats akut försämring (R) Om patienten uppger tecken på akut försämring bör patienten erbjudas en kontakt. Om det bedöms föreligga ett behov av lokala steroidinjektioner och/eller ändrad DMARD-behandling bör detta ske inom en vecka (åtgärd enligt block (Q)).	• Kontakta vården vid försämring eller biverkning av behandling.
Uppföljningsblock: Uppföljning av behandling 3 mån (S) Genomförs efter 3 månader att diagnos RA ställts eller 3 månader efter ändrad DRMARD behandling. Utför/mät/skatta följande: • DAS28 • CDAI • Arbetsförmågebedömning	• Se tidigare uppföljningsblock. • • Delta i utvärdering av behandlingsmål.

Remissversion

• VAS smärta • VAS trötthet • HAQ Åtgärder: • Ställningstagande till lokala steroider • Utvärdering av behandling utifrån behandlingsmål tillsammans med patienten • Justering av behandling (enligt SRF:s behandlingsriktlinjer) om behandlingsmål ej uppnåtts (lämpligt mål är minst 80% förbättring i sjukdomsaktivitet mätt med DAS28 eller CDAI) • Vid HAQ > 1 och/eller VAS smärta > 40 särskilt ställningstagande till intensifierad/förnyad kontakt med arbetsterapeut, fysioterapeut och kurator	
Uppföljningsblock: Halvårsuppföljning (T) Genomförs vid 6 månader efter att diagnos RA ställts. Åtgärder som i uppföljningsblock (S) samt överväg: • Kardiovaskulär screening (enligt SRF:s riktlinjer, registrera i SRQ) • Osteoporosprofylax (enligt SRF:s riktlinjer)	• Vid försämring kontakta fast vårdkontakt för bedömning av sjukdomsaktivitet.
Uppföljningsblock: Årsuppföljning (U) Årsuppföljning genomförs 12 månader efter att diagnos RA ställts. Åtgärder som i uppföljningsblock (S) samt enligt nedan. Utför: • Röntgen händer och fötter • Information om avslut vårdförlopp RA och fortsatt uppföljning Om det inte är gjort tidigare överväg: • Kardiovaskulärscreening (enligt SRF:s riktlinjer, registrera i SRQ)	• Se tidigare uppföljningsblock.

2.4 Patientdelaktighet och patientöverenskommelse

Patientdelaktighet och patientöverenskommelse är beaktat i ovan beskrivna åtgärder. Utöver detta är nedanstående viktigt att lyfta fram.

Patientöverenskommelsen ska innehålla information till patienten om fortsatt vård, planerad uppföljning och aktuella kontaktuppgifter. Det ska också framgå om patienten själv ska ta kontakt för att boka tid eller om kallelse kommer att skickas samt information om vilka kontaktvägar som finns om

Remissversion

patienten har frågor eller blir försämrad. Om kontaktvägarna varierar beroende på profession så bör denna information ingå. Provtagning och eventuella restriktioner som behövs med anledning av den medicinsk behandlingen skall tydliggöras för patienten. Egenvård, exempelvis levnadsvanor utifrån person och behov, bör också ingå i överenskommelsen, samt var patienten kan vända sig för att få stöd för detta. Denna överenskommelse kan ingå i patientens hälsoplan.

3. Uppföljning av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Datakälla till flera av de föreslagna indikatorerna är Svensk Reumatologis kvalitetsregister, SRQ. SRQ har en god täckningsgrad, särskilt för den delen av patientgruppen som behandlas med biologiska läkemedel. Som alla kvalitetsregister innehåller SRQ enbart patienter som diagnostiserats med RA, medan vårdförloppet beskriver utredningsprocessen vid möjlig RA.

I nuläget är det inte möjligt att registrera startpunkten för vårdförloppet (remiss eller beslut om fortsatt utredning) i tillgängliga datakällor. En möjlighet är att den breddning som nu sker av SKR:s väntetidsdatabas kan medföra att olika ledtider för personer med diagnos RA kan mätas.

För vissa mått kan Socialstyrelsens hälsodataregister vara en fungerande källa. Socialstyrelsen arbetar under 2020 med en uppföljning av nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar, vilket kan resultera i ytterligare förslag på indikatorer för uppföljning.

För någon av arbetsgruppens föreslagna indikatorer saknas idag andra potentiellt möjliga datakällor än lokala vårdsystem.

Diskussioner och ställningstaganden kommer att behöva ske i den nationella organisationen för kunskapsstyrning för att hitta bästa strategi för uppföljning av vårdförloppet. Ambitionen är att i ökad utsträckning använda strukturerad journalinformation även för uppföljningsändamål, och härigenom minska registreringsbördan vid kvalitetsuppföljning.

3.1 Indikatorer för uppföljning av resultat (utfallsmått)

Tabell 2. Utfallsmått.

Indikator	Målvärde	Mätning och återrapportering	Källa
Sjukdomsaktivitet – DAS28 Andel personer som uppnått DAS 28 < 3,2 vid 12 månader (procent)	Målnivå vid 12 månader 75 procent har DAS28 <3,2	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader Återrapportering årligen	SRQ
Sjukdomsaktivitet – DAS28 Andel personer som uppnått DAS 28 <2,6	Målnivå vid 12 månader 55 procent har DAS28 <2,6	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader Återrapportering årligen	SRQ

Remissversion

vid 12 månader (procent)			
VAS smärta Andel patienter som uppnått VAS (visuell analog skala) smärta <20 vid 12 månader	Målnivå vid 12 månader 60 procent har smärta <20	Registreras i SRQ vid 0, 3, 6 och 12 månader Återrapportering årligen	SRQ
Förslag på framtida indikator: Sjukdomsaktivitet – Clinical disease activity index (CDAI) Andel personer som uppnått CDAI < 2,9 vid 12 månader (procent)	Målnivå vid 12 månader, 35% har CDAI <2,9	Registreras i SRQ vid 12 månader Återrapportering årligen	SRQ

3.2 Indikatorer för uppföljning av process (processmått)

Tabell 3. Processmått.

Indikator	**Målvärde**	**Mätning och återrapportering**	**Källa**
Andel patienter (procent) som erbjuds tid för nybesök i reumatologisk specialistvård inom 30 dagar från att remiss skrivits (remissdatum).	90 procent	Remisser märkta vårdförlopp RA. Nybesök märkta Vårdförlopp RA i journal-administrativa system. Återrapportering årligen.	Väntetidsdatabasen SKR (går inte att mäta ännu, datakälla saknas)
Andel personer som var inkluderade i vårdförlopp RA av de som fått förstagångsdiagnos RA.	95 procent	Måste mätas genom särskild Vårdförlopp RA kod i kombination med diagnoskoder. Återrapportering årligen.	Journaladministrativa system (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)
Andel personer som fått diagnosen RA av de som var inkluderade i vårdförlopp RA.	Redovisa resultat	Måste mätas med särskilda Vårdförlopp RA koder i kombination med diagnoskoder.	Journaladministrativa system (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)

Remissversion

		Återrapportering årligen.	
Täckningsgrad i SRQ	90 procent av patienter med nydebuterad* RA inkluderas i SRQ * exkludera personer med > 12 månaders symptomduration före diagnos	Återrapportering årligen.	SRQ och Socialstyrelsens hälsodataregister
Andel patienter som haft kontakt med både arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 mån från diagnos.	80 procent	Baserat på registrering i journal-administrativa system. Återrapportering årligen.	Journaladministrativa system (går ännu inte att mäta, datakälla saknas)
Andel patienter som hämtat ut DMARD/bDMARD/tsDMARD på apoteket inom 3 månader efter RA-diagnos.	90 procent	Uthämtade recept enligt specificerade ATC koder. Återrapportering årligen.	Läkemedelsregistret i Socialstyrelsens hälsodataregister Diagnosdata från PAR
Andel patienter som 12 mån efter RA diagnos har minst ett besök registrerat i SRQ.	90 procent	Registrerat besök i SRQ vid 12+/- 3 mån. Återrapportering årligen.	SRQ
Andel patienter som 12 mån efter RA diagnos har minst ett DAS28 värde registrerat i SRQ.	90 procent	Registrerat DAS28 i SRQ vid 12+/- 3 mån. Återrapportering årligen.	SRQ
Andel patienter över 40 år som genomgått hjärt-kärlscreening i SRQ vid 1 år.	75 procent	Registrering i hjärt-kärlmodulen i SRQ. Återrapportering årligen.	SRQ

Remissversion

4. Referenser

Här presenteras ett urval av de referenser som använts som underlag för föreliggande vårdförlopp.

Aletaha D, Alasti F, Smolen JS. Optimisation of a treat-to-target approach in rheumatoid arthritis: strategies for the 3-month time point. Ann Rheum Dis. 2016;75(8):1479-85.

Brodin N, Swärdh E. Kapitel: Fysisk aktivitet vid reumatoid artrit. FYSS: Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Stockholm: Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet, YFA; 2017. http://www.fyss.se/wp-content/uploads/2018/01/Reumatoid-artrit.pdf.

Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Alvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. Ann Rheum Dis. 2017;76(6):948-59.

Emery P. Evidence supporting the benefit of early intervention in rheumatoid arthritis. J Rheumatol Suppl. 2002;66:3-8.

Eriksson JK, Neovius M, Ernestam S, Lindblad S, Simard JF, Askling J. Incidence of rheumatoid arthritis in Sweden: a nationwide population-based assessment of incidence, its determinants, and treatment penetration. Arthritis Care Res (Hoboken). 2013;65(6):870-8.

EULAR Textbook on Rheumatic Diseases. Third Edition ed. Bijlsma JW, Hachulla E, editors: bmj; 2018.

Filer A, de Pablo P, Allen G, Nightingale P, Jordan A, Jobanputra P, et al. Utility of ultrasound joint counts in the prediction of rheumatoid arthritis in patients with very early synovitis. Ann Rheum Dis. 2011;70(3):500-7.

Gerlag DM, Norris JM, Tak PP. Towards prevention of autoantibody-positive rheumatoid arthritis: from lifestyle modification to preventive treatment. Rheumatology (Oxford). 2016;55(4):607-14.

Hagel S, Lindqvist E, Bremander A, Petersson IF. Team-based rehabilitation improves long-term aerobic capacity and health-related quality of life in patients with chronic inflammatory arthritis. Disabil Rehabil. 2010;32(20):1686-96.

Lahiri M, Morgan C, Symmons DP, Bruce IN. Modifiable risk factors for RA: prevention, better than cure? Rheumatology (Oxford). 2012;51(3):499-512.

Matsos M, Harish S, Zia P, Ho Y, Chow A, Ioannidis G, et al. Ultrasound of the hands and feet for rheumatological disorders: influence on clinical diagnostic confidence and patient management. Skeletal Radiol. 2009;38(11):1049-54.

Nurmohamed MT, Heslinga M, Kitas GD. Cardiovascular comorbidity in rheumatic diseases. Nat Rev Rheumatol. 2015;11(12):693-704.

Olofsson T, Petersson IF, Eriksson JK, Englund M, Simard JF, Nilsson JA, et al. Predictors of work disability during the first 3 years after diagnosis in a national rheumatoid arthritis inception cohort. Ann Rheum Dis. 2014;73(5):845-53.

Prevoo ML, van 't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, van Riel PL. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1995;38(1):44-8.

Remissversion

Rausch Osthoff AK, Niedermann K, Braun J, Adams J, Brodin N, Dagfinrud H, et al. 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018;77(9):1251-60.

Rezaei H, Torp-Pedersen S, af Klint E, Backheden M, Kisten Y, Gyori N, et al. Diagnostic utility of musculoskeletal ultrasound in patients with suspected arthritis--a probabilistic approach. Arthritis Res Ther. 2014;16(5):448.

Szkudlarek M, Klarlund M, Narvestad E, Court-Payen M, Strandberg C, Jensen KE, et al. Ultrasonography of the metacarpophalangeal and proximal interphalangeal joints in rheumatoid arthritis: a comparison with magnetic resonance imaging, conventional radiography and clinical examination. Arthritis Res Ther. 2006;8(2):R52.

van Beers-Tas MH, Turk SA, van Schaardenburg D. How does established rheumatoid arthritis develop, and are there possibilities for prevention? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2015;29(4-5):527-42.

van Eijk-Hustings Y, van Tubergen A, Bostrom C, Braychenko E, Buss B, Felix J, et al. EULAR recommendations for the role of the nurse in the management of chronic inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2012;71(1):13-9.

Verstappen SM, Jacobs JW, van der Veen MJ, Heurkens AH, Schenk Y, ter Borg EJ, et al. Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). Ann Rheum Dis. 2007;66(11):1443-9.

Wolfe F, Michaud K. Severe rheumatoid arthritis (RA), worse outcomes, comorbid illness, and sociodemographic disadvantage characterize ra patients with fibromyalgia. J Rheumatol. 2004;31(4):695-700.

Zangi HA, Ndosi M, Adams J, Andersen L, Bode C, Bostrom C, et al. EULAR recommendations for patient education for people with inflammatory arthritis. Ann Rheum Dis. 2015;74(6):954-62.

Webbadresser

Levnadsvanearbete inom reumatologi. https://www.sls.se/halsa–sjukvard/levnadsvanor/LiR-modellen/arbetsmaterial-att-ladda-ner/2017 (hämtad 2019-01-15).

Svensk reumatologisk förening (SRF). Riktlinjer och rekommendationer framtagna av SRF. https://svenskreumatologi.se/srfs-riktlinjer/ (hämtad 2020-01-24).

Remissversion

5. Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

5.1 Kunskapsunderlag

Vid tiden för framtagande av föreliggande vårdförlopp finns inget nationellt vårdprogram för RA. För flertalet regioner och/eller enskilda verksamheter finns riktlinjer eller vårdprogram vilka beskriver omhändertagandet av patienter med RA. Inom Svensk reumatologisk förening (SRF) finns rekommendationer och riktlinjer avseende läkemedelsbehandling vid RA, vaccinationer, osteoporosprofylax, annan säkerhet vid läkemedelsbehandling och kardiovaskulär primärprevention vilka publiceras på SRF:s hemsida.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar innehåller rekommendationer om inflammatoriska reumatiska sjukdomar. Indikatorer i föreliggande vårdförlopp överensstämmer i hög utsträckning med dessa riktlinjer. Under hösten 2017 påbörjade Socialstyrelsen arbetet med att revidera nuvarande nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. En remissversion av de reviderade riktlinjerna kommer publiceras den 29 april 2020

5.2 Arbetsprocess

Arbetet med att ta fram ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp har pågått under oktober 2019 till januari 2020. Arbetsgruppens medlemmar har nominerats av Nationellt programområde (NPO) reumatiska sjukdomar. Ordförande för arbetsgruppen var Cecilia Carlens och processledare Susanne Pettersson. I arbetet har flera professioner inom reumatologi varit involverade och primärvårdsrepresentanter samt patientrepresentant från Reumatikerförbundet.

Under framtagningsperioden träffades arbetsgruppens medlemmar för gemensamma arbetsmöten både fysiskt och på distans, arbete skedde också mellan möten. I arbetet med föreliggande vårdförlopp har en översiktlig analys av nuläget genomförts. Det innefattade bland annat genomläsning av regionala och lokala rutiner kring omhändertagande av personer med tidig artrit inom den reumatologiska specialistvården. För att erhålla en överblick och kartläggning skickades en enkät ut till landets verksamhetsföreträdare. Den utskickades enkäten besvarades av 27 verksamhetsföreträdare, av 33 utskickade (svarsfrekvens 82%). Enkätsvaren hade stor nationell spridning som representerade både storstadsområden och glesbygd. Som underlag till målnivåer för indikatorer analyserades befintliga data i SRQ.

Inför remissperioden har texterna granskats av medicinska redaktörer, primärvårdsrådet och NPO reumatiska sjukdomar med en av NPO utsedd referensgrupp. NPO reumatiska sjukdomar tog den 24 januari 2020 beslut om att skicka dokumentet på remiss.

Nationell arbetsgrupp vårdförlopp reumatoid artrit redovisas på nästkommande sida (tabell 4).

Remissversion

Tabell 4. Arbetsgruppens medlemmar.

Namn	Ev. akademisk titel	Yrkestitel/ Patientföreträdare	Organisation/ tjänsteställe	Ort, kommun/region	Ev övrig roll i arbetsgruppen
Anna Svärd	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Falu lasarett	Region Dalarna	
Anna Södergren	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Norrlands universitetssjukhus	Region Västerbotten	
Cecilia Carlens	Medicine doktor	Specialistläkare reumatologi	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	Ordförande
Lena Bäckström		Specialistläkare allmänmedicin	Ektorps vårdcentral	Region Stockholm	
Malin Regardt	Medicine doktor	Arbetsterapeut	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	NPO representant
Mats Dehlin	Docent	Specialistläkare reumatologi	Sahlgrenska Universitetssjukhuset	Region Västra Götaland	
Susanne Pettersson	Medicine doktor	Sjuksköterska	Karolinska Universitetssjukhuset	Region Stockholm	Processledare
Tommy Olsson		Patientföreträdare	Reumatikerförbundet		
Valentina Bala	Medicine doktor	Sjuksköterska	Helsingborgs lasarett	Region Skåne	
Åsa Lindkvist		Fysioterapeut	Nacka rehabcenter	Region Stockholm	

Remissversion

6. Appendix

6.1 Bakgrund till personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp reumatoid artrit

Tidig diagnostik av reumatoid artrit (RA) och insättning av adekvat antireumatisk behandling är av stor vikt för att öka chansen för patienter med RA att komma i remission samt minska risken för framtida funktionsnedsättningar, komplikationer och för tidig död. Även om prognosen vid RA har förbättrats påtagligt under senare år, är RA fortfarande en allvarlig kronisk sjukdom som kan leda till svåra funktionsnedsättningar, medicinska komplikationer till sjukdomen, biverkningar av behandlingen, långvarig smärta och trötthet, nedsatt livskvalitet, nedsatt arbetsförmåga, påverkan på det dagliga livet, ökad risk att insjukna i andra sjukdomar och ökad risk att dö i förtid.

Enligt europeiska riktlinjer bör diagnos av RA ställas inom 12 veckor från symtomdebut. Idag får ungefär 90 procent av patienter remitterade från primärvården eller annan vårdgivare tid till reumatologspecialist inom 90 dagar från att remissen skrivits och enligt data från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) får ca 55 procent av patienterna diagnos inom 20 veckor från symtomdebut. För att påverka tiden från symtom till diagnos krävs att patienterna har tillräcklig kunskap för att söka vård tidigt, att primärvården är tillgänglig, har tillräckliga diagnostiska möjligheter och kompetens att avgöra när en patient bör remitteras till reumatolog och att den reumatologiska specialistvården är tillgänglig och snabbt kan ställa diagnos och initiera behandling. Även om det vore önskvärt att påverka alla delar i detta initiala skede startar vårdförlopp RA från det att det föreligger välgrundad misstanke om RA i primärvården eller hos annan vårdgivare och remiss skrivs till reumatologisk specialistvård. Denna välgrundade misstanke baseras i första hand på symtomatologi och klinisk bedömning och inte nödvändigtvis på de klassifikationskriterier för RA som tagits fram, vilka är utarbetade för att använda inom forskning och inte inom klinisk diagnostik. Inom den reumatologiska specialistvården ska snabb utredning göras och patienter som diagnostiseras med RA ska erhålla behandling enligt Svensk Reumatologisk Förenings (SRFs) riktlinjer och få tillgång till team för omvårdnad och rehabilitering, stöd för förändring av levnadsvanor och patientundervisning. Behandling ska ges enligt ”treat to target”, med tät monitorering och med behandlingsmål i enlighet med överenskommelse mellan patient och läkare, i de flesta fall med remission som mål. Även ställningstagande till screening avseende TB och hepatit, vaccinationer, osteoporosprofylax samt kardiovaskulär screening ingår i förloppet. Vid 12 månader från diagnos upphör beskrivning av åtgärder i vårdförlopp RA, fortsatt omhändertagande av patienter med RA kommer då att ske i den ordinarie sjukvården inom reumatologisk specialistvård. För att möjliggöra jämlikt och effektivt omhändertagande av dessa kroniskt sjuka patienter har NPO reumatiska sjukdomar därför föreslagit att vårdförlopp RA ska fortsätta till åtminstone 2 år. Detta var inte möjligt att hinna med i denna första del av arbetet med vårdförlopp RA, och därför har NPO reumatologi under december 2019 ansökt om ett fortsatt arbete med ett utvidgat vårdförlopp för RA.

Många studier har visat att rökning kan påverka risken att insjukna i RA, sjukdomsförloppet och effekten av behandling. Det finns också koppling mellan rökning och utveckling av anti-citrullinerad protein antikropp (ACPA). Även övervikt har i vissa studier visats vara kopplat till en ökad risk för RA, medan en kost bestående av ”medehavsdiet” med extra hög konsumtion av fet fisk och lågt sockerintag i kombination med normal vikt tycks kunna minska risken. Olika former av fysisk aktivitet

Remissversion

kan förbättra fysisk funktion, aerob kapacitet, muskelstyrka och minska smärta vid reumatisk sjukdom. I vårdförlopp RA har därför en stor vikt lagts vid betydelsen av omställning till hälsosamma levnadsvanor. Patienter med RA har också en ökad risk att insjukna i hjärt-kärlsjukdom, osteoporos och annan samsjuklighet såsom diabetes vilket är ytterligare skäl till att levnadsvanor lyfts fram i vårdförlopp RA.

6.2 ACPA positiv artralgi

Som beskrivits tidigare i vårdförlopp RA har personer med ledvärk och förekomst av ACPA ökad risk att senare insjukna i RA. Därför är det viktigt att dessa personer får adekvat information om prognos och betydelsen av hälsosamma levnadsvanor och det bör finnas rutiner för att påskynda omhändertagande inom reumatologisk specialistvård vid försämring och tecken på artritutveckling. Patienten ska erhålla information om vilka rutiner som gäller, till exempel om ny remiss skall skickas från primärvården eller om egen vårdbegäran kan skickas av patient. Enligt den enkätundersökning som skickades ut till 33 verksamhetsföreträdare för reumatologi i samband med arbetet med vårdförloppet, finns redan någon form av struktur för dessa personer vid ungefär två tredjedelar av landets reumatologenheter.

6.3 Muskuloskelettalt ultraljud

En stor andel av de patienter som remitteras till reumatologisk specialistvård har inte RA. Att med säkerhet ställa diagnos RA är i vissa fall svårt. I och med att diagnos ska ställas så tidigt som möjligt för att kunna ge tidig och effektiv behandling, har de diagnostiska svårigheterna ökat. Därför har olika diagnostiska metoder för att skärpa diagnostiken utvecklats under de senaste årtiondena. Den idag mest använda diagnostiska metoden som används i tillägg till anamnes, klinisk undersökning, laboratorietester och konventionell röntgen är muskuloskelettalt ultraljud. Flera studier har visat att muskuloskelettalt ultraljud, använt som ett komplement i diagnostiken av RA, markant ökar den diagnostiska säkerheten. Ett problem är tillgången till ultraljudsutrustning och kompetens att utföra undersökningen. Muskuloskelettalt ultraljud är därför rekommenderat som ett komplement till övrig diagnostik .

6.4 Svensk reumatologis kvalitetsregister, SRQ

SRQ spelar en viktig roll för att följa och utvärdera behandling av patienter med RA, ofta på gruppnivå, men också som beslutsstöd i bedömning efter insatt behandling för den individuella patienten. SRQ är ett nationellt välfungerande register med god täckning och datakvalitet och har register-certifieringsnivå 1, dvs den högsta nivån. I SRQ finns möjlighet att samla in patientrapporterade utfallsmått, information om behandling och mätvärden från olika professioner såsom läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut vilket medför god möjlighet att över landet få en helhetsbild av vården och den reumatiska behandlingen med dess utfall. Den ger också patienter med RA själva möjlighet att följa sin sjukdomsutveckling genom digital egen registrering.

6.5 Val av indikatorer

Indikatorer för vårdförlopp RA skall reflektera avgörande faktorer för sjukdomsutfall. Tidig diagnos och tidigt insatt antireumatisk behandling (DMARD) vid RA ger förbättrad prognos. Därför mäts väntetid från remiss till erbjudet nybesök och andel som hämtat ut DMARD på apotek inom 3 månader från diagnos. Att så snabbt som möjligt uppnå låg sjukdomsaktivitet är av mycket stor betydelse för

Remissversion

patientens långsiktiga prognos. Därför mäts andel med låg sjukdomsaktivitet vid 12 månader. Kvarstående hög smärta vid RA trots behandling indikerar negativ prognos och ökat rehabiliteringsbehov. Därför mäts andel med hög smärta vid 12 månader. RA kan ge upphov till betydande funktionsbortfall och det är viktigt att tidigt i sjukdomsförloppet identifiera begynnande eller redan etablerade sådana och erbjuda förebyggande åtgärder, behandling och hjälpmedel. Därför mäts andel som haft kontakt med arbetsterapeut och fysioterapeut inom 3 månader. Sjukdomen RA är förknippad med en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdom och annan samsjuklighet varför screening för detta i syfte att påvisa påverkbara riskfaktorer är av stor vikt. Därför mäts andel som genomgått screening för hjärt- och kärlsjukdom inom 12 månader. En stor del av data för de ovan beskrivna indikatorerna hämtas ur SRQ. För att säkerställa hög datakvalitet kommer mätning av täckningsgrad för individer i vårdförlopp RA i SRQ vid 12 månader göras. Slutligen, i syfte att kontrollera kvalitet och täckningsgrad av processen vårdförlopp RA skall följande två mått bestämmas: andel inkluderade i vårdförlopp RA som erhållit diagnos RA respektive individer i vårdförlopp RA som erhållit diagnos RA jämfört med total incidens.

6.6 Patientundervisning

För att patienten ska uppnå ökad tilltro till egen förmåga, delaktighet, positiva hälsoeffekter och hållbara levnadsvanor ska patienten erbjudas patientundervisning.

Patientundervisningen ska vara en del av den ordinarie vården och bör finnas med under hela sjukdomsförloppet. Den ska anpassas till var patienten befinner sig i sjukdomsförloppet och rekommenderas särskilt tidigt i sjukdomsförloppet, vid behandlingsförändringar eller då patientens fysiska eller psykiska tillstånd förändras. Alla yrkeskategorier inom reumatologisk specialistvård är delaktiga i patientundervisningen utifrån sin yrkeskompetens och utifrån patientens behov. Patientundervisning kan ske individuellt eller i grupp, genom personliga möten eller digitalt.

6.7 Rehabilitering

Rehabilitering definieras som insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner och bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår.

Reumarehabiliteringens mål är att bidra till remission, främja patienters delaktighet i samhället, ge stöd till goda levnadsvanor, meningsfulla dagliga aktiviteter, ökad fysisk aktivitet och förbättrad livskvalitet. Rehabilitering måste, precis som läkemedelsbehandling, ses som en kontinuerlig behandling med behov av utvärdering och uppföljning. Rehabiliteringsmålet som sätts tillsammans med patienten ska vara inställt på hållbara levnadsvanor och på att minska patientens beroende av sjukvård. Förebyggande och rehabiliterande insatser ska starta tidigt och bedrivas parallellt med behandling med läkemedel och eventuella andra insatser.

6.8 Kompetenser inom reumatologisk specialistvård

Vilka professioner som organisatoriskt ingår i det reumatologiska teamet kan variera, men det är av vikt att patienten får tillgång till de professioner som behövs för ett optimalt omhändertagande och

Remissversion

behandling av den reumatiska sjukdomen och dess konsekvenser. De vanligaste medlemmarna i teamet är läkare, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator.

Läkare med specialistkompetens inom reumatologi har ett övergripande ansvar för diagnostik och behandling, information om sjukdomen, val av och start av läkemedelsbehandling enligt nationella riktlinjer framtagna av SRF, eventuell medverkan i forskningsprojekt, löpande undervisning, vid behov kontakt med Försäkringskassan eller andra myndigheter samt i förekommande fall intygsskrivning. Läkemedelsbehandling av patienter med RA syftar till att dämpa sjukdomsaktivitet samt förebygga leddestruktion och en allvarlig sjukdomsutveckling på längre sikt. Viktiga principer i behandlingsstrategier vid tidig RA är tidig insättning av sjukdomsmodifierande läkemedel (disease modifying anti-rheumatic drugs; DMARDs), täta kontroller och snabba förändringar av dos och läkemedel vid otillfredsställande effekt.

Läkaren har som verktyg för underlag till diagnos och behandling resultat av undersökningar såsom anamnes, ledstatus, ultraljud, röntgen och andra avbildningsmetoder samt resultatet av laboratorieprover. Vid uppföljande besök utvärderas insatt behandling varvid läkemedelsbehandling och övriga insatser justeras utifrån de mål som patient och läkare tillsammans utarbetat. I samband med samtliga besök monitoreras sjukdomsaktivitet och detta ligger sedan som underlag till behandlingsjusteringar och bedömning avseende måluppfyllelse. Som stöd avseende bedömning av sjukdomsaktivitet används Disease Activity Score 28 leder (DAS28) där klinisk remission definieras som DAS28 < 2,6 och låg, medelhög respektive hög sjukdomsaktivitet som DAS28 < 3,2, DAS28 3,2 - 5,1, respektive DAS28 > 5,1. Ett annat mått som används är Clinical Disease Activity Index (CDAI) där remission, låg, medelhög respektive hög sjukdomsaktivitet definieras som CDAI ≤ 2.8, CDAI 2.8-10, CDAI 10-22 respektive CDAI > 22.

Formell specialisering inom reumatologi för andra professioner än läkare finns i Sverige, för närvarande, enbart för fysioterapeuter. Fysioterapeuter kan via yrkesförbundet, Fysioterapeuterna, genomgå en specialistutbildning och efter genomgången utbildning erhålla Fysioterapeuternas specialistkompetens inom reumatologi. Fysioterapeutens roll är att kartlägga fysisk aktivitet, bedöma fysisk kapacitet och fysisk funktion samt att uppmuntra och stötta patienten att nå de rekommenderade aktivitetsnivåerna. Riktlinjer kring fysisk aktivitet och träning har tagits fram av den europeiska organisationen inom reumatologi (EULAR) och hur patienter med RA bör träna finns beskrivet i Fysisk aktivitet i Sjukdomsprevention och Sjukdomsbehandling (FYSS). Även SRF har beskrivit evidensen för fysisk aktivitet och träning i riktlinjerna för Modern reumarehabilitering (MORR). Fysisk träning är en behandling att jämföra med läkemedelsbehandling och därför är det viktigt att redan tidigt i sjukdomsförloppet planera för hållbara träningsvanor. Uppföljning av den fysiska träningen är av vikt för att motivera patienten till fortsatt överenskommen aktivitetsnivå.

Specialistordningen för arbetsterapeuter är inte indelad utifrån det medicinska specialiteterna. Trots detta finns det kompetenser hos arbetsterapeuter vana vid arbete inom reumatologisk specialistvård som är av vikt vid behandling och bedömning av personer med RA. Arbetsterapeutens roll är att kartlägga personens styrkor och svagheter i att utföra de dagliga aktiviteterna där särskild hänsyn och kunskap kring RA är av vikt vid bedömning och behandling. Personer med RA påverkas i de dagliga aktiviteterna på grund av smärta, trötthet och/eller nedsatt funktion. Arbetsterapeuten identifierar de

Remissversion

svårigheter personen har och vill förbättra och med olika strategier syftar till att förbättra aktivitetsförmågan.

Arbetsterapeuter inom reumatologi ska kunna göra systematiska kartläggningar av svårigheter i dagliga livets aktiviteter, identifiera behov av arbetsterapeutiska åtgärder såsom kompenserande eller symtomlindrande hjälpmedel, hand- och fingerortoser och kunna förmedla energibesparande arbetssätt, ergonomiska strategier och tillämpning av aktivitetsbalans.

Kuratorn deltar i teamet runt patienten med RA för att ge psykosocialt stöd. Den grundläggande utbildningen för att arbeta som kurator är socionomutbildning. Den 1 juli 2019 infördes legitimation för hälso- och sjukvårdskuratorer. Trots detta är det möjligt att arbeta inom kuratorsyrket utan legitimation, det är upp till arbetsgivaren att bedöma om den enskilde har tillräckligt med kompetens. För att få legitimation krävs – förutom den grundläggande socionomutbildningen – en påbyggnadsutbildning inom hälso- och sjukvård. Kuratorn i det reumatologiska vårdteamet guidar patienten bland samhällets resurser, regler och bestämmelser. Kuratorn kan också ge stöd och hjälp vad gäller andra problem i det dagliga livet. Kuratorn träffar patienter med RA enskilt eller i grupp.

Det finns idag ingen specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning reumatologi. Det som i dag ligger närmast är specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning medicin, samt möjlighet med fördjupningsuppgifter och fristående kurser i reumatologi. Föreningen reumasjuksköterskor i Sverige (FRS) har arbetat fram en nationell kompetensbeskrivning för sjuksköterskor inom reumatologisk omvårdad. Till detta finns europeiska rekommendationer kring sjuksköterskans roll vid inflammatorisk artritsjukdom. Specialistkunskaper i sjukdomslära, farmakoterapi, patientundervisning, levnadsvanor, rehabilitering, samtalsteknik och personcentrerad vård främjar optimal sjuksköterskemedverkan i vårdförlopp RA. Sjuksköterskans roll i vården av patienter med RA består av en kombination av professionella insatser relaterade till såväl medicinsk behandling som patientundervisning och rehabilitering. Omvårdnadsbehoven och omvårdnadsåtgärderna varierar med sjukdomsskede, sjukdomsförlopp och sjukdomsupplevelse. Sjuksköterskan initierar ordinerade behandlingar och informerar muntligt och skriftligt, ger råd och stöd, administrerar läkemedel, undervisar teoretiskt och praktiskt samt monitorerar insatta behandlingar. Uppföljningen hos sjuksköterska kan innefatta utvärdering av tillstånd, fysiskt och psykologiskt välbefinnande, följsamhet till och effekt av medicinering, ledbedömning, hälsosamtal och undervisning. Därutöver har sjuksköterskan en samordnande funktion mellan patienter och övriga medlemmar i det reumatologiska teamet.

Patienten med RA har unik kompetens om sig själv och sina behov, förväntningar och resurser samt om det egna sjukdomsförloppet. Vården blir därför säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin behandling och uppföljning. Relationen mellan patient och personal behöver präglas av ömsesidig respekt och förståelse. Patientdelaktigheten utgår alltid ifrån patientens förmåga och möjligheter och det finns många olika sätt att vara delaktig på.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Reumatoid artrit

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet reumatoid artrit (RA) är att fler patienter med välgrundad misstanke om RA snabbt får komma till reumatologisk specialistvård och att fler patienter med nydiagnostiserad RA får ett välstrukturerat omhändertagande med vård och behandling enligt befintliga riktlinjer. I och med att vårdförloppet skapar förutsättningar för ett strukturerat omhändertagande som också kan följas upp och utvärderas skapas förutsättningar för mer jämlik vård och mindre risk för lokala/regionala skillnader som kan ge sämre vård för den enskilda individen. Vårdförloppet ökar också möjligheter för individens delaktighet i vård och behandling samt till att ta eget ansvar för hälsosamma levnadsvanor.

För den reumatologiska specialistvården kan vårdförloppet medföra ett ökat antal remisser och därmed ett ökat antal besök, vilket kan leda till ökade kostnader och risk för undanträngningseffekt för patienter som insjuknar i andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar och för de patienter som redan följs inom den reumatologiska specialistvården. Initialt kan vårdförloppet kräva utbildningsinsatser inom primärvården för att identifiera personer med välgrundad misstanke om RA. Inom den reumatologiska specialistvården inkluderar vårdförloppet insatser från många olika yrkeskategorier. Här kan krävas såväl ändrade arbetssätt som kompetensutvecklande åtgärder. I vissa fall kan även organisatoriska förändringar behövas för att kunna erbjuda patienten alla delar i vårdförloppet. Sammantaget leder vårdförloppet sannolikt till en viss initial kostnadsökning för hälso- och sjukvården, exempelvis genom utbildningsinsatser, fler besök i reumatologisk specialistvård och något ökad läkemedelsanvändning. På sikt förväntas vårdförloppet leda till ökad kostnadseffektivitet genom tidigare diagnos och ökad behandlingseffektivitet, vilket kan leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården. På lång sikt kommer vårdförloppet leda till att patienter med RA har lägre sjukdomsaktivitet och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen, vilket bidrar till en lägre kostnad för samhället.

För att vårdförloppet ska kunna följas och utvärderas krävs att alla som inkluderas i vårdförloppet registreras och följs i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). För att säkerställa en hög täckningsgrad, underlätta registrering, minska kostnaderna och tiden för sjukvårdspersonalens dokumentation bör en koppling utarbetas för direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige. Detta kräver initialt ökade resurser.

Remissversion

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1

1. Om konsekvensbeskrivningen 3

2 Konsekvenser 3

2.1 Omfattning 3

2.2 Nytta eller risker för individen 3

2.3 Etiska aspekter 4

2.4 Verksamhet och organisation 5

2.5 Kostnader 5

2.6 Kompetensförsörjning 6

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 7

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 7

2.9 Uppföljning 7

2.10 Övriga konsekvenser 8

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård samt patientföreträdare. Ordförande i arbetsgruppen var Cecilia Carlens. Den nationella stödfunktionen vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för vårdförlopp reumatoid artrit (RA) färdigställdes i mitten av januari 2020.

Konsekvensbeskrivning för vårdförlopp RA är skriven av nationella arbetsgrupp RA.

Tabell 1. Arbetsgruppens medlemmar.

Cecilia Carlens	Reumatolog	Orförande	Region Stockholm
Susanne Pettersson	Sjuksköterska	Processledare	Region Stockholm
Anna Svärd	Reumatolog		Region Dalarna
Anna Södergren	Reumatolog		Region Västerbotten
Lena Bäckström	Specialist allmänmedicin		Region Stockholm
Malin Regardt	Arbetsterapeut	NPO-representant	Region Stockholm
Mats Dehlin	Reumatolog		Region Västra Götaland
Tommy Olsson	Patientföreträdare		Reumatikerförbundet
Valentina Bala	Sjuksköterska		Region Skåne
Åsa Lindkvist	Fysioterapeut		Region Stockholm

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Den årliga incidensen av RA är cirka 40/100 000 invånare över 18 år och prevalensen är cirka 0,6 procent av befolkningen över 18 år. Incidensen är lägre i storstad där befolkningen generellt sett är yngre.

Vårdförloppet omfattar samtliga personer med misstänkt RA, av vilka sedan ungefär en tredjedel till hälften får diagnosen RA. Troligen kommer detta kunskapsstöd att ge en ökad medvetenhet om RA inom primärvården varför fler personer kommer att remitteras till specialiserad vård. Hur stor denna ökning kommer att bli är svår att prognosticera då det idag inte finns statistik på antalet remisser med en specifik frågeställning om RA. Beräknat utifrån de incidensdata som finns bör kunskapsstödet komma att innefatta 2 500–4 000 patienter per år som får diagnos RA och 5 000–8 000 personer som screenas, men inte får diagnosen RA.

Samtliga personer som kvarstår i vårdförloppet, det vill säga diagnosticeras med RA, kommer att ta del av samtliga insatser i detta kunskapsstöd. För att detta kunskapsstöd ska få den effekt som önskas, med en rättvis och lika vård över hela landet, krävs att införandet görs brett och på samtliga berörda nivåer inom regioner samt hos privata aktörer.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförlopp RA kommer att ge ökad möjlighet för individen att få bästa tänkbara behandling för sin RA utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens, genom minskad risk för att regionala/lokala skillnader i

Remissversion

handläggning riskerar att medföra sämre vård för individen. Dessa skillnader kan omfatta bemanning, struktur, kunskapsnivå eller andra verksamhetsspecifika områden.

Ett ökat fokus på RA inom primärvården gynnar tidig remiss och därmed diagnos, men kan också medföra ett antal remisser på individer som inte senare diagnostiseras med RA vilket kan leda till fler besök inom reumatologisk specialistvård vilket i sin tur kan vara tidsödande för patienten och skapa oro.

Med vårdförlopp RA förbättras förutsättningarna för individens delaktighet genom att flödet blir tydligt för alla inblandade, och det finns tydligt uttryckt i vårdförlopp RA att individen ska ha en aktiv roll genom hela flödet. Möjligheten att påverka, utifrån egna behov och önskemål, ger ökad delaktighet.

2.3 Etiska aspekter

En ökad mängd remisser i enlighet med vårdförlopp RA kan leda till undanträngningseffekter för patienter med misstanke om annan reumatisk sjukdom som inkommit på annan typ av remiss. Det finns även en risk att vårdförlopp RA leder till undanträngningseffekt avseende uppföljning av patienter med redan diagnostiserad reumatisk sjukdom, om patienter som handläggs i enlighet med vårdförlopp RA prioriteras. Dessa effekter blir än mer uttalade på kliniker där bemanningen är bristfällig.

Vårdförlopp RA har inga uppenbara negativa konsekvenser avseende människovärdesprincipen eller behovs- och solidaritetsprincipen. Bedömning av varje enskild remiss och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras. Undanträngningseffekter för andra patientgrupper enligt ovan bör dock beaktas även avseende detta.

Eventuella geografiska eller regionala skillnader i tid till diagnos och behandling kommer att minska om vårdförloppet följs. Inga uppenbara negativa konsekvenser ses utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Varje reumatologisk enhet kommer att behöva upparbeta lokala rutiner för att tillse att hinder att tillgodogöra sig samtliga delar i vårdförlopp RA, såsom funktionsnedsättningar eller språksvårigheter, överbryggas.

Det finns en risk att en standardisering och schemaläggning av aktiviteter enligt vårdförlopp RA gör att vissa patienter kommer att delta i eller erbjudas aktiviteter som inte upplevs värdeskapande för den enskilda individen. Det finns därmed en risk att vårdförlopp RA kan medföra fler besök än nu, vilket kan upplevas negativt om patienten har lång resväg eller av andra anledningar har svårt att ta sig till vården. För att hantera detta behöver det finnas en flexibilitet i vårdförlopp RA beroende på skillnader i struktur eller geografi över landet, samt att anpassningar kan göras till den enskilda individen.

Det finns alltid en risk att diagnosen fördröjs för att individer inte söker vård eller inte får tillgång till primärvård av andra anledningar såsom bristande tillgänglighet eller om remiss enligt vårdförlopp RA inte skrivs till följd av bristande kompetens i primärvården. Detta kommer sannolikt inte att öka som en följd av införande av vårdförlopp RA.

Remissversion

2.4 Verksamhet och organisation

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med nydiagnostiserad RA, detta kunskapsstöd kommer att innebära små förändringar i dessa klinikers verksamhet. Vid de kliniker som idag saknar ett sådant systematiskt omhändertagande (cirka 15 procent, enligt en enkät utskickad till verksamhetsföreträdare i reumatologi 2019, svarsfrekvens 82 procent (i denna enkät ingår inte privatreumatologer), kommer en omstrukturering av verksamheten att krävas. Idag får, enligt den enkät vi skickat till verksamhetsföreträdarna, patienterna vid 85 procent av klinikerna tillgång till team med sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och i många fall kurator. Kompetensen hos de professioner som ingår i teamet är inte kartlagd och det är möjligt att det krävs en kompetenshöjning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter och att det råder brist på fysioterapeuter med specialistkompetens i reumatologi. När det gäller reumatologer med privat verksamhet har dessa sällan tillgång till övriga yrkeskategorier på plats, här skrivs ofta remisser till separata fysioterapeuter och arbetsterapeuter utan att det sker en gemensam teambedömning. För bästa möjliga utfall bör hälsoprofessionerna vara nära knutna till den reumatologiska verksamheten så att ett tvärprofessionellt teamomhändertagande kan erbjudas och där en kontinuerlig fortbildning och utveckling sker inom teamet.

Optimalt införande av kunskapsstödet i all reumatologisk verksamhet i Sverige är i hög grad avhängigt digitala lösningar. I delar av landet har patienterna långa avstånd till närmaste reumatologiska enhet och digitala lösningar är nödvändiga för att genomföra planerade kontakter och uppföljningar för alla patienter.

När en implementering sker kommer remisshanteringsrutiner på mottagande enheter att behöva omorganiseras för ett systematiskt remisshanteringssystem. Arbetet förutsätter den kompetens som medicinska sekreterare har, men detta är en yrkeskategori som minskar i vården.

För att kunna följa upp de föreslagna indikatorerna i vårdförlopp RA, såsom verksamheternas följsamhet till vårdförloppet och patientrelaterade utfall som sjukdomsaktivitet, kommer en ökad registrering i SRQ att krävas. I nuläget registrerar flertalet verksamheter besök i SRQ, men några gör det i mycket begränsad omfattning. Inom dessa verksamheter kommer man att behöva se över sitt arbetssätt och sannolikt tillföra personella resurser för att åstadkomma det.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas.

Detta kunskapsstöd kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med nydiagnostiserad RA.

2.5 Kostnader

Inom primärvården ses inga stora förändringar i kostnader vad gäller utredningar utifrån vårdförlopp RA. Remisskraven är låga och driver inte en kostnadsökning i primärvården. Föreslagna utredningar i primärvården följer tidigare föreslagna utredningar i primärvården och redan befintliga remisskrav.

Inom reumatologisk specialistvård kommer det sannolikt att ske en ökning av inkommande remisser och fler patienter kommer sannolikt att bedömas av en reumatolog. Enligt vårdförlopp RA finns inte krav på att personer med ACPA-positivitet och artralgier, med risk att utveckla RA, ska följas inom

Remissversion

reumatologin, men om man på lokal nivå beslutar om detta kommer ökade resurser inom den reumatologiska specialistvården att krävas för att totalt sett följa upp fler patienter än idag. En möjlig konsekvens är också tätare besök och fler kontakter med andra professioner än läkare vilket kan ge en kostnadsökning på kort sikt. På lång sikt kommer dock patienter med RA att ha lägre sjukdomsaktivitet och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället.

Vårdförlopp RA kommer att leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos och ökad behandlingseffektivitet samt förbättrad prognos över tid. De direkta kostnaderna kommer sannolikt öka något initialt. De indirekta kostnaderna kommer sannolikt att minska över tid då värdet av effektiv behandling, minskad funktionsnedsättning och ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett införande av vårdförloppet kan leda till en omfördelning av kostnader mellan specialist- och primärvård. Beroende på nuvarande regionala rutiner kan denna omfördelning på vissa håll ske från primärvård till specialistvård, medan den på andra håll går i motsatt riktning.

Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt sett, men möjligen kan en liten ökning ske initialt då fler patienter får effektiv behandling tidigt. Ökade investeringar i kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, SRQ, kan behöva göras för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för möjliggörande av uppföljning.

För att underlätta och säkerställa en täckningsgrad på 90 procent inom SRQ bör en koppling utarbetas mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige, vilket inte är fallet idag. Detta kommer att generera kostnader på kort sikt, men kommer att effektivisera resursutnyttjandet på sikt då dubbeldokumentation kan undvikas. Om denna IT-koppling inte kommer till stånd leder detta sannolikt till en ökad administrativ kostnad vid de reumatologiska enheterna för att få högre täckningsgrad.

2.6 Kompetensförsörjning

Vårdförlopp RA ställer krav på tillräckligt antal medarbetare på varje reumatologisk enhet för att kunna möta de utökade arbetsuppgifterna som vårdförloppet initialt kan innebära. Detta gäller speciellt på de enheter som idag inte är uppbyggda så att de fullt ut kan hantera de centrala delarna i vårdförlopp RA, såsom snabbare bedömning, tätare besök, teamarbete och registrering i SRQ. Dessutom ställer vårdförlopp RA krav på att det finns sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med erfarenhet och särskild kunskap inom reumatologi, vilket idag saknas på vissa enheter.

För att säkra kontinuitet i vårdförlopp RA och undvika onödig väntetid för patienterna kan nya funktioner som fast kontakt och koordinatorfunktion behövas. Hur sådana funktioner ska bemannas och organiseras bör beslutas och utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena.

För lyckad implementering av vårdförlopp RA är det viktigt med kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga professioner. Detta inkluderar kompetens inom primärvård för att exempelvis bedöma leder och upptäcka tecken på artrit. För specialistvården gäller det att säkerställa adekvat kunskap för att kunna använda muskuloskeletalt ultraljud i tidig diagnostik av artrit.

Remissversion

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Det pågår en uppdatering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Resultatet av uppdateringen skulle kunna få påverkan på vårdförlopp RA som i så fall skulle kunna innebära ändringar i vårdförlopp RA. Kommande vårdförlopp för exempelvis för levnadsvanor och rehabilitering kan möjligtvis medföra påverkan på Vårdförlopp RA, men det kan även ske en påverkan åt andra hållet. Det finns sannolikt ingen påverkan på andra befintliga kunskapsstöd i dagsläget. Om ytterligare andra närliggande vårdförlopp utvecklas är en samordning och harmonisering viktig.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförlopp RA är väl förenligt med ”omställningen till nära vård”, då denna ska ”främja jämlik hälsa”, vilket även är huvudsyftet med vårdförlopp RA. Omställningen syftar till att ”patienten snabbare får rätt vård genom förbättrad tillgänglighet”. Detta kommer att arbeta i samma riktning som vårdförlopp RA, där flertalet remisser förväntas inkomma från primärvård till specialistvård i reumatologi.

Omställningen syftar till att ”främja … samordning av vårdsinsatser, samverkan mellan vårdaktörer, tillgänglighet och ökad delaktighet för patienter”. Även detta harmonierar med tanken i vårdförlopp RA, där ett tydliggörande av vårdförloppet kommer att ge ökade förutsättningar för ökad samverkan mellan specialistvård och primärvård samt ökad delaktighet för patienter.

2.9 Uppföljning

Samtliga i vårdförlopp RA inkluderade individer skall registreras i SRQ. Flertalet av de indikatorer som skall följas i vårdförlopp RA kommer att hämtas ur SRQ. Registret finns idag och har en täckningsgrad på cirka 85 procent avseende nydiagnostiserad RA. Registret kan hantera det ökade behovet av registreringar inom befintliga resurser. Ökade resurser kommer att krävas för att skapa och årligen ta fram de indikatorer som föreslagits, men arbetet bedöms ändå relativt begränsat och möjligt att genomföra. De enheter eller personalkategorier som i dagsläget inte har resurser eller kompetens att genomföra registrering i SRQ kommer att behöva utarbeta sådana och en kompetenshöjning och resurstilldelning kommer att behöva ske för att säkerställa detta. För att minska vårdpersonalens administrativa börda och möjliggöra en effektivare vård krävs också att en koppling med direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige skapas. Idag finns detta bara i enstaka regioner.

För uppföljning av indikator ”Antal dagar från remissdatum till erbjudet nybesök” krävs Väntetidsdatabas vilken inte finns i bruk i dag. Hur denna indikator ska tas fram i avvaktan på en uppdatering av Väntetidsdatabasen är ännu inte fastställt och mer arbete kommer att krävas för att ta reda på om det är möjligt och därefter krävs resurser för att ta fram data.

För uppföljning av indikator ”vårdförlopp-RA/RA”, ”RA/vårdförlopp-RA” och ”arbetsterapeut- och fysioterapeutkontakt inom 3 månader från diagnos” kommer data hämtas ur journalsystem. Hur denna indikator ska tas fram är idag inte fastställt och mer arbete krävs för att möjliggöra detta.

För uppföljning indikator ”DMARD uthämtat apotek inom 3 månader” kommer data sökas ut ur Läkemedelsregistret. Det bedöms vid införande vara förknippat med ett ökat arbete och ökat resursbehov.

Remissversion

2.10 Övriga konsekvenser

Både stöd och krav för implementering av vårdförlopp RA måste vara så attraktiva att införandet blir en naturlig del i vården. Under implementeringsfasen kan webbutbildning, manualer, riktlinjer, lathundar behöva utarbetas och likaså att ett nationellt nätverk med representanter från olika regioner byggas upp för att stödja införandet av kunskapsstödet.

Remissversion

Konsekvensbeskrivning för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp

Reumatoid artrit

Remissversion

Nationellt system för kunskapsstyrning
Hälso- och sjukvård

SVERIGES REGIONER I SAMVERKAN

Sammanfattning

De viktigaste konsekvenserna av det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet reumatoid artrit (RA) är att fler patienter med välgrundad misstanke om RA snabbt får komma till reumatologisk specialistvård och att fler patienter med nydiagnostiserad RA får ett välstrukturerat omhändertagande med vård och behandling enligt befintliga riktlinjer. I och med att vårdförloppet skapar förutsättningar för ett strukturerat omhändertagande som också kan följas upp och utvärderas skapas förutsättningar för mer jämlik vård och mindre risk för lokala/regionala skillnader som kan ge sämre vård för den enskilda individen. Vårdförloppet ökar också möjligheter för individens delaktighet i vård och behandling samt till att ta eget ansvar för hälsosamma levnadsvanor.

För den reumatologiska specialistvården kan vårdförloppet medföra ett ökat antal remisser och därmed ett ökat antal besök, vilket kan leda till ökade kostnader och risk för undanträngningseffekt för patienter som insjuknar i andra inflammatoriska reumatiska sjukdomar och för de patienter som redan följs inom den reumatologiska specialistvården. Initialt kan vårdförloppet kräva utbildningsinsatser inom primärvården för att identifiera personer med välgrundad misstanke om RA. Inom den reumatologiska specialistvården inkluderar vårdförloppet insatser från många olika yrkeskategorier. Här kan krävas såväl ändrade arbetssätt som kompetensutvecklande åtgärder. I vissa fall kan även organisatoriska förändringar behövas för att kunna erbjuda patienten alla delar i vårdförloppet. Sammantaget leder vårdförloppet sannolikt till en viss initial kostnadsökning för hälso- och sjukvården, exempelvis genom utbildningsinsatser, fler besök i reumatologisk specialistvård och något ökad läkemedelsanvändning. På sikt förväntas vårdförloppet leda till ökad kostnadseffektivitet genom tidigare diagnos och ökad behandlingseffektivitet, vilket kan leda till minskade kostnader för hälso- och sjukvården. På lång sikt kommer vårdförloppet leda till att patienter med RA har lägre sjukdomsaktivitet och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen, vilket bidrar till en lägre kostnad för samhället.

För att vårdförloppet ska kunna följas och utvärderas krävs att alla som inkluderas i vårdförloppet registreras och följs i Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ). För att säkerställa en hög täckningsgrad, underlätta registrering, minska kostnaderna och tiden för sjukvårdspersonalens dokumentation bör en koppling utarbetas för direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige. Detta kräver initialt ökade resurser.

Remissversion

Innehållsförteckning

Sammanfattning 1

1. Om konsekvensbeskrivningen 3

2 Konsekvenser 3

2.1 Omfattning 3

2.2 Nytta eller risker för individen 3

2.3 Etiska aspekter 4

2.4 Verksamhet och organisation 5

2.5 Kostnader 5

2.6 Kompetensförsörjning 6

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd 7

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården 7

2.9 Uppföljning 7

2.10 Övriga konsekvenser 8

Remissversion

1 Om konsekvensbeskrivningen

Arbetsgruppen inkluderade professionsföreträdare från specialistvård och primärvård samt patientföreträdare. Ordförande i arbetsgruppen var Cecilia Carlens. Den nationella stödfunktionen vid Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har bistått med löpande stöd. Arbetet med att ta fram konsekvensbeskrivningen för vårdförlopp reumatoid artrit (RA) färdigställdes i mitten av januari 2020.

Konsekvensbeskrivning för vårdförlopp RA är skriven av nationella arbetsgrupp RA.

Tabell 1. Arbetsgruppens medlemmar.

Cecilia Carlens	Reumatolog	Orförande	Region Stockholm
Susanne Pettersson	Sjuksköterska	Processledare	Region Stockholm
Anna Svärd	Reumatolog		Region Dalarna
Anna Södergren	Reumatolog		Region Västerbotten
Lena Bäckström	Specialist allmänmedicin		Region Stockholm
Malin Regardt	Arbetsterapeut	NPO-representant	Region Stockholm
Mats Dehlin	Reumatolog		Region Västra Götaland
Tommy Olsson	Patientföreträdare		Reumatikerförbundet
Valentina Bala	Sjuksköterska		Region Skåne
Åsa Lindkvist	Fysioterapeut		Region Stockholm

2 Konsekvenser

2.1 Omfattning

Den årliga incidensen av RA är cirka 40/100 000 invånare över 18 år och prevalensen är cirka 0,6 procent av befolkningen över 18 år. Incidensen är lägre i storstad där befolkningen generellt sett är yngre.

Vårdförloppet omfattar samtliga personer med misstänkt RA, av vilka sedan ungefär en tredjedel till hälften får diagnosen RA. Troligen kommer detta kunskapsstöd att ge en ökad medvetenhet om RA inom primärvården varför fler personer kommer att remitteras till specialiserad vård. Hur stor denna ökning kommer att bli är svår att prognosticera då det idag inte finns statistik på antalet remisser med en specifik frågeställning om RA. Beräknat utifrån de incidensdata som finns bör kunskapsstödet komma att innefatta 2 500–4 000 patienter per år som får diagnos RA och 5 000–8 000 personer som screenas, men inte får diagnosen RA.

Samtliga personer som kvarstår i vårdförloppet, det vill säga diagnosticeras med RA, kommer att ta del av samtliga insatser i detta kunskapsstöd. För att detta kunskapsstöd ska få den effekt som önskas, med en rättvis och lika vård över hela landet, krävs att införandet görs brett och på samtliga berörda nivåer inom regioner samt hos privata aktörer.

2.2 Nytta eller risker för individen

Vårdförlopp RA kommer att ge ökad möjlighet för individen att få bästa tänkbara behandling för sin RA utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens, genom minskad risk för att regionala/lokala skillnader i

Remissversion

handläggning riskerar att medföra sämre vård för individen. Dessa skillnader kan omfatta bemanning, struktur, kunskapsnivå eller andra verksamhetsspecifika områden.

Ett ökat fokus på RA inom primärvården gynnar tidig remiss och därmed diagnos, men kan också medföra ett antal remisser på individer som inte senare diagnostiseras med RA vilket kan leda till fler besök inom reumatologisk specialistvård vilket i sin tur kan vara tidsödande för patienten och skapa oro.

Med vårdförlopp RA förbättras förutsättningarna för individens delaktighet genom att flödet blir tydligt för alla inblandade, och det finns tydligt uttryckt i vårdförlopp RA att individen ska ha en aktiv roll genom hela flödet. Möjligheten att påverka, utifrån egna behov och önskemål, ger ökad delaktighet.

2.3 Etiska aspekter

En ökad mängd remisser i enlighet med vårdförlopp RA kan leda till undanträngningseffekter för patienter med misstanke om annan reumatisk sjukdom som inkommit på annan typ av remiss. Det finns även en risk att vårdförlopp RA leder till undanträngningseffekt avseende uppföljning av patienter med redan diagnostiserad reumatisk sjukdom, om patienter som handläggs i enlighet med vårdförlopp RA prioriteras. Dessa effekter blir än mer uttalade på kliniker där bemanningen är bristfällig.

Vårdförlopp RA har inga uppenbara negativa konsekvenser avseende människovärdesprincipen eller behovs- och solidaritetsprincipen. Bedömning av varje enskild remiss och prioritering utifrån behov kommer att göras även i fortsättningen och därmed bör inte behovsprioriteringen förändras. Undanträngningseffekter för andra patientgrupper enligt ovan bör dock beaktas även avseende detta.

Eventuella geografiska eller regionala skillnader i tid till diagnos och behandling kommer att minska om vårdförloppet följs. Inga uppenbara negativa konsekvenser ses utifrån ett jämlikhetsperspektiv. Varje reumatologisk enhet kommer att behöva upparbeta lokala rutiner för att tillse att hinder att tillgodogöra sig samtliga delar i vårdförlopp RA, såsom funktionsnedsättningar eller språksvårigheter, överbryggas.

Det finns en risk att en standardisering och schemaläggning av aktiviteter enligt vårdförlopp RA gör att vissa patienter kommer att delta i eller erbjudas aktiviteter som inte upplevs värdeskapande för den enskilda individen. Det finns därmed en risk att vårdförlopp RA kan medföra fler besök än nu, vilket kan upplevas negativt om patienten har lång resväg eller av andra anledningar har svårt att ta sig till vården. För att hantera detta behöver det finnas en flexibilitet i vårdförlopp RA beroende på skillnader i struktur eller geografi över landet, samt att anpassningar kan göras till den enskilda individen.

Det finns alltid en risk att diagnosen fördröjs för att individer inte söker vård eller inte får tillgång till primärvård av andra anledningar såsom bristande tillgänglighet eller om remiss enligt vårdförlopp RA inte skrivs till följd av bristande kompetens i primärvården. Detta kommer sannolikt inte att öka som en följd av införande av vårdförlopp RA.

Remissversion

2.4 Verksamhet och organisation

På flera orter i Sverige finns redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med nydiagnostiserad RA, detta kunskapsstöd kommer att innebära små förändringar i dessa klinikers verksamhet. Vid de kliniker som idag saknar ett sådant systematiskt omhändertagande (cirka 15 procent, enligt en enkät utskickad till verksamhetsföreträdare i reumatologi 2019, svarsfrekvens 82 procent (i denna enkät ingår inte privatreumatologer), kommer en omstrukturering av verksamheten att krävas. Idag får, enligt den enkät vi skickat till verksamhetsföreträdarna, patienterna vid 85 procent av klinikerna tillgång till team med sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och i många fall kurator. Kompetensen hos de professioner som ingår i teamet är inte kartlagd och det är möjligt att det krävs en kompetenshöjning för sjuksköterskor och arbetsterapeuter och att det råder brist på fysioterapeuter med specialistkompetens i reumatologi. När det gäller reumatologer med privat verksamhet har dessa sällan tillgång till övriga yrkeskategorier på plats, här skrivs ofta remisser till separata fysioterapeuter och arbetsterapeuter utan att det sker en gemensam teambedömning. För bästa möjliga utfall bör hälsoprofessionerna vara nära knutna till den reumatologiska verksamheten så att ett tvärprofessionellt teamomhändertagande kan erbjudas och där en kontinuerlig fortbildning och utveckling sker inom teamet.

Optimalt införande av kunskapsstödet i all reumatologisk verksamhet i Sverige är i hög grad avhängigt digitala lösningar. I delar av landet har patienterna långa avstånd till närmaste reumatologiska enhet och digitala lösningar är nödvändiga för att genomföra planerade kontakter och uppföljningar för alla patienter.

När en implementering sker kommer remisshanteringsrutiner på mottagande enheter att behöva omorganiseras för ett systematiskt remisshanteringssystem. Arbetet förutsätter den kompetens som medicinska sekreterare har, men detta är en yrkeskategori som minskar i vården.

För att kunna följa upp de föreslagna indikatorerna i vårdförlopp RA, såsom verksamheternas följsamhet till vårdförloppet och patientrelaterade utfall som sjukdomsaktivitet, kommer en ökad registrering i SRQ att krävas. I nuläget registrerar flertalet verksamheter besök i SRQ, men några gör det i mycket begränsad omfattning. Inom dessa verksamheter kommer man att behöva se över sitt arbetssätt och sannolikt tillföra personella resurser för att åstadkomma det.

För att följa konsekvenserna av detta kunskapsstöd kommer rutiner för uttag av statistik/indikatorer att behöva utarbetas.

Detta kunskapsstöd kommer att kunna ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med nydiagnostiserad RA.

2.5 Kostnader

Inom primärvården ses inga stora förändringar i kostnader vad gäller utredningar utifrån vårdförlopp RA. Remisskraven är låga och driver inte en kostnadsökning i primärvården. Föreslagna utredningar i primärvården följer tidigare föreslagna utredningar i primärvården och redan befintliga remisskrav.

Inom reumatologisk specialistvård kommer det sannolikt att ske en ökning av inkommande remisser och fler patienter kommer sannolikt att bedömas av en reumatolog. Enligt vårdförlopp RA finns inte krav på att personer med ACPA-positivitet och artralgier, med risk att utveckla RA, ska följas inom

Remissversion

reumatologin, men om man på lokal nivå beslutar om detta kommer ökade resurser inom den reumatologiska specialistvården att krävas för att totalt sett följa upp fler patienter än idag. En möjlig konsekvens är också tätare besök och fler kontakter med andra professioner än läkare vilket kan ge en kostnadsökning på kort sikt. På lång sikt kommer dock patienter med RA att ha lägre sjukdomsaktivitet och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället.

Vårdförlopp RA kommer att leda till ökad kostnadseffektivitet över tid genom tidigare diagnos och ökad behandlingseffektivitet samt förbättrad prognos över tid. De direkta kostnaderna kommer sannolikt öka något initialt. De indirekta kostnaderna kommer sannolikt att minska över tid då värdet av effektiv behandling, minskad funktionsnedsättning och ökad livskvalitet bedöms bidra till ett kostnadseffektivt vårdförlopp.

Ett införande av vårdförloppet kan leda till en omfördelning av kostnader mellan specialist- och primärvård. Beroende på nuvarande regionala rutiner kan denna omfördelning på vissa håll ske från primärvård till specialistvård, medan den på andra håll går i motsatt riktning.

Kostnader för läkemedel bör inte öka totalt sett, men möjligen kan en liten ökning ske initialt då fler patienter får effektiv behandling tidigt. Ökade investeringar i kopplingar mellan lokala/regionala journalsystem och det nationella kvalitetsregistret, SRQ, kan behöva göras för att underlätta registrering och öka täckningsgraden för möjliggörande av uppföljning.

För att underlätta och säkerställa en täckningsgrad på 90 procent inom SRQ bör en koppling utarbetas mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige, vilket inte är fallet idag. Detta kommer att generera kostnader på kort sikt, men kommer att effektivisera resursutnyttjandet på sikt då dubbeldokumentation kan undvikas. Om denna IT-koppling inte kommer till stånd leder detta sannolikt till en ökad administrativ kostnad vid de reumatologiska enheterna för att få högre täckningsgrad.

2.6 Kompetensförsörjning

Vårdförlopp RA ställer krav på tillräckligt antal medarbetare på varje reumatologisk enhet för att kunna möta de utökade arbetsuppgifterna som vårdförloppet initialt kan innebära. Detta gäller speciellt på de enheter som idag inte är uppbyggda så att de fullt ut kan hantera de centrala delarna i vårdförlopp RA, såsom snabbare bedömning, tätare besök, teamarbete och registrering i SRQ. Dessutom ställer vårdförlopp RA krav på att det finns sjuksköterskor, fysioterapeuter och arbetsterapeuter med erfarenhet och särskild kunskap inom reumatologi, vilket idag saknas på vissa enheter.

För att säkra kontinuitet i vårdförlopp RA och undvika onödig väntetid för patienterna kan nya funktioner som fast kontakt och koordinatorfunktion behövas. Hur sådana funktioner ska bemannas och organiseras bör beslutas och utvecklas lokalt, anpassat till de lokala förhållandena.

För lyckad implementering av vårdförlopp RA är det viktigt med kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga professioner. Detta inkluderar kompetens inom primärvård för att exempelvis bedöma leder och upptäcka tecken på artrit. För specialistvården gäller det att säkerställa adekvat kunskap för att kunna använda muskuloskeletalt ultraljud i tidig diagnostik av artrit.

Remissversion

2.7 Påverkan på andra kunskapsstöd

Det pågår en uppdatering av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar. Resultatet av uppdateringen skulle kunna få påverkan på vårdförlopp RA som i så fall skulle kunna innebära ändringar i vårdförlopp RA. Kommande vårdförlopp för exempelvis för levnadsvanor och rehabilitering kan möjligtvis medföra påverkan på Vårdförlopp RA, men det kan även ske en påverkan åt andra hållet. Det finns sannolikt ingen påverkan på andra befintliga kunskapsstöd i dagsläget. Om ytterligare andra närliggande vårdförlopp utvecklas är en samordning och harmonisering viktig.

2.8 Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförlopp RA är väl förenligt med ”omställningen till nära vård”, då denna ska ”främja jämlik hälsa”, vilket även är huvudsyftet med vårdförlopp RA. Omställningen syftar till att ”patienten snabbare får rätt vård genom förbättrad tillgänglighet”. Detta kommer att arbeta i samma riktning som vårdförlopp RA, där flertalet remisser förväntas inkomma från primärvård till specialistvård i reumatologi.

Omställningen syftar till att ”främja … samordning av vårdsinsatser, samverkan mellan vårdaktörer, tillgänglighet och ökad delaktighet för patienter”. Även detta harmonierar med tanken i vårdförlopp RA, där ett tydliggörande av vårdförloppet kommer att ge ökade förutsättningar för ökad samverkan mellan specialistvård och primärvård samt ökad delaktighet för patienter.

2.9 Uppföljning

Samtliga i vårdförlopp RA inkluderade individer skall registreras i SRQ. Flertalet av de indikatorer som skall följas i vårdförlopp RA kommer att hämtas ur SRQ. Registret finns idag och har en täckningsgrad på cirka 85 procent avseende nydiagnostiserad RA. Registret kan hantera det ökade behovet av registreringar inom befintliga resurser. Ökade resurser kommer att krävas för att skapa och årligen ta fram de indikatorer som föreslagits, men arbetet bedöms ändå relativt begränsat och möjligt att genomföra. De enheter eller personalkategorier som i dagsläget inte har resurser eller kompetens att genomföra registrering i SRQ kommer att behöva utarbeta sådana och en kompetenshöjning och resurstilldelning kommer att behöva ske för att säkerställa detta. För att minska vårdpersonalens administrativa börda och möjliggöra en effektivare vård krävs också att en koppling med direkt dataöverföring mellan SRQ och samtliga journalsystem i Sverige skapas. Idag finns detta bara i enstaka regioner.

För uppföljning av indikator ”Antal dagar från remissdatum till erbjudet nybesök” krävs Väntetidsdatabas vilken inte finns i bruk i dag. Hur denna indikator ska tas fram i avvaktan på en uppdatering av Väntetidsdatabasen är ännu inte fastställt och mer arbete kommer att krävas för att ta reda på om det är möjligt och därefter krävs resurser för att ta fram data.

För uppföljning av indikator ”vårdförlopp-RA/RA”, ”RA/vårdförlopp-RA” och ”arbetsterapeut- och fysioterapeutkontakt inom 3 månader från diagnos” kommer data hämtas ur journalsystem. Hur denna indikator ska tas fram är idag inte fastställt och mer arbete krävs för att möjliggöra detta.

För uppföljning indikator ”DMARD uthämtat apotek inom 3 månader” kommer data sökas ut ur Läkemedelsregistret. Det bedöms vid införande vara förknippat med ett ökat arbete och ökat resursbehov.

Remissversion

2.10 Övriga konsekvenser

Både stöd och krav för implementering av vårdförlopp RA måste vara så attraktiva att införandet blir en naturlig del i vården. Under implementeringsfasen kan webbutbildning, manualer, riktlinjer, lathundar behöva utarbetas och likaså att ett nationellt nätverk med representanter från olika regioner byggas upp för att stödja införandet av kunskapsstödet.

Remissversion