

# Öppna medicinska prioriteringar 2.0

Workshop på Nätverkskonferens 2012-02-09

- Hannah-Karin Linck, Landstingsråd
- Anders Tollmar, Samordningsdirektör



# 1:a omgången – uppläggning

## Verksamheten:

- Besparingsförslag motsvarande 1,2 procent av nettokostnaden:
  - Totalt:  
390 st. förslag
  - Rekommendationen: 184 st. värda 94 miljoner
  - Beslutet:  
124 st. värda 60 miljoner

## Politiken:

- Alla partier stod bakom besparingskravet på 70 miljoner
- Prioriteringsberedning med stor politisk enighet
- Majoritetsbeslut
- ”Inte julklappen”

# 1:a omgången – våra lärdomar

## Verksamheten:

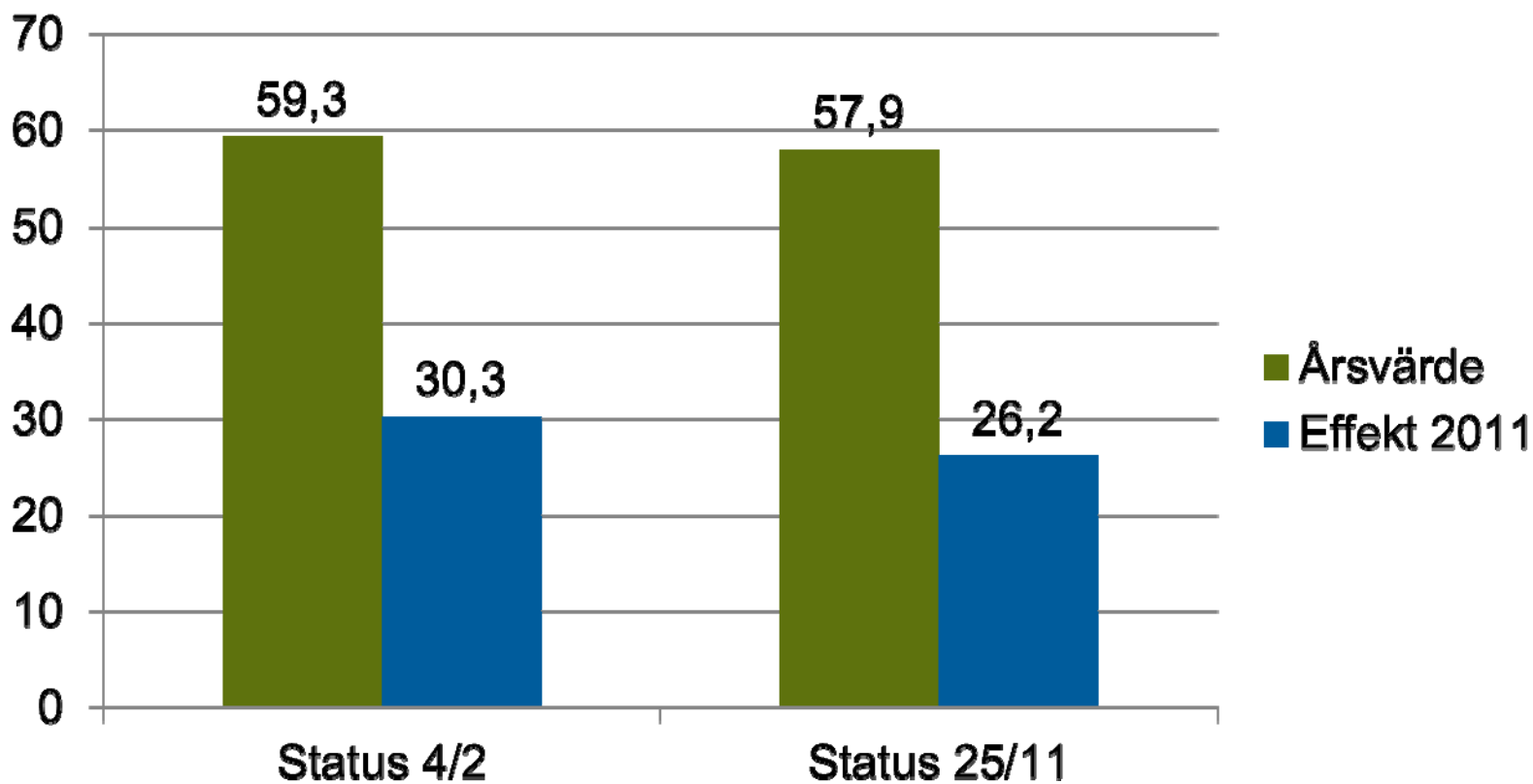
- För kort tid för framtagning av förslag
- Ojämn kvalitet på förslagen
- Misslyckades med en "äkt" prioritering
- För krävande modell för beskrivning av förslagen

## Politiken:

- "Varför har ni inte redan slutat med detta redan?"
- Trygghet genom möte med chefer och profession
- Viktigt att direkt berörda är med från början
  - Kommunerna
  - Handikapporganisationer
  - Pensionärer

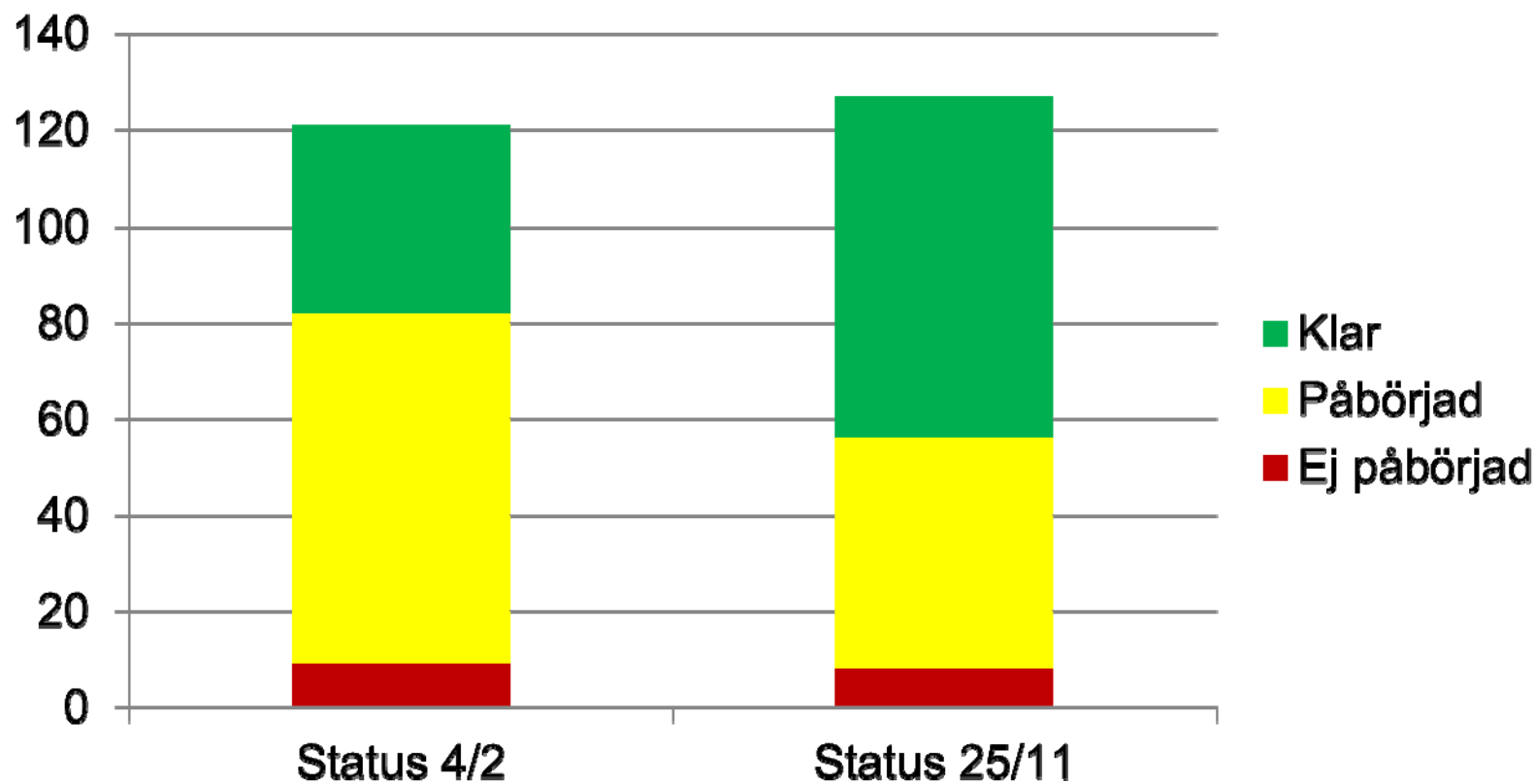
# Öppna medicinska prioriteringar

beräknade ekonomiska effekter (mnkr)



# Öppna medicinska prioriteringar

## aktiviteter



**Kunskapsbaserad och ändamålsenlig hälso- och sjukvård betyder att vården skall bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt formas för att möta den individuella patientens behov på bästa möjliga sätt.**

## Våra mål är att

- ✓ Kontinuerligt och fokuserat arbeta med ett ordnat införande och en ordnad utmönstring av metoder, behandlingar och läkemedel för att säkra patientens rätt till ändamålsenlig och säker vård.
- ✓ Hälso- och sjukvården organiseras för att medverka till att minska hjärt- och kärlsjukdomar och psykisk ohälsa.

### Uppföljning av målen görs med hjälp av indikatorerna:

- Hälsopolitiskt åtgärdbar dödlighet.
- Sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet.
- Undvikbar slutenvård.
- Influensavaccinering av äldre.
- Vaccination av barn – MPR.
- Återinläggning inom 28 dagar (schizofreni).
- 28-dagarsdödlighet i hjärtinfarkt.
- 28-dagarsdödlighet i stroke.
- Återinskrivning eller avlidna 30 dagar efter slutenvård för hjärtsvikt  
Uppgifterna hämtas från Dödsorsaksregistret, Smittskyddsinstitutet och landstingets interna system.

# Pilot med ordnat införande...

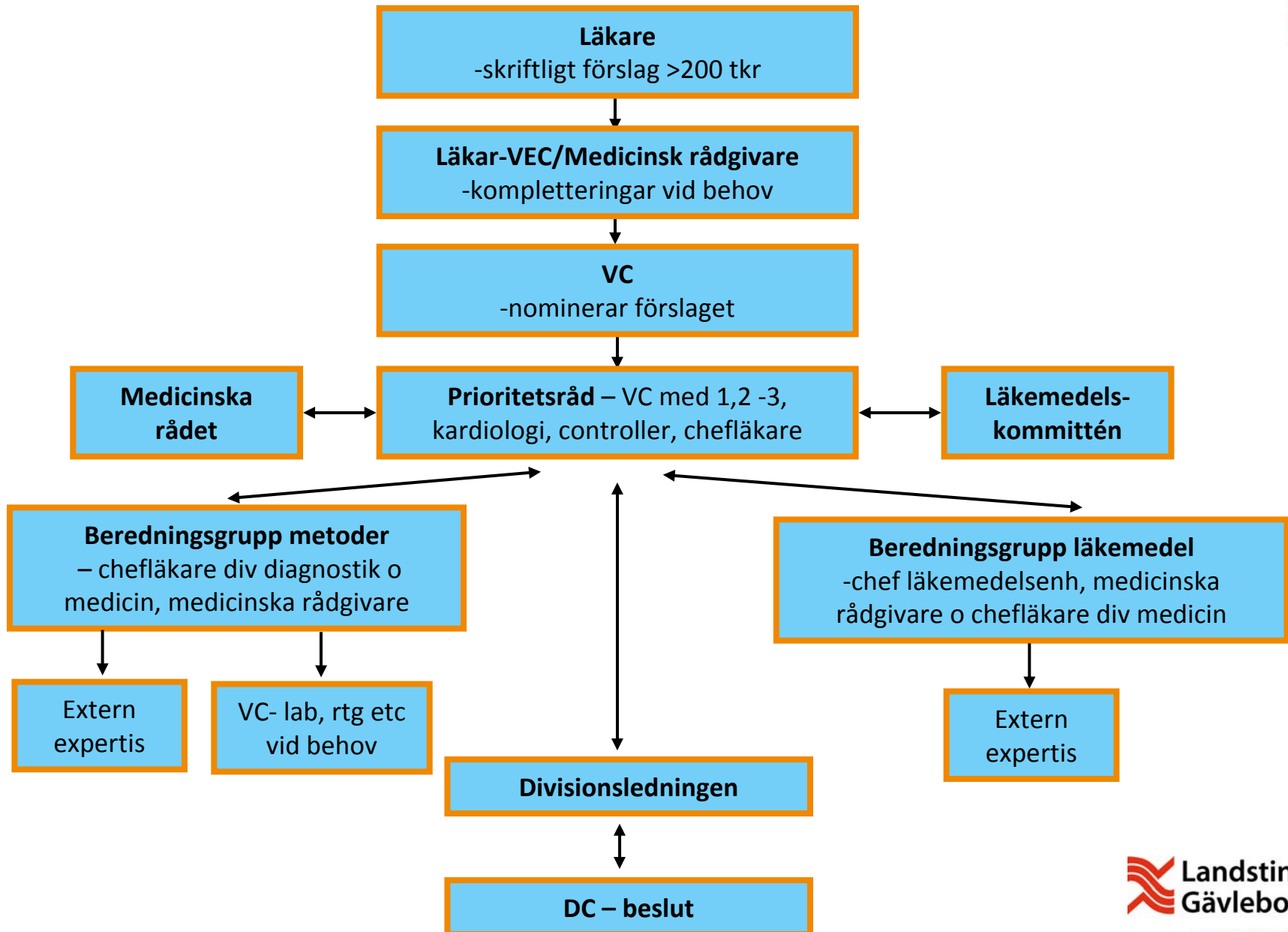
## Vad det innebär:

- En process där nya läkemedel med god patientnytta granskas, godkänns och implementeras i vården.
- Gäller även vid förändring av terapitraditioner och indikationsglidning.
- Att alla icke evidensbaserade behandlingar skall godkännas av VC, oavsett kostnad.

## Varför vi gör det:

- Bättre kunskap om de nya läkemedlen och metoderna.
- Patienterna får större chans till bra och lika vård.
- Större möjlighet att påskynda utmönstring av gamla läkemedel och metoder.
- Större möjlighet att ge nya biologiska läkemedel.

# Beslutsprocess





## Ordnat införande av nya läkemedel

### Nominering / underlag för introduktion av nytt läkemedel / ny indikation

#### 1. Läkemedlets namn:

TNF-hämmare ( Remicade, Humira, Enbrel, Simponi) - TNF hämmare har haft indikation AS sedan många år, soc.styr. har nu i senaste riktlinjerna skärpt sina rekommendationer till prioritet 3 för aktiv AS som ej svarar på NSAID.

#### 2. Indikation:

### Aktiv ankyloserande spondylit

Ankyloserande spondylit kallas också Bechterews sjukdom och är en kronisk, inflammatorisk ledsjukdom. Den drabbar framför allt bäckenleder och ryggradens leder. Sjukdomen ger symtom som morgonstelhet, nedsatt rörlighet och smärta. Ungefär en kvarts till en halv procent av Sveriges befolkning har ankyloserande spondylit. Sjukdomen är vanligare hos män än hos kvinnor.

### Diagnostik

#### Kronisk, inflammatorisk ryggsmärta

(Rader i tillstånds- och åtgärdslistan: 7 och 8)

Hälso- och sjukvården använder olika typer av bilddiagnostik, som datortomografi och magnetröntgen, för att öka möjligheten att ställa en diagnos tidigt i sjukdomsförloppet. Tidig diagnos är viktigt inför valet av läkemedelsbehandling. Röntgenförändringar som är typiska för ankyloserande spondylit och som bekräftar diagnosen kommer gradvis efter flera års sjukdom. Inflammatoriska förändringar kommer ofta tidigare i sjukdomsförloppet än så kallade strukturella förändringar (som benförstöring och sammanväxta kotor).

#### Magnetkameraundersökning

Med magnetkameraundersökning av bäckenleden kan man upptäcka pågående inflammatoriska förändringar i ryggen. Diagnostiken förbättras ytterligare om magnetkameraundersökning kombineras med andra sjukdomsmarkörer som att personen har vävnadstyp HLA-B27. Om en person har vävnadstyp HLA-B27 tyder det på att de kan ha den ärftliga benägenheten att få sjukdomen, men de flesta med vävnadstypen får aldrig någon reumatisk sjukdom så man kan inte ställa diagnos utifrån enbart HLA-B27-provtagning.

#### Datortomografi

Med datortomografi kan man se strukturella förändringar i ryggen (som benförstöring eller sammanväxta kotor) något tidigare och säkrare än med vanlig röntgen.

#### Fördelar

- Magnetkameraundersökning av bäckenlederna är bättre på att visa tidiga förändringar som är tecken på pågående inflammation i skelettet än vanlig röntgen och datortomografi.
- Magnetkameraundersökning, positivt HLA-B27-prov och hög eller måttlig inflammation ger tillsammans goda möjligheter att diagnostisera tidig ankyloserande spondylit.

r

kameraundersökning är sämre än datortomografi för att visa  
la förändringar i skelettet.

gnetkameraundersökning missar man omkring hälften av de som  
ecklar ankyloserande spondylit.

#### endation vid misstanke om ankyloserande spondylit

h sjukvården kan

ka bäckenlederna med magnetkamera vid kronisk, inflammatorisk  
ta (prioritet 5).

ka bäckenlederna med datortomografi vid kronisk inflammatorisk  
ta (prioritet 8).

#### idling

mmare vid ankyloserande spondylit och otillräcklig effekt  
ID-läkemedel

stånds- och åtgärdslistan: 25)

rson har ankyloserande spondylit sätter hälso- och sjukvården vanligtvis  
handling med NSAID-läkemedel. NSAID står för *nonsteroid*

*matory drugs*, det vill säga icke-kortisonhaltiga antiinflammatoriska  
stillande läkemedel. De har god effekt på symtomlindring

erkingar. I de fall NSAID-läkemedlet inte har tillräcklig

i hälso- och sjukvården sätta in TNF-hämmare istället som har  
ia god effekt vid ankyloserande spondylit.

#### mmare

vor necrosis factor) är ett signalämne som utsöndras av bland annat  
odkropparna som deltar i den inflammatoriska processen vid ankyloserande

. Vid ankyloserande spondylit kan hälso- och sjukvården

i kallade TNF-hämmare för att bromsa eller hämma ämnets effekt  
ed minska inflammationen. Vetenskapliga studier visar ingen

å effekten mellan olika TNF-hämmare.

yloserande spondylit ger TNF-hämmare en stor effekt med  
g av sjukdomssymtomen, förbättrad fysisk funktion och förbättrad  
et jämfört med behandling utan TNF-hämmare.

r

mmare har inte visats bromsa benstrukturförändringar vid ankyloserande

ingar av TNF-hämmare är marginellt ökade jämfört med behandling  
-hämmare. Det finns en bekräftad ökad risk för allvarliga

er, som dock är en mindre vanlig biverkning.

#### endation vid ankyloserande spondylit och otillräcklig effekt av läkemedel

h sjukvården bör

a med TNF-hämmare (prioritet 3).

#### och administrationsätt:

nfusion, övriga subcutan injektion

# 2:a omgången - uppläggning

- Ordnat införande
  - Start i februari – slutförs under hösten 2012
  - Del i budgetarbetet inför 2013
- Ordnad utmönstring
  - Start i oktober – slutförs under våren 2013
  - Del i budget- och planeringsförutsättningar inför 2014
- Nationell prioriteringskonferens
  - Gävle 21-22 oktober 2013
  - Redovisning av vårt arbete



# Styrdokument för prioriteringsarbetet

- Prioriteringspolicy (LF 12-13 juni)
  - vision som beskriver hur vi prövar nytt och rangerar ut gammalt för att erbjuda patienterna den bästa och mest effektiva vården.
- Prioriteringsdirektiv (LS 20 juni)
  - Tydliga krav på hur vi och verksamheterna ska arbeta systematiskt med att ta in nya riktlinjer, pröva ny medicinsk teknik, behandlingsmetoder och läkemedel. Likaså krav på arbete med ordnad utmönstring.
- Handlingsplan (LD i juni)
  - Beskriver aktiviteter på olika nivåer i organisationen för att realisera direktivet.
- Landstingsövergripande rutin, checklistor m m (juni)



# 2:a omgången – våra förhoppningar

## Verksamheten:

- Lustfyllt att få jobba med ordnat införande
- Kunskapsstyrning i praktiken
- SMARTA-modell för utmönstring
- Tydligt genomslag i vårdprogram och rutiner
- Implementering och uppföljning

## Politiken:

- Tidigt pröva och omsätta nationella riktlinjer i praktiken
- Stort egenansvar i verksamheterna
- Bra dialog om ”svåra” prioriteringar alla berörda
- Bidrag till nödvändig kostnadskontroll
- Frigöra resurser för utveckling

