

# Budgetpåverkan av uppföljning och teamrehabilitering vid etablerad reumatoid artrit

Hälsoekonomiskt underlag för personcentrerat och sammanhållet  
vårdförlopp etablerad reumatoid artrit (RA)

2022:1

Citera gärna Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Fagersand M, Degerlund Maldi K, Carlens C, Pettersson S, Di Giuseppe D, Ljung L, Heintz E. Budgetpåverkan av uppföljning och teamrehabilitering vid etablerad reumatoid artrit. Hälsoekonomiskt underlag för personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp etablerad reumatoid artrit (RA). Centrum för hälsoekonomi, informatik och sjukvårdsforskning, Region Stockholm; 2022. Rapport 2022:1.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	2
Inledning .....	4
Kort beskrivning av vårdförloppet.....	4
Förväntade förändringar jämfört med nuläget .....	5
Befolkningens behov och förväntade effekter av åtgärderna i vårdförloppet.....	7
Omfattning.....	7
Förväntade hälsoeffekter av åtgärderna i vårdförloppet .....	7
Budgetpåverkansanalys .....	7
Vårdbesök för patienter med låg sjukdomsaktivitet.....	10
Scenario 1 .....	10
Scenario 2.....	11
Scenario 3.....	11
Känslighetsanalys: Andelen som har låg sjukdomsaktivitet.....	12
Uppföljningsbesök efter byte av behandling för patienter med aktiv sjukdom .....	14
Känslighetsanalys: Andelen patienter med aktiv sjukdom.....	17
Känslighetsanalys: Andel patienter med aktiv sjukdom som byter behandling .	19
Teamrehabilitering.....	20
Diskussion och slutsatser .....	23
Referenser.....	26

# Sammanfattning

Enheten för hälsoekonomi vid Centrum för Hälsoekonomi, Informatik och Sjukvårdsforskning (CHIS) har fått i uppdrag av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Region Stockholm att genomföra en budgetpåverkansanalys av ett personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för patienter med etablerad reumatoid artrit (RA). Målen med att införa ett vårdförlopp för etablerad RA är att öka andelen patienter som är i remission eller har låg sjukdomsaktivitet, öka andelen patienter som har god funktionsnivå, att patienter ska få behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer, samt att öka patienters delaktighet i reumatologisk vård och behandling och på så sätt minska nationella skillnader i vård och i omhändertagande.

Vårdförloppets åtgärder är indelade i åtgärder för patienter med ”låg sjukdomsaktivitet” och för patienter med ”aktiv sjukdom”, men innehåller också specifika åtgärder för rehabilitering samt vid graviditet. I den här rapporten beskrivs förväntad budgetpåverkan av tätare vårdbesök vid låg sjukdomsaktivitet, tätare uppföljning efter byte av behandling vid aktiv sjukdom och teamrehabilitering för patienter med Health Assessment Questionnaire (HAQ) över 1 eller smärta över 40 på en visuell analog skala (VAS). Analysen bygger på scenarion som utformats med hjälp av en enkät som gått ut till verksamhetsföreträdare inom reumatologi under 2020 samt ett datauttag från Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ) från treårsperioden 2015 – 2017.

Svaren från enkäten som gått ut till verksamhetsföreträdare visade att frekvensen på besök hos läkare och sjuksköterska för patienter med låg sjukdomsaktivitet varierade mellan regionerna. Analysen av olika scenarion visade att beroende på hur ofta patienterna träffade en läkare (vartannat år som enligt vårdförloppet eller vart tredje år) respektive en sjuksköterska (vart tredje år eller inte alls) i utgångsläget, skulle det komma att kosta mellan cirka 50 000 och 630 000 kronor mer per år och 100 000 invånare att öka frekvensen av vårdbesöken till den nivå som föreslås i vårdförloppet (vartannat år läkare, vartannat år sjuksköterska).

För patienter med aktiv sjukdom visade data från SRQ skillnader mellan Sveriges regioner i hur stor andel som hade ett registrerat uppföljningsbesök efter byte av farmakologisk behandling, med ett nationellt genomsnitt på cirka 50 procent. Budgetpåverkansanalysen visade att det skulle komma att kosta runt 50 000 kronor per 100 000 invånare och år att öka andelen patienter som har uppföljning med läkare efter byte av behandling från 50 procent till den nivå som rekommenderas i vårdförloppet, dvs. 100 procent.

Svaren från enkäten visade även på stor variation mellan regionerna när det gäller hur många patienter med etablerad RA som erbjöds teamrehabilitering. Vissa regioner rapporterade att teamrehabilitering erbjöds till 100 procent av patienterna medan andra regioner rapporterade att de inte erbjöd teamrehabilitering alls eller enbart till några få procent av patienterna. I denna budgetpåverkansanalys

beräknades kostnaden för att erbjuda teamrehabilitering utifrån ett räkneexempel framtaget av Socialstyrelsen. I exemplet erbjöds teamrehabilitering till patienter med RA, axial spondartrit och psoriasisartrit vid en specialistmottagning med 350 000 invånare i det primära upptagningsområdet. Resultaten visade att kostnaderna för att dessa patientgrupper skulle kunna erbjudas teamrehabilitering med en fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator i teamet skulle vara cirka 2,7 miljoner kronor per år. Enligt uppgifter från sakkunniga bör teamet även kompletteras med en halvtidstjänst för en reumatolog respektive sjuksköterska för patienterna med RA, vilket skulle kosta ytterligare cirka en miljon kronor per år.

Det bör noteras att eventuella hälsovinster eller besparingar som kan uppstå till följd av förbättrat omhändertagande av patienter med RA inte har ingått i ovanstående beräkningar. Om implementeringen av vårdförloppet bidrar till en ökad hälsa och ökad livskvalitet hos patienter med etablerad RA kan detta leda till framtida kostnadsbesparingar vilket kan komma att väga upp vissa av de kostnader som förknippas med vårdförloppet. Eftersom det är oklart hur det ökade antalet vårdbesök kan komma att påverka framtida vårdkonsumtion har inte heller några potentiella efterföljande öknings i kostnader för detta räknats med. Det bör också betonas att resultaten inte ger någon indikation om åtgärdernas kostnadseffektivitet, dvs om det är en rimlig relation mellan vad åtgärderna kostar och vad de leder till för hälsoeffekter. För en sådan bedömning krävs en mer ingående analys av långsiktiga effekter på hälsa och kostnader.

# Inledning

Under 2019 fattades beslut om att på nationell nivå utarbeta personcentrerade och sammanhållna vårdförlopp för reumatoid artrit (RA) hos vuxna. Vårdförloppen syftar till att öka jämlikhet, effektivitet och kvalitet i patientens möte med hälso- och sjukvården, samt till att bidra till en välorganiserad och helhetsorienterad behandlingsprocess. Vårdförloppen bygger på internationella riktlinjer samt riktlinjer från Svensk Reumatologisk Förening.

Den första delen av vårdförloppet har fokus på utredande och behandlande åtgärder under patientens första år efter diagnos. I den delen ingår till exempel skyndsamt utredning av personer med välgrundad misstanke om RA inom primärvården för att de snabbare ska få komma till reumatologisk specialistvård. Omhändertagandet inom specialistvården innefattar bland annat läkemedelsbehandling, stöd och insatser av ett reumatologiskt team samt patientutbildning. I den andra delen av vårdförloppet, vilken denna rapport berör, ingår kontinuerlig vård och uppföljning inom reumatologisk specialistvård och teamrehabilitering för patienter med etablerad RA. Denna del startar efter första årsuppföljningen efter diagnos och fortsätter oftast livet ut, eller i sällsynta fall tills patienten inte längre bedöms vara i behov av reumatologisk specialistvård. Åtgärderna som ingår är till exempel uppföljning med vissa tidsintervall och teamrehabilitering.

Arbetet med att ta fram vårdförloppen har utförts av en nationell arbetsgrupp på uppdrag av det Nationella Programområdet (NPO) Reumatiska Sjukdomar. Sjukvårdsregion Stockholm-Gotland har haft ett nationellt värdskap för vårdförloppen och har stöttat programområdet med resurser för att förbereda, genomföra och utvärdera implementeringen. För att besvara vad implementeringen av vårdförloppen kan få för konsekvenser ur ett hälsoekonomiskt perspektiv har Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) i Region Stockholm tidigare gett ett uppdrag till Enheten för hälsoekonomi vid Centrum för Hälsoekonomi, Informatik och Sjukvårdsforskning (CHIS) att ta fram ett hälsoekonomiskt beslutsunderlag. I ett första steg av projektet genomförde enheten en sökning efter hälsoekonomiska studier av de åtgärder som ingår i vårdförloppen. Underlaget ingick som en bilaga i konsekvensbeskrivningen av vårdförloppet för etablerad RA [1]. För att stötta regionerna i arbetet med implementeringen av vårdförloppet har HSF gett CHIS ett utökat uppdrag som består av att göra en budgetpåverkansanalys av de åtgärder som rekommenderas för patienter med etablerad RA.

## Kort beskrivning av vårdförloppet

RA, som är en kronisk inflammatorisk sjukdom, drabbar främst leder, med symtom som ömma, svullna och stela leder samt trötthet, men kan även leda till extraartikulära manifestationer och påverka andra organ som lungor, njurar eller

blodkärl. Patienter med RA har också ökad risk för samsjuklighet såsom hjärt-kärlsjukdom, lungsjukdom och infektioner.

Det övergripande målet med vårdförloppet för etablerad RA är att öka andelen patienter som bibehåller remission eller låg sjukdomsaktivitet, öka andelen patienter som har god funktionsnivå, att patienten får behandling och monitoreras enligt befintliga riktlinjer samt att öka patienters delaktighet i reumatologisk vård och behandling. De patienter som omfattas av vårdförloppet är vuxna 18 år och äldre som haft diagnosen RA sedan minst ett år, det vill säga har etablerad RA.

Vårdförloppet omfattar specialiserad och kontinuerlig vård och uppföljning, oftast livet ut. Det är ovanligt, men förekommer i vissa fall, att sjukdomen går in i ett lugn skede utan att patienten längre bedöms vara i behov av fortsatt specialistvård. För att minska risken för komplikationer såsom ledsador och hjärt-kärlsjukdomar, innefattar vårdförloppets medicinska och multiprofessionella åtgärder. Dessa åtgärder består av kontinuerlig behandling, tät monitorering och individanpassad rehabilitering. Åtgärderna förväntas utföras inom reumatologisk specialistvård.

Vårdförloppets åtgärder delas in i åtgärder för patienter med ”låg sjukdomsaktivitet” och ”aktiv sjukdom” men innehåller också specifika åtgärder för rehabilitering samt vid graviditet. Låg sjukdomsaktivitet definieras enligt vårdförloppet som Disease Activity Score i 28 leder (DAS28) upp till och med 3,2 och aktiv sjukdom definieras som DAS28 mer än 3,2 [2].

Uppföljning och behandling ska ges enligt strategin ”treat-to-target” (T2T) vilket innebär att behandling styrs mot ett behandlingsmål, justeras utifrån aktuella riktlinjer vid ökad sjukdomsaktivitet eller om målet inte nås och följs upp med tät monitorering tills låg sjukdomsaktivitet eller remission uppnås. Detta ska ske i samråd med patienten.

Då RA och dess konsekvenser kan leda till nedsatt funktionsförmåga bör personer med RA erbjudas omvårdnadsinsatser och rehabiliteringsinsatser utifrån behov. Dessa insatser kan bestå av enskilda åtgärder eller en samlad insats från ett multiprofessionellt team. Patienter med Health Assessment Questionnaire (HAQ) högre än 1 eller visuell analog skala (VAS) för smärta över 40 bör särskilt beaktas för teamrehabilitering.

## Förväntade förändringar jämfört med nuläget

I nuläget varierar det mellan Sveriges regioner hur stor andel av vuxna patienter med etablerad RA som erbjuder fysiska läkarbesök samt strukturerad uppföljning med en reumatologisk mottagning i linje med de åtgärder som ingår i vårdförloppet. Vidare finns det skillnader mellan regionerna när det gäller andelen som erbjuds

reumatologisk teamrehabilitering, bestående av sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut, kurator samt andra professioner när så behövs.

För patienter med låg sjukdomsaktivitet förväntas antalet vårdbesök öka vid en implementering av vårdförloppet. Enligt vårdförloppet bör patienter med **låg sjukdomsaktivitet** erbjudas fysiskt läkarbesök vartannat år. Mellan besöken ska också ett fysiskt eller digitalt uppföljningsbesök erbjudas hos läkare eller sjuksköterska, beroende på behov och bedömning. I en enkätundersökning som år 2020 skickades ut till Sveriges verksamhetsföreträdare inom reumatologi (svarsfrekvens 68 procent), uppgav 14 av 24 verksamheter att patienterna hade fysiska läkarbesök vartannat år eller oftare, 9 av 24 verksamheter att patienterna hade läkarbesök på distans vartannat år eller oftare och 12 av 24 verksamheter att patienterna hade fysiska uppföljningsbesök med sjuksköterska vartannat år eller oftare, medan 7 av 24 verksamheter uppgav att patienterna hade distansbesök med sjuksköterska vartannat år eller oftare. Slutligen angav 11 av 24 verksamheter att alla patienter med etablerad RA årligen hade ett besök med läkare eller sjuksköterska, antingen fysiskt eller på distans.

Vid **aktiv sjukdom** förväntas vårdbesöken öka i linje med rekommendationen att tätare monitorering och uppföljning krävs för att påskynda målet om låg sjukdomsaktivitet eller remission. Ett samtal med sjuksköterska ska enligt vårdförloppet erbjudas inom fyra veckor från ordination av nytt läkemedel för att tidigt fånga upp patienters frågor eller eventuella problem relaterat till den nya behandlingen. Ett fysiskt uppföljningsbesök med läkare bör vidare genomföras inom 3–6 månader efter justerad behandling, för alla patienter med aktiv sjukdom. Enligt data från SRQ under åren 2015 - 2017 skiljde sig andelen patienter med aktiv sjukdom som har ett registrerat uppföljningsbesök mellan regionerna, i ett intervall från 20 till 80 procent.

Antalet patienter som får rehabiliterande åtgärder förväntas också öka efter införande av vårdförloppet. Enligt vårdförloppet bör förebyggande och rehabiliterande åtgärder särskilt erbjudas om patienten har HAQ >1 eller VAS smärta >40. Enligt data från SRQ uppfyllde cirka 30 procent av patienterna nämnda kriterier och kan antas vara i behov av rehabiliterande åtgärder. En form av rehabilitering som rekommenderas i vårdförloppet och även i Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseorganen är teamrehabilitering i öppenvården [3].

Teamrehabiliteringen utförs av flera professioner i samverkan. Vanligtvis ingår reumatolog, sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Alla i teamet bör vara specialiserade eller ha särskild kompetens inom reumatologi.

Teamrehabiliteringen ska vara strukturerad, sammanhållen och utföras under en avgränsad tid. I enkäten uppgav 13 av 24 verksamhetsföreträdare inom reumatologi att mellan 0–10 procent av patienter med etablerad RA fick specialiserad och sammanhållen teamrehabilitering. Tre verksamheter uppgav att teamrehabilitering gavs till mellan 15 och 25 procent av patienterna, medan 8 av 24 verksamheter svarade att mellan 30 och 100 procent av patienterna fick teamrehabilitering.



# Befolkningens behov och förväntade effekter av åtgärderna i vårdförloppet

## Omfattning

Av Sveriges befolkning är drygt 8 miljoner personer 18 år och äldre [4]. Den årliga incidensen och prevalensen för RA är cirka 40/100 000 invånare respektive 0,7 procent av befolkningen 18 år och äldre [1, 5]. Det innebär att cirka 57 000 vuxna i Sverige har diagnosen RA. Eftersom denna del av vårdförloppet endast omfattar personer med etablerad RA, det vill säga patienter som haft diagnos ett år och längre, bör de som haft diagnosen kortare än ett år inte ingå i beräkningarna av kostnader (cirka 3 000 personer). Således är cirka 54 000 patienter i Sverige eller cirka 520 patienter per 100 000 invånare berörda av detta vårdförlopp.

## Förväntade hälsoeffekter av åtgärderna i vårdförloppet

Regelbundna läkar- och sjuksköterskebesök för patienter med **låg sjukdomsaktivitet** kan enligt vårdförloppet öka andelen patienter som kan trappa ned den antireumatiska behandlingen och därmed minska risken för långsiktiga biverkningar och minska kostnader för överbehandling. Vidare kan det leda till att fler patienter bibehåller låg sjukdomsaktivitet, snabbare upptäckt och förebyggande av samsjuklighet, ökad tillgång till förebyggande och rehabiliterande åtgärder som kan bidra till bibehållen god funktionsnivå [6]. Täta läkar- och sjuksköterskebesök för patienter med **aktiv sjukdom** förväntas leda till högre andel patienter med låg sjukdomsaktivitet och därmed ökad andel som har god funktionsnivå vilket i sin tur kan leda till ökad delaktighet i samhället, att fler förvärvsarbetar och att fler i förlängningen får ökad livskvalitet [7]. Det kan också leda till snabbare erbjudande av förebyggande och rehabiliterande åtgärder [8]. Vidare kan förbättrad uppföljning och dialog mellan patient och reumatolog leda till att potentiella hinder till ordinerad behandling identifieras [9].

Att erbjuda patienter med etablerad RA teamrehabilitering i öppenvård förväntas leda till förbättrad funktionsförmåga, delaktighet (i egen behandling) och livskvalitet genom att olika professioner samverkar i att utföra rätt åtgärder [10]. Enligt Socialstyrelsen har åtgärden stöd i beprövad erfarenhet enligt ett systematiskt konsensusförfarande, även om det vetenskapliga underlaget anses vara otillräckligt [10].

## Budgetpåverkansanalys

Syftet med en budgetpåverkansanalys är att uppskatta förväntade förändringar i kostnader för hälso- och sjukvården [11]. Denna budgetpåverkansanalys inkluderar kostnader för öppen specialistvård och har en tidshorisont på ett år. Eftersom möjliga kostnadsbesparingar som följd av bättre behandling har varit svåra att

kvantifiera har endast kostnader för att erbjuda de olika åtgärderna inkluderats i analysen. Eftersom det är oklart hur det ökade antalet vårdbesök kan komma att påverka framtida vårdkonsumtion har inte heller några potentiella efterföljande ökningarna i kostnader för det räknats med.

Uppgifter om nuläge i regionerna bygger på den enkät som skickades ut till Sveriges verksamhetsföreträdare inom reumatologi år 2020. Uppgifter om andelen som har låg respektive aktiv sjukdom, andelen som byter behandling per år, andelen som har ett registrerat uppföljningsbesök efter byte av behandling samt andelen patienter som uppfyller kriterier för teamrehabilitering bygger på ett datauttag från SRQ.

Datauttaget från SRQ inkluderar data för patienter med etablerad RA den 31 december 2017 (cirka 39 000 patienter) och som haft minst ett registrerat vårdbesök under perioden från och med 2015 till och med 2017 (cirka 33 000 patienter). Av dessa patienter som haft minst ett registrerat besök, hade totalt cirka 32 000 patienter (98 procent) antingen ett registrerat DAS28 värde eller en registrerad klinisk bedömning av reumatolog som indikerar graden av sjukdomsaktivitet. Andelen med låg eller aktiv sjukdom baserades på registrerat DAS28-värde eller den kliniska bedömningen av sjukdomsaktivitet vid det senaste besöket under treårsperioden 2015 - 2017. Tabell 1 visar spridningen av registrerade besök med värden för sjukdomsaktivitet i Sveriges 21 regioner.

Tabell 1. Översikt av antal patienter med etablerad RA som levde den 31 december 2017, andelen av dessa patienter som hade minst ett registrerat besök i perioden 2015 – 2017 samt andel patienter som också hade registrerat DAS28-värde eller klinisk bedömning med minst ett registrerat besök 2015 – 2017.

Region	Antal patienter med etablerad RA 31 december 2017	Andel (%) patienter med minst ett registrerat besök 2015 - 2017	Andel (%) patienter som också hade DAS28 eller klinisk bedömning av patienter med minst ett registrerat besök 2015 – 2017
Blekinge	922	86	99
Dalarna	1442	97	100
Gotland	452	98	99
Gävleborg	1447	99	99
Halland	1202	86	99
Jämtland	431	75	97
Jönköping	1238	64	99
Kalmar	1562	90	100
Kronoberg	680	40	89
Norrbottn	1126	41	92
Skåne	4989	83	94
Stockholm	7552	88	97
Södermanland	1334	89	99
Uppsala	1311	85	99
Värmland	608	78	100
Västerbotten	900	84	97
Västernorrland	1015	80	99
Västmanland	1200	99	99
Västra Götaland	6175	94	99
Örebro	1141	78	99
Östergötland	2193	92	99
Totalt i Sverige	38 920	86	98

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12].

Uppgifter om kostnader för vårdbesök är hämtade från en prislista för utomlänsvård i region Dalarna i sjukvårdsregion Mellansverige. Kostnaden för ett återbesök hos läkare med specialistkunskap inom reumatologi var cirka 3 300 kronor och kostnaden för ett besök hos sjuksköterska med kompetens inom reumatologi var cirka 2 300 kronor [13]. Det bör noteras att kostnadsberäkningarna för vårdbesök är en förenkling av verkligheten då de baseras på ett linjärt samband mellan antal besök och kostnader. Beräkningarna tar inte hänsyn till att personal kan komma att behöva anställas på heltid för att svara upp till ett ökat antal läkarbesök eller att det finns utrymme att göra viss del av detta arbete inom redan anställd personal.

För att regionerna själva enkelt ska kunna räkna om kostnaderna till sin egen befolkningmängd presenteras resultaten från analysen per 100 000 invånare. Dessutom presenteras resultaten för ett exempel med en region med 350 000 invånare. Det motsvarar folkmängden i regioner som Halland, Jönköping och Örebro [14].

## Vårdbesök för patienter med låg sjukdomsaktivitet

Baserat på data från SRQ beräknades andelen patienter med etablerad RA som har låg sjukdomsaktivitet vara 70 procent [12]. Utifrån denna uppgift beräknas cirka 38 000 vuxna i Sverige ha låg sjukdomsaktivitet. Det motsvarar omkring 365 personer per 100 000 invånare. Enligt vårdförloppet ska dessa patienter med låg sjukdomsaktivitet erbjudas uppföljning med fysiska läkarbesök vartannat år [1]. Däremellan bör minst en kontakt erbjudas så att patienten har någon form av uppföljning varje år. För denna analys antogs besöket vara ett fysiskt sjuksköterskebesök.

Enligt enkätundersökningen som skickades ut till Sveriges verksamhetsföreträdare inom reumatologi varierade andelen patienter med stabil RA (motsvarande låg sjukdomsaktivitet) som får uppföljningsbesök årligen. För att spegla den nationella variationen mellan regionerna utformades tre olika scenarion utifrån de mönster som observerats i enkätsvaren gällande hur regionerna arbetar med uppföljning. Dessa scenarion stämde av med sakkunniga som verifierade att de reflekterade läget i regionerna.

I analysen jämfördes utgångsläget i varje scenario med rekommendationen i vårdförloppet, dvs. att patienter har ett fysiskt läkarbesök vartannat år och fysiskt sjuksköterskebesök vartannat år. Med andra ord innebär vårdförloppets rekommendation att 50 procent av patienterna skulle ha ett läkarbesök och att 50 procent av patienterna skulle ha ett sjuksköterskebesök varje år. Se Tabell 2 för en överblick av de tre scenariona. I Tabell 3–5 beskrivs de förväntade kostnaderna kopplade till varje scenario. I Figur 1 illustreras de ökade kostnaderna för både läkar- och sjuksköterskebesök beroende på andelen patienter med låg sjukdomsaktivitet.

Tabell 2. Scenarion för läkar- och sjuksköterskebesök

Scenario	Utgångsläge	Vid implementering av vårdförlopp
1	-Fysiskt läkarbesök var tredje år -Inget fysiskt sjuksköterskebesök	-Fysiskt läkarbesök vartannat år -Fysiskt sjuksköterskebesök vartannat år
2	-Fysiskt läkarbesök var tredje år -Fysiskt sjuksköterskebesök var tredje år	-Fysiskt läkarbesök vartannat år -Fysiskt sjuksköterskebesök vartannat år
3	-Fysiskt läkarbesök vartannat år -Inget fysiskt sjuksköterskebesök	-Fysiskt läkarbesök vartannat år -Fysiskt sjuksköterskebesök vartannat år

### Scenario 1

I scenario 1 var utgångsläget att patienter med låg sjukdomsaktivitet hade ett fysiskt läkarbesök var tredje år och att inga patienter blev kallade till uppföljningsbesök hos sjuksköterska eller läkare däremellan (Tabell 2). Om läkarbesöken är jämnt utspridda över tid skulle det innebära att cirka 33 procent av patienterna med låg sjukdomsaktivitet har ett fysiskt läkarbesök varje år, vilket motsvarar 120 läkarbesök per 100 000 invånare. Om målnivåerna för vårdförloppet skulle nås skulle således andelen patienter som har ett fysiskt läkarbesök varje år öka från 33 till 50 procent. Samtidigt skulle uppföljningsbesöken öka från att inga patienter har uppföljningsbesök mellan de fysiska läkarbesöken till att 50 procent av patienterna

har ett fysiskt sjuksköterskebesök varje år. Per 100 000 invånare och år skulle det innebära 62 fler läkarbesök och 182 fler sjuksköterskebesök. Den årliga kostnaden för sjuksköterskebesök skulle öka med cirka 420 000 kronor per 100 000 invånare och den årliga kostnaden för läkarbesök skulle öka med cirka 200 000 kronor per 100 000 invånare, se Tabell 3. I en region med 350 000 invånare skulle den ökade årliga kostnaden istället bli cirka 1,5 miljoner kronor för sjuksköterskebesök och cirka 700 000 kronor för läkarbesök.

Tabell 3. Scenario 1: Årliga kostnader i utgångsläget och vid införande av vårdförloppet samt ökade årliga kostnader per 100 000 och 350 000 invånare och år.

	Sjuksköterskebesök	Läkarbesök	Totalt
Utgångsläge	0 kr	398 073 kr	398 073 kr
Framtida läge	421 051 kr	603 141 kr	1 024 192 kr
Ökad kostnad per 100 000 invånare	421 051 kr	205 068 kr	626 119 kr
Utgångsläge	0 kr	1 393 256 kr	1 393 256 kr
Framtida läge	1 473 677 kr	2 110 995 kr	3 584 672 kr
Ökad kostnad per 350 000 invånare	1 473 677 kr	717 738 kr	2 191 415 kr

## Scenario 2

I scenario 2 var utgångsläget att patienter med låg sjukdomsaktivitet hade både läkar- och sjuksköterskebesök var tredje år. Jämnt utspritt över åren innebär det att det varje år är 33 procent av patienterna som har ett fysiskt läkarbesök och 33 procent som har ett uppföljningsbesök med sjuksköterska (Tabell 2), alltså 120 besök per år i vardera kategorin. Vid en framgångsrik implementering av vårdförloppet skulle både andelen patienter som har ett fysiskt läkarbesök och andelen patienter som har ett fysiskt sjuksköterskebesök att öka från 33 procent till 50 procent. Per 100 000 invånare skulle besöken öka med 62 besök vardera. Den årliga kostnaden för sjuksköterskebesök skulle öka med cirka 140 000 kronor per 100 000 invånare och den årliga kostnaden för läkarbesök skulle öka med cirka 200 000 kronor per 100 000 invånare, se Tabell 4. I en region med 350 000 invånare skulle den ökade årliga kostnaden bli cirka 500 000 kronor för sjuksköterskebesök och cirka 700 000 kronor för läkarbesök.

Tabell 4. Scenario 2: Årliga kostnader i utgångsläget, vid införande av vårdförloppet samt ökade årliga kostnader per 100 000 och 350 000 invånare.

	Sjuksköterskebesök	Läkarbesök	Totalt
Utgångsläge	277 893 kr	398 073 kr	675 967 kr
Framtida läge	421 051 kr	603 141 kr	1 024 192 kr
Ökad kostnad per 100 000 invånare	143 157 kr	205 068 kr	348 225 kr
Utgångsläge	972 627 kr	1 393 256 kr	2 365 883 kr
Framtida läge	1 473 677 kr	2 110 995 kr	3 584 672 kr
Ökad kostnad per 350 000 invånare	501 050 kr	717 738 kr	1 218 788 kr

## Scenario 3

I scenario 3 var utgångsläget att miniminivån för läkarbesök redan har uppnåtts men att inga patienter hade uppföljningsbesök hos sjuksköterska (Tabell 2). Detta innebar ett utgångsläge med 180 läkarbesök per 100 000 invånare per år men inga sjuksköterskebesök. Om målnivåerna för vårdförloppet skulle uppnås skulle sjuksköterskebesöken öka från att inga patienter hade uppföljningsbesök till att

50 procent blir kallade årligen. Per 100 000 invånare skulle sjuksköterskebesöken öka med 180 besök. Den årliga kostnaden för sjuksköterskebesök skulle öka med 400 000 kronor per 100 000 invånare, se Tabell 5. I en region med 350 000 invånare skulle den ökade årliga kostnaden för sjuksköterskebesök bli 1,4 miljoner kronor.

Tabell 5. Scenario 3: Årliga kostnader i utgångsläget, vid införande av vårdförloppet samt ökade årliga kostnader per 100 000 och 350 000 invånare.

	Sjuksköterskebesök	Läkarbesök	Totalt
Utgångsläge	0 kr	603 141 kr	603 141 kr
Framtida läge	421 051 kr	603 141 kr	1 024 192 kr
Ökad kostnad per 100 000 invånare	421 051 kr	0 kr	421 051 kr
Utgångsläge	0 kr	2 110 995 kr	2 110 995 kr
Framtida läge	1 473 677 kr	2 110 995 kr	3 584 672 kr
Ökad kostnad per 350 000 invånare	1 473 677 kr	0 kr	1 473 677 kr

### **Känslighetsanalys: Andelen som har låg sjukdomsaktivitet**

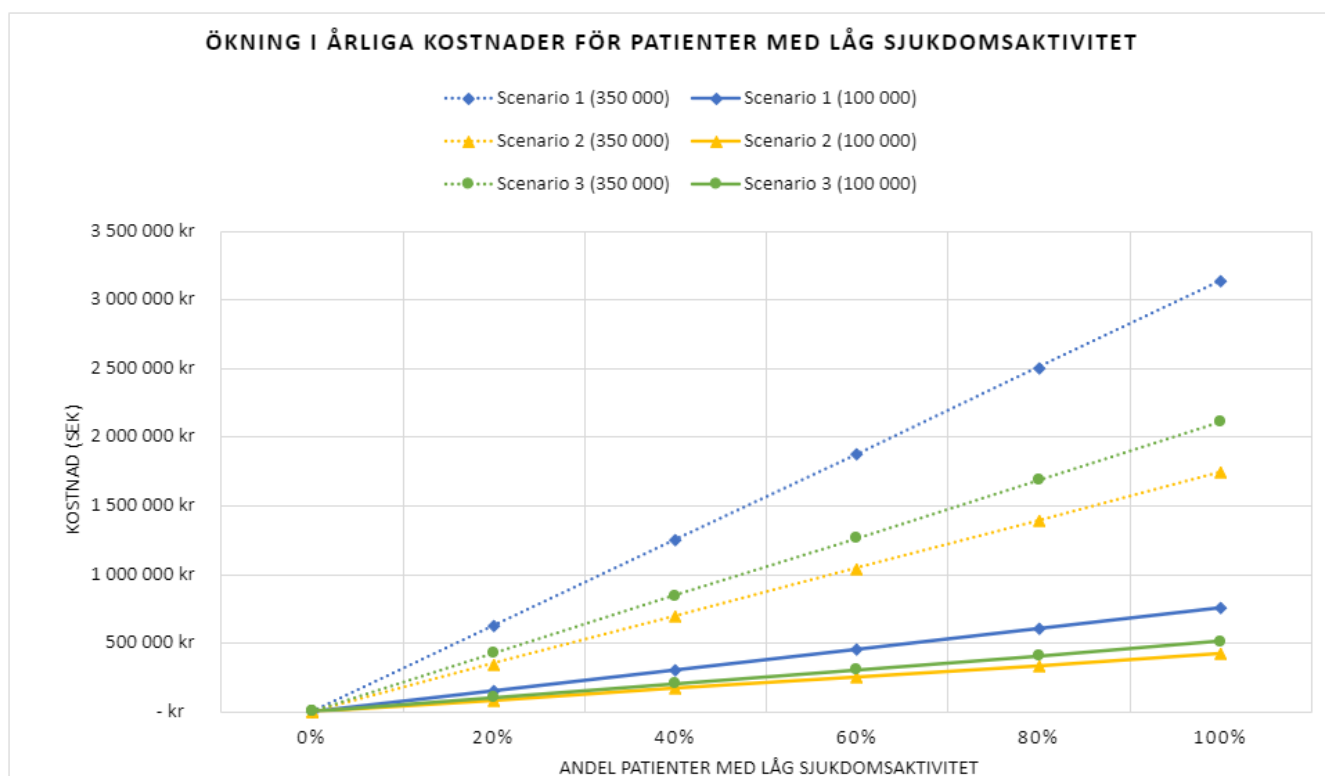
I ovanstående analyser sattes andelen patienter med etablerad RA i Sverige som har låg sjukdomsaktivitet till 70 procent, vilket var medelvärdet för Sverige. Andelen patienter som registrerats med låg sjukdomsaktivitet vid sitt sista besök varierar emellertid mellan regionerna. Som visat i Tabell 6, hade cirka 50 procent av patienterna med etablerad RA i Jönköping registrerats med låg sjukdomsaktivitet, medan cirka 75 procent av patienterna med etablerad RA hade registrerats med låg sjukdomsaktivitet i Östergötland.

Tabell 6. Andel patienter med låg sjukdomsaktivitet, per region.

Region	Andel (%) patienter
Blekinge	65
Dalarna	71
Gotland	69
Gävleborg	73
Halland	71
Jämtland	62
Jönköping	52
Kalmar	59
Kronoberg	62
Norrbottn	61
Skåne	65
Stockholm	66
Södermanland	71
Uppsala	70
Värmland	66
Västerbotten	65
Västernorrland	63
Västmanland	65
Västra Götaland	67
Örebro	72
Östergötland	75
Totalt i Sverige	66

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12].

Med hänsyn till skillnaden i låg sjukdomsaktivitet mellan regionerna och att det finns en viss osäkerhet kring dessa siffror gjordes en känslighetsanalys (Figur 1) där de ökade årliga kostnaderna kan utläsas beroende på hur stor andel av patienterna med etablerad RA som har låg sjukdomsaktivitet. Figuren visar till exempel att om 60 procent av patienterna i scenario 1 har låg sjukdomsaktivitet, skulle det leda till en kostnadsökning på cirka 500 000 kronor vid införande av vårdförloppet (fysiskt läkarbesök vartannat år och sjuksköterska besök vartannat år), medan om 80 procent av patienterna har låg sjukdomsaktivitet skulle det medföra en ökning på cirka 600 000 kronor.



Figur 1. Årlig kostnadsökning för läkar- och sjuksköterskebesök per 350 000 respektive 100 000 invånare i relation till andelen patienter med etablerad RA som har låg sjukdomsaktivitet. Scenario 1 innebär att patienterna i utgångsläget hade ett fysiskt läkarbesök var tredje år och inget fysiskt sjuksköterskebesök. I scenario 2 hade patienterna ett fysiskt läkarbesök respektive ett fysiskt sjuksköterskebesök var tredje år. I scenario 3 hade patienterna ett fysiskt läkarbesök vartannat år och inget fysiskt sjuksköterskebesök. Framtida läge i alla scenarion är fysiskt läkar- och sjuksköterskebesök vartannat år.

## Uppföljningsbesök efter byte av behandling för patienter med aktiv sjukdom

Baserat på data från SRQ beräknades andelen patienter med etablerad RA som har aktiv sjukdom vara 30 procent. Cirka 16 000 personer i Sverige beräknades ha etablerad RA och aktiv sjukdom. Det motsvarar cirka 160 personer per 100 000 invånare. Enligt vårdförloppet bör dessa patienter erbjudas ett samtal med sjuksköterska fyra veckor efter byte av läkemedel. Därefter bör ett fysiskt uppföljningsbesök med läkare erbjudas inom 3–6 månader efter byte av behandling. I beräkningen nedan ingår enbart uppföljningsbesök hos läkare till följd av brist på data över andelen patienter som har ett registrerat uppföljningsbesök med sjuksköterska inom fyra veckor efter byte av läkemedelsbehandling. Andelen patienter med aktiv sjukdom som byter läkemedelsbehandling varje år uppskattades vara cirka 20 procent, se Tabell 7. Uppgiften baseras på data från SRQ över alla patienter som haft minst ett besök med ett registrerat DAS28  $\geq 3,2$  eller fått fastställd aktiv sjukdom genom klinisk bedömning, i treårsperioden 2015–2017.

Baserat på alla patienter med aktiv sjukdom i Sverige i 2015 - 2017 (cirka 10 000 patienter) beräknades cirka 2 000 patienter börja ny medicinsk behandling år 2018. Denna uppskattning utgår från osäkra antaganden och olika scenarion är inkluderade i analysen för att illustrera variationen i andelen patienter som byter läkemedelsbehandling.



Tabell 7. Andel patienter med aktiv sjukdom som började en ny medicinsk behandling år 2018.

Region	Andel (%) patienter
Blekinge	15
Dalarna	24
Gotland	27
Gävleborg	22
Halland	24
Jämtland	25
Jönköping	9
Kalmar	15
Kronoberg	13
Norrbottn	14
Skåne	22
Stockholm	20
Södermanland	20
Uppsala	18
Värmland	19
Västerbotten	22
Västernorrland	19
Västmanland	20
Västra Götaland	16
Örebro	17
Östergötland	22
Totalt i Sverige	19

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12].

Enligt data från SRQ varierade andelen patienter som fick ett uppföljande läkarbesök 3–6 månader efter byte av behandling mellan sjukvårdsregionerna i intervallet 12 till cirka 80 procent för patienter med aktiv sjukdom. Tabell 8 visar hur det varierade mellan regionerna.

Tabell 8. Andel patienter med aktiv sjukdom som har registrerat uppföljningsbesök 3 – 6 månader efter justerad behandling under år 2018.

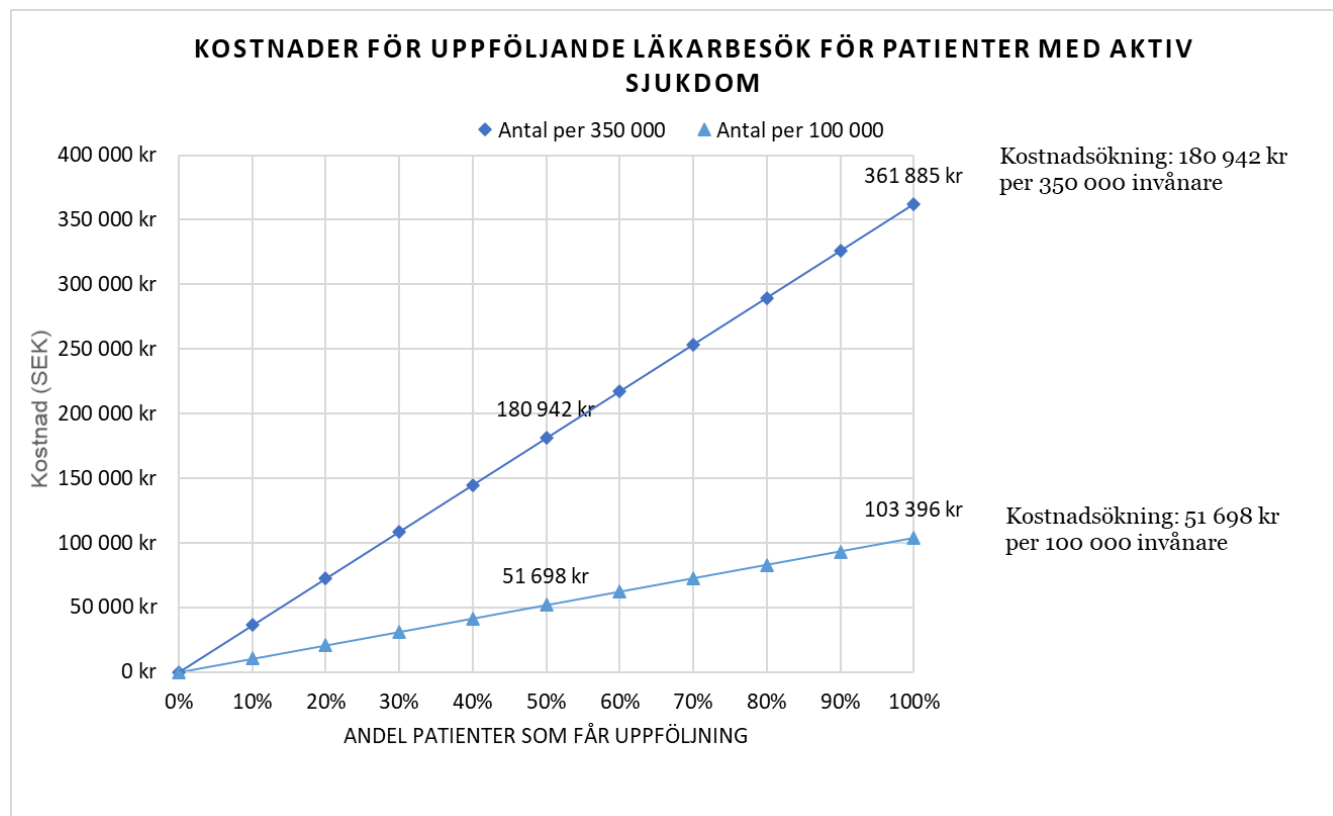
Region	Andel (%) patienter
Blekinge	57
Dalarna	44
Gotland	76
Gävleborg	60
Halland	51
Jämtland	52
Jönköping	12
Kalmar	67
Kronoberg	25
Norrbottn	21
Skåne	43
Stockholm	52
Södermanland	58
Uppsala	32
Värmland	32
Västerbotten	54
Västernorrland	29
Västmanland	60
Västra Götaland	46
Örebro	24
Östergötland	23
Totalt i Sverige	47

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12].

Nationellt var andelen som får uppföljningsbesök efter byte av behandling 47 procent. Då det finns en risk för underrapportering av den typen av uppföljningsbesök, jämförde vi den nationella andelen med motsvarande andel från de regioner som har högst datatäthetsgrad för RA och registrerade besök i SRQ; Dalarna, Gävleborg, Stockholm och Västra Götaland [15]. Gotland har också en hög datatäthetsgrad, men räknades inte med då de har en liten population och är svår att tolka. Den genomsnittliga andelen rapporterade uppföljningsbesök efter behandlingsbyte i de fyra regionerna var 50 procent, vilket alltså ligger väldigt nära den nationella andelen. I grundanalysen beräknades därmed den årliga kostnaden för att öka andelen som får uppföljningsbesök från 50 till 100 procent, se Figur 2. I figurerna är det emellertid möjligt att utläsa hur mycket kostnaden skulle öka om utgångsläget är ett annat, dvs. om andelen som får uppföljningsbesök är lägre eller högre än 50 procent.

Att 50 procent som byter läkemedelsbehandling har ett uppföljningsbesök innebär att cirka 15 patienter per 100 000 invånare får uppföljning. Om vårdförloppets mål om att erbjuda uppföljningsbesök till alla patienter som byter behandling ska nås behöver alltså ytterligare 15 patienter per år och 100 000 invånare få ett uppföljningsbesök efter byte av behandling.

Regioner som i nuläget har uppföljningsbesök med 50 procent av patienterna med aktiv sjukdom, skulle vid ett införande av vårdförloppet få en total kostnadsökning på cirka 50 000 kronor per 100 000 invånare och år om 100 procent av dessa patienter får uppföljning (50 000 - 100 000) (Figur 2). För en region med cirka 350 000 invånare skulle det motsvara en kostnadsökning på cirka 180 000 kronor per år (180 000 - 360 000).



Figur 2. Kostnader för uppföljande läkarbesök 3–6 månader efter byte av behandling. Beräkningen baseras på att 30 procent av patienterna med aktiv sjukdom byter behandling per år. X-axeln visar andelen patienter som får uppföljningsbesök inom 3–6 månader. Y-axeln visar totala kostnader för uppföljningsbesök med läkare per 100 000 respektive per 350 000 invånare. Figuren ska tolkas som att om en region ökar andelen patienter med aktiv sjukdom som får uppföljningsbesök från 50 till 100% så skulle kostnaderna öka med cirka 50 000 kronor per 100 000 invånare och år eller med cirka 180 000 kronor per 350 000 invånare och år. Diagrammet är en förenkling av realiteten då det inte inkluderar brytpunkter för ökade personalkostnader vid ökat antal läkarbesök, utan illustrerar potentiella kostnader vid högre andel patienter som följs upp.

### Känslighetsanalys: Andelen patienter med aktiv sjukdom

Datauttaget från SRQ visar att andelen patienter med aktiv sjukdom varierade mellan Sveriges regioner. Skillnaden var störst mellan Östergötland med 25 procent och Jönköping där nästan 50 procent av patienterna hade minst ett besök registrerat hos läkare där aktiv sjukdom påvisats under treårsperioden 2015 – 2017. Se Tabell 9 för andelen patienter med aktiv sjukdom i varje region.

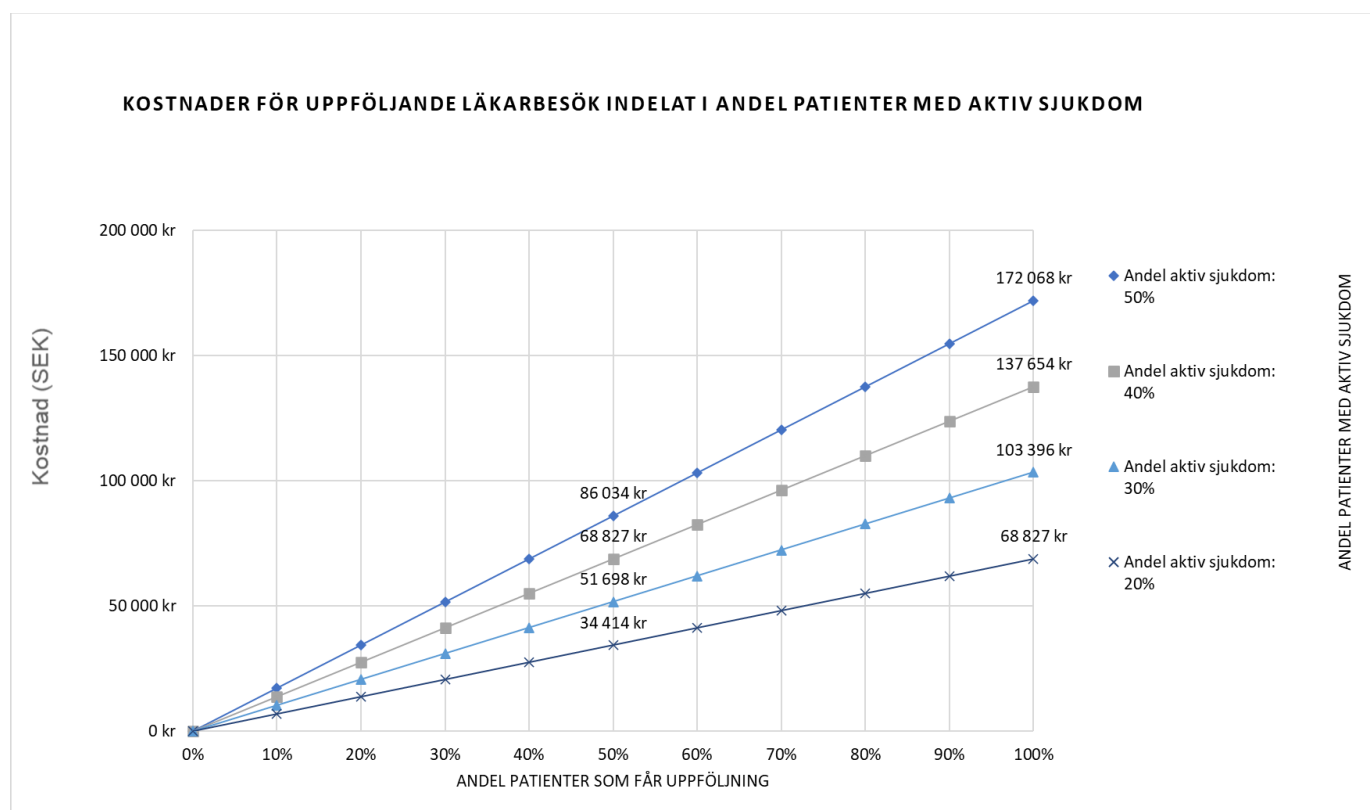
Tabell 9. Andelen patienter med aktiv sjukdom, per region.

Region	Andel (%) patienter
Blekinge	35
Dalarna	29
Gotland	31
Gävleborg	27
Halland	29
Jämtland	38
Jönköping	48
Kalmar	41
Kronoberg	38
Norrbottn	39
Skåne	35
Stockholm	34
Södermanland	29
Uppsala	30
Värmland	34
Västerbotten	35
Västernorrland	37
Västmanland	35
Västra Götaland	33
Örebro	28
Östergötland	25
Totalt i Sverige	33

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12].

För att kunna ta hänsyn till variationen i andelen patienter med aktiv sjukdom mellan regionerna, visar Figur 3 kostnader för uppföljningsbesök per 100 000 invånare och år om andelen patienter med aktiv sjukdom är mellan 20 och 50 procent. Figuren illustrerar hur de årliga kostnaderna skiljer sig för dessa scenarion. Till exempel skulle en region där andelen patienter med aktiv sjukdom är 40 procent ha en kostnadsökning från cirka 70 000 kronor till 140 000 kronor om andelen patienter som får ett uppföljningsbesök efter byte av behandling ökar från 50 till 100 procent. Ökningen i årliga kostnader varierar mellan cirka 85 000 kronor per 100 000 invånare och år om 50 procent av patienterna med etablerad RA har aktiv sjukdom, och cirka 35 000 kronor per 100 000 invånare och år om 20 procent av patienterna med etablerad RA har aktiv sjukdom. Den årliga kostnadsökningen

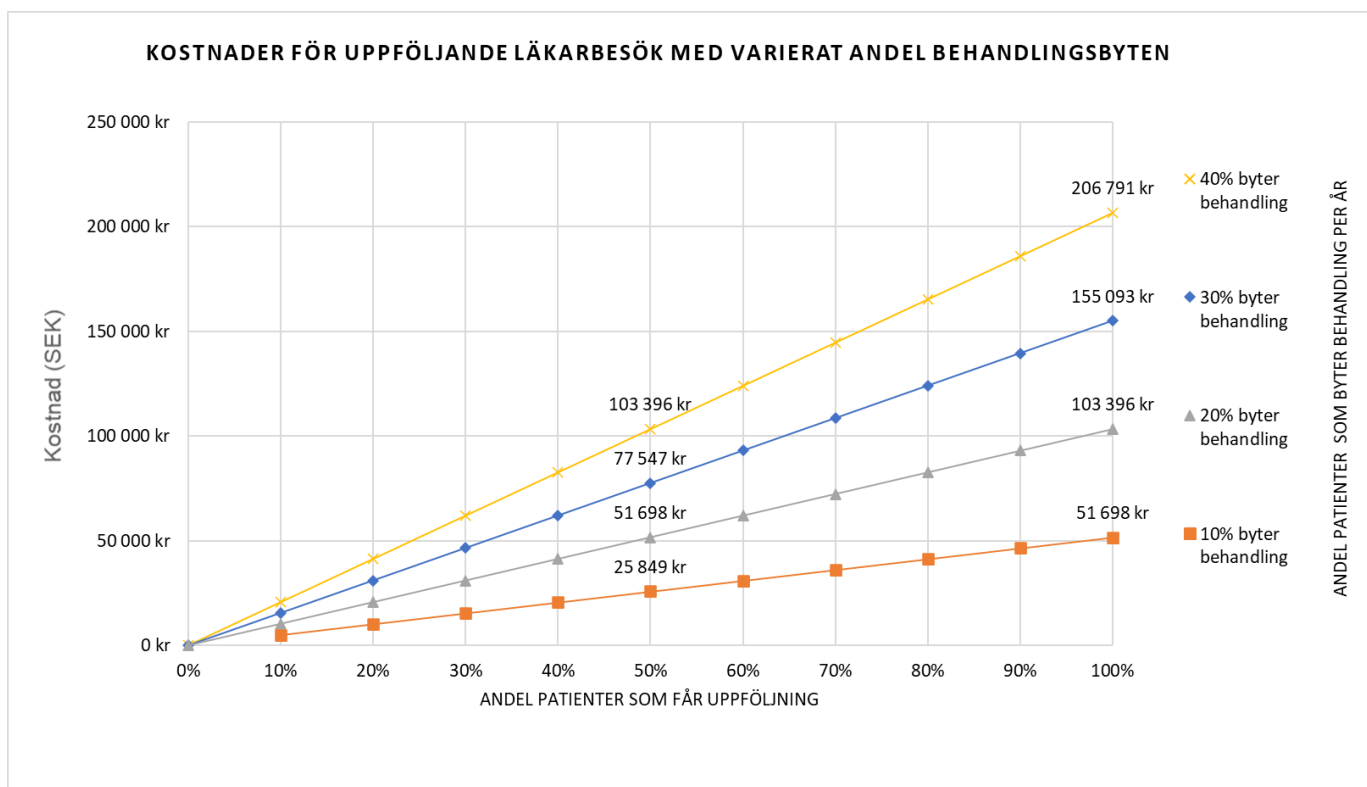
skulle vara cirka 20 000 kronor mindre per 100 000 invånare om andelen patienter med etablerad RA som har aktiv sjukdom minskade från 30 till 20 procent.



Figur 3. Känslighetsanalys: Kostnader för uppföljande läkarbesök 3–6 månader efter byte av behandling (per 100 000 invånare) beroende på hur stor andel av patienterna med etablerad RA som har aktiv sjukdom (20, 30, 40 eller 50%). X-axeln visar andelen patienter som får uppföljningsbesök inom 3–6 månader. Y-axeln visar totala kostnader för uppföljningsbesök med läkare per 100 000 invånare om andelen patienter med etablerad RA som har aktiv sjukdom varierar mellan 20 – 50%. Figuren ska tolkas som att om en region där 40% av patienter har aktiv sjukdom skulle öka andelen patienter som får uppföljningsbesök från 50 till 100% så skulle de årliga kostnaderna öka från cirka 70 000 kronor till cirka 140 000 kronor per 100 000 invånare. Diagrammet är en förenkling av realiteten då det inte inkluderar brytpunkter för ökade personalkostnader vid ökat antal läkarbesök, utan illustrerar potentiella kostnader vid högre andel uppföljning indelat i fyra scenarion för andel patienter med aktiv sjukdom.

### Känslighetsanalys: Andel patienter med aktiv sjukdom som byter behandling

Andelen patienter med aktiv sjukdom som byter behandling bygger på data för de patienter som haft ett besök med DAS28 eller klinisk bedömning registrerat i SRQ och det finns därmed en risk att detta inte är representativt för alla patienter med aktiv sjukdom. För att undersöka hur andelen som byter behandling varje år påverkar kostnaderna, är tre ytterligare scenarion tillagda i Figur 4. I Figur 4 illustreras totala kostnader för uppföljningen om 10, 20, 30 eller 40 procent av alla patienter med aktiv sjukdom skulle byta läkemedelsbehandling per år. Det innebär exempelvis att en region där cirka 10 procent av patienterna byter läkemedel per år, kan få en total kostnadsökning från cirka 25 000 kronor till cirka 50 000 kronor per 100 000 invånare och år, om andelen patienter som har ett uppföljningsbesök inom 3–6 månader ökar från 50 till 100 procent.



Figur 4. Känslighetsanalys: Kostnader för uppföljande läkarbesök 3–6 månader efter byte av behandling beroende på andelen patienter med aktiv sjukdom som byter läkemedelsbehandling per år. X-axeln visar andelen patienter som får uppföljningsbesök inom 3–6 månader. Y-axeln visar totala årliga kostnader för uppföljningsbesök med läkare per 100 000 invånare. Figuren ska tolkas som att en region där cirka 40 procent av patienterna byter behandling per år kommer att få en kostnadsökning på cirka 100 000 kronor (200 000 – 100 000) om patienter som erbjuds uppföljningsbesök skulle öka från 50 till 100%. Diagrammet är en förenkling av realiteten då det inte inkluderar brytpunkter för ökade personalkostnader vid ökat antal läkarbesök, utan illustrerar potentiella kostnader vid högre andel uppföljning i fyra scenarion för behandlingsbyten.

## Teamrehabilitering

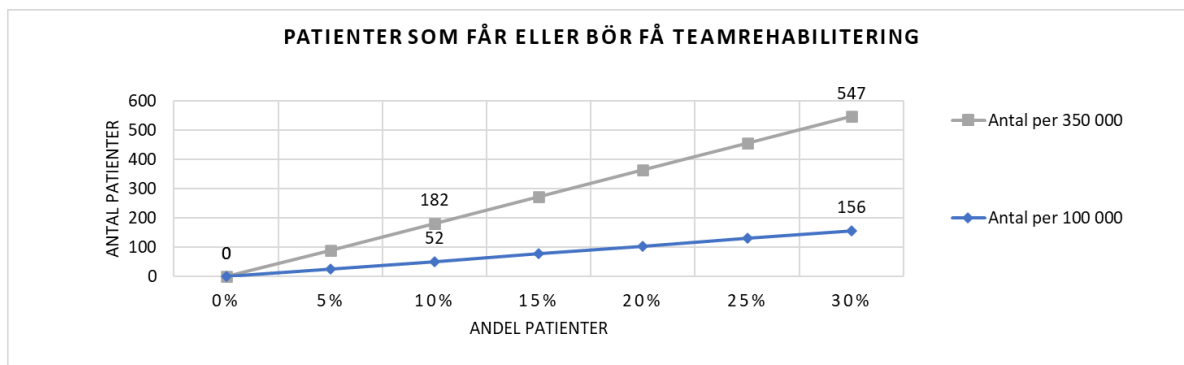
Patienter med HAQ över 1 eller VAS smärta över 40 bör enligt vårdförloppet [1] erbjudas teamrehabilitering, parallellt med åtgärderna som baseras på sjukdomsaktivitet. Enligt data från SRQ förväntas uppemot 30 procent av patienterna uppfylla detta kriterium [12], se Tabell 10. Beräkningen baseras på antalet patienter med registrerat värde VAS smärta > 40 och/eller HAQ > 1 vid sista besöket under treårsperioden 2015 – 2017 dividerat med alla patienter med etablerad RA och registrerat VAS eller HAQ-värde under samma tidsperiod.

Tabell 10. Andelen patienter med VAS smärta >40 och/eller HAQ>1 vid sista besöket under treårsperioden 2015 – 2017.

Region	Andel (%) patienter
Blekinge	30
Dalarna	26
Gotland	30
Gävleborg	31
Halland	27
Jämtland	28
Jönköping	27
Kalmar	28
Kronoberg	32
Norrbottn	28
Skåne	32
Stockholm	30
Södermanland	31
Uppsala	25
Värmland	27
Västerbotten	19
Västernorrland	30
Västmanland	30
Västra Götaland	29
Örebro	31
Östergötland	25
Totalt i Sverige	29

Data i tabellen baseras på ett uttag av aggregerade data på registrerade patientbesök i SRQ [12]. Andelen patienter i tabellen är framräknat från alla patienter med etablerad RA som har ett registrerat värde för VAS eller HAQ.

Andelen patienter som får teamrehabilitering varierar dock mellan regionerna. Enkäten, som skickades ut till 24 enheter år 2020, visade på stor variation mellan regionerna. Vissa regioner erbjuder teamrehabilitering till 100 procent av patienterna medan andra regioner erbjuder rehabiliteringsformen till inga eller några få procent av patienterna. Det innebär att flera regioner skulle ha ett behov av att utöka teamrehabiliteringen till att omfatta fler patienter. Figur 5 illustrerar hur många patienter som skulle behöva erbjudas teamrehabilitering beroende av hur stor andelen patienter med behov är. Figuren kan också tolkas som att den visar hur många patienter som får eller skulle få teamrehabilitering vid olika utgångslägen eller målnivåer. Antalet patienter presenteras både per 100 000 invånare och för ett exempel med en region på 350 000 invånare. En region med 350 000 invånare som i nuläget erbjuder teamrehabilitering till 10 procent av patienterna med etablerad RA, men där 30 procent av patienterna har ett behov av teamrehabiliteringen, kan förvänta sig att runt 360 fler patienter behöver erbjudas teamrehabilitering.



Figur 5. Antal patienter med etablerad RA som får eller bör få teamrehabilitering. Beräkningen baseras på hur stor andel av patienterna som får teamrehabilitering idag eller definieras ha behov av teamrehabilitering, per 100 000 och 350 000 invånare. Figuren visar att om till exempel 10 procent av patienterna med etablerad RA får teamrehabilitering idag behöver ytterligare 104 (156 - 52) individer per 100 000 invånare eller 365 (547 - 182) individer per 350 000 invånare erbjudas teamrehabilitering om målnivån är 30 procent.

Även i Socialstyrelsens nationella riktlinjer [3] rekommenderas det att patienter med etablerad RA ska erbjudas teamrehabilitering. Rekommendationen är att minst 90 procent av alla patienter med etablerad RA någon gång ska erbjudas teamrehabilitering. I underlaget för riktlinjerna från Socialstyrelsen [3] ingår en beräkning av vilka personalresurser som skulle behövas för att erbjuda denna typ av rehabilitering till patienter med RA, axial spondartrit och psoriasisartrit. Beräkningen baseras på ett exempel med en specialistmottagning som har en totalbefolkning på 350 000 personer i det primära upptagningsområdet och som erbjuder teamrehabilitering till cirka 80 procent av patienterna med etablerad RA [16]. Beräkningen visar att det kan krävas 1,5 arbetsterapeutjänster, två fysioterapeutjänster och en kuratorstjänst. För att uppskatta kostnaden hämtades löner för år 2020 från Statistiska centralbyrån [17], samt pålägg för arbetsgivaravgifter och sociala avgifter. Detta resulterade i en total kostnad på 2,7 miljoner kronor per år. Enligt sakkunniga finns det behov av att inkludera en halv reumatologtjänst och en halv sjukskötersketjänst i beräkningen av kostnaderna för teamrehabilitering för patienter med etablerad RA, vilket kostar ytterligare en miljon kronor per år (även hämtat från SCB), se Tabell 11. Det innebär en total personalkostnad på minst 3,7 miljoner kronor per år.



Tabell 11. Årlig personalkostnad för teamrehabilitering för en mottagning med ett upptagningsområde med cirka 350 000 invånare.

<b>Yrkeskategori</b>	<b>Antal tjänster som behövs</b>	<b>Bruttolön per månad</b>	<b>Bruttolön per år*</b>
Fysioterapeut	2	33 500 kr	1 173 840 kr
Arbetsterapeut	1,5	33 600 kr	883 008 kr
Kurator	1	35 600 kr	623 712 kr
<b>Kostnad</b>		<b>102 700 kr</b>	<b>2 680 560 kr</b>
Sjuksköterska	0,5	39 500 kr	346 020 kr
Reumatolog	0,5	79 200 kr	693 792 kr
<b>Kostnad</b>		<b>118 700 kr</b>	<b>1 039 812 kr</b>
<b>Total kostnad</b>		<b>221 400 kr</b>	<b>3 720 372 kr</b>

\*inklusive arbetsgivaravgifter och sociala avgifter. Personalkostnader för fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator inkluderar teamrehabilitering för diagnoserna RA, axial spondylartrit och psoriasisartrit. Personalkostnader för sjuksköterska och reumatolog är tillagt i beräkningen och inkluderar enbart teamrehabilitering för RA patienter.

## Diskussion och slutsatser

Budgetpåverkansanalysen har fokuserat på tre olika åtgärder som ingår i vårdförloppet för patienter med etablerad RA; kontinuerliga vårdbesök för patienter med låg sjukdomsaktivitet, uppföljningsbesök efter byte av behandling för patienter med aktiv sjukdom samt teamrehabilitering.

För patienter med låg sjukdomsaktivitet varierade frekvensen på besök hos läkare och sjuksköterska mellan regionerna och tre olika scenarion konstruerades. Beroende på hur mycket antalet läkar- och sjuksköterskebesök behöver öka visar analyserna att den tätare uppföljningen kommer att kosta mellan cirka 350 000 och 620 000 kronor per år och 100 000 invånare. Beräkningen är baserad på att 38 000 personer i Sverige, eller 365 per 100 000, har låg sjukdomsaktivitet. Andelen patienter med aktiv sjukdom som hade ett registrerat uppföljningsbesök hos läkare 3-6 månader efter byte av behandling varierade också mellan regionerna, från 12 till 76 procent. Andelen för alla patienter i registret, oavsett i vilken region de registrerats, var 47 procent och stämde väl överens med den genomsnittliga andelen från de fyra regioner med högst datatäthetsgrad. Analysen visade att en ökning från att 50 procent till att 100 procent av patienterna får uppföljningsbesök 3–6 månader efter behandlingsbyte skulle komma att kosta runt 50 000 kronor per 100 000 invånare och år. Enligt vårdförloppet bör även patienterna med aktiv sjukdom ha ett samtal med en sjuksköterska fyra veckor efter ordination av ett nytt läkemedel men då det saknades uppgifter om hur många patienter som har ett sådant samtal idag var det inte möjligt att göra en uppskattning av hur antalet samtal skulle förändras vid ett införande av vårdförloppet.

En aspekt som bör belysas är att kostnaderna för vårdbesök i budgetpåverkansanalysen bygger på en förenkling av verkligheten då de inte

inkluderar brytpunkter för ökade personalkostnader vid ökat antal läkarbesök, utan illustrerar potentiella kostnader vid högre andel uppföljning. Om en enhet inte behöver anställa läkare eller sjuksköterskor för att utföra vårdbesöken utan kan utföra besöken med ordinarie personal, kan kostnaden bli lägre än den ovan uppskattade. Om enheten däremot behöver nyanställa läkare och sjuksköterskor på heltid för att utföra vårdbesöken kan kostnaden i stället bli högre. Det bör också noteras att budgetpåverkansanalysen är baserad på kostnader för sjuksköterske- och läkarbesök från Region Dalarnas prislista och att det kan finnas regionala skillnader i Sverige. Vårdgivare med kostnader som skiljer sig från Region Dalarna kan således få andra kostnader.

För att uppskatta budgetpåverkan av en ökad användning av teamrehabilitering användes ett räkneexempel framtaget av Socialstyrelsen. I beräkningen uppskattas de resurser som krävs för att en specialistmottagning med 350 000 personer i det primära upptagningsområdet ska kunna erbjuda cirka 90 procent av alla patienter med RA teamrehabilitering någon gång. I samråd med sakkunniga adderades även kostnad för en halv sjukskötersketjänst samt en halv reumatologtjänst. Analysen visar att det skulle kosta cirka 3,7 miljoner per år för en mottagning med 350 000 personer i upptagningsområdet. Även denna kostnad kan komma att skilja sig mellan regionerna, beroende på hur många patienter som sedermera genomgår teamrehabilitering. Vidare inkluderar beräkningen även kostnaden för att erbjuda teamrehabilitering till patienter med axial spondartrit och psoriasisartrit.

Det bör betonas att resultaten från budgetpåverkansanalysen inte ger någon indikation om åtgärdernas kostnadseffektivitet, dvs om det är en rimlig relation mellan vad åtgärderna kostar och vad de leder till för hälsoeffekter. För en sådan bedömning krävs en mer ingående analys av långsiktiga effekter på hälsa och kostnader. Eftersom det är oklart hur det ökade antalet uppföljande vårdbesök kan komma att påverka framtida vårdkonsumtion, har varken potentiella efterföljande kostnadsbesparingar (pga hälsovinster) eller kostnadsökningar räknats med i budgetpåverkansanalysen. Uppföljningen av patienter med aktiv sjukdom som föreslås i vårdförloppet bygger på strategin T2T som innebär att behandling styrs mot ett behandlingsmål och justeras om målet inte uppnås. Detta kommer troligtvis att leda till fler behandlingsbyten men det är oklart hur det skulle komma att påverka de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna då behandlingen även förväntas ha bättre effekt [18]. Enligt Socialstyrelsen skulle fler patienter kunna uppnå remission om läkemedelsbehandlingen styrs av sjukdomsaktiviteten på ett strukturerat sätt [3]. Beräkningarna i budgetpåverkansanalysen visar att om andelen patienter med aktiv sjukdom skulle minska från 30 till 20 procent skulle antalet patienter med aktiv sjukdom minska med cirka 50 patienter per 100 000 invånare och år. Ett annat exempel på potentiella kostnadsbesparingar är att om fler patienter med RA skulle kunna arbeta skulle kostnader kopplade till sjukskrivningar och produktionsbortfall minska.

Även tätare vårdkontakt vid låg sjukdomsaktivitet och teamrehabilitering av patienter med etablerad RA kan leda till ökad livskvalitet och kostnadsbesparingar som kan komma att väga upp vissa av kostnaderna [6]. De tätare besöken vid låg sjukdomsaktivitet förväntas framför allt öka andelen patienter som kan trappa ned den antireumatiska behandlingen och därmed minska risken för långsiktiga biverkningar och kostnader för överbehandling. Teamrehabilitering i öppenvård förväntas framför allt leda till förbättrad funktionsförmåga och livskvalitet genom att olika professioner samverkar i att utföra rätt åtgärder [11].

# Referenser

1. Nationellt system för kunskapsstyrning Hälso- och sjukvård. Vårdförlopp reumatoid artrit etablerad 2021 [Available from: <https://kunskapsstyrningvard.se/kunskapsstyrningvard/kunskapsstod/publiceradekunskapsstod/reumatiskasjukdomar/vardforloppreumatoidartritetableerad.58609.html>].
2. 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.
3. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar - Reumatoid artrit, axial spondylartrit, psoriasisartrit, artros och osteoporos. Stöd för styrning och ledning 2021. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2021-1-7137.pdf>; 2021.
4. SCB. Folkmängd efter region, ålder, kön och år 2021 [Available from: [https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START\\_BE\\_BE0101\\_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/](https://www.statistikdatabasen.scb.se/pxweb/sv/ssd/START_BE_BE0101_BE0101A/BefolkningNy/table/tableViewLayout1/)].
5. Eriksson JK, Johansson K, Askling J, Neovius M. Costs for hospital care, drugs and lost work days in incident and prevalent rheumatoid arthritis: how large, and how are they distributed? *Ann Rheum Dis.* 2015;74(4):648-54.
6. Woodworth TG, den Broeder AA. Treating to target in established rheumatoid arthritis: Challenges and opportunities in an era of novel targeted therapies and biosimilars. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2015;29(4-5):543-9.
7. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(1):3-15.
8. Combe B, Landewe R, Daien CI, Hua C, Aletaha D, Álvaro-Gracia JM, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):948-59.
9. Owensby JK, Chen L, O'Beirne R, Ruderman EM, Harrold LR, Melnick JA, et al. Patient and Rheumatologist Perspectives Regarding Challenges to Achieving Optimal Disease Control in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2020;72(7):933-41.
10. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för Rörelseorganens sjukdomar, tillstånds- och åtgärdslista 2021 [Available from: <https://view.officeapps.live.com/op/view.aspx?src=https%3A%2F%2Fwww.socialstyrelsen.se%2Fglobalassets%2Fsharepoint-dokument%2Fartikelkatalog%2Fnationella-riktlinjer%2F2021-1-7137-tillstands-atgardslista.xlsx&wdOrigin=BROWSELINK>].
11. Sullivan SD, Mauskopf JA, Augustovski F, Jaime Caro J, Lee KM, Minchin M, et al. Budget impact analysis-principles of good practice: report of the ISPOR 2012 Budget Impact Analysis Good Practice II Task Force. *Value Health.* 2014;17(1):5-14.
12. Svensk Reumatologis Kvalitetsregister. Datauttag 2021.
13. Region Dalarna. Prislista 2021 2021 [Available from: <https://www.xn--sjukvrdsregionmellan-ozb.se/samverkan/attachment/dalarna2021juli1.pdf>].
14. Folkmängd i riket, län och kommuner 31 december 2021 och befolkningsförändringar 1 oktober –31 december 2021. Totalt [Internet]. 2021 [cited 16.03.2022]. Available from: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter->

[amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/pong/tabell-och-diagram/kvartals--och-halvarsstatistik--kommun-lan-och-riket/kvartal-4-2021/](#).

15. Täckningsgrad för patienter med reumatoid artrit 2019 [Internet]. 2019 [cited 09.03.2022]. Available from: [https://openvap.compos.se/srq/5\\_1/](https://openvap.compos.se/srq/5_1/).

16. Turesson C. Personlig kommunikation via mejl gällande strukturerad teamrehabilitering. 2021.

17. SCB. Lönestatistik 2020. Stockholm: Statistikmyndigheten SCB; 2021.

18. Hock ES, Martyn-St James, M., Wailoo, A. et al. Treat-to-Target Strategies in Rheumatoid Arthritis: a Systematic Review and Cost-Effectiveness Analysis. SN Compr Clin Med. 2021; 3:838–54.