

Konsekvensbeskrivning för Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) – vuxna och Nationellt vårdprogram för vuxna med inflammatorisk tarmsjukdom

Nationellt programområde mag- och tarmsjukdomar

**Nationellt system
för kunskapsstyrning
Hälsa- och sjukvård**

SVRIGES REGIONER | SAMVERKAN

Datum	Version/beskrivning av förändring
2022-06-03	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

Innehållsförteckning

Sammanfattning	4
1. Om konsekvensbeskrivningen	5
2. Konsekvenser	6
2.1. Omfattning	6
2.2. Nyttan eller risker för individen	7
2.3. Etiska aspekter	7
2.4. Verksamhet och organisation	8
2.5. Kostnader	9
2.6. Kompetensförsörjning.....	12
2.7. Påverkan på andra kunskapsstödjare.....	12
2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården.....	13
2.9. Uppföljning.....	13
2.10. Övriga konsekvenser	14
3. Referenser	15
Bilaga 1 Hälsoekonomisk analys.....	16

Sammanfattning

Konsekvensbeskrivningen fokuserar på konsekvenser av åtgärder och aktiviteter som beskrivs i de två dokumenten Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) – vuxna, samt Vårdprogrammet för vuxna med Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Målet med dessa kunskapsstöden är att förkorta tiden till diagnos och behandling av IBD, öka andelen patienter som uppnår och bibehåller remission, samt att patienten och eventuellt närstående erbjuds relevant information och upplever delaktighet i vård och behandling. De viktigaste konsekvenserna av kunskapsstöden är att fler patienter med IBD får ett välstrukturerat omhändertagande med vård och behandling enligt befintliga riktlinjer och får tillgång till hela IBD-teamet bestående av gastroenterolog, kolorektalkirurg, IBD-sjuksköterska, dietist, kurator samt även andra professioner som exempelvis patolog, operationskoordinator och psykolog när så behövs. Kunskapsstöden skapar förutsättningar för ett strukturerat omhändertagande, som också kan följas upp och utvärderas. På så sätt bidrar kunskapsstöden till en mer jämlik vård och minskar risken för att den enskilda patienten får en sämre vård på grund av lokala och regionala skillnader. Kunskapsstöden ökar också möjligheterna för individen att vara delaktig i vård och behandling och att ta eget ansvar för egenmonitorering av sjukdomen och för hälsosamma levnadsvanor.

För den gastroenterologiska specialiserade vården kan kunskapsstöden medföra ett ökat antal besök och endoskopiska undersökningar vilket kan leda till ökade kostnader och risk för undanträngningseffekter för patienter med andra gastroenterologiska och hepatologiska sjukdomar, liksom för andra individer med behov av endoskopisk utredning.

Kunskapsstöden inkluderar insatser från flera olika yrkeskategorier. För att kunna erbjuda patienten alla delar i kunskapsstöden kan lokala arbetssätt behöva förändras och därtill kan såväl kompetensutveckling som organisatoriska förändringar krävas, på såväl lokal som regional nivå. I vissa fall kan införandet av kunskapsstöden komma att hindras av nuvarande och kommande brister i personalresurser och kompetensförsörjning.

Sammantaget leder kunskapsstöden sannolikt till en viss initial kostnadsökning för hälso- och sjukvården, exempelvis genom kompetensutveckling, fler besök i gastroenterologisk specialiserad vård, ökad andel som får del av teambaserade insatser inklusive dietistkontakt samt ökad läkemedelsanvändning. Långsiktigt syftar kunskapsstöden till att minska andelen patienter som utvecklar försämrad tarmfunktion eller komplikationer av sjukdomen. Sannolikt leder detta till att sjukdomen har mindre negativ påverkan på patientens liv, inklusive aspekter som karriärsutveckling, sjukfrånvaro, sociala interaktioner, psykisk ohälsa och behov av eventuella samhällsmässiga stödinsatser. Teoretiskt sett bör kunskapsstöden därigenom kunna bidra till lägre kostnader för samhället då indirekta kostnader (exempelvis sjukfrånvaro och nedsatt arbetsförmåga) och slutna vård utgör de enskilt största kostnaderna vid sjukdomen, även om det idag är svårt att värdera om kunskapsstöden leder till ökad kostnadseffektivitet.

För att kunskapsstöden för IBD ska kunna följas och utvärderas krävs att alla patienter som omfattas av kunskapsstöden registreras och följs i Svenska kvalitetsregistret för IBD (SWIBREG) [1]. Efter att ha registrerats i SWIBREG, kan patienten rapportera symptom och livskvalitetsmått till registret via bland annat 1177. Nyttjande av visualiseringsverktyg avseende patientens sjukdomshistorik, inklusive patientens symptom, livskvalitetsmått och inflammatorisk aktivitet över tid, är avgörande för strukturerad distansmonitorering.

Vid de enheter som idag inte nyttjar något verktyg för att visualisera patientens sjukdomshistorik kommer implementeringen av kunskapsstöden att kräva vissa förändringar i fråga om arbetsätt. För att möjliggöra att vårdförloppets indikator avseende tid från symtomdebut och remiss för endoskopi till diagnosdatum registreras inom en nära framtid, krävs att SWIBREG initialt får erforderliga resurser och stöd från SKR. För att säkerställa hög täckningsgrad och datakvalitet i SWIBREG är direkt dataöverföring mellan samtliga journalsystem (inklusive laboratoriesystem) i Sverige och SWIBREG nödvändig. I dagsläget överför enbart en region laboratoriedata direkt till registret via nationella tjänsteplattformen. En ökad direktöverföring förutsätter initialt ökade resurser och stöd från SKR men minskar vårdgivarens tid och kostnader för registrering av motsvarande information.

1. Om konsekvensbeskrivningen

Konsekvensbeskrivningen fokuserar på konsekvenser av åtgärder och aktiviteter som beskrivs i de två dokumenten Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) – vuxna, samt Vårdprogram för vuxna med Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Medan vårdförloppet endast beskriver åtgärder fram till årsuppföljningen som infaller tolv månader efter diagnos, inkluderar vårdprogrammet även åtgärder under det fortsatta sjukdomsförloppet. Vissa av konsekvenserna som beskrivs i detta dokument kan därför kopplas till åtgärder som inträffar efter att åtgärderna i vårdförloppet avslutats.

Analys av nuläget har bland annat genomförts genom patientintervjuer. Arbetsgruppen som utarbetade vårdförloppet och som tagit fram konsekvensbeskrivningen inkluderade professionsföreträdare från specialiserad vård inom gastroenterologi, kolorektalkirurgi, endoskopi, allmänmedicin, patologi och patientföreträdare. Vidare utfördes arbetet i nära samverkan med arbetsgruppen som utarbetade vårdprogrammet, det vill säga Nationella arbetsgruppen (NAG) IBD, till vilken även professionsföreträdare från specialiserad vård inom radiologi (bilddiagnostik) var adjungerad. Arbetsgruppens medlemmar anges i vårdförloppsdocumentet avsnitt 3.1 Arbetsprocess. Ordförande i arbetsgruppen var Jonas Halfvarson. Den nationella stödfunktionen vid SKR har bistått med löpande stöd. Nationellt programområde (NPO) mag- och tarmsjukdomar har inkommit med synpunkter på arbetsgruppens arbete. Arbetet med konsekvensbeskrivningen färdigställdes under hösten 2021.

2. Konsekvenser

2.1. Omfattning

Antalet nyupptäckta fall (incidensen) av IBD är cirka 30 per 100 000 invånare årligen och förekomsten (prevalensen) är cirka 0,8 procent, vilket innebär att uppskattningsvis 80 000 personer i Sverige är diagnostiserade med sjukdomen. Incidensen är högst bland yngre individer (15–35 år), även om allt fler äldre diagnostiseras med sjukdomen.

Vårdförloppet omfattar patienter med misstänkt IBD och de åtgärder som vidtas från misstanke om IBD till årsuppföljningen tolv månader efter diagnos. Det saknas idag vetenskapligt underlag för att värdera hur stor andel av patienterna i vårdförloppet som i slutändan enbart kommer att ha screenats för IBD utan att få diagnosen. Genom att implementera inklusionskriterier skapas dock möjlighet att följa upp och utvärdera kriteriernas träffsäkerhet. Utifrån den årliga incidensen förväntas vårdförloppet att årligen omfatta cirka 3 000 patienter som får diagnosen IBD. I princip kommer samtliga dessa patienter med nydiagnostiserad IBD följas inom den gastroenterologiska specialiserade vården, men en mindre andel (cirka 300) kommer även att vara aktuella inom kolorektalkirurgisk specialiserad vård. Samtliga kommer att vara i behov av teambaserad uppföljning, inklusive kontakt med IBD-sjuksköterska, dietist och vid behov kurator.

Idag finns knappt 55 000 patienter med IBD registrerade i SWIBREG, men täckningsgrad och datakvalitet varierar mellan regioner och IBD-enheter. Baserat på samkörning med Socialstyrelsens Patientregister hade registret år 2018 en täckningsgrad på cirka 82 procent bland patienter med upprepad vårdkontakt för IBD och som under senaste 18 månaderna har behandlats med immunmodulerare, biologisk behandling eller kirurgi. Det finns med andra ord patienter som idag har diagnosen IBD men som av olika skäl inte tidigare inkluderats i SWIBREG. Majoriteten torde vara aktuella för Vårdprogram vuxna med Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD), men ett begränsat antal kommer att omfattas av vårdförloppet, då sistnämnda kunskapsstöd enbart omfattar de första tolv månaderna efter diagnos av IBD.

Vårdförloppet kommer förmodligen att ge en ökad medvetenhet om IBD inom allmänmedicinsk specialiserad vård. Det är svårt att prognostisera huruvida fler personer kommer att remitteras till endoskopisk utredning för värdering av eventuell IBD-sjukdom, då det idag saknas statistik på antalet remisser med frågeställning om IBD och precision av nuvarande remissförfarande, där beslut baseras på lokala traditioner, eventuella lokala/regionala överenskommelser och den enskilde läkarens bedömning. Nationellt sett förväntas dock införandet av vårdförloppet leda till ett ökat behov av endoskopier, även om den regionala variationen verkar vara stor och ett minskat behov inte kan uteslutas inom vissa regioner. Vårdförloppet inkluderar flertalet åtgärder som kan vara aktuella för patienter med IBD och kommer därmed troligen att leda till en ökad medvetenhet avseende vikten av monitorering, strukturerad uppföljning, förebyggande av tarmfunktionsnedsättning och samsjuklighet inom gastroenterologisk specialiserad vård. Effekterna av en ökad medvetenhet är svåra att prognostisera då det finns svårigheter att idag mäta detta omhändertagande.

Samtliga patienter som ingår i vårdförloppet och vårdprogrammet, kommer att ta del av åtgärderna i dessa kunskapsstöd. För att kunskapsstöden ska få önskad effekt, med en rättvis och lika vård över hela landet, krävs att införandet görs brett på samtliga berörda nivåer inom Sveriges regioner, inklusive hos regionalanslutna privata vårdgivare.

2.2. Nyttan eller risker för individen

Om åtgärderna enligt de båda kunskapsstöden implementeras i hela landet ger det ökad möjlighet för patienterna att få bästa tänkbara behandling utifrån aktuell kunskap och tillgänglig evidens oavsett bostadsort. Idag finns regionala och lokala skillnader som omfattar bemanning, struktur, medicinsk behandling, kirurgisk intervention och förmodligen även kunskapsnivå.

Tydliga inklusionskriterier i vårdförloppet och en ökad medvetenhet om IBD inom allmänmedicinsk specialiserad vård kommer förhoppningsvis resultera i att remittering till ileokoloskopi sker med större precision vilket kan korta tiden till diagnos av IBD. En förkortad tid till diagnos resulterar i tidigare insättande av effektiv behandling och en snabbare kontroll av inflammatorisk aktivitet. Genom egenmonitorering eller distansmonitorering kommer även episoder av ökad sjukdomsaktivitet identifieras på ett tidigare stadium [2], med förväntade positiva följder för patientens livskvalitet och aktiva deltagande i samhället. Å andra sidan kan vårdförloppet medföra ett antal remisser för personer som senare inte diagnostiseras med IBD, vilket kan leda till ökad sjukvårdskonsumtion och skapa oro hos patienten.

Genom att flödet blir tydligt för alla inblandade kan patienter få en klarare bild av vad de kan förvänta sig av vården och vilka åtgärder de själva förväntas bidra med, vilket kan öka förutsättningarna för individens delaktighet. Det finns tydligt uttryckt i vårdförloppet att varje patient ska ha en aktiv roll genom hela flödet med möjlighet att påverka, utifrån egna behov och förutsättningar. Detta möjliggörs till stor del genom digital patientutbildning, distansmonitorering och nyttjande av visualiseringsverktyg avseende patientens sjukdomshistorik, inklusive patientens symptom, livskvalitetsmått och inflammatorisk aktivitet över tid.

2.3. Etiska aspekter

Kunskapsstöden bedöms inte påverka den enskilda patientens autonomi och integritet negativt. I vilken omfattning de kan orsaka undanträngning av andra patientgrupper är svårt att värdera då adekvata underlag saknas. I vissa regioner och på vissa enheter finns idag brist på specialitälkare i gastroenterologi och hepatologi. Vidare råder det brist på endoskopiska resurser i många regioner, till viss del relaterat till implementering av screening för tjock- och ändtarmscancer (kolorektalcancer) och införandet av Standardiserat vårdförlopp för tjock- och ändtarmscancer. Med andra ord kan det finnas risk för undanträngning av andra patientgrupper inom gastroenterologisk och endoskopisk specialiserad vård, om kunskapsstöden implementeras utan att åtgärder vidtas för att säkra kompetensförsörjningen. Då det i vissa regioner även är brist på yrkeskategorier kopplade till IBD-vård, kan teambaserade insatser också bidra till undanträngningseffekter för andra patientgrupper.

Människovärdesprincipen är en fast grund i svensk sjukvård, och det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppets (och vårdprogrammets) effekt på denna princip bedöms i stort sett vara neutral. I vissa avseenden kan människovärdesprincipen stärkas eftersom kunskapen om IBD ökar genom dessa två kunskapsstöd.

Behovs- och solidaritetsprincipen kan komma att stärkas eftersom kunskapsstöden påvisar behovet av en mer jämlik och evidensbaserad vård i olika delar av landet samt mellan små och stora sjukhus.

Effekten av en distansmonitorering, egenmonitorering och förbättrad teamsamverkan i gastroenterologisk öppenvård kan minska behovet av slutna vård för patientgruppen, vilket främjar

kostnadseffektivitetsprincipen. Effekten av förändrad organisation beräknas kunna minska patientens lidande. För att inte påverka vården av andra patientgrupper i öppen vård krävs som angivits resursförstärkning till gastroenterologisk och endoskopisk öppen vård och för patienter med IBD.

Ur ett **jämlikhetsperspektiv** bidrar de båda kunskapsstöden till att minska omotiverade skillnader mellan regioner. Vårdförloppets rekommendationer för vårdens organisation innebär utjämnings effekter i förhållande till den vård som personer med andra sjukdomsdiagnoser erbjuds. Kunskapsstöden är riktade till samtliga invånare i Sverige. Patientutbildning och information behöver göras tillgänglig för alla som behöver den oavsett individuella förutsättningar. Varje region kommer att behöva ta ställning till huruvida regionala rutiner behöver utarbetas för att säkerställa att patienten kommer att kunna tillgodogöra sig samtliga delar i vårdförloppet och vårdprogrammet. Vidare kommer samtliga IBD-enheter att behöva utarbeta lokala rutiner för att överbygga eventuella hinder, på grund av exempelvis funktionsnedsättningar eller språksvårigheter.

Alla patienter med IBD som är i behov av medicinsk eller kirurgisk behandling ska omhändertas inom gastroenterologisk och kolorektalkirurgisk specialiserad vård. Ingångskriterierna i vårdförloppet förändrar inte detta och risken för att personer felaktigt exkluderas från vårdförloppet bedöms begränsad. Risken att ingångskriterierna kan komma att driva onödig eller omotiverad vård, primärt endoskopiska undersökningar, bedöms liten, men bör utvärderas. Det ter sig osannolikt att vårdförloppet kommer att leda till en ökad belastning på kolorektalkirurgisk specialiserad vård. Snarare kan behovet av kirurgi minska om diagnos ställs tidigare, medicinsk behandling sätts in och patienten når remission tidigare[3].

2.4. Verksamhet och organisation

Inom den gastroenterologiska specialiserade vården i Sverige finns på flera platser redan idag ett systematiskt omhändertagande av personer med nydiagnostiserad IBD. Vårdförloppet kommer att innebära begränsade förändringar i dessa enheters verksamhet. Vid de enheter som idag saknar ett sådant systematiskt omhändertagande kommer en omstrukturering av verksamheten att krävas, såväl lokalt som regionalt.

Enligt de patientintervjuer som genomförts, får många patienter och närstående begränsad information om sjukdomen och dess behandling. Vidare upplever många patienter bristande möjlighet till delaktighet och många har inte tillgång till team med IBD-sjuksköterska, dietist och kurator. Möjligheten till att förkovra sig och utbilda sig till specialistsjuksköterska inom gastroenterologi har varierat över tid. Idag finns specialistutbildning för sjuksköterskor på avancerad nivå inom internmedicinsk specialitet. Under våren 2022 startar en uppdragsutbildning inom gastroenterologi, IBD på Ersta Sköndal Bräcke Högskola på 7,5 högskolepoäng för sjuksköterskor med en kandidatexamen inom vårdvetenskap. Kompetensen hos de professioner som ingår i teamet är inte kartlagd och det är möjligt att det krävs en kompetenshöjning för vissa professionsgrupper. Därtill råder det i många regioner brist på dietister, IBD-sjuksköterskor, endoskopister och gastroenterologer. Vissa enheter har inte tillgång alla yrkeskategorier inom teamet vid den lokala enheten. Det riskerar leda till separata remisser till externa enheter utan att en gemensam teambedömning sker. Andra enheter kan helt sakna möjlighet att erbjuda stöd från en eller flera yrkeskategorier inom teamet. För bästa möjliga utfall bör professionerna inom teamet vara nära knutna till den gastroenterologiska verksamheten och därigenom möjliggöra ett tvärprofessionellt teamomhändertagande och en kontinuerlig fortbildning och utveckling inom teamet.

Införande av kunskapsstödet i all IBD-verksamhet i Sverige är i hög grad beroende av digitala lösningar. Dessa lösningar möter upp utmaningar avseende såväl delaktighet, tillgänglighet som miljö och hållbarhet. I vissa regioner har patienter med IBD långa avstånd till närmaste gastroenterologiska enhet och digitala lösningar är nödvändiga för att genomföra planerade kontakter och uppföljningar för alla patienter.

För att kunna följa upp vissa av de föreslagna indikatorerna i vårdförlopp IBD kommer en ökad registrering i SWIBREG att krävas. I nuläget registrerar flertalet verksamheter information i SWIBREG, men några gör det i mycket begränsad omfattning och enstaka inte alls. Inom dessa verksamheter kommer man att behöva se över sitt arbetssätt. Initialt kommer sannolikt resurser behöva tillföras för registrering av patienter i SWIBREG samt för patientutbildning i hur patientrapporterade utfallsmått och erfarenhetsmått registreras via 1177. Resurser krävs även för att på regionnivå implementera automatisk import av laboratorieparametrar via nationella tjänsteplattformen. I väntan på automatiserad import av förskrivningsdata och kirurgi kommer även personella resurser behöva tillföras för kompletterande manuell inmatning i SWIBREG. För att följa konsekvenserna av vårdförloppet kommer rutiner för uttag av statistik och indikatorer att behöva utarbetas på nationell, regional och lokal nivå. Samtidigt kan vårdförloppet i hög utsträckning ersätta eller komplettera lokalt utarbetade riktlinjer avseende omhändertagande av personer med nydiagnostiserad IBD.

2.5. Kostnader

Inom primärvården ses inga stora förändringar i kostnader vad gäller utredningar utifrån vårdförlopp IBD, då kriterierna för misstänkt IBD baseras på redan kända symtom, prover och utredningsmoment.

Huruvida det totala antalet inkommande remisser till landets endoskopienheter kommer att påverkas är svårt att värdera, då underlag saknas. Mot bakgrund av att det fram till idag inte finns några nationella riktlinjer för när och hur en patient ska utredas avseende misstänkt IBD, kan det finnas stora lokala skillnader i huruvida antalet inkommande remisser för endoskopi kommer att påverkas. På nationell nivå förväntas dock behovet av endoskopier att öka i och med införandet av vårdförloppet.

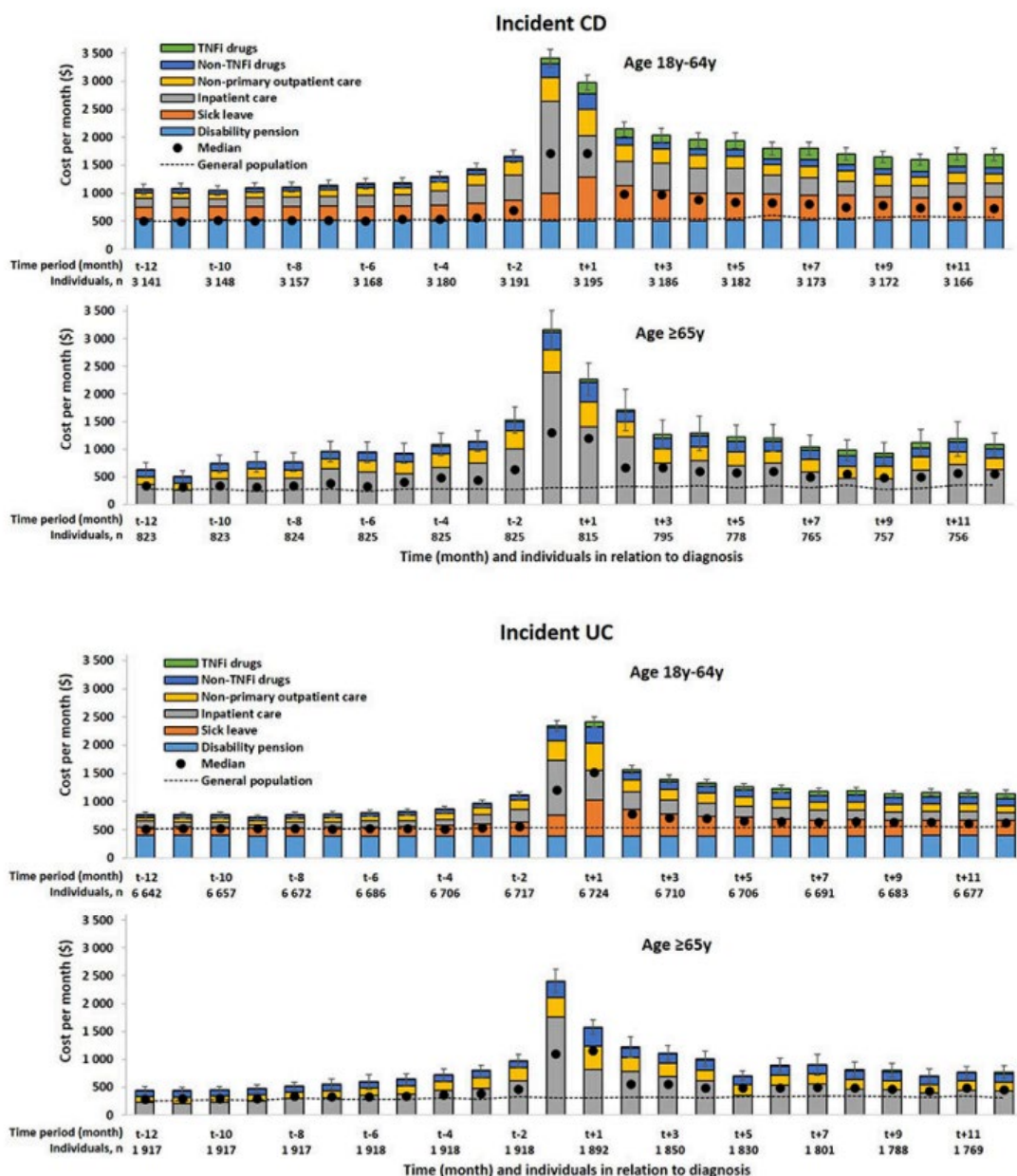
Inom gastroenterologisk specialiserad vård förväntas antalet inkommande remisser avseende misstänkt IBD minska då ileokoloskopi införs som första moment när det finns misstanke om IBD inom primärvården eller annan vårdgivare.

Vissa vårdgivare följer redan upp patienter med IBD i stort sett såsom det beskrivs i vårdförloppet. För dem leder vårdförloppet inte till ökade kostnader. För majoriteten av vårdgivare inom gastroenterologisk specialiserad vård, förväntas vårdförlopp IBD dock resultera i ökat antal besök inom gastroenterologisk specialiserad vård och fler vårdkontakter med andra professioner än läkare, vilket bör resultera i en kostnadsökning på kort sikt. Vårdförloppet kan dock möjliggöra att uppföljningsbesök kan fördelas mellan gastroenterolog och IBD-sjuksköterska på ett resurseffektivt sätt. Det finns idag ingen tillförlitlig statistik över resursåtgången för besök hos olika hälsoprofessioner för patienter med IBD. Det finns heller inte någon kartläggning av kliniskt verksamma IBD-sjuksköterskor, dietister och kuratorer med specialist- respektive specialkompetens inom gastroenterologi eller IBD och därtill saknas en uppskattning av det faktiska behovet. Det är därför inte möjligt att exakt kalkylera hur stor kostnadsökning som vårdförloppet kommer att orsaka i form av ökat antal kontakter med ovan nämnda professioner inom IBD-vårdteamet.

I stället har graden av kostnadsökning uppskattas utifrån publicerade prevalens- och incidenssiffror från populationsbaserade studier i Örebro och Uppsala [4-7] samt information från SWIBREG [1]. Den ekonomiska beräkningen har genomförts av arbetsgruppen i samarbete med hälsoekonom Jahangir Khan vid Göteborgs Universitet, inom ramen för stödfunktionen från Västra Götalandsregionen. Den ekonomiska beräkningen syftar till att redovisa merkostnader i förhållande till nuläget och utgör alltså en uppskattning eftersom precisa underlag har saknats (bilaga 1). Det bör noteras att aspekter som sluten vård och indirekta kostnader inte har beaktats i dessa beräkningar. På lång sikt förväntas vårdförloppet vara kostnadseffektivt i och med att lägre ohälsa uppnås hos patientgruppen, med minskat behov av sluten vård och kirurgi [8-10] och en mer effektivt organiserad IBD-sjukvård.

Vårdförloppet (och vårdprogrammet) beskriver initial uppföljning och behandling enligt strategin ”treat-to-target”, det vill säga en målstyrd behandlingsstrategi. Det betyder att behandlingen ska styras mot ett behandlingsmål och att behandlingen ska justeras utifrån aktuella behandlingsriktlinjer om målet inte nås. Behandlingsprincipen ökar sannolikheten för att inflammationen i tarmen läker ut, det vill säga endoskopisk remission uppnås [10], vilket i sin tur är associerat med minskat behov av kirurgi och slutenvård [3, 8, 11]. Utifrån data från en global randomiserad multicenterstudie vid Crohns sjukdom är behandlingsstrategin kostnadseffektiv [9]. Huruvida en sådan strategi är kostnadseffektiv i svensk sjukvårdskontext är dock okänt, då nationella data saknas (även om flera svenska sjukhus deltog i ovan nämnda multicenterstudie).

Med andra ord förväntas de direkta kostnaderna för sjukvården att öka initialt, då vårdförloppet torde resultera i ökad provtagning, ökat antal vårdkontakter och ökad läkemedelsanvändning under första året efter diagnos. I och med godkännanden av nya läkemedel, förväntas även direkta kostnader för läkemedel vid IBD att öka framöver. Kostnadsutvecklingen kommer att i viss mån begränsas då priserna för vissa nu godkända läkemedel sänks i och med att patenten för dessa läkemedel successivt går ut. Vårdprogrammet förordar att rekonstruktiv kirurgi ska övervägas för alla patienter med ulcerös kolit som har kolektomerats. Idag rekonstrueras mindre än hälften av dessa patienter och det är troligt att en större andel av patienterna kommer att genomgå rekonstruktiv kirurgi framgent, vilket kommer att innebära större kostnader ur ett kortsiktigt perspektiv. Detta innebär dock att färre patienter behöver stomi, det vill säga minskade kostnader för stomibandagering, stomiterapueter och komplikationer associerade till stomi. Samtidigt torde införandet av vårdförloppet och vårdprogrammet resultera i att allt fler patienter uppnå endoskopisk remission i och med att de behandlas enligt en målstyrd (”treat-to-target”) strategi. Det faktum att en ökad andel patienter tidigt når endoskopisk remission förväntas resultera i en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård med ett minskat behov av sluten vård och kirurgi [3, 8, 11]. Dessutom förväntas patienter med IBD som behandlas enligt en målstyrd strategi att ha lägre sjukfrånvaro och mindre negativ påverkan på sitt liv av sjukdomen vilket ger en totalt sett lägre kostnad för samhället. Detta mot bakgrund av att sluten vård (inklusive kirurgi) och indirekta kostnader står för en betydande del av samhällets kostnader vid IBD (figur 1A-D) [12]. Sammantaget talar detta för att det är kostnadseffektivt att så fort som möjligt nå remission och behålla låg sjukdomsaktivitet över tid.



Figur 1. Totala samhällskostnader i USD per månad för patienter med IBD i relation till diagnosdatum, stratifierat för typ av IBD-diagnos och åldersgrupp [12]. A) Incidenta fall av Crohns sjukdom med 18–64 års ålder vid diagnos. B) Incidenta fall av Crohns sjukdom med ≥ 65 års ålder vid diagnos. C) Incidenta fall av ulcerös kolit med 18–64 års ålder vid diagnos. D) Incidenta fall av ulcerös kolit med ≥ 65 års ålder vid diagnos.

Utifrån svenska registerdata år 2014 var den årliga totala samhällskostnaden under första året efter diagnos av Crohns sjukdom 23 886 amerikanska dollar (USD) per patient och efter diagnos av ulcerös kolit 16 778 USD per patient, bland patienter i arbetsför ålder (Figur 1). Detta med reservation för att kostnader för exempelvis korttidssjukskrivning, produktionsbortfall i arbete och monitorering inte kunde beaktas. Motsvarande siffror för äldre patienter (> 65 år) var 16 282 USD respektive 12 191 USD. Såväl hos individer i arbetsför ålder som hos äldre stod kostnaderna för läkemedel och öppenvård för en blygsam andel av de totala kostnaderna.

Sammanfattningsvis förväntas införandet av vårdförloppet att resultera i initiala kostnadsökningar för hälso- och sjukvården. På längre sikt förväntas de direkta och indirekta kostnaderna däremot att minska i och med införandet av vårdförloppet då värdet av effektiv behandling, minskad funktionsnedsättning och ökad livskvalitet bedöms bidra till kostnadseffektivitet, efter det första året av sjukdomen. Ökade investeringar i kopplingar från lokala och regionala journalsystem till den nationella tjänsteplattformen och vidare till det nationella kvalitetsregistret, SWIBREG, är helt avgörande för möjligheterna att tillhandahålla ökad grad av automatiserad överföring av data och därigenom ökad täckningsgrad avseende flera av indikatorerna för vårdförloppet. Det är av yttersta vikt att effektivisera resursutnyttjandet i fråga om registrering av data i SWIBREG och på sikt helt undvika dubbeldokumentation.

2.6. Kompetensförsörjning

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp IBD - vuxna ställer krav på tillräckligt antal medarbetare på varje gastroenterologisk och kolorektalkirurgisk enhet för att kunna möta det utökade arbete som vårdförloppet initialt kan innebära. Detta gäller framför allt på de enheter som idag saknar kompetens eller inte är uppbyggda för att fullt ut kunna hantera de olika stegen och komponenterna i detta vårdförlopp, inklusive aspekter som tid till endoskopi och nybesök, strukturerad monitorering av sjukdomsaktivitet, tätare uppföljningsbesök, teamarbete och nyttjande av SWIBREG. Dessutom ställer vårdförloppet krav på att det finns IBD-sjuksköterskor, dietister och kuratorer med erfarenhet och särskild kunskap inom gastroenterologi och IBD i synnerhet, vilket idag saknas på vissa enheter. För att säkra kontinuitet i vårdförloppet och undvika onödig väntetid för patienterna är det av särskild vikt att stärka och tydliggöra IBD-sjuksköterskans roll. Förutom behovet av utbildning inom gastroenterologi för IBD-sjuksköterskor, krävs lokala anpassningar av hur arbetet ska utvecklas utifrån rådande lokala förhållanden.

Kontinuerlig kompetensutveckling för samtliga professioner är av vikt för framgångsrik implementering av vårdförloppet. Detta inkluderar kompetens inom primärvård för att exempelvis identifiera patienter med misstänkt IBD. För den specialiserade vården gäller det att säkerställa kompetens inom endoskopi (inklusive karakterisering av endoskopisk aktivitet), radiologi och kompetenser inom enheter kopplade till införandet av ett så kallat "treat-to-target" koncept, det vill säga ett målstyrt behandlingskoncept.

2.7. Påverkan på andra kunskapsstöd

Pågående arbete med vårdförlopp för levnadsvanor kan möjligtvis påverka innehållet i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp IBD - vuxna, vilket bör beaktas vid framtida uppdateringar. Med reservation för vårdprogrammet för vuxna med IBD finns det utifrån arbetsgruppens bedömning i dagsläget ingen påverkan på andra befintliga kunskapsstöd. Samordning och harmonisering är viktigt vid eventuellt framtida framtagande av vårdförlopp inom närliggande diagnoser.

2.8. Påverkan på andra nyckelfrågor i hälso- och sjukvården

Vårdförloppet och vårdprogrammet bedöms ha inga eller få konsekvenser för andra nyckelfrågor inom hälso- och sjukvården. Kunskapsstöden är väl förenliga med omställningen till God och nära vård, då denna ska främja jämlik hälsa, vilket även är huvudsyftet med kunskapsstöden.

Omställningen till God och nära vård syftar även till samordning av vårdinsatser, samverkan mellan vårdaktörer, tillgänglighet och ökad delaktighet för patienter. Även detta harmonierar med tanken i vårdförloppet för IBD.

Ett framgångsrikt implementerat vårdförlopp kommer att

- tydliggöra patientflödet mellan olika vårdgivare
- ge förutsättningar för ökad samverkan mellan olika vårdgivare
- möjliggöra ökad delaktighet för patienter med IBD och leda till en "proaktiv vård" där behandling initieras innan inflammationen har progredierat till en fas av tarmsymtom och försämrad livskvalitet.

2.9. Uppföljning

Majoriteten av indikatorer som ska följas i vårdförlopp IBD kommer att hämtas ur SWIBREG. Det är därför avgörande att samtliga patienter som omfattas av vårdförlopp IBD (och vårdprogram IBD) registreras i SWIBREG. Baserat på samkörning med Socialstyrelsens Patientregister hade registret år 2018 en täckningsgrad på cirka 82 procent bland patienter med upprepade vårdkontakt för IBD och som under senaste 18 månadersperioden behandlats med immunmodulerare, biologisk behandling eller kirurgi. Därtill är registrerade data i många fall inte kompletta, vilket ytterligare försvårar uppföljning.

SWIBREG bör kunna hantera den ökade volymen av inkommande data inom befintliga resurser. Dialog kring behov av resurser för att skapa och årligen ta fram de föreslagna indikatorerna behöver dock initieras med SWIBREG. Kompetenshöjning kommer att krävas vid de enheter och inom de personalkategorier som i dagsläget inte har resurser eller kompetens att registrera i SWIBREG. Registrets årliga utbildningsdagar bör kunna tjäna som forum för kompetenshöjningen, men resurser kommer att behöva tillföras för att möjliggöra medverkan vid dessa utbildningsdagar och för lokal implementering. För att minska vårdpersonalens administrativa börda och möjliggöra en effektivare vård är det av yttersta vikt att regionerna faciliterar och stödjer en koppling med direkt dataöverföring till SWIBREG via nationella tjänstplattformen. I dagsläget har enbart en region direktöverföring av variabler avseende inflammatorisk aktivitet och direktöverföring av övriga journaldata saknas helt. SWIBREG saknar resurser för att på egen hand driva frågan varför resurser behöver avsättas.

För uppföljning av utfallsmåttet "Kontinuitet" krävs separat utvecklingsarbete, eventuellt inom ramarna för den nationella patientenkäten som görs av regionerna/SKR (regionernas/SKR:s datainsamlingar). Det kommer initialt att kräva resurser i arbetsgruppen och hos SKR för att skapa denna indikator, även om den efterföljande årliga resursåtgången torde vara begränsad.

Även för processmåttet "Andel patienter som erbjuds tid för ileokoloskopi inom 14 dagar från att remiss skrivits" krävs separat utvecklingsarbete. Arbetet med att utveckla denna indikator kommer att kräva resurser från SKR, registerhållande myndighet, arbetsgruppen och SWIBREG, framför allt initialt.

2.10. Övriga konsekvenser

Såväl stöd som krav för implementering av kunskapsstöden måste vara så attraktiva att införandet blir en naturlig del i vården. Under implementeringen kan webbutbildning, manualer, riktlinjer och lathundar behöva utarbetas. Likaså krävs att såväl Nationellt programområdet mag- och tarmsjukdomar som samtliga regionala programområden inom området tar aktivt ansvar för implementeringen och följer upp implementeringsprocessen. I syfte att kvalitetssäkra och jämställa IBD-vården i Sverige, är det viktigt att resurser tillförs för att utveckla en digital infrastruktur där vårdgivare och patient kan ta del av dennes planerade vård.

Vidare behövs resurser för att utveckla informationsfilmer samt digitala stödprogram kring olika dimensioner av IBD. Arbetet med att ta fram dessa bedöms begränsat men kräver produktionsstöd. Vidare är det av vikt att framtaget filmmaterial läggs på en öppen plattform för att säkerställa att de lätt kan nås av den enskilde patienten.

För att stärka lärandet och möjligheterna till fortsatta förbättringar av vården för patienter med IBD bör resursavsättning till följeforskning av införandet av vårdprogrammet och vårdförloppet övervägas. Detta kan sannolikt med fördel ske genom samordningar så att flera liknande processer inkluderas och delvis studeras parallellt.

3. Referenser

1. Ludvigsson JF, Andersson M, Bengtsson J, Eberhardson M, Fagerberg UL, Grip O, et al. Swedish Inflammatory Bowel Disease Register (SWIBREG) - a nationwide quality register. *Scand J Gastroenterol.* 2019;54(9):1089-101.
2. Zhulina Y, Cao Y, Amcoff K, Carlson M, Tysk C, Halfvarson J. The prognostic significance of faecal calprotectin in patients with inactive inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2016;44(5):495-504.
3. Frosliø KF, Jahnsen J, Moum BA, Vatn MH, Group I. Mucosal healing in inflammatory bowel disease: results from a Norwegian population-based cohort. *Gastroenterology.* 2007;133(2):412-22.
4. Eriksson C, Cao Y, Rundquist S, Zhulina Y, Henriksson I, Montgomery S, et al. Changes in medical management and colectomy rates: a population-based cohort study on the epidemiology and natural history of ulcerative colitis in Örebro, Sweden, 1963-2010. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;46(8):748-57.
5. Zhulina Y, Udumyan R, Henriksson I, Tysk C, Montgomery S, Halfvarson J. Temporal trends in non-stricturing and non-penetrating behaviour at diagnosis of Crohn's disease in Örebro, Sweden: a population-based retrospective study. *J Crohns Colitis.* 2014;8(12):1653-60.
6. Sjöberg D, Holmström T, Larsson M, Nielsen AL, Holmquist L, Ekblom A, et al. Incidence and natural history of ulcerative colitis in the Uppsala Region of Sweden 2005-2009 - results from the IBD cohort of the Uppsala Region (ICURE). *J Crohns Colitis.* 2013;7(9):e351-7.
7. Sjöberg D, Holmström T, Larsson M, Nielsen AL, Holmquist L, Ekblom A, et al. Incidence and clinical course of Crohn's disease during the first year - results from the IBD Cohort of the Uppsala Region (ICURE) of Sweden 2005-2009. *J Crohns Colitis.* 2014;8(3):215-22.
8. Ungaro RC, Yzet C, Bossuyt P, Baert FJ, Vanasek T, D'Haens GR, et al. Deep Remission at 1 Year Prevents Progression of Early Crohn's Disease. *Gastroenterology.* 2020;159(1):139-47.
9. Panaccione R, Colombel JF, Travis SPL, Bossuyt P, Baert F, Vaňásek T, et al. Tight control for Crohn's disease with adalimumab-based treatment is cost-effective: an economic assessment of the CALM trial. *Gut.* 2020;69(4):658-64.
10. Colombel JF, Panaccione R, Bossuyt P, Lukas M, Baert F, Vaňásek T, et al. Effect of tight control management on Crohn's disease (CALM): a multicentre, randomised, controlled phase 3 trial. *Lancet.* 2017;390(10114):2779-89.
11. Baert F, Moortgat L, Van Assche G, Caenepeel P, Vergauwe P, De Vos M, et al. Mucosal healing predicts sustained clinical remission in patients with early-stage Crohn's disease. *Gastroenterology.* 2010;138(2):463-8; quiz e10-1.
12. Khalili H, Everhov Å H, Halfvarson J, Ludvigsson JF, Askling J, Myrelid P, et al. Healthcare use, work loss and total costs in incident and prevalent Crohn's disease and ulcerative colitis: results from a nationwide study in Sweden. *Aliment Pharmacol Ther.* 2020;52(4):655-68.

Bilaga 1 Hälsoekonomisk analys

Syfte

Syftet med den hälsoekonomiska analysen är att uppskatta merkostnaderna för de åtgärder som ingår i Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD) – vuxna, samt Vårdprogram för vuxna med Inflammatorisk tarmsjukdom (IBD). Kostnadsberäkningen görs inledningsvis för år 1, där merkostnader som uppstår för nyttillkomna patienter med IBD inkluderas i vårdförloppet. Därefter görs en generell, årlig kostnadsberäkning över vilka merkostnader som vårdförloppet och vårdprogrammet tillsammans kommer att innebära. Här ingår även kostnader för patienter som tillkommit från och med år 1 och som behöver behandling vid ett eller flera tillfällen under sin resterande sjukdomstid. Enligt uppskattning är den genomsnittliga tiden som patienter lever med sjukdomen IBD 40 år. Nuvärdet av merkostnaderna från år 1 till år 40 har därmed också beräknats.

Metod

Den hälsoekonomiska kostnadsanalysen har beaktat regionperspektivet, vilket innebär att de förväntade kostnaderna för regionerna i förhållande till förslagen i kunskapsstöden. Denna analys följer metoden som föreslagits av Drummond med flera [1]. Metoden innefattar fyra steg: 1) identifiera de relevanta utökade resurserna som kommer att användas, 2) kvantifiera dessa resurser i fysiska enheter, 3) värdera de olika resurserna som används till deras möjlighetskostnader samt 4) hantera differentiell tidpunkt för resurser.

Baserat på yttranden från relevant personal och experter, identifierades vilka hälsoinsatser som kan ingå för behandling av patienter i enlighet med de nya kunskapsstöden. Kostanderna beräknades sedan för varje utökad insats genom att multiplicera antalet insatser med sina priser. Totalt antal patienter och de uppskattade utökade insatserna för hela Sverige under en årsperiod har således identifierats och dess kostnader har beräknats. Priset på varje typ av insats har angivits från experter med kunskap inom detta område samt från databaser, som lönestatistik. De identifierade insatserna har klassificerats i kapital (långvariga) och återkommande poster. Kapitalkostnaderna beräknades till motsvarande årliga kostnad med hänsyn tagen till insatsernas livstid och en diskonteringsränta på tre procent samt årlig inflation på två procent [1]. Vid beräkningar av kostnader som uppstår längre fram än fem år har i stället genomsnitt över den historiska prisutvecklingen (inflation och löneökning) använts. De totala beräknade kostnaderna har klassificerats i olika aktiviteter i form av inköp av maskin och drift, klinik och personal.

Resultat

Tabell 1 nedan redovisar den beräknade kostnadsökningen i samband med vårdförloppet under en ettårsperiod i Sverige under programmets första år. Under detta år beräknas de totala merkostnaderna av programmet bli ungefär 13,8 miljoner kronor. Klinik står för den högsta andelen av kostnaden (70,2 procent), följt av personal (29,6 procent), samt maskin och drift (0,2 procent). Handdynamometern är den enda hälsoinsatsen i kategorin maskin och drift som förväntas bidra med en kostnadsökning till följd av vårdprogrammet, där 40 enheter till styckpriset 3 351 kronor med en livslängd på fem år ska köpas in, vilket ger en total kostnad på 134 040 kronor. Den diskonterade och inflationsjusterade årliga kostnaden blir 26 509 kronor. Övriga hälsoinsatser inom denna kategori (koloskop, driftkostnad, MR-apparat) ingår i stället i klinikkostnaderna. Vårdprogrammet förväntas även leda till ytterligare investeringar i form av digitalisering, men det saknas tillräckligt med underlag för att uppskatta kostnaden av detta.

Merkostnaderna inom kategorin klinik består av tester (F-Kalprotektin, CRB och Hb), ileokoloskopi och magnetröntgen. Ileokoloskopi väntas leda till den största kostnadsökningen (cirka 5,7 miljoner kronor), och utgör 59 procent av de totala klinikkostnaderna, följt av magnetröntgen (cirka 2,3 miljoner kronor) som utgör 24 procent av de totala klinikkostnaderna. Testarna (F-Kalprotektin, CRB och Hb) utgör tillsammans 18 procent av klinikkostnaderna.

Vårdprogrammet innebär merkostnader inom fyra olika typer av personalbesök: gastroentolog, IBD-sköterska, dietist och kurator. Bland de två förstnämnda väntas programmet innebära 3 000 besök, vilka är beräknade att tidsättas till en timme per tillfälle. Programmet väntas också leda till 1 500 besök hos dietist och 1 050 besök hos kurator, á 1,5 timme per tillfälle. Bland personalkostnader utgör gastroentologer den högsta kostnaden (cirka 1,9 miljoner kronor), följt av sjuksköterskor (cirka 1 miljoner kronor), dietister (cirka 0,7 miljoner kronor), och sist kuratorer (cirka 0,5 miljoner kronor).

Tabell 1. Beräknad kostnadsökning i samband med det föreslagna vårdförloppet för patienter med misstanke om IBD under en ettårsperiod i Sverige (år 1)

Kostnadsställe	Hälsoinsats	Kostnader (SEK)	Kostnadsandel
Maskin och drift	Handdynamometer	26 509	0,2%
<i>Delsumma</i>		26 509	
Klinik	F-Kalprotektin	1 512 900	70,2%
	CRP	94 200	
	Hb	106 600	
	Ileokoloskopi	5 662 500	
	MR	2 274 000	
<i>Delsumma</i>		9 650 200	
Personal	Gastroenterolog (Avancerad IBD 1a året)	1 875 000	29,6%
	IBD sköterska (Avancerad 1a året)	1 017 857	
	Dietist (Avancerad IBD 1:a året)	703 125	
	Kurator (Avancerad IBD 1 året)	481 486	
<i>Delsumma</i>		4 077 468	
Totala summan		13 754 177	100%

Merkostnaderna kopplade till vårdförloppet avser perioden från misstanke om inflammatorisk tarmsjukdom och avslutas efter uppföljningsbesöket ett år efter att diagnosen fastställdes. Med andra ord beräknas merkostnaderna under det första året med vårdförloppet utifrån antalet nya patienter med IBD. Beräkningen av merkostnaderna för vårdprogrammet tar även hänsyn till patienter som tidigare diagnostiserats med IBD, och som under sin efterföljande sjukdomstid behöver ytterligare hälsoinsatser.

Tabell redovisar den beräknade kostnadsökningen i samband med vårdprogrammet under en ettårsperiod i Sverige. Här beräknas de totala merkostnaderna av programmet bli ungefär 38,1 miljoner kronor.

Det framgår att klinik fortfarande står för den största andelen av den totala kostnaden, samt att andelen har ökat från enbart vårdförloppet (till 79,4 procent). Detta tyder på att en stor del av kostnaderna som uppstår hos tidigare tillkomna patienter, uppkommer vid hälsoinsatser inom klinik. Ileokoloskopi väntas fortfarande leda till den största kostnadsökningen (totalt cirka 17,7 miljoner kronor per år), vilket motsvarar 59 procent av klinikskostnaderna. Näst störst kostnadsökning väntas magnetröntgen ha (totalt cirka 7,1 miljoner kronor per år), vilket motsvarar 24 procent av

klíníkskostnaderna. Fördelningen av kostnaderna för hälsoinsatserna inom klinik är således oförändrad från år 1.

Inom personalkostnader har tillägg efter år 1 gjorts för 2 000 besök vardera hos gastroentolog, IBD-sjuksköterska och dietist. Tillägg för besök hos gastroentolog och IBD-sjuksköterska vid avancerad IBD (200 besök), ulcerös kolit (UC) (60 besök) och Crohns sjukdom (CD) (160 besök) har också gjorts. Vi har även lagt till besök hos kurator vid avancerad IBD (560 besök), samt hos dietist vid avancerad CD (800 besök). Kostnad för kolorektal kirurgi vid avancerad UC (60 tillfällen) och CD (160 tillfällen) har även lagts till, med personalkostnader inkluderande kirurger, sjuksköterskor och undersköterskor. De totala kostnaderna för personal (cirka 7,8 miljoner kronor) motsvarar 20,5 procent av de totala kostnaderna för införandet av vårdprogrammet. Kostnaderna för maskin och drift är oförändrade från vårdförloppet.

Tabell 2. Beräknad kostnadsökning i samband med det föreslagna vårdprogrammet för patienter med IBD under en ettårsperiod i Sverige

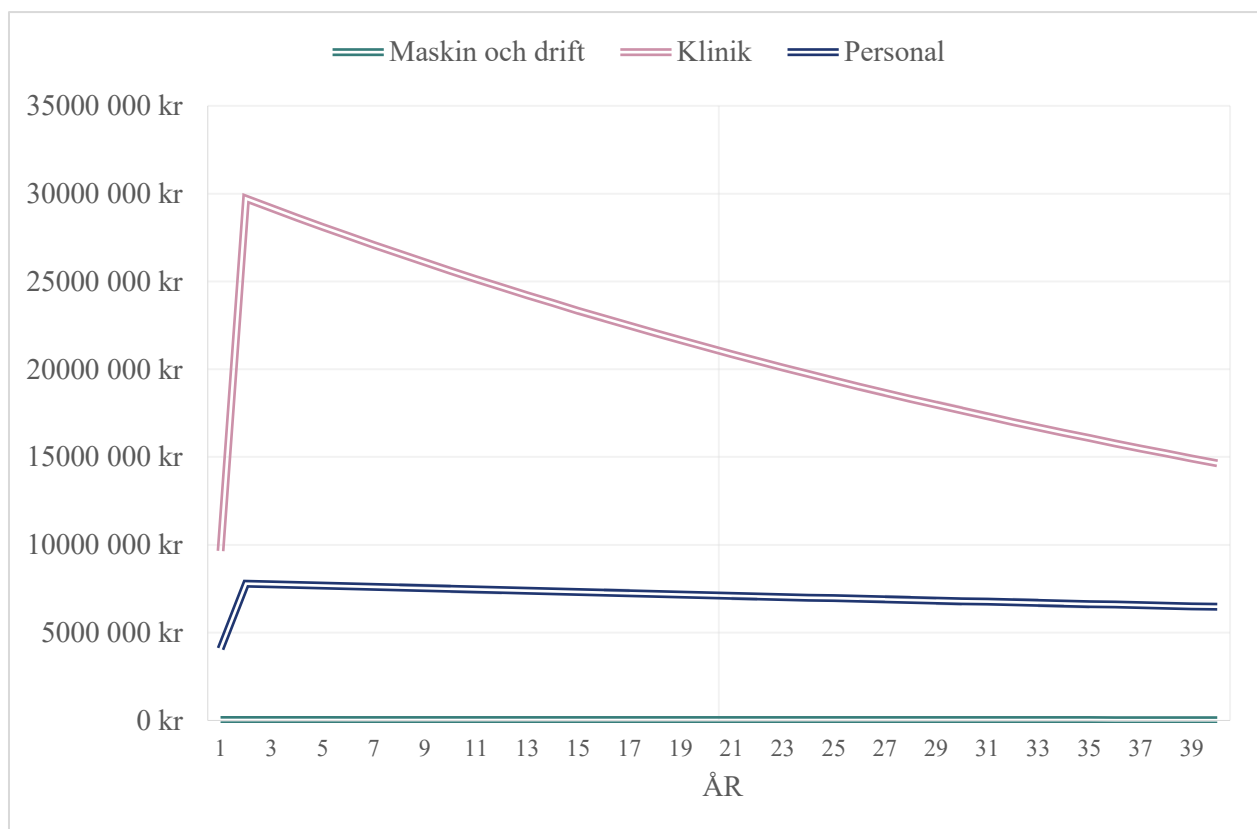
Kostnadsställe	Hälsoinsats	Kostnader (SEK)	Kostnadsandel
Maskin och drift	Handdynamometer	26 509	0,1%
<i>Delsumma</i>		26 509	
Klinik	F-Kalprotektin (år 1)	1 512 900	79,4%
	CRP (år 1)	94 200	
	Hb (år 1)	106 600	
	Ileokoloskopi (år 1)	5 662 500	
	MR (år 1)	2 274 000	
	F-Kalprotektin (år > 1)	3 362 000	
	CRP (år >1)	157 000	
	Hb (år > 1)	177 667	
	Ileokoloskopi (år >1)	12 080 000	
	MR (år >1)	4 851 261	
		30 278 127	

Fortsättning av tabell 2 på nästa sida

Fortsättning av tabell 2.

Personal	Gastroenterolog (år 1)	1 875 000	20,5%
	Gastroenterolog (>år1)	1 250 000	
	IBD sköterska (år 1)	1 017 857	
	IBD sköterska (>år 1)	678 571	
	Dietist (år 1)	703 125	
	Dietist (>år 1)	937 500	
	Kurator (år 1)	481 486	
	Gastroenterolog (Avancerad IBD)	125 000	
	IBD sköterska (Avancerad IBD)	67 857	
	Kurator (Avancerad IBD)	256 793	
	Kolorektal kir (avancerad UC op)	56 250	
	Kolorektal kir sköterska (avancerad UC op)	30 536	
	Kolorektal kir usk (avancerad UC op)	18 750	
	Gastroenterolog (Avancerad UC op)	18 750	
	IBD sköterska (Avancerad UC op)	10 179	
	Kolorektal kir (avancerad CD op)	16 667	
	Kolorektal kir sköterska (avancerad CD op)	16 667	
	Kolorektal kir usk (avancerad CD op)	-	
	Gastroenterolog (Avancerad CD op)	50 000	
IBD sköterska (Avancerad CD op)	27 143		
Dietist (Avancerad CD op)	187 500		
<i>Delsumma</i>	7 825 629		
Totala summan	38 130 266	100%	

Avslutningsvis så har nuvärdet av den årliga kostnadsökningen i samband med kunskapsstödens införande även beräknats över en 40-årsperiod. Eftersom kostnaderna således kommer att uppstå vid olika tidpunkter, har det justerats för inflation och diskonteringsränta. För kostnader relaterade till maskiner och klinik, har den genomsnittliga inflationen de senaste tio åren i Sverige använts, vilket ger en årlig kostnadsökning på 1,1 procent [2]. För personalkostnader har den nominella löneökningen de senaste tio åren i Sverige använts, vilket ger en årlig kostnadsökning på 2,5 procent [3]. I enlighet med Drummond med flera [1] har kostnaderna justerats med en diskonteringsränta på tre procent. Kostnaderna antas för enkelhetens skull uppstå i början på varje år. Eftersom kostnaderna diskonteras med en ränta som överstiger prisutvecklingen i Sverige, kommer nuvärdet av den årliga kostnadsökningen i samband med vårdförloppet att minska i förhållande till dagens värde. Detta synliggörs i Figur 1 nedan, där nuvärdet av kostnaderna först ökar vid år 2, och därefter minskar kraftigt över tid.



Figur 1. Nuvärdet av den beräknade årliga kostnadsökningen i samband med de föreslagna kunskapsstöden för patienter med IBD under en 40-årsperiod i Sverige.

Referenser bilaga 1

1. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GG, O'Brien BJ, Stoddart G. 2015. *Methods for the economic evaluation of health care Programmes*. Third. Oxford Univ. press. York. New York: Oxford University Press.
2. Statistiska Centralbyrån (2021). Inflation i Sverige 1831–2020: <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/priser-och-konsumtion/konsumentprisindex/konsumentprisindex-kpi/pong/tabell-och-diagram/konsumentprisindex-kpi/inflation-i-sverige/> (25 oktober 2021)
3. Medlingsinstitutet (2021). Konjunkturlönestatistik: <https://www.mi.se/lon-loneutveckling/konjunkturlonestatistik/> (25 oktober 2021)