

Sidhuvud

Datum

## Gapanalys vårdförlopp Jättecellsarterit 2024-03-17

GAP-analys är en beskrivning av gapet mellan det framtagna vårdförloppet och nuvarande arbetssätt (nuläge).

Skickas i steg ett till ansvarigt samordningsråd (SOR) eller regionalt programområde (RPO). Efter förankring där vidare till övrigt berörda SOR/RPO. I steg två skickas gapanalysen till funktionsbrevlådan Koncernkontoret Kunskapsstyrning FB  
[koncernkontoret.kunskapsstyrning@vregion.se](mailto:koncernkontoret.kunskapsstyrning@vregion.se).

### Vårdförlopp: Jättecellsarterit (GCA)

**Datum:**

**Uppgiftslämnare:** RPT Jättecellsarterit, ordförande Kajsa Stubendorff

## Statistisk baslinjemätning för Västra Götaland, Patientunderlag/volymer

I Västra Götalandsregionen (VGR) visar statistik framtagen av Regional vårdanalys att ca 1000 personer lever med sjukdomen Jättecellsarterit (GCA). Beräkningarna baseras på diagnoskoderna *M31.5 Jättecellsarterit med Polymyalgia reumatica* och *M31.6 Annan jättecellsarterit* och prevalensen är i detta fall beräknat som antalet unika nu levande, nu boende i VGR som någon gång har fått diagnos i samband med vårdkontakt sedan 2010 (när registreringen startade). Publicerade data från Skåne visar en förekomst (prevalens) på 127 per 100 000 invånare hos personer över 50 år, vilket indikerar att vi idag har runt 4 800 personer som lever med sjukdomen i Sverige. Sjukdomen drabbar individer över 50 år och incidensen ökar med stigande ålder. GCA är två till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män

och sjukdomen förekommer mer frekvent i Skandinavien jämfört med resten av världen. I VGR visar framtagna statistik att incidensen (dvs antalet personer som insjuknar per år) är ca 28 per 100 000 invånare över 50 år. I våra beräkningar avser incidens antalet unika patienter över 50 år, som har haft minst två vårdkontakter med diagnos GCA, det år de fick diagnos för första gången. Under 2023 fick 243 personer i VGR diagnosen GCA, varav 132 i Göteborg, 45 i Skövde, 36 i Uddevalla och 30 i Borås. Se figur.

Tårtdiagram

### Metoden för diagnostik påverkar prevalens och incidens

I två publikationer som beskriver insjuknandefrekvensen i Sverige anges att 14 respektive 22 patienter/ 100 000/ år insjuknar i GCA. I den studie som angav 14/ 100 000/år, baserades diagnosen på temporalartärbiopsi (TAB) (Mohammad 2015). I den studie som angav en incidens på 22/100 000/år baserades diagnosen på "typisk klinisk bild" (Nordborg 2003). Bland patienter som får diagnos utifrån kliniska symtom (utan objektiv undersökningsmetod), vet vi att det finns en överdiagnostik (dvs patientens symtom har en egentligen annan förklaring). Det kan inte heller anses säkert att basera diagnostiken helt på TAB. Även om TAB hittills har varit golden standard för säker diagnos GCA, vet vi att en negativ biopsi inte utesluter inte att patienten har GCA. Om man kräver positiv TAB för diagnos, finns risk för underdiagnostisering. Numera finns ytterligare en tillgänglig metod för att diagnosticera kranieell GCA. Ultraljud av temporaliskärlet som diagnostisk metod har, jämfört med TAB, högre sensitivitet. Det betyder att man säkrare kan avskrika misstanken om GCA när ultraljudundersökning inte påvisar kärlinflammation. Metoden är också mer kostnadseffektiv i förhållande till TAB. European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) rekommenderar ultraljud som diagnostisk metod vid GCA med kraniala symtom, förutsatt snar tillgång till undersökning och hög expertis hos undersökaren.

### Kommentarer till framtagna statistik

Den framtagna statistiken i VGR måste betecknas som osäker. Det finns flera möjliga förklaringar till att den rapporterade incidensen i VGR är högre än förväntat. Vi ser att diagnoskoderna M31.5 och M31.6 används t ex i samband med att patienter genomgår TAB, dvs under utredningen innan diagnosen är bekräftad. Det ger en falskt för hög incidens. Det är långt ifrån alla biopsier som bekräftar diagnos GCA. Under år 2022 bedömdes 103 st biopsier på patologen SU, varav 33 utföll positiva.

Eftersom vårdförloppet inleds redan vid misstanke, räknar vi med att många fler patienter inkluderas i vårdförlopp GCA, än de som senare bekräftas ha sjukdomen. Det hade det varit önskvärt att veta hur många som **utreds** för GCA i nuläget, men några sådana siffror har inte kunnat tas fram. Antalet TAB

**Commented [KS1]:** Dessa siffror kommer sannolikt att justeras något. Vi väntar på nya data från Regional Vårdanalys.

(KVÅ kod VCK 55) i hela VGR varierade mellan 202–238 st/år, under åren 2015–2023 och hade möjligen kunnat användas som en proxy, men uppenbart är antalet patienter som i nuläget diagnosticeras och behandlas på klinisk misstanke större, än de som utreds med objektiv metod.

## Sammanfattning av vårdförloppet - det önskade läget

### Det nationella vårdförloppets mål

- att minska tiden från misstanke till diagnos
- att patienter med rimlig misstanke om GCA snabbt blir utredda och behandlade
- att minska andelen sjukdoms- och/eller behandlingsrelaterade komplikationer
- att öka patientens delaktighet i sin vård och behandling av GCA

För att nå dessa mål skall Reumatolog vara tillgänglig för att diskutera handläggning av misstänkta fall, ge vägledning kring vidare utredning och adekvat behandling eller avfärda misstanken. Om ögonsymptom föreligger hos en patient med misstanke om GCA, är det av största vikt att snabbt starta adekvat behandling (högre doser kortison, oftast intravenöst initialt) och låta patienten genomgå akut ögonläkarbedömning. För att minska risken för irreversibel blindhet, får behandlingen inte fördröjas i väntan på reumatologkontakt eller annan utredning.

Utredning genomförs i första hand med icke-invasiv metod, där ultraljud har en central roll. Ultraljudsundersökning av temporalartären bör genomföras inom 72 timmar från start av behandling, samtidigt som utredningen inte får försena behandlingsstart om stark misstanke föreligger. Vid typisk klinisk bild och tydliga ultraljudsfynd, kan man avstå från TAB för att sätta diagnos.

Alla patienter med fastställd diagnos skall informeras om sjukdom och behandling. En behandlingsplan bör upprättas och vårdförloppet innefattar en strukturerad uppföljning under de första 6 månaderna. De flesta patienterna behandlas med kortison i två år eller längre. Oftast är det tillräckligt med kortison, men i vissa fall finns indikation att behandla med andra immunmodulerande läkemedel. Sedan 2017 finns ett sk biologiskt läkemedel (IL6 blockad, tocilizumab) godkänt för behandling av GCA. I nuläget är sådan behandling aktuell när kortison är otillräckligt eller då kortison orsakar eller riskerar att orsaka allvarliga bieffekter.

Målet med den strukturerade uppföljningen är en adekvat monitorering av kortisondoserna och att man tar ställningstagande till behov av steroidsparande behandling såsom IL 6 blockad. Patientens delaktighet är ett viktigt mål. Levnadsvanor skall diskuteras.

## **Beskriv gapet mellan det önskade läget i vårdförloppet och nuläget i VGR**

### **Kunskapsläget vid misstanke**

#### **Nuläge i VGR**

Idag omhändertas patienter med misstänkt GCA på många olika ställen i vården, beroende på var de söker för sina symtom. Vanligast är att patienten söker på vårdcentral och att allmänläkare fattar misstanke. Misstanke om GCA uppstår också inom internmedicin, infektionsmedicin, akutmedicin, ögonsjukvård, öron-näsa-hals eller reumatologi. I nuläget ställs alltså höga kunskapskrav inom ett stort antal specialiteter, om en trots allt relativt ovanlig sjukdom. Risker är både över- och underbehandling av patienter, undermålig utredning, alltför långsam kortisonnedtrappning, icke strukturerad uppföljning, otillräcklig information om sjukdom och behandling.

#### **Önskat läge enligt vårdförloppet**

Reumatologin behöver ta ett större ansvar som kunskapsbärare. Reumatolog bör enligt vårdförloppet finnas tillgänglig telefonledes, för att tillsammans med patientansvarig läkare värdera misstanke och planera en effektiv och patientcentrerad utredning.

### **Objektiv utredning**

#### **Nuläge i VGR**

Den utredningsmetod som i första hand finns tillgänglig i VGR idag är TAB. Undersökningen bör utföras inom 14 dagar från påbörjad kortisonbehandling, svar brukar erhållas inom 2–3 veckor från provtagningsdatum. Detta innebär lång utredningstid innan ställningstagande till diagnos kan tas. Metoden ger ibland falskt negativa resultat, eftersom inflammationen i kärlen är segmentell. För att öka känsligheten önskas en lång biopsi, helst 2–3 cm kärl. TAB är ett mindre operativt ingrepp som uppskattningsvis tar 1h för patienten.

I nuläget finns ultraljudundersökning tillgänglig på Klinisk fysiologi Sahlgrenska. Metoden finns också i viss mån tillgänglig NÄL, men inte alls på SkaS och SÄS. Sahlgrenska kan ta emot remisser från hela regionen, men med tanke på att undersökningen måste göras inom 72 h från behandlingsstart och att patientgruppen är åldrad och skör, är långa resvägar för akut undersökning inte rimliga.

#### **Önskat läge enligt vårdförloppet**

Ur organisationsperspektiv är målet att erbjuda fler patienter en snabb och samlad utredning med objektiv undersökningsmetod. Målet är också att skifta

utredningen från TAB (utförs av ÖNH/kirurg och bedöms av patolog) till ultraljudundersökning av kärl som förstahandsmetod. Ultraljudundersökning bör finnas tillgänglig inom 72 timmar. TAB måste även framledes finnas tillgänglig i mindre omfattning, t ex då ultraljud utfallit inkonklusivt. För patienter med synpåverkan, bör akut ögonläkarbedömning finnas tillgängligt.

## **Uppföljning**

### **Nuläge i VGR**

Idag finns inget strukturerat och samlat omhändertagande av patientgruppen. Det finns en risk att kunskapen om sjukdomen och tillgängliga läkemedelsbehandlingar inte är tillräcklig hos den som möter patienten. Kortisonbehandling är en potent behandling som påverkar kroppen både fysiskt och psykiskt. För att minimera biverkningar och komplikationer, måste patienten få rätt information om vilka symtom man skall vara uppmärksam på, vikten av följsamhet till behandling samt adekvat instruktion för nedtrappning. Den läkare som i akutskedet misstänker diagnos, startar kortisonbehandling och initierar utredningen har inte alltid förutsättningar att följa upp handläggningen på ett patientsäkert sätt. I nuläget skrivs ibland remiss till annan vårdgivare för uppföljning, vilket innebär en risk för att patienten faller mellan stolarna i ett kritiskt skede av sjukdomsförloppet. Långt ifrån alla patienter med bekräftad diagnos blir bedömda av reumatolog, vilket innebär att de inte heller blir värderade gällande indikation för kortisonsparande behandling.

I nuläget följer Reumatologen svårare fall av GCA (t ex ögonkomplikation eller engagemang i stora kärl) och de patienter med behov av kortisonsparande behandling (enligt inremittentens bedömning).

### **Önskat läge enligt vårdförloppet**

Önskeläget är att alla patienter med fastställd diagnos GCA erhåller adekvat behandling och strukturerad uppföljning enligt PSV GCA, i åtminstone 6 månader, dvs vårdförloppets längd.

I den strukturerade uppföljningen enligt PSV-GCA ingår

1. uppföljning med läkare eller sköterska inom 2 v från diagnos.
2. Uppföljning med läkare eller sköterska 6 veckor efter diagnos
3. Uppföljning hos läkare 3 månader efter diagnos
4. Uppföljning hos läkare 6 månader efter diagnos

Därefter fortsatt uppföljning och behandling i primär- eller specialiserad vård.

## **Öka patientens delaktighet i sin vård och behandling**

### **Nuläge i VGR**

I nuläget finns ingen rutin eller annan överenskommelse kring på vilket sätt patienter med GCA bör vara delaktiga i sin vård och behandling. Eftersom det i nuläget inte finns någon regional riktlinje angående vårdnivå under utredning och uppföljning, ser vi att patienter påverkas, framför allt av den oreda som kan uppstå tidigt i förloppet, när diagnosen misstänks. Det händer att patienter startar kortisonbehandling utan att få tillräcklig information om vad som förväntas av dem, vilka symtom de skall vara uppmärksamma på, vem de skall kontakta eller vilken uppföljning de kan förvänta sig.

### **Önskat läge enligt vårdförloppet**

Ett av vårdförloppets fyra huvudsakliga mål är att öka patientens delaktighet i sin vård och behandling av GCA. Vid varje steg i vårdförloppet finns patientens egna åtgärder (efter förmåga) specificerade. Enligt vårdförloppet har patienten ett eget ansvar att berätta om sin hälsa, sina symtom och sitt mående. Hen har också ett ansvar att uttrycka behov av information. Patienten bör få möjlighet att medverka i beslut om utredning och behandling.

I vårdförloppet strävar man efter personcentrering och patientkontrakt. Ett personcentrerat förhållnings- och arbetssätt konkretiseras genom patientkontrakt, som är en gemensam överenskommelse mellan vården och patienten om fortsatt vård och behandling. Patientkontraktet utgår från patientens och närståendes behov, resurser och erfarenheter av hälso- och sjukvård och innebär att en eller flera fasta vårdkontakter utses samt att det framgår vad vården tar ansvar för och vad patienten kan göra själv. Patientkontrakt kan göras vid flera tillfällen, relaterat till patientens hälsotillstånd.

Patientkontraktet utformas gemensamt av patient och läkare och/eller sjuksköterska efter fastställd diagnos och innehåller information om planerad behandling, uppföljning samt kontaktuppgifter till vården. Där framgår när patienten kan förvänta sig nästa kontakt (utifrån personens behov) samt vid vilka symtom patienten ska höra av sig till vården och vart patienten kan vända sig. I enlighet med patientkontraktet framgår också vem som är patientens fasta vårdkontakt. Det framgår även när patienten ska lämna prover och hur dessa följs upp samt vilka anpassningar eller restriktioner den medicinska behandlingen kan leda till i patientens vardag. I överenskommelsen bör även ingå vilken egenvård, exempelvis levnadsvaneförändringar, som överenskommit med patienten utifrån individuellt behov och vart patienten kan vända sig för stöd kring detta. I överenskommelsen kan också patientens individuella resurser och stöd från

närstående ingå. Patientkontraktet kan dokumenteras i journalen och delas med patienten.

## **Baserat på identifierade gap – vilka förbättringsområden och åtgärder behöver prioriteras?**

### **A. Kortare tid från misstanke till bekräftad diagnos**

Aktiviteter:

- Läkare vid första vårdkontakt är ansvarig för att initiera utredning och behandling med stöd av Reumatolog
- Vid välgrundad misstanke om GCA initieras kortisonbehandling. Utredning får ej fördröja behandling
- God tillgänglighet till akut ögonläkarbedömning vid ögonsymptom
- Ultraljud bör finnas tillgänglig som undersökningsmetod i hela regionen inom 72 h från behandlingsstart.
- TAB bör även fortsättningsvis finnas tillgängligt vid behov, helst inom 7–10 dagar

### **B. Ultraljud som metod behöver införas och användas som förstahandsundersökning**

Aktiviteter:

- Införande av Ultraljud Temporalisscreening enligt EULAR-guidelines som förstahandsmetod.
- Ultraljudsmaskiner samt Probe behöver köpas in till verksamheter som inte har.
- Utbildning till de som ska genomföra ultraljud. Kan utföras av olika verksamheter/kompetenser som idag genomför kärultraljud.
- Viktigt med patientvolym för att lära sig metoden.

### **C. Behov av tydlig struktur för uppföljning från att diagnosen är satt till 6 månader.**

Det nationella vårdförloppet utgår från patienten och specificerar inte var denna strukturerade uppföljning bör ske, men vår bedömning är att den så långt det är möjligt bör ske hos reumatolog. Detta för att samla patienterna nära den specialitet med mest erfarenhet av sjukdomen och för att en allt större andel av patienterna förväntas ha indikation för kortisonsparande läkemedel de närmaste åren.

Önskeläget i VGR är att alla patienter med fastställd diagnos GCA erhåller adekvat behandling och strukturerad uppföljning enligt PSV GCA, på

Reumatologklinik i åtminstone 6 månader, dvs vårdförloppets längd. Om stabil sjukdomsbild och välfungerande kortisonbehandling vid 6 månader, bör remiss till primärvården övervägas, för fortsatt uppföljning där. Vid pågående immunmodulerande behandling följs patienten på Reumatologen så länge behandlingen pågår.

Huvudargumentet för detta upplägg är att patientsäkerheten förbättras och att vården blir mer jämlik, då patientgruppen samlas och kommer närmare den specialitet med störst kompetens kring sjukdomen och dess behandling.

Aktiviteter:

- Första telefonkontakt med sköterska eller läkare på reumatologen inom 2 veckor efter fastställd diagnos.
- Första läkarbesök hos reumatolog inom 1 månad efter fastställd diagnos.
- Alla patienter med fastställd diagnos GCA erhåller adekvat behandling och strukturerad uppföljning på Reumatologklinik enligt PSV GCA i åtminstone 6 månader, dvs vårdförloppets längd. Om stabil sjukdomsbild och välfungerande kortisonbehandling vid 6 månader, bör man överväga remiss till primärvården för fortsatt uppföljning där. Vid pågående immunmodulerande behandling följs patienten på Reumatologen så länge behandlingen pågår.

#### **D. Kunskapshöjande insatser för vårdpersonal**

Behövs inom de verksamheter, där misstanke om GCA vanligtvis uppstår; akutmottagning, ögonsjukvård, primärvård m fl.

Aktiviteter:

- Information/utbildning till personal (läkare och sjuksköterskor) om diagnoskriterier och nya arbetssätt enligt PSV GCA.
- Ta fram informationsmaterial som vårdpersonal kan lämna ut till patienter, både om sjukdomen GCA och behandling.

#### **E. Överenskommelse/gemensam plan med patient**

Aktiviteter:

- Utarbeta och implementera Min vårdplan GCA;
- Ta fram patientinformation om sjukdomen och dess behandling, råd kring levnadsvanor, förväntad uppföljning i vården samt kontaktvägar.
- Säkerställa patientens delaktighet i vård och behandling PSV GCA.

#### **Indikatorer (mätetal) som kan användas för att utvärdera effekten av respektive förbättringsområde.**

- Antal patienter med permanent synskada till följd av GCA (idag ca 5–10%) Minska till <5%

- Andel patienter med diagnos GCA baserad på objektiv undersökningsmetod. Öka till 80%.
- Uppföljande besök med läkare på Reumatologen inom 1 månad efter fastställd GCA diagnos, måltal 80%

## Styrande dokument: Regionala medicinska riktlinjer och rutiner

Behov finns att skapa av ett styrande dokument, Regional medicinsk riktlinje (RMR). Avstämning krävs med samordningsråd reumatologi, primärvård samt bild- och funktionsmedicin. Med tanke på förslag om ändrat patientflöde behöver Program- och prioriteringsrådet involveras.

## Beskriv vad som enligt vårdförloppet bör utmönstras

Ett av våra mål är att öka andelen patienter som fått diagnos baserad på objektiv undersökning. Vi hoppas att detta ger en säkrare diagnostik, där vi också har bättre verktyg för att säkert *avskriva* diagnos GCA. Då utmönstras vård som ges "i onödan", dels vårdkontakter kopplat till diagnosen GCA i sig, dels alla de konsekvenser som följer av kortisonbehandling (bentäthetsmätningar, osteoporosprofylax, uppföljning hos diabetessköterska mm). Detta torde vara en angelägen besparing både hälsoekonomiskt och vad gäller patientlidande.

## Konsekvensbeskrivning

### Patientnytta

Snabb utredning säkrare diagnostik och adekvat behandling för rätt patienter minskar risken komplikationer av sjukdomen, så som blindhet. Kortison är en mycket potent behandling men den är också behäftad med många biverkningar så som viktuppgång, sömnsvårigheter, benskörhet, diabetes och skör hud. Stor patientnytta att minska totala kortison dosen genom monitorering och adekvat nedtrappning hos de med diagnos GCA. Stor patientnytta om man efter utredning säkert kan avskriva misstanken om GCA och på så vis helt undvika onödig långvarig kortisonbehandling. Samlat omhändertagande på Reumatologen ger en ökad trygghet för den enskilde patienten. Det är en fördel att många fler patienter kommer värderas för moderna kortisonsparande läkemedel. Mer långsiktigt finns en nytta för hela

patientgruppen då vi får bättre förutsättningar för forskning och utveckling genom bland annat kvalitetsregistret SRQ.

Att införa ultraljud som utredningsmetod gör att patienterna slipper ett invasivt ingrepp och metoden ger omedelbart svar.

### **Organisatoriska konsekvenser**

Att införa PSV GCA i VGR innebär att ett ökat antal patienter – delvis en ny patientgrupp- kommer att omhändertas inom Reumatologi och att fler patienter kommer behandlas med immunmodulerande läkemedel. Detta medför ökade utgifter inom Reumatologi för både personal, laboratorieanalyser och annan diagnostik, samt läkemedel. För att vårdförloppet skall kunna genomföras krävs att Reumatologi tillförs resurser som motsvarar de ökade kostnaderna. Viktigt att reumatologen är väl bemannad med både läkare och sjuksköterskor.

Vårdförloppet inkluderar 6 månader uppföljning av sjuksköterska och läkare inom verksamhet Reumatologi. Enligt vårdförloppet besök/kontakt efter 2 veckor, 6 veckor, tre månader samt sex månader.

### **Verksamhetskonsekvenser**

**Klinisk fysiologi:** Vi förväntar oss en betydande ökning av antalet ultraljudsundersökningar. Kliniskt fysiologi behöver få tilldelat resurser för att utbilda och leda arbetet med att implementera metoden regionalt.

**Öron Näsa Hals/Patologi:** Färre TAB innebär minskad belastning. Dock bör man etablera ett flöde, så att undersökning kan genomföras inom 7–10 dagar när det väl behövs.

**Ögonkliniken:** Ökat antal akuta läkarundersökningar förväntas. Måste finnas en god tillgänglighet i hela regionen.

**Primärvården/Inremitterande (akutmottagningar, internmedicin, infektion mm):** Den läkare som först misstänker GCA har ansvar att initiera utredning och behandling med stöd av Reumatolog.

Vid välgrundad misstanke om GCA förväntas patientansvarig läkare

1. starta kortisonbehandling utan dröjsmål
2. lämna adekvat information till patienten
3. remittera för objektiv utredning och bevaka svar på de undersökningar som genomförs.
4. Om diagnos GCA bekräftas, remiss till reumatolog.

För patienter med fastställd GCA sker fortsatt omhändertagande på Reumatologen i 6 månader, men därefter sker långtidsuppföljning fortsatt inom Primärvården i de allra flesta fall. Vid behov av kortisonsparande läkemedel eller immunmodulerande läkemedel sker behandlingen hos Reumatolog.

**Reumatologen:** Reumatologenheter i VGR förväntar sig ett ökat antal telefonkonsultationer vid misstanke om GCA hos annan vårdgivare.

Att införa PSV GCA innebär att ett ökat antal patienter – delvis en ny patientgrupp- kommer att omhändertas inom Reumatologi i minst 6 mån och att fler patienter som behandlas med immunmodulerande läkemedel kommer att följas under lång tid. Detta medför ökade utgifter inom Reumatologi för både personal, utbildning, laboratorieanalyser och annan diagnostik, samt läkemedel. Det kan även innebära en undanträngningseffekt. För att vårdförloppet skall kunna genomföras krävs att Reumatologi tillförs resurser som motsvarar de ökade kostnaderna.

### **Ekonomiska konsekvenser**

#### **Ger införandet en uppstartskostnad som på sikt kommer ge lägre kostnader?**

Införandet kommer att innebära en uppstartskostnad, framför allt den delen som gäller implementering av ultraljudsdiagnostik.

Inköp av Ultraljudsapparater (Canon) behöver göras till en kostnad av ca 1 miljon styck. Kärilproben (avsedd för mindre kärl) inkluderas i priset ovan. Etablering av kärultraljud som metod i hela regionen kräver också utbildningsresurser. Fortbildningen leds lämpligast av Klinisk Fysiologi Sahlgrenska. Fördel om redan kärllkunniga BMA kan vidareutbildas.

Viktigt att implementeringen sker i samarbete mellan samtliga reumatologkliniker i regionen och berörda verksamheter inom bild- och funktionsmedicin, så att metoden införs på ett patientsäkert och kostnadseffektivt sätt.

På sikt, när såväl utrustning som kompetens finns på plats, innebär ultraljudsdiagnostik en lägre kostnad jämfört med TAB.

Den delen av vårdförloppet som rör uppföljning och behandling, kommer ha ekonomiska konsekvenser för Reumatologklinikerna. Vårdförloppet i sig handlar om strukturen för uppföljningen, inte om nya behandlingsriktlinjer. Det är fortfarande kortison som är förstahandsvalet vid okomplicerad GCA. Hur mycket läkemedelskostnaderna kommer att öka över tid är svårt att förutse. I nuläget är endast ett läkemedel godkänt, men fler alternativ är på

ingång. Vi känner till de negativa effekterna av kortison, och för patienterna vore det av värde att få tillgång till annan immunmodulerande behandling med bredare indikation än nuvarande tocilizumab.

**Försök att se en helhet, blir det lägre kostnader någon annanstans som tex. primärvård eller kommun?**

Sammantaget bedöms PSV GCA ge bättre förutsättningar för effektiv diagnostik och uppföljning för drabbade personer. Att införa vårdförloppet förväntas minska de omedelbara komplikationer som kan uppstå av sjukdomen, som t ex blindhet. På individnivå är det förstas avgörande för livskvalitet och vardagsfunktion. Att undvika blindhet är också en samhällsekonomisk vinst, med tanke på de kommunala insatser och annat stöd som vanligtvis brukar krävas.

Det är förväntat att andelen patienter som felaktigt får diagnos och långvarig kortisonbehandling minskar. Med det sparas resurser i primärvård och kommun, eftersom man undviker tillstånd som osteoporos, diabetes mm.

Patienter med fastställd GCA remitteras till Reumatologen och följs där under de första 6 mån, dvs resten av vårdförloppet. Detta medför minskat ansvar och resursutnyttjande för primärvården under den fasen. För patienter som har ett okomplicerat förlopp och som inte behöver annan medicin än kortison, sker långtidsuppföljning därefter inom primärvården i de allra flesta fall.

**Ser ni att införandet av vårdförloppet kan kopplas till någon finansiell- eller omfördelningsnytta?**

Omfördelning av resurser då patientflödet ändras och riktas mot Reumatologklinikerna under uppföljningsfasen.