

Hälso- och sjukvårdsavdelningen
Anna Karevi Verdoes

2014-05-05

RS

Medicinska Kunskapsunderlag

Inledning

Under hösten 2013 och våren 2014 har flera medicinska kunskapsunderlag utarbetats som de regionala konsekvensbeskrivningarna visar att det behövs tillskott av resurser för ett genomförande. Då tillgängliga resurser i regionen är begränsade behöver en samlad horisontell prioritering genomföras att kunna bedöma vilka av dessa kunskapsunderlag som i första hand bör stödjas med tillskott av resurser i form av introduktionsfinansiering. Prioriteringen kan ses som en del i ordnat införande av nya medicinska riktlinjer i rutinsjukvård i regionen. Följande kunskapsunderlag ingår i prioriteringen.

- RMR Inflammatoriskt utlöst ryggsmärta
- Regionuppdrag sjukdomsförebyggande metoder
- Vårdprogram Gynekologisk cellprovskontroll
- Regionuppdrag bröst- prostata och mag- tarmcancer
- Regionuppdrag palliativ vård
- Unga vuxna och cancer, uppdrag från RS

Prioriteringen av de medicinska kunskapsunderlagen har baserats på Socialstyrelsens modell för prioriteringar, som utgår från gällande etiska principer för prioriteringar, sjukdomens svårighetsgrad, utredningens/behandlings nytta/risker för aktuella patienter samt utredningens/behandlings kostnadseffektivitet. Se mer i bilaga 1 kring metoder.

Arbetet med prioriteringen har genomförts i en arbetsgrupp med följande medlemmar:
Peter Lönnroth, Krister Järbrink, Annika Strandell, Jarl Torgerson och Anna Karevi Verdoes.

RMR Inflammatoriskt utlöst ryggsmärta

Bakgrund: Utgår från Regionuppdrag rörelseorganens sjukdomar.

Riktlinje: Inflammatorisk ryggsmärta innefattar bland annat ankyloserande spondylit/Mb Bechterew, axial spondylartrit, juvenil ankyloserande spondylit, isolerad sacroilit, spondylit associerat till psoriasis eller IBD. Personer med dessa besvär söker i första hand primärvården. Här bör grundläggande utredning, genomgång av anamnes och fysikalisk undersökning och behandling ske. Finns fynd talande för inflammatorisk ryggsjukdom kan blodprov för bestämning av HLA B27 tas. Om misstanken på spondylartrit/ankyloserande spondylit är kliniskt stark och patienten inte är besvärsfri efter insatt behandling i primärvården bör patienten remitteras till reumatolog. Patienten kan bedömas via reumatologkonsult i primärvården eller inom vårdgarantin på reumatologienhet. Reumatolog eller intresserad primärvårdsläkare tar ställning till genomförande av adekvat MRT, alternativt datortomografi, av sakroiliakaleder som del i utredningen. För såväl diagnostik, behandling och uppföljning är tillgång till sjukgymnastisk specialkompetens utomordentligt viktig. Vid fortsatt hög inflammatorisk sjukdomsaktivitet kan det vara aktuellt att behandla med TNF-hämmare. Nedsatt thoraxrörlighet av sjukdomen kan ge restriktiv lungpåverkan, rökstopp är därför viktigt.

Sjukdomens svårighetsgrad: Orsaken till sjukdomen är okänd, men ärftliga faktorer har betydelse. Samsjuklighet med andra inflammatoriska tillstånd som till exempel psoriasis, IBD och irit är vanligt. Typiskt är dov smärta och stelhet i rygglutet, ibland sidoväxlande. Värst på efternatt och morgon. Tydlig förbättring av fysisk aktivitet men ej av vila.

Sjukdomens incidens/prevalens: Ungefär 0,25-0,50 procent av Sveriges befolkning har inflammatorisk ryggsjukdom. Det årliga insjuknandet uppskattas till 15 per 100 000.

Effekt: TNF-hämmare har ofta en mycket snabb effekt på fysisk funktion med förbättrad livskvalitet som följd. Vetenskapliga studier avseende detta pågår. För att ge de svårast sjuka biologiska läkemedel (TNF-hämmare) krävs CT eller MR-förändringar. MR detekterar inflammation tidigare än CT.

Risk: Långverkande NSAID dämpar oftast stelhet och smärta effektivt. Vid svikt eller bristande effekt provas minst ett NSAID. Möjliga biverkningar måste beaktas. Möjliga biverkningar av TNF-hämmare är bland annat reaktivering av latent TBC-sjukdom samt ökad infektionskänslighet hos en del.

Evidens: Än så länge saknas evidens för att TNF-hämmare på lång sikt förhindrar utveckling av ankylos.

Kostnadseffektivitet: Sjukskrivningarna minskar efter insatt TNF-hämmar behandling på de svårast sjuka. Förväntad effekt är snabbare diagnos och ökad användning av TNF-hämmar-behandling. Baserat på aktuella svenska registerstudier kan man förvänta sig att ca 20% fler patienter diagnostiseras varav ca 20% kan bli aktuella för biologisk behandling med förväntat bättre hälsa och minskad sjukskrivning. Det är även sannolikt att tidig diagnos av patienter som har sjukdomen, men inte har behov av TNF-hämmare, med utbildning och sjukgymnastiska insatser kan leda till ökad hälsa för gruppen.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

- Investering i 2 nya MR-kameror. 1 ny MR-kamera placeras på SU och medel motsvarande 1/3 MR-kamera bör tillföras SÄS, NU och SkaS.
- Engångskostnad för utbildning i bedömning av MR-bilder 200 000 kr. Utbildningen bör omfatta samtliga enheter som gör MR och ledas av koordinator utsedd av sektorsrådet i från Radiologi/BFM.
- 2500 – 3000 fler MR-undersökningar per år à 5000 kr, totalt 12,5 – 15,0 Mkr/år.

- 2000 undersökningar/år avseende vävnadsmarkören HLA B-27 à 600 kr, totalt 1,2 Mkr/år
- Utökad resurs sjukgymnastisk specialistkompetens motsvarande 3 tjänster till primärvården och 2 till specialistvården, kostnad ca 2,0 Mkr/år exklusive sociala avgifter.

Totalt tillkommande kostnader ca 15,7 – 18,2 Mkr/år plus engångskostnader för investeringar och utbildning.

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Kvalitetsregister-SRR. Patienter som erhåller TNF-hämmare bör följas upp i nationella eller regionala register för att utvärdera effekt och eventuella biverkningar.

Etiska aspekter: Ej redovisat.

Rangordning:

Svårighetsgrad:	Hög
Effekt av åtgärd:	God
Risk med åtgärd:	Måttlig risk
Kostnad per given effekt:	Måttlig

Förslag:

Prioritet 2

Introduktion:

Nya MR-kameror hanteras inom ramen för utrustningsinvesteringar och exkluderas här. Utökning av sjukgymnastisk resurs i primärvård ej aktuellt i nuläget med hänsyn till införande av vårdvalet.

År 1	1,3 mnkr för utbildning(200 tkr), utökade undersökningar HLA B-27(600 tkr halvårseffekt) samt 2 tjänster sjukgymnast sjukhus (500 tkr halvårseffekt)
År 2	Bedöma möjlig genomförandetakt efter År 1

Regionuppdrag sjukdomsförebyggande metoder (RS 138-2011)

Bakgrund: År 2012 beslutades att ett regionuppdrag skulle skrivas till följd av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011 – tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor – stöd för styrning och ledning. Regionuppdraget riktar sig till alla vårdgivare och alla vårdnivåer och förutsätter en god samverkan mellan vårdgivare.

Regionuppdrag: Regiongemensamma mål och åtgärder för att vidareutveckla det sjukdomsförebyggande arbetet i linje med de nationella riktlinjerna. Systematisk uppföljning av implementering.

Hälso- och sjukvården bör erbjuda patienter

Levnadsvana

Rökning
Riskbruk av alkohol
Otillräcklig fysisk aktivitet
Ohälsosamma matvanor

Åtgärd

Kvalificerat rådgivande samtal
Rådgivande samtal
Rådgivande samtal med tillägg och särskild uppföljning
Kvalificerat rådgivande samtal

De nationella riktlinjerna omfattar alla vuxna patienter med ohälsosamma levnadsvanor. Patienter i vissa situationer, såsom graviditet eller inför en operation, uppmärksammas särskilt.

Sjukdomens svårighetsgrad: I de nationella riktlinjerna beskrivs den sammantagna risken för död, sjukdom och försämrad livskvalitet kopplat till olika levnadsvanor enligt nedan.

Daglig rökning	Kraftigt till mycket kraftigt förhöjd risk
Riskbruk av alkohol	Kraftigt förhöjd risk
Ohälsosamma matvanor	Kraftigt förhöjd risk
Otillräcklig fysisk aktivitet	Kraftigt förhöjd risk
Daglig snusning	Något till måttligt förhöjd risk

Sjukdomens incidens/prevalens: Uppskattningsvis 50 % av alla kvinnor och 65 % av alla män har minst en ohälsosam levnadsvana. Minst 20 % av sjukdomsburden i Sverige beror på ohälsosamma levnadsvanor.

Effekt:

Regionuppdraget implementeras under en femårsperiod 2014 – 2018 med mål och åtgärder. De åtgärder som föreslås under 2014 är tänkta för att skapa nödvändiga förutsättningar för att kunna arbeta mer systematiskt med sjukdomsförebyggande metoder enligt nationella riktlinjerna. Från 2015 och framåt anges mätbara mål och åtgärder som stöd för implementering och som grund för uppföljning.

Risk: Inga

Evidens: Finns beskrivet i Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.

- Vid daglig rökning hos vuxen ger individuellt kvalificerat rådgivande samtal en större andel som slutar röka än ingen åtgärd, sedvanlig vård eller rådgivande samtal (hög evidensstyrka).
- Vid riskbruk av alkohol hos vuxen ger rådgivande samtal en något större minskning av alkoholkonsumtionen jämfört med ingen åtgärd (måttlig evidensstyrka).
- Vid otillräcklig fysisk aktivitet hos vuxen ger rådgivande samtal med särskild uppföljning en större ökning av den fysiska aktivitetsnivån än rådgivande samtal utan uppföljning (måttlig evidensstyrka).

- Vid ohälsosamma matvanor hos vuxen ger kvalificerat rådgivande samtal en större ökning av frukt- och grönsakskonsumtionen än sedvanlig vård (hög evidensstyrka).
- Vid ohälsosamma matvanor hos vuxen ger kvalificerat rådgivande samtal en större minskning av fettintaget än sedvanlig vård (hög evidensstyrka).
- Vid ohälsosamma matvanor hos vuxen ger kvalificerat rådgivande samtal en större minskning av intaget av mättat fett än sedvanlig vård (måttlig evidensstyrka).

Kostnadseffektivitet: Enligt socialstyrelsen har alla rekommenderade åtgärder god kostnadseffektivitet jämfört med ingen åtgärd eller enklare åtgärder.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Tillkommande kostnader, miljoner kr	År				
	2014	2015	2016	2017	2018
Åtgärd					
Projektledare, 2 st. 100 %	1,20	1,20	1,20	Ev. för- längn.	Ev. för- längn.
Kommunikationsplan	0,20				
Utbildning, internetbaserad, framtagande	0,50				
Diplomerings rökavvänjare, totalt 100 över tre år	0,175	0,175	0,35		
Uppdragsutbildning i beteendekunskap 7,5 hp, 60 deltagare/år, 3 kurser per år m 20-25 deltagare/kurs.	0,75	0,75	0,75		
Anpassad MI-utbildning inkl handledning, 20 deltagare per kurs och år i tre år	0,06	0,06	0,06		
Regionalt kunskapscentrum Utreds av projektledare, kostnadsberäknas senare					
Sjukdomsförebyggande åtgärder ingå i högkostnadsskydd(utredning pågår)					
Totalt	2,885	2,185	2,36		

Projektledarna tar för 2014 fram en handlingsplan för beslut i HSU innefattande mål och åtgärder vilket kan medföra ytterligare kostnader. Pågår särskilt arbete med att ta fram RMR för Kost och Tobak.

Etiska aspekter: Svårigheten här är ju att effekterna av behandling och insatser beror på att man tar reda på om personer har en ohälsosam levnadsvana (integritetsproblematik) och att dessa personer sedan ändrar sig (autonomiproblematik) – detta kan då även kopplas till följsamhet och vilka incitament som är rimliga för att åstadkomma detta. Kan också kopplas till graden av egenansvar i hälso- och sjukvårdssystemet.

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Patientenkät

FAR – ökat antal utfärdade och uppföljda recept

På sikt uppföljning via journalsystem och standardiserade rapporter utifrån riktlinjernas beskrivning av indikatorer.

Rangordning:

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: God

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Låg

Förslag:
Prioritet 2

Introduktion:
2014: 1,5 mnkr (Halvårseffekt)
2015: 2,2 mnkr
2016: 2,4 mnkr
2017: Bedöma efter 2016

Vårdprogram Gynekologisk cellprovskontroll

Bakgrund:

Regelbunden screening med cellprov för kvinnor i åldrarna 23-60 år är mycket effektivt för att förebygga insjuknande och död i livmoderhalscancer. Detta vårdprogram redovisar i detalj hur screeningen ska utföras i västra Sverige. Gemensamma riktlinjer har tidigare fastställts i olika dokument och samlas här i ett gemensamt vårdprogram. Vårdprogrammet speglar etablerad praxis i västra Sverige, och syftar till att ta bort väsentliga lokala olikheter i handläggningen. Fokus är att i hög grad underlätta deltagande i organiserad screening. Riktade åtgärder till kvinnor som ej deltagit under lång tid har tillkommit.

Sjukdomens svårighetsgrad: Hög. Avser livmoderhalscancer.

Sjukdomens incidens/prevalens:

Sedan gynekologisk cellprovskontroll infördes i slutet av 1960 talet i Sverige har förekomsten av cervixcancer minskat med 67 % och dödligheten ännu mer. Fortfarande drabbas dock ca 450 kvinnor och ca 140 dör varje år. Den viktigaste faktorn för att förebygga cervixcancer är att kvinnor deltar i screeningen.

Effekt:

Patientnyttan är tydlig med de föreslagna ändringarna och fler fall av cancer kommer att förebyggas.

Risk:

Inga risker redovisade.

Evidens:

Finns en randomiserad studie i regionen som visat att riktade erbjudanden till kvinnor som uteblivit under lång tid är kostnadseffektivt.

Kostnadseffektivitet:

På längre sikt innebär förebyggande av cancer en besparing i regionen totalt sett, detta vårdprogram ska ses tillsammans med vårdprogrammet för dysplasi.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

En engångskostnad tillkommer för mödrahälsovården fördelat på två år för att ”beta av” en puckel om 27000 kvinnor som uteblivit minst 6 år. Motsvarar 3,0 miljoner kronor fördelat 1,3 mnkr år 1 och 1,7 mnkr år 2.

Etiska aspekter:

Riktade insatser till personer som uteblivit. Jämlik vård.

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Uppföljningar görs kontinuerligt i processregistret inom Nationellt kvalitetsregister för cervixcancerprevention (Cytburken) och redovisas i realtid genom verktyget StatProcess samt i årliga redovisningar.

Rangordning:

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: Mycket god

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Låg/måttlig

Förslag:
Prioritet 1

Introduktion:
2014: 1,3 mnkr
2015: 1,7 mnkr

Regionuppdrag bröst- prostata och mag- tarmcancer (RS 2418 – 2012)

Bakgrund:

Regionuppdrag utifrån Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för bröst- prostata och mag- tarmcancer. Regionuppdraget innehåller förslag till både generella och specifika åtgärder för ett urval av de 290 rekommendationer riktlinjerna innehåller.

Sjukdomens svårighetsgrad: Hög, avser patienter med cancer i olika stadier.

Sjukdomens incidens/prevalens: Varje år får cirka 8 000 personer diagnosen bröstcancer, 10 000 prostatacancer och 6 000 tjock- eller ändtarmscancer. Bröstcancer utgör 30 procent av alla cancerfall hos kvinnor, prostatacancer drygt 30 procent hos män och tjock- eller ändtarmscancer cirka 10 procent hos såväl män som kvinnor i Sverige.

Effekt: Föreslagna åtgärder har prioritet 2 – 5 enligt Socialstyrelsen.

Risk: Inga särskilda åtgärder redovisade i regionuppdraget.

Evidens: Se Effekt.

Kostnadseffektivitet: Finns redovisat i nationella riktlinjerna.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Cancersjukvården som helhet – kirurgi, strålbehandling och läkemedelsbehandling inklusive palliativ behandling – står för 7–8 procent av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna i Sverige. Läkemedelskostnaderna uppgår till 1 procent. Nedan redovisas de bedömda tillkommande kostnaderna i VGR för anpassning till de nationella riktlinjerna.

Tillkommande kostnader, sammanfattning	Beräknad kostnad 2014 mnkr (halvårseffekt)	Beräknad kostnad 2015 mnkr	Beräknad kostnad 2016 mnkr
Generella insatser totalt	5,6	13,0	13
MDT	2,2	4,4	4,4
Kontaktsjuksköterskor utökning tjänster	3,4	6,8	6,8
Kontaktsjuksköterskor utbildning (inkl vikarier vid frånvaro för utb)	Finansieras via RCC	1,8	1,8
Bröstcancer totalt	3,7	7,4	7,4
Neoadjuvant behandling inför bröstbevarande kirurgi	1,0	2,0	2,0
Vävnadsprov vid metastaserad bröstcancer	1,2	2,4	2,4
Dostät kemoterapi, taxaner eller antracykliner	1,3	2,6	2,6
Utökad dokumentation kvalitetsregister	0,2	0,4	0,4
Prostatacancer totalt	8,4	16,8	16,8
Kurativ behandling vid högriskcancer	2,5	5	5
Docetaxel vid kastrationsresistent sjukdom	3,5	7	7
Strålbehandling efter operation, salvage	2,4	4,8	4,8
Tjock- och ändtarmscancer totalt	8,4	16,9	16,8
PET-DT (avgår kostnader för stor kirurgi)	-0,4	-0,8	-0,8
Peritonektomi + lokal läkemedelsbeh i bukhålan	7	14	14
Laparoskopisk operation, utbildning	0	0,1	0
Adjuvant cytostatikabehandling efter operation	1,8	3,6	3,6
TOTALT	26,1	54,1	54,0

Etiska aspekter: Inga redovisade i regionuppdraget.

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Uppföljningen av regionuppdragets genomförande under 2014 – 2015 sker genom att avropade volymer och ersättningar fortlöpande stäms av mot redovisade volymer och kostnader i regionuppdraget.

Rangordning:

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: Mycket God

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Måttlig

Förslag:

Prioritet 1

Introduktion:

Alla åtgärder bedöms inte kunna genomföras fullt ut under 2014-15, motsvarande hälften av tillkommande kostnader föreslås därför avsättas för 2014 och 2015 med avstämning efter uppföljning och avrop. Efter uppföljning ska det göras en bedömning av behov av förlängd introduktionsersättning efter 2015.

År 2014: 13 Mnkr

År 2015: 27 Mnkr

År 2016: Bedöma efter uppföljning under 2015

Regionuppdrag Palliativ vård (RS 532-2011)

Bakgrund:

Regionuppdrag utifrån Socialstyrelsens nationella kunskapsstöd för god palliativ vård i livets slutskede publicerades juni 2013 och innehåller:

- Vägledning – värdegrund, lagstöd, samverkan
- Nationella riktlinjer - tilläggs effekter utöver god palliativ vård
- Termer och begrepp
- Kvalitetsindikatorer och datakällor

Sjukdomens svårighetsgrad:

Avser vård av patienter i livets slutskede.

Sjukdomens incidens/prevalens:

Effekt: Tyngdpunkten i regionuppdraget läggs på de rekommendationer om specifika åtgärder som finns i kunskapsstödet upp till prioritet 3.

Risk: Inga redovisade.

Evidens: Se under Effekt.

Kostnadseffektivitet: Se under Effekt.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Åtgärd	Tillkommande tillfälliga kostnader	Tillkommande löpande kostnader	Prio	Uppskattad tillkommande kostnad
1. Samtal om vårdens innehåll och riktning (brytpunktssamtal)	Riktad utbildning till läkare i brytpunktprocessen	Utökad tidsåtgång för utbildningsinsats	Under 2015-17	200 tkr/år
2. Strukturerad bedömning av symtom	Anpassning av symtomskattningsinstrument till lokala förhållanden och utveckling av rutiner för användning och dokumentation.	Utökad tidsåtgång för utbildningsinsats	Under 2015-2016	25 tkr/år
3. Fortbildning av personal inom vård och omsorg som möter patienter i livets slutskede	Breddutbildning i palliativ vård	Utökad tidsåtgång och kostnad för utbildningsinsats	2015-17	1,5 mnkr år 1 och därefter årlig driftskostnad på 400 tkr/år. Kostnad per deltagare finansieras av resp förvaltning.
7. Samtal om livsfrågor med patient		Utökad tidsåtgång för utbildningsinsats och personalstöd.	2015-17	Se punkt 3.

Stöd för implementering				
Facilitator/projektledare med uppdrag att föreslå fortbildning- och utbildningskoncept efter kartläggning		Heltid ca två år sjuksköterska/kurator	2014-16	750 tkr/år (halvårseffekt 2014)
SUMMA kostnad/år:				2014: 0,375 mnkr
				2015: 2,475 mnkr
				2016: 1,375 mnkr
				2017: 0,6 mnkr

Etiska aspekter: Inga särskilda redovisade i förslaget till regionuppdrag

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Alla enheter i Västra Götaland ska rapportera samtliga dödsfall till Svenska Palliativregistret. Regionens verksamheter har att följa beslut i hälso- och sjukvårdsutskottet (RSK 126-2007). Flertalet av rekommendationerna går att följa med av Socialstyrelsen framtagna indikatorer. Indikatorerna ska användas som underlag för uppföljning och utveckling av verksamheter samt för öppen redovisning av hälso- och sjukvård.

Rangordning:

Svårighetsgrad: Mycket hög
 Effekt av åtgärd: God
 Risk med åtgärd: Låg
 Kostnad per given effekt: Låg

Förslag:

Prioritet 2

Introduktion:

År 2014: 0,4 mnkr
 År 2015: 2,5 mnkr
 År 2016: 1,4 mnkr
 År 2017: 0,6 mnkr

Projektledare anställs vid RCC.

Unga och Cancer

Bakgrund: Regionfullmäktige behandlade i september, 2010 en motion från Johnny Magnusson m fl avseende vård av cancer för unga vuxna. Uppdraget att bereda frågan gavs till Regionalt cancercentrum som huvudansvarig kopplat till arbetet med den regionala cancerstrategin. Frågan berör två grupper av patienter dels uppföljning för unga vuxna som haft cancer som barn och dels unga vuxna som insjuknat i cancer. För att kartlägga behov samt undersöka förutsättningarna för ett förbättrat omhändertagande startade Regionalt cancercentrum i samarbete med den regionala processägaren för cancer hos barn och verksamheten för onkologi vid SU ett utredningsarbete som resulterade i två separata rapporter.

Kunskapsunderlag: Projektbeskrivningar. Projekt Uppföljningsmottagning för Unga vuxna med cancer i barnåren samt Projekt Enhet för unga vuxna med cancer.

Sjukdomens svårighetsgrad: Svår, avser unga som haft eller insjuknat i cancer.

Sjukdomens incidens/prevalens: En person på 700 unga vuxna i åldern 25-35 år är en person som överlevt barncancer. Uppskattningsvis rör det sig om ca 6000-7000 personer i Sverige. I Göteborg diagnostiseras och handläggs alla barn med cancerdiagnos i Västra Götaland, Halland, Jönköpings och Värmlands län. Antalet barn nyinsjuknade i cancer i detta upptagningsområde varierar idag mellan 70 och 90 per år.

Effekt: Ökad trygghet och psykosocialt stöd i anpassad miljö. Bättre uppföljning och omvårdnad.

Risk: Inga redovisade risker med de föreslagna insatserna i sig. Patientgrupper som har stor risk för komplikationer är patienter som behandlats för hjärntumörer och patienter som stamcellstransplanterats, vilka behöver livslång uppföljning. Andra grupper med hög risk för sena komplikationer är sarkom och Hodgkins lymfom. Flera komplikationer kan komma smygande i livet, till exempel hjärtsvikt och hormonrubbingar. Det finns också en många unga som behöver en kurators eller psykologs stöd för att gå vidare i livet. Alla patienter följs upp under uppväxten och erbjuds också besök vid 17-18 års ålder samt 24-25 års ålder. Detta för att man ska kunna informera patienterna ordentligt utgående ifrån var de befinner sig i livet. Frågor om familjebildning och fertilitet kommer t ex oftast inte förrän i 24-25 års ålder.

Evidens: Ej redovisat i underlaget.

Kostnadseffektivitet: Ej redovisat i underlaget.

Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Projekt Uppföljningsmottagning för Unga vuxna med cancer i barnåren:

<u>Personal</u>	Helår inkl. soc avg
0.5 åa läkare	530 000
0.3 åa läkare konsult	325 000
1.0 åa sjuksköterska/koordinator	730 000
0.5 åa kurator	305 000
0.3 åa psykolog	185 000
0.5 åa sekreterare	220 000
<u>Övriga kostnader</u>	
Kliniska kringresurser	250 000
Utbildning/utveckling	50 000
Resekostnader	100 000

Övriga kostnader	40 000
Summa	2 735 000 kr

Projekt Enhet för unga vuxna med cancer

<u>Personal</u>	Helår inkl soc avg
1.0 åa läkare	1 060 000
2.5 åa sjuksköterska/koordinator	1 220 000
1.0 åa kurator	550 000
1.0 åa psykolog	620 000

<u>Övriga kostnader</u>	
Utbildning/utveckling	50 000
Övriga kostnader	40 000
Summa	3 530 000 kr

Totalt för båda projekten **6 265 000 kr**

Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad: Ej redovisat.

Etiska aspekter: Ej redovisat.

Rangordning:

Svårighetsgrad: Mycket hög

Effekt av åtgärd: Måttlig/Liten

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Hög/Måttlig

Förslag:

Prioritet 3

Introduktion:

Föreslås inte introduktionsersättas.