

Hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Anna Karevi Verdoes

2014-11-20

RS

## Medicinska Kunskapsunderlag – Ordnat införande Etapp 2 2014

### Inledning

Under hösten 2013 och våren 2014 har flera medicinska kunskapsunderlag utarbetats där 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.

- Vårdprogram palliativ vård
- RMR Axial spondylartrit
- RMR Intracerebrala hematom
- RMR Tyroideacancer
- RMR Maligna melanom
- Regionuppdrag rörelseorganens sjukdomar RÖS (fortsättning 2015-)
- Långvarig smärta i VGR. Beskrivning och handlingsplan. Smärtrådet

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.

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

### Tidplan:

HSU	17 december
HSA:s ledningsgrupp	1 dec
PPR	28 nov

## Modell för prioritering

<b>Svårighetsgrad</b>	<b>Effekt av åtgärd inkl evidens för åtgärd</b>	<b>Risk med åtgärd inkl evidens för risk</b>	<b>Kostnad/nytta Inkl evidens för kvot</b>
<b>Mycket hög</b> 1. Omedelbart livshot 2. Risk för mycket allvarlig skada, för tidig död, betydande invaliditet, outhärdlig situation 3. Risk för allvarig skada, bestående men eller mycket låg livskvalitet.	<b>Mycket god</b> Sjuklighet, död kan förhindras Tillståndet kan botas	<b>Låg risk</b> Liten risk för allvariga biverkningar/komplikationer	<b>Låg</b> < 100 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
<b>Hög</b> 4. Risk för förväntad försämring, ej vidmakthållen funktion-ADL-nivå 5. Risk för betydande olägenhet, ökad sjuklighet, förlängd sjukdomsperiod, sänkt livskvalitet	<b>God</b> Sjukligheten påverkas mycket, överlevnaden förlängs	<b>Måttlig risk</b> Måttlig risk för allvariga biverkningar / komplikationer	<b>Måttlig</b> < 500 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
<b>Måttlig</b> 6. Risk för olägenhet, skada, bestående men eller låg livskvalitet 7. Sannolik ökad risk för försämrad hälsoupplevelse eller icke optimal livskvalitet	<b>Måttlig</b> Sjukligheten påverkas i måttlig utsträckning	<b>Hög risk</b> Hög risk för allvariga biverkningar / komplikationer Biverkningar / komplikationer som kan kräva sjukvårdsinsatser	<b>Hög</b> < 1 000 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår
<b>Låg</b> 8. Möjlig ökad risk sjuklighet, försämring av funktionsnivå eller livskvalitet 9. Risk för sänkt livskvalitet enligt patientens uppfattning och vetenskap och beprövad kunskap inte motsäger detta	<b>Liten</b> Sjukligheten påverkas i liten utsträckning	<b>Mycket hög risk</b> Mycket hög risk för allvariga biverkningar / komplikationer som påverkar livskvalitet och funktion. Biverkningar / komplikationer som ofta kväver sjukvårdsinsatser	<b>Mycket hög</b> > 1 000 000 kr/QALY alt vunnet levnadsår

### Krav för prioritet 1 (lägsta nivå)

Hög till mycket hög svårighetsgrad

Mycket god effekt

Måttlig till hög risk

Hög till mycket hög kostnad per effekt

### Krav för prioritet 2 (lägsta nivå)

Hög till mycket hög svårighetsgrad

God effekt

Måttlig till hög risk

Hög till mycket hög kostnad per effekt

## Palliativ vård - Regionalt vårdprogram

### **Bakgrund:**

Vårdprogrammet är det första regionala vårdprogrammet i palliativ vård i Västra Götaland (VGR) och Halland. Syftet med vårdprogrammet är att beskriva hur den palliativa vården för vuxna ska organiseras i VGR och Halland, oavsett diagnos eller vårdform. Denna organisation ska möjliggöra en tillämpning av det första nationella vårdprogrammet i palliativ vård (2011) och Socialstyrelsens Nationella kunskapsstöd för god palliativ vård (2013).

Palliativ vård ska bedrivas i nära samverkan mellan regional och kommunal vård och omsorg. Vårdprogrammet betonar därför vikten av strukturerad samverkan mellan huvudmännen. Att patienten möter rätt kompetens och rätt vårdform är en grundläggande förutsättning för god och jämlik palliativ vård.

Palliativ vård i livets slutskede

- är vårdinnehållet efter den brytpunkt där vården inte längre är livsförlängande utan endast syftar till att ge bästa möjliga livskvalitet för patient och närstående
- ska ges högsta prioritet (HSL §2)
- ska erbjudas alla patienter i livets slutskede, oavsett diagnos, ålder eller vårdform.

### **Incidens/prevalens:**

Det totala antalet dödsfall i VGR 2012 var 15240 individer. 80 % av dessa, ca 12 100 individer, förväntades ha ett behov av palliativ vård. Ungefär hälften av patienterna vårdades utanför sjukhus. 20 % - av denna grupp patienter – 2440 stycken hade ett behov av specialiserad palliativ vård enligt europeiska beräkningar. Utgår man istället från riksgenomsnittet av patienter anslutna till specialiserad palliativ vård i Sverige -12 % -blir siffran istället 1400 individer per år.

### **Effekt:**

- Brytpunktsbedömning ska göras och i anslutning till detta s.k. brytpunktssamtal.
- Strukturerade symtomskattningar ska göras.
- Alla patienter ska ha en fast vårdkontakt som ska vara läkare.
- Vid en komplicerad vårdssituation ska det vara enkelt att kontakta specialiserad palliativ enhet.
- Varje sjukhus i regionen ska ha en specialiserad palliativ enhet. Denna ska innehålla slutenvård och öppenvård med mobilt palliativ team.
- Vården ska vara tillgänglig hela dygnet.
- All personal som arbetar med svårt sjuka patienter ska ha regelbunden fortbildning och handledning.

Patienter med kroniska progressiva icke maligna sjukdomar (hjärtsvikt, lungsvikt, njursvikt) får i mycket liten utsträckning ta del av specialiserad palliativ vård. < 5 % av patienterna i de palliativa teamen har en annan diagnos än cancer. Målet i Sverige idag är att öka andelen till 15 % för att bättre motsvara de verkliga vårdbehoven. Det innebär att den palliativa vårdideologin tydligare bör införas inom dessa sektorer i vården.

**Risk:** Ej redovisat.

### **Evidens:**

Åtgärder bygger på nationellt vårdprogram och nationellt kunskapsstöd.

### **Kostnadseffektivitet:**

Palliativ vård definieras enligt Världshälsoorganisationen (WHO) som "ett förhållningssätt som syftar

till att förbättra livskvaliteten för patienter och familjer som drabbats av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom”. Palliativ vård är en vårdfilosofi och inte i första hand en vårdform. Palliativ vård kan ges parallellt med livsförlängande vård, men den kan också ges som enda vårdform i livets slutskede. I båda fallen är syftet att förbättra patientens och de närståendes livskvalitet.

All palliativ vård vilar på fyra hörnstenar:

- Symtomlindring i vid bemärkelse. Detta omfattar såväl fysiska som psykiska, sociala och existentiella behov.
- Samarbete i ett multiprofessionellt team.
- Kommunikation och relation i syfte att främja patientens livskvalitet. Det innebär kommunikation med patient och närstående men också kommunikation inom och mellan arbetslag.
- Stöd till de närstående under sjukdomen och efter ett dödsfall.

### Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Åtgärd/förändring	Beräknad kostnad
1. Utökning vårdplatser	12,5 - 33,1 Mnkr
2. Utökad personaltäthet avdelning SU och NU	8,6 Mnkr
3. Utbyggnad palliativa öppenvårdsteam	7,3 Mnkr
4. Utvecklingssköterskor	3,6 Mnkr
5. Konsultativt arbetssätt	0,5 Mnkr
<b>Totalt</b>	<b>32,5 Mnkr - 53,1 Mnkr</b>

Mål för antal palliativa slutenvårdsplatser är satt till mellan 5 - 8 st./100 000 invånare. I utredningen antas att dessa patienter redan finns inom vården och upptar en vårdplats på annan enhet. Bemanningstal för patientnära vårdpersonal på standardavdelning är 1,3/patient, för palliativ vårdplats 1,8. Differensen tas upp som en ökad kostnad. Enheterna ska också bemannas av läkare, kurator och rehabiliteringspersonal. Förslaget utgår från att läkartid redan är avsatt för patienterna, men verksamheterna måste ansvara för att läkare har en palliativ kompetens. Samma resonemang gäller kurator och rehabiliteringspersonal.

### Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Uppföljningen sker med hjälp av Svenska Palliativ registret som stöds av SKL. VGR har fattat beslut att alla dödsfall som sker inom regional vård ska registreras. Registerdata tas enkelt fram och visar enhetens kvalitetsdata. Data kan också tas fram som speglar ett sjukhus, ett geografiskt område eller hela VGR. Data ska visas vid varje vårdenhet som del i kvalitetsarbete, samt efterfrågas i linjeorganisationen. Det nationella kunskapsstödet har tagit fram nationella kvalitetsindikatorer, se regionalt vårdprogram samt nationellt kunskapsstöd. Dessa ska följas.

### Etiska aspekter:

Vårdprogrammet syftar till att erbjuda en jämlik palliativ vård av hög och jämn kvalitet i hela VGR. Patienter ska få god vård oavsett bostadsort, ålder eller diagnos. Data i Svenska Palliativregistret ger vid handen att detta är ett utvecklingsområde.

### Rangordning:

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: Ej tillämpligt

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Kan ej bedömas

**Förslag:**

Prioritet 2. Bygger på nationella vårdprogram och kunskapsstöd.

**Introduktion:**

Genom introduktionsfinansiering stödja en succesiv utökning av palliativa vårdplatser och utbyggnad av palliativa öppenvårdsteam. (Punkt 1 och 3 i tabellen)

År 1 9,9 mkr

År 2 9,9 mkr

## RMR Axial spondylartrit

### **Bakgrund:**

Nya kunskaper visar att patienter med inflammatorisk reumatisk sjukdom, som grupp betraktad, löper ökad risk att insjukna i hjärt- och kärlsjukdom. Instruktioner för konditionsträning med efterföljande återbesök rekommenderas ingå i standardbehandling av patienter med axial spondylartrit för att motverka riskerna för utveckling av hjärt- och kärlsjukdomar. Riktlinjen syftar till att säkerställa ett enhetligt sjukgymnastiskt omhändertagande och gemensamt synsätt utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Riktlinjerna omfattar diagnosgruppen axial spondylartrit (axial SpA).

### **Sjukdomens svårighetsgrad:**

Kronisk ryggsmärta är ett stort hälso- och socioekonomiskt problem i västvärlden med en förekomst hos 20 – 25% av befolkningen. Ryggsmärtan kan vara en del i en generaliserad smärta men ingår även som en tidig komponent vid inflammatorisk ryggsjukdom, det som numera kallas spondylartrit. Spondylartrit (SpA) är ett paraplynamn för flera olika reumatiska diagnoser t ex ankyloserande spondylit (AS, tidigare även kallad för Bechterews sjukdom), psoriasisartrit (PsA), artrit vid samtidig förekomst av inflammatorisk tarmsjukdom (Aa-IBD), odifferentierad spondylartrit (USpA), reaktiv artrit (ReA) och juvenil idiopatisk artrit (JIA).

### **Sjukdomens incidens/prevalens:**

Exakta uppgifter för prevalens saknas, men baserat på svenska diagnosregister har ungefär 0,25 - 0,50 procent av Sveriges befolkning inflammatorisk ryggsjukdom. Incidensen är cirka 6 per 100 000 individer och år.

### **Effekt:**

Minskat insjuknande i hjärt- kärl sjukdom hos patienter med axial spondylartrit.

### **Risk:**

Inga redovisade.

### **Evidens:**

Patienter med spondylartrit utgör en riskgrupp för utveckling av hjärtsjukdomar. Regelbunden aerob träning på medelhög nivå (70-80% av maximal hjärtfrekvens) anses kunna motverka riskerna för utvecklingen av hjärtsjukdomar.

### **Kostnadseffektivitet:**

Ej redovisat.

### **Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:**

En heltidstjänst på SU samt en heltidstjänst delad mellan de tre länssjukhusen i regionen (Uddevalla, Skövde, Borås) behövs för genomförandet. Beräkningen är gjord 250 patienter på per år på SU, ett antal som kommer att öka när de nya diagnostiska kriterierna för SA tillämpas. Uppdraget omfattar utbildningsinsatser för primärvården.

Åtgärd/förändring	Beräknad kostnad
Utökade insatser sjukgymnast, motsvarande 2 heltidstjänster	1,3 Mnkr

### **Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:**

Konditionstestet, planering av träningsprogrammet, stegring av träningsprogrammet (1 mån och 3 mån uppföljning) och resultat av träningsprogrammet (6 mån uppföljning) skrivs i Svensk Reumatologisk Kvalitetsregister, SRQ som är ett nationellt kvalitetsregister.

**Etiska aspekter:**

Riktlinjerna bedöms inte påverka patienternas autonomi eller integritet negativt.

**Rangordning:**

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: God

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Kan ej bedömas

**Förslag:**

Rangordnas ej. Introduktionsfinansiering bedöms ej vara aktuellt.

**Introduktion:**

Ingen introduktionsersättning föreslås. Svårt att särbehandla denna patientkategori. Hänvisar till de satsningar som görs inom ramen för regionuppdraget för sjukdomsförebyggande insatser.

# Långvarig smärta - Beskrivning och handlingsplan

## **Bakgrund:**

I januari 2011 bildades en expertgrupp som fick i uppdrag från Lars-Olof Rönnqvist, dåvarande Hälso- och sjukvårdsdirektören och Peter Lönnroth, Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektören att kartlägga kapacitet och kompetens inom Västra Götalandsregionens hälso- och sjukvård när det gäller utredning, behandling och rehabilitering av personer med långvarig, icke malign smärta samt utbildningar i området (RSK 172-2011). I oktober 2012 fick Nenad Stankovic, ordförande för Smärtrådet och Smärtrådet i uppdrag från Ann Söderström, Hälso- och Sjukvårdsdirektören, att utarbeta förslag till regionala medicinska riktlinjer för utredning och behandling av långvarig icke malign smärta (RS 2338-2012). Dessa uppdrag har resulterat i dokumentet Långvarig smärta i Västra Götalands Region. Beskrivning och handlingsplan.

## **Sjukdomens incidens/prevalens:**

Långvarig icke malign smärta (vilken i fortsättningen benämns som långvarig smärta) är mycket vanlig i befolkningen. Flertal studier har visat att cirka 20% av befolkningen har långvarig smärta som ger upphov till funktionsbortfall och kontakt med sjukvården. Ca 7% av vuxna personer har ett stort vårdbehov p g a långvarig smärta. Vårdkonsumtionen hos dessa är 5 gånger högre än hos befolkningen i övrigt.

## **Effekt:**

I regionen bör finnas enhetliga rutiner för att kartlägga, skatta och följa upp smärtbehandling /rehabilitering i primär- och specialistvård. Detta inkluderar ett kvalitetsregister för smärtbehandling och smärtrehabilitering samt etablering av multidisciplinära smärtkliniker.

Förslaget till nivåstruktur innebär att primärvården gör basal utredning och behandling. Hos patienter där insatta åtgärder inte ger förväntat resultat eller där man från början ser uttalade och komplexa behov bör ett multidisciplinärt smärteam inom primärvården kopplas in. Patienter med mer komplex smärtproblematik som behandlats i primärvården men som inte uppnått förväntat behandlingsresultat remitteras till specialiserad smärtenhet på sjukhus. Där sker fördjupad smärtanalys, kompletterande utredning och behandling. Multidisciplinära smärteam i specialiserad vård bör finnas för patienter med särskilt stora behov där primärvårdens resurser inte räcker till. Patienterna med särskilda behov remitteras vidare till ett smärtcentrum som behärskar avancerade smärtlindringstekniker som ryggmärgstimulering, blockader, pumpar med mera.

Målet är att minska antalet patienter med långvariga smärttillstånd som nu leder till ett stort lidande för patienterna och en hög kostnad för regionen. Ett antal självmord kan sannolikt också undvikas eftersom det finns ett samband mellan långvarig smärta och ökad självmordsbenägenhet.

## **Risk:**

Inga risker redovisade.

## **Evidens:**

Finns en SBU rapport: <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Rehabilitering-vid-langvarig-smarta/> Multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i dessa avseenden. Det sammanlagda vetenskapliga underlaget när det gäller den smärtlindrande effekten av multimodal rehabilitering har ändrats, från att ge stöd för effekt till att inte visa någon skillnad jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Detta gäller långvariga smärtor från nacke, skuldror och ländrygg.

## **Kostnadseffektivitet:**

Långvarig smärta medför stora kostnader som i till stor del utgörs av kostnader för långtidssjukskriv-



ning. I VGR beräknas de vårdrelaterade kostnaderna utgöra 1,3 miljarder per år utifrån den uppskattning som SBU gjorde 2006. En nyligen genomförd hälsoekonomisk uppföljning av arbetet vid Smärtenheten vid Kungälv's sjukhus visar preliminärt på positiva resultat avseende behandlingens kostnads-effektivitet för en särskilt selekterad patientpopulation. Efter en intensiv multimodal behandling så minskade kostnaderna för såväl produktionsbortfall som för hälso- och sjukvård med i runda tal en femtedel samtidigt som patienternas hälsorelaterade livskvalitet ökade.

#### **Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:**

Den modell som Smärtrådet föreslår innebär tio (på sikt 20) fasta multidisciplinära smärteam i primärvården till en tillkommande kostnad på 40 mnkr per år eller 4 mnkr per team. Den basala utrednings- och behandlingsnivån bedömer primärvården ryms inom ramen för vårdvalet.

På sjukhusen finns smärtenheter och smärteam i olika sammansättningar. En del av tjänsterna ligger inom ramen för ordinarie vårdöverenskommelse men en hel del finansieras via pengar från rehabgarantin. De tjänster som idag finansieras via rehabgarantin motsvarar enligt sjukhusen en kostnad på ca 11,8 mnkr per år. Smärtrådets bedömning är att det utöver dagens bemanning behövs ytterligare förstärkning på sjukhusen för att få en jämlik vård i regionen samt kunna ge patienterna den vård de behöver.

	<b>Sjukhus</b>	<b>Primärvård</b>
<b>Smärtrådets förslag</b>	11,8 mnkr plus ytterligare 20 mnkr	40 mnkr (+ ytterligare 40 mnkr på sikt)
<b>Kostnad inom förvaltning idag som ej ligger inom VÖK/VGPV</b>	11,8 mnkr	55 mnkr
<b>Finansiering via rehabgarantin(MMR 1 o 2)</b>	7 mnkr	29 mnkr

Behov av utökning av antal tjänster på sjukhusen enligt smärtrådets bedömning.

Behov av utökning i antal tjänster	Läk, smärtspec	Läk övr spec	Ssk	Fysio	Psyk	AT	Kur	Sekr	Usk
<b>Kungälv</b>	0,5	0,5	0,2	0,2		0,2		0,2	
<b>ANS</b>		0,5	1		0,2				
<b>FSS</b>	0,5	0,4	1		0,5	0,5			0,5
<b>SU/Ö</b>	1	0,3	1		0,5			0,75	
<b>NU</b>	0,8	0,5	1	1	0,5			0,5	
<b>Borås</b>		0,5							
<b>Alingsås</b>	0,5		1					0,2	
<b>Skövde</b>	1,6	0,5	1,1	1,5	1		0,5	1	
<b>Lidköping</b>	1		1	0,2			0,2	0,2	
<b>Falköping</b>	1		1	0,2			0,2	0,2	
<b>Totalt</b>	6,9	3,2	8,3	3,1	2,7	0,7	0,9	3,05	0,5

**Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:**

Utvärdering görs utifrån behandlingsmål som patienter och behandlare formulerar tillsammans. Detta kan vara minskad smärtintensitet, förbättrad livskvalité, ökad funktion, bättre familjeliv och sociala aktiviteter mm. Samtalet med patienten är den viktigaste utvärderingen. Bundna formulär t ex SF12 (mäter livskvalité), EQ-5D (mäter livskvalité) HADS (mäter ångest och depressivitet) kan utgöra ett värdefullt komplement. amtliga enheter inom specialistsjukvård som arbetar med smärtrehabilitering skall ingå i Nationell Register över Smärtrehabilitering (NRS).

**Etiska aspekter:**

Smärtvården i VGR är ostrukturerad och geografiskt ojämnt fördelad. Smärtrådet ser dessutom kunskapsbrister och för lite forskning och utveckling inom området. Detta leder sammantaget till en ojämlig vård.

**Rangordning:**

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: God

Risk med åtgärd: Liten

Kostnad per given effekt: Måttlig

**Förslag:**

Prioritet 2

**Introduktion:**

Saknas evidens för uppbyggnad av smärtenheter i primärvården på det sätt som föreslås. Pågår utvärdering av nuvarande insatser inom ramen för rehabgarantin och Vårdval rehab har precis införts. Beredningsgruppens bedömning är att det i nuläget inte finns tillräckligt stöd för Smärtrådets förslag och att man bör avvakta med tanke på införandet Vårdval rehab.

Uppbyggnad av smärtvården på sjukhusen föreslås göras i två steg för att förstärka dagens bemanning (som till del finansieras via statliga medel) samt förstärkningar för att få en jämnare fördelning av smärtvården i regionen. Målet med introduktionsfinansieringen är att sjukhus och beställare efter introduktionstiden arbetar in smärtemottagningar och multimodala rehabteam som en del i ordinarie vårdöverenskommelser med sjukhusen. Statsbidrag via rehabgarantin kommer finnas kvar under 2015 och troligen även under 2016.

År 1: 8,8 Mnkr enligt nedan

År 2: Utvärdera insatser under 2015.

**Fördelning introduktionsfinansiering per sjukhus, Mnkr.**

Sjukhus	2015	2016
Smärtcentrum ANS	0,5	0,5
Smärtcentrum FSS		2,1
Multidisp smärtcentrum SU/Ö	2,4	2,4
NU inkl rehabteam		2,7
Borås inkl rehabteam		2,2
Skövde	4,5	4,5
Kungälv	1,4	1,4
Lidköping		1,7
Falköping		1,7
Alingsås		1,1
Totalt	8,8	20,3

## Regionuppdrag Rörelseorganens sjukdomar

**Bakgrund:** Socialstyrelsens nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012. Fortsättning på regionuppdrag som gäller tom 2014 (RS 2633-2012).

### **Sjukdomens incidens/prevalens:**

I Sverige beräknas ca 0,7 % av vuxen befolkning ha reumatoid artrit, med ca 25 nyinsjuknade per 100 000 invånare och år. Ankyloserande spondylit (AS), tidigare kallad Bechterews sjukdom, är en inflammatorisk sjukdom i bäcken- och ryggleder som drabbar ungefär 0,2 procent av befolkningen. Psoriasisartrit (PsoA) finns i alla åldrar, men det vanliga är att den debuterar i medelåldern. Uppskattningsvis har 0,4 % av befolkningen sjukdomen.

### **Effekt:**

Biologiska läkemedel har förändrat dagens behandling av ledgångsreumatism. Många som har prövat flera olika antireumatiska läkemedel utan resultat kan bli hjälpta av biologiska läkemedel.

När man har en inflammation produceras en stor mängd små budbärarmolekyler, så kallade cytokiner. Några av cytokinerna, TNF-alfa, IL-1 och IL-6 bidrar särskilt mycket till att framkalla ledinflammationen. De biologiska läkemedlen blockerar den inflammationsframkallande effekten av dessa cytokiner. På så sätt dämpas inflammationen och sjukdomsförloppet bromsas. Smärtan, stelheten och sjukdomskänslan minskar eller försvinner. Läkemedlen kan också bromsa nedbrytningen av ledbrosk och ben.

### **Risk:**

Inga redovisade. Eftersom de biologiska läkemedlen är ganska nya behövs ytterligare uppföljning innan deras effekter på lång sikt är fullständigt kartlagda.

### **Evidens:**

Rekommendation i nationella riktlinjer.

### **Kostnadseffektivitet:**

Användandet av biologiska läkemedel vid reumatisk sjukdom leder till lägre grad av sjukskrivning och färre ortopediska operationer. För god säkerhet i användandet krävs dock något utökad, och därmed resurskrävande, kontroll vid insättning och uppföljning av behandlingen.

### **Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:**

Att nå en förskrivningsnivå i nivå med riket medför nedanstående kostnader för läkemedel och förstärkning i kompetens.

Tillkommande kostnad för läkemedel (ber årskostnad 90 000 kr per patient)

2015: 11,9 mnkr (264 tillkommande patienter netto på ett år)

2016: 35,6 mnkr (528 patienter, varav 264 påbörjades under 2015)

2017: 59,4 mnkr (792 patienter varav 528 påbörjades under 2015-16)

Kostnad för kompetensförstärkning; läkare och sjuksköterska.

År 2015 - 2017: 9 mnkr per år

### **Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:**

Dokumentation i SRQ och inrapportering av netto tillkommande patienter som påbörjar behandling med biologiska läkemedel per månad. Målnivåerna för andel behandlade med biologiska läkemedel samt schablonkostnad per patient ska ses över och revideras årligen.

**Etiska aspekter:**

Inga redovisade

**Rangordning:**

Svårighetsgrad:	Hög
Effekt av åtgärd:	Mycket god
Risk med åtgärd:	Låg till Måttlig
Kostnad per given effekt:	Måttlig

**Förslag:**

Prioritet: 1

**Introduktion:**

Introduktion ges för kompetensförstärkning och tillkommande kostnader för läkemedel. Tidigare insatser via ordnat införande i RÖS tom 2014 förutsätts nu vara inarbetade i ordinarie VÖK. Ersättningsnivån ska ses över och justeras ifall kostnaderna för de biologiska läkemedlen förändras. Beräknad kostnad per patient i underlaget är satt till 90 000 kr per patient.

År 1: 20,9 Mnkr (läkemedel och personalförsörjning)

År 2: 35,6 Mnkr (endast läkemedel patienter nytillkomna under 2015-16)

År 3: 11,9 Mnkr (endast läkemedel nytillkomna patienter 2017)

## RMR Intracerebrala hematom

### Bakgrund:

I Västra Götalandsregionen har det regionala strokerådet identifierat behov av medicinska riktlinjer för hjärnblödning då praxis för handläggning och åtgärd visats variera vid de olika sjukhusgrupperna. Vidare är ledtider för överflyttning till regional nivå, Neurokirurgi, ibland påtagligt långa och kan därför medföra en ökad medicinsk risk.

### Riktlinje:

Riktlinjen beskriver utredning, behandling och uppföljning av patienter med intracerebralt hematom, i vilka situationer det blir aktuellt med vård på regional nivå inklusive akut neurokirurgisk åtgärd samt vilka tillstånd som bör utredas elektivt.

### Sjukdomens svårighetsgrad:

Intracerebralt hematom, I 61.0 – I61.5.

### Sjukdomens incidens/prevalens:

I regionen insjuknar årligen cirka 500 personer med hjärnblödning - intracerebralt hematom.

### Effekt:

Patientnyttan består huvudsakligen i en god och jämlik vård av patienter i regionen, där ett snabbt och adekvat initialt omhändertagande i kombination med rehabiliterande insatser kan vara livräddande och bidra till att minimera den uppkomna hjärnskadans omfattning och konsekvenser. De föreslagna åtgärderna medför totalt sett en lägre medicinsk risknivå för patienter med hjärnblödning.

### Risk:

Inga redovisade.

### Evidens:

Saknas redovisning.

### Kostnadseffektivitet:

De föreslagna förbättringarna leder till vissa avgående kostnader för sjukvården (minskat vårdbehov till följd av minimerad hjärnskada) och samhällsekonomiska besparingar i form av minskad arbetsfrånvaro, hemsjukvård, särskilt boende etc. Framför allt uppnås humanitära vinster genom att rädda liv och begränsa den uppkomna hjärnskadans omfattning och konsekvenser.

### Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Riktlinjerna avser att erbjuda en god och jämlik vård oberoende av insjuknandeort, vilket förutsätter ökade insatser från regionens strokeenheter, ambulanssjukvården, IVA-vård och Neurosjukvården SU, inklusive inrättandet av en regional strokebakjour.

Åtgärd/förändring	Beräknad kostnad
Ökade insatser IVA eller motsvarande, ca 150 dygn	
Ökat behov av elektiv bedömning och utredning vid insjuknande hos främst yngre patienter (< 50 år): remisser, angiografier och vård dygn	0,5 Mnkr
Ökat behov av ambulanstransporter (sekundärtransport) samt en ökad ambitionsnivå med en mer avancerad neurologisk bedömning under såväl primär- och sekundär transport vilket kommer att kräva en del utbildningsinsatser.	Ca 5000 km med olika transportsätt med olika kostnad. Innebär ca 150 tkr.

Etablering av regional bakjourslinje för stroke.	0,8 Mnr
<b>Totalt</b>	<b>1,3 Mnr exkl transportkostnader</b>

**Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:**

Kommer att ske genom det nationella kvalitetsregistret Riks-Stroke.

**Etiska aspekter:**

Patienternas autonomi och integritet påverkas inte negativt.

**Rangordning:**

Rangordnas ej. Introduktionsfinansiering bedöms ej vara aktuellt.

**Förslag:**

Föreslås ej introduktionsfinansieras. Jouruppdraget ingår i SU:s ansvar som regionsjukhus. HSA tillsammans med Strokerådet följa upp hur behovet av IVA-platser utvecklar sig och vilka förskjutningar som sker från länssjukhusen till SU.

## RMR Tyroideacancer

### Bakgrund:

I Västra Götalandsregionen (VGR) och Region Halland (RH) har sedan 2001 funnits ett regionalt vårdprogram för utredning och behandling av tyroideacancer. Föreslagen Regional Medicinsk Riktlinje (RMR) för tyroideacancer har sin utgångspunkt och ansluter i allt väsentligt till det Nationella vårdprogrammet för Tyroideacancer vilket infördes januari 2013. De huvudsakliga förändringarna med den nya RMR jämfört med det äldre vårdprogrammet är utvidgade indikationer för behandling med radiojod efter kirurgi även vid lågrisktumörer. I många fall rekommenderas dock en lägre aktivitet radioaktivitet jämfört med tidigare rutin.

### Sjukdomens svårighetsgrad:

De tumörtyper som avses är papillär, follikulär, medullär, anaplastisk och lågt differentierad cancer.

### Sjukdomens incidens/prevalens:

Senaste årets incidens ca 160 fall/år i VGR.

### Effekt:

En mer fullständig ablation (=utslagning) av tyroidea vilket gör det möjligt att biokemiskt utvärdera om patienterna är helt tumörfria redan ungefär 1 år efter primärbehandlingen. För att skärpa den biokemiska bedömningsgrunden har även en rutin införts i de nya riktlinjerna att injektioner med humant rekombinant Thyrogen-läkemedel (rh-TSH) injiceras 2 ggr före analys av tumörmarkörprovet. Detta medför att en stor andel av patienterna bedöms kunna avsluta sina cancerkontroller redan 2-5 år efter diagnosen. Patienter kommer kunna friskförklaras betydligt tidigare.

### Risk:

Inga redovisade.

### Evidens:

Nationellt vårdprogram.

### Kostnadseffektivitet:

Den förändrade handläggningen innebär ett ökat antal radiojodbehandlingar (ofta dock med kortare vårdtid på onkologklinik), en ökad läkemedelskostnad för injektion av Thyrogen som rutin vilket dock balanseras av att ett flertal patienter kan erhålla besked om att de är kurerade och avsluta sina cancerkontroller betydligt tidigare än förut. Detta innebär en minskning av läkarbesök på de sjukhusanknutna mottagningarna. Ekonomisk kostnadsberäkning av den föreslagna rutinen i RMR pekar på en måttlig årlig ökning av sjukvårdskostnaderna med nuvarande cancerincidens. På sikt förväntas en liten kostnadsreduktion genom färre besök vid sjukhusanknutna specialistmottagningar.

### Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Åtgärd/förändring	Beräknad kostnad
Utvidgade indikationer för behandling med radiojod efter kirurgi även vid lågrisktumörer. Medför ökade kostnader för läkemedel, utökat antal besök för injektioner, utökat antal lab-analyser och radiojodbehandling. (Ca 160 fler fall per år.)	1,5 Mnkr
<b>Totalt</b>	<b>1,5 Mnkr</b>

### Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Alla patienter med nyupptäckt tyroideacancer som diagnosticeras i regionen skall rapporteras till det Nationella kvalitetsregistret för tyroideacancer, [www.cancercentrum.se/inca](http://www.cancercentrum.se/inca) Det är väsentligt att alla kliniker/mottagningar som handhar tyroideacancerpatienter har rutiner för ifyllande av uppgifter till

kvalitetsregister.

Varje patient ska registreras med formulär för:

1. Anmälan om nyupptäckt tyreoideacancer – vilken även gäller som canceranmälan
2. Status efter primärbehandling, 9 månader (förnyad riskbedömning)
3. Uppföljning/Kontroll - hos behandlande specialist enligt NVP – ännu ej klar.

**Etiska aspekter:**

Några negativa konsekvenser av de RMR avseende patienternas integritet och autonomi bedöms inte uppkomma.

**Rangordning:**

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: God

Risk med åtgärd: Låg

Kostnad per given effekt: Måttlig

**Förslag:**

Prioritet: 2. Nationellt vårdprogram. Beredningsgruppen föreslår att riktlinjen införs med introduktionsersättning för utökad behandling med radiojod efter kirurgi även vid lågrisktumörer.

**Introduktion:**

År 1: 1,5 Mnr

År 2: 1,5 Mnr



## RMR Maligna melanom

### **Bakgrund:**

Denna regionala riktlinje beskriver utredning, behandling och uppföljning i korthet samt regionala tillägg till det nationella vårdprogrammet för maligna melanom. Riktlinjen anger också vårdnivå utifrån regionala förhållanden. De viktigaste konsekvenserna av Nationellt vårdprogram 2013 Malignt melanom (MM) jämfört med nuvarande vårdpraxis i regionen är införandet av sentinel node biopsi, SNB, även för melanom i huvud-halsregionen, samt det minskade antal efterföljande återbesök för melanomkontroller som det nya vårdprogrammet föreslår. Rekommendationerna att använda melanomläkemedlen ipilimumab resp vemurafenib vid generaliserat kutant melanom innebär betydande kostnadsökning för läkemedel för denna patientgrupp. Vårdprogramsrekommendationerna innebär också att specialister i palliativ medicin i högre utsträckning än idag ska engageras i melanomsjukvården vilket då kräver fler läkare med denna kompetens. Dessutom införs en ny form av kontaktperson på alla kliniker som handhar malignt melanom, en kontaktsjuksköterska.

### **Sjukdomens svårighetsgrad:**

Malignt melanom (C43) med tilläggssiffra för lokalisation.

### **Sjukdomens incidens/prevalens:**

Incidensen i västra sjukvårdsregionen år 2012 var 44,2/100 000 invånare. Antal 792 personer av 1,79 miljoner invånare. Prevalens för västra sjukvårdsregionen är 4752 invånare.

### **Effekt:**

Förbättrad möjlighet till diagnostik och prognos genom SNB. Minskad risk för feltolkning av PAD-svar. Mer samordnade insatser och ökad trygghet för patienten genom kontaktsjuksköterska. Minskat antal kontroller jämfört med tidigare då det inte finns någon evidens för att täta kontroller ger förbättrad överlevnad.

### **Risk:**

För att minska risken att skada funktionellt viktiga strukturer såsom nervus facialis i spottkörteln vid SNB krävs att ingreppet utförs av tränad och erfaren kirurg.

### **Evidens:**

Nationellt vårdprogram MM.

### **Kostnadseffektivitet:**

Ej angiven.

## Beräknad tillkommande kostnad per år i regionen:

Åtgärd/förändring	Beräknad kostnad	
Uppbyggnaden av ett regionalt centrum vid ÖNH-klinik för att kunna utföra SNB i huvudhalsregionen kommer att innebära en initial kostnad för införskaffande av utrustning samt utbildning av personal, därefter en fortlöpande kostnad för att utföra lymfskintigrafisk undersökning samt det kirurgiska biopsiförfarandet.	1,5 Mnkr	Sentinel node lymfkörtelbiopsi, som diagnostik, ca 30 patienter, Sentinel node lymfkörtelbiopsi med lymfkörtelutrymning, ca 10 patienter, ca 5-10 % av kirurgtjänst för utb och MDT.
Utökad användning av PET-CT	2,45 Mnkr	140 st à 17 500 kr
Införande av Buckybehandling vid lentigo maligna innebär ingen utrustningskostnad då denna redan finns vid regionens hudkliniker. Däremot är det för regionen en ny behandling och det krävs utbildning av personal.	14500 kr	Ca 20 patienter per år
Kostnader för nya melanomläkemedel	Hanteras särskilt i ordnat införande av nya läkemedel	
Utbildning av melanompatienter	75000 kr	Planeringstid: Arbetsgrupp 1,5 dgr (3 pers) Kurstid: 2,5 tim 10 tillfällen (à15 pat.) läk+ssk Kostnad: 16 500 + 21 000
Utökad psykosocialt stöd	0,3 Mnkr	Skas; NU; SÄS: 0,1 tjänst vardera - SU:0,3 tjänst
Fler specialister i palliativ medicin	Tas upp i vårdprogram palliativ vård	
Införandet av s k kontaktsjuksköterska på minst 20 % tjänst på varje klinik	1,8 Mnkr	Uppskattat 3*0,2 tjänst vardera för SkaS, NU och SÄS samt 1,6 tjänst att fördela för SU, Frölunda 0,2
<b>Totalt</b>	<b>6,1 Mnkr</b>	

## Uppföljning av följsamhet, effekt och kostnad:

Dokumentation i kvalitetsregister.

## Etiska aspekter:

Bedömningen är att patienternas autonomi och integritet inte påverkas negativt utan att man snarare förstärker patientens rättigheter till en god vård av riktlinjerna i det nationella vårdprogrammet 2013 Malignt melanom.

## Rangordning:

Svårighetsgrad: Hög

Effekt av åtgärd: God

Risk med åtgärd: Liten

Kostnad per given effekt: Kan ej bedömas

## Förslag:

Beredningsgruppen föreslår att riktlinjen införs med introduktionsersättning för utökade SNB, kontaktssk och utbildningsinsatser. Prioritet 2. Nationellt vårdprogram.

## Introduktion:

År 1: 3,7 mnkr

År 2: 3,7 mnkr

Utökning av PET-CT exkluderas i introduktionsersättningen. Fråga kommer ställas till diagnostikrådet om vilka principer för finansiering som ska tillämpas vid ökade behov av diagnostik.

## Summering förslag till introduktion, kunskapsunderlag

Kunskapsunderlag	Prio	2015	2016	2017
<b>Palliativ vård</b>	2	9,9	9,9	
<b>RMR Tyroideacancer</b>	2	1,5	1,5	
<b>RMR Maligna melanom</b>	2	3,7	3,7	
<b>Regionuppdrag RÖS (fortsättning 2015-)</b>	1	20,9	35,6	11,9
<b>Långvarig smärta - Smärtrådet</b>	2	8,8	Bedömas hösten 2015	
<b>Summa, mnkr</b>		<b>44,8</b>	<b>50,7</b>	<b>11,9</b>