

# Styrdokument

Riktlinjer för arbetet med att ta fram nationella  
vårdprogram inom cancersjukvården

2022-08-31 Version: 5.3

## Versionshantering

Datum	Beskrivning av förändring
2011-12-07	Styrdokumentet fastslaget av Regionala cancercentrum i Samverkan
2013-03-26	Revidering av styrdokument godkänd av Regionala cancercentrum i Samverkan
2013-12-18	Kapitel 3: Tillägg i ansvarsbeskrivningen för regionala representanter. Kapitel 7 reviderat och uppdelat i två kapitel (nuvarande kapitel 7 och 8). Kapitelnumreringen härefter förskjuten ett steg. Kapitel 9.1: Remissinstans tillagd. Kapitel 10: Ny instruktion för ISBN-nummer Kapitel 12: Nytt kapitel om revidering Appendix 4: Ny instruktion för att skriva regionala tillämpningar.
2014-02-25	Revidering av styrdokument godkänd av Regionala cancercentrum i Samverkan
2014-05-12	Appendix 3: Språkgranskningen flyttad till en tidigare del av processen.
2014-09-18	Kapitel 9.1 Ny remissinstans tillagd.
2015-06-16	Kapitel 6.2 Standardiserade vårdförlopp (Nytt) Kapitel 3 och 5: Tillägg om patologi Kapitel 8.1: Nya remissinstanser tillagda Kapitel 11: Tillägg om rutiner för samtidig revidering av vårdprogram och vårdförlopp Appendix 2: Förtydligande av uppdrag
2016-02-24	Kapitel 8: Revidering av remissrutiner, tillägg av remissinstanser Övrigt: förtydligande av gruppens sammansättning, ekonomi
2016-11-29	Kapitel 3: Regionala representanter, inkl. ordförande, kan sitta högst 6 år i gruppen. Alla grupper ska ha en representant i NAC-gruppen. Kapitel 8.1: Skandionkliniken tillagd som remissinstans.
2017-05-29	Kapitel 3: RCC i samverkan ska utse en omvårdnadsrepresentant.
2018-11-12	Kapitel 9: Information om ISBN-nummer borttagen. Kapitel 10: Nytt stycke om hur listan med vårdprogramgrupps medlemmar ska hanteras vid revision.
2019-10-10	Ändringar i kapitel 3 och 8 samt appendix 3 på grund av sammanslagen remissrunda vid uppdatering av vårdprogram. Kapitel 3: RCC Samverkan utser inte arbetsgrupp för patologi. Stödjande RCC tar över uppgifter kring dokumenthantering från ordföranden. Kapitel 6: Nya instruktioner för publicering av regionala tillämpningar. Nytt avsnitt 6.3 om det nationella regimbiblioteket. Kapitel 7: Uppdaterad text om förhållandet mellan kvalitetsregister och vårdprogram.
2020-02-11	Ändringar i kapitel 8 samt appendix 3: Sammanslagen remissrunda gäller även nya vårdprogram.
2020-04-28	Nytt avsnitt 8.4 om uppdatering vid nya läkemedelsrekommendationer från NT-rådet eller TLV
2021-02-09	Kapitel 3: Tillägg om att ordförande kan få arvode motsvarande 10 dagars arbetstid. Kapitel 4: Utökad text om patientmedverkan Kapitel 6: Tillagd text om Min vårdplan Kapitel 7: Utökad text om kvalitetsregister
2022-08-31	Kapitel 8.4: Tillägg angående nationell konsekvensbeskrivning och information till nätverket för hematologi- och onkologichefer.

Detta dokument fastställs av RCC i samverkan.

# Innehållsförteckning

<b>Kapitel 1</b>	
<b>Regionala cancercentrum och kunskapsstöd.....</b>	<b>4</b>
<b>Kapitel 2</b>	
<b>God vård .....</b>	<b>5</b>
<b>Kapitel 3</b>	
<b>Nationella arbetsgrupper .....</b>	<b>6</b>
<b>Kapitel 4</b>	
<b>Patientmedverkan .....</b>	<b>8</b>
<b>Kapitel 5</b>	
<b>Det nationella vårdprogrammets innehåll .....</b>	<b>9</b>
<b>Kapitel 6</b>	
<b>Förhållandet mellan nationella vårdprogram och andra dokument.....</b>	<b>10</b>
6.1 Nationella riktlinjer.....	10
6.2 Standardiserade vårdförlopp .....	10
6.3 Nationella regimbiblioteket .....	10
6.4 Min vårdplan .....	11
6.5 Regionala tillämpningar.....	11
<b>Kapitel 7</b>	
<b>Förhållandet mellan nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister.....</b>	<b>12</b>
<b>Kapitel 8</b>	
<b>Remisshantering .....</b>	<b>13</b>
8.1 Remissmottagare.....	13
8.2 Material som skickas ut.....	14
8.3 Uppdatering utan remissrunda .....	14
8.4 Uppdatering vid ny rekommendation från NT-rådet eller TLV.....	15
8.5 Samtidig revidering av standardiserat vårdförlopp.....	15
<b>Kapitel 9</b>	
<b>Fastställande och implementering.....</b>	<b>16</b>
<b>Kapitel 10</b>	
<b>Revidering av vårdprogram .....</b>	<b>17</b>
<b>Appendix 1</b>	
<b>Uppdragsbeskrivning för nationell arbetsgrupp.....</b>	<b>18</b>
<b>Appendix 2</b>	
<b>Uppdragsbeskrivning för regional representant.....</b>	<b>19</b>
<b>Appendix 3</b>	
<b>Processflöde.....</b>	<b>20</b>
<b>Appendix 4</b>	
<b>Instruktion för att skriva regionala tillämpningar till det nationella vårdprogrammet..</b>	<b>21</b>



## KAPITEL 1

# Regionala cancercentrum och kunskapsstöd

I enlighet med förslag i betänkandet ”En nationell cancerstrategi för framtiden” har sex regionala cancercentrum startats. För samverkan på nationell nivå inrättades under 2010 en samverkansgrupp bestående av cheferna för regionala cancercentrum och Sveriges Kommuner och Landsting.

Patientperspektiv och strävan efter jämlik hälso- och sjukvård ska genomsyra arbetet för att förbättra den svenska cancervården. Till grund för regionala cancercentrums verksamhet finns tio kriterier. Ett av dessa är kunskapsstyrning. Nationella riktlinjer, nationella vårdprogram, regionala tillämpningar samt uppföljning i kvalitetsregister är alla viktiga delar i kunskapsstyrning. Regionala cancercentrums uppgift är att initiera, stödja och medverka till att nationella vårdprogram implementeras.

## KAPITEL 2

# God vård

Socialstyrelsens kriterier för god vård innefattar att hälso- och sjukvården ska

- vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- vara säker
- vara patientfokuserad
- vara effektiv
- vara jämlik
- ges i rimlig tid
- baseras på Hälso- och sjukvårdslagen.

Detta innebär bl.a. att en central uppgift för sjukvården är att alla cancerpatienter ska få en likvärdig utredning, behandling och uppföljning. Det är också en målsättning att handläggningen ska vara ändamålsenlig, väl samordnad och effektiv.

## KAPITEL 3

# Nationella arbetsgrupper

Nationella arbetsgrupper består av en representant per regionalt cancercentrum samt en ordförande som utses av RCC i samverkan. Ordförande ska avge jävsdeklaration. Regionala representanter utses i samråd med linjeorganisation och kan sitta i gruppen i maximalt 6 år (gäller även ordförande).

Uppdragsbeskrivningen (appendix 1) består av en allmän del samt en specifik del för varje arbetsgrupp. Till varje arbetsgrupp knyts ett regionalt cancercentrum som administrativ stödjande part.

I samtliga vårdprogramgrupper ska en patolog ingå som ansvarar för att ett kvalitetsdokument för patologi tas fram. Patologen knyter till sig en arbetsgrupp för patologi som fastställs av RCC i samverkan. Gruppen bör ha regional representation och kan vara befintlig KVA-ST-grupp eller särskilt tillsatt arbetsgrupp.

En omvårdnadsrepresentant ska utses för att säkerställa att vårdprogrammet belyser relevanta omvårdnadsaspekter.

Utöver de formellt utsedda representanterna bör gruppen knyta till sig de experter som behövs för att representera samtliga kompetenser som är engagerade i patientens vårdflöde. Följande specialiteter bör alltid finnas representerade i gruppen: radiolog, sjuksköterska, rehabiliteringskompetens, palliativ kompetens, onkolog, kirurg. Även patienter ska ingå i gruppen, se nedan. Gemensamma arbetsgrupper för nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister ska eftersträvas.

Varje vårdprogramgrupp ska också ha en person som ansvarar för kontakter med NAC-gruppen. Kontaktpersonen bör stämma av med NAC under skrivprocessen och säkerställa att NAC ställer sig bakom skrivningar kring läkemedel som kan vara kontroversiella. NAC-gruppen ska säkerställa att vårdprogramgrupperna ges tillfälle att kommentera tidiga bedömningsrapporter på nya läkemedel/indikationer samt införande och uppföljningsprotokoll när de är under utarbetande.

Ordföranden i en nationell vårdprogramgrupp kan få ersättning för tio dagars arbete i samband med att vårdprogrammet skrivs eller revideras. Ordföranden kan överlåta de tio dagarna till en annan person i vårdprogramgruppen. Utbetalning sker genom att arbetsgivaren fakturerar RCC för tio dagars lönekostnad.

Regionala cancercentrums samverkansgrupp ska

- utse ordförande och regionala representanter till arbetsgruppen
- utse en omvårdnadsrepresentant
- utse en patolog som ansvarar för att ta fram ett kvalitetsdokument i patologi för diagnosen
- ansvara för att nationella vårdprogram samordnas med varandra
- godkänna slutligt förslag av vårdprogrammet
- ansvara för att vårdprogrammet publiceras
- ta ställning till nationella gruppens ansvar årligen, t.ex. ge gruppen i uppdrag att göra en uppdatering av vårdprogrammet.

## Nationella arbetsgruppens ordförande ska

- ansvara för att arbetet omedelbart påbörjas, att en tidplan för arbetet sätts upp samt att tidplanen hålls
- ansvara för sammansättningen av den totala arbetsgruppen
- ansvara för att en eller flera representanter för patienter eller närstående knyts till arbetsgruppen
- ansvara för att mallen för det nationella vårdprogrammet följs
- ansvara för att en nationell konsekvensbeskrivning skrivs inför remissrundan
- vid behov föredra det slutliga förslaget för godkännande i samverkansgruppen
- ansvara för slutlig kvalitetskontroll av vårdprogrammet inför publicering.

## Regionala representanter ska (se appendix 2)

- arbeta med målet patientcentrerad och kostnadseffektiv cancervård av hög kvalitet i regionen och nationellt
- verka för genomförandet av cancerstrategins intentioner så att jämlik hälso- och sjukvård eftersträvas
- aktivt delta i möten och arbete i arbetsgruppen
- återföra och förankra det pågående arbetet i den region man representerar
- ansvara för att regional tillämpning diskuteras i regionen
- rapportera till uppdragsgivaren i regionalt cancercentrum minst en gång årligen
- ansvara för att innehållet i vårdprogrammet är evidensbaserat och följer mallen för nationella vårdprogram.

## Stödjande Regionala cancercentrum ska

- vara administrativt stöd till vårdprogramgrupperna, t.ex. sköta mötesbokningar och kallelser
- vara administrativt stöd till arbetsgruppen för patologi, t.ex. sköta mötesbokningar och kallelser
- göra en plan för det redaktionella arbetet med vårdprogrammet tillsammans med arbetsgruppen t.ex. diskutera vem som ansvarar för textinsamling och former för textinsamlandet
- ansvara för att vårdprogrammet skickas till språkgranskning, layout och referenshantering inför remissrundan
- ansvara för att remisshanteringen av vårdprogrammet genomförs på ett korrekt sätt
- stötta ordföranden i att följa styrdokument och mall
- ta upp frågan om en användarkommission och stötta ordföranden i bildandet av en sådan
- ansvara för att slutversionen sparas på projektplatsen
- kontrollera att rätt version är publicerad.

## Regionala cancercentrum ska

- ansvara för att remissrundor genomförs i regionen
- förankra vårdprogrammet gentemot huvudmännen
- aktivt sprida information om vårdprogrammet regionalt
- stödja kvalitetsarbete grundat på vårdprogram och processarbete
- stödja forskningsaktiviteter grundade på vårdprogrammet och kvalitetsregister.

## KAPITEL 4

# Patientmedverkan

En genomgående linje i regionala cancercentrums arbete är att patient- och närståendeperspektivet ska genomsyra arbetet. RCC eftersträvar att varje vårdprogramgrupp har minst två patient- och närståendeföreträdare som deltar i arbetet.

Patient- och närståendeföreträdare har det övergripande uppdraget att säkerställa att patient- och närståendeperspektivet beaktas i framtagandet av nya vårdprogram och vid revideringen av befintliga vårdprogram. Genom sina erfarenheter ska företrädarna bidra till att vårdprogrammets innehåll möter patienters och närståendes behov under hela vårdkedjan. Företrädarna har inte i uppgift att vara experter på sjukdomen, och de behöver inte engagera sig i gruppens alla frågor.

Patient- och närståendeföreträdare utses efter dialog med vårdprogramgruppens ordförande och kan föreslås av en patientförening, vårdprogramgruppens medlemmar, landets RCC med flera. I diagnosgrupper där patient- och närståendeföreträdare saknas kan man tillfråga stödjande RCCs sjukvårdsregionala patient- och närståenderåd om hjälp.

Ordförande och vårdprogramhandläggare har ett gemensamt ansvar för att introducera patient- och närståendeföreträdaren i vårdprogramgruppen och vårdprogramsarbetet, samt att föra en kontinuerlig dialog med patient- och närståendeföreträdare kring hur och i vilka frågor hen vill vara delaktig. Stöd för detta finns i dokumenten Nationell uppdragsbeskrivning och Överenskommelse som beskriver uppdraget, tidsåtgång och arvodesersättning



## KAPITEL 5

# Det nationella vårdprogrammets innehåll

Nationella vårdprogram ska grundas på bästa möjliga medicinska kunskap. Detta kan vara befintliga strukturerade kunskapssammanställningar t ex från SBU, Cochrane, systematiska översikter, randomiserade studier, observationsstudier eller i sista hand beprövad erfarenhet. Vid uppdateringar ska kvalitetshöjningar av innehåll och rekommendationer eftersträvas.

Det finns en gemensam mall för vårdprogrammen med fastslagna rubriker. I mallen finns också beskrivningar av vad varje avsnitt ska omfatta. Dessa instruktioner bör fungera som utgångspunkt i planeringen av undersöknings- och skrivarbetet. Vårdprogrammet ska hållas så kortfattat som möjligt och bör inte vara längre än 70 sidor. Varje vårdprogram bör i bilaga innehålla ett nationellt kvalitetsdokument i klinisk patologi. Mall för denna bilaga finns i den övergripande mallen och bör följas.

## KAPITEL 6

# Förhållandet mellan nationella vårdprogram och andra dokument

### 6.1 Nationella riktlinjer

Från och med 2012 kommer Socialstyrelsens nationella riktlinjer enbart att innehålla kontroversiella åtgärder såsom vid svåra etiska frågor, åtgärder med höga kostnader och tveksamhet om nytta, åtgärder med praxisskillnader eller där olika uppfattningar finns i professionen eller åtgärder där behov finns av utmönstring av ineffektiva eller skadliga metoder.

De nationella vårdprogrammen ska omfatta riktlinjernas rekommendationer samt övriga åtgärder som inte tas upp i riktlinjearbetet, för att på så sätt ge en fullständig beskrivning av de åtgärder som ska finnas i vårdprocessen.

### 6.2 Standardiserade vårdförlopp

Om det finns ett standardiserat vårdförlopp för diagnosen ska vårdprogrammet och vårdförloppet uppdateras samtidigt, för att säkerställa att det inte finnas någon konflikt mellan dokumenten. Vårdförloppet anger vad som ska göras och vårdprogrammet anger hur och varför (med evidensgradering och hänvisning till vetenskapligt underlag). I mallen för nationella vårdprogram finns förslag till rubriker och texter för hänvisning till vårdförloppet.

Det standardiserade vårdförloppet ska inte ligga som bilaga till vårdprogrammet. I inledningen till vårdprogrammet finns en text som anger att ett standardiserat vårdförlopp finns och var det kan laddas ner.

### 6.3 Nationella regimbiblioteket

De vårdprogram där behandling sker med antitumorala läkemedel ska utse minst en representant som ska samarbeta med det nationella regimbiblioteket. Målet är att vårdprogrammet ska hänvisa till regimbiblioteket för att så lite information som möjligt ska finnas på två ställen. Regimbiblioteket och vårdprogrammet bör uppdateras samtidigt. Utsedd representant ansvarar för att

- utifrån rekommendationerna i vårdprogrammet föra en dialog med representant för det nationella regimbiblioteket kring vilka regimer som ska finnas där
- diskutera detaljer vad gäller regimerna, t.ex. doser, behandlingsdagar, kontroller inför start av regim respektive kur och dosreduktionsrekommendationer
- granska framtagna förslag till regimernas innehåll samt fastställa dessa på INCA
- vid uppdateringar av vårdprogrammet uppmärksamma behov av uppdateringar av regimerna.

## 6.4 Min vårdplan

Regionala cancercentrum i samverkan arbetar tillsammans med professioner inom cancervården för att ta fram nationell patientinformation till Min vårdplan. Informationen i Min vårdplan ska spegla de rekommendationer som finns i de nationella vårdprogrammen men vara skriven för patienter med cancer som målgrupp. Den nationella vårdprogramgruppen är remissinstans för de texter som tas fram till Min vårdplan.

Texterna till Min vårdplan ska inte ligga som bilagor i vårdprogrammet.

I de fall då det ännu inte finns nationella Min vårdplan-texter framtagna kan nationell patientinformation läggas som en bilaga till vårdprogrammet.

## 6.5 Regionala tillämpningar

Regionerna kan besluta om regionala tillämpningar av de nationella vårdprogrammen. De regionala tillämpningarna anger eventuella avvikelser från behandlingsrekommendationerna samt hur rekommendationerna ska tillämpas organisatoriskt.

Om regionerna har sådana tillämpningar ska de lägga in dem under samma rubriker som det nationella vårdprogrammet men i ett separat dokument, ett appendix. Appendixet får titeln Regionala tillämpningar för [region] av Nationellt vårdprogram för [diagnos]. Mall för detta finns. De regionala tillämpningarna bör publiceras på RCC:s webbplats under Regionspecifikt innehåll. Det finns också möjlighet att publicera regionspecifika kommentarer direkt under respektive kapitel i webbversionen av vårdprogrammen.

När ett nytt nationellt vårdprogram publiceras ansvarar den regionala representanten för att den regionala vårdprogramgruppen eller motsvarande tar ställning till om en regional tillämpning behöver göras eller om befintlig tillämpning behöver uppdateras. När det nationella vårdprogrammet uppdateras ansvarar den regionala representanten för att gruppen tar ställning till om även tillämpningen ska uppdateras. Den regionala kommunikatören ansvarar för att regionspecifikt innehåll på RCC:s webb hålls uppdaterat.

## KAPITEL 7

# Förhållandet mellan nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister

Ett av kvalitetsregistrens uppdrag är att möjliggöra uppföljning av rekommendationerna i de nationella vårdprogrammen, standardiserade vårdförloppen. En del i detta är att säkerställa att variabler och indikatorer i registren är användbara för kvalitetssäkring, utveckling och kunskapsstyrning.

Arbetet med nationella vårdprogram och nationella kvalitetsregister bör därför synkroniseras genom att kontakt etableras mellan vårdprogramgrupp och kvalitetsregisterstyrgrupp när vårdprogram förnyas eller revideras. Kvalitetsindikatorer i vårdprogrammen bör väljas så att de återspeglar viktiga kvalitetsmått och är möjliga att följa i öppna utdatapresentationer från kvalitetsregister.

## KAPITEL 8

# Remisshantering

Ett nationellt vårdprogram ska remissbehandlas inför nypublicering och efter revideringar. Remissversionen av vårdprogrammet publiceras på RCC:s webbplats och information om detta mejlas ut.

Stödjande RCC ansvarar tillsammans med ordföranden i den nationella vårdprogramgruppen för att skicka remissversionen av vårdprogrammet till SKR:s webbredaktör för publicering. RCC:s nationella samordnare ansvarar för att mejla information om remissrundan till de instanser som alltid ska ha informationen. Stödjande RCC ansvarar för att mejla aktuella specialist- och patientföreningar samt för att samla in och sammanställa synpunkterna.

Den nationella vårdprogramgruppen bearbetar de inkomna synpunkterna. Ingen respons från mottagaren räknas som inga synpunkter på vårdprogrammet.

Remissrundorna är två månader långa och startar fyra gånger om året vid fasta datum: 15 februari, 15 april, 15 september och 15 november.

RCC har tidigare haft en rutin med två remissrundor. Denna är nu borttagen.

### 8.1 Remissmottagare

Remissrundan har två syften. För det första att ge profession och patientföreningar möjlighet att kommentera det medicinska innehållet i vårdprogrammet, till exempel om den vetenskapliga bakgrunden och värderingen av denna har beskrivits på ett korrekt sätt eller om det saknas relevanta behandlingsalternativ. För det andra att ge regionerna möjlighet att komma med synpunkter på organisatoriska och ekonomiska konsekvenser av vårdprogrammet, till exempel om det finns ekonomiska möjligheter att erbjuda den vård som vårdprogrammet rekommenderar.

Om remissynpunkterna resulterar i omfattande revideringar ska vårdprogramgruppen ta ställning till om revideringarna påverkar organisation eller ekonomi på ett sådant sätt att regionerna ska ges möjlighet att ta ställning till vårdprogrammet på nytt.

Remissen ska alltid skickas till (mejlas av nationella samordnaren):

- RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerrehabilitering
- RCC:s nationella arbetsgrupp för cancerläkemedel
- RCC:s nationella arbetsgrupp för prevention
- Svenska läkaresällskapet
- Svensk sjuksköterskeförening
- Sjuksköterskor i cancervård
- Svensk förening för patologi
- Bild- och funktionsmedicin
- SFAM
- Svensk förening för medicinsk genetik
- Läkemedelsindustriföreningens Service AB (LIF)

- Skandionkliniken
- De nationella programområdena (NPO).
- Regionala kontaktpersoner för vårdprogram på respektive RCC. De ansvarar för att
  - regionens vårdprogramgrupp och/eller andra regionala arbetsgrupper ges möjlighet att lämna synpunkter
  - regionala/lokala patientföreningar ges möjlighet att lämna synpunkter i de fall där ingen nationell patientförening finns
  - linjeorganisationen i respektive region ges möjlighet att lämna synpunkter. Varje RCC har olika rutiner för förankringen med linjeorganisationen.

Remissen ska dessutom skickas till (mejlas av stödjande RCC):

- Specialitetsföreningar/sektioner, till exempel Svensk Sjuksköterskeförening SSF med delföreningar/nätverk och Svenska Läkaresällskapet med underföreningar/specialistföreningar och Svensk förening för patologi. Antalet delföreningar beror på diagnos. (Svenska Läkaresällskapet ombesörjer att skicka ut till alla specialistföreningar inom läkarprofessionen och tar emot alla inkomna synpunkter).
- Övriga professioner som är involverade och representerade i vårdprogrammet (sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, kuratorer, dietister, logopedier etc.). Ordförande/arbetsgruppen ska klargöra vilka specialistföreningar samt patientrepresentanter/patientföreningar som är aktuella att skicka till.
- Patientföreningar. Kontakta de nationella patientföreningarna. Om ingen nationell patientförening finns måste kontaktpersonen för nationella vårdprogram på respektive RCC göras uppmärksam på detta för att kunna ansvara för att regionens patienter ges möjlighet att lämna synpunkter.
- Om det finns: Användarkommision bestående av 3-5 kliniker som inte deltagit i framtagande av vårdprogrammet men som är mottagare av dokumentet.

## 8.2 Material som skickas ut

Som ett underlag för bedömningen ska vårdprogramgrupperna utarbeta en nationell konsekvensbeskrivning av vårdprogrammet. Denna ska, tillsammans med en preliminär version av vårdprogrammet, tillgängliggöras för de regionala processledarna senast två veckor före remissdatum. Syftet är att de regionala processledarna ska kunna utarbeta en regional konsekvensbeskrivning inför remissrundan. Den preliminära versionen av vårdprogrammet ska vara innehållsmässigt färdig men referens- och layoutarbete kan ske under tiden fram till remissdatum.

## 8.3 Uppdatering utan remissrunda

Vid mindre revideringar, som bara berör en del av professionen och som inte bedöms få ekonomiska eller organisatoriska konsekvenser, kan vårdprogrammet publiceras utan att remissbehandlas. Sådana mindre uppdateringar kan göras två gånger; efter det måste vårdprogrammet remissbehandlas. Även dessa mindre revideringar ska fastställas av RCC i samverkan inför publicering.

## 8.4 Uppdatering vid ny rekommendation från NT-rådet eller TLV

När NT-rådet eller TLV kommer med en ny läkemedelsrekommendation kan vårdprogrammet uppdateras utan föregående remissrunda. Syftet är att snabbt nå ut med den nya rekommendationen.

När NT-rådet eller TLV kommer med en ny rekommendation ska vårdprogramgruppen uppdatera skrivningarna om detta i vårdprogrammet och kommunicera dem, tillsammans med en nationell konsekvensbeskrivning, med Nationella arbetsgruppen för cancerläkemedel (NAC). NAC ska godkänna formuleringarna innan RCC i samverkan fastställer vårdprogrammet. Förändringen och den nationella konsekvensbeskrivningen ska kommuniceras till nätverket för hematologi- och onkologichefer efter fastställande.

Skrivningar kring eventuella följdverkningar för t.ex. diagnostik eller omvårdnad ska komma i nästa uppdatering av vårdprogrammet.

Ovanstående gäller endast vid rekommendationer från NT-rådet eller TLV, inte vid publicering av resultat från studier eller liknande.

## 8.5 Samtidig revidering av standardiserat vårdförlopp

Om det finns ett standardiserat vårdförlopp för någon eller några av de diagnoser som vårdprogrammet omfattar ska vårdförloppet ses över tillsammans med vårdprogrammet. Om även vårdförloppet revideras ska det gå på remissrunda tillsammans med vårdprogrammet.

## KAPITEL 9

# Fastställande och implementering

Fastställande av de nationella vårdprogrammen sker i Regionala cancercentrums samverkansgrupp som ansvarar för publicering.

Samtliga regionala cancercentrum verkar för att beslut om implementering tas i respektive region i enlighet med beslutade rutiner.



## KAPITEL 10

# Revidering av vårdprogram

Vårdprogramgrupperna ska se över vårdprogrammen årligen och gemensamt besluta om huruvida det ska revideras.

Även bilagan för patologi ska ses över årligen och uppdateras vid behov. Uppdateringen behöver inte följa samma cykel som vårdprogrammet utan kan anpassas till Kvast-möten eller liknande.

I de fall det finns ett standardiserat vårdförlopp för diagnosen ska detta ses över samtidigt och vårdprogramgruppen ansvarar för att dokumenten är samstämmiga. Vid revideringar av det standardiserade vårdförloppet ska hela arbetsgruppen för standardiserat vårdförlopp konsulteras.

När vårdprogrammet uppdateras ska även listan över vårdprogramgruppens medlemmar uppdateras. Listan ska endast omfatta de personer som arbetat med den senaste revisionen. De personer som medverkat tidigare ska flyttas till en egen rubrik *Tidigare medlemmar i vårdprogramgruppen* där de presenteras med namn men utan titel, arbetsställe o.dyl.

## APPENDIX 1

# Uppdragsbeskrivning för nationell arbetsgrupp

## Grundläggande uppdrag

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslutar om arbetsgrupper/referensgrupper inom olika områden där nationell samverkan är av stor betydelse för cancervården. Exempel på sådana områden kan vara screeningverksamhet, nivåstrukturer, forskningsfrågor, nationella riktlinjer/vårdprogram, kvalitetsregister och biobanksfrågor. Samtliga arbetsgrupper ska arbeta med målet patientcentrerad, jämlik, kostnadseffektiv cancervård av hög kvalitet.

En regionrepresentant till nationell arbetsgrupp utses av styrgrupp, ledningsgrupp eller motsvarande för Regionalt cancercentrum. Representanten ska vara förankrad i linjeorganisationen och vederbörandes verksamhetschef ska ha samtyckt. Varje arbetsgrupp ska ha ett specifikt uppdrag som ska rapporteras/följas upp minst årligen. Varje arbetsgrupp knyter till sig de experter som behövs för arbetet. Härvid bör också tas hänsyn till att gruppen ska vara multiprofessionellt sammansatt.

RCC:s samverkansgrupp utser ordförande som ansvarar för kontakterna med RCC:s samverkansgrupp. RCC:s samverkansgrupp ansvarar för att ställning tas till samtliga gruppers uppdrag årligen. Varje RCC ansvarar för att ställning tas till representation i befintliga grupper årligen.

## Specifikt uppdrag

RCC:s samverkansgrupp har utsett följande personer till nationella arbetsgruppen för .....

- Ordförande
- RCC norr
- RCC Stockholm Gotland
- RCC syd
- RCC sydöst
- RCC Uppsala Örebro
- RCC väst
- Ansvarig patolog
- Omvårdnadsansvarig

Stödjande RCC:

Ort datum

.....

Förnamn Efternamn  
För RCC:s samverkansgrupp

.....

Förnamn Efternamn  
Ordförande i nationella  
arbetsgruppen

## APPENDIX 2

# Uppdragsbeskrivning för regional representant

## Uppdrag

Regionala cancercentrums samverkansgrupp beslutar om arbetsgrupper/referensgrupper inom olika områden där nationell samverkan är av stor betydelse för cancervården. För varje nationell arbetsgrupp utses en regional representant.

Representanten ska vara förankrad i linjeorganisationen och vederbörandes verksamhetschef ska ha samtyckt till att representanten utför sitt arbete inom ramarna för sin ordinarie anställning. Varje RCC ansvarar för att ställning tas till regional representation i befintliga grupper årligen.

Regional representant i nationell arbetsgrupp för ..... ska

- utses av RCC:s styrgrupp/ledningsgrupp eller motsvarande med tidsbegränsat uppdrag
- arbeta med målet patientcentrerad och kostnadseffektiv cancervård av hög kvalitet i regionen och nationellt
- verka för genomförandet av cancerstrategins intentioner så att jämlik hälso- och sjukvård eftersträvas
- aktivt delta i möten och arbete i arbetsgruppen
- återföra och förankra det pågående arbetet i den region man representerar
- ansvara för att regional tillämpning diskuteras i regionen
- rapportera till uppdragsgivaren i regionalt cancercentrum minst en gång årligen
- ansvara för att innehållet i vårdprogrammet är evidensbaserat och följer mallen för nationella vårdprogram.

Datum

.....

NN, RCC-chef

.....

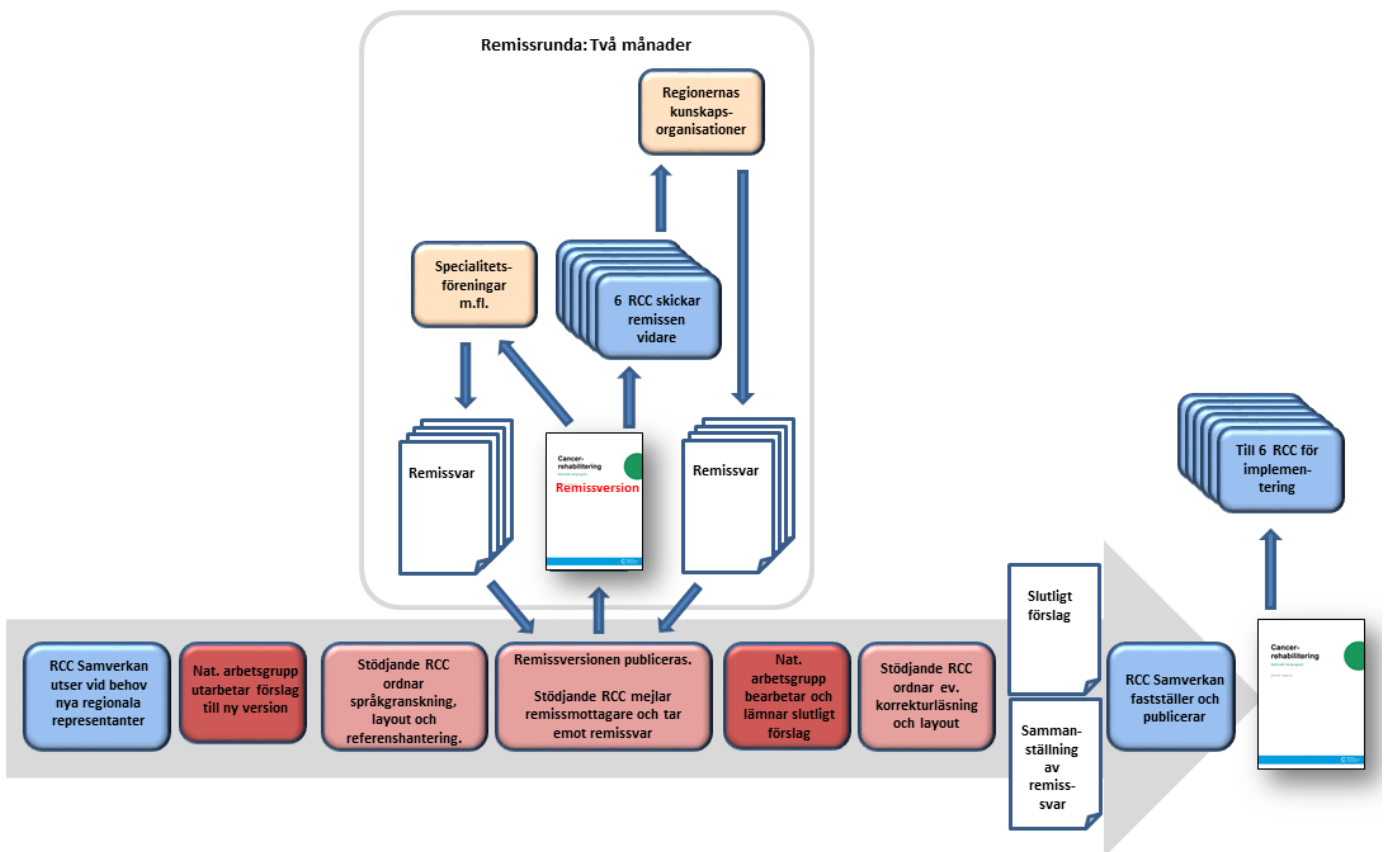
NN, Regionrepresentant

.....

NN, Verksamhetschef

## APPENDIX 3

# Processflöde



## APPENDIX 4

# Instruktion för att skriva regionala tillämpningar till det nationella vårdprogrammet

Om regionen vill göra regionala tillämpningar:

1. Utgå från det nationella vårdprogrammet. Besluta och formulera för varje kapitel:
  - vilka rekommendationer regionen eventuellt avviker ifrån
  - vilka rekommendationer regionen ska utveckla eller skärpa
  - vilka regionala process- och strukturfrågor som är relevanta att ange
2. Ange vilka som deltagit i arbetet med de regionala tillämpningarna.
3. Formulera eventuella kommentarer till de regionala tillämpningarna.
4. Låt den regionala vårdprogramshandläggaren lägga in texten i mallen för regionala vårdprogram.



Regionala cancercentrum –regionernas nationella samverkan inom cancervården.  
Med patienter och närstående för hela människan, i dagens och framtidens cancervård.  
[www.cancercentrum.se](http://www.cancercentrum.se)